



Financováno
Evropskou unií

Registrační číslo projektu:	CZ.03.02.02/00/22_039/0001367
Název projektu:	Budování kapacit a profesionalizace České asociace pečovatelské služby
Název příjemce:	Česká asociace pečovatelské služby, zapsaný spolek

Dobrá praxe v oblasti spolupráce s rodinou a podpory neformální péče v pečovatelských službách

Autor: Bc. Ditta Hromádková

Prosinec 2025

Dokument „**Dobrá praxe v oblasti spolupráce s rodinou a podpory neformální péče v pečovatelských službách**“ byl vytvořen v rámci projektu „Budování kapacit a profesionalizace České asociace pečovatelské služby“, reg. č. CZ.03.02.02/00/22_039/0001367, jehož realizátorem je Česká asociace pečovatelské služby (IČ: 69836698). Tento projekt je financován Evropskou unií v rámci Operačního programu Zaměstnanost plus.



Cílem projektu je: podpora managementu, tvorba komunikační strategie ČAPS, zkvalitňování služeb svým členům, poskytování servisu svým členům - poskytovatelům pečovatelské služby v celé ČR.

Česká asociace pečovatelské služby

U Trojice 1042/2

Praha 5

150 00

caps@caps-os.cz

www.caps-os.cz

Obsah:

1. Pečování jako dobrovolné rozhodnutí	4
2. Kdo jsou neformální pečující	5
3. Jak neformální péče probíhá	6
4. Dopady a problémy spojené s péčí	8
5. Co mohou neformální pečující při péči využít	13
6. Jak podpořit neformální pečující	16
7. Pečovatelská služba jako klíčový partner rodiny a neformálních pečujících	19
8. Dobrá praxe v oblasti spolupráce s rodinou a podpory neformální péče	21
8.1 Příklady dobré praxe na úrovni poskytovatelů sociálních služeb	21
8.2 Dobrá praxe na úrovni ORP nebo obcí	26
8.3 Dobrá praxe na úrovni kraje	27
8.4 Společné principy dobré praxe	29
9. Kazuistiky jako součást dobré praxe	30
10. Inspirace ze zahraničí: co může posílit podporu neformálních pečujících v ČR ...	34
11. Závěr a doporučení pro praxi	36
12. Zdroje	39

1. PEČOVÁNÍ JAKO DOBROVOLNÉ ROZHODNUTÍ

Péče o blízkého člověka, který se v důsledku věku, nemoci nebo zdravotního postižení stal závislým na pomoci druhých, patří k nejnáročnějším životním situacím. Ve většině případů tuto péči zajišťují rodinní příslušníci a blízké osoby – neformální pečující. Jejich role je pro fungování systému dlouhodobé péče v České republice zásadní, přesto zůstává často přehlížená a nedostatečně podporovaná.

Neformální péče není samozřejmostí ani povinností rodiny. Jedná se o dobrovolné rozhodnutí, které vyžaduje čas, energii, znalosti a často i osobní oběti. Bez odpovídající podpory může vést k přetížení pečujících osob, zhoršení jejich zdravotního stavu, sociální izolaci a v konečném důsledku i k ohrožení samotné péče o blízkého člověka.

Tato brožura vznikla s cílem poukázat na význam spolupráce mezi rodinou a pečovatelskými službami a nabídnout konkrétní příklady dobré praxe v oblasti podpory neformálních pečujících. Vychází ze zkušeností sociálních služeb, odborníků i samotných pečujících osob a zaměřuje se na praktické přístupy, které mohou přispět ke stabilizaci péče v domácím prostředí.

Publikace je určena pracovníkům pečovatelských služeb, sociálním pracovníkům, vedení organizací, zřizovatelům, pracovníkům veřejné správy i dalším odborníkům, kteří se podílejí na plánování a realizaci podpory pečujících osob. Zároveň může sloužit jako inspirace pro rozvoj služeb a systémových opatření v oblasti dlouhodobé péče.

2. KDO JSOU NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ?

Neformální pečující jsou **rodinní příslušníci, příbuzní nebo blízcí přátelé**, kteří dlouhodobě či opakovaně poskytují péči osobě závislé na pomoci druhých z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení nebo kombinace těchto faktorů. Péče může mít podobu každodenní pomoci s běžnými úkony, zajištění domácnosti, doprovodů k lékaři, ale i podpory psychické a emoční.

Většina neformálních pečujících **nemá odborné vzdělání v oblasti sociální nebo zdravotní péče** a do role pečujícího se dostává postupně, často bez přípravy a bez jasných informací o možnostech podpory. Péče je poskytována **bez nároku na finanční odměnu** a je mnohdy vnímána jako samozřejmá součást rodinných vztahů.

V evropském kontextu zajišťují neformální pečující přibližně **80 % veškeré péče o osoby závislé na pomoci druhých**, což z nich činí klíčový, avšak často nedostatečně viditelný pilíř systému péče. V České republice je péče o člena rodiny tradičně chápána jako **morální závazek**, a proto se předpokládá, že primární odpovědnost za zajištění péče ponesou právě příbuzní.

Statistiky dlouhodobě ukazují, že hlavní tíhu neformální péče nesou **ženy**. V devíti z deseti případů je pečující osobou manželka, dcera nebo snacha. Tento fakt má významné dopady na jejich pracovní uplatnění, finanční situaci i zdraví.

Neformální péče může být poskytována jednou osobou, ale velmi často se na ní podílí **více členů rodiny**, kteří se v péči střídají nebo si mezi sebou dělí jednotlivé úkoly. Průměrná délka poskytování neformální péče činí **10,4 roku**, což potvrzuje, že se nejedná o krátkodobou výpomoc, ale o dlouhodobý závazek.

V souvislosti se stárnutím populace lze očekávat **nárůst počtu osob odkázaných na pomoc druhých**, a tím i rostoucí počet neformálních pečujících. Tato skutečnost klade zvýšené nároky na rozvoj podpůrných služeb a systémovou spolupráci mezi rodinou a profesionálními poskytovateli péče.

Neformální pečující nejčastěji poskytují péči svým nejbližším rodinným příslušníkům. Nejčastěji se jedná o:

- **rodiče, prarodiče a rodiče partnera (65 %)**,
- **partnery (14 %)**,
- **děti se zdravotním postižením (5 %)**.

V menší míře se jedná o péči o sourozence nebo další členy širší rodiny. Charakter péče se přitom liší podle věku a zdravotního stavu pečované osoby – od postupně narůstající pomoci u seniorů až po dlouhodobou, často celoživotní péči o dítě se zdravotním postižením.

S rostoucím věkem populace a prodlužující se délkou života se zvyšuje počet osob, které se bez pomoci druhých neobejdou. Zároveň roste i počet lidí, kteří se role neformálního pečujícího ujímají, často bez předchozí zkušenosti a bez dostatečné podpory.

3. JAK NEFORMÁLNÍ PÉČE PROBÍHÁ

Neformální péče v rodinném prostředí má **mnoho podob a podobu postupného vývoje**. Často začíná nenápadně – drobnou výpomocí, nákupem nebo doprovodem k lékaři – a postupně může přerůst v každodenní, fyzicky i psychicky náročnou péči o osobu zcela závislou na pomoci druhých.

Rodinní příslušníci obvykle:

- zajišťují běžný chod domácnosti,
- doprovázejí své blízké k lékaři,
- organizují zdravotní a sociální služby,
- a často sami vykonávají i přímou osobní péči.

Rozsah péče se může v čase výrazně měnit – od občasné pomoci až po **nepřetržitou péči trvající řadu let**. Právě postupný nárůst nároků bývá jedním z důvodů, proč si pečující dlouho neuvědomují, že se ocitli v dlouhodobě zatěžující situaci.

Pro lepší porozumění rozsahu a náročnosti neformální péče lze rozlišit **tři základní stupně**, které se mohou u jedné rodiny v průběhu času prolínat nebo na sebe navazovat.

PODPŮRNÁ PÉČE

Podpůrná péče zahrnuje zejména:

- finanční pomoc,
- zajištění dopravy k lékaři,
- občasnou výpomoc s chodem domácnosti,
- drobné opravy či administrativní záležitosti.

Tento typ péče je významný, ale obvykle **není pro pečující osobu výrazně časově, fyzicky ani psychicky zatěžující**.

* **Příklad z praxe**

Paní Jana (55 let) pomáhá své osmdesátileté mamince, která stále bydlí sama. Každý týden ji bere na nákup, jednou měsíčně ji doprovází k lékaři a pomáhá s drobnými opravami v domácnosti. Finančně jí přispívá na léky a občas jí přiveze uvařené jídlo. Péče jí zabere několik hodin týdně a zvládá ji bez většího stresu.

NEPŘÍMÁ (DOMÁCÍ) PÉČE

Tento typ péče zahrnuje **pravidelné a neodkladné činnosti spojené s chodem domácnosti**, jako je:

- vaření,
- praní,
- úklid,
- dohled nad užíváním léků,
- organizace denního režimu.

Péče je **časově náročnější**, často ji nelze odložit a vyžaduje pravidelnou přítomnost pečující osoby.

* **Příklad z praxe**

Pan Petr (48 let) se stará o svého tatínka po prodělané mozkové mrtvici. Každý den po práci mu vaří, pere prádlo a uklízí byt. Dohlíží na pravidelné užívání léků a dodržování diety. Tatínek zatím zvládá osobní hygienu sám, ale péče o domácnost vyžaduje každodenní organizaci a přítomnost.

OSOBNÍ PÉČE

Osobní péče zahrnuje **nejnáročnější úkony**, zejména:

- pomoc s osobní hygienou,
- oblékáním,
- stravováním,
- pohybem, polohováním a manipulací s tělem.

Jedná se o péči, která může být potřebná **až 24 hodin denně** a klade vysoké nároky na fyzickou kondici, psychickou odolnost i odpovědnost pečující osoby. Pokud tuto péči nelze dlouhodobě zajistit v rodině, je často nutné zapojení **profesionálních nebo pobytových služeb**.

* **Příklad z praxe**

Paní Eva (62 let) pečuje o svého manžela s pokročilou Parkinsonovou nemocí. Pomáhá mu s hygienou, oblékáním, krmením i pohybem po bytě. V noci ho pravidelně polohuje, aby předešla vzniku proleženin. Péče je nepřetržitá a paní Eva má jen minimální možnost odpočinku. Bez její pomoci by manžel potřeboval pobyt v institucionálním zařízení.

→ **Tyto příklady ukazují, jak různorodá a proměnlivá může být neformální péče a jak důležité je, aby pečující osoby měly včasný přístup k podpoře, poradenství a odlehčovacím službám.**

4. DOPADY A PROBLÉMY SPOJENÉ S NEFORMÁLNÍ PÉČÍ

Neformální péče je často **společensky nedoceněná a „neviditelná“ práce**. Skutečné uznání se pečující osoby dočkávají převážně v úzkém rodinném kruhu – a ani tam ne vždy. Péče bývá vnímána jako samozřejmá povinnost vyplývající z lásky, příbuzenství nebo partnerského vztahu, nikoli jako náročná práce s dlouhodobými dopady.

