



OPERAČNÍ PROGRAM  
LIDSKÉ ZDROJE  
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME  
VAŠI BUDOUCNOST  
[www.esfcr.cz](http://www.esfcr.cz)

# **Studie o možnostech a významu zavedení koordinátora podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých**

**2015**

**Projekt „Podpora neformálních pečovatелů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002**

Vladimíra Tomášková, Dagmar Solnářová,  
Anežka Holeňová, Terezie Horová



## Seznam zkratk

|        |  |
|--------|--|
| ČR     | Česká republika                              |
| KA     | klíčová aktivita                             |
| ČCE    | Českobratrská církev evangelická             |
| KP ÚP  | kontaktní pobočky Úřadu práce                |
| KrP ÚP | krajské pobočky Úřadu práce                  |
| LDN    | léčebna dlouhodobě nemocných                 |
| MPSV   | Ministerstvo práce a sociálních věcí         |
| MŠMT   | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy |
| MÚ     | městský úřad                                 |
| MZ     | Ministerstvo zdravotnictví                   |
| NNO    | nestátní nezisková organizace                |
| NRZP   | Národní rada osob se zdravotním postižením   |
| PAS    | porucha autistického spektra                 |
| PnP    | příspěvek na péči                            |
| PPP    | pedagogicko-psychologická poradna            |
| RKC    | rehabilitačně-koordinační centrum            |
| SIPS   | systém integrovaných podpůrných služeb       |
| SPC    | speciálně pedagogické centrum                |
| ÚP     | Úřad práce                                   |
| ZP     | zdravotní postižení                          |

## Seznam tabulek a grafů

|   |    |
|---|----|
| Graf 1: Grafické znázornění analýzy aktérů.....     | 32 |
| Tabulka 2: Matice aktérů koordinátora podpory ..... | 32 |

## Obsah

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Úvod .....  | 6  |
| 2     | Postup prací a metody využití při tvorbě návrhu koordinátora podpory .....                                  | 7  |
| 3     | Výstupy získané z fokusních skupin, desk research a z komparace zahraniční praxe .....                      | 10 |
| 3.1   | Koordinátor podle výstupů z fokusních skupin s pečujícími osobami a experty na příbuznou problematiku ..... | 10 |
| 3.1.1 | Význam koordinátora .....   | 10 |
| 3.1.2 | Náplň činnosti koordinátora .....   | 12 |
| 3.1.3 | Předpoklady pro výkon funkce koordinátora .....   | 13 |
| 3.1.4 | Působnost koordinátora .....  | 14 |
| 3.2   | Systémový návrh podoby koordinátora podpory podle společnosti Rytmus o. p. s. ....                          | 15 |
| 3.3   | Koncept komunitní sestry v materiálech Diakonie Českobratrské církve evangelické .....                      | 17 |
| 3.4   | Koordinátor podle Tezí koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením .....                          | 19 |
| 3.5   | Koordinátor a koordinace podpory ve vybraných evropských státech .....                                      | 21 |
| 4     | Analýza aktérů koordinátora podpory .....   | 23 |
| 4.1   | Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR .....   | 24 |
| 4.2   | Ministerstvo zdravotnictví .....  | 25 |
| 4.3   | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR a školská zařízení .....                                    | 25 |
| 4.4   | Kraje a obce .....  | 26 |
| 4.5   | Úřad práce ČR .....   | 27 |
| 4.6   | Ošetřující lékaři .....   | 28 |
| 4.7   | Neziskové organizace .....  | 29 |
| 4.7.1 | Rytmus o.p.s. ....  | 29 |
| 4.7.2 | Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP) .....  | 29 |
| 4.7.3 | Unie pečujících .....   | 30 |
| 4.7.4 | Diakonie Českobratrské církve evangelické (CČE) .....   | 30 |
| 4.8   | Pečující osoby .....  | 30 |
| 4.9   | Osoby, o které je pečováno .....  | 31 |
| 4.10  | Grafické znázornění analýzy aktérů .....  | 31 |
| 5     | Potřeba koordinované podpory a vymezení pozice koordinátora podpory .....                                   | 34 |
| 5.1   | Pojetí koordinátora podpory a jeho cílové skupiny .....   | 34 |
| 5.2   | Náplň práce koordinátora .....  | 35 |
| 5.3   | Předpokládané vzdělání a schopnosti koordinátora .....  | 35 |

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 5.4 | Charakteristika pracovní pozice koordinátora – doplnění o asistenta.....      | 37 |
| 5.5 | Přínosy role koordinátora.....  | 38 |
| 5.6 | Rozdíly v pracovní náplni koordinátora a sociálních pracovníků v obcích ..... | 39 |
| 5.7 | Potřeba koordinované podpory .....  | 40 |
| 6   | Možnosti zlepšení koordinované podpory a zavedení pozice koordinátora.....    | 42 |
| 6.1 | Varianta A - Koordinátor podpory jako zaměstnanec obce .....                  | 42 |
| 6.2 | Varianta B – Koordinátor podpory jako zaměstnanec Úřadu práce .....           | 48 |
| 6.3 | Varianta C - Koordinátor podpory jako zaměstnanec nově vzniklého centra.....  | 52 |
| 6.4 | Varianta D – Navýšení počtu a kapacity sociálních pracovníků obcí.....        | 56 |
| 6.5 | Zhodnocení jednotlivých variant a doporučení pro realizaci .....              | 60 |
| 7   | Závěr .....   | 61 |
| 8   | Zdroje.....   | 63 |

## 1 Úvod

Jedním z cílů projektu Podpora neformálních pečovatелů a součástí klíčové aktivity (KA) 2.2 bylo ověření, zda by situaci neformálních pečovatелů a zejména jejich informovanost mohlo účinně podpořit zavedení pozice tzv. koordinátora podpory. **Ustavení této pozice by mělo výrazně zlepšit informovanost a celkovou situaci pečujících osob i osob, o které je pečováno, a současně přispět k potřebnému propojení zdravotní a sociální péče.** Zároveň by přispělo k potřebnému zajištění koordinované podpory pečujících rodin a osob odkázaných na péči. Koordinátor by měl být jednak jakýmsi „nositelem“ informací, které pečující rodiny potřebují zejména v počáteční fázi pečování, kdy se musí adaptovat na novou situaci a zorientovat se v existujících možnostech podpory. Koordinátor by je však podporoval kontinuálně po celou dobu trvání péče, protože situace osob odkázaných na péči druhých (zejména seniorů, ale i osob se zdravotním postižením) se v průběhu péče může výrazně měnit. V neposlední řadě by koordinátor pečující osoby podporoval také po ukončení péče, kdy se opět musí sžít s novou situací anebo i vrátit na trh práce.

**Koordinátor by u sebe také shromažďoval informace o potřebách a situaci pečujících v jednotlivých regionech, což by výrazně napomohlo efektivnímu plánování rozvoje sociálních a zdravotních služeb a různých forem podpory pro pečující osoby i pro osoby závislé na jejich pomoci jak v jednotlivých regionech, tak efektivnímu plánování sociální politiky na centrální úrovni.**

V původním popisu projektu bylo navrženo používat označení koordinátor péče, nicméně na základě shromážděných informací se přikláníme k označení koordinátor podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých, tj. zejména osoby se zdravotním postižením a seniory. (Dále jen „koordinátor podpory“ nebo „koordinátor“). Ukázalo se, že podpora koordinátora (či koordinovaná podpora) by měla být rozsáhlejší a měla by pokrývat širší oblast, než jen oblast samotné péče.

Ve studii jsou postupně představeny nejprve metodologické postupy získávání potřebných podkladů a informací (kapitola 2) a následně jsou ucelenou formou prezentovány výstupy provedených analytických kroků (kapitola 3), doplněné analýzou aktérů, kterých se problematika koordinované péče a koordinátora podpory dotýká (kapitola 4). Na základě shromážděných informací byly vypracovány návrhy na ustanovení koordinátora podpory, vedoucí k podpoře koordinované péče (kapitola 5), které byly dále vyhodnoceny na základě diskuzí s odborníky. Dále byly vypracovány čtyři možné varianty řešení vedoucí ke zlepšení efektivity a podpory neformální péče (kapitola 6).

Finální návrhy byly sestaveny s ohledem na jejich uplatnitelnost, efektivitu a reálný přínos k žádoucímu vylepšení podmínek poskytování neformální péče v ČR. Současně se v průběhu práce na návrzích ukázalo, že při vhodném nastavení mohou navrhované varianty výrazně podpořit nejen neformální pečovatele, ale i příjemce péče, jimiž jsou nejčastěji osoby se zdravotním postižením a senioři, tedy dvě významné cílové skupiny sociálně politických opatření.

## 2 Postup prací a metody využité při tvorbě návrhu koordinátora podpory

Práce na vytvoření návrhu pozice koordinátora byly rozděleny do několika postupných analytických kroků, které jsou představeny níže v textu. Významné informace byly dále získány během fokusních skupin<sup>1</sup>, jež byly realizovány v rámci klíčové aktivity 1 projektu (KA 1)<sup>2</sup> a původně do plánovaných analytických kroků klíčové aktivity 2 projektu (KA 2)<sup>3</sup> zahrnuté nebyly. Protože ale výpovědi respondentů přinesly mnoho významných podnětů také pro návrh koordinátora podpory, byly nakonec zahrnuty i do této KA. Finální studie byla tedy vyhotovena skrze následující kroky:

### 1. Desk research – studium veřejně-politických dokumentů a politik souvisejících s terénní, individuální a lokální podporou pečujících osob

V rámci prvního kroku prací jsme se zaměřili na vyhledávání informací nejen ve vztahu k podpoře pečujících osob. Snažili jsme se také zmapovat existující návrhy na vytvoření podobné pozice, jako je koordinátor podpory vymezený v tomto projektu. V kapitole 3 jsou představeny tři zásadní výstupy této činnosti: koordinátor podpory podle obecně prospěšné společnosti Rytmus, popis role komunitní sestry podle pojetí Diakonie Českobratrské církve evangelické, která ji považuje za klíčového pracovníka v zajišťování potřebné koordinované podpory rodin pečujících o seniory a návrh koordinované podpory podle poslední verze Tezí koordinované rehabilitace.

### 2. Analýza současné politiky

Podklady pro vyhotovení analýzy současné politiky ve vztahu ke koordinované podpoře a koordinátorovi byly získány v rámci kroku 1 a zároveň v rámci realizovaných fokusních skupin (KA 1). Následně byla za použití tzv. rychlé analýzy aktérů (heuristika policy analysis) zpracována analýza současné politiky, která tvoří kapitolu 4.

### 3. Vyhledávání příkladů dobré praxe v zahraničí na podporu pečujících osob v terénu na lokální úrovni

Součástí projektu bylo také zmapování nástrojů a systému podpory pečujících osob ve vybraných evropských státech. Vybrány byly navzájem odlišné sociální státy (dle Esping – Andersenovy typologie)<sup>4</sup> – Velká Británie, Švédsko, Německo, Polsko a Španělsko. V těchto státech je různými způsoby řešena také koordinace podpory a péče určené neformálním pečovateli a jejich rodinám. Opatření, která

<sup>1</sup> Fokusní skupiny byly realizovány jak s experty z oblasti neformální péče<sup>1</sup> (akademickými a výzkumnými pracovníky, zástupci obcí, ÚP, poskytovatelů služeb apod.), tak se zástupci pečujících osob. Podrobné informace o realizaci a výstupech fokusních skupin shrnuje dokument „Závěrečná zpráva z fokusních skupin“ (Geissler et al. 2015d).

<sup>2</sup> Předmětem KA 1 je provedení komplexní analýzy současného stavu a potřeb skupin pečujících osob.

<sup>3</sup> Předmětem KA 2 je analýza veřejných opatření/nástrojů podpory pečujících osob (KA 02.01) a vytvoření studie možnosti ustanovení pozice koordinátora (KA 02.02).

<sup>4</sup> Jde o klasickou typologii užívanou v sociální politice, kterou přibližuje např. Potůček 1995.

Ize považovat za příklady dobré praxe pro náš návrh koordinátora podpory, jsou představena v kapitole 3<sup>5</sup>.

*4. Na základě kroků 1–3 a výstupů KA 1 identifikace cílů, které by budoucí zavedení role koordinátora mělo sledovat*

Ze shromážděných zdrojů a z výpovědí účastníků fokusních skupin byly další analytickou činností definovány přínosy a cíle role koordinátora podpory. Ty jsou představeny v kapitole 5.

*5. Vypracování několika variant návrhu politiky a vyhodnocení variant z pohledu různých kritérií*

Ve formě variant byly vypracovány návrhy na možnou působnost koordinátora podpory, které byly diskutovány s odborníky<sup>6</sup> a na základě realizovaných diskusí posléze doplněny o čtvrtou alternativní možnost podpory koordinované péče. Tyto čtyři finální návrhy byly následně zhodnoceny pomocí SWOT analýzy. Podrobně jsou představeny v kapitole 6.

Všechny variantní návrhy jsou vždy zhodnoceny na základě různých kritérií, zejména s ohledem na jejich relevantnost, účelnost a účinnost. Zvažována je vždy také předpokládaná finanční, administrativní či organizační nákladovost realizace jednotlivých variant.

*6. Příprava a organizace kulatých stolů s různými aktéry této politiky*

V dubnu 2015 se uskutečnily celkem 3 kulaté stoly v Praze, Brně a Olomouci. Kulatých stolů se zúčastnilo celkem 36 osob, které tvořili zástupci různých skupin aktérů, jichž se otázka zavedení koordinátora podpory týká. Diskusí se tak účastnili zástupci neziskových organizací a poskytovatelů služeb, zástupci institucí státní správy, zástupci samosprávy, experti na problematiku neformální péče, zástupci akademické sféry i zástupci pečujících osob (Tomášková et al. 2015).

*7. Oslovení účastníků a realizace kulatých stolů, diskuse nad identifikovanými cíli a návrhem opatření na zavedení koordinátora. Sepsání závěrečné zprávy z kulatých stolů*

S účastníky kulatých stolů byly diskutovány připravené návrhy na ustanovení pozice koordinátora podpory. Výsledky realizovaných diskusí jsou podrobně představeny níže v textu v kapitolách 4 – 5. Vznikla také samostatná závěrečná zpráva o průběhu kulatých stolů (Tomášková et al. 2015).

---

<sup>5</sup> Podrobněji jsou koncepty podpory neformální péče v uvedených státech popsány v samostatné studii FDV nazvané „*Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*“ (Geissler et al. 2015a).

<sup>6</sup> Návrhy byly diskutovány s odborníky v rámci tzv. kulatých stolů. K účasti na kulatých stolech byli přizváni představitelé veřejné správy jak z centrálních institucí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, Česká správa sociálního zabezpečení, Generální ředitelství ÚP ČR, Vládní výbor pro zdravotně postižené občany), tak z místní úrovně veřejné správy (krajské pobočky ÚP, kontaktní pracoviště). Účastnili se rovněž zaměstnanci samosprávy – obcí i krajů, kteří působí na sociálních odborech. Přizváni byli zástupci neziskových organizací, které se věnují práci s neformálními pečujícími, osobami se zdravotním postižením nebo seniory, poskytovatelé sociálních služeb, zástupci akademické sféry a několik pečujících osob. Podrobné informace o realizaci a výstupech kulatých stolů shrnuje dokument „*Závěrečná zpráva z kulatých stolů – Zhodnocení návrhů na ustanovení pozice koordinátora podpory*“ (Tomášková et al. 2015).



#### 8. Vytvoření příručky určené pro pečující osoby

V rámci tohoto kroku vznikla příručka určená pro osoby, které se ocitnou v roli pečujících. Byla vytvořena jako pilotní verze pro Středočeský kraj. Příručka obsahuje základní informace potřebné pro zorientování se v různých aspektech neformální péče a kontakty na důležité instituce v tomto regionu. Příručka je navržena také jako pomůcka pro koordinátory a je současně určitým návodem, jak vytvořit podobnou pomůcku pro jejich oblast působnosti. Také obsah pilotní příručky byl diskutován s účastníky kulatých stolů (Tomášková et al. 2015).

#### 9. Finální vyhodnocení variant, formulace doporučení a sepsání závěrečné zprávy z KA 2.2

Výstupem kroku je vznik této analytické zprávy o možnostech ustanovení koordinátora podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých.

### 3 Výstupy získané z fokusních skupin, desk research a z komparace zahraniční praxe

V této kapitole jsou postupně představeny veškeré výstupy, které jsme dosavadní prací na návrhu pozice koordinátora získali. Záměrem projektu není pouhé ověření vhodnosti zavedení pozice koordinátora. Neméně důležitou součástí je také zmapování požadavků na jeho osobu, pravomoci, schopnosti a působnost, a s tím související vymezení nároků na státní rozpočet a změny v legislativě. To bylo provedeno způsoby popsány v podkapitolách 3.1 – 3.4.

Základní zdroj informací tvoří výstupy realizovaných fokusních skupin, v nichž byla pozice koordinátora prodiskutována z mnoha různých úhlů pohledu. Ustanovení pozice koordinátora podpory (nebo jemu podobného postu) však v posledních letech prosazuje několik různých organizací a iniciativ. Podklady těchto uskupení jsou dalším významným zdrojem pro konkrétní vymezení podoby koordinátora podpory a vytvoření návrhů na jeho pozici. Každý z existujících návrhů se však zaměřuje na jinou stránku a význam koordinované podpory. **Smyslem výsledné sumarizace by proto nemělo být přidání dalšího návrhu podoby koordinátora k již existujícím, ale vytvoření jednoho reálného, komplexního a uceleného návrhu, který bude odpovídat potřebám a požadavkům všech zainteresovaných skupin osob.** Již existující návrhy na koordinaci podpory či péče proto jsou v textu prezentovány a vyhodnoceny s ohledem na jejich realizovatelnost a vzájemnou slučitelnost.

#### 3.1 Koordinátor podle výstupů z fokusních skupin s pečujícími osobami a experty na příbuznou problematiku<sup>7</sup>

Ustanovení pozice koordinátora podpory a zejména konkrétní náplň jeho činnosti bylo jedním z významných témat realizovaných fokusních skupin s pečujícími osobami a experty na problematiku neformální péče, poskytovanou osobám se zdravotním postižením a seniorům. Fokusní skupiny byly realizovány v rámci KA 1 a jejich cílem bylo zmapovat potřeby a situaci neformálních pečovatелů. V období od 1. října do 11. listopadu 2014 se uskutečnilo celkem 10 fokusních skupin, v rámci nichž byl koncept koordinátora péče diskutován. Skupiny se konaly v různých krajích České republiky (v Praze, Brně, Olomouci, Ústí nad Labem a Plzni). Do čtyř fokusních skupin byli přizváni i odborníci věnující se tématům souvisejícím s problematikou pečování a pečujících osob, tj. seniorům, osobám se zdravotním postižením, systému sociálních služeb, výzkumu apod. Účastnili se jich tedy např. zástupci neziskových organizací, vysokých škol, výzkumných institucí, obcí nebo úřadů práce. Dalších třech skupin se účastnily osoby pečující o seniory a posledních třech pak osoby pečující o děti či dospělé se zdravotním postižením. Tím byla zachycena různorodost cílové skupiny i některé odlišnosti v dostupnosti existující podpory a služeb.

##### 3.1.1 Význam koordinátora

**Na tom, že zavedení pozice koordinátora podpory by pečující osoby a jejich rodiny velmi podpořilo, se shodla většina účastníků fokusních skupin.** Jeho přínos vidí zejména na počátku pečování, kdy pečující rodiny (a samozřejmě také opečovávané osoby) potřebují co nejdříve získat všechny potřebné informace a často se k nim – podle mnoha výpovědí expertů i pečujících – dostávají velmi obtížně. Pečující se vyjadřovali v tom smyslu, že k potřebným informacím se mnohdy dostali náhodně,

<sup>7</sup> Podrobněji v „Závěrečné zprávě z fokusních skupin“ (Geissler et al. 2015d).

komplikovaně (opakovaným „obíháním“ různých institucí) anebo po velmi dlouhé době - teprve tehdy, když se jim podařilo navázat kontakty s lidmi v podobné situaci.

Také zástupci poskytovatelů služeb uváděli, že **nedostatečnou informovanost pečujících na počátku péče vnímají jako jeden z nejvážnějších problémů**. Náhlá změna zdravotního stavu opečovávaného nebo narození dítěte s postižením představuje pro rodiny novou, velmi zátěžovou situaci, v níž je účinná a včasná podpora velmi potřebná. Včas získané informace mohou zabránit nejen dalšímu zhoršování stavu opečovávané osoby, ale i pečujících osob jako takových, protože se v této nové situaci, v níž se těžko orientují, ocitají v podstatě sami. To mnohdy vede ke stavům bezradnosti a obrovského vyčerpání, kdy by pečující nejvíce potřebovali oporu a pomoc. Sami pečující tuto situaci popisovali následovně<sup>8</sup>:

*„To znamená, nemáte na začátku prostě tu pomoc. Že až tak (...) po dvou, tří letech se vlastně jakoby z toho dna úplně vyhrabete. Ale v tom dně jste úplně sami. Tam není nic“ (pečující o dítě se ZP).*

*„Musela jsem si sama všechno zjistit, vybojovat, vykřičet, od lékařů, od posudkářů, od (...) sociálních pracovníků“ (pečující o dítě se ZP).*

*„Jestli si někdo myslí, že my přijdeme na úřad, a řekneme. Ne, vy musíte přijít k úředníkovi C, že chcete příspěvek na péči, k úředníkovi D do jiného patra, že chcete ZTP průkaz, a k úředníkovi E. A musíte dát přesnej požadavek. (...) Jako tady všechny matky ví, kam dát dítě do spádové školy, ale neexistuje žádná informace o tom, jak funguje školství postiženejch. (...) ...sociální i vzdělávací systém vás nechá na holičkách bez informací...“ (pečující o dítě se ZP).*

**Pečovatelé se samozřejmě snaží vyhledávat potřebné informace samostatně, ale představuje to pro ně obrovskou časovou zátěž, protože informace nejsou poskytovány srozumitelně a na jednom místě.** Výrazné zlepšení nepřinesl ani rozvoj moderních komunikačních technologií a dostupnost internetu, protože potřebné informace stále nejsou ucelené a cílené přímo na rodiny pečujících a jejich životní situaci. Platí to jak o informacích cílených na rodiny pečující o děti a dospělé se zdravotním postižením, tak na rodiny pečující o seniory.

*„Ač vysokoškolsky vzdělán, tedy jsem tápal a tápu (...) dodneska, protože (...) to je všechno tak složité, (...) a tak nepraktické, zabere to tolik času, který vlastně člověk potřebuje, když teda se věnuje plně té pečovatelské práci, tak nemá...“ (pečující o dítě se ZP).*

*„Co vnímám jako velký problém, je informovanost, to už tady mnohokrát padlo. Informovanost vlastně těch pečujících osob o možnostech, které vlastně mají. (...) Nestačí (...) katalog sociálních služeb zveřejnit na webu. (...) ...ty lidi si ty informace neumí vyhledávat, nebo nechtějí vyhledávat. A neexistuje, alespoň tam u nás, žádný systém,... který by vlastně ty informace donesl tomu člověku až do domu“ (zástupce krajského úřadu).*

**Právě koordinátor podpory by měl být podle výpovědí mnoha respondentů tím, kdo zaplní tuto mezeru v systému informovanosti pečujících osob a jejich rodin.** V souvislosti s tím někteří

<sup>8</sup> Výpovědi respondentů jsou podrobněji zpracovány v „Závěrečné zprávě z fokusních skupin“ (Geissler et al. 2015d).

respondenti z řad odborníků upozornili na to, že v době před sociální reformou, než došlo k převedení některých kompetencí na ÚP, nebyl problém tolik výrazný, protože se veškerá sociální agenda soustředila na jednom místě. **Několik dalších expertů se pak vyjádřilo v tom smyslu, že ustavení nové pracovní pozice nevidí jako nezbytné, protože poradenství by měli poskytovat také zaměstnanci obecních úřadů a ÚP.**

*„Já teda jako musím říct, že já jsem tomu koordinátorovi nakloněná, na jednu stranu, ale na druhou stranu... nemůžu si odpustit otázku... a neměli by to dělat ty lidi, který už na těch úřadech sedí (...)? Neměl by už jim někdo šlápnout na krk, aby začali oni fungovat?“ (pečující o seniora).*

*„Já jsem chtěl říct, že mi tady vymýšlíme koordinátory a nový jako pracovní pozice, ale (...) když klient přijde poprvé k nám si pro radu, tak pokud poprvé dorazí na úřad, když to zjednoduším, tak by snad tu komplexní radu měl dostat tam [jiná respondentka se směje], ve smyslu to, ano, tady máte příspěvek. Já vím, ono to v praxi nefunguje, ale to je přesně jakoby špatně“ (zástupce poskytovatele služeb).*

Další respondenti však byli vůči této možnosti skeptičtí a dodávali, že na úřadech a obcích je nedostatečný počet sociálních pracovníků, kteří jsou natolik přetížení stávající agendou, že není možné, aby zvládali poskytovat ještě komplexní poradenskou činnost.

