



Nastavení systému spolupráce a podpory neformálních pečujících s pečovatelskou službou jako záruka setrvání v domácím prostředí

Závěrečná evaluační zpráva



Název projektu: Nastavení systému spolupráce a podpory neformálních pečujících s pečovatelskou službou jako záruka setrvání v domácím prostředí

Registrační číslo: CZ.03.02.02/00/22_027/0001239

Realizátor: Institut sociální práce, z. s., IČ:04323882
www.zitdoma.cz | www.institutsocialniprace.cz

Evaluační pracovník: Mgr. Vladimíra Tomášková

Odborný garant projektu: PhDr. Jakub Čtvrtník, MBA

Projekt byl spolufinancován Evropskou unií.



OBSAH

Manažerské shrnutí	2
1. Stručný popis projektu a klíčových aktivit, které byly předmětem evaluace.....	3
2. Design a metodologie evaluace	5
3. Výsledky sběru dat	8
4. Závěry evaluace a doporučení	27
5. Seznam zdrojů.....	30
6. Přílohy	31
Příloha 1: Evaluační matice	31
Příloha 2: Dotazník pro poskytovatele zapojených pečovatelských služeb	33
Příloha 3: Karta potřeb neformálního pečujícího	36
Příloha 4: Informační leták o sdílené péči pro Prahu 3.....	38
Příloha 5: Informační list – příklad.....	39
Příloha 6: Vývoj počtu obyvatel na území MČ Praha 3 a Praha 8	40

Manažerské shrnutí

Projekt Nastavení systému spolupráce a podpory neformálních pečujících s pečovatelskou službou jako záruka setrvání v domácím prostředí se zaměřil na systém poskytování sdílené péče a podpory neformálních pečujících ze strany pečovatelských služeb, které do něj byly zapojeny. Jednalo se o vybrané poskytovatele pečovatelských služeb působících na území městské části Praha 3 a Praha 8.

V první kapitole jsou stručně představeny **východiska a cíle projektu a klíčové aktivity**, na které byla evaluace zaměřena. Jednalo se celkem o následujících pět aktivit: nastavení podmínek pro poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících v pečovatelských službách, nastavení a úprava předpisů poskytovatelů pečovatelských služeb, rozhovory s uživateli pečovatelských služeb a neformálními pečujícími, nastavení a úprava pravidel pro poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících u MČ Praha 3 a 8 a tvorba Metodiky spolupráce a podpory neformálních pečujících.

Druhá kapitola představuje **design a metody evaluace**, včetně tří evaluačních otázek. Ty se týkají uživatelů pečovatelských služeb a neformálních pečujících (EQ2: Umožní nový model podpory uživatelům služby setrvat v domácím prostředí a neformálním pečujícím dlouhodobě péči zajišťovat?), poskytovatelů pečovatelských služeb (EQ1: Jak jsou zapojené pečovatelské služby připravené a schopné zajišťovat sdílenou péči podporu neformálním pečujícím?) i zřizovatelů pečovatelských služeb (EQ3: Podporují zadavatelé sociálních služeb stanovenými kritérii a požadavky pro fungování sociálních služeb poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících?).

Byla zvolena jak formativní, tak sumativní evaluace, která byla v hodnocení dopadů projektu klíčová. V projektu byl využit pouze neexperimentální design, důvody jsou rovněž vysvětleny v kapitole 2. Samotný charakter výzkumného designu byl čistě kvalitativní, neboť byla sledována a analyzována situace u několika vybraných poskytovatelů pečovatelských služeb. Hlavními zdroji dat a metodami evaluace byl specifický dotazník, který sloužil pro získání informací od zapojených poskytovatelů pečovatelských služeb na začátku a na konci projektu, strukturované rozhovory, analýza dokumentů a analýza počtu osob, u nichž je potencionální riziko závislosti na pomoci druhé osoby. Strukturované rozhovory byly z důvodů vysoké proměnlivosti a citlivosti situace klientů pečovatelských služeb později nahrazeny kazuistikami, což je v kapitole podrobně vysvětleno.

Získaná data a informace byly následně porovnány, výsledky jsou představeny v kapitole 3. Členění kapitoly odpovídá definovaným klíčovým aktivitám, na které se evaluace zaměřovala, aby bylo možné sledovat naplnění definovaných cílů. **Projekt se celkově ukázal být jako úspěšný i přes určité nepříznivé okolnosti**, které jeho realizaci provázely. Jde v první řadě o nedostatečnou připravenost pečovatelských služeb sdílenou péči zavést a poskytovat podporu neformálním pečujícím, protože nemají dostatečnou kapacitu na svůj rozvoj a zajištění dalších činností. Zároveň ale došlo v průběhu projektu k mnoha pozitivním jevům: významně narostl počet uživatelů sledovaných pečovatelských služeb, povedlo se rozšířit znalosti a dovednosti pracovníků služeb, vznikly informační listy, informační letáky o sdílené péči a Metodika spolupráce a podpory neformálních pečujících, o sdílené péči byl publikován článek. Proces je zároveň podporován zástupci zřizovatelů pečovatelských služeb v obou městských částech.

Poslední kapitola nabízí **odpovědi na stanovené evaluační otázky**. Vyšlo najevo, že pečovatelské služby nejsou v současnosti dostatečně připravené na sdílenou péči a podporu neformálním pečujícím poskytovat, a to zejména z důvodu nedostatečných personálních kapacit. Neznamená to ale, že nejsou ochotné ji zajišťovat. V projektu se potvrdilo, že zájem o ni mají všechny zapojené cílové skupiny, tedy uživatelé pečovatelských služeb a neformální pečující i poskytovatelé a zadavatelé pečovatelských služeb. Podpora a rozvoj poskytování sdílené péče je totiž žádoucí i vzhledem ke skutečnosti, že stávající systém dlouhodobě nereflektuje zvýšenou potřebnost domácí péče, která je tím více přenášena na neformálně pečující rodinné příslušníky či blízké známé.

1. Stručný popis projektu a klíčových aktivit, které byly předmětem evaluace

Jedním z aktuálních témat české sociální politiky poslední doby je zavedení systémové podpory tzv. **neformálních pečujících**, tedy osob, které se rozhodnou poskytovat péči svým blízkým a umožnit jim i v nepříznivé životní situaci setrvat v domácím prostředí. Přestože tím vlastně často nahrazují jiné formy péče a výrazně tak přispívají k úsporám veřejných rozpočtů, neformální pečující sami nemají k dispozici téměř žádnou podporu a pomoc. Proto pro ně bývá velmi obtížné a často i nemožné sloučit s péčí své další role, např. péči o děti, pracovní činnost, někdy nemají žádný čas sami pro sebe. Nemají ale ani nezbytné informace o tom, jaké existují formy podpory (finanční dávky, pomůcky atd.), jaké kompenzační pomůcky pro usnadnění péče lze získat, jaké zdravotní a sociální služby mohou pro svého blízkého zajistit, jak péči správně zajišťovat (aby při tom neublížili svému blízkému ani sobě) a jak zvládat zátěž, která s nepřetržitým zajišťováním péče souvisí.

Pečovatelská služba je historicky jednou z nejstarších a nejrozšířenějších sociálních služeb v České republice. V minulosti byla její činnost zaměřena převážně na zajištění úklidu domácnosti a dovoz nákupů a uvažené stravy. Tyto činnosti však mohou v současné době plnohodnotně zajistit komerční subjekty. To poskytuje pečovatelským službám prostor pro transformaci ve prospěch poskytování odborné a specializované péče o osoby s vysokou mírou závislosti tak, aby jim umožnily co nejdéle setrvat v domácím prostředí. Poskytovatelé nicméně mnohdy nejsou dobře připraveni takovou péči poskytovat a nemají dostatečný prostor se v rámci své činnosti věnovat i podpoře neformálních pečujících. Institut sociální práce proto v rámci podpory jejich transformace usiluje i o rozvoj kompetencí pracovníků pečovatelských služeb ve prospěch podpory neformálních pečujících.

Projekt „Nastavení systému spolupráce a podpory neformálních pečujících s pečovatelskou službou jako záruka setrvání v domácím prostředí“ byl zaměřen na **vytvoření a ověření systému spolupráce a podpory neformálně pečujících a pečovatelských služeb**. Probíhal ve dvou pečovatelských službách městských částí Praha 3 a Praha 8. Zaměřil se na podporu uživatelů pečovatelské služby s vyšší mírou závislosti, v jejichž případě je spolupráce neformálních pečujících s poskytovatelem odborné pečovatelské služby často podmínkou možnosti jejich setrvání v domácím prostředí, a to i proto, že neformální pečující bez potřebné podpory a zaškolení péči často vzdávají z důvodu vlastního vyčerpání nebo zdravotních problémů. Projekt proto podporuje rovněž poskytovatele pečovatelské služby v získávání a rozvíjení schopností a znalostí souvisejících s poskytováním sdílené péče a podporou neformálních pečujících.

Hlavním cílem projektu bylo umožnit lidem s vyšší mírou závislosti na péči druhé osoby zůstat v domácím prostředí za pomoci neformálních pečujících a odborné pečovatelské služby, která současně podporovala jejich vzájemnou spolupráci. Spolu s tím bylo cílem projektu podpořit rozvoj kompetencí zapojených pečovatelských služeb tak, aby pro neformální pečující byly odpovídajícím partnerem a aby s jejich pomocí byli neformální pečující schopni poskytovat péči dlouhodobě bez pocitu vyčerpání, ztráty zaměstnání, narušení osobních vztahů či ohrožení vlastního zdraví. Tato spolupráce byla v projektu označována také pojmem „sdílená péče.“

Hlavní cíl projektu zahrnoval rovněž **dílčí cíle**, které tvořily zároveň **přidané benefity** projektu. Mezi ně patřilo:

- **Zvýšení informovanosti veřejnosti a neformálních pečujících** o jejich možné spolupráci, podpoře a využívání sdílené péče při péči o blízkého příbuzného závislého na pomoci druhých.
- **Zajištění chybějící podpory neformálních pečujících a zlepšení jejich dovedností při zajišťování péče ve všech fázích**, tj. při nastavování péče, získávání dovedností potřebných při poskytování péče nebo schopnosti vyrovnat se s novou situací např. změnou zdravotního stavu atd.
- **Rozšíření dovedností a znalostí pracovníků pečovatelských služeb** v oblasti spolupráce a podpory neformálních pečujících a rozvoj zajišťování odpovídající péče o lidi s vyšší mírou závislosti v domácím prostředí.
- **Vytvoření Metodiky spolupráce a podpory neformálních pečujících** (dále také „Metodika“), která vznikla na základě spolupráce s poskytovateli pečovatelské služby zapojenými v projektu a v níž byly popsány



principy pilotně ověřeny. Metodiku mohou již nyní využívat také jiné pečovatelské služby.

- **Definování podmínek a potřebných změn**, které v pečovatelských službách umožní zavedení funkčního modelu spolupráce a podpory neformálně pečujících.

Z výše uvedeného vyplývá, že hlavními cílovými skupinami projekty byly: poskytovatelé a pracovníci pečovatelských služeb, konkrétně jedné organizace pečovatelské služby působící na území Prahy 3 (Pečovatelská služba Prahy 3) a jedné organizace působící v Praze 8 (Sociální a ošetrovatelské služby Praha 8). Jednalo se o tzv. pracovníky v sociálních službách (cca 98 osob za obě organizace) a sociální pracovníky (9 osob) za obě organizace. Další důležitou cílovou skupinou byli uživatelé nebo zájemci o využívání pečovatelských služeb a neformální pečující, kteří byli klienty v projektu zapojených pečovatelských služeb nebo se jimi v průběhu projektu stali. Pozornost byla nicméně soustředěna rovněž na zadavatele sociálních služeb, tedy na pracovníky městských částí Praha 3 a Praha 8, kteří svou činností ovlivňují nastavení podmínek fungování pečovatelských služeb působících na daném území.

V projektu bylo definováno celkem deset klíčových aktivit. V procesu evaluace a při hodnocení dosažení cíle projektu byly **klíčové následující aktivity**:

1. Nastavení podmínek pro poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících v pečovatelských službách,
2. Nastavení a úprava předpisů poskytovatelů pečovatelských služeb,
3. Rozhovory s uživateli pečovatelských služeb a neformálními pečujícími,
4. Nastavení a úprava pravidel pro poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících u MČ Praha 3 a 8,
5. Tvorba Metodiky spolupráce a podpory neformálních pečujících,
6. Tvorba závěrečné evaluační zprávy.

Dalšími aktivitami byly např. nákup asistivních technologií a pomůcek usnadňujících péči nebo vytvoření multidisciplinárních týmů, které podpořily dosažení cílů projektu, pro proces evaluace však nebyly relevantní. Klíčové aktivity byly na počátku projektu představeny v **evaluační matici**, kterou přikládáme jako Přílohu 1. Matice kromě definice představuje i jejich význam v evaluačním procesu, vztah k evaluačním otázkám a časový harmonogram realizace aktualizovaný o změny v projektu.

První čtyři aktivity se úzce pojí k některé z výzkumných či evaluačních metod, kterými byly specifický dotazník (aktivita 1), strukturované rozhovory (aktivita 3) a analýza dokumentů (aktivity 2 a 4). Metodika (aktivita 5) vznikla syntézou všech předchozích poznatků a jde zároveň o jeden z klíčových výstupů projektu. Závěrečná evaluační zpráva proces evaluace uzavírá. Evaluační metody jsou podrobněji představeny v následující kapitole, a to včetně změn v evaluačním procesu, ke kterým došlo zejména v souvislosti s aktivitou 3.

2. Design a metodologie evaluace

Evaluace byla zaměřena na zavedení systému sdílené péče a podpory neformálních pečujících u zapojených poskytovatelů pečovatelské služby a zároveň na hodnocení tohoto procesu s ohledem na jeho budoucí využitelnost a rozvoj u dalších poskytovatelů pečovatelských služeb. Tento proces je podrobně popsán v Metodice spolupráce a podpory neformálních pečujících, která byla jednou z klíčových aktivit evaluace (více viz předchozí a další text).

V projektu byla používána jak formativní (procesní) evaluace, tak sumativní (dopadová). Skrze formativní evaluaci jsme sledovali a hodnotili postup prací v projektu, tedy zejména to, zda se dařilo realizovat plánované aktivity a časový harmonogram. Zde došlo k první **změně projektu**, a to k jeho prodloužení.

Projekt měl původně skončit v červenci 2025, v průběhu realizace nicméně byla podána žádost o prodloužení. Důvodem byla mj. skutečnost, že jedním z nástrojů evaluace byla analýza dat získaných od poskytovatelů sociálních služeb, která byla k dispozici teprve v první polovině roku 2025 (viz další text). Dalším důvodem byly legislativní změny v tzv. sociálně zdravotním pomezí. Žádosti bylo vyhověno a doba realizace projektu byla prodloužena do konce listopadu 2025. Upravený časový harmonogram je vyznačen v příložené evaluační matici (Příloha 1).

Klíčová v hodnocení dopadů projektu na cílové skupiny byla sumativní evaluace, proto se evaluační otázky soustředily právě na ně. U každé z uvedených skupin byly sledovány a hodnoceny odlišné aspekty, které však dohromady umožnily zhodnotit, zda sdílená péče funguje. Těmto aspektům odpovídají i následující evaluační otázky, které byly vztaženy k jednotlivým cílovým skupinám:

- a) **Pracovníci pečovatelských služeb:** *Jak jsou zapojené pečovatelské služby připravené a schopné zajišťovat sdílenou péči podporu neformálním pečujícím?*

V rámci této otázky byla hodnocena připravenost a schopnost zapojených služeb poskytovat sdílenou péči a podporu neformálním pečujícím. Informace byly získány z analýzy interních dokumentů a ze spolupráce se zaměstnanci pečovatelských služeb, která probíhala po celou dobu trvání projektu.

- b) **Uživatelé pečovatelských služeb a neformální pečující** (klienti pečovatelských služeb): *Umožní nový model podpory uživatelům služby setrvat v domácím prostředí a neformálním pečujícím dlouhodobě péči zajišťovat?*

Kromě možnosti a schopnosti uživatelů služeb setrvat v domácím prostředí byl v rámci evaluace hodnocen i vliv zavedení sdílené péče na život neformálních pečujících a jejich schopnost péči dlouhodobě zvládat.

- c) **Zadavatelé sociálních služeb:** *Podporují zadavatelé sociálních služeb stanovenými kritérii a požadavky pro fungování sociálních služeb poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících?*

Vzhledem k roli zadavatelů sociálních služeb v celém procesu bylo sledováno, zda se v jejich přístupu promítá anebo promítne vyšší podpora poskytování sdílené péče a neformálních pečujících (respektive podpora i terénní formy služeb), a to formou analýzy dokumentů, které ovlivňují činnost poskytovatelů služeb.

Všechny tři evaluační otázky se vztahují k hodnocení dopadu projektu na podporu sdílené péče, možnost setrvání osob ve vyšším stupni závislosti v domácím prostředí, rozvoj podpory neformálních pečujících a celkové zlepšení kvality jejich života. Charakterově tedy evaluační otázky odpovídají sumativní evaluaci.

Podrobné výsledky evaluace a vývoj klíčových aktivit v průběhu realizace projektu jsou představeny v následující kapitole.

V rámci evaluace byl využit pouze **neexperimentální design**. V projektu nebyla sledována ani hodnocena velikost cílových skupin (ve smyslu kvantitativního ukazatele), pro jeho výsledek ostatně není zásadní. Proto byl i charakter zvoleného výzkumného designu čistě **kvalitativní**. Projekt se zaměřoval na zavedení nového přístupu v rámci menšího vzorku klíčových cílových skupin (vybraní poskytovatelé služby a jimi vybraní uživatelé a neformální pečující), hodnotily se proto převážně kvalitativní ukazatele, např. zda se u sledovaných poskytovatelů pečovatelské služby zlepšila připravenost poskytovat sdílenou péči, zda její poskytování



umožňuje uživatelům služby setrvat doma a zda se v souvislosti s jejím zavedením zlepšila schopnost neformálních pečujících péči dlouhodobě zvládat. Situace byla proto sledována před a po poskytnuté intervenci (viz další text). Takto vymezenému výzkumnému designu odpovídají i evaluační otázky a metody sběru hodnocených údajů.

Prvním využívaným nástrojem sběru dat byl dotazník. Ten však nebyl využit typickým způsobem jako nástroj kvantitativního sběru dat s cílem získat informace od co největšího počtu respondentů. Jednalo se o **specifický dotazník**, který sloužil pro získání informací od poskytovatelů pečovatelských služeb o stavu a připravenosti jejich služby poskytovat sdílenou péči. Dotazník vyplnily tedy pouze dva poskytovatelé pečovatelských služeb zapojených v projektu. Zjišťovány byly údaje, jako počet uživatelů služby, kteří využívají sdílenou péči, a těch, kteří ji nevyužívají, počet uživatelů služby podle stupně závislosti, existence pravidel o poskytování sdílené péče a informování veřejnosti o této možnosti, způsob komunikace a informování neformálně pečujících apod. Dotazníková forma zjišťování byla využita, protože umožnila získat potřebné údaje efektivnějším způsobem než rozhovor. Např. neklade na zaměstnance pečovatelské služby požadavek mít všechny údaje k dispozici v okamžiku realizace rozhovoru. Poskytovatelé pečovatelské služby vyplnili stejný dotazník na začátku a na konci projektu, což umožnilo porovnat, zda u sledovaných údajů došlo k potřebným změnám, např. zda došlo k nárůstu počtu uživatelů využívajících sdílenou péči. Vzor dotazníku je ke zprávě rovněž přiložen (Příloha 2). Údaje získané pomocí specifického dotazníku byly důležité při získání odpovědí na první evaluační otázku.

Rozhovory s uživateli zapojených pečovatelských služeb a jejich blízkými – neformálními pečujícími – byly druhou, v projektu významnou metodou sběru dat. Plánováno bylo celkem 24 rozhovorů s uživateli pečovatelské služby nebo neformálně pečujícími, u nichž připadalo v úvahu poskytování sdílené péče. Ti byli vybráni ve spolupráci s pracovníky zapojených pečovatelských služeb.

S vybranými respondenty byly na počátku projektu realizovány tzv. **strukturované rozhovory**, kdy tazatel vycházel z přesně daných otázek a témat rozhovoru. Otázky a témata byly strukturovány do formuláře nazvaného „**Karta potřeb neformálně pečujícího**“, který tazatel (pracovník Institutu sociální práce) během rozhovoru vyplnil a později používal k další práci. Do karty potřeb se zaznamenávaly např. tyto skutečnosti:

- aktuální situace respondentů (klientů služby nebo zájemců a neformálně pečujících),
- zjištění, zda neformální pečující ví, jak péči provádět a má všechny potřebné pomůcky,
- informace, zda pečující ví, kde najde potřebné informace a má se na koho obrátit o radu a pomoc,
- finanční zajištění domácnosti, včetně možností získání vhodných dávek a příspěvků,
- nastavený harmonogram péče, včetně komunikace s pečovatelskou službou a osobním volnem pro neformálně pečujícího (vyřízení úředních záležitostí, návštěva lékaře, zaměstnání, osobní volno...),
- psychický a fyzický stav neformálně pečujícího,
- další relevantní postřehy tazatele.

