CENTRUM
PRO RODINNÉ PEČUJÍCÍ

Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Autorský kolektiv
Praha, 2019

Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center

Autorský kolektiv:
Mgr. Denisa Pechová
Mgr. Monika Čermáková,
PhDr. Radka Kozáková, PhD.
PhDr. Jaroslava Baselová,
Bc. Marie Slámečková, DiS.

Odborná korektura:
Mgr. Jana Tiahan Wojtoňová
Ing. Marie Vaškovicová

Praha, 2019

Metodika je zpracovaná v rámci projektu České asociace pečovatelské služby „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“.

Registrační číslo projektu: CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_024/0006253

Projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost a státním rozpočtem ČR.

ISBN: 978-80-270-5372-8

Obsah

Úvod _____ str. 6

1. ANALÝZA NEJČASTĚJŠÍCH POTŘEB PEČUJÍCÍCH A PEČOVANÝCH OSOB _____ str. 9

1.1 Podpora pečujících, která jim umožní provádět péči o své blízké _____ str. 10

1.2 Přímá podpora pečujících _____ str. 11

1.3 Dopady poskytované péče na pečovatele _____ str. 13

1.4 Kazuistiky _____ str. 15

1.4.1 Kazuistika I. Finanční problematika – paní Simona _____ str. 15

1.4.2 Kazuistika II. Pomoc a podpora pečující osobě – paní Iveta _____ str. 19

1.4.3 Kazuistika III. Nastavení domácí péče – paní Renata _____ str. 22

2. VYMEZENÍ ROLE A ČINNOSTI CENTRA, METODY A TECHNIKY PRÁCE _____ str. 26

2.1 Výchozí situace _____ str. 26

2.2 Poslání a cíle _____ str. 28

2.3 Vytvoření CpRP a jeho fungování _____ str. 31

2.3.1 Materiální a technické podmínky _____ str. 31

2.3.2 Organizační a řídicí normy _____ str. 32

2.3.3 Provozní doba _____ str. 33

2.3.4 Vedení a manipulace spisové dokumentace _____ str. 33

2.3.5 Řešení stížností _____ str. 35

2.4 Metody a techniky práce _____ str. 35

3. METODA CASE MANAGEMENTU A JEJÍ APLIKACE V RÁMCI CpRP _____ str. 42

3.1 Vysvětlení pojmu case management _____ str. 42

3.2 Případová konference str. 43
3.2.1 Příprava případové konference str. 43
3.2.2 Průběh případové konference str. 47
3.2.3 Sestavení Individuálního plánu rodinné péče str. 49
3.2.4 Kazuistika IV. Veřejný opatrovník - paní Jana str. 50
4. MODELY FUNGOVÁNÍ CpRP str. 55
4.1 Model fungování CpRP Havířov str. 58
4.2 Model fungování CpRP Uherský Brod str. 61
5. VYMEZENÍ KOMPETENCÍ A POPIS PRACOVNÍHO MÍSTA PORADCE str. 64
5.1 Kvalifikační předpoklady str. 65
5.2 Popis pracovní náplně str. 65
6. HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH PŘED KONTAKTEM A PO KONTAKTU V CpRP str. 69
7. PŘÍPADOVÉ STUDIE str. 71
7.1 Kazuistika V. Příběh paní Jitky str. 71
7.2 Kazuistika VI. Příběh paní Evy str. 75
7.3 Kazuistika VII. Příběh paní Jindry str. 78
ZÁVĚR str. 83
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY str. 85
PŘÍLOHY str. 87

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CM	case management
CpRP	centrum pro rodinné pečující
ČSÚ	Český statistický úřad
Dg.	diagnóza
DZR	domov se zvláštním režimem
ID	invalidní důchod
IPRP	Individuální plán rodinné péče
KÚ	krajský úřad
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
OA	osobní asistence
ORP	obec s rozšířenou působností
OSV MěÚ	odbor sociálních věcí městského úřadu
PL	psychiatrická léčebna
PnP	příspěvek na péči
PS	pečovatelská služba
SSmH	Sociální služby města Havířova
ÚP ČR	Úřad práce České republiky

ÚVOD

Není pochyb o tom, že česká populace stárne, stejně tak jako stárne i populace ostatních vyspělých států. To znamená, že se stále prodlužuje délka dožití a zároveň se ve společnosti zvyšuje i podíl starších osob. V roce 2030 se v České republice podle střední varianty demografické prognózy Českého statistického úřadu předpokládá počet obyvatel ve výši 10,4 milionu, avšak počet seniorů se bude pohybovat na úrovni 2,5 milionu. V roce 2050 se předpokládá pokles celkového počtu obyvatelstva na 9,8 milionu, přičemž počet starších lidí se zdvojnásobí. Počet osob ve věku 65+ se ve střední variantě prognózy odhaduje na téměř 3,2 milionu, což bude představovat více než jednu třetinu ze všech osob žijících v ČR. Zároveň se do roku 2050 ztrojnásobí počet osob 85letých a starších na téměř 0,6 milionu, což bude představovat zhruba 6% populace. Podíl věkové generace 65+ tedy v příštích 15 letech vzroste na jednu čtvrtinu, do roku 2050 pak na jednu třetinu.[1]

Nárůst populace starých lidí s sebou nese i další důsledky – např. proměnu společenského klimatu, zvýšené nároky na poskytování sociální a zdravotní péče, kdy se v této souvislosti hovoří o novém jevu v lékařství, tzv. geriatrizaci medicíny.
Vzhledem k demografické předpovědi lze předpokládat, že bude přibývat také výskyt onemocnění typických pro vyšší věk, mezi které patří neurodegenerativní onemocnění, především pak Alzheimerova choroba. Dle kvalifikovaného odhadu Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International je předpokládán nárůst počtu osob s onemocněním demence z 88 000 tisíc v roce 2000 na 227 000 v roce 2050.

Další specifickou kategorií osob jsou lidé s dlouhodobým (chronickým) onemocněním. Dlouhodobá onemocnění přinášejí nemocným nesčetné problémy zdravotního, psychického a sociálního rázu, s nimiž se snaží vypořádat společně se svým širším sociálním okolím, které mu zajišťuje tzv. sociální oporu. Dlouhodobé onemocnění může dle závažnosti diagnózy vést k invaliditě (tj. k poklesu až ztrátě pracovní schopnosti) či mnohým důsledkům v osobním, sociálním životě a vyžaduje tak průběžnou spolupráci mezi nemocným, medicínskými odborníky a poskytovateli péče, tedy týmový přístup.

[1] Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100, Praha: ČSÚ 2013, https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4

Význam rodiny v kontextu zmíněných aspektů sílí. Rodina je významnou součástí společenské mikrostruktury, která poskytuje péči a ochranu svým členům, zvláště v obdobích, kdy nejsou ve stavu se o sebe postarat. Péče o tyto osoby může mít celou řadu negativních fyzických, psychologických, sociálních a finančních důsledků pro pečovatele, které mohou zpochybnit jejich schopnost pokračovat ve své péči. Pečující mohou být vystaveni zvýšeným obavám a nejistotě týkající se jejich budoucnosti, mohou pociťovat pocity viny, smutku a frustrace, negativní změny v životním stylu (včetně omezení práce a sociálních aktivit) a zhoršující se finanční situaci zejména prostřednictvím ztráty výdělku[2]. To může vést k závažným psychosociálním důsledkům, včetně snížení kvality života, emočnímu a finančnímu napětí, únavě, poruchám spánku, sociální izolaci a zvýšenému riziku výskytu neuropsychiatrických příznaků a chronických onemocnění[3]. Výzkumy ukazují, že **péče o partnera nebo jiného člena rodiny** s chronickým onemocněním **přináší zátěž, psychosociální distres a snižuje kvalitu života**.[4]

Lidé žijící s chronickými a neurodegenerativními nemocemi postupně ztrácejí svou nezávislost a vyžadují zvýšenou úroveň péče a podpory. Neformální pečovatelé tak hrají rozhodující roli při poskytování péče. Přestože se jejich počet v České republice odhaduje na 250 tisíc[5], na potřeby pečujících, kteří se mnohdy v současném modelu služeb obtížně orientují, se však často zapomíná.

Na tuto skutečnost reaguje svými aktivitami projekt České asociace pečovatelské služby **„Systém sociálně zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu"**, který nabízí adekvátní řešení zaměřené na podporu pečujících rodin a jehož cílem je udržet pečované osoby v jejich domácím prostředí. Za tímto účelem byl vytvořen a v období let 2018-2019 je testován zcela nový model služby tzv. **centrum pro rodinné pečující (dále jen „CpRP"),** v jehož rámci byla zřízena nová pracovní pozice **poradce pro rodinné pečující (dále jen „Poradce"),** a to ve dvou lokalitách ČR - v Havířově a v Uherském Brodě.

[2] Abendroth et al., 2012
[3] Greenwel et al., 2014
[4] Galvin et al., 2016, Olivier, 2015
[5] Národní akční plán, 2016 - 2019

Cílová skupina pečujících osob získává z aktivit projektu přístup k ucelenému poradenskému servisu, jehož součástí je i propojování jejich péče s odbornou sociální a zdravotní službou včetně využití modelu case managementu prostřednictvím konání případových konferencí. Dále poskytuje pečujícím možnost využití vzdělávání a podporu svépomocných skupin. Projekt vytváří pečujícím osobám podmínky, aby mohly lépe pečovat a poskytovat potřebou péči, a tím v konečném důsledku udržet pečované osoby v jejich přirozeném domácím prostředí.

Předkládaná „**Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center",** je určená především pro potenciální zřizovatele těchto CpRP, tj. organizace poskytující sociální služby, jakož i pro zástupce obcí a je jedním z hlavních výstupů tohoto projektu.

1. ANALÝZA NEJČASTĚJŠÍCH POTŘEB PEČUJÍCÍCH A PEČOVANÝCH OSOB

PhDr. Radka Kozáková, PhD.

Péče o závislé osoby významným způsobem mění život rodinného pečujícího, jímž je statisticky nejčastěji dcera nebo partner/ka nemocného. Klade nároky na psychiku členů rodiny, odráží se v jejich tělesném stavu a zasahuje do sociálních vztahů.

Hodnocení potřeb je vhodné zejména z důvodu rozpoznání oblastí, které klient a jeho rodina považují za důležité a ve kterých potřebují podporu. Potřeba je v psychologickém slovníku definována jako „nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit, aby bylo dosaženo požadované rovnováhy".[6]

Hodnocení potřeb pečujících osob by mělo být zaměřeno, jak na zjišťování jejich osobní pohody, tak na zjišťování schopnosti provádět adekvátní péči o pacienta[7]. Potřeby rodiny mohou být definovány jako vnímání požadavků nebo přání pro podporu a péči ze strany zdravotnických či sociálních pracovníků. Naplnění potřeb rodiny může být použito jako důležitý indikátor kvality péče.

Jedním z dílčích cílů projektu bylo analyzovat vybrané aspekty života neformálních pečovatelů, které souvisejí s poskytováním péče v domácím prostředí. Za tímto účelem bylo realizováno dotazníkové šetření situace rodinných pečujících[8]. Na základě jeho výsledků jsme nalezli dvě hlavní oblasti potřeb rodinných pečovatelů.

První kategorie potřeb se vztahuje **k podpoře pečujících osob**, **která jim umožní provádět péči o své blízké,** a druhá kategorie potřeb souvisí s **přímou podporou jim samotným**.

[6] Hartl, Hartlová, 2010
[7] Strad et al., 2013
[8] První kolo dotazníkového šetření mezi pečujícími osobami, tato data byla shromážděna od začátku měsíce února do začátku měsíce května 2018.

1.1 Podpora pečujících, která jim umožní provádět péči o své blízké

Podpora pečujících je nosným tématem pro poskytování služeb CpRP. Z tohoto důvodu se tomuto tématu věnujeme v úvodní části metodiky. V našem šetření respondenti uvedli široký okruh předpokladů, které by jim podle nich mohly pomoci k tomu, aby mohli péči poskytovat v takovém rozsahu, v jakém si přejí. Uvedené odpovědi lze shrnout do čtyř základních okruhů:

- ✓ informovanost pečující osoby, situace pečující osoby, sociální situace a podmínky pro poskytování péče,
- ✓ potřeby, situace nebo přístup příjemce péče (např. častější kontakt příjemce péče s okolím),
- ✓ materiální a technické podmínky (např. dostatečné technické vybavení, bezbariérovost bytu) a
- ✓ služby nebo nastavení sociálního systému (např. více odborníků pomáhajících pečujícím, lepší nabídka, provázanost a spolupráce služeb, větší kapacita).

Jako zásadní nedostatek stávajícího systému se v našem šetření prokázala být **nedostatečná informovanost o možnostech a nabídkách sociálních a zdravotních služeb**. Nejedná se při tom pouze o informace o nabídce služeb a jejich dostupnosti, ale hlavně o komplexní poradenství, které by pečovatelům umožnilo se v současném systému lépe orientovat ve všech jeho oblastech. Potřebné informace pečovatelé mnohdy získávají přes známé, chybí centrální místo/poradce, kde by se pečovatel dozvěděl všechny informace najednou. Pomoc přetíženým pečovatelům by měla vedle rodiny přicházet především ze strany sociálních a zdravotních služeb.

Z našeho průzkumu vyplývá, že jsou tyto služby pro značnou část pečovatelů hůře dosažitelné nebo nedostupné. Negativní roli hraje kromě nedostatku informací o těchto službách také malá dostupnost služeb, a to zejména v menších obcích. Jako další bariéra se jeví být také nepropojení a nenávaznost zdravotnických a sociálních služeb. Zejména ve vyšším věku převažuje početná skupina osob, které potřebují pomoc jak zdravotní, tak sociální. Jde často o chronicky nemocné s omezenou pohyblivostí, s potřebou ošetřovatelské péče, rehabilitace, pečovatelské služby, dovozu obědů, sociálních dávek atd. Mezi zdravotní a sociální sférou je velmi úzká provázanost a nelze je od sebe striktně oddělovat. Poskytování zdravotní a sociální

péče však probíhá v českém prostředí odděleně. Vzhledem k této rezortní dvojkolejnosti je vedle snížené orientace v systému podpory a nedostatečné informovanosti pečovatelů také určitá míra neúčelnosti výdajů.

Podle zkušeností ze zahraničí (např. Německo, Polsko) umožňuje lepší přístup ke službám a informacím existence kontaktního místa a pozice rodinného poradce na místní úrovni, který je průvodcem příjemce péče a jeho blízkých a od něhož neformální pečovatel může získat všechny potřebné informace. V této oblasti by mohla mít významný přínos rovněž činnost různých svépomocných organizací.

Z výzkumu dále vyplynulo, že pečovatele tíží **nedostatečné sociální zabezpečení** a s tím související špatná finanční situace. Finanční situace neformálních pečovatelů je obtížná. Mnozí z nich jen s obtížemi vystačí s měsíčním příjmem domácnosti. Příspěvek na péči se tak stává nezbytným příjmem v rozpočtu domácnosti. Význam příspěvku v rodinném rozpočtu závisí také na jeho výši.

1.2 Přímá podpora pečujících

Druhá kategorie potřeb souvisí s **přímou podporou pečujících jim samotným.** Můžeme zde zařadit tyto potřeby: mít dobré fyzické zdraví a předejít a zmírnit vyčerpání, mít dost odpočinku, zajištění financí, praktická a emoční podpora.

Při péči o závislou osobu se pečující osoby opírají hlavně o pomoc nejbližších rodinných příbuzných. Pečovatel zpravidla zabezpečuje přímou péčí a doprovod, zajišťuje chod domácnosti, jedná s úřady a organizuje péči. Jiní pracovníci (zdravotní či sociální) pomáhají pečujícím jen v omezené míře a podle pečovatelů není tato pomoc dostatečná. Pečovatelé pociťují větší či menší deficit pomoci ve všech zkoumaných oblastech péče. Největší nedostatek pomoci vnímají pečovatelé v oblasti rehabilitačních a jiných podpůrných cvičení.

Informovanost neformálních pečujících by mohlo účinně **podpořit zavedení pozice tzv. Poradce pro pečující i v dalších městech ČR.** Poradce pro pečující by tak mohl mít vliv nejen na zlepšení informovanosti o celkové situaci pečujících, ale zároveň by mohl přispět k potřebnému **propojení zdravotní a sociální péče** a k zajištění koordinované podpory pečujících rodin a osob odkázaných na jejich péči. Z tohoto servisu zatím mohou profitovat pouze pečující osoby v Havířově a Uherském Brodu a

jejich blízkém okolí. Dle dosavadních zkušeností z projektových aktivit se Poradce stává **průvodcem pečujícího** po celou dobu trvání péče, kdy se situace může v průběhu péče výrazně měnit. Významnou roli Poradce sehrává i při ukončení péče, kdy se pečující osoba musí vyrovnat s nově vzniklou situací či se bude muset vrátit zpět na trh práce.

Role Poradce se do budoucna jeví jako prospěšná i v rámci systému **komunitního plánování**. Poradce by u sebe shromažďoval informace o potřebách a situaci pečujících v jednotlivých oblastech, což by výrazně napomohlo efektivnímu plánování rozvoje sociálních a zdravotních služeb a různých forem podpory pro pečující osoby jak v jednotlivých regionech, tak efektivnímu plánování sociální politiky na centrální úrovni.

Přiměřená podpora rodinným příslušníkům může snížit jejich pečovatelskou zátěž. I přes tato zjištění se podpora pečujících osob v současné době jeví jako nedostačující, a přitom pečovatelé poskytují širokou škálu praktické a emocionální podpory, sociální péče a pomoci v každodenním životě[9]. Pečujícím osobám by měla být nabídnuta především **individuální podpora**, neboť v některých případech může skupinová podpora skutečně zvýšit úzkost pečujících o nemocné (např. když vidí osoby v pokročilejší fázi onemocnění, než jsou jejich blízcí).

Rodiny tak mohou mít prospěch ze tří úrovní podpory:

1. **Obecná podpora a informace** (např. pomoc s praktickými úkoly - jedná se o jednoduché kurzy základních praktických pečovatelských úkonů, které zvyšují nezávislost neformálních pečovatelů na profesionálních pracovnících. Jiným zdrojem praktických informací o pečování bývají poradenské služby. Role podpůrných skupin pak spočívá nejen v praktické, ale zejména emocionální podpoře pečujících osob),

2. **Další podpora** (např. náboženské skupiny, komunitní svépomocné skupiny),

3. **Terapie podpůrná** (např. psychologové, poradci, lékaři).

Vhodná rada, školení či podpora může významně snížit riziko vyhoření a emočního utrpení. Pomoc rodinným pečovatelům by měla přicházet především ze strany sociálních a zdravotních služeb.

[9] Manthorpe, Bowling 2016

V České republice se jeví být **podpora neformálních pečovatelů jako nedostatečná**. Z našeho výzkumu vyplynulo, že tyto služby jsou pro nemalou část rodinných pečovatelů těžko dosažitelné nebo nedostupné. Mezi slabé stránky systému patří zejména: nedostatečné finanční ohodnocení neformální péče, celkově horší nebo špatná informovanost pečovatelů o nabídce sociálních i zdravotních služeb a dalších možnostech jejich podpory, a také omezené možnosti harmonizace zaměstnání a pečovatelské role.

1.3 Dopady poskytované péče na pečovatele

Pečující o závislé osoby mohou čelit mnoha výzvám. Mohou mít pocit, že již „blízkou osobu ztratili" a zažívají epizody smutku. Navíc pečující vystaveni dlouhodobě vysoké pečovatelské zátěži mohou zažívat pocity prázdnoty a viny. **Péče o závislé osoby může mít za následek i řadu dalších negativních důsledků**, včetně zvýšené úzkosti a deprese, stresu, vyčerpání, sociální izolace a obav o budoucnost[10]. Podle některých autorů se ukazuje[11], že péče o partnera nebo jiného člena rodiny s chronickým onemocněním **přináší zátěž, psychosociální distres a snižuje kvalitu života.**

Pečující mohou být vystaveni zvýšeným obavám a nejistotě týkající se jejich budoucnosti, mohou pociťovat pocity viny, smutku a frustrace, negativní změny v životním stylu (včetně omezení práce a sociálních aktivit) a zhoršující se finanční situaci zejména prostřednictvím ztráty výdělku[12]. Pravděpodobnost výskytu problémů s duševním zdravím je u neformálních pečovatelů přibližně o 20 % vyšší než u osob, které takovou péči neposkytují[13]. Úroveň psychické zátěže rodinných pečujících je velmi významným fenoménem, na který by se měl soustředit větší zájem a pozornost odborníků. Následkem dlouhodobé zátěže rodinného pečovatele je často jeho onemocnění nebo neschopnost nadále péči poskytovat. Dlouhodobé psychické a

[10] Department of Health, 2008
[11] Galvin et al., 2016, Olivier, 2015
[12] Abendroth et al., 2012
[13] Wija, 2012

fyzické vypětí může dokonce v některých případech vést k zhroucení pečující osoby a nutnosti její hospitalizace[14].