Mnoho pečujících zároveň:

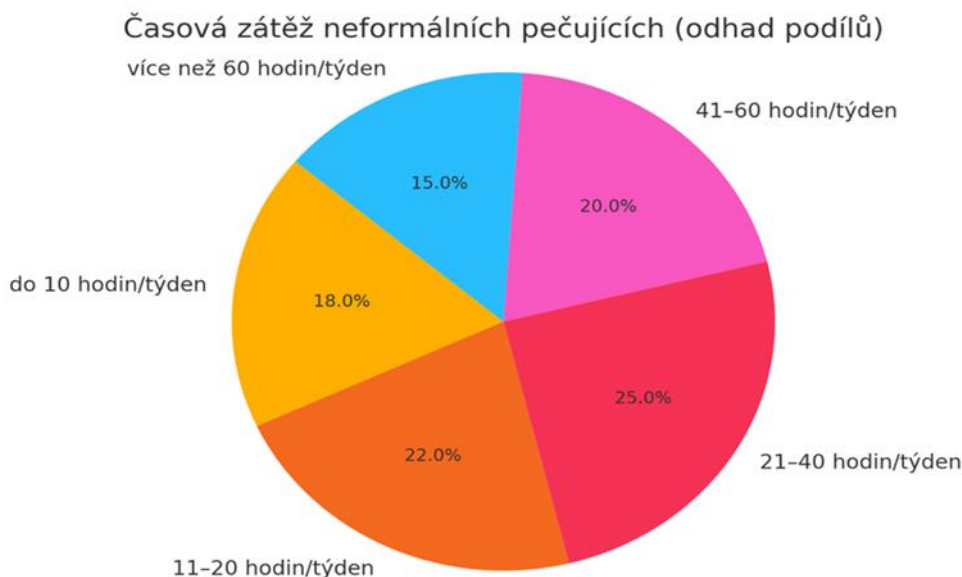
- pracuje,
- stará se o vlastní rodinu a domácnost,
- a pečuje o nemocného nebo nesoběstačného blízkého.

Situaci dále zhoršuje **nedostatek dostupných sociálních služeb**, zejména odlehčovacích a pobytových. Pečující často nemohou pracovat na plný úvazek, dostávají se do finanční tísně, nemají čas na odpočinek a žijí v dlouhodobé nejistotě – **nevědí, jak dlouho bude péče trvat ani jakým způsobem skončí**.

ČASOVÁ ZÁTĚŽ NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH

Data ukazují, že neformální péče je často **časově srovnatelná s pracovním úvazkem nebo jej výrazně přesahuje**:

- přibližně **60 % pečujících** poskytuje péči více než 20 hodin týdně,
- **15 % pečujících** pečuje více než 60 hodin týdně,
- pouze **18 %** zvládá péči v rozsahu do 10 hodin týdně



Zdroj: odhad na základě dostupných výzkumů, odborných studií a zkušeností z praxe.

Tyto údaje potvrzují, že značná část pečujících osob nese dlouhodobou a intenzivní zátěž, která bez podpory vede k vyčerpání a zdravotním problémům.

DOPADY PÉČE NA PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

Péče o blízkou osobu je psychicky nesmírně náročná, zejména pokud trvá dlouhodobě. Pečující často čelí bezmoci, smutku, únavě a ztrátě smyslu. Sledují zhoršující se zdravotní stav milovaného člověka, často bez možnosti pomoci. To může vést ke stresu, úzkostem, depresím a syndromu vyhoření.

Psychická zátěž bývá prohloubena sociální izolací, nedostatkem odpočinku a neustálou odpovědností. Mnozí pečující trpí poruchami spánku, ztrácí chuť k jídlu, mají sklony k nadměrnému užívání léků nebo alkoholu. Přesto často odmítají vyhledat odbornou pomoc – považují to za známku selhání.

*„Po nocích brečím, ale ráno zase vstanu a jedu dál. Už ani nevím proč. Jen musím.“
(pečující žena, 57 let)*

* **Psychická zátěž pečujících osob**

Tabulka shrnuje subjektivní hodnocení úrovně psychického zatížení u pečujících osob.

Úroveň zátěže	Podíl (%)
Nízká	10
Střední	35
Vysoká	40
Vyčerpanost / krize	15

Zdroj: odhad na základě dostupných výzkumů, odborných studií a zkušeností z praxe.

Psychická zátěž patří mezi nejčastější a zároveň nejméně rozpoznané důsledky dlouhodobé péče. Více než polovina pečujících uvádí, že zažívá **vysokou míru stresu nebo vyčerpání**, přičemž **až 15 % se nachází na hranici psychické krize**.

Hlavními příčinami psychické zátěže bývají:

- **trvalý pocit odpovědnosti**, který pečující nemohou delegovat na jinou osobu nebo službu.
- **sociální izolace** – pečující často nemají čas ani kapacitu na udržování běžných společenských kontaktů.
- **nedostatek uznání** a systémové podpory – jejich práce je často neviditelná, neplacená a vnímaná jako „samozřejmá“.
- **strach o budoucnost** – obavy, co bude s blízkým člověkem, pokud se pečující vyčerpá nebo onemocní.

Bez včasné intervence může psychická zátěž vést ke **stavům vyhoření, úzkostem či depresím**. Přitom dostupné formy podpory – jako je **poradenství, skupiny pro pečující, krizové linky nebo psychologická pomoc** – jsou často málo propagované nebo obtížně dostupné.

Podpora duševního zdraví pečujících je **stejně důležitá jako fyzická pomoc**, a měla by být standardní součástí systémových opatření v oblasti dlouhodobé péče.

DOPADY PÉČE NA FYZICKÉ ZDRAVÍ

Fyzická náročnost péče bývá podceňována. Přenášení, polohování, koupání – to vše jsou úkony, které zatěžují pohybový aparát, zejména páteř a klouby. Dlouhodobé fyzické přetížení vede k chronickým bolestem, zánětům, poruchám spánku a celkovému vyčerpání.

Navíc stres působí i na fyzickou úroveň – objevují se **psychosomatické potíže** jako migrény, ekzémy, žaludeční vředy, vysoký tlak, srdeční potíže či cukrovka II. typu. Pečující často odkládají vlastní lékařská vyšetření, protože „nemají čas“.

„Když už jsem byla v nemocnici s vyhržlou ploténkou, nebyl nikdo, kdo by se postaral. Stejně jsem se vrátila dřív domů.“ (pečující manželka, 62 let)

* **Nejčastější fyzické obtíže pečujících osob**

Tabulka níže ukazuje nejčastější fyzické obtíže, které pečující osoby uvádějí v souvislosti s dlouhodobou péčí.

Zdravotní obtíže	Podíl pečujících (%)
Chronická únava	52
Bolesti zad a kloubů	47
Zhoršení spánku	43
Zhoršení vlastního onemocnění (např. cukrovka, hypertenze)	30
Vysoký krevní tlak	28
Ztráta fyzické kondice	25

Zdroj: odhad na základě dostupných výzkumů, odborných studií a zkušeností z praxe.

Dlouhodobá péče o blízkého člověka není pouze psychicky, ale také fyzicky velmi náročná. Tabulka ukazuje, že více než polovina pečujících trpí **chronickou únavou**, což souvisí se soustavným zatížením, nepravidelným režimem a nedostatkem času na regeneraci.

Výrazně zastoupené jsou také **bolesti zad a kloubů (47 %)**, které bývají důsledkem časté manipulace s tělesně postiženou osobou bez odborné pomoci nebo pomůcek. **Poruchy spánku (43 %)** a **zhoršení již existujících onemocnění** ukazují na to, že pečující často upřednostňují potřeby druhých před péčí o vlastní zdraví.

Péče se tak často podepisuje na celkové kondici pečujícího – až **čtvrtina uvádí pokles fyzické zdatnosti**, což může dále snižovat jejich schopnost péči dlouhodobě zvládat.

Podpora zdraví pečujících – formou edukace, fyzioterapie, přístupu ke zdravotní péči a odlehčovacích služeb – je proto zásadní prevencí jejich vyčerpání a klíčem k udržitelnosti domácí péče.

SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY PÉČE

≈ **Ztráta kontroly nad vlastním životem**

Jedním z nejčastějších a nejbolestnějších důsledků neformální péče je **ztráta autonomie**. Pečující osoby musí často přizpůsobit celý svůj **denní režim potřebám pečované osoby**.

Postupně přicházejí o **možnost rozhodovat samostatně** o svém čase, aktivitách, někdy i o základních věcech jako je spánek, stravování nebo návštěvy u lékaře. Ztrácí

přístup ke spontánnosti, jejich životní rytmus je řízen povinnostmi. **Volný čas mizí**, plány se ruší, dovolené nejsou možné.

Často si neuvědomují, že se zcela podřídili potřebám druhého, dokud se u nich nezačnou projevovat známky vyčerpání nebo frustrace.

„Nemám čas na nic. Když mám chvíli pro sebe, stejně myslím jen na to, co všechno musím ještě udělat.“ (pečující dcera, 59 let)

≈ **Narušení rodinných vztahů**

Neformální péče výrazně zasahuje do **fungování celé rodiny**. Často dochází k přerozdělení rolí, změně dynamiky vztahů a nárůstu napětí.

Nejčastějšími pečujícími jsou ženy – dcery, manželky, partnerky – a tato role může postupně narušit jejich **vztah s partnerem i s dětmi**. Partner může mít pocit, že ustupuje do pozadí, že je přehlížen. Děti mohou vnímat, že matka není „dost pro ně“, že je příliš unavená nebo roztěkaná.

Péče zasahuje i do běžných každodenních vztahů – kvůli nedostatku času se zhoršuje komunikace, pečující často zanedbávají domácnost, svůj vzhled, zdraví i sociální kontakty. Vztahy, které nebyly pevné, mohou vlivem této zátěže zcela selhat. Pečující se pak často ocitnou **v roli osamělých „zachránců“**.

„Na muže už skoro nemám čas. Je mi jasné, že je to na úkor našeho vztahu, ale máma mě potřebuje víc.“ (pečující dcera, 46 let)

≈ **Změna života a ztráta perspektivy**

Dlouhodobá péče **mění životní plán**. Sny, cíle, profesní ambice – to vše ustupuje do pozadí. Pečující často nedokážou plánovat více než pár dní dopředu. Všechno se řídí tím, jak se zrovna daří pečované osobě. Vyhlídka na budoucnost se rozostřuje.