Do formuláře se zapisovaly i poznatky z následujících rozhovorů. Návštěvy u klientů totiž probíhaly opakovaně, z důvodu možných změn, jako je změna stavu uživatele služby, změna situace neformálního pečujícího, potřeba další pomoci nebo jiná situace, která ovlivnila situaci v domácnosti. Četnost a charakter intervence byl určen s ohledem na požadavky a přání klientů. Podpora a intervence jim byla nabízena po celou dobu trvání projektu. Po celou dobu tak bylo sledováno, zda intervencí došlo ke změnám v nastavení péče a spolupráce mezi pečovatelskou službou, klientem a neformálním pečujícím tak, aby bylo možné dlouhodobé zajištění péče v domácnosti bez zbytečného vyčerpání pečujícího. Poznatky z karet potřeb tak mohly být využity při zodpovězení druhé evaluační otázky, která se vztahuje k proměně situace uživatelů pečovatelské služby a neformálních pečujících. Dále byly karty potřeb významným zdrojem dat při psaní již zmíněné Metodiky spolupráce a podpory neformálně pečujících – jedné z klíčových aktivit, která je zároveň jedním výstupů z projektu. Karta potřeb je v Příloze 3 tohoto dokumentu.

Bylo plánováno, že se strukturovaný rozhovor v domácnosti klientů/neformálních pečujících zopakuje ke konci projektu nebo i v jeho průběhu, pokud by byla intervence ukončena. Vzhledem k vysoké citlivosti a proměnlivosti situace respondentů se ale tento postup ukázal být jako nevhodný. Jejich zdravotní stav a životní podmínky se někdy tak prudce změnil nebo jsou natolik náročné a vyčerpávající, že by nebylo možné se všemi



provádět opakované, závažnost situace hodnotící rozhovory. Proto jsme zvolili **vhodnější formu závěrečného zhodnocení dopadu sdílené péče** na vybrané respondenty. Rozhovory jsme nahradili kazuistikami, jejichž obsah tvoří popis osobních příběhů pečujících a neformálních pečovatелů. Ty zpracoval realizační tým ve spolupráci s pečujícími rodinami na základě provedených intervencí. Kazuistiky umožnily představit různorodost a proměnlivost životních podmínek respondentů, a to i těch, s nimiž by vzhledem k situaci nebylo možné realizovat původně zamýšlené rozhovory. Kazuistiky byly vhodnější i pro prezentaci na závěrečné konferenci a ve všech výstupech projektu. Jedná se o **nejvýraznější změnu v evaluaci projektu**, která byla konzultována a schválena oddělením evaluací Řídícího orgánu MPSV. Zároveň bylo dohodnuto zpracování dvanácti odpovídajících kazuistik.

Pro úspěšné zavedení sdílené péče a podpory neformálních pečujících je důležitá i podpora zřizovatelů sociálních služeb, která by měla být zřejmá právě v dokumentech, jimiž se činnost poskytovatelů pečovatelské služby na daném území musí řídit. Třetí v projektu využitou metodou sběru dat byla proto **analýza dokumentů**. Analýze měly být podrobeny jak dokumenty zapojených poskytovatelů pečovatelských služeb (se zřetelem na fakt, zda v nich nějakým způsobem vymezují poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících), tak dokumenty vydávané úřady příslušných městských částí. V tomto směru byl zaznamenán posun v případě Městské části Praha 3, která podporu sdílené péče a neformálních pečujících zahrnuje do aktuálního Komunitního plánu rozvoje sociálních a návazných služeb městské části Praha 3 na období 2025–2029 (více viz kap. 3.4.) Dále měly být využity i další dokumenty obsahující relevantní data, např. strategické a koncepční materiály MHMP a MPSV. Nakonec byly využity zejména Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (SPRSS), které obsahují údaje o plánované podpoře rozvoje pečovatelských služeb a neformálních pečujících.

V projektu byla také plánována **analýza dat o počtech osob závislých na péči** druhé osoby získaných např. z OK systému a statistik MPSV. Jde o data, která s problematikou souvisejí a mohou poskytnout širší přehled o situaci. Využití těchto dat je v projektu nicméně velmi omezené, neboť je lze hodnotit buď pouze v obecné rovině nebo pouze ve vztahu ke dvěma zapojeným poskytovatelům pečovatelské služby. Není možné získat a hodnotit data od jiných poskytovatelů sociálních služeb na území MČ Praha 3 a 8, proto má analýza dat v projektu pouze doplňkový charakter a je využita okrajově v souvislosti s vývojem počtu obyvatel sledovaných městských částí.

3. Výsledky sběru dat

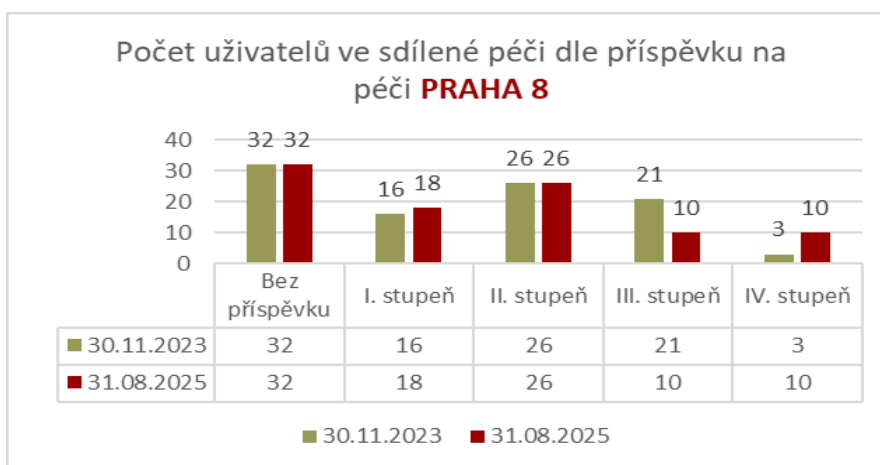
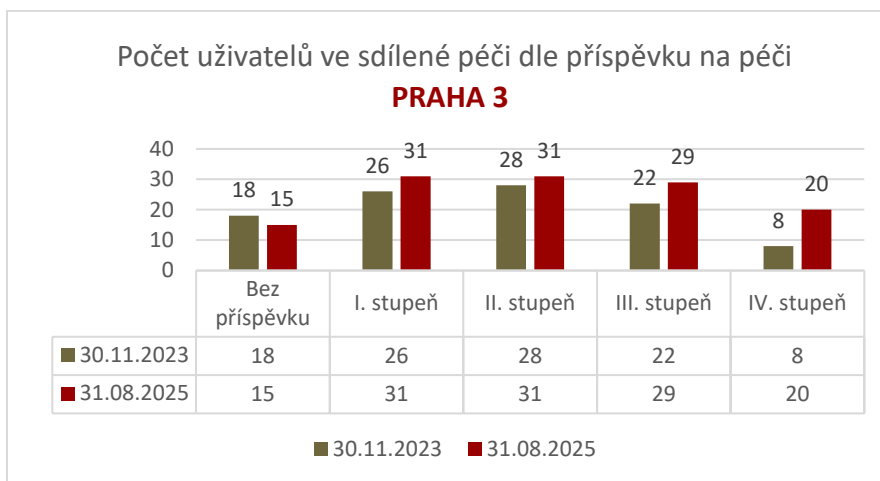
V kapitole 1 bylo zmíněno, že pro dosažení cílů projektu bylo sledováno pět klíčových aktivit. Výsledky projektu proto představíme skrze jejich podrobné zhodnocení.

3.1 Nastavení podmínek pro poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících v pečovatelských službách

Vytvoření vhodných podmínek je výchozím předpokladem pro úspěšné poskytování sdílené péče a zajištění podpory neformálních pečujících. K získání vstupních dat byl využit specifický dotazník. Vyplnily ho oba zapojení poskytovatelé pečovatelské služby působící na území Prahy 3 a 8. Po prvotním vyhodnocení údajů se ukázalo, že představy o tom, co je sdílená péče a co všechno by měla zahrnovat, se mohou významně lišit. Z toho vyplynul první důležitý závěr, že je potřeba na začátku projektu jasně vymezit, jak má sdílená péče vypadat a co všechno bude zahrnovat.

Stejný specifický dotazník byl využit i ke konci projektu a na základě jeho vyhodnocení došlo k zajímavým zjištěním, což mimo jiné vyplývá z následujících srovnávacích grafů:

Grafy 1 a 2: Počet uživatelů sdílené péče na začátku a konci projektu



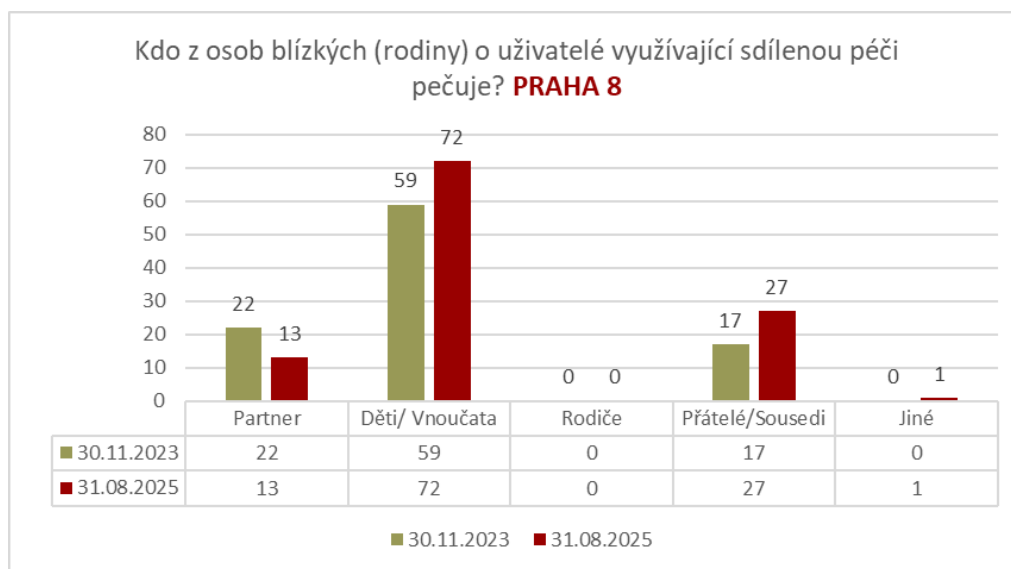
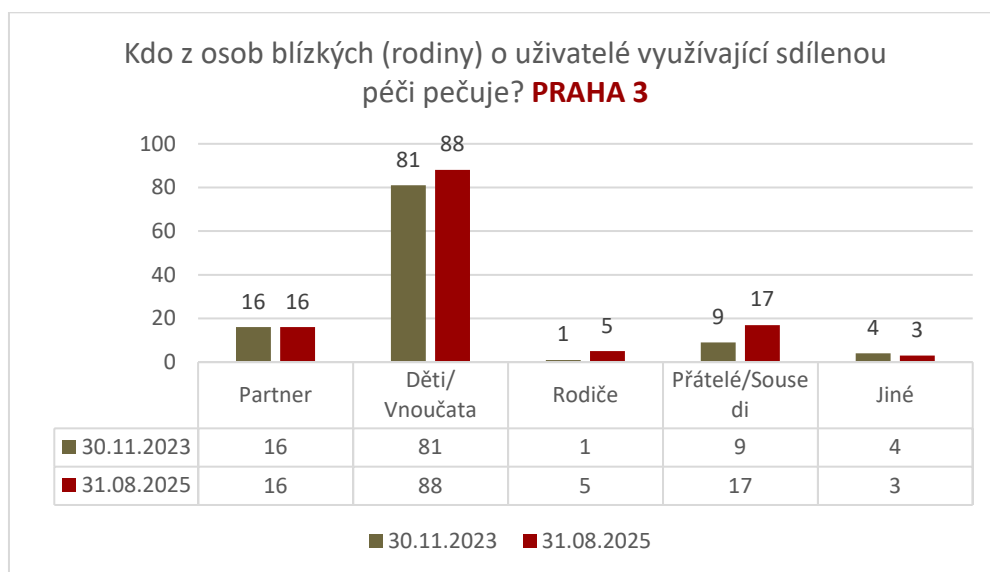
Zdroj: Institut sociální práce 2025, vlastní zpracování.

Poznámka: nově zavedený V. stupeň příspěvku zavedený od 1. 7. 2024 je případně zahrnut ve IV. stupni.

U poskytovatele pečovatelské služby na území Prahy 3 došlo v době působení projektu k **významnému nárůstu počtu uživatelů služby využívajících sdílenou péči**, a to zejména ve vyšších stupních závislosti, což je velmi žádoucí a pozitivní jev. Počet uživatelů služby, kteří příspěvek nepobírají, mírně poklesl. Ve 4. stupni závislosti došlo k výraznému nárůstu počtu uživatelů sdílené péče i u pečovatelské služby Prahy 8, ačkoliv ve 3. stupni naopak počet významně klesl a v ostatních stupních se téměř nezměnil.

Další údaje pak dokládají, že během působení projektu došlo k výraznému nárůstu počtu neformálních pečujících, kteří péči zajišťují, a to u pečovatelských služeb obou zapojených městských částí. To je dalším argumentem pro zvýšení podpory sdílené péče:

Grafy 3 a 4: Počet neformálních pečujících v zapojených pečovatelských službách



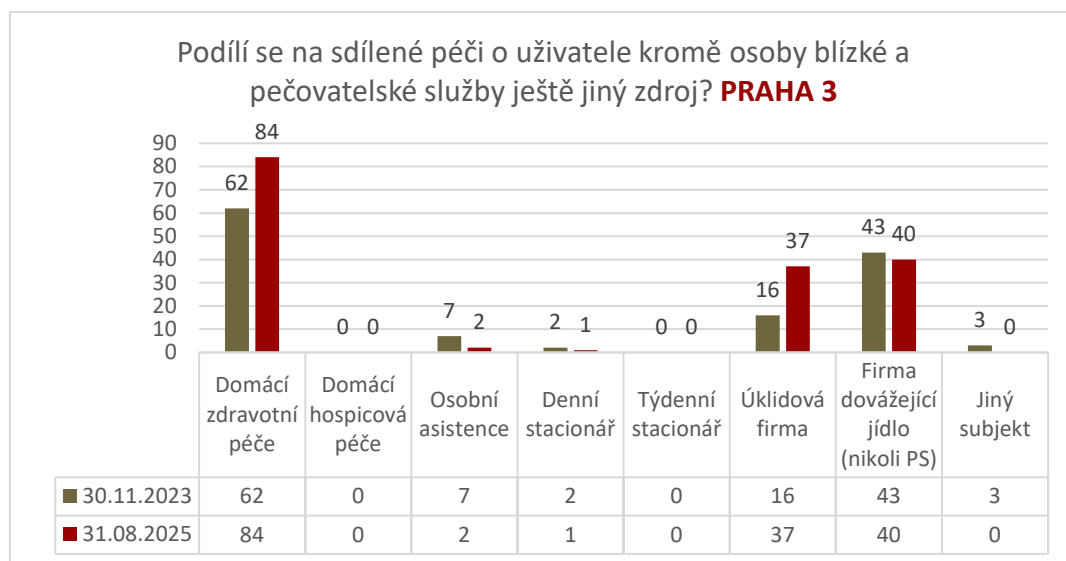
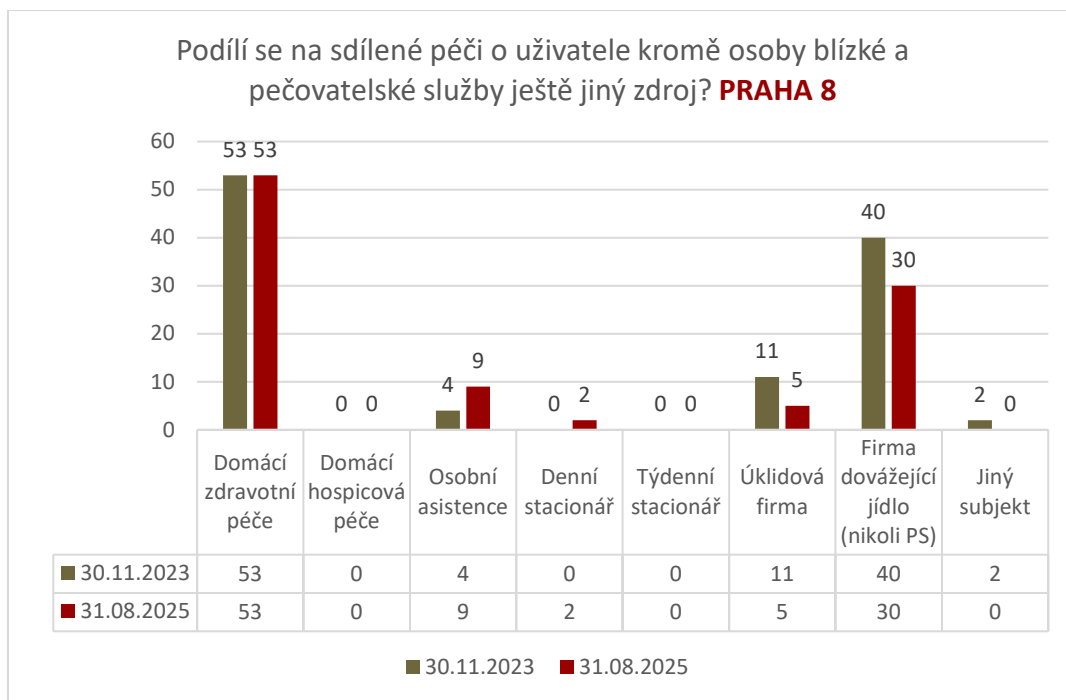
Zdroj: Institut sociální práce 2025, vlastní zpracování.

U pečovatelské služby Prahy 3 stoupl počet neformálních pečujících o 18 osob, u pečovatelské služby Prahy 8 o 15 osob. Patrně je zde také posílení role širší komunity a sousedské výpomoci, což ukazuje na důležitost neformální podpory poskytované i mimo rodinu.

Dále u uživatelů služby na území MČ Praha 3 došlo i k významně většímu zapojení jiných poskytovatelů do zajišťování potřebné péče, což představuje další zdroj podpory a úlevy pro neformálně pečující. U uživatelů

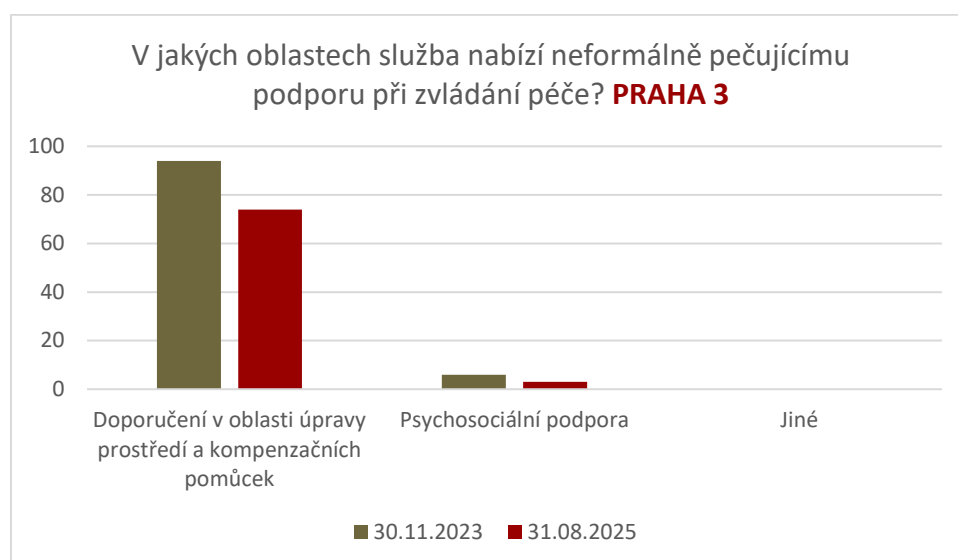
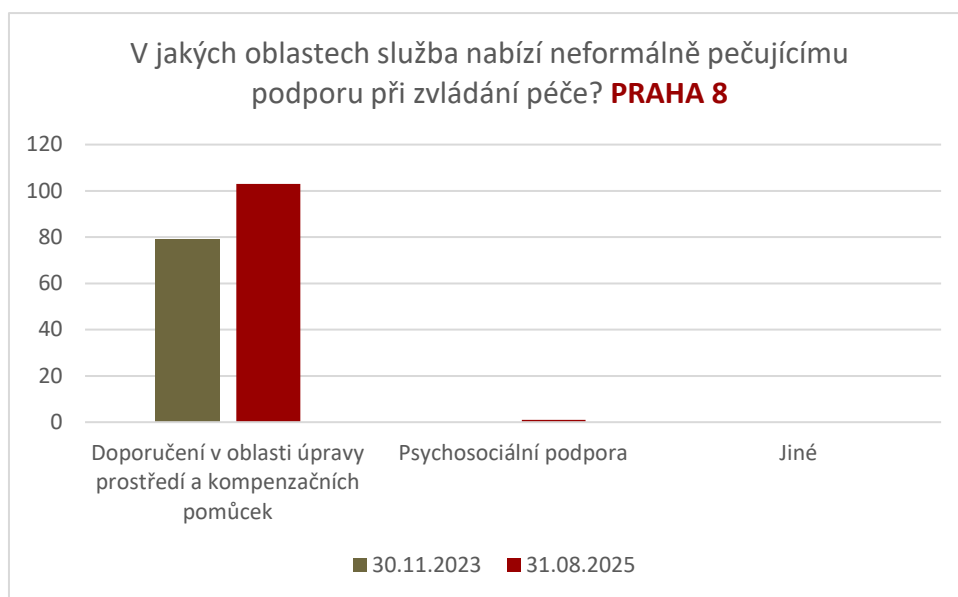
služby na území MČ Praha 8 se zvýšil počet jiných poskytovatelů pouze u služby osobní asistence, u ostatních služeb naopak mírně poklesl, viz následující dva grafy:

Grafy 5 a 6: Vývoj počtu jiných zdrojů podpory u sledovaných klientů zapojených služeb



Zdroj: Institut sociální práce 2025, vlastní zpracování.