Výstupy z konzultačních workshopů (2018)

- ✓ *zvýšení dostupnosti odlehčovacích služeb k odpočinku pečujících osob (místní i časová dostupnost této služby neodpovídá potřebám pečujících rodin),*
- ✓ *vymezení neformálních pečovatelů jako cílové skupiny v rámci platné legislativy ČR,*
- ✓ *zvýšení nabídky částečných pracovních úvazků a flexibilních forem práce pro neformální pečující,*
- ✓ *zavedení pravidelného monitoringu a sběru dat v oblasti neformální péče na úrovni obce i ČR,*
- ✓ *systematické předávání informací mezi ÚP, obcemi, kraji,*
- ✓ *zlepšení informovanosti a vzdělávání v oblasti neformální péče (např. prostřednictvím webových stránek, edukačních materiálů, vzdělávacích kurzů),*
- ✓ *zavedení ochranné doby pro pečující při přerušení péče.*

Doporučení pro praxi

- ✓ *zvýšení PnP zejména ve 3. a 4. stupni závislosti, valorizace PnP,*
- ✓ *prodloužení doby ošetřovného, zavedení nového příspěvku pro pečující osoby,*
- ✓ *podpora rozvoje sociálních služeb pro neformální pečovatele (např. definováním neformální péče, úprava formulace některých soc. služeb, vymezení kapacit některých služeb pro výskyt nenadálé situace v rodině, povinnost návštěvních služeb v domácím prostředí odborných specialistů),*
- ✓ *posílení místní i časové dostupnosti a kapacity terénních sociálních služeb,*
- ✓ *zlepšení propojenosti zdravotních a sociálních služeb na místní úrovni.*

[14] Geissler et al., 2015

1.4 Kazuistiky

PhDr. Jaroslava Baselová, Bc. Marie Slámečková, DiS.

1.4.1 Kazuistika I. Finanční problematika (paní Simona)

Uvedení případu

Klientka paní Simona (1963) do CpRP přichází začátkem měsíce května. Pečuje o svou matku, s níž v současné době bydlí ve společné domácnosti v rodinném domě. Zdravotní stav matky se postupně zhoršuje. Sama klientka má zdravotní potíže, pobírá invalidní důchod II. stupně. Klientka se po pěti letech péče o svou matku cítí vyčerpaně nejen fyzicky, ale i psychicky. Péči o matku a především její chování vůči své osobě si představovala jinak. Chce svou situaci řešit, ovšem má obavy z nedostatku financí.

Anamnéza

Klientka je rozvedená, má jedinou dceru, která má sama zdravotní potíže. Klientka bydlí v současné době se svou matkou v rodinném domě, kam se přestěhovala, aby jí mohla poskytovat péči a také, aby jí pomohla s údržbou domu. Klientka má jednoho bratra, který matku nárazově navštěvuje, ovšem na péči o ni se nepodílí ani fyzicky, ani finančně.

Klientka pracovala v malé firmě na částečný úvazek jako personalistka a účetní. Pracovní poměr ukončila z důvodů péče o matku a také vrátila zpět pronajatý byt. Nyní bydlí v rodinném domě s matkou a uvádí, že se cítí jako „v pasti." Cítí se vyčerpaně, matka vyžaduje její celodenní pozornost. Klientka však za její celodenní péči nedostává pravidelně zaplaceno. Uvádí, že se určitě o matku postarat chce, ale ne za těchto podmínek. Dále uvádí, že se necítí být za svou práci dostatečně ohodnocena, a to nejen finančně, ale ani společensky. Ráda by se vrátila do zaměstnání.

Současné problémy k řešení, aneb zakázka

Matka je částečně imobilní, je po cévní mozkové příhodě. S pomocí dcery se dovede vysadit na mechanický invalidní vozík, ve kterém 2-3 hodiny vydrží. Sycení a hydrataci

po nachystání zvládá sama. Matka je orientovanou osobou, místem, částečně i časem. Klientka si myslí, že by maminka zvládla být sama nějakou dobu bez dozoru, je i schopna v případě nouze vytočit telefonní číslo. Matka však uvádí opak a klientka nemá odvahu ji nechat ani chvíli zcela bez dohledu. K sociálním službám se matka staví spíše negativně. Klientka však dodává, že se u matky projevují horší a lepší dny, ne každý den by několik hodin bez dozoru zvládla.

Klientka dostává od matky za péči odměnu cca 5000 Kč za měsíc, a to zpravidla až po připomenutí. Matka pobírá III. stupeň příspěvku na péči, tedy 8 800 Kč.

Dcera klientky bydlí sama, pracuje na směny, také má zdravotní potíže, ale dle sdělení klientky by občasný dohled nad babičkou zvládla.

Bratr, jak je již výše uvedeno, matku 1 x týdně navštěvuje, ale nepravidelně. Zatím téma péče, nebo alespoň dohledu nad matkou, klientka s bratrem neprobírala.

Klientce jsem doporučila:

- ✓ domluvit se s dcerou, aby 1 x týdně přišla na babičku dohlédnout,
- ✓ domluvit se s bratrem, zda by mohl navštěvovat matku pravidelně, nebo alespoň klientce předem nahlásit, kdy přijde, aby si klientka na dobu jeho návštěvy u matky mohla naplánovat svůj program,
- ✓ oslovit dobrovolnickou organizaci – zavést zkušebně dohled nad matkou,
- ✓ provést rozhovor s matkou na téma, jak se má přidělený příspěvek na péči využívat. Pozn.: Klientka uvádí, že si myslí, že v tomto případě nebude úspěšná a že matka se nebude s ní na toto téma bavit.

Klientka se vyjádřila, že má zájem o delší spolupráci, myslí si, že bez podpory druhé osoby nedovede situaci řešit.

S klientkou jsme sestavily následující **Individuální plán rodinné péče**, jehož cílem bylo:

1. Zajistit odpočinek klientky, zmírnit psychický tlak matky na její osobu.
2. Podpořit ji v hledání zaměstnání a pomoci jí zavést sociální službu pro péči o matku v době její nepřítomnosti.

K výše uvedeným cílům jsme zvolily následující kroky:

a) provést rozhovory s dcerou a bratrem, oslovit dobrovolníky - cca do 10 dnů – do mé návštěvy u klientky v přirozeném prostředí,

b) provést edukační rozhovor s matkou klientky ohledně využívání příspěvku na péči a sociálních služeb – cca do 10 dnů,

c) podat žádost o zvýšení příspěvku na péči,

d) provést finanční analýzu – výdělek klientky + využití příspěvku na péči + platba za služby a předložit ji matce a ostatním rodinným příslušníkům (bratr a dcera klientky) cca do týdne,

e) informovat klientku o přednáškách a svépomocných skupinách pořádaných CpRP, a to 1- 2 x za měsíc,

f) umožnit klientce účastnit se svépomocných skupin a přednášek pořádaných CpRP dle jejího výběru.

Návrh opatření

- ✓ Provedli jsme s klientkou **finanční analýzu**. V době, kdy bude v budoucnu klientka v zaměstnání, bude nejvhodnější zvolit sociální službu osobní asistenci. Dle ceníku jednoho z poskytovatelů osobní asistence stojí ve všední dny hodina služby 80 Kč a během víkendu 120 Kč za hodinu. Za předpokladu, že by klientka pracovala 4 hodiny denně, k tomu přičteme 2 hodiny na cestu, je třeba, aby byla osobní asistence zavedena na 6 hodin denně, což představuje cca 10 000 Kč za měsíc. V případě, že by klientka chtěla alespoň jeden víkend v měsíci volný, zvýší se výše uvedená částka za 24 hodinovou asistenci během jednoho víkendu o 6 000 Kč, což představuje částku cca 16 000 Kč měsíčně. Po odečtení příspěvku na péči schází částka 7 200 Kč. Vzhledem k tomu, že bratr i dcera klientky pracují na směny a zpravidla 1 x týdně matku klientky stejně navštěvují, jsem jí navrhla řešení, že by se mohla finanční částka snížit za jejich pomoc, což představuje cca za 8 dní asistence v měsíci částku cca 3 840 Kč. Dále by se tato částka taktéž dala snížit o noční směny za osobní asistenci v době jediného volného víkendu klientky o 2 080 Kč. Celkově by se zbývající částka dala snížit na 1 280 Kč. Klientka uvedla, že pokud se jí podaří sehnat práci na čtyřhodinový úvazek, tak po uplatnění slevy bude dostávat čistý plat

cca 10 000 Kč. Sama navrhla, že by byla ochotna matce tuto částku na osobní asistenci doplácet.

- ✓ V rámci sociálního šetření jsem provedla **edukaci matky klientky** o smyslu příspěvku na péči a jeho řádného využívání, včetně možnosti kontroly využívání příspěvku sociální pracovnicí z úřadu práce. Klientce jsme doporučila vést přehled výdajů za péči. Matce klientky jsem předložila finanční analýzu a seznámila ji s cenami nejen osobní asistence, ale i ostatních služeb.
- ✓ Bratra a dceru seznámila s finanční analýzou klientka, jakož i s návrhem jak se podílet na péči.
- ✓ Další formu odpočinku a zároveň i **dalšího vzdělávání**, které klientku finančně nezatíží, jsem klientce navrhla vzdělávání v CpRP a účast na svépomocné skupině.
- ✓ Pravidelně s klientkou provádíme **podpůrné rozhovory**.
- ✓ V současné době probíhá **„nácvik" péče**, tak jako by již klientka pracovala: 1 x týdně bratr a 1 x týdně dcera dohlíží na matku klientky v dopoledních hodinách. 1 x odpoledne je zajištěna služba dobrovolníky.
- ✓ Po domluvě s matkou klientka požádala zatím, než nastoupí do zaměstnání, o zavedení OA alespoň jedenkrát týdně, aby si matka na péči již zvykala.
- ✓ Zaměstnání si klientka hledá sama, jak uvedla, v této oblasti pomoc nepotřebuje.

Zhodnocení spolupráce

Pohled Poradce CpRP:

Od chvíle kdy klientka oslovila CpRP, uplynuly cca dva měsíce. Klientka působí vyrovnaněji, klidněji. I přesto, že se stále na péči o matku podílí nejvíce z celé rodiny, vypadá odpočatě.

Při rozhovorech s matkou klientky a jejími blízkými osobami je patrné, že si i oni uvědomují hodnotu péče klientky a také to, že péči o blízkou osobu v domácím prostředí lze jen těžce zvládnou bez podpory druhých osob a financí.

Pozn.: Pro rodinu z výše uvedeného na odměnu za péči nezbývá vůbec nic. Vše se investuje na zaplacení osobní asistence.

Klientka uvedla:

„Uvědomuji si, že mě matka i celá rodina nyní vnímá jinak. Když nyní mají možnost si sami vyzkoušet péči, tak jim dochází, kolik úsilí za tím stojí. Myslím, že je i velmi ovlivnil výpočet ceny sociální služby. Také bych řekla, že když se teď všichni nějakým způsobem podílíme na péči, tak i má matka je spokojenější."

1.4.2 Kazuistika II. Pomoc a podpora pečující osobě (paní Iveta)

Uvedení případu

Paní Iveta (1964) pečuje o svého manžela cca 5 let. Do CpRP přichází počátkem dubna 2018. O CpRP se dozvěděla z regionálních televizních zpráv a přišla zjistit, jestli jí můžeme pomoci v jejím problému a také by se ráda dále v oblasti péče vzdělávala.

Anamnéza

Klientka pečuje o manžela od jeho první mozkové příhody, což je cca 5 let. Bydlí ve společné domácnosti. Manžel, který je o dvacet let starší, má dvě děti z prvního manželství, spolu děti nemají. Klientka je na péči o manžela sama. Děti manžela bydlí v Brně a otce navštěvují jen zřídka. Na péči o něj se nepodílejí. V současné době klientka přemýšlí o dovolené, ale pro svůj klid by raději manžela na dobu dovolené umístila do pobytové služby, kde bude mít zajištěnou veškerou péči.

Současné problémy k řešení, aneb zakázka

Manžel klientky se, dle jejího sdělení, zhoršil podstatně až poslední rok, kdy v červenci loňského roku prodělal další cévní mozkovou příhodu. Jeho zdravotní stav se celkově zhoršil nejen fyzicky, ale i psychicky, také přestal zcela mluvit. Nyní ho již ani nelze vysadit do mechanického invalidního vozíku z důvodu bolesti a neudržení se v sedě.

Manžel je v současné době upoután na lůžko, kde zvládá pohyby s pomocí druhé osoby. Po poslední cévní mozkové příhodě je mu zaveden pro zhoršené močení permanentní močový katetr. Klientka uvádí, že se i po zhoršení zdravotního stavu na péči o manžela stálé cítí, ale ráda by se v péči zdokonalila. Jak uvedla, občas „nějaké finty" pro ulehčení péče obkouká v nemocnici od sestřiček, když je manžel hospitalizován, ale ráda by věděla více.

Po anamnestickém rozhovoru jsme s klientkou sestavily následující **Individuální plán rodinné péče**, který měl dva základní cíle:

1. zajistit odpočinek klientky,
2. zdokonalit péči klientky o manžela v domácím prostředí.

S klientkou jsme se domluvily na návštěvě v domácím prostředí, abychom mohly nastavit konkrétní kroky k výše uvedeným cílům dle potřeb klientky, které vyplynou ze sociálního šetření.

V rámci sociálního šetření jsem zjistila dalším rozhovorem, pozorováním klientky a pozorováním pečované osoby:

- ✓ že klientka zajistila polohovací lůžko, ale nemá žádné polohovací pomůcky ani antidekubitní pomůcky,
- ✓ že se permanentní močový katetr manžela stává často neprůchodným ještě před jeho pravidelnou měsíční výměnou,
- ✓ že klientka manipuluje s manželem způsobem, kterým si zatěžuje páteř a současně může dojít k poškození pokožky manžela,

K cíli 1, tj. zajistit odpočinek klientky jsme se domluvily na následujících krocích:

1.1. Provést poradenství týkající se pobytových služeb, které odlehčí klientce péči – odlehčovací služba,

1.2. Předat klientce kontakt na sociální pracovnici odlehčovací služby, případně jí poskytnout podporu při zajišťování této služby,

K cíli 2, tj. zdokonalit péči klientky o manžela v domácím prostředí jsme zvolily následující kroky:

2.1 Provést edukaci o antidekubitních a polohovacích pomůckách a provést praktický nácvik jejich používání,

2.2 Zajistit výše uvedené pomůcky dle výběru a možností klientky.

2.3 Edukovat klientku v oblasti standardní péče o permanentní močový katetr, zajistit potřebné pomůcky a po konzultaci s ošetřujícím lékařem prakticky klientku naučit, jak má o katetr pečovat.

2.4. Seznámit klientku a názorně předvést používání pomůcek pro snadnější manipulaci s osobou upoutanou na lůžko – používat polohovací podložku, tzv. kluzný rukáv.

2.5 Edukovat klientku preventivě o možnostech vzniku dekubitů a jejich následků.

2.6 Pravidelně klientku informovat o vzdělávacích akcích pořádaných v rámci CpRP.

2.7 Poskytovat klientce podpůrné rozhovory dle jejich potřeb.

Návrh opatření

V současné době má klientka pro manžela zajištěný termín **umístění v odlehčovací službě** po dobu, kdy bude na dovolené. Tento krok zvládla po předání kontaktu na sociální pracovnici zcela sama.

Klientce bylo ještě v den prvního sociálního šetření **předvedeno: polohovaní** pomocí „polohovacího hada", kterého jsem provizorně vytvořila z pokrývky. *Pozn: Klientka si již pomůcku zajistila v rámci zdravotních prodejen sama.*

Téhož dne bylo klientce vysvětleno, **jak teoreticky pečovat o permanentní močový katetr**. Poté jsem nutnost proplachovat katetr v domácím prostředí konzultovala s ošetřujícím lékařem s tím, že klientku budu v této oblasti edukovat. Klientka zajistila pomůcky jako fyziologický roztok, Janettu, stříkačku atd. Na další návštěvě cca do týdne jsem naučila klientku prakticky o permanentní močový katetr pečovat, aby nedocházelo často k jeho neprůchodnosti.

Téhož dne jsem klientce předvedla ulehčení **manipulace pomocí podložky**, kterou je možné si vyrobit z prostěradla nebo pevného ručníku. Dále jsem, vzhledem k tomu, že

je klientka na péči zcela sama, poradila zakoupit tzv. kluzný rukáv, který umožní lehčí manipulaci. Klientka pomůcku cca do týdne zakoupila a poté jsme provedly praktický nácvik.

Klientce jsem poskytla základní **školení ohledně dekubitů** a smyslu pravidelného polohování a doporučila jí odborné přednášky pořádané CpRP.

V současné době klientka pravidelně navštěvuje **školící akce CpRP**.

Zhodnocení spolupráce

Pohled Poradce CpRP

Od počátku dubna letošního roku, kdy nás klientka oslovila, udělala v přímé péči viditelné pokroky. Profesionálně pečuje o manžela, má přehled o jeho nemoci, ale i o možných komplikacích. Ošetřovatelskou péči zvládá s přehledem. Dovede se na cokoli zeptat. Z pohledu Poradce se zlepšila i komunikace s ošetřujícím lékařem. I když se klientka stále snaží veškerou péči zvládat sama, dovede si ji alespoň ulehčit radou druhých.

Klientka uvedla:

„Rady a nové praktické zkušenosti mi v péči o manžela hodně pomohly. I to, že se mohu kdykoli na cokoliv zeptat. Jen mě mrzí, že jsem je nedostala dříve."

1.4.3 Kazuistika III. Nastavení domácí péče (paní Renata)

Uvedení případu

Paní Renata je 70letá starobní důchodkyně, vdova a stará se dlouhodobě o svou matku, která je nyní hospitalizována, ale má být brzy propuštěna. Protože se její zdravotní stav výrazně zhoršil, přichází se paní Renata poradit, jak si má doma se změněnými podmínkami znovu nastavit péči.

Anamnéza

Paní Renata žije s matkou v rodinném domě. Má dvě dospělé děti, které mají vlastní domácnosti. O matku se stará již několik let. Matce je 90 let a byla doposud celkem soběstačná. Nyní ale po pádu a úrazu ramene je hospitalizována a má být propuštěna domů. Klientka má ještě bratra, který má o matku zájem, navštěvuje ji a snaží se jí pomáhat, ale žije se svou rodinou sto kilometrů daleko. Paní Renata sama prodělala operaci a má jisté zdravotní potíže s chůzí a s řečí.

Současné problémy k řešení, aneb zakázka

Paní Renata i se svým bratrem navštívila CpRP. Obává se, že po návratu matky z nemocnice se o ni už nebude schopna postarat, protože maminka teď bude vyžadovat mnohem více péče, se kterou nemá zatím žádné zkušenosti. I přesto chce rodina mít maminku zase doma. Doporučila jsem klientce sjednat si terénní služby a do budoucna eventuálně podat žádost do pobytového zařízení. Předala jsem rodině kontakty na vhodnou službu, na půjčovnu zdravotních pomůcek a rovněž na pobytová zařízení.

Po návratu matky do domácí péče jsem rodinu navštívila. Zjistila jsem, že matka nechodí, neposadí se, má pleny a v křížové oblasti dekubit. Má nízkou postel. Klientka si s těmito potřebami matky nevěděla rady. Rodina komunikovala s poskytovatelem pečovatelské a domácí zdravotní péče, ale služba zatím nebyla nastavena. Bylo potřeba jednat.

