



Financováno
Evropskou unií

Vstupní evaluační zpráva

Projekt: Podpora inovativních forem sdílené péče ve Valašském Meziříčí

Realizátor projektu: Diakonie Valašské Meziříčí

Č. projektu CZ.03.02.02/00/22_014/0000413

Evaluátor: Mgr. Josef Zdražil



Obsah

Stručný popis projektu	2
Design evaluace.....	8
Metodologie evaluace.....	8
Výstupy 1. Skupinového rozhovoru s členy projektového týmu.....	10
Zjišťování dopadů na cílové skupiny projektu.....	14

Toto dílo **Vstupní evaluační zpráva** je licencováno pod licencí Creative Commons CC BY-SA 4.0. Licenční podmínky navštivte na adrese CC BY-SA 4.0 Právní ujednání | Uvedte původ-Zachovejte licenci 4.0 Mezinárodní | Creative Commons.

Stručný popis projektu

Projekt řeší komplexně výkon sociální služby – pečovatelské služby dle § 40 zákona č. 108/2006, o sociálních službách v organizaci Diakonie Valašské Meziříčí, která působí na území ORP Valašské Meziříčí, čímž reaguje na dlouhodobou akutní nedostatečnou kapacitu služby.

Hlavním cílem projektu je rozšíření pečovatelské služby a zavedení inovativní formy sdílené péče v bytech zvláštního určení ve městě Valašské Meziříčí spočívající v okamžité dostupnosti kontaktu, získání poradenství a výkonu pečovatelské služby přímo v daném místě. Projekt se zaměřuje na propojení využívání inovativních forem sdílené péče s výsledkem setrvání osoby závislé na péči v jejím přirozeném sociální prostředí se zajištěním kvalitní péče. Zároveň v kombinaci s ulehčením péče neformálních pečujících, jejich psychohygieny a akreditovaného vzdělávání. Inovace spočívá ve způsobu dostupnosti kontaktu a získání poradenství a výkonu pečovatelské služby přímo v místě poskytování pečovatelské služby. Tento způsob na území ORP Valašské Meziříčí dosud nebyl zaveden.

Dílčími cíli je podpora neformálních pečujících formou specifického poradenství, stanovení a koordinace individuálních plánů, akreditovaných kurzů zaměřených na péči o blízké a volnočasových aktivit s cílem další motivace. Neformální péče má významný jak ekonomický, tak společenský přínos. Zásadně přispívá k rodinné soudržnosti a mezigenerační solidaritě, v oblastech s vysokou mírou nezaměstnanosti může snižovat tlak na trhu práce. Nedostatečně rozvinutá síť podpůrných služeb a chybějící další výhody pro pečovatele oslabují motivaci a sociální jistoty neformálních pečovatelů.

Realizace projektu bude postavena na základě 10 klíčových aktivit. Mezi hlavní aktivity patří inovativní formy sdílené péče – KA5, rozšíření kapacity pečovatelské služby KA6 a zavedení nové pozice odborného koordinátora sociální a sdílené péče KA7. Hlavní aktivity souvisejí se vzděláváním a psychohygienou neformálních pečujících (KA1, KA4), specifickým poradenstvím (KA2) a vytvářením a koordinací plnění individuálního plánu při práci s pečujícím (KA3). Mezi doplňkové aktivity patří KA8 – vzdělávání odborných pracovníků a KA9 – osvěta a propagace zaměřená na změnu povědomí a postojů cílových skupin. Jelikož jsou do projektu zařazeny aktivity na zavedení inovativních forem sdílené péče, je součástí i povinná evaluace s pilotním ověřením těchto aktivit (KA10).

KA1 Podpora pečujících osob – Vzdělávání neformálních pečujících

KA2 Podpora pečujících osob – Specifické poradenství neformálním pečujícím související se zajištěním péče o osobu závislou na péči

KA3 Podpora pečujících osob – Vytváření a koordinace plnění individuálního plánu při práci s pečujícím



KA4 Podpora pečujících osob – Psychohygienu neformálních pečujících

KA5 Podpora sdílené péče a inovativních forem sdílené péče – Podpora dalších inovativních forem sdílené péče

KA6 Podpora sdílené péče a inovativních forem sdílené péče – Podpora sociálních služeb

KA7 Podpora sdílené péče a inovativních forem sdílené péče – Zavedení pozice pracovníka, který koordinuje oblast neformální péče u registrovaného poskytovatele sociální služby

KA8 Doplňkové aktivity – Vzdělávání odborných pracovníků pracujících s neformálními pečujícími

KA9 Doplňkové aktivity – Osvěta/propagace zaměřená na změnu povědomí a postojů cílových skupin

KA10 Evaluace projektu s povinným pilotním ověřením KA 5 - Podpora sdílené péče a inovativních forem sdílené péče – Podpora dalších inovativních forem sdílené péče

KA5 Podpora sdílené péče a inovativních forem sdílené péče – Podpora dalších inovativních forem sdílené péče

Zacílení klíčové aktivity

Cílem klíčové aktivity je propojit využívání inovativních forem sdílené péče s výsledkem setrvání osoby závislé na péči v jejím přirozeném sociální prostředí se zajištěním kvalitní péče. Zároveň v kombinaci s ulehčením péče neformálním pečujícím a zapojení jiných aktérů, kteří jsou v této oblasti relevantní.

Klíčová aktivita KA5 bude realizována od 1.6.2023 do 31.5.2026, tzn. po celou dobu trvání projektu „Inovativní formy sdílené péče ve Valašském Meziříčí“. Místem realizace klíčové aktivity bude Valašské Meziříčí, cílová skupina bude z ORP Valašské Meziříčí.

