



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Podpora neformálních pečovatелů

závěrečná zpráva z výzkumu

(Základní analytická zpráva z dotazníkového šetření)

2015

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

Pavel Šimoník

Realizováno pro Fond dalšího vzdělávání



Obsah

Úvod	3
1. Metodika výzkumu a sběr dat	4
1.1 Cílová skupina	4
1.2 Metodika sběru dat	7
2. Struktura souboru neformálních pečovatelů a osob, o které pečují	10
2.1 Ženy versus muži v roli neformálních pečovatelů	10
2.2 Rozsah péče	12
2.3 Příjem a počet osob v domácnostech neformálních pečovatelů	13
2.4 Vztah pečovatele a osoby, o kterou pečuje	14
2.5 Struktura opečovávaných osob	16
3. Pomoc s péčí	21
3.1 Kdo neformálním pečovatelům pomáhá a s čím	21
3.2 Deficit v pomoci a kdo by ho měl doplnit	25
4. Sociální a zdravotní služby	29
4.1 Informovanost	30
4.2 Využívání sociálních a zdravotních služeb	35
4.3 Hodnocení jednotlivých sociálních a zdravotních služeb	38
4.4 Bariéry ve využívání jednotlivých sociálních a zdravotních služeb	43
4.5 Detailní výsledky za jednotlivé typy služeb	47
5. Kontakt pečovatelů s úřady a institucemi a vnímání těchto institucí	66
5.1 Kontakt pečovatelů s úřady a institucemi	66
5.2 Jak pečovatelé vnímají kontakt se zástupci a představiteli jednotlivých institucí	71
6. Dopady péče na pečovatele	75
6.1 Vyhodnocení dopadů péče	76
6.2 Co pečovatele nejvíc trápí?	84
7. Ekonomická aktivita a rodinná péče	89
8. Příjmy v domácnosti pečovatelů	97
9. Typologie pečovatelů	108
10. Závěrečné shrnutí	116
11. Seznam použité literatury	127

Úvod

Tato zpráva shrnuje výsledky výzkumu zaměřeného na vybrané aspekty života neformálních, rodinných pečovatelů, které souvisejí s poskytováním péče potřebné osobě v domácím prostředí. Zadavatel výzkumu byl Fond dalšího vzdělávání (FDV), sběr dat a jejich analýzu realizoval STEM/MARK, a.s.

Tematicky se šetření zaměřilo na zmapování především těchto oblastí:

- základních charakteristik poskytované péče (jako jsou úkony péče, jaká je organizace péče v rámci rodiny, jakou podporu služeb pečovatelé očekávají);
- ekonomické (ne)aktivity neformálních pečovatelů a jejich zapojení na trhu práce (bariéry na trhu práce, sladění péče a zaměstnání aj.);
- finanční situace neformálních pečovatelů a jejich rodin;
- dostupnosti a využívání sociálních a zdravotních služeb pro závislé osoby a pečovatele;
- ztrát a přínosů péče (dopady péče na psychiku pečovatele, na vztahy, životní styl, zdravotní stav pečující osoby aj.).

Tato zpráva je rozdělena do 10 kapitol. První kapitola je věnována metodice výzkumu, cílové skupině a sběru dat. Ve druhé kapitole je popsána jak struktura souboru neformálních pečovatelů, tak struktura osob závislých na jejich péči. Třetí kapitola pojednává o pomoci s péčí o závislou osobu, kterou pečovatelům (ne)poskytuje jejich okolí, jak to vypadá v realitě a jakou pomoc by očekávali. Čtvrtá kapitola se zabývá mírou informovanosti a orientací pečovatelů v současném systému, dále pak využíváním a hodnocením sociálních a zdravotních služeb, jakož i bariér, které jejich využívání zamezují. Pátá kapitola se zaměřuje na interakci pečovatelů s veřejnou správou a neziskovými organizacemi a její hodnocení. V šesté kapitole jsou popsány důsledky a dopady péče na pečovatele a jejich souvislosti.

Sedmá kapitola se zabývá ekonomickou aktivitou pečovatелů a bariérami, se kterými se setkávají při hledání placené práce. Následující osmá kapitola pak pojednává o složení příjmů domácností pečovatелů a o jejich finančním zázemí. Devátá kapitola nastiňuje možnou typologii pečovatелů. V desáté kapitole je závěrečné shrnutí.

1. Metodika výzkumu a sběr dat

1.1 Cílová skupina

Zaměření tohoto výzkumu se sice primárně nezabývalo dlouhodobou péčí o osoby závislé na domácí péči (i když i ta je jeho součástí), přesto uvedme některé základní údaje, které podtrhují zásadní postavení domácí péče v českém prostředí. V zemích OECD představují příjemci formální dlouhodobé péče v průměru 2,3 % populace. Příjemci dlouhodobé péče v ČR tvoří zhruba 2,8 % celkové populace (uživatelé dlouhodobé péče v domácím prostředí 2,4 % a uživatelé dlouhodobé institucionální péče 0,4 % celkové populace). V průměru přibližně 70 % uživatelů je dlouhodobá péče poskytována v jejich domácím prostředí. Tento podíl se pohybuje od 55 % v Belgii do více než 80 % v České republice.¹

Z hlediska tohoto výzkumu je rovněž vhodné vymezit pojem formální a neformální péče. Formální péče zahrnuje státem nebo jinými institucemi kontrolované služby zajišťované pouze kvalifikovanými a licencovanými profesionály. Péče má smluvní charakter obsahující definici povinností v souladu s jejich odbornou způsobilostí. Za poskytnutou péči jsou formální pečovatелé placeni a jejich práce je regulována zákonem. Neformální péče je naopak zajišťována především rodinnými příslušníky, případně sousedy nebo přáteli, není

¹ Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III), poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví./ WIJA, Petr In: Aktuální informace ÚZIS ČR. - rok 2012, č. 33/12, <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iii-poskytovani-neformalni-pece-jeji-dopad-na-za>. V případě, že výsledky tohoto výzkumu srovnáváme se studií OECD, je třeba vždy brát v úvahu věkové omezení evropského šetření, z něhož výzkumná studie převážně vychází. Jedná se o data z projektu *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*, který je zaměřen pouze na populaci starší 50 let. Nicméně se jedná o kvantitativní výzkum, který nelze při interpretaci dat pominout, i když má tyto limity.

však nutné, aby mezi pečujícími a opečovávaným existovaly sociální kontakty před vznikem potřeby péče. Neformální pečovatelé nejsou obvykle odborně vyškoleni na poskytování péče. Za poskytnutou péči nepobírají oficiálně mzdu (mohou však pobírat různé dávky) a z jejich péče jim vyplývají jen minimální sociální práva. Nezřídka provádějí širokou škálu úkonů, z nichž některé jsou srovnatelné s úkony poskytovanými profesionálními pečovateli. Jejich pečovatelské povinnosti nejsou vymezeny smluvně a neexistuje žádné oficiální časové omezení jejich práce.²

Cílovou skupinou tohoto výzkumu byli tzv. neformální pečovatelé, pro potřeby tohoto výzkumu definované jako osoby, které kontinuálně, pravidelně, dlouhodobě, nezištně a bezplatně pečují o jinou osobu v domácím prostředí. Kritérium dlouhodobé péče nebylo vyžadováno. Záměrem bylo oslovit co nejširší skupinu neformálních pečovatelů. Pro zařazení do výzkumu byli vybíráni pouze takoví neformální pečovatelé, kteří splňovali následující kritéria:

- věk 15 a více let;
- péči poskytují déle než 3 měsíce;
- jedná se o hlavního pečovatele nebo jednoho z hlavních pečovatelů, tzn. v případě existence více pečovatelů, věnují péči o závislou osobu nejvíce času;
- péče pro ně představuje významné omezení na trhu práce nebo významné omezení v procesu vzdělávání
- péče je zajišťována minimálně v této míře: pečovatel musí vykonávat alespoň 3 pečovatelské činnosti z následujícího seznamu v rozsahu alespoň 20 hodin týdně

1. Samotná přímá péče (jako provádění hygieny, polohování, oblékání, krmení, pomoc s mobilitou atd.).

² Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. / KOTRUSOVÁ, Miriam - DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka In: FÓRUM sociální politiky. - Roč.7, č. 6 (2013), s. 10-20

2. Starost o domácnost osoby, o kterou pečuje / o domácnost, kterou s ní sdílí (úklid, nákupy, vaření, drobné opravy apod.).
3. Organizace péče a vyhledávání různých služeb – sociálních služeb (např. pečovatelské služby, denní stacionáře atd.), lékařů, vzdělávacích zařízení, rehabilitačních zařízení apod.
4. Doprovázení nebo doprava závislé osoby za sociálními službami, k lékaři, na úřad, do vzdělávacích zařízení apod.
5. Jednání s úřady jménem závislé osoby nebo pomoc v jednání s úřady
6. Rehabilitační, logopedická nebo podobná cvičení se závislou osobou

Tab. č. 1

Přehled kvót a jejich naplnění

		Počet	%	Kvóty
Pohlaví respondenta/pečovatele	Žena	711	83	80%
	Muž	147	17	15%-20%
Kraj, ve kterém bydlí závislá osoba	Hlavní město Praha	79	9	7%*
	Středočeský	57	7	7%
	Jihočeský	64	7	7%
	Plzeňský	50	6	7%
	Karlovarský	48	6	7%
	Ústecký	63	7	7%
	Liberecký	49	6	7%
	Královéhradecký	45	5	7%
	Pardubický	55	6	7%
	Vysočina	52	6	7%
	Jihomoravský	90	10	7%
	Olomoucký	56	7	7%
	Zlínský	51	6	7%
	Moravskoslezský	99	12	7%
Věk závislé osoby	Méně než 18 let	175	20	minimálně 20%
	19 až 65 let	263	31	minimálně 20%
	Více než 65 let	420	49	30%-60%
Výše pobíraného příspěvku závislé osoby	I. stupeň	88	10	13%
	II. stupeň	202	24	27%
	III. stupeň	236	28	31%
	IV. stupeň	204	24	19%
	Nepobírá	104	12	10%
	Nevím	24	3	x
Celkem		858	x	x

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

*minimální přípustný počet byl 45 respondentů na kraj

Pro zajištění dostatečné rozmanitosti výběrového souboru byly, vedle výše zmíněných vstupních kritérií, zadavatelem stanoveny kvóty, které vycházely z údajů z šetření ČSÚ SILC2010, databáze MPSV OKStat a výběrových šetření ČSÚ o OZP. Vzhledem k celkové náročnosti sběru dat (jedná se o velmi úzkou cílovou skupinu), byly kvóty předepsány s povolenými limity. Předepsané kvóty a jejich naplnění shrnuje tabulka (tab. č. 1). Minimální

požadovaný vzorek byl 800 respondentů, celkem pak bylo v průběhu listopadu a prosince 2014 dotázáno 858 respondentů na území České republiky.

1.2 Metodika sběru dat

Výzkum byl designován jako face-to-face dotazníkové šetření³. Dotazník připravil zadavatel (FDV) a na jeho finální podobě spolupracoval s realizátorem výzkumu (STEM/MARK). Před ostrým sběrem dat proběhlo pilotní šetření na 1 % respondentů z předpokládaného vzorku 800 dotázaných. Na základě této pilotáže byla následně dopracována finální podoba dotazníku. Průměrná doba dotazování v realitě dosahovala 35 minut.

Už jen vzhledem k počtu neformálních pečovatелů věnujících se péči více než 20 hodin týdně (dá se odhadovat, že se nebude jednat o více než cca 2 % české populace), lze cílovou skupinu z výzkumného hlediska považovat za velmi nesnadno kontaktovatelnou. Vedle nízké penetrace v populaci zde hraje roli rovněž obtížná zastižitelnost cílové skupiny, neexistence veřejně dostupných databází či nutnost citlivého přístupu k respondentům. Zároveň bylo třeba zajistit určitou heterogenitu cílové skupiny. STEM/MARK proto využil k vyhledávání vhodných respondentů kombinaci několika postupů:

A. Kontaktování nestátních neziskových organizací, patientských organizací a úřadů práce

Seznam vhodných NNO a institucí k oslovení byl vytvořen na základě volně přístupného Registru poskytovatelů sociálních služeb provozovaného na portálu MPSV⁴. Vhodné patientské organizace byly doplněny ze seznamu dostupného na www.koaliceprozdravi.cz⁵. Vybrané instituce byly následně kontaktovány e-mailem, který obsahoval vysvětlení účelu celého výzkumu a průvodní dopis FDV jakožto garanta celého projektu. Součástí byla i zdvořilá žádost, zda by organizace

³ Sběr dat probíhal metodou CAPI – Computer assisted personal interviewing

⁴ <http://iregistr.mpsv.cz/>

⁵ www.koaliceprozdravi.cz/rubrika/seznam-pacientskych-organizaci-podle-diagnozy/

svým členům, případně klientům, kteří odpovídají cílové skupině projektu, předala příložené materiály s informacemi o výzkumu a s prosbou o účast. Součástí všech materiálů byl telefonický i emailový kontakt na pověřeného pracovníka STEM/MARK. Celkem bylo osloveno cca 250 organizací a institucí s různým zaměřením.

V případě zájmu o účast ve výzkumu se potenciální respondent sám dobrovolně přihlásil. K tomu mohl využít několik způsobů: emailový kontakt, telefonický kontakt nebo webový formulář. U potenciálního respondenta byla následně na základě stručného screeningu ověřena jeho vhodnost pro výzkum. Dle výsledku s ním byl /nebyl dohodnutý termín rozhovoru. V tomto termínu respondenta navštívil tazatel STEM/MARK a provedl s ním vlastní rozhovor.

B. Screening členů Českého Národního Panelu⁶ (dále ČNP)

Pro vyhledání respondentů z cílové skupiny byl rovněž využitý online panel respondentů (ČNP). Standardizovaným postupem byli osloveni členové ČNP s výzvou, ve které byl vysvětlen celý projekt a která obsahovala odkaz na krátký screeningový dotazník. Respondenti, kteří vyhovovali cílové skupině neformálních pečovatelů, byli rovnou požádáni o spolupráci. Pokud nevyhovovali podmínkám pro zařazení, měli možnost zprostředkovat kontakt s osobou ze svého okolí, která by byla potenciálně vhodný respondent. Kontakt s potenciálním respondentem proběhl stejným způsobem jako v předchozím případě.

⁶ V ČNP je registrováno více než 60 tisíc členů, kteří reprezentují českou internetovou populaci ve věku 15-65 let a lze na nich realizovat jak rozsáhlé výběry tak i velmi úzce zacílené projekty.

C. Vyhledávání cílových osob F2F tazateli STEM/MARK

Nezanedbatelnou částí rekrutace respondentů byl rovněž nábor prostřednictvím tazatelské sítě STEM/MARK určené k osobnímu dotazování. V tomto případě tazatelé sami rovnou oslovili potenciálně vhodné respondenty ve svém okolí.

D. Metoda „sněhové koule“

V neposlední řadě byla využita metoda tzv. „sněhové koule“, která se ukázala jako jedna z užitečných cest při získávání vhodných respondentů. Během rekrutace respondentů spontánně docházelo k šíření informací o výzkumu v různých komunitách neformálních pečovatelů, kdy na základě doporučení již oddotazovaných respondentů se hlásili další.

Celková response rate nakonec dosáhla 57 % (z 1505 kontaktovaných osob bylo realizováno 858 rozhovorů). Do výzkumu se různými cestami přihlásilo celkem 383 respondentů, ať už se jednalo o respondenty získané na základě rekrutace z ČNP nebo přes NNO a jiné organizace. Z těchto kontaktů se nakonec uskutečnilo 276 rozhovorů (tj. response rate v případě adresného kontaktování byla 72 %). Je třeba zmínit, že způsob vyplnění otevřené otázky v závěru dotazníku vypovídá o tom, že většina respondentů (i tazatelů) k dotazování přistupovala zodpovědně. Respondenti celkem podrobně sdělovali své názory a tazatelé je celkem podrobně zaznamenávali, a to i přes relativní časovou náročnost dotazníku. Rovněž během zpětné vazby, kterou jsme provedli v závěru sběru dat mezi adresně oslovenými respondenty, nebyly výjimkou kladné odezvy (jak na práci tazatelů, tak na celý projekt).

2. Struktura souboru neformálních pečovatelů a osob, o které pečují

2.1 Ženy versus muži v roli neformálních pečovatelů

Lze říci, že struktura souboru pečovatelů se v hlavních rysech neliší od sociodemografických charakteristik neformálních pečovatelů v rámci zemí Evropské unie (což částečně vyplývá z metody kvótního sběru dat, jak bylo popsáno v předchozí kapitole). V případě EU roli neformálních pečovatelů zastávají ze dvou třetin ženy, které jsou v produktivním věku 45–64 let a které pečují o své rodiče nebo o rodiče svého partnera. Většina těchto žen je vdaná (71 %) a zaměstnaná (49 %). Obvykle mají dokončené středoškolské vzdělání (40 %) a příjmová situace domácností, v nichž žijí, je relativně dobrá.⁷

V rámci tohoto výzkumu sice byly stanoveny kvóty na podíl mužů a žen v roli neformálních pečovatelů, v průběhu sběru dat však nebylo třeba ve prospěch této kvóty nijak zasahovat. Tato kvóta byla tzv. „přirozeně“ naplněna, což může vzbuzovat dojem, že získaný soubor do jisté míry popisuje reálný stav. Při interpretaci dat je však třeba brát vždy v úvahu kvótní charakter sběru dat.

Tento soubor neformálních rodinných pečovatelů, v souladu s reálnou situací, tvoří především ženy (83 %) (tab. č. 1). Přitom dvě třetiny z nich (66 %) jsou v produktivním věku 40 až 64 let. Majorita těchto žen žije s manželem nebo partnerem (73 %). Zaměstnaná na plný nebo částečný úvazek je více než čtvrtina z nich (27 %), zhruba stejný podíl neformálních pečovatelek však deklaruje, že se věnuje pouze péči o závislou osobu (26 %) a obdobný podíl pobírá starobní důchod (24 %). Středoškolské vzdělání završené maturitou má téměř polovina z nich (45 %) a dalších 16 % má VŠ (tab. č. 2), což mírně převyšuje podíl v EU zmíněný výše.

⁷ Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. / KOTRUSOVÁ, Miriam - DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka In: FÓRUM sociální politiky. - Roč.7, č. 6 (2013), s. 10-20

Pokud v těchto parametrech srovnáváme muže pečovatele s ženami pečovatelkami, pak se ukazuje, že muži roli pečovatele častěji zastávají ve vyšším věku (ve věkové kategorii 61 a více let je 36 % mužů oproti 24 % žen)⁸. Odlišná věková struktura mužů a žen rovněž odráží

Tab. č. 2⁹

Struktura souboru neformálních pečovatelů – respondenti část I.

		Ženy % (N=711)	Muži % (N=147)	Celkem % (N=858)
Věk pečovatele	15 až 40 let	23	24	23
	41 až 60 let	53	39	50
	61 a více let	24	36	26
Vzdělání pečovatele	Bez maturity	39	47	40
	S maturitou	45	39	44
	VŠ nebo VOŠ	16	14	16
Velikost obce, ve které pečovatel žije	Do 999 obyvatel	14	16	14
	1 000 - 4 999 obyvatel	21	26	22
	5 000 - 19 999 obyvatel	15	10	14
	20 000 - 99 999 obyvatel	29	27	29
	100 000 a více obyvatel	21	22	21
Počet osob, o které pečuje	Jedna osoba	93	93	93
	Dvě a více osoby	7	7	7
Činnosti, se kterými respondent osobě, o kterou pečuje, přímo pomáhá	Starost o domácnost závislé osoby	97	96	97
	Doprovázení nebo doprava závislé osoby	94	94	94
	Organizace péče a vyhledávání různých služeb	88	84	88
	Jednání s úřady jménem závislé osoby	86	86	86
	Samotná přímá péče	82	65	79
	Rehabilitační cvičení se závislou osobou	54	39	52
Průměrný počet hodin týdně, které pečovatel věnuje péči	20 až 30 hodin týdně	27	48	31
	31 až 70 hodin týdně	31	27	30
	Více než 71 hodin týdně	42	25	39
Celková doba péče o závislou osobu	Méně než 4 roky	31	46	34
	4 až 10 let	31	31	31
	Více než 10 let	38	23	35

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

fakt, že ve zkoumaném souboru se ženy častěji starají o své dcery/syny, zatímco muži o své rodiče, prarodiče případně partnerky (tab. č. 4). Z hlediska vzdělání převažuje u mužů pečovatelů nižší dosažené vzdělání než u žen (základní nebo středoškolské vzdělání bez maturity má 47 % mužů), nicméně rozdíly nejsou statisticky významné. Podstatnější rozdíl se ukazuje v podílu zaměstnaných; mezi muži pečovateli je na plný nebo částečný úvazek zaměstnaných 34 % (vs. 27 % žen). Starobní důchod pobírá 27 % mužů pečovatelů (u

⁸ Přitom průměrný věk pečovatelů mužů a pečovatelek žen se významně neliší (51 let pro ženy a 52 let pro muže). Což je dáno tím, že ve zkoumaném souboru je sice celkově nižší podíl žen ve vyšší věkové kategorii, jsou však starší než muži.

⁹ Významné rozdíly na hladině signifikance 0,05 jsou v tabulkách a grafech vyznačeny červeně.

žen 24 %). Pouze přímou péčí o závislou osobu však muži vykonávají výrazně méně často než ženy (16 % mužů pečovateli oproti 26 % žen) (tab. č. 3).

2.2 Rozsah péče

Zastoupení krátkodobě pečujících (3 měsíce až 4 roky), střednědobě pečujících (4 až 10 let) a dlouhodobě pečujících (více než 10 let) je vyrovnané. Z hlediska intenzity péče (tj. počet

Tab. č. 3

Struktura souboru neformálních pečovateli – respondenti část II

		Ženy % (N=711)	Muži % (N=147)	Celkem % (N=858)
Typ respondentova partnerství	Žiji se svým manželem/manželkou	63	54	62
	Žiji bez partnera/partnerky	27	33	28
	Žiji s partnerem/partnerkou v nesezdaném soužití	10	13	10
Společná domácnost se závislou osobou	Ano	80	71	79
	Ne	20	29	21
Počet osob v domácnosti celkem	1 osoba	3	5	3
	2 osoby	29	37	31
	3 osoby	32	31	32
	4 a více	35	27	34
Počet ekonomicky činných osob v domácnosti	Nikdo	31	33	31
	1 osoba	34	35	35
	2 osoby	30	26	29
	3 a více	5	6	5
Počet závislých dětí do 18 let v domácnosti	Žádné dítě	60	72	62
	1 dítě	17	18	18
	2 děti	17	6	15
	3 a více	5	3	5
Socioekonomický status pečovatele	Starobní důchodce/důchodkyně	24	27	24
	Věnuji se pouze péči	26	16	24
	Zaměstnaný/á na plný úvazek	16	29	19
	Zaměstnaný/á na částečný úvazek	11	5	10
	Podnikatel/ka, samostatně výdělečně činná	5	8	5
	Nezaměstnaný/á	6	3	5
	Invalidní důchodce/důchodkyně	4	7	5
	Zaměstnaný/á na dohodu o pracovní činnosti (DPČ)/dohodu o provedení práce (DPP)	4	4	4
	Na rodičovské/mateřské dovolené	3	0	2
Žák/žákyně, student/ka	1	1	1	
Čistý měsíční příjem domácnosti	Do 15 000 Kč	10	13	11
	15 001 – 20 000 Kč	14	12	14
	20 001 – 25 000 Kč	17	18	17
	25 001 – 30 000 Kč	18	16	17
	Víc než 30 000 Kč	20	20	20
	Odmítl/a odpověď	21	22	21

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

hodin věnovaných péči týdně) mírně převažuje kategorie každodenní péče (nad 71 hodin týdně). Dlouhodobě pečující (pečují o závislou osobu déle než 10 let) tvoří více než třetinu (35 %) zkoumaného souboru. Téměř dvě pětiny respondentů pak pečují více než 71 hodin týdně (tj. každodenně). Pětina respondentů spadá do obou skupin, tj. pečuje o závislou osobu dlouhodobě a každodenně. Naopak 16 % vzorku pečovatelů tvoří ti, kteří věnují péči 20 až 30 hodin týdně a (zatím) pečují o závislou osobu méně než 4 roky. Výše zmíněné rovnoměrné zastoupení pečovatelů z hlediska intenzity a celkové délky však skrývá výrazné rozdíly mezi pečovatelkami a pečovateli (tab. č. 3).

Jak již bylo naznačeno, spočívá hlavní rozdíl mezi pečovatelkami a pečovateli v intenzitě péče a v celkové délce péče o závislou osobu - ženy věnují péči více času a pečují delší dobu než muži. Prokazatelné rozdíly¹⁰ se ukazují jak v průměrném počtu hodin týdně, které respondent/ka věnuje péči, tak v celkové době, po kterou respondent/ka o závislou osobu pečuje. Ženy pečovatelky stráví péčí o závislou osobu v průměru 76 hodin týdně, zatímco muži 57 hodin. O závislou osobu pak ženy pečují v průměru o 3 roky déle než muži (11 let vs. 8 let). Významně častěji než muži se také věnují samotné přímé péči o závislou osobu (82 % vs. 65 %) a rehabilitačním cvičením (54 % vs. 39 %) (tab. č. 2). Ženy - pečovatelky tedy oproti mužům - pečovatelům obvykle pečují každodenně, dlouhodobě a poskytují závislé osobě přímou péči.

2.3 Příjem a počet osob v domácnostech neformálních pečovatelů

Ve srovnání s obecnou populací žijí neformální pečovatelé v domácnostech s větším počtem osob. V souboru převažuje soužití pečovatelů v jedné domácnosti s opečovávanou osobou (79 % respondentů). Z pohledu předchozích údajů není příliš překvapivé, že ženy o něco častěji než muži sdílejí se závislou osobou společnou domácnost (80 % vs. 71 %). Zbýlých 20 %, kteří žijí odděleně od opečovávané osoby, žije ve velikostně srovnatelné domácnosti

¹⁰ Statisticky významné rozdíly byly ověřeny dvou výběrovým t-testem na hladině $p=0,05$.

jako obecná populace. Celkově jsou dvě třetiny domácností ve zkoumaném souboru pečovatelů minimálně tříčlenné, zatímco v obecné populaci tříčlenné domácnosti představují méně než polovinu (převažují zde nejvýše dvoučlenné domácnosti)¹¹.

Počet ekonomicky aktivních osob v domácnostech pečovatelů je naopak výrazně nižší. Necelá třetina pečovatelů žije v domácnosti bez ekonomicky aktivních členů, zatímco v obecné populaci je to jen necelá pětina. Počet závislých dětí v domácnostech pečovatelů se neliší od obecné populace. Ve zkoumaném souboru je 29 % domácností, které mají nezletilé dítě/děti a zároveň pečují o dalšího člena rodiny.

Příjmy za celou domácnost se u pečovatelů častěji pohybují ve středním příjmovém pásmu (tedy méně často v minimálních a maximálních příjmových mezích). Nicméně vzhledem k tomu, že počet členů domácnosti je mezi pečovateli vyšší, lze také dovozovat, že celková průměrná částka na osobu v domácnosti pečovatele je nižší než v obecné populaci.¹²

2.4 Vztah pečovatele a osoby, o kterou pečuje

Z předchozích zjištění vyplývá, že poskytování péče úzce souvisí se sociodemografickými charakteristikami, jako je věk a pohlaví. Literatura uvádí, že nejčastěji jsou rodinnými pečovateli ženy, především manželky (partnerky) a dcery, popřípadě snachy¹³. Ve zkoumaném souboru však mírně převažují pečovatelky matky, tj. nejčastěji je závislou osobou syn nebo dcera (39 %), přičemž převažují synové (58 % vs. 42 %). Z hlediska věku je pak polovina těchto dětí nezletilých (49 %), a 29 % je ve věku od 18 do 30 let. Druhou významnou skupinou jsou pečovatelé, kteří se starají o své rodiče (28 %) nebo o rodiče

¹¹ Zdroj: STEM/MARK – Omnibus 2014, jedná se o pravidelné měsíční reprezentativní výběrové šetření na populaci ČR, které realizuje STEM/MARK. Respondenti jsou vybíráni kvótní metodou. Soubory jsou reprezentativní pro populaci ČR pro následující znaky: pohlaví, věk, vzdělání, region a velikost obce. Výběrový soubor čítá cca 1000 respondentů ve věku 15 a více let.

¹² Vezmeme-li čistý měsíční příjem domácnosti na osobu, má 95 % pečovatelů příjem pod 15 tis. Kč na osobu, zatímco v obecné populaci musí s touto částkou vystačit 71 %. Zdroj: STEM/MARK – Omnibus 2014

¹³ Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob / KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-123-1.pdf

partnera (5 %). Tuto druhou skupinu pečovatelů tvoří zejména dcery (méně často snachy). V tomto případě je osoba, o kterou je pečováno, v naprosté většině rovněž žena (83 %), tedy matka, případně tchýně. Přitom více než dvě třetiny opečovávaných rodičů jsou starší 80 let (68 %). Celkem 11 % pečovatelů ze zkoumaného souboru se stará o svého manžela nebo manželku, ojediněle se jedná o partnera či partnerku. V případě tohoto souboru zcela převažuje model, kdy manželka pečuje o svého manžela (71 %), přitom více než dvě třetiny závislých partnerů a partnerek jsou starší než 65 let (68 %). Obdobně je tomu i v případě péče o prarodiče, kde mezi závislými osobami opět převažují ženy ve věku nad 80 let (tab. č. 4 a 5).

Tab. č. 4

Vztah pečovatele a závislé osoby podle pohlaví pečovatele

Vztah závislé osoby k pečovateli:	Pohlaví pečovatele		Celkem % (N=858)
	Ženy % (N=711)	Muži % (N=147)	
Dcera/Syn	43	20	39
Matka/Otec	26	35	28
Manželka/Manžel/Partnerka/Partner	10	17	11
Babička/Dědeček	6	13	7
Tchýně/Tchán	5	5	5
Sestra/Bratr	3	3	3
Vnučka/Vnuk	1	1	1
Teta/Strýc	1	4	1
Jiný příbuzný	1	0	1
Kamarádka/Kamarád/Sousedka/Soused	3	1	2
Někdo jiný	2	2	2
Celkem	100	100	100

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

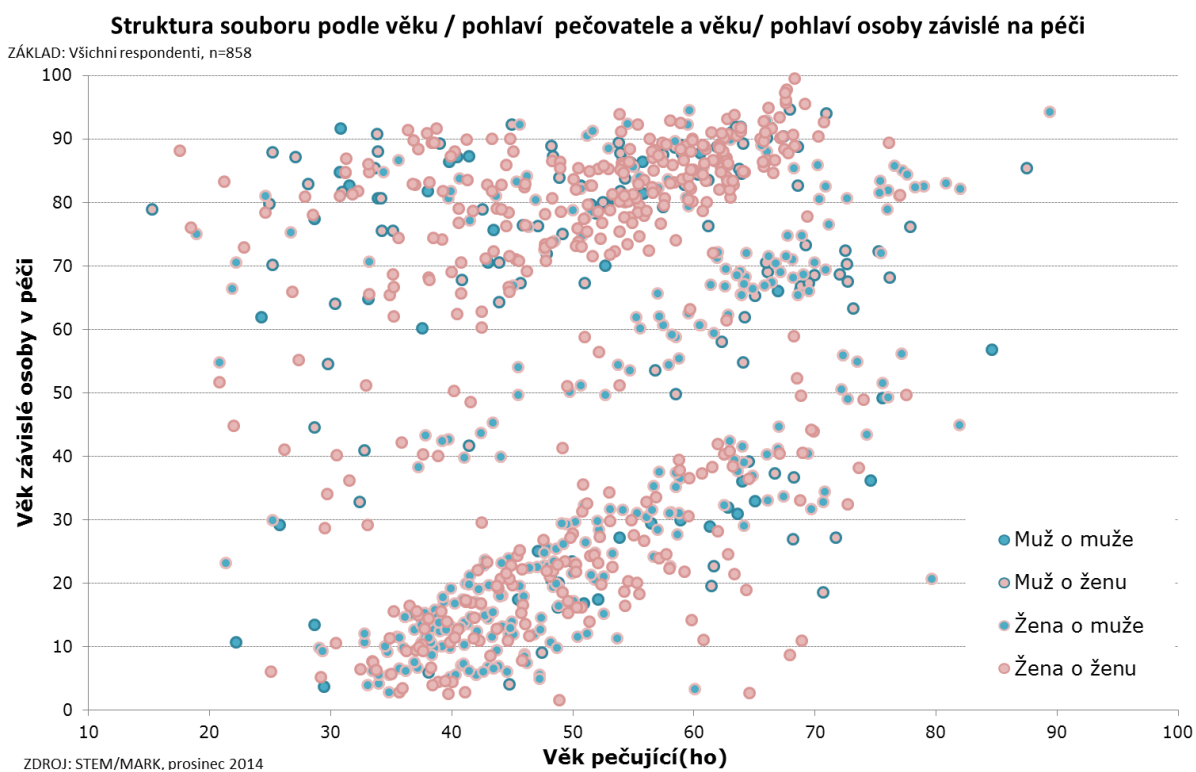
Tab. č. 5

Vztah pečovatele a závislé osoby podle pohlaví a věku závislé osoby

Vztah závislé osoby k pečovateli:	Pohlaví závislé osoby		Věk závislé osoby		
	Ženy řádková % (N=500)	Muži řádková % (N=358)	Méně než 18 let řádková % (N=175)	19 až 65 let řádková % (N=263)	Více než 65 let řádková % (N=420)
Dcera/syn	42	59	49	51	0
Matka/otec/tchýně/tchán	83	17	0	6	94
Manžel/manželka/partner/partnerka	29	71	0	36	64
Babička/dědeček	74	26	0	0	100
Ostatní příbuzní/kamarád/soused/jiný	66	34	14	49	38
Celkem	58	42	20	31	49

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 1



V předchozím grafu (graf č. 1) je znázorněna struktura souboru pečovatelů tak, aby zohlednila 4 kritéria najednou: jak věk a pohlaví pečovatele, tak věk a pohlaví opečovávané osoby. V pravém horním kvadrantu je názorně zaznamenán výše zmíněný fakt, že o nejstarší generaci žen pečují opět hlavně ženy, v důchodovém a předdůchodovém věku. Prostřední výšeč grafu odkazuje na partnery pečující o své partnery, zde se koncentrují, ale nepřevažují, pečovatelé-muži a dolní levý kvadrant odkazuje na matky pečující o své děti, v tomto případě je podíl pohlaví opečovávaných osob vychýlený k mužskému pohlaví.

2. 5 Struktura opečovávaných osob

Pokud se souhrnně podíváme na strukturu osob, o které je pečováno, je podíl žen a mužů mezi závislými osobami ve studovaném souboru 58 % ku 42 %. Přitom ženy, kterým je poskytována rodinná péče, jsou hlavně matky/tchyně (47 %) a dcery (28 %), zatímco v případě mužů se jedná o syny (55 %) a manžele/partnery (19 %).

Péče, kterou závislé osoby potřebují a která je jim pečovateli poskytována, byla rozdělena do 6 kategorií:

- Samotná přímá péče (jako provádění hygieny, polohování, oblékání, krmení, pomoc s mobilitou atd.)
- Starost o domácnost osoby, o kterou respondent pečuje / o domácnost, kterou s ní sdílí (úklid, nákupy, vaření, drobné opravy apod.)
- Organizace péče a vyhledávání různých služeb – sociálních služeb (např. pečovatelské služby, denní stacionáře atd.), lékařů, vzdělávacích zařízení, rehabilitačních zařízení apod.
- Doprovázení nebo doprava osoby, o kterou respondent pečuje za sociálními službami, k lékaři, na úřad, do vzdělávacích zařízení apod.
- Jednání s úřady jménem osoby, o kterou pečuje, nebo pomoc v jednání s úřady
- Rehabilitační, logopedická nebo podobná cvičení s osobou, o kterou respondent pečuje

Téměř všechny osoby, o které je pečováno potřebují pomoc ve všech prvních 5 kategoriích (více než 80 %). Nejmenší podíl tvoří závislé osoby, které potřebují pomoci s rehabilitačním či jiným typem cvičení (61 %). Pečující měli rovněž uvést, jakými zdravotními omezeními trpí závislá osoba. Jedno omezení uvedly necelé dvě pětiny respondentů (39 %), dvě omezení necelá třetina respondentů (32 %), zbytek uvedl více než dvě omezení. Jako nejčastější zdravotní omezení závislé osoby bylo uváděno tělesné postižení (53 %), následuje mentální postižení (43 %, přitom bylo častější u opečovávaných mužů), senioři odkázaní na péči z důvodu věku pak tvořili 36 % (přitom častěji se jednalo o opečovávané ženy) (tab. č. 6).

Tab. č. 6

Struktura souboru neformálních pečovatелů - osoby závislé na péči

		Pohlaví závislé osoby		Celkem % (N=858)
		Ženy % (N=500)	Muži % (N=358)	
Věk závislé osoby	Méně než 18 let	14	30	20
	19 až 65 let	25	39	31
	Více než 65 let	61	32	49
Činnosti, se kterými závislá osoba potřebuje pomoci	Starost o domácnost osoby, o kterou pečujete	99	99	99
	Doprovázení nebo doprava osoby	97	98	97
	Jednání s úřady jménem osoby, o kterou pečujete	92	91	92
	Organizace péče a vyhledávání různých služeb	91	91	91
	Samotná přímá péče	83	85	84
	Rehabilitační cvičení s osobou	57	66	61
Zdravotní omezení závislé osoby	Tělesné postižení	54	52	53
	Mentální postižení	36	54	43
	Senior odkázaný na péči z důvodu věku	48	20	36
	Zrakové postižení	21	20	20
	Duševní onemocnění	18	19	18
	Vnitřní onemocnění	14	11	13
	Sluchové postižení	15	11	13
	Konečné stádium nemoci	1	1	1
Jiné	8	8	8	
Výše pobíraného příspěvku závislé osoby	I. stupeň	11	9	10
	II. stupeň	26	20	24
	III. stupeň	25	31	28
	IV. stupeň	20	29	24
	Nepobírá, ale je zažádáno	5	2	4
	Nepobírá, žádost byla zamítnuta	2	2	2
	Nepobírá, a není zažádáno	8	5	6
	Neví	3	2	3

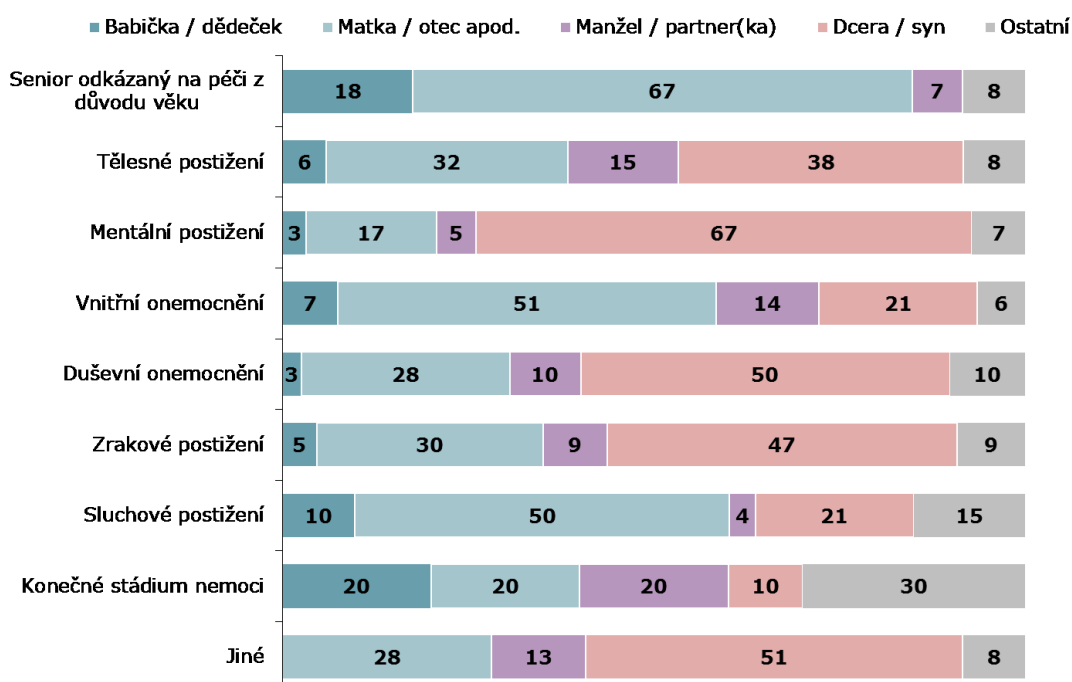
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Jiný úhel pohledu nabízí graf č. 2, který ukazuje, s jakým typem zdravotního omezení se u osoby, o kterou respondent pečuje, musí při své péči potýkat a to v závislosti na vztahu k osobě v péči. Z grafu jsou zřetelné některé korelace: syn/dcera závislý na péči svého rodiče obvykle trpí mentálním nebo duševním postižením často v kombinaci s tělesným postižením. Naopak u rodičů závislých na péči svých dětí se nejčastěji vyskytuje kombinace vnitřního onemocnění a sluchového postižení. Tělesné postižení u opečovávaných rodičů představuje cca 33 %.