Doporučila jsem klientce obstarat vhodnější (rozepínací) pleny. S naordinovanou mastí od lékaře jsem matce ošetřila dekubit. Ukázala jsem klientce, jak má postupovat. Matku jsem přebalila a provedla u ní hygienu. Zdůraznila jsem klientce, že je potřeba matku alespoň 3x denně přebalit, nejméně 1x denně ošetřit dekubit, dodržovat zásady hygieny, matku polohovat, natírat jí záda a paty, aby se předešlo dalším proleženinám. Bratrovi jsem doporučila zajistit lepší postel, jednak pro matčino pohodlí a také pro komfortní pečování. Poučila jsem klientku, že matku je nutno přebalovat také večer, že není možné ji nechat od poledne až do rána nepřebalenou. Protože toho paní Renata zatím nebyla schopna sama, doporučila jsem jí, aby požádala svou dceru, aby jí každý večer přišla pomoct. Ihned se s dcerou domluvila a ta ji začala chodit večer pomáhat. Protože ani na druhý den nebyla sjednána terénní služba, přicházela jsem do rodiny opakovaně a pomáhala s ošetřováním. Nakonec

jsem sama kontaktovala poskytovatele a žádala jej o urychlené zavedení služby do rodiny. Teprve ve středu (matka byla propuštěna v pátek minulého týdne) začala fungovat domácí zdravotní a pečovatelská služba. Pracovnice přicházely ráno a v poledne, pokaždé matku přebalily a 1x denně jí ošetřily dekubit. Bratr klientky jednal se zdravotní pojišťovnou o možnosti získat polohovací lůžko. To by však trvalo až jeden měsíc. Zapůjčil tedy lůžko v půjčovně pomůcek. Byla nastavena formální terénní péče. Ošetřovaný dekubit se zahojil. Paní Renata se naučila sama matku přebalovat. Kromě toho jí přes den podává jídlo, komunikuje s ní, převléká ji, stará se o domácnost a dělá mnohé další činnosti, které s ošetřováním nemocného souvisí.

Rodina podala několik žádostí do pobytových zařízení. Po čase, kdy byla rodina vyzvána, že matka může nastoupit do pobytového zařízení, se rodina rozhodla, že péči zvládá a že si matku zatím ponechá doma.

Klientka se naučila další ošetřovatelské dovednosti, situace se zajištěním péče se stabilizovala, nastavení terénních služeb je v této chvíli dostatečné.

Návrh opatření

V rodině klientky byla provedena tato opatření:

- ✓ **poskytnutí informací o vhodných službách** (domácí zdravotní péče, pečovatelská služba, půjčovna zdravotních pomůcek, pobytové služby) a předání kontaktů na ně,
- ✓ **zajištění ošetření dekubitů, přebalení nemocného, hygiena na lůžku**,
- ✓ **edukace** pečující osoby v oblasti ošetřování a prevence dekubitů, polohování, manipulace s nemocným na lůžku, přebalování, hygieny, usnadnění si péče,
- ✓ **komunikace** s ostatními rodinnými příslušníky, jejich zapojení do péče,
- ✓ komunikace s poskytovatelem za účelem urychleného nastavení terénní služby,
- ✓ **podpůrné rozhovory** s pečujícími, komunikace s příjemcem péče.

Do budoucna je možné provést:

- ✓ monitorovat, zda nastavená péče ze strany soc. služeb je optimální, dle potřeby zvážit sjednání jiných úkonů,
- ✓ pozvat k účasti na vzdělávání v oblasti ošetřovatelství dceru klientky (sama klientka se pro svůj zdravotní stav neúčastní),
- ✓ pokud by pečující osoba a rodina péči o maminku nezvládaly, znovu přemýšlet o umístění v pobytovém zařízení,
- ✓ podat žádost o zvýšení PnP.

Zhodnocení spolupráce

Pohled Poradce CpRP

Spolupráce s rodinou probíhá hladce. Rodina chce, může a v současné době i umí o matku pečovat. Aktuálně klientce pomáhají podpůrné rozhovory a také vědomí, že se může v případě potřeby na CpRP bez obav obrátit.

Je nutné ocenit a vyzvednout, jak se celá rodina do péče o matku dle svých možností zapojuje.

2. VYMEZENÍ ROLE A ČINNOSTI CENTRA, METODY A TECHNIKY PRÁCE

Mgr. Monika Čermáková, Mgr. Denisa Pechová

Na tomto místě považujeme za vhodné nastínit současnou situaci rodinných pečujících v ČR a definovat roli CpRP, jehož činnost má za cíl přispět k řešení absence podpory cílové skupiny pečujících osob zapříčiněné nedostatky stávajícího systému. Tato kapitola je dále inspirací pro možné využití různých metod a technik práce v rámci komplexního přístupu ke klientům CpRP.

Za optimální způsob péče o seniory je považována možnost setrvání člověka co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. **Rodinné zázemí** je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci.

2.1 Výchozí situace

Rodinní pečující jsou v průběhu péče o své blízké dlouhodobě vystavováni velkému tlaku, vysoké zátěži a ohrožení v oblastech:

- ✓ ztráty soukromého života a prostoru pro sebe,
- ✓ ztráty zaměstnání,
- ✓ rizika syndromu vyhoření,
- ✓ změně ekonomické situace (významné zhoršení, závislost na PnP),
- ✓ sociální izolace (práce, rodina, přátelé),
- ✓ nedostatku času na odpočinek,
- ✓ permanentní stres a strach ze selhání,
- ✓ uzavírání se běžnému životu, do něhož bude obtížné se vrátit.

Současně jsou neformální pečovatelé zpravidla hlavním garantem kvality domácí péče o seniory nebo člověka se zdravotním handicapem, a proto pro zajištění udržitelné a kvalitní péče je nezbytné pro ně vytvořit odpovídající podmínky.

Nedostatky v současném systému:

- ✓ rodinní pečující se v současném modelu služeb obtížně orientují,
- ✓ jsou často zahlceni celou řadou informací od jednotlivých poskytovatelů sociální a zdravotní péče, přičemž nejsou schopni vhodně celou péči organizovat, usměrňovat, a přitom si zachovat dostatek fyzických i duševních sil,
- ✓ pečující rodina obvykle získává jen dílčí poznatky, které neřeší všechny aspekty jejich problému, který má multikauzální původ,
- ✓ pečující osoba neobdrží návrh komplexního řešení, ale předpokládá se, že si pečující sám spojí obdržené informace a vytvoří si vlastní náhled na celou situaci, což často vede k volbě nejschůdnější cesty – pobytové služby, a to i přesto, že klient by byl schopen za podpory formální a neformální péče zůstat ve svém domově.

Příčiny tohoto stavu:

- ✓ každý ze systému je příliš specializován na svou oblast a nemá k dispozici informace z dalších oblastí a neumí tyto informace efektivně propojovat u jednotlivých klientů a ve správný čas,
- ✓ roli hraje i orientace na výkon či úkon (poskytnutí platby jen za úzce specializovaný úkon), za úkony poskytnuté nad vymezený rámec nezískají subjekty platbu, a tudíž je neprovádí,
- ✓ zdravotně sociální práce je známá pouze v nemocnicích, přičemž intervence jejich zdravotně sociálních pracovníků jsou omezeny pouze na pacienty daného zařízení, v jehož rámci nejsou často ani schopni kapacitně odbavit všechny potřebné klienty,
- ✓ absence celorepublikového koncepčního modelového řešení dané situace. Některá města slučují sociální a zdravotní služby do větších organizačních celků

– příspěvkových organizací, čímž ale řeší situaci jen na svém území. Ani u těchto subjektů však neexistuje pozice sociálně zdravotního pracovníka.

Z výše uvedených důvodů je třeba zaměřit pozornost na pečující osoby, které z hlediska uspokojování svých potřeb vypadávají ze zorného pole sociálních i zdravotních služeb a zajistit interdisciplinární přístup a vzájemnou aktivní spolupráci odborníků napříč různými odvětvími a zabránit poskytování duplicit v péči.

Řešení uvedeného problému vedlo ke vzniku CpRP jako zcela nové formy organizování péče o osoby 50+, které jsou závislé na péči druhé osoby. CpRP prostřednictvím case managementu, poradenského procesu a jeho nástrojů, metod a technik práce podporuje a propojuje neformální péči, tedy rodinné pečovatele s péčí formálního sociálního a zdravotního sektoru za účelem nalézání efektivního řešení klientova problému.

2.2 Poslání a cíle

Hlavní myšlenkou tohoto projektu je otestování a odůvodnění existence nového modelu služby zřízeného na úrovni měst a jejich spádových oblastí - CpRP, a vytvoření nové pracovní pozice Poradce.

Principy práce Poradce:

- ✓ pracuje s rodinami pečujícími o své potřebné členy, jejichž problém má multikauzální příčiny,
- ✓ mapuje potřeby pečujících a hledá možnosti jejich řešení,
- ✓ společně s pečujícím navrhuje postupy řešení v krizových situacích, a to vždy v kontextu dané konkrétní životní situace, dostupných zdrojů a potenciálu.

V návaznosti na identifikované potřeby budou moci rodinní pečující využít nabídky vzdělávacích programů a účasti na podpůrných skupinách, v jejichž rámci se jim dostane skupinové podpory.

V CpRP je vytvořen prostor pro **síťování neformálních pečujících**, jejich setkávání a vlastní iniciativu. Díky podpoře CpRP se neformálním pečujícím dostává času pro sebe sama, získávají aktuální a přehledné informace o možnostech sdílené péče vztažené k místní komunitě. Na základě svých individuálních potřeb se **účastní vzdělávacích programů**, které jim umožňují zefektivnit péči, vytvořit si svůj vlastní prostor a pečovat o zdroje svých sil, díky nimž bude péče o seniory a osoby se zdravotním postižením v jejich domácím prostředí dlouhodobě udržitelná, a to bez negativních důsledků, s nimiž se neformální pečovatelé v situaci bez podpory poměrně často setkávají.

Důležitým aspektem centra je také vznik **komunity neformálních pečujících**. V souladu s tím, jak je vnímán koncept sdílené péče, totiž kontakty na další neformální pečující a síť lidí s podobným zájmem mohou představovat významnou oporu při poskytování neformální péče, a to od sdílení zkušeností a vzájemné výpomoci, až po společné hájení zájmů neformálních pečujících v dané komunitě.

Smyslem CpRP je **udržet zdravotně znevýhodněného či seniora v jeho domácím prostředí**. Služba plně akcentuje význam a podporu rodiny, smysl komunitní péče a tvorbu sítě služeb i s menší kapacitou v běžné komunitě.

CpRP uplatňuje **expertní přístup** v poskytování sociálních a zdravotních služeb, který využívá právě při řešení životních situací, které mají mnohočetné příčiny a vychází z předpokladu, že pečující rodina má komplexní a různé potřeby, k jejichž naplnění vede více cest, které potřebuje s podporou a vedením různých odborníků nalézt.

Posláním činnosti CpRP je:

- ✓ **propojování a koordinace sociální a zdravotní služby** ve prospěch řešení nepříznivé životní situace klienta a jeho rodiny formou řízeného procesu case managementu, a to za účasti všech dostupných zdrojů (rodina, odborníci: sociální a zdravotní služby, veřejná správa, veřejné služby apod.),
- ✓ **podpora pečujících rodin a zabezpečení jejich potřeb,**
- ✓ **poskytování poradenství,**

- ✓ **vzdělávání rodinných pečujících a zvyšování jejich kompetencí.**

CpRP si klade za cíl:

v krátkodobém horizontu:

- ✓ zvýšení znalostí pečujících osob „jak ony samy mají pečovat",
- ✓ zlepšení orientace pečujících osob v systému sociálně zdravotní péče,
- ✓ posílení a podpora kompetencí rodin, jejich proaktivní přístup,
- ✓ posílení spolupráce s přirozeným sociálním prostředím a rozvoj sítě přirozených vztahů, minimalizaci negativních dopadů z dlouhodobé péče na životní styl rodiny.

v dlouhodobém horizontu:

- ✓ zvýšení procentuálního nárůstu osob, které budou schopny kombinovat formální a neformální péči,
- ✓ zvýšení flexibility a inovaci sociálních a zdravotních služeb s ohledem na potřeby cílové skupiny se zaměřením na služby poskytované v domácím prostředí,
- ✓ zkvalitnění života lidí v rámci komunity,
- ✓ zvýšení dlouhodobé kooperace sociální služby se zdravotní péčí a sociální prací na obci, a to na úrovni jednotlivých uživatelů služeb.

2.3 Vytvoření CpRP a jeho fungování

Na tomto místě předkládáme doporučení k optimálnímu prostorovému uspořádání a vybavení prostor pro provoz CpRP, které je míněno jako inspirace pro případné zřizovatele.

2.3.1 Materiální a technické podmínky

Prostorové uspořádání

Při zřizování CpRP, jehož umístění není nezbytně nutné v těsné blízkosti stávajících organizačních jednotek jeho provozovatele, je vhodné věnovat volbě jeho místa mimořádnou pozornost.

Vstup, jehož umístění je nejvhodnější v přízemní části budovy, doporučujeme bezbariérový. Vhodný je rovněž bezbariérový pohyb v prostorách CpRP (*výtah, schodišťová plošina s funkčním ovládáním, průjezdná šířka chodby, bezbariérové WC, označení a navigace, šířka dveří).*

V rámci CpRP je žádoucí vytvořit příjemné prostředí, kde se bude klient cítit dobře a v němž bude zajištěno **soukromí pro nerušené jednání** Poradce s klientem (*nejlépe samostatná místnost*). CpRP své služby nabízí individuálně v přímé vazbě na pečující rodiny, které potřebují zejména podporu, sdílení informací a praktické rady a ukázky, jak domácí péči zvládnout. K tomuto účelu je doporučenou součástí CpRP také **společenská místnost** pro konání svépomocné skupiny i realizaci skupinových vzdělávacích aktivit, případně také edukační místnost s kompenzačními pomůckami (*pro nácvik polohovacích a manipulačních technik*) a příruční knihovna odborné literatury.

Dále by mělo být CpRP vybaveno **informačními materiály** (včetně materiálů upravených pro potřeby slabozrakých) jednotlivých poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb.

Pro účely zajištění návštěv klientů v rodině doporučujeme, aby měl Poradce k dispozici osobní automobil (*vhodné zejména pro zajištění služby v odlehlých a obtížně dostupných lokalitách).*

Doporučené vybavení:

- ✓ skříň policová vysoká s dveřmi
- ✓ stůl pracovní kancelářský
- ✓ židle kancelářská
- ✓ pohovka dvoumístná
- ✓ konferenční stolek
- ✓ 4 židle
- ✓ notebook
- ✓ kancelářský balík
- ✓ multifunkční zařízení
- ✓ mobilní telefon
- ✓ skartovací stroj
- ✓ flipchart
- ✓ drátěné nástěnné zásobníky na prospekty
- ✓ uzamykatelná kartotéka pro spisy formát A4
- ✓ příruční registratura

2.3.2 Organizační a řídicí normy

Povinnosti, odpovědnost a práva Poradce jsou dána pracovním řádem zaměstnavatele, pracovní náplní a dalšími obecně závaznými právními normami. Práva a povinnosti, která nejsou výslovně specifikována v pracovním řádu, se řídí příslušnými ustanoveními zákoníku práce, případně dalšími vnitřními předpisy zaměstnavatele. Povinnosti provozovatele na straně jedné a uživatelů, klientů z řad veřejnosti na straně druhé upravuje provozní řád CpRP zpracovaný provozovatelem dle jeho vlastních podmínek. Provozovatel odpovídá za vyvěšení příslušného Provozního řádu

na viditelném místě a dbá na jeho dodržování. Pro inspiraci uvádíme v příloze této metodiky vzorový Provozní řád CpRP, který má doporučující charakter.

2.3.3 Provozní doba

Stanovení provozní doby spadá výhradně do kompetence provozovatele CpRP. Na základě našich zkušeností však doporučujeme, aby konání svépomocných skupin probíhalo v neúředních dnech v odpoledních hodinách. Provozní dobu doporučujeme upravit tak, aby jeden den v týdnu byla stanovena i mimo běžné úřední hodiny s prodloužením do pozdějších odpoledních hodin.

2.3.4 Vedení a manipulace spisové dokumentace

Poradce vede přehlednou dokumentaci v rozsahu nezbytně nutném pro průběh služby, a to v elektronické nebo fyzické podobě spisu. Z dokumentace musí jasně vyplývat **zakázka klienta a jeho Individuální plán rodinné péče**.

Níže uvedený postup práce s formuláři, které tvoří přílohu této metodiky, má doporučující charakter, záleží na posouzení konkrétní situace Poradcem a jeho volbě zvoleného postupu tak, aby umožnil efektivní projednávání řešeného případu bez nadbytečné administrativní zátěže.

Klientův spis obvykle obsahuje tyto dokumenty:

- ✓ **Kartu klienta** – úvodní část složky obsahující základní kontaktní informace, vyplňuje se u klientů, k nimž je zakládán spis,
- ✓ **Záznam z jednání/intervence** – vypisuje se při prvním setkání s klientem, zpravidla tehdy, pokud se klient ihned nerozhodl pro dlouhodobou spolupráci. Tento formulář buď dále slouží jako podklad pro dlouhodobou a kontinuální spolupráci – kdy se klient rozhodne pro Individuální plán rodinné péče, nebo pro krátkodobou, resp. občasnou spolupráci. Nevyplňuje se u anonymních nebo velmi úzce položených dotazů,

- ✓ **Individuální plán rodinné péče** – vypracovává se u klienta, který se rozhodl pro dlouhodobou kontinuální spolupráci,
- ✓ **Souhlas se zpracováním osobních údajů klienta CpRP dle nařízení EU (GDPR).**

Dalšími dokumenty ve spise mohou být:

- ✓ **Vyjádření souhlasu klienta s případovou konferencí**,
- ✓ **Prohlášení o mlčenlivosti účastníků případové konference**,
- ✓ **Zápis z případové konference.**

Dále Poradce pracuje s těmito formuláři:

- ✓ **Přehled činností a úkonů CpRP** – zaznamenávají se všechny úkony, včetně úkonů provedených ve prospěch anonymních klientů (*pro statistické účely*),
- ✓ **Prezenční listina** – záznamy o absolvování vzdělávání, účast na svépomocné skupině,
- ✓ **Hodnotící dotazník** – slouží k získání zpětné vazby od klienta – spokojenost se službami CpRP.

Pro zajišťování odborné správy a manipulaci s dokumenty, ať už v podobě listinné či elektronické, se Poradce řídí příslušným spisovým řádem provozovatele CpRP stanovujícím základní pravidla pro manipulaci s dokumenty od jejich doručení, resp. vzniku v organizaci, až po vyřazení ve skartačním řízení.

2.3.5 Řešení stížností

Klient by měl být při vyjednávání spolupráce (dojednávání zakázky) seznámen i s možností podání stížností a dále s informací, kam by případná stížnost mohla směřovat. Postup pro uplatnění stížností je popsán v provozním řádu CpRP.

2.4 Metody a techniky práce

Na tomto místě uvádíme pro inspiraci možné nástroje základních metod a technik sociální práce. *Konkrétní popis a specifika jednotlivých metod a technik práce ponecháváme na samostudiu poradců v rámci odborné literatury*[15].

Aktivní naslouchání

Naslouchání je dovednost, která je základním nástrojem poradce. V pomáhajících profesích klademe důraz na naslouchání aktivní, které klientovi poskytuje dostatek zpětných vazeb od pracovníka. Klientova komunikace je povzbuzována pomocí takových technik, jako je objasňování, parafrázování, reflektování a shrnování.

Řízený rozhovor

Jedná se o nejčastěji využívanou metodu práce CpRP.

Komunikace je základem pro sociální práci (jde především o vedení rozhovoru).

Rozhovor by měl mít nějakou konstrukci, měl by vést k získání informací, které budeme potřebovat pro další práci s klientem:

- můžu si zformulovat, co klient potřebuje, čeho je schopen a co je ochoten přijmout,

[15] Na základě našich odborných zkušeností doporučujeme například publikaci od Marie Vágnerové Psychopatologie pro pomáhající profese (Praha: Portál 2004).

