



Spolufinancováno
Evropskou unií

Metodika poskytování Chytré sdílené péče (CHSP)

(Oficiální metodický nástroj projektu Chytrá sdílená péče, OPZ+)

Rok vydání: 2025

Zpracováno v rámci projektu: CZ.03.03.01/00/23_057/0004845 (Chytrá sdílená péče)

Spolufinancováno z prostředků Evropského sociálního fondu Plus prostřednictvím

Operačního programu Zaměstnanost plus a státního rozpočtu ČR.



1. ÚVOD

Metodika Chytré sdílené péče (CHSP) vznikla jako jeden ze dvou hlavních nástrojových výstupů projektu Chytrá sdílená péče, realizovaného v období 1. 10. 2024 – 31. 10. 2025 s podporou programu OPZ+. Jejím cílem je popsat ověřený model koordinované péče o seniory a další osoby se zvýšenými potřebami v domácím prostředí, který propojuje profesionální služby, neformální pečovatele, dobrovolníky a digitální podporu.

Metodika vychází z:

- přímé práce s klienty a jejich rodinami,
- pilotního ověření CHSP v reálném provozu,
- systematického sběru zpětné vazby,
- průběžné evaluace.

Je koncipována jako otevřený, přenositelný a adaptovatelný metodický rámec, využitelný napříč regiony a typy organizací.

2. ÚČEL A CHARAKTERISTIKA CHYTRÉ SDÍLENÉ PÉČE

Chytrá sdílená péče (CHSP) představuje metodický a organizační model, jehož cílem je zlepšit dostupnost, kontinuitu a kvalitu podpory seniorů žijících v domácím prostředí a současně snížit zátěž jejich neformálních pečujících. Model reaguje na dlouhodobé systémové problémy v oblasti péče o seniory, zejména na roztržitost služeb, nedostatek koordinace mezi aktéry a přetížení rodin, které často zajišťují podstatnou část péče bez odpovídající podpory.

Na rozdíl od běžného case managementu, který se zpravidla zaměřuje na koordinaci sociálních služeb z perspektivy jedné organizace či jednoho pracovníka, Chytrá sdílená péče vytváří rámec pro systematické sdílení odpovědnosti a koordinaci více formálních i neformálních zdrojů péče v čase, včetně rodiny, dobrovolníků a dalších zapojených aktérů.

Na rozdíl od tísňové péče, která reaguje především na akutní krizové situace, se Chytrá sdílená péče zaměřuje na dlouhodobé plánování, průběžnou koordinaci a prevenci krizí, a využívá krizové nástroje pouze jako jednu z podpůrných součástí širšího systému péče.

CHSP vychází z předpokladu, že péče o seniora je sdílený proces, do něhož vstupují různé role – samotný senior, jeho rodina, komunita, profesionální poskytovatelé sociálních služeb, dobrovolníci a další podpůrné osoby. Klíčovým prvkem modelu je systematická koordinace těchto aktérů, založená na individuálním plánu péče, jasném rozdělení odpovědností, průběžné komunikaci a podpůrných digitálních nástrojích.

V rámci pilotního projektu byla metodika ověřována v přímé práci s klienty a dále rozvíjena na základě průběžné evaluace a zpětné vazby zapojených aktérů.



3. CÍLOVÉ SKUPINY CHYTRÉ SDÍLENÉ PÉČE

Model Chytré sdílené péče je určen několika vzájemně provázaným cílovým skupinám, jejichž potřeby se v procesu péče prolínají a doplňují.

3.1. Senioři a osoby se zdravotním postižením

Primární cílovou skupinou jsou senioři a osoby se zdravotním postižením (dále také „klienti“) žijící v domácím prostředí, kteří:

- potřebují podporu při zvládnání běžných denních činností,
- čelí zhoršujícímu se zdravotnímu nebo funkčnímu stavu,
- preferují setrvání ve vlastním přirozeném prostředí před pobytovou péčí.

CHSP usiluje o posílení jejich bezpečí, autonomie a kvality života prostřednictvím koordinované podpory přizpůsobené jejich individuálním potřebám.

3.2. Neformální pečující

Neformální pečující, nejčastěji rodinní příslušníci nebo blízké osoby seniora, představují klíčovou cílovou skupinu metodiky. Tito pečující často:

- nesou dlouhodobou fyzickou i psychickou zátěž péče o blízkou osobu,
- čelí nejistotě při plánování péče a orientaci v systému služeb,
- postrádají podporu při sdílení odpovědnosti.