Graf č. 2

Typ zdravotního omezení závislé osoby podle vzahu závislé osoby k pečovateli

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858 [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

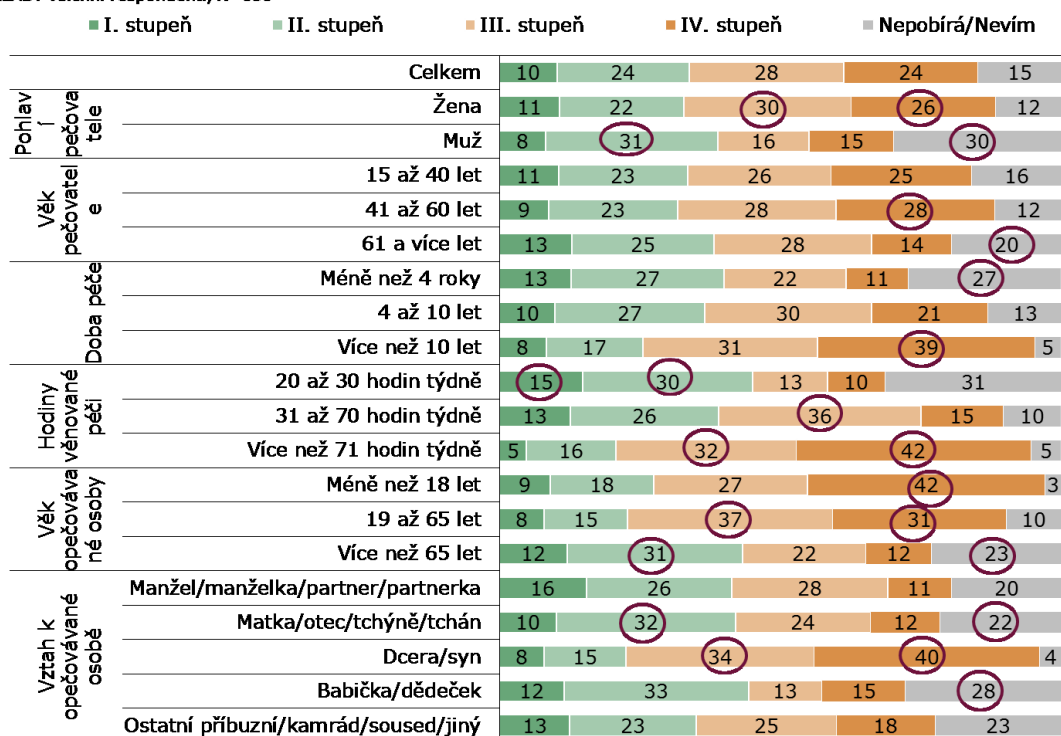
Z hlediska výše příspěvku na péči, který pobírá závislá osoba, je soubor rozdělen takto¹⁴: 10 % tvoří příspěvek v I. stupni závislosti, zhruba čtvrtina připadá na příspěvek ve II. stupni závislosti, 28 % pobírá příspěvek ve III. stupni závislosti a zhruba čtvrtina připadá na příspěvek ve IV. stupni závislosti. V souboru jsou také 4 %, která mají o příspěvek požádáno, 2 %, kterým byl příspěvek zamítnut a 6 % osob, které o příspěvek zatím nezažádaly. Kromě toho 3 % respondentů nevěděla, zda a případně v jaké výši opečovávaná osoba příspěvek pobírá. Data ukazují, že výše příspěvku souvisí s délkou a intenzitou péče. Mezi těmi, kteří pobírají příspěvek IV. stupně logicky převažují osoby, o které je pečováno déle než 10 let a je o ně pečováno více než 71 hodin týdně (graf č. 3). Zároveň je však třeba zmínit, že ve skupině závislých osob, která příspěvek nepobírá, převažují senioři odkázaní na péči z důvodu věku.

Graf č. 3

¹⁴ Rozdělení souboru podle pobírání příspěvku na péči bylo dáno kvótním předpisem, viz první kapitola.

Výše pobíraného příspěvku na péči podle soc. dem. charakteristik pečovatele a závislé osoby a podle typu péče

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Shrnutí

Neformální péče se liší podle toho, zda pečuje žena či muž. Péče žen o závislou osobu je časově náročnější a dlouhodobější než péče mužů. Na ženách tedy spočívá většina péče, zejména pokud je závislou osobou dítě se zdravotním handicapem. Intenzita i délka péče roste také s vyšším stupněm příspěvku na péči, který pobírá osoba závislá na péči. Ženy pečovatelky typicky pečují v produktivním věku (41 až 64 let). Žijí s manželem nebo partnerem (73 %). Jsou vzdělané – střední školu s maturitou nebo VŠ má více než polovina z nich (61 %). Čtvrtina je zaměstnána na plný nebo částečný úvazek (27 %), čtvrtina se věnuje pouze péči o závislou osobu (26 %) a čtvrtina pobírá starobní důchod (24 %). V případě žen pečovatelek převažuje každodenní péče (v průměru 76 hodin týdně), dlouhodobá péče (v průměru 11 let). Starají se hlavně o své zdravotně handicapované syny nebo dcery, případně o svou matku nebo tchýni. Muži pečovatelé obvykle pečují v produktivním a seniorském věku (41 a více let), ale roli pečovatele častěji než ženy zastávají ve vyšším věku

(65 a více let). Střední školu s maturitou nebo VŠ má zhruba polovina z nich (53 %). Jsou většinou zaměstnaní na plný nebo částečný úvazek (34 %), čtvrtina pobírá důchod (27 %), jen menší podíl z nich se věnuje pouze péči o závislou osobu (16 %). Péči věnují v průměru 57 hodin týdně, v průměru pečují 8 let, starají se hlavně o svou matku nebo tchýni případně partnerku.

3. Pomoc s péčí

3.1 Kdo neformálním pečovatelům pomáhá a s čím

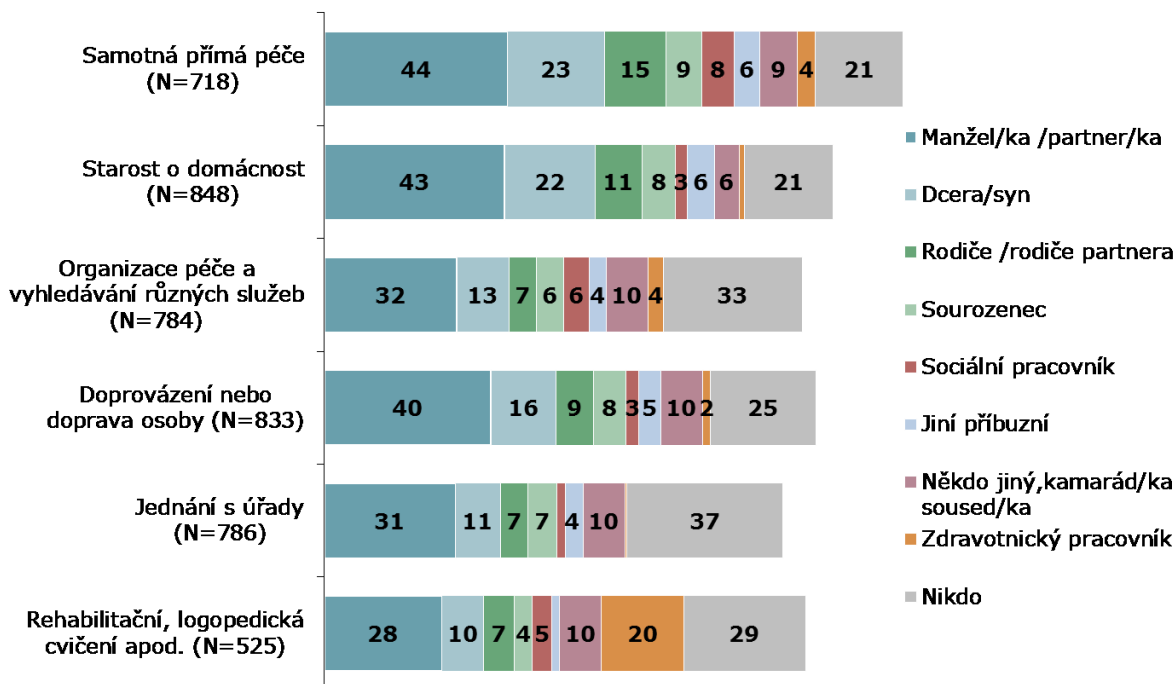
Vnímání náročnosti péče souvisí s mnoha faktory, jedním z nich je i to, zda je péče v rodině sdílena a podílí se na ní více členů rodiny. Výsledky výzkumu potvrzují známý fakt, že pečovatelé se opírají hlavně o pomoc nejbližších rodinných příslušníků, sociální a zdravotní pracovníci přispívají k péči o závislou osobu jen v omezené míře. Výjimkou je pomoc při rehabilitačních a jiných cvičeních, kdy se více zapojují zdravotničtí pracovníci (pomáhají až pětině pečovatelů) (graf. č. 4).

Nejčastěji pečovatelům pomáhá manžel/ka nebo partner/ka. Zapojují se do péče u více než dvou pětín domácností pečovatelů, a to jak do přímé péče o závislou osobu, tak péče o její domácnost případně se podílejí na doprovázení nebo dopravě závislé osoby. S péčí vypomáhají, i když méně často, také děti pečovatelů. Pečující obvykle uvádějí pouze jednu osobu, která jim pomáhá s péčí o závislou osobu. Nejméně pomoci při péči o závislou osobu se pečovatelům dostává od svého okolí – možná proto, že jsou nejhůře zastupitelní – při organizaci péče včetně vyhledání různých služeb a při jednání s úřady. Při těchto činnostech nikdo nepomáhá 33 % respektive 37 % pečovatelů.

Graf č. 4

Kdo - mimo Vás - pomáhá osobě, o kterou pečujete, s následujícími činnostmi?

ZÁKLAD: Všichni respondenti, u kterých závislá osoba potřebuje s danou činností pomoci [údaje v grafu v %]
 POZNÁMKA: Respondenti mohli vybrat více možností, proto je součet v řádku vyšší než 100%



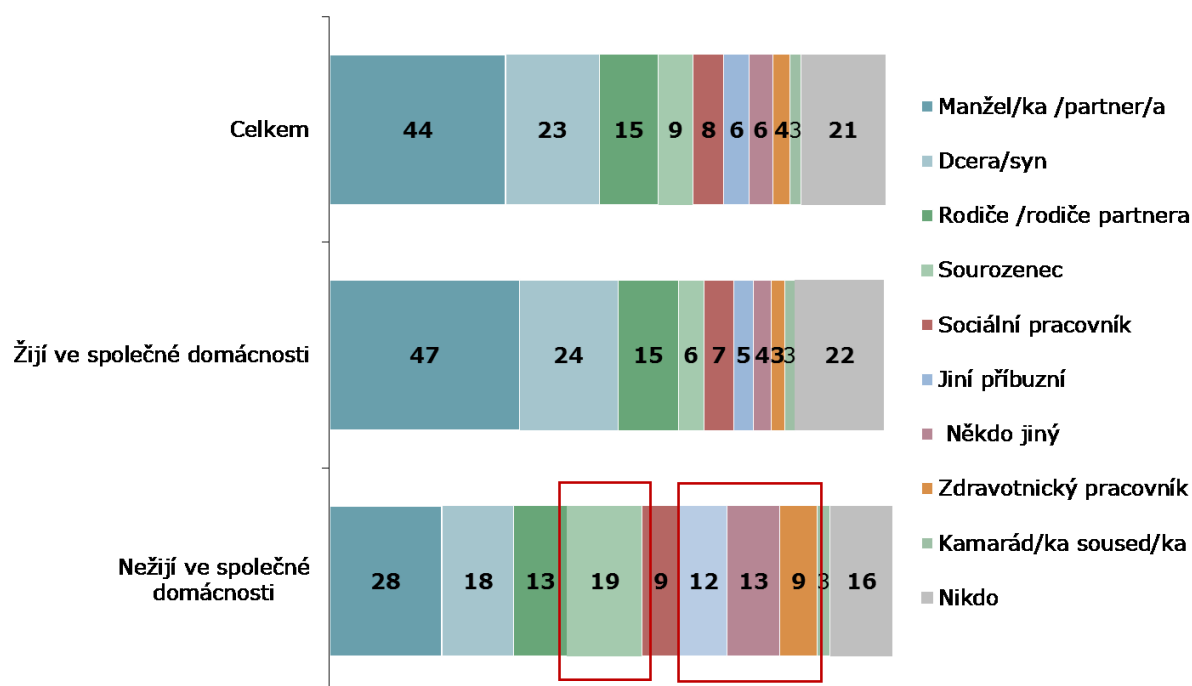
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Poskytování pomoci s přímou péčí o závislou osobu (týká se celkem 79 % pečovatелů) souvisí zejména s těmito faktory péče: čím delší a intenzivnější péče je, tím důležitější je zapojení dalších rodinných příslušníků (zejména manželů/manželek a dětí). Mladším pečovatелům s přímou péčí vedle manželů/manželek a partnerů/partnerek pomáhají zejména vlastní nebo partnerovy rodiče, starším pak jejich děti. Nejstarší věková kategorie pečovatелů (více než 61 let) však častěji než ostatní zmiňuje, že jim v této oblasti péče nikdo nepomáhá.

Graf č. 5

Pomoc s přímou péčí podle typu soužití pečovatele a závislé osoby

ZÁKLAD: Všichni respondenti, u kterých závislá osoba potřebuje s pomoci s přímou péčí, N=718 [údaje v grafu v %]
 POZNÁMKA: Respondenti mohli vybrat více možností, proto je součet v řádku vyšší než 100%



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Ve výpomoci pečovatelům s péčí o závislou osobu lze vysledovat určité obecné tendence: pomoc s dopravou opečovávané osoby zajišťují zejména muži (manželé/partneři); vysokoškolákům častěji s péčí pomáhají rodiče vlastní nebo partnerovi; nejvyšší příjmová kategorie deklaruje největší podíl pomoci od partnerů (partnerek, manželů či manželek) stejně jako ti, kteří pobírají příspěvek na péči IV. stupně. Žije-li opečovávaná osoba mimo domácnost, pak s péčí vypomáhají obvykle jiní příbuzní než partneři a děti, často se jedná o sourozence (graf. č. 5).

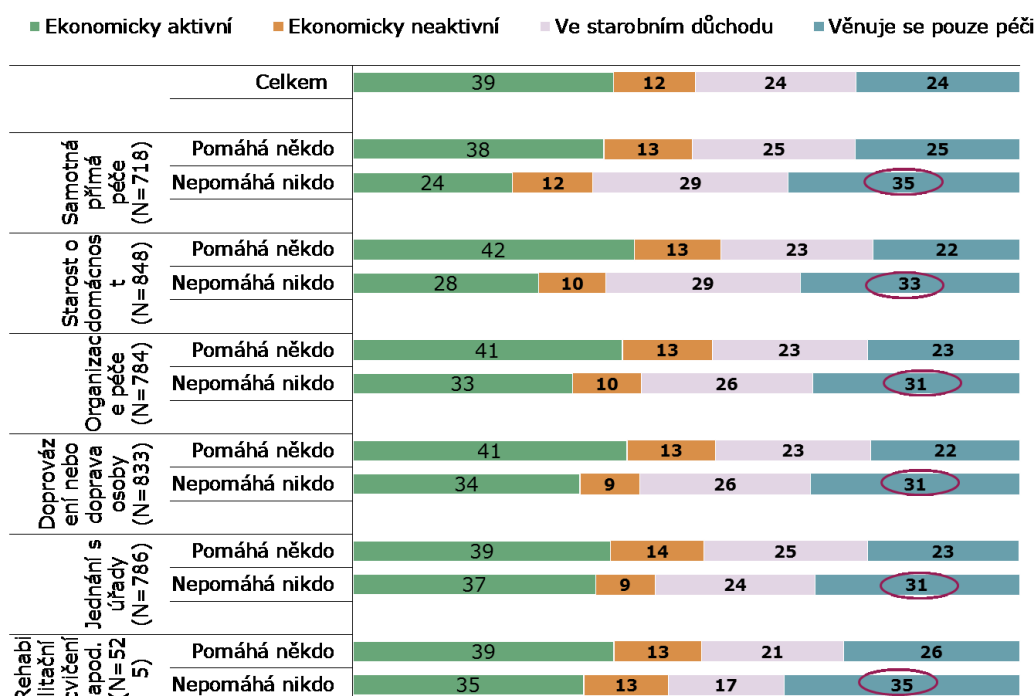
Doposud jsme zmiňovali hlavně ty, kterým se pomoci od svého okolí dostává, kdo je však nejvíce ohrožen omezenou mírou okolní pomoci? Paradoxně nejvíce právě ti, jejichž péče je nejintenzivnější, ti, kteří se každodenně věnují péči o závislou osobu. Mezi pečovateli, kterým jejich okolí s péčí fyzicky nepomáhá, tvoří tato skupina zhruba třetinu a je přítomna ve všech

oblastech péče (graf č. 6). Alarmující je také zjištění, že mezi pečovateli, kterým se nedostává pomoci při rehabilitačních a jiných cvičeních se závislou osobou, je více než polovina těch, kteří se péči věnují každodenně. Těmto pečovatelům také častěji nikdo nepomáhá s udržováním chodu domácnosti, která je obvykle společná s opečovávanou osobou (graf č.7).

Graf č. 6

Pomoc s péčí o závislou osobu podle ekonomické aktivity pečovatele

ZÁKLAD: Všichni respondenti, u kterých závislá osoba potřebuje s danou činností pomoci [údaje v grafu v %]

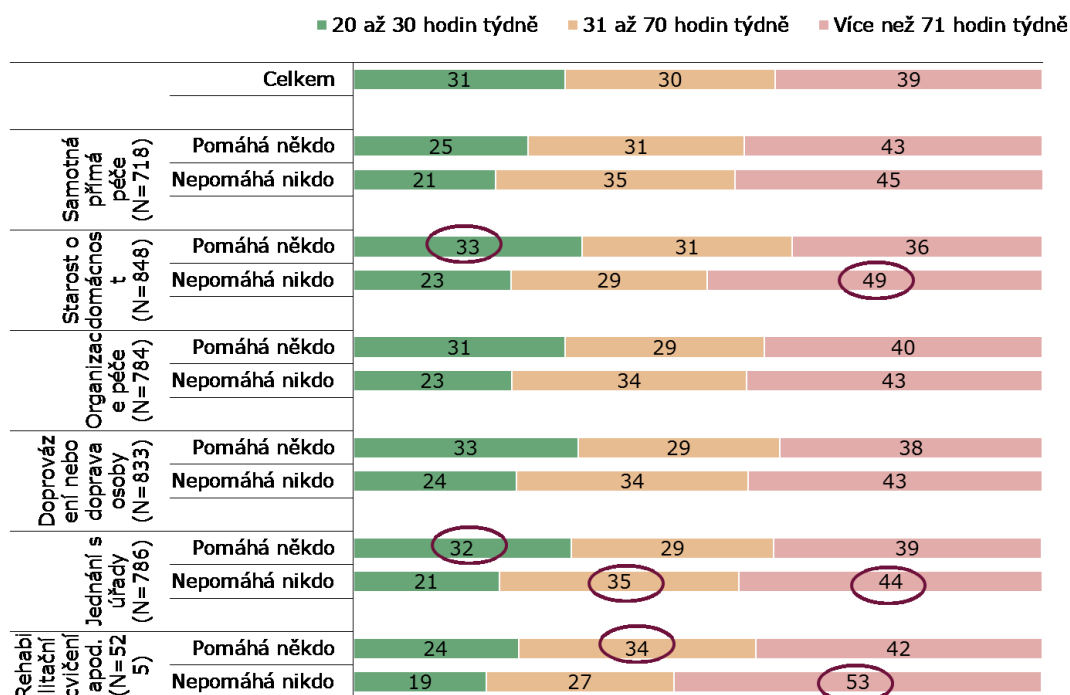


ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 7

Pomoc s péčí o závislou osobu podle intenzity péče

ZÁKLAD: Všichni respondenti, u kterých závislá osoba potřebuje s danou činností pomoci [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

3.2 Deficit v pomoci a kdo by ho měl doplnit

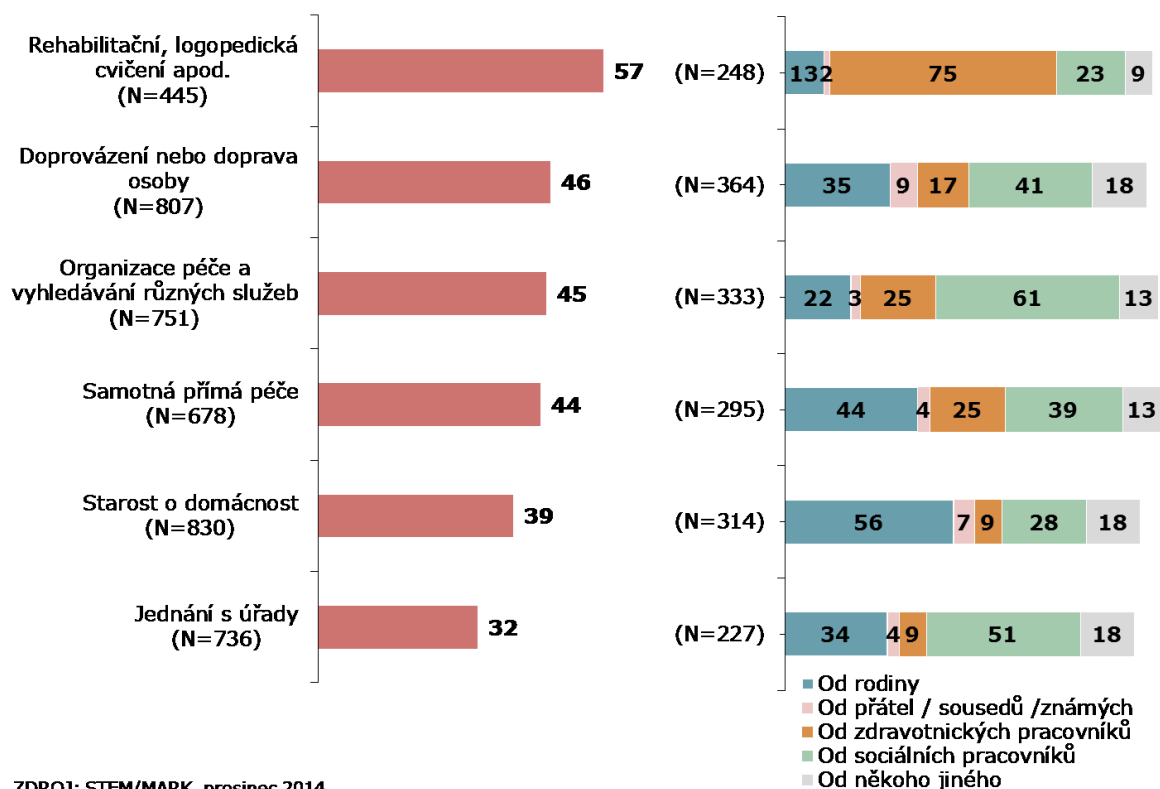
Pečovatelé pociťují větší či menší deficit pomoci ve všech zkoumaných sférách péče, kterou poskytují závislé osobě. Největší nedostatek pomoci vnímají pečovatelé v oblasti praktikování rehabilitačních a jiných podpůrných cvičení se závislou osobou, jež by zjevně měla být doménou spíše odborných nebo školených pracovníků a neměla by být v takové míře přenášena na neformální pečovatele. Praktické možnosti i teoretické znalosti v této oblasti péče jsou pro rodinné pečovatele, kteří obvykle zajišťují všechny nebo většinu ostatních každodenních potřeb opečovávaného člověka, případně chodí do zaměstnání, značně omezené. V zajištění nezbytných rehabilitačních, logopedických či jiných cvičení se závislou osobou by větší pomoc uvítala více než polovina pečovatelů (57 %), kteří tuto péči závislé osobě zajišťují. Zvýšená potřeba této pomoci se týká především péče o osoby s tělesným a zrakovým postižením a stoupá se vzděláním pečovatele. Významný deficit pomoci je vnímán i v dalších oblastech péče. Téměř polovina neformálních pečovatelů by

ocenila větší pomoc při doprovázení nebo dopravě závislé osoby k lékaři, na úřady apod. (46 %), při organizaci péče a vyhledávání různých služeb (45 %) a také při samotné přímé péči (44 %). Relativně nižší podíl pečovatелů by uvítal pomoc s vedením domácností opečovávané osoby (39 %) a při jednání s úřady (32 %) (graf č. 8).

Graf č. 8

**Uvítal/a byste přesto s některou z těchto činností více pomoci?
A od koho byste chtěl/a pomoc?**

ZÁKLAD: Respondenti, kteří osobně vykonávají danou činnost při péči o závislou osobu/ Respondenti, kteří by uvítali více pomoci
[údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

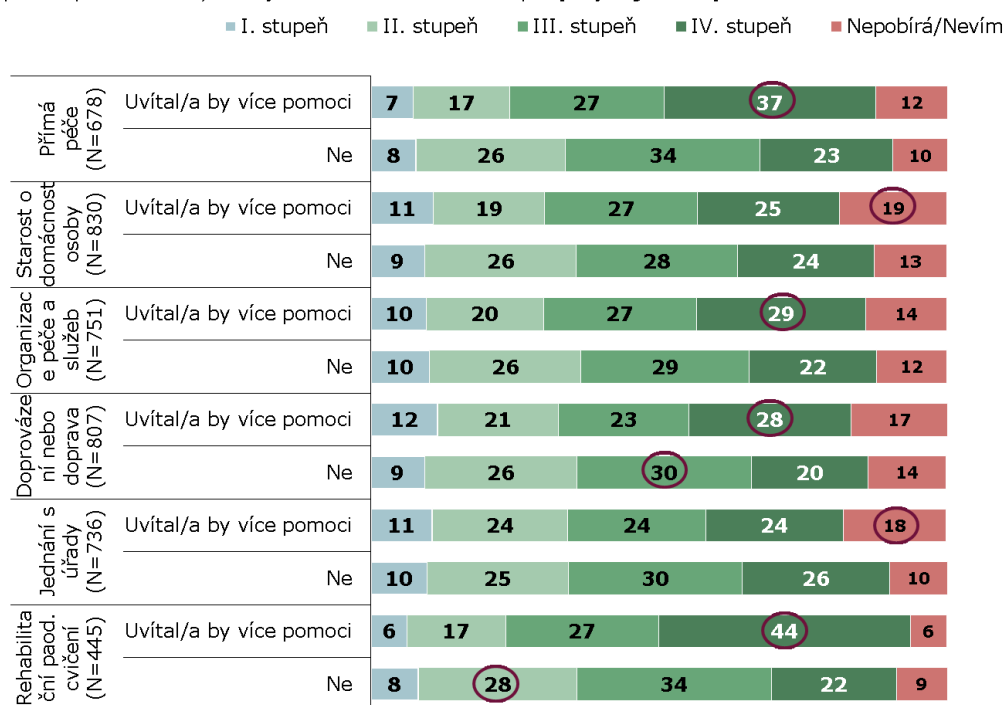
Obecně lze říci, že nezanedbatelná část pomoci je očekávána mimo sféru rodinných a přátelských vazeb – od zdravotnických nebo sociálních pracovníků. Jak již bylo zmíněno výše, rehabilitaci a jiná cvičení odbornějšího charakteru by měli zajistit hlavně zdravotničtí pracovníci (75 %). Při organizaci péče včetně zajištění nejrůznějších služeb a jednání s úřady by pečovatелé očekávali více pomoci především ze strany sociálních pracovníků (61 % respektive 51 %). Naopak větší zapojení rodiny by ocenili v případě udržování chodu domácnosti na péči závislé osoby (56 %). Větší pomoc při samotné přímé péči a

při doprovázení či dopravě závislé osoby je očekávána téměř vyrovnaným dílem jak od rodinných příslušníků, tak od sociálních pracovníků.

Graf č. 9

Potřeba další pomoci podle výše pobíraného příspěvku na péči

ZÁKLAD: Respondenti, kteří osobně vykonávají danou činnost v souvislosti s péčí [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Míra potřeby pomoci a její zajištění mimo rodinu, tj. zejména sociálními pracovníky, souvisí s intenzitou péče a tedy i s výší pobíraného příspěvku osobou, která je příjemcem neformální rodinné péče (graf č.9). Pečovatelé poskytující dlouhodobou péči (tj. pečují více než 10 let) by častěji než ostatní uvítali pomoc sociálního pracovníka téměř ve všech sledovaných oblastech péče. Podobně je tomu i v případě výše pobíraného příspěvku na péči, v podstatě lze říci, že u nejvyššího stupně pobíraného příspěvku je také nejvyšší afiliace k posílení pomoci od sociálních pracovníků (kromě sféry jednání s úřady). Na druhou stranu rodinní pečovatelé, kteří příspěvek nepobírají, by uvítali, oproti těm, kteří pomoc nechtějí, větší pomoc v oblasti péče o domácnost a jednání s úřady.

Z hlediska deficitu pomoci v případě přímé péče o závislou osobu jsou na tom relativně hůře Liberecký a Moravskoslezský kraj, naopak pomoc v této sféře spíše nepotřebují v Plzeňském, Ústeckém a Moravskoslezském kraji. Více pomoci v péči o domácnost závislé osoby by zřejmě uvítali pečovatelé z Prahy a z Libereckého kraje. K větší pomoci při jednání s úřady tendují pečovatelé ve Středočeském kraji, naopak tuto pomoc příliš nevyžadují pečovatelé z Pardubického kraje. Menší deficit pomoci s rehabilitačními cvičeními atp. se závislou osobou, zdá se pociťují pečovatelé v Olomouckém kraji.

Shrnutí

Při péči o závislou osobu se pečovatelé opírají hlavně o pomoc nejbližších rodinných příslušníků, sociální a zdravotní pracovníci rodinným pečovatelům pomáhají jen ve velmi omezené míře. Nejčastěji se na péči o závislou osobu vedle pečovatele podílí také jeho partner/partnerka (cca pro pětinu pečovatelů), který/á obvykle vypomáhá s přímou péčí, s vedením domácnosti opečovávané osoby, případně zajišťuje osobě v péči doprovod či dopravu. Již méně často se podílí na organizaci péče, jednání s úřady či na pomoci s rehabilitačními a jinými cvičeními s osobou v péči. V menším rozsahu se do pomoci s těmito činnostmi zapojují i děti pečovatelů. Do péče však není zapojená celá rodina nebo více jejích členů, jak by se mohlo zdát, pečující totiž obvykle uvádějí jen jednu osobu, která jim pomáhá. Vedle rodinných příslušníků se do pomoci o potřebnou osobu také zapojují zdravotničtí pracovníci, ale to pouze v případě, kdy závislá osoba potřebuje pomoci s rehabilitací či jinými cvičeními (jejich pomoc uvedla pětina pečovatelů, kteří taková cvičení provádějí). Avšak z pohledu pečovatelů tato pomoc není dostatečná. Právě v této oblasti péče by neformální pečovatelé nejčastěji uvítali více pomoci, než se jim dostává (57 %), a to především od samotných zdravotnických pracovníků. I v ostatních činnostech souvisejících s péčí by zhruba polovina pečovatelů přivítala více pomoci. Pomoc od sociálních pracovníků by pečovatelé přivítali hlavně při jednání s úřady, doprovázení nebo dopravě závislé osoby či vyhledávání různých služeb, spojených s organizací péče o závislou osobu. Naopak rodina by se podle

pečovatelů mohla více zapojit do přímé péče a do péče o domácnost závislé osoby. Míra potřeby pomoci významně stoupá s celkovou náročností péče.

4. Sociální a zdravotní služby

Zdravotní a sociální služby patří do struktury veřejné správy, přestože zvláště v oblasti sociálních služeb mají poskytovatelé různou právní subjektivitu. Tyto služby jsou zásadním nástrojem podpory rodinných pečovatelů v jejich „neplacené“ práci. Zároveň se jedná o prostor, kde se stýkají, ale zatím příliš neprolínají, formální a neformální sféry péče o závislého člověka.

Účinná podpora rodinných pečovatelů ze strany státu skrze zdravotní a sociální služby naráží na různé bariéry. Kromě těch, na které níže poukazují výsledky toho výzkumu, se jedná rovněž o přetrvávající problémy v užším propojení zdravotnických a sociálních služeb (v zajištění jejich návaznosti a doplňování). Zvláště ve vyšším věku převažuje početná skupina osob, které potřebují podporu, pomoc jak zdravotní, tak sociální. Jde často o chronicky nemocné s omezenou pohyblivostí, s potřebou ošetrovatelské péče, rehabilitace, pečovatelské služby, dovozu obědů, sociálních dávek atd. Právní řád ČR však výraz zdravotně sociální (služby, péče) nemá. Důsledkem této rezortní dvojkolejnosti, je kromě snížené orientace v systému podpory a nedostatečné informovanosti pečovatelů, také do určité míry i neúčelnost výdajů.¹⁵

Důležitou součástí v oblasti institucionální podpory neformálních pečujících je vedle pouhého poskytování zdravotních a sociálních služeb také zajištění jejich geografické a kapacitní dostupnosti, různorodosti (z hlediska zvyšující se individualizace potřeb osob, o které je pečováno) a rovněž finanční dosažitelnosti. I když se téma podpory rodinných pečovatelů postupně více a více dostává do agendy sociální politiky státu, ke slabinám

¹⁵ Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb./KALVACH, Zdeněk, Diakonie ČCE, 2014, <http://www.diakonie.cz/res/data/013/001863.pdf?seek=1414065093>

stávajícího systému stále patří značná nesystémovost, roztržitost, neprovázanost a velmi často neznalost celého spektra služeb činností, které by se mohly na ucelené podpoře konkrétního člověka (pečovatele či závislé osoby, případně obou dohromady) podílet.¹⁶

Otázkou zůstává, do jaké míry jsou neformální pečovatelé informovaní o nabízených službách a jakou mají potřebu tyto služby využívat, případně ve kterých oblastech převyšuje poptávka nabídku více a ve kterých méně. Z hlediska zpětné vazby je pak podstatné hodnocení těchto služeb jejich uživateli, podobně jako identifikace bariér v jejich využití potencionálními uživateli.

4.1 Informovanost

I přes řadu inovací v oblasti veřejné politiky a existence prostředků a služeb, které by mohly a měly podstatným způsobem snížit zátěž neformálně pečujících osob, postavení rodinných pečovatelů není příliš příznivé. Neformální pečovatelé často poskytují péči bez profesionální pomoci a čelí nedostatku informací a malé dostupnosti podpůrných služeb, například odlehčovacích služeb. V praxi patří mezi deficity současného systému právě špatná informovanost o možnostech a nabídkách sociálních a zdravotních služeb, která přispívá k nízké efektivitě v jejich využívání. Potřebné informace pečovatelé často získávají přes známé¹⁷, chybí zde centrální místo/koordinátor, kde by se pečovatel dozvěděl většinu informací v celku. Podle zkušeností ze zahraničí umožňuje lepší přístup ke službám a informacím existence jednoho kontaktního místa, kde neformální pečovatel může získat všechny potřebné informace, a pozice koordinátora služeb na místní úrovni, který je průvodcem příjemce péče a jeho blízkých.¹⁸ V této oblasti by mohla mít významný přínos rovněž činnost různých svépomocných organizací, k těm se však řada pečujících osob

¹⁶ Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb./KALVACH, Zdeněk, Diakonie ČCE, 2014, <http://www.diakonie.cz/res/data/013/001863.pdf?seek=1414065093>

¹⁷ Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. / KOTRUSOVÁ, Miriam - DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka In: FÓRUM sociální politiky. - Roč.7, č. 6 (2013), s. 10-20

¹⁸ Podpora neformálních pečovatelů in Policy brief, http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2014/01/brief_neform%C3%A1ln%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De.pdf

nedostane. Jednou z příčin může být právě nedostatečné propojení zdravotnického a sociálního systému.

Nízkou míru informovanosti pečovatelů o možnostech institucionální podpory potvrdil i tento výzkum. Relativně dobrou informovanost (top box ze 2 nejlepších hodnocení přesahuje 50 %) mají pečovatelé ve sféře zdravotnických služeb poskytovaných opečovávané osobě a ve sféře sociálních dávek a příspěvků. Se zdravotnickými službami se v souvislosti s péčí o závislou osobu pečovatelé zcela určitě potýkají poměrně často. Sociální dávky a příspěvky jsou zase zásadní položkou v příjmu většiny domácností neformálních pečovatelů (viz kapitola č. 8), mít dostatek informací v této oblasti je tedy pro pečovatele nezbytné. I přes tuto skutečnost téměř pětina pečovatelů uvedla, že o této oblasti nemají žádné nebo jen mizivé informace.

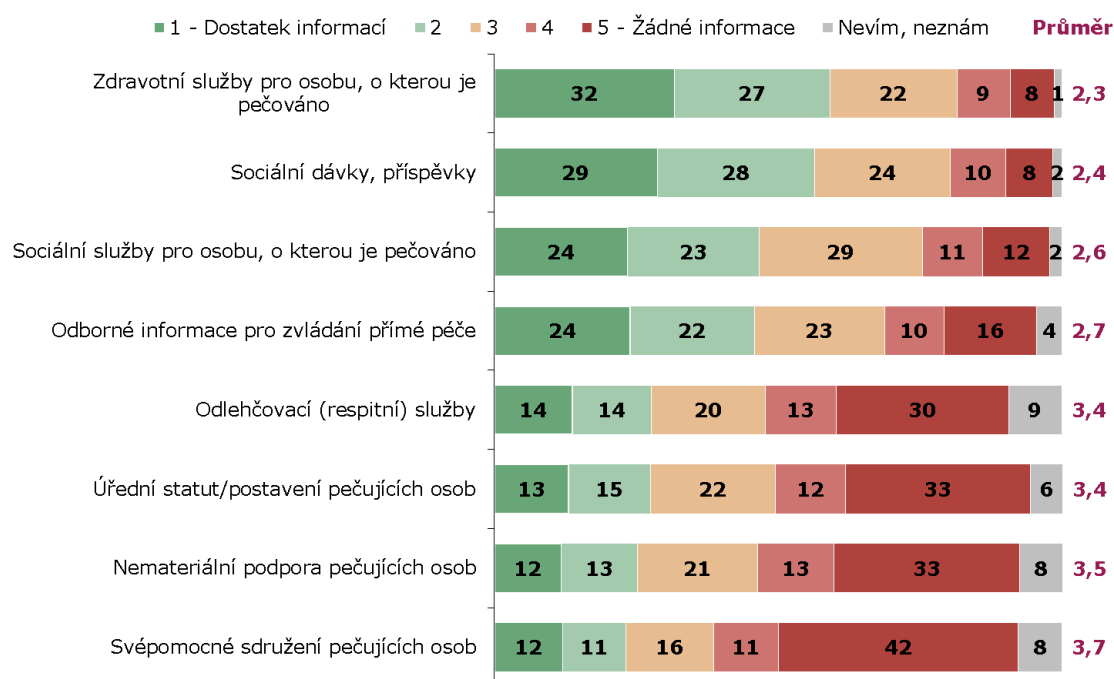
Na průměrné úrovni je míra informovanosti v oblasti sociálních služeb a odborných informací pro zvládnutí přímé péče. Na druhou stranu žádné nebo jen mizivé informace v těchto oblastech přiznala zhruba čtvrtina pečovatelů. Za podprůměrnou lze označit informovanost o respitních službách, o úředním statutu pečovatele či nemateriální podpoře pečujících osob. Nejen, že podíl pečovatelů, ke kterým se informace o těchto sférách nedostávají nebo dostávají jen v omezené míře, přesahuje 40 %, ale v těchto kategoriích se zvyšuje i podíl pečovatelů, kteří vůbec nevědí „o čem je řeč“ (tzn. podíl odpovědí „nevím, neznám“ se pohybuje mezi 6 a 9 %). Oba podíly dohromady ukazují, že vzhledem k nedostatku informací se nejméně polovina pečovatelů v těchto oblastech podpory nemá šanci orientovat a tedy ji využívat. A konečně vůbec nejméně informací respondenti mají o svépomocných sdruženích pečujících osob, přes 60 % neformálních pečovatelů o nich nemá žádné nebo jen nepatrné informace, případně nevědí, o co se jedná (graf č.10).

Graf č. 10

Míra informovanosti o vybraných formách podpory neformálních pečovatелů

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Průměr na škále 1 až 5, kde 1=dostatek informací a 5=žádné informace



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Co se týče informovanosti o možnostech institucionální podpory neformálních pečovatелů, pak poměrně lépe jsou na tom pečovatелé starající se o děti se zdravotním postižením než pečovatелé starající se o seniory¹⁹. Celkově horší informovanost o zdravotních a sociálních službách je také mezi pečovateli, kteří pečují kratší dobu (méně než 4 roky) a méně intenzivně (20 až 30 hodin týdně), a kteří pobírají příspěvek nižšího stupně, případně příspěvek nepobírají. To je nepochybně dáno tím, že různé formy sociální a zdravotní podpory celkově potřebují a využívají méně, a tedy i informace o nich zatím tolik nevyhledávají.

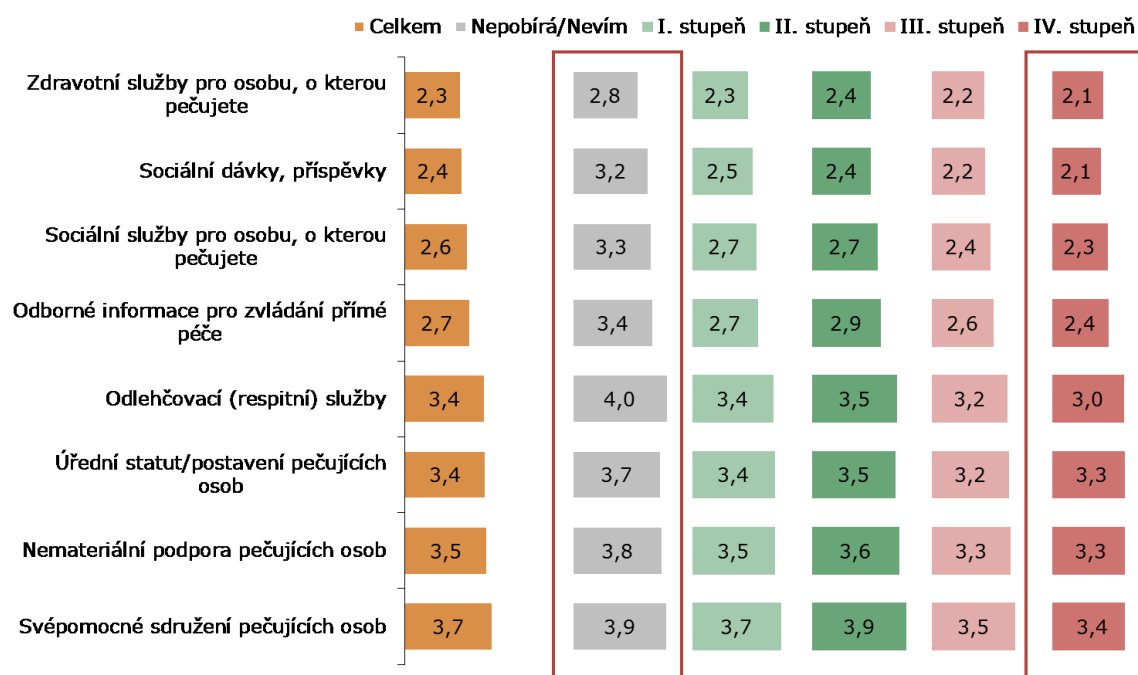
¹⁹ Zde se však může projevit skrytý vliv vzdělání pečovatele, jelikož o osoby s mentálním postižením pečují v tomto souboru neformálních pečovatелů nejčastěji vysokoškoláci.