Náplň klíčové aktivity

Valašské Meziříčí je město s třetí největší hustotou obyvatel ve Zlínském kraji. I zde se projevuje negativní demografický vývoj celé České republiky spojený se stárnutím populace. Bohužel neexistuje výzkum, který by ukázal, kolik seniorů žije osamoceně přímo ve Valašském Meziříčí, ale lze vyjít z celorepublikového výzkumu z roku 2014, který popisuje, že 35 % osob v seniorském věku žije zcela osamoceně ve vlastních bytech. Z tohoto počtu je 30 % ve věku 60–69 let, 37 % ve věku 70-79 let a 43 % ve věku 80 let a více. Z těchto čísel se dá s určitou mírou nepřesnosti vyvodit, že ve Valašském Meziříčí žije nyní osamoceně více jak 1 000 osob nad 65 let věku.

Bydlení a podpora, umožňující seniorům žít kvalitně, lidsky důstojně a bezpečně ve svém prostředí i komunitě, jsou velmi důležité. Existuje přímý vztah mezi adekvátním bydlením, přístupem ke komunitním a sociálním službám, a dopadem na nezávislost a duševní pohodu starších lidí. Důvěrně známé prostředí, ve kterém se starší lidé cítí být součástí místní komunity, přispívá k přátelskému prostředí města.

Ve Valašském Meziříčí chybí dostatek bezbariérových bytů. Mnoho lidí seniorského věku bydlí v domech, které jsou bez výtahu, a pak jsou zbytečně izolováni od okolního prostředí. Do budoucna je žádoucí, aby se nabídka obecních bezbariérových bytů zvyšovala a odpovídala předpokladatelně stoupající poptávce ze strany nově stárnoucích početných ročníků tzv. poválečných dětí. Tyto byty představují účinnou podporu bez porušení autonomie i sociální inkluze. Také terénní služby mohou docházet do domu, který je uzpůsoben bezbariérově a vstřícně vůči seniorovi. Někdy se bohužel stává, že domy jsou natolik bariérové, že ani terénní služby, které mohou využít různých kompenzačních pomůcek, nemohou seniorovi poskytnout stoprocentní péči.

Jednou z možností jsou "domy s pečovatelskou službou" (současná legislativa však tento pojem nezná), které ve Valašském Meziříčí dlouhodobě velmi chybí. **Bydlení v "domech s pečovatelskou službou" nebo jen v domech bezbariérových v běžné zástavbě, podporované spektrem komunitních služeb, by mělo být nadřazené nad ústavním životem v pobytových zařízeních. V budoucnu by nikdo neměl odcházet do ústavu jen proto, že bydlí v náročném bariérovém prostředí nebo že nemá jistotu kontaktu v případě náhle vzniklé nouze.**



Náplní klíčové aktivity je nový inovativní přístup k výkonu pečovatelské služby na území ORP Valašské Meziříčí. Z důvodu dlouhodobé nedostatečné kapacity úvazku v pečovatelské službě dojde ke zřízení 3 nových pracovních pozic – pracovníků v sociálních službách k posílení stávající pečovatelské službě. Inovativní forma sdílené péče bude spočívat v novém zázemí s komplexním přístupem v jednom s domů města Valašského Meziříčí na ulici J. K. Tyla. Inovace spočívá ve způsobu dostupnosti kontaktu a získání poradenství a výkonu pečovatelské služby přímo v místě poskytování pečovatelské služby. Tento způsob na území ORP Valašské Meziříčí dosud nefunguje. Služba bude poskytována převážně v domech s byty zvláštního určení.

Dle aktuální bytové politiky města Valašské Meziříčí se pronajímají osobám ve věku zakládajícím nárok na starobní důchod, osobám s přiznanou invaliditou II. a III. stupně nebo osobám, které vyžadují bezbariérové či nízko-bariérové bydlení byty zvláštního určení. Bytem zvláštního určení je byt určený pro ubytování osob se zdravotním handicapem, byt v domě se zařízením určeným pro tyto osoby nebo byt v domě s pečovatelskou službou. Byty zvláštního určení jsou byty stavebně upravené typicky pro osoby pohybově, zrakově či sluchově handicapované.

V bytovém fondu města je pro kategorii bytů zvláštního určení vyčleněno celkem 161 bytů na adresách: - Tolstého č.p. 1138

- J.K. Tyla č.p. 418

- J.K. Tyla č.p. 1412

V těchto domech bydlí osoby, které mají příbuzné, pečující, ale mohou zde být i osoby osamocené, bez pečujícího. V současné době ani v jednom z těchto domů nefungují žádné navazující služby, které by pomohly nesoběstačným seniorům. K seniorům, kteří potřebují dopomoc druhé osoby, nyní zajíždí terénní sociální služby.

A právě v jednom z domů J. K. Tyla bude zřízeno nové zázemí pečovatelské služby pro pracovníky v sociálních službách v přímé péči s cílovou skupinou. Toto místo bude zřízeno z důvodu okamžité dostupnosti pro klienty. V těchto prostorech bude stanovena úřední doba, po kterou budou pracovníci k dispozici klientům, zájemcům i veřejnosti. Pro tyto potřeby bude pořízeno vybavení – notebooky se SW a tiskárnou, kancelářský nábytek. Dále se zde budou konat vzdělávací akce i psychohygiena pro neformální pečující.

Metody sociální práce

Rozhovor – v případové práci má dospět k formulaci toho, co klient nejen potřebuje, ale co je schopen a ochoten přijmout. Slouží k vytvoření vztahu, v jehož rámci je možná dobrá spolupráce klienta a pracovníka, která vede k potřebné změně.

