

NEFORMÁLNÍ PÉČE O OSOBU ZÁVISLOU NA PÉČI – MOŽNOSTI PODPORY A POMOCI

JANA HOROVÁ
SYLVA BÁRTLOVÁ
HANA HAJDUCHOVÁ
LENKA MOTLOVÁ
MARIE TREŠLOVÁ
HELENA ZÁŠKODNÁ
HELENA KOČOVÁ
IVA BRABCOVÁ
JIHOČESKÁ UNIVERZITA
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ABSTRAKT

V souvislosti s demografickým vývojem společnosti a s ním souvisejících okolností se stává domácí péče (zdravotní i sociální) o osobu závislou na péči jiné fyzické osoby laickou populací preferovanou. Propojenost zdravotně sociální situace přináší nutnost alespoň bazální informovanosti zdravotníků o možnostech podpory v oblasti sociální (i naopak). Domácí zdravotní péče a sociální služby umožňují realizovat domácí péči i u osob závislých na péči jiné fyzické osoby, které by jinak musely být umístěny v pobytových zdravotních či sociálních zařízeních. Vzhledem k náročnosti péče v přirozeném sociálním prostředí musí být součástí komplexního přístupu i péče o osoby pečující. Příspěvek poskytuje souhrnný přehled možné zdravotní a sociální podpory neformálním (rodinným) pečujícím.

KLÍČOVÁ SLOVA:

neformální péče, domácí péče,
dlouhodobá péče

ÚVOD

Rozvoj medicínských technologií a vyšší životní úroveň vedou k prodlužování střední délky života. Tzv. zdravá délka života, která vypovídá o tom, kolik let se průměrně jedinec dožije ve stavu zdraví (Kroman, Weale, 2006), bývá v souvislosti s vyšší mírou nemocnosti u seniorské populace o několik let nižší. Dle údajů Světové zdravotnické organizace dosahuje celosvětový průměr zdravé délky života 63,3 let versus 72,0 let střední délky života, evropský průměr pak činí 68,4 let versus 77,5 let (World Health Organization, 2017). Zvýšená incidence morbidit v seniu s sebou přináší požadavky na zajištění dlouhodobé péče.

Dlouhodobá péče je definována jako systém činností, které jsou zajišťovány osobám, které nejsou plně schopny si zajistit péči o vlastní osobu a udržení maximální možné kvality života podle jejich individuálních preferencí a s co nejvyšším dosažitelným stupněm nezávislosti, autonomie, účasti na společenském životě, osobního uspokojení a lidské důstojnosti (Repková et al., 2011). Osoby ve vyšším věku preferují (pokud to jejich stav umožňuje) péči v domácím prostředí, kde jim ji většinou zajišťuje osoba blízká. Komplexní domácí péče uspokojuje nejen fyzické a psychické, ale také spirituální a duchovní potřeby a poskytuje sociální podporu. Pod pojem domácí péče jsou zahrnuty různé formy zdravotní i sociální pomoci. Jedná se o domácí zdravotní péči, sociální péči, pečovatelskou službu, osobní asistenci, respitní péči, laickou péči, poskytovanou osobou blízkou či sebebepěči. Zvyšující se ekonomický tlak, stárnoucí populace, chronicita, změny rolí v rodině, zvyšující se poptávka po možnostech péče v domácím prostředí u veřejnosti a rozvoj moderních technologií (Bártlová a kol, 2010, s. 43) vedou ke zvyšujícímu se zájmu veřejnosti o domácí péči. Zkušenost s péčí o osobu blízkou (současnou či minulou) má asi 45 % dospělých Čechů, tedy přibližně 3,9 milionů osob (Geissler, 2019), kteří však tuto roli často plní s velmi omezenými či žádnými zdravotními a pečovatelskými znalostmi (Gipson et al., 2012). Blízká osoba je díky citové angažovanosti často vystavena pečovatelské zátěži, která bývá definována jako fyzické, psychické, emoční, sociální či finanční problémy rodinných pečujících spojené s péčí o závislého člena rodiny (Přidalová, 2006).

V České republice pečující osoby o osobu blízkou narážejí na mnohé deficity v oblasti současné zdravotně sociální politiky. Jde o nevhodně nastavený systém dlouhodobé péče, pojmy dlouhodobá péče či neformální péče nejsou ukotveny v současné legislativě, nedostatek a lokální nedostupnost terénních zdravotních i sociálních služeb určených pro nesoběstačné osoby, ale také nedostatečná podpora pro samotné pečující, například nedostatek odlehčovacích služeb, edukačních příležitostí zacílených na konkrétní handicap či onemocnění a poradenství pro pečující osoby. Z uvedeného vyplývá, že propojenost zdravotně sociální situace vyžaduje kooperaci, vzájemnou podporu a návaznost zdravotních a sociálních služeb.

Cílem příspěvku je poskytnout souhrnný přehled možné zdravotní a sociální podpory, a to odborné veřejnosti i laické populaci.

DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Domácí zdravotní péče je zaměřena na udržení a podporu zdraví, na navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti nebo na zmírnění utrpení nevyлéčitelně nemocného člověka se zajištěním klidného umírání a smrti (Hlaváčková, 2013). Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí je definována jako péče ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní (zákon č. 372/2011 Sb.). Registrující praktický lékař a všeobecná sestra v ambulantní sféře bývají osobami, se kterými se neformální pečující setkávají nejdříve a nejčastěji.

Pokud zdravotní stav nemocné osoby není možno zvládnout běžnou laickou péčí, přitom ale bezpodmínečně nevyžaduje hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, pak lze zdravotní péči zajistit i v domácím prostředí. Domácí zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění pacienta může indikovat pouze praktický lékař (předpis domácí péče registrujícím praktickým lékařem obsahuje přesný údaj o tom, do kdy platí; maximální doba je 3 měsíce) nebo ošetrojící lékař lůžkového zařízení po ukončení hospitalizace (platnost předpisu maximálně 14 dní, poté může dále indikovat praktický lékař). Důvodem k indikaci zdravotních výkonů mohou být pouze zdravotní důvody. Není možné stanovovat výkony, patřící mezi základní činnosti, které specifikuje zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.), nebo úkony, jež jsou hrazeny z příspěvku na péči, a tak nebyla vykazována domácí péče, která je péčí sociální. S tím souvisí podmínka pro úhradu domácí zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění, kdy je podstatné vystavení dokladu (poukaz na vyšetření/ošetření) lékařem s jasnou a konkrétní specifikací požadovaných zdravotních výkonů. Písemná indikace musí obsahovat časový rozsah indikované péče. Domácí zdravotní péči je možné předepisovat až do rozsahu tří hodin denně (včetně víkendů a svátků), vyhláška č. 259/2020 Sb. Pro ordinaci domácí zdravotní péče je potřeba, aby byly splněny základní požadavky ze strany klienta, mezi které patří vyhovující vhodné prostředí a stav ošetrované osoby, její souhlas a spolupráce. Klient také svým jednáním nesmí ohrožovat zdraví zdravotnických pracovníků. Pokud jsou uvedené podmínky splněny, pak je možné domácí péči indikovat a je plně hrazena ze zdravotního pojištění pacienta (VZP, 2020).

Domácí zdravotní péči (ošetrovatelské výkony) nejčastěji vykonávají kvalifikovaní nelékařští zdravotničtí pracovníci poskytovatelů domácí zdravotní péče (všeobecné sestry) a jejich péče je prováděna pouze v rozsahu ordinace indikujícího lékaře.

Indikovaná domácí zdravotní péče je zahájena v den, který je uvedený na předpise, nejpozději však v den následující po oznámení. U hospitalizovaných klientů může být hrazená péče zahájena až následující den po propuštění. První den navštíví klienta všeobecná sestra, která provede vstupní pohovor, vyšetření a místní šetření v domácím prostředí pacienta. Poté je poskytována indikovaná zdravotní a ošetrovatelská péče až do doby jejího ukončení lékařem či z jiného důvodu, například hospitalizace, úmrtí klienta apod.

Péči je možné poskytovat, i když není hrazena ze zdravotního pojištění (cizí státní příslušníci bez zdravotního pojištění, péče mimo rozsah stanovený předpisy, apod.). Klient pak provedené výkony hradí z vlastních prostředků dle platného ceníku. Výkony domácí péče vykazují agentury domácí zdravotní péče, které patří mezi poskytovatele primární péče. Poskytovatelé domácí zdravotní péče jsou povinni dodržovat procesy a postupy potřebné k zajištění ochrany při zpracování osobních údajů fyzických osob. Garantováno je proto i v rámci domácí zdravotní péče dodržování nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR) o zpracování osobních údajů pacientů.

Benefity poskytování zdravotní péče v domácím prostředí jsou nejen pro klienty, ale i osoby pečující. Osoby pečující o blízkou osobu získají pomoc v oblasti, která by jinak byla pro laika neovladatelná (domácí umělá plicní ventilace, parenterální výživa, převazy ran, ošetření stomií, dialýza, infuzní terapie, management léčby bolesti, odběry biologického materiálu...). Pro klienta se pobytem ve vlastním sociálním prostředí eliminuje riziko vzniku infekcí spojených se zdravotní péčí (dříve nosokomiální nákazy). Soukromí, nastavení vlastního režimu dne, individualizace péče, pohodlí a nepřerušovaný kontakt s blízkými působí pozitivně na psychický a zdravotní stav nemocného. Zdůrazňován je i psychosociální vliv na generaci potomků, kteří tak mají vzor mezigenerační solidarity. Pro osoby blízké je nesmírně důležitá možnost konzultace se zdravotníky v ošetrovatelských činnostech, které u seniora provádějí. V oblasti domácí péče je tedy nezastupitelná edukační, podpůrná a motivační role zdravotníků, protože osobní kontakt pacientů a pečujících osob se zdravotníky a možnost přítomnosti při provádění zdravotních a ošetrovatelských výkonů může podpořit sebevědomí účastníků v sebepečí a motivovat je v této náročné životní situaci.