Graf č. 11

Míra informovanosti o vybraných formách podpory podle typu pobíraného příspěvku na péči

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Průměr na škále 1 až 5, kde 1=dostatek informací a 5=žádné informace



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

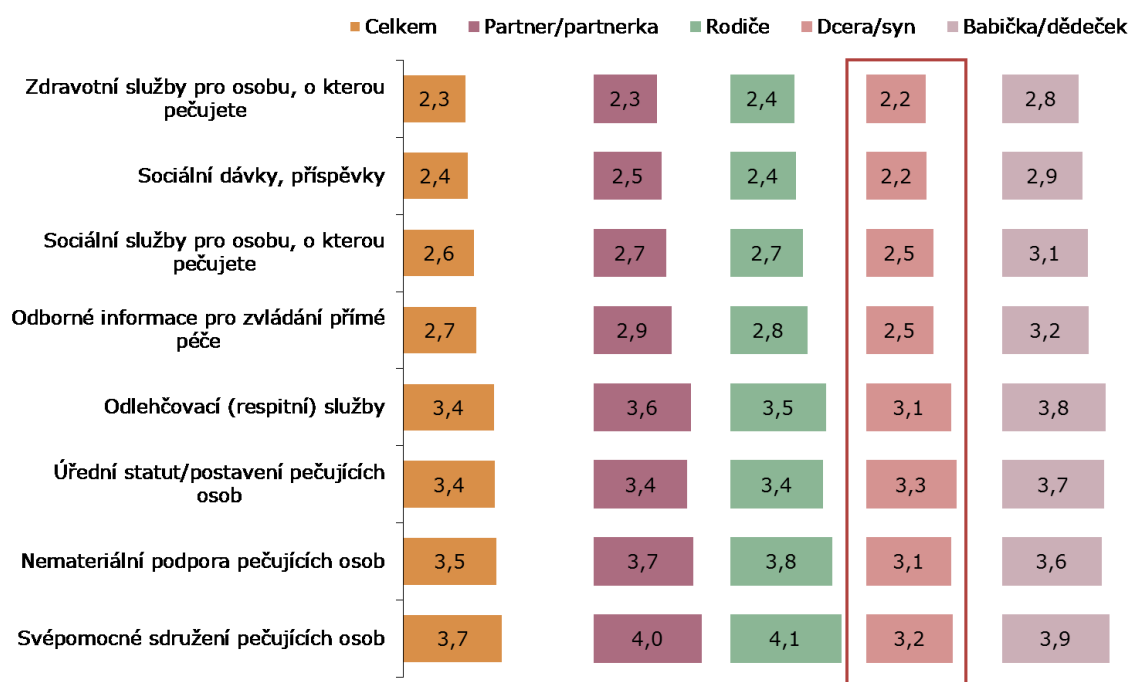
Naopak pobírání vyššího stupně příspěvku závislou osobou k informovanosti pečovatelů přispívá, stejně jako to, o jakého příbuzného se pečovatel stará (graf č. 11 a 12). Pokud se jedná o dítě, pak je informovanost ve všech zkoumaných oblastech vyšší, než pokud se jedná o prarodiče. Možné vysvětlení tohoto rozdílu by mohlo spočívat v rozdílném věku pečovatele, ale jeho vliv je statisticky neprůkazný, spíše se jedná o vliv více aspektů najednou (sociální postavení, podpora rodiny a využívání podpůrných služeb, aktivita). Překvapivě výše zmíněné faktory se jeví pro vyhledávání a získávání informací jako důležitější než samotný vliv vzdělání pečovatelů, který se významně projevuje pouze v oblastech respitních služeb, nemateriální podpory pečovatelů a svépomocných sdružení (s vyšším vzděláním stoupá informovanost).

Graf č. 12

Míra informovanosti o vybraných formách podpory podle vztahu závislé osoby k pečovateli

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Průměr na škále 1 až 5, kde 1=dostatek informací a 5=žádné informace



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Z hlediska informovanosti o možných formách podpory rodinných pečovatelů podle krajů, ukazuje celková průměrná hodnota za kraj, že v průměru nejlépe jsou na tom s informovaností v Moravskoslezském a Zlínském kraji. V jednotlivých krajích se projevují určité tendence z hlediska informovanosti: pečovatelé v Plzeňském kraji mají nižší úroveň informovanosti v oblasti zdravotních služeb pro závislou osobu, v oblasti sociálních dávek a příspěvků a v oblasti svépomocných sdružení pečujících osob. Slabší informační úroveň v oblasti zdravotních služeb se jeví také v Ústeckém kraji. Naopak relativně lépe je na tom v této oblasti kraj Vysočina a Olomoucký kraj. O sociálních dávkách a příspěvcích jsou zase poměrně lépe informovaní pečovatelé z Pardubického a Jihomoravského kraje.

4.2 Využívání sociálních a zdravotních služeb

Jak již bylo uvedeno výše, informovanost a samotné využívání sociálních a zdravotních služeb je vzájemně úzce provázáno, přitom směr vlivu nelze jednoznačně vymezit. Oba faktory

na sebe působí vice versa v této logice: pokud službu nepotřebuji, tak si o ní nevyhledávám informace, na druhou stranu pokud informace o službě nemám a tudíž nevím, že existuje, nenapadne mě ji vyhledávat. Jedním z důvodů, proč pečovatelé deklarují, že službu nevyužívají a ani zatím nepotřebují, je tedy nepochybně i nižší míra informovanosti o nabízených službách. Nicméně roli ve využívání sociálních a zdravotních služeb hrají i další faktory: vedle velmi významného finančního hlediska (domácnosti ve vyšší příjmové kategorii si mohou služby dovolit), se jedná samozřejmě o dostupnost služby ať už geografickou či kapacitní. Nevyužívání služeb rovněž ovlivňuje různorodost zdravotních i psychických problémů opečovávaných osob, tzn. konkrétní nabídka služeb v dané oblasti často neodpovídá potřebám závislé osoby.

Podíváme-li se na intenzitu využívání vybraných zdravotnických a sociálních služeb, mohl by na první pohled zarazit relativně vysoký podíl pečovatelů, kteří deklarují, že službu nevyužívají, protože ji (zatím) nepotřebují. A to přesto, že předchozí kapitola ukázala, že pečovatelé by si v některých oblastech péče o závislou osobu často přáli větší pomoc, a to v nemalé míře právě od sociálních/zdravotnických pracovníků. Zde tedy, zdá se, dochází k určité diskrepanci mezi přáním a realitou. Jedno z možných vysvětlení lze z pohledu pečovatelů interpretovat následujícím způsobem (opět je v souvislosti s informovaností): chtěli bychom více pomoci s péčí od sociálních pracovníků, ale vlastně si úplně nedokážeme představit, o jaký typ péče by se mělo konkrétně jednat a jak by to mělo probíhat, v realitě tedy službu (zatím) nevyužíváme. Určitou roli můžou hrát i další aspekty: (nepřiznaná) finanční bariéra, nedůvěra k sociálním pracovníkům, ale zřejmě i kulturní a normativní hodnoty dané lokality (kdo péči nezajišťuje svépomocí, může být svým okolím nejenom nepochopen, ale dokonce i odsuzován). Sloučíme-li kategorii „nevyužívám a nechci využívat“ s kategorií „nevyužívám a ani (zatím) nepotřebuji“, pak jako nejméně vyhledávané se v praxi neformálních pečovatelů jeví pečovatelské služby (67 %), následují služby denních stacionářů a podobných denních center (které nevyužívá 64 % pečovatelů), dále služby osobní asistence

(61 %), respitní služby (51 %) a zdravotní služby poskytované závislé osobě v domácím prostředí (44 %) (graf č. 13).

Podíváme-li se na využití služeb, pak jsou celkově nejčastěji pečovateli vyhledávány zdravotnické služby, které jsou poskytovány závislé osobě doma (32 %). Míra využití dalších služeb je již relativně nižší: denní stacionáře a centra denních služeb využilo 19 %, osobní asistence 16 %, pečovatelské služby 14 % a respitní služby 13 % dotázaných pečovatelů. Nicméně podíl pečovatelů, kteří službu využívají a chtěli by ji využívat více, vzhledem k celkovému podílu pečovatelů, kteří službu využívají, je poměrně vysoký. To znamená, že i když se zájem pečovatelů o zdravotnické a sociální služby v praxi může zdát nízký, stejně není poptávka po těchto službách dostatečně saturována. V případě domácích zdravotnických služeb a denních stacionářů se deficit nabídky služby (podíl respondentů, kteří by chtěli službu využívat více) pohybuje kolem 40 %, v případě osobní asistence a pečovatelské služby dosahuje již 60 % a jednoznačně nejvyšší je u respitních služeb (téměř 90 %) (graf. č. 13).

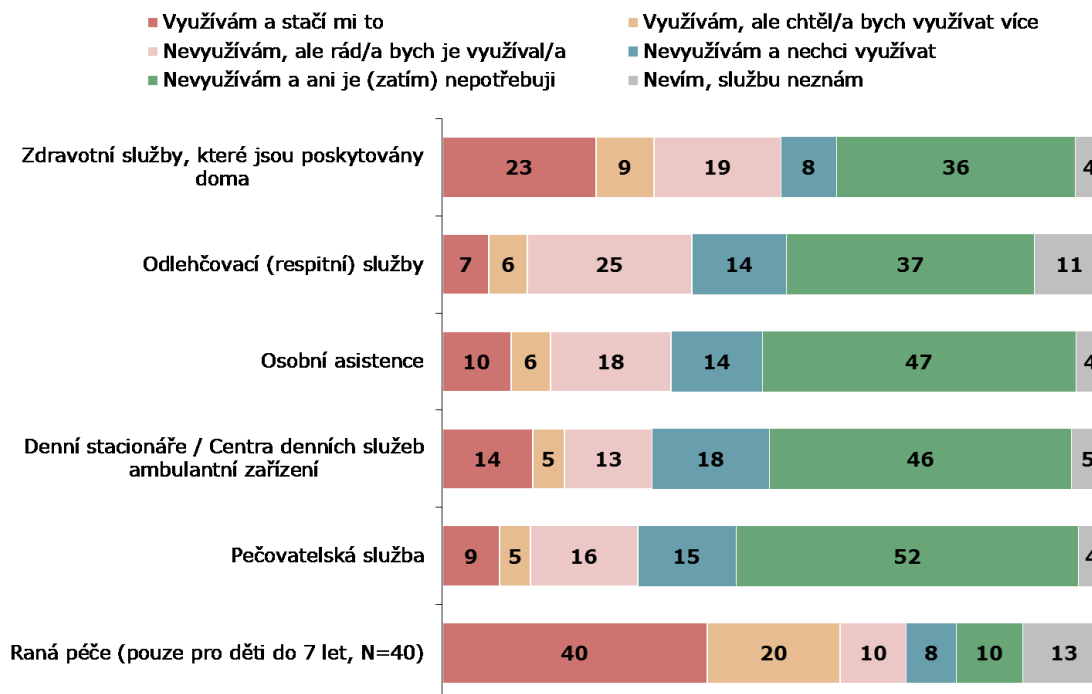
Z hlediska potenciálních uživatelů dané služby, tedy pečovatelů, kteří službu nevyužívají, ale rádi by ji využívali, jsou opět nejvíce poptávány respitní služby (25 %), zároveň však zhruba každý 10. pečovatel neví, co služba obnáší. Téměř pětina pečovatelů by chtěla využívat zdravotní služby v domácím prostředí (19 %) a služby osobní asistence (18 %). Podíl potenciálních uživatelů pro pečovatelské služby je 15 % a pro denní stacionáře a jiná denní centra je 13 %.

Shrneme-li předchozí zjištění, lze konstatovat, že zkoumané sociální a zdravotní služby, jejichž smyslem je podpora neformálních pečovatelů, nedokážou uspokojit poptávku samotných pečovatelů. Přitom celkově nejvýznamnější deficit se projevuje v možnosti využívání respitních služeb.

Graf č. 13

Využívání sociálních a zdravotních služeb v rámci péče o závislou osobu

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Specifickou kategorií představuje tzv. raná péče, která je určena dětem do 7 let (při interpretaci získaných dat je v tomto případě třeba přihlídnout k nízkému počtu respondentů v této kategorii). Ve srovnání s ostatními službami je cílovou skupinou pečovateli využívána nejvíce (60 %). A je tedy zároveň vnímána jako nejméně nedostatková.

Podrobnější analýza²⁰ ukázala, že s využíváním/nevyužíváním služeb určených k podpoře rodinných pečovateli souvisí spíše věk opečovávané osoby, případně délka péče, než věk pečovatele (podobně jako u informovanosti) (tab. č. 7). Odlehčovací služby, služby osobní asistence a denní stacionáře/centra denních služeb jsou využívány pro závislé osoby v průměrně mladším věku, zatímco domácí zdravotní a pečovatelské služby naopak pro

²⁰ T-test průměrů s použitím Bonferroniho korekce pro několikanásobné porovnání

Tab. č. 7

Využívání sociálních a zdravotních služeb podle věku závislé osoby a podle délky péče

N=858	Využívám a stačí mi to	Využívám, ale chtěl/a bych využívat více	Nevyužívám, ale rád/a bych je využíval/a	Nevyužívám a nechci využívat	Nevyužívám a ani je (zatím) nepotřebuji	Nevím, službu neznám
Průměrný věk závislé osoby (roky)						
Denní stacionáře / Centra denních služeb ambulantní zařízení	28	27	50	62	60	67
Odlehčovací (respirační) služby	44	41	46	56	58	62
Osobní asistence	45	39	45	60	58	62
Pečovatelská služba	67	65	52	54	50	55
Zdravotní služby, které jsou poskytovány doma	69	69	44	51	45	51
Průměrná délka péče o závislou osobu (roky)						
Denní stacionáře / Centra denních služeb ambulantní zařízení	18	16	10	9	9	8

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

závislé osoby v průměrně vyšším věku. Hledisko délky péče se ukazuje jako významné v případě denních stacionářů, které jsou využívány zejména dlouhodobě pečujícími.

4.3 Hodnocení jednotlivých sociálních a zdravotních služeb

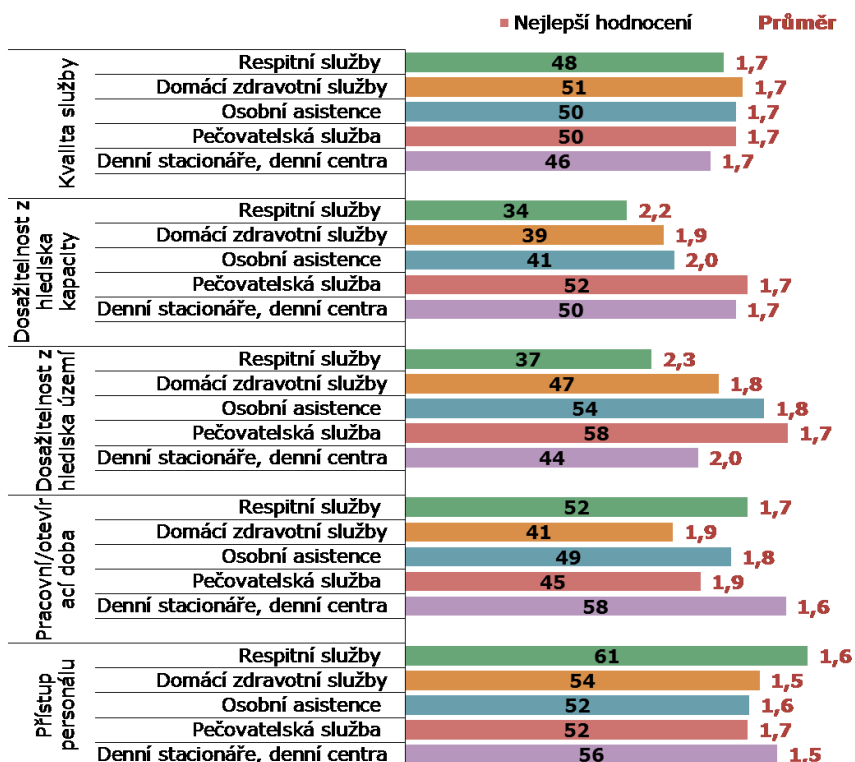
Pečovatelé, kteří nějaký typ služeb využili nebo jej pravidelně využívají, měli následně danou službu ohodnotit v několika aspektech. Postupně hodnotili celkovou kvalitu služby, její kapacitní dostupnost, její územní dosažitelnost, pracovní/otevírací dobu a přístup pracovníků. Většina pečovatelů, kteří službu využívají, ji oceňuje jako významnou pomoc a z tohoto pohledu ji také hodnotí. Pokud již takovou službu našli a mohou si dovolit ji využívat, pak jsou s ní v podstatě spokojeni. U všech služeb tudíž celkově převažuje pozitivní hodnocení. Top box (podíl nejlepšího hodnocení) téměř ve všech případech dosahuje zhruba 50 % a průměrné hodnocení (kromě dvou výjimek) neklesne pod známku 2 (graf č. 14).

Graf č. 14

Srovnání hodnocení sociálních a zdravotních služeb - top boxy

ZÁKLAD: Respondenti, kteří službu využívají, Respirní služby, N=110/ Zdravotní služby, N=274/Osobní asistence, N=140/Pečovatelská služba, N=114/ Denní stacionáře, N=158 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: % top boxu = nejlepšího hodnocení, průměr na škále 1 až 5, kde 1=nejlepší známka a 5=nejhorší známka



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

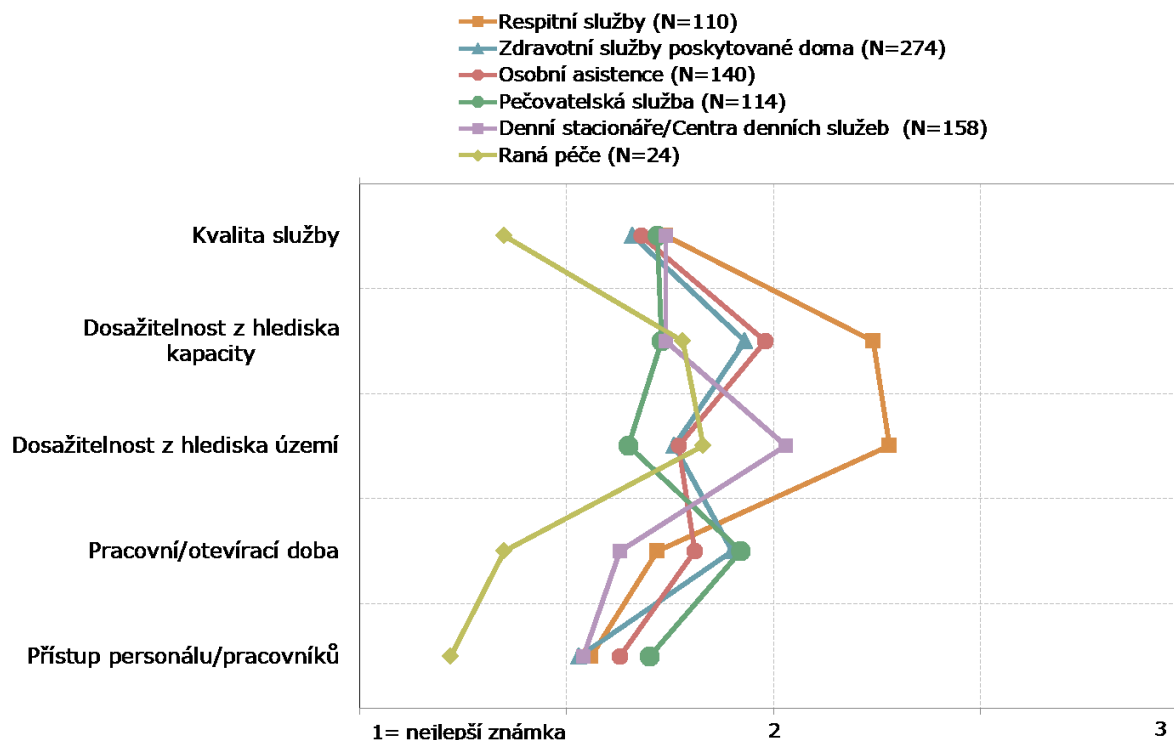
U odlehčovacích služeb je vysoce pozitivně z hlediska průměru i top boxu hodnocen přístup pracovníků, pracovní doba i kvalita služby. Horší známky služba získala v lokální dostupnosti a kapacitních možnostech. V hodnocení zdravotních služeb se na prvním místě rovněž umístilo chování a přístup pracovníků, velmi pozitivně je hodnocena kvalita služby. O něco slabší je její hodnocení u územní dostupnosti, otevírací doby a celkové kapacity. Také v případě osobní asistence stojí na prvních dvou místech chování pracovníků a kvalita služby, o něco horší průměrnou známku získala tato služba při hodnocení pracovní doby, územní dosažitelnosti a nakonec kapacitní dostupnosti. Vnímání pečovatelských služeb a denních stacionářů/center denních ambulantních služeb se od předchozích služeb nepatrně odlišuje.

Graf č. 15

Srovnání hodnocení sociálních a zdravotních služeb - průměry

ZÁKLAD: Respondenti, kteří službu využívají

POZNÁMKA: Průměr na škále 1 až 5, kde 1=nejlepší známka a 5=nejhorší známka



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Zatímco pečovatelská služba je hodnocena vyrovnaně ve všech aspektech, kromě mírně horší průměrné známky pro pracovní dobu, denní stacionáře jsou vysoce pozitivně hodnoceny zejména z hlediska přístupu pracovníků a otevírací doby, mírně slabší je hodnocení celkové kvality služby a kapacitní dosažitelnosti a vůbec nejhůře je hodnocena geografická dostupnost služby. Ranou péči hodnotilo pouze 24 respondentů, a hodnotili ji celkově velmi kladně, mírně horší hodnocení bylo zaznamenáno u kapacity a dosažitelnosti služby.

Srovnání hodnocení jednotlivých služeb ukazuje graf č. 15. Přestože převládá jednoznačně pozitivní hodnocení všech zkoumaných služeb, především v kvalitě poskytované služby a v hodnocení přístupu personálu, lze mezi jednotlivými službami sledovat určité rozdíly. Relativně nejhůře jsou hodnoceny kapacitní možnosti a geografická dostupnost u respitních

služeb²¹ a geografická dostupnost u denních stacionářů/denních center služeb . Poměrně lepší průměrné hodnocení v aspektu geografické dostupnosti pak má pečovatelská služba. Raná péče dosahuje výjimečně kladného hodnocení jak v celkové kvalitě, tak v pracovní době a rovněž v přístupu personálu (i když tento výsledek je třeba brát pouze jako orientační, jelikož službu hodnotilo jen 24 respondentů).

Tyto výsledky nejsou až tak překvapivé. Nedostatečná flexibilita z hlediska kapacity i územní dostupnosti jsou trvajícím neduhem nejen u respitních služeb, i když v tomto případě se jedná o pomoc, která je nejen na základě předchozích zjištění, mezi pečovateli celkově nejžádanější. Podporuje totiž skloubení péče o ošetřovatelsky náročného člověka s osobním a pracovním životem, umožňuje krátkodobé respitní ošetřovatelsko - sociální pobyty po dobu pracovních či jiných povinností, dovolené, vlastního onemocnění pečovatele apod. Naopak pečovatelská služba je podle uživatelů snadno dostupná, což vyplývá ze samotné její náplně, jelikož je poskytována v domácnosti potřebného člověka. Avšak podobně jako zdravotnická služba zajišťovaná v domácnosti závislé osoby jistě trpí poměrně méně flexibilní pracovní dobou. Dobrou zprávou může být zjištění, že v celkové kvalitě a přístupu pracovníků jsou jednotlivé poskytované služby hodnoceny jejich uživateli velmi příznivě. To sice ukazuje na spokojenost jejich klientů, ale problém převisu poptávky nad nabídkou těchto služeb se tím nezmenšuje. Mimo to se také ukazuje, že některé služby jsou pro nemalou část jejich klientů do značné míry finančně náročné.

Z výpovědí neformálních pečovatelů vyplývá, že jako nejméně finančně nákladné služby jsou vnímány zdravotní péče v domácnosti ošetřované osoby a raná péče. V obou případech více než polovina pečovatelů má za to, že tato služba je poskytována zdarma (hradí ji pojišťovna)

²¹ T-test průměrů s použitím Bonferroniho korekce pro několikanásobné porovnání ukázal, že v porovnání s průměry pro pečovatelskou službu a službu denních stacionářů, je průměrné hodnocení respitní služby pro kapacitní dostupnost signifikantně horší na hladině 0,05. Stejně tak je signifikantně horší průměrné hodnocení geografické dostupnosti respitních služeb v porovnání s pečovatelskými, zdravotními službami a osobní asistencí, které jsou primárně poskytovány v domácnosti závislé osoby.

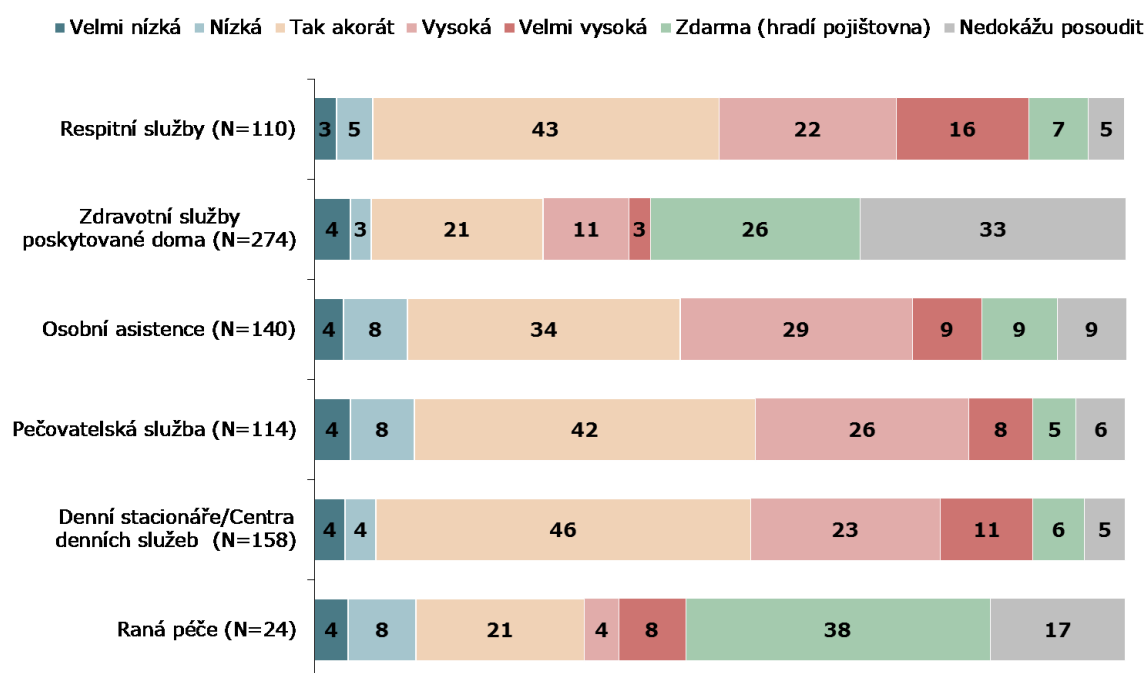
nebo nedokáží finanční nároky služby posoudit (což může znamenat totéž). Zhruba třetina považuje tuto službu za málo nebo přiměřeně nákladnou (graf č. 16).

Hodnocení ceny ostatních služeb je více méně vzájemně podobné. Relativně převažuje názor, že cena služby je tak akorát nebo je nízká, nad názorem, že cena za službu je (příliš) vysoká. Přesto jsou služby hodnoceny jako finančně nákladné nezanedbatelným podílem pečovatelů – v rozmezí od 34 % do 38 %. I v tomto případě se projevuje vliv faktoru celkové náročnosti péče, avšak důležitější je především celková doba péče. Dlouhodobá péče přináší rovněž vyšší finanční nároky, proto je cena služby významně častěji hodnocena jako (velmi) vysoká, což se týká kromě respitní péče, všech zmiňovaných služeb (neuvažujeme ranou péči vzhledem k nízkému počtu respondentů). Podobně se ukazuje, že čím vyšší příspěvek osoba závislá na péči pobírá, tím je péče o ní nákladnější, a služby jsou signifikantně častěji hodnoceny jako drahé, výjimkou jsou zdravotní a pečovatelské služby poskytované v domácnosti závislé osoby. Vnímání ceny také ovlivňuje vztah pečovatele a závislé osoby, respondenti pečující o své děti se zdravotním omezením vnímají cenu respitních služeb, domácích zdravotních služeb i osobní asistence častěji jako vysokou.

Graf č. 16

Hodnocení ceny sociálních a zdravotních služeb

ZÁKLAD: Respondenti, kteří službu využívají [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

4.4 Bariéry ve využívání jednotlivých sociálních a zdravotních služeb

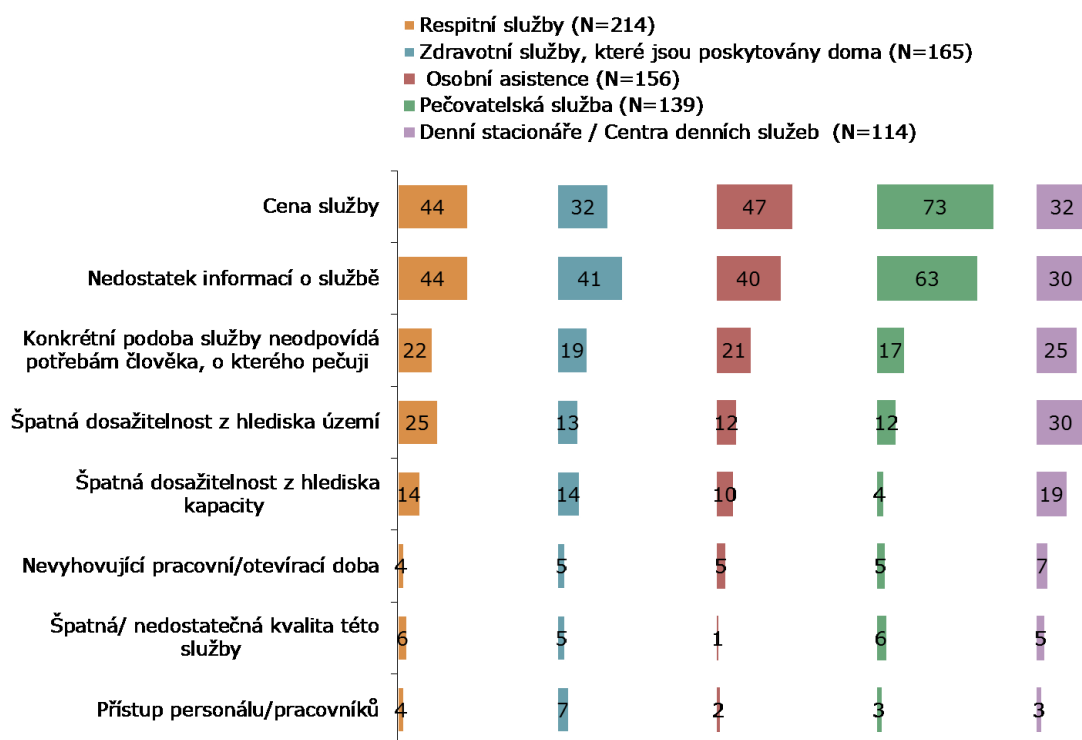
V přechozí části jsme se zabývali hodnocením a případnými nedostatky sociálních a zdravotních služeb z pohledu pečovatелů - uživatelů. Pro ně je největším problémem cena služby (kromě domácích zdravotních služeb a rané péče). A u respiračních služeb jim navíc vadí horší geografická dostupnost a kapacitní možnosti. Tato část se ale zabývá faktory, které nejvíce brání pečovatелům – potenciálním uživatelům, jež danou službu nevyužívají, ale chtěli by (graf č. 17). Z jejich pohledu jsou největšími bariérami v jejich využívání cena služby a nedostatek informací o službě. Již méně často zmiňovanými, ale nikoli nevýznamnými faktory, které brání pečovatелům ve využití služby, jsou: malá individualizace služby (služba neodpovídá potřebám člověka, o kterého je pečováno) a špatná dosažitelnost z hlediska území i kapacity. Ostatní možné bariéry (nevyhovující pracovní/otevírací doba, špatná/nedostatečná kvalita služby a přístup pracovníků) byly zmíněny jen okrajově.

Ve zmiňovaných překážkách lze mezi jednotlivými službami odhalit menší či větší rozdíly. V případě pečovatelské služby jsou nejvíce omezujícími faktory cena (zmnily ji téměř ¼ pečovatelů se zájmem o službu!) a málo informací (uvedlo 63 %). Podobně je tomu u zdravotních služeb poskytovaných v domácnosti závislé osoby, v tomto případě je však nedostatek informací větším omezením v jejím využívání než cena (41 % vs. 32 %). U respitních služeb a služeb denních center nebo stacionářů jsou vedle ceny a nedostatku

Graf č. 17²²

Bariéry ve využívání sociálních a zdravotních služeb souvisejících s péčí

ZÁKLAD: Respondenti, kteří službu nevyužívají, ale chtěli by ji využívat [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

informací ve větší míře zmiňovány jak špatná geografická dostupnost (25 % respektive 30 %), tak problémy v individuálním přístupu k potřebám opečovávané osoby (zmnily téměř ¼ pečovatelů se zájmem o službu). V praxi to znamená, že pro některé klienty se jen těžko hledá vhodná služba/instituce, která by je vzala do péče, např. se jedná o děti s autismem.

²² Vzhledem k velmi nízkému počtu respondentů nejsou v grafu uváděny výsledky za ranou péči (N=4).

Zhruba pro pětinu potenciálních příjemců služby je problémem také nedostatečná kapacita stacionářů či denních ambulantních center. Ve využívání osobní asistence je opět největší překážkou cena (47 %) a málo informací (40 %), vliv na její nedostupnost má rovněž konkrétní podoba služby, která je pro osobu v péči v současné podobě nepoužitelná.

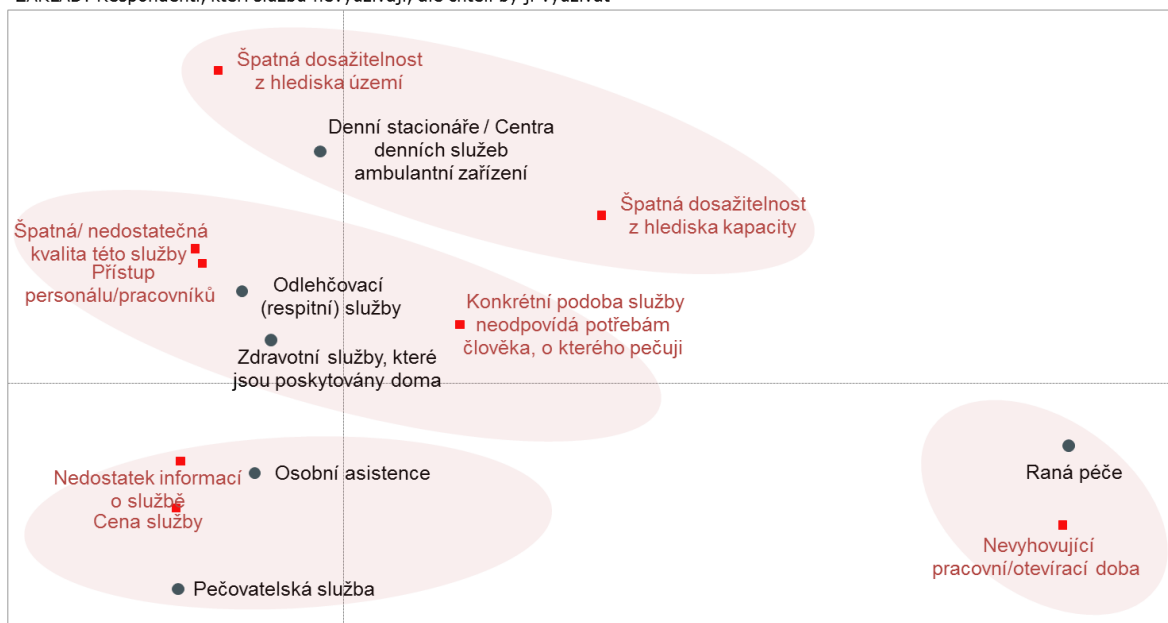
V případě odlehčovacích a zdravotních služeb si na nedostatek informací stěžují častěji krátkodobí pečovatelé. Respitní služby jsou zase pro dlouhodobé pečovatele signifikantně častěji nedostupné kvůli jejich ceně a zdravotní služby poskytované doma pak vnímají jako hůře dosažitelné z kapacitních důvodů (jedná se o nedostatek mobilních (a ochotných) zdravotníků a jejich času). Potvrdil se také fakt, že v menších obcích (do 1000 obyvatel) je horší dostupnost některých služeb (týká se zvláště osobní asistence a respitních služeb).

Za použití korespondenční analýzy (graf č. 18) byly odhaleny další vztahy mezi službami a důvody jejich nevyužívání. Hlavní bariéry ve využití denních stacionářů tkví v jejich nedostatečné kapacitě a špatné dopravní dostupnosti. Odlehčovací služby a zdravotní služby poskytované doma odrazují pečovatele horší celkovou kvalitou služby a přístupem jejich pracovníků k osobám závislým na péči, ať už se jedná o špatnou zkušenost nebo jen získaný dojem. Obě tyto služby sdružuje také to, že zároveň nenabízejí v současné době vhodnou alternativu pro pečovatele, protože jejich konkrétní podoba neodpovídá potřebám závislé osoby v péči. Společnými bariérami pro využití pečovatelské služby a služeb osobní asistence jsou jednak jejich finanční náročnost a jednak nedostatek informací o těchto službách. Zcela stranou stojí raná péče s nevyhovující pracovní dobou.

Graf č. 18

Omezení ve využívání sociálních a zdravotních služeb (korespondenční analýza)

ZÁKLAD: Respondenti, kteří službu nevyužívají, ale chtěli by ji využívat



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

4.5 Detailní výsledky za jednotlivé typy služeb

a) Odlehčovací (respitní) služby (krátkodobé, nejčastěji pobytové služby pro osoby, o které je doma pečováno, s cílem umožnit neformálním pečovatelům nezbytný odpočinek) (grafy č. 19, 20, 21)

- 13 % pečovatelů uvedlo, že tuto službu využívá, přitom polovina je spokojena a polovina by ji chtěla využívat více (7 % respektive 6 %). Čtvrtina pečovatelů službu nevyužívá, ale chtěla by; 37 % službu (zatím) nevyužívá; 14 % ji ani využívat nechce a 11 % neví, co tato služba obnáší.
- **Kdo službu využívá:** nejčastěji pečovatelé, jejichž péče je nejnáročnější, tj. ti, kteří se starají o závislou osobu celodenně a dlouhodobě a žijí s ní ve společné domácnosti; jedná se zejména o rodiče, kteří pečují o dítě starší 18 let se zdravotním postižením; obvykle se jedná o mentálně, případně zrakově handicapované osoby (děti), které pobírají příspěvek na péči IV. stupně; dále službu více využívají vysokoškolsky vzdělaní

pečovatelé; častěji také pečovatelé z Čech (nejvíce v Libereckém kraji 25 %, tj. 12 respondentů) a z Prahy (19 %, tj. 15 respondentů) než z Moravy

- **Kdo ji chce využívat více a kdo by ji chtěl využívat:** častěji ženy pečovatelky; a obecně opět pečovatelé, jejichž péče je nejnáročnější, tj. ti, kteří se starají o závislou osobu celodenně a dlouhodobě a žijí s ní ve společné domácnosti; významnější deficit znovu pociťují rodiče, kteří pečují o dítě starší 18 let se zdravotním postižením, ale chtěli by ji využívat také rodiče pečující o nezletilé dítě se zdravotním handicapem; služba chybí pečovatelům pečujícím o mentálně, duševně a tělesně handicapované osoby, které pobírají příspěvek na péči III. a IV. stupně; deficit vnímají zvláště pečovatelé žijící ve velkých městech a pečovatelé pečující v Praze (37 %, tj. 29 respondentů) a na Moravě (zejména Olomoucký kraj, 48 %, tj. 27 respondentů)
- **Kdo ji (zatím) nevyužívá:** častěji pečovatelé muži (zatím ji nevyužívá 46 % z nich); mladší pečovatelé do 44 let pečující o rodiče/prarodiče a pečovatelé ve zralém produktivním věku pečující o rodiče své nebo partnerovy; často se jedná o seniora odkázaného na péči z důvodu věku, pobírajícího příspěvek na péči I. a II. stupně; obecně také ti, kteří pečují méně intenzivně a celkově zatím kratší dobu; a také častěji pečovatelé starající se o závislou osobu mimo vlastní domácnost; pečovatelé s nižším vzděláním (bez maturity); častěji pečovatelé z Plzeňského kraje (70 %, tj. 35 respondentů) a Ústeckého kraje (62 %, tj. 39 respondentů); nejčastěji přitom o službu nemají zájem senioři pečující o své rodiče (23 % z nich)
- **Službu neznají:** častěji senioři pečující o seniora; pečovatelé mladší 44 let pečující o rodiče/prarodiče; pečovatelé, jejichž péče je méně časově náročná a osoba, o kterou se starají, nepobírá příspěvek na péči (nebo o tom nevědí)
- Při srovnání různých kritérií má tato služba lepší hodnocení v celkovém přístupu personálu, otevírací doby a kvality služby jako takové. Hůře je hodnocena její kapacitní a územní dosažitelnost. Její cena je pro cca polovina pečovatelů (48 %),

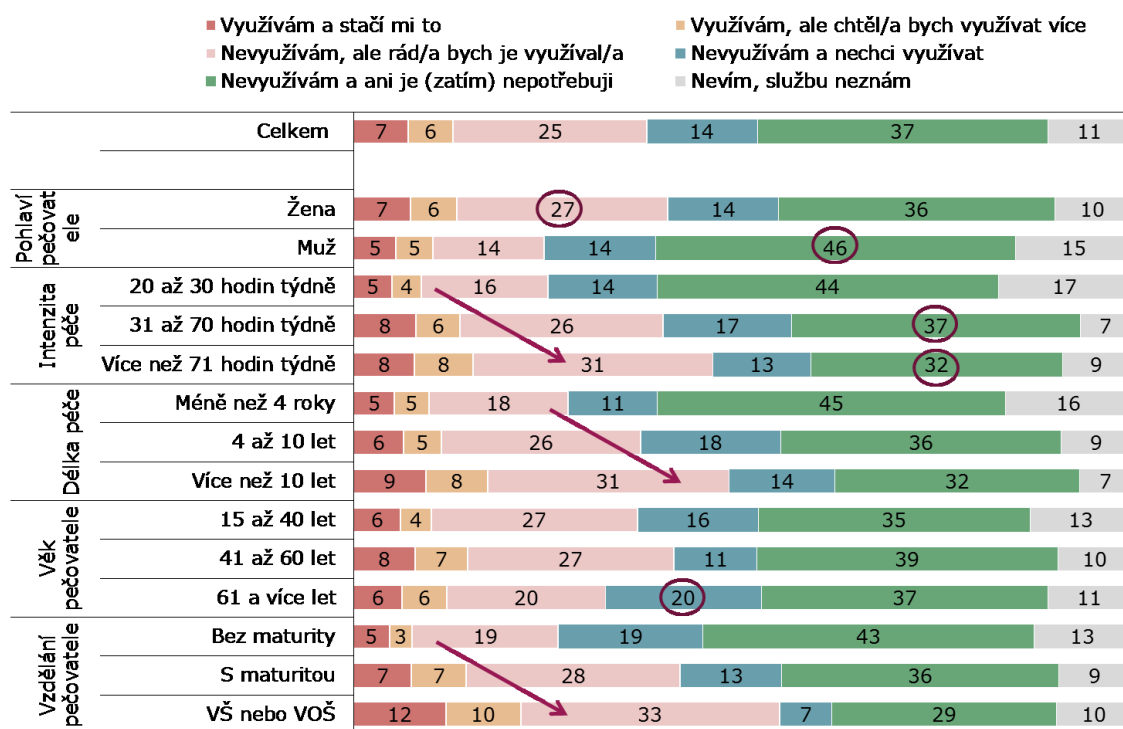
kterí ji využívají, pokládána za „tak akorát“; pro 38 % pečovatelů – klientů je naopak cena vysoká až velmi vysoká.