- rozhovor by měl být vždy dialogem (Poradce drží mantinely, doplňuje),
- je důležité sledovat neverbální projevy (mohu zjistit, že lže),
- v rámci rozhovoru je důležité aktivní naslouchání, které má svá pravidla:
  - ✓ soustředění se na klienta o čem hovoří
  - ✓ vnímám pozorněji, když naslouchám
  - ✓ zaměřuji se na to, co klient cítí, v čem je význam jeho sdělení
  - ✓ neustále se udržuje kontakt s klientem (zvláště oční)
  - ✓ musíme klást objasňující otázky, aby nám klient upřesnil věci, kterým například zcela nerozumím
  - ✓ Poradce mluví, aby dosáhl lepšího porozumění (ne aby dělal závěry)
  - ✓ nechat klienta mluvit dokud chce, pak teprve mu pokládat upřesňující otázky
  - ✓ otázka zrcadlení = dávám jedinci najevo, že jsem porozuměl/a tomu, co mi řekl
  - ✓ objasňování = otázky, které nám umožní lépe pochopit (např. „Vy jste říkal tohle…Pochopil/a jsem to dobře?")
  - ✓ otázka parafrázování = převyprávíme důležité informace, které jsme získali (pomůže to podívat se na problém z jiného úhlu pohledu, pomůže to jak klientovi tak i nám)
  - ✓ zrcadlit můžeme i city, je s tím spojena empatie (když vidím druhého plakat, mohu také uronit slzu - tím projevím empatii)
  - ✓ otázka kotvení = mohu tím klienta motivovat, jak problém řešit, podporuji ho, jak to udělal dobře, a tím mu pomohu (sebevědomí)
  - ✓ otázky musí být otevřené, nikoli uzavřené („Jak jsou staré vaše děti?" = otázka uzavřená → ale „Povězte mi něco o vašich dětech"…dovím se mnohem více!)
  - ✓ obrovskou roli také hraje výraz, intonace, barva hlasu, vzhled (oční kontakt, podání ruky)

- ✓ velkou roli hraje také právě doteková komunikace (např. u seniorů je velmi potřebná).

Komunikační zábrany v rámci rozhovoru (rodinní pečující mnohdy potřebují předat informace týkající se pravidel komunikace a vyvarování se chyb proto, aby se komunikace uvnitř rodiny stala efektivní):

- ✓ otázka přikazování, vyžadování
- ✓ otázka varování, strašení
- ✓ otázka moralizování, kázání
- ✓ dávání rad a návodů
- ✓ poučování a argumenty
- ✓ otázka souzení, kritiky, obviňování
- ✓ otázka pochlebování nebo určitých výčitek
- ✓ posměch, dávání jmen
- ✓ interpretování a analýza
- ✓ uklidňování a soucit
- ✓ zjišťování a výslech
- ✓ přerušování hovoru, nezájem

Metodika vedení rozhovoru:

- ✓ rozhovor v sociální práci je časově velmi náročný
- ✓ komunikuji, abych zjistil/a určitá data, v diagnostice si nemusím tak moc připravovat osnovu rozhovoru, jinak by měl být vždy připravený a cílený (intervence)
- ✓ kolik času věnovat jednomu klientovi, aby udržel pozornost? = maximálně hodinu (lidé v duševní krizi max. 40 minut)

- ✓ dvě úrovně: intervenční a diagnostická

Nevýhody rozhovoru:

- ✓ rozhovor je závislý na ochotě klienta vypovídat, nebo zda je toho schopen
- ✓ rozhovor je ovlivněn stresem a obavami, co po něm bude Poradce chtít, jak se k němu bude chovat (otázka prostředí, osobnosti pracovníka…)
- ✓ celý rozhovor je ovlivněn sebelitováním (klient se nám chce zalíbit, dává nám nepřesné informace, překrucuje skutečnosti, …)

Tři důležité věci při rozhovoru:

- ✓ význam paměti klienta - klient je schopen odpovídat na otázky
- ✓ význam motivace - je ochoten odpovídat
- ✓ význam zkušenosti, odbornosti - je schopen vyčlenit základní údaje v rozhovoru

Požadavky na vedení rozhovoru:

- ✓ klidné místo
- ✓ navázání kontaktu si vždy pečlivě rozmyslet
- ✓ klidný a věcný tón hlasu při rozhovoru vzbuzuje sympatie a porozumění, nenechat se vytočit, působit opravdu klidným dojmem
- ✓ snažit se vzít věci s humorem (nenechat se vyprovokovat)
- ✓ otázka ukvapených závěrů → nedělat předčasné závěry
- ✓ opět otázka ukotvení → podporovat, pochvalovat mu to, co udělal dobře a ne mu jen vyčítat co udělal špatně, hledat hlavně pozitivní stránky věci
- ✓ nevyhýbat se tabuizovaným tématům (tabu společenská nebo tabu rodinná, je vhodné tyto otázky postupně a bezpečně otevírat a postupně odbourávat).

Krizová intervence

Slovo krize - krisis - pochází z řečtiny a značilo soudní proces, v němž vrcholí spor a dochází k rozsudku, k rozhodnutí. Dochází k obratu - k lepšímu, či k horšímu. Předpokladem dobrého rozhodnutí v průběhu krize je schopnost rozlišit mezi podstatným a nepodstatným.

Případová práce, případová konference

Zaměření na případ, na jedince, je v oblasti sociální práce často uplatňovaným přístupem, zejména v problematice duševního zdraví, vývojových poruch, ve sféře dlouhodobé péče, ve službách pro seniory atd.

Je to přístup náročný z hlediska profesionální vybavenosti i osobnostních dispozic sociálního pracovníka, nevyžaduje žádné zvláštní aranžmá a umožňuje operativní rozhodování, pružnost i tvořivost, jež mohou významně přispět k rozpoznání a uskutečnění právě toho postupu, kterým klient vystoupí ze své nepříznivé situace.

Obecně jde o způsob, jak věnovat soustředěnou pozornost člověku, jenž sociální službu potřebuje.

Případová konference je odborná diskuse zainteresovaných subjektů nad konkrétním případem ohroženého dítěte nebo jeho rodiny; účelem je rychlé a úplné vyhodnocení situace dítěte a jeho rodiny s cílem nalézt optimální řešení.

- ✓ Případová konference v různých formách tvoří základ případové sociální práce.
- ✓ Případové konference jsou realizovány na mnoha úrovních s různými označeními.

Typologie

- ✓ Případová konference je jednorázová nebo opakovaná.
- ✓ Případová konference jako operativní forma řešení určitého problému.

Plánování – krátkodobé i dlouhodobé cíle

Jedná se o používanou metodu, která se v práci CpRP osvědčila.

Při procesu individuálního plánování je nutné přihlédnout k druhu služby a cílové skupině klientů.

Pro Poradce je podstatné, že proces individuálního plánování umožní standardní kvalitu služeb i v době různých změn, zvyšuje účinnost služeb tím, že všichni směřují ke stejnému cíli.

Síťování

Tato metoda je oblíbená a doporučovaná k využití.

Síť je formálním či neformálním spojením lidí a organizací, je sítí vztahů, která umožňuje jejich vzájemnou komunikaci a spolupráci. Subjekty v síti mohou navzájem sdílet zdroje, dovednosti, kontakty a znalosti, usilují o dosažení stejných či podobných cílů.

Genogram v CM

Znázorňuje rodinné mezigenerační vztahy. Díky svému grafickému znázornění umožňuje přehledné zachycení i poměrně složitých vztahů, souvislostí a událostí pomocí systému jednotných znaků a symbolů.

Ekomapa v CM

Ekomapa zachycuje celé sociálně ekologické pole - především rodinu a veškeré vnější systémy k ní vztažené. Zaznamenávají se systémy jak aktuální, tak také potřebné a potenciálně disponibilní. Při tvorbě ekomapy se zaznamenává také charakteristika vztahů a přehled možných sociálních napětí a potenciálních sociálních zdrojů a opor.

Výstupy z konzultačních workshopů (2018)

- ✓ *nedostatky v systému*:
  - *chybí legislativní ukotvení, neformální pečující nemají žádný statut, není na ně nahlíženo jako na osoby potřebující podporu,*
  - *chybí dlouhodobé strategické plány sociální a zdravotní péče ve vazbě na sociálně demografické prognózy,*
  - *absence spolupráce praktických lékařů a úředníků úřadu práce s pracovníky sociálních referátů obcí a měst a poskytovateli sociálních služeb, chybí cílená edukace rodinných pečujících (poradenství o navazujících službách, jak nastavit a propojit jednotlivé sociální i zdravotní služby s péčí rodiny atd., zejména v případech hospitalizací, kdy dochází ke změnám zdravotního stavu a vzniká potřeba péče),*
  - *problematika přiznané výše PnP, která neodpovídá skutečnému zdravotnímu stavu (např. nebývá diagnostikována demence, přestože jí pacient trpí, lékařská dokumentace mnohdy neobsahuje aktuální informace k současnému zdravotnímu stavu pacienta),*
  - *problematika potřebnosti rodinné péče se týká všech věkových kategorií – potřeba zajištění návazné péče i pro mladší osoby po úrazech, děti apod.,*
- ✓ *potřeba mediální podpory problematiky pečujících osob na celorepublikové i regionální úrovni,*
- ✓ *do škol by měla být zařazena i výuka k přípravě na stáří.*

Doporučení pro praxi

- ✓ *nevyhýbat se tabuizovaným tématům (tabu společenská nebo tabu rodinná, je vhodné tyto otázky postupně a bezpečně otevírat a postupně odbourávat v rámci rodiny i celospolečenského dialogu),*
- ✓ *práce s pečujícím by neměla končit smrtí pečované osoby, potřeba podpory při obnovování sociálních kontaktů je důležitý předpoklad pro návrat pečující osoby zpět do společenského i pracovního života.*

3. METODA CASE MANAGEMENTU A JEJÍ APLIKACE V RÁMCI CpRP

PhDr. Radka Kozáková, PhD.

V rámci CpRP při práci s klientem doporučujeme využívat metody Case managementu. Tato metoda je vhodná všude tam, kde je do práce s klientem zapojeno více osob, zejména více odborníků, kteří s klientem spolupracují. Snaží se klientovi poskytnout patřičný přehled o možných dostupných službách, rovněž zpřehlednit systém služeb na úrovni jednotlivých poskytovatelů. Kromě toho usiluje o takovou koordinaci služeb kolem klienta, které budou co nejlépe naplňovat jeho požadavky.

3.1 Vysvětlení pojmu case management

Slovo „management" vzniklo z anglického „to manage", což znamená **řídit, vést, organizovat, spravovat, hospodařit, dosáhnout cíle**. „Case" můžeme přeložit jako případ, kauzu, proces nebo eventualitu. Case management je překládáno jako „koordinovaná péče", „koordinované vedení případu[16] nebo případové vedení"[17].

Case management je metoda, **koordinace služeb a způsob práce s lidmi, kterým onemocnění způsobuje problémy v mnoha životních oblastech**.

Poskytuje lidem z cílové skupiny, tedy rodinným pečujícím, podporu šitou na míru. Snaží se o individuální přístup, který vychází z potřeb a možností klienta. Je flexibilní, má různou délku trvání, intenzitu podpory přizpůsobuje individuálním potřebám klienta, staví na jeho schopnostech.

Tato metoda je zaměřena na vytváření podpůrné sítě, vyhledávání a oslovování osob, které mají na mysli dobro klienta a mají zájem klientovi pomoci, což představuje významný prvek v práci s naší cílovou skupinou.

[16] Nepustil, 2011
[17] Stuchlík, 2002

3.2 Případová konference

Případová konference je plánované a koordinované společné setkání klienta, jeho rodiny a všech, kteří pro ně představují, nebo mohou představovat, podpůrnou síť.

Cílem setkání je výměna informací, zhodnocení situace klienta a jeho rodiny, hledání optimálního řešení a plánování společného postupu, který povede k naplňování potřeb klienta. Výstupem je **Individuální plán rodinné péče**[18].

3.2.1 Příprava případové konference

1. Stanovení cíle setkání

Pokud se bude jednat o **úvodní, první**, případovou konferenci, bude cílem:

- ✓ zmapování a posouzení situace klienta,
- ✓ navržení individuálního plánu péče nebo
- ✓ přijetí vhodného opatření nebo závazného rozhodnutí a navržení dalšího postupu.

Při **opakovaném setkávání** pak bývá hlavním cílem:

- ✓ vyhodnocení dosavadní probíhající práce s rodinou na základě již stanoveného Individuálního plánu rodinné péče,
- ✓ navržení dalšího postupu.

Cíl setkání stanovuje klient (jeho zákonný zástupce) ve spolupráci s Poradcem. Ten se stává pro účely případové konference také koordinátorem případu.

Cíl setkání musí splňovat tato (SMART) kritéria:

- ✓ **specifičnost -** konkrétní, specifický, jednoduchý. Úkol je splnitelný tehdy, když je jednoduchý. Konkrétní zadání vytvoříte díky otázkám:

[18] Solařová, 2013

- **Co** se má udělat (co je cílem)?
- **Proč** se to má udělat (kontext)?
- **Kdo** to má udělat?
- **Kde** to má proběhnout?
- **Které** okolnosti a podmínky hrají roli?

✓ **měřitelnost** - poznáme, kdy cíle dosáhneme nebo kdy se jeho dosažení přibližujeme či naopak. Otázky, které by mohly pomoci:
- **Kolik** času, prostředků, energie je potřeba?
- **Jak poznám**, že jsem dosáhl cíle a úkol jsem splnil?

✓ **akceptovatelnost** - odpovídá potřebám klienta a jednotlivé strany souhlasí s cílem, i s tím, co pro jeho naplnění udělají. Adekvátní zadání úkolu znamená, že je ke splnění nutné vyvinout úsilí. Otázka, která pomůže při realizaci, zní:
- **Jakými** způsoby mohu cíle dosáhnout? Jakou činnost mám vyvinout, abych dosáhl cíle?

✓ **reálnost** - plánovaný výsledek musí být realistický, řešitel jej musí přijmout za svůj – být přesvědčen, že ho dosáhne

✓ **termínovanost** - obsahuje časový rámec (interval) pro řešení a termíny jsou závazné. Otázky jsou jednoduché:
- **Do kdy** mám dosáhnout splnění cíle?
- **Jak** dlouho mi bude trvat splnění úkolu?
- **Kdy** začnu úkol plnit a kdy zřejmě skončím?

Účastníci případové konference

Zcela zásadní pro úspěch a efektivitu případové konference je přítomnost a aktivní účast klienta či jeho zákonného zástupce.

Nezbytným předpokladem je důkladná příprava a motivace klienta a jeho zákonného zástupce. Důležitý je rozhovor s klientem před samotnou konferencí a jeho motivování pro její realizaci. Je vhodné sdělit mu všechny potřebné informace o průběhu setkání a o možnostech, které přináší. Vysvětlit mu, co je to případová konference a jaké jsou její principy a výhody. Společně stanovit cíl setkání, rozebrat klientova očekávání a prohovořit otázku, koho na setkání přizvat. Klient by měl znát seznam účastníků případové konference, aby nebyl zaskočen přítomností některého z nich. Účast klienta či jeho zákonného zástupce považujeme za samozřejmou a vždy se zajímáme o důvody, které jej vedou k případnému odmítnutí. Pokud má klient (zákonný zástupce) pochyby o daném postupu či jednotlivých účastnících, věnujeme mu dostatečný čas a možnost hovořit o konkrétních obavách.

Koho dále na případovou konferenci pozvat

Hlavním východiskem pro tento krok je zmapování přirozených zdrojů v okolí klienta (*rodina a komunita, v níž žije, …)* a dalších zdrojů pomoci a vytvoření podpůrné sítě pro klienta a rodinu (např. poskytovatelé sociálních služeb ze státní sféry i z řad neziskových organizací). Pro případové setkání je stěžejní vytipovat ty subjekty, které mají pro řešení dané situace přednostní význam (*např. zástupce neziskové organizace pro sanaci rodiny, psycholog, lékař: praktický lékař, neurolog, psychiatr atd*., *zástupce zdravotnického zařízení a další odborníci).*

Základní okruh zvažovaných osob:

- ✓ svolavatel, organizátor, Poradce,
- ✓ členové úzké i širší rodiny,
- ✓ pracovníci již zainteresovaných organizací nebo institucí,
- ✓ osoby prezentující služby, které mohou podpůrnou síť nově rozšířit.

Okruh osob není uzavřený, síť pomoci je možné aktuálně rozšiřovat.

Počet účastníků jedné případové konference by neměl přesáhnout 10–12 osob, a to včetně klienta, jeho zákonných zástupců, svolavatele a Poradce.

Místo setkání

Zvolíme dle domluvy účastníků tak, aby bylo snadno dostupné, bezpečné a zajišťovalo dostatečný a nerušený prostor: poradna, poskytovatel sociální služby aj.

Struktura setkání:

1. Úvod a přivítání
2. Představení účastníků
3. Stanovení cíle setkání
4. Představení klienta a jeho situace
5. Mapování současné situace a aktuálních potřeb klienta
6. Prezentace návrhů řešení
7. Tvorba a finalizace konkrétního plánu
8. Určení kontaktní osoby a termínu dalšího setkání
9. Zhodnocení setkání

Doporučená časová dotace: pro případovou konferenci se doporučuje minimálně doba 1,5 hod., z praxe vychází přibližně 2 hod.

- ✓ body 1–3: 10–15 minut
- ✓ body 4–5: 45–50 minut
- ✓ body 6–7: 45–50 minut
- ✓ body 8–9: 10–15 minut

Technické vybavení – pomůcky:

- ✓ flipchart,
- ✓ kartičky na jména,
- ✓ fixy,
- ✓ formuláře (Prohlášení o mlčenlivosti, seznam účastníků…).

3.2.2 Průběh případové konference

Poradce v průběhu případové konference plní i roli facilitátora.

Úvod a přivítání

Poradce všechny zúčastněné přivítá, poděkuje za to, že přišli a stručně zformuluje hlavní cíl setkání. Dále účastníky seznámí se základními informacemi o průběhu jednání a ujistí se o časových možnostech všech zúčastněných. Poradce dohodne základní pravidla, jako je např. oslovování a nabídne základní pravidla diskuse, např.: „Mluví vždy jen jeden." „Každý názor je cenný, nekritizujeme." apod. Zdůrazní pravidla sdílení informací mezi subjekty (důvěrnost informací).

Představení účastníků

Na kartičky rozdané Poradcem každý účastník napíše jméno, kterým si přeje být oslovován a tuto kartičku umístí na viditelné místo před sebe; toto uspořádání usnadní vzájemné oslovování. Poté se každý účastník představí a stručně popíše svou roli na setkání. Je vhodné, aby moderátor s představováním začal, neboť tím předurčí formu i obsah představení.

Představení cíle setkání

Poradce zopakuje důvod a účel setkání.

Představení případu

Poradce předá slovo klientovi, poté jeho zákonnému zástupci. Vyzve ho, aby popsal svou situaci a co ze svého hlediska potřebuje a očekává. Koordinátor případu či svolavatel klientovy informace doplní či upřesní. Pokud ze závažného důvodu není klient ani jeho zákonný zástupce přítomen – nebo si nepřeje hovořit – s podstatnými informacemi ostatní seznámí rovněž koordinátor případu či svolavatel.

Mapování současné situace a aktuálních potřeb klienta

Cílem této části setkání je shromáždit podstatné informace, sdílet je a identifikovat potřeby klienta. Ujasnit si jádro problému, definovat hlavní cíle práce s rodinou, identifikovat priority. Probíhá diskuse, slovo dostane každý účastník. Nezapomínáme přitom na pohled klienta a zvažujeme dosažitelnost jednotlivých kroků. Před přechodem do další části (návrhy řešení) si ověříme, že máme všechny potřebné informace. Výstupem této části setkání je přehled hlavních potřeb a identifikace problému, jako základ pro další práci případové konference.

Návrhy řešení

Poradce prochází priority a vyzývá účastníky k formulování návrhů praktických kroků potřebných k jejich naplnění. Napomáhá a podporuje diskusi, vytváří bezpečný prostor pro nápady a pracovní atmosféru směřující k hledání řešení, stimuluje k hledání co největšího množství návrhů. Tuto fázi lze přirovnat k tzv. brainstormingu, což je skupinová technika zaměřená na generování co nejvíce nápadů na dané téma. Základem je předpoklad, že ve skupině, na základě podnětů ostatních, vymyslí lidé více, než by vymysleli jednotlivě.

Tvorba a finalizace konkrétního plánu

Pod vedením Poradce podrobujeme navržená řešení zkoumání, přičemž nezapomínáme brát na zřetel možnosti a schopnosti klienta a současně zohlednit dostupné zdroje v okolí. Poradce pomáhá účastníkům ke konkrétním formulacím (co, kdo, kdy udělá). Cílem je vymezit klíčové úkoly a osoby odpovědné za jejich řešení. Stanoveny jsou také termíny pro plnění jednotlivých úkolů. V této části se také diskutují podmínky a předpoklady úspěchu. Ty je vhodné doplnit k návrhům řešení. Současně účastníci konference odkrývají překážky a na řadu někdy přicházejí alternativní řešení, tzv. pojistky. Jejich existence má zabránit zejména pocitu marnosti u klienta při prvním neúspěchu, zároveň však mohou působit jako „zadní vrátka" a umožňovat tak jednotlivým stranám vyhýbat se plnění přijatých úkolů. Proto je lepší rovnou zvažovat reálnost jednotlivých kroků a k „pojistkám" přistupovat jen výjimečně. Je vhodné zapisovat i inspirace a informace, které mohou být pro klienta užitečné v budoucnu.