SOCIÁLNÍ PODPORA

V rámci sociální práce lze osobám se sníženou soběstačností a závislým na pomoci jiné fyzické osoby poskytnout pomoc prostřednictvím sociálních služeb. Rozlišují se tři druhy sociálních služeb, a to sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče. Sociální péče je poskytována všem bez omezení věku, převážně osobám se zdravotním postižením a seniorům. Může být poskytována bez úhrady a může být hrazena z příspěvků státní sociální podpory (příspěvek na péči) nebo si služby může klient hradit sám. Jde o péči, která doplňuje péči zdravotní.

Sociální služby je možné poskytovat formou terénní, ambulantní či pobytovou. Mezi sociální služby, které jsou z pohledu dlouhodobé péče o osobu závislou na péči nejzásadnější patří základní sociální poradenství, odborné sociální poradenství, osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře a dále pobytové služby (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče...), telefonní krizová pomoc, intervenční

centra, kontaktní centra a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Mezi základní činnosti sociálních služeb je řazena pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení; pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. (MPSV, 2020).

Pro dlouhodobou péči poskytovanou v domácím prostředí je výraznou pomocí **terénní pečovatelská služba**. Tato služba je poskytována v přirozeném prostředí a zajišťuje neodborné nezbytné služby pro saturaci základních životních potřeb klienta. Základní činnosti při poskytování pečovatelské služby zahrnují pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Pečovatelská služba bývá poskytována i o víkendech, podle provozních podmínek poskytovatelů. Tento typ služby je poskytován na základě Smlouvy o poskytování pečovatelské služby, kterou klient uzavírá s poskytovatelem sociální služby. Maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby stanovená legislativně činí 130,- Kč za hodinu, a to podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k jejich zajištění. U některých činnostech, u kterých netrvá jejich provedení 60 minut, se výše úhrady poměrně krátí. Veškeré činnosti a jejich úhrada jsou podrobně specifikovány legislativou (vyhláška č. 505/2006 Sb.). Tato služba oddaluje nebo eliminuje nutnost umístění osob se sníženou soběstačností a závislých na péči druhých do pobytových zařízení a usiluje o to, aby její uživatelé mohli žít ve svém přirozeném prostředí i přes svůj zdravotní handicap. Snahou je maximální zachování důstojnosti a co nejvyšší kvality života klienta.

Další možnou formou pomoci pro osoby, u kterých došlo k náhlé změně zdravotní stavu, kdy člověk potřebuje k sebeobsluze či péči druhého různý druh zdravotní pomůcky, jsou **půjčovny kompenzačních pomůcek**. Ve většině případů jsou pomůcky zapůjčeny na přechodnou dobu, než je uživateli pomůcka vyřízena prostřednictvím odborného lékaře. Nejčastěji se jedná o chodítka, invalidní vozíky, polohovací lůžka. Klient si pomůcku zapůjčí na základě nájemní smlouvy a službu hradí dle ceníku dané půjčovny.

V rámci pomoci a podpory při poskytování rodinné neformální péče je důležitá i ekonomická oblast. Dlouhodobá péče o osobu blízkou má také významný genderový aspekt, který vyplývá zejména z výrazné dominance žen v roli neformálních pečovatelek. Tento typ péče je většinou poskytován ženami ve středním nebo raném důchodovém věku, u kterých je zcela běžné, že kromě péče o blízkou osobu závislou na péči ještě pečují o své nezletilé potomky (sendvičová generace), Přidalová, 2006. Snaha sladit

profesní život s péčí o osoby blízké může vést až k finanční nouzi. Proto umožnění orientace a poskytnutí informací o možnostech finanční podpory v této složité životní situaci je důležitou součástí v rámci podpory neformální péče. Finanční formu pomoci zajišťují **dávky a příspěvky pro osoby závislé na péči**. Nárok na sociální dávky obecně mají občané a s nimi posuzovaní členové domácnosti, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky, a občané Evropské unie. Nárok na dávku vzniká splněním konkrétních podmínek a podáním žádosti o přiznání dávky. Žádosti o poskytování dávek vyřizuje Úřad práce České republiky – krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu, resp. jejich kontaktní pracoviště dle místa trvalého pobytu osoby, která uplatňuje svůj nárok na dávky (Úřad práce ČR, 2020). Pro přiznání některých dávek a výhod se rozlišují u osob závislých na péči jiné fyzické osoby čtyři stupně závislosti (lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost na pomoci jiné fyzické osoby). Při jejich posuzování se hodnotí schopnost zvládat deset základních životních potřeb: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku). Pro uznání závislosti musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat potřebu v přijatelném standardu (zákon č. 108/2006 Sb.). Mezi nejčastěji využívané dávky patří:

- **Příspěvek na péči** - je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Výše příspěvku pro osoby ve věku nad 18 let věku se pohybuje od 880,- Kč/ měsíc (lehká závislost) do 19 200,- Kč/měsíc (úplná závislost, pokud je péče poskytována mimo pobytové zařízení), zákon č. 108/2006 Sb. Je potřeba si uvědomit, že příspěvek náleží osobě, o kterou je pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Z poskytnutého příspěvku si pak tyto osoby mohou hradit pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, či vybraná pobytová zařízení (vyhláška č. 505/2006 Sb., Úřad práce ČR 2020).
- **Průkaz osoby se zdravotním postižením (OZP)** - nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší jednoho roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se posuzuje podle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (zákon č. 329/2011 Sb.). Podle závažnosti postižení se vydávají tři typy průkazů označené symboly „TP“ (středně těžké funkční postižení pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra), „ZTP“ (těžké funkční postižení...) a „ZTP/P“ (zvláště těžké funkční postižení s potřebou průvodce...), MPSV 2020, Přiznání průkazu OZP.
- **Příspěvek na mobilitu** - nárok na příspěvek má podle zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“ (přiznaný podle

předpisů účinných od 1. ledna 2014), opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.). Výše příspěvku je 550,- Kč za měsíc (zákon č. 329/2011 Sb.).

- **Příspěvek na zvláštní pomůcku** - nárok na příspěvek má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Tento příspěvek lze poskytnout i na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému, a to osobě, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku (zákon č. 329/2011 Sb.).

Pokud jde o osobu ve stavu finanční nouze, pak je možné (pokud jsou splněny podmínky) poskytnout dávky, které mohou podpořit rodinu v péči a setrvání nemocné osoby ve vlastním sociální prostředí:

- **Příspěvek na bydlení** - jde o dávku státní sociální podpory, která přispívá na krytí nákladů na bydlení rodinám či jednotlivcům s nízkými příjmy. Poskytování příspěvku podléhá testování příjmů rodiny za kalendářní čtvrtletí a jeho výše závisí na počtu osob v rodině (zákon č. 117/1995 Sb.).
- **Doplatek na bydlení** - dávka pomoci v hmotné nouzi, která společně s vlastními příjmy občana a příspěvkem na bydlení ze systému státní sociální podpory pomáhá uhradit odůvodněné náklady na bydlení. Výše doplatku na bydlení je stanovena tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení, tedy nájmu, služeb s bydlením spojených a nákladů za dodávky energií zůstala osobě či rodině částka živobytí. Nárok na doplatek na bydlení má vlastník bytu, nebo jiná osoba, která užívá byt na základě smlouvy. Podmínkou nároku na doplatek na bydlení je získání nároku na příspěvek na živobytí (zákon č. 111/2006 Sb.)

Podrobnější informace o jednotlivých dávkách a možnostech sociální pomoci bývají poskytovány rámci základního a odborného sociálního poradenství.

PÉČE O PEČUJÍCÍ

O osoby dlouhodobě pečující o svého blízkého jsou v situaci citově angažovány a jsou bez možnosti sdílet své pocity. Péči v domácím prostředí o osoby závislé často zajišťují nejčastěji příbuzní, přičemž nelze opominout genderový aspekt, kdy se touto péčí zabývají častěji ženy, nejčastěji ve věku 36–64 let. Není také ojedinělé, že jeden pečující má na starosti více osob v rodině (Coface families Europe, 2017). Hlavním úkolem rodinných příslušníků zapojených do (nejen) ošetrovatelské péče o staršího nebo nemocného člena rodiny, je pomoc se sníženou samostatností a soběstačností, která

vznikla následkem zhoršení zdravotního stavu. Většinou jde o uspokojování základních potřeb, týkajících se hygieny, vyprazdňování, stravování, oblékání, dopomoci při vstávání a chůzi, komunikace a sociální aktivizace. Problémem ohrožujícím stabilní chod rodiny bývá obtížně zvládnutelné chování nemocného, konfliktní situace, a také nedostatečné finanční prostředky.

Role zdravotníků a dalších osob angažujících se v oblasti pomoci a podpory poskytování neformální péče (sociální pracovníci, zaměstnanci pečovatelských služeb, fyzioterapeuti ...) by tedy neměla být zaměřena pouze na osoby závislé na péči, ale i na jejich okolí.

Poradenství (základní i odborné) může pomoci ve zvýšení informovanosti v možných oblastech podpory a může vést ke snížení pečovatelské zátěže.

V oblasti **ekonomické podpory** platí stát za osoby pečující o osoby závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III anebo stupni IV měsíčně **pojistné** ve výši 13,5 % z částky rovnající se vyměřovacímu základu pro platbu pojistného státem (zákon č. 48/1997 Sb.; VZP 2020). Dále lze péči o osobu blízkou považovat za tzv. **náhradní dobu pojištění pro důchod**. Do této doby je zařazena mmj. doba péče o závislé osoby na péči jiné fyzické osoby ve II., III. nebo IV. stupni závislosti. Doba péče o závislé osoby se hodnotí jako zaměstnání, a proto se započítává do důchodového pojištění pečujícím osobám, ačkoliv během péče nejsou zaměstnány ani nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost, pokud žijí společně s osobou závislou v domácnosti. Podmínka domácnosti se nevyžaduje, jde-li o blízkou osobu nebo asistenta sociální péče (zákon č. 155/1995 Sb.).