CHSP jim poskytuje oporu v podobě strukturovaného plánování, koordinace zdrojů a odborného zázemí.

3.3. Pracovníci v sociálních a zdravotních službách

Další cílovou skupinou jsou odborní pracovníci. Metodika jim nabízí:

- jednotný rámec práce s klientem a rodinou,
- nástroje pro koordinaci více aktérů,
- podporu při reagování na změny potřeb klienta v čase.

3.4. Dobrovolníci

Dobrovolníci zapojení do podpory seniorů tvoří doplňkovou, avšak významnou cílovou skupinu. Metodika CHSP vytváří podmínky pro jejich smysluplné a bezpečné zapojení do domácí péče, zejména prostřednictvím jasného vymezení role, koordinace, podpůrných digitálních nástrojů a návaznosti na individuální plán péče.

Tyto cílové skupiny nejsou oddělené, ale v CHSP vystupují jako propojený ekosystém péče.



4. Principy poskytování Chytré sdílené péče

Chytrá sdílená péče (CHSP) je založena na souboru vzájemně provázaných hodnotových a procesních principů, které společně vytvářejí rámec pro kvalitní, koordinovanou a udržitelnou podporu seniorů v jejich přirozeném prostředí. Tyto zásady určují nejen hodnotové ukotvení přístupu k péči, ale zároveň konkrétní způsob organizace, plánování a realizace podpory v praxi.

4.1. Orientace na klienta a jeho životní situaci

Základním východiskem CHSP je respekt k jedinečné životní situaci seniora, jeho potřebám, přáním, schopnostem a sociálním vazbám. Podpora vychází z individuálního sociálního šetření a směřuje k tomu, aby senior mohl co nejdéle a bezpečně setrvat ve svém domácím prostředí.

Procesně se tento princip promítá do tvorby a pravidelné aktualizace individuálního plánu péče, který je vždy přizpůsoben aktuální situaci klienta a není vázán na předem daný typ služby.

4.2. Sdílení odpovědnosti a spolupráce aktérů

CHSP vychází z předpokladu, že kvalitní péče o seniora není odpovědností jediného poskytovatele, ale vzniká spoluprací více aktérů – rodiny, neformálních pečujících, dobrovolníků, sociálních a zdravotních služeb.

Tento princip se procesně uplatňuje prostřednictvím jasně definovaných rolí (case manažer, koordinátor, poskytovatel, pečující), transparentního přiřazování úkolů v plánu péče a mechanismů pro předávání informací a řešení změn či výpadků zdrojů.

4.3. Kontinuita a návaznost péče

CHSP klade důraz na dlouhodobou kontinuitu podpory a předcházení nahodilým či nesourodým zásahům. Péče je chápána jako proces, který se vyvíjí v čase a reaguje na změny zdravotního, sociálního či rodinného stavu klienta.

V praxi se tento princip naplňuje pravidelnými revizemi plánu péče, systematickým sledováním naplnění potřeb a včasným přizpůsobením zapojených zdrojů.

4.4. Prevence krizí a včasná reakce

Na rozdíl od přístupů zaměřených převážně na řešení akutních situací staví CHSP na prevenci krizí prostřednictvím plánování, monitorování a včasné koordinace podpory. Krizové nástroje (např. tísňová péče) jsou chápány jako doplňkový prvek, nikoli jako hlavní mechanismus péče.

Procesně se tento princip promítá do pravidelného kontaktu s klientem a pečujícími, automatických upozornění na rizikové situace a jasně definovaných postupů pro řešení náhlých změn.



4.5. Transparentnost a srozumitelnost

Všechny zapojené osoby mají přehled o tom, jaká podpora je klientovi poskytována, kdo za ni nese odpovědnost a jaké kroky jsou plánovány. Transparentnost posiluje důvěru mezi aktéry a usnadňuje spolupráci.

Tento princip je podporován sdílenými záznamy (sociální šetření, plán péče), jasnými pravidly přístupu k informacím a srozumitelnou komunikací.

4.6. Flexibilita a přizpůsobivost systému

CHSP je navržena jako otevřený a přizpůsobitelný model, který umožňuje reagovat na rozdíly mezi regiony, dostupností služeb i individuálními potřebami klientů.