**Na potřebě změny v zajišťování informovanosti a podpory pečujících osob a jejich rodin se však respondenti plně shodovali a většina z nich se proto shodla i na tom, že zavedení pozice koordinátora by onu žádoucí změnu přineslo.** Respondenti se shodovali také na tom, že koordinátor podpory by měl představovat onen „styčný bod,“ u něž by se sbíhaly všechny informace a který by pečující osoby dokázal nasměrovat na další vhodnou pomoc. **Podpora pečujících osob v počáteční fázi pečování by však neměla být jeho jedinou úlohou. Podle výpovědí mnoha dalších by koordinátor měl být pečujícím osobám průvodcem po celou dobu poskytování péče i po jejím ukončení.** Situace v rodině nezůstává neměnná, proto by jí koordinátor měl monitorovat a měl by být v případě potřeby znovu poskytnout potřebnou radu a pomoc. Stejně tak se stále proměňují podmínky poskytování sociálních služeb a přidělování sociálních dávek. Koordinátor by tedy byl tím, kdo všechny změny eviduje. Zároveň představoval pro pečující alespoň určitou jistotu, že ve své náročné situaci nezůstali sami.

### 3.1.2 Náplň činnosti koordinátora

Jak už vyplynulo z předchozí kapitoly, náplní činnosti koordinátora by bylo monitorovat situaci neformálních pečovatelských a osob odkázaných na péči, poskytovat jim potřebné informace, vyhledávat pro ně vhodné možnosti podpory a být jim neustále v případě potřeby na blízku. Někteří pečující by od něj očekávali také kontakty na svépomocné skupiny a jiné pečující v podobné situaci.

**Koordinátor by měl samozřejmě sledovat veškeré změny v legislativě a fungování sociální podpory. Měl by si také udržovat aktuální přehled o nabídce sociálních služeb a činnosti neziskových organizací v regionu, v němž bude působit.** Tuto činnost podle respondentů spíše zajistí lépe osoba ve funkci koordinátora, než vytvořený katalog existujících služeb.

*„To se děje pořád strašně moc věcí, vznikaj, zanikaj služby, nabídka se mění, kapacita se mění, některé služby jsou relativně nové. Takže pořád si myslím, že je jakoby důvod tu informovanost zvyšovat, ale třeba z osobní zkušenosti, nevnímám úplně jako efektivní různé velké projekty typu katalogy sociálních služeb elektronické a podobně. Třeba za nás jako za sociální službu, musíme splnit dle zákonem dané způsoby informování. Ale ten uživatel, který by to mohl potřebovat, si z toho akorát přečte, jakou máme kapacitu, jaké máme cíle, (...) ale nedočte se, že tam jakoby ta služba je třeba přímo pro něho. Anebo mně připadá, že opravdu se v tom i blbě orientuje, když se na to podívám“ (zástupce poskytovatele služeb).*

**Koordinátor by se však měl orientovat ve všech opatřeních ovlivňujících život rodin osob odkázaných na péči, nejen v sociální politice. Měl by tedy mít přehled také v opatřeních z oblasti zdravotní a vzdělávací politiky. V tom se náplň jeho práce výrazně liší od činnosti sociálních pracovníků působících na obecních úřadech a Úřadech práce.** Koordinátor by měl také spolupracovat s lékaři v regionu, protože ti pro pečující a opečovávané představují (mnohdy jedinou) osobu, od níž očekávají radu ve chvíli, kdy se dostanou do role pečovatele nebo osoby odkázané na pomoc. Měl by rodiny osob odkázaných na péči, o nichž se dozví, kontaktovat a v případě jejich zájmu je navštěvovat v domácnostech. **Velmi důležitou charakteristikou činnosti koordinátora je také schopnost podpořit klienty nejen radou, ale podniknout pro zlepšení jejich situace konkrétní kroky, např. pomoci jim s vyplněním žádosti, sehnat vhodného poskytovatele služeb apod.**

*„On je velký rozdíl v tom, jestli je to někdo, kdo tam prostě sedí, může říct, jaké existují možnosti, a koordinátorem. Že koordinátor jenom neřekne, jaké jsou možnosti. Ale koordinátor provede tím systémem, to znamená, tam zavolá, zjistí, kdo to může, jaká je tam čekací doba, kdy ho může vzít. U akutního případu postačí, aby byl ten člověk obslužený rychleji, to je koordinátor, nikoliv informátor“ (zástupce obce).*

**Svojí činností by koordinátor shromažďoval údaje, které jsou podle respondentů potřebné pro komunitní plánování sociálních služeb. Další zmiňovanou funkcí proto bylo, že by koordinátor takto shromážděné informace o rodinách pečujících osob zpracovával a předával je institucím odpovědným za komunitní plánování.** Někteří respondenti pak upozorňovali, že bude potřeba dbát na to, aby do funkce koordinátora nebylo ustanoveno příliš málo osob. Koordinátoři by pak byli velmi rychle přetížení podobně, jako jsou v současnosti sociální pracovníci, a nemohli by svou práci vykonávat koncepčně a účinně. To by v důsledku mohlo vést k vyhodnocení funkce koordinátora jako neefektivní.

### **3.1.3 Předpoklady pro výkon funkce koordinátora**

Respondenti se také vyjadřovali k tomu, jaké schopnosti a zkušenosti by měl koordinátor mít. Někteří z nich uváděli, že by tuto funkci měli vykonávat praktičtí lékaři nebo jejich zdravotní sestry proto, že mají k rodinám pečujících osob nejbližší a jako první s nimi většinou přicházejí do kontaktu. **Většinou však současně dodávali, že jsou si vědomi toho, že lékaři tuto funkci v praxi vykonávat nemohou, protože k tomu nemají potřebné znalosti, kapacitu a mnohdy ani motivaci. Jde o značně odlišnou a poměrně obsáhlou oblast, kterou by už těžko začlenili do svých kompetencí.** Někteří respondenti pak v této souvislosti hovořili o znovuzavedení tzv. sociálních sester, které kdysi v ordinacích lékařů působily a vykonávaly činnost částečně podobnou činnosti koordinátora.

Většinou se však účastníci přikláněli k variantě, aby koordinátor měl vzdělání anebo zkušenost v sociální oblasti.

*„Já z mého hlediska bych řekla, že sociální pracovník, kterej vlastně jde do tý rodiny a zjišťuje vlastně, na jakým stupni postižení ten člověk je, tak on nejlíp ví, (...) jak ten člověk nebo to dítě vypadá, tak ten by měl podle mě říct „Hele, přijďte si, já nevím, tam a tam. My vám vysvětlíme, na co máte nárok, (...) co můžete kde, u koho a jak.“ Takže já si myslím, že sociální pracovník“ (pečující o dítě se ZP).*

*„Já si myslím, že to musí logicky směřovat do sociální oblasti. A že by to měl být někdo se sociálním vzděláním. Optimálně sociální zdravotní pracovník, že ale jako ty nejsou“ (expert).*

Poslední výrok opět upozorňuje na potřebu propojení znalostí z různých oborů v osobě koordinátora. Velice často pak respondenti uváděli, že koordinátor by měl mít hlavně praktickou zkušenost s vykonáváním péče.

*„Ten člověk by měl bejt hlavně praktik. Kterej teda má zkušenosti od lůžka. A přesně, bude spolupracovat s kolegy z úřadu, a řekne. (...) Protože já se setkávám s tím, že když třeba přednáším úředníkům, tak oni leckdy, i sociální pracovníce z úřadu, který posuzují lidi na příspěvek, tak třeba jako nevědí o tý diagnóze (...). Tak si říkám, proboha, jak může udělat sociální šetření, když o tom nic neví, o tý diagnóze, tý nemoci. Takže bezpodmínečně praktik (...“ (zástupce poskytovatele služeb).*

Také další respondenti uváděli, že koordinátor by měl mít za sebou pracovní zkušenost v sociálních službách anebo třeba osobní zkušenost s rolí neformálního pečovatele. **Podle mnoha respondentů by právě bývalí či současní pečovatelé byli vhodným kandidátem na koordinátora.**

*„...proč by to třeba nemohli dělat některý z rodičů? Fůra rodičů si udělala speciální pedagogiku..., protože maj dítě s postižením..., fůra rodičů prostě založila nějaký neziskový organizace“ (pečující o dítě se ZP).*

*„Tak jestli by ten člověk, ten koordinátor (...) neměl vzejít z řad těch pečovatelů, a byl by jim blíž. A víc by ho přijali možná“ (zástupce krajského úřadu).*

#### 3.1.4 Působnost koordinátora

Podle účastníků fokusních skupin je důležité, aby koordinátor měl pracoviště na jednom předem stanoveném místě, aby všichni věděli, kde ho najdou, popřípadě kam mají osoby, které potřebují jeho pomoc, odkázat. Respondenti se shodovali v tom, že místem jeho působnosti by měla být spíše jedna z již zavedených institucí, vytvoření nové nepovažovali za potřebné.

*„...takže historicky vždycky si myslím, že fungovalo, když byl problém, půjdu k doktorovi, anebo půjdu na město, nebo na obec. A nikam jinam prostě nepůjdu. Jako to jsou dvě místa, kde mi by měl někdo pomoci“ (zástupce poskytovatele služeb).*

*„Ještě k tomu koordinátorovi. Myslím si, že by možná nebylo úplně účelné, kdyby to byl někdo další, jako mimo všechny ty instituce. Spíš... bych si myslela, že by bylo dobré vzít fakt třeba ty obce, a tam to nějak jako do toho systému zařadit“ (zástupce úřadu práce).*

Jako návrhy, pod kterou institucí by měl koordinátor působit, zazněly také např. nemocnice nebo oddělení sociální péče na obecním úřadu. Nejčastěji se však respondenti vyjadřovali v tom smyslu, že by koordinátor měl být zaměstnancem obcí, popřípadě městských úřadů, aby měl ke svým klientům co nejbližší. Někteří se domnívali, že by měl koordinátor působit na obcích I. typu, jiní na obcích III. typu, protože obce I. typu by jeho činnost nebyly schopny pokrýt.

#### **Shrnutí – hlavní poznatky pro vytvoření návrhu koordinátora podpory**

**Ve výpovědích účastníků fokusních skupin převažoval názor, že ustanovení pozice koordinátora podpory je vítanou možností zlepšení situace neformálních pečovatелů.** Jak pečující osoby, tak odborníci se shodují, že jeho podpora by měla velký význam už na počátku období pečování, kdy se pečující osoby jen velmi těžko a často spíše náhodně dostávají k potřebným informacím, protože informovanost směrem od existujících institucí buď nefunguje, nebo nejsou (a ani nemohou být) poskytovány komplexní informace. **Účastníci fokusních skupin však upozornili také na důležitý fakt, že počáteční fázi péče by úloha koordinátora jako podpůrné osoby zdaleka neměla končit. Koordinátor by měl být průvodcem rodin 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.** V rámci své činnosti by koordinátor vedl evidenci o pečujících a opečovávaných osobách a shromažďoval by tak podklady pro efektivní komunitní plánování.

**Fokusní skupiny přinesly také informace o tom, jaké vzdělání a zkušenosti by měl koordinátor mít.** Účastníci se nejčastěji přikláněli ke vzdělání z oblasti sociální práce, poměrně častý byl však i názor, že by se koordinátorem měli stát samotní neformální pečovatелé, protože situaci dobře znají. Objevil se i výrok, že by se mělo jednat o osobu se zdravotnickým vzděláním, která by měla působit nejlépe v ordinaci praktického lékaře. Někteří respondenti také upozorňovali na riziko překrytí kompetencí koordinátora a sociálních pracovníků, proto i to bude vzato v úvahu při tvorbě výsledných návrhů na vymezení jeho pozice.

Důležitou otázkou je také působnost koordinátora, kterou ve fokusních skupinách nebylo možné vyjasnit, protože jde o poměrně složitý proces. Tato otázka byla proto předmětem později sestavených variantních návrhů, které byly projednány v rámci kulatých stolů a jsou představeny v kapitole 5.

### **3.2 Systémový návrh podoby koordinátora podpory podle společnosti Rytmus o. p. s.**

Obecně prospěšná společnost Rytmus, jejíž posláním je podpora aktivního začleňování lidí s postižením do společnosti, vypracovala vlastní systémový návrh podoby koordinátora péče. **Tento návrh je výsledkem společné práce rodičů osob s nejrůznějšími handicapy – tedy pečujících osob – a dalších zástupců osob s postižením<sup>9</sup> a byl představen v rámci semináře „Koordinátor podpory“, který se konal dne 4. 6. 2014 v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR (Rytmus 2009 a Rytmus 2014a: 1).**

<sup>9</sup> V materiálech organizace se o nich hovoří jako o sebeobhájících a jde mj. o absolventy kurzu „jak se stát obhájcem práv lidí s postižením“, který společnost Rytmus pořádala v roce 2012.

**Už samotný vznik této iniciativy je významným faktem dokládajícím potřebnost ustanovení funkce koordinátora a zájem o jeho činnost zejména ze strany pečujících osob a organizací poskytujících podpůrné služby lidem s postižením a jejich rodinám.** Vypracovaný návrh nenabízí úplné či detailně propracované řešení, byl sestaven k dalšímu zpracování. V mnohém se však návrh společnosti Rytmus<sup>10</sup> shoduje se záměry tohoto projektu a potvrzuje tak některé kompetence, které jsou u koordinátora předpokládány. Jde zejména o následující charakteristiky:

- Koordinátor má být úředníkem na nejnižším územním správním celku (obci) a je tak člověkem, který má handicap/stal se handicapovaným, nebo jeho zákonnému zástupci nejbližší.
- Koordinátor by měl být součástí komunity, zároveň však by měl mít dostatečnou autoritu pro získávání relevantních informací a kompetence k řešení problémů.
- Scházejí se u něj informace o tom, že se v obci „objevil“ člověk s handicapem (narodil/přistěhoval se /stal se handicapovaným) a tento koordinátor se stává jeho „životním průvodcem“.
- Informuje rodinu a člověka s handicapem o variantách podpory a řešení situace v oblastech sociální, zdravotní a vzdělávání, je mu nápomocen a oporou v případě potřeby při vyřizování příslušných agend.
- Zprostředkovává kontakty a spolupráci s neziskovými organizacemi, poskytovateli sociálních služeb, poradenskými zařízeními apod.
- Provází rodinu dítěte s handicapem, později dospělého člověka s handicapem, navrhuje možnosti řešení nově vzniklých problémů a tím pádem plní také preventivní funkci.
- Soustředí a předává relevantní podklady státní správě a samosprávě, útvarům sociálním, školským a zdravotnickým, soustředí informace potřebné pro relevantní dlouhodobé plánování potřebných opatření a služeb v komunitě.
- Nabízí úzkou spolupráci mezi zainteresovanými stranami: zdravotnictvím, sociální oblastí, vzděláváním a rodinou/ člověkem se zdravotním postižením.

(Rytmus 2014a: 1 – 2)

Podle autorů návrhu by zavedení koordinátora podpory mělo mimo jiné následující pozitivní dopady:

- včasná a důstojná pomoc,
- úspora času všech zainteresovaných,
- dosažitelnost podpory,
- prevence exkluze a institucionalizace,
- získání relevantních podkladů pro plánování na jednotlivých úrovních v dotčených resortech,
- efektivní využití finančních prostředků na všech úrovních,
- úzké propojení zainteresovaných oblastí a jejich spolupráci na všech úrovních,
- odstranění duplicitních agend.

(Rytmus 2014b: 3 - 4)

---

<sup>10</sup> Společnost Rytmus poskytla v rámci navázané spolupráce realizačnímu týmu projektu Podpora neformálních pečovatelů své materiály k dispozici.



V rámci semináře bylo také navrženo, aby pozice koordinátora byla včleněna do zákona o sociálních službách (108/2006 Sb.). Dále padl návrh na rozšíření působnosti koordinátora podpory pro všechny osoby odkázané na pomoc druhých, protože současné pojetí je cílené pouze na rodiny osob se zdravotním postižením, případně na osoby s postižením samotné.

Právě v tom se návrh společnosti Rytmus zásadně liší od záměru projektu Podpora neformálních pečovatелů. **Koordinátor podle tohoto projektu by měl pokrývat celou škálu pečujících rodin, tzn. osob pečujících o osoby od malých dětí až po seniory, kteří jsou z různých důvodů odkázáni na pomoc druhé osoby.** V rámci této činnosti bude samozřejmě poskytovat pomoc i samotným opečovávaným osobám, protože většina nástrojů podpory je zaměřena právě na ně. **Podstatné však je, že v tomto pojetí by měl zajišťovat podporu všem rodinám (anebo jednotlivým osobám) bez ohledu na věk osoby, o kterou je pečováno, a samotným neformálním pečovatелům pak i v době po ukončení péče.** Dosavadní výstupy z jednotlivých realizovaných aktivit potvrzují, že toto pojetí role koordinátora je cesta žádoucím směrem.

**Rodiny pečující o osoby se zdravotním postižením (ať už se jedná o děti či dospělé) a rodiny pečující o seniory řeší podobné problémy: o podporu se obracejí na shodné instituce (odborní sociální péče, Úřad práce), využívají stejné sociální dávky (např. příspěvek na péči či na mobilitu), totožné kompenzační pomůcky (berle, vozíky) i některé obdobné druhy sociálních služeb (např. denní stacionáře nebo osobní asistenci). V mnoha dalších aspektech se jejich situace samozřejmě liší (např. ve využívání center rané péče či v požadavcích na různé další sociální služby), nejedná se však o tak velké odlišnosti, aby pro obě agendy bylo nutné vymezit dvě různé pracovní pozice.** Návrh vypracovaný společností Rytmus o. p. s. proto považujeme za jeden z významných zdrojů vymezujících možnou agendu koordinátora, na základě informací získaných další analytickou činností však s pozicí koordinátora podpory ve vlastních návrzích počítáme jako s osobou pokrývající kompletně potřeby rodin pečujících osob i jednotlivců - pečujících, seniorů a osob s postižením.

#### **Shrnutí - hlavní poznatky pro vytvoření návrhu na koordinátora podpory**

Návrh společnosti Rytmus, o.p.s. je významnou iniciativou usilující o zavedení koordinátora podpory. **Společnost vypracovala poměrně podrobný popis činností, které by měl vykonávat, a definovala také přínosy jeho role. Protože tyto poznatky vycházejí ze skutečných potřeb a požadavků rodin pečujících o osoby se zdravotním znevýhodněním, byly zařazeny mezi zdroje našeho návrhu.** Jedná se však o pojetí zaměřené pouze na rodiny osob se zdravotním postižením, proto jsou tyto materiály spíše vhodnou inspirací a důkazem potřebnosti zavedení (mnohem širšího pojetí) koordinátora podpory.

### **3.3 Koncept komunitní sestry v materiálech Diakonie Českobratrské církve evangelické**

Další návrh, překrývající se s činností koordinátora podpory podle tohoto projektu, zaměřený však tentokrát spíše na rodiny seniorů, lze nalézt v materiálech Diakonie Českobratrské církve evangelické. Ta vydala publikaci, v níž kolektiv autorů v čele s českým lékařem a gerontologem MUDr. Zdeňkem Kalvachem, CSc. popisuje vhodnou podobu systému integrovaných podpůrných služeb (dále také SIPS). Publikace je jedním z výstupů rozsáhlého projektu s názvem Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb, který Diakonie ČCE realizuje s cílem podpořit „*vytvoření uceleného systému podpory a vzniku komunitních služeb pro seniory a osoby se zdravotním znevýhodněním zejména v oblasti geriatrické a paliativní péče*“ (Českobratrská církev evangelická 2015). Publikace je zaměřena převážně

na problematiku péče o seniory, nikoliv však výhradně, protože mnohá témata tuto problematiku přesahují.

**Problém nedostatečné koordinace péče a podpůrných služeb pro seniory a jejich rodiny je v textu dáván do souvislosti s činností tzv. komunitní sestry.** Je nutné zde zmínit, že v případě komunitní sestry nejde o nový koncept, ale přestože tuto pozici česká legislativa a zdravotnictví zná, je velice málo využívaná. Autoři uvedené publikace uvádějí, že pozice komunitní sestry by v SIPS mohla a měla být zásadní (Kalvach a kol. 2014: 33). Komunitní sestra by měla poskytovat, organizovat a metodicky řídit ošetrovatelskou péči a vykonávat další úkony související se sledováním zdravotního stavu klientů, **nicméně zároveň by v komunitě měla být klíčovým aktérem v oblasti koordinace a poradenství poskytovaného v rámci dlouhodobé péče a v samotném systému integrovaných podpůrných služeb** (ibid.) Ačkoliv je komunitní sestra zdravotnický pracovník a má akreditované vzdělání, její činnost výrazně přesahuje do sociální oblasti.

Komunitní sestra nesmí být zaměňována za zdravotní sestru z agentur domácí péče nebo za geriatrickou sestru. **Komunitní sestra by měla svou činností spadat pod obec a měla by zodpovídat za přehled o úrovni, dostupnosti a ucelenosti SIPS. Dále by měla:**

- poskytovat ucelenou zdravotně sociální i další podporu lidem s omezenou soběstačností,
- vést agendu a přehledy o klientech,
- poskytovat klientům komplexní poradenství,
- komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci jednotlivce nebo skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče,
- koordinovat poskytování integrované péče,
- komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče.

(Kalvach a kol. 2014: 33 a 34).

**Koncept v souladu s výsledky našich analýz zdůrazňuje potřebu komplexnosti poskytovaného poradenství, zahrnutí jak sociální, tak zdravotní sféry do kompetencí pracovníka poskytujícího oporu rodinám pečujícím o osoby se zdravotním znevýhodněním i potřebu evidence jednotlivých případů.** Komunitní sestra je však v první řadě zdravotnickým pracovníkem, který se dobře orientuje a je schopen vykonávat také praktické úkony ošetrovatelské péče. Je však vzdělána primárně v oblasti ošetrovatelství, nemá dostatečné kompetence pro vykonávání sociálního šetření, poskytování odborného sociálního poradenství či posuzování potřeb klientů. Proto nelze komunitní sestru pro výkon funkce koordinátora stoprocentně doporučit.

#### **Shrnutí – hlavní poznatky pro návrh koordinátora podpory**

Koncept komunitní sestry pokrývá a hlavně potvrzuje potřebu koordinované péče u seniorů a jejich rodin. Zahrnuje další její podstatné charakteristiky, jimiž je propojenost zdravotní a sociální péče, komplexnost péče a její sledování a vyhodnocování. Koncept komunitní sestry v některých činnostech vhodně doplňuje náš koncept koordinátora podpory, nicméně není s ním zcela slčitelný, protože je zaměřená více na oblast ošetrovatelství, zatímco z našich analýz vyplynulo, že koordinátor by měl

alespoň částečně pokrýt také sféru vzdělávání a trhu práce a celkově by u něj měly převažovat kompetence ze sociální práce.

### 3.4 Koordinátor podle Tezí koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením

Potřebu lepší koordinace podpory osob se zdravotním postižením a jejich rodin dokládá také dění kolem uzákonění tzv. koordinované (ucelené) rehabilitace. Jejím smyslem je propojení všech druhů péče (zde označované širším pojmem rehabilitace), kterou je potřeba poskytovat osobám se zdravotním postižením. Patří sem jak péče sociální a zdravotní, tak vzdělávací a další (psychologická, pracovní aj.). V tomto směru je tedy cíl koordinované rehabilitace shodný s jednou z úloh koordinátora podpory, protože usiluje o komplexnost, včasnost a efektivitu poskytované podpory.