Úprava týdenní pracovní doby patří mezi další možnosti ekonomické podpory pečujícím osobám, které si mohou neomezeně přivydělat, i pracovat na plný úvazek. Pokud zaměstnanec prokáže, že převážně sám dlouhodobě pečuje o osobu, která se považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v II., III. nebo IV. stupni závislosti, může požádat o kratší pracovní dobu nebo jinou vhodnou úpravu stanovené týdenní pracovní doby. Zaměstnavatel je povinen žádosti vyhovět, nebrání-li mu k tomu vážné provozní důvody (zákon č. 262/2006 Sb.).

Po ukončení péče (např. úmrtí osoby blízké...) má osoba pečující nárok na podporu v nezaměstnanosti. Je však nutné, aby byla splněna podmínka platby sociálního pojištění alespoň 12 měsíců v uplynulých dvou letech, které jsou rozhodným obdobím. Stát během doby péče sociální pojištění sice nehradí, doba péče se však započítává stejně jako zaměstnání do doby pojištění pro důchod (viz výše), Úřad práce ČR, 2020, Základní práva a povinnosti uchazeče o zaměstnání a zájemce o zaměstnání.

Další dávkou, která může pečujícím osobám ulehčit situaci je **dlouhodobé ošetřovné**. Jde o dávku nemocenského pojištění, která může alespoň zčásti pomoci pracujícím osobám, které se rozhodnou pečovat o blízkého v domácím prostředí po jeho propuštění

z hospitalizace. Jedná se o ochranu pracovního místa a poskytování dávky, která po danou dobu nahrazuje příjem. Dávka je určena zaměstnancům či osobám samostatně výdělečně činným (OSVČ), kteří jsou plátcí nemocenského pojištění (alespoň po dobu 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících, u OSVČ je podmínka dobrovolné účasti na nemocenském pojištění alespoň po dobu 3 měsíců bezprostředně předcházejících dni nástupu na dlouhodobé ošetřovné). Současně také musí být u ošetřované osoby splněna podmínka hospitalizace, která trvala minimálně 7 po sobě jdoucích kalendářních dnů (počítá se i první a poslední den hospitalizace), a potřeby celodenní péče v domácím prostředí alespoň po dobu 30 dnů následujících po propuštění z nemocnice. Pečující osoba může čerpat až 90 kalendářních dní pracovního volna, během této doby je vypláceno dlouhodobé ošetřovné ve výši 60 % denního vyměřovacího základu. Zaměstnavatel má dle zákoníku práce povinnost omluvit nepřítomnost zaměstnance po dobu poskytování dlouhodobé péče. Poskytnutí volna může zaměstnavatel zamítnout, jen pokud pro to má vážné provozní důvody (ČSSZ, 2020).

Respitní péče (odlehčovací) je druhem sociální služby, poskytující pomoc osobám dlouhodobě pečujícím o osobu závislou na péči. Osoby závislé na péči tak mají zajištěnou pomoc ve vlastní domácnosti v době, kdy se o ně nemůže postarat pečující, který potřebuje odpočinek či prostor pro zařízení nezbytných věcí. Nejčastější forma pomoci je dočasné umístění osoby závislé na péči do stacionáře, pobytového zařízení nebo přímé praktické pomoci pečujícím v jejich domácnosti (zajišťují agentury domácí péče). Cílem služby je umožnění nezbytného odpočinku pečující osobě a zabránit tak neúměrné pečovatelské zátěži.

Dalšími možnostmi podpory neformálním pečovatelům je **pomoc v oblasti psychické**. V důsledku pečovatelské zátěže mohou být pečující osoby ohroženy syndromem vyhoření. Syndrom vyhoření, psychický stav, u kterého dochází k extrémnímu vyčerpání, má určité charakteristické příznaky, například úzkost, strach, vnitřní neklid, únavu, slabost, nervozitu, poruchy spánku, bolesti hlavy apod. (Novák, 2011). Péče o nesoběstačného rodinného příslušníka dosahuje mnohdy takové zátěže, že se pečující osoba ocitá v sociální izolaci. Tato skutečnost se ještě prohlubuje, pečuje-li o svého blízkého sama, bez pomoci ostatních rodinných příslušníků. Psychické a fyzické vyčerpání se odráží na zdraví pečovatele a může vyústit až ve zjevnou nebo skrytou formu agrese a násilí vůči osobě na péči závislé. Náročnost a nepřipravenost pečujících na situaci ještě komplikuje nedostatek informací a mnohdy obtížná finanční situace (Hrádecká, 2009). Copingové strategie neboli způsoby, jak člověk zvládá stresové situace, mohou usnadnit život v náročných životních situacích. Jsou rozlišovány dva typy těchto strategií. Jedna je zaměřena na problém (problem-focused strategy) a je jí cíleno na problém. Druhá je zaměřena na emoce (emotion-focused strategy). Strategie zaměřené na emoce jsou vhodné v situacích, které nelze změnit. Doporučovány jsou techniky relaxační, meditační, techniky soustředění na mentální úrovni či fyzický pohyb (Lazarus, Lazarus, 2004).