V procesní rovině se tento princip uplatňuje možností kombinovat různé typy zdrojů péče, upravovat plán péče bez nutnosti zásadních administrativních zásahů a postupně rozšiřovat zapojení dalších aktérů.

4.7. Etika, důstojnost a ochrana práv

Veškeré činnosti v rámci CHSP jsou realizovány s respektem k lidské důstojnosti, autonomii klienta a ochraně jeho práv a osobních údajů.

Procesně je tento princip zajištěn informovaným souhlasem klienta, přiměřeným sdílením informací pouze mezi oprávněnými osobami a dodržováním platných právních a etických standardů sociální práce.

5. Proces poskytování Chytré sdílené péče

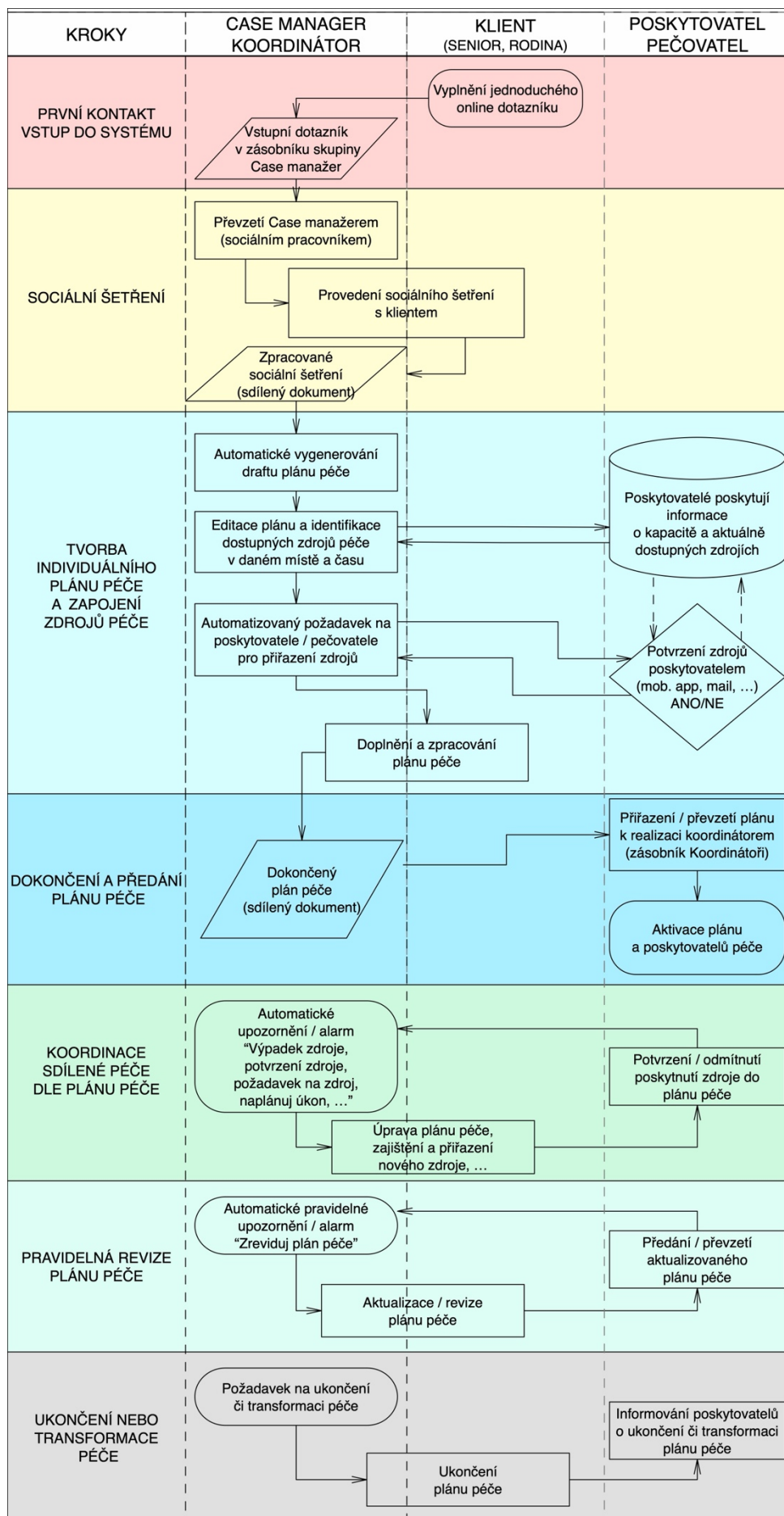
Proces poskytování Chytré sdílené péče navazuje na zásady a principy uvedené v kapitolách 1–4 této metodiky a představuje strukturovaný postup práce s klientem, jeho rodinou a zapojenými aktéry od prvního kontaktu až po ukončení nebo transformaci péče.