Poradenská činnost – představuje přímou sociální práci.

- Poradenství pomocí podání jednoduchých věcných informací
- Poradenství pomocí poskytování
- Poradenství prostřednictvím přímé akce
- Poradenství, u kterého je vyvolána změna systému
- Sociální intervence

Depistáž – vyhledávání sociálně znevýhodněných občanů, skupin a rodin v rizikovém prostředí. Provádí se formou místního šetření, na základě upozornění nebo jiného způsobu zjištění problémové situace. V rámci šetření se pak získávají informace a podklady pro další sociální práci.

Sociální šetření – seznámení se klientem, blízkými, rodinou, získání potřebných informací, které by mohly být podkladem pro řešení problémů.

Case management – cílem je nastavení týmové, efektivní a srozumitelné spolupráce v řešení životních situací klientů za spolupráce více subjektů, pokud je případ složitější a vyžaduje komplexní řešení. Metoda přináší koordinovanější a odbornější vedení případu klienta, ve smyslu efektivního plánování podpory. Je-li do vyhodnocování případu a naplňování kroků zaangażováno více služeb či subjektů, vystupuje do popředí potřebnost plánování a koordinace týmové spolupráce.



Případová konference/setkání - Dílčí metoda case managementu přináší rychlý náhled na situaci, zacílení a sladění kroků a efektivitu nastavených opatření. Případ často koordinuje a setkání svolává obec - odbor, který provádí sociální práci na obci. Role služby je vysílat podněty v případech, kde je nutné zapojit více subjektů a aktivně spolupracovat na řešení situací klientů a jejich rodinného systému.

Metody sociální práce:

- Individuální sociální práce
- Sociální práce s jednotlivcem
- Případová sociální práce
- Sociální práce se skupinou
- Sociální práce s komunitou, obcí, územním celkem

Struktura práce s klientem

- Orientace a vzájemné poznávání – motivace klienta ke kontaktu s institucí, službou první kontakt budování vztahu
- Šetření (mapování, diagnostika) – probíhá paralelně s budováním vztahu, zaměřuje se na shromažďování, třídění a rozbor informací
- Stanovení cílů – směřují k tomu, co chce klient dosáhnout, směřují ke změně nebo udržení žádané situace jsou formulovány pozitivně a jsou konkrétní, ověřitelné
- Administrativní práce – dokumentace
- Plánování – postupné kroky k dosažení cílů jasně, srozumitelně, dosažitelné konkrétní a ověřitelné termíny
- Intervence (realizace plánů) - podporovat motivaci klienta, všimnout si motivačních projevů, oceňovat pozitivní změny podporovat vztah respektovat tempo klienta
- Ukončení a vyhodnocení – průběžné vyhodnocování se děje po celou dobu spolupráce ukončení spolupráce podle podmínek stanovených ve smlouvě o spolupráci závěrečné vyhodnocení na hodnocení se vždy účastní klient

Struktura práce pracovníka v sociálních službách:

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

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

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

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

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

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
2. dovoz nebo donáška jídla,
3. pomoc při přípravě jídla a pití,
4. příprava a podání jídla a pití;

tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu úkonů podle bodů 3 a 4,

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti:

1. běžný úklid a údržba domácnosti,
2. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování,
3. donáška vody,



4. topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení,
5. běžné nákupy a pochůzky,
6. velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti,
7. praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,
8. praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

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

Popis cílových skupin projektu

1. Neformální pečující

Plánujeme podpořit 30 osob specifickým poradenstvím (do 40 hodin podpory) 30 v rámci akreditovaných kurzů a dalších 60 osob workshopy a semináři na téma psychohygiena a 10 osob formou individuálního plánu

Dlouhodobá péče, kdy o osobu blízkou pečují buď rodinní příslušníci, nebo přátelé, kteří nejsou profesionálními pečovateli, se nazývá **neformální péče**. Tito lidé většinou nemají odborné specifické vzdělání a nejsou za tuto službu a pomoc placeni. Kromě péče o své blízké vykonávají neformální pečující často ještě svoje „civilní“ zaměstnání a jejich pomoc blízkým je založena na lidských vztazích.

Krátkodobá neformální péče je poskytována po dobu snížené soběstačnosti opečovávaného vlivem úrazu, či krátkodobého onemocnění.

Dlouhodobá neformální péče bývá častěji vymezena postižením, případně ztrátou soběstačnosti vlivem věku. Dlouhodobou neformální péči poskytují většinou ženy, ve věku 50+.

S ohledem na demografický vývoj, s nástupem dlouhověké společnosti, se zvýšením podílu a změnou role seniorů v populaci a zlepšením jejich zdravotního a funkčního stavu se největší objem podpory a péče bude odehrávat právě neformálně – v rámci rodiny. Je proto důležité, aby se neformální péče stala významnou součástí ucelené podpory a respektovaným partnerem služeb a pečujících profesí, v systému dlouhodobé péče.

Velmi často také pracují v úzkosti, na hranici fyzických sil a s pocitem nedostatečné podpory. S ohledem na druh, stupeň a věk opečovávaného je péče o osobu blízkou mnohdy náročná a často se pečující musí vzdát vlastní pracovní kariéry, sociálních vazeb a kontaktů.

