

NOVÉ PŘÍSTUPY V OBLASTI DLOUHODOBÉ PÉČE V ČR? MOŽNOSTI JEJICH ZÁVÁDĚNÍ DO PRAXE A HODNOCENÍ JEJICH EFEKTŮ NA PŘÍKLADU PILOTNÍHO PROJEKTU „CENTER PRO RODINNÉ PEČUJÍCÍ“

NEW APPROACHES IN CZECH LONG-TERM CARE SYSTEM? THEIR IMPLEMENTATION AND EVALUATION: CASE STUDY OF PILOT PROJECT "CENTRES FOR FAMILY CAREGIVERS"

Pavel Bareš¹

Abstrakt

Funkční systém podpory pečujících osob představuje společně se službami sociální péče a zdravotní péčí jeden z pilířů systému dlouhodobé péče (dále jen „LTC“ podle anglického „long-term care“). Podpora pečujících osob je proto jednou z klíčových otázek diskutovaných v souvislosti s tématem dlouhodobé péče, neboť determinuje i nároky na sociální služby a zdravotní péči a ovlivňuje tak ve svých důsledcích i tyto dva stěžejní prvky systému LTC.

Možnosti podpory pečujících osob se odvíjejí od legislativních a institucionálních podmínek pro fungování LTC. V kontextu současné regulace systémů služeb sociální a zdravotní péče je přitom prostor pro podporu pečujících osob v ČR poměrně omezený, nicméně v této oblasti se objevuje řada iniciativ, které si právě podporu pečujících osob kladou za cíl.

Článek proto nejprve seznamuje se základními vývojovými trendy v této oblasti a následně se věnuje vyhodnocení dopadů jedné z iniciativ realizované za účelem podpory pečujících osob. Z výsledků evaluace vyplynulo, že aktivity hodnoceného projektu přispěly k výrazné změně situace pečujících osob a přispěly ke změně jejich přístupu k poskytování péče.

Klíčová slova

pečující osoby, neformální péče, sociální služby, zdravotní péče, dlouhodobá péče, evaluace

¹ Výzkumný ústav práce a sociální věcí, v.v.i., Dělnická 12, 170 00 Praha 7

Abstract

Support of caregivers represents, together with social services and health care systems, a key aspect of the long-term care (LTC). It is an important topic of the discussion on LTC systems, as it determines the requirements both on social services and health care and subsequently influences their functioning as well.

The preconditions for the support provided to caregivers depend on the legislative and institutional regulation of the whole LTC system. Actual regulation of the provision of social services and health care allows the provision of support of caregivers in the Czech Republic rather to a limited extent. However, there are many initiatives which aim exactly on its provision even in terms of actual regulation.

The article therefore firstly depicts actual trends in this area and consequently presents a research reflection of one initiative designed to support caregivers and discusses the possibilities of their support. The research puts forward that the project activities have contributed to significant changes in the situation of caregivers and have promoted changes in their approach to the care provision.

Keywords

caregivers, informal care, social services, health care, long-term care, evaluation

ÚVOD

Nároky na sociální a zdravotní systém podstatným způsobem determinují demografické trendy (Průša, 2019a; Průša, 2014). Vzhledem k tomu, že tyto systémy lze chápat jako „mechanismy, jimiž dochází k uspokojení potřeb jednotlivců v oblasti sociálních služeb a zdravotní péče“ (Průša, 2019c: 11), je neméně důležitou otázkou to, jakým způsobem sociální a zdravotní služby reagují na existující potřeby osob, jimž jsou určeny, jinými slovy, je důležitá také schopnost obou těchto systémů reagovat na **širší celospolečenské trendy**, protože ve společnosti může docházet k významným změnám v povaze artikulovaných potřeb, mohou se měnit formy jejich artikulace i společenský diskurs o těchto otázkách.

Jedním z klíčových společenských trendů, charakteristickým i pro sociální a zdravotní oblast, je všeobecná tendence k individualizaci, rozrůžňování potřeb a přístupů k jejich uspokojování, tedy i větší difference toho, jak na tyto potřeby reagují další osoby či instituce. Také pro sociální a zdravotní oblast je tedy klíčové téma **reflexe individuálních potřeb** – ta představuje stěžejní etické východisko (Řezníček, 1997: 29–32; Fischer et al., 2008), jež má zároveň oporu v řadě právních i koncepčních materiálů (především Příloha

č. 2 Vyhlášky č. 505/2006, Sb.; další podrobnosti k tomu viz např. Čámský et al., 2008: 50–52; Hrozenská a Dvořáčková, 2013: 74–75). Právě z tohoto důvodu je (respektive by měl být) akcent na individuální potřeby akceptován a respektován poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, respektive jejich pracovníky, a tato otázka je nedílnou součástí vzdělávacích programů s tímto zaměřením a tématem odborné diskuse týkající se sociální práce, sociálních a zdravotních služeb atd. (např. Kovařík, 2003; Fischer et al., 2008; Mališková 2012).

Reflexe individuálních potřeb a preferencí může mít tři odlišná koncepční východiska. Průša tyto tři základní koncepční přístupy sice charakterizuje v poněkud užší souvislosti, totiž ve spojitosti s možnostmi participace uživatelů sociálních služeb na způsobu, jakým jim bude služba poskytována, popsané rozlišení ale postihuje analogicky i různé koncepční přístupy k otázce reflexe potřeb uživatelů ze strany poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb:

„V posledních letech je důraz položen na realizaci řady změn s cílem zvýšit kvalitu a efektivnost poskytování sociálních služeb, dochází k prohlubování přímých vazeb mezi jejich uživateli a poskytovateli, zvyšuje se samostatnost uživatelů služeb, roste jejich participace na společenském životě, je podporován přístup k sociálním právům. V praxi se objevují rozdílné modely jak zahrnout uživatele do procesu poskytování služeb. Uživatel může být chápán jako občan disponující svými právy (welfaristický přístup) nebo jako spotřebitel uplatňující volbu (spotřebitelský přístup), případně jako koproducent, který ovlivňuje způsob poskytování služby (participační přístup). V praxi bývají užívány strategie, které jsou mixem těchto rozdílných modelů.“ (Průša 2018: 21 s odkazem na Čáslavu 2009).