Základním východiskem procesu je individuální situace seniora a jeho potřeb, které jsou v průběhu času proměnlivé. Proces CHSP proto není jednorázovým úkonem, ale cyklickým a adaptivním modelem, umožňujícím průběžnou revizi a úpravu poskytované podpory.

Klíčovou roli v procesu hrají:

- case manažer, odpovědný za posouzení situace klienta a tvorbu individuálního plánu péče,
- koordinátor sdílené péče, odpovědný za praktickou realizaci plánu, koordinaci zdrojů a řešení změn v průběhu péče
- poskytovatelé sociálně zdravotních služeb, neformální pečující a dobrovolníci, kteří coby zdroje péče zajišťují pokrytí požadavků na realizaci úkonů péče.

Jednotlivé kroky procesu jsou znázorněny v procesním schématu níže, které slouží jako základní orientační rámec metodiky a je dále v textu této kapitoly podrobně vysvětlen.





5.1. První kontakt a vstup do systému

Proces Chytré sdílené péče zpravidla začíná prvním kontaktem klienta nebo jeho blízkých se systémem podpory. Tento kontakt může probíhat různými způsoby, přičemž cílem je co nejnižší vstupní bariéra pro klienta a jeho rodinu a včasné zachycení potřeby podpory.

Žádost o vstup do CHSP může proběhnout:

- vyplněním jednoduchého online dotazníku klientem či rodinou,
- přímým kontaktem ze strany klienta či jeho rodiny (telefonicky, mailem, vyplněním formuláře na webových stránkách, ...),
- podnětem poskytovatele nebo jiného aktéra.

Cílem je minimalizovat vstupní bariéru a umožnit včasné zachycení potřeby podpory.

5.2. Sociální šetření a posouzení potřeb

Sociální šetření je klíčovým odborným krokem v procesu poskytování Chytré sdílené péče, jehož cílem je komplexní posouzení životní situace klienta a identifikace jeho potřeb v oblasti sociální, zdravotní, funkční a vztahové. Slouží jako podklad pro kvalifikované rozhodování o formě, rozsahu a koordinaci další podpory.

Sociální šetření je prováděno case manažerem (sociálním pracovníkem) v souladu s platnou legislativou a profesními standardy sociální práce, zejména se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a se Standardy kvality sociálních služeb. Probíhá vždy ve spolupráci s klientem a dle potřeby také s jeho rodinou či dalšími blízkými osobami, s důrazem na respektování autonomie, důstojnosti a informovaného souhlasu klienta.

V rámci sociálního šetření jsou zjišťovány zejména:

- základní životní podmínky klienta,
- zdravotní stav a jeho dopady na soběstačnost,
- sociální a rodinné vazby,
- dostupné formální a neformální zdroje podpory,
- preference a cíle klienta v oblasti péče.

Výstupem sociálního šetření je záznam sociálního šetření, který je veden v souladu s požadavky na ochranu osobních údajů a přístup k němu je omezen na určené role.

Tento záznam:

- je průběžně aktualizovatelný v návaznosti na změny situace klienta,
- slouží jako odborný podklad pro tvorbu a úpravu individuálního plánu péče,
- umožňuje návaznost další odborné práce case manažera a koordinátora sdílené péče,
- podporuje kontinuitu péče i při zapojení více aktérů.



Sociální šetření není jednorázovým úkonem, ale dynamickým procesem, který se v průběhu poskytování péče podle potřeby reviduje a doplňuje.

Sociální šetření představuje klíčový krok procesu, jehož cílem je komplexně porozumět situaci seniora, jeho zdravotnímu, sociálnímu a rodinnému kontextu a identifikovat oblasti, ve kterých je potřeba podpory.

5.3. Tvorba individuálního plánu péče a zapojení zdrojů

Na základě výstupů sociálního šetření je vytvořen individuální plán péče, který slouží jako hlavní nástroj koordinace sdílené péče. Plán péče reflektuje princip sdílení odpovědnosti mezi jednotlivými aktéry a vymezuje konkrétní úkoly, role a zdroje podpory. Plán především:

- definuje řešení konkrétních potřeb,
- přiřazuje odpovědné osoby a služby,
- zohledňuje časovou a místní dostupnost.