Čím déle pečování trvá a čím je péče intenzivnější, tím víc jsou pečující ohroženi riziky, která negativně ovlivňují kvalitu jejich života. Ztrácejí původní kvalifikaci, obtížně hledají nové zaměstnání, což snižuje jejich sebedůvěru, a ocitají se v sociální izolaci. Fyzicky náročná péče má negativní vliv na jejich zdravotní stav, jsou ohroženi syndromem vyhoření i psychickými problémy. Výpadek vlastního příjmu ovlivňuje finanční situaci jejich rodiny do té míry, že si mnohdy nemohou dovolit uhradit sociální služby, které by jim mohly alespoň trochu ulehčit (jsou-li vůbec v místě jejich bydliště dostupné). Dostávají se tak do bludného kruhu, z něž se jen těžko hledá cesta ven. Naléhavost řešení situace neformálních pečovateli podle dostupných informací narůstá a s vysokou pravděpodobností bude růst i nadále spolu s očekávaným stárnutím populace.

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že současný systém očekává vyšší míru zodpovědnosti rodinných příslušníků při péči o své příbuzné. Rodina je klientovi vždy blíže, zná jeho osobní potřeby a je často schopna na ně reagovat mnohem flexibilněji ve srovnání s péčí poskytovanou formálními



sociálními službami. Sociální služby mají nastupovat až v okamžiku, kdy neformální péči není možné z jakýchkoliv důvodů zajistit či pokud tato péče selhává. Sdílenou péčí, tj. propojením formální a neformální péče, je umožněno neformálním pečujícím dlouhodoběji a kvalitněji zvládat péči o blízkého, sladit rodinný i mnohdy pracovní život, získat potřebnou sebedůvěru, kompetenci řešit nastalou životní situaci a udržet vlastní energii pro poskytování péče v domácím prostředí.

Neformální péče má tedy řadu výhod – blízká emoční vazba, individuální přístup, domácí známé prostředí, nevýhod – náročnost fyzická, psychická i sociální. Neformální pečovatel potřebuje podporu, nejen opečovávaný.

2. Osoby se zdravotním postižením

Plánujeme podpořit 25 osob formou krátkodobé podpory) a 21 osob formou péče nad 40 hodin

Osoby, které o sebe z důvodu nemoci, úrazu nebo jiných zdravotních komplikací dlouhodobě nezvládají pečovat, a jsou proto závislé na pomoci jiných osob. Tyto osoby potřebují pomoc, kterou dotyčným dle jeho vlastního rozhodnutí poskytuje osoba blízká či jiný neformální pečující, a registrovaný poskytovatel sociálních služeb, poskytující službu v přirozeném prostředí formou terénní pečovatelské služby.

3. Poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb, služeb pro rodiny a děti a dalších služeb na podporu sociálního začleňování

Plánujeme podpořit 3 osoby formou vzdělávání.

Jedná se o zaměstnance – 3 pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají odbornou činnost v sociálních službách. Řídí se zákonem o sociálních službách. Podmínkou pro výkon pracovníka v sociálních službách je bezúhonnost, pracovní způsobilost a odborná způsobilost. Často se pojem pracovník v sociálních službách plete s pojmem sociální pracovník. Náplní práce pracovníka v sociálních službách je přímá obslužná péče o osoby, tedy pomoc s běžnými denními činnostmi. Pracovník v sociálních službách dosáhne potřebného vzdělání pro svoji práci absolvováním kvalifikačního kurzu. Důležité je jeho následné odborné vzdělávání, které je zaměřeno na specifika v oblasti jeho činnosti. V projektu je dále i důležitá role koordinátora (s úvazkem 0,25) a sociálního pracovníka (s úvazkem 0,2), který rovněž poskytuje podporu sociálního začleňování.

4. Zaměstnanci veřejné správy, kteří se věnují sociální, rodinné nebo zdravotní problematice

V projektu je partnerem bez finančního příspěvku město Valašské Meziříčí, především Odbor sociálních věcí, který je zapojen do celého životního cyklu projektu. Zástupci města byli u přípravy projektu, dále budou zapojeni do realizace klíčových aktivit a poskytnou zázemí pro výkon pečovatelské služby s inovativní formou sdílení, která v celém ORP dosud nefunguje a dále v případě zájmu po ukončení realizace projektu tyto prostory umožní využívat organizaci Diakonie i nadále.

5. Veřejnost



Veřejnost bude oslovena během celé realizace projektu díky propagaci a osvětě inovativních forem sdílené péče a výkonu pečovatelské služby a vůbec celkovému fungování sociálních služeb v regionu. To bude zajištěno prostřednictvím TV spotů a inzerci ve zpravodaji, která bude probíhat minimálně 1x ročně.

Z hlediska evaluace projektu jsou relevantní cílové skupiny 1., 2. a 3.

Design evaluace

Z hlediska designu evaluace se jedná o neexperimentální design. Podklady pro evaluaci budou získávány od relativně malého vzorku respondentů evaluátorem a členy realizačního týmu. Jedná se o procesní a dopadovou evaluaci, která bude převážně prováděna metodami kvalitativního průzkumu. Plánujeme realizovat evaluaci formativní i sumativní, tedy zaměřit se jak na realizaci klíčové aktivity, tak na dopady aktivity na klienty organizace, na její pracovníky i na organizaci jako takovou.

Důvodem pro realizaci evaluace je potřeba zlepšovat organizaci. V tomto případě zlepšovat nastavení péče a podpory pro klienty a jejich rodiny, posouvat pracovníky organizace a zlepšovat schopnost organizace vypořádat se s projektovým řízením a zaváděním inovací do praxe.

Cílem je evaluace realizace „KA5 Podpora sdílené péče a inovativních forem sdílené péče – Podpora dalších inovativních forem sdílené péče“ (dále jen KA5), specificky: 1) vyhodnotit dopady projektu na cílové skupiny i samotnou organizaci a 2) v průběhu projektu zjišťovat, zda projekt probíhá v souladu s plánem a 3) přinášet organizaci zpětnou vazbu a doporučení."