První návrh věcného záměru zákona o ucelené rehabilitaci osob se zdravotním postižením byl vládě předložen ke schválení již v roce 2004, byl však vrácen k přepracování. Od roku 2012 pak byly Meziresortní pracovní skupinou zpracovávány nové Teze právní úpravy koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením (dále jen Teze), které jsou zatím posledním návrhem podoby koordinované rehabilitace a které byly na začátku roku 2014 rozeslány do meziresortního připomínkového řízení. **Přestože přijetí konceptu ucelené rehabilitace je žádoucí a lze předpokládat, že je pouze otázkou času, kdy k němu dojde, je nutné zdůraznit, že také osud tohoto aktuálního návrhu je zatím nejistý<sup>11</sup>. Obsahuje však významné podněty pro tvorbu našich vlastních návrhů a vymezení činnosti koordinátora, proto s ním pracujeme jako s dokumentem přinášejícím další potřebnou a vhodnou inspiraci.**

**V tomto dokumentu se mimo jiné počítá s ustanovením pozice koordinátora a kontaktního pracovníka, přičemž náplň práce obou těchto pracovníků, jak je definovaná v zatím posledním návrhu, se částečně překrývá s předpokládanou prací námi navrhovaného koordinátora podpory.** Koordinátor a kontaktní pracovník by podle Tezí byli zaměstnanci tzv. rehabilitačního koordináčního centra (RKC). **RKC by mělo být specializovaným orgánem, který by zajišťoval koordinaci rehabilitace na krajské úrovni.** Jednalo by se o specializované poradenské pracoviště. Mezi jeho hlavní činnosti by podle záměru mělo patřit např.:

- zjištění a zhodnocení situace oprávněných osob<sup>12</sup>,
- zjištění konkrétních potřeb oprávněných osob,
- informování o možných a vhodných rehabilitačních prostředcích, službách a jiné pomoci pro oprávněné osoby,
- sestavení, odsouhlasení a revize Plánu koordinace rehabilitace, podle kterého se budou naplňovat individuální potřeby oprávněné osoby,
- vedení a aktualizace dokumentace o jednotlivých osobách,
- zprostředkování vhodného poskytovatele rehabilitace,
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů oprávněných osob.

(Meziresortní skupina 2013:13)

<sup>11</sup> Stále neexistuje ucelený koncept, na kterém by se shodly ústřední orgány státní správy, kraje, obce a neziskové organizace.

<sup>12</sup> Oprávněnou osobou je označována osoba, která má nárok užívat služby RKC.

**Kontaktní pracovník by se podle tohoto návrhu měl zabývat převážně sociální prací ve vztahu k oprávněným osobám a jejich okolí.** Měl by na starosti například kontaktování osob, kterým by koordinovaná rehabilitace byla určena, poskytování odborného poradenství, shromažďování informací relevantních pro bezproblémový průběh rehabilitace nebo podporu při uplatňování práv oprávněných osob (Meziresortní skupina 2013:15).

**Koordinátorem by pak měla být odborně způsobilá osoba s kvalifikací zdravotní a sociální,** která by v součinnosti s poskytovateli rehabilitace a oprávněnou osobou mimo jiné sestavovala individuální Plán koordinované rehabilitace, podle kterého by se naplňovaly individuální potřeby oprávněné osoby, zprostředkovávala vhodné poskytovatele rehabilitace, kontrolovala plnění Plánu koordinované rehabilitace, navrhovala další postup a alternativní řešení nebo byla zpravodajem regionální odborné rady k jednotlivým případům (Meziresortní skupina 2013:15-16).

Autoři Tezí v textu dále uvádějí, že přijetí principu koordinované rehabilitace umožní člověku, jehož životní situace byla ovlivněna nepříznivou zdravotní událostí, navrátit maximum možných kompetencí, které kvůli této události poztrácel. **Koordinovaná rehabilitace by podle nich vymezila právo oprávněných osob na využití všech prostředků rehabilitace, na poradenství v této oblasti, na poskytnutí součinnosti s institucemi zajišťujícími podporu a především na koordinaci celého systému rehabilitace** (Meziresortní skupina 2013:2). Tím by se zásadně dotkla nejen osob s postižením, ale také jejich rodin a pečovatелů.

Návrh přináší podněty jak pro propojení zdravotní a sociální péče, tak pro vymezení role koordinátora. Nalézáme v něm také novou možnost pojetí působnosti koordinátora, již je speciální koordináční centrum. Cílová skupina koordinované rehabilitace je zde však mnohem užší, než odpovídá požadavkům kladeným na koordinátora podpory ve smyslu projektu Podpora neformálních pečovatелů, kde je současně potřeba vymezit úlohu koordinátora tak, aby byl pro klienty dostupnější, než je zamýšleno v případě pracovníků center koordinované rehabilitace (více viz kapitola 6.3).

#### **Shrnutí – hlavní poznatky pro návrh koordinátora podpory**

**Koncept koordinované rehabilitace je koordinátorovi podpory blízký myšlenkou propojení, koordinování a včasného získání komplexní potřebné péče sociální, zdravotní a vzdělávací.** Je založen na principu vzniku specializovaného centra, v němž by se shromažďovaly veškeré informace, a na které by se rodiny opečovávaných osob (a samozřejmě i opečovávané osoby) mohly obracet. Koncept pracuje také s pozicemi koordinátora a kontaktního pracovníka, které se do určité míry překrývají s činností našeho koordinátora podpory. Jejich činnost se však zaměřuje především na osoby se získaným zdravotním postižením, tedy na výrazně užší skupinu, než na kterou cílí koordinátor v rámci projektu. **Pro vymezení jeho činnosti přináší koncept sice zajímavé podněty, ale vzhledem k nejistému vývoji aktuálního návrhu koordinované rehabilitace s nimi nelze pracovat jinak než jako s inspirací pro tvorbu vlastního návrhu.** Podobný princip působení koordinátora podpory však podporuje skutečnost, že existenci určitého centra jako místa, v němž by koordinátor působil a kde by se soustředily a poskytovaly veškeré informace, by mnozí experti a pečující osoby uvítali.

### 3.5 Koordinátor a koordinace podpory ve vybraných evropských státech

Inspiraci při vymezení návrhů na podobu koordinátora péče, lze čerpat také z příkladu evropských států, kde byla podobná pozice zavedena. V rámci desk research jsme proto sledovali obdobná opatření ve vybraných státech, která zde nyní budou ve stručnosti představena<sup>13</sup>.

#### **Velká Británie**

Ve Velké Británii se v současné době rozvíjí **projekt na podporu činnosti koordinátora péče**, za nímž stojí organizace King's Fund. **V pojetí tohoto projektu stojí v centru pozornosti osoba závislá na péči, kolem níž se vytvoří tým odborníků a specialistů na zdravotní péči, který bude koordinován jednou osobou – koordinátorem.** Tento koordinátor pak navštěvuje opečovávanou osobu v domácnosti, komunikuje s ní o jejích potřebách a problémech a podle jejího stavu nastavuje plán komplexní péče (Care plan) zaměřený na dlouhodobou péči, který průběžně aktualizuje a poskytuje všem zainteresovaným specialistům (Goodwin 2014: 8). Jelikož je dlouhodobý plán péče nastaven komplexně a přímo na míru konkrétnímu pacientovi, šetří se nejen čas strávený u lékaře a náklady na výdaje spojené s léčbou, ale dochází také k úsporám v oblasti institucionálních služeb a ke zmenšení zatížení neformálních pečovatелů. Zároveň se zvyšuje pravděpodobnost, že opečovávaná osoba bude moci zůstat déle doma, což ještě více posiluje roli neformálních pečovatелů (King's Fund 2014). V oblastech Anglie, kde se ho již podařilo zrealizovat, zaznamenává tento model pozitivní výsledky.

#### **Švédsko**

Ve švédském systému odpovídá činnosti koordinátora nástroj nazvaný „**Individuální plánování péče.**“ Nástroj byl zakomponovaný do zákona o sociálních službách v rámci změn v letech 2009 - 2010. **Zákon ukládá obcím povinnost vytvářet s každou „péči potřebnou“ osobou individuální plán péče, který musí zahrnovat přesný popis léčby, poskytovaných služeb atd.** Potřeba ustanovení péče vychází buď z posudku praktického lékaře, nebo z návrhu zástupce obce. Podrobný plán péče pak vytváří lékař a lokální zástupce ve spolupráci s opečovávaným, jeho rodinou, příp. ve spolupráci s konkrétní pečující osobou. Výstupem takovéto diskuze je zjištění, jaký typ a rozsah péče je pro nemocného nejvhodnější, zda je domácí péče vůbec vhodná a možná a do jaké míry. Výsledný plán definuje, jaké authority/instituce nesou za konkrétní části léčby a léčebné postupy zodpovědnost, podporuje vzájemnou komunikaci a napomáhá integritě zdravotních a sociálních služeb (Ljungren a Emilsson 2009: 2).

#### **Španělsko**

Také ve Španělsku funguje jako nástroj koordinace péče tzv. **individuální program péče.** Jedná se o institut, který zavádí zákon o závislosti v čl. 29. Během řízení daného orgánu autonomního společenství o posouzení stupně závislosti a případného nároku žadatele na odpovídající benefity, vytvoří příslušný orgán veřejných sociálních služeb pro konkrétní závislou osobu za její účasti, po konzultaci s ní a, je-li to vhodné, pak i při zohlednění jejích alternativních návrhů, příp. návrhů rodiny, resp. zákonného zástupce této osoby **individuální program, který bude zahrnovat v rámci přisouzených služeb a dávek nejvhodnější opatření.** Žádá-li se o příspěvek na péči a usiluje-li neformální pečovatel o zařazení do všeobecného systému sociálního zabezpečení z titulu neformální

<sup>13</sup> Podrobněji Geissler et al. 2015a.

péče, musí být neformální péče pro daný případ v individuálním programu péče vyhodnocena jako odpovídající a vhodné řešení (Portal de Dependencia 2014).

### **Německo**

V Německu je sice za každou oblast podpory pro pečující osoby a jejich rodiny odpovědná jiná instituce (podpora na trhu práce je v kompetenci dvou různých úřadů, pojištění a zdravotní péče pak v kompetenci dalších více než pěti). Všechny instituce mají však ze zákona povinnost spolu úzce spolupracovat. V jednotlivých regionech za tímto účelem fungují **společná centra služeb** („Gemeinsame Servicestellen“), **kteřa mají zajistit koordinovanou podporu potřebným osobám v blízkosti jejich bydliště a v co nejkratší možné lhůtě**. Náplní jejich činnosti je mj.: poskytování informací o vhodných dávkách a předpokladech jejich využití, podpora při podávání žádostí, zprostředkování poskytovatelů různých forem rehabilitace (zdravotní péče, sociálních služeb aj.) a koordinace přidělené podpory, podpora při využívání vhodných dávek aj. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2014).

### **Polsko**

Také v Polsku plní roli koordinátora z části tzv. **střediska sociální podpory** („Ośrodki pomocy społecznej“). **Jedná se o regionální střediska, která jsou prvním kontaktním místem pro osoby hledající pomoc v tíživé sociální situaci**. Jsou na regionální úrovni nejviditelnější a nejdůležitější institucí v rámci sociálních služeb a sociální politiky. Právě v těchto střediscích se totiž o většinu dávek, příspěvků či služeb žádá (Portal OPS.PL 2015).

Koordinace podpory osob závislých na péči a pečujících osob funguje tedy v každém státě v různé podobě. **Možnostem začlenění koordinátora podpory do systému sociální a zdravotní péče v České republice svým pojetím nejvíce odpovídá systém ve Velké Británii, Německu a Polsku.**

#### **Shrnutí – hlavní poznatky pro návrh koordinátora podpory**

V uvedených zahraničních státech se lze inspirovat různým přístupem ke koordinaci podpory a péče určené osobám odkázaným na pomoc druhým a pečujícím osobám. Velká Británie poskytuje příklad, kdy tuto funkci vykonává určitá kompetentní osoba. Švédsko jde cestou individuálních plánů, podobně i Španělsko. Polsko s Německem jsou ukázkou řešení, kdy koordinaci podpory zajišťují určitá centra či instituce. Některé z těchto modelů - takové, které by byly funkční ve stávající české praxi - budou součástí později vymezených kompetencí koordinátora i navržených variantních řešení jeho ustanovení.

## 4 Analýza aktérů koordinátora podpory

Analýza aktérů (také z angl. *stakeholder analysis*) je heuristika či metodologický přístup často využívaný při analýze politiky. Jejím cílem je identifikovat všechny aktéry, kterých se daná politika týká či jsou do ni zainteresovaní, a poznat a zhodnotit jejich jednání, záměry, zájmy, vztahy a vliv na realizaci určité politiky (Veselý a Nekola 2007: 226, Durda 2003: 6). Aktérem se přitom rozumí jednotlivec, skupina či organizace, kteří „*mohou být ovlivněni nebo mohou ovlivnit připravované politiky či projekty, nebo jejich realizaci*“ (Veselý a Nekola 2007: 225).

V České republice neexistuje ucelená a komplexně stavěná politika na podporu pečujících osob. Pod pojmem politika je přitom třeba chápat souhrn opatření a nástrojů, které na neformální pečovatele přímo či nepřímo dopadají a ovlivňují a formují podobu neformální péče. Jedním z těchto nástrojů by mohl být právě koordinátor podpory.

Pro možnost ustanovení pozice koordinátora podpory pro pečující osoby mapujeme aktéry, kteří jsou zainteresovaní do současné politiky na podporu pečujících osob na národní, regionální i lokální úrovni v ČR. Na základě studia dokumentů a desk research byli identifikováni následující aktéři, kteří tvoří, ovlivňují a realizují politiku směrem k pečujícím osobám a k zavedení opatření koordinátora podpory, a aktéři, kteří jsou touto politikou ovlivňováni<sup>14</sup>:

|  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <b>Ministerstvo práce a sociálních věcí</b>                            | <b>Ošetřující lékaři<sup>15</sup></b> |
| <b>Ministerstvo zdravotnictví</b>                                      | <b>Nestátní neziskové organizace</b>  |
| <b>Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy a školská zařízení</b> | <b>Pečující osoby</b>                 |
| <b>Kraje a obce</b>  | <b>Osoby, o které je pečováno</b>     |
| <b>Úřad práce ČR</b>   |                                       |

Analýza se opírá o sekundární data a vlastní kvalitativní výzkum, v rámci něž bylo provedeno 10 fokusních skupin, ve kterých byli zastoupeni následující aktéři: kraje a obce, Úřad práce ČR, nestátní neziskové organizace a poskytovatelé služeb, akademici a pečující osoby (Geissler et al. 2015d). Při analýze jednotlivých aktérů je věnována pozornost jen jejich vybrané agendě či oblasti, ve které má jejich působnost dopad na možnost ustanovení pozice koordinátora podpory pečujících osob, a zhodnocena aktivita aktéra či vliv jeho jednání na *welfare*, tedy určité blaho, prospěch či prosperitu neformálních pečovatelů a neformální péče v České republice.

U každého aktéra je jeho účast na problematice posuzována z hlediska zájmu, postoje a moci aktéra podílet se na realizaci ustanovení koordinátora podpory. Dimenze zájmu hodnotí, do jaké míry se ustanovení koordinátora podpory daného aktéra dotkne. Nejvyšší míra zájmu se předpokládá u aktérů, které případné ustanovení koordinátora podpory ovlivní nejvíce (ať už v pozitivním či negativním slova

<sup>14</sup> Mezi aktéry nebyli zahrnuti zákonodárci ani Parlament ČR či vláda ČR. Ač se jedná o nejvyšší legislativní a exekutivní orgány v zemi, aktéři se tématu pečujících osob kontinuálně nevěnují. Za klíčové vrcholné aktéry, které tvoří a ovlivňují politiku vůči pečujícím osobám, jsou kladeny v analýze zahrnutá ministerstva, zejména pak resort práce a sociálních věcí.

<sup>15</sup> Pod pojmem ošetřující lékař myslíme praktické lékaře včetně lékařů specialistů.

smyslu). Moc určuje vliv jednotlivých aktérů na prosazení opatření. Dimenze postoje pak vychází ze souhlasného či nesouhlasného postoje k dané změně (Veselý a Nekola 2007: 229).

#### 4.1 Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) je jedním z nejdůležitějších aktérů procesu možného ustanovení pozice koordinátora podpory. Jako ústřední orgán sociální politiky je MPSV, konkrétně odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení a odbor rodinné politiky a politiky stárnutí, zodpovědné za plánování a koncepční uchopení problematiky sociálních služeb a dlouhodobé péče na národní úrovni ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví (MZ).

Ačkoliv neformální pečovatelé nepatří mezi prioritní skupiny, zájem MPSV o danou problematiku postupně narůstá. Tento pocit sdílejí i samy pečující osoby. Zájem MPSV o problematiku neformální péče a možné pomoci skrze koordinátora podpory lze zaznamenat mimo jiné díky projektu „Podpora neformálních pečovatelů“, který MPSV organizuje v rámci své příspěvkové organizace Fond dalšího vzdělávání a kde také mapuje možnost zřízení takové pozice koordinátora podpory. Zlepšení informovanosti a sociálního poradenství je zmiňováno také ve výstupech projektu „Podpora transformace sociálních služeb“, který přednáší požadavek na zkoordinování politiky péče o děti a dospělé se zdravotním postižením a podporu jejich rodin v resortech vzdělávání, zdravotnictví, sociálních věcí a spravedlnosti (TRASS 2013: 59).

Systematické koordinování péče představuje také možnost propojení sociálních služeb se zdravotními, které je v ČR dlouhodobě nedostatečné a má výrazný vliv na nedostatečnou efektivitu systému sociálních služeb. Příčinou není ani tak samotné rozdělení kompetencí mezi MPSV a MZ, jako spíš fakt, že obě tato ministerstva zatím nevytvořila v oblasti dlouhodobé péče funkční systém vzájemné spolupráce<sup>16</sup>.

Zavedení pozice koordinátora podpory je v rámci MPSV v současné době (červen 2015) aktivně diskutováno. Příprava návrhu koordinátora podpory je jedním z aktuálně realizovaných úkolů pracovní skupiny „Péče o seniory“ Odborné komise pro rodinnou politiku<sup>17</sup>. Do přípravy návrhu je (na poradní bázi) zapojen i Fond dalšího vzdělávání, resp. zástupce realizačního teamu projektu „Podpora neformálních pečovatelů“. Úlohu MPSV jako zřizovatele pozice koordinátora, subjektu zodpovědného za tvorbu metodiky, osnov jeho role a poskytovatele financí na zřízení této pozice (za případné spolupráce s MZ) potvrdila i diskuze vedená v rámci kulatých stolů (Tomášková et al. 2015).

Z důvodu neexistence koncepčního uchopení neformální péče by souvisejícím opatřením zavedení pozice koordinátora měla být i úprava příslušné legislativy<sup>18</sup>, která by určitým způsobem formálně vymezila cílovou skupinu koordinátora podpory. Následně by pak byla právně vymezena i role koordinátora.

<sup>16</sup> Zjištění vycházejí jednak z podrobné analýzy fokusních skupin a dále ze sekundární analýzy zdrojů obsažené ve „Výstupní analytické zprávě o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR“ (Geissler et al. 2015d, Geissler et al. 2015c). Oba výstupy jsou předkládány jako jeden z výstupů klíčové aktivity 1 tohoto projektu.

<sup>17</sup> Úkolem této komise je příprava koncepce rodinné politiky.

<sup>18</sup> Podrobněji k potřebné úpravě legislativy viz dokument „Návrh politiky na podporu neformálních pečovatelů“ (Geissler et al. 2015b).



## 4.2 Ministerstvo zdravotnictví

Z pohledu Ministerstva zdravotnictví (MZ) neformální pečující nejsou cílovou skupinou navrhovaných koncepcí, strategií či opatření. Agenda patřící resortu zdravotnictví však nepřímou ovlivňuje situaci pečujících osob, zejména v oblasti kvality a dostupnosti zdravotní péče a služeb. Ty, ač jsou primárně určeny a využívány osobami se zdravotním znevýhodněním, podobně jako služby sociální představují nepřímou formu podpory i osob pečujících.

Ministerstvo je zřizovatelem léčeben dlouhodobě nemocných (LDN), dalších odborně léčebných a rehabilitačních ústavů a lázeňských zařízení. Krajům a obcím pak MZ poskytuje dotace na zabezpečení zdravotní péče a služeb na vlastním území. Resorty MPSV a MZ však nepostupují dostatečně kooperativně, co se plánování zdravotních a sociálních služeb týče, ačkoliv jsou služby reálně poskytovány jedné osobě. Výsledkem je pak nízká provázanost zdravotní a sociální péče, která neformálním pečovatelům péči znesnadňuje. Koordinátor podpory by mohl toto propojení zprostředkovat jako spojující článek mezi zdravotní a sociální péčí. Jedna z jeho možných forem by mohla navazovat na zdravotně-sociálního pracovníka, jehož pozice je definována zákonem<sup>19</sup>.

V gesci Ministerstva zdravotnictví, spolu s MPSV, je i příprava zákona o koordinované (dříve také ucelené) rehabilitaci. Cílem tohoto právního aktu je vymezit podmínky pro vytvoření systému koordinace rehabilitace, který přispěje ke komplexnímu řešení situace osob se zdravotním postižením (Meziresortní skupina 2013: 2). Smyslem koordinované rehabilitace je poskytovat osobám s postižením komplexní podporu, skrze níž se dosáhne maximálního vylepšení a udržení zdravotního stavu. Jak je uvedeno v kapitole 3.4, koordinovaná rehabilitace navrhuje ustanovení pozice koordinátora a kontaktního pracovníka, kteří by v rámci rehabilitačního koordinačního centra zajišťovali poskytování odborného poradenství, shromažďování relevantních informací pro bezproblémový průběh rehabilitace nebo podporu při uplatňování práv oprávněných osob (Meziresortní skupina 2013: 15). Svou povahou by koncept o koordinované rehabilitaci poskytl podporu péči v domácím prostředí, zlepšil dostupnost potřebných zdravotních a sociálních služeb a nepřímou tak opět podpořil pečující osoby.

## 4.3 Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR a školská zařízení

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami upravuje tzv. školský zákon<sup>20</sup>. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT) jako ústřední orgán vzdělávací politiky zpracovává metodické, koncepční a další materiály související s touto problematikou, realizuje podpůrné projekty a reguluje podmínky inkluzivního vzdělávání ve školách<sup>21</sup>. Podpora vzdělávání dětí se zdravotním postižením se zdá být jednou z priorit MŠMT. Rostoucí občanské a právní vědomí rodičovské veřejnosti a zastupujících organizací rodičů zvyšuje v současnosti tlak na inkluzivitu školského systému, stávající vzdělávací model však jen pozvolna přijímá pro-inkluzivní opatření a trpí

<sup>19</sup> Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka stanoví vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. v § 9.

<sup>20</sup> Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, zejména § 16.

<sup>21</sup> Např. Národní akční plán inkluzivního vzdělávání (v současné době v přípravné fázi), Rozvojový program na podporu škol, které realizují inkluzivní vzdělávání, vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, a jiné.

organizačními, legislativními i metodickými nedostatky (MŠMT 2014: 2). V praxi tudíž může docházet při umisťování dítěte se zdravotním postižením do běžné školy k potížím.

Rodiče dětí se zdravotním postižením rovněž využívají služeb speciálně pedagogických center (SPC), které většina rodičů hodnotí velmi pozitivně. Speciálně pedagogická centra slouží jako poskytovatel odborné psychologické a pedagogické poradenské péče právě pro žáky se zdravotním postižením integrované v běžných školách i navštěvující školy speciální. SPC pracují s dětmi různých věkových kategorií a jejich hlavní náplní práce je příprava dětí na zařazení do výchovně vzdělávacího procesu a rozvoj jejich kompetencí (vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, § 6).

V rámci SPC je možné v některých oblastech (např. Zlínský kraj) zaznamenat působnost koordinátora ve vzdělávání, který se věnuje inkluzi různých skupin dětí do vzdělávacího procesu. To zahrnuje pomoc přímo dětem s PAS, ale i jejich rodinám a pedagogům<sup>22</sup> (ZŠ Praktická a ZŠ Speciální Zlín 2015). Koordinátor podpory by se školskými zařízeními pravděpodobně přicházel do styku právě skrze SPC (případně pedagogicko-psychologické poradny (PPP), kde mohou daní koordinátoři pro osoby s PAS také působit) a na které by odkazoval cílovou skupinu. Jeho práce by zahrnovala podporu inkluze dětí se zdravotním postižením do školského systému a jejich rodin. Systematická činnost koordinátora by posílila informační toky mezi školskými zařízeními (zejména SPC a PPP) a pečujícími osobami o děti se zdravotním postižením. Hlavní přínos koordinátora podpory by spočíval především v propojení a koordinaci nejednotné činnosti, čímž by došlo k vytvoření uceleného systému podpory, ale i v další poradenské činnosti směrem k pečujícím rodinám, např. ve zprostředkování informací a podpoře při shánění asistentů pro pobyt dětí s postižením ve školském zařízení.