Do procesu jsou zapojeni poskytovatelé, pečovatelé i dobrovolníci, kteří potvrzují svou účast.

5.4. Dokončení a předání plánu péče

Po dokončení je plán case manažerem:

- předán koordinátorovi sdílené péče,
- aktivován pro realizaci,
- sdílen s oprávněnými rolemi.

5.5. Koordinace sdílené péče dle plánu

Koordinace sdílené péče zahrnuje praktickou realizaci individuálního plánu péče, průběžné sledování jeho naplňování a řešení situací, kdy dochází ke změnám dostupnosti zdrojů nebo potřeb klienta.

Koordinátor:

- sleduje plnění plánu,
- reaguje na výpadky a změny,
- zajišťuje náhradní zdroje,
- komunikuje změny s klientem a rodinou.

5.6. Pravidelná revize plánu péče

S ohledem na proměnlivost potřeb seniora je individuální plán péče pravidelně revidován. Revize slouží k ověření, zda nastavená podpora odpovídá aktuální situaci klienta a zda jsou zapojené zdroje nadále funkční a přiměřené.

Plán péče je pravidelně revidován:

- automaticky (na základě upozornění naplánovaných v digitálním nástroji),



- nebo na základě změny situace.

Cílem je udržet plán aktuální, realistický a funkční.

5.7. Ukončení nebo transformace péče

Proces Chytré sdílené péče může být ukončen v okamžiku, kdy již není potřeba koordinované podpory, nebo může dojít k jeho transformaci – například při přechodu na jiný typ služby či změně formy péče.

Proces může vést k:

- ukončení plánu,
- nebo jeho transformaci (změna rozsahu, typu podpory).

Důraz je kladen na kontinuitu a bezpečné předání.

6. Role a odpovědnosti v modelu Chytré sdílené péče

Model Chytré sdílené péče je založen na jasném vymezení rolí a odpovědností jednotlivých aktérů, kteří se podílejí na podpoře seniora v domácím prostředí. Smyslem tohoto vymezení není vytvářet nové hierarchie nebo nahrazovat existující kompetence, ale podpořit spolupráci, přehlednost a sdílení odpovědnosti v rámci péče.

Jednotlivé role jsou v metodice popsány funkčně – podle toho, jakou úlohu plní v procesu péče, nikoliv podle organizační příslušnosti nebo právní formy zapojených subjektů. V praxi může jednu roli vykonávat pracovník poskytovatele sociálních či zdravotních služeb, obce, kraje nebo jiné organizace, v závislosti na místních podmínkách.

6.1. Case manažer / Care manažer

Role case (care) manažera je klíčová zejména v úvodních a hodnoticích fázích procesu Chytré sdílené péče. Case manažer je odpovědný za odborné posouzení situace klienta a za vytvoření rámce podpory, který odpovídá jeho potřebám a možnostem.

Mezi hlavní odpovědnosti case manažera patří:

- provedení sociálního šetření ve spolupráci s klientem a jeho rodinou,
- identifikace potřeb, rizik a dostupných zdrojů podpory,
- návrh individuálního plánu péče,
- zapojení klienta a neformálních pečujících do plánování podpory,
- průběžné vyhodnocování vhodnosti nastaveného plánu.

Case manažer působí jako odborný průvodce klienta a jeho rodiny, který pomáhá orientovat se v možnostech podpory a vytváří základ pro koordinovanou péči.

6.2. Koordinátor sdílené péče



Koordinátor sdílené péče je odpovědný především za praktickou realizaci a průběžné řízení individuálního plánu péče. Jeho role navazuje na práci case manažera a zaměřuje se na operativní stránku sdílené péče.

Mezi hlavní odpovědnosti koordinátora sdílené péče patří:

- zajištění zapojení jednotlivých zdrojů péče dle plánu,
- komunikace s poskytovateli, pečovateli a dobrovolníky,
- sledování dostupnosti a kapacit zapojených aktérů,
- řešení změn a výpadků v poskytované podpoře,
- spolupráce s klientem a rodinou při úpravách plánu péče.

Koordinátor sdílené péče přispívá k tomu, aby péče probíhala plynule, předvídatelně a s minimální zátěží pro klienta i jeho blízké.