Současně existuje i řada omezení, kvůli nimž sociální a zdravotní systém nemohou operativně reagovat na veškeré společenské trendy nebo artikulované potřeby, ať už z důvodu ekonomických či obecněji systémových (legislativní a institucionální podmínky, personální a materiální kapacity poskytovatelů těchto služeb, jejich situování do určité konkrétní lokality, nebo fakt, že organizace plní vymezenou roli, má pro ní konkrétní specifický status a díky tomu je předvídatelnou součástí obecnějšího subsystému, takže zdravotní a sociální systém mohou i díky této „setrvačnosti“ svých jednotlivých prvků vykazovat dostatečnou míru kontinuity a je i jasně dána oblast jejich působení). Obě popsané tendence, tj. nutnost adaptace na vnější výzvy i tendence k setrvačnosti působí zpravidla současně, určitou charakteristiku systému nebo i konkrétní organizaci tak mohou z určitého hlediska charakterizovat značná setrvačnost, zatímco v jiných důležitých ohledech nebo ve vztahu k některým vývojovým trendům mohou tentýž prvek systému nebo tatáž organizace reagovat velmi flexibilně.

PODMÍNKY POSKYTOVÁNÍ LTC A MOŽNOSTI PODPORY PEČUJÍCÍCH OSOB V ČR

Možnosti rozvoje zdravotního a sociálního systému v ČR podle různých autorů ztěžuje současné nastavení **legislativy a systému financování zdravotních a sociálních služeb** (Schwarz, 2014). Podle Průši (2019d: 478) současný systém poskytování sociálních služeb „nestimuluje poskytovatele sociálních služeb k žádoucí reakci na nové společenské výzvy“. Mezi hlavní finanční okolnosti limitující možnosti rozvoje sociálních služeb lze řadit např. závislost poskytovatelů na přiznání dotací ze státního rozpočtu, nízkou úroveň odměňování pracovní síly (Průša, 2019c: 5) nebo výkonové financování ošetrovateľské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních (Průša, 2019b: 477). Kromě těchto klíčových faktorů limitují možnosti rozvoje sociálních služeb i další charakteristiky systému jejich financování (Schwarz, 2014), jednou z nejčastěji akcentovaných otázek je v tomto směru nedostatek vzájemné koordinace aktivit v resortech zdravotnictví a sociálních věcí (Kalvach, 2014: 20–24; Schwarz, 2014; Wija, 2014: 68).

I přes existenci řady nedostatků a bariér bránících rozvoji obou systémů, respektive omezujících jejich schopnost reagovat na důležité společenské trendy, lze v rámci zdravotního a sociálního systému zaznamenat i iniciativy přispívající k rozvoji nových přístupů a forem poskytování služeb nebo péče. Legislativní a institucionální prostředí tyto aktivity ale systémově nepodporují, specifické programy vytvářené na jejich podporu vznikají spíše ad hoc. Oporou v tomto směru jsou např. některé strategické a koncepční dokumenty (Kalvach, 2014: 11–18) a specifické programy určené na podporu nových iniciativ a přístupů, nebo přímo podporující schopnost poskytovatelů služeb či dalších organizací reagovat na některé významné aktuální společenské trendy.² I při současném uspořádání a fungování zdravotního a sociálního systému tak někteří poskytovatelé služeb realizují programy, v nichž jsou v rámci daných možností schopni reagovat na specifické potřeby a preference artikulované uživateli jejich služeb, zájemci o jejich služby, případně dalšími zástupci jejich cílové skupiny.

Jedním z klíčových témat v oblasti LTC je **podpora pečujících osob při poskytování péče**. Poskytování péče osobám závislým na péči další osoby v jejich domácnostech, v řadě případů dokonce jejich blízkými, je totiž preferováno jak samotnými příjemci péče (viz např. Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková, 2013: 11; Geissler et al., 2015: 21; Průša, 2019c: 18), tak také jejich poskytovateli (Kalvach 2014: 26–27; Geissler et al., 2015: 26). Poskytování péče v domácnostech příjemců péče jejich rodinnými příslušníky přitom výrazným způsobem ovlivňuje jak situaci samotných příjemců péče (např. Kalvach 2014), tak také jejich rodinných příslušníků (tamtéž, dále např. Michalík, 2011; Geissler et al., 2015) i sociálního a zdravotního systému (Průša 2019c). Poskytování péče v domácnostech rodinnými příslušníky současně má významné ekonomické, sociální a psychické dopady na rodinné příslušníky příjemců péče, kteří poskytují péči v domácnostech (více k tomu viz např. výše uvedené publikace), a současně se díky němu proměňují očekávání

² Příkladem mohou být projekty „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“ (viz <http://www.rodinnipecejici.cz/>), „Pečuj doma“ (viz <https://www.dustojnestarnuti.cz/nase-projekty/projekt-pecuj-doma/>) nebo „Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb“ („<https://www.dustojnestarnuti.cz/nase-projekty/starsi-projekty/projekt-podpora-rozvoje-komunitnich-sluzeb/>“).