Vzhledem k již existující podpoře vybrané části cílové skupiny v této oblasti (např. díky činnosti SPC a PPP) se nemusí koordinátor podpory setkat se zájmem ze strany MŠMT a školských zařízení. Je možné usoudit, že zájem těchto aktérů o takovou pozici nebude nijak významný, ačkoliv komplexní zhodnocení zájmu není možné na základě dostupných informací považovat za zcela odpovídající realitě.

#### 4.4 Kraje a obce

Podle základní právní úpravy, která upravuje postavení obcí, „*obec pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů; při plnění svých úkolů chrání též veřejný zájem*“ (zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, § 2). Analogickou povinnost pečovat o potřeby svých občanů ukládá krajům zákon č. 129/2000 Sb., o krajích, v § 1. Obce a kraje mají v obecné rovině povinnost pečovat i o potřeby pečujících a na nich závislých osob a v rámci provedeného kvalitativního výzkumu se potvrdilo, že neformální pečovatelé pak ze strany obcí očekávají zájem a starostlivost o jejich situaci<sup>23</sup>.

V jejich kompetenci je mimo jiné zajištění koordinace poskytování sociálních služeb. Obec „*na území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob; přitom spolupracuje*

<sup>22</sup> Takoví koordinátoři pro osoby s PAS existují na krajské úrovni a jsou zřízené Národním ústavem pro vzdělávání.

<sup>23</sup> Podobně je tak vymezena povinnost i v Hl. městě Praha, které „*pečuje v souladu s místními předpoklady a místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů*“ (Předpis č. 131/2000 Sb., Zákon o hlavním městě Praze, § 16).“

s krajskou pobočkou Úřadu práce a krajským úřadem“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 92). Ze znění uvedené legislativy lze odvodit, že na zřízení pozice koordinátora podpory pečujících osob by se měly obce a kraje podílet. Ze zákona i z povahy jejich činnosti by měly mít zájem na systematické a koordinované podpoře neformálních pečovatелů jako svých obyvatel.

Postoj krajů a obcí k problematice neformální péče se liší v rámci jednotlivých regionů. Obecně lze konstatovat, že téma neformálních pečovatелů nepatří mezi prioritní témata samosprávy. To lze určit na základě pozornosti, které kraje a obce věnují cílové skupině v rámci individuálních strategických plánů a v procesu komunitního plánování<sup>24</sup>. Ochota a zájem o zřízení pozice koordinátora by tak mohla podléhat lokálním zájmům, pokud by jeho ustanovení nebylo ošetřeno jako povinnost daná zákonem. Lze také očekávat, že postoj a motivace krajů a obcí k zavedení pozice jsou významně formovány rozpočtovými možnostmi těchto aktérů a jejich preferencemi ohledně toho, co by mělo být z přidělených prostředků primárně uhrazeno.

Postoj obcí k zavedení pozice koordinátora je však klíčový, neboť právě obecní úroveň byla účastníky kulatých stolů vyhodnocena jako nejvhodnější pro ustanovení koordinátora. Krajům pak byla, podobně jako v případě jiných agend, přisouzena spíše kontrolní a koordinační role.

#### 4.5 Úřad práce ČR

V dubnu 2011 vstoupil v účinnost zákon č. 73/2011 Sb., o úřadu práce, který reorganizoval strukturu a řízení do té doby samostatných úřadů práce a jejich poboček. V rámci nového uspořádání došlo ke sloučení jednotlivých úřadů a vzniku jednoho Úřadu práce (ÚP), jemu podřízených čtrnácti krajských poboček (KrP) a jejich kontaktních pracovišť (KP), které ve vztahu k pečujícím osobám plní klíčovou roli. KrP společně s KP zabezpečují agendu nepojistných sociálních dávek, mimo jiné příspěvku na péči.

Úřad práce hraje v otázce koordinátora podpory jednu z významných rolí vzhledem k náplni jeho činnosti. Koordinátor by měl pracovat s informacemi o nepojistných sociálních dávkách, které pečující osoby nepřímo využívají. Jedná se zejména o správu počtu osob se zdravotním znevýhodněním a jejich stavu a potřeb. Takové informace jsou již zaneseny v informačním systému dávek MPSV (OK Stat). V rámci tzv. Jednotného informačního systému práce a sociálních věcí mají k některým z evidovaných údajů mimo ÚP přístup i další aktéři – kraje a obce. Systém jim však dovoluje pouze individuálně vyhledávat a pracovat s informacemi o konkrétních žadatelích o PnP, které jsou uvedeny v rozhodnutí a přiznání PnP. ÚP by mohl zajistit přístup koordinátorovi podpory do databáze (např. pokud by byl koordinátor zaměstnanec ÚP), nebo by anonymizované údaje poskytoval jinému subjektu, který by pozici koordinátora zřizoval (např. obci). Účastníci fokusních skupin a kulatých stolů však v rámci diskuze upozorňovali na ne vždy zcela fungující komunikaci a plynulý tok informací mezi ÚP a ostatními aktéry, zejména mezi kraji o obcemi<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Zjištění vyplývá z vlastního průzkumu, který proběhl formou on-line dotazníkového šetření mezi jednotlivými kraji ČR. Kraje byly dotazovány na přehled o počtu příjemců příspěvku na péči a pečujících osob na svém území, zda a jakým způsobem v rámci střednědobých plánů (příp. jiných dokumentů nebo analýz) operují se skupinou pečujících osob, mají-li přehled o příkladech dobré praxe podpory pečujících osob na obecní úrovni a zda v této oblasti vnímají nedostatky.

<sup>25</sup> Otázka komplikovaného toku informací o příjemcích PnP a pečujících osobách a možnost řešení stávající situace je podrobněji diskutována v dokumentu „Návrh politiky na podporu neformálních pečovatелů“ (Geissler et al. 2015b) v rámci kapitoly 5 věnující se návrhu systematizace přenosu informací mezi ÚP, obcemi a kraji.

Zájem o zavedení tohoto opatření ze strany ÚP nelze na základě dostupné analýzy sekundárních zdrojů a výstupů z vlastního kvalitativního výzkumu zcela zhodnotit. Předpoklad, že zřízení pozice koordinátora podpory při ÚP by pracovníkům úřadu ulehčilo v jejich agendě (například s poradenstvím a administrativou kolem péče, na kterou již pracovníci ÚP sami nemají prostor), se nepotvrdil. Během kulatých stolů vyšlo najevo, že ustanovení agendy koordinace podpory při ÚP je vnímáno spíše jako neefektivní a nelze jej označit za žádoucí či podporované. Obecně však zástupci ÚP vyjadřovali názor, podle kterého by úlevu ve výkonu jejich agendy mohlo přinést zkvalitnění a posílení poradenské činnosti na úrovni obcí. V případě zavedení pozice koordinátora na obecní úrovni je tedy možné předpokládat spíše pozitivní postoj ÚP (Tomášková et al. 2015).

#### 4.6 Ošetřující lékaři

Ošetřující lékař, ať se již jedná o praktického lékaře či specialistu, zastává významnou roli v agendě lékařské posudkové služby (LPS) v procesu posuzování schopností zdravotně postižených osob zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace pro účely zjištění nároku na různé pojistné či nepojistné dávky, zejména pak příspěvku na péči a průkazu pro osoby se zdravotním postižením.

Ošetřující lékař také mnohdy bývá prvním, kdo zaznamená a stanoví potřebu dlouhodobé péče a je tedy bezprostředně první osobou, která může rodinám, jenž se (často nenadále) ocitly v roli pečujících, poskytnout informace nezbytné pro potřebnou orientaci v počátcích péče (doporučení na vhodné sociální služby atd.). Tato úloha ošetřujícího lékaře však není nikde formálně zakotvená. Ochota a přístup lékařů k poskytování informací je velmi individuální, ačkoliv právě od nich neformální pečovatelé podporu, radu a pomoc často očekávají. Pro některé pečovatele, např. pečující seniory, přitom lékaři představují autoritu a tradiční (mnohdy i jedinou známou) instituci, na kterou mají ve zvyku se v případě různých potíží obracet.

Kontakt ošetřujících lékařů s cílovou skupinou by mohl ulehčit právě koordinátor podpory, a to zejména v případech, kdy se pacienti nebo o ně pečující osoby potýkají s různými, nejen zdravotními problémy. Pro lékaře by mělo zavedení takové pozice význam v možnosti odkázat dotčené osoby na koordinátora, který by jim poskytl ucelené informace a zajistil koordinovanou péči. V důsledku by tak mělo mezi koordinátorem a lékařem docházet ke vzájemné spolupráci, s ohledem na ochranu osobních a citlivých údajů však spíše ve smyslu odkazování pacientů lékařem na koordinátora (ale i naopak). Tato spolupráce by nicméně významně přispěla k včasější a efektivnější podpoře pečujících rodin.

Zájem o problematiku ze strany lékařů nelze na základě dostupných informací zcela postihnout. Názor odborníků prezentovaný na kulatých stolech i účastníků již dříve realizovaných fokusních skupin však je, že ačkoliv by aktivní role lékařů v procesu koordinace podpory byla přínosem, jejich reálnou angažovanost vnímají spíše jako minimální. Lékaři mnohdy nejsou ochotní a nepovažují za svou povinnost spolupracovat se sociálními pracovníky (které podle jejich vyjádření nevnímají jako partnery), avšak ani s pečujícími osobami. Poskytování informací/poradenství či určité síťování (např. se sociálními pracovníky) totiž lékaři nevnímají jako odbornou součást „vlastní agendy“ (Geissler et al. 2015d).

#### **4.7 Neziskové organizace**

V ČR existuje řada organizací, které se mimo jiných aktivit věnují advokacii práv lidí s postižením nebo seniorů. Jejich cílem je především upozornit na obtíže, se kterými se setkávají jejich klienti a lobovat za zlepšení jejich životních podmínek a legislativy. Tyto aktivity bývají kombinované nejčastěji s poskytováním sociálních služeb a různorodou osvětovou a informační činností, směřovanou jak k uživatelům služeb a jejich rodinám, tak k veřejnosti, s cílem na danou problematiku upozornit. Neziskové organizace bývají často poskytovateli sociálních služeb a v této roli také přicházejí do kontaktu s rodinami pečujících osob.

Některé neziskové organizace se dokonce zabývají přímo možností ustanovení pozice koordinátora, ačkoliv každá organizace tuto možnost zpracovává z odlišného hlediska odpovídajícího zaměření své vlastní činnosti. Jejich moc v dané problematice není příliš významná, jejich zájem a úsilí o změnu je však mezi zainteresovanými aktéry možno hodnotit jako jeden z největších. Jednotlivé návrhy na koordinátora podpory se souhlasně shodují na potřebnosti zavedení takové pozice. Konkrétnější vize se však od sebe odlišují. Výše v kapitole 3 jsme představili nejzásadnější návrhy, níže pak představujeme jednotlivé organizace, které za těmito návrhy stojí.

##### **4.7.1 Rytmus o.p.s.**

Obecně prospěšná společnost Rytmus se angažuje na poli aktivního začleňování osob se znevýhodněním do běžného prostředí, ať už v práci, ve škole či v místě bydliště. Specializuje se na sociální inkluzi dětí se zdravotním znevýhodněním, sociální rehabilitaci v oblasti pracovního uplatnění a organizuje aktivity v oblasti začleňování dospělých lidí s potížemi v učení (s mentálním postižením) do života běžné komunity.

Rytmus o.p.s. se podílí na návrhu zřízení pozice koordinátora podpory pro osoby se zdravotním znevýhodněním a jejich pečovatele. Cílem je navrhnout systémové řešení v oblasti sociální, s přesahem do oblasti zdravotnictví a školství. Takový koordinátor by měl být podle navrhovaného konceptu zřízen jako terénní zaměstnanec obce. Návrh je blíže popsán v kapitole 3.2.

Vzhledem k propracování daného návrhu je zájem této organizace na zavedení koordinátory podpory zjevný. Daný koncept autoři předložili například na jednáních MŠMT či MPSV a na semináři Životní podmínky osob s PAS - Autismem v ČR s ním seznámili předsedu Výboru pro sociální politiku Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR pana Jaroslava Zavadila<sup>26</sup>.

##### **4.7.2 Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (NRZP)**

Významnou organizací na poli osob pečujících a osob se zdravotním postižením je Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, která zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením při jednáních s veřejnými institucemi. Úlohou NRZP je podpora integrace osob se zdravotním postižením do společnosti. Národní rada připomínkuje legislativní normy a je hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně postižené občany. Hraje významnou roli mezi neziskovými organizacemi, které do své náplně práce zahrnují také pečující osoby.

---

<sup>26</sup> Více ve Facebook skupině „Obhájcí práv lidí s postižením – projekt Koordinátor podpory“

NRZP podporuje návrh vypracovaný o.p.s. Rytmus a myšlenku koordinátora podpory: „*Domníváme se, (...) že právě obce jsou těmi základními články, které mohou nejvíce pomoci rodinám ve složité situaci, kdy rodina pečuje o dítě se zdravotním postižením, nebo jeden z členů má zdravotní postižení. Obce by měly být především koordinátorem pomoci. Jsme připraveni se spolupodílet na tomto konceptu, i když (...) to může být záležitost poměrně dlouhodobá. Ale jednou se začít musí*“ (Rytmus 2014: 3). Národní rada má tedy zájem o zřízení koordinátora podpory a obhajuje stanovisko zavedení této pozice na úrovni obcí.

#### **4.7.3 Unie pečujících**

Unie pečujících je nově vznikající platforma pod záštitou občanského sdružení Klára pomáhá, která si klade za cíl sjednotit zástupce z řad organizací i jednotlivce, kteří se chtějí podílet na podpoře pečujících osob. Iniciativa přichází od samotných pečujících osob, které se chtějí podílet na změně. Spolu s Klárou pomáhá o. s., organizuje Unie svépomocná setkání pečujících, tedy neformální setkávání pečujících osob. Pokud jde o myšlenku koordinátora podpory, vychází Unie pečujících z předpokladu, že koordinátor by měl vzejít z řad pečujících osob či bývalých pečovatелů, kteří si sami prošli touto skutečností (Unie pečujících 2015).

#### **4.7.4 Diakonie Českobratrské církve evangelické (ČČE)**

Diakonie ČČE je druhou největší neziskovou organizací poskytující sociální služby v České republice. V rámci své činnosti se zaměřuje také na pomoc seniorům a jejich blízkým. Podílí se na realizaci projektu „Podpora rozvoje komunitních zdravotně-sociálních služeb“, který je podporovaný z Programu švýcarsko-české spolupráce a Ministerstva zdravotnictví ČR. V návaznosti na činnost v rámci projektu založila Diakonie ČČE Institut důstojného stárnutí, jehož úkolem je nejen napomáhat dialogu zainteresovaných stran, ale také zpracovávat konkrétní modely propojení a financování integrovaných proseniorských služeb a zprostředkovávat odborné poznatky ze zahraničí. Vydala také publikaci „Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb“, ve které se mimo jiné věnuje otázce koordinované péče zaměřené na seniory. Některé ideje z této publikace, v níž se předpokládá, že koordinaci péče by vykonávala tzv. komunitní sestra, byly představeny v kapitole 3.3. Vzhledem k aktivnímu úsilí Diakonie o podporu činnosti komunitní sestry a na základě výpovědi zástupců této organizace v rámci realizovaných kulatých stolů lze zájem této organizace ohledně ustanovení koordinátora podpory hodnotit jako vysoký.

#### **4.8 Pečující osoby**

Neformální pečovatелé jsou nepřesně definovanou skupinou jedinců, kteří se rozhodli vykonávat péči o své blízké osoby se zdravotním znevýhodněním sami a v domácím prostředí. Pečující osoby by byly jednou z primárních cílových skupin koordinátora podpory.

Primárním cílem této skupiny aktérů je možnost pečovat o své blízké v podmínkách, které budou důstojné jak pro osobu, o kterou je pečováno, tak pro ně samotné. Ačkoliv se jedná o velmi početnou skupinu lidí, výrazná aktivizace a možnost ovlivňovat opatření, která jsou k ní směřována, je značně limitována jednak velkou různorodostí skupiny, odvíjející se od povahy problémů, se kterými se pečující setkávají (například rozdíly v problémech, se kterými se setkávají pečující o děti s handicapem a o seniory), za druhé často velmi vyčerpávajícím stylem života, který je s intenzivní péčí o blízkou

osobu spojen. Řada pečujících osob se během péče dostává do existenčních problémů, vlivem fyzické i psychické zátěže při péči dochází k zhoršování jejich zdravotního stavu, kvůli nutnosti být neustále nablízku osobě, o kterou pečují, se často dostávají do naprosté sociální izolace (Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková 2013: 15).

Na fokusních skupinách vlastního výzkumu FDV se pečující osoby jednohlasně shodovaly, že by koordinovanou pomoc při organizaci péče uvítaly. Zmiňovaly hlavně pomoc s vyhledáváním a zjišťováním informací spojených s poskytováním péče. Důraz na potřebnost pomoci zazníval i při uplatnění na trhu práce a skloubení péče se zaměstnáním. Takovou podporu by jim mohla poskytnout právě nově zavedená pozice koordinátora podpory. Ačkoliv vliv pečujících osob na ustanovení pozice koordinátora není příliš významný, jejich zájem a postoj se na základě dostupných dat jeví jako vysoce pozitivní. Předpokládá se proto, že prosazení a ustanovení pozice koordinátora by mělo být iniciováno jiným aktérem za podpory neformálních pečovatelů.

#### **4.9 Osoby, o které je pečováno**

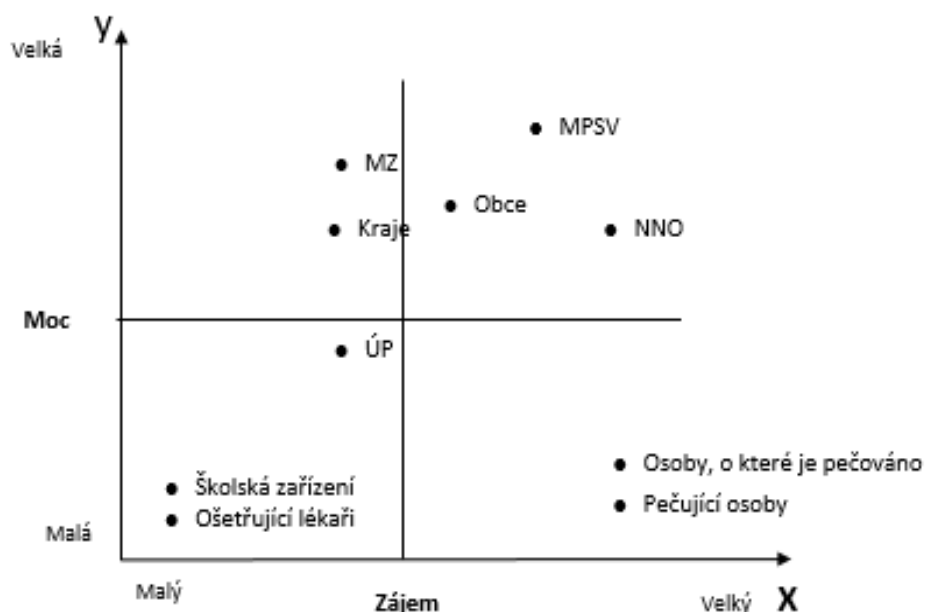
Jedná se o osoby se zdravotním postižením – jak dospělé, tak děti - a seniory, vyžadující kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu péči, kterou jim v tomto případě poskytuje zejména blízká osoba. Osoby, o které je pečováno, jsou primární cílovou skupinou politiky resortů práce a sociálních věcí, zdravotnictví a školství a naprostá většina opatření a intervencí je cílena právě na ně. Nejinak je tomu v případě sociálních služeb všech tří typů (pobytových, ambulantních i terénních). Skupina osob, o které je pečováno, je díky závislosti na péči velmi úzce propojena se skupinou neformálních pečovatelů. Naprostá většina změn v legislativě, které určitým způsobem zasáhnou do života osob odkázaných na péči druhých, se v konečném výsledku promítne i do životních podmínek pečujících osob.

Jako jsou osoby, o které je pečováno, velmi různorodou skupinou z hlediska možností participace na rozhodování, tak je stejně problematická jednoduchá identifikace jejich společných cílů nebo preferovaných řešení (především díky rozdílným a velmi individuálním potřebám každého, o koho je pečováno). Potřeba koordinátora podpory se však objevuje napříč všemi skupinami. Jedná se o koordinaci všech forem podpory, na které mají osoby, o které je pečováno, nárok nebo je mohou využít, ať už informace o poskytovatelích služeb v jejich regionu nebo informace z oblasti školství či zdravotnictví. Systémová podpora skrze koordinátora by zefektivnila plánování a využívání nabízených služeb a celkové péče.

#### **4.10 Grafické znázornění analýzy aktérů**

Na základě analýzy sekundárních dat a výstupů z vlastního kvalitativního šetření (Geissler et al. 2015d) zobrazujeme pro přehlednost graficky odhady zájmu a moci jednotlivých aktérů na problematice zavedení pozice koordinátora podpory. Na ose X odhadujeme zájem jednotlivých aktérů a na ose Y pak znázorňujeme odhad jejich moci podílet se na tomto opatření. Ze znázornění jsou patrné vazby popsané v předchozích kapitolách. Školská zařízení, ošetřující lékaři a ÚP disponují nízkým zájmem i mocí o danou problematiku. Naopak skupina neformálních pečovatelů a osob, o které je pečováno, má i přes malou moc o zavedení koordinátora velký zájem. Největší moc v nastavení politiky je jednoznačně v gesci MPSV. Pokud se projeví zájem od lokálních aktérů, je zde pravděpodobnost, že opatření postupně prosadí NNO spolu s obcemi a kraji.

Graf 1: Grafické znázornění analýzy aktérů



Zdroj: Start a Hovland 2004: 24, vlastní odhady

Vzhledem k tomu, že u některých aktérů není na základě dostupných zdrojů jejich zájem, moc a postoj zcela signifikantní, uvádíme matici, ve které znázorňujeme spolehlivost výše uvedených odhadů.

Tabulka 2: Matice aktérů koordinátora podpory

Legenda:

V= velký; S= střední hodnota; M= malý

/= plně spolehlivý odhad; ? = Vcelku spolehlivý odhad; ?? = informovaný odhad; ??? = pouhé dohady

A=souhlas se zavedením; N=nesouhlas se zavedením

| Aktér                  | Zájem |                     | Moc   |                     | Postoj |                     |
|------------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|--------|---------------------|
|                        | Odhad | Spolehlivost odhadu | Odhad | Spolehlivost odhadu | Odhad  | Spolehlivost odhadu |
| MPSV                   | V     | ?                   | V     | /                   | A      | ?                   |
| MZ                     | S     | ??                  | V     | ?                   | A      | ???                 |
| MŠMT, školská zařízení | M     | ???                 | M     | ?                   | A      | ???                 |
| Kraje                  | S     | ??                  | S     | ?                   | A/N*   | ???                 |



|                                   |   |     |   |   |      |     |
|-----------------------------------|---|-----|---|---|------|-----|
| <b>Obce</b>                       | S | ??  | S | ? | A/N* | ??  |
| <b>ÚP</b>                         | S | ??  | S | ? | A    | ??  |
| <b>Ošetřující lékaři</b>          | M | ??? | M | ? | N    | ??? |
| <b>NNO</b>                        | V | ?   | S | / | A    | ?   |
| <b>Pečující osoby</b>             | V | ?   | M | / | A    | ?   |
| <b>Osoby, o které je pečováno</b> | V | ?   | M | / | A    | ?   |

Zdroj: Dick 1997, upraveno autorem, vlastní odhady

\* Postoj krajů a obcí se výrazně liší (blíže viz kapitola 6).

## 5 Potřeba koordinované podpory a vymezení pozice koordinátora podpory

Na základě vyhodnocení všech informací představených v kapitole 3 a provedené analýzy aktérů jsme sestavili návrhy podoby pozice koordinátora a jeho působnosti zahrnující popis předpokládané náplně práce koordinátora, požadavky na jeho vzdělání a schopnosti, přínosy jeho činnosti a předpokládanou charakteristiku nově vzniklé pracovní pozice. V případě působnosti a legislativního ukotvení jeho role byly vymezeny tři možné varianty. Vypracované návrhy byly předloženy k diskusi účastníkům třech kulatých stolů, které byly věnované možnostem ustanovení koordinátora podpory. Podněty získané od účastníků byly dále zpracovány a na jejich základě reformulovány do finální podoby, v níž budou postupně představeny v této kapitole<sup>27</sup>.