6.3. Klient (senior)

Klient – senior – je ústředním aktérem modelu Chytré sdílené péče. Jeho potřeby a životní situace jsou výchozím bodem pro celý proces.

Role klienta spočívá zejména v:

- spolupráci při mapování potřeb,
- vyjadřování souhlasu s navrhovaným plánem péče,
- sdílení zpětné vazby k poskytované podpoře,
- rozhodování o rozsahu a formě zapojení dalších osob.

Metodika klade důraz na respekt k autonomii klienta a na jeho aktivní zapojení v rozsahu, který odpovídá jeho možnostem.

6.4. Neformální pečující

Neformální pečující, nejčastěji rodinní příslušníci, představují klíčový pilíř péče o seniora. V modelu CHSP nejsou vnímáni pouze jako zdroj péče, ale jako rovnocenní partneři, jejichž potřeby a limity je nutné respektovat.

Jejich role zahrnuje:

- spolupráci na tvorbě a úpravách individuálního plánu péče,
- podíl na realizaci konkrétních úkonů péče,
- komunikaci s case manažerem a koordinátorem,
- sdílení informací o změnách v situaci klienta.

Model CHSP podporuje sdílení odpovědnosti, aby se předešlo dlouhodobému přetížení neformálních pečujících.

6.5. Poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb



Poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb se do modelu CHSP zapojují v souladu se svým odborným zaměřením a kapacitami. Jejich role spočívá zejména v:

- poskytování odborných úkonů péče,
- spolupráci při plánování podpory,
- komunikaci dostupnosti a kapacit,
- zpětné vazbě k fungování plánu péče.

Metodika CHSP nenahrazuje jejich odborné postupy, ale vytváří koordinační rámec, který usnadňuje jejich spolupráci s dalšími aktéry.

6.6. Dobrovolníci

Dobrovolníci v modelu CHSP poskytují doplňkovou podporu, která rozšiřuje možnosti péče o seniora. Jejich zapojení je vždy:

- dobrovolné,
- jasně vymezené,
- koordinované v rámci individuálního plánu péče.

Metodika klade důraz na to, aby role dobrovolníků byla přiměřená, bezpečná a srozumitelná jak pro klienta, tak pro ostatní zapojené aktéry.

7. Digitální nástroje v modelu Chytré sdílené péče

Digitální nástroje v modelu Chytré sdílené péče slouží jako podpůrný prostředek pro realizaci sdílené péče a koordinaci zapojených aktérů. Jejich účelem není nahrazovat osobní kontakt, odborné posouzení ani vztahovou práci s klientem a jeho rodinou, ale usnadňovat komunikaci, zvyšovat přehled o poskytované podpoře a posilovat bezpečí klienta v domácím prostředí.

V rámci projektu Chytrá sdílená péče byly digitální nástroje využívány zejména k:

- podpoře sdílení informací mezi klientem, rodinou a zapojenými pečovateli,
- plánování a přehledu poskytované podpory,
- včasnému zachycení krizových situací,
- zjednodušení komunikace a spolupráce mezi jednotlivými aktéry.

Základním principem využívání digitálních nástrojů v CHSP je jejich dobrovolné a přiměřené zapojení, které respektuje schopnosti, potřeby a preference klienta i jeho blízkých. Míra využití technologií se může v jednotlivých případech výrazně lišit a je vždy přizpůsobována konkrétní situaci.

Digitální nástroje přispívají ke zvýšení pocitu bezpečí seniora zejména tím, že umožňují:

- rychlé přivolání pomoci v případě nouze,
- základní přehled o aktuálním stavu podpory,



- snadnější kontakt s rodinou nebo odbornými pracovníky.

Současně metodika reflektuje, že ne všichni klienti a pečující mají stejné digitální dovednosti nebo důvěru v technologie. Proto je důraz kladen na postupné zavádění digitálních nástrojů, osobní vysvětlení jejich smyslu a funkce a průběžnou podporu při jejich používání. Digitální nástroje jsou vnímány jako prostředek, který může podpořit kvalitu a kontinuitu péče, nikoliv jako podmínka zapojení do modelu CHSP.

Zkušenosti z pilotního ověřování ukazují, že vhodně zvolené a citlivě zavedené digitální nástroje mohou významně přispět ke zlepšení koordinace péče a snížení nejistoty klientů i pečujících. Zároveň je však nutné počítat s tím, že jejich přínos je vždy závislý na místních podmínkách, dostupné podpoře a ochotě zapojených osob je využívat.