Hlavní evaluační otázky jsou:

Otázka č. 1:	Probíhá KA5 v souladu s plánem?
Otázka č. 2:	Jaké jsou dopady realizace KA5 na CS pečujících osob zapojených do projektu?
Otázka č. 3:	Jaké jsou dopady realizace dalších podpůrných aktivit pro pečující na realizaci KA5?
Otázka č. 4:	Jaké jsou dopady inovace na zaměstnance žadatele?
Otázka č. 5:	Jaké jsou dopady realizace KA5 v kontextu projektu na organizaci žadatele a partnera projektu?

Metodologie evaluace

Plánované hlavní výzkumné metody:

Výzkumná metoda / Metoda sběru dat	Zdroje dat / Respondenti	Evaluační otázka(y), k níž jsou metoda a zdroj dat relevantní
Skupinový rozhovor	Členové realizačního týmu	Probíhá KA5 v souladu s plánem Jaké jsou dopady realizace KA5 na CS pečujících osob zapojených do projektu? Jaké jsou dopady realizace dalších podpůrných aktivit pro pečující na realizaci KA5?



Srovnání	Projektová žádost, zpráva o realizaci projektu	Probíhá KA5 v souladu s plánem?
Dotazníkové šetření - Semistandardizovaný dotazník - rozhovor	CS pečující	Jaké jsou dopady realizace KA5 na CS pečujících osob zapojených do projektu? Jaké jsou dopady realizace dalších podpůrných aktivit pro pečující na realizaci KA5?
Individuální rozhovor + Skupinový rozhovor	Členové realizačního týmu, v případě EO č. 5 zapojení vedení služby a vedení organizace.	Jaké jsou dopady inovace na zaměstnance žadatele? Jaké jsou dopady realizace KA5 v kontextu projektu na organizaci žadatele a partnera projektu?

Evaluační otázky byly stanoveny v souladu s potřebami organizace realizující projekt. Jsou definovány tak, aby jejich následná reflexe měla vliv na realizaci projektu a na činnosti, které budou případně prováděny po skončení projektu a budou využívat znalostí a dovedností získaných s přispěním realizace projektu. Procesně se zabýváme tím, jak je projekt prováděn v souladu s původním plánem, případně zda je realizace projektu upravována např. v návaznosti na potřeby klientů nebo na potřeby organizace a jejích pracovníků. Dále se zabýváme dopady hlavních a doprovodných aktivit projektu na osoby z cílových skupin klientů a jejich rodin a v průběhu projektu pak na případné změny v realizaci. Další evaluační otázky v podobném duchu směřují na pracovníky organizace zapojené do projektu, a to jak na pracovníky v přímé péči, tedy SP a PSS, tak na management projektu a na management organizace. Poslední okruh evaluačních otázek se zaměřuje na dopady realizace projektu na samotnou organizaci žadatele. Hodnocení by se mělo zabývat jak částí péče o klienty a její nastavení, tak dopadů realizace projektu.

Harmonogram evaluace:

Zahájení projektu: 1.1.2024

Ukončení projektu 31.12.2026

Předložení Vstupní evaluační zprávy: 30.6.2024

Předložení závěrečné evaluační zprávy: 30.11.2026

	Výzkumná metoda / Metoda sběru dat	Termín/y realizace
1.	Skupinový rozhovor	01/2024 06/2024 01/2025 06/2025 01/2026 09/2026
2.	Srovnání	04/2024 04/2025 04/2026
4.	Dotazníkové šetření - Semistandardizovaný dotazník - rozhovor	03/2024 – 09/2026



7.	Individuální rozhovor + Skupinový rozhovor	01/2024 06/2024 01/2025 06/2025 01/2026 09/2026
----	---	--

Specifikace výzkumných metod

Skupinový rozhovor je realizován dle předem stanoveného scénáře viz Výstup 1. evaluačního setkání. jeho cílem je především získat názory respondentů na jednotlivá témata, která navazují na hlavní evaluační otázky. Následující skupinové rozhovory budou mít scénář přizpůsobený potřebě zjišťovat nikoli očekávání, plán či aktuální stav, ale změnu a její dopady.

Srovnání je prováděno ve spolupráci s projektovou manažerkou projektu, a to v návaznosti na přípravu a podávání monitorovacích zpráv. Zaměřuje se především na případnou nefunkčnost původního plánu, a tedy naplánování a řádné odůvodnění potřebných změn v realizaci projektu.

Dotazníkové šetření se zaměřuje na zjišťování informací od cílové skupiny pečujících osob viz příložený Dotazník pro pečující osoby. Dotazování bude prováděno v ideálním případě třikrát, a to na začátku projektu, po 3 – 6 měsících a po ukončení spolupráce.

Individuální rozhovor + Skupinový rozhovor – tato metoda kombinuje individuální a skupinový rozhovor. Zaměřuje se na jednotlivé členy realizačního týmu a na tým jako takový z hlediska dopadu realizace projektu na ně samotné.

Výstupy 1. Skupinového rozhovoru s členy projektového týmu

Skupinový rozhovor je prováděn tak, aby respondenti postupně refletovali témata, která jsou definována formou otevřených otázek. Cílem je především nechat dostatečný prostor pro respondenty, aby se vyjádřili. V rámci realizace projektu je třeba zohlednit skutečnost, že respondenty jsou sice členové jednoho realizačního týmu, ale jejich role v týmu jsou rozdílné a jejich vhlad do problematiky řešené projektem je tak různý. Tuto skutečnost lze vnímat nejen jako obtíž, ale také jako příležitost pro další členy realizačního týmu pro získání okamžité zpětné vazby a získání dalšího náhledu na řešenou problematiku.