Od zahájení projektu došlo také k určitému zlepšení nabídky forem podpory, kterou služby neformálním pečujícím nabízejí. U poskytovatelů pečovatelské služby Prahy 3 se nově, i když v menší míře, objevilo poskytování psychosociální podpory neformálním pečujícím, což je pro zavedení sdílené péče potřebné. Poradenství ohledně úpravy prostředí a pomůcek nebylo tak četné. Tento jev zjevně souvisí s celkovou připraveností pečovatelských služeb zajišťovat sdílenou péči a podporu neformálním pečujícím, kterému se budeme věnovat po představení grafů v následujícím textu.

Graf 7: Nabízené formy podpory pro neformálně pečující

Zdroj: Institut sociální práce 2025, vlastní zpracování.

Data získaná ze specifického dotazníku potvrdila, že v průběhu realizace projektu došlo u obou zapojených pečovatelských služeb k **některým potřebným a žádoucím změnám** vedoucím k vyšší připravenosti podporovat sdílenou péči a neformální pečující. Jako klíčová se ukázala být **připravenost pečovatelských služeb sdílenou péčí zavést a mít kapacity na její poskytování**, včetně poskytování podpory neformálním pečujícím. Aby poskytování pečovatelské služby a sdílené péče bylo smysluplné, je potřeba **zvýšit dostupnost** pečovatelské služby, která by měla být nabízená a dostupná ideálně 365 dní v roce v době minimálně od 7 do 20 hodin. Zajištění takové provozní doby samozřejmě vyžaduje dostatečnou personální kapacitu a s tím související dostatečné finanční zdroje na uhrazení všech souvisejících nákladů.

Právě **dostatečná personální kapacita**, a zejména dostatečná kapacita sociálních pracovníků, se ukázala být největší překážkou. Poskytovatelům pečovatelských služeb chybí finance na potřebný personál, nemají dostatek zaměstnanců ani na to, aby mohli péči zajišťovat i ve večerních hodinách, o víkendech a svátcích. Prioritou je pro ně zajištění přímé péče a už jim pak nezbyvá kapacita na to, aby zvládli být oporou a poskytovat poradenství i neformálním pečujícím. Pracovníci jsou vyčerpaní, podpora neformálních pečujících pro ně



za současných podmínek představuje práci navíc. U poskytovatele pečovatelské služby působícím na území Prahy 8 navíc došlo v době trvání projektu k výrazným personálním změnám, což se projevilo v participaci pracovníků. Podpora nasmlouvaným klientům ze strany pracovníků Institutu sociální práce byla nicméně poskytována dle plánu až do konce. Opačná situace nastala u poskytovatele služby působícím na území Prahy 3, jemuž se v průběhu realizace projektu vlivem spolupráce s Institutem sociální práce podařilo kapacitu sociálních pracovníků navýšit o dva úvazky tím, že se vytvořila pozice speciálního koordinačního pracovníka a sociální pracovníci se mohli věnovat klientům. Ačkoliv jde o pozitivní jev, pro plnou podporu sdílené péče se to ukázalo být stále nedostačující, neboť kapacita pracovníků služby byla už tak velmi nedostatečná.

Dalším pozitivním krokem podporujícím rozšíření sdílené péče, ke kterému vlivem projektu došlo, je vznik a distribuce **informačních letáků**. Ty vznikly v několika verzích – pro území Prahy 3, pro území Prahy 8 a obecný vytvořený Institutem sociální práce. Prvně jmenovaný je na ukázkou přiložen ke zprávě jako Příloha 4. Úspěšným krokem ve prospěch zvýšení podpory sdílené péče a neformálních pečujících, ke kterému díky projektu došlo, je i publikování informačního článku v časopise Osmička, vydávaným MČ Praha 8, jehož autorkou je pracovnice Institutu sociální práce a který vyšel v listopadu 2024.¹ Obdobný článek byl v době vzniku závěrečné evaluační zprávy připravován k publikování i v městských novinách Prahy 3.

3.2 Nastavení a úprava předpisů poskytovatelů pečovatelských služeb

Přestože sledované pečovatelské služby v době realizace projektu prošly určitou transformací, jak vyplývá z předchozího textu, stále v nich není možné vytvořit takové podmínky, aby bylo možné poskytovat plnohodnotnou sdílenou péči, tzn. dodržet všechna kritéria, která se k ní pojí a zahrnout ji do standardní nabídky pečovatelské služby. Jedním z důvodů je, že služby nemají k dispozici metodika pro kvalitu poskytované péče. Ke změnám v předpisech proto dochází jen výjimečně nebo vůbec. Pečovatelské služby zatím nemají ani potřebný počet sociálních pracovníků, kteří jsou pro ně v současné situaci větší prioritou.

V tomto bodě je také vhodné zastavit se u jednoho z dílčích cílů projektu, jímž je **rozšíření dovedností a znalostí** pracovníků pečovatelských služeb. Přes jejich omezené kapacity byl u některých pečovatelských služeb zřetelný zájem problematiku řešit. Vedle již zmíněného navýšení kapacity sociálních pracovníků u pečovatelské služby Prahy 3, došlo k posílení schopností pracovníků přímé péče sdílenou péči zajišťovat a být poradcem pro neformálně pečující. Pracovníkům byla nabídnuta možnost stáží v domovech pro seniory na území Prahy 10, kde si mohli vyzkoušet péči o člověka s těžkou závislostí upoutaného na lůžko, využívali také nabídku speciálních vzdělávacích akreditovaných kurzů, například kurzu Základy ošetrovatelské péče, Manipulace s klientem s poruchou mobility, Paliativní péče a péče o umírající v domácím prostředí nebo nově akreditovaného kurzu Nastavení systému spolupráce a podpory neformálních pečujících s pečovatelskou službou. (Účast je doložena prezenčními listinami.) Pro zástupce pečovatelských služeb ještě byly uspořádány kulaté stoly a nabídnuta podpora multidisciplinárních týmů. Vše bylo doloženo zápisem a prezenční listinou a uvedeno v monitorovacích zprávách.

Pečovatele v přímé péči navíc podporoval **poradce Institutu sociální práce**, který s nimi společně docházel na návštěvy do rodin, kde jim, a současně i neformálním pečujícím, poskytoval tipy na péči, podporu pomoc atd. Neformálně pečující se tak vzdělávali současně s pracovníky pečovatelských služeb, utužoval se tak jejich partnerský vztah. O těchto návštěvách byly vedeny přehledy. Byly také vytvořeny **informační listy** zachycující různá témata, která s péčí souvisejí, jako jsou pomůcky, finanční a sociální dávky, vhodná péče u některých diagnóz či v určitých situacích apod. Tyto listy byly dány k dispozici jak pečovatelským službám, tak neformálním pečujícím. Jeden z nich je opět mezi přílohami zprávy (Příloha 5).

3.3 Rozhovory s uživateli pečovatelských služeb a neformálními pečujícími

V předchozí kapitole byly vysvětleny důvody, proč byly rozhovory jako nástroj evaluace nahrazeny vhodnějšími kazuistikami. V této kapitole proto představíme celkem **dvanáct kazuistik** a zaměříme se při tom na to, zda a

¹ Časopis je k dispozici na odkazu <https://www.praha8.cz/file/VpM/Mesicnik-Osmicka-listopad-2024.pdf> a článek se nachází na str. 20.



jakým způsobem bylo dosaženo cílů projektu, jímž je v tomto případě zajištění chybějící podpory neformálních pečujících formou sdílené péče a zlepšení jejich dovedností. Další kazuistiky jsou představeny v Metodice spolupráce a podpory neformálních pečujících.

Ke **zlepšení situace** některých klientů došlo už krátce po zahájení projektu, o čemž svědčí následující dvě kazuistiky, které byly zmíněny již ve vstupní evaluační zprávě a které si nyní pouze připomeneme:

Klientka A. (70 let) je po mozkové příhodě již přes rok v péči dcery. Ta je z péče již vyčerpaná a má pocit, že maminka s ní nechce při péči spolupracovat. Po návštěvě poradkyně ISP a fyzioterapeutky bylo zjištěno, že uživatelka potřebuje na základě doporučení poradců pozměnit plán na cvičení, sjednotit péči neformálně pečujícího a pečovatele v oblasti podávání jídla, hygieny, polohování, komunikace aj.

Intervence: Institut sociální práce předal dceři i pracovníkům pečovatelské služby informační listy s informacemi potřebnými pro péči o osoby po mozkové příhodě. Byla sjednocena péče zaměstnanců pečovatelské služby s péčí dcery. Dceři byly poskytnuty postupy pro ulehčení péče. Dále pak bylo dceři ze strany SOS P8 nabídnuto rozšíření objemu péče z původní jedné návštěvy za den ve všední dny o další dvě až tři večerní návštěvy tak, aby měla dcera čas na své koníčky a v péči o maminku nevyhořela.

Klientka B. (77 let) je ležící, nekomunikuje a v současnosti je plně odkázaná na péči druhé osoby, kterou ji zajišťuje manžel v roli neformálně pečujícího. Občas mu pomáhají také dva synové. Do péče jsou zapojeny dvě pečovatelské služby (jedna z nich doplňuje péči o víkendech) a domácí zdravotní služba. I když klientka verbálně nekomunikuje, z jejího úsměvu a reakcí na doteky manžela je zřejmé, že je s jeho péčí a přítomností velice spokojená. Ze strukturovaného rozhovoru vyplynulo, že přes snahu obou synů největší část péče leží na něm. Přestože mu to nevadí, protože má manželku velmi rád, je znát, že je velmi vyčerpaný. Jeho denní režim se musel podřít režimu péče o manželku (zajištění hygieny, podávání stravy, vpuštění a komunikace s pečovatelskou službou, domácí péči atd.). K lékaři chodí manžel pouze tehdy, pokud jej nahradí někdo z rodiny.

Intervence: Manželovi bylo doporučeno rozšířit smlouvu s pečovatelskou službou o další úkony tak, aby měl prostor vyřídít si vlastní pochůzky a byl bez obav, že zatíží další členy rodiny. K rozšíření smlouvy následně došlo.

Tyto případy byly zaznamenány a ukončeny včasné fázi projektu. Dalších deset kazuistik bylo sbíráno delší dobu a představují **rozličné situace**, v nichž se rodiny osob odkázaných na péči blízkých mohou ocitnout. V každém případě se také neformálně pečující ocitají ve zcela jiné životní situaci a roli. To představuje pro pečovatelské služby výzvu přistupovat ke každému klientovi individuálně a vždy zvažovat různé možnosti podpory, kterou mu mohou nabídnout a poskytnout.

Klientka C. (74 let) žije po úmrtí manžela sama ve své domácnosti. Vzhledem k jejímu zhoršenému zdravotnímu stavu, zejména kvůli problémům s pamětí, dezorientaci a epilepsii, není schopná se o sebe postarat v plném rozsahu. Nevládá si samostatně připravit jídlo, vykonávat osobní hygienu nebo se orientovat ve finančních záležitostech. Po smrti manžela, který zajišťoval péči o klientku i domácnost, převzala péči její dcera. Jejich vztah je dlouhodobě napjatý, což vede k častým konfliktům. Matka pomoc dcery často odmítá a domnívá se, že je schopná vykonávat běžné úkony samostatně, ale ve skutečnosti není schopná zvládnout ani základní hygienu nebo přípravu jídla. Neužívá inkontinenční pomůcky, které by jí pomohly s částečnou inkontinencí, odmítá je kvůli svědění. Rovněž má problémy se zapomínáním. Dcera často zjistí, že je neužívá buď vůbec nebo naopak vícekrát. Klientka není dostatečně informována o dostupných službách a pomůckách, které by jí mohly pomoci zlepšit každodenní život. Neví, kde by mohla získat informace o možnostech podpory pro seniory nebo o péči o lidi s Alzheimerovou nemocí a epilepsií. Je evidentní, že její znalosti o pomůckách a metodách péče o sebe sama jsou omezené, a to zejména ve vztahu ke zdravotní péči a údržbě domácnosti. Také není schopná samostatně hospodařit s financemi, zapomíná platit účty. Nebylo jasné, zda využívá příspěvek na péči nebo jiné finanční dávky. Konzultant také zjistil, že je osamocena a cítí se izolována od širšího společenského prostředí. Dcera klientky je psychicky a fyzicky vyčerpaná, zejména kvůli napjatým vztahům a opakovaným konfliktům. Její pomoc je omezena i tím, že její matka pomoc odmítá a nemá k ní důvěru. Těžko se vyrovnává s tím, že matka



vnímá její pomoc jako zásah do autonomie, přestože objektivně je schopná zvládnout jen omezené množství úkonů.

Intervence: Klientce byl předám kontakt na sociální pracovníci MČ Praha 3 a další podpůrné organizace, nicméně její orientace v těchto otázkách je omezená. Dceři bylo poskytnuto poradenství ohledně finanční podpory, včetně informací o příspěvku na péči a dalších dávkách, protože klientka tuto agendu sama vyřídít nedokáže. Oběma byly nabídnuty informace o vhodných kompenzačních pomůckách, které by usnadnily každodenní život. Dále bylo dceři doporučeno zapojit se do projektu sdílené péče, který by zajistil lepší koordinaci péče a zároveň i více času pro její osobní život. Byly jí předány kontakty na různé odborníky (např. psychologické poradenství, kurzy pro neformální pečující), aby se lépe vypořádala s vyčerpaností a naučila se správné postupy péče o matku. Doporučeno bylo také zapojení klientky do komunitních aktivit nebo kontakt s dobrovolníky, aby se necítila izolovaná. Také bylo domluveno, že pečovatelská služba bude poskytovat pomoc pětikrát týdně, od pondělí do pátku, dvakrát denně, a bude pomáhat s prostorovou orientací a přípravou jídla. Pro efektivní zajištění péče je nicméně klíčová komunikace mezi pečovatelskou službou, klientkou a její dcerou.

Toto je jeden z případů, který ukazuje, že vztah mezi klientem a neformálním pečujícím je mnohdy komplikovaný a je to dáno právě situací, ve které se oba nacházejí. Pečovatelská služba se proto musí **zaměřovat na obě strany**, oběma musí být schopná poskytnout vhodnou radu nebo pomoc. Zvýší se tím zároveň důvěra obou stran vůči jejím pracovníkům, která je pro úspěšné nastolení spolupráce také důležitá. Svědčí o tom mimo jiné i následující příklad:

Klientka D. (48 let) žije v domácnosti společně s manželem a nezletilým synem. V srpnu 2023 došlo k prudkému zhoršení jejího zdravotního stavu – po pádu na schodech a postupném úbytku síly byla odhalena přítomnost mozkového nádoru. Podstoupila operaci a chemoterapii, nyní je zapojena do paliativní léčby. Klientka je nesoběstačná – nepohybuje pravou polovinou těla, pohyblivost levé strany je zachována. Je upoutána převážně na lůžko, k přesunu do jiných místností využívá invalidní vozík, vždy za asistence manžela. V domácnosti jsou k dispozici základní pomůcky – polohovací postel, klozetová židle, invalidní vozík, inkontinenční pomůcky. Péče o hygienu probíhá na lůžku, protože koupelna není uzpůsobená. Veškerou péči zajišťuje manžel, který převzal také péči o domácnost a jejich nezletilého syna. Odmítl možnost přemístění paní Heleny do hospice. Přestože je velmi obětavý, je u něj patrná velká zátěž a únava. Je také znát, že nemá dostatek zkušeností s dlouhodobou ošetrovatelskou péčí. Využívá rady domácí zdravotní péče a pracovníků pečovatelské služby. Snaží se být u všech úkonů přítomen a zatím se zdráhá svěřit část péče výhradně službě. Jeho psychickou pohodu ohrožuje pocit, že nesmí polevit, jinak by „selhal.“ Přitom vzhledem k náročnosti péče má jen minimum času na odpočinek a regeneraci. Riziko vyčerpání a syndromu vyhoření je u něj velmi vysoké. Domácnost rodiny je v zanedbaném stavu, je ovlivněna přítomností koček, kočičí toalety jsou nedostatečně udržované. Manžel aktuálně čerpá dlouhodobé ošetrovné, do budoucna ale hrozí pokles příjmů, a to i z důvodu péče o nezletilého syna. Rodina má základní informace o možnostech podpory.

Intervence: Rodině byla nabídnuta spolupráce s Institutem sociální práce, aby získala metodickou pomoc, rady a psychickou podporu. Manžel je otevřený doporučením, ale obává se „ztráty kontroly nad péčí“, což zpomaluje zavádění některých opatření. Manžel byl nicméně zaškolen ohledně polohování, prevence dekubitů a zajištění hygieny. Byla podána žádost o příspěvek na péči. Bylo doporučeno doplnit k některým pomůckám signalizační zařízení, které by zvýšilo bezpečnost péče a snížilo zátěž manžela. Dále bylo doporučeno zajistit generální úklid a pravidelnou péči o domácnost vhodnou službou. Od října 2023 je uzavřena smlouva s pečovatelskou službou, která zajišťuje asistenci při hygieně a přesunech klientky, dohled nad stravou a pitným režimem. Zajištění péče poskytuje manželovi současně prostor k odpočinku. Bylo mu nabídnuto psychologické poradenství. Přestože mu bylo doporučeno, aby během přítomnosti pečovatelské služby odcházel a věnoval se sobě nebo synovi, většinou zůstává přítomen. Pro nezletilého syna, který je svědkem celé situace (vážná nemoc matky), bylo rovněž doporučeno využití různých aktivit, podpůrných služeb a poradenství, aby situaci lépe zvládal a necítil se izolovaný.



Tato kazuistika ukazuje, že **do role neformálního pečujícího se může dostat člověk velice snadno** i ve chvíli a ve věku, kdy by to vůbec nečekal, protože osobou, která péči potřebuje, nemusí být jen starší člověk, u kterého se to dá předpokládat. Pak ale snadno nastane situace, kdy neformální pečující musí zajišťovat péči hned o dvě osoby (přirozenou o potomka a akutní o jiného blízkého), která je jednou z nejnáročnějších, s nimiž se lze setkat. A není bohužel ojedinělá. Právě proto je důležité, aby se pečovatelské služby nezaměřovaly pouze na člověka, který péči potřebuje, ale i na jeho okolí, které ji musí poskytovat často nepřetržitě sedm dní v týdnu, dvacet čtyři hodin denně. Platí to i o dalším příkladu:

Klientka E. je osmiměsíční batole, žijící s rodiči v moderní novostavbě. Byt vyhovuje potřebám rodiny. Péče o dítě je pro rodinu velmi náročná, protože dcera má závažné zdravotní komplikace – hypotonii, genetickou mutaci a hlubokou mentální retardaci. Její psychomotorický vývoj je extrémně opožděný. Nepřetáčí se, nezvedá hlavičku, „nepase koníčky“ a pohybuje pouze hlavou ze strany na stranu. Růstem odpovídá věku, avšak funkčně je výrazně limitovaná. Při manipulaci je nutná zvýšená opatrnost, protože holčička sama neudrží hlavičku. Rizikové je i krmení – při jídle se dusí, vše je třeba podávat v kašovité konzistenci. Matka zná specifika krmení a manipulace s dcerou, ví o rizicích spojených s hypotonickým dítětem. V bytě jsou dostupné pomůcky pro stimulaci vývoje – hrazení, chrástítka, balónky, barevné kroužky. Rodina navíc spolupracuje s Rannou péčí. Matka také komunikuje s odbornými lékaři (neurolog, pediatr), má základní povědomí o možnostech sociální podpory, ale její síly jsou omezené. Rodinná situace je totiž komplikovaná tím, že matka je po prodělané mozkové příhodě, trpí bolestmi zad, užívá antidepresiva. Otec se do péče aktivně nezapojuje, působí pasivně, nezískává potřebné zkušenosti a v péči o dítě je spíše nefunkční. Ani babičky se do péče nezapojují, hlavní zátěž tedy spočívá na matce, která zvládá péči s ohledem na svůj zdravotní stav obdivuhodně, nicméně je vyčerpaná, oslabená a v přetížení. Rodina pobírá rodičovský příspěvek a příspěvek na péči, který pokrývá část nákladů na služby. Finanční situace rodiny ale není nadstandardní.