8. Kvalita, evaluace a učení se v modelu Chytré sdílené péče

Model Chytré sdílené péče klade důraz na průběžné sledování kvality poskytované podpory, vyhodnocování zkušeností a systematické učení se z praxe. Kvalita péče není v metodice chápána pouze jako splnění formálních standardů, ale jako souhrn faktorů, které přispívají k tomu, aby byla podpora pro klienta smysluplná, bezpečná, srozumitelná a dlouhodobě udržitelná.

Cílem této kapitoly je vymezit základní principy, jakým způsobem lze v rámci CHSP kvalitu sledovat, vyhodnocovat a využívat získané poznatky pro další rozvoj poskytované péče.

8.1. Pojetí kvality v Chytré sdílené péči

Kvalita v modelu CHSP vychází z kombinace několika vzájemně provázaných hledisek:

- perspektivy klienta a jeho blízkých,
- odborného pohledu zapojených pracovníků,
- funkčnosti spolupráce mezi aktéry,
- stability a přehlednosti poskytované podpory.

Metodika pracuje s předpokladem, že kvalita péče je dynamická a může se v čase měnit v závislosti na zdravotním stavu klienta, dostupnosti zdrojů i na životní situaci neformálních pečujících. Proto je kladen důraz na průběžné sledování a nikoliv pouze na jednorázové hodnocení.

8.2. Evaluace jako součást běžné praxe

Evaluace v rámci CHSP není chápána jako externí nebo oddělená činnost, ale jako přirozená součást práce case manažerů, koordinátorů a dalších zapojených aktérů. Jejím cílem je:

- ověřovat, zda nastavený plán péče odpovídá aktuálním potřebám klienta,
- identifikovat rizika nebo slabá místa v poskytované podpoře,
- zachytit zkušenosti a podněty ke zlepšení.
- Evaluace probíhá zejména prostřednictvím:



- pravidelné revize individuálních plánů péče,
- strukturované zpětné vazby od klientů a pečujících,
- sdílení zkušeností mezi zapojenými pracovníky.

Metodika nestanovuje konkrétní evaluační nástroje, ale vytváří rámec, ve kterém lze evaluaci přizpůsobit místním podmínkám a kapacitám.

8.3. Zpětná vazba a práce se zkušeností

Zpětná vazba je klíčovým zdrojem učení se v modelu CHSP. Je získávána jak formálně, tak neformálně, a to:

- v průběhu kontaktu s klientem a rodinou,
- při spolupráci s poskytovateli a dobrovolníky,
- v rámci týmových setkání a konzultací.

Metodika podporuje otevřenou kulturu, ve které jsou zkušenosti:

- sdíleny bez obav z hodnocení jednotlivců,
- využívány k úpravám postupů a plánů péče,
- vnímány jako příležitost ke zlepšení, nikoliv jako selhání.

Důraz je kladen zejména na zachycení opakujících se situací, které mohou signalizovat systémové problémy (např. nedostatek kapacit, nejasné role, komunikační bariéry).

8.4. Učení se na úrovni jednotlivce i systému

Model CHSP podporuje učení se na více úrovních:

- na úrovni jednotlivých pracovníků (rozvoj kompetencí),
- na úrovni týmů (zlepšování spolupráce),
- na úrovni organizací a území (optimalizace nastavení péče).

Získané poznatky mohou sloužit:

- k úpravě metodických postupů,
- ke zkvalitnění spolupráce s dalšími aktéry,
- jako podklad pro rozhodování o dalším rozvoji systému péče.

Metodika tímto vytváří předpoklady pro postupné zvyšování kvality péče bez nutnosti zásadních organizačních změn.

8.5. Vztah ke kontinuitě a udržitelnosti péče

Průběžná evaluace a učení se přispívají k:

- včasné identifikaci rizik,
- prevenci přetížení pečujících,
- posílení stability poskytované podpory.



Díky tomu může být péče lépe přizpůsobována měnícím se potřebám klienta a zároveň zůstává dlouhodobě udržitelná pro všechny zapojené aktéry.

9. Přenositelnost metodiky

Metodika Chytré sdílené péče je navržena jako otevřený a přenositelný rámec, který lze využít v různých územních, organizačních a institucionálních podmínkách. Její přenositelnost spočívá především v tom, že nepopisuje konkrétní organizační strukturu či technické řešení, ale stanovuje principy, role, procesy a vazby, které mohou být naplněny různými způsoby.