Úvodního evaluačního setkání projektového týmu se účastnily:

Projektová manažerka

Sociální pracovnice

Koordinátorka

PSS 1

PSS 2

PSS 3



Evaluátor

Co očekáváte, že vám přinese projekt?

- Hodně spolupracovat s rodinou, víc času na klienty, víc je poznáme, budeme víc zapojení do rodiny, a tím, že se budou realizovat nějaké kurzy, tak je o nich můžeme informovat.

Co pozitivního bude znamenat umístění služby přímo v bytovém domě pro klienty a jejich blízké?

- Je tam pořád někdo při ruce, nebudou si připadat odstrčení, protože někteří jsou sami, dáme jim větší pocit bezpečí. Aby to nemělo atmosféru domova pro seniory, ale domácnosti. Tím, že odpadá čas na přejezdění, můžeme mít víc času na klienty. Mají potřebu si povídat. Rodina ví, kde sídlíme, je to pod jednou střechou, můžou se za námi zastavit. Ono to tak dřív bývalo. Jsme víc jejich součástí. I ta rodina může být více v klidu (pocit bezpečí) Můžou se dívat, jak s klientem pracujeme. Odpadá to, že přijde pečovatelka, kterou klient nezná. Hlavně u starších lidí trvá déle, než si zvyknou.

Co pozitivního bude znamenat umístění služby přímo v bytovém domě pro pracovníky služby?

- Máme to blízko ke klientovi, známe rodinné zázemí, máme navázané vztahy – až citové vztahy, budou nás brát jako součást rodiny. Můžeme rychle reagovat na aktuální potřeby klientů. Tím, že ty klienty víc poznáme, nemusíme se složitě domlouvat, co který klient potřebuje. Můžeme si snadno předávat informace. Můžeme víc pracovat s pečujícími, budeme s nimi tvořit individuální plán a budeme na ně mít čas.

Co pozitivního bude znamenat umístění služby přímo v bytovém domě pro organizaci?

- Je jednodušší organizace služeb u klientů. Mělo by to být efektivnější, protože odpadají přejezdy. Zlepšujeme povědomí o službě a jejím využívání mezi cílovou skupinou. Když nastane nějaký problém, můžeme si ti hned řešit s vedoucími a mezi sebou. Můžeme tak dobře spolupracovat se sociálními pracovníky města VM.

Co negativního bude znamenat umístění služby přímo v bytovém domě pro klienty a jejich blízké?

- Je těžké vysvětlit, že ten čas pro výkon služby je omezen. Budou se na nás obracet i s jinými úkony, než s pečovatelskými – „kape mi kohoutek“ tedy nesnadnost pochopení mantinelů služby – nemůžeme dělat všechno. V řadě případů je zklameme, protože jejich požadavky nebudou odpovídat nastavení sociální služby.

Co negativního bude znamenat umístění služby přímo v bytovém domě pro pracovníky služby?

- Hrozba zneužívání pracovníků klienty pro úkony, které by měli dělat spíš rodinní příslušníci. Potřeba uhájit si svoje hranice. Vznik takového vztahu mezi klientem a pracovníkem, že nedokážeme uchránit svoje hranice.
- *Potřeba ošetřit si rozloučení s klienty, kteří odejdou.* Je velmi pravděpodobné, že to bude součástí vzdělávání. Je běžné chodit klientům na pohřeb.



Co negativního bude znamenat umístění služby přímo v bytovém domě pro organizaci?

- Potřebu vymezit si kompetence, že jsme pečovatelská služba, a nejsme údržbáři. Je potřeba vybavit nové zázemí. V projektu se může stát, že se nepodaří navázat spolupráci s pečujícími osobami, což ohrozí projekt.

Jak často se setkáváte s pečujícími, kteří nevědí, co mají dělat?

- Asi tak třetina, neznají služby a neví, jak se prakticky postarat.

Jak často se setkáváte s případy, že rodina péči hodně nezvládla a jak to vypadalo?

- Setkáváme se s tím zatím málo, ale stává se to
- Např. dcera měla pečovat a my jsme chodili pomáhat – paní ležela v plesnivé místnosti, byla špinavá, neměla ponožky a nakonec se volala „sociálka“...
- Za 15 let zkušeností můžu říct, že když jsme poskytovali službu i v rodinách, ve kterých to vypadalo hrozně, tak se nám podařilo to změnit, aby to bylo únosné.
- Obvykle máme spíše pozitivní zkušenost. Ale funguje to jen tam, kde se na nás obrátí. O těch, kdo dopomoc služby nepotřebují, se vůbec nedozvíme. A pak jsou případy, kdy rodina by chtěla, ale ten klient odmítá službu, třeba proto, že nemá náhled...

Jak často se stane, že se pečující snaží zjistit, jak se můžou sami lépe postarat? Jak často se stává, že pečujícím vysvětlujete postup péče?

- Většinou už něco umí. Při sociálním šetření často odhalíme, co zvládají a co nezvládají, zda vědí, na co mají nárok. A v rámci tohoto šetření dáváme seznam toho, co si mají zařídit. A v rodinách mají sešity, do kterých píšeme vzkazy, když třeba něco dochází.
- Zatím jsme byli u klientů, kdy oni byli rádi, že to uděláme my, ale přitom se na nás koukají.
- A jsou i pečující, kteří např. hygienu vůbec nechtějí dělat. A nějak to může mít nastavené i klient, který třeba nemusí chtít, aby ho umýval někdo s rodinných příslušníků.
- Ale je dobré to ukázat přímo v praxi.

Co by bylo dobré, kdyby to pečující osoby uměly a dělaly, když chtějí pečovat o své blízké?