Péče se může protáhnout na měsíce nebo roky. Nevědomí, kdy nebo jak péče skončí, způsobuje psychickou nejistotu. Když péče skončí (například úmrtím), mnoho lidí se cítí ztraceno – péče byla jediným „smyslem“, který měli.

„Dřív jsem plánoval, co budu dělat v důchodu. Ted' jsem rád, že zvládnou další týden.“ (pečující manžel, 75 let)

≈ **Sociální izolace**

Pečující mají velmi **omezené možnosti pro sociální kontakt**. Přestávají chodit mezi lidmi, ruší setkání, protože „nemohou odejít“ nebo jsou příliš unavení. Ztrácí přátele, kteří často nechápou jejich situaci. Postupně se uzavírají **do izolace** – a ta dále prohlubuje psychické problémy.

Navíc samotná témata hovoru pečujících se zužují – často se točí jen kolem nemocí, pomůcek, léků. To ztěžuje běžnou konverzaci. **Sociální vyčlenění** může vést až k sociální fobii nebo pocitům méněcennosti.

„Už si ani nepamatuju, kdy jsem naposled byla s někým na kávě. Když mám volno, chci být jen sama.“ (pečující matka, 38 let)

FINANČNÍ DŮSLEDKY PÉČE

≈ **Nedostatek finančních prostředků**

Péče je nákladná – a zároveň **omezuje příjem**. Mnoho pečujících si nemůže dovolit pracovat na plný úvazek nebo musí práci zcela opustit. Náklady na péči (pomůcky, doprava, léky, úpravy domácnosti) často přesahují příspěvek na péči, který je navíc v nižších stupních závislosti nedostatečný.

V některých případech pečující dokonce **ztrácí nárok na dávky** (např. kvůli věku nebo nesplnění podmínek). Tím se dostávají **do existenční tísně**, z níž není snadná cesta ven. Úvěry, dluhy, výčítky a bezmoc jsou častým důsledkem.

„Musela jsem si půjčit na schodolez. Neměli jsme už ani na ledničku. Dceru jsem odhlásila z kroužků.“ (pečující matka, 42 let)

* **Finanční dopady péče na příjem**

Tabulka ukazuje odhadovaný podíl pečujících osob podle toho, jak péče ovlivnila jejich finanční situaci.

Kategorie	Podíl (%)
Ztráta zaměstnání	25
Snížení úvazku	30
Žádná změna	20
Dávky/příspěvky jako hlavní příjem	25

Zdroj: odhad na základě dostupných výzkumů, odborných studií a zkušeností z praxe.

* **Možnost skloubit práci a péči**

Přehled ukazuje, jak pečující osoby hodnotí možnost kombinovat péči s pracovním uplatněním.

Situace	Podíl (%)
Zvládají obojí	20
Péče brání v práci	35
Nepracují kvůli péči	30
Pracují jen narázově	15

Zdroj: odhad na základě dostupných výzkumů, odborných studií a zkušeností z praxe.

→ **Péče o blízkého má často zásadní vliv na příjem domácnosti. Údaje v uvedených tabulkách ukazují, že více než polovina pečujících musela omezit nebo ukončit svou pracovní aktivitu. Pro 25 % jsou dávky či příspěvek na péči hlavním zdrojem příjmu. To ukazuje na riziko chudoby a finanční nejistoty u dlouhodobě pečujících osob.**

5. CO MOHOU NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ PŘI PÉČI VYUŽÍT

Neformální pečující čelí vysoké **psychické, fyzické i ekonomické zátěži**. Aby mohli péči dlouhodobě zvládat a nedocházelo k jejich vyčerpání, je nezbytné, aby měli **dostatek informací o dostupných formách podpory** a věděli, jak je v praxi využít.

System veřejné podpory zahrnuje **finanční dávky, legislativní ochranu, zdravotní a sociální služby, možnosti úprav pracovního režimu i odborné poradenství**. Přesto je pro mnoho pečujících tento systém složitý, nepřehledný a obtížně dostupný. Následující přehled shrnuje nejvýznamnější nástroje, které mohou neformální pečující využít, a vysvětluje jejich praktický význam.

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Příspěvek na péči je **základním nástrojem podpory osob závislých na pomoci druhých**. Je určen osobám, které kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu nezvládají základní životní potřeby bez pomoci jiné osoby.

Příspěvek náleží **pečované osobě**, nikoli pečujícímu. V praxi je však často využíván:

- na **odměnu neformálnímu pečujícímu**,
- na úhradu **pečovatelské služby, osobní asistence nebo odlehčovací služby**,
- na nákup **kompensačních pomůcek**.

Stupeň závislosti se posuzuje podle zvládnání **deseti základních oblastí života**, které zahrnují mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, hygienu, oblékání, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost.

Praktické informace:

- žádost se podává na kontaktním pracovišti Úřadu práce podle místa trvalého pobytu,
- součástí řízení je **sociální šetření v domácnosti a lékařský posudek**,
- výše příspěvku se liší podle stupně závislosti (I–IV),
- při zhoršení zdravotního stavu je možné **požádat o nové posouzení**.

Pro mnoho domácností je příspěvek na péči **klíčovým nebo jediným pravidelným příjmem**, zejména pokud pečující kvůli péči nemůže pracovat.

DALŠÍ DÁVKY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Kromě příspěvku na péči mohou pečující a jejich blízcí využít i další finanční podporu, která pomáhá **kompenzovat zvýšené náklady spojené s péčí**.

Nejčastější dávky:

- **Příspěvek na mobilitu** – pravidelná měsíční dávka pro osoby, které se opakovaně dopravují mimo domov (např. k lékaři, do rehabilitačního zařízení).

- **Příspěvek na zvláštní pomůcku** – jednorázová podpora na pořízení nákladných pomůcek nebo úprav bydlení (např. schodolez, elektrický vozík, úprava koupelny, automobil, vodící pes).

Tyto dávky mohou výrazně **snížit finanční tlak na rodinu**, zejména v počáteční fázi péče nebo při jejím zhoršení.

DLOUHODOBÉ OŠETŘOVNÉ

Dlouhodobé ošetřovné je dávka nemocenského pojištění určená pro zaměstnance a OSVČ, kteří musí **dočasně přerušit práci**, aby mohli pečovat o blízkého po propuštění z hospitalizace.

Jeho význam spočívá především v tom, že:

- dává rodině **čas na zajištění další péče nebo služeb**,
- umožňuje zvládnout krizovou situaci bez okamžité ztráty příjmu.

Zásadní je, že ošetřovné lze **sdílet mezi více pečujícími osobami**, což může výrazně snížit zátěž jednoho člena rodiny.

PÉČE JAKO NÁHRADNÍ DOBA DŮCHODOVÉHO POJIŠTĚNÍ

Dlouhodobá péče má významné dopady na pracovní dráhu pečujících. Právní úprava proto umožňuje, aby byla péče o závislou osobu započítána jako **náhradní doba důchodového pojištění**.

To znamená, že:

- doba péče se započítává pro nárok na důchod,
- pečující nejsou penalizováni nižším důchodem,
- po skončení péče mají nárok na podporu v nezaměstnanosti.

Tato ochrana je zásadní zejména pro osoby, které kvůli péči **dlouhodobě opustily trh práce**.

MOŽNOSTI ÚPRAVY PRACOVNÍHO REŽIMU

Sklobení práce a péče patří mezi největší výzvy neformálních pečujících. Zákoník práce poskytuje pečujícím určitou míru ochrany a umožňuje požádat o:

- zkrácený úvazek,
- pružnou pracovní dobu,
- práci z domova.

Otevřená komunikace se zaměstnavatelem a doložení situace (např. potvrzení o stupni závislosti) mohou výrazně přispět k udržení pracovního uplatnění pečující osoby.

SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ SLUŽBY JAKO OPORA RODINY

Finanční podpora sama o sobě nestačí. Klíčovou roli hrají **dostupné sociální a zdravotní služby**, které umožňují sdílení péče a odlehčení rodiny.

Nejčastěji využívané služby:

- pečovatelská služba,
- osobní asistence,
- odlehčovací služby (terénní, ambulantní, pobytové),
- domácí ošetřovatelská péče,
- domácí hospicová a paliativní péče,
- tísňová péče,
- půjčovny kompenzačních pomůcek,
- přepravní služby.

Tyto služby pomáhají **udržet péči v domácím prostředí**, zvyšují bezpečí pečované osoby a chrání zdraví pečujících.

KRIZOVÁ PŘIPRAVENOST A NOUZOVÝ PLÁN

Součástí podpory by měla být i příprava na situace, kdy pečující **nemůže péči dočasně nebo trvale vykonávat**. Nouzový plán péče pomáhá:

- předejít krizím,
- snížit stres pečujícího,
- zajistit kontinuitu péče.

→ *Tato kapitola ukazuje, že možností podpory existuje mnoho, ale jejich využití vyžaduje informace, orientaci a často i aktivní doprovázení. Právě proto je klíčová role sociálních pracovníků a poskytovatelů služeb, kterým se věnuje následující kapitola.*

6. JAK PODPOŘIT NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ

Podpora neformálních pečujících osob je nezbytnou podmínkou udržitelnosti domácí péče. Dlouhodobá péče bez odpovídající pomoci vede k vyčerpání pečujících, zhoršení jejich zdravotního stavu a v konečném důsledku i ke kolapsu péče samotné. Dopady se přitom netýkají pouze pečujících, ale i kvality života pečované osoby a fungování celé rodiny.

Účinná podpora musí být včasná, dostupná, srozumitelná a přizpůsobená individuální situaci. Neformální pečující nejsou jednotnou skupinou – liší se věkem, zdravotním stavem, rodinným zázemím i možnostmi skloubit péči s prací. Systém podpory proto musí být flexibilní a citlivý k těmto rozdílům.

VČASNÉ ROZPOZNÁNÍ PEČUJÍCÍCH

Mnoho neformálních pečujících zůstává dlouho skrytých. O pomoc často nežadají, protože svou roli nevnímají jako „péči“, považují zátěž za přirozenou součást rodinných vztahů nebo nevědí, že mají na podporu nárok. **Aktivní vyhledávání pečujících** je proto zásadní.

K rozpoznání pečujících může docházet při poskytování sociálních a zdravotních služeb v terénu, v ordinacích praktických lékařů, při hospitalizaci a propouštění pacientů z nemocnic, ale i v rámci kontaktu s obcemi, úřady práce či komunitními institucemi. Včasné oslovení pečujících umožňuje nabídnout podporu ještě předtím, než dojde k přetížení, vyhoření nebo krizovým situacím.

ZJIŠŤOVÁNÍ POTŘEB A PLÁNOVÁNÍ PODPORY

Podpora pečujících má smysl pouze tehdy, pokud vychází z jejich konkrétní životní situace. Potřeby pečujících se v čase mění – s postupujícím onemocněním, zhoršováním soběstačnosti nebo změnami v rodině.