Intervence: Od začátku roku 2024 je do péče zapojena pečovatelská služba, která do rodiny dochází dvakrát týdně na dvě hodiny. Vezme dítě v kočárku na vycházku, hraje si s ním, cvičí s hračkami a provádí jemnou stimulaci dle možností dítěte. Matce pomáhá i s hygienou domácnosti. Cílem je ulevit jí a poskytnout prostor na odpočinek či vyřízení osobních záležitostí. Pro matku služba představuje důležitý odlehčovací prvek, ale frekvence je zatím nízká a hlavní zátěž stále zůstává na ní. Matka se službami spolupracuje, poskytuje pokyny a sdílí informace o zdravotním stavu dítěte. Otec bývá přítomen, ale spíše v roli pasivního pozorovatele, aktivně se do péče nezapojuje. Protože psychická pohoda matky je zásadní pro fungování celé rodiny, bylo doporučeno využití odlehčovací služby a větší zapojení pečovatelské služby i rané péče a odborných terapeutů (např. fyzioterapie, stimulace vývoje dítěte, docházení do skupiny pro rodiče dětí se zdravotním postižením, metodická a psychologická podpora pro matku). To vše by jí mohlo poskytnout tolik potřebný prostor k regeneraci. Otci je potřeba poskytnout informace a motivovat jej k většímu aktivnímu zapojení do péče. Vzhledem k závažnosti postižení dítěte bylo doporučeno zvážit další podpůrné dávky, požádat o vyšší stupeň příspěvku na péči a požádat o kompenzační pomůcky hrazené zdravotní pojišťovnou. Rodina bude potřebovat dlouhodobou a systematickou podporu.

Také tato kazuistika dokazuje, že nepříznivá životní situace se netýká jen osob ve vyšším věku a opět zdůrazňuje význam pečovatelské služby v podpoře neformálních pečujících. Tentokrát v případě, kdy hlavní zátěž vzhledem k věku klientky spočívá právě na pečující osobě. Pečovatelská služba zde má důležitou roli v odlehčení péče, ale vzhledem k závažnosti situace musí být schopna rodině zajistit **systematickou dlouhodobou, odbornou, praktickou i psychickou pomoc**.

Klientka F. (97 let) žije v přízemním bytě. V těsném sousedství žije její dcera a vnuk, kteří jí zajišťují každodenní podporu. Po operaci kyčle se klientce snížila soběstačnost a pohyblivost. Využívá proto pojízdné chodítko a inkontinenční pomůcky. Využívá pravidelně rehabilitaci, kterou provádí služba domácí zdravotní péče. Klientka slyší pouze s naslouchátkem, je proto nutné s ní komunikovat zřetelně a hlasitě. Má zhoršenou orientaci – zapomíná krátkodobé události a někdy působí zmateně. Bývá naladěna negativně, je třeba ji neustále motivovat. Na druhou stranu má své pevné zvyky, například kouření. Cigareta bývá motivací k aktivitám. Ke klientce dochází pečovatelská služba, a to sedmkrát týdně, třikrát denně. Podává jí jídlo a pítí, doprovází



na toaletu, pomáhá jí s hygienou i s úklidem, zajišťuje doprovod ven. Klientka se sama nají, někdy se zapojí i do přípravy jídla, ale potřebuje vedení a dohled. Využívá i monitorovací zařízení služby tísňové péče, které má nosit na krku. V domácnosti je i kamera, která slouží rodině ke kontrole situace. Dcera a vnuk mají základní zkušenosti s péčí a zajišťují úkony, které neposkytuje pečovatelská služba (nákupy, praní, žehlení, doprovody k lékaři), která se stará o praktickou podporu v denních činnostech. Domácnost je vybavena potřebnými pomůckami – chodítko, naslouchátko, invalidní vozík pro venkovní doprovod, inkontinenční pomůcky, signalizační zařízení. Přesto je péče o klientku spojená s riziky, zejména pokud jde o zajištění hygieny, prevence pádu a dodržování pitného režimu). Klientka pobírá starobní důchod a příspěvek na péči, který pokrývá část nákladů na služby. Další výdaje (jídlo, léky, pomůcky, úklidové prostředky) hradí rodina. Finanční situace není ideální, ale zatím ani kritická. Rodina má základní informace o možnostech podpory, je jí známo, na koho se obrátit v případě zhoršení stavu. Harmonogram péče je stabilní, ale vyžaduje neustálou přítomnost rodiny v sousedním bytě. Dcera má omezený čas na odpočinek, přesto si díky pečovatelské službě může chvíle volna dopřát. Nicméně vzhledem k negativnímu naladění matky a dlouhodobé vyčerpávající péči je na ní patrná únava. A to i přes zapojení vnuka do péče.

Intervence: Psychickou pohodu dcery by posílila metodická podpora, sdílení péče a občasný odlehčovací pobyt pro matku, který jí byl nabídnut. Doporučeno bylo rovněž využít metodickou podporu Institutu sociální práce, zejména v přístupu ke komunikaci s klientkou, která bývá negativně naladěná, podrážděná a obtížně se hledají způsoby její motivace. Rodině bylo doporučeno volit krátké a jasné věty, zachovat respekt a trpělivost a klientku motivovat k činnostem pomocí drobných odměn, zapojovat ji do drobných činností (výběr jídla, příprava kávy, volba oblečení), respektovat její zvyklosti. Rodině bylo také doporučeno využívat a pravidelně kontrolovat signalizační zařízení, aby byla stále zajištěna bezpečnost klientky při pohybu po bytě. Dále je třeba udržovat průběžnou komunikaci mezi rodinou, pečovatelskou službou a domácí zdravotní péčí, úkony zapisovat do sešitu.

Příklad dokládá, že i při vhodném nastavení péče a využívání všech dostupných forem podpory hrozí při dlouhodobém poskytování péče vyčerpání rodiny, a proto je neustále potřeba neformální pečující a podporovat a hledat způsoby, jak zátěž snížit a **předcházet zhoršení situace** klienta i jeho rodiny.

Klientka G. (53 let) žije se svou matkou v bytě v Praze. Matka se o ni celoživotně stará, a i nyní, v seniorském věku nese hlavní zodpovědnost za každodenní fungování domácnosti i za zajištění péče o dceru, která má lehké mentální postižení. Je však svéprávná a v řadě úkonů zvládá být samostatná, např. v pohybu, v komunikaci nebo v konzumaci jídla. Pravidelnou podporu potřebuje při provádění osobní hygieny, organizaci času a při orientaci v nových či náročnějších situacích, které jsou pro ni stresující a může v nich reagovat odmítavě. Klientka je komunikativní, dokáže vyjádřit své potřeby a reaguje na známé podněty. V domácnosti se pohybuje samostatně a také zvládá některé naučené trasy mimo domov, například cestu do obchodu či do denního stacionáře, kam pravidelně dochází. Stacionář je pro rodinu velkou oporou, klientce poskytuje strukturovaný denní program a mamince odlehčení. Zdravotně klientku limitují časté gynekologické potíže, které souvisejí s nedostatečnou hygienou, kterou matka již nezvládá samostatně zajistit. V koupelně mají připravené sedátko na vanu, klientka však potřebuje pomoc při vstupu a výstupu s přehozením nohou a přímý dohled při hygieně, zejména při mytí vlasů, čištění zubů a správném mytí intimních partií. Matka je obětavá, dceru má nesmírně ráda, ale má pocit viny z toho, že sama není schopná hygienu dcery zajistit. Ví, že je to potřeba. Přítomnost pečovatelské služby vnímá s rozpaky, z části jako pomoc, jen zčásti jako důkaz svého „selhání.“ Zároveň si však uvědomuje, že situaci sama nezvládne, protože stárne a ubývají jí síly. Pečovatelská služba do rodiny dochází od října 2023, třikrát týdně vždy ráno před tím, než klientka odchází do stacionáře. Rodina také spolupracuje se sociální pracovníci denního stacionáře, která byla i iniciátorkou zapojení pečovatelské služby. Tato pracovníce rodině poskytuje poradenství a metodickou podporu. Rodina čerpá příspěvek na péči. Z něj se hradí část pečovatelských služeb. Další financování domácnosti zajišťuje matka ze svého důchodu. Matka má základní povědomí o možnostech sociální podpory, ale často pochybuje sama o sobě. Atmosféra v rodině je zatížená stresem z každodenní péče, citově jsou však matka s dcerou silně propojené.

Intervence: V domácnosti chybí další podpůrné prostředky, které by péči usnadnily, např. signalizační zařízení, ergonomické pomůcky pro hygienu či polohovací pomůcky. Každé navýšení služeb či pořízení nových pomůcek



nicméně pro rodinu znamená zvýšenou finanční zátěž. Bylo jí proto doporučeno proto zkusit požádat o vyšší stupeň příspěvku na péči, případně o příspěvek na mobilitu a požádat i o hrazené kompenzační pomůcky. Matka by uvítala metodické vedení a podporu v tom, jak dceru motivovat k větší spolupráci a k tomu, aby hygienu nevnímala jako nepříjemný zásah. Vzhledem k pochybnostem matky a mentálnímu postižení dcery je důležité k rodině přistupovat jemně, laskavě a s trpělivým vysvětlováním všech kroků. Všechny činnosti je nutné dělat pomalu a srozumitelně vysvětlit. Klientka je nicméně přátelská a komunikativní, reaguje pozitivně na trpělivý a laskavý přístup. I matka je ochotná spolupracovat, ale potřebuje také citlivé vedení. Matka svůj volný čas, když je dcera ve stacionáři, většinou nevyužívá k odpočinku, spíše se věnuje domácnosti. Bylo jí proto doporučeno více myslet i na vlastní regeneraci. Potřebovala by také psychologickou podporu, případně zapojení do podpůrné skupiny rodičů či pečujících. Dále je potřeba posílit metodickou podporu pro matku, aby péči zvládala bez pocitu viny a dceru motivovala. Je důležité, aby rodina udržela pravidelnou spolupráci s pečovatelskou službou a denním stacionářem, který zajišťuje odlehčovací péči.

Kazuistika představuje další novou situaci – **celoživotního pečujícího**, který se sám pomalu vzhledem k věku dostává do role, kdy některé úkony přestává zvládat a sám potřebuje pomoc. Zapojení pečovatelské služby představuje úlevu a pomáhá stabilizovat situaci. Bude nicméně důležité udržet spolupráci dlouhodobě. V budoucnu lze navíc předpokládat nárůst úkonů, které bude potřeba zajistit.

Klient H. (78 let) žije se svou manželkou v bytě v Praze. Je po úrazu ramene a prodělané cévní mozkové příhodě, důsledkem které má ochrnutou levou polovinu těla. Je částečně imobilní – pohybuje se jen po bytě, to jen s pomocí druhé osoby, francouzské hole a jistícího pásu. Není schopen samostatně vstát z postele či křesla. Komunikace s ním je obtížná, protože hůře slyší, naslouchadlo nepoužívá, jeho řeč je zpomalená. Veškerou péči o manžela převzala manželka. Pečuje o něj s velkou láskou, ale zároveň je dlouhodobě vyčerpaná. Manželé mají děti, jejich pomoc je nicméně spíše doplňková. Klient je na manželku velmi citově vázán, její přítomnost vnímá jako zdroj jistoty a bezpečí. Manželka zná všechny postupy péče, zvládá je s jistotou, i když fyzicky s obtížemi. Umí zacházet se zvedákem, ví, jak s manželem manipulovat při koupání, přesunech či oblékání. Má zkušenosti i s používáním pojízdné toalety. Byt je upravený podle potřeb klienta. Mají dostupné pomůcky – polohovací postel, prostornou koupelnu, elektrický zvedák do vany, invalidní vozík, francouzskou hůl. Pomůcky pomáhají snížit fyzickou zátěž, přesto je péče fyzicky náročná. Domácnost je finančně zajištěna z důchodu klienta a příspěvku na péči, který pokrývá část výdajů na služby. Rodina funguje skromně, zatím bez existenčních problémů. Manželka komunikuje s praktickým i odbornými lékaři. Ví, na koho se obrátit, a má také kontakt na pečovatelskou službu, která jí poskytuje praktickou pomoc i psychickou podporu. Cítí se vyčerpaná, trpí bolestmi zad, hrozí u ní přetížení. Zároveň poskytování péče vnímá jako samozřejmost a je silně motivovaná. Přiznává však, že někdy se cítí sama – zejména v situacích, kdy je péče fyzicky těžká a ona se bojí, že něco nezvládne. Vnímá proto pečovatelskou službu jako „záchrannou síť“.

Intervence: Pečovatelská služba dochází do rodiny dvakrát týdně v dopoledních hodinách. Poskytuje klientovi pomoc při hygieně, provádí nácvik prostorové orientace, zajišťuje doprovody k lékaři a v případě potřeby i dopravu služebním vozidlem. Služba je přijímána pozitivně, rodina oceňuje především praktickou pomoc při koupání a doprovodech. Harmonogram je nastaven tak, aby manželka měla alespoň krátký prostor pro odpočinek a zároveň jistotu, že na péči není sama. Přesto zůstává hlavní pečující osobou, která musí být k dispozici prakticky 24 hodin denně. Manželku psychicky drží blízkost manžela, jejich partnerský vztah a také občasná možnost si odpočinout, například když byl manžel na krátkém odlehčovacím pobytu. Potřebovala by ale více času jen pro sebe, aby si udržela kondici a předešla vyhoření. Byla jí nabídnuta psychologická podpora a účast ve svépomocné skupině pečujících. Klient působí klidně a vděčně, zejména v přítomnosti manželky. Přechod z nemocnice domů pro něj znamenal výrazné zlepšení psychické pohody. Byl mu doporučen další nácvik chůze, který pro něj představuje motivaci: i malé úspěchy (krátká chůze po bytě) mu přinášejí radost. Schody jsou zatím bariérou, ale klient i manželka doufají, že se mu je podaří znovu natrénovat. Dále bylo rodině doporučeno nadále využívat pečovatelské služby, pravidelně zajišťovat odlehčovací pobyty (pro odpočinek manželky), sledovat vývoj zdravotního stavu klienta a v případě potřeby požádat o vyšší příspěvek na péči.



Rovněž tento příběh ukazuje, jak důležitou **oporu a úlevu** představuje pečovatelská služba pro neformálně pečující a že je důležité tuto pomoc poskytovat kontinuálně a dlouhodobě. Zároveň je ale důkazem, že role pečujícího je v životě člověka v nepříznivé sociální situaci mnohdy nezastupitelná.

Klientka I. (89 let) žije sama ve svém bytě v Praze. Byt se nachází ve 3. patře domu s pavlačí, což vytváří určité bariéry v pohybu. Přestože je v domě výtah, přístup je složitější a klientka tak většinu času tráví pouze doma. Ven se sama bez doprovodu nedostane. Je částečně imobilní, k pohybu využívá chodítko. Vzhledem k bariérám v bytě a vysokému věku je pro ni vykonávání každodenních činností fyzicky náročné a hrozí riziko pádů. Klientka je napojena na kyslíkový generátor, který potřebuje téměř neustále – bez něj může být maximálně jednu hodinu. Také je výrazně nedoslýchavá na levé ucho. Je proto nezbytné mluvit zřetelně a trochu hlasitěji. Přes zdravotní obtíže zůstává velmi komunikativní a přátelská. Rodina jí pomáhá s nákupy, úklidem, zajištěním léků a přípravou stravy. Dcera jí připomíná pravidelný pitný režim a kontroluje užívání léků, protože klientka občas zapomíná. Klientka nejvíce spoléhá právě na dceru, která je hlavní kontaktní osobou a organizuje většinu pomoci. V otázkách zdravotní péče se klientka sama obrací na praktického lékaře, informace o sociální podpoře a službách jí zprostředkovává především rodina. Klientka pobírá starobní důchod, z něhož pokrývá náklady na domácnost. Rodina jí dle potřeby finančně vypomáhá. Finanční zajištění je zatím dostačující, ale neumožňuje větší rezervy na mimořádné výdaje. Klientka je soběstačná v základních úkonech, ale kvůli kombinaci imobility, inkontinence a připojení na kyslíkový přístroj potřebuje jistotu a podporu. Umí se umýt a obléknout sama, ale jelikož v bytě je pouze vana, riziko pádu při vstupu a výstupu je značné a vyvolává v ní strach. Přesun přes okraj vany zvládá pouze s dopomocí. Proto požádala o podporu pečovatelské služby, která k ní dochází od října 2024 dvakrát týdně na hodinu. Pomáhá jí při vstupu a výstupu z vany, zajistí dohled při koupeli a bezpečný návrat do pokoje. Pečovatelka vždy připraví prostředí (podložku do vany, ručník) a dohlíží na bezpečnost. Klientka se po hygieně sama oblékne a pokračuje v běžném denním režimu. V bytě má připravené potřebné pomůcky – chodítko, sedačku do vany, kyslíkový generátor a hygienické pomůcky.

Intervence: Klientka působí optimisticky a vděčně. Oceňuje možnost setkávání s pečovatelkami, jejich přítomnost jí přináší pocit jistoty a také sociální kontakt, který by jí jinak chyběl. Přiznává, že ji nejvíce trápí omezená možnost vycházek ven – pavlač je sice částečnou náhradou, ale pohyb na čerstvém vzduchu jí schází. Omezuje ji také strach z pádu, proto se cítí bezpečněji, když má při hygieně pomoc. Rodina je pro ni velkou oporou, ale nechce jí být na obtíž. Její největším přáním je nejdéle zůstat doma, ve svém známém prostředí, které jí dodává pocit bezpečí. Její cílevědomost a přání „zůstat doma“ je silná motivace i pro rodinu, která se snaží být jí co největší oporou. Rodina i pečovatelská služba byly instruovány o tom, jak s klientkou bezpečně manipulovat, aby se předešlo pádům. S pečovatelskou službou rodina komunikuje otevřeně. Bylo jí doporučeno zvážit častější asistenci, nejen při hygieně, ale i při vycházkách na čerstvý vzduch. Zvažována byla proto i možnost požádat o příspěvek na péči, který by pomohl pokrýt služby spojené s hygienou a případné rozšíření péče. Byla doporučena instalace madel v koupelně, případně sprchového koutu místo vany. Dále byla doporučena podpora sociálních kontaktů klientky, např. zapojení do komunitních aktivit v rámci domovské čtvrti (pokud to zdravotní stav dovolí). Rodina bude dál pokračovat v aktivní podpoře.

Tato kazuistika ukazuje, jak významná a motivující je pro člověka závislého na pomoci druhých i pro jeho rodinu **možnost dožít ve vlastním domově**, což je jeden z velkých benefitů sdílené péče. I přes dobrou spolupráci s rodinou se však našlo několik oblastí, kde je možné udělat změny, aby se dosáhlo ještě větší efektivity péče a podpořili neformální pečující. To platí i o následujícím případě:

Klient J. (72 let) je bývalý lékař, který trpí bipolární poruchou a Alzheimerovou demencí ve středním stadiu. Kromě toho má i chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN). Přestože je fyzicky mobilní, jeho soběstačnost je výrazně omezena potřebou pravidelného dohledu a podpory v běžných denních činnostech. Žije se svou manželkou v bytě. Manželka pracuje na částečný úvazek a při péči se střídá se svou švagrovou, která bydlí o patro výš. Pečovatelská služba zajišťuje pomoc především v době, kdy je rodina v zaměstnání. Klient vyžaduje dohled při přípravě jídla a pití, pomoc při prostorové orientaci a podporu při oblékání a vycházkách. Vzhledem ke kognitivnímu deficitu potřebuje jasné a klidné vedení, udělovat konkrétní instrukce krok za krokem („vezměte si bundu“, „pojďme ke dveřím“ apod.). Klient mívá proměnlivé nálady – chvíle vřelého kontaktu střídají momenty



podráždění a odmítání pomoci. Působí ale klidně a komunikativně, při vhodném přístupu (respektujícím, pomalém a empatickém) spolupracuje dobře. Rodina má základní znalosti o onemocnění i péči o osobu s demencí. Sestra klienta komunikuje pravidelně s pečovatelskou službou a účastní se domluv o harmonogramu péče. Rodina má kontakt na sociální pracovníci pečovatelské služby, praktického lékaře a psychiatrickou ambulanci. Zná možnosti podpory v rámci Centra pro rodinné pečující a Alzheimer poradny. Rodina však postrádá praktické školení v oblasti komunikace s osobou s demencí a řešení závažných situací (např. výbuch hněvu, odmítání jídla). Ocenila by dostupné instruktážní video či krátká školení od pečovatelek. V domácnosti nejsou nutné kompenzační pomůcky – klient je mobilní, používá běžnou obuv a hůl má pouze pro jistotu při delších procházkách. Pomůcky jako označení políček či bezpečnostní pojistky na sporáku napomáhají bezpečnému prostředí. Klient pobírá příspěvek na péči 2. stupně a invalidní důchod 3. stupně. Domácnost je finančně stabilní, ale manželka zvažuje zkrácení úvazku kvůli zhoršování zdravotního stavu manžela. Rodina ví o možnosti využít odlehčovací službu nebo respitní pobyt, zatím je však nevyužila. Manželka má určité volno ve dnech, kdy péči přebírá švagrová nebo pečovatelská služba. Pociťuje však psychickou únavu a obavy z budoucnosti, zejména ze zhoršování manželovy demence. Zvažuje zapojení do podpůrné skupiny pečujících. Sestra klienta se snaží být oporou, ale i pro ni je péče psychicky náročná. Rodina oceňuje vstřícný přístup pracovníků pečovatelské služby, kteří klienta oslovují „pane doktore“ a zachovávají jeho důstojnost.

Intervence: Bylo doporučeno vymezit lépe volný prostor pro pohyb (v domácnosti je spousta knih), využívat dále pomoc pečovatelské služby dvakrát týdně a vést jednotný záznam o úkonech v sešitě. Zvážit navýšení rozahu poskytované služby při zhoršení stavu klienta. Dále byl rodině doporučen praktický nácvik komunikace s osobou s demencí formou speciálního kurzu („Porozumět demenci“) a nabídnuta možnost psychologické podpory pro pečující (např. telefonická linka pomoci pečujícím). Doporučeno bylo i využití různých aktivizačních pomůcek (např. jednoduché deskové hry, reminiscenční karty) a pravidelné hodnocení pokroků a nálad klienta pro udržení stability režimu.