- Mít informace o možnostech pomoci, PnP a praktické dovednosti – úprava prostředí, manipulace na lůžku, stravování, a hygiena. A jak s ním komunikovat. Např. když je nedoslýchavý, zda má naslouchátko. Když je klient s demencí, jak předcházet agresivitě, jak si to nebrat osobně, když pečovaný není dost vděčný a nemá dost úcty. Jak analyzovat agresi, umět to s klientem rozebrat. Jak zvládnout hydrataci klienta.

Stává se, že s pečujícími mluvíte o něčem, co není příjemné? Co vám pomáhá to zvládnout?

- Zásadní opora jsou pravidla, kdy je stanoveno, za jakých podmínek službu poskytujeme. To chrání i pečovatelky. Pečovatelka může odejít ze služby, pokud se k ní nechovají dobře. Nemusíme službu poskytnout za jakýchkoli podmínek. U lidí s demencí je to specifické, tam ta hranice může být jinde. Ale i lidé s demencí mohou reagovat na důrazné upozornění, že nemají dělat něco, co je zlé.



- Do rodinných vztahů se nemícháme, ale můžeme třeba dát zpětnou vazbu, když něco není v pořádku v komunikaci mezi klientem a jeho rodinou. Může to být známka toho, že ti pečující nejsou v pohodě.

Jaká je vaše role v podpoře lidí, kterým pomáháte pečovat o jejich blízké?

- Pečovatelky – informovat o změně zdravotního stavu, ukázání, jak prakticky pečovat, aby to případně zvládali sami, pomáhat s pomůckami a předávat informace na instituce a služby, které tady máme,
- Sociální pracovníce – základ je informovanost, nabídnout varianty toho, že nemusí jen pečovat, ale můžou se starat také o sebe, právě díky tomuto projektu – psychohygienu, odpočinek, skupina pečujících,

Jak s pečícími mluvíte o možnosti získat nějakou další podporu?

- Při sociálním šetření zjišťujeme třeba i to, zda mají peníze na to, aby si nás platili, nabízíme kontakt na kompenzační pomůcky, teď při sociálním šetření vyzvídáme, co by je zajímalo, ale k tomu potřebujeme víc klientů. Určitě tam budou praktické dovednosti, komunikace s klientem. Jak to prakticky udělat, aby se mohli a chtěli zúčastňovat vzdělávání.

Jakou další podporu projekt nabízí pečujícím?

- Semináře, workshopy, psychohygienu,
- Individuální plán, který se zaměří na jejich potřeby, zjišťování potřeb a případně odkázání na jiné služby.
- Psychická podpora. Klíčová pracovníce, které se mohou ptát.

Jak nejlépe se dají předávat znalosti a dovednosti lidem, kteří potřebují zvládnout péči?

- Prakticky ukázat přímo při péči o pečovanou osobu. Komentované úkony, by věděli, proč to děláme tak, jak to děláme. Abychom neublížili klientovi, ani sobě.
- Semináře, workshopy, kurzy. Nejlépe v praxi. Tak, aby to bylo na míru, abych věděl, jak o něho pečovat, jak s ním komunikovat, jak zvládat jeho chování...
- Když chcete dát někomu zpětnou vazbu, nemůže to být tak, že si ho vezmete stranou, a dáte mu kázání.
- Někdy pomůže osobní prožitek, ale jsou to výjimky a je k tomu potřeba mít vztah s tím, komu pomáháme.

Co to dá pečovatelkám do života?

- Změní se mi náhled na život, smíření se se smrtí (tématem umírání), jestli to, že poskytují laskavou péči, dá něco mě. Co já si z toho vezmu? Budou se ke mně taky chovat hezky? Přehodnotím nějak svoje zásady.
- Každá práce něco změní.

Jak je to s nastavením supervizí?

- tým se stane součástí supervizních aktivit v rámci běžné PS.



Komentář evaluátora

Nastavení provádění samotné péče je dáno zákonem o sociálních službách a dlouholetou praxí organizace. Nastavení podpůrných nástrojů pro pečující osoby se na začátku projektu teprve připravuje, do projektu zatím vstoupilo jen několik jednotlivých osob z cílové skupiny pečujících a podpůrné aktivity, zájem o ně a jejich dopad budou vyhodnocovány až s odstupem.

Vzhledem k tomu, že úvodní setkání probíhalo těsně po začátku projektu, bylo výstupem zjišťování spíše zaznamenání očekávání pracovníků, byť některé ze zapojených osob mohou vycházet z dlouholeté praxe v poskytování sociálních služeb.

Zjišťování dopadů na cílové skupiny projektu

Dopady na cílovou skupinu klientů a na pečující osoby budou zjišťovány pomocí semistandardizovaného dotazníku, který budou používat sociální pracovníci projektu pro zajištění podkladů pro evaluaci. Vyhodnocování dopadů na cílové skupiny bude prováděno až poté, co budou realizovány podpůrné aktivity, tedy nejdříve po šesti měsících realizace projektu. Také zjišťování dopadů projektu na organizaci bude realizováno, až budou vedoucí pracovníci moci poskytnout relevantní reflexi.