Systematické zjišťování potřeb by mělo být součástí individuální práce se sociálním pracovníkem i komunitního plánování sociálních a zdravotních služeb. Zapojení samotných pečujících do plánování zvyšuje relevanci služeb a posiluje jejich pocit, že jsou aktivními partnery, nikoli pasivními příjemci pomoci.

DOSTUPNÉ A SROZUMITELNÉ INFORMACE

Jednou z největších bariér, se kterou se pečující setkávají, je nepřehlednost systému podpory. Informace o dávkách, službách a právech jsou často roztříštěné a obtížně dostupné. Pečující pak nevědí, kde začít a na koho se obrátit.

Dobrá praxe spočívá ve vytváření kontaktních míst, kde mohou pečující získat základní orientaci i podrobné poradenství. Důležitá je také role zdravotnického personálu, zejména při propuštění pacienta z nemocnice, kdy rodina často čelí nové a náročné situaci.

ODBORNÉ PORADENSTVÍ A DOPROVÁZENÍ

Neformální pečující se často potýkají s kombinací sociálních, zdravotních, právních i pracovních problémů. Jednorázová informace proto obvykle nestačí. Klíčové je dlouhodobé odborné poradenství a doprovázení, které reaguje na vývoj situace v rodině.

Poradenství může zahrnovat pomoc při vyřizování dávek, orientaci v nabídce služeb, podporu při zajištění kompenzačních pomůcek, úprav bydlení, pracovněprávní poradenství i praktický nácvik pečovatelských dovedností. Zásadní je partnerský a respektující přístup, který posiluje kompetence pečujícího.

SPOLUPRÁCE SE ZDRAVOTNICKÝM SYSTÉMEM

Zdravotnický systém hraje v životě pečujících klíčovou roli. Praktičtí lékaři, ambulantní specialisté i nemocnice by měli pečující vnímat jako součást pečujícího týmu.

Dobrá spolupráce spočívá v otevřené komunikaci, poskytování základních informací o možnostech podpory a v doporučování návazných služeb. Významná je také dostupnost domácí zdravotní péče, která může výrazně odlehčit rodině.

VZDĚLÁVÁNÍ A POSILOVÁNÍ KOMPETENCÍ

Vzdělávání je důležitým nástrojem prevence přetížení pečujících. Pečující, kteří rozumějí zdravotnímu stavu blízkého a mají základní dovednosti péče, se cítí jistější a méně ohrožení.

Vzdělávání by mělo být dostupné různými formami – osobně, online, individuálně i skupinově – a přizpůsobené možnostem pečujících. Současně je nezbytné systematické vzdělávání sociálních pracovníků a dalších profesionálů, kteří s pečujícími přicházejí do kontaktu.

SDÍLENÍ PÉČE A ODLEHČENÍ

Dlouhodobou péči nelze zvládat bez možnosti odpočinku. Sdílení péče prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb umožňuje pečujícím zachovat si vlastní zdraví, sociální kontakty a pracovní uplatnění.

Pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby, domácí ošetrovatelská a paliativní péče či tísňová péče představují klíčové pilíře podpory rodin. Jejich dostupnost a vzájemná koordinace jsou zásadní pro udržení péče v domácím prostředí.

KRIZOVÁ PŘIPRAVENOST

Součástí dobré praxe je i příprava na situace, kdy pečující nemůže péči dočasně nebo trvale vykonávat. Nouzový plán péče, zapojení širší rodiny a předem domluvené kontakty na služby pomáhají zvládat krizové situace bez zbytečného stresu.

LIDSKÝ A PARTNERSKÝ PŘÍSTUP

Základem veškeré podpory je empatie, respekt a partnerský vztah. Pečující potřebují cítit, že nejsou na svou situaci sami, že jejich práce má hodnotu a že mohou otevřeně mluvit o svých limitech. Právě lidský přístup profesionálů často rozhoduje o tom, zda pečující pomoc přijmou a dokážou ji využít.

→ ***Podpora neformálních pečujících není doplňkem péče, ale její nedílnou součástí. Investice do podpory pečujících se vrací v podobě stabilnější péče, lepší kvality života rodin a udržitelnějšího systému sociálních služeb.***

7. PEČOVATELSKÁ SLUŽBA JAKO KLÍČOVÝ PARTNER RODINY A NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH

„Nejde jen o to pečovat. Jde o to, aby pečující nezůstávali na všechno sami.“

Pečovatelská služba představuje **nejrozšířenější terénní sociální službu v České republice**. Díky dlouhodobé tradici, znalosti místního prostředí a každodennímu kontaktu s klienty i jejich rodinami je často **prvním odborným partnerem**, na kterého se neformální pečující obrazejí. Spolu s osobní asistencí tvoří klíčový pilíř podpory péče v domácím prostředí.

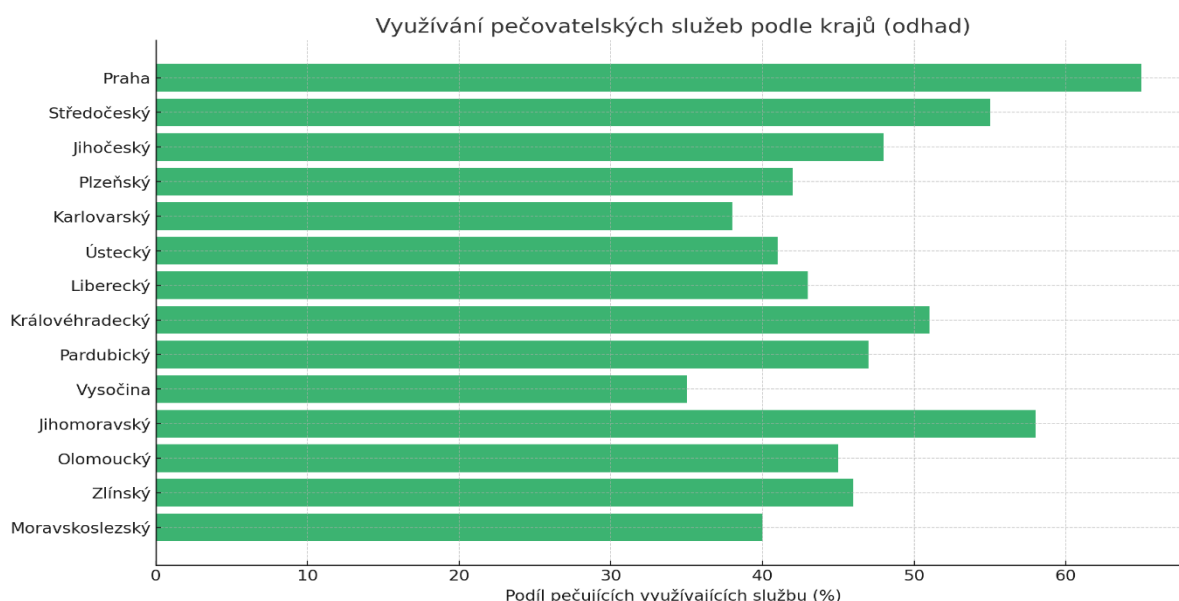
Právě blízkost ke klientům umožňuje pečovatelským službám **včas rozpoznat přetížení rodiny**, reagovat na změny zdravotního stavu a poskytovat nejen přímou péči, ale i poradenství, koordinaci služeb a podporu neformálních pečujících. V různých regionech České republiky vznikají inspirativní příklady dobré praxe, které propojují sociální služby, poradenství, komunitní práci i moderní technologie.

Zkušenosti z praxe i dostupná data ukazují, že **využívání formální podpory se v jednotlivých krajích výrazně liší**. Zatímco ve velkých městech a některých regionech je síť služeb hustá a dobře dostupná, v jiných oblastech – zejména na venkově – zůstávají pečující často bez odpovídající podpory.

Vyšší míra využívání služeb v Praze a Jihomoravském kraji souvisí s lepší dostupností, informovaností i širší nabídkou terénních a ambulantních služeb. Naopak nižší využívání služeb v kraji Vysočina, Karlovarském nebo Moravskoslezském kraji může být ovlivněno geografickou roztržitostí, dopravní nedostupností i přetrvávajícím přesvědčením, že péče má zůstat výhradně v rodině.

Tyto rozdíly potvrzují, že **rovný přístup ke službám není v České republice samozřejmostí** a že cílené regionální plánování a rozvoj terénních forem podpory jsou nezbytné.

* **Regionální rozdíly ve využívání pečovatelských služeb**



Graf ilustruje odhadovaný podíl pečujících osob, které aktivně využívají některou z forem formální podpory (např. pečovatelskou službu, osobní asistenci, odlehčovací službu apod.) ve 14 krajích České republiky. Rozdíly mezi regiony jsou výrazné a poukazují na nerovný přístup ke službám.

Nejvyšší podíl uživatelů služeb vykazuje **Praha (65 %)** a **Jihomoravský kraj (58 %)**. Vysoká dostupnost služeb, hustší síť poskytovatelů a větší míra informovanosti zde hrají pozitivní roli.

Nižší využití služeb je patrné zejména v **kraji Vysočina (35 %)**, **Karlovarském (38 %)** a **Moravskoslezském (40 %)**. Zde mohou hrát roli faktory jako geografická roztržitost, horší dopravní dostupnost nebo menší nabídka terénních a pobytových služeb.

Rozdíly mohou být ovlivněny také kulturními a sociálními zvyklostmi – v některých oblastech přetrvává tendence zvládat péči v rodině bez zapojení služeb.

Tyto údaje potvrzují, že **rovný přístup ke službám není v ČR garantovaný**, a proto je důležité podporovat rozvoj služeb tam, kde je poptávka, ale chybí dostupnost. **Regionální plánování a cílená podpora** jsou klíčem ke zlepšení situace pečujících osob mimo velká města.

8. DOBRÁ PRAXE V OBLASTI SPOLUPRÁCE S RODINOU A PODPORY NEFORMÁLNÍ PÉČE

8.1 PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE NA ÚROVNI POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Vedle systémových opatření na úrovni kraje existuje celá řada praktických kroků, které mohou realizovat samotní poskytovatelé sociálních služeb. Tyto formy dobré praxe jsou často méně nákladné, ale mají okamžitý a přímý dopad na pečující osoby.

Společným znakem těchto přístupů je, že:

- vycházejí z každodenní praxe služby,
- reagují na konkrétní potřeby rodin,
- nevyžadují zásadní legislativní změny,
- stojí především na postoji organizace a kompetencích pracovníků.