### 5.1 Pojetí koordinátora podpory a jeho cílové skupiny

Ve třetí kapitole bylo popsáno několik možných pojetí a požadavků na pracovníky, kteří by měli zajišťovat koordinovanou podporu rodinám osob odkázaných na pomoc druhých. Každý z těchto přístupů akcentuje odlišnou stránku péče a podpory, ale všechny poukazují na její nedostatečnost, nekomplexnost a neprovázanost. Ve všech je zdůrazňováno, že ucelenosti a cílenosti podpory může být nejnáze dosaženo skrze pracovníka, který ji bude koordinovat.

V původním návrhu bylo počítáno s tím, že koordinátor podpory bude cílit svou podporu na neformální pečovatele. Z povahy neformální péče však vyplývá, že vždy musí být současně i osobou podporující ty, o které je pečováno. Není důvod, aby tomu tak nebylo: většina služeb, které bude vyhledávat a dávek či pomůcek, o nichž bude informovat, je určena právě opečovávaným. Jedinou oblastí z těch, které by měl pokrýt a která se týká pouze neformálních pečovatelů, je jejich podpora při setrvání či návratu do zaměstnání. Cílové skupiny ve výsledném pojetí koordinátora podpory proto tvoří:

- pečující osoby poskytující dlouhodobě péči osobám se zdravotním postižením, seniorům nebo umírajícím osobám/osobám v terminálním stádiu nemoci a jejich rodiny,
- pečující osoby, které péči v nedávné době ukončily,
- osoby se zdravotním postižením,
- senioři.

**Účastníci kulatých stolů k tomuto návrhu doplňovali, že koordinátor by měl vyhledávat také osaměle žijící jedince, protože řada (zejména starších) osob nemá k dispozici rodinu, která by se o ně postarala.<sup>28</sup> Je však podle nich důležité, aby se koordinátor věnoval právě a pouze vymezeným skupinám a nebyl zbytečně zatížen jinou agendou (Tomášková et al. 2015).**

**Vzhledem k tomu, že nástroje podpory osob se zdravotním postižením a seniorů se do značné míry překrývají (obě skupiny využívají některé shodné typy služeb, kompenzačních a zdravotních pomůcek a mají nárok na shodné sociální dávky a zvýhodnění), není nutné, aby pro každou skupinu existoval samostatný koordinátor. Rozdělení kompetencí by v tomto směru bylo administrativně a finančně**

<sup>27</sup> Podrobné informace o průběhu kulatých stolů a zhodnocení jednotlivých návrhů obsahuje dokument „Zpráva z kulatých stolů – Zhodnocení návrhů na ustanovení pozice koordinátora podpory“ (Tomášková et al. 2015).

<sup>28</sup> Rizikovou skupinou (a možnými klienty koordinátora) jsou také osoby žijící bez blízkých osob pouze s opatrovníkem, osamělí obyvatelé zařízení sociálních služeb a osaměle žijící lidé s duševním onemocněním.

nákladné i neefektivní: nejvíce by se to projevilo zejména v menších obcích, kde by úzce zaměřený koordinátor pravděpodobně neměl dostatečný počet klientů.

## 5.2 Náplň práce koordinátora

Na základě dostupných zdrojů a výpovědí účastníků jak fokusních skupin, tak kulatých stolů lze definovat následující okruhy činností, které by měl koordinátor podpory vykonávat:

- **Navazuje a udržuje kontakty s institucemi a osobami v regionu**, které jako první přicházejí do kontaktu s osobami a rodinami osob, u nichž vyvstala potřeba péče a podpory (zejména zdravotně-sociální povahy), tzn. zejména s praktickými lékaři, nemocnicemi, odbornými lékaři a s neziskovými organizacemi. Informuje je o náplni své práce, spolupracuje s nimi, „učí“ je (zejména v počáteční fázi působení), aby veškeré evidované případy na něj odkazovaly<sup>29</sup>.
- Zároveň **aktivně vyhledává osoby ohrožené sociálním vyloučením z důvodu zdravotního stavu a rodiny**, u nichž vyvstala potřeba péče a podpory (např. skrze obecní úřady, magistráty, ÚP, či skrze známé a příbuzné), monitoruje situaci klientů, s nimiž systematicky pracuje.
- **Poskytuje** jednotlivcům a rodinám, u nichž vyvstala potřeba péče, **informace o dostupných formách podpory a pomoci**.
- **Pomáhá jednotlivcům a pečujícím rodinám s vyhledáváním vhodných služeb zdravotních, sociálních i vzdělávacích**, předává jim kontakty na vhodné poskytovatele;
- **Doporučuje jednotlivcům a pečujícím rodinám relevantní finanční dávky a zdravotní pomůcky** a pomáhá jim s vyplňováním formulářů pro jejich získání.
- **Vyhledává pro své klienty vhodné služby** (zdravotní, sociální, vzdělávací, pracovní podporu, psychologickou a jiné) a předává jim na ně kontakty.
- **Monitoruje informace** o potřebách osob odkázaných na péči a pečujících rodin, sleduje aktuální situaci v regionu a předává informace obci a kraji.
- **Účastní se komunitního plánování** a spolupracuje se všemi institucemi zapojenými do jeho procesu.
- **Dochází do domácnosti svých klientů**, pokud o jeho návštěvu požádají.
- **Podporuje neformální kontakty a svépomoc v komunitě osob odkázaných na péči a pečujících osob**, sleduje dění uvnitř komunity, případně se v rámci výkonu své funkce může stát její součástí.

## 5.3 Předpokládané vzdělání a schopnosti koordinátora

Důležitým požadavkem na osobu koordinátora a také charakteristikou, na které se shodovali účastníci fokusních skupin a kterou potvrzovali i účastníci kulatých stolů, je jeho široký znalostní záběr napříč

---

<sup>29</sup> Jednou z vhodných možností podpory činnosti koordinátora a zajištění koordinované péče je stanovení povinnosti pro lékaře a zdravotnická zařízení, kteří by v případě každé nově odhalené diagnózy vyvolávající omezení fyzických, kognitivních či psychických schopností byli povinni koordinátora kontaktovat. Na základě dohody se zdravotními pojišťovkami by tento úkon mohl být také bodově ohodnocen.

sférami sociální péče, zdravotní péče a vzdělávání. Je tedy jasné, že znalosti spadající do některých zmiňovaných oblastí si bude muset budoucí koordinátor doplnit<sup>30</sup>.

**Z dostupných zdrojů jsme sestavili následující přehled schopností, které by měl koordinátor mít. Ty jsou následující:**

- Orientuje se v nabídce sociálních, zdravotních a vzdělávacích služeb v daném regionu a v systému dávek státní sociální podpory.
- Dovede své klienty odkázat na vhodné služby a formy podpory.
- Zná typické problémy a situaci osob odkázaných na péči a pečujících rodin, s nimiž spolupracuje.
- Má základní znalosti diagnóz vyvolávajících zdravotní postižení u osob se zdravotním postižením a u seniorů.
- Dovede popsat nároky na péči plynoucí z jednotlivých typických diagnóz.
- Má přehled o existujících zdravotních pomůckách a o formách jejich dostupnosti (včetně možnosti úhrady od pojišťovny, příspěvku od státu či některé z existujících nadací).
- Orientuje se v agendě potřebné pro získání požadovaných služeb, dávek a pomůcek (vyplňování formulářů apod.).
- Je informován o nabídce vzdělávání/kurzech s tematikou poskytování péče rodinnými příslušníky.
- Dovede rychle vyhledat všechny potřebné informace v různých informačních zdrojích.

**S nároky kladenými na schopnosti a vykonávání požadovaných činností souvisí také požadovaná forma vzdělání koordinátora. Zvažováno bylo několik možností, z nichž většina zazněla z úst účastníků realizovaných fokusních skupin. Jsou jimi:**

- vzdělání v oboru sociální práce či sociální péče,
- speciální pedagogika,
- zdravotnické vzdělání,
- „rekrutace“ koordinátora z řad bývalých či současných pečujících osob.

Každá z uvedených možností má pro vykonávání pozice koordinátora určité výhody a omezení. Sociální pracovník se bude pravděpodobně dobře orientovat v nabídce sociálních služeb a dávek sociální podpory, bude mít základní přehled o potřebách rodin pečujících o osoby s různými diagnózami. Zdravotnický pracovník (např. zmiňovaná komunitní sestra) by zase dobře rozuměl praktické stránce ošetřování osob závislých na pomoci, dovedl by pečujícím poradit, jak praktickou péči co nejnázne provádět a uměl by zhodnotit zdravotní stav opečovávaných osob. Speciální pedagog bude mít dobré znalosti o jednotlivých diagnózách a omezeních z nich plynoucích, dále o pomůckách, které jsou pro jednotlivé osoby k dispozici. Bude poměrně dobře znát praktická omezení vyplývající ze zdravotního postižení nebo vysokého věku. Výhodou koordinátora vzešlého z bývalých či současných pečovatелů by byla vysoká motivace pomáhat lidem, jež se ocitnou v podobné situaci a dobrá znalost praktické stránky souvisejících problémů. Koordinátor by se tak přirozenou cestou stal součástí komunity.

---

<sup>30</sup> Ve všech níže navrhaných variantách to zřejmě bude platit o nabídce vzdělávacích služeb pro osoby s postižením a pečující osoby.

Nevýhodu by však mohla představovat mnohdy úzká zaměřenost pečovatелů na situaci, kterou sami prožívají.

Žádná z uvedených možností ale nemůže plně pokrýt předpokládaný široký záběr činnosti koordinátora podpory bez dalšího vzdělání a praxe. Tuto roli by proto měl v ideálním případě vykonávat pracovník s několikaletou zkušeností s prací s osobami závislými na pomoci druhých a jejich rodinami. Vzhledem k očekávané náplni práce, požadovaným schopnostem koordinátora, v souladu s nejčastějším požadavkem účastníků fokusních skupin a na základě zhodnocení a doporučení účastníků kulatých stolů, za nevhodnější považujeme následující možnost.

**Koordinátor by měl mít vzdělání podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, nejlépe v oboru sociální práce, sociální péče nebo speciální pedagogika. Funkci koordinátora by však mohl vykonávat teprve po rozšíření znalostí o poznatky ze souvisejících oborů, zejména ze zdravotnictví. Podmínkou by mělo být absolvování vzdělávacího programu, v rámci kterého by zájemci o funkci koordinátora získali informace o zásadách komunikace s klienty, absolvovali by kurz ošetřovatelského minima a výcvik krizové intervence a získali by další potřebné psychosociální dovednosti. Předpokladem výkonu funkce koordinátora by mělo být také získání praxe s přímou prací s osobami závislými na pomoci druhých nebo jejich rodinami<sup>31</sup>.**

#### **5.4 Charakteristika pracovní pozice koordinátora – doplnění o asistenta**

Na základě požadovaných schopností, činnosti a očekávané náplně práce je potřeba zvážit také možné nastavení pracovní pozice koordinátora. Koordinátor by měl dobře znát situaci rodin v oblasti své působnosti a mít možnost poskytovat jim oporu i v jejich přirozeném prostředí. Proto by měl částečně pracovat v terénu. Dále je u koordinátora požadována široká znalostní báze a přehled o všech existujících formách podpory. I přes to, že by bylo ideální, aby se stěžejní činnost koordinátora odehrávala v terénu, určitému objemu administrativní práce se vyhnout nelze. Nemalý podíl jeho činnosti tvoří také administrativní práce, jako je vedení evidence, vyhledávání informací, kontaktování vhodných poskytovatelů služeb.

**Z rozsahu předpokládané pracovní agendy kladené na (jednoho) koordinátora tedy vyplývá, že by jí z hlediska kapacity jeden pracovník mohl zajišťovat jen obtížně. Proto je jednou z možností doplnění této pozice o asistenta<sup>32</sup>, který by měl mít na starost činnosti, jež nepředpokládají speciální odborné vzdělání: např. vedení evidence, vyhledávání informací pro klienty podle požadavků koordinátora, domlouvání vhodných služeb, organizování akcí podporujících setkávání a výměnu zkušeností neformálních pečovatелů apod.**

Návrh na doplnění pozice koordinátora o asistenta však doporučujeme před dalším zpracováním předložit ještě podrobnější diskusi s odborníky. Přestože je část účastníků kulatých stolů velmi podporovala (asistent by koordinátorovi umožnil plně se věnovat práci s klienty), jiní účastníci se domnívali, že ve skutečnosti by mohl asistent převzít jen velmi málo úkonů z agendy koordinátora,

<sup>31</sup> Praxi lze mnohdy získat v rámci studia příslušného oboru.

<sup>32</sup> V původních návrzích byla tato pozice označena jako administrativní pracovník, proto se tento pojem objevuje také v Závěrečné zprávě z kulatých stolů (Tomášková et al. 2015).

který bude ve většině případů podle nich pracovat s citlivými informacemi. Jednoznačnou odpověď o vhodnosti pozice asistenta tak zatím nelze stanovit.

## 5.5 Přínosy role koordinátora

Přínos role koordinátora spočívá primárně v dílčích pozitivních dopadech výkonu funkce na situaci a život pečujících, opečovávaných a jejich rodin. Koordinátor je však zároveň jen jedním ze souboru navrhovaných opatření, jehož zavedení má napomoci dosažení komplexní a včasné podpory pečujících i opečovávaných osob a větší efektivity neformální péče<sup>33</sup>. Zavedení pozice koordinátora směřuje k naplnění nejen dílčích specifických, ale i širších celospolečenských potřeb a cílů. Předpokládanými přínosy zavedení této pozice jsou:

- **Minimalizace počtu neodhalených případů vyžadujících odbornou pomoc** - koordinátor v rámci své působnosti aktivně vyhledává členy cílové skupiny a minimalizuje tak počet neodhalených případů, které vyžadují pomoc.
- **Včasná identifikace** - díky pravidelnému monitoringu situace a aktivnímu přístupu koordinátor včas identifikuje nové případy a možná ohrožení.
- **Včasná pomoc a prevence** - včasnou intervencí koordinátor předchází vzniku a rozvinutí problémových/krizových situací.
- **Minimalizace negativních dopadů péče** - koordinátor snižuje a pomáhá cílové skupině lépe zvládat zátěž spojenou s péčí, minimalizuje tak negativní dopady péče.
- **Individuální přístup** - individuální přístup ke klientovi umožňuje lépe identifikovat jeho potřeby a stanovit a aplikovat vhodnou formu podpory.
- **Dostupnost podpory** - terénní povaha pozice koordinátora zvyšuje dosažitelnost podpory.
- **Komplexní podpora** - koordinátor propojuje a pracuje s různými aktéry místní úrovně napříč sektory a resorty, tím zajišťuje, aby poskytovaná podpora byla komplexního charakteru a odpovídala na rozmanité potřeby členů cílové skupiny, které se jen zřídka pohybují v rámci jednoho z resortů.
- **Poskytování podpory všem cílovým skupinám využívajícím či poskytujícím neformální péči** - svým působením koordinátor pozitivně ovlivňuje situaci jak osob odkázaných na péči (seniorů, osob se zdravotním postižením), tak pečujících osob.
- **Podpora plánování a koncepčního přístupu** - koordinátor shromažďuje relevantní podklady pro efektivní plánování podpory na různých úrovních zapojených resortů a samosprávy.
- **Podpora samostatnosti pečujících osob** - působení koordinátora má i edukativní charakter, členové cílové skupiny si osvojují množství informací a znalostí, zvyšují svou orientaci v různých oblastech péče a souvisejících aspektech, stávají se postupně samostatnějšími a schopnými řešit nečekané/krizové situace i vlastní životní situaci.
- **Kontrola pečujících rodin** - koordinátor skrze mapování situace v pečujících rodinách současně sleduje, zda je péče vykonávána kvalitně a s ohledem na potřeby osob v péči či zda jsou správně a vhodně využívány přidělené dávky sociální podpory.

---

<sup>33</sup> Všechny návrhy opatření jsou popsány v dokumentu „Návrh politiky na podporu neformálních pečovatelů“ (Geissler et al. 2015b).

- **Odlehčení agendy sociálních pracovníků** - koordinátor přejímá část specifické agendy, do té doby rozdělené mezi stávající sociální pracovníky příslušného odboru.
- **Pozitivní motivace k péči a podpora deinstitucionalizace služeb** - vědomí dostupné podpory je pozitivní motivací pro rozhodnutí stát se neformálním pečovatelem. Zavedení pozice koordinátora podporuje rozvoj neformální péče a tím i nepřímo podporuje proces deinstitucionalizace sociálních služeb. Vytváří podmínky pro setrvání opečovávaných osob v přirozeném prostředí, s čímž jako pozitivní přínos souvisí i **prevence sociální exkluze a podpora inkluzivního přístupu** ve společnosti. V dlouhodobém horizontu je tedy možné tvrdit, že zavedení pozice koordinátora nepředstavuje pouze novou formou podpory a benefit pro neformální pečovatele a osoby se zdravotním handicapem, ale ve svém důsledku i podporu státu v oblasti zabezpečení dlouhodobé péče.

Důraz by měl být kladen zejména na koordinátorovu práci v komunitě, s komunitou a na jeho úlohu při navazování a udržování kontaktu s institucemi, v nichž se klienti koordinátora objevují (např. nemocnice).

## 5.6 Rozdíly v pracovní náplni koordinátora a sociálních pracovníků v obcích

Rozdíly v pracovní náplni koordinátora a sociálních pracovníků na obcích úzce souvisejí s otázkou, jakým způsobem lze účinně dosáhnout ucelené a koordinované podpory neformální péče a nejen jí. Mezi účastníky kulatých stolů byla významná skupina osob, která se domnívá, že problémy, které by se měly odstranit zavedením pozice koordinátora, lze řešit posílením kapacity sociálních pracovníků. Mnozí další účastníci však tento názor nesdíleli a poukazovali na potřebu odlišení úlohy a kompetencí koordinátora. Důležitou otázkou při charakterizování jeho pozice je tedy jeho vymezení ve vztahu k pracovní náplni sociálních pracovníků.

Účastníci diskusí, kteří zastávali názor, že pozici koordinátora není třeba zavádět, protože jeho funkce se od činnosti sociálního pracovníka na obci ničím neodlišuje, uváděli zejména tyto argumenty:

- Jde o příklad komunitní sociální práce, case management nebo care management, což jsou pojmy v sociální práci i speciální pedagogice známé.
- Existují obce, které se návazností péče, provázaností služeb apod. zabývají, někteří sociální pracovníci vykonávají tedy koordinovanou činnost automaticky jako součást své práce.
- Koordinace péče nebo pomoci je běžná agenda sociální práce, stejně jako vyhledávání potřebných osob a zprostředkovávání informací.
- Terénní práce je také součástí činnosti sociálních pracovníků.
- Individuální práce s klientem a rodinou je jen jedna a je jedno, zda ji bude vykonávat sociální pracovník nebo koordinátor. Koordinátor by využíval stejné nástroje, jako sociální pracovník.
- Jedním z důvodů, proč se objevil požadavek na vznik koordinátora podpory ze strany pečujících osob, může být i skutečnost, že cílové skupiny nepovažují sociální pracovníky za osoby, které stojí tzv. na jejich straně, ale vidí v nich spíše osoby, kterým je potřeba se vyhýbat.

Zastánci tohoto přístupu uváděli jako možná řešení nedostatků v koordinaci a ucelenosti podpory cílových skupin následující podněty:

- Situaci by napomohlo zlepšení kreditu sociálních pracovníků a posílení jejich kapacit tak, aby na požadovanou komunitní, poradenskou a komplexní činnost měli dostatek času.
- Pomohlo by také odstranění nedostatku pracovníků v přímé péči.

Účastníci diskusí, kteří koordinátora podpory vnímají jako pracovníka s odlišně vymezenou činností a jsou zastáncem jeho ustanovení, uváděli nejčastěji tyto argumenty:

- Sociální pracovníci z mnoha důvodů podporu v potřebném rozsahu nemohou poskytovat. Většinou jsou zaměřeni na sociální služby, přičemž zdrojů pomoci je mnohem víc, ale nevyužívají se.
- Koordinátor se liší od sociálních pracovníků zejména tím, že cíleně spolupracuje také se subjekty z jiných oborů – zejména ze zdravotnictví a vzdělávání (lékaři, školy apod.). To jsou oblasti, které mnohdy stojí mimo působnost sociálních pracovníků<sup>34</sup>.
- Vzdělání v oblasti zdravotní péče je tím, co by koordinátora od sociálního pracovníka mělo odlišovat nejvíc. Právě přehled o zdravotních službách a o systému zdravotní péče jako takovém je důležitou charakteristikou činnosti koordinátora, stejně jako jeho schopnost se orientovat v systému sociální podpory a služeb.
- Koordinátor by se měl zabývat jasně definovanými cílovými skupinami osob a nezatěžovat se zbytečně agendou, která se jich netýká vůbec nebo jen okrajově. Měl by pak čas se jim věnovat v potřebném rozsahu a nedocházelo by u něj ke kumulaci funkcí.
- Hlavním úkolem koordinátora by mělo být zprostředkování informací podporovaným osobám i orgánům veřejné správy. Měl by být specialistou na dlouhodobou a ucelenou péči. Součástí jeho práce by bylo i udržování pravidelného a aktivního kontaktu s institucemi, které jsou v řešení situace jeho klientů zapojeny.
- Součástí práce koordinátora bude také poskytování krizové intervence, což vyžaduje obtížnost situace, v níž se pečující rodiny většinou nacházejí (častá konfrontace s umíráním apod.).
- Koordinátor by měl být osobou, která bude mít k rodinám vyžadujícím podporu mnohem blíže, než mají v současné době sociální pracovníci. Bude hlavně komunitním a terénním pracovníkem. Měl by mít stálý přehled o situaci rodin. Pokud je má provázet, potřebuje znát prostředí a podmínky, v nichž fungují. Protože výkon terénní práce je zde klíčový, měl by mít jen minimum administrativních povinností.
- Vzhledem k vysokým nárokům na činnost koordinátora a potřebě praktické znalosti problematiky by tuto činnost měly vykonávat osoby, které mají potřebné zkušenosti a praxi.

Zastánci koordinátora podpory proto jeho ustanovení považují za účinnější způsob zajištění koordinované a ucelené podpory neformálních pečovatелů i osob závislých na péči.

## 5.7 Potřeba koordinované podpory

Po celou dobu realizace klíčové aktivity se neustále potvrdilo, že potřeba věnovat se koordinované a ucelené podpoře neformálních pečovatелů a osob odkázaných na péči je v naší společnosti velice vysoká a zároveň velice podceňovaná. Na tom se shodovali všichni účastníci diskusí, bez ohledu na to, zda se přikláněli k možnosti řešit tuto situaci zavedením koordinátora podpory nebo

<sup>34</sup> Důvodem však může být jejich přetíženost.



k možnosti posílení kapacity sociálních pracovníků. Tuto potřebu dokládají svou činností ostatně také iniciativy zasazující se o zavedení role koordinátora či posílení činnosti komunitní sestry (viz kapitola 3). Účastníci kulatých stolů na příkladech z praxe často dokládali důsledky nesystémovosti poskytované podpory. Za všechny uvedme následující výrok:

*„Nerozumím absolutně ze své praxe tomu, jak to, že se ke mně dostane rodina, kde je dítě diagnostikováno dvanáct let a absolutně není zachyceno v systému. (...) Nemá informace absolutně o ničem. Nebo má dítě pět let a není absolutně podchycen ten systém. A dostává informaci teprve od toho, že jsme tam vznikli a ten lékař nám je poslal, takže teď se nám opravdu stává, že mnohdy jsou na tom hůř ty rodiny, kde už je to delší dobu, protože přesně přijdou s tím balíkem informací, které si stáhli, metodiky, poučky, seznamy služeb, ale vlastně nebylo s tím dál pracováno, mají to jen někde založené. A teď přijdou ti, kteří jsou nově diagnostikováni, kteří třeba zjistili onemocnění dítěte teď v lednu a dostanou naprosto jiný servis a už tady dochází k osekávání těch krizových momentů v životě a předcházení jim“ (zástupce NNO)<sup>35</sup>.*

Jak z výroku také vyplývá, na některých místech již koordinovaná podpora z části funguje nebo fungovat začíná. Poskytují ji většinou neziskové organizace, ale i některé obce, které zavedly post sociálně-zdravotního pracovníka, jež funkci koordinátora podpory v jistém smyslu zastává. Účastníci, kteří mají s fungováním koordinované podpory zkušenost, většinou hovořili o pozitivních změnách, které přinesla. Poskytovali tak nepřímý důkaz o tom, k jakým změnám by mohlo dojít ve chvíli zavedení koordinátora podpory.