Kontaktní osoba a určení termínu dalšího setkání

Kontaktní osobou, u které se sbíhají veškeré informace, je svolavatel. U něj se sbíhají informace týkající se naplňování plánu. Již na probíhající případové konferenci stanovíme termín, případně podmínky, dalšího návazného setkání.

Zhodnocení setkání

Každý účastník zvlášť zhodnotí průběh setkání i výstupy ze svého hlediska. Zvláštní prostor patří klientovi a jeho zástupci. Jako poslední hodnotí setkání Poradce, který se na úplný závěr s přítomnými rozloučí, poděkuje všem za účast a ocení jejich angažovanost, aktivitu atd.

3.2.3 Sestavení Individuálního plánu rodinné péče

Výstupem ze setkání je zpravidla Individuální plán rodinné péče, je významným pro nastavení spolupráce a je srozumitelným výstupem pro všechny zangažované pro další spolupráci. V podstatě jde o přehled konkrétních kroků řešení, který v sobě zahrnuje odpovědi na otázky, co je potřeba zařídit pro zajištění požadované změny nebo ochrany klienta, jaké existují pozitivní zdroje podpory a pomoci, co je potřeba učinit, jaké konkrétní kroky zvolíme, kdo, kdy a co udělá a kdy vyhodnotíme, jestli je počínání účinné a naplňuje cíl.

Obsah Individuálního plánu rodinné péče

- ✓ základní informace a kontakty o klientovi a rodině,
- ✓ seznam zainteresovaných osob včetně kontaktních údajů,
- ✓ popis aktuální situace klienta a rodiny,
- ✓ stanovené cíle,
- ✓ přehled konkrétních kroků s jasnou formulací a vyznačenými termíny splnění a odpovědnostmi za jednotlivé kroky (co, kdo, kdy),

- ✓ přehled rizik a náhradní plán,
- ✓ informace o předávání zpětné vazby o plnění plánu: jak si budou zainteresovaní předávat zpětnou vazbu o plnění – komu, kdy,
- ✓ informace o vyhodnocení: jak a kdy vyhodnotí koordinátor případu plnění plánu a za jakých podmínek případně svolá další setkání,
- ✓ informace o tom, kdo bude informovat o obsahu plánu nepřítomné,
- ✓ termín další případové konference, pokud byl stanoven.

Výstupy z konzultačních workshopů (2018)

- ✓ *Poradce by měl shromažďovat údaje, které jsou potřebné pro komunitní plánování sociálních služeb, a mohl by se stát přímo členem pracovní skupiny komunitního plánování anebo by informace zpracovával a předával je institucím zodpovědným za komunitní plánování.*

Doporučení pro praxi

- ✓ *Poradce by měl koordinovat a monitorovat situaci neformálních pečovatelů a osob odkázaných na péči v rámci území, na kterém poskytuje služby.*
- ✓ *Poradce by měl být průvodcem pečujících osob po celou dobu trvání péče i po jejím ukončení. Měl by jim umět nejen poradit, ale měl by být také tím, kdo jim pomoc v případě nutnosti sjedná.*

3.2.4 Kazuistika IV. Veřejný opatrovník (paní Jana)

Uvedení případu

Klientka paní Jana je veřejnou opatrovatelkou. Pracuje na OÚ, je jí 60 let. Soudem jí byla svěřena 64letá žena, paní (pro tento případ použijeme jméno) Nováková, občanka obce. Paní Jana rozhoduje zejména o jejích financích, protože paní Nováková bez dohledu ihned utratí všechny peníze za alkohol, cigarety a nějaké jídlo.

Anamnéza

Paní Nováková má psychiatrickou diagnózu, je částečně omezena na svých právech. Je rozvedená, její druhý bývalý manžel, u kterého i po rozvodu bydlela, vloni na podzim zemřel. Rodinný domek na vesnici zdědili jejich společní čtyři synové. Paní Nováková má z prvního manželství ještě další dva dospělé syny, kteří žijí mimo region. Jeden z prvomanželských synů žije běžným životem, druhý je umístěn v pobytovém zařízení. Paní Nováková má v domě nahlášené trvalé bydliště, ale není ani zčásti jeho majitelkou. Majiteli jsou synové z druhého manželství: nejstarší trpí psychiatrickou nemocí, je však zaléčený a pobírá ID. Druhý syn žije s rodinou mimo region a s ostatními se nestýká. Třetí taktéž trpí psychiatrickou nemocí, neléčí se, nemá přiznaný důchod, není schopen dlouhodobě pracovat. Nejmladší syn často střídá zaměstnání i pobyty, má vysoké dluhy, zadlužil i svou část zděděného domu. Paní Nováková bydlí v tomto RD s třemi dospělými syny. Vzhledem k svému věku, psychiatrické diagnóze, dřívějšímu alkoholismu, inkontinenci a dalším současným zdravotním potížím (prodělala operace očí a kloubu, začíná se projevovat omezení pohybu) přestává být soběstačnou a potřebuje pomoc cizí osoby. Tuto pomoc jí však není schopen poskytnout žádný z příbuzných.

Současné problémy k řešení, aneb zakázka

Paní Nováková byla v loňském roce hospitalizována v PL. V rámci této hospitalizace u ní bylo provedeno předoperační vyšetření, v domácím prostředí by to nebylo možné. Poté byla operována na ortopedii. Po skončení pobytu v nemocnici byla převezena do LDN. Už v průběhu pobytu v LDN sociální pracovnice vypsala pro paní Novákovou dvě žádosti do pobytového zařízení. Paní Nováková s tímto nejprve souhlasila, když však přišla sociální pracovnice pobytového zařízení na šetření, paní Nováková žádost zrušila s tím, že se chce vrátit domů, že nikam jinam nepůjde. Z druhého zařízení později přišlo zamítnutí, protože paní Nováková s danou dg. nepatří do cílové skupiny. Po vyčerpání obvyklé doby, po kterou nemocný může být v LDN, byla paní Nováková propuštěna domů.

Klientka paní Jana se tohoto momentu obávala, protože v minulosti byly v rodině velké problémy: alkohol, hádky, rvačky apod. Velmi často byla do domu volána záchranná služba, která však bez asistence policie odmítala do domu vstoupit z obavy o své zdraví a život.

Doposud byla paní Nováková fyzicky relativně zdravá. Nyní však vyvstává potřeba zajistit pro ni pečovatelskou či ošetřovatelskou službu. Vzhledem k dlouhodobému konfliktnímu rodinnému prostředí to však není možné. Z tohoto důvodu kontaktovala paní Jana CpRP.

Spolu s klientkou jsem navštívila paní Novákovou u ní doma. Dům je zanedbaný, je v něm nepořádek, neteče voda, mají dluh na elektřině a hrozí její odpojení. Dle sdělení opatrovatelky se od smrti bývalého manžela, tj. od podzimu, v domě netopilo. Hospodářská zvířata jsou také zanedbána, jsou uvázána na dlouhém řetězu, takže mají přístup až do domu. Paní Novákovou jsem zastihla i s dvěma syny. Rozhovor proběhl v klidu.

Pro potřeby vyřízení PnP a průkazu ZP bylo potřeba paní Novákovou dopravit k lékaři. Protože v obci nefunguje PS, rozhodla se klientka, i přes špatné zkušenosti, kdy jí paní Nováková znečistila auto, že ji k lékaři odveze svým vozem. Nabídla jsem jí pomoc. Zajistily jsme podložky do auta, inkontinentní pomůcky, které jsme ale nakonec nepoužily, protože by u nemocné vyvolaly vztek, a doprovodily jsme nemocnou k lékaři. U lékaře odmítla přítomnost opatrovatelky, znečistila sedadla jak v čekárně, tak v ordinaci. Klientka získala potřebnou lékařskou zprávu, ale zároveň si vyslechla od paní Novákové skryté nadávky a osočování (ne přede mnou) zřejmě proto, že opatrovatelka dává nemocné jen 1 000 Kč na týden, jak to stanovil soud, a ne jak by si přála nemocná sama.

Pro složitost případu MěÚ uspořádal případovou konferenci. Řešily se na ní dvě linie – paní Nováková, která nadále nemůže setrvat v rodinném domě a ostatní synové, kteří jsou velmi konfliktní, nepracují, neléčí se, nemají příjem a vyvolávají v domě i v obci problémy. Ve věci paní Novákové bylo ujednáno, že opatrovník, paní Jana ve spolupráci s CpRP vyhledají vhodné pobytové zařízení a podají nové žádosti o umístění. Ve věci nejmladšího syna budou pracovnice OSV MěÚ usilovat o jeho nasměrování k psychiatrovi, zajištění sociální dávkou na základní potřeby, tj. na jídlo, k jeho evidenci na ÚP, eventuálně k vyřizování ID. Nedostatek peněz a hlad jsou přímé příčiny agresivního chování sourozenců. Nejstarší bratr má zajištěné obědy, ale mladší mu je sní, pak se poperou.

Vyhledaly jsme pro nemocnou vhodnou pobytovou službu DZR. Spolu s opatrovatelkou jsme vypsaly žádosti. Opatrovatelka přiložila k žádosti i doprovodný dopis, v němž popsala obtížnou neřešitelnou situaci a žádala o přednostní přijetí nemocné, která bez režimu a dohledu nebude brát léky a bude opakovaně odvážena a hospitalizována

na psychiatrické oddělení. Z 25 DZR registrovaných na KÚ jsou pouze tři zařízení vhodná pro osoby s touto psychiatrickou dg. – paranoidní schizofrenií. Ostatní zařízení, ačkoliv uvádějí jako cílovou skupinu osoby s chronickým duševním onemocněním, myslí tímto především seniory s Alzheimerovou chorobou nebo jinou demencí.

Shodou okolností obdržela opatrovatelka dopis od soudu, který kromě toho, že opatrovaná mj. není oprávněna nakládat s částkou nad 1 000 Kč týdně, uzavírat smlouvy, jednat se správními orgány a ostatními institucemi, činit pořízení pro případ smrti, nově rozhodl o tom, že není oprávněna učinit souhlas se svojí hospitalizací ve zdravotnickém zařízení ani uzavřít smlouvu s poskytovatelem sociální služby. Tím mj. odpadá nutnost jejího souhlasu pro nástup do pobytového zařízení. Paní Nováková se však proti tomuto rozsudku soudu odvolala.

Krátce po návštěvě praktického lékaře mi opatrovatelka telefonovala, že paní Nováková si doma sesypala všechny léky dohromady. Když ji syn chtěl usměrnit, napadla ho a zranila. Zavolal si záchrannou službu, která jej ošetřila a jeho matku opět odvezla do PL. V domácím prostředí od doby propuštění z LDN tentokrát nemocná vydržela dva týdny.

V současné době je paní Nováková hospitalizována třetí měsíc v PL. Opatrovatelka čeká na vyjádření pobytových zařízení, zda nemocnou do DZR přijmou či nikoliv. Opatrovatelku také čeká odvolací soud ve věci rozšíření oblastí omezující právní způsobilost nemocné.

Analýza případu

Předpokládané příčiny problémů:

- ✓ závažné dlouhodobé psychiatrické onemocnění opatrované, které jí brání v racionálním řešení její situace,
- ✓ hluboce rozvrácená dysfunkční rodina, nemožnost rodinných příslušníků postarat se o sebe navzájem,
- ✓ legislativní nastavení s takovou mírou akceptace osobní svobody a práv, která atakuje hranici ohrožení zdraví a života jak vlastního, tak druhých, včetně vedení neuspořádaného nedůstojného života plného sociálně patologických jevů,

- ✓ nedostatečné množství vhodných institucí a jejich rozmanitost, jejichž cílovou skupinou je psychiatrický pacient.

Návrh opatření

Provedené intervence v zájmu klienta:

- ✓ návštěva rodiny v terénu,
- ✓ doprovod opatrované k lékaři,
- ✓ účast na případové konferenci,
- ✓ vyhledávání vhodných pobytových zařízení, pomoc s vypsáním žádosti.

Návrh dalšího možného řešení situace:

- ✓ vyčkat, zda budou schváleny žádosti do pobytového zařízení, event. vyhledat další vhodné zařízení a podat žádost,
- ✓ urgovat nástup nemocné do pobytového zařízení z důvodu její neschopnosti žít v domácím prostředí,
- ✓ hledat řešení nepříznivé situace i pro ostatní členy rodiny.

Zhodnocení spolupráce

Pohled Poradce CpRP

Spolupráce s opatrovatelkou je výborná. Opatrovatelka velmi dobře zná poměry v rodině, dlouhodobé chování jejích členů a dokáže reálně odhadovat vývoj situace. Vzniklé problémy řeší pragmaticky a zároveň s citem. Zabývat se tímto sociálním případem opatrovatelku velmi zatěžuje, protože příslušníci celé rodiny dlouhodobě propadají sítem běžné sociální a zdravotní pomoci.

Je zde předpoklad, že i ostatní veřejní činitelé či zaměstnanci obecních nebo městských úřadů po celé ČR se potýkají s obdobnými případy, které je dramaticky vyčerpávají jak v pracovní, tak i v osobní oblasti.

4. MODELY FUNGOVÁNÍ CpRP

Mgr. Denisa Pechová

Na tomto místě představujeme dva odlišné modely fungování CpPR.

Centra jsou zřízena ve dvou pilotních obcích s rozšířenou působností (dále jen „ORP"), a to v Havířově a Uherském Brodě. Výběr těchto ORP zohledňuje fakt rozdílného spektra, co do počtu a struktury poskytovatelů služeb a počtu obcí v rámci ORP. Tato rozdílnost slouží pro variantní nastavení modelu služeb centra ve vazbě na lokální podmínky.

Centrum Havířov je provozováno příspěvkovou organizací Sociální služby města Havířova (dále jen „SSmH") a je přímo podřízeno řediteli SSmH.

Provozovatelem **Centra Uherský Brod** je Odbor sociálních věcí Městského úřadu Uherský Brod. Centrum je přímo podřízeno vedoucí tohoto odboru.

Zatímco Havířov má zejména sociální služby pro seniory soustředěny do velkých příspěvkových organizací a jednoho nestátního zdravotnického zařízení, Uherský Brod má služby rozložené i mezi nestátní neziskové organizace (2 organizace, z toho šest samostatných detašovaných pracovišť), příspěvkové organizace (2 organizace). Správní obvod ORP Havířov zahrnuje pouze 5 obcí, ORP Uherský Brod 30 obcí.

V obou městech je prognózován v následujících letech zvýšený výskyt osob nad 50 let a více, které se z důvodu nemoci či zranění stávají částečně či plně závislými na péči druhé osoby. V současné době je již patrné navýšení počtu dotčených věkových skupin, a to lehce nad celorepublikovým průměrem.

Zatímco v Uherském Brodě je CpRP zřízeno při Odboru sociálních věcí, v Havířově je podřízeno příspěvkové organizaci Sociální služby města Havířova. Činnost CpRP ve správním obvodu obou výše uvedených ORP má za cíl napomoci zejména:

- ✓ průběžnému řešení sociálně zdravotní situace na jejich území, včasnému záchytu potřebných rodin, včetně přípravy adekvátního řešení jejich sociální situace,

- ✓ uspořit čas pracovníků na jednotlivých úrovních poradenských procesů (minimalizace duplicit: na více místech se dává klientům shodná rada),
- ✓ uspořit náklady v čase (dlouhodobý efekt), a to omezením duplicit v poradenském procesu a zvýšením počtu osob setrvávajících ve svém domácím prostředí,
- ✓ propojování sociální a zdravotní péče s cílem zpřehlednit a koordinovat jednotlivé aktivity ve prospěch řešení problémů pečujících rodin.

Praktické poznatky z provozu Center

V průběhu dosavadního testování modelů Center v Uherském Brodě i v Havířově jsme zaznamenali významné odlišnosti vyplývající z místních zvyklostí, územního uspořádaní i zabezpečení daných lokalit odbornými službami.

Specifika služby v Uherském Brodě

Byl zaznamenán menší zájem osob z cílové skupiny o služby CpRP pramenící zejména z neznalosti této nové služby a také z obav sdílet informace ze svého rodinného života s cizí osobou *(Poradcem)*. Rodiny zde také přijetí odborné služby či rady od odborných pracovníků často vnímají jako své osobní selhání.

Převažuje zde větší samostatnost osob z cílové skupiny (*chtějí si péči v rodině často zabezpečit sami*), potřeba kratší spolupráce s Centrem na bázi krátkodobé či jednorázové intervence *(jednorázové návštěvy s žádostí o radu, bez zájmu o delší spolupráci*).

O účast na školeních či svépomocných skupinách je také menší zájem. Důvodem je obava opouštět osoby, o které pečují.

V této lokalitě představuje významný prvek rodinná soudržnost, kdy se ve větší míře zapojuje do péče více členů rodiny, kteří žijí blízko sebe a jsou zvyklí si vzájemně vypomáhat. Mají obavy ze vstupu pracovníka do jejich domácího prostředí, odmítají sdílet informace o průběhu péče v rámci rodiny s odborným pracovníkem z obavy např. odnětí PnP.

Významný je zde i aspekt víry, rodiny, stále fungující vícegenerační soužití v rodinných domech a z toho plynoucí vzájemná podpora a svépomoc v rámci rodiny.

Specifika služby v Havířově

Oproti tomuto modelu klienti CpRP v Havířově nemají obavy při péči o své blízké využívat pečovatelské, asistenční služby či jiné služby. Je zde naopak patrná anonymita většího města a tím i omezené zdroje v rámci rodiny *(další příbuzní či přátelé, kteří by mohli v péči zastoupit)*.

O skupinová školení a svépomocné skupiny ale rovněž nejeví velký zájem, protože nechtějí opouštět své blízké. Převažuje zájem o individuální edukaci v domácím prostředí, bez čekání na termín plánovaného skupinového školení v CpRP.

Rodiny zde mnohdy neřeší další návaznost služeb na jejich péči, ani dopady z dlouhodobé péče.

V obou městech je patrný fakt, že pečující sami nejsou připraveni na stáří, řada osob z CS se pohybuje ve věkové hranici kolem 60 let a více.

4.1 Model fungování CpRP Havířov

Havířov je obec s rozšířenou působností, která se nachází na severovýchodě České republiky v Moravskoslezském kraji. Je statutárním městem. Magistrát města Havířova vykonává samostatnou působnost a přenesenou působnost v základním rozsahu pro územní obvod statutárního města Havířova, a dále přenesenou působnost v rozsahu obecního úřadu obce s rozšířenou působností a pověřeného obecního úřadu v územním obvodu statutárního města Havířova a obcí Albrechtice, Horní Bludovice, Horní Suchá a Těrlicko. [19]

CpRP Havířov je zřízeno v rámci příspěvkové organizace **Sociální služby města Havířova** (dále jen „SSmH"). Statutárním orgánem SSmH je ředitel, který je za činnost příspěvkové organizace odpovědný Radě města Havířova. SSmH je kvalifikovaným odborníkem v oblasti poskytování sociálních služeb. Má dlouholeté zkušenosti s prací se seniory, občany ohroženými sociálním vyloučením a osobami závislými na péči druhé osoby a rodinami. Svou skladbou služeb a kvalifikovaným personálem reaguje na aktuální poptávku služeb ve městě Havířově. Organizace je řádně registrována, její služby jsou plně poskytovány v souladu se standardy kvality sociálních služeb i standardy ošetřovatelské péče. Při koncipování služeb se vycházelo z respektování jejich specifických potřeb. Struktura nabízených služeb umožňuje jejich vzájemné propojení a návaznost, neboť jsou zde vytvořeny předpoklady pro poskytování služeb formou terénní, ambulantní i pobytovou.

SSmH poskytuje následující sociální služby registrované dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

- ✓ Kontaktní centra
- ✓ Nízkoprahová denní centra
- ✓ Odborné sociální poradenství
- ✓ Odlehčovací služby
- ✓ Raná péče

[19] http://www.risy.cz/cs/krajske-ris/moravskoslezsky-kraj/obce-s-rozsir-pusobnosti/.

- ✓ Odborné sociální poradenství s názvem zařízení – Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy
- ✓ Telefonická krizová pomoc s názvem zařízení – Linka důvěry
- ✓ Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- ✓ Odborné sociální poradenství pro seniory
- ✓ Pečovatelská služba
- ✓ Odlehčovací služby s názvem zařízení – Denní a pobytové služby pro seniory – odlehčovací služba
- ✓ Denní stacionáře s názvem – Denní a pobytové služby pro seniory – Denní stacionář
- ✓ V oblasti zdravotní péče poskytuje organizace péči v oboru rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapeut, ergoterapeut, všeobecná sestra.