Příklady, které mohou okamžitě realizovat samotní poskytovatelé, bez změny legislativy:

- Pečovatelská služba Ústí nad Labem
- Charita Pardubice
- Kontaktní pracovník

➤ Pečovatelská služba Ústí nad Labem – ucelený systém podpory rodiny a neformálních pečujících

Pečovatelská služba Ústí nad Labem, příspěvková organizace zřízená statutárním městem Ústí nad Labem, představuje příklad dobré praxe založený na **systematickém propojování sociálních služeb, odborného poradenství a navazujících podpůrných aktivit.**

Dobrá praxe této organizace nespočívá v jedné konkrétní službě, ale v tom, že jednotlivé formy podpory **na sebe přirozeně navazují a vytvářejí funkční celek**, který reaguje na měnící se potřeby klientů i jejich rodin.

≈ **Poradenství jako vstupní brána k podpoře**

Zásadním prvkem dobré praxe je **odborné sociální poradenství zaměřené na neformální pečující**, realizované prostřednictvím Centra pro rodinné pečující. Poradenství probíhá nejen ambulantně, ale zejména **v přirozeném prostředí klientů – v jejich domácnostech.**

Tento přístup umožňuje:

- komplexně posoudit situaci rodiny,
- včas zachytit přetížení pečujících,
- doporučit vhodné služby, kompenzační pomůcky či úpravy domácího prostředí,
- a koordinovat zapojení dalších forem podpory.

Poradenství zde nefunguje izolovaně, ale jako **koordinující prvek celého systému služeb.**

≈ **Půjčovna kompenzačních pomůcek jako prevence krizí**

Součástí podpory je **půjčovna kompenzačních pomůcek**, která umožňuje rodinám rychle reagovat na zhoršení zdravotního stavu blízkého člověka. Zapůjčení pomůcek (např. polohovací lůžka, chodítka, toaletní křesla) pomáhá překlenout období před přiznáním příspěvku na péči nebo nákupem vlastní pomůcky a výrazně snižuje fyzickou zátěž pečujících.

≈ **Technologická podpora bezpečí – služba SOS tlačítko**

Významnou součástí uceleného systému je služba **SOS tlačítko**, provozovaná ve spolupráci s Městskou policií. Tato forma tísňové péče zvyšuje bezpečí klientů v domácím prostředí a zároveň přináší **psychickou úlevu rodinám a pečujícím**, kteří mají jistotu rychlé pomoci v krizové situaci.

≈ **Ambulantní odlehčení a denní služby**

Pečovatelská služba reaguje i na potřebu **odlehčení pečujících osob** prostřednictvím rozvoje ambulantních forem podpory. Centrum denních služeb nabízí bezpečný prostor pro aktivizaci, sociální kontakt a dohled nad klienty během dne. Pečující tak získávají čas na práci, odpočinek nebo vyřízení osobních záležitostí, aniž by museli řešit pobytovou formu péče.

≈ **Přepravní služba jako nástroj samostatnosti**

Další navazující službou je **přepravní služba „Taxík Maxík“**, která umožňuje seniorům a osobám se zdravotním postižením dopravu k lékaři, na úřady nebo za volnočasovými aktivitami. Tato služba podporuje samostatnost klientů a zároveň **odlehčuje rodinám**, které by jinak musely dopravu zajišťovat vlastními silami.

≈ **Podpora duševní pohody – Snoezelen místnost**

Inovativním prvkem dobré praxe je také **Snoezelen místnost**, určená k relaxaci, zklidnění a smyslové stimulaci. Prostor je využíván nejen klienty, ale i **neformálními pečujícími**, kteří zde mohou nalézt prostor pro krátký odpočinek, uvolnění a regeneraci. Tím organizace jasně dává najevo, že **pečující nejsou pouze „doprovod“**, ale **cílová skupina podpory**.

* **Shrnutí dobré praxe**

*Dobrá praxe Pečovatelské služby Ústí nad Labem spočívá v tom, že jednotlivé služby nejsou nabízeny izolovaně, ale tvoří **ucelený a provázaný systém podpory**, který:*

- *reaguje na potřeby klienta i rodiny,*
- *propojuje sociální služby, poradenství, technická řešení a inovativní přístupy,*
- *podporuje setrvání klientů v domácím prostředí,*
- *a aktivně předchází přetížení neformálních pečujících.*

*Tento model je přenositelný i do dalších regionů a ukazuje, že **i na úrovni jednoho poskytovatele lze vytvořit funkční systém podpory rodiny**, pokud jsou služby plánovány v souvislostech a s důrazem na návaznost.*

➤ Charita Pardubice – integrovaný model podpory rodin a neformálních pečujících

Charita Pardubice představuje příklad dobré praxe založený na **dlouhodobém, systematickém a integrovaném přístupu k podpoře lidí v nepříznivé sociální a zdravotní situaci**. Její silnou stránkou není jednotlivá služba, ale skutečnost, že sociální, zdravotní a návazné podpůrné služby **fungují jako propojený celek**, který dokáže reagovat na komplexní potřeby klientů i jejich rodin.

Díky začlenění do celostátní sítě Charity Česká republika a hlubokému ukotvení v místní komunitě dokáže Charita Pardubice dlouhodobě poskytovat stabilní podporu nejen samotným klientům, ale i **neformálním pečujícím**, kteří často stojí na hranici svých fyzických i psychických možností.

≈ **Komplexní podpora v domácím prostředí**

Základním pilířem dobré praxe je **terénní forma podpory**, která umožňuje klientům zůstat co nejdéle v domácím prostředí. Terénní pečovatelská služba a domácí zdravotní péče jsou vzájemně koordinovány tak, aby rodiny nemusely samostatně řešit propojení sociální a zdravotní složky péče. Tento přístup:

- snižuje zátěž rodinných pečujících,
- zvyšuje bezpečí klientů,
- a předchází zbytečným hospitalizacím nebo předčasnému umístění do pobytových zařízení.

≈ **Poradenství jako stabilní opora pečujících**

Charita Pardubice klade důraz na **odborné sociální poradenství**, které pomáhá pečujícím osobám orientovat se v systému sociálních dávek, služeb a právních možností. Poradenství je poskytováno osobně, telefonicky i terénně a reaguje na konkrétní situaci rodiny.

Pečující zde nejsou vnímáni pouze jako „doprovod klienta“, ale jako **samostatná cílová skupina**, která potřebuje informace, podporu i uznání své role.

≈ **Odlehčovací služby jako prevence vyhoření**

Významným prvkem dobré praxe je nabídka **odlehčovacích služeb**, které umožňují pečujícím osobám získat čas na odpočinek, vyřízení osobních záležitostí nebo regeneraci. Odlehčení je chápáno jako **preventivní nástroj**, nikoliv až jako řešení krizové situace.

Tím Charita Pardubice přispívá k dlouhodobé udržitelnosti domácí péče a snižuje riziko fyzického i psychického vyčerpání pečujících.

≈ **Krizová lůžka jako pojistka proti kolapsu péče**

Výjimečným prvkem dobré praxe Charity Pardubice je provoz **několika krizových lůžek**, která slouží jako okamžitá pomoc v situacích, kdy domácí péče náhle selže nebo se stane dočasně neudržitelnou. Krizová lůžka jsou určena především pro případy, kdy:

- pečující osoba náhle onemocní, je hospitalizována nebo zemře,
- dojde k náhlému zhoršení zdravotního nebo psychického stavu pečované osoby,
- situace ještě nevyžaduje akutní hospitalizaci, ale **péči nelze bezpečně zajistit v domácím prostředí**,
- není k dispozici jiný pečující ani okamžitě dostupná pobytová služba.

Typickým příkladem jsou osoby s demencí, u nichž se může náhle zhoršit orientace, chování nebo potřeba dohledu. Pokud rodina nemá možnost zajistit celodenní péči a pobytová služba má dlouhé pořadníky, vzniká vážné riziko kolapsu péče i ohrožení samotné osoby.

Krizová lůžka v tomto kontextu nefungují jako klasická pobytová služba, ale jako **krátkodobé stabilizační řešení**, které:

- poskytne rodině čas na zotavení, vyřízení nezbytných záležitostí nebo hledání dlouhodobějšího řešení,
- zabrání zbytečným hospitalizacím,
- a především **zamezí tomu, aby pečující zůstali bez pomoci v akutní krizi**.

Tento typ služby je v České republice stále nedostatečně rozvinutý a v mnoha městech či krajích zcela chybí. Praxe Charity Pardubice ukazuje, že **krizová lůžka jsou klíčovým prvkem kontinuity péče**, který výrazně zvyšuje bezpečí rodin i stabilitu celého systému.

≈ **Psychosociální a krizová podpora**

Součástí integrovaného modelu je také **krizová a psychosociální pomoc**, která reaguje na situace náhlého zhoršení zdravotního stavu, rodinné krize nebo sociální nouze. Centrum krizové pomoci poskytuje okamžitou podporu lidem, kteří se ocitli v akutně nepříznivé životní situaci, a pomáhá stabilizovat rodinu jako celek.

≈ **Komunitní a dobrovolnický rozměr péče**

Specifickým prvkem dobré praxe Charity Pardubice je **silné zapojení komunity a dobrovolníků**. Dobrovolníci se podílejí na aktivizačních činnostech, doprovodu klientů i komunitních akcích, čímž přispívají k sociálnímu začlenění a snižování izolace klientů i jejich pečujících. Komunitní přístup posiluje přirozené vztahy v místě a vytváří podpůrnou síť, která doplňuje profesionální služby.

* **Shrnutí dobré praxe**

Klíčovým prvkem dobré praxe Charity Pardubice je mimořádně široká a ucelená nabídka služeb, která pokrývá sociální, zdravotní i krizovou oblast péče. Rodiny pečující o blízkého zde nemusí složitě hledat a kombinovat různé poskytovatele – většinu potřebné podpory mohou řešit v rámci jednoho systému. Zvláštní důraz klade na podporu neformálních pečujících a na řešení krizových situací, kdy domácí péče náhle selhává.

Propojení terénních sociálních služeb, domácí zdravotní péče, odlehčovacích a pobytových forem podpory, krizových lůžek, poradenství i komunitních aktivit umožňuje plynulý přechod mezi jednotlivými typy péče podle aktuální situace klienta a rodiny. Tento přístup je zásadní zejména v období zhoršení zdravotního stavu, při vyčerpání pečující osoby nebo v krizových životních situacích. Provoz krizových lůžek představuje důležitou pojistku proti kolapsu péče a ukazuje, že i na úrovni jednoho poskytovatele lze vytvořit stabilní a flexibilní systém podpory rodin.

Významným přínosem je také skutečnost, že Charita Pardubice disponuje vlastními zdravotními službami, což usnadňuje koordinaci sociální a zdravotní složky péče. Díky tomu:

- *nedochází k prodlevám v zajištění zdravotní péče,*
- *je posilována kontinuita péče v domácím prostředí,*
- *a snižuje se riziko zbytečných hospitalizací.*

➤ Kontaktní pracovník jako průvodce pečující rodiny

Ne všechny příklady dobré praxe jsou vázány na konkrétní organizaci nebo formální sociální službu. Některé z nejúčinnějších přístupů spočívají v **způsobu práce s rodinou a v nastavení role pracovníků**, nikoliv v rozšiřování nabídky služeb. Jedním z takových příkladů je role kontaktního pracovníka, který dlouhodobě provází pečující rodinu a pomáhá jí orientovat se v systému péče.