kladená na poskytovatele sociálních a zdravotních služeb, respektive jejich role při zajištění dlouhodobé péče: Potřeba péče a okruh služeb, jež by měly za této situace zdravotní a sociální systém zajišťovat, se tak díky poskytování péče rodinnými příslušníky proměňují, a to nejen z hlediska rozsahu (počtu osob, jimž je poskytována), ale především z hlediska okruhu potřeb a artikulovaných preferencí: dochází ke změnám ve struktuře osob, které využívají institucionální péči, v rámci systému LTC je potřebné zajišťování služeb zaměřených na uspokojení těch potřeb příjemců péče, jejichž uspokojení není v možnostech pečujících osob a je potřebné systémově podporovat samotné pečující osoby, neboť ty se ocitají v pro ně nové a přitom značně nelehké situaci, pro jejíž zvládnutí je nezbytné poskytnutí další podpory (především psychické a sociální podpory, ale i např. sociálněprávního poradenství atd. – srov. Čermáková, 2019; Kozáková, 2019). Tyto okolnosti představují zásadní důvody, proč je nutné fungování zdravotního a sociálního systému, a to včetně systému financování, uzpůsobit těmto nově artikulovaným potřebám (adjektivum „nový“ je zde používáno ve smyslu silícího společenského trendu, tj. trendu, který se svým významem nově etabluje jako důležitá „společenská norma“, nikoliv ve smyslu „absolutní“ novosti: rodinná solidarita i poskytování péče v domácnostech rodinnými příslušníky přirozeně ani v post-industriální společnosti zcela nevymizely).

Jak již bylo uvedeno, současné nastavení legislativních a institucionálních parametrů možnost takového uzpůsobení zdravotního a sociálního systému rozhodně neusnadňují (srov. např. Markent, 2011; Kalvach et al, 2014; Geissler et al., 2015; Průša, 2019c), a z těchto důvodů se lze v případě programů na podporu pečujících osob, respektive na podporu vzájemné koordinace této péče se zdravotním a sociálním systémem, setkat s řadou specifických iniciativ realizovaných v rámci ad hoc vypisovaných programových výzev podporujících **pilotní nebo inovativní přístupy s tímto zaměřením** (některé z nich ilustruje poznámka č. 1). Do praxe tak pronikají nové myšlenky a přístupy, případně jsou navrhovány i určité úpravy stávajících mechanismů, případně i celých sociálních systémů. Část z těchto aktivit je podporována z veřejných programů. Právě financování z veřejných zdrojů, ale také např. snaha ilustrovat přínosy nového přístupu nebo inovativního řešení představují důvod, proč některé z realizovaných projektů nemají „pouze“ ambici realizovat specifické projektové aktivity zaměřené na podporu pečujících osob, ale jejich součástí je i vyhodnocení efektů, jichž bylo prostřednictvím projektových aktivit dosaženo. Na tomto místě je potřebné uvést, že „inovativním řešením“ není v textu myšlen úžejí technologický pokrok nebo určité technické či organizační zlepšení „vynalezené“ takřkajíc „v mezích“ současného systému, ale právě schopnost realizovat a zavádět do praxe aktivity, jež lze do současného uspořádání systému vnést jen s obtížemi. Tzn. buďto situace, kdy se daří realizovat postup nebo přístup, který je „obtížně zasaditelný“ do stávajících podmínek, nebo situace, kdy se při širším rozšíření takového postupu může stávající systém proměnit žádoucím způsobem de facto tím, že se promění některé jeho parametry. Vyhodnocení efektů je pak potřebné také proto, že tato „inovativní řešení“ nejsou realizována bez důvodu, ale s očekáváním, že přinesou určité příznivé efekty a vyvstává tak otázka, zdali po skončení skutečně došlo k zamýšleným efektům, případně zda došlo i k dalším nezamýšleným efektům.

Z uvedených souvislostí je patrné, že právě v případě inovativních přístupů k problematice, respektive u nově zaváděných programů na podporu pečujících osob je tedy zvlášť potřebná snaha o vyhodnocení dosažených výsledků, tj. především samozřejmě zhodnocení projektu samotného, ale v některých případech i zhodnocení některých jeho možných širších dopadů, tj. např. otázky, zda a jak by se v důsledku projektových aktivit mohl proměnit stávající systém, za jakých podmínek by bylo možné podpořit implementaci obdobných projektů v širším měřítku, jaké hlavní překážky tomu brání apod.

PŘEDMĚT ZKOUMÁNÍ, DESIGN EVALUAČNÍ STUDIE A POUŽITÉ METODY

Součástí projektu „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“ zaměřeného na podporu pečujících osob³ byl také evaluační výzkum mezi pečujícími osobami, jehož cílem bylo právě vyhodnocení vlivu uvedeného projektu na situaci pečujících osob.

Hlavním záměrem evaluačního výzkumu bylo vyhodnotit **dopady uvedeného projektu na situaci pečujících osob** a zachytit **případné změny v jejich přístupu k péči o osoby, kterým poskytují péči**. Při evaluaci nebyla pozornost věnována provozním či organizačním otázkám, jakkoli vyhodnocení poznatků získaných v rámci projektu by i v těchto případech nepochybně přinesla významné poznatky týkající se např. otázky ukotvení Center pro rodinné pečující (dále jen „Centra“) vytvořených v rámci tohoto projektu ve zdravotním, respektive sociálním systému. Tyto, stejně jako další relevantní otázky, nebyly předmětem evaluace, ale při realizaci projektu a přípravě vzniku Center jim byla rovněž pozornost věnována a jsou podrobněji rozebrány v dalších výstupech projektu (<http://www.rodinnipecujici.cz/>; Průša, 2019c; Wojtoňová a Vaškovcová, 2019). Záměrem provedené evaluace nebyly ani obecnější otázky, jako možnosti rozšíření implementace obdobných aktivit apod. Takto zaměřené evaluace mají uplatnění v případech, kdy se ověřuje, za jakých podmínek bude možné do praxe zavést určité opatření podporované z veřejných prostředků, uvažuje se o změnách určitého veřejného programu, nebo se předpokládá zavedení nového veřejného programu. (srov. např. Astbury, 2007; Nekola, 2007).