Poslední důležitou otázkou, kterou je třeba zodpovědět, je tedy nalezení nejvhodnější možnosti zlepšení koordinované podpory. Jak vyplývá z textu výše, způsobů řešení existuje více. Na základě vymezení požadavků na koordinátora podpory a fungování koordinované podpory byly proto vypracovány různé varianty podporující dostupnost koordinované podpory buď skrze osobu koordinátora, nebo skrze sociálního pracovníka. Tyto varianty jsou představeny a podrobně zhodnoceny v následující kapitole.

---

<sup>35</sup> Podrobněji Geissler et al. 2015d.

## 6 Možnosti zlepšení koordinované podpory a zavedení pozice koordinátora

Na základě vyhodnocení sebraných informací a současné praxe v ČR byly vypracovány tři možné varianty zlepšení koordinované podpory prostřednictvím zavedení koordinátora podpory. Jednotlivé varianty se navzájem odlišovaly podle možné působnosti a legislativního ukotvení koordinátora. Tyto varianty byly předloženy k diskusi účastníkům kulatých stolů s cílem získat od nich jejich hodnocení a zjistit, kterou z navržených variant by bylo ve stávajících institucionálních podmínkách nejvhodnější realizovat (Tomášková et al. 2015). Jedná se o následující tři varianty představené v kapitolách 6.1 – 6.3: koordinátor jako zaměstnanec obce (varianta A), koordinátor jako zaměstnanec ÚP (varianta B), koordinátor jako zaměstnanec nově vzniklého centra (varianta C). Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, v průběhu realizace kulatých stolů vyšlo najevo, že významná část účastníků kulatých stolů nepovažovala zavedení koordinátora podpory za potřebné opatření a řešení viděla spíše v posílení kapacit a kompetencí sociálních pracovníků. Proto bylo toto řešení, které může být jak doplněním, tak alternativou ustanovení koordinátora podpory (viz dále), nakonec zpracováno jako čtvrtá varianta (varianta D), která je představena v kapitole 6.4.

Základem všech variant je požadavek, aby veškeré informace pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých byly soustředěny na jednom místě. Tyto informace spadají do různých sfér společenského a politického života (sociální, zdravotní, vzdělávací, případně jiné) a žádná z existujících veřejných institucí poskytujících podporu cílovým skupinám takové mezioborové propojení dosud neposkytuje. Proto je potřeba tuto mezioborovost dostatečně zohlednit a mít na paměti i rizika, která z ní plynou a na která často upozorňovali účastníci kulatých stolů. Jsou jimi zejména:

- Způsob spolupráce s lékaři, kteří mnohdy nejsou ochotni považovat pracovníky ze sociální oblasti za partnery.
- Dostupnost a zacházení s citlivými údaji, které koordinátorovi (či sociálnímu pracovníkovi) budou muset poskytovat různé instituce. V současnosti se týká také předávání dat z Úřadu práce, který shromažďuje údaje o příjemcích příspěvku na péči.

Při přijetí jakékoliv z níže popsaných variant proto bude nutné pečlivě nastavit pravidla pro mezioborovou spolupráci a spolupráci různých institucí při poskytování osobních dat.

### 6.1 Varianta A - Koordinátor podpory jako zaměstnanec obce

#### *Představení varianty*

První z navrhovaných variant pracuje s možností zavedení pozice koordinátora podpory na obecní úrovni, konkrétně na úrovni obcí II. a III. typu (tzn. obcí s pověřeným obecním úřadem a obce s rozšířenou působností), kdy koordinátor je zaměstnancem obecního/městského úřadu dané obce/města<sup>36</sup>.

Obecní úřad je (společně s pobočkami Úřadu práce) jednou z prvních, tradičně vyhledávaných institucí, na kterou se obyvatelé obce obracejí v případě potřeby a od které očekávají pomoc při řešení nepříznivé situace. Ačkoliv je předpokladem, že pozice koordinátora bude terénní povahy a bude

<sup>36</sup> V textu dále pouze jako obecní úřad/obec.

aktivně vyhledávat potřebné osoby, jistě se budou vyskytovat i případy, kdy členové cílové skupiny budou sami aktivně vyhledávat pomoc v místě svého bydliště a primárně se obrátí právě na obecní úřad.

Úroveň obcí II. a III. naplňuje požadavek dobré dostupnosti (dosažitelnosti, blízkosti) a to jak z pohledu koordinátora, tak z pohledu cílové skupiny. Koordinátor bude součástí komunity. Jeho podstatnou rolí je být průvodcem pečujících rodin či osob podporu a péči využívajících, což je jeden ze stěžejních požadavků iniciativ a osob stojících za vznikem návrhů na vytvoření této či jiných obdobných pozic.

Návrh nepředpokládá zavedení koordinátora při obcích I. typu (nebo městských částí). S ohledem na jejich velikost/počet obyvatel (ale např. i rozpočtové možnosti) by zřízení koordinátora na takové úrovni bylo v mnoha případech neefektivní (nereálné). Varianta vychází z předpokladu, že koordinátor bude zaměstnancem obce v přenesené působnosti. Svým zařazením koordinátor spadá pod odbor sociálních věcí<sup>37</sup> příslušného úřadu, není však dalším sociálním pracovníkem, představuje novou funkci se specifickými kompetencemi. V rámci návrhu ustanovení pozice koordinátora jako zaměstnance obce lze uvažovat o dvou subvariantách:

1. Pro pozici koordinátora bude zřízeno nové pracovní místo a najat nový zaměstnanec – dojde k navýšení personálního obsazení úřadu, který svým profilem odpovídá formálním požadavkům (vzdělání/praxe) stanoveným pro výkon pozice.
2. Pro pozici koordinátora se vyčlení a specializují vybraní sociální pracovníci, současní zaměstnanci úřadu. Za nejvhodnější lze považovat ty sociální pracovníky, kteří se v rámci výkonu své agendy setkávají a mají nejvíce zkušeností s cílovou skupinou<sup>38</sup>.

V obou případech však dojde k reorganizaci stávající agendy sociálního odboru, resp. sociálních pracovníků. Koordinátor od ostatních sociálních pracovníků přeje klienty, kteří svým profilem odpovídají charakteristice cílové skupiny. Zároveň však bude aktivně vyhledávat nové případy a se všemi klienty pracovat a jednat v souladu s jemu vymezenými kompetencemi. Předpokladem je, že v obou případech popsaná reorganizace odlehčí agendu a navýší pracovní kapacity zbývajících sociálních pracovníků.

Předložené subvarianty však nejsou plošně výlučné, tzn. zavedení v praxi pouze jedné ze subvariant není podmínkou. V závislosti na individuálních potřebách a možnostech, by obce měly mít možnost určit, která ze subvariant je pro ně výhodnější/přijatelnější. Způsob ustanovení pozice koordinátora, počet zřízených pozic atd. by měl korespondovat s reálnými potřebami obce a měl by být adekvátně

---

<sup>37</sup> Příp. odbor sociální péče, sociální práce, sociálně-zdravotní odbor, odbor péče o rodinu aj. (v závislosti na struktuře příslušného úřadu).

<sup>38</sup> Jednat by se však mělo o vyčlenění „s náhradou“. Počet sociálních pracovníků by neměl být reálně ponížen. Sami sociální pracovníci, ale i další odborníci (účastníci realizovaných fokusních skupin a kulatých stolů), hodnotí personální obsazení příslušných odborů úřadů jako poddimenzované a hovoří o přetíženosti agendy. Vyčlenění pracovníka pro pozici koordinátora bez náhrady by ve svém důsledku znamenalo navýšení agendy zbývajících sociálních pracovníků úřadu a tím pádem i další ponížení časové dotace, kterou by tito sociální pracovníci mohli věnovat jednotlivým klientům.

odůvodněn<sup>39</sup> (analýzou potřebnosti zavedení pozic/e koordinátora, počtem příjemců PnP/pečujících osob v rámci působnosti obce atd.). Stejně tak výše pracovního úvazku koordinátora by měla být stanovena s ohledem na individuální potřeby obce.

### **Činnost a kompetence jednotlivých aktérů**

Klíčovými aktéry zapojenými v procesu ustanovení pozice koordinátora jsou Ministerstvo práce a sociálních věcí, kraje a obce, resp. krajské a obecní úřady obcí II. a III. typu. Spíše sekundárními aktéry jsou Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy.

- **MPSV ČR**

Ministerstvo je formálním iniciátorem procesu zavedení pozice koordinátora. Prostřednictvím příslušného právního aktu MPSV obcím uloží povinnost v rámci přenesené působnosti zřídit funkci koordinátora podpory, je-li její zřízení potřebné/žádoucí<sup>40</sup>. Na kraje ministerstvo obdobným způsobem deleguje povinnost kontroly, koordinace a metodického vedení koordinátorů, pro tyto účely však MPSV vytváří jednotnou metodiku. Úkolem MPSV je dále vymezit kompetence koordinátora (tzn. definovat souhrn svěřených pravomocí, povinností, odborné způsobilosti/vzdělání a působnosti) vyplývajících a spojených s pozicí a další aspekty související se zavedením pozice (zařazení koordinátora do platové třídy apod.). MPSV zajistí příslušné legislativní úpravy. V neposlední řadě je zásadní, aby MPSV poskytnutím finančních prostředků podpořilo zabezpečení pozice koordinátora a související agendy. Nezbytné je poskytnutí finanční podpory krajům a obcím na pokrytí nákladů, které těmto aktérům se zavedením pozice koordinátora v praxi vyvstanou. A to buď navýšením finančních toků plynoucích do rozpočtu těchto aktérů z centrální úrovně (resp. navýšením objemu finančních prostředků plynoucích krajům, které tyto prostředky dále distribuují směrem k obcím) nebo by finanční podpora mohla být realizována také formou přímých účelově vázaných dotací obcím. Výše dotace na jednoho koordinátora by byla stanovena na základě předpokládaného platového ohodnocení funkce a souvisejících nákladů.

### **Kraje**

Jako tradiční kontrolní orgán výkonu přenesené působnosti obcí zastávají kraje, resp. krajské úřady roli kontrolního a metodického orgánu i v případě funkce koordinátora. Předpokladem však je, že pro kontrolu a metodické vedení koordinátora není potřebné zřízení zcela nové funkce „koordinátora koordinátorů“ nebo nového oddělení. Činnost zabezpečuje stejný odbor/oddělení příslušného úřadu, jako v případě kontroly a koordinace standardní sociální práce na obcích. Konkrétní zaměstnanec by však měl mít obdobné znalosti a zkušenosti s cílovou skupinou jako samotný koordinátor, příp. by krajský úřad byl povinen zabezpečit jeho dozdělení. Povinnosti krajů spojené s kontrolou, koordinací

<sup>39</sup> Uvažovat lze o „individuálním“ odůvodnění, kdy by obce byly povinny provést analýzu potřebnosti zavedení pozic/e koordinátora nebo o ustanovení společného jednotného postupu/vzorce pro výpočet potřebnosti a počtu pozic koordinátora.

<sup>40</sup> V praxi však může dojít k situaci, že se v rámci určité obce nebo území zavedení pozice koordinátora neukáže jako nezbytné. Je proto důležité velmi dobře vymezit podmínky vyžadující/opravňující k zavedení pozice, aby v některých oblastech funkce koordinátora nebyla zřízena pouze s ohledem na plošnou povinnost uloženou tímto nařízením.

a příp. financováním koordinátora představují navýšení agendy úřadů a budou vyžadovat personální posílení příslušných odborů/oddělení.

- **Obce II. a III. typu**

Obce na základě nařízení MPSV zřizují pozici koordinátora a jako takové nesou za výkon jeho funkce primární odpovědnost a případně realizují analýzu potřebnosti pozice koordinátora, která jednak ověří potřebu zavedení pozice a především umožní lépe stanovit optimální počet zaváděných pozic. V případě, že pro funkci koordinátora je vyčleněn některý ze stávajících sociálních pracovníků úřadu, jsou obce zodpovědné za případné doplnění kompetencí/specializaci vybraného pracovníka.

- **MZ a MŠMT**

S ohledem na přesah činnosti koordinátora do zdravotní a vzdělávací oblasti by MZ i MŠMT měla být zapojena do procesu vymezení kompetencí koordinátora a nastavení obecného rámce pro spolupráci koordinátora s dalšími aktéry, které spadají do působnosti těchto resortů (lékaři a zdravotnická zařízení, vzdělávací instituce, pedagogické poradny apod.) Za vhodné považovat i spoluúcast těchto resortů na financování opatření, zejména ze strany MZ.

**Shrnutí – Předpokládané kompetence a odpovědnost jednotlivých aktérů**

| <b>Aktér</b>                | <b>Aktivita</b>   |
|-----------------------------|---|
| <b>MPSV</b>                 | Definuje povinnosti obcí a krajů souvisejících se zavedením pozice koordinátora   |
|                             | Definuje kvalifikační předpoklady pro výkon funkce koordinátora   |
|                             | Definuje kompetence koordinátora  |
|                             | Iniciuje příslušné legislativní změny   |
|                             | Zpracovává jednotnou metodiku pro účely krajů a obcí  |
|                             | Poskytuje finanční podporu  |
| <b>Kraje</b>                | Metodicky vedou, koordinují a kontrolují činnost koordinátorů   |
|                             | Zabezpečují specializaci a potřebné vzdělávání kontrolních pracovníků/metodiků  |
|                             | Přerozdělují finanční prostředky v případě financování navýšením objemu rozpočtu a plní kontrolní funkci v oblasti jejího využití |
| <b>Obce II. a III. typu</b> | Realizují analýzu potřebnosti zavedení funkce koordinátora  |
|                             | Zavádějí pozici koordinátora  |
|                             | Zabezpečují specializaci a potřebné vzdělávání koordinátorů   |

### ***Náklady související se zavedením varianty***

Předpokládané související náklady jsou povahy zejména:

- **Ekonomické:** náklady spojené s finanční podporou na zabezpečení pozice, zejména na straně MPSV ČR. Jde o finanční podporu reflektující a kompenzující navýšení agendy úřadů krajů a obcí, které podmiňují a vyplývají ze zavedení pozice koordinátora. Celkově náklady zahrnují zejména: náklady pokrývající činnost koordinátora, náklady pokrývající případnou související činnost dalších příslušných pracovníků na úrovni krajů a obcí, náklady spojené s případným potřebným vzděláváním těchto pracovníků apod.
- **Administrativní:** náklady spojené s formálním ustanovením pozice koordinátora, zejména na straně MPSV. Administrativní náklady zahrnují především vymezení role a postavení koordinátora, vymezení kompetencí ostatních aktérů a s tím související legislativní úpravy příslušných zákonů.
- **Organizační:** náklady spojené s přímou realizací/zavedením pozice, zejména na straně obcí a krajů, např. provedení studie potřebnosti pozice koordinátora a následná reorganizace agendy, zabezpečení specializace a vzdělávání koordinátora, příp. jiných pracovníků.

### ***Zhodnocení přínosů a omezení varianty***

#### **Přínosy:**

Vedle předpokládaných pozitivních dopadů na cílovou skupinu souvisejících se zavedením opatření, která jsou společná všem navrhovaným variantám a jsou definována v kapitole 5, lze mezi očekávané přínosy varianty A zařadit především:

- Maximální dostupnost podpory, která vyplývá právě z umístění koordinátora na úrovni obcí II. a III. typu. Z hlediska místní dostupnosti má koordinátor blízko k cílové skupině (a naopak). V porovnání s ostatními variantami nabízí obecní úroveň nejlepší podmínky pro rozvoj terénní práce koordinátora.
- Koordinátor působí při obecním úřadu. Ten představuje známou a „tradičně“ navštěvovanou instituci, místo, na které lidé mají ve zvyku se v případě potřeby obracet. Tento fakt omezuje riziko, že cílová skupina v případě potřeby „nenarazí“ na služby koordinátora a naopak, napomůže rozšíření informace o nově vzniklé formě podpory.
- Z předložených návrhů právě varianta s působností na obecní úrovni nejvíce vytváří prostor pro zapojení koordinátora do místní komunity a práci s ní.
- Zřízení koordinátora na obecní úrovni otevírá možnost spolufinancování opatření za přispění samosprávy.

#### **Rizika a omezení**

Specifická rizika a omezení varianty jsou následující:

- Zástupci některých aktérů (i aktérů z řad obcí) nepovažují pozici koordinátora podpory za nezbytnou a hrozí proto z jejich strany nízká motivace při zavedení a realizaci opatření. Ta

může být umocněna s ohledem na sílu právního aktu opravňujícího k zavedení pozice koordinátora (zda půjde o doporučení, či nařízení).

- Nízká finanční podpora obcí (či její absence) může být bariérou a taktéž negativně motivovat obce k zavedení funkce koordinátora a její kvalitní realizaci.
- Možným rizikem je i nesprávné uchopení role koordinátora na straně obcí, který se stane dalším sociálním pracovníkem bez specifické agendy. Toto riziko by však mělo být minimalizováno dostatečným vymezením kompetencí a požadavků na funkci koordinátora kontrolou jeho činnosti.
- Za potencionální hrozbu lze považovat přílišné zatížení koordinátora administrativní agendou. Předpokládaná náplň práce koordinátora zahrnuje a spočívá především v „praktické“ činnosti s cílovou skupinou a práci v terénu. Plnění administrativních povinností na úkor práce s cílovou skupinou (příp. dalšími aktéry) potírá význam a efektivitu úlohy koordinátora. Riziko lze eliminovat zavedením pozice asistenta pro účely koordinátora.
- Zavedení pozice koordinátora provází navýšení agendy krajů, kterým je svěřena role kontrolního a koordinačního orgánu a povinnost zabezpečení dotační politiky. Toto riziko by však mělo být minimalizováno dostatečným vymezením kompetencí a požadavků na funkci koordinátora kontrolou jeho činnosti.
- Práci koordinátora, zejména vyhledávání potencionálních klientů, by výrazně usnadnil přístup k datům a informacím o osobách se zdravotním postižením, jejichž primárním držitelem je ÚP a které jsou nepřímo zdrojem informací i o pečujících osobách. S ohledem na ochranu osobních údajů je možnost sdílení těchto informací s obcemi/kraji velmi limitovaná, informační deficit navíc mnohdy posiluje ne zcela fungující spolupráce a plynulý informační tok mezi ÚP a obcemi/kraji.

**Grafické znázornění výhod a nevýhod varianty pomocí matice SWOT analýzy:**

| Silné stránky   | Slabé stránky   |
|---|---|
| <p>Obecní úřad je tradičně vyhledávanou, známou a cílovou skupinou běžně navštěvovanou institucí</p> <p>Dobrá dostupnost podpory, koordinátor je blízko cílové skupině a naopak</p> <p>Příznivé podmínky pro výkon terénní práce koordinátora</p> | <p>Navýšení agendy obcí i krajů</p> <p>Potřeba rozsáhlejších legislativních úprav</p> <p>Omezený přístup koordinátora k informacím o osobách se zdravotním postižením, příp. pečujícím osobám</p>                               |
| Příležitosti  | Hrozby  |
| <p>Rozvoj prostoru pro práci s komunitou a komunitní plánování</p> <p>Možnost spolufinancování opatření za přispění samosprávy</p>  | <p>Nedostatečné přesvědčení a nízká motivace některých aktérů k zavedení koordinátora podpory</p> <p>Splynutí agendy koordinátora s agendou sociálních pracovníků obce</p> <p>Zatížení koordinátora administrativní agendou</p> |

## 6.2 Varianta B – Koordinátor podpory jako zaměstnanec Úřadu práce

### *Představení varianty*

Druhou z navrhovaných variant způsobu ustanovení funkce koordinátora podpory je možnost jeho zřízení v rámci kontaktních pracovišť Úřadu práce ČR. Společně s přesunem agendy nepojistných sociálních dávek na ÚP vznikla jeho zaměstnancům i povinnost poskytovat žadatelům o příspěvek na péči příslušné poradenství. Ze zkušenosti pečujících i expertů však vyplývá, že tento model v praxi příliš nefunguje, především ve srovnání se stavem před sociální reformou. Problémy s poskytováním poradenství z důvodu nedostatečné časové kapacity a přetížení ostatními povinnostmi, zmiňovali ve fokusních skupinách i sami zaměstnanci ÚP. Vytvoření funkce koordinátora při kontaktních pracovištích ÚP by tak mohlo suplovat nedostačující poradenskou činnost stávajících pracovníků úřadu.

Podle údajů MPSV z roku 2011 v ČR působí 423 pracovišť Úřadu práce. Na základě analýzy předcházející převedení dávkové agendy z obcí na ÚP naprostá většina z těchto pracovišť splňuje kritérium maximální dojezdové vzdálenosti do 10 km od obcí II. a III. stupně, které byly za vyplácení dávek zodpovědné do té doby (MPSV 2011). Podle těchto údajů lze předpokládat, že ÚP je místně velmi dobře dostupnou institucí a v případě zřízení pozice koordinátora podpory právě na kontaktních pracovištích ÚP nebude cílová skupina v přístupu limitována. Podobně jako obecní úřad v případě varianty A i ÚP pro cílovou skupinu představuje tradiční instituci, kterou má ve zvyku navštěvovat, a to zejména pro získání finanční podpory, která spadá do agendy Úřadu práce.

Pozice koordinátora podpory má mít především terénní charakter, při aktivním vyhledávání svých klientů má v případě této varianty koordinátor zásadní výhodu v přístupu k informacím o příjemcích příspěvku na péči a do evidencí pečujících osob.

### ***Činnosti a kompetence jednotlivých aktérů***

- **MPSV**

Stejně jako v případě varianty A MPSV je formálním iniciátorem procesu zavedení pozice koordinátora a příslušných legislativních změn. Ministerstvo ÚP doporučí/uloží povinnost zřídit funkci koordinátora podpory, vymezí jeho kompetence, stanoví kvalifikační požadavky na zaměstnance, kteří budou nově zřízenou funkci vykonávat, zařadí koordinátora do příslušné platové třídy atd. Dále MPSV zodpovídá za zahrnutí prostředků na financování koordinátora do rozpočtu Úřadu práce. MPSV má od roku 2014 v kompetenci provádění inspekce poskytování sociálních služeb a je zodpovědné za předávání informací z těchto inspekcí koordinátorovi. V neposlední řadě MPSV prostřednictvím příslušného právního aktu explicitně uloží krajům a obcím povinnost spolupráce (v rámci přenesené působnosti) s ÚP v oblasti, kde se překrývá (doplňuje) agenda náležící obcím a koordinátorovi<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> S ohledem na ochranu osobních údajů.



- **Kraje, obce**

Krajům a obcím vzniká povinnost spolupracovat s koordinátorem a dodávat mu ty podklady pro práci, jejichž tvorba spadá do jejich kompetence. V praxi se nejčastěji jedná o informace získané při tvorbě katalogů sociálních služeb, nebo komunitním plánování.

- **Úřad práce ČR**

V kompetenci kontaktních pracovišť Úřadu práce je analýza potřebnosti zřízení funkce koordinátora při jejich úřadu. ÚP k tomuto účelu využívá své datové zdroje, evidenci neformálních pečujících a informace o vyplácení příspěvku na péči, příp. relevantní materiály poskytnuté kraji a obcemi. Na základě stanovení potřebnosti koordinátora (studie – viz výše) dochází k rozhodnutí o zřízení funkce koordinátora a určení počtu potřebných úvazků koordinátora v dané lokalitě. Převedení stávajících zaměstnanců úřadu na novou pozici v situaci nedostatečné personální kapacity ÚP není pravděpodobné - jako nejlepší řešení se jeví obsazení pozice koordinátora nově přijatými zaměstnanci, kteří budou splňovat zákonem stanovené požadavky na výkon funkce. Pozice koordinátora na ÚP spadá pod oddělení nepojistných sociálních dávek, případně se zřizuje zcela mimo dosavadní strukturu ÚP. Druhá varianta má šanci přispět k omezení rizika zatěžování koordinátora činnostmi, které nespádají do jeho kompetencí a k jejichž delegování by mohlo docházet z důvodu zásadní personální poddimenzovanosti Úřadu práce.

Pro činnost koordinátora je velmi podstatná i fungující komunikace a sdílení informací mezi kontaktními pracovišti ÚP a krajskou pobočkou, která realizuje sociální šetření v procesu přiznávání příspěvku na péči. Zabezpečení spolupráce a plynulého toku těchto informací je v gesci Generálního ředitelství ÚP ČR, stejně jako metodické vedení, kontrola činnosti nebo vzdělávání koordinátora

- **MZ a MŠMT**

Mezi relevantní aktéry třeba zahrnout i MZ a MŠMT, jejichž úloha v rámci této varianty je totožná s rolí definovanou pro variantu A, tzn. mají být zapojeni do procesu vymezení kompetencí koordinátora a nastavení obecného rámce pro spolupráci koordinátora s dalšími aktéry, které spadají do působnosti těchto resortů (lékaři a zdravotnická zařízení, vzdělávací instituce, pedagogické poradny apod.) Taktéž lze za vhodné považovat spoluúčast těchto resortů na financování opatření, zejména ze strany MZ.