Pro potřeby sběru informací od osob z cílových skupin projektu byl ve spolupráci se sociálními pracovníky projektu vytvořen semistandardizovaný dotazník. Ten bude vyplňován všemi pečujícími osobami, které budou vstupovat do projektu, a to formou rozhovoru se sociálním pracovníkem, a to v období ne dříve než 2 týdny, a ne později než 6 týdnů od zahájení spolupráce v rámci projektu. Cílem dotazování je zjistit výchozí stav a následně dopad na život či na situaci pečující osoby před vstupem do projektu a získáním podpory, následně při získání podpory a také po ukončení spolupráce, proto bude dotazování probíhat v ideálním případě třikrát, minimálně však dvakrát, a to na počátku a v průběhu podpory po uplynutí 3–6 měsíců od zahájení podpory dle uvážení klíčového sociálního pracovníka. Vzhledem k tomu, že ukončení podpory bude v řadě případů svázáno s úmrtím pečované osoby, bude ke zjišťování informací po ukončení podpory přistupováno velmi citlivě. Respondenti z řad pozůstalých tak budou mít možnost odmítnout odpovídat na otázky, které spadají do části III. Ukončení spolupráce.

Dotazník pro pečující osoby

Pokyny pro tazatele: Dotazník je vyplňován sociálním pracovníkem v rámci rozhovoru s hlavní pečující osobou nebo osobami. Navrhuji vést tento rozhovor nejdříve po 2 týdnech od zahájení poskytování sociální služby, aby klient měl možnost posoudit její přínosy, ale zároveň ne později než po 6 týdnech, aby si pamatoval, jak to bylo před tím.

Klient č.:

I. POČÁTEK SPOLUPRÁCE

Termín dotazování:

1. ŽENA/MUŽ
2. Jaký je váš věk? (číslo)



3. Vztah k pečovanému (dcera, vnuk,...)
4. Žijete (obvykle) trvale v domácnosti s pečovanou osobou? (ANO/NE)
5. Pečujete obvykle každý den? (ANO/NE)
6. Podílí se někdo další z rodinných příslušníků nebo členů domácnosti významným způsobem na péči alespoň 2x týdně? (ANO/NE + popis situace. To, že „manžel pohlídá babičku, když jdu nakoupit“ se nepočítá)
7. Jak dlouho poskytujete péči? (při vstupu do projektu a je tím myšlena doba od nějakého významného zhoršení, kdy péče začala být dominantním aspektem v domácnosti nebo ve vztahu mezi pečující osobou a pečovanou osobou, případně stručně popsat v několika větách, pokud se situace v domácnosti vyvíjela)
 - Měsíce:
 - Roky:
8. Jaká je náplň péče, kterou obvykle poskytujete (stručný popis - hygiena, stravování, zdravotnické úkony, doprovázení...)?
9. Jak vám sociální služba pomáhá, v čem vidíte její přínos? (stručný popis)
10. Využíváte ještě nějakou další podporu? (myšleno od jiné služby)
11. Využívali jste už dříve podporu ze strany sociálních / zdravotních služeb? (ANO/NE)
Co se pro vás osobně změnilo? (stručný popis)
12. Pomohly by vám nějaké znalosti, dovednosti, informace... pro péči u blízkého? (kvůli mému výběru kurzů pro pečující v rámci projektu, ať je to i reakce na jejich potřeby)

II. PRŮBĚŽNÁ SPOUPRÁCE

Termín setkání:

13. Jak (v čem) se změnila vaše situace, co je jinak než při prvním dotazování na začátku spolupráce? (myšlena je vnější situace nesouvisející přímo s projektem)
14. V čem vnímáte přínos aktuálně poskytované sociální služby pro pečovanou osobu? (stručný popis)



15. Jaké další podpůrné aktivity poskytované projektem využíváte a čím jsou pro vás užitečné, v čem vám pomáhají? *(stručný popis)*

Podpůrná aktivita 1 –

Podpůrná aktivita 2 -

16. Jaké jsou aktuální schopnosti osoby, o kterou pečujete – co si myslíte nebo co víte že zvládne? *(stručný popis schopnosti sebeobsluhy a možnosti zůstat bez péče – hygiena, stravování, pohyb, orientace, obsluha vybavení domácnosti,)*

17. Všiml jste si nějaké pozitivní změny ve zdravotním/psychickém stavu osoby, o kterou pečujete, od začátku poskytování péče?

18. Zaznamenal jste nějaké negativní změny?

19. Jaký je váš pocit spokojenosti se životem jako pečující osoba? *(stručný popis)*

20. Pečujete o své vlastní zdraví, pohodu? ANO/NE, Jak? *(stručný popis)*

21. Co vám nejvíce ztěžuje roli pečující osoby? *(stručný popis)*

22. Co vám nejvíce pomáhá, abyste zvládl/a roli pečující osoby? *(stručný popis)*

III. UKONČENÍ SPOLUPRÁCE

Termín setkání:



23. *Ukončení spolupráce je z důvodu: a) úmrtí klienta, b) přechodu do jiné služby, c) ukončení z jiného důvodu (uveďte tazatel)*
24. *Jak (v čem) se změnila situace respondenta, co je jinak než při předchozím dotazování v průběhu spolupráce? (myšlena je vnější situace nesouvisející přímo s projektem)*
25. *Jak ovlivnilo poskytování péče Váš osobní život? stručný popis:*
- *práce,*
 - *finance, PnP, PnMobilitu...*
 - *rodina,*
 - *společenský život,*
 - *volný čas,*
 - *zdravotní stav*
26. *V čem nyní při ukončování spolupráce vnímáte přínos poskytované sociální služby pro pečovanou osobu? (stručný popis)*
27. *Jak zpětně hodnotíte přínos podpůrných aktivit, kterých jste se zúčastnil/a?*
28. *Co pro vás při zpětném pohledu bylo v roli pečující osoba nejtěžší?*
29. *Co pro vás nejvíce pomohlo při zvládnutí role pečující osoby?*
30. *Jak by, podle vás, mohla být podpora v domácnostech zlepšena? Co vám v nabídce soc. služeb chybí? (stručný popis)*
31. *Za co byste se pochválil, co se vám podařilo?*

Děkujeme za odpovědi.