SWOT analýza

Silné stránky modelu:

- ✓ fungování CpRP v rámci zázemí silné organizace s dlouholetými zkušenostmi v poskytování sociálně zdravotních služeb,
- ✓ nabídka komplexních sociálně zdravotních služeb na místě,
- ✓ Poradce má možnost konzultovat na místě řešení problému klienta v rámci zkušeného multidisciplinárního týmu poskytovatele a rychle i efektivně nalézat účinná řešení
- ✓ více proklientsky orientované prostředí,
- ✓ možnost edukace klienta na místě (např. půjčovna kompenzačních pomůcek).

Slabé stránky modelu:

- ✓ riziko konfliktu zájmů (zvýhodňování jednoho poskytovatele služeb),
- ✓ nižší nabídka služeb poskytovaných ostatními poskytovateli,
- ✓ možná rivalita mezi poskytovateli,
- ✓ nižší motivace CpRP k budování sítí.

Příležitosti:

- ✓ proklientsky orientované prostředí provozovatele CpRP vytváří předpoklad zvýšeného zájmu o služby nabízené CpRP,
- ✓ pečující získá potřebné znalosti a kompetence, které mu umožní zefektivnit péči, díky čemuž bude péče o seniory v domácím prostředí dlouhodobě udržitelná.

Hrozby:

- ✓ absence legislativního ukotvení CpRP – nízká motivace poskytovatelů soc. služeb k budování CpRP
- ✓ nedostatečný prostor pro síťování,
- ✓ závislost Poradce na provozovateli CpRP při posuzování vhodnosti výběru služeb poskytovaných jinými poskytovateli.

4.2 Model fungování CpRP Uherský Brod

Město Uherský Brod je obec s rozšířenou působností, která se nachází na východě České republiky ve Zlínském kraji. V ORP Uherský Brod se nachází 30 obcí, z toho dvě se statutem města: Bánov, Březová, Bystřice pod Lopeníkem, Dolní Němčí, Drslavice, Horní Němčí, Hostětín, Hradčovice, Komňa, Korytná, Lopeník, Nezdenice, Nivnice, Pašovice, Pitín, Prakšice, Rudice, Slavkov, Starý Hrozenkov, Strání, Suchá Loz, Šumice, Vápenice, Veletiny, Vlčnov, Vyškovec, Záhorovice, Žítková a města Bojkovice a Uherský Brod.[20]

Město Uherský Brod je centrem regionu, zahrnujícího v podstatě oblast bývalého okresu Uherský Brod (funkčního do roku 1960). Pro uvedený rozsah spádového území vytváří Uherský Brod středisko vyšší správy, zaměstnanosti, služeb, školství, kultury a sportu a zároveň má i společné přírodní potenciály. Město Uherský Brod je proto centrem základního sociálně geografického regionu, integrovaného prostřednictvím regionálních procesů, zejména dojížďky do zaměstnání, dojížďky do škol a dojížďky za službami.

CpRP Uherský Brod je zřízeno v rámci **Odboru sociálních věcí Městského úřadu Uherský Brod.** Město Uherský Brod již od roku 2004 zpracovává střednědobé plány rozvoje sociálních služeb. Odbor sociálních věcí v rámci přenesené působnosti zejména:

- ✓ zajišťuje činnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- ✓ provádí koordinování komunitního plánování sociálních služeb za účelem zpracování střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na území obce ve spolupráci s krajem a za účasti osob, kterým jsou sociální služby poskytovány,
- ✓ provádí sociální depistáž a sociální šetření,
- ✓ poskytuje sociální poradenství.

[20] http://www.risy.cz/cs/krajske-ris/zlinsky-kraj/obce-s-rozsir-pusobnosti/

Za účelem poskytování sociálních služeb zřídilo město Uherský Brod příspěvkovou organizaci Sociální služby Uherský Brod, která od 1. 1. 2005 zajišťuje poskytování služeb sociální péče v rámci pečovatelské služby a denního stacionáře, služeb sociální prevence, dále zabezpečuje provoz domů s pečovatelskou službou v Uherském Brodě aj.

SWOT analýza

Silné stránky modelu:

- ✓ nízké riziko konfliktu zájmů (zvýhodňování 1 poskytovatele služeb),
- ✓ vyšší míra objektivity při posuzování vhodnosti výběru služeb poskytovaných jinými poskytovateli, „nezávislost" na poskytovateli sociálně zdravotních služeb,
- ✓ vyšší motivace CpRP k budování sítí,
- ✓ klient má možnost výběru z širšího spektra poskytovatelů služeb a variantních řešení situace.

Slabé stránky modelu:

- ✓ fungování CpRP v rámci „úřadu" – oproti poskytovateli příliš úřední přístup
- ✓ ostražitost klienta vůči úřadu,
- ✓ obava klienta, že Poradce získá informace o potřebnosti či kvalitě poskytované péče doma u osoby pobírající PnP a tuto informaci eventuálně předá na ÚP,
- ✓ prostorová i odborná vzdálenost a z toho plynoucí nemožnost flexibilního sdílení informací s kolegy z města. Poradce je na pozici samostatného pracovníka, bez podpůrného pracovního týmu,
- ✓ Poradce nemá možnost konzultovat na místě řešení problému klienta v rámci zkušeného multidisciplinárního týmu poskytovatele,
- ✓ problém sdílení informací v rámci odborného týmu - oddělenost od základny,
- ✓ riziko méně proklientsky orientovaného, odcizeného prostředí (anonymita, „úřední způsob jednání" s klientem).

Příležitosti:

- ✓ pečující na základě svých individuálních potřeb získá aktuální a komplexní informace o možnostech sdílené péče vztažené k místní komunitě,
- ✓ vytvoření prostředí pro síťování.

Hrozby:

- ✓ absence legislativního ukotvení CpRP – nízká motivace potenciálních zřizovatelů k budování CpRP.
- ✓ nižší důvěra pečujících z důvodu anonymity úředního prostředí.

Výstupy z konzultačních workshopů (2018)

- ✓ *funkčnost modelu závisí na místním uspořádání služeb,*
- ✓ *do řešení problematiky je třeba zapojit obce, jakožto první místo, kam se pečující obrací o pomoc,*
- ✓ *ne všichni procházejí sítem nemocnic, část osob zůstává doma v péči rodiny bez využití sociálních služeb – potřeba koordinátora v rámci obce či města.*

5 VYMEZENÍ KOMPETENCÍ A POPIS PRACOVNÍHO MÍSTA PORADCE

Mgr. Denisa Pechová

Na tomto místě uvádíme optimální personální obsazení CpRP:

- ✓ **Poradce** je koordinátorem veškerých aktivit v Centru. Poradce je profesionál, který spolupracuje s klientem, má jeho důvěru a má (nebo o ni usiluje) důvěru dalších odborníků a osob, které jsou v kontaktu s klientem a jeho situaci ovlivňují
- ✓ **odborní lektoři**
- ✓ **asistent poradce**
- ✓ **fyzioterapeut**
- ✓ **psycholog pro svépomocnou skupinu**
- ✓ **facilitátor**

Poradce pomáhá klientovi (a jeho rodině) najít cestu z nepříznivé sociální situace a zná kvalitu, efektivitu a dostupnost služeb, které mohou klienta podpořit. Poradce je klientovým průvodcem jeho rodinnou situací a službu také i sám poskytuje. Má přehled o aktivitách, které klient využívá, a pomáhá mu je koordinovat.

Vykonávaná agenda: Poskytování odborné sociálně zdravotní péče pečujícím osobám. Zjišťování potřeb klienta a jeho rodiny, organizování, koordinace, monitoring, hodnocení a nabídka služeb různého typu za účelem sestavení a realizace Individuálního plánu rodinné péče.

5.1 Kvalifikační předpoklady

Kvalifikační předpoklady a dovednosti poradce:

- ✓ **vzdělání VŠ nebo VOŠ** v oboru sociálně zdravotní péče/*služeb (nebo vzdělání v oboru všeobecná sestra a oborech vzdělávání zaměřených na sociální práci a sociální politiku, sociální a humanitární práci, charitní a sociální činnost)*,
- ✓ zkušenosti v oblasti práce s rodinou, seniory, občany se zdravotním postižením,
- ✓ organizační schopnosti,
- ✓ svědomitost, komunikační a vyjednávací schopnosti,
- ✓ časová flexibilita,
- ✓ trestní bezúhonnost,
- ✓ dobrá znalost práce na PC,
- ✓ preference řidičského oprávnění pro skupinu B (aktivní řidič),
- ✓ aktivní přístup, samostatnost, zodpovědnost,
- ✓ schopnost pracovat v týmu.

5.2 Popis pracovní náplně

Popis pracovní náplně funkce

Provádění složitých zdravotně sociálních činností, posuzování životní situace klienta a jeho rodinných příslušníků ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům.

Zajišťování zdravotních podmínek a pomůcek pro klienty a jejich rodinné příslušníky, příprava klientů na propuštění pečovaných osob do domácí, případně terénní či ambulantní služby sociální péče.

Poskytování odborné sociálně zdravotní péči pro klienty CpRP ve vazbě na péči, kterou tyto osoby zabezpečují svým rodinným příslušníkům, spočívající v odborném sociálně zdravotním poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům.

Zajišťování sociálních i zdravotních potřeb u obzvlášť těžce nemocných osob nebo osob se zdravotním postižením v domácnosti.

Poradce zabezpečuje v rámci základního vymezení činnosti tyto dílčí pracovní aktivity:

- ✓ zjišťuje potřeby klienta a jeho rodiny (tam, kde je to vhodné) a organizuje, koordinuje, monitoruje, hodnotí a prosazuje sadu služeb různého typu, která je uzpůsobená specifickým potřebám klienta,
- ✓ provádí šetření v domácím prostředí klientů,
- ✓ pomáhá klientovi s formulací zakázky, sestavuje Individuální plán rodinné péče a provází klienta jeho realizací a vyhodnocením,
- ✓ zjišťuje efektivitu a dostupnost místních služeb, které mohou klienta podpořit,
- ✓ zpracovává a průběžně aktualizuje adresář poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb a zájmových organizací zdravotně postižených osob a seniorů a svépomocných skupin s určitým druhem postižení (např. kardiaků, diabetiků, parkinsoniků aj.) působících v daném regionu,
- ✓ spolupodílí se na přípravě případových konferencí a účastní se jich formou facilitace případové konference,
- ✓ komunikuje s poskytovateli sociální a zdravotní péče terénního, ambulantního a pobytového charakteru,
- ✓ vede záznamy o jednání s klientem v elektronické, v případě potřeby fyzické (analogové) podobě (záznam ze šetření/jednání, Individuální plán rodinné péče, zápis z případové konference, žádost o součinnost aj.),
- ✓ vede podklady a zpracovává souhrnné statistiky a další dokumentaci o činnosti CpRP,
- ✓ zprostředkovává klientům a jejich rodinám osobní kontakt s poskytovateli sociálních a zdravotních služeb a veřejnou správou. Podílí se na **vytváření**

jeho podpůrné sítě, vyhledávání a oslovování osob a subjektů, které mají zájem klientovi pomoci k hledání vhodného řešení jeho situace,

- ✓ na daném území kombinuje jak sociální, tak zdravotní formy dlouhodobé péče ve prospěch řešení klientova problému (pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby, sociálně aktivizační služby, domácí stacionáře, domácí zdravotní péče, rehabilitační služby aj.),
- ✓ doporučuje zajištění vhodných zdravotních podmínek a kompenzačních pomůcek pro klienty a jejich rodinné příslušníky,
- ✓ navrhuje inovace postupů při realizaci odborných aktivit CpRP,
- ✓ plní další úkoly vyplývající z harmonogramu aktivit a úkolů dle pokynů vedoucího pracovníka,
- ✓ při výkonu své činnosti se řídí vnitřními předpisy obecního úřadu (Centrum Uherský Brod), resp. příspěvkové organizace SSmH (Centrum Havířov),
- ✓ dodržuje etické zásady sociálně zdravotního pracovníka,
- ✓ nakládá s osobními údaji, k nimž má z důvodu své pracovní činnosti přístup, v souladu s nařízením (EU) 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů, takovým způsobem, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu jiných osob k těmto údajům, k jejich zneužití, zničení či ztrátě, neoprávněnému zpracování, poskytování jiným osobám nebo použití k jinému účelu, než k jakému je oprávněn používat v souvislosti s výkonem své pracovní činnosti,
- ✓ zachovává mlčenlivost o všech osobních (důvěrných) údajích.

Výstupy z konzultačních workshopů (2018)

- ✓ *potřeba kvantifikace úvazku Poradce – alespoň jeden plný úvazek v rámci ORP.*

Doporučení pro praxi

- ✓ *nutnost zastupitelnosti v týmu,*
- ✓ *práce v terénu i práce v odpoledních hodinách,*

- ✓ *Poradce nemá alternovat ostatní odbornosti, ale síťovat.*

6 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA PEČUJÍCÍCH PŘED KONTAKTEM A PO KONTAKTU V CENTRU

Mgr. Monika Čermáková

Problematika kvality života rodinných pečovatelů je bez nadsázky komplikované, avšak velmi důležité téma. Převážná většina rodinných pečujících v anonymním dotazníkovém šetření uvedla, že je se svým dosavadním životem a jeho kvalitou spokojena.

Z následujících šetření spokojenosti s činností CpRP vyplynulo, že nejčastějšími problémy v souvislosti s poskytováním laické péče, které respondenti řeší, jsou **problémy v oblasti fyzického a duševního zdraví**. Dalším častým problémem je neschopnost zkombinovat poskytovanou péči s osobním životem a vším co k tomu patří. Ze šetření vyplynulo, že hlavní náplní rodinných pečovatelů jsou především denní činnosti, jako je nakupování, úklid nebo vaření, avšak víc jak polovina respondentů uvedla i dopomoc s hygienickou péčí a stravováním.

Faktem zůstává, že každá osobnost snáší zátěž jiným způsobem.

Taktéž je podstatné zmínit potřeby, priority, cíle a sny, které každý z nás má. Rodinný pečovatel, který se angažuje v péči o blízkého, se tímto vzdává některých životních potřeb, jako je třeba odpočinek, dostatek spánku, čas trávený s rodinou, přáteli nebo čas věnovaný koníčkům. **Vyčerpaný rodinný pečovatel není schopen poskytovat kvalitní laickou péči**, pak není tato forma péče takovým přínosem a strádá tak nejen samotný pečovatel, ale i příjemce péče. Proto je tedy podstatné, aby poradci CpRP, kteří jsou s rodinnými pečovateli ve styku, poskytli těmto lidem pomoc, cenné rady i útěchu a všímali si prvních příznaků vyčerpání a doporučili jim pak vhodnou pomoc.

Zkoumání kvality života pečujících považujeme za významné zejména proto, že vzhledem k prodlužující se střední délce života a ke stárnutí populace bude přibývat seniorů, kteří péči druhé osoby budou potřebovat.

V současné době je poměrně složité orientovat se v dané problematice. Daleko významnější dopad center pro rodinné pečující spatřujeme **v přímé odborné práci s pečujícími.** Z dotazníkového šetření v plném rozsahu od všech respondentů jednoznačně vyplývá spokojenost s poskytovanými službami, rodinní pečující se mají s důvěrou na koho obrátit, nejsou na nově vzniklou situaci sami, mohou bez pocitu

provinění sdělovat své obavy, dostávají podporu a pochopení, jsou pochopeni a zároveň partnery při řešení často náročných životních situací.

Zvyšování kvality života pečujících je důležité pro jejich spokojený a důstojný život.

7 PŘÍPADOVÉ STUDIE

PhDr. Jaroslava Baselová, Bc. Marie Slámečková, DiS.

Na tomto místě jsme si dovolili, pro snadnější orientaci v problematice, uvést typické kazuistiky.

7.1 KAZUISTIKA V. Příběh paní Jitky

Uvedení případu

Paní Jitka je 52letá žena, sympatická, vitální, vyučená kuchařka. V současné době je v evidenci uchazečů o práci na ÚP. Na konci měsíce května 2018 přišla do CpRP. Sdělila, že její maminka má být propuštěna z nemocnice a že je připravena se o ni postarat. Chtěla by se poradit, jak si má péči nastavit.

Anamnéza

Paní Jitka je vdaná, bydlí s manželem v bytě 3 + 1, její tři dospělé děti mají už své domácnosti. Matce klientky je 83 let, bydlí ve svém RD se svým dospělým synem v části města vzdálené cca 4 km. Klientka má ještě kromě bratra dvě sestry, které bydlí mimo ORP.

Současné problémy k řešení, aneb zakázka

Klientka se o svou matku dlouhodobě starala, navštěvovala ji, pomáhala jí i s domácností. Na začátku května se zdravotní stav matky zhoršil, přestávala jíst, byla zesláblá a musela být hospitalizována v nemocnici. Ošetřující lékař na interním oddělení avizoval klientce brzké propuštění matky do domácího prostředí. Nabídl jí pobyt v LDN. Ten však na naléhání sourozenců klientka odmítla. Nyní měla být matka propuštěna. Klientka má v úmyslu vzít si ji k sobě domů do bytu, kde má volný pokoj a starat se o ni. Manžel s tím souhlasil. Krátce před hospitalizací byla podána žádost o PnP, ale doposud neproběhlo šetření sociální pracovnicí z ÚP.

Klientka si matku po propuštění z nemocnice vzala k sobě do bytu. Sourozencům se to nelíbilo a naléhali na ni, aby ji převezla do jejího RD. Toto klientka odmítla, protože k ní musela v noci vstávat, přes den jí připravovat jídlo, vysazovat ji na toaletní židli, umývat, nebo jí později dopomáhala do koupelny. Sdělila, že určitou dobu před hospitalizací jezdila k matce i 2x denně, což pro ni bylo neúnosné.

Navštívila jsem klientku a její matku v bytě. Paní Jitka si nakonec domluvila donášku obědů a měla rozjednáno zapůjčení lůžka. Nabídla jsem klientce také účast na vzdělávacích aktivitách a svépomocné skupině.

Po 14 dnech, které matka strávila v bytě své dcery Jitky, kde nabývala na síle a byla spokojená, chtěla paní Jitka odjet na týden mimo domov. Klientčina sestra se nabídla, že si matku na týden vezme k sobě. Vzala si na to několik dnů dovolené.

Po tomto týdnu se všichni klientčini sourozenci rozhodli, že se matka musí vrátit do svého RD, že je vlastně soběstačná, že není důvod, aby byla nadále u Jitky, že Jitka jí může jezdit pomáhat k ní domů a že má zrušit i žádost o PnP. Tyto postoje sourozenců byly nepochopitelné, protože matka byla ještě nedávno ve stavu, který vyžadoval velkou pomoc a dohled druhé osoby. Klientka od matky zjistila, že ji její druhá dcera po celý uplynulý týden aktivizovala, musela sama docházet do koupelny, na WC, uklízet si po sobě nádobí, dopoledne si nesměla lehnout, až po obědě, a to jen na určitou dobu, pak byla vzbuzena a nucena k dalším aktivitám. Musela nacvičovat chůzi.

Paní Jitce se přístup sestry nelíbil, ale všichni na ni tlačili, že matku „přepečovává", že to není nutné, že ji má vrátit do RD. Klientka za tím cítila zájem sourozenců o matčiny peníze z důchodu a také že bratr ve společném RD chce, aby se matka vrátila domů, protože z důchodu platí inkaso apod.

Navrhla jsem paní Jitce uspořádat případovou konferenci, kde by si sourozenci poslechli názor od jiného odborníka, mj. o tom, že starý a nemocný člověk chce mít klid a nechce být nucen k nějakým výkonům. Paní Jitka to ale odmítla, protože by potom se sourozenci nevydržela. Doporučila jsem paní Jitce, aby žádost o PnP nerušila.

Klientka stála před rozhodnutím, zda si ponechat matku ve svém bytě, pečovat o ni a být v evidenci ÚP jako nezaměstnaná, nebo zda matku přestěhovat do jejího RD, najít si práci a omezit péči o matku maximálně na dvě návštěvy v týdnu. Bála se, že bratr se o matku doma nepostará.

Nakonec se paní Jitka rozhodla, že vyhoví sourozencům a matku odveze do jejího RD, což také 29. června udělala. Doporučila jsem paní Jitce, aby sjednala s poskytovatelem terénní služby všechny potřebné úkony pro zajištění optimální péče o matku.