Také v tomto případě je rodina motivovaná a zodpovědná, ale potřebuje více informací a podpory v komunikaci s klientem. Zároveň potřebuje možnost psychického odpočinku. Klíčový je zde nejen odborný, ale i **osobní přístup** ke klientovi: zachování jeho důstojnosti (např. oslovení „pane doktore“) výrazně přispívá k dobré atmosféře při spolupráci.

Klientka K. (70 let) je po prodělané cévní mozkové příhodě odkázána na péči své dcery, která se k ní přestěhovala a zajišťuje většinu péče. V době proděláné CMP byla klientka sama a zůstala několik hodin bez pomoci. Po hospitalizaci a následném pobytu v LDN se dcera rozhodla vzít matku domů, a to i kvůli nedůvěře k institucionální péči a platným pandemickým opatřením (COVID-19). Klientka je výrazně omezená v hybnosti, převážně upoutaná na lůžko. Komunikuje málo, často vyjadřuje nesouhlas či nezáměr o aktivizaci a rehabilitaci. Dcera se snaží zajišťovat každodenní péči, ale dlouhodobě se potýká s vysokou zátěží a únavou. O péči má základní povědomí a potřebné kontakty, absolvovala konzultace s fyzioterapeutkou a pečovatelskou službou, částečně využívají jejich služby. Chybí jí však ucelené praktické školení (např. jak správně polohovat, posazovat a cvičit). Uvítala by názorný materiál (např. instruktážní video) se správnými postupy. Někdy váhá, zda odborná péče probíhá dostatečně kvalitně (např. zda pečovatelky s klientkou opravdu cvičí). Přiznává obavy z nedůvěry k pečovatelské službě a uvádí, že někdy musí péči kontrolovat i prostřednictvím kamery. Opakované odmítání spolupráce ze strany klientky snižuje dceřinu motivaci a vyvolává pocit bezmoci. Potřebné pomůcky jsou v domácnosti k dispozici, prostředí je postupně upravováno, avšak přítomnost některých překážek (nábytek, prodlužovací kabely) zvyšuje riziko nehod. Rodina má základní povědomí o dávkách a ví, kam se obrátit v případě potřeby dalších finančních podpor. Paní Jarmila pobírá příspěvek na péči ve 3. stupni, který pomáhá pokrýt náklady. Péče je však finančně i časově velmi náročná a dlouhodobě může vést k ekonomickému tlaku. Dcera pracuje na plný úvazek, ale uvažuje o jeho snížení. Uvádí psychické i fyzické vyčerpání. Prostor pro vlastní odpočinek je omezený. Ráno je pro ni stresující, protože péče se kumuluje s přípravou do zaměstnání. Odpoledne péči zajišťují dobrovolníci a klientka využívá 3x týdně společenské programy. Dvakrát měsíčně přebírá péči o víkendu syn klientky.

Intervence: Doporučilo se sjednotit pracovní postupy všech pečujících, aby péče byla jednotná a pro klientku bezpečná, tzn. podrobně popsat klíčové úkony (podávání jídla, cvičení, polohování) a proškolení všechny



pečovatelky i rodinu. Udržet rehabilitační cvičení pro udržení soběstačnosti, omezení bolesti a ztuhlosti. Zajistit pravidelné návštěvy fyzioterapeuta a přizpůsobení cvičebního plánu aktuálním možnostem klientky. Pokračovat v aktivizačních programech a více zapojit dobrovolníky. Dále zvýšit podíl pečovatelské služby zejména při ranní péči a cvičení, aby dcera nebyla nadměrně zatěžována a mohla se více věnovat roli dcery, nikoliv výhradně pečovatelky. Dále jí bylo doporučeno psychologické poradenství a návštěva podpůrné skupiny pečujících. V tomto případě bude třeba pravidelně vyhodnocovat úroveň poskytované služby, aby nedocházelo k prohlubování nedůvěry ze strany rodiny.

V tomto příběhu je zajímavý **prvek nedůvěry** pečující osoby v kvalitu péče, kterou nabízí profesionální poskytovatel. Tato nedůvěra se v praxi může objevit a tvoří pak překážku v tom, aby se neformální pečující zbavil zbytečné zátěže a mohl získat potřebnou pomoc a podporu. Může to vést k pozdější rezignaci a zvolení jiné formy péče. Kazuistika ukazuje, jak se s touto nedůvěrou dá pracovat, aby pečující neztratil schopnost péči zajišťovat a jeho blízký mohl díky sdílené péči zůstat v domácím prostředí.

Klient L (64 let) žije se svou manželkou v bytě 2+1. Byt je plně bezbariérový a uzpůsobený potřebám osoby na vozíku. Je vybaven stropním zvedacím systémem, který umožňuje přesuny mezi lůžkem, vozíkem, toaletou a sprchou. Klient trpí roztroušenou sklerózou (RS), která mu byla diagnostikována již v roce 1986. Postupem let došlo ke ztrátě pohyblivosti dolních končetin, klient je zcela nechodící, trvale upoután na invalidní vozík. Horní končetiny jsou částečně pohyblivé, ale síla v nich ubývá. Přesto je klient orientovaný, komunikativní a mentálně zcela v pořádku. Dokáže samostatně komunikovat, ovládá počítač a udržuje si aktivní zájem o zdravý životní styl a výživu. Snaží se zůstat fyzicky aktivní – doma má motomed, na kterém pravidelně cvičí. Všechny potřebné pomůcky jsou v domácnosti k dispozici, je velmi dobře přizpůsobena pro bezpečné poskytování péče. Péči klientovi zajišťuje především pečovatelská služba, která k němu dochází 2x denně ráno a večer, o víkendech jednou denně. Pomáhá mu s přesuny, osobní hygienou, oblékáním a ukládáním ke spánku. Manželka, která pracuje na částečný úvazek a na směny, pomáhá podle svých možností – zajišťuje stravu, úklid a péči o domácnost. Do péče o je zapojena, zná správný postup při používání stropního zvedacího zařízení a ví, jak manžela bezpečně přesouvat z lůžka na vozík a zpět. Byla opakovaně poučena pečovatelskou službou o zásadách bezpečnosti a ergonomie při manipulaci. Oba manželé mají kontakt na pracovníci, která koordinuje služby. Rovněž vědí, že se mohou obrátit na pečovatelskou službu nebo ošetřujícího lékaře s dotazy ohledně zdravotního stavu či pomůcek. V případě potřeby dopravy či doprovodu využívají přepravní službu, která má automobil s plošinou. Klient pobírá invalidní důchod 3. stupně a příspěvek na péči. Domácnost je finančně stabilní. Manželka klienta je ochotná a pečlivá, avšak dlouhodobá fyzická zátěž při manipulaci s manželem ji vyčerpává. Ocenila by více času na odpočinek. Přítomnost pečovatelské služby je pro rodinu zásadní úlevou. Klient má k pečovateli pozitivní vztah, spolupracuje, komunikuje s respektem i humorem, je rád v kontaktu s lidmi, udržuje si mentální aktivitu. Psychicky působí vyrovnaně, i když si uvědomuje postupné zhoršování fyzického stavu. Pečovatelský tým komunikuje s rodinou prostřednictvím telefonu a docházkových listů. Spolupráce s rodinou je výborná. Cílem je udržet klienta co nejdéle v domácím prostředí, s pocitem bezpečí, důstojnosti a aktivního života. Zajistit jeho bezpečné přesuny a podporovat jeho soběstačnost v běžných činnostech.

Intervence: V tomto případě je vhodné zachovat stávající režim péče (ráno a večer ve všední dny, o víkendech jednou denně). Dále bylo doporučeno: pravidelně kontrolovat technický stav stropního zvedacího zařízení, při přesunech klienta vždy zajistit stabilní postavení vozíku a okolí bez překážek, více podporovat klienta v samostatnosti a soběstačnosti – např. umožnit mu mytí horní části těla nebo oblékání s dopomocí, dohlížet na správné sezení na vozíku a polohování na lůžku, podporovat jeho fyzickou aktivitu pomocí motomedu. Manželce byla nabídnuta možnost využít odlehčovací služby nebo další poradenství.

Poslední kazuistika je příkladem, že s podporou sdílené péče a při dobře fungující spolupráci mezi pečovatelskou službou a rodinou **je skutečně možné zajistit setrvání klienta v domácím prostředí hodně dlouhou dobu**, a to i v případě zhoršování jeho zdravotního stavu. Opět se potvrdilo, jak důležitá je tato možnost pro lidi odkázané na péči druhých i jejich blízké.

Shrnutí a vyhodnocení kazuistik



Kazuistiky přinesly **důkazy o náročnosti zajišťování péče** pro neformální pečující. Bez podpory pečovatelské služby a sdílené péče by pro ně bylo nemožné péči dlouhodobě zajišťovat bez významných důsledků pro jejich kondici, zdraví, situaci i vztahy s rodinou a okolím. Ve všech případech je ostatně zmiňována znatelná vyčerpanost pečujících. Obvykle se totiž jedná o celodenní nebo značně intenzivní péči, kterou poskytují – a to zejména v oblastech, které pečovatelská služba časově či kapacitně nepokryje (např. doprovody k lékaři, domácí práce, nákupy, dohled během noci). U některých uživatelů je pečovatelská služba přítomna několikrát denně, ale klíčová odpovědnost stále zůstává na neformálním pečujícím. V případech náročné péče je jeho role prakticky nepřetržitá.

Možnost věnovat se osobním aktivitám je tak pro neformálně pečující výrazně omezena. Někteří si díky podpoře pečovatelské služby mohou alespoň částečně zachovat pracovní aktivitu, v jiných případech uvádějí, že na vlastní volný čas téměř nemají prostor a odpočinek je omezen na krátké chvíle. Celkově je zřejmé, že většinu času neformální pečující věnují péči, což zvyšuje **riziko přetížení**. Emoční a psychická zátěž je vysoká. Péče o osobu závislou je spojena s vyčerpáním, nejistotou a obavami z budoucnosti. Někteří pečující využívají odbornou podporu – psychoterapii či konzultace s pečovatelskou službou, jiní o vyhledání pomoci teprve uvažují. Většinou je také patrný **pokles finanční úrovně** domácností. Péče často znamená snížení pracovního úvazku nebo zcela znemožňuje zaměstnání jednoho z partnerů. Příspěvek na péči (nejčastěji 3. nebo 4. stupeň) a důchody sice pokrývají základní potřeby, ale nezajišťují dostatečné finanční krytí všech výdajů.

Všechny kazuistiky ale zároveň dokazují, že neformálně pečující představují klíčový prvek v péči o osoby závislé na pomoci a že s vhodnou podporou a pomocí pečovatelské služby se může významně zlepšit jejich situace, zlepšit kvalita života i osobní vztahy. Neopomenutelným benefitem je pak skutečnost, že lidé závislí na péči mohou zůstat v prostředí vlastní domácnosti. Ve všech případech došlo vlivem intervence pracovníků projektu ke zlepšení ve více aspektech současně. Podrobný přehled představuje následující tabulka:

Tab.1: Přínosy sdílené péče na základě zpracovaných kazuistik

Přínosy sdílené péče	Klienti, u kterých se změny projeví	Celkový počet
Přínosy pro pečující		
zlepšení informovanosti (jiné služby, příspěvky apod.)	A, C, D, E, F, G, H, I	8
zaškolení ve vykonávání péče	A, C, D, E, G, H, I, J	8
prevence vyhoření	A, D, E, J	4
podpora zapojení na trhu práce	A, K, L	3
prevence zhoršení finanční situace (žádost o příspěvek apod.)	D, E, G, I	4
získání času pro odpočinek a vyřízení vlastních záležitostí	A, B, C, D, E, G, H	5
kontakty na odborné kurzy a odborníky (psycholog apod.)	C, D, E, F, G, H, J, K	8
Přínosy pro klienty (a pečující zároveň)		
využití nových pomůcek (kompenzační, signalizace apod.)	C, D, F, G, H, I, J	7
navázání sociálních kontaktů (zájmové skupiny apod.)	C, E, F, I, K	5
zapojení nových členů nebo dalších služeb do péče	E, K, L	3
podpora samostatnosti a soběstačnosti	C, F, G, H, I, L	6
možnost žít ve vlastní domácnosti	A, B, C, D, F, G, H, I, J, K, L	11
Přínosy pro pečovatelské služby		
navýšení počtu hodin pečovatelské služby u klienta	B, C, D, E, K	5
lepší harmonizace péče mezi PS a neformálním pečujícím	A, B, D, E, F, G, I, J, K	9
zvýšení kompetencí a dovedností pracovníků přímé péče	I, K	2

Zdroj: Institut sociální práce 2025, vlastní zpracování



Tabulka představuje oblasti, ve kterých může díky sdílené péči dojít k pozitivním změnám. Zároveň vidíme, ve kterých oblastech **došlo ke změnám vlivem intervencí** pracovníků hodnoceného projektu. Nejvíc přínosů jsme zaznamenali ve vztahu k neformálním pečujícím, což zřejmě souvisí s faktem, že dosud nejsou zákonem definovanou cílovou skupinou sociálních služeb. Ukázalo se, že stále mnoho z nich nemělo všechny informace o možných formách podpory a službách nebo nevěděli o možnostech vyhledat pomoc odborníka či navštívit odborný kurz, na kterém by se naučili péči lépe zajišťovat. Všechny tyto skutečnosti se projeví u dvou třetin případů popsaných v kazuistikách. Stejný počet pečujících potřeboval i vedení a oporu v tom, jak lépe vykonávat péči v prostředí domácnosti jejich blízkého, o kterého se starají. Celkem v osmi případech pak pečující vlivem intervencí projektu získali větší prostor pro sebe sama nebo pro to, aby nemuseli opouštět trh práce či si snižovat pracovní úvazek. Což zároveň zabrání zhoršení finanční situace v rodinách, která, jak z výsledků vyplynulo, rovněž nebývá nejlepší.

U více než poloviny klientů se ukázalo, že nemají ani informace o všech vhodných pomůckách, které by mohli využít a které by jim buď usnadnily péči nebo podpořily větší samostatnost a soběstačnost jejich člověka závislého na péči. I ty je třeba co nejvíc podporovat, aby se cítili motivovaní a nerezignovali. Stejně tak je vhodné usilovat o jejich zapojení do vhodných zájmových skupin a komunitních aktivit. U cca poloviny případů se intervencí projektu povedlo ovlivnit i tyto aspekty. Kazuistiky ale potvrdily i hodnotu možnosti **setrvat díky sdílené péči v prostředí vlastní domácnosti**. Přímý dopad se projevil celkem u jedenácti popsaných případů, ze statistiky byla nicméně vypuštěna klientka E, což je malé dítě, u kterého je zatím výrazně menší riziko, že by bez sdílené péče musela být zvolena jako alternativa pobytová nebo ústavní péče.

Zajímavé je povšimnout si, jaké přínosy může mít sdílená péče pro samotné poskytovatele pečovatelských služeb. Kromě toho že u většiny sledovaných případů došlo vlivem intervencí projektu **k lepší harmonizaci vzájemné spolupráce neformálních pečujících s pečovatelskou službou** (což může mít pozitivní dopad i na kapacity a přetížení pracovníků služeb), téměř v polovině případů se ukázalo být navýšení podílu pečovatelské služby na péči jako dobrá možnost další úlevy pro neformální pečující. V některých případech k tomuto navýšení už i došlo.

Tím se zároveň potvrzuje, že navýšení kapacit pracovníků pečovatelských služeb není jen nezbytným předpokladem pro úspěšné fungování sdílené péče, ale **může se pozitivně odrazit i ve větším zájmu o využívání pečovatelských služeb**. Budou-li pracovníci pečovatelských služeb mít kapacitu na to, aby svou práci podporovali i neformální pečující a standardně jim poskytovali potřebnou podporu a všechny informace, které jim byly nabídnuty v rámci intervencí pracovníků hodnoceného projektu, mohou svou činností zároveň vytvořit prostor pro rozšíření a zkvalitnění vzájemné spolupráce s klientem a jeho rodinou.



3.4 Nastavení a úprava pravidel pro poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících u MČ Praha 3 a 8

Pravidla pro poskytování sdílené péče v jednotlivých městských částech se v první řadě řídí Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb (dále také SPRSS). Při jeho hodnocení je pro nás klíčové hodnocení potřeby navýšení a stanovování kapacit, zejména u pečovatelské služby a podpory neformální péče. Protože v letošním roce byl přijat nový SPRSS platný pro území Hlavního města Prahy, porovnali jsme údaje z předchozího a současného.² Výsledky představujeme v následujícím textu.

V SPRSS platném v letech 2022 – 2024 se při hodnocení kapacit pečovatelských služeb vycházelo z tradičního modelu založeném na počtu úvazků pracovníků. Pro Prahu je přitom charakteristická dostupnost služby zejména v pracovní dny a omezený rozsah provozní doby, která je často stanovena pouze do 16 hodin. Deficit flexibility služeb je v dokumentu zmiňován opakovaně, transformace je teprve plánována (včetně prodloužení provozní doby do večerních hodin, přes víkendy a svátky). Nicméně nové služby, které tyto podmínky nesplňovaly, neměly být zařazeny do sítě sociálních služeb. Úkony péče měly být ve službách navýšeny tak, aby klienti zůstávali co nejdéle v přirozeném prostředí a aby služby mohly pečovat i o seniory s vyšší mírou podpory, kteří potřebují službu i ve večerních hodinách (minimálně do 21 h), o víkendech a svátcích. Kapacity velkých pobytových služeb měly být postupně přesouvány do menších služeb v rámci hlavního města a obecně měly být podporovány sociální služby poskytované komunitním způsobem, tj. v přirozeném prostředí člověka. Měly je podporovat ve využívání běžných zdrojů v okolí a v rozvoji a využití všech jeho schopností. Pečovatelská služba měla být poskytována individuálně podle potřeb, přání a aspirací každého z uživatelů. Pro udržení seniorů co nejdéle v přirozeném prostředí měla být dostupná (finančně i časově) služba home care. Na úřadech městských částí měla být vytvořena pozice pracovníka - case managera, který by pomáhal seniorům po návratu z hospitalizací nasměrováním na správnou sociální nebo zdravotní službu. Měla být posílena dostupnost služeb i pro osoby se zdravotním postižením. Rovněž měla fungovat mezioborová spolupráce zejména s praktickými lékaři, kteří své pacienty měli nasměrovat jak na zdravotní, tak sociální služby. Nicméně jak je patrné nejen z navazujícího SPRSS, cíle nebyly splněny. Koordinace činnosti jednotlivých poskytovatelů probíhala v tomto období stále spíše na lokální úrovni. Provoz služeb byl proto také nesourodý a závisel na místních možnostech.

Pokud jde o **sdílenou péči a podporu neformálních pečujících**, tato témata jsou zmiňována spíše okrajově, v obou SPRSS se objevují především ve vztahu k potřebě rozvoje odlehčovacích služeb, v souvislosti s umisťováním do pobytových zařízení a s podporou rodin. Systémová opatření nebo specifická dotační podpora zatím chybí, většinou jde pouze o podporu formou příspěvku na péči. Motivace k podpoře je spíše deklarativní než praktická (způsoby jsou v plánu pouze navrhovány).

V SPRSS platném pro období let 2025 – 2027 je již transformace pečovatelské služby explicitní úkol: místo úvazků se kapacita má sledovat podle hodin reálně poskytnuté přímé péče. Cílem je docílit plné regionální dostupnosti a větší individuálnosti služby nejpozději do 1. 1. 2028. Strategická část rovněž zavádí jednotnou metodiku vykazování hodin péče napříč poskytovateli, pilotně implementuje inovativní modely (např. větší zapojení odlehčovacích služeb, variabilní pracovní doba). Má dojít k důslednému provázání „servisních úkonů“ (nákupy, úklid, praní prádla, dovoz stravy) na výstupy z realizovaného sociálního šetření a na úkony péče nezbytné pro zvládání běžných činností. Důraz je kladen na omezení servisních úkonů v situaci, kdy lze jejich poskytování zajistit dostupnými komerčními službami. V analytické části je počítáno s proškolením pracovníků, zvyšováním kapacit a důraz je kladen na dostupnost služby ve večerních hodinách, zároveň má být pečovatelská služba dostupná na celém území HMP. Změny jsou podloženy reálnou poptávkou ze strany klientů. Požadavky na rozšíření provozní doby, omezení servisních úkonů a vykazování počtu hodin reálně poskytnuté péče jsou plně v souladu s kritérii na zavedení sdílené péče.

² Přesný název dokumentu je Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území Hlavního města Prahy na období 2022 – 2024, respektive 2025 – 2027. Oba plány jsou k dispozici na webové stránce <https://praha.eu/web/socialni/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb>.



Neformální péče je v novém SPRSS již samostatně vyčleněna jako strategická priorita. Neformální pečující jsou reflektováni jako klíčová cílová skupina. Jsou uvedena komplexní opatření, která zahrnují přímou podporu neformálních pečujících ve vzdělávání, psychohygieně, poradenství, zapojují je do pracovních skupin a komunitního plánování. Nově je plánováno zjišťování kapacit a potřeb neformálních pečujících i grantová podpora pro jejich aktivity, včetně platformy pro sdílení zkušeností a participaci na regionální úrovni.