Kontaktní pracovník představuje **stabilní osobu**, na kterou se může pečující rodina dlouhodobě obracet. Jeho úkolem není poskytování přímé péče, ale **koordinace, orientace a podpora**, které pečujícím výrazně usnadňují zvládnutí náročné životní situace.

Pečující osoby se často potýkají s roztržitostí systému sociálních a zdravotních služeb, nejasnými kompetencemi jednotlivých institucí a nedostatkem srozumitelných informací. Kontaktní pracovník v tomto kontextu funguje jako **průvodce systémem péče**, který:

- pomáhá zmapovat situaci rodiny,
- poskytuje základní informace o dostupných službách a dávkách,
- propojuje pečující s vhodnými poskytovateli,
- sleduje vývoj situace v čase a reaguje na změny potřeb.

Významnou přidanou hodnotou této role je **kontinuita vztahu**. Pečující nemusí svou situaci opakovaně vysvětlovat různým institucím, ale mají jednoho stabilního partnera, který jejich situaci zná a dokáže včas zachytit riziko přetížení nebo kolapsu péče.

Kontaktní pracovník může působit v různých prostředích – v pečovatelské službě, sociálním odboru obce, zdravotnickém zařízení, komunitním centru nebo neziskové organizaci. Důležité není institucionální zařazení, ale **jasně vymezená role, dostupnost a kompetence**.

* **Shrnutí dobré praxe**

Zkušenosti z praxe ukazují, že zavedení kontaktního pracovníka:

- *snižuje stres a nejistotu pečujících,*
- *zvyšuje využívání vhodných služeb včas,*
- *přispívá k lepší spolupráci mezi rodinou a odborníky,*
- *a má preventivní efekt vůči vyhoření pečujících osob.*

*Tento přístup je příkladem dobré praxe, kterou lze zavést i bez zásadních finančních nákladů. Vyžaduje především **organizační rozhodnutí, jasné nastavení role a podporu vedení**, nikoliv vznik nové služby.*

8.2 DOBRÁ PRAXE NA ÚROVNI ORP NEBO OBCÍ

Praha 10 - integrovaná péče po hospitalizaci

Návrat z hospitalizace do domácího prostředí představuje pro mnoho rodin kritické období. Zdravotní stav pacienta bývá nestabilní, domácnost není vždy připravena na péči a rodinní příslušníci se často ocitají **v roli pečujících bez dostatečných informací, zkušeností a podpory**. Právě v tomto okamžiku vzniká vysoké riziko přetížení neformálních pečujících, opakovaných hospitalizací nebo předčasného umístění do pobytové služby.

Na území městské části Praha 10 vznikl projekt integrované péče po hospitalizaci, do něhož je zapojena organizace **Petrklíč** ve spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotních a sociálních služeb. Projekt reaguje na potřebu **kontinuity péče** a propojení zdravotní a sociální oblasti v přechodovém období po propuštění z nemocnice.

Základním principem projektu je **rychlé a koordinované zajištění komplexní domácí péče** bezprostředně po hospitalizaci klienta. Péče je nastavována individuálně podle potřeb konkrétní osoby a její rodiny a obvykle zahrnuje kombinaci:

- domácí zdravotní péče (ošetřovatelská a odborná zdravotní péče),
- pečovatelské služby v domácnosti,
- lékařské péče a návazné kontroly,
- koordinace péče a komunikace mezi jednotlivými aktéry,
- zapojení rodiny a neformálních pečujících jako partnerů péče.

Klíčovým prvkem je **intenzita podpory v úvodu**, která je postupně upravována podle vývoje zdravotního stavu klienta a schopností rodiny.

≈ **Přínosy pro klienty a pečující osoby**

Projekt dosahuje velmi dobrých výsledků zejména v těchto oblastech:

- **Bezpečný návrat domů** – klient není ponechán bez podpory v okamžiku propuštění z nemocnice.
- **Snížení zátěže rodiny** – pečující nejsou nuceni okamžitě převzít plnou odpovědnost za péči.
- **Přijetí odborných služeb** – klienti si postupně zvykají na přítomnost profesionálů v domácnosti, což usnadňuje dlouhodobé zapojení služeb.
- **Prevence krizí** – snižuje se riziko vyčerpání pečujících, kolapsu péče či opakovaných hospitalizací.

Zkušenosti z praxe ukazují, že rodiny, které projdou tímto intenzivním obdobím podpory, jsou lépe připraveny na dlouhodobou péči a otevřenější spolupráci se službami i v budoucnu.

≈ **Ekonomické souvislosti, otázka udržitelnosti a limity rozvoje modelu**

Integrovaná péče po hospitalizaci patří mezi **finančně náročné formy podpory**, zejména v počáteční fázi. Krátkodobě představuje vyšší náklady pro systém, protože kombinuje více typů služeb současně. Z dlouhodobého hlediska však vyvstává otázka, zda tato počáteční investice:

- nesnižuje výdaje spojené s opakovanými hospitalizacemi,
- neoddaluje nebo neeliminuje potřebu pobytových služeb,
- a nepřispívá k udržitelnosti domácí péče díky stabilizaci neformálních pečujících.

Hlavními bariérami širšího rozšíření tohoto typu péče jsou:

- **finanční náročnost** při současném nastavení úhrad a financování,
- **nedostatečné kapacity terénních sociálních a zdravotních služeb**,
- regionální nerovnosti v dostupnosti služeb,
- absence systémového ukotvení integrované péče v legislativě.

Bez řešení těchto faktorů zůstává tento model dostupný především ve vybraných městských oblastech. Projekt otevírá důležitou debatu o tom, **zda hodnotit služby pouze podle okamžitých nákladů, nebo podle jejich dlouhodobého dopadu na systém péče jako celek.**

* **Shrnutí dobré praxe**

*Projekt integrované péče po hospitalizaci na Praze 10 představuje **vysoce efektivní, ale kapacitně i finančně náročný model podpory**, který má zásadní přínos pro klienty i jejich rodiny. Ukazuje, že kvalitní propojení zdravotní a sociální péče může významně přispět k udržení domácí péče a prevenci vyhoření neformálních pečujících. Zároveň upozorňuje na potřebu systémových změn, bez nichž nelze tento přístup plošně uplatnit.*

8.3 DOBRÁ PRAXE NA ÚROVNI KRAJE

Projekt „Vysočina pečuje“ – systematická podpora pečujících v regionu

Projekt „Vysočina pečuje“, realizovaný **Kraj Vysočina** v letech 2020–2022, představuje příklad dobré praxe založený na **systematickém a koordinovaném přístupu k podpoře neformálních i profesionálních pečujících na úrovni celého regionu.**

Projekt byl spolufinancován z fondů Evropské unie a jeho cílem bylo zvýšit dostupnost, kvalitu a provázanost sociálních a zdravotních služeb, zejména v méně dostupných venkovských oblastech.

Přestože projekt formálně skončil v roce 2022, řada jeho výstupů byla začleněna do běžné praxe a má **dlouhodobý pozitivní dopad** na fungování péče v regionu.

≈ **Dostupnost péče i mimo centra**

Jedním z klíčových přínosů projektu bylo **rozšíření terénních a domácích forem péče do odlehlejších oblastí kraje**, kde je tradičně omezená nabídka služeb.

Projekt reagoval na skutečnost, že právě v menších obcích a na venkově jsou pečující často odkázáni pouze na vlastní síly. Tam, kde nebyla dostupná stálá pečovatelská služba, byly zaváděny **mobilní týmy** a posilována spolupráce mezi obcemi, poskytovateli služeb, zdravotníky a dobrovolníky.

Významnou roli sehrály také **komunitní centra**, která se stala místem poskytování péče, poradenství i sociální aktivizace.

≈ **Komunitní přístup jako základ podpory**

Projekt „Vysočina pečuje“ stavěl na **komunitním pojetí péče**, které propojuje odborné služby s místními zdroji.

Komunitní centra a místní iniciativy nabízely nejen volnočasové a aktivizační programy, ale také dostupné poradenství v oblasti sociální a zdravotní péče a pomoc s vyřizováním příspěvků a dávek.

Tento přístup posiloval sociální soudržnost, snižoval izolaci pečujících i pečovaných osob a přispíval k včasnému zachycení problémů v rodinách.

≈ **Systematická podpora neformálních pečujících**

Významným pilířem dobré praxe byla **cílená a systematická podpora neformálních pečujících**.

Projekt nabízel vzdělávací kurzy zaměřené na praktické zvládnání péče, první pomoc a zvládnání krizových situací, stejně jako psychologickou a psychosociální podporu.

Důraz byl kladen také na **sdílení zkušeností mezi pečujícími**, a to jak prostřednictvím podpurných skupin, tak komunitních a společenských aktivit. Pro pečující v odlehlých oblastech byly klíčové **online formy podpory**, které výrazně zlepšily dostupnost pomoci.

≈ **Inovace a technologie jako nástroj koordinace**

Projekt aktivně využíval **moderní technologie** ke zlepšení koordinace péče a komunikace mezi jednotlivými aktéry. Zaváděny byly prvky telemedicíny, digitální nástroje pro sledování zdravotního stavu a plánování péče, stejně jako půjčovny kompenzačních pomůcek.

Technologická řešení nepůsobila izolovaně, ale byla chápána jako **podpurný nástroj** pro lepší propojení sociální a zdravotní složky péče.

≈ **Podpora profesionálů v terénu**

Součástí systémového přístupu byla i **podpora profesionálních pečovatелů a pracovníků v terénu**.

Projekt jim poskytoval vzdělávání, online školení a platformy pro sdílení informací a zkušeností. Posílení kompetencí pracovníků přispělo ke stabilitě služeb a ke zlepšení kvality péče v regionu.

≈ **Důraz na duševní zdraví**

Projekt „Vysočina pečuje“ reflektoval i **psychickou zátěž**, kterou péče přináší. Součástí podpory byly nástroje zaměřené na duševní pohodu, včetně online terapeutických konzultací a digitálních aplikací podporujících relaxaci a zvládnání stresu. Tato opatření byla přínosná jak pro pečované osoby, tak pro jejich pečující.

* **Shrnutí dobré praxe**

*Dobrá praxe projektu „Vysočina pečuje“ spočívá v **systematickém řízení podpory pečujících na úrovni kraje**, v propojování sociálních a zdravotních služeb, komunitní práce a moderních technologií.*

Projekt ukázal, že cílený a koordinovaný přístup samosprávy může výrazně zlepšit dostupnost péče, posílit podporu neformálních pečujících a přispět k udržitelnosti péče v domácím prostředí i v regionech s nižší dostupností služeb.