- **Bariéry ve využití:** Hlavními bariérami pro využití služby jsou její cena a nedostatek informací (představa o její ceně tak může být mylná). Vedlejšími bariérami pak špatná dosažitelnost z hlediska území a to, že služba v současné době neodpovídá potřebám člověka v péči.

Graf č. 19

Využívání respitních služeb - část 1

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]



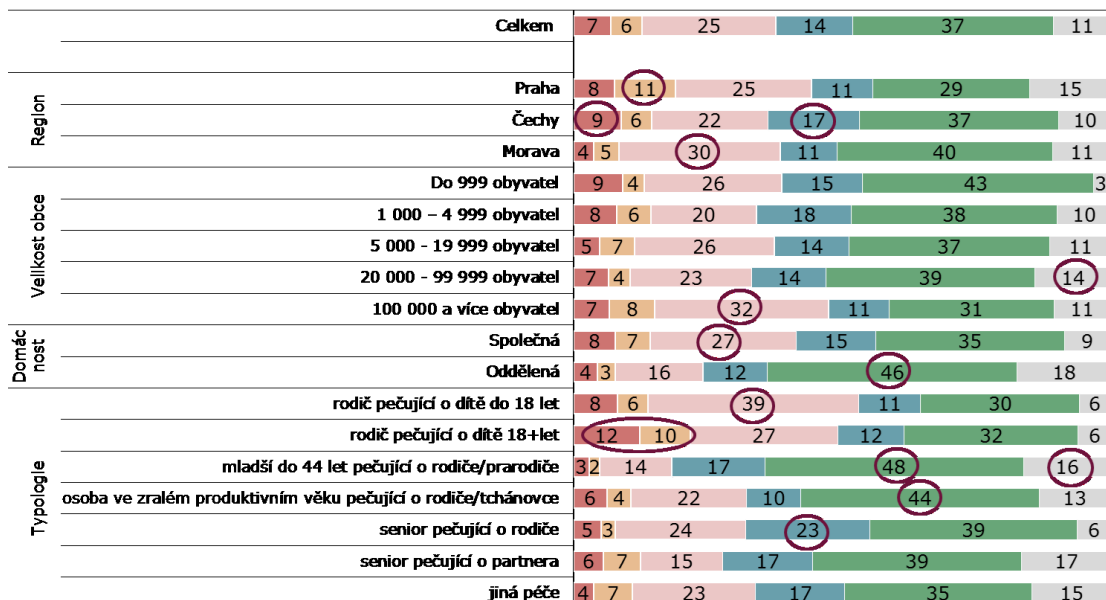
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 20

Využívání respitních služeb - část 2

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

- Využívám a stačí mi to
- Využívám, ale chtěl/a bych využívat více
- Nevyužívám, ale rád/a bych je využíval/a
- Nevyužívám a nechci využívat
- Nevyužívám a ani je (zatím) nepotřebuji
- Nevím, službu neznám



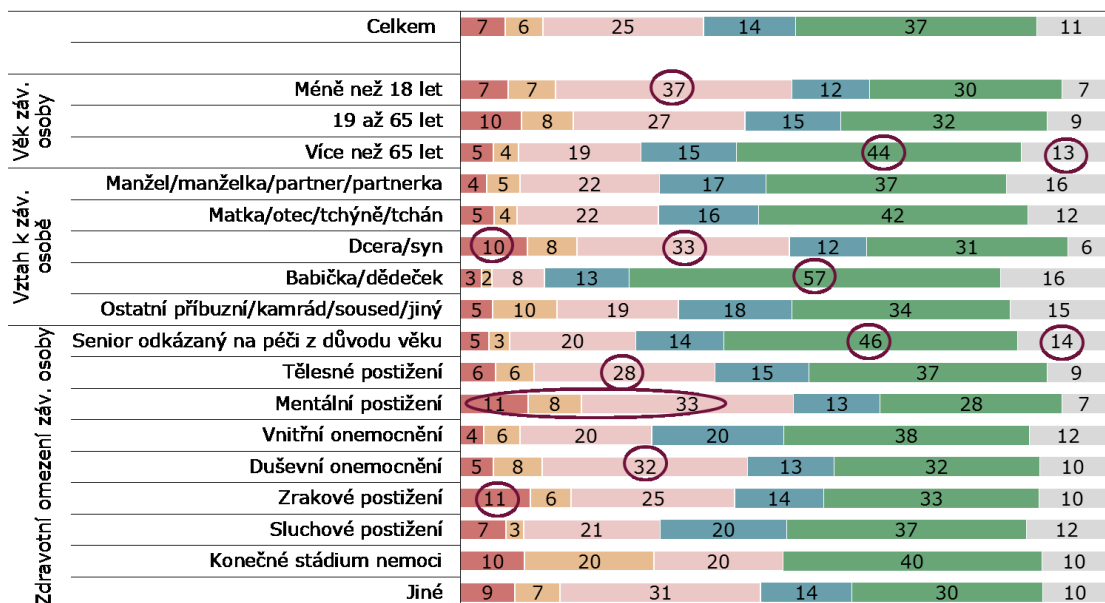
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 21

Využívání respitních služeb - část 3

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

- Využívám a stačí mi to
- Využívám, ale chtěl/a bych využívat více
- Nevyužívám, ale rád/a bych je využíval/a
- Nevyužívám a nechci využívat
- Nevyužívám a ani je (zatím) nepotřebuji
- Nevím, službu neznám



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

b) Zdravotní služby, které jsou poskytovány doma (např. návštěva lékaře/sestry, rehabilitace) (graf č. 22, 23, 24)

- 32 % pečovatелů uvedlo, že tuto službu využívá, přitom většina je spokojena (23 %) a 9 % by chtělo využívat službu více. Pětina pečovatелů službu nevyužívá, ale chtěla by; 36 % službu zatím nevyužívá; 8 % ji ani využívat nechce a 4 % neví, co tato služba nabízí
- **Kdo službu využívá:** častěji pečovatелé muži než ženy (38 % vs. 31 %); rovněž častěji pečovatелé, jejichž péče je krátkodobá (pečují méně než 4 roky); jedná se zejména o seniory pečující o partnera, případně o své/partnerovy rodiče, a o pečovatele ve zralém produktivním věku pečující o své nebo partnerovy rodiče; obvykle se pečovatелé, kteří službu využívají, starají o seniory odkázané na péči z důvodu věku, případně o tělesně handicapované osoby (seniory), s vnitřním onemocněním či sluchovým handicapem, které pobírají příspěvek na péči III. stupně; dále ji častěji využívají starší pečovatелé s nižším vzděláním; a spíše pečovatелé z Moravy (nejvíce ve Zlínském kraji 41 %, tj. 21 respondentů) než z Čech (zde nejvíce v Královehradeckém kraji 44 %, tj. 20 respondentů a v Jihočeském kraji 42 %, tj. 27 respondentů) a než z Prahy (23 %, tj. 18 respondentů); a rovněž častěji ji využívají pečovatелé z menších obcí než z velkých měst
- **Kdo ji chce využívat více a kdo by ji chtěl využívat:** obvykle ženy pečovatelky; pečovatелé, jejichž péče je dlouhodobějšího charakteru (4 a více let); v podstatě všechny typy pečovatелů, kromě rodičů pečujících o dospělé dítě se zdravotním postižením; nejvíce by však domácí zdravotní péči chtěli využívat rodiče pečující o nezletilé dítě se zdravotním handicapem (37 %), a pak také senioři pečující o své rodiče; více této služby by chtěli využívat pečovatелé pečující o mentálně a tělesně handicapované osoby, které pobírají příspěvek na péči IV. stupně; pečovatелé spíše mladší věkové kategorie (do 60 let) a vyššího vzdělání, žijící ve větších a velkých

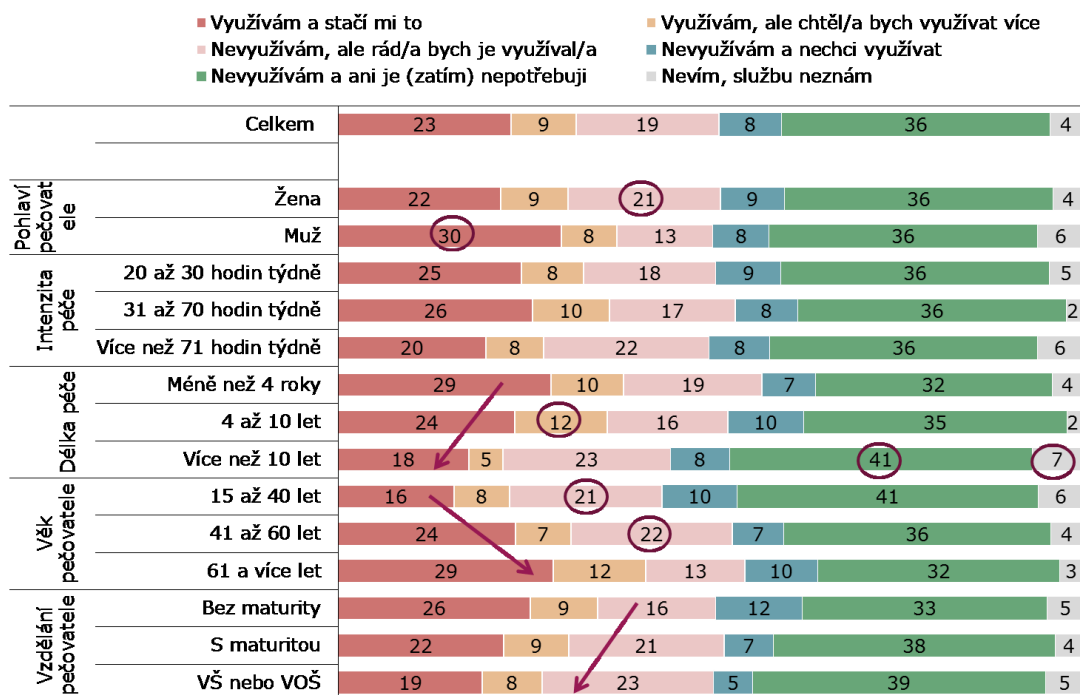
městech a pečovatelé pečující v Praze (30 %, tj. 24 respondentů) i na Moravě (zejména v Olomouckém kraji, 45 %, tj. 25 respondentů)

- **Kdo ji (zatím) nevyužívá:** hlavně rodiče pečující o děti se zdravotním postižením, ať už zletilé či nezletilé; pečovatelé pečující o osobu, pobírající příspěvek na péči I. a II. stupně; ti, kteří pečují dlouhodobě a starají se o závislou osobu ve společné domácnosti; pečovatelé v nejnižší věkové kategorii (do 40 let) a s vysokoškolským vzděláním; častěji pečovatelé z Karlovarského (56 %, tj. 27 respondentů) a Ústeckého kraje (59 %, tj. 37 respondentů)
- **Službu neznají:** pečovatelé jsou obecně s tímto typem služby dobře obeznámeni, nejasné představy o ní mají častěji jen rodiče pečující o dospělé děti (i když se jedná jen o 8 % z nich)
- Při srovnání různých kritérií má tato služba nejlepší hodnocení v aspektu přístupu personálu. Velmi dobré hodnocení má také kvalita služby jako takové. O něco hůře je hodnocena nejen územní dosažitelnost, ale i její kapacitní dosažitelnost a pracovní doba, ve které je poskytována. Cenově se jedná o nenáročnou službu – čtvrtina klientů míní, že ji hradí pojišťovna, a celá třetina nedokáže cenu posoudit (což je zřejmě totéž); jen 14 % klientů míní, že její cena je vysoká až velmi vysoká.
- **Bariéry ve využití:** Největší bariérou pro využití služby pečovateli, kteří o ní mají zájem, je nedostatek informací o službě samotné (z přechozího vyplývá, že se toto týká zvláště rodičů pečujících o nezletilé dítě se zdravotním handicapem). Vedlejšími bariérami pak je její cena a to, že služba v současné době neodpovídá potřebám člověka v péči.

Graf č. 22

Využívání zdravotních služeb, které jsou poskytovány doma - část 1

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

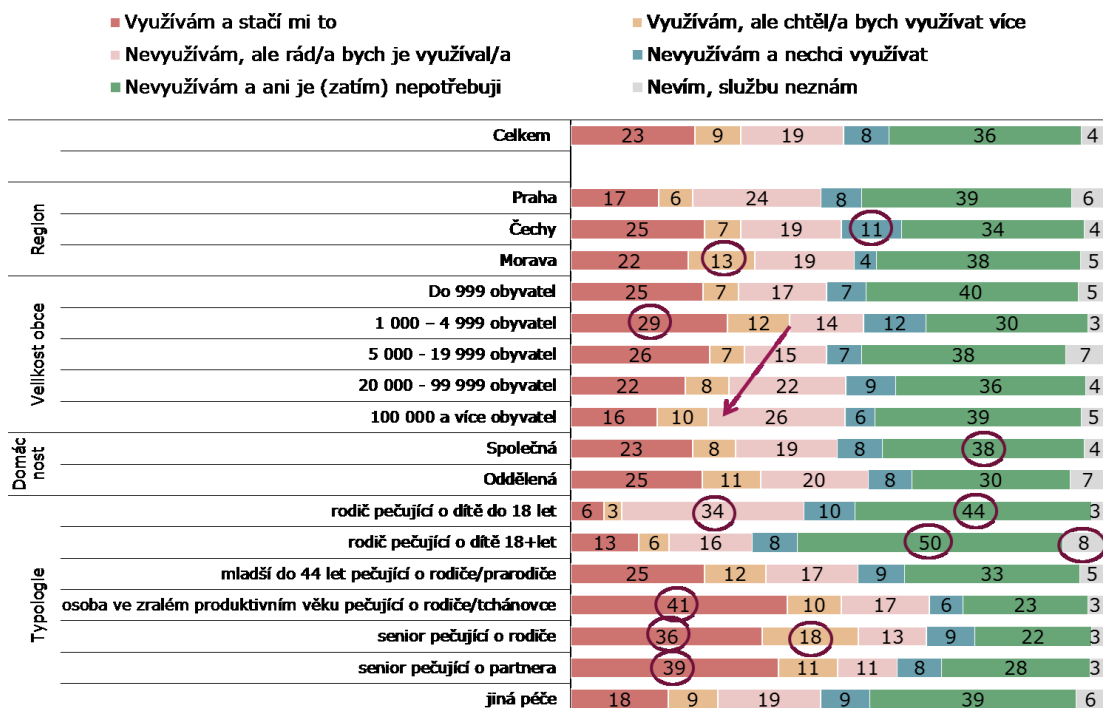


ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 23

Využívání zdravotních služeb, které jsou poskytovány doma - část 2

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

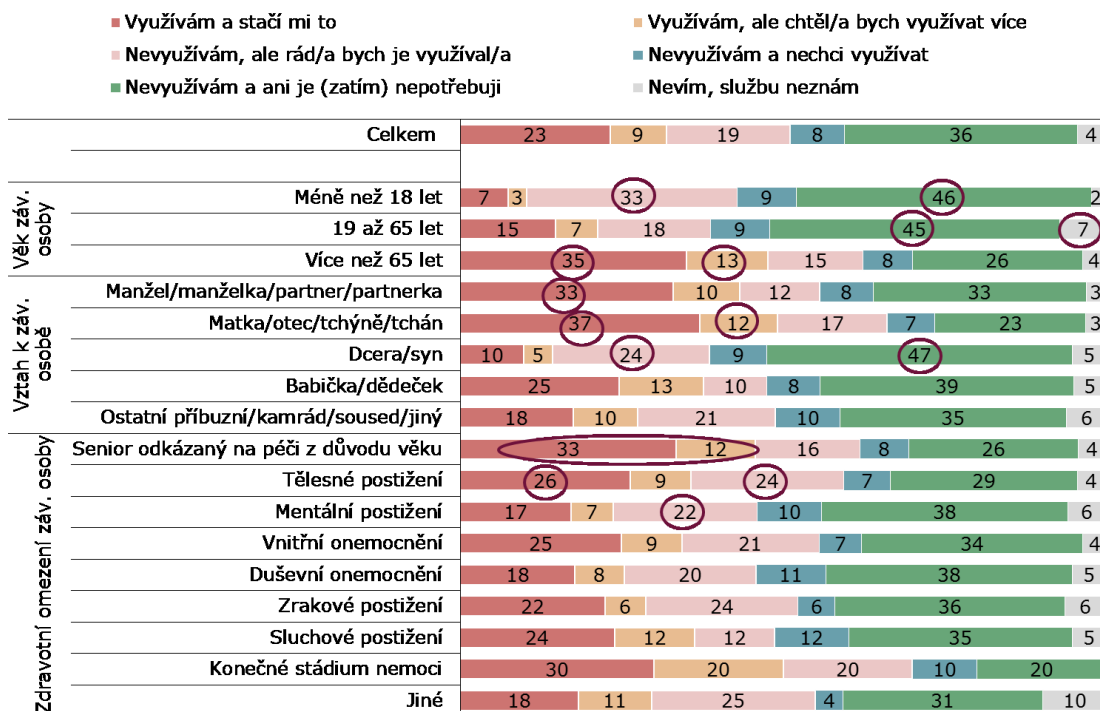


ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 24

Využívání zdravotních služeb, které jsou poskytovány doma - část 3

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

c) Osobní asistence: individuální pomoc při úkonech, se kterými osoba s handicapem potřebuje asistenci (např. běžné úkony typu oblékání, hygiena, strava; pomoc v domácnosti, s mobilitou; doprovod do práce/školy, na úřad, k lékaři aj.) (graf č. 25, 26, 27)

- 16 % pečovatелů uvedlo, že tuto službu využívá, přitom 10 % je s ní spokojeno a 6 % by chtělo využívat službu více. Necelá pětina pečovatелů službu nevyužívá, ale chtěla by (18 %); cca polovina pečovatелů službu (zatím) nevyužívá; 14 % ji ani využívat nechce a jen 4 % neví, co tato služba obnáší.
- **Kdo službu využívá nejčastěji:** lze říci, podobně jako v případě respitních služeb, že jsou to zejména pečovatелé, jejichž péče je celkově nejnáročnější, ti, kteří se starají o závislou osobu celodenně a dlouhodobě; jedná se zvláště o rodiče, kteří pečují o dítě mladší 18 let se zdravotním postižením; obvykle se jedná o mentální, tělesné či duševní postižení (u dětí); opečovávané osoby obvykle pobírají příspěvek na péči IV. stupně; jedná se často o pečovatele v nejnižší věkové kategorii (do 40 let)

s vysokoškolským vzděláním; a rovněž často o pečovatele z Libereckého kraje 35 %, tj. 17 respondentů

- **Kdo ji chce využívat více a kdo by ji chtěl využívat:** opět je zde obdobná situace jako v případě respitních služeb; službu by chtěly využívat hlavně ženy pečovatelky (20 % z nich); pečovatelé ve věku 41 až 60 let; a obecně pečovatelé, jejichž péče je nejnáročnější, tj. ti, kteří se starají o závislou osobu celodenně a dlouhodobě; nejvyšší zájem a nejvyšší deficit v této službě pociťují rodiče, kteří pečují o dítě mladší 18 let se zdravotním handicapem; zejména se jedná o mentální, duševní či/a tělesné postižení; osoby v péči obvykle pobírající příspěvek na péči IV. stupně; a pečovatelé žijící ve velkých městech
- **Kdo ji (zatím) nevyužívá:** hlavně pečovatelé ve zralém produktivním věku pečující o rodiče své nebo partnerovy; často se jedná o seniora odkázaného na péči z důvodu věku, pobírajícího příspěvek na péči I. a II. stupně; obecně ti, kteří pečují méně intenzivně a celkově zatím kratší dobu; pečovatelé v nejstarší věkové kategorii (61 a více let) s nižším vzděláním (bez maturity); častěji pečovatelé z Plzeňského kraje (74 %, tj. 37 respondentů), Ústeckého kraje (79 %, tj. 50 respondentů) a Zlínského kraje (73 %, tj. 37 respondentů), nejčastěji o službu nemají zájem senioři pečující o své rodiče (22 % z nich)
- **Službu neznají:** častěji muži; mladší pečovatelé pečující o své či partnerovy rodiče; pečovatelé, jejichž péče je méně časově náročná; osoba, o kterou se starají, nepobírá příspěvek na péči (nebo o tom nevědí) - ale jedná se maximálně o 9 % pečovatelů v dané skupině
- Při srovnání různých kritérií má tato služba vcelku nejlepší hodnocení v přístupu personálu a kvality služby jako takové. O něco horší (i když stále výborné) je hodnocení pracovní doby a územní dosažitelnosti, nejhůře je pak hodnocena kapacitní dosažitelnost. Její cena je pro cca polovinu pečovatelů (46 %), kteří ji využívají, považována za nízkou nebo „tak akorát“; pro 38 % pečovatelů – klientů je

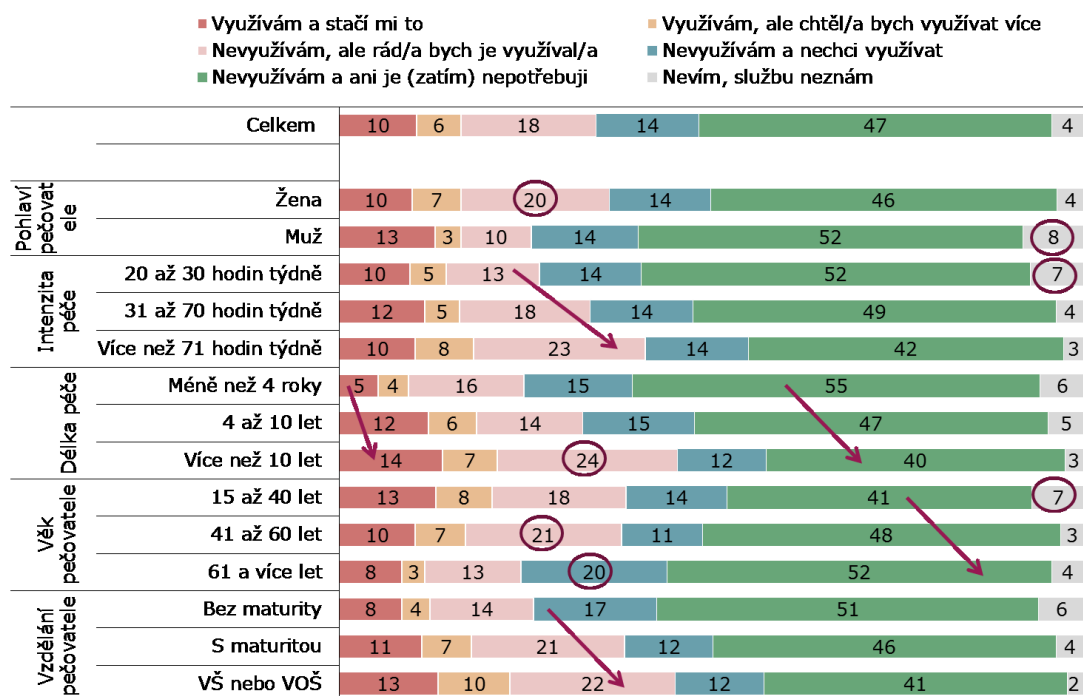
naopak vysoká až velmi vysoká; zbylých 18 % buď míní, že službu hradí pojišťovna nebo cenu nedokáže posoudit.

- **Bariéry ve využití:** Hlavními bariérami pro využití služby osobní asistence jsou pro pečovatele, kteří o ni mají zájem, cena a nedostatek informací o službě (představa o její ceně tak může být nesprávná). Vedlejší bariérou je pak zejména fakt, že služba v současné době neodpovídá potřebám člověka v péči.

Graf č. 25

Využívání služeb osobní asistence - část 1

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

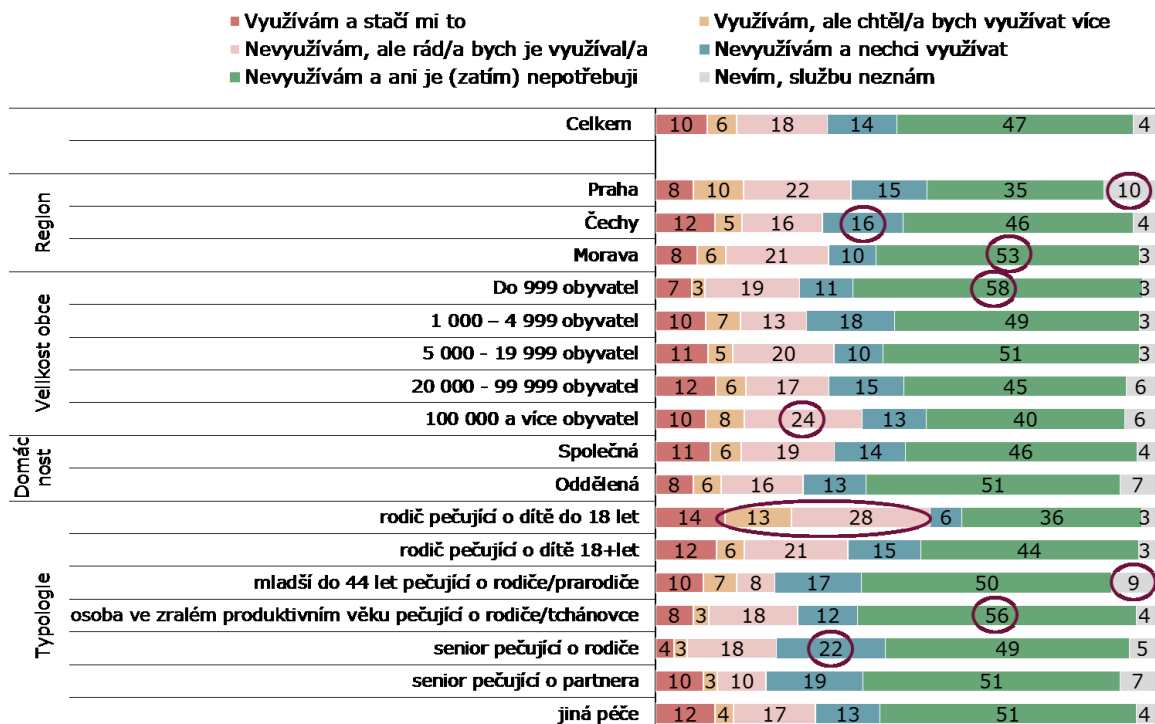


ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 26

Využívání služeb osobní asistence - část 2

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

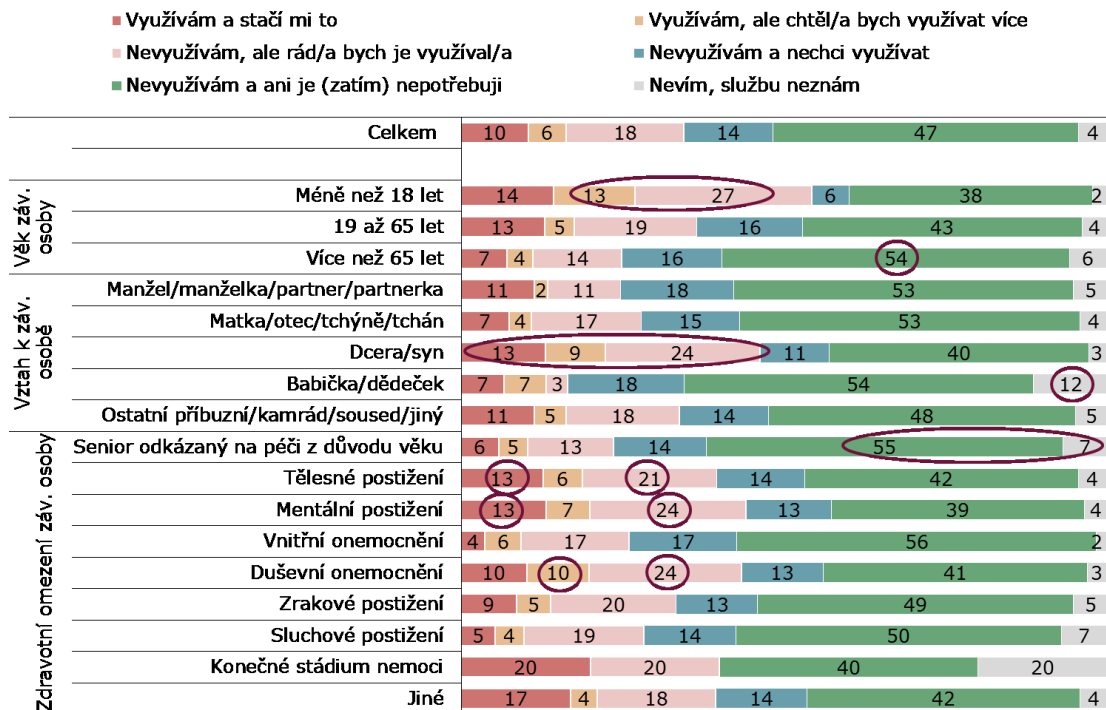


ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 27

Využívání služeb osobní asistence - část 3

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

d) Pečovateľská služba (služba najčastejši poskytovaná doma, jež typicky zahrnuje pomoc při zvládání běžných úkonů, pomoc s hygienou, stravou, péčí o domácnost apod.) (graf č. 28, 29, 30)

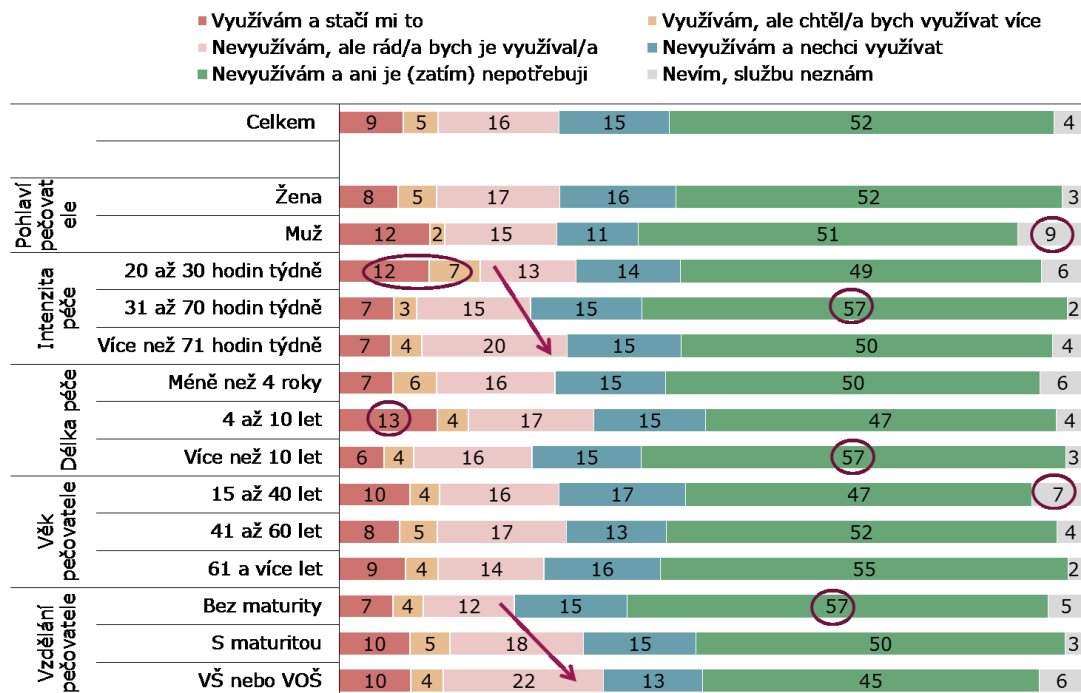
- 14 % pečovatелů uvedlo, že tuto službu využívá, přitom 9 % je s rozsahem služby spokojeno a 5 % by ji chtělo využívat více. 16 % pečovatелů službu nevyužívá, ale chtělo by; 52 % službu (zatím) nevyužívá; 15 % ji ani využívat nechce a 4 % neví, co tato služba nabízí.
- **Kdo službu využívá:** nejčastejši pečovatелé, jejichž péče je střednědobá z hlediska celkové délky (pečují 4 až 10 let) a méně intenzivní (20 až 30 hodin týdně); osoby, o které je pečováno, častejši žijí mimo domácnost pečovatеле; jedná se zejména o skupiny pečovatелů, kteří pečují o seniora; nejčastejši se jedná o pečovatеле z Libereckého kraje (29 %, tj. 14 respondentů).
- **Kdo ji chce využívat více a kdo by ji chtěl využívat:** častejši pečovatелé, jejichž péče je intenzivnějšího charakteru (tj. celodenní); zejména pečovatелé pečující o nezletilé dítě se zdravotním postižením, ale také pečovatелé ve zralém produktivním věku, kteří pečují o své nebo partnerovy rodiče, a senioři pečující o své rodiče; pečovatелé, kteří mají k dispozici příspěvek na péči IV. stupně; pečovatелé s vyšším vzděláním (s maturitou nebo VŠ); a spíše pečovatелé z Moravy (zejména z Olomouckého kraje, 32 %, tj. 18 respondentů) než z Prahy a Čech
- **Kdo ji (zatím) nevyužívá:** častejši rodiče pečující o dospělé děti se zdravotním postižením; pečovatелé pečující o osobu pobírající příspěvek na péči I. stupně; ti, kteří pečují dlouhodobě a středně intenzivně (31 až 70 hodin týdně); starají se o závislou osobu ve společné domácnosti; častejši pečovatелé s nižším vzděláním (bez maturity); častejši pečovatелé ze Zlínského kraje (82 %, tj. 42 respondentů) a Pardubického kraje (78 %, tj. 43 respondentů) a Vysočiny (73 %, tj. 38 respondentů)

- **Službu neznají:** pečovatelé jsou obecně s tímto typem služby dobře obeznámeni, nejasné představy o ní mají častěji pečovatelé z Prahy; pečovatelé pečující o prarodiče (jedná se až o 12 %) či pečovatelé muži
- Při srovnání různých kritérií má tato služba velmi vyrovnané hodnocení shodně (nejlépe) je hodnocena z hlediska přístupu personálu, kvality služby jako takové, územní i kapacitní dosažitelnosti. Její slabinou je pracovní doba, ve které je poskytována. Cena pečovatelské služby je polovinou klientů (55 %) považována za nízkou nebo „tak akorát“; pro třetinu pečovatelů – klientů je naopak vysoká až velmi vysoká. Zbýlých 11 % buď míní, že službu hradí pojišťovna nebo cenu nedokáže posoudit.
- **Bariéry ve využití:** Největšími bariérami pro využití pečovatelské služby těmi, kteří o ní mají zájem, je její cena a nedostatek informací o službě samotné. Spíše marginálně se jeví skutečnost, že služba v současné době neodpovídá potřebám člověka v péči a je z hlediska území špatně dosažitelná.

Graf č. 28

Využívání pečovatelské služby - část 1

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

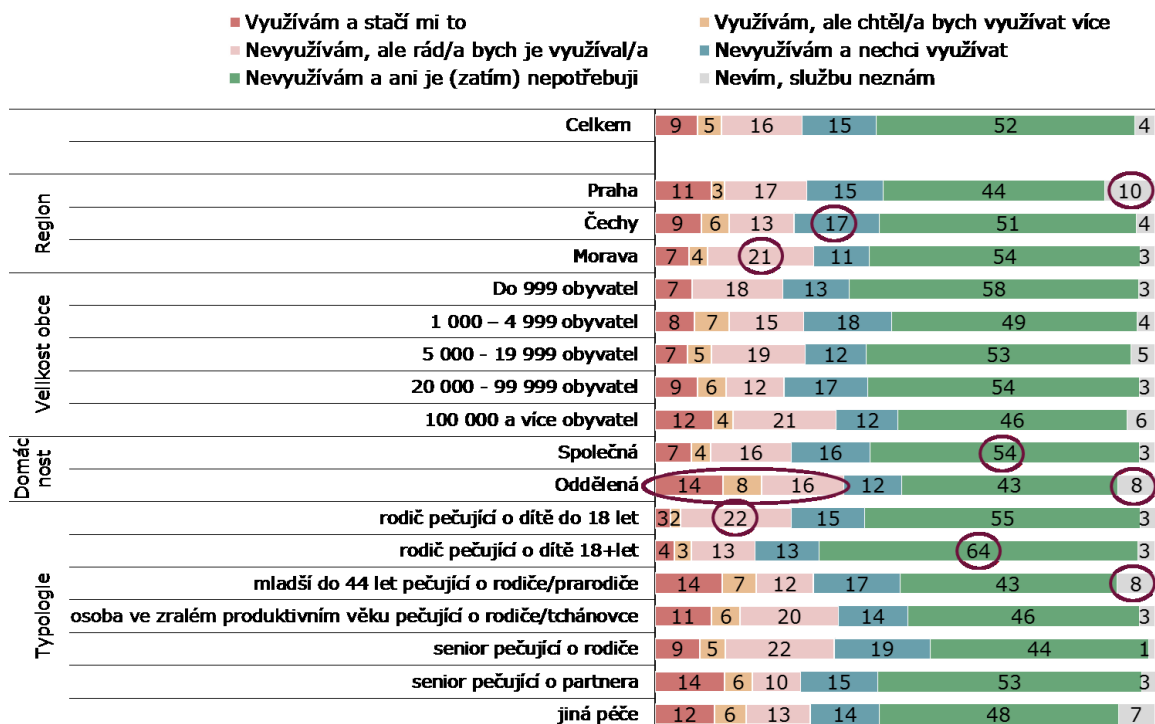


ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 29

Využívání pečovatelské služby - část 2

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]



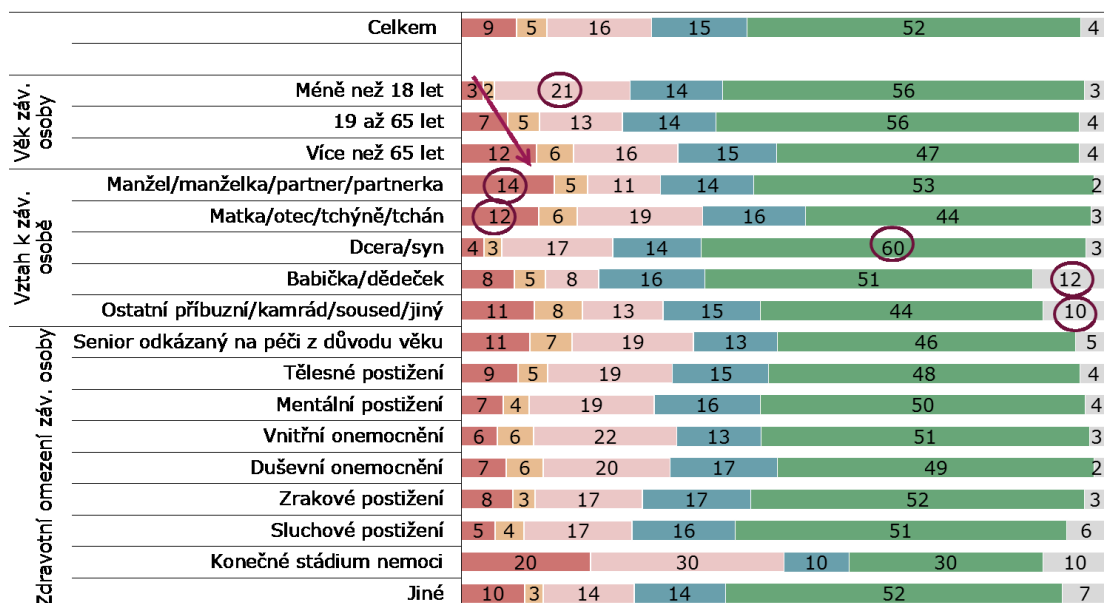
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 30

Využívání pečovatelské služby - část 3

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

- Využívám a stačí mi to
- Využívám, ale chtěl/a bych využívat více
- Nevyužívám, ale rád/a bych je využíval/a
- Nevyužívám a nechci využívat
- Nevyužívám a ani je (zatím) nepotřebuji
- Nevím, službu neznám



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

e) Denní stacionáře / Centra denních služeb (ambulanti zařízení, kde je pro nesoběstačné osoby zajištěna péče (strava, hygiena) vč. vzdělávacích a terapeutických aktivit) (graf č. 31, 32,33)

- Pětina pečovatelů uvedla, že tuto službu využívá, přitom většina je s poskytováním služby spokojena (14 %) a jen 5 % by chtělo využívat službu více. 13 % pečovatelů službu nevyužívá, ale mělo by zájem; necelá polovina službu (zatím) nevyužívá; 18 % ji ani využívat nechce a 5 % neví, co tato služba obnáší.
- **Kdo službu využívá:** častěji ženy pečovatelky; obecně pečovatelé, jejichž péči lze považovat za tu nejnáročnější, tj. starají se o závislou osobu celodenně a dlouhodobě a žijí s ní ve společné domácnosti; jedná se zejména o rodiče, kteří pečují o dítě ať už nezletilé nebo starší 18 let se zdravotním postižením; obvykle se jedná o mentálně handicapované osoby (dospělé i děti), které pobírají příspěvek na péči III. nebo IV. stupně; častěji se také jedná o vysokoškolsky vzdělané pečovatele; typicky ve věku 41 až 60 let; častěji jsou to pečovatelé z Prahy (27%, tj. 21 respondentů) než z Moravy

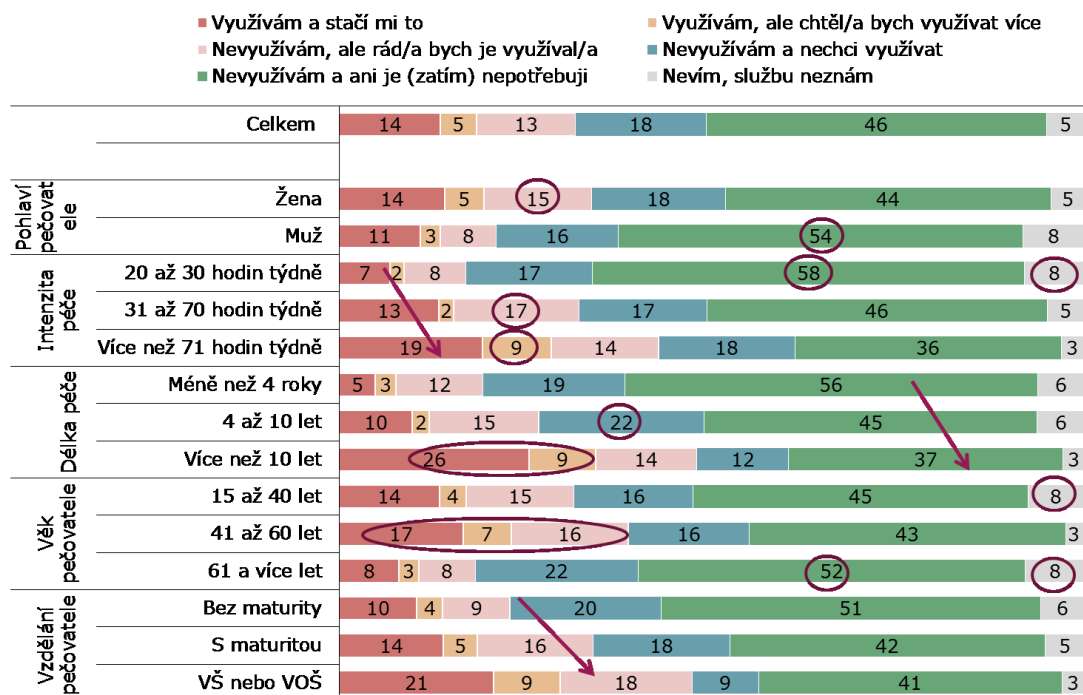
- **Kdo ji chce využívat více a kdo by ji chtěl využívat:** jednoznačně ženy pečovatelky; obecně pečovatelé, jejichž péče je intenzivní (každodenní nebo celodenní) a dlouhodobá a s opečovávanou osobou žijí ve společné domácnosti; deficit této služby pociťují zejména rodiče, kteří pečují o zletilé či nezletilé dítě se zdravotním postižením; přičemž typicky se jedná o mentální či duševní postižení; ale také se může jednat o terminálně nemocného; více využívat by ji chtěli pečovatelé, kteří mají k dispozici příspěvek na péči IV. stupně; pečovatelé s vysokoškolským vzděláním; žijící v Praze (18 %, tj. 14 respondentů) a na Moravě (zejména v Olomouckém kraji, 30 %, tj. 17 respondentů a Jihomoravském kraji, 26 %, tj. 23 respondentů)
- **Kdo ji (zatím) nevyužívá:** častěji pečovatelé muži (zatím ji nevyužívá 54 % z nich); obvykle pečovatelé do 44 let pečující o rodiče/prarodiče nebo pečovatelé ve zralém produktivním věku pečující o rodiče své nebo partnerovy nebo senioři pečující o svého partnera; často je opečovávanou osobou senior odkázaný na péči z důvodu věku pobírající příspěvek na péči nižšího stupně; obecně také ti pečovatelé, kteří pečují méně intenzivně a celkově zatím kratší dobu; častěji se starají se o závislou osobu mimo vlastní domácnost; pečovatelé s nižším vzděláním (bez maturity) a v nejstarší věkové kategorii; častěji pečovatelé z Plzeňského kraje (72 %, tj. 36 respondentů) a Ústeckého kraje (75 %, tj. 47 respondentů); nejčastěji o službu nemají zájem senioři pečující o své rodiče (31 % z nich).
- **Službu neznají:** nejnižší znalost služby je mezi seniory, kteří pečující o svého partnera (11 % z nich)
- Při srovnání různých kritérií má tato služba lepší hodnocení z hlediska přístupu personálu, otevírací doby, kvality služby jako takové a kapacitní dosažitelnosti. Hůře je hodnocena územní dostupnost služby. Její cena je pro cca polovina pečovatelů (54 %), kteří ji využívají, považována za nízkou nebo „tak akorát“; pro třetinu pečovatelů – klientů je naopak vysoká až velmi vysoká; zbylých 11 % buď cenu nedokáže posoudit, nebo míní, že je hrazena pojišťovnou.