Tab. 2: Porovnání změn v SPRSS v případě pečovatelské služby a neformální péče

Kapitola	SPRSS 2022 – 2024	SPRSS 2025–2027
Pečovatelská služba	Kapacita podle úvazků, omezený čas	Kapacita podle hodin péče, plošná dostupnost
Organizace služby	Lokálně, dle možností zařízení	Jednotná metodika města, pilotní projekty
Sdílená péče	Doplněk formálních služeb, slabá systémovost	Samostatná oblast, detailní podpora
Neformální pečující	Deklarovaná podpora, málo konkrétních opatření	Komplexní zajištění, granty a vzdělávání

Zdroj: SPRSS 2022-2024 a SPRSS 2025 – 2027. Zpracování Institut sociální práce 2025.

Kromě toho, že městské části musí respektovat požadavky platného SPRSS, je potřeba, aby **podmínky pro rozvoj pečovatelských služeb a podporu neformální péče** vytvářely také samostatně. Zdrojem informací a důkazem o tom, proč je to potřeba, může být vývoj počtu obyvatel. V příloze 6 tohoto dokumentu je představen vývoj počtu obyvatel obou MČ zapojených v projektu. Z něj vyplývá, že počet osob závislých na péči bude nejspíš dále narůstat, to zejména z důvodu stálého zvyšování počtu obyvatel ve vyšším věku, u nichž je závislost na péči druhé osoby častá. Nicméně jak víme z představených kazuistik, nemusí se tento jev týkat jen starších osob.

Je proto potřeba ocenit přístup Městské části Praha 3, která podporu sdílené péče a neformálních pečujících deklaruje v aktuálně platném **Komunitním plánu rozvoje sociálních a návazných služeb městské části Praha 3 na období 2025 – 2029³** (dále také KPRSS). V něm je uvedeno, že tato městská část se na podporu neformálních pečujících zaměřuje už od roku 2019 a jako prioritu ji měla zmíněnou i v Komunitním plánu rozvoje sociálních služeb pro rok 2024. V minulých letech došlo také k vytvoření pozice koordinátora péče na odboru sociálních věcí ÚMČ Praha 3, který se zabývá podporou pečujících, poskytuje jim informace a úzce spolupracuje s organizacemi, které s nimi pracují (KPRSS 2025 – 2029, str. 30 a 31).

V aktuálním období jsou cíle podpory neformálně pečujících definované takto: „*Cílem je posílení kompetencí pečujícího, aby mohl dlouhodobě pečovat o svého blízkého v domácím prostředí. Neformální péče rovněž přispívá ke snížení náporu na pobytové služby sociální péče. (...) Ve vztahu k neformálním pečujícím nejsou*

³ Dokument je dostupný zde: <https://www.praha3.cz/samosprava/kompetence-clenu-rmc/socialni-zalezitosti-a-zdravotnictvi/komunitni-planovani>



zajišťované žádné speciální sociální služby, ale je třeba vytvářet kapacity podpůrných služeb. Významným předpokladem je kvalitní a modernizovaná pečovatelská služba... (KPRSS 2025 – 2029, str. 30 – 31)

Dále je v dokumentu uvedeno, že kromě pečovatelské služby je potřeba podporu zaměřit i na další sociální služby, jako je osobní asistence, tísňová péče, denní stacionáře a odlehčovací služby. Konkrétně jsou **opatření pro realizaci priority** v období let 2025 – 2029 v dokumentu definována takto:

- A. Podpora a rozvoj služeb příspěvkových organizací městské části Praha 3 v sociální oblasti (pečovatelská služba, denní stacionář, odlehčovací služby) s ohledem na podporu neformální péče a pečujících,
- B. Podpora a rozvoj sdílené péče ve službách příspěvkových organizací městské části v sociální oblasti,
- C. Zajištění činnosti koordinátora péče a funkčního case managementu v sociální práci na ÚMČ Praha 3,
- D. Podpora služby osobní asistence,
- E. Podpora služeb zaměřených na podporu neformálně pečujících,
- F. Informační kampaň zaměřená na oslovení neformálně pečujících a informování veřejnosti o neformální péči a pečujících,
- G. Vzdělávání ve službách a organizacích se zaměřením na oblast neformální péče a podporu pečujících,
- H. Rozvoj spolupráce s lékaři a dalším zdravotnickým personálem se zaměřením na podporu neformální péče a podporu pečujících.

Zdroj: (KPRSS 2025 – 2029, str. 31 -32, upraveno)

Opatření by se tedy kromě sdílené péče a neformálních pečujících měla zaměřit také na činnost koordinátora péče a case management, informační kampaně nebo vzdělávání a rozvoj spolupráce s praktickými lékaři. Jak vyplynulo z předchozího textu, všechny tyto oblasti mohou pro neformální pečující představovat rovněž podporu a pomoc. Praha 3 podpořila **realizaci deklarovaných cílů** navíc i aktivním zapojením do projektu s Institutem sociální práce. Nicméně myšlenku zavedení speciálního koordinačního pracovníka, která byla zmíněna v předchozím textu, podporují představitelé obou městských částí zapojených v projektu, což je jedním z jeho pozitivních výsledků. Zastupitelům MČ Praha 3 se navíc již povedlo pozici v rámci jedné z pečovatelských služeb vytvořit.

3.5 Tvorba Metodiky spolupráce a podpory neformálních pečujících

Metodika vznikla jako kniha, která **vychází ze zkušeností a praxe** pracovníků Institutu sociální práce. Odráží se v ní i zkušenosti realizovaného projektu. Představuje všechny předpoklady a podmínky pro zavedení sdílené péče i to, jak musí být pečovatelská služba nastavena, aby mohla sdílenou péči zavést a poskytovat. Obsah (viz obr. 1 na dalších stranách) zahrnuje všechna důležitá témata, jako například: přínosy sdílené péče, pravidla spolupráce a poskytování podpory neformálním pečujícím, pro koho je sdílená péče vhodná nebo mechanismy sledování a hodnocení efektivity poskytované péče. Kniha je k dispozici jak pro pečovatelské služby zapojené v projektu, tak pro všechny ostatní zájemce o zavedení sdílené péče a podpory neformálních pečujících.

Přestože realizace projektu byla doprovázena komplikacemi a náročnými okolnostmi (nedostatečné kapacity pracovníků zapojených pečovatelských služeb, personální změny), došlo díky úsilí pracovníků Institutu sociální práce k **pozitivním změnám ve všech hodnocených klíčových aktivitách**. U některých pečovatelských služeb se podařilo alespoň částečně navýšit kapacitu, ony i klienti dostali k dispozici různé materiály (informační listy, letáky, metodiku), myšlenka je podporována i zřizovateli a zástupci zapojených MČ. Důkazem smyslnosti a účinnosti sdílené péče, podpory neformálních pečujících i celého projektu jsou pak představené kazuistiky.



Obr. 1: Obsah Metodiky spolupráce a podpory neformálních pečujících

Obsah

1.	ÚVOD	8
2.	PROJEKT PEČOVATELSKÁ SLUŽBA – PŘÍLEŽITOST PRO ŽIVOT DOMA II	10
3.	VIZE ŽÍT DOMA	14
3.1	Přijetí vize ŽÍT DOMA	15
3.2	Projednání záměru se zřizovatelem	20
3.3	Vnímání pečovatelské služby jako služby určené pouze osobám v NSS	21
3.4	Vnímání pečovatelské služby jako základní služby poskytované v domácím prostředí pro lidi závislé na péči	22
3.5	Vnímání role pečovatelské služby jako doplnění chybějících schopností uživatele	24
3.6	Vnímání pečovatelské služby jako odborné služby nenahrazující běžně dostupné zdroje	26
4.	NEPŘÍZNIVÁ SOCIÁLNÍ SITUACE	28
4.1	Schopnost rozpoznat osobu v nepříznivé sociální situaci	29
4.2	Nepříznivá sociální situace jako podmínka poskytnutí služby	32
4.3	Zjišťování potřeb v celém rozsahu běžného života – karta zjišťovaných potřeb (viz karta potřeb)	34
4.4	Upřednostňování přirozených zdrojů a běžných služeb	37
4.5	Opakované posuzování nepříznivé sociální situace v průběhu poskytování péče	37
4.6	Důraz na sociální poradenství	37
5.	ODKAZOVÁNÍ NA BĚŽNĚ DOSTUPNÉ ZDROJE	40
5.1	Dovoz jídla	41
5.1.1	Vytvoření přehledu dostupných stravovacích služeb	41
5.1.2	Posuzování možnosti zájemce/uživatele využívat běžně dostupné stravovací služby	44
5.1.3	Nabízení pomoci při zajištění či využívání stravovacích služeb	47
5.1.4	Nabízení možnosti podpory při přípravě stravy jako podpory samostatnosti	53
5.1.5	Sjednocení postupu a způsobu informování s obcí	54
5.2	Nákupy	56
5.2.1	Vytvoření přehledu dostupných dovozců nákupů	56
5.2.2	Posuzování možnosti zájemce/uživatele využívat služby dovozců nákupů	56
5.2.3	Nabízení pomoci při zajištění či využívání internetových obchodů	57
5.2.4	Nabízení možnosti podpory při nakupování v kamenném obchodě	60
5.2.5	Sjednocení postupu a způsobu informování s obcí	60
5.3	Úklid	60
5.3.1	Vytvoření přehledu dostupných úklidových služeb	61
5.3.2	Posuzování možnosti zájemce/uživatele využívat úklidové služby	62
5.3.4	Nabízení pomoci při zajištění a využívání úklidových služeb	64
5.3.5	Sjednocení postupu a způsobu informování s obcí	65
5.4	Praní a žehlení	66
5.4.1	Vytvoření přehledu dostupných prádel a mandlů	66
5.4.2	Posuzování možnosti zájemce/uživatele využívat veřejné prádelny a mandly	67
5.4.3	Poskytování pomoci při praní a žehlení jako prostředku podpory samostatnosti a soběstačnosti uživatele	67
5.4.4	Nabízení pomoci při zajištění a využívání veřejných prádel a mandlů	67
5.4.5	Sjednocení postupu a způsobu informování s obcí	67
6.	NASTAVENÍ POSKYTOVÁNÍ PÉČE	68
6.1	Definování limitů poskytování péče pečovatelskou službou	69
6.2	Umožnění opakovaných návštěv během dne	73
6.3	Umožnění poskytování péče v potřebném časovém rozsahu v rámci jedné návštěvy	74
6.4	Nastavení péče u uživatele dle zjištěných potřeb s důrazem na podporu soběstačnosti	76
6.5	Zavedení aktivní role pečovatelek při plánování péče	79
6.6	Vytvoření zázemí a technických podmínek pro plánování péče	80
6.7	Individuální plán se stává závazným dokumentem pro výkon péče	81
6.8	Vedení záznamů o průběhu péče	82
6.9	Zavedení pravidelných případových porad	82
6.10	Vytvoření materiálně - technických podmínek pro péči	82
7.	ZVYŠOVÁNÍ ODBORNOSTI	85
7.1	Zvyšování odbornosti pracovníků ve vztahu k uživateli s vyšší mírou závislosti	86
7.2	Zvyšování odbornosti pracovníků ve vztahu k různým cílovým skupinám	89
7.3	Podpora kompetencí skrze sdílení příkladů dobré praxe	90
8.	PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ SLUŽBY	93
8.1	Úprava pracovních smluv včetně pracovní doby	94
8.2	Zavedení harmonogramů péče	97
8.3	Zajištění potřebného zázemí a vybavení pro pracovníky v přímé péči	99
9.	REVIZE SMLUV S UŽIVATELI	104
9.1	Doplnění podmínek poskytování pečovatelské služby pouze osobám v NSS	105
9.2	Zakotvení role pečovatelské služby do smlouvy	105
9.3	Zakotvení povinnosti zajištění technických a prostorových podmínek pro poskytování pečovatelské služby uživateli	106
9.4	Zakotvení důvodu ukončení smlouvy v případě pominutí NSS uživatele	109
10.	PROVOZNÍ DOBA	110
10.1	Rozšíření provozní doby dle potřeb cílové skupiny	111
10.2	Sjednocení provozní doby pro všechny uživatele	116
10.3	Aktivní nabídka péče ve večerních hodinách a o víkendech v rámci nastavování poskytování služby	117
11.	CÍLOVÁ SKUPINA	119
11.1	Rozšíření cílové skupiny dle požadavku zákona o sociálních službách	120
11.2	Odstanění omezení věkem	120
12.	ÚPRAVA REGISTRACE	124
12.1	Provozní doba	125
12.2	Cílová skupina	126
12.3	Popis realizace služby	127
13.	INFORMOVÁNÍ	128
13.1	Aktualizace údajů v informačních materiálech	129
13.2	Informování veřejnosti o tom, že pečovatelská služba je určena pouze osobám v nepříznivé sociální situaci	131
13.3	Informování o roli pečovatelské služby	132
13.4	Informování návazných subjektů (nemocnice, LDN, lékaři, ...)	136
14.	SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI SUBJEKTY	137
14.1	Spolupráce s domácí zdravotní péčí, hospici	138
14.2	Spolupráce s nemocnicemi a LDN ve věci návratů po hospitalizaci	139
14.3	Spolupráce s návaznými subjekty k nastavení péče a řešení situace konkrétních uživatelů	141
15.	DOMY S BYTY ZVLÁŠTNÍHO URČENÍ	144
15.1	Odstanění podmínky čerpání úkonů pečovatelské služby z nájemní smlouvy	145
15.3	Poskytování pečovatelské služby shodně uživateli v bytech zvláštního určení i v terénu	150
15.4	Správné označení domů s byty zvláštního určení (bytový fond obce)	151
15.5	Zajištění spolupráce mezi pečovatelskou službou a bytovou komisí při řešení situace osob	152
16.	SLOVNÍK POUŽÍVANÝCH TERMÍNŮ A ZKRATEK	154
17.	POUŽITÉ ZDROJE	155

Zdroj: Metodika spolupráce a podpory neformálních pečujících. Zpracování Institut sociální práce 2025.

4. Závěry evaluace a doporučení

Na počátku realizace projektu byla představa, že zavádění sdílené péče bude pozitivně přijímáno a projekt nabídne mnoho pozitivních příběhů a příkladů dobré praxe. Ukázalo se však, že situace je mnohem komplikovanější a že schopnost pečovatelských služeb sdílenou péči zajišťovat výrazně snižuje současný model jejich fungování, který je charakterizován značnou poddimenzovaností pracovních úvazků. Zajištění sdílené péče a podpory neformálních pečujících je potom některými pracovníky chápáno jako něco nad rámec současných pracovních povinností, něco, na co už při současném nastavení nemají kapacitu. Současný systém tedy nenabízí pro poskytování sdílené péče vhodné podmínky, naopak proces značně komplikuje. Tyto skutečnosti formovaly rovnou několik evaluačních závěrů a doporučení.

4.1 Vyjasnění významu a podmínek pro fungování sdílené péče

Pokud se pečovatelská služba rozhodne zavést sdílenou péči, k vyjasnění toho, co všechno bude její náplní, musí dojít hned na počátku transformačního procesu. A to z toho důvodu, že sdílená péče nemůže fungovat bez několika klíčových předpokladů. Základní podmínkou dle tohoto projektu je **zvýšení časové dostupnosti pečovatelské služby**, tj. rozšíření provozní doby do večerních hodin a na víkendy a svátky. Tradičně nastavené pečovatelské služby obvykle svoji činnost ukončují odpoledne po osmi hodinách provozu, o víkendech a svátcích mají pracovníci volno. Potřeby žádného člověka ale není možné přizpůsobovat provozní době, zvlášť jde-li o takové věci, jako je schopnost se najíst, umýt, obléci se, vstát z lůžka nebo si dojít na toaletu. Má-li být cílem udržení klienta závislého na pomoci druhých v domácím prostředí, musí mít možnost získat péči tehdy, kdy ji potřebuje. Rozšíření provozní doby ale velmi úzce souvisí s posílením personálních kapacit služby, což je další důležité evaluační doporučení.

4.2 Zajištění dostatečných personálních kapacit pro fungování sdílené péče

Nedostatek potřebných kapacit pro fungování sdílené péče se ukázal být největší překážkou v úspěšné realizaci projektu. Pečovatelským službám chybí pracovníci přímé péče i sociální pracovníci. Nemají proto dostatečné kapacity pro zajištění všech úkonů. Pokud by mezi ně měla být zařazena ještě koordinace sdílené péče a poskytování podpory neformálním pečujícím, mohou to považovat jako další úkoly nad rámec současných povinností, na které už tak nemají potřebné kapacity. Nicméně protože opatření, která se v současnosti diskutují v sociální politice, směřují k tomu, že neformální pečující budou zařazeni mezi oficiální cílové skupiny sociálních služeb, **bude povinnost poskytovat jim podporu zřejmě v blízké budoucnosti stanovena zákonem**. Projekt Institutu sociální práce navíc ukázal, že sdílená péče má spoustu benefitů nejen pro její příjemce, ale i pro samotné pečovatelské služby. Posílení personálních kapacit pečovatelských služeb by proto mělo být nejen předpokladem zavedení sdílené péče, ale i nezbytností a prioritou.

4.3 Rozšíření schopností a dovedností pracovníků pečovatelské služby pro zajištění sdílené péče

Tento bod úzce souvisí s předchozím. Aby pracovníci pečovatelské služby mohli do své činnosti zařadit poskytování nových úkonů a rozšířit tím své schopnosti a dovednosti, musí k tomu mít vytvořené podmínky a prostor. Ten získají jednak podporou vzdělávání ze strany jejich nadřízených a zřizovatelů služeb a zároveň už několikrát zmíněným posílením personálních kapacit pečovatelských služeb.

O zájmu o rozšiřování schopností a dovedností v případě vhodných podmínek a podpory není třeba u pracovníků pochybovat. Pracovníkům pečovatelských služeb zapojených v projektu byla nabídnuta účast na různých vzdělávacích akreditovaných kurzech a možnost absolvovat stáž v zařízeních, kde sdílená péče funguje. Všechny tyto možnosti byly hojně využity. V některých případech byli pracovníci instruováni přímo v domácnosti klientů představených v kazuistikách. Dále pro pečovatelské služby a jejich pracovníky vznikla rovněž už víckrát zmíněná **Metodika spolupráce a podpory neformálních pečujících**, informace mohou najít i v informačních listech, které rovněž dostali k dispozici. Lze předpokládat, že při využití všech těchto materiálů, informací a zkušeností a za současného posílení kapacit budou pečovatelské služby schopny sdílenou péči poskytovat a neformální pečující podporovat.



4.4 Podpora sdílené péče zřizovateli pečovatelských služeb a zavedení pozice jejího metodika

K tomu, aby pečovatelské služby mohly sdílenou péčí úspěšně zavést a provozovat, musí mít podporu svých zřizovatelů. Ti by ve svých směrnících a dokumentech, které jsou pro pečovatelské služby závazné, měli **podporu sdílené péče deklarovat a podporovat nastavením konkrétních podmínek** pro poskytovatele služeb působící v dané oblasti. Na území Hlavního města Prahy (stejně jako v jiných krajích ČR) je zastřešujícím dokumentem Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Analýza jeho aktuální a předchozí verze ukázala, že v minulosti tématům sdílené péče a podpoře neformálních pečujících nebyla věnována pozornost, avšak současný plán přinesl v tomto ohledu několik pozitivních změn, zejména v podobě definice podpory sdílené péče jako konkrétního cíle. Naplnění tohoto cíle by pak měly zajišťovat i jednotlivé městské části, pro něž je plán závazným dokumentem.

Zástupci obou městských částí, které byly v projektu zapojeny, projevíli ochotu sdílenou péčí a podporu neformálních pečujících rozvíjet. V průběhu projektu se pravidelně účastnili tzv. partnerských setkání s pracovníky Institutu sociální práce i kulatých stolů, které pro ně byly uspořádány. Těch se účastnili jak zřizovatelé, tak vedoucí pečovatelských služeb. Diskutovala se mimo jiné možnost vytvořit speciální pozici tzv. **průvodce sdílenou péčí**, který by se věnoval pouze neformálním pečujícím. Projektem totiž bylo zjištěno, že samotná pozice sociálního pracovníka (v současnosti navíc kapacitně poddimenzovaná) na tuto činnost nestačí. Zástupci městských částí tuto myšlenku podpořili, na území Prahy 3 již byly podniknuty kroky k jejímu zavedení. Tato městská část podporu sdílené péče a neformálně pečujících deklaruje rovněž v aktuálně platném Komunitním plánu rozvoje sociálních a návazných služeb městské části Praha 3 na období 2025–2029.

4.5 Hodnocení dopadů sdílené péče na kvalitu života klientů pečovatelských služeb a neformálních pečujících

V představených kazuistikách se potvrdilo se, že **pečovatelská služba představuje pro neformální pečující zásadní podporu**, bez které by většina z nich péči dlouhodobě zajistit nevládla. A platí to i v případech, kdy je potřeba překonat (obvykle jen dočasnou nebo počáteční) nedůvěru v to, že někdo jiný může zajistit stejně kvalitní a odpovídající péči. Pečovatelská služba pečujícím významně odlehčuje v každodenních úkonech (zajištění hygieny, přesunů, stravy, základní doprovody atd.), čímž jim umožňuje alespoň částečně si zachovat pracovní a osobní život a zabraňuje nadměrnému vyčerpání. Přesto však hlavní tíha péče zůstává na neformálních pečujících.