Vzhledem k vzrůstající incidenci osob závislých na péči s kognitivními poruchami (Mátl et al., 2016), nedostatku vhodných sociálních pobytových zařízení (domovy se zvláštním režimem) či denních/týdenních stacionářů a nedostatečné podpoře neformální péče i přes snahu její současné transformace je potřeba identifikovat pečující, u nichž se mohou objevit depresivními příznaky. Detekce depresivních symptomů u pečujících osob může zabránit krizovým situacím, pokud samy stav zvládnout nedokáží. Včasnou identifikaci pečující osoby s depresivními symptomy vhodným nástrojem např. The Center for Epidemiological Studies depression scale - CES-D (Radloff, 1977) doporučuje aktuální čínský výzkum Zhong et al. (2020).

Za bariéry domácí péče jsou považovány rostoucí požadavky na čas a zdroje pečujících osob, měnící se role a zodpovědnost v rodině, emocionální reakce na poskytovanou péči, finanční napětí, sociální dynamika a osobní zdraví pečující osoby. Motivací k péči bývá pochopení smyslu a účelu péče, validace spirituálních potřeb osoby závislé na péči, společné pozitivní emocionální zážitky, znalost strategie zvládnání situací, příležitost ke vzdělávacím aktivitám, lepší přístup ke zdrojům a zlepšení státní politiky, která podporuje spíše péči formální (Brémault-Phillips et al., 2016).

Edukační podpora tvoří významnou součást péče o pečující. Jedinci pečující o osoby blízké očekávají od odborníků kromě poskytování zdravotní péče i informace o možnostech pomoci v rámci domácí péče a také o sociální podpoře v případě potřeby zajištění zdravotních pomůcek a sociální pomoci (Dobiášová a kol., 2015). Zároveň si přejí být partnery v komunikaci ohledně léčby i ošetřovatelské a jiné péče. Sdílení informací i emocí v rámci skupiny (ať už jiných pečujících osob nebo profesionálů) potvrzují další výzkumy prováděné v zahraničí. Například německý tým (Schaepe, Ewers, 2018) provedl výzkumnou studii, která potvrdila, že aktivní vyloučení rodinného příslušníka z týmu ošetřujících a pečujících profesionálů vyvolává u pečující blízké osoby pocity nejistoty a hněvu. Závěry této studie doporučují podporu od profesionálů - nutné vzájemné sdílení informací, koordinaci péče, informační podpora společně s psychosociální i emoční. Je nezbytné, aby zdravotníci sami nabízeli podporu pečujícím v oblasti krizových situací. Psychické dopady péče mohou pomoci zmírňovat například i svépomocné skupiny. Jde tu především o sdílení zkušeností, uvolnění nahromaděných emocí v podpůrné a chápající atmosféře a o výměnu informací.

V souvislosti se vzrůstající zdravotní a IT gramotností laické populace (i středního a vyššího věku) může být podpora pečujících osob vedena, i přes to, že jde většinou o laiky, cíleně a efektivně. Informační technologie nabízí širokou škálu možností podporujících vzdělávání neformálních pečujících osob, laiků a s ohledem na to, že jde převážně o zaměstnané osoby s nedostatkem času, je edukace prostřednictvím moderních komunikačních technologií preferovaná. Jako vysoce důležitá součást vzdělávání je pokládán také praktický nácvik zvládnutí péče, který koreluje s náročností péče v domácím prostředí se stále složitějšími a specifitějšími výkony (Geissler et al., 2019). Praktický nácvik lze

provádět formou simulační výuky. Simulace zátěžové situace či navození pocitů osoby se změněnou úrovní vnímání (např. osoby s kognitivními poruchami) s pomocí virtuální reality umožňuje uživateli vstoupit do interakce (Baños et al., 2011). Virtuální realita, která dosahuje významných výsledků v léčbě u vybraných poruch a onemocnění, se stala běžným pomocníkem v lékařství, psychologických oborech a dalších (Šmahaj, Procházka, 2014), a to i díky možnosti předávání specifických odborných informací nejen odborné veřejnosti, ale i laikům. Pozitivní vliv této podpory pečujících v prostředí simulující pocity osoby s demencí potvrdily nizozemské výzkumné týmy Wijma et al. (2018) a Jütten et al. (2018), které popsaly pozitivní psychickou interakci, vyšší pocíťované kompetence pečující osoby, vyšší odolnost proti zátěži, podporu v přijaté roli a zlepšení vnímání nemoci/demence a umožnění pochopení péče o osobu závislou na péči.