- **Bariéry ve využití:** V případě této služby nelze jednoznačně určit hlavní bariéru; poměrně rovnoměrně jsou zmiňovány téměř všechny: od vysoké ceny, přes nedostatek informací, územní (i kapacitní) nedostupnost či to, že služba v současné době neodpovídá potřebám člověka v péči.

Graf č. 31

Využívání denních stacionářů / center denních služeb - část 1

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]



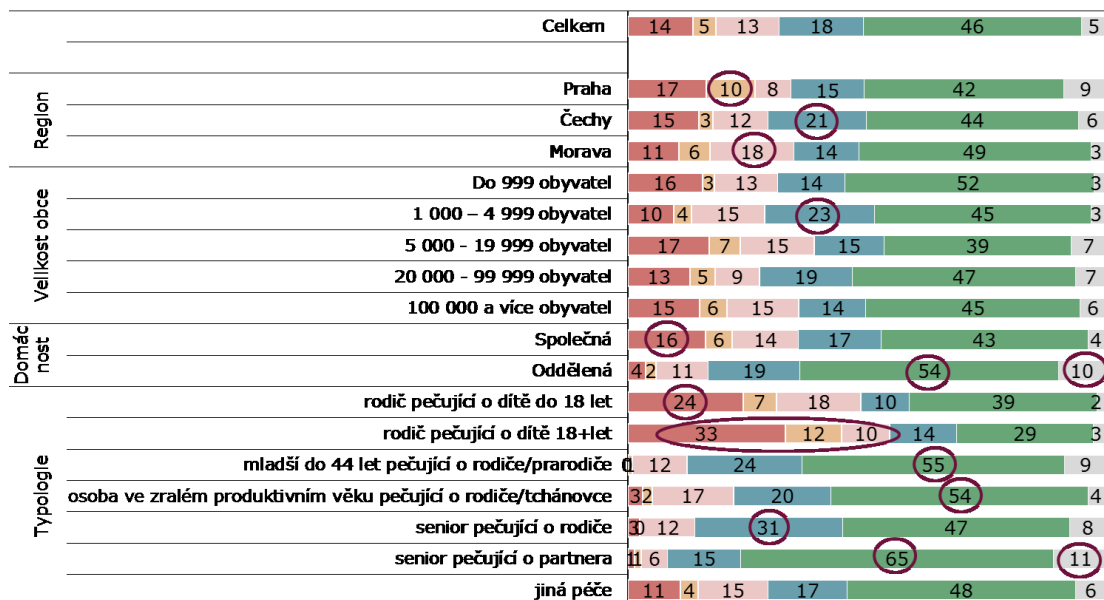
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 32

Využívání denních stacionářů / center denních služeb - část 2

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

- Využívám a stačí mi to
 - Nevyužívám, ale rád/a bych je využíval/a
 - Nevyužívám a ani je (zatím) nepotřebuji
- Využívám, ale chtěl/a bych využívat více
 - Nevyužívám a nechci využívat
 - Nevím, službu neznám



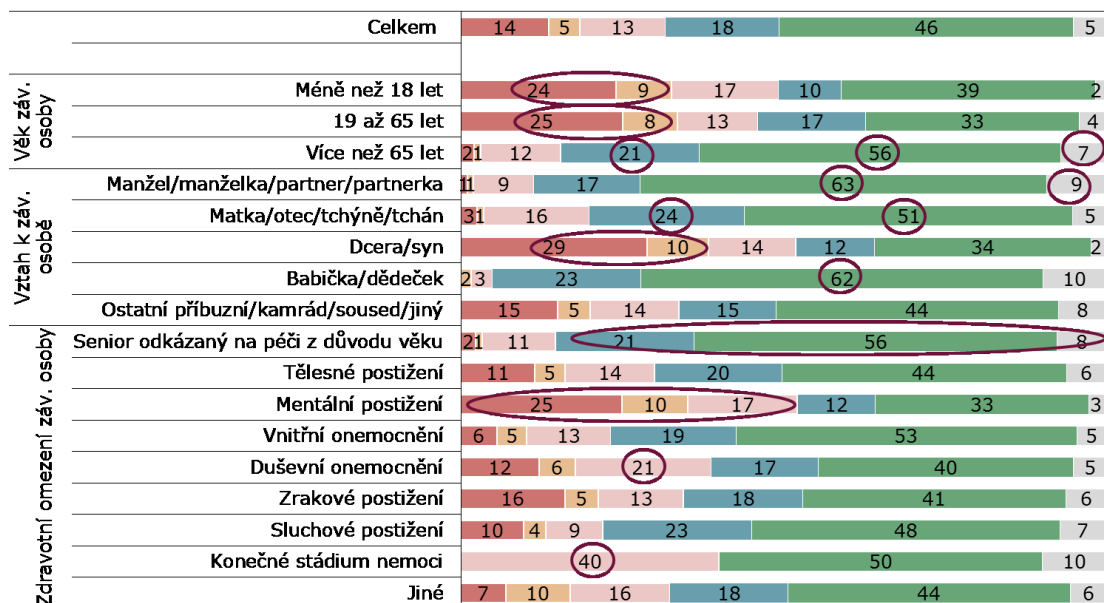
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 33

Využívání denních stacionářů / center denních služeb - část 3

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]

- Využívám a stačí mi to
 - Nevyužívám, ale rád/a bych je využíval/a
 - Nevyužívám a ani je (zatím) nepotřebuji
- Využívám, ale chtěl/a bych využívat více
 - Nevyužívám a nechci využívat
 - Nevím, službu neznám



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Shrnutí

Pomoc přetíženým pečovatelům by měla vedle rodiny, která je také často náročnou péčí vyčerpána, přicházet především ze strany sociálních a zdravotních služeb. Nicméně, jak ukázal tento výzkum, tyto služby jsou pro nemalou část pečovatelů, kteří o ně stojí, těžko dosažitelné nebo přímo nedostupné. Negativní roli hraje i nedostatek informací o těchto službách. Největší deficit lze spatřovat v oblasti respitních služeb, nedostává se však ani zdravotních služeb poskytovaných doma či služeb osobní asistence. Pečovatelské služby a denní stacionáře jsou poptávány v menší míře.

Z hlediska typologie pečovatelů je využití i poptávka po respitních službách nejvyšší mezi rodiči pečujícími o dítě starší 18 let se zdravotním handicapem (obvykle se jedná o mentálně, případně zrakově handicapované osoby). Ale chtěli by ji využívat také rodiče pečující o nezletilé dítě se zdravotním handicapem; služba chybí zejména pečovatelům pečujícím o mentálně, duševně a tělesně handicapované osoby. Využití zdravotních služeb v domácnosti je nejčastější mezi seniory pečujícími o partnera, případně o své/partnerovy rodiče, a mezi pečovateli ve zralém produktivním věku pečujícími o své nebo partnerovy rodiče; opečovávanou osobou jsou obvykle senioři odkázaní na péči z důvodu věku, případně tělesně handicapované osoby, s vnitřním onemocněním či sluchovým handicapem. Největší poptávka po zdravotní službě doma je mezi rodiči pečujícími o nezletilé dítě se zdravotním handicapem (37 %), a pak také mezi seniory pečujícími o své rodiče. Více využívají tyto služby by chtěli pečovatelé pečující o mentálně a tělesně handicapované osoby. Služby osobní asistence nejvíce využívají, a zároveň nejčastěji poptávají, rodiče, kteří pečují o dítě mladší 18 let se zdravotním postižením; obvykle se jedná o mentální, tělesné či duševní postižení. Pečovatelská služba je ponejvíce využívána pečovateli, kteří pečují o seniora. Nejčastější deficit pečovatelských služeb pociťují zejména pečovatelé pečující o nezletilé dítě se zdravotním postižením, ale také pečovatelé ve zralém produktivním věku, kteří pečují o své nebo partnerovy rodiče, a senioři pečující o své rodiče. Denní stacionáře či centra

ambulantních služeb nejčastěji využívají a také nejvíce poptávají rodiče, kteří pečují o dítě ať už nezletilé nebo starší 18 let se zdravotním postižením; obvykle se jedná o mentálně handicapované osoby (dospělé i děti).

Největší bariérou pro větší využívání služeb je z hlediska současných pečovatelů-klientů hlavně cena služby, vyjma zdravotní služby poskytované doma a rané péče. Jinak jsou služby jejich současnými klienty hodnoceny velmi dobře. Neklientům pečovatelům, kteří by ale o službu měli zájem, zabraňuje v jejím využívání vedle ceny hlavně nedostatek informací o samotných službách, a v případě denních stacionářů a respitních služeb také jejich lokální a někdy i kapacitní nedostupnost.

Z výzkumu dále vyplývá, že nedostatek informací je pro pečovatele při vyhledávání podpory či pomoci kritickým momentem. Nejedná se při tom pouze o informace o nabídce služeb a jejich dostupnosti, ale hlavně o jakési komplexní poradenství, které by pečovatelům umožnilo se v současném systému lépe orientovat a lépe ho využívat ve všech jeho oblastech. Relativně dobrou informovanost mají pečovatelé ve sféře zdravotnických služeb poskytovaných opečovávané osobě a ve sféře sociálních dávek a příspěvků. Na průměrné úrovni je míra informovanosti v oblasti sociálních služeb a odborných informací pro zvládnutí přímé péče. Na druhou stranu žádné nebo jen malé informace v těchto oblastech přiznala zhruba čtvrtina pečovatelů. Za podprůměrnou lze označit informovanost o respitních službách, o úředním statutu pečovatele, nemateriální podpoře pečujících osob.

5. Kontakt pečovatelů s úřady a institucemi a vnímání těchto institucí

5. 1 Kontakt pečovatelů s úřady a institucemi

V rámci své pečovatelské role se pečovatelé neobejdou bez (častého) kontaktu s veřejnými a zdravotními institucemi. Tato část zprávy se zaměřuje právě na interakci pečovatelů, a

na hodnocení této interakce, se zástupci úřadů práce, se zástupci obecních (městských) úřadů nebo magistrátu, s praktickými lékaři a se zástupci nestátních neziskových sdružení. Obsahuje rovněž jejich hodnocení na základě zkušeností pečovatелů.

Institut praktického lékaře je v konceptu rodinné a zvláště dlouhodobé péče nejvýznamnější lékařskou odborností a hlavním lékařským aktérem. Je často primárním kontaktem (zvláště v geriatrické péči) a následně koordinátorem další lékařské péče. Kromě jiného indikuje domácí péči hrazenou z prostředků všeobecného zdravotního pojištění a spolupracuje s příslušnou agenturou při jejím poskytování, indikuje pečovatelskou službu, různé formy rehabilitace, jejíž některé formy lze zajistit i cestou domácí péče. Posuzuje zdravotní stav pro účely sociálních dávek, příspěvků na péči, práceschopnosti a potvrzuje žádosti o terénní i pobytové sociální služby. I v jeho gesci by mělo být poskytování informací o možnostech zdravotních a sociálních služeb (např. respitních zařízení)²³. Kontakt s praktickým lékařem v posledním roce deklarovali téměř všichni pečovatелé (96 %).

Spolupráce pečovatелů se zmíněnými úřady je nutná zejména v případě žádosti o příspěvek na péči, ale i při vyřizování jiných typů příspěvků a sociálních dávek (ať už pro osobu závislou na péči nebo pro pečovatele samotné). Zároveň by v gesci zmíněných úřadů mělo být také poskytování komplexních informací o možnostech státní i lokální podpory rodinných pečovatелů. S pracovníky úřadu práce přišlo v posledních 12 měsících do kontaktu necelých 70 % dotázaných pečovatелů, na OÚ, MÚ nebo magistrát se obrátilo zhruba 60 % z nich.

Neméně důležitou institucí zajišťující podporu a služby pečovatелům v rámci veřejné politiky je působení nestátních neziskových organizací. Neziskový sektor zajišťuje různé druhy služeb, jak pro osoby závislé na péči (např. pečovatelské služby, stacionáře aj.), tak pro pečovatele samotné (psychologická podpora, poskytování informací, svépomocná sdružení aj.). Rovněž

²³ Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb./KALVACH, Zdeněk, Diakonie ČCE, 2014, <http://www.diakonie.cz/res/data/013/001863.pdf?seek=1414065093>

spolupracuje s dobrovolníky, kteří mohou být významným elementem např. při snižování sociální izolace pečujících. Etablovanost NNO v rámci systému podpory neformálních pečovatелů a jejich rostoucí význam potvrzuje zjištění, že v posledním roce s nimi přišla do kontaktu třetina oslovených pečovatелů. S žádnou z výše zmíněných institucí nepřišla v předchozím roce do styku 2 % dotázaných pečovatелů.

Výsledky ukazují, že interakce s úřady případně s NNO je pro některé skupiny pečovatелů běžnější záležitostí než pro jiné (graf. č. 34 a 35). Úřady práce a NNO kontaktují častěji ženy než muži. Důležitý vliv má rovněž vzdělání pečovatele, čím vyšší je jeho vzdělání, tím vyšší je pravděpodobnost, že zmíněné úřady či instituce osloví. Markantní je zejména rozdíl v kontaktování NNO. Téměř polovina pečovatелů/pečovatelek s vysokoškolským vzděláním (49 %) v posledních 12 měsících oslovila nějakou NNO, což je dvakrát více než v případě pečovatелů/pečovatelek bez maturitní zkoušky (22 %). Také pečovatelé z nejvyšší příjmové kategorie (měsíční příjem domácnosti vyšší než 33 tis. Kč) běžněji jednájí se zástupci veřejné správy a neziskové sféry. Pravděpodobnost interakce s úřadem či NNO negativně ovlivňuje věk pečovatele, nejstarší věková kategorie (61 a více let) přichází do kontaktu se zástupci těchto institucí nejméně. Což ji do určité míry izoluje i od možnosti státní podpory, zvláště té finanční (více viz kapitola č. 8 a č. 9).

Jednání či nejednání s úřady a NNO souvisí také s intenzitou a dobou péče, a tedy i se stupněm pobíraného příspěvku. Kontakt s veřejnou i neziskovou sférou se stává pro pečovatele potřebnější a tedy i běžnější s prodlužující se dobou a zvyšující se intenzitou péče, a s vyšším příspěvkem na péči, který pobírá závislá osoba. Dále se ukazuje, že pravděpodobnost interakce s úřady je vyšší, pokud je osoba, o kterou se pečovatel v domácí péči stará, jeho dítě mladší 18ti let, případně trpí-li opečovávaná osoba mentálním postižením. Rodinní pečovatelé starající se o osobu s duševním onemocněním více vyhledávají NNO, pokud se starají o tělesně nebo zřakově handicapovanou osobu, pak se

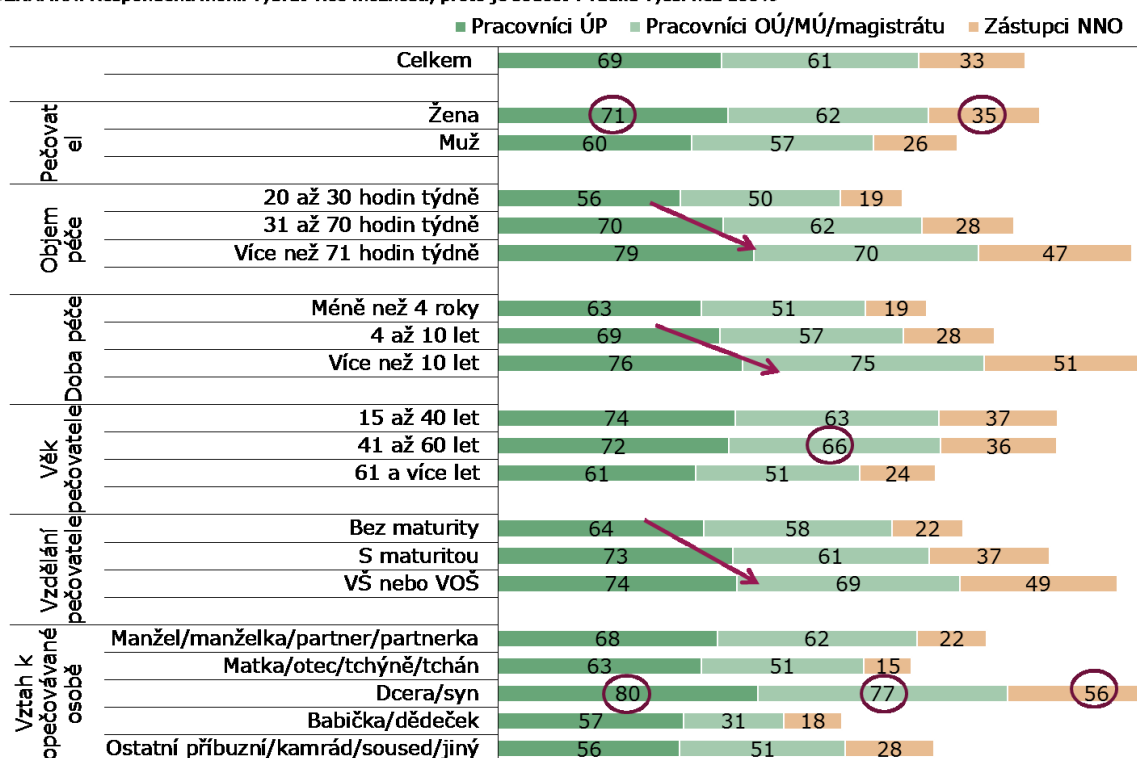
obrací hlavně na místní samosprávu. Pokud se pečovatel stará o seniora odkázaného na péči z důvodu věku je jeho kontakt s úřady a NNO méně intenzivní, v případě NNO minimální (14 %). Asi nejčastější kontakt se zástupci NNO deklarují také pečovatelé v Olomouckém kraji.

Graf č. 34

Přišel/la jste v rámci své pečovatelské role v posledním roce do styku s následujícími osobami? - charakteristiky pečovatelů

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Respondenti mohli vybrat více možností, proto je součet v řádku vyšší než 100%



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Pozn. V grafu nejsou zobrazeny výsledky za lékaře, jelikož přesahují ve většině případů 90 %, jsou značně vyrovnané a ostatní výsledky zbytečně zkreslují

Typický pečovatel, nebo spíše pečovatelka, přicházející do kontaktu s úřady je žena ve středním věku s vysokoškolským vzděláním, která dlouhodobě a celodenně pečuje o svého nezletilého syna/dceru ve společné domácnosti, a který/terá pobírá příspěvek na péči IV. stupně. Naopak pravděpodobnost kontaktu s úřady a NNO je nižší u seniorů, kteří pečují o seniorku (typicky matku). Obecně se právě tato skupina pokládá za nejohroženější jak z hlediska jejího vyhledávání a možnosti podpory, tak i z hlediska dopadů na osobu pečovatele/ky. Jak zmiňuje již Jeřábek ve stati z roku 2005: „Důležitým společenským

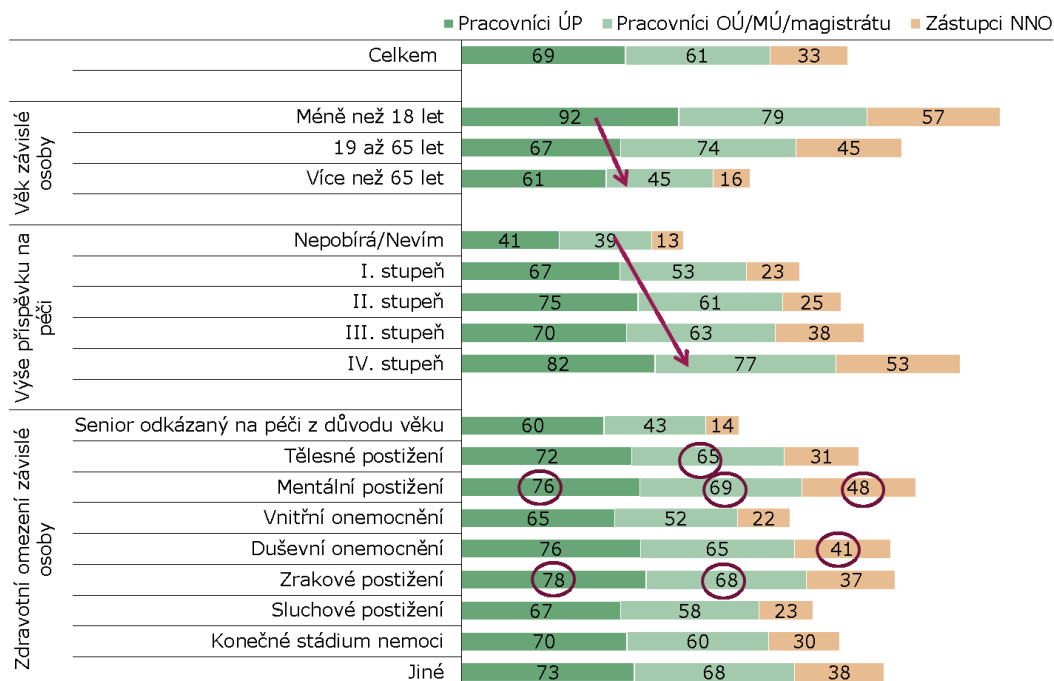
aspektem, přesahujícím medicínská zjištění, je závažná skutečnost společenské izolovanosti těchto pečovatelek. Tyto statečné ženy bývají ponechány rodinami svých blízkých, svými sousedy, komunitou, okolní společností často dlouhé měsíce bez pomoci

Graf č. 35

Přišel/la jste v rámci své pečovatelské role v posledním roce do styku s následujícími osobami? - charakteristiky osob závislých na péči

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Respondenti mohli vybrat více možností, proto je součet v řádku vyšší než 100%



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

a bez významnějšího společenského kontaktu. Nevědí, anebo dokonce ani nemají kam se obrátit o pomoc. Jsou vyřazeny ze světa svou pečovatelskou rolí, někdy i opomíjeny svými širšími rodinami.²⁴ Nižší stupeň interakce s úřady i NNO má na tomto fenoménu jistě důležitý podíl. Terénní služby ve spolupráci s praktickými lékaři a pracovníky úřadu práce (kteří, zdá se, jsou s touto křehkou skupinou pečovatelů v častějším kontaktu) by se měly soustředit na vyhledávání a podporu právě této skupiny pečovatelů. Oni sami se ve veřejném prostoru totiž angažují minimálním způsobem.

²⁴ Rodinná péče o staré lidi/ JEŘÁBEK, Hynek a kolektiv, CESES FSV UK, Praha 2005, http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf, s.14

5.2 Jak pečovatelé vnímají kontakt se zástupci a představiteli jednotlivých institucí

Pečovatelé na základě svých zkušeností následně hodnotili jednotlivé úřady, praktické lékaře a NNO v pěti aspektech (výrocích) rozdělených do dvou faktorů. První dva aspekty lze označit jako empatie („Jsou většinou vstřícní a chápaví“) a odbornost („Jejich odborné znalosti jsou podle mne na dobré úrovni“), oba dohromady vytváří faktor důvěry. Druhý faktor se týká způsobu řešení problémů a zahrnuje angažovanost v řešení („Většinou sami ochotně poradí, nabídnou různé varianty řešení daného problému“), úspěšnost řešení („S jejich pomocí se mi daří problémy s péčí většinou vyřešit“) a rychlost vyřízení problému („Dobu řešení/vyřízení obvykle zbytečně neprotahují“).

Přestože v celkovém pohledu převažuje pozitivní hodnocení jednotlivých aspektů u všech zkoumaných institucí, výsledky výzkumu ukazují, že vnímání jednotlivých institucí se navzájem značně liší. V důvěře i řešení problémů zástupci NNO a praktičtí lékaři rozhodně předčí pracovníky místní samosprávy i úřadů práce (graf č. 37 a tab. č. 8). Jednoznačně nejlépe jsou však hodnoceni zástupci NNO, a to ve všech zkoumaných aspektech. Oproti ostatním vynikají zejména v angažovanosti při řešení problémů (dokážou poradit a nabídnout různé varianty řešení) – jejich zástupci zjevně disponují komplexními informacemi a dokáží je předat dále. Z předchozích zjištění vyplývá, že sice není pro pečovatele jednoduché se s nějakou NNO spojit a využívat jejích služeb, nicméně toto úsilí se z pohledu pečovatelů zjevně vyplácí. Jak dokládají jejich nadmíru pozitivní zkušenosti. Kontakt se zástupci NNO je zcela nejlépe hodnocen pečovateli v Olomouckém kraji. V oblasti řešení problémů je také nadprůměrně dobře hodnotí pečovatelé v Praze a v Libereckém kraji, naopak relativně hůře v Moravskoslezském kraji.

Vnímání praktických lékařů je rovněž velmi kladné, i když kromě aspektu odbornosti je mírně horší než vnímání zástupců NNO. Praktičtí lékaři jsou ve většině případů, na rozdíl

od NNO, pro pečovatele kontaktem první linie a jsou důvěryhodnou autoritou. Jejich slabinou je menší angažovanost při řešení problémů a také úspěšnost při řešení problémů. Nadprůměrně kladně je většinou hodnotí pečovatelé z Pardubického kraje.

Ve srovnání s praktickými lékaři a zástupci NNO jsou pracovníci úřadu práce i místní samosprávy hodnoceni ve všech aspektech relativně hůře. Zkušenosti s jednáním se zástupci ÚP přitom v celkovém srovnání vycházejí jako nejhorší (i když stále převládá pozitivní zkušenost nad negativní). Oba úřady jsou nejlépe hodnoceny v aspektu empatie a odbornosti, zatímco řešení problémů lze označit za jejich slabou stránku - ať už se jedná o úspěšné řešení problémů s péčí, nebo ochotu spontánně poradit a nabízet různé varianty či snahy zbytečně neprotahovat dobu pro vyřešení žádosti. V tomto posledním aspektu jsou jednoznačně nejhůře hodnoceni pracovníci ÚP. Celkově nadprůměrná spokojenost s pracovníky OÚ a MÚ jakož i s pracovníky ÚP je mezi pečovateli v Pardubickém kraji.

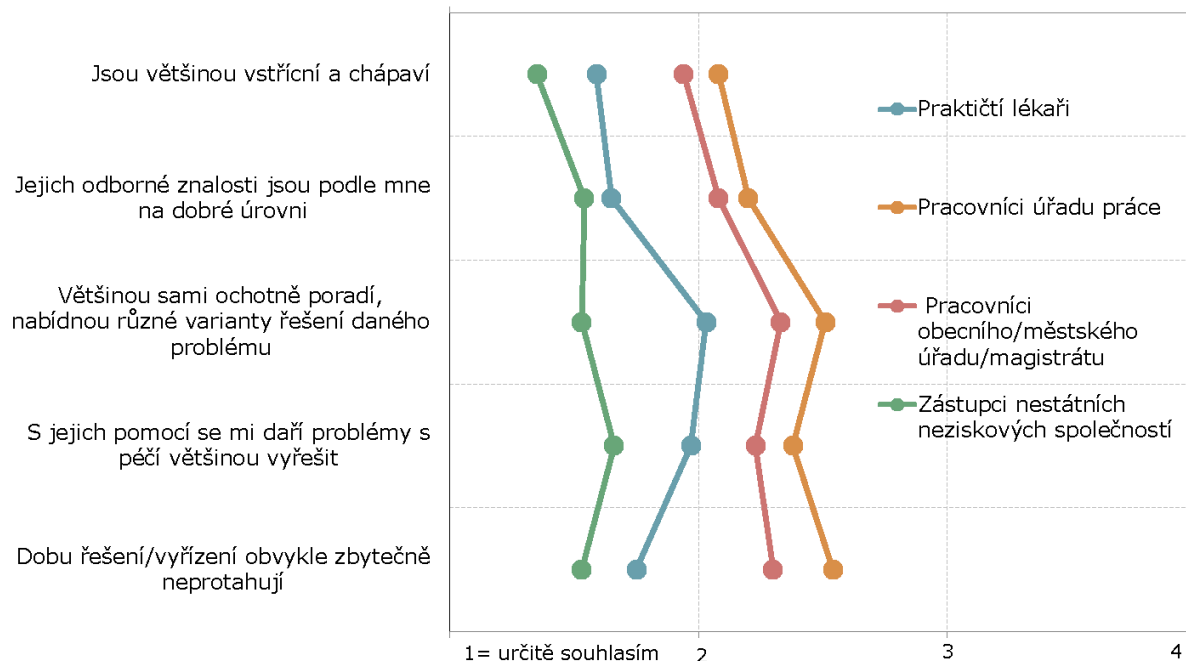
Z podrobnější analýzy dat hodnocení jednotlivých institucí stojí za zmínku kritika pracovníků ÚP pečovateli, kteří žijí ve velkých městech (nad 100 tis. obyvatel), nejedná se ale pouze o Prahu. Tato skupina hodnotila ÚP ve všech aspektech celkově hůře. Naopak pozitivní hodnocení se pracovníkům těchto úřadů dostalo z řad pečovatelů žijících v malých obcích (méně než 1000 obyvatel), kteří také významně lépe vnímají působení NNO.

Graf č. 36

Porovnání vnímání zástupců vybraných institucí v souvislosti s péčí

ZÁKLAD: Respondenti, kteří v rámci své pečovatelské role přišli v posledním roce do kontaktu s vybranými institucemi
[údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Průměr na škále 1 až 5, kde 1=určitě souhlasím a 5=vůbec nesouhlasím



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Následující tabulka shrnuje výsledky T-testu průměrů s použitím Bonferroniho korekce pro několikanásobné porovnání a jsou v ní vyznačeny signifikantní rozdíly v průměrném hodnocení jednotlivých úřadů a institucí. Graf č. 37 ukazuje detailní hodnocení jednotlivých aspektů pro různé instituce.

Tab. č. 8

Porovnání vnímání zástupců vybraných institucí kontaktovaných v souvislosti s péčí

	Praktičtí lékaři (N=823)	Pracovníci úřadu práce (N=595)	Pracovníci obecního/městského úřadu/magistrátu (N=524)	Zástupci nestátních neziskových společností (N=283)
Průměrné hodnocení na škále 1 = Určitě souhlasím až 5=Vůbec nesouhlasím				
	A	B	C	D
Jsou většinou vstřícní a chápaví	1,6 D	2,1 A D	1,9 A D	1,3
Jejich odborné znalosti jsou podle mne na dobré úrovni	1,7	2,2 A D	2,1 A D	1,5
Většinou sami ochotně poradí, nabídnou různé varianty řešení daného problému	2,0 D	2,5 A D	2,3 A D	1,5
Dobu řešení/vyřízení obvykle zbytečně neprotahují	1,8 D	2,5 A D C	2,3 A D	1,5
S jejich pomocí se mi daří problémy s péčí většinou vyřešit	2,0 D	2,4 A D	2,2 A D	1,7

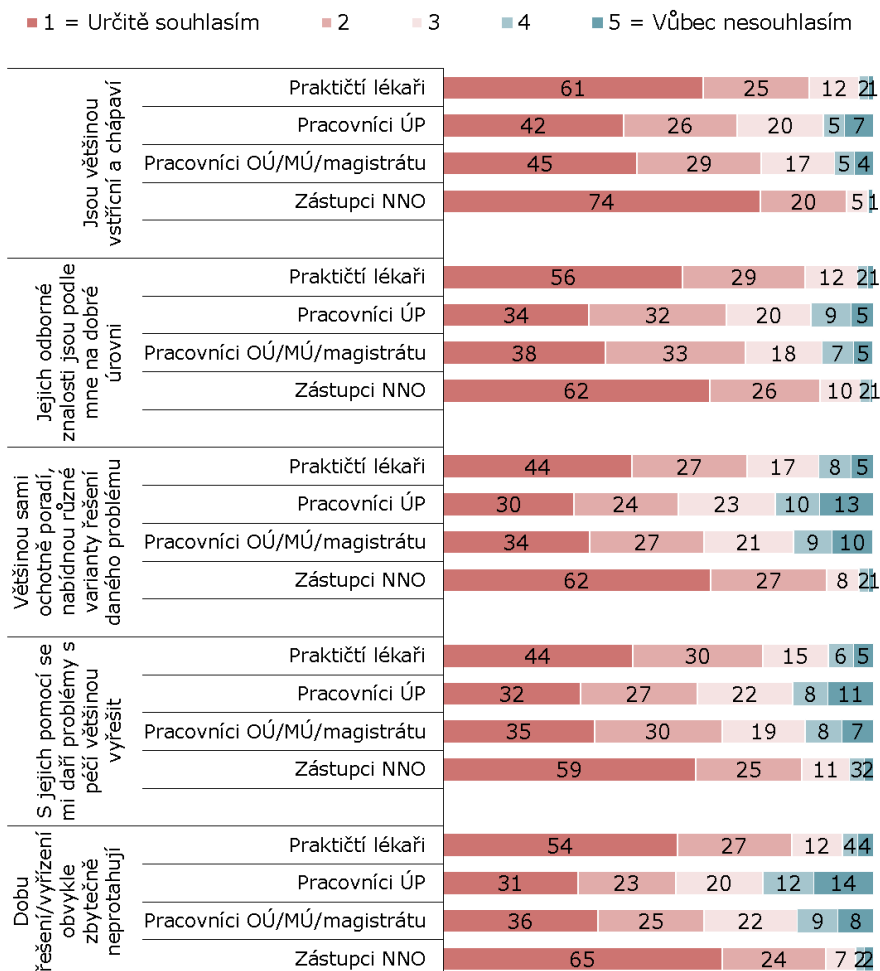
POZN.: Přifažení písmene sloupce označuje signifikantně nižší průměrnou hodnotu tohoto sloupce na hladině 0,05
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Graf č. 37

Vnímání představitelů a zástupců vybraných institucí v souvislosti s péčí

ZÁKLAD: Respondenti, kteří v rámci své pečovatelské role přišli v posledním roce do kontaktu s praktickými lékaři, N=823 / pracovníky ÚP, N=595/ pracovníky OÚ, MÚ, magistrátu, N=524 / zástupci NNO, N=283 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: V grafu nejsou zahrnuté odpovědi nevím



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Shrnutí

Pečovatelé v souvislosti s péčí o závislou osobu nejčastěji kontaktují praktického lékaře (téměř všichni), poměrně často komunikují s pracovníky úřadu práce (70 %) i s pracovníky obecních/městských úřadů či magistrátu (60 %). Třetina pečovatелů oslovila v minulých 12 měsících neziskové organizace. Zkušenost s jednáním s úřady a s neziskovými organizacemi mají častěji vysokoškoláci, naopak méně často je oslovují senioři, kteří pečují o seniora. Jednání s úřady i neziskovými organizacemi je běžnější také pro pečovatele, jejichž

péče o závislou osobu je náročnější a dlouhodobější. Celkově nejlépe jsou pečovateli, kteří s nimi mají recentní zkušenost, hodnoceni pracovníci neziskových organizací, za nimi následují praktičtí lékaři, horší zkušenost mají pečovatelé s pracovníky obecních či městských úřadů potažmo magistrátu a relativně nejhůře jsou vnímáni pracovníci úřadu práce (zvláště v angažovanosti řešit problém či jen z vlastní iniciativy poradit). Z výše zmíněného vyplývá, že neziskové organizace se v systému formální péče etablovaly a zastávají v něm pro pečovatele nenahraditelné místo. Pokud se pečovateli podaří s neziskovou organizací spojit, pak úsilí, které ho to stálo, se mu nejspíš vrátí v podobě spokojenosti s jejich službami.

6. Dopady péče na pečovatele

Jak uvádějí mnohé zdroje má poskytování neformální péče četné negativní dopady na samotné pečovatele, které jsou v oblasti veřejné politiky doposud značně podceňované. Zanedbání potřeb a přílišného přetížení pečovatelů může ve svém důsledku ohrozit poskytování neformální péče jako takové. Přitom následky dlouhodobé domácí péče mohou být nejrůznějšího charakteru. Nejčastěji se u pečujících osob mluví o vyhoření, každodenním stresu, zhoršení fyzického i psychického zdraví. V zemích OECD je mezi pečovateli o 20 % vyšší výskyt psychických problémů než mezi těmi, kteří o své blízké nepečují. Ohrožení se týká zejména pečovatelů, kteří poskytují intenzivní péči. Proto je třeba se v rámci veřejné politiky důsledně zaměřit na redukci zátěže, kterou rodinní pečovatelé nesou.²⁵ Rodinní pečovatelé jsou totiž z finančního hlediska značným přínosem pro státní pokladnu. Podle OECD odhadovaná ekonomická hodnota neformální péče dalece převyšuje hodnotu formální péče. Podle některých odhadů činil ekonomický přínos neformálních pečovatelů v USA v roce 2007 celkem 375 miliard USD (tj. 2,7 % HDP).²⁶

²⁵ Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. / KOTRUSOVÁ, Miriam - DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka In: FÓRUM sociální politiky. - Roč.7, č. 6 (2013), s. 10-20

²⁶ Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies/ COLOMBO, F. et al. (2011), OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

Ze studie OECD rovněž vyplývá, že dopad poskytování péče na duševní zdraví roste s mírou zátěže a náročnosti péče, zejména pokud se pečovatel ocitne v sociální izolaci a nedostává se mu dostatečné sociální a psychické opory. Ženy poskytující neformální péči mají závažnější problémy s duševním zdravím než muži. Dopad intenzivní neformální péče na duševní zdraví je také vyšší, pokud neformální pečovatel a příjemce péče bydlí ve společné domácnosti.²⁷ Tato zjištění potvrdily i výsledky tohoto výzkumu.

6.1 Vyhodnocení dopadů péče

Pečovatelé měli na škále 1 (vůbec nepociťuje) až 5 (velmi silně pociťuje) ohodnotit, do jaké míry osobně pociťují jednotlivé aspekty péče o závislou osobu (graf č. 38) Nejvíce jim vadí, že v důsledku této péče nemají žádný volný čas, což velmi silně pociťuje 40 % dotázaných pečovatelů. Že je ztráta volného času nejpalčivějším problémem, dokládají také jejich spontánní odpovědi zmíněné v možnosti jiné. Nedostatek času pro sebe, žádný nebo značně omezený osobní život byl nejčastěji zmiňovaný negativní aspekt péče. Ztráta volného času souvisí i s druhým, nejvíce pociťovaným dopadem péče o závislou osobu, a tím je celkové psychické vyčerpání (velmi silně ho pociťuje 28 % pečovatelů), které následuje, pokud si pečovatel nemá možnost od péče odpočinout. Další hrozbou je pro dlouhodobé pečovatele společenská izolace. Omezení společenského života společně s omezením vlastních koníčků

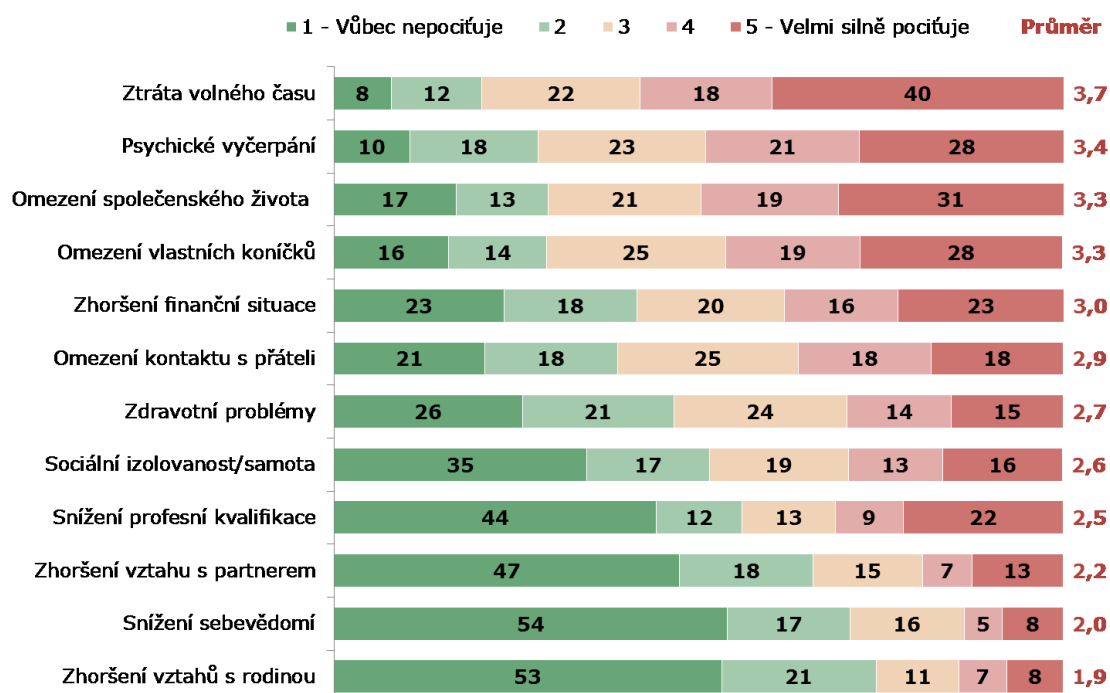
²⁷ Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (II), , uživatelé dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči./ WIJA, Petr In: Aktuální informace ÚZIS ČR. - rok 2012, č. 32/12, <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iii-poskytovani-neformalni-pece-jeji-dopad-na-za>.