Dopady projektu na cílovou skupinu byly vyhodnoceny na základě **kvazi-experimentálního výzkumného přístupu s využitím dotazníkových šetření mezi pečujícími osobami**. Realizována byla dvě dotazníková šetření, z nichž při prvním byl sběr dat ukončen před zahájením činnosti Center (březen 2018), a druhé bylo zahájeno po 10 měsících od zahájení jejich provozu (časový rozestup mezi shromážděním dotazníků se pohyboval od 10 do 17 měsíců).

Oba výzkumy proběhly v pěti vybraných městech, respektive v obcích ležících ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností těchto měst (dále též „ORP“), z nichž dvě (Havířov a Uherský Brod) představovala „pilotní města“, v nichž probíhalo pilotní ověřování zkušeností s novým modelem péče, který byl navržen a vyvinut v rámci projektu, tj. byla

³ Více o tomto projektu viz <http://www.rodinnipecujici.cz/>.

v nich zřízena a provozována Centra pro rodinné pečující. Další tři města (Blansko, Děčín, Frýdek-Místek) reprezentovala „kontrolní skupinu“, tj. města (respektive obce nacházející se ve správních obvodech těchto měst jako obcí s rozšířenou působností), ve kterých byly v rámci dotazníkového zjišťování totožné informace, jako u předchozí skupiny pilotních měst i přesto, že v nich nebyl implementován navržený model péče.

Projekt byl koncipován tak, že druhé dotazníkové šetření umožnilo získat poznatky o tom, jaká je v pilotních městech⁴ situace pečujících osob po zavedení a několikaměsíčním fungování nového modelu a jaká je ke stejnému datu situace v této oblasti v kontrolních městech. V rámci druhého šetření přitom byla v pilotních městech sledována i otázka, zda dotazovaný využil služby, jež byly realizovány v rámci projektových aktivit a v jakém rozsahu (pozn.: pro dotázané z pilotních měst, kteří tyto služby využily, bude dále používáno označení „intervenční skupina“, případně jen „IS“, pro ostatní dotázané z pilotních měst „kontrolní skupina“, případně jen „KS“). Zjištění informací o využití služeb Center následně umožnilo provést **tři vzájemně se doplňující srovnání**, která umožnila charakterizovat míru vlivu projektových aktivit na situaci pečujících osob (dále jen „efekty intervence“):

1. srovnání situace v pilotních a v kontrolních městech v době druhého výzkumu (tj. zhodnocení situace pečujících osob ve dvou skupinách správních obvodů ORP na základě toho, zda byly v ORP realizovány projektové aktivity),
2. srovnání situace pečujících osob z pilotních měst náležejících do intervenční skupiny v době druhého výzkumu se situací pečujících z pilotních měst z kontrolní skupiny v době druhého výzkumu (tj. vyhodnocení efektů intervence v pilotních městech podle toho, zda pečující osoba využila služby Centra) a
3. srovnání situace pečujících osob z pilotních měst náležejících do intervenční (3a), respektive do kontrolní skupiny (3b) v době druhého výzkumu se situací pečujících z pilotních měst v době prvního výzkumu (tj. vyhodnocení efektů intervence v pilotních městech na základě srovnání změn v postavení pečujících osob z intervenční skupiny a pečujících z kontrolní skupiny oproti době před zahájením činnosti Center).

Okruh otázek zjišťovaných v rámci obou dotazníkových šetření byl poměrně rozsáhlý. Důvodem sledování většího množství údajů bylo, že kromě údajů, jež mohly vypovídat o efektech intervence, bylo v rámci obou výzkumů potřebné sledovat také další důležité charakteristiky dotázaných osob a osob, kterým poskytují péči, nebo údaje vypovídající o rozsahu a charakteru poskytované péče. Ve všech těchto ohledech se totiž mohly lišit nejen osoby dotázané v obou výzkumech, ale také osoby dotázané v pilotních a kontrolních městech nebo osoby reprezentující intervenční a kontrolní skupinu. Zaznamenání všech těchto charakteristik výchozí situace pečujících osob umožnilo nejen zjištění toho, zda se mezi sebou v některých důležitých ohledech liší jednotlivé

⁴ Vzhledem k důležitosti rozlišení skupiny kontrolních měst a obou pilotních měst (kvůli možnosti vzájemného srovnávání jejich situace), je v textu kvůli větší srozumitelnosti zpravidla používáno zjednodušené označení „kontrolní města“ a „pilotní města“, případně je řeč o „Haviřovu“ a „Uherském Brodě“, nikoli o správních obvodech ORP kontrolních a pilotních měst, případně o správních obvodech obou jmenovaných pilotních měst. Ve všech případech, kdy je přímo použit pojem „město“ nebo je přímo uvedené příslušné pilotní město, tak text odkazuje vždy na situaci v celém příslušném regionu.

podsubory dotázaných pečujících osob. Bylo tak možné reflektovat i to, nakolik mohly rozdíly zjištěné při vyhodnocování efektů intervence souviset s rozdílnými výchozími charakteristikami srovnávaných souborů pečujících osob a bylo tak možné odlišit vliv lišících se výchozích charakteristik dotázaných skupin osob od efektů intervence.

Pro zachycení efektů intervence byly využity údaje vypovídající o postojích (očekávání, hodnotící soudy, stanoviska, přesvědčení, preference) a způsobech jednání vztahujících se k poskytování péče, respektive srovnání hodnot těchto údajů napříč sledovanými podsubory. Indikátory vypovídající o efektech intervence v provedené analýze tak primárně odpovídaly pojmové kategorii „preference“. Tato kategorie představuje odlišný pojmový konstrukt než „potřeby“ a další související konstrukty „zájmy/přání“ nebo „vyjádření poptávky“. Provedené vyhodnocení si ale nekladlo za cíl vyhodnocení vlivu intervence přímo na okruh potřeb pečujících osob, ale zaměřilo se na zachycení jejich manifestních projevů a přístupu sledovaných osob k poskytování péče. Ty se s potřebami a dalšími souvisejícími konstrukty prolínají jen do určité míry (více viz Remr, 2018), nicméně pro zachycení efektů intervence je možné je vnímat jako velmi vhodné především proto, že právě konkrétní jednání a postoje přímo se vztahující k poskytování péče mohou velmi dobře ilustrovat důležité dopady projektu na situaci pečujících osob a umožňují zachytit případné změny v jejich přístupu k péči o osoby, kterým poskytují péči.