ZÁVĚR

Ačkoli neexistuje legislativní povinnost pečovat o své blízké osobně a v domácím prostředí, je v naší společnosti tato péče vnímána jako silná společenská a etická norma. V rámci aktuálních výzkumných šetření byla potvrzena potřeba podpory pečujících, a to zejména v oblasti jejich vzdělávání. Benefit v předávání informací, ale i v oblasti emoční a psychické vnímají nejen pečující laici, ale i profesionálové. Dostupnost jasných informací včetně jednoduchosti jejich nalezení, příležitost praktické informace i sdílet a přizpůsobení se požadavkům neformálních pečujících vedou ke snížení pečovatelské zátěže a k úspoře času. Pečující vnímají současnou strukturu systému zaměřenou spíše na řešení akutních situací (Charles et al., 2017) a vnímají nedostatek informací a flexibility od odborníků (opomíjena je například úloha praktického lékaře), Jansen et al., 2018. Zdravotnický personál zase pocíťuje nejistotu ohledně povinností týkajících se rodiny pacienta. To že chybí podpora neformální péče, vnímají tedy i sami profesionálové (Strang et al., 2019). Kongruence v pohledu profesionálů i laiků na mezery a bariéry v dané oblasti nabízí možnost sjednocení potřeb podpory v oblasti neformální péče pro všechny osoby podílející se na péči o osobu závislou.

Dedikace

„Tato publikace vznikla se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci programu ÉTA (projekt č. TL03000518, Podpora neformálních pečovatелů v Jihočeském kraji prostřednictvím audiovizuálních prostředků včetně virtuální reality).“

T A
Č R

Tento projekt je spolufinancován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu ÉTA.

www.tacr.cz

Výzkum užitečný pro společnost.

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] BAÑOS, R. M., GUILLEN, A., QUERO, S., GARCÍA-PALÁCIOS, A., ALCANIZ, M., BOTELLA, C. 2011. *A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive behavioral program*. International Journal of Human Computer Studies. 69, 602-613. DOI: 10.1016/j.ijhcs.2011.06.002
- [2] BÁRTLOVÁ, S. a kol. 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013-499-3.
- [3] BRÉMAULT-PHILLIPS, S. et al. 2016. *The voices of family caregivers of seniors with chronic conditions: a window into their experience using a qualitative design*. SpringerPlus 5, 620. DOI: 10.1186/s40064-016-2244-z
- [4] COFACE FAMILIES EUROPE. 2017. *Who cares?* [online]. Brussels, [cit. 2019-05-01]. Dostupné z: http://www.coface-eu.org/wpcontent/uploads/2017/11/COFACE-Families-Europe_Study-Family-Carers.pdf
- [5] ČSSZ © 2020. *Dlouhodobé ošetrovné*. [online]. [cit. 2020-08-30]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/dlouhodobě-osetrovne>
- [6] DOBIÁŠOVÁ K., KOTRUSOVÁ M., HOŠŤÁLKOVÁ J. 2015. *Role praktických lékařů v podpoře neformální péče o seniory a osoby se zdravotním postižením z pohledu rodinných pečujících*. Praktický Lékař. 2015; 95(4): 161-165
- [7] GEISLER, H. et al. 2019. *Jak podporovat pečující na regionální a lokální úrovni? Příklady dobré praxe*. Projekt „Podpora neformálních pečujících II“, CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006922. 90 s.
- [8] GIBSON, M., J., KELLY, K. A., KAPLAN, A., K. 2012. *Family caregiving and transitional care: A critical review*. Family caregiver Alliance-National Centre on Care Giving. [online]. [cit.2020-08-28] Dostupné z: https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/FamCGing_TransCare_CritRvw_FINAL10.31.2012.pdf
- [9] HLAVÁČKOVÁ, K., 2013. *Domácí péče*. [online]. [cit.2020-08-24]. Dostupné z: <https://ucebna.net/mod/resource/view.php?id=493>.
- [10] HRÁDECKÁ, L. 2009. *Rodinná péče o nesoběstačného seniora*. Zdravotnictví a medicína. [online]. [cit. 2020-08-30]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rodinna-pece-o-nesobestacneho-seniora-448185>
- [11] CHARLES, L. et al. 2017. *Understanding How to Support Family Caregivers of Seniors with Complex Needs*. Canadian Geriatrics Journal. 20(2): 75–84. DOI: 10.5770/cgj.20.252
- [12] JANSEN, L, et al. 2018. *You never walk alone: An exploratory study of the needs and burden of an informal care group*. Health and Social Care in the Community. 27 (2). 1-8. DOI: 10.1111/hsc.12655
- [13] JÚTTEN, L, H. et al. 2018. *Can the Mixed Virtual Reality Simulator Into D´mentia Enhance Empathy and Understanding and Decrease Burden in Informal Dementia Caregivers?* Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2018. 6;8(3):453-466. DOI: 10.1159/000494660.