***Shrnutí – Předpokládané kompetence a odpovědnost jednotlivých aktérů***

| <b>Aktér</b>                       | <b>Aktivita</b>  |
|------------------------------------|--|
| <b>MPSV</b>                        | Definuje povinnost ÚP související se zavedením pozice koordinátora   |
|                                    | Definuje předpoklady pro výkon profese koordinátora podpory  |
|                                    | Iniciuje příslušné legislativní změny  |
|                                    | Definuje povinnost obcí a krajů spolupracovat s ÚP v oblasti příslušné agendy                                  |
|                                    | Poskytovatel finanční podpory  |
|                                    | Předává koordinátorovi informace z inspekcí poskytování sociálních služeb                                      |
| <b>Generální ředitelství ÚP ČR</b> | Metodicky vede, koordinuje a kontroluje činnost koordinátora a spolupráci aktérů v rámci struktury Úřadu práce |

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Krajské pobočky ÚP ČR</b>      | Dodávají koordinátorovi potřebné podklady pro práci  |
| <b>Kontaktní pracoviště ÚP ČR</b> | Zajišťují přijetí zaměstnanců na pozici koordinátora a administrativního pracovníka          |
|                                   | Zajišťují analýzu potřebnosti zřízení pozice koordinátora                                    |
|                                   | Zajišťují provoz kanceláře koordinátora  |
| <b>Obce, kraje</b>                | Dodávají koordinátorovi potřebné podklady pro práci  |
| <b>MZ a MŠMT</b>                  | Spolupracují s MPSV při vymezení kompetencí koordinátora, spoluúčast na financování opatření |

### ***Náklady související se zavedením varianty***

Předpokládané specifické náklady varianty B jsou zejména:

- **Ekonomické:** náklady spojené s finanční podporou na zabezpečení pozice, zejména na straně MPSV a případně MZ nebo MŠMT. Náklady zahrnují mzdové náklady na koordinátora, případně na zřízení kanceláře, její provoz atd.
- **Administrativní:** na úrovni MPSV – ukotvení pozice koordinátora v zákoně, vydání příslušných vyhlášek, nutnost stanovit kompetence koordinátora a přesně vymezit podmínky jeho fungování, na úrovni jednotlivých kontaktních pracovišť ÚP – rekrutace pracovníků na pozici koordinátora a asistenta, na úrovni generálního ředitelství ÚP ČR – příprava a realizace vzdělávání pracovníků na pozici koordinátora.
- **Organizační:** zahrnuje případnou reorganizaci struktury úřadu související se zavedením pozice koordinátora, jedná se zejména o náklady na přijetí nových pracovníků a zajištění jejich vyškolení.

### ***Přínosy a omezení dané varianty***

Zřízení pozice koordinátora na kontaktním pracovišti Úřadu práce přináší řadu výhod, které souvisejí především s dobrým přístupem k datovým zdrojům o pečujících osobách a příjemcích příspěvků na péči. Tato varianta má však rovněž řadu omezení.

#### **Přínosy**

- S koordinátorem podpory na ÚP přichází pečující a opečovávané osoby do kontaktu v souvislosti s vyřizováním příspěvku na péči, v průběhu jeho posuzování nebo jsou koordinátorem přímo kontaktováni. Výhodou varianty je možnost snadno oslovit značnou část cílové skupiny, která přichází s ÚP do kontaktu a bude tak moci být na koordinátora odkázána.
- Velkou výhodou koordinátora jako zaměstnance ÚP je snadný přístup k informacím, které má ÚP k dispozici (evidence pečujících, informace o počtech příjemců příspěvku na péči, sociální šetření atd.), což může jeho práci podstatně usnadnit. Koordinátor díky rychlému přístupu k datům o neformálních pečujících může sám klienty vyhledávat a kontaktovat.
- Lze očekávat, že obce by tento návrh rovněž mohly podpořit, jelikož pro ně znamená minimální zátěž a v případě dobrého fungování koordinátora by mohlo dojít k odlehčení jejich sociálním pracovníkům.

## Rizika a omezení

- V porovnání s variantou A omezení představuje širší místní působnost koordinátora při ÚP než v případě působnosti koordinátora zřízeného při obci. Rizikem je tak nedostatečný přehled o situaci (např. v oblasti služeb) a horší přístup koordinátora k cílové skupině na spravovaném území.
- Zavedení pozice koordinátora přinese další rozšíření kompetencí ÚP, který se dlouhodobě potýká s personálními nedostatky. Navýšení agendy (bez kompenzace lidských zdrojů) pak pocítí především úroveň krajských poboček a vyšší. Na úrovni kontaktních pracovišť (za předpokladu adekvátního stanovení počtu koordinátorů) naopak zavedení nové pozice může znamenat úlevu a navýšení kapacit ostatních zaměstnanců.
- Zavedení pozice koordinátora při ÚP podporuje dvojkolejnost sociální práce s cílovou skupinou. V některých případech může docházet k dublování poradenské činnosti koordinátora a sociálních pracovníků při ÚP, dostupná poskytovaná podpora navíc zůstává roztříštěna mezi dvě instituce. Oba tyto aspekty je možné označit za neefektivní. V případě zřízení pozice koordinátora podpory při ÚP je tato pozice financována primárně z rozpočtu ÚP ČR, který je zcela v kompetenci MPSV. Ekonomické náklady tak ponese hlavně MPSV (příp. MZ nebo MŠMT), odpadá možnost spolufinancování pozice koordinátora samosprávou.
- Riziko rovněž představuje nedostatečný přehled ÚP o spravovaném území.
- Podle expertů a účastníků fokusních skupin a kulatých stolů lze za slabou stránku varianty považovat ne vždy efektivní komunikaci a tok informací mezi ÚP a ostatními aktéry (zejména kraji a obcemi).

## Grafické znázornění výhod a nevýhod varianty pomocí matice SWOT analýzy

| Silné stránky  | Slabé stránky   |
|--|---|
| <p>ÚP je tradičně vyhledávanou, známou a cílovou skupinou běžně navštěvovanou institucí</p> <p>Snadný a rychlý přístup koordinátora k datům o pečujících osobách</p> <p>Varianta nevyžaduje zavedení nového systému financování opatření</p> | <p>Navýšení agendy ÚP na některých úrovních</p> <p>Větší vzdálenost mezi koordinátora a cílovou skupinu vyplývající ze širší místní působnosti koordinátora a počtu klientů na daném území</p> <p>Přetrvává roztříštěnost dostupné podpory mezi dvě instituce</p> <p>Komplikovaná spolupráce ÚP, resp. jeho jednotlivých poboček s ostatními aktéry v rámci regionu</p> |
| Příležitosti   | Hrozby  |
| <p>Odlehčení agendy sociálních pracovníků při obcích</p>   | <p>Neefektivní dublování výkonu činnosti sociálních pracovníků obcí a ÚP</p> <p>Nedostatečný přehled koordinátora o situaci na spravovaném území</p>  |

### 6.3 Varianta C - Koordinátor podpory jako zaměstnanec nově vzniklého centra

#### *Představení varianty*

Dalším možným řešením koordinace podpory výše uvedených cílových skupin je vznik nového centra, jehož smyslem a cílem by bylo propojení veškeré související agendy (sociální, zdravotní a případně i vzdělávací). Nabízí se pak, aby koordinátor podpory, který je definován jako osoba, jež má přehled o možnostech podpory nabízených ve všech uvedených sférách, byl zaměstnancem právě tohoto centra.

Návrh této varianty je inspirován zahraniční praxí, kde podobné systémy koordinované podpory úspěšně fungují (zejména v Německu). Vychází také z aktuálního návrhu podoby koordinované (ucelené) rehabilitace v České republice. Zde se nabízí prostor pro pozdější propojení s navrhovaným konceptem koordinátora podpory, protože oba koncepty mají shodné cíle – poskytování komplexní a ucelené podpory, propojení zdravotní a sociální péče, zajištění včasné a efektivnější pomoci a soustředění informací na jednom místě.

Pokud by koordinátor podpory byl zaměstnancem koordinačního centra<sup>42</sup>, došlo by k jednoznačnému oddělení jejich činnosti a kompetencí od činnosti sociálních pracovníků, což je nespornou výhodou oproti předchozím variantám. Koordinační centrum také umožňuje přirozené propojení zdravotní a sociální (případně i vzdělávací) péče, protože pro nově založenou instituci lze podmínky propojení snáze vymezit. Na konkrétním způsobu propojení všech sfér činnosti by se před vznikem center musela domluvit všechna příslušná ministerstva, tedy Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo zdravotnictví a případně i Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Hlavní odpovědnost by pak převzalo MPSV, popřípadě MZ v závislosti na dohodě o vzájemné spolupráci při zajištění koordinované zdravotně-sociální péče.

Zřizovateli koordinačních center by byly kraje, kterým by tato povinnost byla uložena zákonem. Koordinační centra by pak odpovídala za práci svých zaměstnanců. Ti by měli svá pracoviště jednak přímo v koordinačním centru, současně by však v obcích, které by ležely mimo požadovanou dojezdovou vzdálenost<sup>43</sup> od centra, vzniklo samostatné pracoviště koordinátora. Toto „detašované pracoviště“ by vzniklo ve spolupráci s obcemi a bylo by vytvořeno hlavně proto, aby koordinátor mohl být potřebným osobám co nejbližší a mohl vykonávat svou práci přímo v terénu (např. v domácnostech klientů), což je jedním z jeho důležitých úkolů.

#### **Činnost a kompetence jednotlivých aktérů**

Zapojenými aktéry v případě této varianty jsou: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR, kraje, obce (II. i III. typu) a koordinační centra. V případě budoucího rozšíření aktivit a záběru center se mezi aktéry mohou zapojit: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, zdravotní pojišťovny aj.

<sup>42</sup> Jedná se o prozatímní pracovní označení centra.

<sup>43</sup> Maximální dojezdová vzdálenost by měla být předem jasně stanovena.

- **MPSV ČR a MZ ČR**

MPSV bude spolu s MZ iniciátorem vzniku koordinačních center. MPSV krajům určí povinnost centra zřídit, provozovat a kontrolovat. Současně ministerstvo vymezí, jak velký podíl obyvatel by mělo jedno centrum pokrýt a v jaké nejvyšší dojezdové vzdálenosti by se měla centra nacházet.

MPSV ve spolupráci s MZ vymezí také strukturu pracovníků centra. Těmi budou v první fázi po vzniku centra koordinátoři podpory, popř. administrativní pracovníci (v případě budoucího rozšíření působnosti dále např. lékař, zástupci zdravotních pojišťoven, sociální pracovník, zdravotnický pracovník aj.) Ve spolupráci s MZ pak bude (ve stejné vyhlášce či samostatném prováděcím předpise) vymezeno požadované vzdělání jednotlivých pracovníků, platové zařazení, jejich kompetence, náplň práce, povinnosti, rozsah odpovědnosti, působnost – např. zda bude pracovník pracovat také v terénu či nikoliv (u koordinátora a administrativního pracovníka je práce v terénu předpokládána za podmínek popsaných výše). MPSV s MZ uzavře dohodu o podílu na financování center, přičemž prostředky budou centrům distribuovány prostřednictvím krajů.

- **Kraje**

Kraje jsou z pověření MPSV zřizovatelem a provozovatelem koordinačních center. Kontrolují jejich činnost a přerozdělují přidělené finanční prostředky. Od center (zejména od koordinátora podpory) pravidelně přebírají evidenční údaje o podpořených nebo potřebných osobách, tyto údaje dále zpracovávají a následně podle povahy předávají příslušnému ministerstvu (MPSV nebo MZ).

Kraje dále spolupracují s obcemi při vytvoření detašovaného pracoviště pro koordinátora podpory (případně administrativního pracovníka) v jejich správním obvodu. Toto pracoviště bude v obci založeno v případě, kdy by vzdálenost koordinačního centra neumožňovala navštěvování klientů v domácnostech. Pracoviště jako takové podléhá správě kraje, proto i jeho vytvoření/zařízení budou kraje financovat<sup>44</sup>.

- **Obce**

Obcím je stanovena povinnost spolupracovat s krajskými koordinačními centry a zejména s koordinátorem podpory působícím v jejich správním obvodu. Pravidelná spolupráce pak probíhá mezi koordinátorem a obecními sociálními pracovníky, kteří činnost koordinátora doplňují (provádějí šetření v domácnostech klientů, přijímají žádosti o dávky sociální podpory atd.). Cílem této spolupráce je zajistit potřebným osobám včasnou a kompletní podporu.

- **Koordinační centra**

Jsou zaměstnavateli všech koordinátorů působících v kraji (v případě rozšíření činnosti centra pak i dalších pracovníků uvedených výše). Za výkon práce všech zaměstnanců nesou koordinační centra primární odpovědnost. Zajišťují také potřebné kurzy a semináře, v rámci nichž si koordinátoři rozšiřují odborné vzdělání na požadovaný rozsah. Spolupracují s Úřadem práce při získávání dat o uživatelích relevantních sociálních dávek (např. příspěvku na péči). Forma spolupráce a předávání dat musí být

---

<sup>44</sup> Jedná se pouze o jednorázovou dotaci – veškeré náklady na výkon funkce obou pracovníků (mzdové, cestovné) bude hradit koordinační centrum, které je jejich zaměstnavatelem.

předem jasně stanovena. Centra také spravují centrální evidenci o podpořených osobách a nadřízenému orgánu (kraji) předávají údaje potřebné pro plánování na krajské a centrální úrovni. Charakter těchto údajů bude jasně vymezený v pokynech vydaných krajem, MPSV a MZ.

### ***Shrnutí – Předpokládané kompetence a odpovědnost jednotlivých aktérů***

| <b>Aktér</b>              | <b>Aktivita</b>   |
|---------------------------|---|
| <b>MPSV</b>               | Stanovuje povinnost založit koordinační centrum na úrovni krajů   |
| <b>MPSV a MZ</b>          | Definují strukturu zaměstnanců koordinačního centra. Stanovují a kontrolují metodiku činnosti koordinačních center          |
|                           | Definují požadavky na vzdělávání a kompetence zaměstnanců center  |
| <b>Kraje</b>              | Poskytují dotace na provoz center   |
|                           | Zřizují, provozují a kontrolují jednotlivá centra   |
|                           | Vyhodnocují v centrech shromážděné informace o situaci a potřebách cílových skupin a předávají je jednotlivým ministerstvům |
|                           | Spolupracují s obcemi při vytvoření detašovaného pracoviště pro koordinátora podpory  |
|                           | Financují a nesou odpovědnost za vytvoření detašovaného pracoviště  |
| <b>Obce</b>               | Spolupracují s krajem při vytváření pracoviště pro koordinátora podpory a průběžně s koordinátorem spolupracují             |
| <b>Koordinační centra</b> | Vyhledávají vhodné zaměstnance a nesou za jejich práci primární zodpovědnost  |
|                           | Zajišťují doplnění potřebného vzdělání pro své zaměstnance  |
|                           | Shromažďují informace o situaci a potřebách cílových skupin a předávají je nadřízenému orgánu (kraji)                       |
|                           | Spolupracují s Úřadem práce   |

### ***Náklady související se zavedením varianty***

V případě zavedení této varianty je třeba počítat s vyššími počátečními náklady, které bude třeba vynaložit na zajištění provozu nově vzniklých center. V pozdější fázi by se měly náklady snížit a stabilizovat.

- Administrativní: na úrovni MPSV a MZ - ukotvení koordinačních center v legislativě, vymezení jejich fungování a kompetencí jednotlivých aktérů, vydání potřebných předpisů; na úrovni krajů – vyčlenění pracovníků, kteří budou mít koordinační centrum na starosti, vyhotovení smluv s obcemi (viz výše), vydání dokumentů upravujících fungování centra; v jednotlivých

centrech – výběr a zaškolení provozních pracovníků, koordinátorů a administrativních pracovníků.

- **Technické:** na úrovni krajů – zajištění prostor.
- **Finanční:** na úrovni MPSV a MZ - vyčlenění prostředků na dotace pro kraje určené na provoz center; na úrovni krajů – náklady na zřízení zakládaných center, náklady na dotace pro obce zřizující pracovní místo pro koordinátora podpory a administrativního pracovníka.
- **Organizační:** na úrovni krajů – náklady spojené se zařízením koordinačního centra a náklady spojené s jeho provozováním; na úrovni koordinačních center – náklady spojené s přijetím a vyškolením zaměstnanců; na úrovni obcí – náklady spojené s vytvořením pracovního místa pro koordinátora a administrativního pracovníka.

### ***Přínosy a omezení varianty***

Zavedení zcela nového konceptu může být spojeno nejen s vyššími finančními náklady, ale také s nečekanými či těžko odhaditelnými komplikacemi (nedůvěra ze strany zaměstnanců i klientů apod.). Proto je třeba hodnotit přínosy této varianty z dlouhodobého hlediska, kdy se teprve může spolehlivě projevit, jestli koncept přináší požadované efekty.

### ***Přínosy***

Očekávané přínosy v případě této varianty jsou:

- Možnost rozšíření konceptu a jeho propojení s dalšími potřebnými opatřeními, např. s konceptem ucelené rehabilitace. Došlo by k potřebnému propojení zdravotní a sociální péče, čímž by bylo dosaženo lepší spolupráce sociální sféry např. s lékaři a nemocnicemi.
- Prostor pro propojení zdravotní a sociální agendy ve vztahu k podpoře, dávkám a službám pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Centra by tak představovala možnost řešení jednoho z dlouhodobých problémů českého systému poskytování sociální a zdravotní péče uvedeným skupinám obyvatel.
- Jednoznačné oddělení pracovní náplně a působení koordinátora podpory a sociálních pracovníků. Splynutí koordinátora podpory s pozicí sociálního pracovníka bylo definováno jako jedno z možných rizik jeho zavedení.
- Možnost spolufinancování koordinátora (a poskytované péče) různými subjekty – zátěž by neneslo pouze MPSV.

### ***Rizika a omezení***

Některá rizika, která tato varianta přináší, byla zmíněna již výše. Další definovaná rizika jsou následující:

- Nedostatečně vymezené kompetence jednotlivých aktérů. Zejména u nově vzniklé instituce je potřeba do důsledku vymezit, kdo co vykonává a kdo za to (a komu) odpovídá.
- Příliš komplikovaná a nepřehledná organizační struktura. Ta je rizikem opět proto, že jsou do systému zapojeni různí aktéři na různých úrovních řízení.
- Nedostatečná spolupráce jednotlivých aktérů. Varianta předpokládá spolupráci aktérů na několika různých úrovních (od vzájemné spolupráce ministerstev na nejvyšší úrovni řízení po spolupráci koordinátora s obcemi na úrovni nejnižší). Rizikem je zde také výměna dat a

kommunikace s Úřadem práce. Pokud nebude spolupráce jednotlivých aktérů přesně vymezená neb nebude fungovat, odrazí se to na funkčnosti a efektivitě celého systému.

- Příliš velká vzdálenost koordinačních center od některých obcí. I v případě, že koordinátor bude působit na detašovaném pracovišti, může být vzdálenost center na překážku. Bude komplikovat činnost jak samotnému koordinátorovi, tak jeho klientům, na které může mít zásadní dopad. Platí zde, že v určitých situacích může být pomoc poskytnutá přímo v centru efektivnější, snazší a rychlejší (zejména v případě rozšíření jeho činnosti pracovníky z jiných oborů). Toto riziko by proto mělo eliminovat jednoznačné stanovení toho, v jaké vzdálenosti se budou jednotlivá centra a detašovaná pracoviště nacházet.
- Finanční nákladovost realizace varianty.
- Určitá nepřehlednost systému podpory a jeho roztržitost. Pokud by nedošlo k celkové reorganizaci, museli by lidé hledající podporu docházet na tři různá místa (koordinační centrum, obecní úřady a ÚP).
- Nedůvěra občanů k neznámému a nevyzkoušenému systému. Při vhodném nastavení by však měla postupně vymizet.

#### **Grafické znázornění výhod a nevýhod varianty pomocí matice SWOT analýzy**

| <b>Silné stránky</b>  | <b>Slabé stránky</b>  |
|---|---|
| Zajištění potřebného propojení zdravotní a sociální péče a agendy<br><br>Jednoznačné oddělení pracovní agendy koordinátora a sociálních pracovníků  | Komplikovaná organizační struktura<br><br>Finanční nákladnost varianty<br><br>Roztržitost systému podpory (při zachování současného stavu rozdělení související agendy)                             |
| <b>Příležitosti</b>   | <b>Hrozby</b>   |
| Dosažení lepší spolupráce sociální sféry a aktérů z oblasti zdravotnictví (zejména lékařů a nemocnic)<br><br>Možnost spolufinancování koordinátora různými subjekty (např. Ministerstvem zdravotnictví) | Nedostatečné vymezení kompetencí jednotlivých aktérů a s ním související jejich nedostatečná vzájemná spolupráce<br><br>Nevhodně stanovená vzdálenost koordinačních center a detašovaných pracovišť |

## **6.4 Varianta D – Navýšení počtu a kapacity sociálních pracovníků obcí**

### **Představení varianty**

Tato varianta byla vytvořena v reakci na výstupy vzešlé z kulatých stolů, zejména na výroky expertů týkající se rozdílů ve výkonu činnosti sociálního pracovníka a zamýšlené pracovní náplně koordinátora podpory.

Návrh pracuje nikoliv s myšlenkou zavedení nové specializované pozice koordinátora, nýbrž navrhuje navýšení stávajícího počtu sociálních pracovníků působících v rámci přenesené působnosti při obcích II. a III. typu. Argumenty hovořící pro tuto variantu opatření jsou následující:



- Náplň činnosti sociálního pracovníka (jak je vymezena zákonem, příp. dalšími dokumenty) se neliší od předpokládané náplně činnosti koordinátora podpory. Agendy obou pozic se z velké části překrývají<sup>45</sup>, stejně jako předpoklady a kompetence (formální kvalifikace) sociálního pracovníka a koordinátora pro zabezpečení a výkon takové agendy.
- Problém diskrepance mezi podporou očekávanou (potřebnou, požadovanou) pečujícími osobami a podporou jim poskytovanou sociálními pracovníky a její nedostatečná koordinace je důsledkem poddimenzovaného počtu sociálních pracovníků. Objem agendy (počet klientů) připadající na jednoho pracovníka mnohdy neodpovídá jeho reálným kapacitám (resp. převyšuje je) a neposkytuje mu čas a prostor pro práci s klientem v požadované/potřebné míře a intenzitě. Navýšením počtu sociálních pracovníků dojde k rozproštění agendy mezi více osob a tím pádem i k navýšení kapacit jednotlivých sociálních pracovníků.

Celkový počet nově zřízených pozic sociálních pracovníků by však měl korespondovat s reálnými potřebami obce a měl by být adekvátně odůvodněn (např. analýzou potřebnosti rozšíření počtu pozic v rámci působnosti obce).

### **Činnost a kompetence jednotlivých aktérů**

Předpokládanými aktéry zapojenými v procesu navýšení počtu a kapacity sociálních pracovníků jsou: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV ČR), kraje a obce, resp. krajské a obecní úřady obcí II a III. typu.

- **MPSV ČR**

Role MPSV spočívá především v poskytnutí finančních prostředků (příspěvků na výkon sociální práce ze státního rozpočtu) na zabezpečení nových pozic, které jsou směrem k obcím dále distribuovány prostřednictvím krajů a příp. v úpravě (rozšíření) limitů stanovujících maximální počet sociálních pracovníků na obec. Finanční podporu na zřízení pozic lze chápat jako nezbytnou součást opatření s ohledem na motivaci obcí ke zřízení pozic a související náklady. Navýšení počtu sociálních pracovníků obcí se projeví i navýšením agendy krajů. Za vhodné lze proto považovat poskytnutí finanční podpory, která bude kompenzovat náklady vzniklé tímto navýšením, také krajům.

- **Kraje**

Jako tradiční kontrolní orgán výkonu přenesené působnosti obcí zastávají kraje, resp. krajské úřady roli kontrolního a metodického orgánu výkonu sociální práce na obcích a přerozdělují obcím finanční prostředky určené na výkon přenesené působnosti. Navýšením počtu sociálních pracovníků obcí dojde i k navýšení objemu agendy krajů, spojené s kontrolou, koordinací a financováním obcí. To může vyžadovat personální posílení příslušných odborů/oddělení krajských úřadů.