V pondělí 2. 7. přišla pracovnice sociálních služeb do RD matky, aby s ní uzavřela smlouvu o poskytování PS. Jednání byla účastna jak paní Jitka, tak její bratr i poradkyně CpRP. Byla sjednána donáška obědů a podávání jídla, čímž bude zároveň vykonána určitá polední kontrola uživatelky. Dále bylo sjednáno koupání uživatelky 1x nebo 2x týdně. Syn se postará o ostatní.

Paní Jitka sdělila bratrovi, že si hledá zaměstnání, že nastoupí do práce a že maminku bude navštěvovat jen omezeně, a to tak často, jak ji budou navštěvovat i zbývající sestry, aby se tak v péči střídali všichni.

Paní Jitka sdělila vedoucí pracovnici PS, jaká je situace v rodině. Zároveň ji požádala, pokud by pečovatelky zaznamenaly nějaký výrazný problém u matky, aby ji o tom informovaly.

Paní Jitka na začátku naší spolupráce (před měsícem) nabídla, a také zajistila, 100% péči o matku. Protože však narazila na tvrdý odpor sourozenců, z velké části se péče o matku vzdala.

Pracovnice CpRP doprovázela paní Jitku v jednotlivých fázích vývoje celé situace a snažila se průběžně zajistit na prvním místě dobré podmínky pro pečující osobu, ovšem za současného nastavení dostatečné péče o osobu potřebnou.

Analýza případu

Předpokládané či doložené příčiny problémů:

- ✓ špatná komunikace v rodině, nedobré vztahy v rodině,
- ✓ snaha řešit situaci po svém,
- ✓ neznalost náročnosti péče o seniora,
- ✓ snaha o svůj vlastní prospěch bez ohledu na potřeby matky a pečující (např. na počátku péče – ať matka nejde do LDN, ale domů a pečující ať za ní dojíždí).

Souvislosti mezi zjištěnými daty, interpretace dat:

- ✓ Na pozadí jsou odlišné zájmy sourozenců (materiální), které stojí nad zájmem o zajištění péče o matku.

Návrh opatření

Popis již provedených intervencí v zájmu klienta:

- ✓ poradenství – jak se připravit na návrat matky z nemocnice, jak uspořádat byt, jaké pomůcky si obstarat (lůžko, toaletní židle, chodítko, pleny, podložky do postele…), jaké služby a proč si sjednat (donáška obědů, hygienické úkony), jak funguje PnP,
- ✓ podpůrný rozhovor – jak se vyrovnat s tlakem sourozenců a nastavit pro matku i pro sebe optimální podmínky,
- ✓ návštěva v bytě a v RD,
- ✓ komunikace s pracovníkem PS,
- ✓ nabídnuto vzdělávání, svépomocná skupina i případová konference - zatím nevyužito.

Návrh možných řešení situace:

- ✓ v tuto chvíli vyčkat, jak matka bude zvládat pobyt doma a zda péče ze strany všech dětí za pomoci PS bude dostatečná,
- ✓ pokud nebude dostatečná péče, oslovit sourozence paní Jitky, apelovat na to, že starý člověk má své specifické potřeby (potřebuje klid, odpočinek, ale také jistou míru dohledu a pomoci v běžných činnostech…) a navýšit péči o matku buď z vlastních zdrojů, nebo sjednat více formálních terénních služeb,
- ✓ eventuálně znovu zvážit pobyt matky u paní Jitky, nebo podání žádosti do pobytového zařízení.

Zhodnocení spolupráce

Pohled poradce CpRP

Spolupráce s paní Jitkou pokračuje, v této fázi je zaměřena na monitorování, zda byla dobře nastavena míra péče o matku.

Podpora paní Jitky v hledání zaměstnání.

7.2 KAZUISTIKA VI. Příběh paní Evy

Uvedení případu

Klientka Eva (nar. 1961) pečuje o své rodiče, s nimiž bydlí ve společné domácnosti. Cítí se po desetileté péči o své rodiče značně vyčerpaně. Péči jí stěžuje jednak její zdravotní stav a také psychický tlak otce na její osobu. 4. dubna 2018 nás přichází požádat o radu, jak má situaci řešit. O rodiče pečovat chce, ale zároveň uvádí, že již nemá sílu.

Anamnéza

Klientka bydlí ve společné domácnosti se svými rodiči v rodinném domě. Celodenně pečuje o své rodiče. Má jednoho syna, který již bydlí samostatně. Syn pravidelně do domácnosti klientky dochází a pomáhá jí s péči o rodiče a s údržbou domu. S péčí o rodiče jí částečné pomáhá také sestra, která 2-3 x týdně k rodičům přichází v odpoledních hodinách a zpravidla pomáhá matce s koupáním a provede jednoduchý úklid domácnosti. Sama klientka pro své zdravotní potíže pobírá invalidní důchod a péče o rodiče ji poslední dva roky velmi zmáhá.

Současné problémy k řešení, aneb zakázka

Matka klientky vyžaduje celodenní péči, je upoutána na lůžku. Péči klientky matka vítá a spolupracuje. Otec je mobilní pomocí francouzských holí, ovšem péče o něj je složitější. Je psychicky nemocný, neakceptuje pomoc dcery. Dle sdělení klientky

nedodržuje léčebný režim a vyzdvihuje názor, že dcera je povinna se o ně oba postarat a vyvíjí na ni psychický nátlak. Klientka dále dodává, že obdobný názor má i její starší sestra, která uvádí, že klientka v domě bydlí a nechodí do práce, je tedy povinna se o rodiče postarat.

Během našeho rozhovoru klientka pláče. Zároveň uvádí rozporuplné názory – jednak se o rodiče postarat chce, především o maminku, ale také zároveň uvádí, že už toho není schopna. Dále dodává, že se již pokoušela situaci řešit návrhem rodičů na umístění do pobytové služby. To však otec razantně odmítl a v tomto směru ovlivňuje i matku.

Klientce jsme do další návštěvy doporučili:

- ✓ oslovit praktickou lékařku rodičů a požádat ji o návštěvu v domácnosti (aby situaci zhodnotila, doporučila u otce psychiatrické vyšetření),
- ✓ provést rozhovor se sestrou – vysvětlit jí situaci, jak se klientka cítí, že již nemůže nadále v tomto rozsahu péči rodičům poskytovat,
- ✓ probrat s matkou, že by bylo vhodné pro začátek alespoň 1 x denně zavést poskytování pečovatelské služby – ranní hygienu,
- ✓ klientce jsme předali kontakty (letáky) na sociální služby,
- ✓ s klientkou jsme se domluvili, že se cca za 14 dnů sama ozve a domluvíme si další postup (klientka souhlasí s případovou konferenci),
- ✓ že případové konference se může účastnit i její sestra.

Analýza případu

Z následujícího setkání s klientkou vyplynulo, že návštěva praktické lékařky v domácím prostředí neproběhla s očekáváným efektem, otec odmítá psychiatrické vyšetření.

Rozhovor se sestrou proběhl. Sestra uvedla, dle sdělení klientky, že uznává, že by bylo vhodné zavést na pomoc při péči o matku pečovatelskou službu. Taktéž matka s pečovatelskou službu souhlasí. Otec se vyjádřil, že on žádnou službu nechce.

S klientkou jsme se domluvily, že ji společně navštívím se sociální pracovnicí pečovatelské služby, která provede u její matky sociální šetření pro zavedení sociální služby.

V rámci sociálního šetření byl zjištěn manipulativní, despotický přístup otce k dceři.

Po rozhovoru s klientkou jsme sestavily následující Individuální plán rodinné péče, jehož cílem bylo:

1. zmírnit vyčerpanost klientky při péči o maminku (rodiče) v jejich přirozeném prostředí.
2. podpořit ji v roli pečovatele a získat sebevědomí a význam pečující osoby.

K výše uvedeným cílům jsme zvolily následující kroky (úkoly):

- ✓ zavést sociální službu – pečovatelskou službu cca do měsíce, tedy do 4. května 2018,
- ✓ vedení podpůrných rozhovorů s klientkou 1-2x za měsíc a dle potřeby klientky,
- ✓ informovat klientku o přednáškách a svépomocných skupinách pořádaných CpRP, a dle jejího výběru ji umožnit, aby se jich 1-2 x za měsíc účastnila.

Návrh opatření

- ✓ od 4. května byla zahájena u maminky klientky pečovatelská služba – denně pečovatelská služba pomáhá klientce u maminky s ranní hygienou. Později cca za měsíc se pečovatelská služba rozšířila o podání snídaně,
- ✓ klientka pravidelně každý měsíc navštěvuje školení a svépomocné skupiny CpRP,
- ✓ pravidelně s klientkou provádíme podpůrné rozhovory,
- ✓ v rámci další spolupráce si klientka přeje doplnit IPRP o podporu při zavedení sociální služby u jejího otce, který zatím veškeré sociální služby odmítá.

Zhodnocení spolupráce

Pohled poradce CpRP

Od chvíle, kdy klientka oslovila CpRP (asi před třemi měsíci), na ni pozorujeme její celkové zklidnění. Již nedochází při každém rozhovoru k nepřiměřeným emočním projevům. Klientka vypadá na pohled odpočatě a také působí sebevědoměji. Je vyrovnaná s tím, že nemusí celou péči o své rodiče zajistit jen ona sama. Uvědomuje si, že využívání pomoci sociálních služeb při péči o rodiče není nic nemorálního.

Klientka spolupracuje, dovede říci svůj názor.

Klientka uvedla:

„Cítím se mnohem lépe. Nejsem na péči o své rodiče sama, necítím se již tak vyčerpaně a bezradně. Lituji, že jsem již dříve nevyužila na pomoc nějakou sociální službu. Dozvěděla jsem se na školeních o nových možnosti péče, o kterých jsem neměla ani tušení. Svépomocné skupiny mi dávají pocit, že v tom nejsem sama. A také jsem zjistila, že jsou někteří pečující na tom ještě hůře než já. Tak už tolik nefňukám."

7.3 KAZUISTIKA VII. Příběh paní Jindry

Uvedení případu

Paní Jindra (1959) přichází do CpRP v měsíci květnu na doporučení sociální pracovnice z odlehčovací služby. Klientka pečuje o své rodiče v domácím prostředí. V současné době již nezvládá péči o otce, který se po zdravotní, a především psychické stránce, výrazně zhoršil.

Anamnéza

Klientka je rozvedená, bydlí ve společné domácnosti s rodiči. Má jednoho bratra, který bydlí ve vzdáleném městě a s péčí o rodiče jí tedy nemůže příliš pomáhat. Vlastní děti

klientka nemá. Klientka je v podstatě na péči o rodiče sama. Před půl rokem, kdy otec prodělal první mozkovou příhodu, podala v práci výpověď a začala o oba rodiče pečovat. Do zaměstnání se po domluvě se zaměstnavatelem může nejpozději do roka vrátit.

Současné problémy k řešení, aneb zakázka

Klientka péči o oba rodiče zvládala dle jejího sdělení celkem dobře. Matka zvládá péči o svou osobu sama, potřebuje dopomoci s celkovou koupeli a nezvládá již péči o domácnost, včetně nákupu a při pobytu mimo domov potřebuje doprovod (závratě).

Péče o otce do jeho druhé cévní mozkové příhody, kterou prodělal začátkem měsíce dubna, byla bez problémů. Otec se snažil spolupracovat, většině informací rozuměl. Po druhé cévní mozkové příhodě se jeho stav výrazně zhoršil, během noci se budí, vykřikuje, neakceptuje plenkové kalhotky. Klientka převléká lůžkoviny několikrát za noc. Klientka téměř nespí. Uvádí, že je péčí o otce tak vyčerpaná, že už není schopna sama vymyslet, jak situaci řešit dále. Uvádí, že si při zahájení péče neuvědomovala, že se může stav otce tak výrazně zhoršit.

Na doporučení sociální pracovnice z nemocnice, kde byl otec hospitalizován po epileptickém záchvatu, požádala klientka o odlehčovací službu, aby si mohla odpočinout. Otec nastupuje do odlehčovací služby za dva dny, kde bude v péči do konce měsíce května. Klientka by chtěla svou situaci během této doby vyřešit.

<u>Klientce jsem do další návštěvy doporučila:</u>

- ✓ probrat s rodiči, jak nastavit péči dále – zvážit, zda pro otce zvolit pobytovou službu nebo pro oba,
- ✓ nebo zajistit terénní sociální službu,
- ✓ kontaktovat praktickou lékařku otce a obeznámit ji s chováním otce,
- ✓ sejít se na další návštěvu za dva dny, kdy bude doprovázet otce do odlehčovací služby.

Analýza případu

Z následujícího rozhovoru vyplynulo, že se klientka s rodiči domluvila na tomto řešení situace:

Vzhledem k tomu, že je již značně unavená a otec vyžaduje 24hodinovou péči a nemůže být bez dozoru, otce je třeba umístit do pobytové služby – domova pro seniory. Matka zůstane v domácím prostředí. Vzhledem k tomu, že matka zatím nevyžaduje celodenní péči, klientka by ráda po umístění otce do pobytové služby nastoupila zpět do zaměstnání. Ráda by se také zdokonalovala v péči, aby jí případně zhoršený zdravotní stav matky nezaskočil tak jako u otce. Chtěla by se na tuto situaci v rámci možností připravit.

Klientce jsem objasnila situaci v rámci sociálních služeb – dlouhé čekací lhůty do pobytových služeb, z tohoto důvodu jsem jí doporučila také podat žádosti do zařízení dlouhodobé péče – sanatoria, sociální lůžka, léčebny dlouhodobě nemocných a žádosti podat také do vzdálenějších domovů pro seniory. Dále jsem klientce doporučila, vzhledem k výrazně zhoršeném stavu, požádat o zvýšení příspěvku na péči pro otce.

S klientkou jsme se domluvily na Individuálním plánu rodinné péče s následujícími cíli:

1. zajistit pro otce pobytovou službu – provést patřičné kroky,
2. zdokonalovat se ve vzdělávání a informacích spojených s péčí,
3. podpořit klientku v jejím návratu do zaměstnání.

K výše uvedeným cílům jsme zvolily následující kroky:

- ✓ podat žádosti do domovů pro seniory v blízkém i vzdálenější okolí,
- ✓ podat žádosti do zařízení, která umožňují dlouhodobou péči,
- ✓ zajistit si další termín (pro případ neúspěchu s jinou službou) v odlehčovací službě,
- ✓ podat žádost o zvýšení příspěvku na péči pro otce,

- ✓ provést edukační rozhovory blízké osoby – matky. Seznámit ji se službami, které může využívat, až klientka nastoupí do práce,
- ✓ informovat klientku o přednáškách a svépomocných skupinách pořádaných CpRP, 1-2x za měsíc.

N**ávrh opatření**

- ✓ Klientku jsem podpořila ve vyhledávání vhodných domovů pro seniory pro jejího otce v blízkém i vzdáleném okolí.

  Pozn.: Tento krok, včetně úspěšného umístění otce klientky do pobytové služby, se nám povedlo splnit díky znovuotevření jednoho domova v blízkém okolí, který po rekonstrukci opět přijímal nové klienty. Otec klientky nastoupil do pobytové služby první dny v měsíci červenci.
- ✓ Klientka pravidelně, a v současné době dle svých pracovních možností (od srpna nastoupila zpět do zaměstnání), navštěvuje vzdělávací akce a svépomocné skupiny CpRP.
- ✓ V současné době provádíme podpůrné rozhovory s klientkou – matka odmítá veškeré terénní sociální služby. Odmítá i edukační rozhovory s Poradcem na toto téma.

Zhodnocení spolupráce

Pohled Poradce CpRP

Klientka se postupně zapojila do spolupráce s Poradcem. Zpočátku byla velmi pasivní a bezradná, byla přesvědčena, že její situace nemá řešení. Viděla překážky a nemožnost uskutečnění v každém kroku Individuálního plánu rodinné péče. Zároveň ji provázel pocit viny, že se nedovede o otce postarat.

Od nástupu otce do pobytového zařízení působí vyrovnaným dojmem.

Klientka uvedla:

„Jsem ráda, že jsem uposlechla doporučení poradkyně a podala jsem pro otce nejen větší počet žádostí, ale také i do vzdálenějších domovů pro seniory. Až nyní si uvědomují, že to byla souhra šťastných náhod a můj otec dostal místo v domově pro seniory. Také mi pomohly návštěvy svépomocných skupin, hodně mi dodala chvála od mých „kolegyň" pečujících. A dokonce jsem si mezi nimi našla kamarádku."

ZÁVĚR

Mgr. Denisa Pechová

Předkládaná *Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center* je tištěným výstupem projektu *„Systém sociálně zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu*", realizovaného Českou asociací pečovatelské služby s podporou Evropského sociálního fondu v letech 2017-2018.

Jedná se o materiál, který má za cíl popsat postupy a metody při zřizování a provozování nové služby center pro rodinné pečující, a poskytnout tak metodickou podporu potenciálním zřizovatelům při jejich budování.

Metodika obsahuje základní informace týkající se zřizování a představuje implementační nástroj přenositelných zkušeností podporující impakt tohoto modelu služby uplatnitelné v rámci České republiky.

Předkládaný materiál se opírá o prvotní zkušenosti spojené s provozováním Center v Havířově a Uherském Brodě. Taktéž zahrnuje výstupy získané v rámci konzultačního procesu. Na jednotlivých konzultačních workshopech byly představeny praktické poznatky a zkušenosti získané v průběhu testování dvou modelů Center v pilotních městech Havířově a Uherském Brodě. Na základě otevřené platformy pořádaných workshopů vznikly podnětné připomínky a podněty odborné veřejnosti, které byly zahrnuty do tohoto materiálu. Setkání se uskutečnila na třech místech ČR a proběhla v průběhu měsíce listopadu a prosince 2018 v Havířově, v Blansku a v Praze.

Materiál byl také podroben veřejnému připomínkovacímu procesu.

Text je rozdělen do sedmi kapitol. První kapitola analyzuje nejčastější potřeby pečujících a pečovaných osob na základě realizovaného dotazníkového šetření situace rodinných pečujících. Druhá kapitola se zabývá vymezením role a činnosti CpRP, a dále metodami a technikami práce využívanými při práci s klienty. Tato kapitola obsahuje také praktická doporučení týkající se procesu CpRP a jeho fungování, která jsou míněna jako inspirace pro případné zřizovatele. V této části je popsán také postup při vedení spisové dokumentace a práce s jednotlivými formuláři, jejichž vzory jsou součástí přílohy Metodiky. Tyto formuláře mají doporučující nebo inspirativní charakter. Třetí kapitola je věnována metodě Case managementu, jejíž využívání při

práci s klientem v rámci CpRP doporučujeme, neboť se snaží klientovi poskytnout náležitý přehled o dostupných službách a zpřehlednit systém služeb na úrovni jednotlivých poskytovatelů. Čtvrtá kapitola popisuje dva odlišné modely fungování CpRP v pilotních ORP – v Havířově a v Uherském Brodě. Pátá kapitola se zabývá vymezením kompetencí a popisem pracovního místa Poradce. Hodnocení kvality života pečujících osob před kontaktem a po kontaktu v CpRP, jemuž je věnována šestá kapitola, je založeno na anonymním dotazníkovém šetření. Poslední kapitola představuje pro snadnější orientaci v problematice typické kazuistiky, které poskytují vhled do konkrétních životních situací klientů, které byly v průběhu fungování CpRP řešeny.

Autoři jsou si vědomi, že předkládaný materiál není vyčerpávající, neboť obsahuje pouze základní informace týkající se provozu center a dosavadní zkušenosti s jejich provozováním.