Cílem metodiky není vytvářet jednotný model „na klíč“, ale umožnit adaptaci základního přístupu sdílené péče podle místních potřeb, kapacit a existujících systémů.

9.1. Prvky metodiky podporující přenositelnost

Přenositelnost metodiky je založena zejména na následujících prvcích:

- jasné vymezení rolí (klient, neformální pečující, case manažer, koordinátor, poskytovatel),
- oddělení metodického rámce od konkrétní organizační formy poskytování služby,
- důraz na procesy a spolupráci, nikoli na institucionální uspořádání,
- možnost škálování rozsahu zapojení aktérů.

Díky tomu může být metodika využita jak v prostředí, kde existuje silný centrální koordinátor, tak v územích s více samostatnými poskytovateli.

9.2. Územní přenositelnost

Metodika je přenositelná mezi různými územními úrovněmi, zejména:

- obce a města,
- správní obvody obcí s rozšířenou působností,
- kraje,
- meziobecní či mezikrajské spolupráce.

V každém z těchto kontextů lze metodiku aplikovat s rozdílnou mírou centralizace koordinace, aniž by byla narušena její vnitřní logika.

Metodika umožňuje:

- zapojení lokálních poskytovatelů,
- respektování místní dostupnosti služeb,
- návaznost na komunitní plánování a další strategické dokumenty.

9.3. Organizační přenositelnost

Metodika CHSP není vázána na konkrétní právní formu ani typ organizace. Lze ji využít:

- u veřejných poskytovatelů,



- u soukromých či neziskových organizací,
- v rámci spolupráce více subjektů.

Role case manažera a koordinátora mohou být naplněny:

- pracovníky jedné organizace,
- pracovníky více organizací,
- externě zajištěnou kapacitou.

Tato flexibilita umožňuje přizpůsobit metodiku aktuálním personálním a finančním možnostem konkrétního území.

9.4. Přenositelnost v čase

Metodika je navržena tak, aby byla použitelná:

- v pilotní fázi,
- při postupném rozšiřování rozsahu péče,
- při dlouhodobém provozu systému sdílené péče.

Umožňuje postupný rozvoj bez nutnosti zásadních změn v přístupu. Jednotlivé prvky metodiky lze zavádět postupně a rozšiřovat je podle získaných zkušeností a dostupných zdrojů.

9.5. Vztah metodiky k dalším rozvojovým krokům

Přenositelný charakter metodiky vytváří předpoklady pro její další rozvoj, například:

- propojení s digitálními nástroji,
- rozšíření o další cílové skupiny,
- zapojení dalších typů služeb.

Metodika tím slouží jako stabilní základ, na který mohou navazovat další projekty, inovace a systémová opatření, aniž by bylo nutné měnit její základní strukturu.

10. Rizika a limity modelu Chytré sdílené péče

Pilotní ověřování modelu Chytré sdílené péče potvrdilo jeho přínos, zároveň však odhalilo některá rizika a limity, která jsou typická pro inovativní přístupy v oblasti sociální péče.

Mezi hlavní identifikovaná rizika patří zejména:

- nižší míra důvěry některých klientů a pečujících v digitální technologie, zejména u osob s omezenými digitálními dovednostmi,
- riziko přetížení neformálních pečujících, pokud není péče dostatečně sdílena a koordinována,
- kapacitní omezení dostupných sociálních služeb, která mohou limitovat možnosti naplnění individuálního plánu péče.



Metodika Chytré sdílené péče vytváří rámec, ve kterém mohou být tato rizika průběžně identifikována, reflektována a řešena prostřednictvím individuální práce s klientem, pravidelných revizí plánu péče a úzké spolupráce všech zapojených aktérů. Je třeba zdůraznit, že míra a způsob zvládnutí těchto rizik jsou vždy závislé na místních podmínkách, dostupných kapacitách a konkrétní situaci klienta.

11. Závěr

CHSP představuje ověřený, realistický a udržitelný model, který:

- zvyšuje kvalitu života klientů,
- posiluje rodiny,
- podporuje koordinaci péče,
- přispívá k udržitelnosti systému sociálních služeb.

Vychází z podkladů projektu, pilotního ověřování, výzkumných aktivit a využívá poznatky zapojených aktérů,

Je určena k veřejnému použití jako **oficiální metodický nástroj projektu CHSP**, zveřejnitelný dle požadavků OPZ+.