Graf č. 38

Pocítujete Vy osobně nějaké negativní dopady péče na svou osobu?

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=825 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Respondenti, kteří uvedli, že se jich daná situace netýká, byli z analýzy vyřazeni



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

bylo uváděno jako třetí nejčastější negativní důsledek rodinné péče. Vedle psychických problémů pramenících z nedostatku odpočinku a vedle sociální izolace bylo dalším silně pocítovaným negativem rodinné péče zhoršení finanční situace. Zdravotní problémy, jako důsledek dlouhodobé péče, byly zmiňovány až po omezení kontaktu s přáteli. Snížení profesní kvalifikace, zhoršení vztahu s partnerem, snížení sebevědomí a zhoršení vztahů s rodinou lze označit za celkově méně intenzivně pocítované dopady péče.

Kdo je však vystaven dopadům péče o závislou osobu nejvíce? Potvrdilo se, že jsou to ženy-pečovatelky (graf č. 39), které vnímají všechny zmiňované negativní dopady péče intenzivněji než muži-pečovatelé. Silně rizikovým faktorem je rovněž v nemalé míře délka a intenzita péče, čím déle péče trvá a čím náročnější je (a také čím větší je pobíraný příspěvek na péči), tím jsou všechny negativní dopady intenzivnější (graf č. 40). Více jsou rovněž ohroženi

pečovatelé, kteří žijí ve společné domácnosti s opečovávanou osobou a ti, kteří pečují o nezletilé dítě. Z hlediska zdravotního omezení osoby závislé na péči se jako nejrizikovější jeví péče o osoby s mentálním či duševním postižením. Početnější domácnosti pečovatelů intenzivněji pociťují jako důsledky péče zhoršení vztahů s rodinou, zhoršení finanční situace a omezení společenského života. Pečovatelé v Libereckém kraji tendují v podstatě ke všem negativním dopadům péče silněji než v ostatních krajích. I když zhoršení finanční situace v důsledku péče poměrně častěji zmiňují také pečovatelé v Praze a ve Středočeském kraji. Naopak relativně mírněji pociťují dopady péče v Královehradeckém a Ústeckém kraji.

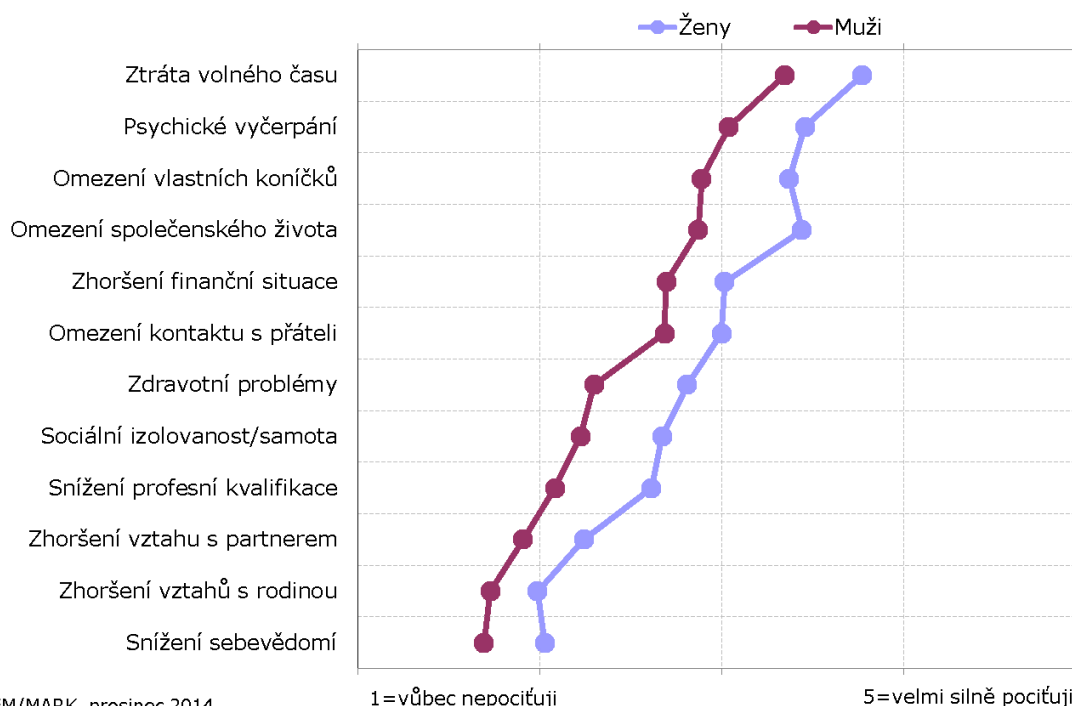
Zaměstnaní pečovatelé v produktivním věku více pociťují, že péče je pro ně nevýhodou na trhu práce, jelikož v jejím důsledku ztrácí vlastní profesní kvalifikaci. Při zvládnutí péče i zaměstnání jim rovněž nezbývá volný čas na koníčky a společenské a kulturní vyžití. Vzdělání pečovatele se na zvýšení či snížení rizika dopadů péče významněji nepodílí.

Graf č. 39

Pociťujete Vy osobně nějaké negativní dopady péče na svou osobu? - podle pohlaví pečovatele

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858

POZNÁMKA: Průměr na škále 1 až 5, kde 1=vůbec nepociťuji a 5=velmi silně pociťuji

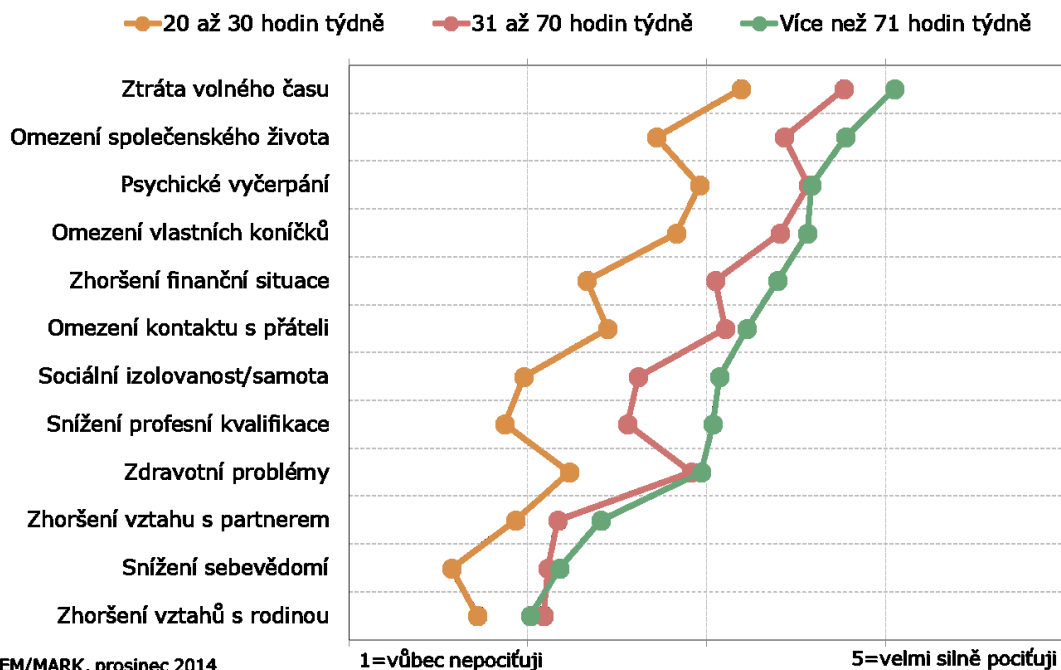


Graf č. 40

Pociťujete Vy osobně nějaké negativní dopady péče na svou osobu? - podle objemu péče

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858

POZNÁMKA: Průměr na škále 1 až 5, kde 1=vůbec nepociťuji a 5=velmi silně pociťuji

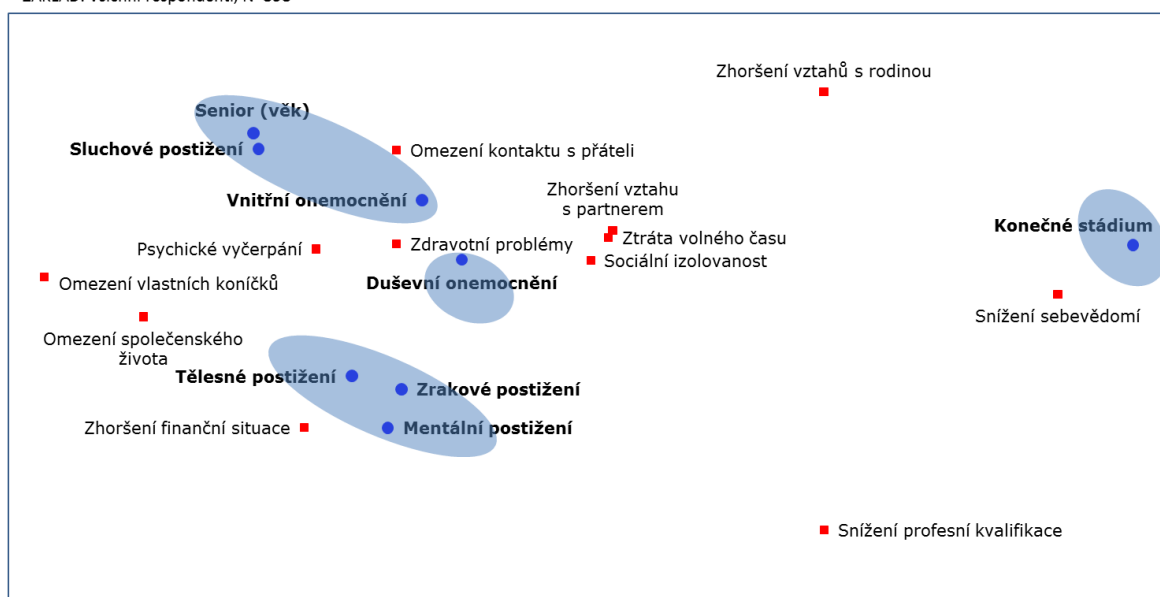


Následující graf ukazuje výsledky korespondenční analýzy (graf č. 41), která se snažila odhalit vazby mezi negativními dopady péče na osobu pečovatele a zdravotním omezením osoby na péči závislé. Je-li osoba, o kterou je pečováno, senior odkázaný na péči z důvodu věku, trpí-li tato osoba sluchovým postižením případně vnitřním onemocněním, jsou jejich rodinní pečovatelé vystaveni hlavně psychickému vyčerpání a zdravotním problémům a k tomu jsou omezováni v kontaktu s přáteli. Další skupina sdružuje tělesné, mentální a zrakové postižení. Pečovatelé, kteří mají v rodinné péči osoby s těmito zdravotními problémy, jsou vystaveni riziku zhoršení finanční situace, značnému osekání či zásadní redukci společenského a osobního života. I k těmto typům zdravotního omezení se váže jako zásadní negativní důsledek péče psychické zhroucení a nastartování zdravotních obtíží u samotného pečovatele. Duševní onemocnění osoby, o kterou je pečováno, přináší pečovateli obě hlavní rizika jako předchozí skupina, navíc se však intenzivněji podílí na sociální izolovanosti pečovatele a na ztrátě jeho volného času. Při tomto typu onemocnění je závislou osobou často vyžadována neustálá přítomnost pečovatele, nemá tak možnost oddechu - na rozdíl od předchozí skupiny, kdy se zdá, že možnost odpočinku pečovatele je lepší, ať už díky sociálním a zdravotním službám nebo pomoci rodiny. Duševní onemocnění osoby, o kterou je pečováno, je nejen psychicky náročné pro samotného pečovatele, ale i také pro jeho nejbližší okolí a tak trpí i partnerský vztah. Zcela specifická je situace, pečuje-li respondent o osobu v konečném stádiu nemoci. Zde se ukazuje jako nejbližší rizikový aspekt péče snížení sebevědomí pečovatele. Zhoršení vztahů s rodinou a snížení profesní kvalifikace, jakožto důsledky péče o závislou osobu nemají zdá se větší souvislost s žádným typem zdravotního handicapu závislé osoby. Je to dáno pravděpodobně tím, že jsou silněji spojeny s jinými faktory, např. s tím, zda byl pečovatel v minulosti zaměstnán, nebo se vztahují k jiným vnějším faktorům (např. existenci funkční rodiny, zaměstnání před péčí apod.).

Graf č. 41

Negativní dopady péče a typ zdravotního omezení osoby závislé na péči (korespondenční analýza)

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Deskriptivní statistiky potvrzují, že negativní dopady péče se liší zejména podle pohlaví pečovatele. Pomocí logistické regrese budeme zjišťovat, zda negativní dopady péče o závislou osobu lze připsat i jiným aspektům: socioekonomickým a demografickým charakteristikám pečovatelů a popřípadě různému vnímání ekonomické situace domácnosti pečovatele či kontaktu s NNO (jakožto aspektu, který by mohl vnímání negativních dopadů mírnit). (tab. č. 9)

Z možných negativních dopadů péče byly vybrány všechny, jejichž průměrné hodnocení přesahovalo 2,5 (včetně), tzn., nebylo zařazeno zhoršení vztahu s partnerem, s rodinou a snížení sebevědomí. Tento výběr nám zároveň umožnil zařadit do analýzy všechny respondenty. Respondenti, jejichž průměrné hodnocení všech vybraných proměnných přesáhlo hodnotu 3 (tj. průměr na škále 1 až 5), byli označeni jako ti, kteří pociťují negativní

dopady péče silněji, ostatní jako ti, kteří pocítují negativní dopady slaběji²⁸. Tato proměnná, označená jako negativní dopady péče, pak vstoupila do modelu jako závislá proměnná. Jako nezávislé vstoupily do modelu tyto proměnné: pohlaví, věk, vzdělání, ekonomická aktivita pečovatele, pohlaví a věk osoby v péči, vnímání finanční situace domácnosti, délka a intenzita péče, soužití s opečovávanou osobou v jedné domácnosti, interakce s NNO, a velikost místa bydliště. Konkrétně do analýzy vstupují tyto proměnné následujícím způsobem:

- Pohlaví pečovatele – žena, muž
- Věk pečovatele jako spojitá proměnná (od 15 do 89 let)
- Vzdělání jako kategorická proměnná – dvě kategorie: bez maturity a střední s maturitou a vysokoškolské
- Ekonomická aktivita pečovatele – dvě kategorie: ekonomicky aktivní a ekonomicky neaktivní
- Pohlaví závislé osoby – žena, muž
- Věk závislé osoby jako spojitá proměnná (od 0 do 99 let)
- Intenzita péče (tj. průměrný počet hodin týdně věnovaných péči o závislou osobu) jako spojitá proměnná nabývající hodnot od 20 do 168
- Doba péče jako spojitá proměnná v letech (tj. jak dlouho již pečovatel pečuje)
- Ekonomická situace domácnosti pečovatele (otázka „Jak vychází vaše domácnost s celkovým měsíčním příjmem?“), dvě kategorie: s obtížemi a bez obtíží
- Typ soužití, dvě kategorie: žije bez partnera a žije s partnerem
- Společné soužití se závislou osobou v jedné domácnosti, dvě kategorie: ano/ne
- Kontakt se zástupci NNO během posledního roku v souvislosti s péčí o závislou osobu: ano/ne

²⁸ Z hlediska interpretace výsledků je třeba uvést, že silnější dopady péče byly kódovány jedničkou, slabší dopady pak nulou.

- Velikost místa bydliště pečovatele, dvě kategorie: sídlo do 19 999 obyvatel a město s více než 20 tis. obyvateli

V prvním kroku se analýza zaměřuje na všechny pečovatele, poté budeme ověřovat, zda mají zkoumané faktory stejný vliv na negativní dopady péče pro muže i ženy. Hlavní otázka, která nás v tomto případě zajímá, zní, zda se liší negativní dopady péče dle socio-ekonomického statusu, resp. podle vzdělání a rodinné situace. Jak model ukazuje, důsledky péče intenzivněji pociťují především ti pečovatelé, kteří žijí s osobou závislou na péči ve společné domácnosti. Konkrétně mají 3,5 krát větší šanci, že péče na ně bude mít negativní dopady, než ti, kteří ve společné domácnosti se závislou osobou nežijí. Pravděpodobnost dopadů péče na pečovatele rovněž ovlivňuje ekonomická situace domácnosti pečovatele, ti, kteří mají problémy vyjít s rodinným rozpočtem, mají dvakrát vyšší šanci, že se na nich péče o závislou osobu negativně odrazí. Podstatnější z hlediska důsledků péče pro pečovatele se jeví samotná intenzita spíše než celková doba péče. Svůj vliv má i velikost místa bydliště: v menších městech a obcích je vliv dopadů méně intenzivní, než ve větších městech. Samostatné analýzy pro muže a ženy ale odhalují, že negativní dopady péče na muže posiluje zejména (a z hlediska toho modelu téměř výhradně), finanční situace jejich domácnosti. Naproti tomu u žen jsou významné všechny zmíněné faktory, přitom společné soužití v jedné domácnosti s osobou závislou na péči nepříznivé dopady v jejich případě zesiluje.

I přes kontrolu dalších sociodemografických charakteristik zůstává význačným faktorem, který ovlivňuje negativní dopady péče, právě pohlaví pečovatele. Významně častěji se do péče o nemocné či nesoběstačné členy rodiny zapojují ženy, a protože jejich péče bývá mnohem intenzivnější než péče mužů, jsou i negativní dopady péče silnější. Ohroženy jsou zejména ženy žijící ve společné domácnosti se závislou osobou, a to nehledě na její věk.

Tab. č. 9

Logistická regrese: co ovlivňuje nepříznivé dopady péče

	Všichni			Ženy			Muži		
	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)
Pohlaví pečovatele (muž ref.)	0,433	0,032	1,542						
Věk pečovatele	-0,005	0,462	0,995	-0,002	0,781	0,998	-0,013	0,437	0,987
Věk závislé osoby	-0,002	0,632	0,998	-0,003	0,383	0,997	0,009	0,377	1,009
Pohlaví závislé osoby (muž ref.)	-0,127	0,428	0,880	-0,023	0,896	0,977	-0,477	0,276	0,621
Ekonomická aktivita pečovatele (ek. neaktiv. ref.)	0,160	0,359	1,173	0,229	0,226	1,257	-0,041	0,932	0,959
Intenzita péče	0,005	0,004	1,005	0,005	0,012	1,005	0,007	0,154	1,007
Ekonomická situace domácnosti pečovatele (nemá obtíže ref.)	0,760	0,000	2,138	0,669	0,001	1,953	1,292	0,013	3,641
Typ soužití (bez partnera ref.)	0,188	0,271	1,207	0,277	0,151	1,319	-0,316	0,452	0,729
Celková doba péče	0,001	0,906	1,001	-0,003	0,742	0,997	0,016	0,485	1,016
Vzdělání pečovatele (bez maturity ref.)	-0,051	0,750	0,950	-0,122	0,495	0,886	0,352	0,376	1,421
Společná domácnost se závislou osobou (oddělená ref.)	1,279	0,000	3,595	1,448	0,000	4,256	0,826	0,084	2,283
Kontakt se zástupci NNO (proběhl ref.)	-0,218	0,224	0,804	-0,181	0,361	0,834	-0,357	0,433	0,700
Velikost obce (město nad 20 tis. obyv. ref.)	-0,361	0,019	0,697	-0,407	0,017	0,666	-0,245	0,523	0,783
Konstanta	-1,576	0,001	0,207	-1,313	0,006	0,269	-1,777	0,103	0,169
-2 Log likelihood	1039,80			852,48			178,31		
Nagelkerke R Square	0,207			0,209			0,175		
N	858			711			147		

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

6.2 Co pečovatele nejvíc trápí?

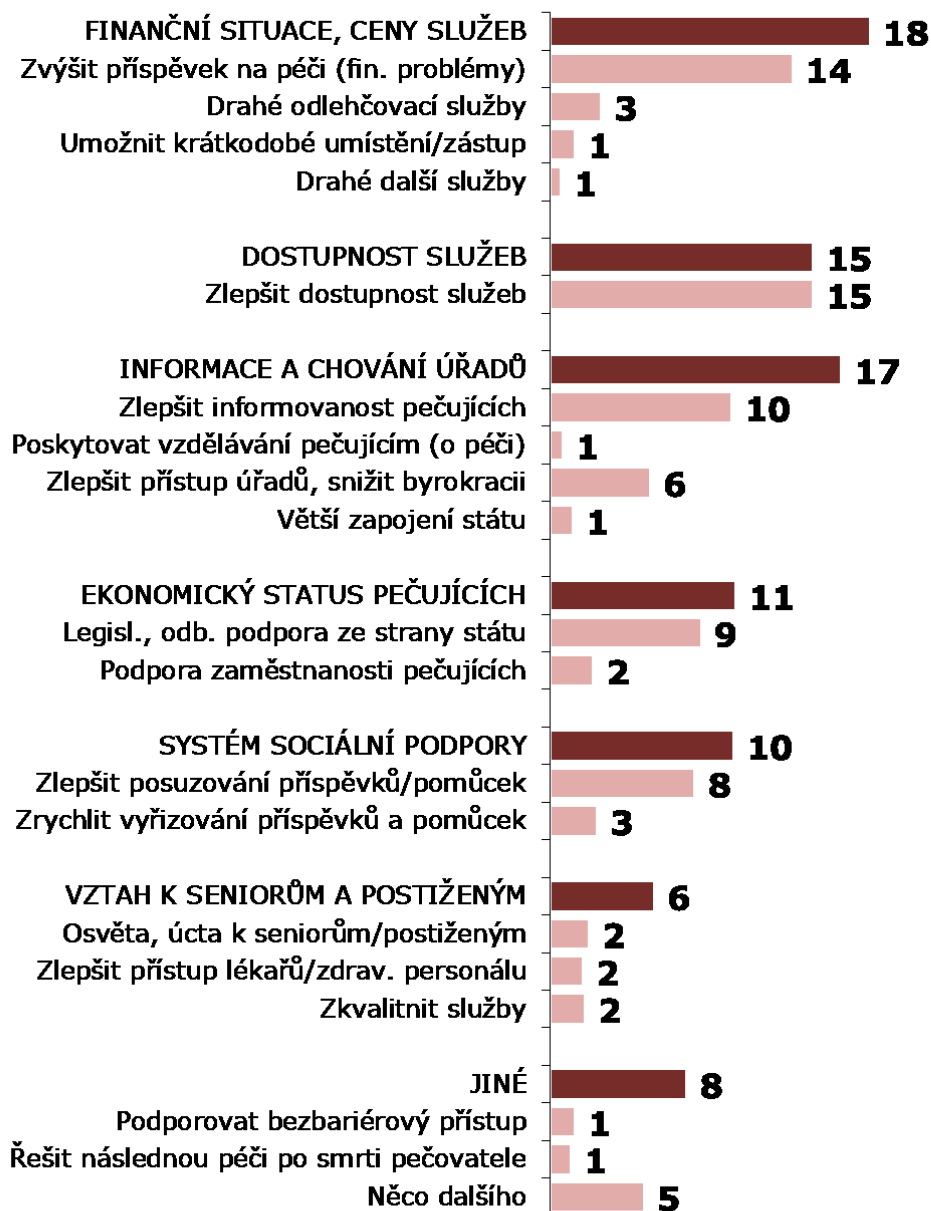
Pečovatelé mohli v závěru dotazování spontánně uvést, co považují v jejich současné situaci za největší problém nebo co by jim při péči o závislou osobu nejvíce pomohlo. Jejich odpovědi se protínají (a vnášejí i širší vhléd) s výše zmíněnými negativními dopady péče a přechozími zjištěními. Uvedené zakódované odpovědi shrnuje následující graf (graf č. 42)

Na prvním místě je zmiňována finanční situace pečujících osob, která z velké části determinuje (ne)možnost využití odlehčovacích služeb. Pečovatelé uvádějí, že jim výše podpory stěží vystačí na zajištění základních potřeb osoby, o kterou pečují. Naopak péči ještě často dotují ze svých úspor nebo na svůj úkor.

Co Vás nejmíc trápí? Co by Vám nejmíc pomohlo?

ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=858 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Otevřená otázka, odpovědi zakódovány, necelá 1/3 respondentů nevedla nic



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

„Finanční podpora je nedostatečná, jsem na hranici chudoby.“

„Pečující o lidi s těžkým postižením jsou ohodnoceni téměř nulově. Pro 4. stupeň je částka 12.000 Kč kalkulována na 133 hodin péče např. osobního asistenta za měsíc (tj. dle MPSV 90Kč/hod). O postiženého je však třeba pečovat průměrně 720 hodin měsíčně.“

„Příspěvek na péči by se měl valorizovat jako např. důchody.“

Na služby, které by pečujícímu umožnily volný čas na odpočinek nebo ekonomickou aktivitu, po zaplacení základních potřeb již nezbyvá. A pečovatel je tak nucen péči zvládat sám.

„Osoba pečující o osobu blízkou je bez příjmu. Přitom nejvyšší příspěvek na péči 12.000 Kč stačí na pokrytí 4 hodin osobní asistence nebo pobytu ve stacionáři denně.“

Také služby, které by mohly zlepšit zdravotní stav osob, o které se pečuje, nebo alespoň zastavit jeho progresi, jsou jen na základě příspěvku na péči obtížně zaplatitelné.

„Jsou velmi drahé služby rehabilitačních ústavů, je tato služba naprosto neúnosná!!!“

Přitom je třeba si uvědomit, že neformálně pečující osoby suplují finančně mnohem náročnější formální, institucionální léčbu, kterou by jinak zajišťoval stát. Zvláště u péče vyššího stupně by tak stát měl při výpočtu příspěvku (případně i jiných dávek) zohlednit, že poskytovaná péče je celodenním úvazkem pro pečovatele a i vyšší částka určená neformálnímu pečovateli představuje úsporu pro státní pokladnu ve srovnání s hospitalizací nebo ústavní péčí o osobu závislou na péči.

„Kdyby se měl postarat stát, stálo by to daleko více peněz.“

„Pečující by měl mít svůj vlastní příjem - dávky pohltí péče o nemocnou osobou.“

Dalším zmiňovaným problémem je dostupnost služeb v některých oblastech. Zvláště v menších městech a obcích některé služby chybějí nebo je jejich kapacita nedostatečná. Svou roli zde hraje i informační vakuum, ve kterém se pečovatelé často nacházejí. Pečovatelé také uvedli, že by rádi využili i další služby, jako je např. přednostní vyřízení u lékaře či na úřadě, asistent na procházky s osobou, které poskytují péči, ale i psycholog nebo rehabilitační pracovník pro pečovatele samotné.

„Je velký rozdíl mezi pomocí v malých a velkých městech, kde je dostupnost veškerých služeb nesrovnatelně větší než na maloměstě. Týká se i zdravotní péče – náklady na dojezdy za odbornými lékaři jsou mnohonásobně vyšší.“

„Denní stacionář má omezenou pracovní dobu (8-14), já bych navrhovala rozšíření pracovní doby.“

Pečovatelé také postrádají služby pro osoby s mentálním postižením a jiné specifické diagnózy (např. autismus, alzheimer).

„Osoby s autismem a těžším mentálním postižením jsou vyloučeny ze sociálních služeb.“

Dále pečovatelům chybí ucelené informace z oblasti domácí péče o závislou osobu. Uvítali by cokoliv - informační brožury, specializovaný web nebo poradce/koordinátora, který by jim vysvětlil problematiku státní sociální podpory, tj. na co mají nárok, jak mají postupovat při vyřizování administrativních záležitostí, jaké služby mohou využít, do jakých komunit se zapojit apod. V současné situaci jsou plně odkázáni na informace, které si sami seženou ať už od známých nebo na příslušném úřadě. Důležitou roli přitom hraje komplexní informovanost pracovníků úřadu, kteří by měli být schopni pečovatelům poradit nebo je odkázat na konkrétní informační zdroje v daném regionu, ta se však jeví jako nedostačující.

„Centrální informační systém regionálně strukturovaný o sociálních, pečovatelských a zdravotních službách pro postižené, včetně kompenzačních a zdravotních pomůcek, možnost odborných konzultací, případně péče u psychologa (vyhoření, únavový syndrom).“

„Nějaké poradenství, kde bychom si nemuseli shánět informace sami, na co mám/nemám nárok, abychom nemuseli všechno páčit. Více informací a větší spolupráce s pojišťovnou.“

Stát by měl řešit také právní úpravu statutu pečovatelů. Pečovatele, kteří vykonávají péči vyššího stupně, by stát měl považovat za „státní zaměstnance“ z hlediska pojistné doby pro výměr budoucího důchodu, nároku na nemocenskou a dovolenou na zotavenou. Stát by také měl podporovat zaměstnávání těchto osob (zejména možnost částečných/flexibilních úvazků) nástroji aktivní politiky zaměstnanosti.

„V případě, že pečovatel vypadne ze své role, z důvodu své nemoci nebo jiného problému, v tu dobu nedostává příspěvek na péči (ten je vyplacen např. stacionáři) a pečovatel nedostane ani nemocenskou, tím pádem rodina těžko vyjde.“

„Pečující osoby nechodí většinou do zaměstnání, nemají svůj příjem. Pečovatelský příspěvek je určen na služby a rodič, který pečuje např. o dítě, není oceněn od státu.“

„Zákonná možnost vrátit se do původního zaměstnání podobně jako z mateřské.“

„Degradace pečujících osob - za to, že se 24 hodin, 365 dní starám o dítě, žebrám o každou korunu, jsem na chodbě úřadu s věčnými nemakačenkama.“

Někteří pečovatelé rovněž vnímají jako problém současný systém posuzování nároků na sociální podporu. Tento proces je podle nich administrativně náročný, zdlouhavý, nezohledňuje všechny faktory péče a podle některých není ani příliš spravedlivý. Navíc podle nich probíhá na základě zaujatých posudků a je ovlivněn známostmi a korupcí. To by, podle některých z nich, mohla řešit i systematictější kontrola příjemců příspěvku.

Mezi další problémy patří vztah společnosti k seniorům a lidem se zdravotním postižením (nepochopení či odsuzování okolí lidí s mentálním postižením a jejich rodičů), a v některých případech také necitlivý přístup zdravotníků a sociálních pracovníků k těmto lidem. Pečovatele rovněž trápí nejistota a obavy z budoucnosti, kdo převezme péči po jejich smrti. U dětí se zdravotním postižením se často objevují obavy pečujících o jejich následné umístění (tj. po dovršení 18 let).

„Následná péče po ukončení docházky do ZŠ.“

„Vyřešení budoucnosti dospělých postižených osob - chráněné bydlení s 24hodinovou kvalitní péčí hrazenou plně ze zdrojů zdravotního pojištění nebo sociálního zabezpečení.“

Shrnutí

Výzkum potvrdil v literatuře často uváděný, ale v realitě systematicky neřešený, problém, kterým jsou dopady péče na samotného pečovatele. Sami pečovatelé v souvislosti s péčí za nejpalčivější problém považují ztrátu svého (jakéhokoli) volného času, tj. nemají dostatek času na osobní život, také ztrácejí vlastní soukromí, společenský život a vlastní koníčky jsou zcela nebo značně omezené. Valná většina z nich pociťuje v důsledku péče psychické vyčerpání, zhoršení finanční situace či zdravotní problémy. Nejvíce jsou dopadům péče vystaveny ženy pečovatelky (jejichž péče je intenzivnější a dlouhodobější než péče mužů, zároveň jsou častěji ekonomicky neaktivní a žijí ve společné domácnosti se závislou osobou). Rovněž je zřejmé, že čím je péče náročnější, tím jsou i její negativní dopady silnější. I když podstatnější z hlediska důsledků péče pro pečovatele se jeví samotná intenzita péče spíše než celková doba péče. Pravděpodobnost nepříznivých dopadů péče na pečovatele také ovlivňuje ekonomická situace domácnosti pečovatele. Ti, kteří mají problémy vyjít s rodinným rozpočtem, mají dvakrát vyšší šanci, že se na nich péče o závislou osobu negativně odrazí. Svůj vliv má i velikost místa bydliště: v menších městech a obcích je vliv dopadů péče na pečovatele méně intenzivní, než ve větších městech.

7. Ekonomická aktivita a rodinná péče

Součástí veřejné politiky podporující neformální péči v mnohých západoevropských zemích je i politika harmonizace pracovních a profesních rolí zaměřená speciálně na pečující osoby, protože poskytování neformální péče má silný dopad na účast neformálních pečovatelů na trhu práce. Podle OECD jsou neformální pečovatelé méně často zaměstnaní než osoby, které péči neposkytují, a o 50 % častěji jsou v domácnosti. I když v případě méně intenzivní péče jsou její důsledky na zaměstnanost nižší. Obecně však platí, že pečující osoby častěji přestanou pracovat, než aby si snížily délku pracovní doby. Neformální péče tedy podle OECD vede častěji k přerušení zaměstnání spíše než k přechodu na práci na částečný úvazek.

Poskytování neformální péče také zvyšuje riziko chudoby v důsledku nižší mzdy a přerušované pracovní kariéry, kterému jsou pečovatelé vystaveni, a to zejména u žen.²⁹

Nezbytnou podmínkou zapojení pečovatelů na trhu práce je snadná dostupnost podpůrných služeb jako např. terénní zdravotně-sociální péče či ambulantní služby. Jak ukázala předchozí zjištění, neformální pečující se v realitě bohužel nezdědka střetávají s nízkou flexibilitou nabízených služeb– omezená pracovní doba či začátek a konec otvírací doby zařízení, který nezohledňuje pracovní dobu neformálních pečovatelů, nemožná nebo příliš drahá doprava opečovávané osoby do takového zařízení.

I v rámci tohoto výzkumu se zjišťovalo zapojení neformálních pečovatelů na trhu práce. Pečovatelé měli uvést, jaký byl jejich hlavní socioekonomický status před započítáním péče a jaký je v současné době. Následující tabulka (tab. č. 10) ukazuje, jak situace péče změnila ekonomický status respondenta. Potvrzuje se předcházející zjištění, že pokud pečovatelé v důsledku péče o závislou osobu přestanou pracovat na plný úvazek, spíše zcela opustí pracovní trh a věnují se „neplacené“ práci pečovatele, než aby byli zaměstnáni na zkrácený úvazek. Tato situace nastala u více než čtvrtiny (27 %) pečovatelů, kteří před péčí pracovali na plný úvazek. Na zkrácenou formu úvazku jich přešlo pouhých 8 %. Část zaměstnaných pečovatelů na plný úvazek (18 %) přešla ze zaměstnání do starobního důchodu. K výraznějšímu přechodu ke statutu pečující osoby dochází také u nezaměstnaných osob nebo po ukončení mateřské či rodičovské dovolené (48 %). Za pozornost stojí situace, kdy respondent před tím, než se začal starat o osobu závislou na péči, pracoval na částečný úvazek. Ve většině případů (60 %) si také částečný úvazek zachoval. Zároveň byl zkrácený úvazek častější volbou než plný úvazek při vstupu na pracovní trh (student, nezaměstnaný, po RD/MD) (13 % vs. 4 %). Zkrácený úvazek však ve zkoumaném souboru využívá necelých 10 % pečovatelů. Nicméně se ukazuje, že částečné úvazky jsou vhodným a žádoucím řešením

²⁹ Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (II), poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví./ WIJA, Petr In: Aktuální informace ÚZIS ČR. - rok 2012, č. 32/12, <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iii-poskytovani-neformalni-pece-jeji-dopad-na-za>. V případě, že výsledky tohoto výzkumu srovnáváme se studií OECD, je třeba vždy brát v úvahu věkové omezení evropského šetření, z něhož výzkumná studie převážně vychází. Jedná se o data z projektu *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*, který je zaměřen pouze na populaci starší 50 let. Nicméně se jedná o kvantitativní výzkum který nelze při interpretaci dat pominout, i když má tyto limity.

pro zapojení a udržení pečovatele na trhu práce. Bohužel současné podmínky tento způsob zaměstnávání pečovatelů příliš nepodporují.

Tab. č. 10

Socioekonomické postavení pečavatele před zahájením péče a v současnosti

Ekonomické postavení respondenta předtím než začal pečovat	Současné ekonomické postavení respondenta										
	Zaměstnaný na plný úvazek	Zaměstnaný na částečný úvazek	Zaměstnaný na (DPČ)/ (DPP)	Podnikatel, OSVČ	Student	Nezaměstnaný	Na RD/MD	Starobní důchodce	Invalidní důchodce	Věnují se pouze péči	Celkem
Zaměstnaný na plný úvazek (N=529)	28%	8%	5%	3%		6%	2%	18%	3%	27%	100%
Zaměstnaný na částečný úvazek (N=40)	3%	60%	3%			3%	8%	20%		5%	100%
Zaměstnaný na (DPČ)/ (DPP) (N=7)			57%					14%		29%	100%
Podnikatel, OSVČ (N=58)	5%	9%	3%	53%		3%		7%	2%	17%	100%
Student (N=17)	6%	18%	6%		53%					18%	100%
Nezaměstnaný (N=25)		4%		4%		44%				48%	100%
Na RD/MD (N=50)	10%	12%	10%	2%		4%	10%		4%	48%	100%
Starobní důchodce (N=95)								100%			100%
Invalidní důchodce (N=22)		5%				5%		9%	82%		100%
V domácnosti (N=15)								7%	7%	87%	100%

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

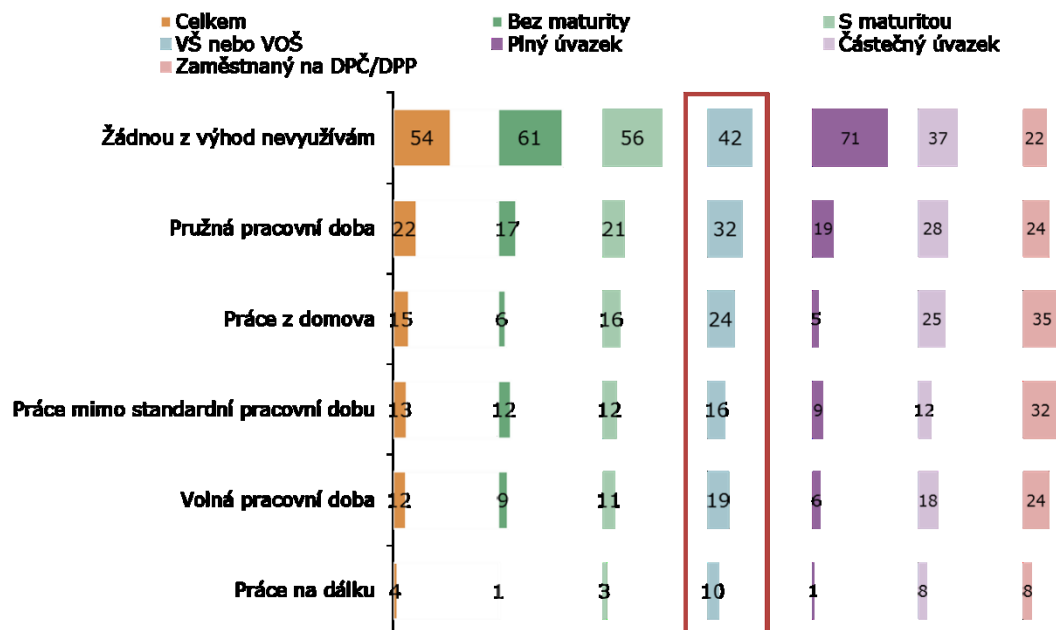
K tomu, aby pečovatel mohl skloubit své zaměstnání s časově náročnou péčí o závislou osobu, mohou významně přispět různé flexibilní formy práce. Celkově lze říci, že způsob práce umožňující jak časovou, tak územní flexibilitu, je pečovateli zhusta využíván. Zhruba polovina zaměstnaných pečovatelů uvedla, že nějakou podobu flexibilní práce v zaměstnání využívá. Nejčastěji byla zmiňována možnost přizpůsobení pracovní doby.

Ukazuje se, že různé podoby flexibilní práce převažují u pečovatelů pracujících na částečný úvazek spíše než u pracujících na plný úvazek. Právě vstřícnými pracovními podmínkami u částečných úvazků lze zřejmě také vysvětlit, proč si většina pečovatelů, i v situaci péče o závislou osobu, zaměstnání udržela. Naopak většina zaměstnanců (71 %) na plný úvazek, žádnou z pracovních výhod nevyužívá. Pokud přeci mají ve svém zaměstnání nějakou svobodu volby, pak souvisí zejména s možností volby pracovní doby (pružná pracovní doba, volná pracovní doba, práce mimo standardní pracovní dobu) a jen výjimečně s možností volby místa vykonávání placené práce. Dále se ukazuje, že využívání flexibilních forem práce je doménou vysokoškolsky vzdělaných pečovatelů, což však platí i v běžné populaci (nějakou z výhod využívá 58 % zaměstnaných pečovatelů vysokoškoláků, oproti 38 % zaměstnaných pečovatelů bez maturitní zkoušky) (graf č. 43).

Graf č. 43

Využívání flexibilních forem práce podle vzdělání a podle typu úvazku pečovatele

ZÁKLAD: Respondenti, kteří jsou zaměstnaní, N=280 [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

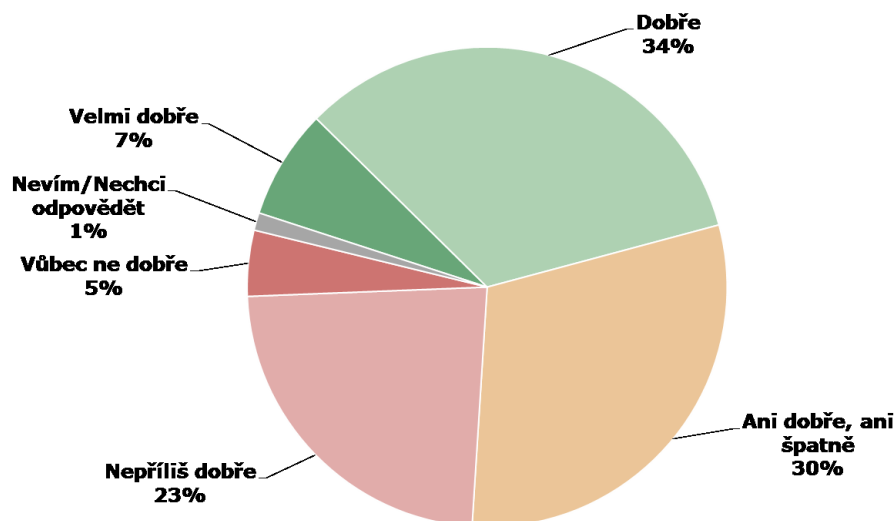
Zjišťovali jsme rovněž jak sami pečovatelé, kteří jsou zaměstnaní, podnikají nebo studují, subjektivně hodnotí skloubení obou těchto rolí (graf č. 44). Největší podíl pečovatelů uvedl (41 %), že obě dvě úlohy zvládá dobře a výjimečně dokonce velmi dobře. Necelá třetina (30 %) svou situaci nevnímá ani dobře ani špatně, nějakým způsobem se jim daří skloubit obě své role. Zhruba 28 % pečovatelů se však harmonizace zaměstnání (podnikání, případně studia) a péče o závislou osobu nedaří. Je zajímavé, že tento subjektivní pocit významně nesouvisí ani s pohlavím pečovatele, typem pracovního úvazku, ani s dalšími relevantními faktory jako je délka péče nebo intenzita péče. Pouze mladší věková skupina pečovatelů častěji deklaruje, že péči a zaměstnání dohromady zvládají velmi dobře (12 %). Zřejmě to, jak pečovatel vnímá svou situaci se zvládáním obou rolí, souvisí spíše s duševním naladěním pečovatele než s vnějšími faktory. Nicméně jako rizikovou skupinu lze označit neformální pečovatele, kteří mají pocit, že kombinace obou rolí je pro ně náročná. Častěji se totiž jedná

o pečovatele, kteří by chtěli využívat sociální služby, které by jim zjevně ulehčily, ale není to

Graf č. 44

Jak celkově vzato, jde Vaše práce/podnikání/studium skloubit dohromady s rolí pečovatele?