≈ **Přenositelné principy dobré praxe**

Zkušenosti z projektu „Vysočina pečuje“ ukazují, že podpora neformálních pečujících může být systematicky řízena i v regionech s venkovským charakterem a nižší dostupností služeb.

*Klíčem k úspěchu není pouze rozsah financování, ale **jasně definované principy práce**, které lze přenést i do dalších krajů a obcí.*

*Zásadní roli sehrál **aktivní přístup kraje jako koordinátora systému péče**. Kraj zde nepůsobil pouze jako poskytovatel dotací, ale jako subjekt, který cíleně propojoval sociální a zdravotní služby, obce, neziskové organizace a komunitní iniciativy. Díky tomu vznikl ucelenější a přehlednější systém podpory.*

*Projekt dále potvrdil význam **rozvoje terénních a mobilních forem péče**, zejména mimo krajská a okresní centra. Dostupnost služeb byla zlepšována nikoliv budováním nových pobytových kapacit, ale posílením péče v přirozeném prostředí klientů.*

*Významným prvkem byla také **systematická práce s neformálními pečujícími jako samostatnou cílovou skupinou**. Vzdělávání, poradenství, psychosociální podpora a možnost sdílení zkušeností pomáhaly předcházet jejich přetížení a vyhoření. Moderní technologie byly využívány jako **podpůrný nástroj**, který usnadňoval koordinaci péče, komunikaci mezi aktéry a dostupnost podpory i v odlehlejších oblastech.*

*Důležitým předpokladem udržitelnosti celého systému byla také **podpora profesionálních pracovníků v terénu**, zejména prostřednictvím vzdělávání, sdílení zkušeností a posilování jejich odborných kompetencí.*

8.4 SPOLEČNÉ PRINCIPY DOBRÉ PRAXE

Přestože uvedené příklady vznikaly v odlišných podmínkách a na různých úrovních, spojují je společné principy:

- pečující jsou vnímáni jako samostatná cílová skupina,
- podpora přichází včas, nikoli až v krizové situaci,
- péče je koordinovaná a sdílená mezi více aktéry,
- důraz je kladen na prevenci vyhoření a dlouhodobou udržitelnost péče,
- služby se přizpůsobují potřebám rodin, nikoli naopak.

Tyto principy mohou sloužit jako inspirace pro další poskytovatele, obce i kraje a tvoří přirozený základ pro doporučení uvedená v závěrečné kapitole.

9. KAZUISTIKY JAKO SOUČÁST DOBRÉ PRAXE

Následující kazuistiky ilustrují konkrétní životní situace neformálních pečujících osob. Ukazují, jak náročná může být domácí péče bez podpory a jak zásadní rozdíl může přinést včasné zapojení sociálních a zdravotních služeb.

Každá kazuistika zdůrazňuje přínos spolupráce mezi rodinou a odborníky a poukazuje na význam systematické podpory pečujících osob.

KAZUISTIKA Č. 1:

Podpora rodiny pečující o maminku ve vysokém věku

Situace:

Paní Eva (49 let) pečuje doma o svou 97letou maminku, která je plně nesoběstačná – trpí pokročilou demencí, je imobilní a vyžaduje celodenní dohled. Péče je psychicky i fyzicky velmi náročná. Paní Eva je rozvedená, pracuje na zkrácený úvazek a žije pouze se svou matkou. Po několika měsících péče začala pociťovat vyhoření, nespavost a úzkosti.

Co pomohlo:

- Na doporučení praktického lékaře kontaktovala **poradkyni z odborné sociální poradny pro pečující**.
- Byl jí přiznán **III. stupeň příspěvku na péči**.
- S pomocí poradkyně zajistila:
 - **terénní pečovatelskou službu** (2x denně),
 - **terénní odlehčovací službu**, která jednou týdně na 6 hodin přebírá péči,
 - **domácí zdravotní péči**, indikovanou lékařem,
 - **psychologické poradenství**, které jí pomohlo stabilizovat duševní stav.

Dopad:

- Maminka může i nadále zůstat v domácím prostředí.
- Paní Eva získala prostor pro odpočinek i péči o sebe.
- Péče je nyní rozdělena mezi více aktérů, což snižuje riziko vyčerpání.
- Paní Eva se stala aktivní členkou **místní svépomocné skupiny pro pečující**, kde sdílí svou zkušenost a pomáhá dalším.

KAZUISTIKA Č. 2:

Péče o syna s těžkým postižením a propojení formální a neformální péče

Situace:

Manželé Tomáš a Lenka pečují o svého dospělého syna, který trpí těžkým kombinovaným postižením (mentální + tělesné). Syn nekomunikuje verbálně, je zcela závislý na péči druhé osoby. Péče je fyzicky velmi náročná a zasahuje do celého života rodiny – Tomáš musel opustit zaměstnání, Lenka pracuje z domova na částečný úvazek.

Zásadní zlom nastal, když jim bylo nabídnuto propojení několika služeb do koordinovaného plánu péče.

Co pomohlo:

- **Osobní asistence** 3x týdně – aktivizace syna, možnost regenerace pečujících.
- **Ambulantní odlehčovací služba** – jeden týden v měsíci (prostor pro péči o další děti).
- **Poradna pro pečující** – právní a sociální poradenství, vyřízení příspěvku na péči (stupeň IV).
- **Ergoterapeutické poradenství** – přestavba koupelny a pořízení zvedací techniky.
- **Koordinátor péče** – propojení všech služeb, pravidelné přehodnocování plánu.

Dopad:

- Rodina získala nejen úlevu, ale také větší jistotu a orientaci.
- Oba rodiče mohli alespoň částečně pracovat a věnovat se i dalším dětem.
- Syn se mohl účastnit aktivizačních činností mimo domov a posílil své schopnosti.

KAZUISTIKA Č. 3:

Vyhoření pečujícího a zásah krizového týmu

Situace:

Pan Petr (58 let) pečoval o svou manželku po mozkové mrtvici. Žena byla částečně ochrnutá, nesoběstačná, trpěla depresí a vyžadovala celodenní dohled. Pan Petr se snažil vše zvládnout sám, bez pomoci služeb. Po půl roce se dostavil k praktickému lékaři s bolestmi, nespavostí a vyčerpáním. Byl hospitalizován s kolapsem a vysokým krevním tlakem.

Co pomohlo:

- Lékař kontaktoval **koordinátora péče**, který během 24 hodin zorganizoval:
 - **přijetí manželky do pobytové odlehčovací služby** (14 dní),
 - **vstupní poradenství a pomoc s žádostmi** o příspěvek na péči a osobní asistenci,
 - naplánování **návazné péče po návratu domů** – pečovatelská služba 3x denně, návštěvy fyzioterapeuta.

Dopad:

- Pan Petr si během dočasné úlevy fyzicky i psychicky odpočinul.
- Došlo k přehodnocení jeho role – už nebyl „všechn čas k dispozici“, ale aktivní součást systému.
- Péče o manželku byla dlouhodobě udržitelná díky rozdělení odpovědnosti.

KAZUISTIKA Č. 4:

Pečující dcera v malé obci s omezenou dostupností služeb

Situace

Paní Marie (62 let) pečuje o svou 88letou matku, která má výrazně zhoršenou mobilitu a postupně ztrácí soběstačnost. Společně žijí v malé obci, kde není přímo poskytována pečovatelská služba. Paní Marie sama trpí artrózou, péče je pro ni fyzicky náročná a postupně se u ní objevují bolesti zad, únava a obavy, jak dlouho bude péči zvládat.

Rodina dlouhodobě předpokládala, že v obci žádná sociální služba dostupná není, a spoléhala se především na výpomoc sousedů a širší rodiny. Paní Marie nevěděla, že pečovatelská služba může za klienty dojíždět i mimo obec, kde má sídlo.

Co pomohlo

Zlom nastal ve chvíli, kdy se paní Marie obrátila na obecní úřad s dotazem ohledně možností pomoci. Starosta ji odkázal na sociální pracovníci obce s rozšířenou působností (ORP), která jí poskytla základní informace o dostupných sociálních službách v regionu.

Ve spolupráci s ORP a krajským úřadem bylo zjištěno, že pečovatelská služba z okolního města má kapacitu zajíždět i do menších obcí. Obec následně navázala kontakt s poskytovatelem služby a podpořila dojíždění pečovatelské služby na své území.

Současně paní Marie využila odborné sociální poradenství, díky němuž:

- požádala o příspěvek na péči pro matku,
- získala informace o kompenzačních pomůckách a možnost jejich zapůjčení,
- naučila se základní techniky šetrné manipulace při péči.

Dopad

Do domácnosti začala pravidelně docházet pečovatelská služba několikrát týdně. Paní Marie získala částečnou úlevu, snížila se její fyzická zátěž a obavy z nezvládnutí péče. Matka mohla zůstat ve svém domácím prostředí a péče se stala dlouhodobě udržitelnější.

Poučení pro praxi

Tato kazuistika ukazuje, že i v malých obcích bez „vlastní“ pečovatelské služby je možné zajistit podporu neformálním pečujícím. Klíčová je dostupnost informací, aktivní role obce a spolupráce s obcí s rozšířenou působností a krajem. Pečující často nevědí, že terénní služby mohou do obce dojíždět – informovanost a základní poradenství mohou zásadně změnit jejich situaci.

KAZUISTIKA Č. 5:

Otec samoživitel pečující o dceru s autismem

Situace:

Pan Milan (39 let) je sám na výchovu a péči o 12letou dceru s těžkou formou autismu a agresivním chováním. Dříve pracoval jako řidič, ale musel zaměstnání ukončit, protože školní docházka byla přerušována kvůli záchvatům dcery. Cítil beznaděj a izolaci.

Co pomohlo:

- Ve spolupráci se školou a OSPOD byl zapojen do programu „**Koordinace péče v rodinách s dětmi se specifickými potřebami**“.
- Získal:
 - **osobního asistenta** pro dceru na 4 hodiny denně,
 - možnost **odlehčovacího pobytu** 1 víkend/měsíc,
 - **individuální poradenství** a možnost účastnit se online podpůrné skupiny pečujících rodičů.

Dopad:

- Pan Milan si udržel částečný příjem z práce na dohodu.
- Psychicky se stabilizoval, začal s dcerou navštěvovat komunitní aktivity.
- Jeho příklad byl využit v regionálním školení pracovníků pro lepší práci s otci pečujícími o děti s PAS.

→ ***Kazuistiky potvrzují, že včasná, koordinovaná a citlivá podpora může zásadně změnit kvalitu života pečujících osob i jejich blízkých. Ukazují také, že bez dostupné pomoci hrozí vyhoření, zdravotní komplikace a kolaps domácí péče.***

10. INSPIRACE ZE ZAHRANIČÍ: CO MŮŽE POSÍLIT PODPORU NEFORMÁLNÍCH PEČUJÍCÍCH V ČR

Tato kapitola nepředkládá detailní srovnání systémů podpory neformálních pečujících v jednotlivých evropských zemích. Jejím cílem je upozornit na vybrané principy a nástroje, které se v zahraničí osvědčily a mohou sloužit jako inspirace pro další rozvoj podpory pečujících v České republice.