Postup zpracování evaluace měl dvě fáze. V první z nich byly nejprve rozlišeny sledované údaje na ty, jež charakterizovaly výchozí situaci pečujících osob, a údaje indikující možné efekty intervence, následně byl charakterizován rozsah využívání služeb Center respondenty z intervenční skupiny a přiblíženy charakteristiky výchozí situace pečujících osob, respektive ty byly vzájemně porovnány u pečujících osob zahrnutých do jednotlivých srovnávaných výzkumných podsuborů rozlišených pro potřeby tří výše charakterizovaných dílčích analýz. Druhou fází evaluace projektových aktivit pak bylo vyhodnocení vlivu existence Center pro rodinné pečující na situaci pečujících osob žijících na území správního obvodu ORP (této otázky se týkala první z uvedených dílčích analýz) a vlivu využívání služeb Center na situaci pečujících osob (tj. efektů intervence – ty bylo možné hodnotit na základě dalších dvou dílčích analýz).

Při **analýze rozdílů mezi srovnávanými soubory** byly údaje z obou pilotních měst sledovány samostatně (příčemž v pilotních městech byly ve všech třech dílčích analýzách údaje o výchozí situaci pečujících sledovány zvlášť u osob z intervenční a u osob z kontrolní skupiny). Důvodem byla řada odlišností mezi oběma pilotními městy (více k tomu viz Bareš, online) a především řada odlišností mezi osobami dotázanými v obou pilotních městech zaznamenaných v obou výzkumech. Údaje získané v kontrolních městech byly vzhledem k celkovému rozsahu analýzy vyhodnoceny společně.

Vzhledem k velikosti některých srovnávaných skupin pečujících (informace o počtech dotázaných a podsuborech pečujících osob srovnávaných v dílčích analýzách viz tabulka č. 1) a k existenci významných rozdílů mezi nimi byly při vyhodnocení údajů použity neparametrické testové statistiky, konkrétně Mannův-Whitneyův U test.

Tab. 1 Počty dotázaných ve srovnávaných podsouborech v jednotlivých analýzách

			výzkum z roku 2018	výzkum z roku 2019	dílčí analýza				
		1. (2019 vše)			2. (2019 IS-KS)	3. a) (2018- IS)	3. b) (2018- KS)	3. c) (2018- 2019 vše)	
Haviřov	celkem		139	119	37%	66%	67%	31%	37%
	v tom	IS	x	79	66%	66%	36%	x	31%
		KS	x	40	34%	34%	x	22%	16%
Uherský Brod	celkem		66	61	19%	34%	33%	15%	18%
	v tom	IS	x	40	66%	66%	38%	x	31%
		KS	x	21	34%	34%	x	24%	17%
kontrolní města			172	140	44%	x	x	54%	45%
celý soubor			377	320	320	180	324	578	697

Pozn.: Uvedenými zkratkami se rozumí: IS - intervenční skupina, KS - kontrolní skupina.
V řádcích za tyto skupiny je uvedeno procento z příslušného mezisoučtu za Haviřov,
respektive za Uherský Brod.

Ve druhé fázi evaluace byly vyhodnoceny údaje indikující **efekty intervence**, jež zahrnovaly tyto čtyři obecnější tematické okruhy:

- míra využívání služeb,
- dostupnost potřebných informací a možnosti jejich získání,
- v okolí dosažitelné služby a jejich hodnocení a
- okolnosti, které jsou pro pečující osoby při poskytování péče důležité.

U všech těchto skupin indikátorů byla provedena nejprve **vzájemná srovnání jejich hodnot v jednotlivých podsouborech** (u většiny sledovaných indikátorů bylo možné provést všechny tři díličí analýzy). U vybraných údajů byly rozdíly v hodnotách mezi intervenční a kontrolní skupinou analyzovány podrobněji a bylo vyhodnoceno, jaký vliv na jejich hodnotu mohly mít výchozí charakteristiky dotázaných.

Informace o souvislosti mezi výchozími charakteristikami a hodnotou sledovaných indikátorů byla zjištěna analýzou údajů z obou šetření (viz sloupec označený v předchozí tabulce 3c), přičemž u respondentů, kteří se účastnili obou výzkumů, byla do srovnání zahrnuta pouze odpověď z prvního výzkumu, aby nebyly při analýze dat jejich odpovědi zdvojené. Do tohoto vyhodnocení tak bylo zahrnuto celkem 647 záznamů a při jejich vyhodnocení byla využita analýza rozptylu.

Na základě všech provedených srovnání bylo následně možné usuzovat, zda případné

zjištěné rozdíly mezi hodnotami indikátorů efektu intervence u srovnávaných skupin souvisely spíše s intervencí samotnou nebo s rozdíly mezi srovnávanými skupinami osob. U všech provedených statistických testů byla testová statistika porovnávána s kritickou hodnotou pro identifikaci rozdílů významných na jednoprocentní hladině významnosti a na pětiprocentní hladině významnosti. Pro vyhodnocení získaných dat byl využit software SPSS.