---

<sup>45</sup> Podle některých účastníků kulatých stolů jsou agendy „duplicitní, z 90% stejné“ (Tomášková et al. 2015).

- **Obce II. a III. typu**

Obce jako takové nesou za výkon sociálního pracovníka primární odpovědnost. Obce realizují analýzu potřebnosti navýšení počtu sociálních pracovníků, která umožní lépe stanovit optimální počet potřebných pozic.

**Shrnutí – Předpokládané kompetence a odpovědnost jednotlivých aktérů**

| Aktér                | Aktivita  |
|----------------------|---|
| MPSV                 | Upravuje metodiky (včetně provedení analýz potřebnosti), jimiž se stanovuje počet sociálních pracovníků na obec |
|                      | Poskytuje finanční podporu  |
|                      | Přerozdělují finančních podporu   |
| Obce II. a III. typu | Realizují analýzu potřebnosti navýšení počtu sociálních pracovníků  |
|                      | Nesou primární odpovědnost za působení sociálních pracovníků  |

**Náklady související se zavedením varianty**

Předpokládané související náklady jsou povahy zejména:

- Ekonomické: náklady spojené s finanční podporou na zvýšení počtu pracovních pozic, zejména na straně MPSV. Jde o finanční náklady reflektující a kompenzující navýšení agendy úřadů obcí a krajů.
- Administrativní: náklady zejména na straně MPSV. Zahrnují především úpravu limitů pro počet sociálních pracovníků, příp. na straně obcí provedení studie potřebnosti.
- Organizační: zahrnuje náklady typu zajištění pracovních prostor, reorganizace agendy (přerozdělení klientů mezi pracovníky), realizace výběrového řízení apod.

**Zhodnocení přínosů a omezení**

**Přínosy**

Mezi specifické přínosy (výhody) této varianty lze zařadit následující:

- Pozice sociálního pracovníka je zavedeným institutem, o jehož existenci panuje široké povědomí ve společnosti. Nevzniká potřeba informovat společnost o existenci nové pozice, vysvětlit její účel a „naučit“ cílovou skupinu tento institut využívat.
- Varianta návrhu není novým systémovým opatřením, nýbrž pracuje se stávajícím nástrojem podpory a uvažuje pouze jeho rozšíření. Potřeba a očekávané množství legislativních změn je proto minimální. Lze tak v porovnání s návrhem zavedení pozice koordinátora a jeho jednotlivými variantami předpokládat rychlejší zavedení opatření v praxi.

- Zvýšení počtu sociálních pracovníků se pozitivně dotkne nejen neformálních pečovateli, ale všech skupin, na které cílí sociální práce i samotných sociálních pracovníků (optimalizace individuální zátěže pracovníků).

Celkové očekávané náklady na navýšení počtu sociálních pracovníků jsou nižší než v případě předcházejícího návrhu a jeho jednotlivých variant.

### Rizika a omezení

Mezi možná omezení a rizika varianty lze zařadit následující:

- Dojde pouze k odstranění dílčích nedostatků současného systému, koordinace podpory se však reálně nezvýší, protože náplň práce sociálních pracovníků se s náplní práce koordinátora nepřekrývá ve všech potřebných aspektech.
- Pozornost bude věnována samotnému posílení kapacit sociálních pracovníků, koordinovaná podpora zůstane stranou pozornosti.
- Jak vyplynulo z vlastního výzkumu, společenský kredit sociálních pracovníků není vysoký a výkon sociální práce veřejnou správou je zatížen negativními stereotypy. Lidé často nevnímají sociální pracovníky jako zdroj podpory (spíše naopak), nemají k nim dostatečnou důvěru, nejsou přesvědčení o jejich kompetentnosti a raději vyhledávají pomoc jinde (např. v neziskovém sektoru).
- Varianta explicitně neřeší problém nedostatečné propojenosti sociální a zdravotní dimenze poskytované podpory.

### Grafické znázornění výhod a nevýhod varianty pomocí matice SWOT analýzy

| Silné stránky  | Slabé stránky   |
|--|---|
| <p>Zavedenost institutu sociálního pracovníka ve společnosti</p> <p>Malá potřeba legislativních úprav pro realizaci varianty</p> <p>Nízké celkové náklady v porovnání s návrhem zavedení pozice koordinátora a jeho jednotlivých variant</p> | <p>Koordinace a komplexnost podpory se reálně nezmění, protože sociální pracovníci nemohou obsáhnout potřebný záběr a nemají shodné znalosti a kompetence jako koordinátor</p> <p>Varianta neřeší otázku propojenosti sociální a zdravotní dimenze poskytování podpory</p>  |
| Příležitosti   | Hrozby  |
| <p>Přesah opatření i na další cílové skupiny sociální práce</p> <p>Snížení individuální zátěže sociálních pracovníků lze chápat i jako prevenci syndromu vyhoření</p>  | <p>Nízký společenský kredit sociálních pracovníků</p> <p>Neochota změnit současný způsob práce a přístup k problematice, změna se pak na situaci pečujících rodin vůbec nemusí projevit</p> <p>Nedostatečné navýšení kapacity pracovníků, které může mít za následek, že se jejich přetížení odstraní nedostatečně nebo vůbec</p> |

## 6.5 Zhodnocení jednotlivých variant a doporučení pro realizaci

Mezi účastníky fokusních skupin ani mezi účastníky kulatých stolů se neobjevily pochyby o tom, že by nebylo nutné systémově řešit koordinovanou podporu. Na tom, že systémové zajištění a ucelenost podpory zcela chybí, se jednoznačně shodovali. Jak již bylo zmíněno v úvodu kapitoly, významnou otázkou, která se v průběhu kulatých stolů objevila a která zásadně ovlivnila výsledné návrhy na ustanovení koordinátora podpory, bylo, zda by předpokládanou činnost nemohli či neměli vykonávat současní sociální pracovníci. Proto byla mezi tři původně navrhované varianty ustanovení koordinátora podpory doplněna alternativní varianta kalkulující s posílením kapacity a kompetencí sociálních pracovníků.

Vyšlo tak najevo, že existují dva vhodné přístupy k posílení koordinované podpory pečujících rodin a osob odkázaných na péči: zavedení koordinátora podpory a posílení kapacity sociálních pracovníků. Nelze však jednoznačně říci, že by u účastníků kulatých stolů podpora jednoho z uvedených přístupů výrazně převažovala. Oba měly výrazné zastání a zastánci každého uváděli pádné argumenty pro a proti. Zároveň zde platí, že se oba přístupy navzájem nevylučují – posílení kapacity sociálních pracovníků může být potřebným opatřením i v případě zavedení koordinátora podpory, v tomto případě však bude pravděpodobně dostačující posílit kapacity sociálních pracovníků v mnohem menším rozsahu, protože za ně část agendy koordinátor převezme.

Pokud jde o zhodnocení původních tří variant týkajících se ustanovení koordinátora podpory, za nejvhodnější k realizaci byla doporučena varianta A – Koordinátor jako zaměstnanec obce<sup>46</sup>. Hlavním důvodem byla dobrá místní dostupnost koordinátora podpory a jeho začlenění do již existujících a fungujících struktur. Naopak varianta B – Koordinátor jako zaměstnanec ÚP byla považována za nejméně vhodnou pro realizaci. Ačkoliv ÚP disponuje údaji potřebnými pro výkon funkce koordinátora, je považován za instituci, jejíž činnost je zaměřena na odlišný typ agendy. Pozitivnímu hodnocení této varianty neprospívá ani aktuální přetíženost pracovníků Úřadu práce. Varianta C – Koordinátor jako zaměstnanec nově vzniklého centra skýtá podle účastníků diskusí zajímavý prostor pro propojení zdravotní a sociální péče, dostupnost podpory zde však byla oproti variantě A hodnocena jako nižší.

Z výzkumu původně zaměřeného na možnosti a význam ustanovení pozice koordinátora podpory tedy jednoznačně vyplynulo, že je nezbytně nutné posílit koordinovanou podporu určenou pečujícím rodinám a osobám odkázaným na péči. Důraz by přitom měl být kladen na její komplexnost. K dosažení tohoto cíle lze doporučit dvě z variant představených výše v textu: variantu A, která by znamenala ustanovení pozice koordinátora podpory jako zaměstnance obce, a variantu D, v rámci které by došlo k posílení kapacity a kompetencí sociálních pracovníků. Každá varianta přináší určitá pozitiva a rizika, nicméně obě mohou významně podpořit osoby, které péči potřebují nebo poskytují.

---

<sup>46</sup> S podrobným hodnocením jednotlivých variant seznamuje Závěrečná zpráva z kulatých stolů – Zhodnocení návrhů na ustanovení pozice koordinátora podpory (Tomášková et al. 2015).

## 7 Závěr

Nápad na ustanovení pozice koordinátora podpory vznikl ještě dříve, než projekt Podpora neformálních pečovatелů, jehož součástí je také tato studie. **Zavedení této role je už delší dobu určitými aktéry** (zejména experty zabývajícími se seniory a osobami se zdravotním postižením a neformálními pečovateli) **považováno za účinný a potřebný způsob podpory osob, které potřebují trvalou a dlouhodobou péči jiného člověka a současně osob, které tuto péči poskytují**. Protože ale dosud nebyla potřeba koordinátora podpory uchopena komplexně a systémově, a protože velmi úzce souvisí s podporou neformální péče, stala se jednou z významných otázek, na které jsme v projektu hledali odpověď.

**Při zkoumání potřebnosti role koordinátora a možností jeho zavedení jsme využili různé metody sběru informací:** v první fázi desk research (studium existujících materiálů věnujících se otázce působení koordinátora), následně byly realizovány fokusní skupiny s experty a pečujícími osobami a v poslední fázi, kdy už byly zpracovány vlastní návrhy, ještě kulaté stoly s odborníky. **To vše mělo dva stěžejní cíle: ověřit nejprve smysl a potřebnost ustanovení role koordinátora, a pokud by se jeho potřebnost potvrdila, navrhnout konkrétní podobu této pozice tak, aby její zavedení skutečně účinně podpořilo osoby, kterých by se činnost koordinátora měla týkat.**

Potřebnost a samotný význam role koordinátora jsme ověřovali nejprve metodou tzv. desk research, kdy jsme analyzovali způsoby zajištění koordinované podpory neformálních pečovatелů a jejich rodin ve vybraných zahraničních státech. Současně jsme – díky účasti na konferencích a navázané spolupráci s různými českými neziskovými organizacemi – získali podklady již existujících návrhů na zavedení koordinátora podpory či jemu obdobné pozice, které jsme zhodnotili s ohledem na jejich reálnou uplatnitelnost a slučitelnost s naší vlastní představou o úloze koordinátora podpory. Získané informace o podobě koordinované podpory v zahraničí a existující návrhy týkající se koordinátora podpory či koordinovanou podporu v České republice jsme představili v kapitole 3. Z ní vyplývá, že **koordinovaná podpora pečujících rodin je obecně považována za velmi potřebnou, v ČR však (oproti jiným evropským státům) není zatím příliš rozvinuta.**

Skrze tyto poznatky jsme si vytvořili první rámcové představy o významu role koordinátora. Zároveň bylo ověření potřebnosti a významu koordinátora podpory zahrnuto také do scénáře fokusních skupin s experty a pečujícími osobami. Ty byly realizované v rámci KA 01 s cílem získat hlubší poznatky o situaci a aktuálních problémech neformálních pečovatелů. **Fokusní skupiny přinesly zásadní zjištění o tom, jak koordinovaná podpora funguje v praxi ČR, kde jsou její rezervy a jak by podle účastníků diskusí fungovat měla.** Poznatky získané v rámci fokusních skupin byly zpracovány a zahrnuty také do kapitoly 3, která tak ucelenou formou představuje všechny podklady, které jsme v rámci fáze ověřování potřebnosti koordinátora podpory získali. Skrze desk research a v rámci realizovaných fokusních skupin se potřeba koordinátora a jeho význam při podpoře neformální péče potvrdily. **Účastníci poukazovali na roztržitost a nepřehlednost systému podpory osob odkázaných na péči a pečujících rodin a zdůrazňovali vysoký význam jejich podpory zejména v počátcích péče, ale i kontinuálně v jejím průběhu. Systematická podpora by pečujícím rodinám usnadnila situaci v mnoha směrech, samotným výkonem péče počínaje a možností setrvání na trhu práce konče.**

**Před samotným vypracováním návrhů na zlepšení koordinované podpory a ustanovení koordinátora podpory jsme ještě provedli tzv. rychlou analýzu aktérů, která nám pomohla identifikovat a charakterizovat všechny aktéry, kteří jsou (nebo by byli) v procesu ustanovení koordinátora podpory a zlepšení koordinované podpory významněji zapojeni.** Úlohu těchto aktérů jsme zhodnotili z různých hledisek, sledovali jsme zejména jejich postoj k zavedení role koordinátora a jejich zájem a moc se na tomto procesu podílet. Analýza aktérů, včetně jejích výsledků, tvoří kapitolu 4, která tak nabízí ucelený přehled o tom, kdo a jakým způsobem se může na řešení situace podílet.

**Vypracování konkrétních návrhů na vymezení role a činnosti koordinátora podpory bylo následujícím krokem. Návrhy představené v kapitole 5 byly vždy formulovány se zřetelem na jejich smysluplnost a realizovatelnost.** Po vypracování byly všechny návrhy diskutovány v rámci realizovaných kulatých stolů a do finální podoby byly upraveny na základě vyjádření účastníků diskusí. Obsahem těchto návrhů je např. výsledné pojetí a cílové skupiny koordinátora, náplň práce koordinátora jeho požadované vzdělání nebo vymezení jeho role vůči činnosti sociálních pracovníků, které se ukázalo být natolik nejednoznačnou otázkou, že bylo třeba vypracovat alternativní variantu ke třem původně navrhovaným variantám ustanovení pozice koordinátora podpory. Tato varianta vznikla právě na základě podnětů účastníků kulatých stolů.

**Realizace kulatých stolů proto představovala pro zhodnocení vypracovaných návrhů velký přínos. V průběhu diskusí vyšlo najevo, že část odborné veřejnosti nepovažuje ustanovení koordinátora podpory za potřebné opatření.** Zastánci tohoto pohledu poukazovali na to, že činnost, kterou by měl koordinátor zastávat, vykonávají nebo by měli vykonávat sociální pracovníci. Příčinu problému spatřovali proto spíše v nedostatečné kapacitě a trvalému přetížení sociálních pracovníků. Jiní účastníci diskusí však funkci koordinátora chápali odlišně a jeho zavedení plně podporovali. **Proto byly na základě výstupů z kulatých stolů vypracovány čtyři finální návrhy týkající se možnosti ustanovení koordinátora podpory.** První tři se věnují otázce ustanovení koordinátora podpory buď při obcích, při Úřadu práce nebo jako zaměstnance nově vzniklého centra, které by bylo možné sloučit se záměrem ustanovení tzv. center koordinované (ucelené) rehabilitace. Z těchto původních tří variant byla účastníky kulatých stolů pro realizaci doporučena varianta A (koordinátor jako zaměstnanec obce). Jako vhodná pro realizaci však byla jinými účastníky označena také doplněná varianta D, která počítá s možností posílení kapacity sociálních pracovníků tak, aby mohli poskytovat potřebnou podporu. Všechny varianty jsou podrobně představeny v kapitole 6. Součástí je také zhodnocení jejich přínosů, omezení a předpokládaného vlivu na odstranění problému, jímž je nedostatečná a neucelená podpora neformálních pečovatелů a osob odkázaných na jejich péči.

**V průběhu práce na studii o možnostech ustanovení koordinátora podpory se tedy ukázalo, že možností, jak dosáhnout zlepšení situace v poskytování a vyživání neformální péče, je víc. Ustanovení koordinátora podpory je jednou z nich. Z provedené analýzy možností jeho ustanovení však vyplynul jeden velmi důležitý poznatek: nedostatečná podpora neformálních pečovatелů a osob odkázaných na péči a zejména nekomplexnost a nesystémovost této podpory je odbornou veřejností i pečujícími osobami vnímána jako velmi závažný problém.** Zřejmě jde o problém ještě závažnější, než bylo možné při zahájení projektu Podpora neformálních pečovatелů předpokládat. Je proto žádoucí podpořit jeho odstranění, ať už skrze koordinátora podpory či jiné vhodné opatření.

## 8 Zdroje

BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES. *Soziale Sicherung im Überblick 2014*. Bonn, 2014, 226 s. Dostupné z: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a721-soziale-sicherung-gesamt.pdf;jsessionid=060861D95C85838AC5E69B0D7FD35921?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen-DinA4/a721-soziale-sicherung-gesamt.pdf;jsessionid=060861D95C85838AC5E69B0D7FD35921?__blob=publicationFile)

ČESKO. Předpis č. 131/2000 Sb. ze dne 17. 5. 2000 o hlavním městě Praze. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 39, s. 131 - 133. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=131/2000%20&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=131/2000%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 Sb. ze dne 09. 02. 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2005, částka 20, s. 490 -502. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=73/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=73/2005&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 31. 3. 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 107 - 114. Dostupný také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 128/2000 Sb. ze dne 12. 04. 2004 o obcích (obecním zřízení). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 38, s. 1737 - 1764. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=128/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=128/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

ČESKO. Zákon č. 129/2000 Sb. ze dne 12. 04. 2000 o krajích (krajském zřízení). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 38, s. 1765 - 1782. Dostupné také z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=128/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo\\_zakona\\_smlouvy](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=128/2000&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy)

DICK, B. Stakeholder analysis. 1997. [On line]. Dostupné z [http://www.uq.net.au/action\\_research/arp/stake.html](http://www.uq.net.au/action_research/arp/stake.html)

DURDA, Lukáš. *Analýza procesu tvorby a realizace lékové politiky v České republice*. Praha: IZPE, 2003. Dostupné z: <http://www.izpe.cz/files/vysledky/82.pdf>

GEISLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ, Kamila SVOBODOVÁ a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie - Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015a.

GEISLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Návrh politiky na podporu neformálních pečovatелů*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015b.

GEISLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ, Jiří SCHLANGER a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015c.

GEISLER, Hana, Anežka HOLEŇOVÁ, Terezie HOROVÁ, Daniel JIRÁT, Dagmar SOLNÁŘOVÁ a Vladimíra TOMÁŠKOVÁ. *Závěrečná zpráva z fokusních skupin*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015d.

GOODWIN, Nick, Anna DIXON, Geoff ANDERSON a Walter WODCHIS. *Providing integrated care for older people with complex needs: Lessons from seven international case studies*. [online]. 2014 [cit. 2014-07-03]. DOI: 978 1 909029 163. Dostupné z: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/providing-integrated-care-older-people-complex-needs>

HOVLAND, Daniel START and INGIE. *Tools for policy impact: a handbook for researchers* [online]. London: Overseas Development Institute, 2004 [cit. 2015-03-11]. ISBN 08-500-3741-7. Dostupné z: <https://www.ndi.org/files/Tools-for-Policy-Impact-ENG.pdf>

KALCOVSKÁ, Renata. ET AL. *Koordinátor podpory: Návrh systémového řešení v oblasti sociální, s přesahem do oblasti zdravotnictví a školství*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: [https://attachment.fsbx.com/file\\_download.php?id=335480329986616&eid=ASsE2Vx\\_yf8SVo0oSEI f4Bt1g14xtM4AAs2uneaPE\\_J5LoBCIkzZloA9TuzDdx3PYwI&inline=1&ext=1426077431&hash=ASsLkfb FQnb-RgIH](https://attachment.fsbx.com/file_download.php?id=335480329986616&eid=ASsE2Vx_yf8SVo0oSEI f4Bt1g14xtM4AAs2uneaPE_J5LoBCIkzZloA9TuzDdx3PYwI&inline=1&ext=1426077431&hash=ASsLkfb FQnb-RgIH)

KALVACH et al., Zdeněk. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Ostrava.: Diakonie ČCE, 2014. ISBN 978-80-87953-08-2. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/ruzne/vysla-nova-publikace-na-tema-komunitnich-zdravotne-socialnich-sluzeb/>

KING'S FUND. [online]. 2014 [cit. 2014-06-27]. Dostupné z: <http://www.kingsfund.org.uk>

KOTRUSOVÁ, Miriam, Karolína DOBIÁŠOVÁ a Jitka HOŠŤÁLKOVÁ. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*. Fórum sociální politiky. 2013, č. 6. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP\\_2013-06.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf)

LJUNGGREN, Gunnar a Thomas EMILSSON. *The role of informal care in long-term care: National Report Sweden*. Stockholm: Interlinks, 2009. Dostupné z: [http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5\\_SE\\_final\\_06.pdf](http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_SE_final_06.pdf)

MEZIRESORTNÍ SKUPINA. *Teze právní úpravy koordinace rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 31. 10. 2013, 29 s. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1127-informace-c-1-2014.html>

MPSV. Agendy a územní působnost Úřadu práce ČR. Praha, 2011. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11592/pusobnost\\_UP.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11592/pusobnost_UP.pdf)

MŠMT. *Národní akční plán inkluzivního vzdělávání: Přípravná fáze*. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2014. Dostupné z: [http://www.vzdelavani2020.cz/images\\_obsah/dokumenty/knihovna-koncepci/napiv/napiv.pdf](http://www.vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/knihovna-koncepci/napiv/napiv.pdf)

NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (TRASS). *Příspěvek k situaci osob pečujících o osoby s mentálním, kombinovaným a tělesným postižením a o osoby s poruchami autistického spektra: Studie potřeb lidí mimo ústavy*. Praha: MPSV, 2013. Dostupné z:



<http://www.trass.cz/Download.aspx?param=T2lkOmk6OTE0Mzw/JSQKDT5GaWxlSWQ6aTo5MTQ0PD8lJAoNPkNyYzpzOjM3NzEzNzI1MTg1Nzg5NDYzNzI0Zjk0NTRIMjU3ODk4YzUwNWU4M2QyZDRhNzEwNWlzMzw/JSQKDT5UeXBIOmM6Q29udGVudDw/JSQKDT5NZXR0b2Q6czpJbmxpbmU8PyUkCg0%2b>

PORTAL DE DEPENDENCIA. PORTAL DE DEPENDENCIA [online]. 2014 [cit. 2014-12-08]. Dostupné z: [http://www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm)

PORTAL OPS. PL. Portal OPS.PL: Pierwszy Portal Pomocy Społecznej [online]. 2015 [cit. 2015-01-08]. Dostupné z: <http://ops.pl/>

POTŮČEK, Martin. *Sociální politika*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakl., 1995, 142 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 7. ISBN 80-858-5001-X.

RYTMUS - OD KLIENTA K OBČANOVÍ, o.p.s. *Co přinesl seminář Koordinátor podpory?*. Praha, 2014a, 3 s.

RYTMUS - OD KLIENTA K OBČANOVÍ, o.p.s. *Textový doprovod semináře Koordinátor podpory*. Praha, 2014b, 4 s.

RYTMUS - OD KLIENTA K OBČANOVÍ, o. p. s. [online]. © 2009 [cit. 2015-01-07]. Dostupné z: <http://www.rytmus.org/home>

START, D. and HOVLAND, I. (2004): *SWOT Analysis, Tools for Policy Impact: A Handbook for Researchers*. Overseas Development Institute. [http://www.odi.org.uk/rapid/tools/toolkits/Policy\\_Impact/SWOT\\_analysis.html](http://www.odi.org.uk/rapid/tools/toolkits/Policy_Impact/SWOT_analysis.html)

TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra, Dagmar SOLNÁŘOVÁ, Anežka HOLEŇOVÁ a Terezie HOROVÁ. *Závěrečná zpráva z kulatých stolů – Zhodnocení návrhů na ustanovení pozice koordinátora podpory*. Praha: Fond dalšího vzdělávání, 2015.

VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA (EDS.). *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-75-5.

UNIE PEČUJÍCÍCH. *Unie pečujících z.s: otevřená komunita jednotlivců i zástupců právnických osob, kteří se chtějí podílet na podpoře pečujících osob*. [online]. 2015 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: <http://uniepecujicich.info/>

ZŠ PRAKTICKÁ A ZŠ SPECIÁLNÍ ZLÍN. Koordinátor péče o děti s autismem. *ZŠ praktická a ZŠ speciální Zlín* [online]. 2015 [cit. 2015-03-11]. Dostupné z: [http://www.skola-spc.cz/?page\\_id=137](http://www.skola-spc.cz/?page_id=137)