Zahraníční zkušenosti ukazují, že úspěšná podpora neformálních pečujících nestojí na jednom opatření, ale na kombinaci finanční jistoty, dostupných služeb, pracovních úlev a systematické koordinace péče.

JASNÉ UZNÁNÍ ROLE PEČUJÍCÍCH V SYSTÉMU

V některých evropských zemích je role neformálních pečujících explicitně uznána jako nedílná součást systému dlouhodobé péče. Pečující nejsou vnímáni pouze jako „rodinná výpomoc“, ale jako partneři péče, se kterými systém aktivně pracuje.

Inspirace pro ČR:

- symbolické i praktické uznání role pečujících,
- systematické oslovování pečujících jako cílové skupiny.

PRÁVO NA ODLEHČENÍ A ODPOČINEK

V zemích, jako je Německo nebo Rakousko, mají pečující nárok na odlehčovací péči, pracovní úlevy nebo dočasné převzetí péče jinou osobou či službou. Tyto nástroje výrazně přispívají k prevenci vyhoření.

Inspirace pro ČR:

- posílení dostupnosti odlehčovacích služeb,
- vytvoření nároku pečujících na odpočinek.

DOSTUPNÉ VZDĚLÁVÁNÍ A PORADENSTVÍ

Zahraníční systémy kladou důraz na vzdělávání pečujících a jejich vybavení praktickými dovednostmi. Kurzy, poradenství a podpůrné skupiny jsou často hrazeny z veřejných zdrojů a dostupné i online.

Inspirace pro ČR:

- bezplatné vzdělávání pro pečující,
- systematická prevence vyhoření.

KOORDINACE PÉČE A MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

Úspěšné zahraniční modely staví na propojení zdravotní a sociální péče a na jasně určené odpovědnosti za koordinaci péče. To snižuje chaos v systému a zátěž rodin.

Inspirace pro ČR:

- rozvoj case managementu,

- lepší návaznost péče po hospitalizaci.

→ **Zahraníční zkušenosti potvrzují, že investice do podpory neformálních pečujících se dlouhodobě vyplácí – nejen z hlediska kvality života rodin, ale i z pohledu udržitelnosti systému péče. Česká republika má řadu funkčních příkladů dobré praxe; zahraniční inspirace mohou pomoci tyto přístupy dále rozvíjet a systémově ukotvit.**

11. ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Neformální pečující osoby představují klíčový, avšak často opomíjený pilíř systému dlouhodobé péče. Bez jejich každodenní práce by nebylo možné zajistit péči o seniory, osoby se zdravotním postižením ani dlouhodobě nemocné v domácím prostředí. Přesto zůstává jejich role společensky i systémově nedostatečně oceněná a podporovaná.

Tato brožura ukazuje, že neformální péče není samozřejmostí ani nevyčerpatelným zdrojem. Dlouhodobé přetížení pečujících bez odpovídající podpory vede k vyčerpání, zdravotním obtížím, finanční nejistotě a v konečném důsledku i ke kolapsu péče samotné. Podpora pečujících proto není pouze otázkou solidarity, ale také podmínkou udržitelnosti celého systému sociální a zdravotní péče.

Zkušenosti z praxe, kazuistiky i příklady dobré praxe na úrovni poskytovatelů, obcí a krajů potvrzují, že cílená a koordinovaná podpora pečujících přináší pozitivní dopady nejen pro rodiny, ale i pro veřejné rozpočty a kvalitu poskytovaných služeb.

KLÍČOVÁ ZJIŠTĚNÍ

- Většina péče v České republice je poskytována neformálně, bez nároku na mzdu a často bez odborné podpory.
- Pečující osoby se obtížně orientují v systému pomoci a mnohdy nevědí, na co mají nárok a kam se obrátit.
- Dostupnost sociálních a zdravotních služeb je regionálně nerovnoměrná, zejména v menších obcích a venkovských oblastech.
- Neformální péče má výrazné sociální, psychické, fyzické i finanční dopady na pečující osoby.
- Pečovatelské služby a další terénní služby mohou sehrát zásadní roli v prevenci přetížení rodin, pokud jsou dostupné, provázané a aktivně spolupracují s pečujícími.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Zviditelňovat a aktivně vyhledávat pečující osoby

Pečující často sami o pomoc nežadají – buď proto, že o ní nevědí, nebo protože svou roli nevnímají jako „pečování“.

Doporučuje se:

- systematická depistáž pečujících v rámci terénní práce,
- zapojení obcí, praktických lékařů, zdravotnických zařízení a sociálních pracovníků,
- osvěta zaměřená na veřejnost: „Pečujete? Nejste na to sami.“

Zajistit včasné, srozumitelné a dostupné informace

Informovanost je často prvním a nejdůležitějším krokem ke zvládnutí péče. V praxi se osvědčuje:

- existence jednoho kontaktního místa (poradna, kontaktní pracovník, průvodce systémem),
- předávání informací pečujícím již při propuštění z hospitalizace,
- dostupné a přehledné informační materiály v obcích, zdravotnických zařízeních a sociálních službách.

Rozvíjet terénní a odlehčovací služby

Bez možnosti odpočinku není dlouhodobá péče udržitelná.
Doporučuje se:

- posilovat terénní formy pečovatelské služby a osobní asistence,
- rozvíjet ambulantní a terénní odlehčovací služby,
- vytvářet krizové kapacity pro situace, kdy pečující náhle nemohou péči zajistit.

Podporovat provázanost služeb a koordinaci péče

Dobrá praxe ukazuje, že největší přínos mají systémy, kde služby na sebe navazují.
Vhodná opatření zahrnují:

- koordinaci sociálních a zdravotních služeb,
- spolupráci mezi poskytovateli, obcemi a kraji,
- zavádění role koordinátora nebo kontaktního pracovníka pro pečující.

Posilovat roli obcí a krajů

Obce a kraje mají klíčovou odpovědnost za dostupnost služeb.
Doporučuje se:

- aktivní zapojení obcí do zajišťování dostupnosti terénních služeb,
- krajské plánování s ohledem na potřeby pečujících osob,
- podpora dojíždění služeb i do menších obcí.

Podporovat vzdělávání a péči o pečující

Pečující potřebují nejen informace, ale i praktické dovednosti a psychickou podporu.
Doporučuje se:

- vzdělávání pečujících v oblasti péče, manipulace a prevence přetížení,
- dostupná psychologická podpora a svépomocné skupiny,
- uznání role pečujících jako legitimní součásti systému péče.

→ **Výzva do budoucnosti**

Podpora neformálních pečujících osob by měla být chápána jako dlouhodobá investice, nikoli jako okrajové nebo projektové téma. Bez systematické podpory pečujících nebude možné zajistit důstojnou péči pro stárnoucí populaci ani udržitelný rozvoj sociálních a zdravotních služeb.

Budoucnost péče stojí na spolupráci – mezi rodinami, poskytovateli služeb, obcemi, kraji a státem. Pouze propojený a funkční systém může zajistit, aby pečující nezůstávali na péči sami a aby domácí péče byla dlouhodobě možná, bezpečná a důstojná.

12. ZDROJE

Tato publikace vychází z platné legislativy České republiky, strategických dokumentů veřejné správy, odborných analýz a výzkumů zaměřených na problematiku neformální péče, dlouhodobé péče a podpory pečujících osob. Součástí zdrojů jsou rovněž materiály neziskových organizací, krajských a obecních projektů a zkušenosti z praxe sociálních a zdravotních služeb.

LEGISLATIVNÍ ZDROJE

- **Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**, ve znění pozdějších předpisů
- **Vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- **Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění**, ve znění pozdějších předpisů
- **Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění**, ve znění pozdějších předpisů
- **Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce**, ve znění pozdějších předpisů
- **Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením**, ve znění pozdějších předpisů

STRATEGICKÉ A KONCEPČNÍ DOKUMENTY

- **Strategie rozvoje sociálních služeb v České republice (MPSV)**
- **Strategie dlouhodobé péče v České republice (MZ ČR, MPSV)**
- **Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí**
- **Koncepce podpory neformálních pečujících (MPSV)**
- **Krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb**

ODBORNÉ STUDIE, ANALÝZY A VÝZKUMY

- **OECD (2019): *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care***
- **European Commission (2021): *Long-Term Care Report***
- **Eurocarers (2020): *Informal Care in Europe***
- **Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (VÚPSV):**
 - Analýzy neformální péče v ČR
 - Dopady péče na pracovní uplatnění a zdraví pečujících
- **Český statistický úřad (ČSÚ): Demografická data a projekce stárnutí populace**

Údaje o časové zátěži, psychické a fyzické zátěži pečujících a o dopadech péče na pracovní a finanční situaci vycházejí z kombinace dostupných národních a evropských výzkumů (VÚPSV, OECD, Eurocarers) a z dlouhodobých zkušeností poskytovatelů sociálních služeb.

ODBORNÉ A NEZISKOVÉ ORGANIZACE

- **Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR**
- **Charita Česká republika**
- **Česká alzheimerovská společnost**
- **Pečuj doma** – informační a poradenský portál pro pečující
- **A DOMA, z. s.**
- **Eurocarers** – evropská síť organizací podporujících neformální pečující

PŘÍKLADY DOBRÉ PRAXE A PROJEKTOVÉ ZDROJE

- **Projekt „Vysočina pečuje“** (Kraj Vysočina, 2020–2022)
- **Pečovatelská služba Ústí nad Labem, příspěvková organizace**
- **Charita Pardubice**
- **Integrovaný model péče po hospitalizaci – MČ Praha 10**
(ve spolupráci s organizací **Petrklíč** a dalšími poskytovateli zdravotních a sociálních služeb)

Příklady dobré praxe uvedené v této publikaci vycházejí z veřejně dostupných informací, projektových dokumentací a praktických zkušeností zapojených organizací.

METODICKÉ A INTERNÍ ZDROJE

- Metodiky poskytování pečovatelské služby
- Interní analýzy a výstupy poskytovatelů sociálních služeb
- Zkušenosti sociálních pracovníků, zdravotníků a koordinátorů péče
- Kazuistiky neformálních pečujících (anonymizované)

→ Závěrečná poznámka ke zdrojům

Uvedené statistické údaje, procentuální zastoupení a tabulky v textu brožury představují orientační hodnoty, které odpovídají dlouhodobým trendům popsáním v odborné literatuře a výzkumech. Slouží především k ilustraci rozsahu a dopadů neformální péče a nejsou prezentovány jako oficiální statistické výstupy jednoho konkrétního šetření.