Všechny kazuistiky jsou dále důkazem, že **péče v domácím prostředí je možná**, pokud je vhodně nastavena koordinace mezi pečovatelskou službou, rodinou a odborníky. Vyplyvá z nich, jak důležitá je právě podpora neformálně pečujících, kteří jsou ve všech případech důležitou součástí péče a v některých případech se ocitají na hranici svých možností a kapacit. Zároveň jsou kazuistiky důležitým upozorněním, že do nepříznivé sociální situace, která vyvolá potřebu poskytování sociálních služeb a neformální péče, se může člověk dostat velmi snadno, kdykoliv, v jakékoliv životní situaci a v každém věku.

Zastavme se ale ještě nad významem hodnoceného projektu a činnosti pracovníků Institutu sociální práce. Ve všech popsanych případech – bez ohledu na to, zda spolupráce s pečovatelskou službou už byla navázána nebo ne – se díky projektu a intervencím pracovníků podařilo nalézt **nové možnosti podpory pro klienty i neformální pečující**. V některých případech se osvěta týkala i pracovníků pečovatelských služeb. Projekt nicméně končí a je jasné, že má-li nastolená sdílená péče fungovat do budoucna, budou muset pečovatelské služby podobný způsob práce uplatňovat samostatně. A to zejména vzhledem ke skutečnostem, že jejich spolupráce s rodinami projektem nekončí (mnohdy se spíš posílila) a že se situace ve všech sledovaných rodinách bude s velkou pravděpodobností proměňovat. Bude proto třeba stále hledat nové možnosti řešení podpory klientů i neformálních pečujících. A je otázka, jestli toho budou pečovatelské služby stále schopny vzhledem ke kapacitním omezením, která zde už byla několikrát zmíněna.

4.6 Naplnění evaluačních otázek projektu

Podrobná analýza v předchozích kapitolách přinesla odpovědi na tři evaluační otázky, které byly stanovené na začátku projektu a které si nyní připomeneme:



- 1) EQ1: Jak jsou zapojené pečovatelské služby připravené a schopné zajišťovat sdílenou péči podporu neformálním pečujícím?
- 2) EQ2: Umožní nový model podpory uživatelům služby setrvat v domácím prostředí a neformálním pečujícím dlouhodobě péči zajišťovat?
- 3) EQ3: Podporují zadavatelé sociálních služeb stanovenými kritérii a požadavky pro fungování sociálních služeb poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících?

Pokud jde o naplnění první evaluační otázky (EQ1), ukázalo se, že **pečovatelské služby v současné situaci a při současných kapacitách nejsou připravené a schopné zajišťovat podporu neformálním pečujícím** (viz předchozí text a zejména kapitoly 3.1, 4.1 a 4.2). Nicméně přesto, že v projektu sledované pečovatelské služby nemají odpovídající podmínky, jsou ochotné se rozvíjet a sdílenou péči podporovat, o čemž svědčí i jejich ochota se do projektu zapojit. První evaluační otázka je zároveň jediná, u které je odpověď záporná. Zároveň je potřeba pozitivně hodnotit, že i v takto ztížené situaci se pracovníkům projektu podařilo dosáhnout pozitivních výsledků a poskytování sdílené péče podpořit. Projevilo se to např. tím, že zapojené pečovatelské služby se začaly otvírat lidem ve vyšších stupních závislosti, kteří potřebují vyšší objem péče nebo dlouhodobou péči. Vznikly rovněž letáky o sdílené péči, které byly rozdány klientům zapojeným v projektu a také distribuovány mezi veřejnost. Pečovatelská služba Praha 3 je rozdávala i v rámci dne otevřených dveří.

Model podpory představený v projektu a zejména v kazuistikách (kapitoly 3.3 a 4.5) se pak ukázal být účinným nástrojem, který skutečně umožní uživatelům pečovatelské služby setrvat v domácím prostředí a neformálním pečujícím zlepšit podmínky pro poskytování dlouhodobé péče (EQ2). Zároveň jim umožní zachovat si práci, vlastní život a pomůže předejít nadměrnému vyčerpání. Kazistiky ukázaly, že **sdílená péče může mít různé pozitivní dopady** a vliv testovaného modelu na rozvoj sdílené péče může být širší, než bylo na začátku předpokládáno. Podrobně byl popsán v knize Metodika spolupráce a podpory neformálních pečujících, která pečovatelským službám nabízí postupy, návody a praktické rady. S modelem se seznámit a využít jej tedy mohou všechny pečovatelské služby, které budou mít o zavedení sdílené péče a podpory neformálních pečujících zájem.

Odpověď na poslední evaluační otázku (EQ3) je rovněž kladná. Jak bylo uvedeno v předchozím textu (zejména v kapitolách 3.4 a 4.4), pokud jde o zřizovatele pečovatelských služeb zapojených v projektu, je u nich prokazatelná **ochota sdílenou péči podporovat**, a to nejen proto, že jim to nařizují jiné závazné dokumenty. Pravidelně se účastnili všech akcí, které pro ně realizační tým projektu uspořádal. Podpořili myšlenku zavedení průvodce sdílenou péčí (Praha 3 v tom podnikla dokonce další konkrétní kroky) a umožnili i publikování článků o sdílené péči v časopisech příslušných městských částí.

Projekt přinesl informace o tom, že o sdílenou péči je zájem u všech subjektů, kterých se týká. Všem může přinášet významné přínosy: pro klienty pečovatelských služeb a neformální pečující jsou nezpochybnitelné **osobní pozitivní dopady** (možnost žít doma, pečovat o svého blízkého bez vlastního vyčerpání, zachování důstojnosti atd.), pro pečovatelské služby a jejich zřizovatele pak mají význam i **systémové pozitivní dopady**, jako je podpora rozvoje vlastní činnosti, lepší kvalita a harmonizace péče apod. Jak se ale ukázalo, je nezbytné zajistit poskytovatelům pečovatelské služby i podmínky pro navýšení vlastních kapacit, jinak i přes zájem pomáhat druhým budou pracovníci přetížení a sdílenou péči budou vnímat jen jako další požadavek navíc, na který už nemají kapacitu.

Podporovat zavádění sdílené péče je do budoucna žádoucí i proto, že počet obyvatel odkázaných na péči druhých bude pravděpodobně stále narůstat a **stávající model fungování pečovatelských služeb se ukazuje jako nedostatečný**. Pracovníků je nedostatek, jsou proto přetížení. Je tedy potřeba podporovat navýšování jejich kapacit, aby mohli kromě nezbytné přímé péče vykonávat i další nezbytné činnosti, které souvisejí právě se zajištěním sdílené péče. Dlouhodobě přetížení jsou totiž i neformální pečující, kteří zajišťují obdobnou péči s výrazně omezeným množstvím prostředků a informací. Obě skupiny proto potřebují nejen vyšší podporu, ale i uznání za to, jak hodnotnou a potřebnou práci vykonávají. Zvýšení prestiže sociálních pracovníků a pracovníků přímé péče by zároveň vedlo k vyšší ochotě pracovníků tuto práci vykonávat a k vyššímu zájmu o rozvoj pečovatelských služeb, s nimiž se v průběhu života – ať už v roli klienta nebo osoby blízké – setká většina z nás.



5. Seznam zdrojů

V rámci zpracování závěrečné evaluační zprávy byly využity tyto zdroje:

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Časové řady za Hlavní město Prahu*. Online. 2025. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/pha/casove-rady-za-hlavni-mesto-prahu>.

ČTVRTNÍKOVÁ, Ilona, OLEJNÍKOVÁ, Gabriela a kol. *Metodika spolupráce s rodinou II: Metodika podpory a spolupráce neformálně pečujících s pečovatelskou službou*. Institut sociální práce, z.s. 2025. ISBN 978-80-908277-4-5.

MAGISTRÁT HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území Hlavního města Prahy na období 2022 – 2024*. 2021. Dostupné také z: <https://praha.eu/web/socialni/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb>.

MAGISTRÁT HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na území Hlavního města Prahy na období 2025 – 2027*. 2024. Dostupné také z: <https://praha.eu/web/socialni/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb>.

MĚSTSKÁ ČÁST PRAHA 3. *Komunitní plán rozvoje sociálních a návazných služeb městské části Praha 3 na období 2025 – 2029*. Dostupné také z: <https://www.praha3.cz/samosprava/kompetence-clenu-rmc/socialni-zalezitosti-a-zdravotnictvi/komunitni-planovani>.

OLEJNÍKOVÁ, Gabriela. *Sdílená péče pomáhá a ulevuje rodině*. Osmička. Zpravodaj městské části Praha 8. 2024, č. listopad 2024, s. 1. Dostupné také z: <https://www.praha8.cz/file/VpM/Mesicnik-Osmicka-listopad-2024.pdf>.



6. Přílohy

Příloha 1: Evaluační matice

Projektová aktivita	Evaluační otázky (EQ)	Metoda sběru dat	Zdroje dat / respondenti	Harmonogram sběru dat	Témata šetření
Nastavení podmínek pro poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících v pečovatelských službách	EQ 1: Jak jsou zapojené pečovatelské služby připravené a schopné zajišťovat sdílenou péči podporu neformálním pečujícím?	Specifický dotazník	Pracovníci poskytovatelských služeb	1. fáze – vstupní dotazník od dvou poskytovatelů pečovatelských služeb: srpen až prosinec 2023 (fáze ukončena) 2. fáze – závěrečný dotazník od stejných poskytovatelů pečovatelských služeb: závěrečná fáze realizace projektu (PO PRODLOUŽENÍ duben–září 2025)	<u>Příklady:</u> celkový počet uživatelů služby, z toho počet uživatelů, kteří využívají sdílenou péči; počet uživatelů služby podle stupně závislosti; existence pravidel o poskytování sdílené péče; informování veřejnosti o možnosti využití sdílené péče; způsob komunikace a informování neformálně pečujících aj.
Nastavení a úprava předpisů poskytovatelů pečovatelských služeb		Analýza dokumentů	Pracovníci poskytovatelských služeb	Po celou dobu trvání projektu	<u>Příklady:</u> existence pravidel o poskytování sdílené péče; nastavení pravidel umožňujících zavedení sdílené péče a podpory neformálních pečujících
Rozhovory s uživateli pečovatelských služeb a neformálními pečujícími	EQ 2: Umožní nový model podpory uživatelům služby setrvat v domácím prostředí a neformálním pečujícím dlouhodobě péči zajišťovat?	Strukturované rozhovory nahrazené kazuistikami	Uživatelé pečovatelských služeb, neformální pečující	Plánována realizace celkem 24 rozhovorů s uživateli a neformálními pečujícími, kteří jsou klienty obou zapojených pečovatelských služeb: U každého klienta měl proběhnout rozhovor na začátku intervence a po jejím ukončení (v průběhu nebo ke konci projektu), aby bylo možné zhodnotit, zda došlo k požadovaným změnám. Z důvodů vysvětlených v textu zprávy byly rozhovory nahrazeny kazuistikami. Podpora formou	<u>Příklady:</u> – popis aktuální situace respondentů (klientů služby nebo zájemců a neformálně pečujících); – zjištění, zda neformální pečující ví, jak péči provádět a má všechny potřebné pomůcky; – ověření, zda ví, kde najde potřebné informace a má se na koho obrátit o radu a pomoc; – finanční zajištění domácnosti, včetně získání vhodných dávek a příspěvků; – stanovení harmonogramu péče, včetně komunikace s pečovatelskou službou a osobním volnem pro neformálně pečujícího (vyřízení úředních záležitostí, návštěva lékaře, zaměstnání, osobní volno...);



Projektová aktivita	Evaluační otázky (EQ)	Metoda sběru dat	Zdroje dat / respondenti	Harmonogram sběru dat	Témata šetření
				konzultací a instruktaží bude probíhat po celou dobu projektu v závislosti na potřebách a proměnách situace klientů nebo neformálně pečujících.	– psychická a fyzická pohoda neformálně pečujícího
Nastavení a úprava pravidel pro poskytování sdílené péče a podpory neformálních pečujících u MČ Praha 3 a 8	EQ 3: Podporují zadavatelé služeb stanovenými kritérii pro fungování sociálních služeb poskytování sdílené péče a podporu neformálních pečujících?	Analýza dokumentů	Zadavatelé sociálních služeb	Na základě spolupráce s poskytovateli pečovatelských služeb by mělo v průběhu projektu dojít k požadovaným změnám či úpravě interních pravidel. V průběhu realizace projektu	Diskuse se zadavateli sociálních služeb v rámci realizace kulatých stolů
Tvorba Metodiky spolupráce a podpory neformálních pečujících	EQ 1/EQ 2/EQ 3	Syntéza získaných poznatků	Zadavatelé sociálních služeb, poskytovatelé pečovatelských služeb, uživatelé pečovatelských služeb, neformální pečující	Všechny získané poznatky budou zpracovány v plánované brožuře, jejíž první verze vznikne v prvních 6 měsících realizace projektu a následně bude upravována na základě jejího ověřování v praxi v průběhu realizace celého projektu	<u>Příklady:</u> – individuální hodnocení potřeb uživatele pečovatelských služeb; – vytvoření plánu sdílené péče; – finanční podpora a zajištění dostupnosti služeb; – školení neformálních pečujících; – koordinace a komunikace; – vytvoření multidisciplinárního týmu; – poskytování podpory neformálním pečujícím; – mechanismy sledování a hodnocení efektivity poskytované péče
Tvorba závěrečné evaluační zprávy	EQ 1/EQ 2/EQ 3	Zhodnocení realizace klíčových aktivit projektu významných pro evaluaci	Klíčové aktivity projektu popsané výše, případně další dílčí aktivity	Po celou dobu trvání projektu, předpoklad finalizace a odevzdání návrhu závěrečné evaluační zprávy je měsíc před ukončením projektu, tj. po PRODLOUŽENÍ 31.10.2025.	Zodpovězení evaluačních otázek a dosažení cílů stanovených v projektu



Příloha 2: Dotazník pro poskytovatele zapojených pečovatelských služeb

Název služby:	
Název zřizovatele:	
Právní forma:	
Adresa:	
Vedoucí okrsku:	

1) Počet uživatelů, u kterých se na péči podílejí neformální pečující.

Celkový počet uživatelů:	
Z toho počet uživatelů, u kterých je poskytována sdílená péče pečovatelskou službou a neformálním pečujícím:	

2) Jaké onemocnění či postižení mají uživatelé, kteří u vás využívají sdílenou péči?

Počet uživatelů s hlavní diagnózou:

Název hlavní diagnózy:	Počet uživatelů ve sdílené péči:
Cévní mozková příhoda:	
Alzheimerova choroba nebo jinými druh demence:	
Roztroušená skleróza:	
Cukrovka:	
Parkinsonova choroba:	
Psychiatrické onemocnění:	
Onkologické onemocnění:	
Tělesné postižení:	
Osoba v terminálním stádiu (paliativní péče):	
Jiné:	

3) Věková škála /počet uživatelů:

Věková kategorie:	Počet uživatelů ve sdílené péči:
Děti kojeneckého věku (do 1 roku):	
Děti předškolního věku (1–6 let):	



<i>Děti školního věku (7–18 let)</i>	
<i>Mladí dospělí (19–26 let)</i>	
<i>Dospělí v produktivním/středním věku (27–64 let)</i>	
<i>Mladší senioři (65–80 let)</i>	
<i>Starší senioři (nad 80 let)</i>	

4) Počet uživatelů ve sdílené péči dle příspěvku na péči:

Výše PnP	Počet uživatelů ve sdílené péči:
<i>Bez příspěvku</i>	
<i>I. stupeň</i>	
<i>II. stupeň</i>	
<i>III. stupeň</i>	
<i>IV. stupeň</i>	

5) Kdo z osob blízkých (rodiny) o uživatele využívající sdílenou péči pečuje?

Vztah k pečující osobě:	Počet uživatelů ve sdílené péči:
<i>Partner:</i>	
<i>Děti/ Vnouchata:</i>	
<i>Rodiče:</i>	
<i>Přátelé/Sousedé:</i>	
<i>Jiné:</i>	

6) Podílí se na sdílené péči o uživatele kromě osoby blízké a pečovatelské služby ještě jiný zdroj?

Jiný zdroj pomoci:	Počet uživatelů ve sdílené péči:
<i>Domácí zdravotní péče:</i>	
<i>Domácí hospicová péče:</i>	
<i>Osobní asistence:</i>	
<i>Denní stacionář:</i>	
<i>Týdenní stacionář:</i>	
<i>Úklidová firma:</i>	
<i>Firma dovážející jídlo (nikoli PS):</i>	



Jiný subjekt:

7) Existence písemných pravidel pro poskytování sdílené péče

	Ano	Ne
Máte zpracován návod na podporu osob v rozhodnutí, zda může osoba zajistit péči o svého blízkého doma?		
Máte vytvořená písemná pravidla, která podporují sdílenou péči, například: pracovní postupy, jak zaučit neformálně pečujícího v provedení úkonu péče (polohování, manipulace, výměna inkontinenčních pomůcek, podávání stravy aj.)?		
Zapisujete někde čas strávený podporou neformálně pečujících např. zaučením v úkonech péče?		
Děláte se zájemcem o službu časový plán péče / Harmonogram péče?		
Zaznamenáváte někde neformálně pečujícímu doporučení pro péči?		
Sdělujete si někde s neformálně pečujícím důležitá sdělení k průběhu péče?		

8) Informování veřejnosti a uživatelů o možnosti sdílené péče

Jakými způsoby služba informuje o možné podpoře neformálně pečujících:

	Ano	Ne
Leták:		
Webové stránky:		
Facebook, nebo jiné sociální sítě:		
Jiné:		

9) V jakých oblastech služba nabízí neformálně pečujícímu podporu při zvládnání péče?

Oblasti podpory nabízené nefor. pečujícímu:	Počet uživatelů ve sdílené péči:
Doporučení v oblasti úpravy prostředí a kompenzačních pomůcek:	
Psychosociální podpora:	
Jiné:	



Příloha 3: Karta potřeb neformálního pečujícího

Jméno klienta PS:	
Jméno neformálně pečujícího:	
Okrsek:	
Datum jednání:	

Cíl: Jsou uživatelé schopni při zavedení sdílené péče setrvat v domácím prostředí, a jak neformální pečující (dále i NP) dlouhodobě zvládnou péči o ně?

Orientace v situaci:

Popis aktuální situace zájemce o službu/ uživatele pečovatelské služby:

Postupy:

- 1) Je něco, co Vám na poskytování péče připadá náročné a obtížné?
- 2) Víte, jak budete péči provádět?
- 3) Je pro Vás srozumitelné jak?
- 4) Potřeboval byste si postup znovu projít mít ho popsaný nebo natočený?
- 5) Vyvolává ve Vás navržený postup obavy, že to fyzicky nezvládnete?
- 6) Obáváte se, že při péči nastanou nějaké komplikace? Jaké?

Zajištění pomůcek/ Úprava prostředí

- 1) Víte kde, jaké a jak pomůcky je třeba zajistit?
- 2) Zvládnete si to zajistit?
- 3) Máte si komu říct o podporu?
- 4) Může vám s tím někdo pomoci?
- 5) Máte prostor si to vyřídit?
- 6) Víte, jak zajistit předpis od lékaře na pomůcku?
- 7) Víte, jak zajistit příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na zvláštní pomůcku?

Harmonogram péče

- 1) Víte, jak bude rozvržena péče o vašeho blízkého v průběhu celého dne/ týdne?
- 2) Když si rozvrh představíte/ prohlédnete, myslíte, že je to pro Vás dlouhodobě zvládnutelné?
- 3) Budete mít čas odpočinout si?
- 4) Vyspat se?
- 5) Je tam prostor na to, abyste si dojel nakoupit, k doktorovi, uvařil oběd?
- 6) Máte prostor věnovat se dětem – zajistit jejich potřeby, strávit s nimi společný čas?
- 7) Jak teď zvládáte starost o domácnost (vaření, úklid)? Pomáhá vám s ní někdo?



Finanční zajištění

- 1) *Musel jste kvůli péči přerušit práci nebo si snížit úvazek?*
- 2) *Dostal jste informaci o možnosti čerpat ošetřovné? Bylo Vám přiznáno? Zvládáte pokrýt všechny výdaje s takto zkráceným příjmem?*
- 3) *Čerpáte osoba blízká příspěvek na péči?*
- 4) *Pokrývá příspěvek na péči skutečné náklady na péči?*
- 5) *Chcete se vrátit do práce? Na jaký úvazek? Co byste proto potřeboval?*

Psychická a fyzická pohoda pečujícího

- 1) *Jak se cítíte? Jak to zvládáte?*
- 2) *Je Vám dobře? Nebolí Vás záda? Spíte?*
- 3) *Máte si komu říct o podporu?*
- 4) *Máte se na koho obrátit, když potřebujete radu ohledně péče (např. když se změní zdravotní stav Vašeho blízkého)?*

Poznámky:

Závěrem/ metodika:

Zapsal:, dne

Příloha 4: Informační leták o sdílené péči pro Prahu 3

Co je dobré vědět?
Na péči nemusíte být sami. Existuje řada způsobů pomoci:

- pomoc profesionálů v každodenní péči o vašeho blízkého,
- finanční pomoc – především příspěvek na péči,
- pomoc odborníků při navržení úprav domácího prostředí (vybavení, madla atd.),
- pomoc odborníků při výběru a zajištění vhodných kompenzačních pomůcek na podporu samostatnosti vašeho blízkého či pro usnadnění péče o něj.