VLIVY VYUŽITÍ SLUŽEB CENTER PRO RODINNÉ PEČUJÍCÍ NA SITUACI A POSTOJE PEČUJÍCÍCH OSOB

Pro skupinu pečujících osob využívajících služeb Center pro rodinné pečující byl příznačný **nulový podíl pečujících, kteří nevyužívají žádné další služby**. Tato charakteristika byla zaznamenána pouze u intervenční skupiny a nebyla přitom pozorována při vzájemném srovnání kontrolních měst s pilotním městem a nebyla zaznamenána ani v pilotních městech při prvním výzkumu. U většiny sledovaných skupin služeb byla v intervenční skupině v roce 2019 výrazně **vyšší míra jejich využívání**, než tomu bylo v pilotních městech v roce 2018. V kontrolních městech bylo možné takovýto nárůst pozorovat pouze u jedné skupiny sledovaných služeb, celkový trend vyššího využívání služeb v případě skupiny, která využila možnosti poskytnutí intervence, byl ale ze získaných údajů jasně patrný. Také následná kvantifikace rozdílů mezi srovnávanými skupinami pečujících osob ukázala, že **průměrný podíl pečujících využívajících další služby** byl v Havířově o třetinu vyšší v IS než v KS a v Uherském Brodě o dvě třetiny. Při tomto vyhodnocení nebylo možné zohlednit odlišit vliv výchozích charakteristik dotázaných osob a ani toto srovnání proto nepředstavuje přímé vyčíslení efektu intervence. Rozdílnost obou srovnávaných skupin osob z hlediska sledovaného parametru je ale natolik výrazná, že nelze předpokládat, že by mohla být odrazem zjištěných, navíc relativně nevelkých, odlišností obou skupin z hlediska výchozích charakteristik. Lze tedy konstatovat, že využívání služeb Center mělo na hodnotu tohoto parametru naprosto zásadní vliv.

V obou pilotních městech byl výrazně vyšší **podíl osob, které by se v případě potřeby vyhledání informací nebo rady týkající se poskytování péče obrátily na odborné pracovníky**. Vyšší význam odborných pracovníků při zjišťování informací týkajících se poskytování péče vyplynul také ze srovnání intervenční a kontrolní skupiny. Také ze srovnání odpovědí respondentů získaných v roce 2019 s údaji z výzkumu z roku 2018 bylo patrné, že význam odborných poradců výrazně stoupl u pečujících z intervenční skupiny v pilotních městech. V roce 2018 přitom byl v kontrolních i pilotních městech zcela srovnatelný podíl osob, které by zjišťovaly potřebné informace od těchto osob.

Z dále provedeného vyhodnocení byly patrné výrazné rozdíly mezi IS a KS: v Havířově byl v intervenční skupině průměrný podíl pečujících preferujících kontaktování odborných poradců přibližně o čtvrtinu vyšší než v KS a v Uherském Brodě byl průměrný podíl pečujících preferujících odborné poradce v IS o necelou třetinu vyšší než v KS. V tomto případě ale další srovnání profilu intervenční a kontrolní skupiny ukázalo, že lišící se preference kontaktování odborných poradců v obou pilotních městech mohly být do značné míry odrazem lišících se výchozích charakteristik srovnávaných skupin pečujících osob a samotná intervence na ně měla vliv jen zčásti.

V obou pilotních městech byl v intervenční skupině zaznamenán **větší počet kontaktovaných odborných pracovišť** než v kontrolních městech. Také ten ale mohl být v obou pilotních městech ovlivněn větším množstvím odlišných výchozích charakteristik intervenční skupiny. Pečující z intervenční skupiny příznivěji hodnotili také **dostupnost a kvalitu informací**, a to ve všech (Uherský Brod), respektive téměř ve všech (Havířov) hodnocených aspektech. Pečující využívající služeb Center častěji uvedli, že **potřebné informace lze získat na jednom místě**. I tuto okolnost bylo možné považovat za významný efekt uskutečněné intervence. V obou pilotních městech byly dále zaznamenány významné rozdíly mezi intervenční a kontrolní skupinou také při hodnocení dostupnosti těchto skupin služeb:

- V Havířově respondenti z intervenční skupiny častěji jako dostupné hodnotili terénní zdravotní služby, ambulantní sociální služby a pobytové sociální služby.
- V Uherském Brodě respondenti z intervenční skupiny častěji jako dostupné hodnotili pobytové sociální služby, ambulantní sociální služby a terénní sociální služby.

Pečující osoby z intervenční skupiny se vyznačovaly také **odlišným hodnocením významu některých okolností, jež jsou pro ně důležité při poskytování péče**. Použitá výzkumná strategie sice umožňovala získat pouze rámcový nástin změn, k nimž patrně využívání služeb Center přispívá. Nicméně i ona zřetelně indikovala řadu důležitých trendů a změn, které zjevně byly odrazem využívání služeb Center pečujícími osobami v intervenční skupině. Jednalo se především o:

- prisuzování obecně většího významu různým existujícím možnostem podpory,
- výrazně větší podíl respondentů v intervenční skupině, kteří mezi důležité okolnosti zařadili možnost využití služeb Center,
- přikládání většího významu existujícím službám určeným příjemcům péče,
- větší význam přikládaný vstřícnosti a odbornosti různých dalších osob (např. lékaři, pracovníci obecního úřadu, Úřadu práce apod.),
- častější uvědomění významu vlastní osobní situace a vlastního zdraví jako nezbytných podmínek pro zajištění péče a
- častější konstatování významu finančních a technických podmínek ovlivňujících možnosti poskytování péče.

DISKUSE

Srovnání údajů o využívání služeb ukázalo, že jedním z důležitých průvodních jevů poskytnuté intervence (tj. možnosti využít služby Center) je nulový podíl pečujících, kteří nevyužívají žádné další služby (služby Center do tohoto srovnání nejsou zahrnuty), a vyšší míra využívání dalších služeb v souvislosti s poskytováním péče. Jako další významný efekt intervence lze vnímat větší význam možnosti obrátit se na odborné poradce za účelem získání informací potřebných pro poskytování péče. V tomto ohledu ale rozdíly mezi intervenční a kontrolní skupinou patrně více ovlivňovaly některé odlišnosti jejich výchozí situace. Také další sledované charakteristiky, jako počet kontaktovaných

pracovišť, hodnocení dostupnosti služeb apod., ukazovaly, že využití služeb Center má zřetelný vliv jak na situaci pečujících osoby, tak na okruh využívaných služeb a míru jejich využívání. Celkově lze konstatovat, že získaná data prokázala výrazné změny situace i postojů pečujících osob, kteří využili služeb Center.