ZÁKLAD: Všichni ekonomicky aktivní respondenti, n=336



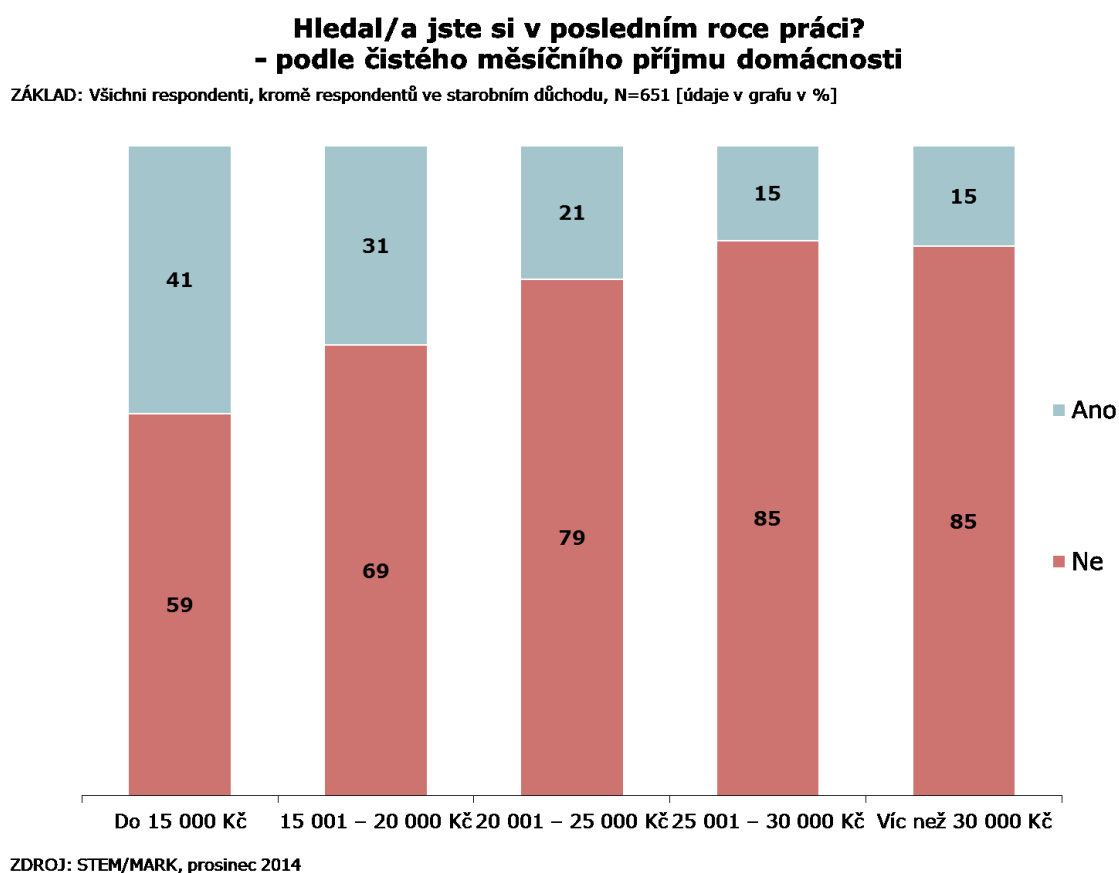
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

v tuto chvíli z nějakého důvodu možné. Tito pečovatelé v otázce na využití služeb uvedli, že by chtěli využívat odlehčovací a pečovatelské služby, služby osobní asistence či denní stacionáře, ale zatím je nevyužívají. Riziko této skupiny spočívá právě v tom, že se jedná o zaměstnané pečovatele, kteří by však v důsledku dlouhodobého psychického i fyzického přetížení mohli být nuceni trh práce opustit a tím zásadním způsobem zhoršit nejen svou ekonomickou situaci. Evidentní příčinou jejich frustrace je právě nedostupnost výše zmíněných sociálních služeb.

V posledním roce si práci hledala pětina dotázaných pečovatelů (vyjma pečovatelů ve starobním důchodě). Práci si častěji hledali pečovatelé v mladším věku 15 až 40 let (25 %), kteří o závislou osobu pečují po dobu 4 až 10 let (25 %), obvykle mají nezletilé dítě (30 %) a spadají do nejnižších příjmových kategorií (měsíční příjem domácnosti méně než 20 tis. Kč)

(graf č. 45). Zároveň se také častěji jedná o pečovatele, v jejichž domácnosti je pouze jeden člen ekonomicky aktivní (26 %).

Graf č. 45



A s jakými problémy se pečovatelé hledající práci v praxi setkali? (graf č. 46) Největší bariéra, která bráním pečovatelům ve vstupu nebo návratu na pracovní trh, je malá nabídka částečných úvazků nebo jiných flexibilních forem práce. Za omezení, které jim zcela znemožňuje vstup na pracovní trh, ji pokládá 62 % pečovatelů s recentní zkušeností hledání práce. Což souvisí i s druhým největším omezením při hledání vhodné práce, a tím je obtížnost skloubení pečovatelských a zaměstnaneckých povinností (54 %). Lepší harmonizaci obou sfér by přinesla právě možnost flexibilní práce nejlépe na částečný úvazek. Dále se nemalá část pečovatelů při hledání zaměstnání cítila diskriminovaná. 43 % pečovatelů, kteří si hledali v posledním roce práci, uvedlo, že právě nevstřícnost potenciálních zaměstnavatelů

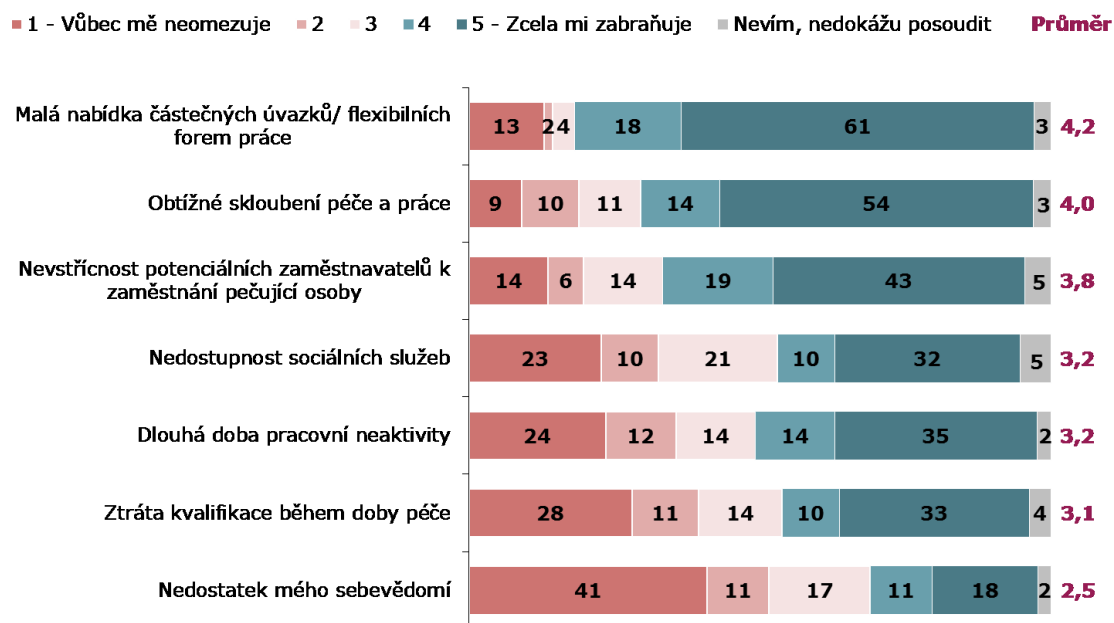
zaměstnat pečující osobu, je samotné při hledání práce zcela omezovala. Nedostupnost

Graf č. 46

Hodnocení faktorů omezujících pečovatele při hledání práce

ZÁKLAD: Respondenti, kteří si v posledním roce hledali práci, N=132 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Průměr na škále 1 až 5, kde určitě souhlasím 1 =Vůbec mě neomezuje/neomezovala při hledání práce a 5= Zcela mi zabraňuje/zabraňovala najít práci



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

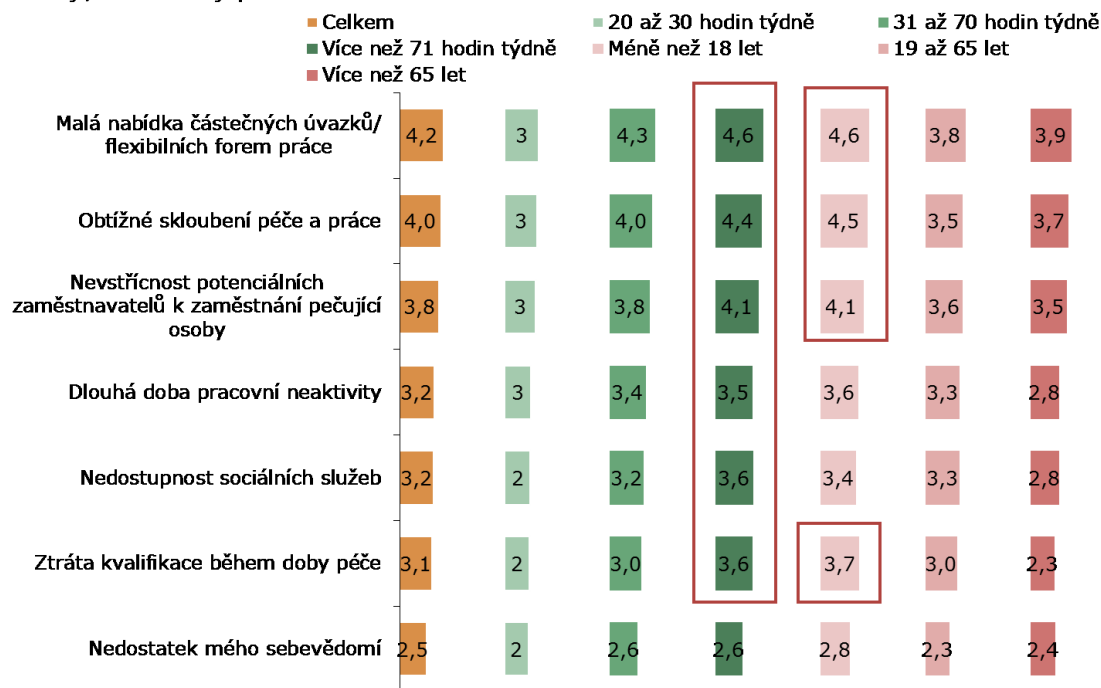
sociálních služeb jakožto faktoru, který zabraňuje pečovateli najít si práci, uvedlo 32 % pečovatelů shánějících v loňském roce práci. A obdobný podíl zmínil jako významnou bariéru dlouhou dobu své pracovní (ve smyslu placené práce) neaktivity, a s tím spojenou ztrátu potřebné profesní kvalifikace. Nedostatek vlastního sebevědomí při hledání práce pociťovala necelá pětina pečovatelů.

Graf č. 47

Faktory omezující pečovatele při hledání práce podle doby péče a věku osoby závislé na péči

ZÁKLAD: Respondenti, kteří si v posledním roce hledali práci, N=132 [údaje v grafu v %]

POZNÁMKA: Průměr na škále 1 až 5, kde určitě souhlasím 1 =Vůbec mě neomezuje/neomezovala při hledání práce a 5= Zcela mi zabraňuje/zabraňovala najít práci



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Všechny zmíněné bariéry více pociťují ti respondenti, jejichž péče o závislou osobu je intenzivní, i když nemusí být dlouhodobá (práci si také hledali především střednědobí pečovatelé, tj. pečující 4 až 10 let). Právě oni nutně ve větší míře narážejí na problém skloubení péče a zaměstnaneckých povinností. Přitom zatím výrazněji nepociťují dlouhodobost poskytování péče jako omezující faktor. Zmíněné bariéry také významně více omezují matky pečující o nezletilé děti, které mají zkušenost s hledáním práce. Zřejmě právě jim by velmi vyhovovaly zmíněné částečné úvazky, aby mohly dostát všem svým rolím. Nedostupnost sociálních služeb totiž nevnímají jako větší problém než ostatní pečovatelé.

Shrnutí

Ve srovnání s obecnou populací je mezi pečovateli celkový podíl ekonomicky aktivních výrazně nižší. Necelá třetina pečovatelů žije v domácnosti bez ekonomicky aktivních členů, zatímco v obecné populaci je to jen necelá pětina. Pokud pečovatelé v důsledku péče o závislou osobu přestanou pracovat na plný úvazek, spíše zcela opustí pracovní trh a věnují se „neplacené“ práci pečovatele, než aby byli zaměstnáni na zkrácený úvazek. Tato situace nastala u více než čtvrtiny (27 %) pečovatelů, kteří před péčí pracovali na plný úvazek. Na zkrácenou formu úvazku jich přešlo pouhých 8 %. Za pozornost stojí situace, kdy respondent před tím, než se začal starat o osobu závislou na péči, pracoval na částečný úvazek. Ve většině případů (60 %) si také částečný úvazek zachoval. Zároveň byl zkrácený úvazek častější volbou než plný úvazek při vstupu na pracovní trh. Zkrácený úvazek však ve zkoumaném souboru využívá necelých 10 % pečovatelů. Částečné úvazky se tedy zdají jako vhodné a žádoucí řešení pro zapojení a udržení pečovatele na trhu práce. Pro skloubení zaměstnání a pečovatelské činnosti se jeví jako nejvýhodnější, protože umožňují vysokou míru flexibility jak z hlediska pracovní doby, tak i z hlediska místa vykonávání práce. Bohužel současné podmínky tento způsob zaměstnávání pečovatelů příliš nepodporují. Ve vstupu na pracovní trh pečovatelům nejvíce brání právě nedostupnost zkrácených úvazků. Mezi další významné bariéry při získávání práce rovněž patří nevstřícnost potenciálních zaměstnavatelů, se kterou se pečující osoby setkávají, a nedostupnost podpůrných služeb.

8. Příjmy v domácnosti pečovatelů

Nejčastějšími příjmy pečovatelů jsou příspěvek na péči (pobírá 74 % pečovatelů), osobní příjem³⁰ (72 %) a příjem partnera (67 %). Necelá třetina pečovatelů je nucena použít také své úspory. Pětina pečovatelů pobírá jiné dávky. Zatímco tři čtvrtiny pečovatelů používají

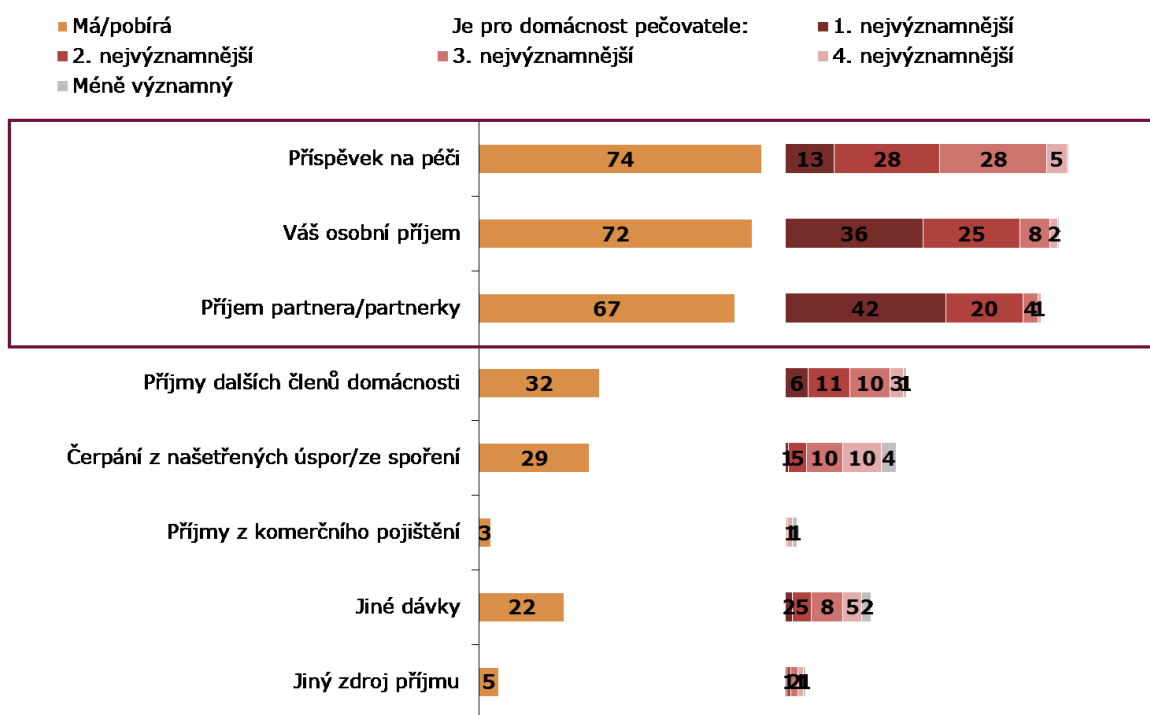
³⁰ Jedná se o příjem z výdělečné činnosti / důchod/ rodičovský příspěvek.

příspěvek na péči jako příjem domácnosti, čtvrtina jej takto dle svých slov nevyužívá³¹ a financuje celkový chod domácnosti z vlastního osobního příjmu nebo z příjmu jiného člena domácnosti (z jiných dávek jen nepatrné procento z nich) (graf č. 48).

Graf č. 48

Jaký z následujících příjmů máte/pobíráte pro Vaši domácnost? Seřad'te prosím příjmy Vaší domácnosti od nejvýznamnějšího po nejméně významný.

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858, [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Vlastní nebo partnerův příjem má k dispozici 89 % pečovatelů. Pro valnou část z nich se jedná o nejvýznamnější příjem. Domácnosti bez osobního příjmu pečovatele či jiného člena domácnosti (11 %) z velké části pobírají příspěvek na péči a považují jej za svůj hlavní příjem. Z hlediska výše je hlavním příjmem domácnosti příjem partnera (42 % pečovatelů) nebo vlastní příjem (36 %). Příspěvek je hlavním zdrojem příjmu pro 13 % pečovatelů. Význam příspěvku v rodinném rozpočtu závisí také na jeho výši. Stupeň příspěvku je velmi silně

³¹ Dle výsledků výzkumu 15 % pečovatelů pečuje bez toho, aby osoba, o kterou pečují, měla nárok na příspěvek na péči. Ovšem 26 % pečovatelů nepovažuje příspěvek na péči za příjem domácnosti, ať už z důvodu jeho výše nebo proto, že jej od opečovávané osoby nedostanou, či že s ní nežijí ve společné domácnosti

svázán s možností vykonávat vedle péče výdělečnou činnost. Polovina pečovatелů, kteří v rodinném rozpočtu přihlížejí k příspěvku I. a II. stupně, považuje za nejvýznamnější příjem svůj osobní příjem a další dvě pětiny příjem partnera. Naopak u pečovatелů, kteří do příjmu domácnosti zahrnují příspěvek III. a IV. stupně, klesá podíl těchto osob na 23 % a narůstá podíl pečovatелů závislých na partnerově příjmu (48 %) a na příspěvku samotném (22 %). Tito pečovatелé sice mají k dispozici vyšší nominální hodnotu příspěvku, na druhou stranu jsou však pečováním značně omezeni ve výkonu jiné výdělečné činnosti.

Význam příspěvku v rozpočtu domácnosti také ovlivňuje doba poskytování péče, s jejíž délkou se pečovatel stává izolovanějším a závislejší na příspěvku. Obdobně to platí také pro objem péče. Příspěvek na péči je rovněž častěji hlavním příjmem pro pečovatele pečující o děti se zdravotním postižením.

Specifická je situace u osob nad 60 let. Většina z nich sama pobírá důchod, který se dá s péčí lépe skloubit než ekonomická aktivita. Nicméně třetina seniorských pečovatелů využívá také své úspory. Jen 8 % z nich pobírá další dávky, což může být způsobeno tím, že si je vyřídit neumějí.

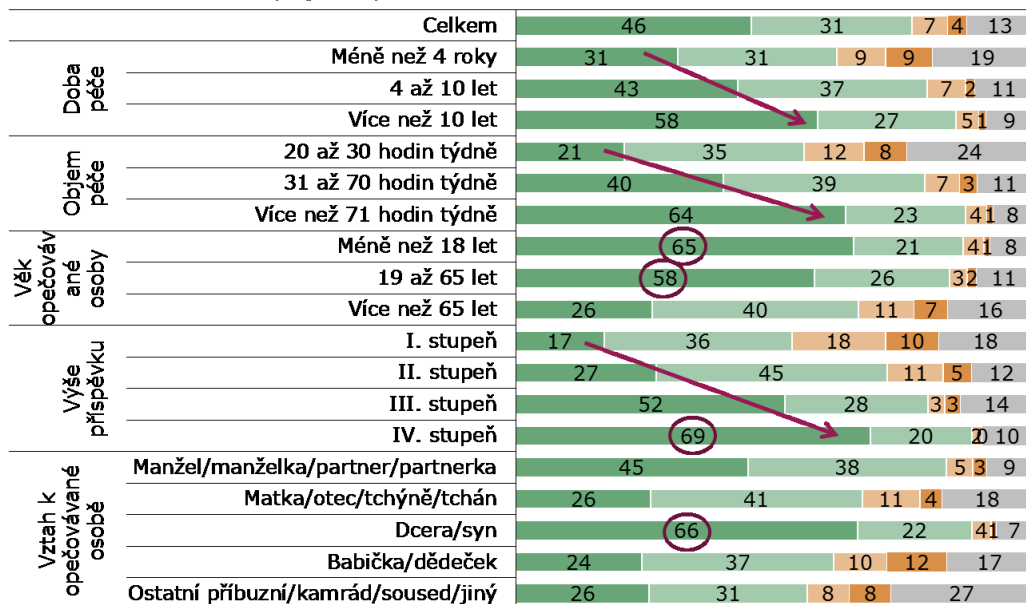
Příspěvek na péči hodnotí necelá polovina pečovatелů jako nenahraditelný v rámci rodinného rozpočtu a další necelá třetina za spíše podstatný. Jen desetina pečovatелů by se bez větších obtíží obešla bez příspěvku. 13 % pečovatелů, pobírajících příspěvek, však na tuto otázku odmítlo odpovědět (graf č. 49). Za nenahraditelný jej označují poměrně častěji také pečovatелé v Pardubickém kraji.

Graf č. 49

Jak podstatné je pro rozpočet Vaší domácnosti pobírání příspěvku na péči? - podle charakteristik péče a podle výše příspěvku

ZÁKLAD: Jen respondenti, kteří pobírají příspěvek na péči, N=730 [údaje v grafu v %]

- Nenahraditelné – bez něj bych nemohl/a zaplatit základní výdaje domácnosti
- Spíše podstatné – kdybych ho neměl/a, musel/a bych se omezit a výrazně kontrolovat své výdaje
- Spíše nepodstatné – obešel/obešla bych se bez něj, ale musela bych více kontrolovat své výdaje
- Zcela nepodstatné – úplně bych se bez něj obešel/obešla
- Nevím/Nedovedu říci/Nepřeji si odpovědět



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Příspěvek je nenahraditelný zejména u péče vyššího stupně, u péče časově náročné, u péče o děti se zdravotním postižením, v domácnostech, kde pečovatel žije bez partnera a v domácnostech bez ekonomicky aktivních osob.

Neočekávané výdaje představují problém pro nadpoloviční většinu pečovatelů. Tři pětiny pečovatelů by nedokázaly uhradit náhlý výdaj 9.600 Kč - zejména mladí pečovatelé, domácnosti s příjmem pod 20.000 Kč a domácnosti jednotlivců.

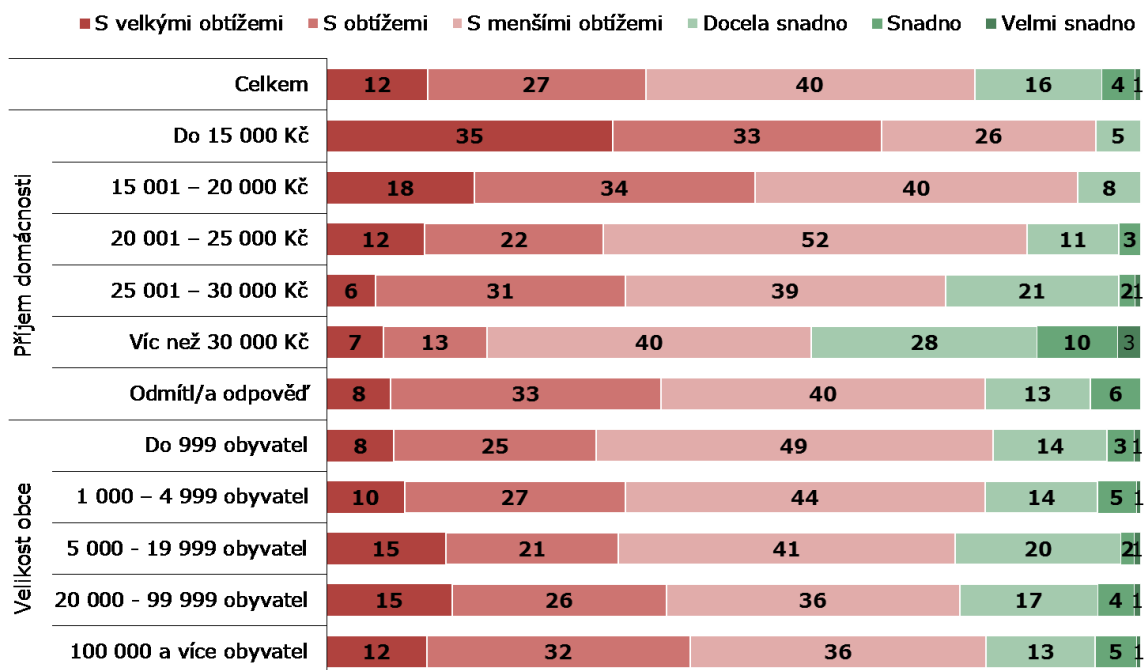
Většina pečovatelů (79 %) vystačí s finančními prostředky jen s obtížemi. Situace je horší v domácnostech s menším objemem prostředků (tj. příjem do 20.000 Kč na domácnost za měsíc, s nejvýše jednou ekonomicky aktivní osobou, se závislými dětmi, domácnost jednotlivce), s velkým rozsahem péče (velký objem hodin, žijící ve stejné domácnosti)

a v domácnostech s vyššími náklady (II. a vyšší stupeň příspěvku, ve městech, s dětmi se zdravotním postižením, se závislými osobami s tělesným postižením a nemocnými v konečném stadiu nemoci) (graf č. 50).

Graf č. 50

Jak vychází vaše domácnost s celkovým měsíčním příjmem? - podle příjmu domácnosti a podle velikosti obce

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858 [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Relativně lépe jsou na tom naopak domácnosti pečovatелů, které péče limituje méně - lidé s příspěvkem I. stupně, lidé, kteří s opečovávaným nežijí ve stejné domácnosti (díky soběstačnosti opečovávané osoby), pečující v menším objemu hodin a lidé ekonomicky aktivní.

Deskriptivní statistiky potvrzují, že úroveň rozpočtu domácnosti pečovatелů ovlivňuje zejména ekonomická aktivita pečovatele. Zajímalo nás však, zda se na vnímání úrovně měsíčního rozpočtu domácnosti podílejí také jiné sociodemografické charakteristiky

pečovatelů, případně, zda se na situaci podílejí příjem partnera/ky a příspěvek na péči. Pomocí logistické regrese jsme zkoumali, zda je vnímání ekonomické situace pečovatelů ovlivněno těmito aspekty (tab. č. 11).

Proměnou „Jak vychází vaše domácnost s celkovým měsíčním příjmem?“ jsme rekódovali na dvě situace: vychází s obtížemi (sdružuje odpovědi s velkými obtížemi, s obtížemi a s menšími obtížemi) a vychází bez obtíží (sdružuje odpovědi docela snadno, snadno a velmi snadno)³². Tato proměnná, označená jako úroveň celkového měsíčního domácího příjmu pečovatele, pak vstoupila do modelu jako závislá proměnná. Jako nezávislé proměnné vstoupily do regrese následující proměnné: pohlaví, věk, vzdělání a ekonomická aktivita pečovatele, věk a pohlaví opečovávané osoby, intenzita a délka péče, příjem partnera a příspěvek na péči jako součást rodinného rozpočtu a velikost místa bydliště. Tyto proměnné do analýzy vstupují následujícím způsobem:

- Pohlaví pečovatele – žena, muž
- Věk pečovatele jako spojitá proměnná (od 15 do 89 let)
- Vzdělání jako kategorická proměnná – dvě kategorie: bez maturity a střední s maturitou a vysokoškolské
- Ekonomická aktivita pečovatele – dvě kategorie: ekonomicky aktivní a ekonomicky neaktivní
- Pohlaví závislé osoby – žena, muž
- Věk závislé osoby jako spojitá proměnná (od 0 do 99 let)
- Intenzita péče (tj. průměrný počet hodin týdně věnovaných péči o závislou osobu) jako spojitá proměnná nabývající hodnot od 20 do 168
- Doba péče jako spojitá proměnná v letech (tj. jak dlouho již pečovatel pečuje)
- Domácnost disponuje příjmem partnera/ky, dvě kategorie: ano/ne
- Domácnost disponuje příspěvkem na péči, dvě kategorie: ano/ne

³² Z hlediska interpretace výsledků je třeba uvést, že „vychází s obtížemi“ bylo kódováno nulou, a „vychází bez obtíží“ jedničkou.

- Velikost místa bydliště pečovatele, dvě kategorie: sídlo do 19 999 obyvatel a město s více než 20 tis. obyvateli

Nejprve se analýza zaměřuje na všechny pečovatele bez rozdílu pohlaví, poté bylo analyzováno, zda mají zkoumané faktory stejný vliv na vnímání příjmu domácností pro muže i ženy. Podstatná je však hlavně otázka, jestli do vnímání úrovně příjmu nějakým způsobem vstupuje a zda se toto vnímání liší dle toho, zda domácnost disponuje příspěvkem na péči či nikoli.

Z modelu vyplývá, že lépe je domácí rozpočet vnímán těmi pečovateli, kteří jsou ekonomicky aktivní (mají tedy vlastní příjem). Tito pečovatelé mají konkrétně 2,7 krát větší šanci, že jejich domácí rozpočet bude dostatečný, než ti, kteří v současné době nejsou ekonomicky aktivní, pokud jsou všechny ostatní sledované parametry konstantní. Tento aspekt zřejmě převažuje i intenzitu a délku péče. Podstatnou váhu na vnímání finanční situace domácnosti má ale příjem partnera. Naopak se neprokázal vliv příspěvku na vnímání ekonomické situace domácnosti. Z toho lze usuzovat, že ačkoli je příspěvek (deklaratorně) podstatnou součástí rodinného rozpočtu, ve skutečnosti nemůže nahradit chybějící příjmy ekonomicky neaktivního pečovatele či pečovatele, který nedisponuje v rozpočtu domácnosti dalším příjmem, v tomto případě partnerovým. Příspěvek je tedy pro domácnost pečovatele nezbytný (v závislosti na jeho výši), ale dostatečně nekompensuje situaci ekonomicky neaktivního pečovatele a domácnost se závislou osobu má v důsledku toho problémy vystačit s příjmem pro celou domácnost. Subjektivní pocit toho, jestli domácnost s příjmy vystačí či ne tedy není dle tohoto modelu jeho pobíráním ovlivněn, rozhodující jsou jiné faktory.

Z celkového pohledu se rovněž projevil vliv, i když velmi slabě, věku pečovatele, a to poněkud překvapivě: vyšší věk pečovatele spíše nahrává tomu, že on sám vnímá ekonomickou situaci domácnosti lépe. Tento vztah se však prokázal zejména v případě mužů.

Vysvětlení může spočívat v tom, že příjem domácnosti je kompenzován starobním důchodem pečovatele (což zřejmě pokrývá domácí příjem vzhledem k tomu, že muži se ve vyšším věku starají o partnerku/případně matku, a domácnost tak má obvykle pouze dva členy).

Analýzy provedené samostatně pro muže a ženy navíc odhalují, že pro ženy pečovatelky je příjem partnera velmi významnou složkou v rodinném rozpočtu domácnosti (z hlediska tohoto modelu mají o 80 % větší pravděpodobnost, že s ním vystačí, než ženy, které příjmem partnera v rozpočtu nedisponují). Naproti tomu u mužů pečovatelů se na úrovni rozpočtu domácnosti příjem partnerky nijak neodráží. Pro ně je zcela zásadní příjem z jejich vlastní ekonomické aktivity.

Tab. č. 11

Logistická regrese: co ovlivňuje situaci, jak vychází domácnost pečovatele s celkovým měsíčním příjmem

	Všichni			Ženy			Muži		
	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)	B	Sig.	Exp(B)
Pohlaví pečovatele (muž ref.)	-0,045	0,848	0,956						
Věk pečovatele	0,021	0,028	1,022	0,018	0,110	1,018	0,047	0,033	1,048
Vzdělání pečovatele (bez maturity ref.)	0,243	0,199	1,275	0,395	0,062	1,484	-0,521	0,274	0,594
Ekonomická aktivita pečovatele (ek. neaktiv. ref.)	0,999	0,000	2,715	0,781	0,004	2,183	2,124	0,003	8,362
Věk závislé osoby	0,006	0,126	1,006	0,006	0,136	1,006	0,003	0,815	1,003
Pohlaví závislé osoby (muž ref.)	-0,178	0,350	0,837	-0,271	0,200	0,762	0,133	0,785	1,143
Intenzita péče	-0,001	0,494	0,999	-0,001	0,686	0,999	-0,006	0,398	0,994
Celková doba péče	0,008	0,373	1,008	0,011	0,270	1,011	-0,014	0,640	0,986
Domácnost disponuje příjmem partnera/ky (nemá ref.)	0,594	0,004	1,812	0,606	0,008	1,833	0,680	0,164	1,973
Domácnost disponuje příspěvkem na péči (nemá ref.)	-0,193	0,360	0,824	-0,081	0,739	0,923	-0,606	0,214	0,546
Velikost obce (město nad 20 tis. obyv. ref.)	-0,036	0,839	0,964	-0,065	0,740	0,937	0,115	0,806	1,122
Konstanta	-3,278	0,000	0,038	-3,345	0,000	0,035	-3,609	0,022	0,027
-2 Log likelihood	817,948			675,320			133,246		
Nagelkerke R Square	0,089			0,083			0,203		
N	858			711			147		

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

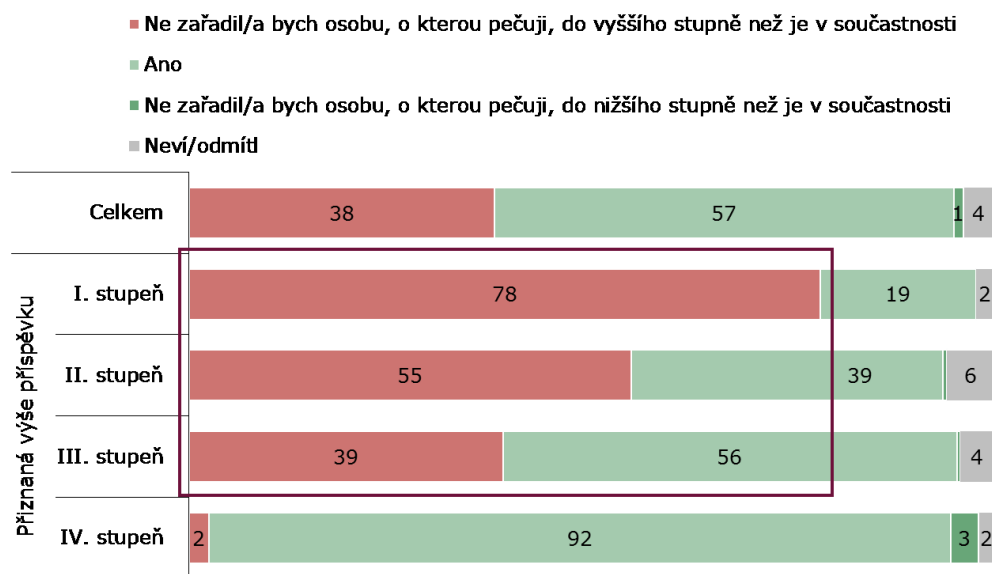
S přiznanou výší příspěvku je spokojena více než polovina pečovatelů. Ostatní jsou přesvědčeni o nároku na vyšší příspěvek. Nespravedlivě odměnění se cítí zejména lidé s příspěvkem I. a II. stupně, lidé pečující o osoby s mentálním postižením, obecně o děti se

zdravotním postižením a lidé pečující v menším rozsahu hodin. Jen nepatrné procento naopak považuje příspěvek za vyšší, než odpovídá objemu péče (graf č. 51).

Graf. č. 51

Odpovídá stupeň závislosti příspěvku na péči (I. až IV.), který byl osobě, o níž pečujete, oficiálně přiznán, podle Vás jejím skutečným potřebám? - podle výše pobíraného příspěvku

ZÁKLAD: Respondenti, kteří pobírají příspěvek na péči, N=730 [údaje v grafu v %]



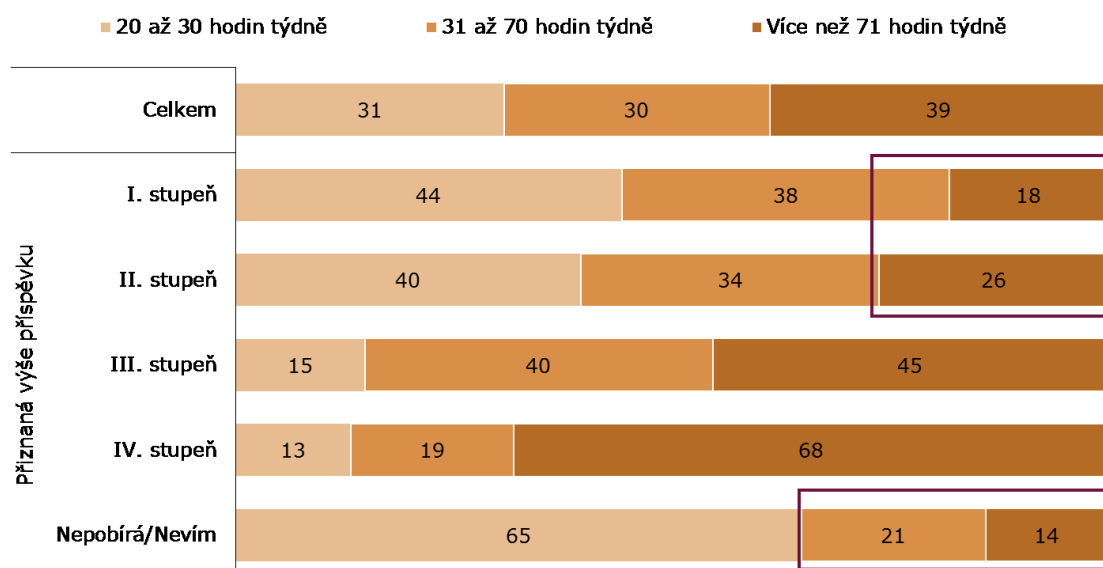
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Nespokojenost vyplývá z toho, že rozsah péče u některých lidí s příspěvkem I. či II. stupně odpovídá spíše příspěvku vyššího stupně (18 % pečovatелů s příspěvkem I. stupně a 26 % pečovatелů s příspěvkem II. stupně vykonává péči více než 71 hodin týdně). Dalším důvodem je skutečnost, že péče i v menším rozsahu klade na pečovatele vysoké fyzické i psychické nároky, které nejsou ve výši příspěvku dostatečně zohledněny. V neposlední řadě vede k nespokojenosti také to, že náklady na potřeby opečovávaných osob (doprava, pomůcky, asistence apod.) jsou v konkrétních případech vysoké nebo nadprůměrné (graf č. 52).

Graf č. 52

Přiznaná výše příspěvku na péči podle intenzity péče

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858 [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Nespravedlivá je i situace osob, které pečují bez nároku na příspěvek a z nichž 35 % uvedlo, že pečuje v rozsahu od 30 hodin za týden výše.

Jak bylo zmíněno v jiné části této zprávy, domácnosti pečovatelů jsou větší než domácnosti v české obecné populaci a tudíž i příjem připadající na osobu je v domácnostech pečovatelů významně nižší. Zároveň mají domácnosti pečující o osoby se zdravotním omezením vyšší nezbytné měsíční výdaje než průměrná česká domácnost, protože např. zajišťují přepravu osob, o které pečují, vlastním vozem nebo jiným placeným způsobem, nakupují kompenzační pomůcky s plným či částečným doplatkem, nakupují hygienické prostředky, potřebují pomoc dalších osob s některými pečovatelskými činnostmi (zvedání, medikace aj).

Příspěvek v tuto chvíli pokrývá (a někdy jen částečně) základní potřeby opečovávané osoby a na využití dalších služeb včetně odlehčovacích prostředky nezbývají. Navíc pečovatelé

s příspěvkem vyššího stupně jsou kvůli péči nuceni omezit ekonomickou aktivitu a stávají se tak osobami bez příjmu, závisými na příjmech jiného člena domácnosti nebo právě jen na příspěvku za péči.

Vzhledem ke stárnutí populace a omezené kapacitě ústavních zařízení je v zájmu státu, aby péče o potřebné osoby byla zajištěna rodinnými příslušníky v domácím prostředí. Tento způsob je ekonomicky přijatelnější i humánnější. Stát by měl pečovatele podpořit vytvořením vhodného právního rámce, dozorem a zvýšením příspěvku³³.