- [14] KHOMAN, E., WEALE, M. 2006. *Healthy Life Expectancy in the EU Member States*. European Network of Economic Policy Research Institutes (ENEPRI). 117 p.
- [15] LAZARUS, A. A., LAZARUS C. N. 2004. *101 strategií jak se nezbláznit v šíleném světě*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8834-1.
- [16] MÁTL, O., MÁTLOVÁ M., HOLMEROVÁ, I. 2016. *Zpráva o stavu demence 2016. Kolik zaplatíte za péči?* Praha: Česká alzheimerovská společnost. 46 s. ISBN 978-80-86541-50-1.
- [17] NOVÁK, T. 2011. *Péče o pečující: jak být pečovatelem také sám sobě. Pečuj doma*. Brno: Moravskoslezský kruh.
- [18] MPSV © 2020 *Přiznání průkazu OZP*. [online]. [cit. 2020-08-29]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/priznani-prukazu-ozp>
- [19] MPSV© 2020. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2020-08-28]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/socialni-sluzby-1#sszp>
- [20] *Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679*. Úřední věstník Evropské unie. [online]. [cit. 2020-08-31]. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/ALL/?uri=celex%3A32016R0679>
- [21] PŘIDALOVÁ, M. 2006. „Péče o staré rodiče – nový úděl mladších seniorů? *Caring for old parents – new life stage of younger seniors?*“ Sociální práce: odborná revue pro sociální práci. (2): 68-81.
- [22] RADLOFF LS. 1977. *The CES-D Scale A Self-report depression scale for research in the general population*. Applied Psychological Measureme 1(3):385–401. DOI: 10.1177/014662167700100306
- [23] REPKOVÁ, K. et al. 2011. *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe* (3): Správa, riadenie a financovanie. Bratislava: Inštitút pre výzkum práce a rodiny. ISBN: 978–80–7138-132-7.
- [24] SCHAEPE, CH., EWERS, M. 2018. “*I see myself as part of the team*” – family caregivers’ contribution to safety in advanced home care. *Schaepe and Ewers BMC Nursing*.17:40. DOI: 10.1186/s12912-018-0308-9
- [25] STRANG, S. et al. 2019. *Support to informal caregivers of patients with severe chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study of caregivers’ and professionals’ experiences in Swedish hospitals*. *BMJ Open*, 10; 9(8):e028720. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028720.
- [26] ŠMAHAJ, J., PROCHÁZKA, R. 2014. *Virtuální realita jako možnost léčby úzkostných poruch*. *Československá psychologie*. 58(6), 572-580.
- [27] ÚŘAD PRÁCE ČR. © 2020. *Příspěvek na péči*. [online]. [cit. 2020-08-29]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci>
- [28] ÚŘAD PRÁCE ČR. © 2020. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2020-08-29]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/prispevek-na-peci>
- [29] ÚŘAD PRÁCE ČR. © 2020. *Základní práva a povinnosti uchazeče o zaměstnání a zájemce o zaměstnání*. [online]. [cit. 2020-08-30]. Dostupné z: <https://www.uradprace.cz/web/cz/prava-a-povinnosti-uchazece-a-zajemce>

- [30] Vyhláška č. 259/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, v platném znění.
- [31] Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.
- [32] VZP. © 2020. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Státní pojištěnci. [online]. [cit. 2020-08-30]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/za-koho-plati-pojistne-stat>
- [33] VZP. © 2020. Všeobecná zdravotní pojišťovna české republiky. Tiskové centrum. [online]. [cit. 2020-08-28]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/domaci-pece-a-uhrada-pojistovnou>
- [34] WIJMA, E, M. et al. 2018. A virtual reality intervention to improve the understanding and empathy for people with dementia in informal caregivers: results of a pilot study, *aging & mental health*. 22:9, 1121-1129, DOI: 10.1080/13607863.2017.1348470
- [35] World Health Organization, 2017. *Global health observatory (gho) data: healthy life expectancy (hale) at birth*. [online]. Who [cit. 2017-05-03]. Dostupné z: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/
- [36] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.
- [37] Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění.
- [38] Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění.
- [39] Zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce, v platném znění.
- [40] Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění.
- [41] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- [42] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
- [43] ZHONG, Y. et al. 2020. Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban china: the mediating role of caregiver burden. *Bmc geriatrics*. 20:3 DOI: 10.1186/s12877-019-1403-9.

INFORMAL CARE OF PERSON DEPENDED ON CARE – POSSIBILITIES OF SUPPORT AND HELP



ABSTRACT

In the context of population demographic development and connected circumstances, home care (health and social) becomes cheap and preferred by population when it comes to care of depended person and other physical persons. Interconnection of health and social situation brings the necessity of at least basic awareness of healthcare workers about the possibilities of support in the social area and vice versa. Home health care and social services enable realization of home care of care depended persons and other physical persons, who would otherwise have to be placed in to the residential health and social institutions. Considering the demandingness of care in the natural social environment, the care of caring person must be the part of complex attitude. This paper provides comprehensive overview of possible health and social support for informal (family) members who take care of their relatives who need is.

KEYWORDS:

informal care, home care, long term care

KONTAKTNÍ ÚDAJE:

PhDr. Jana Horová
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: jhorova@kos.zcu.cz

doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: bartlova@zsf.jcu.cz

Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: hajducho@zsf.jcu.cz

PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd
Jírovцова 24
370 04 České Budějovice
e-mail: motlova@zsf.jcu.cz

doc. PhDr. Marie Trešlová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: treslova@zsf.jcu.cz

doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav humanitních studií v pomáhajících profesích
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: zaskodna@zsf.jcu.cz

Mgr. Helena Kočová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: helena.kocova@nrzp.cz

doc. Ing. Iva Brabcová, Ph.D.
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče
J. Boreckého 1167/27
370 11 České Budějovice
e-mail: brabcova@zsf.jcu.cz