ZÁVĚRY

Situaci pečujících osob využívajících služby Center bylo možné hodnotit příznivěji ve srovnání s pečujícími, kteří tyto služby nevyužívají. I přes významné rozdíly mezi srovnávanými skupinami pečujících osob přitom bylo možné zjištěné rozdíly mezi srovnávanými skupinami pečujících osob spojit právě s využíváním služeb Center, jakkoli bylo zřejmé, že některé ze zjištěných rozdílů mohly souviset nebo přímo vyplývat ze skutečnosti, že do provedených srovnání byly zahrnuty v řadě ohledů odlišné soubory pečujících osob.

Vyhodnocení situace pečujících osob účastnících se projektových aktivit ukázalo, že navržený model poskytování podpory pečujících osob poskytuje pečujícím významnou oporu a lze jej vnímat jako efektivní nástroj, který vhodným způsobem doplní existující zdravotní a sociální služby zaměřené na uspokojení potřeb příjemců péče, respektive osob, které o ně pečují (k dalším vhodným opatřením s obdobným zaměřením viz např. Kozáková, 2019: 14). Ze zjištěných poznatků lze usuzovat i to, že začlenění takového nástroje do systému LTC může významným způsobem přispívat k řešení některých v úvodu popsaných problémů v této oblasti.

V tomto směru je třeba zmínit, že koncepce Center pro rodinné pečující zohledňuje mezioborový přístup, kdy koncepce Centra zohledňuje aspekty tematizované jak v rámci sociálního, tak v rámci zdravotního systému, respektive že mezioborový přístup byl zohledněn při definici pracovní pozice poradce pro rodinné pečující (Čermáková a Pechová, 2019). Pro pozici poradce pro rodinné pečující tak je příznačné to, že jednou z jeho hlavních rolí, je zprostředkování kontaktů na další služby (Kozáková, 2019). Zřízení této pracovní pozice tak může představovat důležitý prvek, který může alespoň v některých aspektech přispět k překonávání resortních bariér mezi oběma systémy (tamtéž: 19). Tento efekt lze očekávat především ve vztahu k příjemcům péče a pečujícím osobám, jimž usnadní orientaci v aspektech, které přísluší do zdravotní, respektive sociální oblasti. Současně ale může usnadnit i výměnu informací a vzájemnou koordinaci různých aktivit zajišťovaných odborníky reprezentujícími na straně jedné zdravotní a na straně druhé sociální systém. Velmi podstatnou charakteristikou poradce pro rodinné pečující je také zaměření jeho aktivit na posilování kompetencí, případně schopností využívat vlastních zdrojů u osob z cílové skupiny, jejich rodinných příslušníků, případně i komunity (Čermáková a Pechová, 2019: 30).

Hlavním důvodem pro vznik Center a vytvoření pracovní pozice poradce pro rodinné pečující byla snaha o překonání některých identifikovaných problémových oblastí v systému dlouhodobé péče popsaných v úvodní kapitole. Vzhledem k současným charakteristikám zdravotního a sociálního systému bylo pro realizaci těchto aktivit

nezbytné, koncipovat zcela nový přístup tak, aby bylo možné tyto aktivity realizovat i v rámci současného nastavení obou systémů. Navržený přístup přitom ale vycházel na jedné straně z rozsáhlé reflexe jak dosavadních, tak i díky projektu nově získaných zkušeností z praxe, včetně znalosti situace pečujících osob a příjemců péče, na straně druhé byla jeho klíčovou oporou obeznámenost s koncepčními východisky a přístupy uplatňovanými v relevantních vědních oborech, respektive jejich vzájemná syntéza a začlenění do nově formulovaného uceleného rámce. Koncepce Center i ukotvení pracovní pozice poradce pro rodinné pečující tak sice vycházely z expertního přístupu soustředěného na uspokojení potřeb pečujících osob a jejich rodin, nicméně v českém systému dlouhodobé reprezentovala Centra nové prvky, a byly proto vyhodnoceny dopady projektových aktivit a ověřena funkčnost zvoleného přístupu. Dle dosavadních poznatků lze navržený model fungování Center vnímat jako plně funkční prvek systému dlouhodobé péče, který je i přes svou novost dostatečně odborně zakotvený a umožňuje dobře reagovat na důležité potřeby z praxe.

Literatura

ASTBURY, M. Mezinárodní trendy a vývoj v oblasti reintegrace pachatelů. In: *Společenské podmínky vzniku sociálních deviací. Sborník příspěvků ze semináře sekce sociální patologie MČSS, konaného 18.–20. 4. 2007 v Kašperských Horách*. Praha: Masarykova česká sociologická společnost, 2007, p. 7–15.

BAREŠ, P. *Analýza výchozího stavu před realizací projektu „Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu“ Závěrečná zpráva z dotazníkového šetření mezi pečujícími osobami* [online]. Praha: Česká asociace pečovatelské služby [cit. 15. 2. 2021]. Dostupné z: <http://rodinnipecujici.cz/bcms-media/Files/Download?id=16cf3d53-2432-465b-8b22-a9a60099bacf>.

ČÁMSKÝ, P. et al. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008.

ČERMÁKOVÁ, M. Hodnocení kvality života pečujících před kontaktem a po kontaktu v centru. In: WOJTOŇOVÁ J., VAŠKOVICOVÁ, M. (Eds.) *Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2019, s. 69–70.

ČERMÁKOVÁ, M., PECHOVÁ, D. Vymezení role a činnosti centra, metody a techniky práce. In: WOJTOŇOVÁ, J., VAŠKOVICOVÁ, M. (Eds.): *Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2019, s. 26–41.