Shrnutí

Finanční situace neformálních pečovatелů je nelehká. Mnozí z nich jen s obtížemi vystačí s měsíčním příjmem domácnosti. Neočekávané výdaje v hodnotě 9.600 Kč představují problém pro nadpoloviční většinu pečovatелů. Většina neformálních pečovatелů (79 %) deklaruje, že s celkovým měsíčním příjmem vystačí jen s obtížemi, přitom o větších finančních potížích hovoří dvě pětiny pečovatелů. Není proto příliš překvapivé, že za této situace se příspěvek na péči stává téměř nepostradatelným příjmem v rozpočtu domácnosti. Zhruba pro polovinu rodinných pečovatелů je zcela nenahraditelný a necelá třetina by bez příspěvku musela výrazně omezit výdaje své domácnosti. Jen 10 % pečovatелů by se bez něj dokázalo zcela obejít. Vlastní nebo partnerův příjem má k dispozici 89 % pečovatелů. Pro valnou část z nich se jedná o nejvýznamnější příjem. Domácnosti bez osobního příjmu pečovatele či jiného člena domácnosti (11 %) z velké části pobírají právě příspěvek na péči a považují jej za svůj hlavní příjem. Necelá třetina pečovatелů je nucena použít také své úspory. Pětina pečovatелů pobírá jiné dávky. Význam příspěvku v rodinném rozpočtu závisí také na jeho výši, jelikož je velmi silně svázán s možností vykonávat vedle péče také

³³ Např. v Německu mají rodinní příslušníci poskytující péči nárok na penzijní příspěvky, ochranu úrazovým pojištěním a školicí kurzy. Naopak pro zajištění kvality domácí péče provádějí příslušní zdravotníci úřední návštěvy a kvalifikovaní pečovatелé poskytují povinné konzultace k péči. [Zdroj: Dlouhodobá péče v EU, Evropská komise, Lucemburk 2008]

výdělečnou činnost. Polovina pečovatелů, kteří v rodinném rozpočtu přihlížejí k příspěvku I. a II. stupně, považuje za nejvýznamnější příjem svůj osobní příjem a další dvě pětiny příjem partnera. Naopak u pečovatелů, kteří do příjmu domácnosti zahrnují příspěvek III. a IV. stupně, klesá podíl těchto osob na 23 %, ale narůstá podíl pečovatелů závislých na partnerově příjmu (48 %) a na příspěvku samotném (22 %). Tito pečovatелé sice mají k dispozici vyšší nominální hodnotu příspěvku, na druhou stranu jsou však pečováním značně omezeni ve výkonu ekonomické aktivity.

9. Typologie pečovatелů

Tato kapitola na základě zkonstruované typologie pečovatелů ukazuje výsledky výzkumu v kontextu úžeji vymezené pečovatelské situace. Rozšiřuje (a potvrzuje) interpretaci předchozích zjištění.

Soubor neformálních pečovatелů lze rozdělit do několika hlavních pečovatelských typů podle věku pečovatele, opečovávané osoby a vztahu pečovatele k této osobě. Na základě toho byly zkonstruovány následující skupiny typických pečovatелů v souboru (graf č. 53):

1. Rodič pečující o nezletilé dítě
2. Rodič pečující o zletilé dítě
3. Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče
4. Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče
5. Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče
6. Pečovatel nad 60 let³⁴ pečující o svého partnera
7. Jiný model péče (pečující o vnuky, přátele, sourozence)

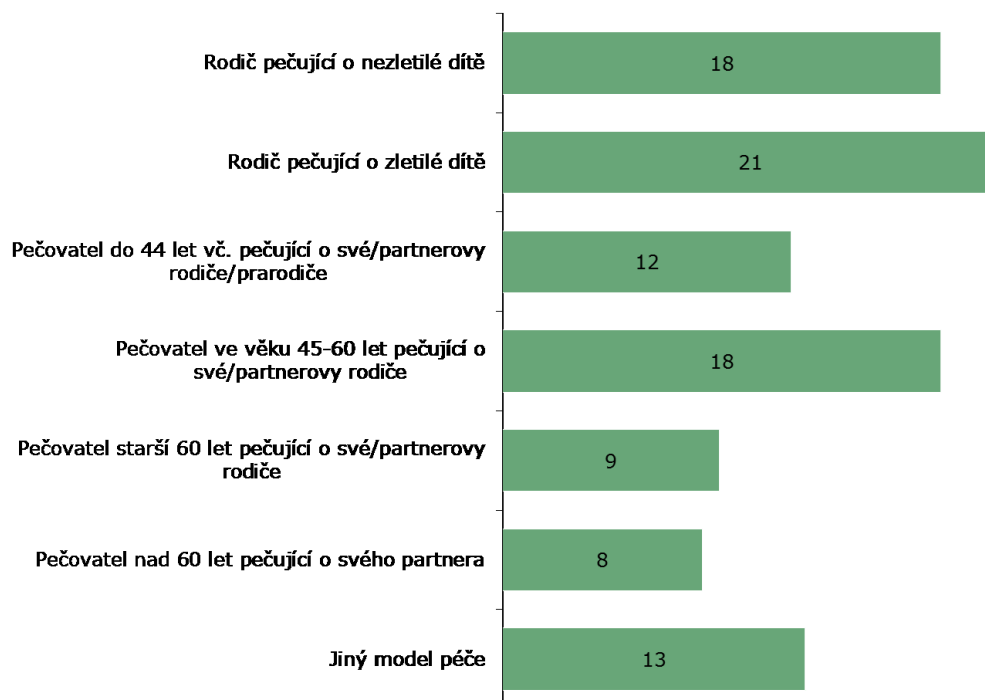
Vyčíslení těchto skupin je ale pouze orientační, není reprezentativní, neboť jejich zastoupení ve vzorku se vlivem kvóty na věk opečovávané osoby mírně odchyluje od reálné struktury³⁵.

³⁴ Věková hranice stanovena na základě průměrného věku odchodu do důchodu v ČR (v roce 2010 60,5 roku).

Graf č. 53

Typologie respondentů

ZÁKLAD: Všichni respondenti, N=858 [údaje v grafu v %]



ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Z hlediska sdílení/nesdílení domácnosti s opečovávanou osobou se ukázalo, že pečovatelé pečující o zletilé děti se zdravotním postižením s nimi převážně zůstávají ve společné domácnosti. Péče o rodiče či prarodiče je převážně (pro tři pětiny pečovatelů v relevantních kategoriích) poskytována v samostatné domácnosti opečovávané osoby (tab. č. 12).

³⁵ Dle MPSV bylo v roce 2013 vyplaceno 321 tis. příspěvků na péči, z čehož bylo 92 % určeno pro osoby 18leté a starší, zatímco ve vzorku tvoří tyto osoby 80 %.

Tab. č. 12

Typologie pečovatелů podle typu soužití ve společné domácnosti

Typologie pečovatелů, N=858	Soužití pečovatele s opečovávanou osobou ve společné domácnosti	
	ano	ne
Rodič pečující o nezletilé dítě	100%	0%
Rodič pečující o zletilé dítě	95%	5%
Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče	63%	38%
Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče	66%	34%
Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče	60%	40%
Pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera	100%	0%
Jiný model péče	54%	46%

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Jak bylo zmíněno v předchozích kapitolách, souvisí sdílení domácnosti pečovatele a závislé osoby do značné míry hlavně s intenzitou péče, a v některých případech i s délkou péče. Z hlediska objemu hodin a délky péče se jako nejnáročnější jeví péče o děti se zdravotním postižením ať už zletilé nebo nezletilé – tato péče je dlouhodobá (může přesáhnout i dvacet let!) a zároveň velmi intenzivní, v průměru zabere 93-99 hodin týdně. Co do intenzity je také velmi náročná péče o partnera – seniora (průměrně 80 hodin týdně) (viz tab. č. 13).

Tab. č. 13

Typologie pečovatелů podle intenzity péče a celkové doby poskytování péče

Typologie pečovatелů podle modelu péče, N=858	Délka doby péče (v letech)		Týdenní objem péče (v hodinách)	
	Průměr	Medián	Průměr	Medián
Rodič pečující o nezletilé dítě	10	10	93	84
Rodič pečující o zletilé dítě	25	23	99	98
Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče	4	3	51	30
Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče	5	3	51	30
Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče	6	5	61	41
Pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera	7	4	80	70
Jiný model péče	6	5	56	35

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Pokud se zaměříme na pobírání příspěvku na péči, pak typologie zpřehledňuje výše zmíněné závěry o tom, kdo je jeho nejčastějším příjemcem a kdo naopak příspěvek nepobírá.

Z tabulky je patrné, že příspěvek dobře zasahuje pečovatele o děti se zdravotním omezením, ale v případě péče o seniory je jeho dostupnost na horší úrovni. Celkem čtvrtina seniorů pečujících o svého partnera a téměř třetina mladších osob pečujících o rodiče či prarodiče příspěvek z různých důvodů nepobírá nebo o jeho existenci dokonce ani neví (tab. č. 14).

Tab. č. 14

Typologie pečovatelů podle výše pobíraného příspěvku na péči

Typologie pečovatelů, N=858	Stupeň příspěvku na péči				
	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň	Nepobírá/Neví
Rodič pečující o nezletilé dítě	10%	16%	28%	43%	2%
Rodič pečující o zletilé dítě	6%	13%	38%	37%	6%
Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče	11%	30%	17%	13%	29%
Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče	11%	32%	25%	13%	18%
Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče	10%	36%	23%	10%	21%
Pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera	17%	26%	21%	11%	25%
Jiný model péče	12%	22%	29%	17%	20%

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Přitom ekonomická situace je problematická právě u seniorů pečujících o svého partnera (čtvrtina příspěvek nepobírá), z nichž 86 % vychází s rozpočtem jen s obtížemi. Dále u rodičů nezletilých dětí se zdravotním postižením, z nichž 21 % má dokonce značné finanční obtíže. Relativně lépe na tom jsou lidé, kteří pečují o své nebo partnerovy rodiče (tab. č. 15).

Tab. č. 15

Typologie pečovatelů podle finanční situace domácnosti

Typologie pečovatelů, N=858	Jak vychází vaše domácnost s celkovým měsíčním příjmem?					
	S velkými obtížemi	S obtížemi	S menšími obtížemi	Docela snadno	Snadno	Velmi snadno
Rodič pečující o nezletilé dítě	21%	26%	35%	15%	3%	1%
Rodič pečující o zletilé dítě	14%	23%	46%	11%	4%	1%
Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče	14%	34%	29%	16%	6%	1%
Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče	6%	28%	35%	25%	5%	1%
Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče	5%	9%	54%	23%	9%	0%
Pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera	6%	38%	42%	11%	4%	0%
Jiný model péče	14%	31%	48%	6%	0%	1%

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Ekonomická situace pečujících souvisí také s jejich ekonomickým postavením. Zatímco pečující senioři převážně pobírají důchod (který však nestačí na pokrytí péče), lidé ve zralém

produktivním věku nebo mladí lidé pečující o rodiče mají většinou k dispozici příjem z vlastní ekonomické činnosti (63 resp. 61 % z nich) (tab. č. 16).

Tab. č. 16

Typologie pečovateli podle současného socioekonomického postavení

Typologie pečovateli, N=858	Současné ekonomické postavení pečovatele						
	Zaměstnaný/podnikatel	Žák/student	Nezaměstnaný	Na MD/RD	Starobní důchodce	Invalidní důchodce	Jiné (ekonomicky neaktivní)
Rodič pečující o nezletilé dítě	36%		9%	6%		4%	46%
Rodič pečující o zletilé dítě	22%		3%		31%	6%	37%
Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče	61%	6%	5%	8%		2%	19%
Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče	63%		8%		5%	8%	16%
Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče	12%				82%		6%
Pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera	6%		1%		92%	1%	
Jiný model péče	50%	3%	6%	2%	12%	7%	20%

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Zajímavý je také pohled na rozdělení příjmů v domácnosti jednotlivých pečovatelských typů. Domácnosti seniorů mají k dispozici důchod pečovatele nebo jeho partnera a z valné části využívají i příspěvek na péči (i když spíše nižšího stupně). Naopak minimálně využívají další sociální či jiné dávky. Jedná se většinou o dvoučlenné domácnosti, takže ani příjmy dalších členů nejsou obvyklým finančním zdrojem. Domácnosti s nezletilými dětmi se zdravotním omezením jsou spíše závislé na příjmu partnera pečovatele a z velké části mají k dispozici příspěvek na péči. Tito lidé také ve větší míře využívají další dávky sociální podpory, na které mají nárok a vědí o tom. Pečovatelé nad 45 let pečující o rodiče mají sice k dispozici vlastní příjem (mzdu či důchod), ale výrazně častěji využívají na úhradu péče své úspory (tab. č. 17).

Tab. č. 17

Typologie pečovatелů podle struktury příjmu domácnosti pečovatелů

Typologie pečovatелů, N=858	Domácnost si může dovolit zaplatit z vlastních zdrojů neočekávaný výdaj ve výši 9 600 Kč							
	Váš osobní příjem	Příjem partnera/partnerky	Příspěvek na péči	Příjmy dalších členů domácnosti	Jiné dávky	Čerpání z našetřených úspor/ze spoření	Příjmy z komerčního pojištění	Jiný zdroj příjmu
Rodič pečující o nezletilé dítě	49%	74%	95%	11%	52%	22%	2%	10%
Rodič pečující o zletilé dítě	61%	61%	88%	54%	22%	30%	3%	7%
Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče	72%	64%	51%	32%	25%	22%	3%	1%
Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče	81%	66%	66%	38%	12%	35%	4%	2%
Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče	91%	59%	64%	37%	5%	40%	6%	1%
Pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera	97%	97%	74%	8%	4%	29%	0%	10%
Jiný model péče	76%	57%	61%	28%	17%	27%	3%	6%

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Finanční možnosti pečovatелů v produktivním věku jsou lepší i z pohledu náhlých výdajů, když polovina těchto osob dokáže uhradit náhlý výdaj 9.600 Kč z vlastních prostředků. Z tohoto hlediska jsou ve špatné situaci hlavně rodiče nezletilých dětí (tab. č. 18).

Tab. č. 18

Typologie pečovatелů podle schopnosti zaplatit neočekávaný výdaj

Typologie pečovatелů, N=858	Domácnost si může dovolit zaplatit z vlastních zdrojů neočekávaný výdaj ve výši 9 600 Kč	
	ano	ne
Rodič pečující o nezletilé dítě	31%	69%
Rodič pečující o zletilé dítě	45%	55%
Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče	32%	68%
Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče	50%	50%
Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče	53%	47%
Pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera	44%	56%
Jiný model péče	25%	75%

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Pokud jde o dostupné informací týkající se péče o závislou osobu, jsou na tom nejlépe rodiče pečující o nezletilé nebo o zletilé děti, kteří mají většinou k dispozici dostatek informací o dostupných službách. Nedostatek informací mají pečující senioři a pečující o seniory – zejména odborné informace o zvládnání péče, nemateriální podpoře péče a o existujících

sdužených pečovateli. Mladší pečovateli, kteří se starají o rodiče/prarodiče, mají nejméně informací o téměř všech typech podpory.

Tab. č. 19

Typologie pečovateli podle informovanosti o různých formách podpory pečovateli

Typologie pečovateli, N=858	Sociální služby	Zdravotní služby	Sociální dávky, příspěvky	Odborné informace pro zvládnutí přímé péče	Odléhcovací (respitní) služby	Nemateriální podpora pečujících osob	Úřední statut/postavení pečujících osob	Svépomocné sdružení pečujících osob
Rodič pečující o nezletilé dítě	51%	63%	68%	61%	34%	36%	29%	36%
Rodič pečující o zletilé dítě	55%	64%	60%	50%	32%	36%	32%	40%
Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče	38%	50%	48%	36%	20%	19%	21%	13%
Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče	44%	59%	56%	43%	22%	16%	28%	13%
Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče	49%	56%	58%	38%	28%	19%	26%	12%
Pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera	46%	53%	47%	36%	25%	15%	22%	8%
Jiný model péče	38%	61%	49%	43%	28%	21%	28%	19%

Pozn.: Podíly vyjadřují procento osob, které má v dané kategorii určitě nebo spíše dostatek informací o konkrétní formě podpory.

Modře jsou zvýrazněny signifikantně nižší podíly v daném sloupci, červeně signifikantně vyšší.

ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Téměř všichni pečovateli přišli v souvislosti s péčí o závislou osobu do kontaktu s lékařem a to bez ohledu na svoji pečovatelskou situaci. Kontakt s úřadem práce či obecním úřadem zmiňují častěji rodiče dětí se zdravotním postižením. Ti také častěji spolupracují s dalšími nestátními organizacemi v této oblasti. Jen necelá pětina pečujících o rodiče/prarodiče (13-19 % z nich) kontaktovala v posledním roce nějakou neziskovou organizaci.

Tab. č. 20

Typologie pečovatелů podle kontaktu s institucemi během posledního roku

Typologie pečovatелů, N=858	Praktičtí lékaři	Pracovníci úřadu práce	Pracovníci obecního/městského úřadu/magistrátu	Zástupci nestátních neziskových společností, sdružení a organizací	Žádný z uvedených
Rodič pečující o nezletilé dítě	99%	93%	80%	58%	1%
Rodič pečující o zletilé dítě	94%	69%	75%	54%	1%
Pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče	99%	68%	49%	19%	1%
Pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče	97%	61%	51%	15%	2%
Pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče	95%	59%	40%	13%	4%
Pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera	96%	67%	53%	17%	4%
Jiný model péče	90%	58%	58%	28%	7%

Pozn.: Modře jsou zvýrazněny signifikantně nižší podíly v daném sloupci, červeně signifikantně vyšší.
ZDROJ: STEM/MARK, prosinec 2014

Shrnutí

Typologie umožnila rozdělit pečovatele do 7 hlavních skupin: pečovatel nad 60 let pečující o svého partnera, pečovatel ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče, rodič pečující o nezletilé dítě, rodič pečující o zletilé dítě, pečovatel starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče, pečovatel do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče a jiný model péče (pečující o vnuky, přátele, sourozence). Z hlediska intenzity a celkové délky péče se jako nejnáročnější jeví péče o děti se zdravotním postižením ať už zletilé nebo nezletilé, které také převážně zůstávají ve společné domácnosti s pečovatelem. Naopak péče o rodiče či prarodiče je převážně (pro tři pětiny pečovatелů v relevantních kategoriích) poskytována v samostatné domácnosti opečovávané osoby. Lze říci, že příspěvek na péči relativně dobře zasahuje pečovatele o děti se zdravotním omezením, ale v případě péče o seniory je jeho dostupnost na horší úrovni. Celkem čtvrtina seniorů pečujících o svého partnera a téměř třetina mladších osob pečujících o rodiče či prarodiče příspěvek na péči z různých důvodů nepobírá nebo o jeho existenci dokonce ani neví. Přitom ekonomická situace je problematická právě u seniorů pečujících o svého partnera (86 % vychází s rozpočtem jen s obtížemi). Značné finanční obtíže má však i pětina rodičů, kteří pečují o nezletilé děti se

zdravotním postižením. Nedostatek informací ve sféře péče o závislou osobu mají zejména pečující senioři a pečující o seniory (zvláště jim schází odborné informace o zvládnání péče, nemateriální podpoře péče a o existujících sdruženích pečovatelů). Mladší pečovatelé, kteří se starají o rodiče/prarodiče, mají nejméně informací o téměř všech typech podpory. Naopak nejlépe z hlediska informační úrovně jsou na tom rodiče dětí se zdravotním handicapem.

10. Závěrečné shrnutí

Role neformálních rodinných pečovatelů je v systému dlouhodobé péče nenahraditelná. Právě neformální pečovatelé zajišťují významnou část péče o nemohoucí osoby, což se týká jak péče o děti se zdravotním postižením, tak i péče o nemohoucí rodiče vysokého věku. Český sociální i zdravotnický systém však tuto péči příliš neoceňuje ani jim ji příliš neulehčuje. Přestože má k dispozici mnohé nástroje na podporu neformální rodinné péče (alespoň formálně), pečovatelé narážejí na nejednu bariéru. Mezi slabé stránky patří hlavně: nedostatečné finanční ohodnocení neformální péče, celkově horší nebo špatná informovanost pečovatelů o nabídce sociálních i zdravotních služeb a dalších možnostech jejich podpory, a také omezené možnosti harmonizaci zaměstnání a pečovatelské role³⁶. Výsledky výzkumu do značné míry potvrzují a rozšiřují zmíněné problémy neformálních pečovatelů.

Tento výzkum neformálních pečovatelů je v naší lokalitě specifický na jedné straně rozsahem vzorku (přes 800 respondentů), na straně druhé výběrovými kritérii, jejichž smyslem bylo oslovit co nejširší spektrum neformálních pečovatelů jak z hlediska rozsahu péče, tak z hlediska osob, kterým tuto péči poskytují (což je třeba vždy zohlednit při interpretaci dat).

Charakteristiky souboru neformálních pečovatelů a osob závislých na péči

Získaný soubor neformálních pečovatelů lze rozdělit do několika hlavních pečovatelských typů podle věku pečovatele, věku opečovávané osoby a vztahu pečovatele k této osobě. Na základě těchto kritérií vzniklo v souboru sedm typových skupin pečovatelů: rodiče pečující o nezletilé dítě (18 %), rodiče pečující o zletilé dítě (21 %), pečovatelé do 44 let vč. pečující o své/partnerovy rodiče/prarodiče (12 %), pečovatelé ve věku 45-60 let pečující o své/partnerovy rodiče (18 %), pečovatelé starší 60 let pečující o své/partnerovy rodiče (9 %), pečovatelé nad 60 let

³⁶ Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. / KOTRUSOVÁ, Miriam - DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka In: FÓRUM sociální politiky. - Roč.7, č. 6 (2013), s. 10-20

pečující o svého partnera (8 %) a pečovatelé v jiném modelu péče (pečující o vnuky, přátele, sourozence) (13 %).

Podíl žen a mužů mezi závislými osobami ve studovaném souboru je 58 % ku 42 %. Přitom ženy, kterým je poskytována rodinná péče, jsou hlavně matky/tchyně (47 %) a dcery (28 %), v případě muže se však jedná zejména o syny (55 %) a manžele/partnery (19 %).

Z pohledu typu zdravotního omezení trpí zhruba polovina závislých osob v souboru tělesným postižením, cca dvě pětiny mentálním postižením, 36 % tvoří senioři odkázaní na péči z důvodů věku, pětina závislých osob je zrakově postižena a necelá pětina trpí duševním onemocněním. Ve skupině rodičů pečujících o dítě se zdravotním postižením převažuje u těchto dětí mentální případně duševní onemocnění.

Z hlediska výše příspěvku na péči, který pobírá závislá osoba, je soubor rozdělen takto: 10 % tvoří příspěvek v I. stupni závislosti, zhruba čtvrtina pobírá příspěvek ve II. stupni závislosti, 28 % pobírá příspěvek ve III. stupni závislosti a asi čtvrtina připadá na příspěvek ve IV. stupni závislosti. V souboru jsou také 4 % osob, které mají o příspěvek požádáno, 2 %, kterým byl příspěvek zamítnut a 6 % osob, které o příspěvek zatím nezažádaly. Kromě toho 3 % respondentů nevěděla, zda a případně v jaké výši opečovávaná osoba příspěvek pobírá.

Míra neformální péče se liší podle toho, zda pečuje žena či muž. Péče žen o závislou osobu je časově náročnější a dlouhodobější než péče mužů. Na ženách tedy spočívá většina péče, zejména pokud je závislou osobou dítě se zdravotním handicapem.

V souboru neformálních pečovatelů velkou majoritou převažují ženy (83 %) nad muži (17 %). Tento podíl byl stanoven kvótou, nicméně umožnil nám porovnat situaci žen pečovatelek

a mužů pečovatелů. Lze říci, že ženy častěji než muži pečují v produktivním věku (41 až 64 let), zatímco muži pečovatелé jsou častěji než ženy zastoupeni v seniorském věku (65 a více let). Ženy pečují nejčastěji o své syny nebo dcery, o svou matku nebo tchýni, muži se starají o svou matku nebo tchýni případně partnerku. Ženy věnují péči více času a pečují delší dobu než muži. Péči o závislou osobu věnují v průměru 76 hodin týdně, zatímco muži 57 hodin týdně. O závislou osobu pečují v průměru o 3 roky déle než muži (11 vs. 8 let). Ženy pečovatелky tedy obvykle pečují každodenně, dlouhodobě a poskytují závislé osobě přímou péči. To se odráží také v rozdílném socioekonomickém statusu. Mezi ženami je zhruba stejný podíl zaměstnaných a těch, které se věnují pouze péči (27 % resp. 26 %). Oproti tomu podíl zaměstnaných mužů je zhruba dvakrát vyšší než podíl mužů, kteří se věnují pouze péči o závislou osobu (34 % vs. 16 %). Podíl starobních důchodců je v obou skupinách zhruba vyrovnaný (24 % mezi ženami a 27 % mezi muži).

Intenzita i délka péče roste také s vyšším stupněm příspěvku na péči, který pobírá osoba závislá na péči. Mezi těmi, kteří pobírají příspěvek IV. stupně logicky převažují osoby, o které je pečováno déle než 10 let a je o ně pečováno více než 71 hodin týdně. Je však třeba zmínit, že ve skupině závislých osob, která příspěvek nepobírá, převažují senioři odkázaní na péči z důvodu věku. Typologie pečovatелů tento fakt potvrzuje a ukazuje, že příspěvek dobře zasahuje pečovatele o děti se zdravotním omezením, ale v případě péče o seniory je jeho dostupnost na horší úrovni. Celkem čtvrtina seniorů pečujících o svého partnera a téměř třetina mladších osob pečujících o rodiče či prarodiče příspěvek z různých důvodů nepobírá nebo o jeho existenci dokonce ani neví. Tyto skupiny pečovatелů jsou zároveň nejčastěji nespokojeny s výší příspěvku na péči, zhruba polovina z nich by zařadil/a osobu, o kterou pečuje, do vyššího stupně. Nespokojenost vyplývá především z toho, že péče je velmi náročná i pro některé pečovatелé, kteří pobírají příspěvek I. či II. stupně, protože odpovídá spíše příspěvku vyššího stupně, tj. 18 % pečovatелů s příspěvkem I. stupně a 26 % pečovatелů s příspěvkem II. stupně vykonává péči více než 71 hodin týdně.

Ekonomická aktivita pečovatелů a finanční situace jejich domácností

Ve srovnání s obecnou populací je mezi pečovateli celkový podíl ekonomicky aktivních výrazně nižší. Necelá třetina pečovatелů žije v domácnosti bez ekonomicky aktivních členů, zatímco v obecné populaci je to jen necelá pětina. Finanční situace neformálních pečovatелů je i z tohoto důvodu do značné míry nelehká. Mnozí z nich jen s obtížemi vystačí s měsíčním příjmem domácnosti. Neočekávané výdaje v hodnotě 9 600 Kč představují problém pro nadpoloviční většinu pečovatелů.

Většina pečovatелů (79 %) deklaruje, že s celkovým měsíčním příjmem vystačí jen s obtížemi, přitom o větších finančních potížích hovoří zhruba 40 % pečovatелů. Není proto příliš překvapivé, že za této situace se příspěvek na péči, který osoba v jejich péči pobírá, stává téměř nepostradatelným příjmem v rozpočtu domácnosti. Zhruba pro polovinu rodinných pečovatелů je zcela nenahraditelný a necelá třetina by bez příspěvku musela výrazně omezit výdaje své domácnosti. Jen 10 % pečovatелů by se bez tohoto příspěvku dokázalo obejít.

Vlastní nebo partnerův příjem má k dispozici 89 % pečovatелů (počítá se zde i důchod apod.). Pro valnou část z nich se jedná o nejvýznamnější příjem. Domácnosti bez osobního příjmu pečovatele či jiného člena domácnosti (11 %) považují za svůj hlavní příjem právě příspěvek na péči. Necelá třetina pečovatелů je nucena použít také své úspory. Pětina pečovatелů pobírá i jiné dávky.

Význam příspěvku v rodinném rozpočtu závisí také na jeho výši, jelikož je velmi silně svázán s možností vykonávat vedle péče také výdělečnou činnost. Polovina pečovatелů, kteří v rodinném rozpočtu přihlížejí k příspěvku I. a II. stupně, považuje za nejvýznamnější příjem svůj osobní příjem a další dvě pětiny příjem partnera. Naopak u pečovatелů, kteří do příjmu domácnosti zahrnují příspěvek III. a IV. stupně, klesá podíl těchto osob na 23 %, ale narůstá

podíl pečovatelů závislých na partnerově příjmu (48 %) a na příspěvku samotném (22 %). Tito pečovatelé sice mají k dispozici vyšší nominální hodnotu příspěvku, na druhou stranu jsou však pečováním značně omezeni ve výkonu jiné výdělečné činnosti.

Z hlediska typologie pečovatelů lze říci, že největší finanční obtíže pociťují rodiče pečující o nezletilé dítě se zdravotním handicapem. Pro převážnou většinu z nich (68 %) je příspěvek na péči zcela nenahraditelný a obdobný podíl (69 %) si nemůže dovolit z vlastních zdrojů zaplatit neočekávaný výdaj ve výši 9 600 Kč. Pětina z nich rovněž vnímá finanční situaci své domácnosti jako velmi obtížnou. V podobně složité situaci, i když o něco lépe, jsou na tom rodiče pečující o dítě starší 18 let se zdravotním handicapem. Příspěvek je pro majoritu těchto domácností sice nenahraditelným zdrojem příjmu (65 %), ale s neočekávaným výdajem si dokáží poradit lépe, a celkově hodnotí finanční situaci své domácnosti méně negativně. Problematická situace by v budoucnu mohla nastat u skupiny pečovatelů ve zralém produktivním věku, kteří pečují o své/partnerovy rodiče, a u skupiny pečovatelů seniorů pečujících o své rodiče, jelikož právě tyto dvě skupiny v největší míře v současnosti čerpají z našetřených úspor (35 % respektive 40 %). Úspory však mohou při pokračující péči vyčerpat.

Řešením problematické finanční situace pečovatelů by pro určitou část z nich bylo získání vhodného zaměstnání. Prokázalo se totiž, že lépe je domácí rozpočet vnímán těmi pečovateli, kteří jsou ekonomicky aktivní (a mají tedy vlastní příjem). Získání přiměřeného zaměstnání se však pro pečovatele, kteří o ně stojí, zdá jako nelehký úkol. Pro skloubení zaměstnání a pečovatelské činnosti se jeví jako nejvýhodnější (zejména v případě matek pečujících o dítě se zdravotním omezením) práce na částečný úvazek, který umožňuje vysokou míru flexibility jak z hlediska pracovní doby, tak i z hlediska místa vykonávání práce. Z výzkumu také vyplynulo, že pečovatelé si snadněji udrží právě částečný úvazek, naopak plný úvazek kvůli péči o závislou osobu ukončí. Pokud pečovatelé v důsledku péče o závislou

osobu přestanou pracovat na plný úvazek, spíše zcela opustí pracovní trh a věnují se „neplacené“ práci pečovatele, než aby byli zaměstnáni na zkrácený úvazek. Tato situace nastala u více než čtvrtiny (27 %) pečovatelů, kteří před péčí pracovali na plný úvazek. Na zkrácenou formu úvazku jich přešlo pouhých 8 %. Jiná je však situace respondenta, který před tím, než se začal starat o osobu závislou na péči, pracoval na částečný úvazek. Ve většině případů (60 %) si také částečný úvazek zachoval. Zároveň byl zkrácený úvazek častější volbou než plný úvazek při vstupu na pracovní trh. Zkrácený úvazek ve zkoumaném souboru využívá necelých 10 % pečovatelů (tj. 25 % z ekonomicky aktivních).

To co, nejvíce brání pečovatelům ve vstupu na pracovní trh, je právě nedostupnost flexibilních, zkrácených, úvazků (61 % těch, kteří si v posledních 12 měsících hledali práci, uvedlo, že malá nabídka částečných úvazků jim zcela zabraňuje ve vstupu na pracovní trh). Mezi významné bariéry při získávání práce rovněž patří nevstřícnost potenciálních zaměstnavatelů, se kterou se pečující osoby hledající práci setkávají (střetly se s tím dvě pětiny z nich), a nedostupnost podpůrných sociálních a zdravotních služeb (tento problém je zcela zásadní pro třetinu pečovatelů hledajících práci).

Pomoc s péčí o závislou osobu

Při péči o závislou osobu se pečovatelé opírají hlavně o pomoc nejbližších rodinných příslušníků, sociální a zdravotní pracovníci rodinným pečovatelům pomáhají jen ve velmi omezené míře. Jejich pomoc by však pečovatelé uvítali.

Nejvýznamnějším pomocníkem v péči o závislou osobu je partner/partnerka (cca pro pětinu pečovatelů), který obvykle vypomáhá s přímou péčí, s vedením domácnosti opečovávané osoby, případně zajišťuje osobě v péči doprovod či dopravu. Již méně se podílí na organizaci péče, jednání s úřady či rehabilitačními a jinými cvičeními. V menším rozsahu se do pomoci s těmito činnostmi zapojují i děti pečovatelů. Do péče však není zapojená celá rodina nebo

více jejích členů, jak by se mohlo zdát, pečující totiž obvykle uvádějí jen jednu osobu, která jim pomáhá.

Vedle rodinných příslušníků se do pomoci výrazněji zapojují zdravotní pracovníci, ale to pouze v případě pomoci s rehabilitací či jinými cvičeními se závislou osobou (jejich pomoc uvedla pětina pečovatелů, kteří taková cvičení provádějí). Nicméně tato jejich pomoc není z pohledu pečovatелů dostatečná. Právě v této oblasti péče by neformální pečovatелé nejčastěji uvítali více pomoci, než se jim dostává (57 %), a to právě od zdravotníků.

I v ostatních činnostech souvisejících s péčí by zhruba polovina pečovatелů přivítala více pomoci. Pomoc od sociálních pracovníků by pečovatелé přivítali hlavně při jednání s úřady, doprovázení nebo dopravě závislé osoby či vyhledávání různých služeb spojených s organizací péče o závislou osobu. Naopak rodina by se podle pečovatелů mohla více zapojit do přímé péče a do péče o domácnost závislé osoby. Míra potřeby pomoci významně stoupá s celkovou náročností péče.

Využívání podpůrných sociálních a zdravotních služeb

Pomoci přetíženým pečovatелům by měly vedle rodiny, která je také často náročnou péčí vyčerpána, právě sociální a zdravotní služby podporované a rozvíjené státní sociální politikou. Nicméně, jak ukázal tento výzkum, tyto služby jsou pro nemalou část pečovatелů, kteří o ně stojí, těžko dosažitelné nebo přímo nedostupné.

Největší deficit lze spatřovat v oblasti respitních služeb, nedostává se však ani zdravotních služeb poskytovaných doma či služeb osobní asistence. Pečovatелské služby a denní stacionáře jsou poptávané v menší míře. Největší bariérou pro větší využívání služeb je z hlediska současných pečovatелů-klientů hlavně cena. Jinak jsou služby jejich současnými klienty hodnoceny nadprůměrně dobře. Rovněž neklieutům pečovatелům, kteří by ale o

služby měli zájem, zabraňuje v jejich využívání hlavně cena služby v kombinaci s nedostatkem informací o službách samotných (cenová bariéra tedy může důsledkem právě nedostatku informací), a v případě denních stacionářů a respitních služeb také jejich lokální nedostupnost.

Využívání i poptávka po podpůrných sociálních a zdravotních službách se liší podle typu pečovatele následujícím způsobem. Respitní služby nejvíce využívají, ale i nejvíce poptávají, rodiči pečující o dítě starší 18 let se zdravotním handicapem případně rodiče pečující o nezletilé dítě se zdravotním handicapem (obvykle se jedná o mentálně, duševně a tělesně handicapované osoby). Služby osobní asistence ponejvíce využívají, a zároveň nejčastěji poptávají, rodiče, kteří pečují o dítě mladší 18 let se zdravotním postižením (mentální, tělesné či duševní postižení). Denní stacionáře či centra ambulantních služeb nejčastěji využívají a také nejvíce poptávají rodiče, kteří pečují o dítě ať už nezletilé nebo starší 18 let se zdravotním postižením, obvykle se jedná o mentálně handicapované osoby (dospělé i děti). Naopak využívání zdravotních služeb v domácnosti je nejčastější mezi seniory pečujícími o seniora (partnera, případně o své/partnerovy rodiče) a mezi pečovateli ve zralém produktivním věku pečujícími o své nebo partnerovy rodiče. Největší poptávka po zdravotní službě doma je mezi rodiči pečujícími o nezletilé dítě se zdravotním handicapem (37 %), a pak také mezi seniory pečujícími o své rodiče. Pečovatelská služba je mnohdy využívána pečovateli, kteří pečují o seniora. Největší deficit pečovatelských služeb pociťují zejména rodiče pečující o nezletilé dítě se zdravotním postižením, ale také pečovatelé ve zralém produktivním věku, kteří pečují o své nebo partnerovy rodiče, a senioři pečující o své rodiče.

Z výzkumu vyplývá, že kritickým momentem při vyhledávání podpory či pomoci je pro pečovatele nedostatek informací. Nejedná se při tom pouze o informace o nabídce služeb a jejich dostupnosti, ale hlavně o jakési komplexní poradenství, které by pečovateli

umožnilo se v současném systému lépe orientovat a lépe ho využívat ve všech jeho oblastech. Zároveň by také bylo prospěšné větší propojení poskytovaných zdravotnických a sociálních služeb a podobně jako větší propojení formálních a neformálních služeb.

Relativně dobrou informovanost mají pečovatelé ve sféře zdravotnických služeb poskytovaných opečovávané osobě a ve sféře sociálních dávek a příspěvků. Na průměrné úrovni je míra informovanosti v oblasti sociálních služeb a odborných informací pro zvládnání přímé péče. Na druhou stranu žádné nebo jen malé informace v těchto oblastech přiznala zhruba čtvrtina pečovatelů. Za podprůměrnou lze označit informovanost o respitních službách, o úředním statutu pečovatele a o nemateriální podpoře pečujících osob.

Pokud jde o dostupnost informací týkající se péče o závislou osobu, jsou na tom nejlépe rodiče pečující o nezletilé nebo o zletilé handicapované dítě, kteří mají většinou k dispozici dostatek informací o dostupných službách. Nad druhou stranu nedostatek informací mají pečující senioři a osoby pečující o seniory, což se týká zejména odborných informací o zvládnání péče, informací o nemateriální podpoře péče a informací o existujících sdruženích pečovatelů. Překvapivě jsou to mladší pečovatelé starající se o rodiče/prarodiče, kteří mají nejméně informací o téměř všech typech podpory.

Kontakt neformálních pečovatelů s institucemi

V praxi pečovatelé v souvislosti s péčí o závislou osobu nejčastěji kontaktují praktického lékaře (téměř všichni), poměrně často komunikují s pracovníky úřadu práce (70 %) a s pracovníky obecních/městských úřadů či magistrátu (60 %). Třetina pečovatelů oslovila v minulých 12 měsících neziskové organizace.

Zkušenost s jednáním s úřady a s neziskovými organizacemi mají častěji vysokoškoláci, naopak méně často je oslovují senioři, kteří pečují o seniora. Jednání s úřady i neziskovými organizacemi je běžnější také pro pečovatele, jejichž péče o závislou osobu je náročnější a

dlouhodobější. Celkově nejlépe jsou pečovateli, kteří s nimi mají recentní zkušenost, hodnoceni pracovníci neziskových organizací, za nimi následují praktičtí lékaři, horší zkušenost mají pečovatelé s pracovníky obecních či městských úřadů potažmo magistrátu a relativně nejhůře jsou vnímáni pracovníci úřadu práce (zvláště v angažovanosti řešit problém či jen z vlastní iniciativy poradit). Z výše zmíněného vyplývá, že neziskové organizace se už v systému formální péče etablovaly a zastávají v něm pro pečovatele nenahraditelné místo. Pokud se pečovateli podaří s neziskovou organizací spojit, pak úsilí, které ho to stálo, se mu vrátí v podobě spokojenosti s jejími službami. Na druhou stranu jednání s úřady obnáší mnohé „papírování“ (byrokratické jednání) a nepříjemných situací se tak může vyskytnout více než v případě jednání se zástupci NNO.

Dopady péče na neformální pečovatele

Výzkum také potvrdil v literatuře často uváděný, ale systematicky neřešený problém, a tím jsou dopady péče na samotného pečovatele. Sami pečovatelé za nejpalčivější problém považují ztrátu volného času, tj. nedostatek času na osobní život a ztrátu soukromí, omezení společenského života a vlastních koníčků. Valná většina z nich pociťuje v důsledku péče psychické vyčerpání, zhoršení finanční situace či zdravotní problémy.

Nejvíce jsou dopadům péče vystaveny ženy pečovatelky (jejichž péče je intenzivnější a dlouhodobější než péče mužů a jsou častěji ekonomicky neaktivní, žijí ve společné domácnosti se závislou osobou). Rovněž je zřejmé, že čím je péče náročnější, tím jsou i její negativní dopady silnější. I když podstatnější z hlediska důsledků péče pro pečovatele se jeví samotná intenzita péče spíše než celková doba péče. Pravděpodobnost dopadů péče na pečovatele také ovlivňuje ekonomická situace domácnosti pečovatele. Ti, kteří mají problémy vyjít s rodinným rozpočtem, mají dvakrát vyšší šanci, že se na nich péče o závislou osobu negativně odrazí. Svůj vliv má i velikost místa bydliště, v menších městech a obcích je vliv dopadů péče na pečovatele méně intenzivní, než ve větších městech.

Seznam použité literatury

Dlouhodobá péče v EU, Evropská komise, Lucemburk 2008,

ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2781&langId=cs

Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies/

COLOMBO, F. et al. (2011), OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob / KLÍMOVÁ
CHALOUPKOVÁ,

http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-123-1.pdf

Podpora neformálních pečovatelů in Policy brief, [http://www.cello-ilc.cz/wp-](http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2014/01/brief_neform%C3%A1ln%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De.pdf)

[content/uploads/2014/01/brief_neform%C3%A1ln%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De.pdf](http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2014/01/brief_neform%C3%A1ln%C3%AD-p%C3%A9%C4%8De.pdf)

Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb./ KALVACH,
Zděněk, Diakonie ČCE, 2014,

<http://www.diakonie.cz/res/data/013/001863.pdf?seek=1414065093>

Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (II), uživatelé dlouhodobé péče a vývoj poptávky po dlouhodobé péči./ WIJA, Petr In: Aktuální informace ÚZIS ČR. - rok 2012, č. 32/12, <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iii-poskytovani-neformalni-pece-jeji-dopad-na-za>

Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD (III), poskytování neformální péče a její dopad na zaměstnanost a zdraví./ WIJA, Petr In: Aktuální informace ÚZIS ČR. - rok 2012, č. 33/12, <http://www.uzis.cz/rychle-informace/poskytovani-financovani-dlouhodobpece-zemich-oecd-iii-poskytovani-neformalni-pece-jeji-dopad-na-za>

Rodinná péče o staré lidi/ JEŘÁBEK, Hynek a kolektiv, CESES FSV UK, Praha 2005,

http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf , s.14

Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. / KOTRUSOVÁ, Miriam – DOBIÁŠOVÁ, Karolína - HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka In: FÓRUM sociální politiky. - Roč.7, č. 6 (2013), s. 10-20