Hned na začátku je dobré si odpovědět na tyto otázky

Jaké jsou vaše možnosti podílet se na péči?
Pracujete?
Pečujete o děti?
Kolik času a kdy v průběhu dne a týdne se můžete péči věnovat?
Kdo další z okolí vaší blízké osoby se na péči může podílet? (Jiní příbuzní, sousedé, přátelé apod.)
Budou ochotni s péčí pomáhat pravidelně či dlouhodobě?

Kontaktujte nás

Pečovatelská služba Praha 3
Roháčova 268/26
130 00 Praha 3
tel.: 222 586 260, 222 585 258
email: info@psp3.cz
Navštivte nás na webu:
<https://www.facebook.com/psp3.cz>

Vydáno v rámci projektu „Nastavení systému spolupráce a podpory neformálních pečujících s pečovatelskou službou jako záruka setrvání v domácím prostředí“ registrační číslo projektu je CZ.03.02.02/00/22_027/0001239, který byl spolufinancován Evropskou unií

Vybrat si můžete z následujících druhů sociálních a zdravotních služeb:

- Pečovatelská služba: může sama převzít část či většinu péče o vašeho blízkého.
- Home care (domácí zdravotní služba)
- Domácí hospicová péče
- Denní stacionář
- Odlehčovací služba
- Speciální přepravní služba
- Tísňová péče
- Osobní asistence
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Tlumočnické služby

Všechny uvedené služby (s výjimkou home care a tlumočnických služeb) bývají poskytovány za poplatek. Na úhradu sociálních služeb lze využít příspěvek na péči, který je pravidelně vyplácen osobám závislým na pomoci druhých. Informace o příspěvku získáte na úřadu práce nebo vám je poskytnou zaměstnanci pečovatelské služby.

Organizujte péči

- Počátek období péče je nejnáročnější. Vy i váš blízký si budete muset zvyknout na novou situaci a vyrovnat se s ní.
- Je dobré vytvořit si časový plán péče. Promyslete a naplánujte, kdy a s jakými činnostmi bude váš blízký potřebovat pomoci a kolik času bude péče o něj vyžadovat. Pomůže vám to péči zorganizovat.
- Zvažte možnost využít pomoci profesionálních služeb. Nebojte se vyhledat jejich pomoc hned na počátku. Pracovníci profesionálních služeb vám s péčí poradí i pomohou. Mo-hou část péče pravidelně vykonávat nebo vás zastoupí, když budete unavení či nemocní.
- Myslete i na svůj odpočinek a osobní život. Dlouhodobé a nepřetržité poskytování péče je velice náročné a vyčerpávající. Věnujte pravidelně určitý čas činnostem (koníčkům, setkávání s přáteli atd.), které vám dodají energii, abyste byli schopni péči dlouhodobě zvládat a sami přitom zůstali v psychické i fyzické pohodě.

Sdílená péče

Stojíte před rozhodnutím, zda můžete zvládnout péči o svého blízkého doma?



Příloha 5: Informační list – příklad

INSTITUT SOCIÁLNÍ PRÁCE

Jak podpořit péči doma?

Sdílená péče jako cesta k setrvání v domácím prostředí.

Nastavení spolupráce a podpory neformálních pečujících s pečovatelskou službou

Co je sdílená péče?

Sdílená péče je spolupráce mezi neformálně pečujícími (rodinnými příslušníky, sousedy apod.) a pečovatelskou službou, jejímž cílem je umožnit osobám, které potřebují péči, zůstat co nejdéle ve vlastním domácím prostředí.

Spojuje profesionální pomoc s každodenní péčí rodiny. Každý přebírá svou část podpory podle svých možností a odbornosti.

Příklad:
Paní Anna (74 let) pečuje doma o svého manžela s Alzheimerovou chorobou. Pečovatelská služba jí pomáhá s hygienou a večerní péčí, zatímco ona zvládá denní dohled a společnost.

Proč je důležitá?

Pomáhá zabránit předčasnému umístění osoby do pobytové služby

Příklad:
Paní Marie (82 let) po úrazu už nevládá sama hygienu. Její dcera byla odhodlána ji umístit do domova. Díky zavedení sdílené péče s každodenní podporou pečovatelské služby zůstala paní Marie doma další dva roky.

Ulevuje rodinám a předchází jejich vyčerpání

Příklad: Pan Karel pečuje o manželku s Parkinsonem. Po zavedení odlehčovací služby získal 3 odpoledne týdně pro odpočinek a sport, což mu pomohlo zlepšit psychickou kondici a vydržet v roli pečujícího.

Umožňuje plánovat péči smysluplně, systematicky a bezpečně

Příklad: Rodina Svobodových měla chaotický režim péče. Díky harmonogramu vytvořenému s průvodcem sdílenou péčí se rozdělili úkoly mezi dceru, syna a pečovatelskou službu, čímž se předešlo opomenutím i přetížení.

Zajišťuje respekt k přání osoby, která péči potřebuje

Příklad: Paní Alena výslovně odmítala pobyt v zařízení. Sociální pracovníce zapojila rodinu a

Jak probíhá spolupráce?

Úvodní rozhovor a zhodnocení situace – s průvodcem sdílenou péčí/sociální pracovníkem

Příklad: Sociální pracovníce při první návštěvě

společně vymysleli režim sdílené péče s respektem k jejímu přání, včetně ranních rituálů, na které byla zvyklá.



Podporuje důstojnost a samostatnost uživatele služby

Příklad: Pečovatelská služba pomáhá paní Ivaně s oblékáním tak, že jí vždy nechává vybrat, co si chce obléct. I v omezeném pohybu má díky tomu zachovaný pocit autonomie.

zjistila, že paní Jiřina potřebuje pomoc především ráno. Syn, který o ni pečuje, ale musel být v práci. Byla dohodnuta každodenní ranní návštěva pečovatelské služby.

www.zitdome.cz

Jak podpořit péči doma?

Společné plánování péče – vytvoření sdíleného plánu péče

Příklad: V rodině Malých vznikl plán sdílené péče, kdy v pondělí a čtvrtek přichází pečovatelská na koupel, v úterý a pátek dcera obstará nákupy a víkendy zajišťuje syn.



Koordinace péče – jasné stanovení role neformálních pečujících a pečovatelské služby

Příklad: Rodina Novákových si vzala na starost večerní podávání léků, zatímco pečovatelská zajišťuje ranní hygienu a přípravu snídaně. Všichni mají jasno, kdo za co odpovídá.

Pravidelná komunikace a revize potřeb

Příklad: Každé dva měsíce se rodina telefonicky spojuje se sociální pracovnící a hodnotí, zda se situace nemění – např. jestli není třeba přidat víc času na hygienu.

Průběžná podpora, edukace a nabídka odlehčovacích služeb

Příklad: Paní Eva dostala nabídku dvoudenního odlehčovacího pobytu pro svou maminku, o kterou pečuje, aby si mohla odpočinout a načerpat nové síly. Současně absolvovala krátké školení o manipulaci s imobilní osobou.

Jaké formy podpory nabízíme?

Praktická pomoc (např. hygiena, strava, oblékání)

Příklad: Pečovatelská chodí každé ráno k panu Otovi, pomáhá s osobní hygienou, oblékáním a připraví mu jednoduchou snídani.

Poradenství a základní školení pro rodinu

Příklad: Syn, který pečoval o maminku po mozkové příhodě, dostal základní školení, jak bezpečně manipulovat s nemocnou a jak zabránit proležetím.

Odlehčovací péče – ulevíme vám, abyste si mohli odpočinout

Příklad: Rodina potřebovala na týden odjet. Pečovatelská služba po domluvě zajišťovala každodenní péči o jejich babičku v její domácnosti.

Pomoc s vyřízení příspěvků a sociálních dávek

Příklad: Pečující dcera nevěděla, že má její otec nárok na příspěvek na péči. Sociální pracovníce jí pomohla s vyplněním žádosti i doložením potřebných dokumentů.

Pro koho je služba vhodná?

Pro osoby, které:

- ~ vyžadují každodenní pomoc a péči,
- ~ si přejí zůstat doma,
- ~ mají v rodině někoho ochotného zapojit se do péče a potřebují podporu

Jak začít?

 Kontaktujte nás a domluvíte si úvodní schůzku. Zhodnotíme situaci, vysvětlíme možnosti a společně nastavíme Sdílený plán péče.



Evropská unie
Společný evropský fond
pro regionální rozvoj



INSTITUT
SOCIÁLNÍ
PRÁCE

kontakt:

www.zitdome.cz

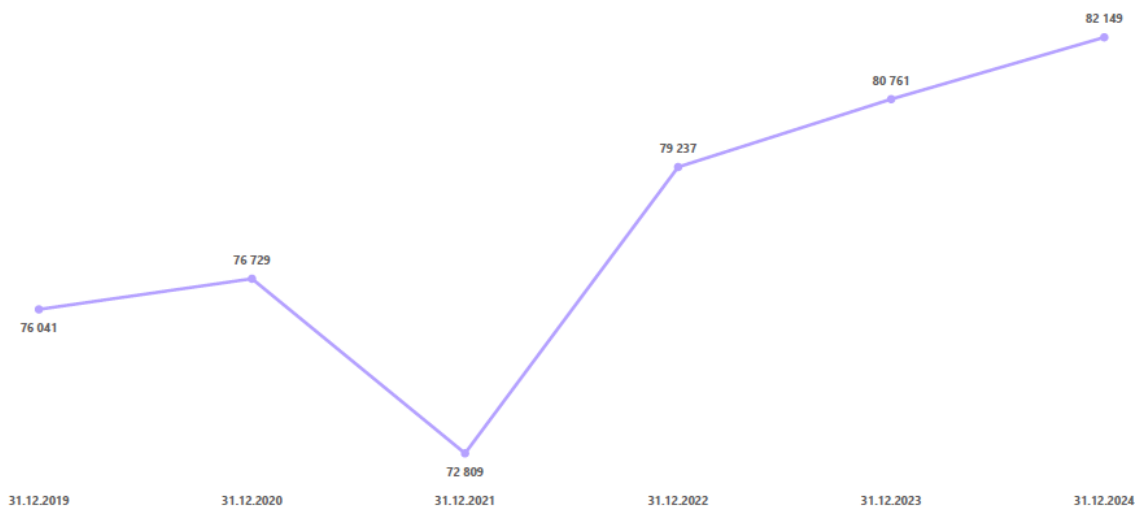
Na obrázky a text se vztahují autorská práva.



Příloha 6: Vývoj počtu obyvatel na území MČ Praha 3 a Praha 8

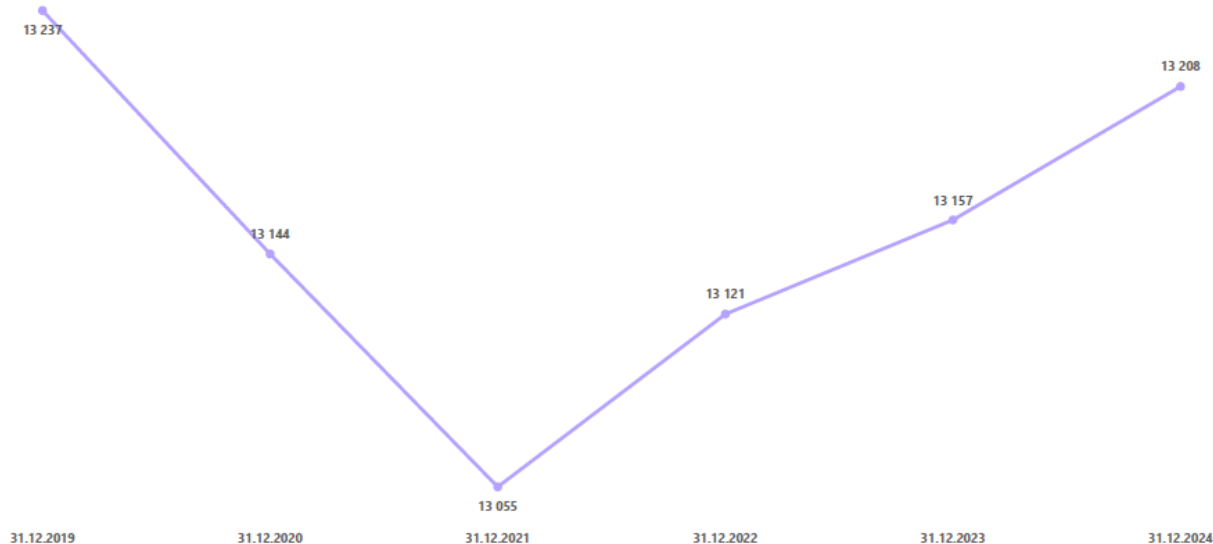
Vývoj počtu obyvatel v MČ Praha 3 2019 - 2024

název městské části ● Praha 3



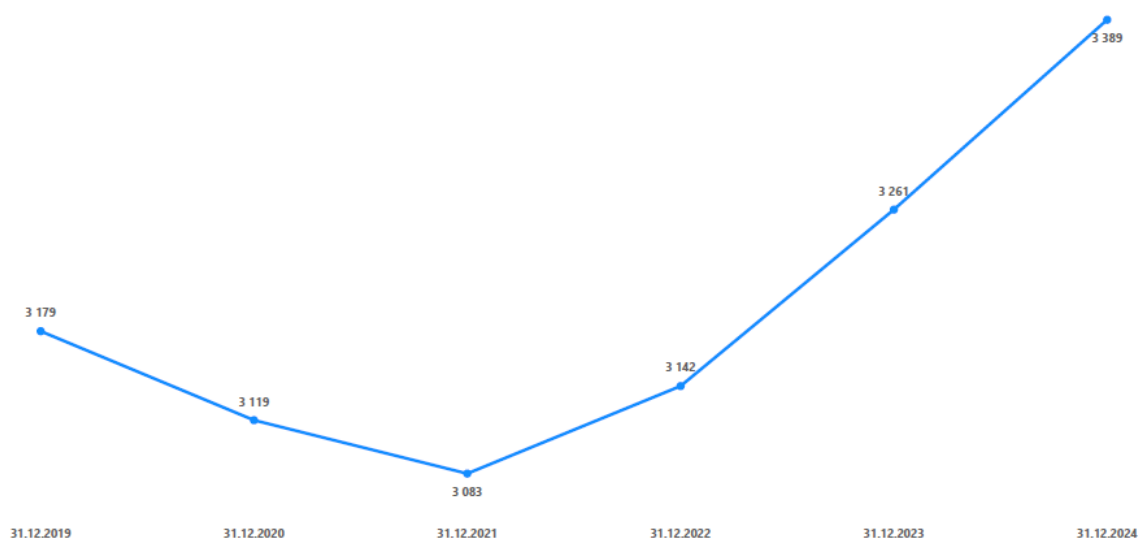
Vývoj počtu obyvatel ve věku 65 a více let v MČ Praha 3 2019 - 2024

název městské části ● Praha 3



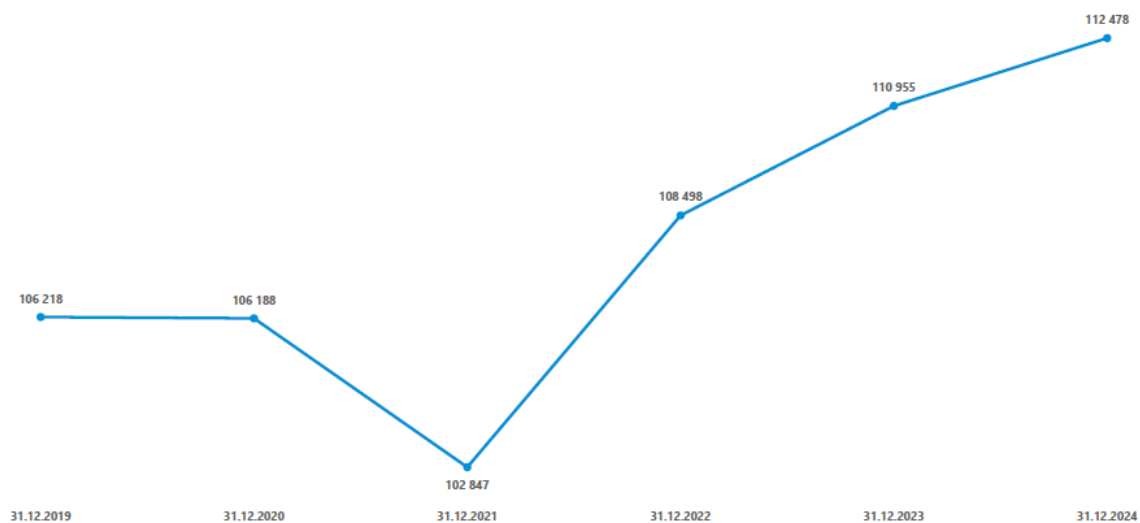


Vývoj počtu obyvatel ve věku 80 a více let v MČ Praha 3 2019 - 2024



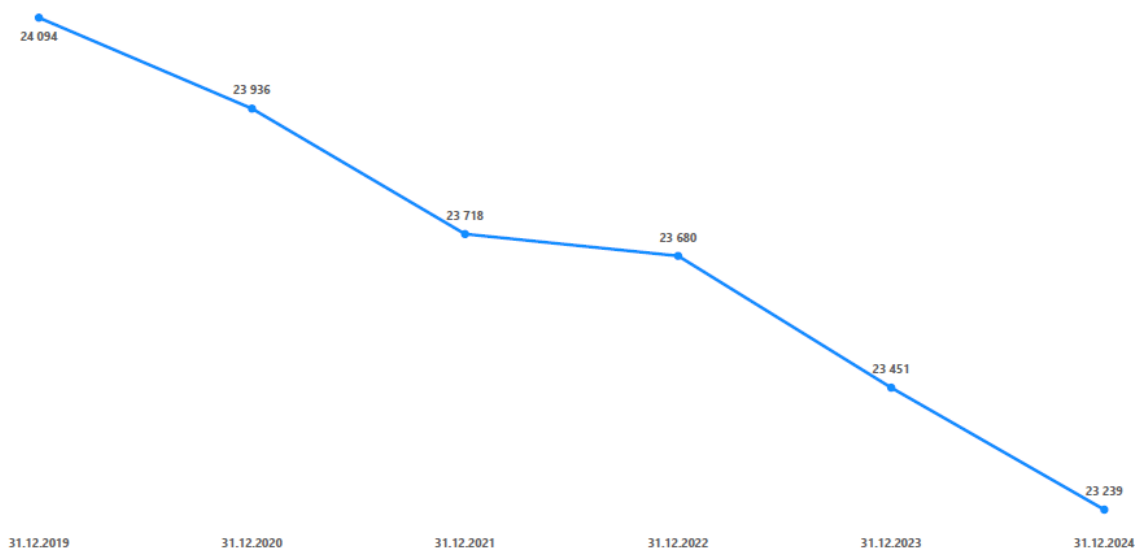
Vývoj počtu obyvatel v MČ Praha 8 2019 - 2024

název městské části ● Praha 8

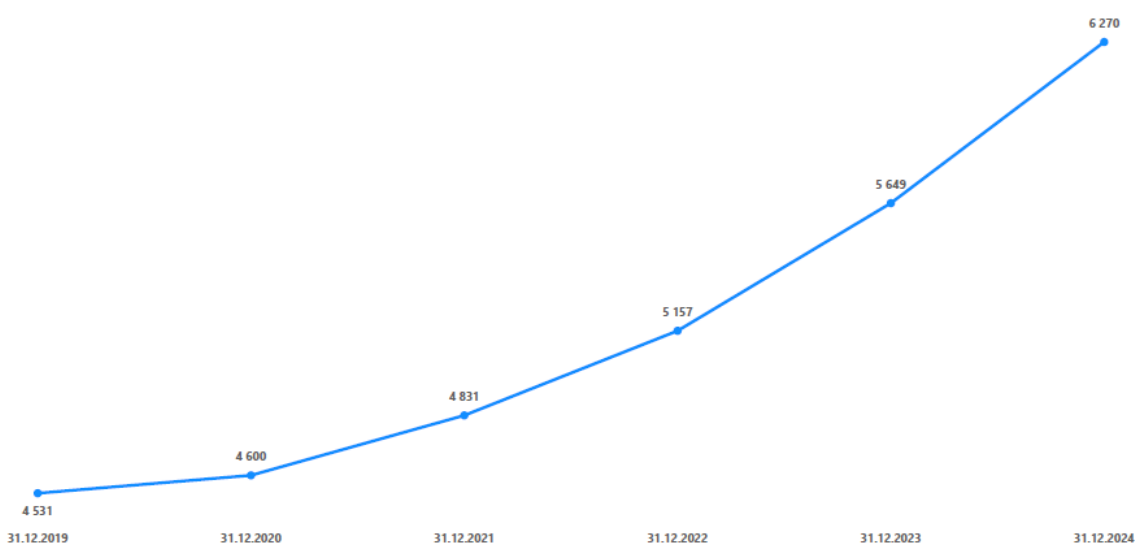




Vývoj počtu obyvatel ve věku 65 a více let v MČ Praha 8 2019 - 2024



Vývoj počtu obyvatel ve věku 80 a více let v MČ Praha 8 2019 - 2024



Zdroj dat: Český statistický úřad. Zpracování: Institut sociální práce 2025

„Toto dílo [Závěrečná evaluační zpráva] je licencováno pod licencí Creative Commons CC BY-SA 4.0. Licenční podmínky navštivte na adrese [CC BY-SA 4.0 Právní ujednání](#) | [Uvedte původ-Zachovejte licenci 4.0 Mezinárodní](#) | [Creative Commons](#).“