ČESKÁ ASOCIACE PEČOVATELSKÉ SLUŽBY. Webové stránky projektu *Systém sociálně-zdravotní péče o osoby 50+ s využitím inovativního komunitního modelu* [online] Praha: Česká asociace pečovatelské služby. [cit. 15. 2. 2021]. Dostupné z: <http://www.rodinnipecejici.cz/>.

ČESKO. Vyhláška č. 505/2006, Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 29.11.2006. ISSN 1211-1244.

DIAKONIE ČCE. Webové stránky projektu *Pečuj doma* [online] Praha: Diakonie ČCE. [cit. 15. 2. 2021]. <https://www.dustojnestarnuti.cz/nase-projekty/projekt-pecuj-doma/>.

DIAKONIE ČCE. Webové stránky projektu *Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb* [online] Praha: Diakonie ČCE. [cit. 15. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/nase-projekty/starsi-projekty/projekt-podpora-rozvoje-komunitnich-sluzeb/>.

FISCHER, O. et al. *Etika a lidská práva v sociální práci*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008.

GEISLER, H. et al. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

KALVACH, Z. Demografická změna a Česko jako součást evropského prostředí přátelského seniorům – rozvoj dobrého sousedství a komunitní podpory. In: KALVACH, Z. et al. (Ed.) *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE, 2014. s. 11–52. ISBN 978-80-87953-07-5.

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

KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., HOŠTÁLKOVÁ, J. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*. 2013, roč. 7, č. 6, s. 10–20. ISSN 1802-5854.

KOVAŘÍK, J. Etika v sociální práci v České republice a ve světě. In: KOZLOVÁ, L., ŠIMKOVÁ, M., D (Eds.) *Rozvoj a výhledy sociální práce ve světle vstupu do Evropské unie. Sborník z mezinárodní konference*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2003, s. 4–7.

KOZÁKOVÁ, R. Analýza nejčastějších potřeb pečujících a pečovaných osob. In: WOJTOŇOVÁ, J., VAŠKOVICOVÁ, M. (Eds.) *Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2019, 9–25.

MALIŠKOVÁ, Z. Etické rozhodování sociálních pracovníků. In: KODYMOVÁ, P., ŠÁMALOVÁ, K. (Eds.) *Vzdělávání v sociální práci. Sborník z mezinárodní vědecké konference 5. dny sociální práce konané 15.–16. 9. 2011 v Praze*. Praha: Falešník Ondřej Ing. – FALON, 2012. 189–197.

MARKENT, s.r.o. a VÚPSV, v.v.i. *Pilotní výzkum způsobu zajištění péče o příjemce příspěvku na péči ve vybraných lokalitách*. [online] Praha: Markent, s.r.o., VÚPSV, v.v.i, 2011. [cit. 3. 2. 2020]. Dostupné z: <http://podporaprocesu.cz/wpcontent/uploads/2013/02/vyzkum.pdf>

MICHÁLÍK, J. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2957-1.

NEKOLA, M. Analýza a vymezení problému. In: VESELÝ, A., NEKOLA, M. (Eds.): *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. s. 337–382. ISBN 978-80-86429-75-5.

PECHOVÁ, D. Vymezení kompetencí a popis pracovního místa poradce. In: WOJTOŇOVÁ, J., VAŠKOVICOVÁ, M. (Eds.) *Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2019. s. 64–68.

PRŮŠA, L. Dostupnost a plánování služeb v obcích. In: KALVACH, Z. et al. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE, 2014. s. 61–67. ISBN 978-80-87953-07-5.

PRŮŠA, L. Kdo zabezpečí péči o naše seniory. *Demografie*. 2019(a), roč. 61, č. 1, s. 5–18. ISSN 0011-8265.

PRŮŠA, L. Systémy dlouhodobé sociálně zdravotní péče ve vybraných evropských zemích – inspirace pro ČR. In: *Sborník z konference Současnost a perspektiva sociální péče ve společnosti 21. století, konané 5.–7. 9. 2018 v Litomyšli*. Litomyšl: Město Litomyšl, 2018. s. 21–25.

PRŮŠA, L. Sociální služby na historické křižovatce. In: *Proceedings of the International Scientific Conference ECONOMIC AND SOCIAL POLICY: Economic and Social Challenges for European Economy, September 3–5, 2019 Czech Republic*. Ostrava: Vysoká škola PRIGO, 2019(b), 469–483. ISBN 978-80-87291-25-2.

PRŮŠA, L. *Vznik center pro rodinné pečující z hlediska efektivnosti*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2019(c). ISBN 978-80-270-5373-5.

REMR, J. Methodological Peculiarities of Needs Assessment. *Evaluační teorie a praxe*. 2018, roč. 6, č. 2, s. 33–52. ISSN 2336-1158 (online). [cit. 8.4.2021]. Dostupné z: <https://www.evaltep.cz/inpage/methodological-peculiarities-of-needs-assessment/>.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-00-1.

SCHWARZ, K. Podněty k podpoře komunitních zdravotně sociálních služeb. In: KALVACH, Z. et al. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE, 2014. s. 56–60. ISBN 978-80-87953-07-5.

WIJA. P. Dlouhodobá péče a integrované zdravotně sociální služby: zkušenosti ze zahraničí. In: KALVACH, Z. et al. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Praha: Diakonie ČCE, 2014. s. 68–72. ISBN 978-80-87953-07-5.

WOJTOŇOVÁ, J., VAŠKOVICOVÁ, M. (Eds.): *Metodika aplikace sociálně zdravotní péče realizované prostřednictvím center*. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2019.

Kontakt

Mgr. Pavel Bareš, Ph.D.
Výzkumný ústav práce
a sociálních věcí, v. v. i.
Dělnická 213/12, 170 00 Praha 7, Česká republika
pavel.bares@vupsv.cz