Věříme, že otevřená platforma pořádaných odborných workshopů a cílená odborná diskuze k problematice rodinných pečujících nám pomůže lépe konkretizovat, upřesnit nebo upravit konečnou podobu center pro rodinné pečující.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Aarsland, D., Larsen, J.P., Karlsen, K., Lim, N.G., & Tandberg, E. (1999). Mental symptoms in Parkinson´s disease are important contributors to caregiver distress. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 14*, 866-874.
2. Abendroth M, Lutz BJ, Young ME. Family caregivers' decision process to institutionalize persons with Parkinson's disease: a grounded theory study. Int J Nurs Stud. 2012;49:445-54.
3. Cipolletta, S., Amicucci L. The family experience of living with a person with amyotrophic lateral sclerosis: a qualitative study. Int J Psychol 2015, 50, 288-294.
4. Department of Health. Living well with dementia: a national dementia strategy. London: TSO, 2009.
5. Galvin M et al. Caregiving in ALS – a mixed methods approach to the study of burden, BMC palliative care, 2016, 15:81
6. Gelfman LP, Meier DE, Morrison RS. Does palliative care improve quality? A survey of bereaved family members. J Pain Symptom Manage, 2008, 36,22-28
7. Greenwell, K., Gray, W. K., van Wersch, A., van Schaik, P., Walker, R., (2014) 'Predictors of the psychosocial impact of being a carer of people living with Parkinson's disease: A systematic review' Parkinsonism & Related Disorders; 21 (1): 1-11
8. The Irish Palliative Care in Parkinson's Disease Group. (2016). Palliative care in People with Parkinson's disease: Guidelines for professional healthcare workers on the assessment and management of palliative care needs in Parkinson's disease and related Parkinsonian syndromes. Cork: University College Cork.
9. McLaughlin D., Hasson F et al. Living and coping with Parkinsons disase: perceptions of informal careres . Palliat Med. 2011,25(2):177-82
10. Kurucová Radka. ZÁTĚŽ PEČOVATELE: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-271-9108-6 (ePub), ISBN 978-80-271-9107-9 (pdf), ISBN 978-80-247-5707-0 (print)
11. Martínez-Martín P, Forjaz MJ, Frades-Payo B, et al. Caregiver burden in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2007;22(7):924–931

12. Martínez-Martín P, Arroyo S, Rojo-Abuin JM, et al. Burden, perceived health status, and mood among caregivers of Parkinson's disease patients. *Movement Disorders*. 2008;23(12):1673–1680.
13. Miyasaki, J.M., Kluger, B. Palliative care for Parkonsont s disease: has the time come? Current Neurol Neurosci Rep, 2015, 15(5): 26.
14. Nepustil, P. (2011). Proč pracovat s klienty společně? Šest výhod, jedna nevýhoda. Case Management ČR [online]. Dostupné z:http://casemanagementcr.wordpress.com/2012/09/11/proc-pracovat-s-klienty-spolecne-sestvyhod-jedna-nevyhoda
15. Oliver, D.J., Borasio, G.D., & Caraceni, A. (2016). A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. *European Journal of Neurology, 23*(1), 30-38.
16. Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100, Praha: ČSÚ 2013, https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4
17. Razali R, Ahmad F, Rahman FNA, Midin M, Sidi H. Burden of care among caregivers of patients with Parkinson disease: a cross-sectional study. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2011;113(8):639–643.
18. Solařová, H. (2013). Case managemnt aneb případové konference v praxi. Místo neznámé: Benepal, a. s., 2013. 42 s.
19. Stuchlík, J. (2002). Asertivní komunitní léčba, case management. Praha: okus Books.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1	Karta klienta
Příloha č. 2	Záznam z jednání/intervence
Příloha č. 3	Individuální plán rodinné péče
Příloha č. 4	Vyjádření souhlasu s případovou konferencí
Příloha č. 5	Prohlášení o mlčenlivosti účastníků případové konference
Příloha č. 6	Zápis z případové konference
Příloha č. 7	Hodnotící dotazník
Příloha č. 8	Přehled činností a úkonů centra pro rodinné pečující
Příloha č. 9	Vzor provozního řádu
Příloha č. 10	Možnosti finančního a sociálního zabezpečení pečujících osob

Příloha č. 1

KARTA KLIENTA

Jméno a příjmení klienta:

Bydliště:

Telefon:

Email:

Poradna Havířov

Příloha č. 2

ZÁZNAM Z JEDNÁNÍ / INTERVENCE
POŘADOVÉ ČÍSLO:

A. Základní informace o klientovi:

Jméno a příjmení klienta	
Datum narození	
Trvalé bydliště	
Kontaktní adresa	
Telefonický kontakt	
e-mail	

B. Cíl spolupráce:

……
……
……
…….…

C. Záznam ze šetření (jednání):

……
……
……
……
……
……..

V Havířově/Uherském Brodě dne:

Podpis klienta:

Podpis rodinných příslušníků:

Záznam provedl/a:

Příloha č. 3

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN RODINNÉ PÉČE

POŘADOVÉ ČÍSLO:

A. **Základní informace o klientovi:**

Jméno a příjmení klienta	
Datum narození	
Trvalé bydliště	
Kontaktní adresa	
Telefonický kontakt	
e-mail	

B. Seznam zainteresovaných osob: (PODMÍNKA SOUHLAS)

Jméno	**Funkce/role**	**Kontakt**	**Poznámka**

C. Popis aktuální situace:

D. Posouzení naplňování potřeb klienta:

Potřeba	Způsob a míra naplnění (je-li relevantní)

E. Stanovení cílů *(určit pořadí):*

F. Plán postupu, termíny splnění, rozdělení odpovědnosti za jednotlivé kroky:

Úkol/úkon	Termín	Zodpovídá

G. Přehled rizik, náhradní plán:

Riziko	Náhradní řešení (včetně termínu a zodpovědnosti)

Datum:

Zapsal/a:

H. Zhodnocení (kdo, kdy, jak):

Způsob	Termín	Zodpovídá

I. Realizace a změny (aktualizace):

Datum	Realizace	Poznámka

J. Hodnocení

Popis hodnocení:

Datum:

Zapsal/a:

Příloha č. 4

VYJÁDŘENÍ SOUHLASU

Já, níže podepsaný/á……..potvrzuji, že jsem byl/a dne …….. seznámen/a poradcem Centra pro rodinné pečující v Havířově s možností projednat současnou situaci v rodině prostřednictvím případové konference, na níž bude vypracován postup a plán řešení.

Tímto souhlasím s projednáním situace na případové konferenci konané:

den ……

místo: ……

Byl/a jsem informován/a o tom, že účastníci setkání budou seznámeni s informacemi o rodině, a že se zaváží mlčenlivostí o osobních a citlivých údajích, které zaznějí v průběhu jednání (***viz prohlášení o mlčenlivosti).***

V Havířově/ Uherském Brodě dne:

Podpis:.....

Příloha č. 5

PROHLÁŠENÍ O MLČENLIVOSTI ÚČASTNÍKŮ

Já, níže podepsaný/á…….. tímto potvrzuji svou účast na případové konferenci dne **……** v **……** hodin v Centru pro rodinné pečující v Havířově/Uherském Brodě **……** a zavazuji se k mlčenlivosti o citlivých nebo osobních údajích klienta, které se dozvím v souvislosti s jeho případem. Při porušení povinnosti mlčenlivosti beru na vědomí příslušná ustanovení trestního řádu a povinnost vypovídat před orgány činnými v trestním řízení.

Jméno	Příjmení	Role	Podpis	Poznámka

Příloha č. 6

ZÁPIS Z PŘÍPADOVÉ KONFERENCE

Datum:
Místo konání:
Seznam účastníků:

Důvod setkání:

Průběh jednání:

Vyjádření jednotlivých subjektů, stanoviska, návrhy:

Doplňující údaje:

Zapsal:
Datum a místo:

Příloha č. 7

Hodnotící dotazník

Vážená paní, vážený pane,

byli bychom rádi za poskytnutí zpětné vazby formou vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a jeho vyhodnocení slouží výhradně pro naši potřebu, výstupy z tohoto hodnocení nám budou sloužit ke zkvalitňování služby pro naše klienty.

Vhodné odpovědi zaznačte křížkem (x).

1. **Bylo možné získat a ze spolupráce s poradcem využít nové poznatky pro řešení Vaší situace?**

1	**2**	**3**	**4**	**5**
zcela	z větší části	z poloviny	jen z malé části	vůbec

1a. Jaké informace byly nejvíce užitečné?

……
……
……
……..…

2. **Splnila spolupráce s poradcem Vaše očekávání?**

1	**2**	**3**	**4**	**5**
zcela	z větší části	z poloviny	jen z malé části	vůbec

2a. Pokud ne, co jste od poradce očekával/a nedostalo se Vám toho?

……
……
……
……..…

3. **Čeho jste v rámci spolupráce s Centrem pro rodinné pečující chtěl/a dosáhnout?**

……
……
……
……..…

4. **Byl Vám věnován dostatečný prostor ke konzultacím?**

1	**2**	**3**	**4**	**5**
zcela	z větší části	z poloviny	jen z malé části	vůbec

5. **Jak dlouho trvala Vaše spolupráce?**
   ……
   ……

6. **Jaké změny se Vám podařilo ve spolupráci s Centrem dosáhnout?**

……
……

……
……
……

7. **Doporučíte naše služby svým známým ?**

1	**2**	**3**	**4**	**5**
zcela	z větší části	z poloviny	jen z malé části	vůbec

Prostor pro komentář:

……
……
……
……

8. **Jak hodnotíte kvalitu svého života před spoluprací s Centrem ? (1 nejméně, 5 maximum)**

1	**2**	**3**	**4**	**5**
velmi špatná	nedostatečná	průměrná	vyhovující	vynikající

9. **Jak hodnotíte kvalitu svého života po spolupráci s Centrem ? (1 nejméně, 5 maximum)**

1	2	3	4	5
velmi špatná	nedostatečná	průměrná	vyhovující	vynikající

Datum:

DĚKUJEME VÁM ZA VÁŠ ČAS A OCHOTU PODĚLIT SE O VAŠE NÁZORY.

Příloha č. 8

Přehled činností a úkonů centra pro rodinné pečující

PORADENSTVÍ: sociální oblast

- ✓ **Příspěvek na péči** – vyřizování žádostí, odvolání, informace o vyplácení příspěvku atd.
- ✓ **Způsobilost k právním úkonům** – formy opatrovnictví, práva a povinnosti opatrovníků
- ✓ **Propojení formální a neformální péče** – výběr vhodného druhu služby, platba za služby, časový rozsah poskytovaných služeb, předávání kontaktů na poskytovatele, ostatní
- ✓ **Zákon o sociálních službách** – ostatní problematika
- ✓ **Důchody** – invalidní, starobní, sirotčí – žádosti, námitky, zamítnutí, přiznání bez nároku na výplatu, zdravotní, nemocenské a sociální pojištění atd.
- ✓ **Služby pro seniory** – informace o zařízeních a poskytovaných službách – LDN, domovy pro seniory, DPS, lůžka následné péče, respitní pobyty atd.
- ✓ **Kompenzační pomůcky** – základní informace o pomůckách, kontakty na prodejny a půjčovny, příspěvky na pomůcky, pomoc při sjednání jednání s úřady atd.
- ✓ **Dávky a příspěvky** – hmotná nouze, státní sociální podpora, příspěvek na mobilitu atd.
- ✓ **Průkazy TP, ZTP, ZTP/P** – postup vyřízení, výhody s nimi spojené atd.
- ✓ **Pracovní podmínky** – pracovněprávní problematika, nezaměstnanost – informace o podpoře zaměstnávání osob se zdravotním postižením, chráněná pracovní místa, podporované zaměstnávání, možností vzdělávání, podpora studentů s handicapem
- ✓ **Bytové podmínky** – deregulace nájmů, poradentství při odstraňování architektonických bariér, příspěvek na úpravu bytu, výpovědi z nájmů, kontakty na ubytovny, azyly atd.

- ✓ **Trestní právo** – např. práva pacientů, pomoc obětem trestných činů atd.
- ✓ **Rodinná problematika** – rodinné právo – rozvod, výživné, domácí násilí
- ✓ **Občanskoprávní problematika** – závazkové právo, dědictví, majetkoprávní
- ✓ **Jiné problémy** – spíše okrajová témata např. bezdomovectví a jiné
- ✓ **Anamnestický rozhovor**

PORADENSTVÍ: zdravotní oblast

- ✓ **Kompenzační pomůcky** – výběr vhodných pomůcek, jejich ustavení v domácnosti a ověření správnosti jejich používání
- ✓ **Základní zdravotní osvěta** – edukace, prevence
- ✓ **Objasnění základní nelékařské zdravotní terminologie** – vyšetření, dg., důsledky onemocnění, dekubity atd.
- ✓ **Výživové poradentství**
- ✓ **Oblast zdravotního postižení** (zrakově, sluchově, tělesně)
- ✓ **Jiná problematika**

PODPORA: individuální

- ✓ **Využití odborných technik** (např. KI)
- ✓ **Podpůrný rozhovor**
- ✓ **Edukace osoby blízké**
- ✓ **Podpora klientů – vyhledávaní služeb pro zdravotně postižené** – tlumočení pro neslyšící, průvodci pro nevidomé, asistenční služby atd.

PODPORA: skupinová

- ✓ **Svépomocná skupina**

VZDĚLÁVÁNÍ individuální:

- ✓ **Edukace pečující osoby** - nácviky základních pečovatelských dovedností v domácnosti
- ✓ **E-learning** – zaměřený na polohování a manipulace

VZDĚLÁVÁNÍ skupinové

- ✓ **Osvěta** – na vybrané téma pro skupiny
- ✓ **Prezenční vzdělávaní pro rodinné pečující** – dle předem definovaných vzdělávacích témat

Další

- ✓ **Případová konference**
- ✓ **Doprovody**
- ✓ **Jiné**
- ✓ Administrativa, příprava na práci s klientem, skupinou, sebereflexe
- ✓ Čas strávený cestou

Příloha č. 9

Provozní řád centra pro rodinné pečující – vzor

I. základní údaje

Název pracoviště:

Adresa:

Telefon:

Email:

Vedoucí služby:

II. Obecné údaje

Druh poskytované služby:

Vymezení cílové skupiny: neformální pečující

Personální zajištění:

Provozní doba:

III. Specifické údaje

Charakteristika služby:

Bezplatná služba odborného sociálně zdravotního poradenství, provozovaná CpRP prostřednictvím Poradců pro rodinné pečující. Poskytování odborné sociálně zdravotní péče pečujícím osobám. Zjišťování potřeb klienta a jeho rodiny, organizování, koordinace, monitoring, hodnocení a nabídka služeb různého typu za účelem sestavení a realizace Individuálního plánu rodinné péče.

Forma poskytnutí poradenství:

- ✓ osobní v místě sídla organizace
- ✓ osobní v místě určeném uživatelem (domácnost)
- ✓ telefonická
- ✓ písemná (adresa)
- ✓ elektronická - mail:

Práva a povinnosti klienta

Klient má právo:

- ✓ na odborné, kvalitní a bezplatné poradenství
- ✓ zvolit si uzavření ústní či písemné smlouvy
- ✓ využít možnosti anonymity
- ✓ rozhodnout se, zda sdělí své identifikační údaje
- ✓ odvolat kdykoliv souhlas se zpracováním osobních údajů
- ✓ rozhodnout se, zda nabízené služby využije
- ✓ změnit původní požadovanou zakázku během konzultace
- ✓ zvolit si způsob kontaktování CpRP (osobní návštěva poradny, telefonicky, písemně formou dopisu či emailu)
- ✓ požádat o jiné místo konzultace v odůvodněných případech (zdravotní stav, apod.)
- ✓ rozhodnout se, jakým způsobem mu budou předány zjišťované informace (osobně, telefonicky, písemnou formou dopisem či emailem)
- ✓ svobodně se rozhodnout, zda využije nabízených možností řešení problému, které mu nabízí poradce
- ✓ podat stížnost nebo pochvalu na jednání pracovníků či kvalitu a obsah poskytnuté služby
- ✓ nahlížet do vlastní dokumentace
- ✓ ukončit smlouvu (ústní či písemnou) bez udání důvodu

Povinnosti klienta jsou:

- ✓ seznámit se a dodržovat provozní řád CpRP
- ✓ spolupracovat při řešení svého problému
- ✓ spolupracovat při procesu individuálního plánování

- ✓ jednat s pracovníky v rámci dobrých mravů
- ✓ nepřicházet pod vlivem alkoholu či jiných omamných látek
- ✓ dodržovat dobu konzultačních hodin

Práva a povinnosti poskytovatele ve vztahu ke klientovi

Práva poskytovatele:

- ✓ zrušit smlouvu v případě porušení povinností uživatele a nedodržování vnitřních pravidel CpRP
- ✓ neposkytnout službu v případě porušení povinností uživatele a nedodržování vnitřních pravidel CpRP
- ✓ neposkytnout službu, pokud nemá dostatečnou časovou či personální kapacitu k poskytnutí sociální služby

Povinnosti poskytovatele:

- ✓ seznámit uživatele s provozním řádem CpRP
- ✓ poskytnout uživateli odborné, kvalitní a bezplatné poradenství
- ✓ zachovat mlčenlivost ve vztahu k uživateli a jeho případu, dle zákona č. 101/2000 Sb. v platném znění
- ✓ respektovat individuální potřeby a rozhodnutí uživatele
- ✓ nabídnout uživateli uzavření ústní či písemné formy smlouvy
- ✓ seznámit uživatele s možností zůstat v anonymitě
- ✓ seznámit uživatele s možností, že se může rozhodnout, zda sdělí své identifikační údaje, že může odvolat souhlas se zpracováním osobních údajů
- ✓ seznámit uživatele se skutečností, že se může rozhodnout, zda nabízené služby využije a že může změnit původní požadovanou zakázku během konzultace
- ✓ umožnit jiné místo konzultace v případě důvodné žádosti uživatele

- ✓ předat zjišťované informace (osobně, telefonicky, písemnou formou dopisem či emailem) dle požadavku uživatele
- ✓ přijmout stížnost na jednání pracovníků CpRP či kvalitu a obsah poskytnuté služby
- ✓ umožnit uživateli nahlížet do vlastní dokumentace
- ✓ ukončit smlouvu s uživatelem, pokud o to požádá

Stížnosti:

Uživatel má právo podat stížnost na jednání pracovníků či obsah a kvalitu poskytnuté služby ústně nebo písemně na adresu provozovatele CpRP.

Provozní řád zpracoval:

Jméno: **Podpis:**

Provozní řád nabývá v tomto znění účinnosti dne……

Schválil:

Jméno: **Podpis:**

Příloha č. 10

Možnosti finančního a sociálního zabezpečení pečujících osob

Příspěvek na péči

Je dávka sociální péče určená ke krytí nákladů na sociální služby, jejichž dlouhodobé poskytování je nezbytné k zachování důstojného života osoby se zdravotním postižením. Podmínky pro poskytování příspěvku na péči jsou upraveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. (plné znění právních předpisů lze nalézt na webových stránkách http://portal.gov.cz nebo http://socialnireforma.mpsv.cz

Příspěvek na mobilitu

Je opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší 1 roku:

- ✓ která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P podle pravidel od 1. 1. 2014,
- ✓ která se opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována,
- ✓ které nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče,
- ✓ z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené v předchozí odrážce,
- ✓ nárok na výplatu nenáleží za kalendářní měsíc, jestliže je oprávněné osobě po celý tento kalendářní měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.

Více info na https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má:

- ✓ těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo
- ✓ těžké sluchové postižení anebo
- ✓ těžké zrakové postižení

Těžká vada nosného nebo pohybového ústrojí, těžké sluchové nebo zrakové postižení musí být charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a zdravotní stav osoby nesmí vylučovat přiznání tohoto příspěvku. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro tyto účely považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok.

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.

Okruh zdravotních postižení odůvodňujících přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Více info na https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/pomucka.

Starobní důchod

Výpočet starobního důchodu se provádí ze všech výdělků od roku 1986 do roku, který předchází roku přiznání důchodu (tzv. rozhodné období). K výpočtu důchodu se používá hrubá mzda.

Výši důchodu dále ovlivňuje celkový počet let pojištění, které žadatel o důchod získal po ukončení povinné školní docházky (tj. od nástupu na střední školu, do učení, příp. do zaměstnání, pokud nestudoval).

Za dobu pojištění se při výpočtu důchodu považuje doba studia (učení), zaměstnání, vojenská služba, péče o dítě do 4 let věku, omezeně také evidence na úřadu práce apod. Výpočet důchodu provádí Česká správa sociálního zabezpečení Praha na základě žádosti o důchod.

Více info na https://www.mpsv.cz/cs/3.

Poznámky

Poznámky

Poznámky

Poznámky

Poznámky

Poznámky

Poznámky

Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center

první vydání

Autorský kolektiv: Mgr. Denisa Pechová, Mgr. Monika Čermáková,
PhDr. Radka Kozáková, PhD., PhDr. Jaroslava Baselová
Bc. Marie Slámečková, DiS

Vydal: Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek
Rok vydání: 2019
Grafické zpracování a tisk: Mark & Fill s.r.o.

Vydáno v rámci projektu České asociace pečovatelské služby „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu".

Registrační číslo projektu CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_024/0006253

www.rodinnipecujici.cz

Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek
Adresa sídla
Ostrovského 253/3
150 00 Praha 5

ISBN: 978-80-270-5372-8

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost