



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Mezigenerační solidarita v rámci neformální péče

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Bc. Edita Vavroušková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Mezigenerační solidarita v rámci neformální péče jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 11. 08. 2020

.....

Bc. Edita Vavroušková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. PhDr. Adéle Mojžíšové Ph.D. za její profesionální přístup, za její trpělivost, cenné rady a za veškerý čas, který mi při vedení mé diplomové práce poskytla. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině za poskytnutou podporu.

Mezigenerační solidarita v rámci neformální péče

Abstrakt

Problematika péče o nemohoucí seniory se v posledních letech dostává do popředí politického zájmu i povědomí veřejnosti. V současné době zajišťuje hlavně rodina. Cílem této práce je zmapovat tuto problematiku a zjistit, jak se péče o nesoběstačného seniora vyvíjela v průběhu let, jaké je postavení pečujícího člena rodiny a zjistit, jakým způsobem mu můžou pomoci ostatní členové rodiny či stát. V současné době se všechny státy potýkají se stárnutím populace. Stejná situace je také v České republice. Je a do budoucna bude velmi důležité zajistit systém péče seniory. Pro funkčnost systému zajištění péče o seniory je pak velmi důležitá podpora pečujících, kteří péči o seniory zajišťují.

Tato práce se zabývá problematikou péče o seniory, podporou pečujících o stárnoucí obyvatele a také tematikou, která souvisí se změnou životního způsobu pečujících osob. Přibližuje problematiku pečovatelsví a charakterizuje roli péče, pečovatele i příjemce péče. Tato diplomová práce se věnuje péči rodinných příslušníků o nesoběstačného seniora, zabývá se jak historickým a současným vývojem péče o seniory, tak aktuálními otázkami týkajícími se stárnutí populace či změn života jednotlivých členů v průběhu péče o seniory. V práci je nastíněny možnosti, kterými se péče o seniory bude v budoucnu ubírat.

V práci jsou vymezeny pojmy, které s touto problematikou velmi úzce souvisí (např. stáří, stárnutí apod.). V práci jsou popsány také okolnosti, za kterých se osoba stane pečujícím o seniora, podoby formální a neformální péče či potřeby pečujících osob. Práce obsahuje také možná doporučení, která by mohla napomoci při případných změnách systému.

Klíčová slova

rodina, péče, mezigenerační solidarita, neformální péče, formální péče, neformální pečovatel, příspěvek na péči, potřeby

Intergenerational Solidarity In Terms Of The Non-formal Care

Abstract

The issue of eldercare has been increasing both political and public interests. Families are the main eldercare providers at present. At present it is mainly the family who provides care for elderly dependants. The aim of the thesis is to map this issue and to ascertain the eldercare development over the course of the years, the position of a caring family member and possible help by other family members and by the healthcare system. Population aging is currently an increasing problem in all countries. The Czech Republic also ranks among those states. The problem of providing elderly care is both present and future. It is important to provide the care system of elderly members of the society, which emphasises the key role of the support for caring family members. Independent care is also very difficult to ensure.

The thesis deals with the issue of eldercare, the support for the family members caring for elderly dependants. Historical and current senior care development, actual issues affecting aging population and the influence on the quality of life of the caring family members are discussed in the thesis. The thesis deals with possible future development of informal care.

The thesis also defines the terminology of the topic above mentioned, for example “senior age, aging”, etc. Requirements for becoming a senior carer and ways of the care and elderly dependant needs and possible proposals for positive changes of the system are discussed.

Key words

family, care, intergerational solidarity, informal care, formal care, informal caregivers, care allowance, needs

Obsah

1	Generace a solidarita	10
1.1	Generace.....	10
1.2	Solidarita	11
2	Mezigenerační solidarita	12
2.1	Historický vývoj rodiny a mezigenerační solidarity	13
2.1.1	Pravěk	14
2.1.2	Starověk	15
2.1.3	Středověk	16
2.1.4	Novověk v Evropě	23
2.1.5	Moderní rodina v Evropě.....	26
2.1.6	Moderní rodina po 2. světové válce.....	27
2.1.7	Vývoj moderní rodiny po 2 světové válce v českých zemích.....	30
2.2	Mezigenerační vztahy	36
2.3	Stáří a stárnutí	37
3	Formální péče.....	40
3.1	Formální pečovatel.....	41
4	Neformální péče	43
4.1	Hybridní neformální péče	46
4.2	Podoba neformální (domácí) péče a motivace pečujících osob	48
4.3	Neformální pečovatel	50
4.3.1	Potřeby neformálních pečovatelů	54
4.4	Pomoc pečujícím osobám	57
4.4.1	Pomoc hlavní pečující osobě ze strany dalších členů rodiny.....	57
4.4.2	Pomoc neformálním pečovatelům ze strany sociálních služeb	59
4.4.3	Pomoc neformálním pečovatelům ze strany domácích zdravotních služeb	
	63	
4.4.4	Vzdělávání neformálních pečovatelů a jejich ekonomická aktivita	66
4.5	Sociální zabezpečení neformálního pečovatele	68
4.5.1	Příspěvek na péči	69
5	Další možnosti finančního zajištění neformálních pečovatelů.....	76
5.1	Dlouhodobé ošetrovné	76
5.2	Zdravotní a sociální pojištění	76
5.3	Pracovní doba a úlevy na dani	77
5.4	Nepojistné dávky pro osoby se zdravotním postižením.....	78
5.4.1	Příspěvek na mobilitu	78
5.4.2	Příspěvek na zvláštní pomůcku.....	78
5.4.3	Průkaz osoby se zdravotním postižením.....	79
5.5	Příspěvek na bydlení	79
5.6	Dávky hmotné nouze.....	80
5.6.1	Příspěvek na živobytí.....	80
5.6.2	Doplatek na bydlení	80
5.6.3	Mimořádná okamžitá pomoc	81
6	Výzkumy sociálních služeb a příspěvku na péči a národní strategie rozvoje sociálních služeb	82
6.1	Výzkumy sociálních služeb a příspěvku na péči.....	82
6.2	Národní strategie sociálních služeb v období 2016 – 2020.....	86
7	Komparace neformální péče ve vybraných státech Evropy	92

7.1	Německo	92
7.1.1	System sociálního zabezpečení.....	92
7.1.2	Neformální péče.....	94
7.1.3	Nástroje a opatření podporující neformální pečovatele.....	94
7.2	Velká Británie	98
7.2.1	System sociálního zabezpečení.....	98
7.2.2	Neformální péče.....	98
7.2.3	Nástroje a opatření podporující neformální pečovatele.....	99
7.3	Švédsko	101
7.3.1	System sociálního zabezpečení.....	101
7.3.2	Neformální péče.....	102
7.3.3	Nástroje a opatření podporující neformální pečovatele.....	102
7.4	Polsko.....	104
7.4.1	System sociálního zabezpečení.....	104
7.4.2	Neformální péče.....	105
7.4.3	Nástroje a opatření podporující neformální pečovatele.....	105
8	Závěr	108
9	Literatura:.....	117

Úvod

Velmi důležitou částí systému péče o seniory je rodinná péče. V současné době se potýkáme se stárnutím obyvatelstva. Je tak potřebné zajistit účinnou pomoc a péči nesoběstačným seniorům i těm, kteří o ně pečují. Důležitou otázkou je pak správné nastavení této péče. Většina nesoběstačných seniorů chce zůstat v domácím prostředí a nechce žít o samotě a mimo svou rodinu. Stejně tak velká část pečujících o příbuzného nesoběstačného seniora považuje péči v rodině za nejvhodnější. U obou stran se lze setkat se strachem z nedostatečné péče v zařízeních pro seniory či strachem z osamocení apod.

Cílem mé diplomové práce je na základě zpracování literární rešerže českých a zahraničních odborných zdrojů zmapovat problematiku mezigenerační solidarity v rámci neformální péče v historii i v současnosti. Jedním z dalších cílů je také zjistit, jaké je postavení pečujících členů rodiny, jaké jsou jejich potřeby a jakým způsobem můžou pečujícím pomoci ostatní členové rodiny či stát v rámci různých podpůrných forem.

Rešerže je zpracována na základě dostupné české a cizojazyčné odborné literatury, akademických článků z let 2009 – 2020 a výzkumů. Články, výzkumy a statistiky byly dohledány v Licencované on-line databázi Národní knihovny České republiky, na portálech Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a Ministerstva zdravotnictví České republiky, oficiálních stránkách Sociologického ústavu Akademie věd České republiky, Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí. Klíčovými slovy pro vyhledávání článků byly péče, formální péče, neformální péče, rodina, senior, potřeby.

Výsledky výzkumu jsou zobecněny a poslouží jako námět pro rozvoj současných forem podpory pro neformální pečovatele o seniory. Pro výzkumnou část práce byla zvolena kvalitativní forma výzkumu. Jako výzkumná metoda byla zvolena komparace, kdy byla porovnávána situace finančního zajištění pečovatelů ve vybraných zemích v Evropě. Potřebná data pro teoretickou i výzkumnou část práce jsem získala studiem dostupných odborných materiálů, tedy výzkumů a dokumentů, statistických dat, odborných článků a prací, které se týkají daného tématu či právních norem.

Nejprve se v práci věnuji historickému vývoji rodiny a mezigeneračních vztahů od počátku lidské existence, vývojem po 2. světové válce v západních zemích Evropy a v České republice, neboť považuji za důležité vykreslit obraz našich předků, kteří utvářeli naši společnost. V historii rodiny se dotýkám tématu změn demografického

chování a přechodem populace od starého k novému demografickému režimu. V souvislosti s tím zmiňuji i problematiku stáří a stárnutí populace, ze které vychází nezbytnost neformální péče a mezigenerační solidarity. V práci se také zabývám mezigeneračními vztahy, možnými mezigeneračními konflikty. Dále se zaměřuji na formální, a především na neformální péči a jejich podoby. V práci je nastíněna situace neformálních pečovatелů, zabývám se jejich potřebami a možnou pomocí jak ze strany rodiny, tak pomocí ze strany formální péče a formálních pečovatелů. V dalších kapitolách se pokouším vykreslit možnosti sociálního zabezpečení formálního pečovatele u nás v porovnání s vybranými státy v Evropě.

Sociologové dnes často mluví o rozpadu rodin tradiční společnosti, ve které žilo a hospodařilo více generací pohromadě. Tuto představu o tradiční společnosti vyvracejí historické prameny, které máme k dispozici. Důsledkem vysoké úmrtnosti, přítomnosti nemocí, hladomoru a válek v tradiční společnosti, byl nízký výskyt vícegeneračních rodin s velkým počtem dětí a tří a vícegenerační rodina byla spíše výjimkou. Dnešní prarodiče se vídají s vnoučaty rozhodně víc než všechny předchozí generace. Dále bylo zjištěno, že česká populace vykazuje vyšší míru mezigenerační solidarity ve všech kategoriích oproti populaci německé. Tento jev je důsledkem zastavení procesu modernizace rodiny v České republice v souvislosti s absencí rozvinutých sociálních služeb v období totality.

1 Generace a solidarita

1.1 Generace

Zásadní termín pro mezigenerační solidaritu a vztahy je pojem generace. Slovo generace pochází z řeckého slova *genos* = rod a v Sociologické encyklopedii je definována jako: „*velká, sociální, diferencovaná skupina osob, které jsou spojené dobově podmíněným stylem myšlení a jednání a prožívající podstatná období své socializace ve shodných historických a kulturních podmínkách*“ (Nešpor, 2017). Dle Saka a Kolesárové (2012) je generace entita, ve které dochází k proměně z biologického na sociální, je zvláštní kategorií, která je průsečíkem biologického a sociálního života. Střídání generací a procházení životními etapami vytváří formuje základní chod sociálního života. Z biologické stránky populačních ročníků se formuje sociální skupina jako subjekt sociálního života (Sak a Kolesárová, 2012).

Generaci vymezit kvalitativně a kvantitativně. Kvalitativní vymezení je pokládán za více vypovídající a souvisí s tématem generačního zasazení. Jedná o podílení se na společných osudech, generačních souvislostí, kde se prostřednictvím sociálních a duchovních obsahů formuje skutečné spojení mezi jednotlivci a generační jednotou. Tato jednotu představuje konkrétní spojitosti generace prostřednictvím prožitků. Tyto okolnosti vymezují působení jednotlivých generací. Kvantitativní vymezení se opírá o dobu trvání jedné generace, která se zpravidla stanovuje na dobu třicet let. Trvání jedné generace se opírá o úvahu, dle které je prvních třicet let považováno za dobu učení, dalších třicet let za dobu kreativity a posledních třicet let za období opouštění veřejného života (Rabušicová et al., 2011).

Generaci formuje společenská událost historického významu, která ovlivňuje společenské vztahy, politické systémy, změny životního stylu i sociální struktury. Proces formování generace je realizován jednotlivými procesy sociálního zrání individuálních příslušníků formující se generace. Na jednotlivém stupni je výsledkem sociálního zrání jedinec, člen komunity a na skupinové úrovni je výsledkem sociálního zrání generace. Je tak vytvářen specifický generační společenský klimát a specifický generační životní styl (Sak a Kolesárová, 2012).

1.2 *Solidarita*

Solidarita pochází z latinského slova *solidare* = zpevnit, zhusit, v Sociologické encyklopedii je vymezena jako: „*vztah mezi navzájem rovnými, kteří dobrovolně kooperují, neboť je spojuje společný zájem, který mívá často podobu boje proti společnému nepříteli; je opakem vztahu nadřízenosti a podřízenosti. Výrazným prvkem mezilidské solidarity je silný emotivní náboj; solidarita se zpravidla nerodí z pouhé racionální kalkulace, zároveň však nemusí být protikladem egoismu* (Nešpor, © 2017). Dle Čeveli a Čeledové (2014) je solidarita součástí vědomí lidské sounáležitosti a toto vědomí lidské sounáležitosti vychází z dávné lidské zkušenosti, že dokud spolu budou lidé držet pohromadě, budou schopni snadněji překonávat různé nesnáze.

„*Určitá míra mezilidské solidarity je jedním z předpokladů fungování společnosti, ba je přímo předpokladem její pouhé existence* (Keller, 2005, str. 91). Autor dále uvádí, že primární forma solidarity se byla vzájemnost dána společenskou příslušností k určitým skupinám rodinným, příbuzenským, sousedským a v pozdější době také cechovním, církevním a dalším. Tyto skupiny byly zásadní podmínkou přežití v nesnadné době, fungovaly jako seberegulační systém a udržovaly stabilitu rodin prostřednictvím aktivace svých vlastních zdrojů (Keller, 2005).

Dle Krebse et al (2010) je solidarita výrazem vzájemné lidské odpovědnosti, pospolitosti a soudržnosti, prezentuje člověka jako sociální bytost. Přesto však solidaritu nelze vymezit jedním termínem, neboť může mít rozmanité formy, projevy, způsoby realizace důsledky, různou velikost. Pokud bychom chtěli blíže specifikovat fenoménu solidarity, nesmíme zapomínat na zásadní východisko a rozlišovat mezi solidaritou dobrovolnou a v pravém slova smyslu skutečnou a solidaritou nedobrovolnou, vynucenou. (Krebs et al, 2010).

2 Mezigenerační solidarita

Mezigenerační solidaritu především uvnitř rodin lze považovat za součást a základ sociálního státu, kdy rodiče pečují o zdravý vývoj svých dětí a ony svým rodičům péči později opětvují v jejich seniorském věku. Jednou z možností, jak může naše společnost zvládnout negativní aspekty stárnutí je vzájemná pomoc generací (Klevetová, Dlabalová, 2008). Mezigenerační solidarita se opírá především o kladné aspekty příbuzenských vztahů mezi členy širší rodiny, jako je soudržnost, ochota pomoci, pochopení, spolupráce, a to napříč generacemi (Hank, Buber 2009). Novák (2014) vymezuje mezigenerační solidaritu jako vzájemnou pomoc v oblasti finanční, fyzické, nebo emocionální podpory. Jako souznění v hodnotách a postojích, jako vzájemnou citovou blízkost a pochopení. Dle Rabušicové et al., (2011) rodiče vykazují větší míru solidárnosti a blízkosti vůči svým dětem než děti vůči rodičům. Rodiče pak mají tendenci nadhodnocovat mezigenerační solidaritu a podceňovat mezigenerační konflikt. Snaží se o udržení rodinných vztahů a rodinou soudržnost. Jejich děti se spíše soustřeďují více na vlastní nezávislost a individualitu. To pak může u mladší generace vést k odmítání tradic a hodnot generace starší. Dále uvádí, že u starší generace je pozorována vyšší míra emocionálních vkladů do mezigeneračních vztahů, než je tomu u starší generace (Rabušicové et al., 2011)

Hetteš (2011) uvádí, že součinnost mezi generacemi může zlepšit vztahy mezi lidmi rozdílného věku a ocenit postavení starších generací v soudobé společnosti. Dále uvádí, že v Madridském mezinárodním akčním plánu pro problematiku stárnutí 2002 byla zdůrazněna solidarita mezi generacemi ve všech rovinách, a to nejen v rodině nebo komunitě, ale i v celé společnosti. Solidarita je hlavní předpokladem pro sociální soudržnost a je také základem veřejného sociálního zabezpečení a neformální péče. V souvislosti s prodlužováním věku života a pozdějším rodičovstvím dochází v Evropě k demografickým změnám, které mění strukturu domácností a mají vliv na dynamiku mezi jednotlivými generacemi. Většina rodin v Evropě jsou v současné třígenerační a nejrůznější čtyřgenerační, které spolu v kontextu vazeb sdílejí již několik desetiletí. Heteš (2011) upozorňuje na problematiku rychle se měnícího demografický vývoje, ve spojitosti s vývojem ekonomiky, který by mohl vyvolat napětí mezi generacemi a vytvořit problém pro existující solidaritu mezi generacemi (Jeřábek, 2013).

Ze sociologického hlediska, například Simmel a Durkheim zdůrazňovali solidaritu jako sjednocující činitel společnosti a chápali ji jako požadavek společnosti na jedince a nástroj kontroly nad nimi. Dle Durkheima moderní společnost drží pohromadě organická solidarita a tradiční společnost pak mechanická solidarita mezi lidmi. Mechanická solidarita byla charakteristická pevnými pouty mezi lidmi a byla založena na normách a tradicích sdílených tehdejší společností. Organická solidarita je naopak charakteristická slabšími pouty ve společnosti a je založena na vzájemných vazbách určovaných vztahy mezi lidmi, které jsou dané dělbou práce. Mechanická rodinná solidarita je vymezena jako „přijetí péče“ a organická rodinná solidarita jako „adaptace na péči“. Mechanická rodinná solidarita je úzce spjatá s city v rodině jejími hodnotami a normami. V případě, že dojde v rodině k situaci, kdy se musí postarat o některého z členů, který potřebuje jejich péči, musí rodina dojít k rozhodnutí, zda se svého blízkého postarají či ne. V takové situaci je důležitým faktorem míra sociální soudržnosti v rodině, který ovlivňuje mezigenerační solidaritu při péči osobu blízkou. Organická rodinná solidarita je závislá na rolích, které jednotliví členové rodiny zastávají. V případě péče o osobu blízkou je důležité sladit pečovatelské role s ostatními rolemi v rodině i v zaměstnání. Důležité je tyto role sladit, tak aby nedocházelo k jejich konfliktu (Jeřábek, 2013).

2.1 Historický vývoj rodiny a mezigenerační solidarity

Význam slova rodina byl v dřívějších dobách zcela rozdílný, než je tomu v dnešním pojetí ve vyspělých převážně křesťanských společnostech. Samotný původ tohoto slova v indoevropských jazycích ukazuje na ekonomický základ rodiny, neboť po staletí odkazovaly vztahy v rodině nikoli k lásce, ale k autoritě a vlastnictví. Staří Řekové používali pro rodinu výraz OIKOS. Tento výraz však spolu s rodinou označoval také bydliště a majetek a do moderních jazyků se z něho vyvinul výraz „ekonomie“. Rodinná ekonomie byla první, kterou naše kultura poznala, jelikož vlastnictví bylo produkováno a konzumováno v rodinách. Později germánské a románské jazyky převzaly jako označení pro rodinu latinský výraz FAMILIA. V latině slovo Famulus znamená sluha a plebejská forma sňatku spočívala ve starém Římě v tom, že si muž koupil ženu a ona poté byla jeho vlastnictvím, jeho tzv. Familia. Římané tento výraz nepoužívali pro označení pokrevních vztahů, ale jako označení veškerého majetku – domů, polí, peněz i otroků. Rodina zůstává jednotkou zejména ekonomickou i po nástupu křesťanství (Možný, 2008).

Pro tuto práci považuji za důležité vykreslit obraz našich předků, kteří utvářeli naši společnost, jejíž uspořádání bývá někdy nazýváno preindustriální v protikladu k průmyslové společnosti nebo jako stavovské v protikladu k občanské společnosti a konečně tradiční v protikladu k evropské moderně. Společnost tradiční a stavovská se přetransformovala v moderní občanskou postupně za rozdílných okolností. Naši předkové se od dnešních generací podstatně odlišovali svým demografickým chováním, kterým udržovali reprodukční systém označovaný jako „starý demografický režim“ (Horský, Selingová 1997).

2.1.1 Pravěk

Člověk dnešního typu se na naší Zemi objevuje v mladší době kamenné a archeologické výzkumy ukazují, že tento člověk žil ve skupinách a je téměř jisté, že se jednalo o skupiny pokrevně spřízněné. Tito lidé se živili lovem a sběračstvím a předpokládá se, že jejich společnost byla společností klanovou, která sdílela stejný náboženský kult, obývala stejné teritorium, uplatňovala se v ní pravidla dovolující a zakazující jisté sňatky a měla vnitřní a vnější ekonomické vazby. Klany byly většinou společností řízeny radou starších, která sloužila i jako soud. Neznáme lidskou společnost, která by nebyla organizovaná a neměla koordinované role členů, které jsou jim přisouzeny podle pohlaví věku a společenského postavení. Předpokládá se, že v pravěku rozhodl lov o rozdělení práce podle pohlaví. V momentě, kdy se lidé začali živit lovem, specializovali se na něj muži a ženy se orientovaly na sběračství (Matoušek, 2003).

Nejmenší jednotkou všech společenství, které známe je rodina, a je předpoklad, že existovala již v době kamenné. V době neolitické revoluce asi deset tis. až osm tis. let před naším letopočtem, kdy došlo k oteplení klimatu v oblasti středoziemního moře, se lidé začali usazovat na jednom místě, domestikovali zvířata a začali pěstovat rostliny. Nálezy z jihovýchodní Evropy a z Blízkého východu dokládají, že neolitická společnost byla postavena na ženských hodnotách. Nejvyšším božstvem v ní byla Velká Matka neboli Matka Země. Kněžkami, léčitelkami a šamankami byl pěstován kult ženského principu, projevující se především rozením dětí a péčí o ně a byl posvátný. Mezi nižšími božstvy se nacházela božstva mužská, například bůh žní, který byl zároveň bohem smrti. Ženy se specializovaly na úpravu potravin, výrobu keramiky, tkaní a předení. Zdrojem obživy bylo zejména pěstování plodin, kterého se účastnili ženy i muži. Lov

byl doménou mužů a měl pouze doplňkový význam. Tato kultura nevedla války, bohové v té době ještě žili na Zemi nikoli na nebesích, chyběly velké společenské rozdíly a majetek se patrně dědil z matky na dceru. Tato matriarchální společnost – kultura žen, byla postupně nahrazena agresivní válečnickou kulturou mužskou, jejímiž nositeli byly kmeny postupně přicházející z euroasijského kontinentu a k podobné změně kdysi došlo i na americkém kontinentě. (Matoušek, 2003)

Poměry rodiny se mění po neolitické revoluci. Jakmile vznikla trvale obhospodařovaná a osídlená území, rozvinula se řemesla, obchod a vojenství, společnost se mohla diferencovat dle majetku. S tímto rozvojem postupně získávají vedoucí postavení v rodinách a ve společnosti muži. V civilizovaných společnostech si toto postavení udržují až do našeho století (Matoušek, 2003). Dle Matouška (2003) je naše kultura kulturou „levé mozkové hemisféry“, kulturou maskulinní, tedy kulturou agresivní zaměřenou na výkon a soupeření. Začíná stoupat počet dětí v rodině a tím stoupá i počet lidí na jednotku území. (Matoušek, 2003)

2.1.2 Starověk

V době předklasické v 7. až 8. stol. př. n. l. byla řecká společnost organizována podle širokých rodů, který byl souborem rodin. Rodina byla striktně patriarchální, avšak na rozdíl od doby klasické, měly v těchto starších dobách ženy větší volnost, například se mohly na veřejnosti pohybovat bez doprovodu. Postavení ženy v rodině však bylo podřízené, muži se neženili z lásky, ale aby měli mužského následovníka, který by udržoval rodinný kult. V kolébce demokracie v řecké „polis“ byli svobodnými občany pouze muži, patriarchové klanů a velkých domácností, ve kterých vládli despotickou mocí. Pouze veřejný prostor byl prostorem svobody a rovnosti, oproti tomu byla rodina modelem pevné uspořádanosti a hierarchie. (Možný, 2008). V Římě měla rodina také patriarchální povahu. V 2. a 1. stol. př. n. l. současně s římskou krizí, se dostává do krize i rodina a začíná se měnit postavení žen. Nemajetné ženy mohly pracovat např. jako kojně, sekretářky, vychovatelky, švadleny, písařky, obchodnice, a dokonce jako lékařky a na rozdíl od řeckých žen se římské ženy prosazovaly i na politické scéně. Muži na tuto ženskou emancipaci reagovali ostře, pokud nepomohly pokuty, byly ženy posílány do vyhnanství, aby nedávaly špatný příklad. Pokud bychom chtěli určit prvopočátek ženské emancipace, museli bychom ho datovat již od starověkého Říma (Matoušek, 2003).

Po příchodu Slovanů na naše území v 5. stol. n. l. byla rodina patriarchální a význačným mužům bylo tolerováno mnohoženství. Šlo o společnost agrární, kde mělo mnohem větší význam pěstování zemědělských plodin, zejména obilí, než rozvoj řemesel a chov dobytka. Rodina byla v té době především jednotkou ekonomickou. Je však velmi obtížné vypátrat, jak vypadala slovanská nebo evropská rodina v ranném středověku, neboť materiál srovnatelný s řeckými dramaty nebo spisy není k dispozici a jsme odkázáni pouze na kroniky a na archeologii (Matoušek, 2003).

2.1.3 Středověk

Po nástupu křesťanství se ve společnosti mnohé změnilo, ale rodina stále zůstala především ekonomickou jednotkou. Základní funkcí rodiny byly funkce reprodukční a produkční. Rodina měla být jedinou legitimní jednotkou k plození dětí monogamním párem, jehož smyslem bylo rození a výchova dětí. Další zcela základní byla produkce, tedy schopnost samostatně uživit všechny členy rodiny. Rodina plnila také funkci výchovnou a ochrannou. Rodina zajišťovala péči o nemocné a staré jedince a vychovávala členy k respektu vůči uznávaným hodnotám, autoritám a k plnění rodinných závazků. Nejstarší etické a morálně normativní spisy prezentují, že ve chvíli, kdy lidé přestávají plnit své závazky vůči rodině společnost ztrácí svou sílu a stabilitu. Už Kurfucius, zakladatel náboženství, které je živé dodnes, již před dvaceti pěti stoletími byl přesvědčen, že pokud by se každý choval řádně ve svém rodinném prostředí, přineslo by to společnosti větší štěstí, prosperitu a stabilitu. I části nejstarších posvátných židovských knih Exodus, Deuteronomium, Ecclesiastes (Kazatel), Žalmy a Přísloví, kladou důraz na význam dodržování pravidel rodinného života. Jako opora hierarchického uspořádání vyšších společenských celků sloužilo hierarchické uspořádání rodinných vztahů a respektování autority v rodině, hlavy rodiny muže. Respektování autority v rodině tak přirozeně učilo k respektu k moci panovníka (Možný, 2008).

Pozdější, rozvinutá a křesťanstvím ovlivněná středověká společnost byla stavovskou společností. Nejvyšším stavem byla šlechta, zvláštním stavem duchovní a v pozdním středověku měšťané a kupci. Každý stav měl specifický typ rodiny, jiný životní styl, pro každý platily jiné právní normy. Stavem byli také venkované, kteří představovali většinu obyvatel společnosti a dělili se na svobodné a poddané (kterých byla většina). Středověká šlechta žila na rodových hradech a měla vzor

v jihofrancouzském rytířství, ke kterému patřil kult osobní statečnosti a o vhodnosti sňatků rozhodoval hlavní představitel s největší mocí na základě dynastických a územních zájmů v rodině. I měšťanské rodiny byly ovládány jedním mužem a zakládány byly podle majetkových zájmů široké rodiny. Měšťané obdivovali německý patriciát, pronikající k nám s rozvojem řemesel, těžbou nerostů a s rozvojem obchodu. Svoboda pohybu venkovského obyvatelstva byla závislá na souhlasu vrchnosti a sňatky také povolovala vrchnost. Tento souhlas vrchnosti se sňatky podaných ukončil v roce 1781 Patent o zrušení nevolnictví vydaný Josefem II. (Matoušek, 2003).

Ve středověku bylo běžné soužití širších rodin. Středověká rodina je institucí, bez níž by jednotlivec mohl jen těžko existovat. Bez příslušnosti k rodině a bez příslušnosti k feudálnímu pánovi neměl jednotlivec ve společnosti místo. Středověká rodina byla rozsáhlá patriarchální nebo kmenová a pod vedením hlavy rodiny jednotlivce potlačovala, vnucovala mu vlastnictví, odpovědnost a kolektivní činnost. Venkovské rodiny jsou větší, oproti městským rodinám, kde velkou rodinu měli jen ti nejmajetnější. Vzhledem k nízkému průměru věku lidí je ovšem tři nebo čtyř generační soužití rodin ve středověku vzácností (Matoušek, 2003).

V dnešní době všichni označujeme slovem rodina manželský pár s dětmi a tato nová představa téměř vytlačila původní představu o rodině, z níž dle Možného (1990) zůstala jen podvědomá kulturní vzpomínka. Starověk a středověk slovem rodina označoval dvě odlišné věci, ale žádná z těchto představ se nekryje s naší dnešní představou. Na jedné straně označoval rodinou to, co bychom dnes nazvali „velkou domácností“. Tedy společenstvím lidí, kteří podléhají jedné autoritě – hlavě rodiny. Lidí, kteří spolu bydlí a hospodaří pod jednou střechou. Jde o představu římského práva i Bible, neboť obě tyto kultury antická i židovská, jejichž je ta naše kultura dědičkou v přímé posloupnosti, počítaly do rodiny všechny lidi žijící v domě a nejenom pokrevní příbuzné. Z počátku otroky, později služebnictvo, tovaryše, děvečky a čeledíny se kterými rodina tvořila výrobní jednotku. Autoritou a hlavou rodiny byl hospodář, měl za služebnictvo zodpovědnost a vychovával je jako vlastní děti. Vztah služebnictva s hospodářem byl podobný, jako vztah otce a dětí. Tento stav přetrvával až do poloviny 19. století. Druhé stejně staré pojetí rodiny, které platilo paralelně ve společenství vládnoucích tříd, chápalo rodinu jako systém širokého pokrevního příbuzenství. U šlechty a patriciů slovem rodina bylo myšleno totéž co rod. Velká skupina lidí, která neobývala jednu domácnost, nesídlila v jenom domě (např. rod Habsburků obýval sídla

ve Vídni, v Madridu a v Praze). Šlo o velkou skupinu lidí, která udržovala jednotu moci a majetku svazkem krve. Dnešní moderní rodina neodpovídá žádnému z těchto pojetí (Možný, 1990).

Na venkově se muži ženili brzy, aby rodina co nejdříve získala novou pracovní sílu. Naopak ve městech se muži ženili později až v době, kdy se stali ekonomicky soběstačnými. Příbuzenství bylo v té době mocným poutem na rozdíl od dnešní doby, kdy cítíme jako příbuzné jen členy nejbližší rodiny. Předpokládá se, že v menších společenstvích, jakými byly například vesnice, byli všichni lidé příbuzní, a to také určovalo jejich vztahy a posilovalo jejich vzájemnou solidaritu. Dětství ve středověku bylo krátké, trvalo do pouhých osmi let a po té dítě začalo pracovat v zemědělství nebo šlo do učení, zpravidla mimo domov. Děti, které takto odešly ze svých rodin, již nemusely nikdy své rodiče spatřit, neboť rodiče umírali velmi brzy, ženy často při porodu. Dítě se tak stalo dospělým. Velice časté byly sňatky ovdovělých s příbuznými zemřelého a tím široké rodiny eliminovaly ztráty. Nadále trvá vysoká oddělenost mužské a ženské role, vedoucí postavení muže a podřízená role ženy, vázanost rodiny na majetek, necitelnost vůči nenarozeným nebo čerstvě narozeným dětem. Rodina je ve středověku jednotkou společenskou, institucí výchovnou a jednotkou výrobní. (Matoušek 2003).

Jak jsem již bylo uvedeno v úvodu této kapitoly tradiční rodina se od současné moderní odlišovala především demografickým chováním. K novému demografickému režimu se od starého demografického systému přecházelo v Evropě pozvolna. Ve střední a východní Evropě počala transformace demografického režimu se stoletým zpožděním oproti Francii, kde se počátek transformace překrýval s politickým zlomem napoleonského období a velké revoluce. Oba demografické režimy se odlišují podle různých demografických jevů – narození, sňatek, úmrtí a jejich vzájemné konfigurace. Pro starý demografický režim platila vysoká míra úmrtnosti (mortality) a porodnosti (natality). Je proto důležité si uvědomit, že vzhledem k vysoké úmrtnosti a menší naději na dožití se vyššího věku, bylo soužití tří a vícegeneračních rodin v tradičních rodinách jen výjimečné a převažovaly dvougenerační rodiny (Možný, 2008).

Sociologové často mluví o rozpadu rodin tradiční společnosti, ve které žilo a hospodařilo více generací pohromadě. Tuto představu o tradiční společnosti vyvracejí historické prameny, které máme k dispozici. Lowe (2008) používá pro tří a vícegenerační soužití v dřívějších dobách dokonce slovo mýtus. „*Teskně vzdycháme po*

starých dobrých časech, kdy rodiny žily navzájem v těsné blízkosti a vytvářely funkční rodinnou podpůrnou síť. A dětem stačilo přeběhnout pole a už byly u své milované babičky, která měla vedle lampy stále připravenou pohádkovou knížku.“ (Lowe, 2008, s. 22). Dále Lowe (2008) uvádí, že pokud babička bydlela opravdu poblíž, nemohlo jí být ani padesát, protože ještě počátkem 19. století se ženy dožívaly v průměru 48 let a vypadaly staře od složité péče o domácnost bez saponátů a elektřiny. Dále uvádí, že dnešní prarodiče se vídají s vnoučaty rozhodně víc než všechny předchozí generace (Lowe, 2008).

„Manželské páry však často bydlely poblíž svých příbuzných a podporovaly je ve stáří, někdy prostřednictvím výměnkářské smlouvy. V tomto uspořádání mladší generace převzala hospodářství či jiný podnik a rodiče žili z „důchodu“, který jim potomci poskytovali.“ (Goody, 2006, s. 189).

Možný (2008) uvádí, že pokud je vůbec možné určit nějaké datum vzniku sociologie rodiny, pak je jím patrně rok 1855, kdy vyšlo dílo sociologa Francouze Frédérica Le Playena (1806 – 1882), studie 36 dělnických rodin *Evropský dělník*. Le Playe považoval rodinu za základní jednotku uspořádání sociálního organismu, a tedy za základní jednotku studia společnosti. Le Playene na základě svých monografií rozlišil tři základní typy rodin. Tato Le Playova typologie se stala základem konzervativní tradice v sociologii. Prvním typem rodinného uspořádání byla „Příbuzenská velkorodina“, kterou objevil při svém rozsáhlém cestování u extenzivně zemědělsky hospodařících obyvatel Východní Evropy, u nomádů v Orientu a v asijských stepích. Šlo o rodinné společenství skládající se ze čtyř generací s více nukleárními rodinami. Všichni v této rodině pracovali bez nároku na odměnu ve prospěch rodiny a děti i po sňatku zůstávaly pod pravomocí nejstaršího otce, patriarchy. Rodina poskytovala morální i materiální pomoc slabším členům rodiny, schopným členům však bylo v jejich rozvoji bráněno. Stabilita rodiny byla velice vysoká. Tento typ rodiny označuje Le Play jako jeden z extrémů uspořádání rodiny. Druhým extrémem rodinného uspořádání byla „Nestabilní rodina“. Vznikla jako následek industrialismu a individualismu pod nivelizujícím vlivem dělnických práv ve vzdělaných a bohatých vrstvách Západní Evropy. V tomto rodinném uspořádání žijí pouze rodiče a nesezdané děti. Děti po sňatku rodinu opouštějí a nepociťují žádné závazky vůči rodičům ani vůči sourozencům. Ochrana či pomoc nemocným starým či postiženým mizí a taktéž mizí otcovská autorita. Tento typ rodinného uspořádání nemá dostatečnou stabilitu. Rodiče a

nezezdaní členové jsou ve stáří osamoceni a často také osamoceni umírají. A konečně třetím typem byla „Rozvětvená rodina“. Tento typ rodinného uspořádání našel Le Play především v severním Německu u malých vlastníků půdy, u dělníků, kteří mají malé vlastní hospodářství. Základem rozvětvené rodiny je rodinný dům a rodina nejstaršího syna, do jehož rukou přechází veškeré rodinné jmění, ale který má zodpovědnost za své rodiče, nezezdané sourozence, tety, strýce. Nejstarší syn má spíše více starostí, než práv, neboť svobodné bratry musí podporovat ve vzdělání a svobodné sestry vybavit věnem. Ženy dle Le Playe v rozmezí dvaceti pěti let života přiváděly na svět 15 až 24 potomků. Rozvětvená rodina byla dle Le Playe vzorem pro sociální reformu, neboť stála mezi individuální svobodou nestabilní rodiny a nesvobodou rodiny příbuzenské (Možný, 2008).

Podle Le Playe rozbila tuto ideální, plodnou, šťastnou a soudržnou rodinu Francouzská revoluce spolu s následujícími sociálními převraty, válkami a zánikem pevných morálních hodnot. Tento mýtus o tradiční velké rodině přežíval v historické sociologii a demografii až do doby zcela nedávné do 60. let 20. století. Byl podložen také rekonstrukcí matrik, která ho zdánlivě empiricky stvrzovala, neboť se v ní započítávaly děti v každé rodině narozené. V druhé polovině 60. let minulého století zpracovala skupina cambridgeských historických demografů, v čele s P. Laslettem, prostřednictvím počítače pečlivě vybraný vzorek sto lokálních sčítání lidu z let 1574 až 1821 v Anglii. Nové technické vybavení umožnilo této skupině vědců zpracovat neobyčejně velký soubor dat, oproti kontinentální Evropě, kde byly archivy daleko více postiženy drancováním a válkami. V Anglii bylo možné zajistit velké množství údajů. Výzkum přinesl zcela překvapující objev a zcela vyvrátil mýtus o tradiční velké rodině: vypočtená průměrná velikost domácností činila 4,73 osob. Následně zpracované kontrolní vzorky z archivu šesti zemí v Evropě (Polsko, Francie, Německo, Srbsko) a celé koloniální Ameriky, potvrdily že v těchto zemích tomu nebylo jinak. Rozdíl byl nepatrný, v 89 % farností neustále rozšiřovaného vzorku se průměr pohyboval mezi čtyřmi až šesti osobami v jedné domácnosti (Možný, 1990)

Pozdější podrobnější analýza vyvrátila ještě jeden omyl v idejích o tradiční rodině. Analýza ukázala, že více dětí bylo vždy ve vyšších společenských vrstvách, nikoli v nižších chudších vrstvách, jak se původně myslelo. Důvodem byla skutečnost, že ve vyšších vrstvách byl lepší zdravotní stav matek, byla zde nižší dětská úmrtnost, děti přebíraly kojné a u žen pak mohla následovat těhotenství těsněji za sebou. Oproti tomu

v chudších vrstvách dětská úmrtnost způsobovala až nadpoloviční redukci počtu živě narozených dětí vzhledem k počtu v rodině přežívajících dětí. Rodiny chudších vrstev zmenšovala i skutečnost, že děti v poměrně nízkém věku osmi let, jak je již bylo uvedeno, odcházely sloužit do bohatších rodin a zvětšovaly jejich domácnosti. Z výsledků vyplynulo, že pro nejchudší vrstvy byla typická průměrná neúplná, fragmentární rodina s jedním živitelem o velikost jen 2,1 s nadpolovičním podílem rodin neúplných. Příčinou nízkého počtu jedinců žijících v rodině v byla nejenom ve vysoké kojenecké úmrtnosti, ale i poměrně nízkému dožitému věku a ve všeobecně vysoké úmrtnosti. Umíralo se v rodině, umíralo se z různých příčin a často. Z našeho dnešního pohledu byla novorozenecká a kojenecká úmrtnost velice vysoká. Ze statistik založených z údajů matrik v českých zemích bylo zjištěno, že ze sta narozených, do matriky zapsaných dětí (některé nemusely být vůbec zaznamenány), umíralo dvacet tři až třicet dětí ze sta, než se dožily jednoho roku. Tyto údaje však platí až pro devatenácté století, kdy začala být vedena statistika. Ve středověku v období morových, choleroých epidemií, v období válek, v období hladomoru byla kojenecká a všeobecná úmrtnost ještě vyšší, byly ohroženy celé populace, vymíraly celé vesnice. Až do osmnáctého století se v Evropě lidé dožívali zhruba sedmadvaceti až třiceti pěti let, a to je méně, než je průměrný věk dožití v dnešních nejméně rozvinutých zemích. Ještě před sto čtyřiceti lety dosahovala střední délka života žen 37 let (Možný, 1990).

U mužů je tento rozdíl o něco nižší. Průměrný věk však nebyl v tradiční společnosti nejčastějším věkem smrti, jak je tomu dnes, kdy se opravdu nejčastěji umírá okolo sedmdesátého roku věku. V tradiční společnosti se mohl člověk potkat se smrtí v každém období svého života a pravděpodobnost setkání se smrtí byla rozložena mnohem rovnoměrněji, než je tomu dnes. Umírání bylo tehdy nejvíce soustředěno na období samého začátku života člověka v podobě kojenecké úmrtnosti. Častá smrt rodinu organizovala a působila na vnitřní vztahy a na její uspořádání a vysoká kojenecká úmrtnost ovlivňovala vztah rodičů k dětem, který by byl v dnešní době u většiny rodičů nepochopitelný. Děti umíraly tak často, že rodiče nemohli investovat tolik citu do každého narozeného dítěte, tak jak je tomu dnes. Kdyby pro ně byla smrt prvního, třetího, pátého, osmého dítěte byla takovým utrpením, jakým je utrpením při ztrátě dítěte pro rodiče v dnešní době, tak častá smrt by přesáhla jejich lidsky omezenou schopnost utrpení vůbec snášet. Jejich vztah k dětem musel být pak zákonitě z dnešního pohledu méně láskyplný a vřelý. Mnohé nasvědčuje tomu, že rodiče ve středověku

nemilovali své děti tak, jak je tomu dnes, ale jejich vztah ke svým dětem byl spíše chladný a následkem toho, děti často umíraly díky jejich nedbalé a špatné péči. Běžně rozšířenou praxí po celé Evropě byla možnost pokřtít některé z narozených dalších dětí jménem, kterým už byl pokřtěn některý zemřelý starší sourozenec. Tato skutečnost je příkladem, jak nízké bylo vědomí jedinečnosti a nenahraditelné zvláštnosti každého počatého života ve středověku (Možný, 1990).

Vzhledem k popsaným tvrdým poměrům je jasné, že takovýto tvrdý výběr a citový chlad poznamenalo dítě na celý život. Má - li člověk v dospělosti lásku dávat, nemělo by se mu jí nedostávat v dětství. Rodinné klima tehdejší doby a tvrdé dětství, nám můžou pomoci pochopit s jakou pro nás nepochopitelnou tvrdostí a otrlostí dokázali naši ne tak vzdálení předci snášet ve středověku vlastní utrpení. Citově chladné rodinné klima se pak odráželo ve všeobecně chladných poměrech v celé tehdejší společnosti. Citové klima středověku bylo jiné, všeobecně chladné, proto také byla jiná i výchova a každodenní život byl plný násilí a bojem o život. Označení temný středověk je naprosto na místě. Častá přítomnost smrti v rodině a vysoká kojenecká úmrtnost, způsobené infekčními chorobami, hladomorem a válkami neurčovaly jen citově chladné klima doby, ale přímo určoval vnitřní uspořádání rodiny a životní cyklus. Důsledkem byl pak nízký výskyt vícegeneračních rodin s velkým počtem dětí. Tří a vícegenerační rodina byla tak ve středověku spíše výjimkou (Možný, 1990).

Možný (1990) uvádí, že představa patriarchálního řemeslnického domu nebo statku, kde pod vládnutím manželského páru nejstarší generace, spolu s nimi žijí rodiny jejich dětí se svými dětmi (jejich vnoučaty) a možná ještě s přežívajícím pradědem či pra babou, je ve skutečnosti čistou historickou fikcí. V tradičních společnosti byl sňatkový věk u žen až po pětadvacítce (tedy za vrcholem nejvyšší plodnosti) a u mužů po třicítce. Mladí muži a ženy byli pod společenským tlakem v nejplodnějším věku udržováni svobodní a bylo jim bráněno založit rodinu. Šlo o povědomou obranu před přelidněním jakousi sociální antikoncepcí. To způsobovalo pozdější nástup nové generace. Dále Možný (1990) uvádí, že průměrný věk vdané ženy a ženatého muže byl tehdy mezi padesátým a šedesátým rokem. Pokud se muži ženili v průměru okolo třicítky, dítě se pak narodilo jeden až dva roky po sňatku a předpokládejme, že šlo opět o syna. Jakou měl tento syn šanci, že bude žít v rodině svého děda a bude mu moci představit pravnoučata? Není pravděpodobné, že se mohl setkat se svým pravnukem člověk, který umíral dvacet let poté, co se oženil a jeho syn se ženil okolo třicítky.

Třígenerační rodina byla ve středověku velice nepravděpodobná a dnes běžná čtyřgenerační úplně vyloučena.

Jinak tomu bylo v bohatých rodech, mezi panovníky a u šlechty. Průměrný sňatkový věk se prudce liší od chudých vrstev společnosti. Nejstarší syn a dědic hlavy rodu se v zájmu dynastie ženil jako velmi mladý a nedospělý jinoch ještě v dětském věku. Dynastické zájmy určovaly sňatek syna i za života otce. Hlavně když tu byla vhodná nevěsta, byl nejstarší syn oženěn co nejdříve, aby rod jeho případná smrt nepřipravila o věno nevěsty, která ovšem také nemusela žít věčně a pokud zemřela, věno, které přinesla, zůstávalo v rodu ženicha, a další nová ženitba představovala pro rod nové strategické možnosti (Možný, 1990).

Goody (2006) uvádí, že ve středověku a později v době předindustriální tvořila základ domácnosti nukleární rodina a jen vzácně se vyskytovaly rodiny třígenerační. Nejstarší generace brzy předávala hospodářství svým potomkům a uchylovala se na tzv. výměnek. Rodiče se tak vzdali práce a správy hospodářství, a za to očekávali hmotnou podporu od svých dětí. Někdy mezi generacemi tento výměnný obchod zahrnoval sepsání smlouvy tzv. hypothéque, která uváděla rozsah pomoci, množství potravin a šatstva. Sourozenci se pak od rodiny oddělili a začali hospodařit samostatně. Často se však usazovali poblíž, v sousedství, aby si mohli vzájemně pomáhat. Manželský pár byl vždy jádrem příbuzenských vztahů a tvořil základ nukleární rodiny a existence širších vztahů nevyklučovala důraz na užší vztahy. I když se pevnost vazeb měnila, nukleární rodina nikdy nebyla úplně izolovanou či nezávislou, zejména na venkově (Goody, 2006).

2.1.4 Novověk v Evropě

Již před buržoazními revolucemi někteří evropští myslitelé odsuzují jednak odesílání malých dětí do učení, jednak odkládání malých dětí do nalezinců a špatné vedení internátních škol a žádají, aby státní moc posílila neexistující zájem o rodinu. Revoluce bojovaly za občanskou rovnost a neopomínaly také boj za práva žen. Od této chvíle se začíná rozpadat patriarchální rodina, kde citové potřeby jejich členů byly podřízeny pouze hospodářským zájmům, jejich jednání bylo pod veřejnou kontrolou a požívali jen nízkého soukromí (to zejména na venkově). Po roce 1800 s příchodem romantismu se stává normou láska muže pouze k jedné ženě, normou umožněnou rozvojem trhu a tovární výroby (Mattoušek, 2003).

Novověká industrializace přinesla mnoho změn v oblasti života rodin. Soustředila obyvatele do měst a přenesla pracovní místo z rodin do továren. Byla zavedena povinná školní docházka, která odvedla děti na větší část dne z rodin, a na přelomu 19. a 20. století začínají v továrnách pracovat ženy, pro které se stávají domácí práce přítěží. Muž přestává být jediným živitelem rodiny, jeho prestiž v rodině začala klesat, rodina ztratila společenský status daný povoláním živitele muže, a ve veřejném prostoru začal proces stírání rozdílů mezi muži a ženami. V roce 1792 byl ve Francii uzákoněn rozvod (Matoušek, 2003). Společenské změny, které přinesla industrializace a modernizace především v souvislosti s tovární výrobou (v Anglii od 18. st., a na kontinentě později, až v 19. st.), měly samozřejmě vliv i na další vývoj rodiny a vztahů. Došlo k disocializaci rodiny a podniku a vztahy zaměstnanecké byly jasně odděleny od rodinných. Služebnictvo a ostatní zaměstnanci přestávají být součástí rodiny (Horský, Selingová, 1997). Rodina se stává více sférou soukromou a azylem před sférou veřejnou. Typickou se stává rodina dvougenerační s rodiči a jejich dětmi, vazby mezi orientační a prokreační rodinou se oslabují, a rodiny s více generacemi jsou ještě vzácnější. Společnost se stávala bohatší a dřívější velké rozdíly mezi vrstvami a třídami se začaly postupně zmenšovat. Industrializace s sebou přinesla větší mobilitu společenskou i prostorovou (Možný, 2008).

Myšlenkový svět středověku orientovaný na katolickou církev a křesťanskou víru se začal rozpadat, a došlo k výraznému oslabení vlivu církve. Normy a kontrolní systém církve přestávaly fungovat a začal značně růst vliv státu, a to hlavně v souvislosti se vznikem národních států. (Možný, 2006.) Tato změna je považována za náhradu jednoho kontrolního mechanismu za jiný. (Goody, 2006.) Docházelo k zásadním sociálním, ekonomickým a politickým změnám, zanikaly monarchie a feudalismus byl postupně nahrazen kapitalismem. Velkovýroba vedla ke vzniku dělnictva jako „čtvrtého stavu“, objevil se nový způsob organizace práce a osídlení. Rostl počet lidí ve městech, měšťanská rodina sílila, bohatství malých vlastníků bylo organizováno v rodinných podnicích. Městská rodina se stala kulturním modelem a základní institucí sociální struktury společnosti. Oproti tomu vznikala nová chudoba, která měla za následek hrozivé množství sociálních problémů a ohrožovala rodinné svazky. Tradiční rodinu, jejíž členové nebyli jen pokrevní příbuzní, postupně nahradila rodina nukleární ve složení rodičů s dětmi. Otec jako živitel, žena pečující o domácnost a děti. Důležitou

změnou rodinného života se stalo dříve neexistující domácí soukromí oddělené od veřejného života (Možný, 2006).

Dle Goodyho (2006) se rodina v Evropě v dřívějších dobách přizpůsobovala dvěma významným a částečně protikladným faktorům. Za prvé zemědělské ekonomice, jejíž základem bylo především obdělávání půdy a na řemeslech rozvinutých v době bronzové. Za druhé pravidlům křesťanské církve. Ve vztahu k půdě byly společnosti po době bronzové stratifikované a měly i významné řemeslné a obchodní sektory, a to vedlo ke vzniku různých rodinných i nerodinných konstelací. Součástí rodin byl velký počet neprovdaných žen a svobodných mužů a osob, které dříve tvořily součást rodiny, opuštěné ženy, vdovy. Venkovská rodina s přístupem k půdě byla početně převažujícím typem rodiny. Existovaly však rozdíly mezi bohatými a chudými rolníky, a tyto rozdíly se prohloubily v době renesance. Pozemková konsolidace vyvolala zvýšený počet chudých rolníků a dělníků – bezzemků a způsobila větší migraci do měst. Rozvoj obchodu, manufakturní výroby, služeb, služeb lékařů a právníků vyvolal expanzi buržoazie. Goody zde nachází dva významné rysy předpovídající budoucí vývoj rodiny. *„Na jedné straně docházelo k růstu střední třídy, přičemž její způsob rodinného života a její normy získávaly stále větší váhu, na druhé straně došlo k proletarizaci velkého počtu pracovních sil, neboť zemědělství ztratilo ústřední roli v ekonomice* (Goody, 2006, str. 139.).

Goody (2006) uvádí, že v době protoindustrializace, která se datuje v období od 16. století do počátku 19. století, změna v životním stylu nejvíce poznamenala obyvatele venkova. Na venkově téměř vymizelo rolnictvo, a změnil se rodinný život a životní styl. Za protoindustrializace se z obyvatel venkova stali domácí malovýrobci a později za industrializace na konci 18. století tovární dělníci. Období protoindustrializace je spojováno s proletarizací části venkovské pracovní síly. Šlo o druh podnikání (především o tkalcovství), kdy rodinní malovýrobci byli nepřímo závislí na kapitálu kupce. Venkovští dělníci už nemuseli brát zřetel na poměr mezi velikostí rodiny a dostupností půdy. Ženy a děti pracovaly doma. V rodinách malovýrobců nebyly děti posílány do služby, neboť se pro rodiny staly pracovním kapitálem. Děti musely těžce pracovat a zbýval jen malý prostor pro opravdové dětství s používáním hraček typický pro střední vrstvu. Děti tak získaly větší ekonomickou hodnotu, a to byl důvod pro růst průměrné velikosti rodiny na konci 18. století (Goody, 2006.)

Měšťanská rodina se vlivem modernizace a urbanizace začala vydělovat z tradiční venkovské velkorodiny. V měšťanských rodinách přestalo být místo pro celoživotně neprovdané ženy (zhruba sedmina všech žen), které do té doby mohly fungovat v tradiční venkovské rodině a neobešly se bez ní. Základním nástrojem emancipačního úsilí žen a jejich osvobození od patriarchální dominance muže v rodině byl otevírající se trh práce pro ženy. V měšťanské vrstvě cílem měšťanských žen bylo získat svobodná povolání, která do té doby byla vyhrazena mužům a díky tomu se osvobodit od závislosti na manželství a získat ekonomickou autonomii. Naproti tomu se dělnické ženy nacházely v horším postavení. Měly zkušenost s vykořisťováním v kapitalistických továrnách. A k nestabilitě dělnické rodiny s už tak vysokou úmrtností, zvyšovanou ještě pracovními úrazy, se přidala i nestabilita sociální. Ta byla daná rozpadem sousedské sociální kontroly, ztrátou náboženské víry a alkoholismem. (Možný, 2008.) Ve městech začalo prosazovat pojetí otce jako jediného živitele rodiny, které mimo nejvyšší vrstvy v 18. století ještě vůbec neexistovalo (Goody, 2006). *Konvenční představa o úplné dvou a vícegenerační rodině, která vede žurnalisty a některé vědce k bédování na úpadkem rodiny, je ideálem, který odpovídá končící industriální době. Rodin, jež tvoří žena v domácnosti, muž vydělávající peníze a jejich děti, v moderních západních zemích stále ubývá* (Matoušek, 2003, s. 36).

2.1.5 Moderní rodina v Evropě

Moderní doba osvobodila lidi od vazeb na místní komunity, na staré vazby na společenskou třídu a od podřízenosti církvi a vrchnosti. Matoušek (2003) uvádí, že daní za osvobození je rozdělení života lidí do málo souvisejících sfér řízených byrokratickým aparátem novodobého státu. Každé sféře je pak předepsána jiná role a je jisté, že rodině moderní industriální a postindustriální doby se státní a jiné instituce vměšují do stále ubývajících kompetencí. Nová doba posílila význam rodiny jako azyl před veřejným světem a je protiváhou veřejného prostoru. Moderní rodina si ponechala funkci reprodukční, ve které je nezastupitelná. Dále si ponechala funkci výchovnou, ve které se zdá také nezastupitelná, ale jen vůči nejmenším dětem, je místem rozdělování materiálních hodnot, rekreace, konzumu, a hlavně místem uspokojování citových potřeb. Vznikající zdravotní a školní instituce postupně převzaly funkci pečovatelskou, vzdělávací a socializační. Nejcennější, co rodina v dnešní době předává svým potomkům už není majetek, ale vzdělání. Pro postindustriální společnost jsou typické

tendence odkládat narození dětí a sňatky na pozdější dobu, zakládání rodin bez formálního sňatku, zvyšování rozvodovosti, omezovat počet dětí v rodině a prodlužování doby společné domácnosti rodičů s dětmi. Tyto tendence se výrazně projevily ve třicátých letech našeho století a ukazují na zvyšující se prosazování zájmů individuálních oproti zájmům rodinným. Oslabeny však byly druhou světovou válkou a znovu se projevují v letech šedesátých a v sedmdesátých letech se pak tento trend prudce rozvinul. Sňatečnost i porodnost poklesly, roste počet dětí, které nežijí se svým biologickým otcem. Jako příčina je uváděna emancipace žen, jejich větší společenská a ekonomická aktivita, která je v rozporu s úlohou mateřskou a dostupnost interrupcí. Začínají se zvyšovat nároky, jež na sebe obě pohlaví kladou navzájem. (Matoušek, 2003.)

Stále dostupnějšími se stávají rozvody se stoupající tendencí, které se postupně staly dostupnými ve všech společnostech, a to umožnilo opakované sňatky a nesezdané soužití. Nesezdaná soužití, ve kterých se rodí děti, jsou jedním z rysů moderní rodiny, který se dříve objevoval pouze mezi dělnickou třídou. Ve 20. století většina dělnické třídy převzala normy buržoazní rodiny, a naopak buržoazní rodiny převzaly normy dělnické třídy. Například věno zaniklo nejprve mezi dělníky, kteří měli vlastní příjmy a poté mezi buržoazií (Možný, 2008). Možný (2008) uvádí, že v tradičních evropských společnostech vlivem vysoké úmrtnosti bylo manželství většinou krátkodobé a podíl vdovců a vdov odpovídá dnešnímu podílu rozvedených.

Ve většině evropských zemích na počátku 20. století poklesla plodnost o 10 % vlivem zdokonalení antikoncepce a postupnou dostupností všem vrstvám obyvatel. Pokles plodnosti bylo též důsledkem vyšší zaměstnanosti žen a zároveň také poklesla dětská úmrtnost. (Možný, 2008.)

2.1.6 Moderní rodina po 2. světové válce

Po 2. světové válce se lidé v Evropě unavení a otřesení válečnou vřavou stáhli k rodinnému krbu, domů se vrátili váleční hrdinové nestrašnější války v dějinách lidstva, a poměrně brzy po válce se začala zlepšovat hospodářská situace. V 50. letech 20. století došlo k nebyvalému hospodářskému růstu, který lidstvo ještě nezažilo a který se bude v budoucnu jen těžko opakovat. Období konjunktury přineslo velkou vlnu porodů a začaly se rodit děti, jejichž narození bylo v době války a nejistoty odkládáno. Nastal demografický jev, který v tomto případě dostal jméno „poválečný baby boom“.

Zdálo se, že přírodní zdroje jsou nevyčerpatelné a blahobyt dosáhl brzy vysoké úrovně. Růst sídlišť a zvýšená mobilita automobilů brzy rodinám umožnila ztotožnit se s ideologickou reklamní kampaní o ideální šťastné rodině v rodinném domku. Prosazovala se „neolokalita“, což znamenalo, že nově založená rodina začíná svůj rodinný život s rodinným nebo nově postaveným rodinným domkem a zakládá novou domácnost. Ve vyspělých průmyslových zemích začíná být chápána dvougenerační, tedy nukleární rodina, jako standardní označení rodinného způsobu života – tedy normálního rodinného života (Možný, 2008).

Konec 60., 70. a i 80. let 20. století přinesl v západních společnostech mnoho změn společenského klimatu. Začíná se ozývat kritika stále stoupajícího a bezbřehého konzumního způsobu života, když v roce 1973 otřese celou západní společností 1. ropná krize. Začíná se ve velkém měřítku rozšiřovat negativní sociální jev v podobě užívání drog, který je metlou hlavně chudých a přináší obrovské zisky a velkou moc stále dokonalejšímu organizovanému zločinu. Díky technologickému pokroku je vyráběn nadbytek zboží s neustále menším počtem zaměstnanců. Nezaměstnaní díky tomu tvoří „zbytečnou třetinu“ populace a nejprve se zdá, že sociální stát dokáže přerozdělit dost pro všechny. Na konci osmdesátých let se však vyspělé sociální státy v souvislosti s ropnou krizí dostávají do potíží, a zavedené přerozdělovací sociální systémy se stávají nákladnými. Samo přerozdělování zatížilo západní ekonomiky takovým způsobem, že začaly ztrácet dech oproti zotavujícím se asijským ekonomikám, které byly dynamizovány obyvatelstvem, v té době ještě nežijícím konzumním a hédonistickým způsobem života. Už takto složitou a nelehkou situaci znásobuje i hrozba etnických konfliktů a neustále větší počet politických a ekonomických uprchlíků přicházejících přes hranice stále ještě bezpečných, relativně prosperujících a stabilizovaných států. Kulturní asimilace se stala úspěšnou jen pro málo z nich. Následkem této neúspěšné asimilace je marginalizace většiny uprchlíků, kteří jako deklasovaní neprojevují loajalitu vůči západním společnostem a zakládají militantní subkultury nepřátelské vůči tradičním hodnotám západní kultury (Možný, 2008).

Nezanedbatelný je také pokles porodnosti ve vyspělých západních zemích v první polovině 70. let. V západní a severní Evropě poklesla porodnost z hodnoty 2,5 dětí na jednu ženu na hodnotu těsně nad 1,5 dítěte na jednu ženu a v 80. letech proběhl podobný populační pokles v jižní Evropě – ve Španělsku a v Itálii pod 1,5 dítěte na ženu. Současně s tím rostla rozvodovost, klesla sňatečnost. K reprodukci populace

z vlastních zdrojů je potřeba porodnosti 2,1 dětí na jednu ženu. Vysoká porodnost a konjunktura rodiny 50. let a první poloviny 60. let tak ve státech západní Evropy skončila (Možný, 2008).

V západních zemích po 2. světové válce začala stoupat zaměstnanost žen jednak z toho důvodu, že mnoho mužů ve válce zahynulo. Druhým důvodem bylo zesílení tlaku ženských hnutí za rovnoprávnost žen, rozšířily se nové profese úřednické vytvořené průmyslem a státní správou a zvyšoval se i tlak na střední a vyšší vzdělání žen. Stoupala výroba spotřebních výrobků, domácích pomocníků a tím i potřeba mít tyto pomocníky ulehčující domácí práci. Tyto jevy vyvolaly potřebu více peněz, aby si rodina mohla dovolit výrobky ze stále rozšiřující nabídky spotřebního zboží, nových služeb s možností trávení volného času. Uvedené jevy a stále méně stabilní a bezpečné manželství způsobily, že se zaměstnaná žena stala ve společnosti normou. Například v Británii bylo koncem 50. let zaměstnáno 15 % vdaných žen a v roce 1990 to bylo 50 %, ve Francii dosáhla zaměstnanost žen přibližně ve stejnou dobu 44 %. To vyvolalo radikální změny v rodině. Doba porodu prvního dítěte byla ženami odkládána na pozdější dobu a přizpůsobovala se její kariéře (Goody, 2006). Evropě poklesla porodnost z hodnoty 2,5 dětí na jednu ženu na hodnotu těsně nad 1,5 dítěte na jednu ženu a v 80. letech proběhl podobný populační pokles v jižní Evropě – ve Španělsku a v Itálii pod 1,5 dítěte na ženu. Současně s tím rostla rozvodovost, klesla sňatečnost. K reprodukci populace z vlastních zdrojů je potřeba porodnosti 2,1 dětí na jednu ženu. Vysoká porodnost a konjunktura rodiny 50. let a první poloviny 60. let tak ve státech západní Evropy tak skončila (Možný, 2008). Péče o děti, domácnost a porody jsou dnes pro ženy v západních zemích překážkou pro práci mimo domov. Důsledkem je, že jen malé množství žen má více než dvě děti, stále více žen má pouze jedno dítě a sílí i trend nemít žádné (Goody, 2006).

Vyšší zaměstnanost žen zároveň zvýšila rozvodovost, nárůst počtu nesezdaných soužití, počet svobodných a osamělých matek. Přístup k vlastnímu příjmu zjevně zvyšuje nezávislost žen jak k původní rodině, tak k partnerovi v manželství. V Anglii činil v roce 1971 počet svobodných matek 90 tisíc a o dvacet let později činil 430 tisíc. Tomu téměř odpovídá počet rozvodů za stejné období, který se zvýšil ze 120 tisíc na 420 tisíc. Nyní osamělí rodiče, většinou ženy díky vlastnímu příjmu dokážou přežít sami i v relativní chudobě. Uživí se vlastní prací, některé dostávají příspěvky od otce dítěte, a především také pomoc od státu v podobě sociálních dávek., nebo ve Francii a

jiných zemích v podobě všeobecné kolektivní péče o děti do 3 let. Ve Francii jsou například téměř všechny děti do tří let v kolektivní péči. V roce 1990 v Anglii zase záviselo 66 % samoživitelů, tedy i těch rozvedených, plně na státní sociální podpoře. Státní sociální podpora v západních zemích se však týká i nemocných, starých, nemohoucích a nezaměstnaných, což zatěžuje velkou část státních rozpočtů (Goody, 2006).

Goody (2006) uvádí, že se tato „kultura závislosti“ rozšířila ve 20. století v souvislosti s tím, jak státy postupně přijímaly rozsáhlou sociální legislativu. Sama existence komplexní sociální sítě vyžaduje neustále zvyšující se částky, a stále více zatěžuje daňové poplatníky, a proto je ohrožena svým vlastním neúspěchem. Ze strany těch, kteří musí do státní pokladny přispívat na sociální výdaje státu, může dojít k nátlaku na politické představitele, aby výdaje na sociální rozpočet omezil. Důsledkem toho může být jev, že se lidé začnou opět více spoléhat na rodinu a méně na pomoc státu.

2.1.7 Vývoj moderní rodiny po 2 světové válce v českých zemích

Po 2. světové válce i České země také zažívají populační růst v podobě „poválečného baby boomu“ a tendence směřující k nukleární rodině a neolokalitě. (Možný, 2008). Členové této generace vyrůstali v relativně bezpečné době v období ekonomické prosperity, proto se jim někdy přezdívá „šťastná generace“. Díky lepší úrovni medicíny se snížila kojenecká úmrtnost (Bláha et al., 2016.) Šlo pravděpodobně o první generaci dětí v dějinách lidstva, které byly ve většině případů plánovány, nebyly plozeny pouze z ekonomických nebo biologických důvodů, a jejich rodiče si výchovu dětí vychutnávali (Zemke et al., 2013).

Vysoká úroveň průmyslové infrastruktury zaměřené na spotřební průmysl, zachovalé díky tomu, že se naše země vyhnula masovému bombardování oproti jiným zemím v Evropě, předznamenala mimořádně příznivé předpoklady pro rychlý hospodářský růst, tak jako tomu bylo v západních zemích. Hospodářský rozkvět, který by nás vynesl na čelo Evropských zemí, byl zničen komunistickým pučem v roce 1948 nástupem socialismu (Možný, 2008).

Matoušek (2003) uvádí, že „čím je stát totalitnější, tím víc usiluje o proniknutí do soukromí rodiny a tím víc dělá z rodiny věc veřejnou“. Tlak ideologie byl tak velký, že kterékoli přijaté kompromisy morálku rodiny poškozovaly. Marxismus měl blízko

k náboženství, sliboval ráj v beztřídní společnosti, rovnoprávnost obou pohlaví bez ekonomické převahy muže. Engels sliboval pracujícím lidem nový typ rodiny. Měl za to, že když zmizí vykořisťování člověka člověkem, budou mít k sobě lidé lepší vztahy. K opravdové totální svobodě povede pouze beztřídní společnost spravedlivě dělící majetek mezi všechny lidi. V takové společnosti stát vystupuje jako univerzální patriarcha. Ve chvíli, kdy se přistoupilo k budování socialismu, ukázalo se, že se socialistický stát z ideálního patriarchy přetransformoval v patriarchu autoritativního pro rodinu nebezpečného neplnící sliby (Matoušek, 2003).

Prvním signálem selhávání socialistického systému byly u nás neúspěchy kolektivní výchovy dětí. Již v 60. letech byl kritizován způsob výchovy a zacházení s dětmi v dětských domovech. Kritizovány byly kolektivní zařízení od jeslí po školní družiny a psychologové prohlašovali za nutnou podmínku zdravého vývoje dítěte pevná citová vazba mezi rodičem a dítětem. Zaměstnanost žen dosáhla téměř úplné zaměstnanosti a stala se nutností, neboť rodina nevystačila pouze s mužovým platem. Slibované osvobození žen od domácích prací fungujícími službami se neuskutečnilo a péče o domácnost zůstala pro ženy druhou pracovní směnou. Rodiny si proti špatnému fungování socialistického státu posilovali neformální sociální sítě rodinné. Rodiny se sdružovaly do podpůrných sítí a pomáhaly si navzájem např. sehnat nedostatkové zboží, služby či sociální výhody, přijetí do školy. Na špatně fungující socialistický stát lidé reagovali časnými sňatky, a to umožňovalo střední, v té době ještě ekonomicky aktivní generaci pomoci začínající rodině a zároveň pečovat o generaci nejstarší, generaci svých rodičů. Většinou šlo o spojení nukleární rodiny s rodinou ženy. Tato střední, tzv. „sendvičová generace“ obložená generací mladší a starší, nesla na sobě největší břímě z rodiny, které ve vyspělých západních zemích většinou nese stát. Špatně fungující stát u nás tak posílil mezigenerační vazby a tím i mezigenerační solidaritu oproti západním společnostem, kde se spíše rozvinul individualismus (Matoušek, 2003).

K nárůstu porodnosti u nás došlo ještě v 70. letech minulého století, který vyvrcholil v roce 1974, kdy se rodily takzvané „Husákovy děti“. Prezidentem a generálním tajemníkem Komunistické strany Československa byl v té době Gustáv Husák. Díky jeho tehdejší propopulační politice měly manželské páry možnost získat zvýšené příspěvky na děti, novomanželské půjčky a podpory bydlení. Koncem 70. let z důvodu nákladnosti sociálních dávek strana omezila podporu novomanželům a rodinám s dětmi, a porodnost začala klesat. Dle dat Českého statistického úřadu jsou

v současné době, „Husákovy děti“ v populaci České republiky nejpočetnější skupinou (Stražilová, 2014).

Skutečnost, že rodinné chování změnil rok 1989 Matoušek (2003) ilustruje srovnáním demografických údajů. V 80. letech se počet sňatků pohyboval od 80 – 90 tisíc ročně. Po roce 1990 začala míra sňatečnosti klesat a v roce 1995 dosáhla hodnoty 54 tisíc. V 80. letech byl vstupu do prvního manželství, u žen 21 let, u mužů 24 let v průměru. V západních zemích byl tento ukazatel mnohem vyšší a my byli opravdovými rekordmany i oproti ostatním zemím východního bloku. V roce 1995 stoupl tento ukazatel u žen na 24 let, u mužů na 26 let v průměru. Stoupl počet dětí narozených mimo manželství. V roce 1995 činil počet takovýchto dětí na 15 tisíc ročně a v 80. letech na 10 tisíc ročně. Rozvodovost je od 80. let stabilizována na čísle 30 tisíc ročně, ale pokud počet rozvodů vztáhneme k počtu nově uzavřených sňatků, zjistíme, že stoupala i rozvodovost. V 80. letech činila rozvodovost 37 rozvodů ku 100 sňatkům a v současnosti činí 56 rozvodů ku 100 sňatkům. Rozvodovost stoupá spíše ve velkých městech a průmyslových oblastech a nižším počtem věřících. Uvedené údaje dokládají, že po roce 1989 jsou sňatky a narození dětí odkládány na později, kdy mají lidé dokončené vzdělání a přinejmenším započatou dobrou pracovní kariéru (Matoušek, 2003).

Po roce 1989 v době transformace národního hospodářství došlo hned v prvních letech k nárůstu cen potravin a dalšího zboží a služeb. Následkem toho nastal v roce 1990 pokles počtu narozených dětí ve výši 130 564 a o 9 let později se počet nově narozených dětí snížil ještě na 89 471 (Bláha et al., 2016). Generace narozená po roce 1989 je v České republice nazývána jako „Havlovy děti“. Vlivem výše uvedených jevů klesla porodnost. V roce 1974 dosahovala porodnost v České republice celkové hodnoty 2,43 dítěte na ženu, v roce 1990 klesla na 1,89 a v roce 1999 se celková hodnota snížila na hrozivých 1,13 (Stražilová, 2014). Tento pokles porodnosti byl také důsledkem pádu železné opony, s tím spojené otevření hranic a možnost cestování, poznávání jiných kultur a prostředí (Kubátová a Kukelková, 2014). Mimo snižování porodnosti je pozorován věk matek prvorodiček. V roce 1990 byl průměrný věk prvorodičky 22,5 roku a v roce 2001 se průměrný věk matek prvorodiček zvýšil na 25 let a tento trend se stále zvyšuje. V roce 1994 se poprvé od roku 1918, porodnost dostala pod úroveň úmrtnosti a růst populace České republiky se zastavil (Bláha et al., 2016).

Díky zvýšenému podílu starších osob v populaci se objevila nerovnováha mezi produktivní a postproduktivní částí populace. Z toho vyplynula nutnost zabývat se vztahy mezi generacemi a mezigenerační solidaritě. V letech 1999 – 2000 se uskutečnil kvantitativní výzkum „Value of Children and Intergenerational Relationship in Six Cultures (*Hodnota dětí a mezigeneračních vztahů v šesti kulturách*)“. Tento projekt byl zpracován profesorkou Giselou Trommsdorff z Konstanz Univerzity a profesorem Bernhardem Nauckem z Chemnitz Univerzity. Součástí projektu bylo šest kultur reprezentujících šest národních týmů z Německa, Turecka, Izraele, Korejské republiky, Indonézie a Čínské lidové republiky a dodatečně byly zařazeny ještě ostatní evropské, asijské, africké země a USA. V roce 2001 se k projektu přidala i Česká republika zařazením výzkumných záměrů *Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí* v rámci výzkumu „*Mládež, děti a rodina v transformaci*“ na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity (Možný, 2003).

Projekt byl zaměřený na tři generace žen (dcery, matky a babičky) a hlavním cílem tohoto výzkumu bylo zjistit, zda čtyřicetileté zastavení procesu modernizace v České republice mělo vliv na rodinu a rodinné vztahy, a zda se objeví případné rozdíly ve výsledcích a získaná data byla porovnána s Německem. Výzkumný soubor se skládal z 257 dcer, 247 matek a 150 babiček. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda si česká rodina za uplynulých čtyřicet let sociální stagnace a zastavení procesu modernizace, zachovala silné mezigenerační vztahy, anebo ji ovlivnil stále více se prosazující individualismus typický pro západní státy. Výzkum hodnotil poskytovanou solidaritu v závislosti na kategoriích povahy vztahu, frekvence kontaktu, typu a frekvence skutečně poskytované pomoci a vnímané zátěže této pomoci (Možný, 2003).

Výsledky ukázaly, že u nás je četnost kontaktů mezi matkou a dcerou častá, a to jak v generaci matka-babička, tak v generaci babička-prababička. Přibližně dvě třetiny respondentek jsou se svými matkami v kontaktu denně nebo několikrát týdně. Poskytovaná pomoc na materiální a praktické úrovni nebyla ve zkoumaném vzorku příliš vysoká. Pokud šlo o poskytování peněz či hodnotných darů, šlo převážně o pomoc ze strany starší generace té mladší. Naopak pokud šlo o časté poskytování praktické pomoci, byla ve směru od mladší generace ke starší. Při bližším zkoumání výsledky naznačily, že starší generace lehce nadhodnocovala materiální pomoc obdrženou od dcer. Mladší generace naopak nevnímala pomoc matek v takové míře, jak ji ony samy uvedly. Všechny generace shodně deklarovaly nejvyšší frekvenci emocionální podpory.

Ze tří rozlišovaných kategorií právě podporu emocionální vnímaly jako nejvíce zátěžovou. Mladší generace má pocit, že dostává víc, než dává svým rodičům. Starší generace mnohem více vnímá pomoc jako vyrovnanou. Pokud jde o společné bydlení, je zde vysoká frekvence a skutečnost, že ženy v nejstarší generaci ze tří čtvrtin uvádějí, že pomáhají svým matkám v gerontském věku, naznačuje, jak silně je nejstarší generace v České republice závislá na pomoci svých dcer, vesměs žen v penzijním věku s vlastními problémy stárnutí a involuce kapacit (Možný, 2003).

Při porovnání názorů v oblasti rodinných hodnot mezi českými a německými respondenty můžeme v Německu vidět menší pocit odpovědnosti dětí vůči rodičům, než je tomu tak u nás. Toto tvrzení by se dalo interpretovat jako ukazatel nižší míry solidarity v rodině, a to napříč všemi generace. Podobně tomu tak je v mezigenerační odpovědnosti u německých rodičů vůči dětem. U německých žen se projevuje značně nižší ochota poskytovat finanční pomoc svým dospělým dětem i přijímat ji. Mají také nižší tendenci řešit rodinné problémy uvnitř rodiny (Možný, 2003).

Míra poskytované solidarity ve vztahu střední a nejstarší generace je významně rozdílná. Podle výsledků analýzy je v České republice mezi generacemi výrazně vyšší důvěrnost vztahů než mezi generacemi v Německu. České ženy kladou velký důraz na mezigenerační solidaritu. Snaží se o podporu rodičů dětem, ale vyžadují i pomoc dětí svým starým rodičům. Zastávají názor, že by se děti měly postarat o své staré rodiče. Naopak německé ženy považují za větší hodnotu dosažení autonomie vlastní nukleární rodiny. Vztahy českých matek a babiček jsou důvěrnější oproti německým. Stejně se mezi nimi vyskytují i časté konflikty (Možný, 2003). Podle Ivo Možného (2003) je to důsledek hůře fungujícího sociálního státu u nás ve srovnání s Německem. V Německu péči o staré lidi přebírá stát. Náklonnost k matce je v obou zemích výraznější než k otci. Výsledky celkově poukazují o vyšší emocionální dynamice mezigeneračních vztahů v České republice. Dle Možného (2003) větší četnost konfliktů svědčí o větší otevřenosti nukleární rodiny k rodinám původu a o celkově větší dynamice mezigeneračních vztahů u nás (Možný, 2003).

Četnost kontaktu dcer s rodiči je v obou zemích relativně častá. V České republice můžeme pozorovat tendenci soužití prarodičů s nukleární rodinou dítěte, a to i v případech neúplných rodin. Kdežto v Německu se takové případy v kompletních rodinách nevyskytují a podíl rodičů bydlících společně s dcerou je v německém souboru

nulový. Výjimečně jeden z rodičů po ovdovění bydlí s dcerou ve společně domácnosti (Možný, 2003).

Výsledkem bylo, že české matky častěji podávají svým rodičům pomocnou ruku a babičky častěji finančně podporují svoje dcery a jejich rodiny, než tomu tak je u německých babiček. Více očekávají podporu od svých dcer, a to hlavně emocionální. Doufají, že jejich děti budou bydlet v jejich blízkosti, nebo že se o ně ve stáří postarají. V Německu vnímají ženy vzájemně poskytovanou pomoc jako vyrovnanější v porovnání s těmi v České republice. Snaha o vyrovnanost je podle Možného (2003) typická pro moderní smluvní společnost, kdežto jistá nevyváženost naopak charakterizuje více společnost tradiční (Možný, 2003).

Jedním z důležitých poznatků je potvrzení, že proces modernizace byl u nás v důsledku komunismu zastaven. V závěru své práce Možný (2003) konstatuje, že přesto, že vzájemné srovnání dat za Českou republiku a Německo má mnoho omezení, např. malé výběrové vzorky populace, jinak sestavené dotazníky v každé zemi, nereprezentativnost za celou populaci, rozdíly ukazují tím směrem, že českou rodinu uplynulých čtyřicet let sociální stagnace významně ovlivnilo. Tradičnější formy rodinné solidarity tu nacházíme signifikantně ve větší míře než v obdobném třígeneračním souboru německém (Možný, 2003).

Jako nejčastější podpora je potvrzena v obou zemích podpora emocionální. Mladší generace nejspíš oplácí materiální pomoc rodičům částečně tak, že jim poskytuje psychickou podporu v náročných životních situacích. Míra emocionální pomoci je vyšší v české populaci než v německé. Mladší generace nejspíš oplácí materiální pomoc svých rodičům z části tak, že jim poskytuje psychickou podporu v různých životních situacích. Míra této pomoci se v české populaci jeví vyšší než v německé. Pomoc v domácnosti či vyřizování pochůzek je v České republice také vyšší, než je tomu v Německu. Celkově vyšší míru pomoci můžeme pozorovat v České republice než v Německu, a to ve všech zkoumaných dimenzích (Možný, 2003).

V rámci projektu „Mládež děti a rodina v období transformace“ Masarykovy univerzity v Brně byl v roce 1999 – 2002 uskutečněn tentokrát kvalitativní výzkum Kateřiny Rajmicové „Vztahy s soužití generací v rodině“, jehož cílem bylo zkoumat, jak vnímají a prožívají své vztahy a soužití rodiče a jejich děti. Autorka výzkumu se zaměřila na soužití dvou generací rodičů a dětí, na funkčnost vztahů, četnost konfliktů a míru mezigenerační solidarity (Rajmicová, 2002).

Podobně jako z výzkumu Value of Children and Intergenerational Relationship in Six Cultures vyplynulo, že pomoc poskytují rodiče dospělým dětem spíše materiální a pomoc poskytovaná rodičům je ve formě praktické pomoci s manuálními pracemi. Z výzkumu dále vyplynulo, že konflikty mezi generacemi vyvolávají nejvíce názorové rozdíly v oblasti životního stylu, přístupu k materiálním hodnotám, péče o domácnost a výchovy dětí. Zároveň z výzkumu vyplynulo, že se konflikty vyskytují i v rodinách, kde je vysoká míra solidarity, a i přes vysokou míru solidarity se obě generace nemusí shodovat na hodnotových orientacích. Z výše uvedeného kvantitativního výzkumu vyplynulo, že matky od svých dcer očekávají ve stáří pomoc a dcery očekávají materiální podporu, z kvantitativního výzkumu vyplynulo, že není povinností rodičů poskytovat materiální pomoc a ani jinou pomoc a je to pouze projevem dobré vůle. V případě péče o stárnoucí rodiče byl postoj respondentů obdobný a poskytování péče vnímali jako morální povinnost (Rajmicová, 2002).

2.2 Mezigenerační vztahy

Autoři také často uvádějí, že v dnešní moderní době došlo mezi jednotlivými generacemi k prohloubení názorových rozdílů což je důsledkem uvolnění tradičních rodinných vazeb a prohloubení názorových rozdílů mezi nimi. Generace se však v každé době liší svými potřebami a zájmy, a rozdílným vnímáním norem a hodnot a celkově rozdílným vnímáním světa. Nedostatek vzájemného porozumění mezi jednotlivými generacemi způsobuje pocit izolace a odloučení od svých nejbližších, které vedou k vzájemným konfliktům mezi generacemi (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Konflikty pak mohou způsobit izolaci nejstarší generace od svých blízkých. Vzájemné porozumění a dobré vztahy mezi generacemi jsou považovány za možné řešení problému odloučenosti a osamělosti, a v souvislosti s tím, pocitu nepotřebnosti a zbytečnosti starých lidí. Dobře fungující vztahy mezi rodiči a dětmi, pak předznamenávají dobrá vztahy mezi prarodiči a vnoučaty. Vnoučata se pak mohou od prarodičů naučit respektu a úctě a vícegenerační soužití pro ně může být dobrou školou pozitivních mezilidských vztahů a tolerance. Mladá generace má dnes zcela odlišné příležitosti v podobě přístupu k informacím, používání moderní technologie, kterým starší generace může jen sotva rozumět, příležitost cestování, příležitost učení se jazykům a pracovat v zahraničí. Rozdílné příležitosti mohou pak být příčinou rozdílného pohledu na svět a následně příčinou konfliktů a neporozumění mezi jednotlivými generacemi (Ondrejko, 2006).

Velkou roli hrají v životě seniorů vnoučata. Vnoučata mají v životě seniorů jednu z dominantních pozic. Pro mladou generaci jsou vlastní dědeček či babička autoritou. Právě trávení času s vnoučaty umožňuje seniorům spojení s budoucností. Vnoučata jim potvrzují smysl existence a života (Sak, Kolesárová, 2012).

Na rozdíl od rodičů mají prarodiče na vnoučata dostatek času a mohou se jim tak plně věnovat. Prarodiče dětem poskytují to, co rodiče nemohou například díky nedostatku času či psychických indispozic apod. Jde o jiný vztah, než je vztah dítě – rodič. V rámci trávení společného času získají vnoučata od prarodičů mnoho nových dovedností díky vyprávění, ručním pracím apod. Pro děti mají tyto činnosti velký význam pro současnost, ale také pro následující život. Prarodiče jsou pro vnoučata blízké osoby, které jim mohou předat mnoho zkušeností a dovedností. Vnoučata tak mohou získat náhled na svět další generací. Největším přínosem seniorů pro vnoučata jsou jejich vzpomínky. Právě díky nim získávají vnoučata ponětí o světě a jsou schopna si spojovat souvislosti (Štěpánková et al., 2014).

2.3 Stáří a stárnutí

Hrozenká a Dvořáčková (2013, s. 30) definují stárnutí jako „*specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, nezvratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy, jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem*“. Dále Dvořáčková (2012) uvádí, že potřeby u seniorů souvisí s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, ze kterých ústí nemožnost uspokojit potřeby v každodenních života.

„Stáří je životní fáze člověka ohraničená dvěma časovými body. Horní věková hranice je ostře vymezena smrtí, spodní věková hranice je vymezena tím, že jevy a procesy, které tvoří stáří, do života člověka vstupují postupně (Sak a Kolesárová, 2012, s. 14)“.

Stáří je jedno z období lidského života a definovat skutečný počátek nelze úplně jednoznačně a odpovědět odpověď kdy můžeme člověka pokládat za starého je poměrně nesnadné. Důvody k tomu mohou být dány úrovni společenské i na úrovni jedince. Společenská úroveň představuje prostředí, ve kterém jedinec žije, stále zlepšující se zdravotní péči a celkové životní podmínky. Úroveň jedince pak představuje jeho individuální životní styl a míra funkčního potenciálu (Langmeier, Krejčířová, 2006). V druhé polovině 20. století ve vyspělých zemích narůstá i potřeba poskytování sociálních služeb seniorům prostřednictvím formálních pečovatelských služeb, která souvisí hlavně s

demografickým stárnutím populace. Věková skladba populace se postupně mění, neboť stoupá podíl starších lidí 65 let, a naopak klesá podíl dětí mladších 15 let. Jinak tomu není ve vývoji věkové skladby populace České republiky, kde od roku 1997 začíná převažovat postproduktivní část obyvatelstva (Svobodová, 2008). Stárnutí evropské, tedy i české populace je nepřehlédnutelný jev, který poukazuje na potřebu a význam péče o staré lidi, především péče neformální. Formou neformální péče je pečováno nejčastěji právě o seniory (Geissler et al., 2015). V ekonomicky vyspělých zemích se za dolní hranici stáří považuje 65 let věku a je zároveň považován za počátek důchodového věku. To, jakou bude mít stáří podobu determinuje celá řada faktorů od biologických a psychologických po sociální a spirituální. V současném vědeckém diskurzu je stáří pokládáno za sociální konstrukt. Na všechny životní fáze včetně stáří je nutné nahlížet v celkovém sociálním kontextu, v jehož rámci každý jedinec prožívá svůj život. Více i méně významné životní události, které každý prožívá jsou důsledkem probíhajících minulých sociálních procesů (Haškovcová, 2010).

Období stáří přináší úbytek omezení odolnosti i adaptability, omezení zdatnosti, fyziologických funkcí, což je příčinou zhoršení celkového zdravotního stavu, následkem je pak závislost starého člověka na pomoci jiné osoby. Pro období stáří je charakteristická vyšší míra potřeby sociální a zdravotní péče. Omezení schopnosti soběstačnosti následkem zdravotních obtíží se týká hlavně seniorů starších 75 let. Mladší věková kategorie seniorů potřebuje péči jen v omezeném rozsahu. Pokud bude současný trend stárnutí obyvatelstva nadále pokračovat, bude do roku 2050 v České republice každý dvacátý občan starší 85 let (Kuzníková et al., 2011).

V rámci úbytku adaptability a odolnosti je velmi důležité, aby senior mohl žít co nejdéle ve svém domácím prostředí, tedy tam, kde to zná a kde se cítí dobře a bezpečně. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje domácí prostředí jako přirozené sociální prostředí. Sociálním bezpečím je myšlena „...rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity“.

V ČR se předpokládá, že péči o seniory zajišťuje v první řadě rodina. V případě, že to možné není či rodina péči o seniora nemůže poskytovat, nastupuje formální pomoc státu. Aby mohla péče o seniory fungovat tak, jak má, je potřeba široké nabídky služeb pro seniory. Díky péči rodiny a subjektům, které péči o seniory nabízí, může pak senior žít co nejdéle v jeho přirozeném prostředí, kde mohou být uspokojovány jeho potřeby.

Kontakt s rodinou a blízkými je pro seniora velmi důležitý. Díky rodině a domácímu prostředí se senior cítí bezpečně, je déle soběstačný a má pocit užitečnosti. Široká síť služeb pro seniory je důležitá nejen pro seniory samotné, ale také pro pečující rodinu. V případě, že se rodina o seniora nemůže starat, spadá péče o seniora na formální subjekty nabízející a zajišťující pečovatelské služby (Nešporová, 2008).

3 Formální péče

V péči o členy rodiny sehrává převážně zásadní úlohu rodina a další neformální síť například sousedé, ale ve chvíli, kdy dojde vyčerpání jejich možností, z časových důvodů, z důvodu nadměrné zátěže rodinných, pečujících, vysoké pracovní vyčerpání nebo se objeví potřeba odborné zdravotní pomoci. Poté je do pomoci zapojena formální složka pomoci. Formální péči představují především zdravotní a sociální služby, které mají za cíl podpořit zdraví seniora nebo jinou osobu závislou na péči, posílit, zajistit základní životní potřeby a podpořit jeho setrvání v přirozeném prostředí domova. Poskytovatelem formální péče však není pouze stát, ale může být i subjekt soukromého sektoru jak typu ziskového, tak typu neziskového, kterými jsou nejvíce církevní subjekty a neziskové organizace s různými zřizovateli (Dobiášová et al., 2013).

Formální péče je péče, poskytovaná pouze vyškolenými, kvalifikovanými a licencovanými profesionály. Je státem garantovaná a také státem kontrolovaná. Činnost formálních pečovatелů a podmínky poskytování formální péče je vymezená zákonem například cena poskytované služby. Mezi poskytovatelem služby a osobou, které má být péče poskytována je uzavřena smlouva o poskytování sociální služby. Ze strany formálních pečovatелů je poskytována zejména péče fyzická a medicínská (Dobiášová et al., 2013).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje podmínky pro poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám, které se ocitli v nepříznivé sociální situaci, prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Tento zákon definuje sociální služby, podmínky poskytnutí příspěvku na péči, dále podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, kontrolní mechanismus poskytování sociálních služeb - inspekci poskytování služeb. Dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pro výkon činnosti v sociálních službách. V zákoně jsou stanoveny hlavní zásady pro poskytování. Každá osoba má nárok na základní bezplatné sociální poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace, rozsah a forma pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost, pomoc musí vycházet z individuálních potřeb osob, musí působit aktivně, podporovat samostatnost osob, motivovat je k této činnosti, které nevedou k dlouhodobému setrvávání v nepříznivé sociální situaci, a posilovat jejich sociální

začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v náležitě kvalitě, tak aby bylo zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhláška 505/2006 Sb. obsahují i přehled základních činností a úkonů poskytovaných služeb. Kvalita poskytovaných služeb se ověřuje pomocí souborů kritérií - standardů kvality služeb, na základě bodového systému vyhodnotí úroveň kvality poskytované služby. Standardy kvality poskytování sociálních služeb jsou zakotveny v Zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. a prováděcí vyhlášce 505/2006 Sb. Ve formální péči, hlavně institucionální většinou chybí znalost osobnosti, osoby, které je péče poskytována, chybí složka emocionální citové vazby, kontinuity života, jeho zvyklostí, přání. Emocionální složku se pak snaží obohatit opečovávanou osobu rodina zvenčí (Jeřábek, 2013).

3.1 Formální pečovatel

Předpoklady pro výkon činnosti v asociálních službách a podmínky výkonu okruh pracovníků vykonávají odbornou činnost § 115 a pracovníky v sociálních službách vymezuje § 116 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. V § 116 písmeno a) definována přímá obslužná péče takto: „*přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb, písmeno b) základní výchovnou nepedagogickou činností spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a písmeno c) pečovatelskou činností v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence.“ Na profesionální*

pečovatele jsou kladeny vysoké nároky, týkající vzdělání, vlastností a schopností, patří i trestní bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Prokázání rovněž vymezuje tento zákon.

Skutečnost, že poskytovatel formální péče by měl mít odborné znalosti a dovednosti je nutností, měl by být také sociálně zralou osobností se schopností empatie, měl by se především identifikovat se s rolí pečovatele, aby tak byl schopen svědomitě a vykovávat tuto činnost pečovatele. Měl by také dodržovat zásady bezpečnosti práce, aby při poskytování péče neohrozil uživatele služby ani sebe. U pečovateli je vyžadována určitá intelektová úroveň k samostatnému řešení problémů, pohybová a manuální zručnost, nadání k soucitu, úctě respektu. V první řadě však musí pečovatel zrcadlit vlastní jednání tak, aby předcházel syndromu vyhoření, tedy využívat možnosti supervize a dodržovat duševní hygienu (Mlýnková, 2010).

Nováková (2008) vymezuje kompetence pracovníků poskytující sociální a zdravotní služby do třech kategorií. Kompetence diagnostické - umožňují pečovateli vyhodnotit, jak se klient cítí, jeho potřeby, pro lepší existenci, pomáhají pečovateli zvládat klientovo emoce. Kompetence odborné - obsahují znalost pracovně právních předpisů, provádět aktivizační metody, dovednost práce jak s jednotlivcem, s rodinou i se skupinou, orientaci ostatních sítí služeb a dále schopnost dále se vzdělávat. Kompetence poradenské – obsahují schopnost poskytnout základní popřípadě odborné poradenství zaměřené na klienta, na jeho rodinu nebo blízké okolí. Pečovatel být kompetentní rozhodovat, plánovat postupy své činnosti, řídit a organizovat, být empatický a komunikativní, pracovat nejenom s klientem, ale pokud je to možné i s rodinou klienta (Nováková, 2008)

4 Neformální péče

Neformální péče je z historického hlediska starší než formální péče. Původně byla péče o nemocné, nemohoucí, zestárlé členy rodiny přirozeně soustředována do rodinného života. Šlo o péči, která byla chápána jako součást jiných povinností a činností v domácnosti do té míry, že pečující členové sami sebe jako pečovatelé ani nevnímali. Péče neformální je tedy většinou péčí o blízké a je v převážné většině také péčí vykonávanou rodinnými příslušníky nebo jinými osobami blízkými, se kterými má jedinec silné sociální vazby (Hubíková, 2012).

Neformální péče je pojmem, který není odbornou literaturou pevně vymezen a nenalezneme definici kterou bychom mohli pokládat za obecně platnou. Jednotlivé národní legislativy i odborné sociologické nebo veřejné výzkumy neformální péči koncipují odlišně. Přesto můžeme říci, že dílčí definice mají mnohé společné znaky (Dohnalová, Hubíková, 2013).

Triatafillou at al. (2010) definuje neformální péči jako pomoc převážně poskytovanou blízkými příbuznými, rodinou, sousedy přáteli nebo. Blízcí nemají sepsanou speciální smlouvu, která by vymezila rozsah zodpovědnost za poskytovanou péči a nejsou za ni oficiálně placeni. Neformální pečovatelé nejsou speciálně vyškoleni k poskytování péče, nejsou profesionálové, ale mohou v některých případech absolvovat speciální kurzy. Neformální péče není časově omezená. Neformální pečovatelé, kromě úkonů, které provádějí formální pečující, dávají opečovávané osobě více emocionální podporu a pomoc (Triatafillou at al., 2010).

Podle Hany Geissler et al., (2015, s. 9) neformální péči definuje takto: *„neformální péče ve své nejobecnější podstatě zahrnuje jakoukoliv starostlivost, která je poskytována osobě, která není schopná se sama o sebe plně postarat, osobou bez institucionární záštity, která není certifikovaný, profesionální poskytovatel péče či sociálních služeb“*. Je nazývána péčí laickou, neboť se nejedná o péči poskytovanou profesionálem nebo certifikovaným poskytovatelem sociálních služeb. V neformální péči jde o činnost, která není zaštitěná žádnou institucí. Obsahuje rozmanité způsoby pomoci, starým a zdravotně znevýhodněným osobám, u kterých potřeba péče nutná z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Neformální péče může být a často také je velmi časově náročná, forma pomoci může spočívat jak v příležitostné pomoc s nákupy

nebo s domácností, tak neustálém opečovávání nesoběstačné osoby (Geissler et al.,2015).

Neformální péče procházela a prochází stálým vývojem v závislosti na změnách demografických, změnách společenských a vlivem trendů ve vývoji sociálních služeb. Roli pečovatele v rodinné péči přebírá většinou žena. Tento fakt vyplývá mnoha výzkumů neformální. Neméně důležitá je dynamika změn v rodinách. Neformální péče se stává stále významnější spolu s demografickými změnami ve společnosti. Vzhledem k prodlužující se střední délce života, celkovému stárnutí populace a zároveň vzhledem k poklesu porodnosti, vědci a sociologové dlouhodobě upozorňují na změny v nárocích v oblasti neformální a dlouhodobé péče. Je nutné si také uvědomit, že mezi stárnoucími osobami již jsou a budou i sami pečující. Členové rodin se tak mohou dostat v budoucnu do situace, kdy nebudou schopni péči nadále poskytovat, ale budou ji dokonce sami potřebovat (Triantafillou, et al. 2010).

Neformální péče stále více získává na významu také v kontextu uplatňování principu deinstitucionalizace v sociálních službách směřující a zdůrazňující humanizaci a individualizaci sociálních služeb. Ta by měly zrcadlit osobní potřeby jedince v jeho přirozeném prostředí. Je to jedna z cest, jak dosáhnou proměny institucionální péče v péči v komunitě, která pak může být poskytována samotnou komunitou, rodinou sousedy, dobrovolníky, anebo ambulantními či terénními profesionálními službami (Geissler et al.,2015). V současné době, je mnohdy kapacita profesionálních služeb, hlavně pobytového typu nedostatečná a rodinná neformální péče lepší alternativou. Výhodné je i nižší nákladovost v porovnání s péčí ústavní. Nízká nákladovost neformální péče oproti ústavní, je častým důvodem uváděným ve prospěch podpory rozvoje péče rodinné a komunitní. Neexistují však důkazy, že by se ceny ústavní a komunitní péče výrazně lišily. Pokud jsou služby poskytovány kvalitně, jsou náklady vysoké, bez ohledu na to, kdo je poskytuje. Ústavní péče však přináší další náklady, spojené s provozem ústavních zařízení a tím vyšší náklady na sociální systém (Bareš, Tomášková, 2013). Neformální péče tyto je provozní náklady neobsahuje a je obecně považována za levnější variantu. Všeobecně se se má zato, že hlavní motivací poskytování neformální péče je blízký vztah k osobě, o kterou je pečováno, a proto není očekávána odměna adekvátní cenám při vykonávání stejné péče pečovateli profesionálními. Je však potřeba si uvědomit, že neformální péče představuje pro neformální pečující jistá omezení, například závislost na příjmech opečovávané osoby

nebo jejich partnera, zdravotní rizika, které je nutno kompenzovat. Dále je potřeba vzít do úvahy náklady na užívané služby, na pořízení zdravotních a kompenzačních pomůcek, které musí opečovávaná osoba nebo pečující uhradit. Takové náklady mohou být pro uživatele vyšší než, než by byly při využití institucionální péče, kde jsou takové pomůcky součástí a nemusí se hradit individuálně zvlášť pro každého klienta. Pokud bychom posuzovali individuální nákladovost neformální péče s celkovými výdaji na různé druhy péče neformální, nelze jednoznačně ve všech případech označit neformální péči jako levnější variantu. Podpora možnosti setrvání v přirozeném prostředí a využívání služeb komunitního či neformálního charakteru je však vždy výhodnější variantou s ohledem na výrazně lepší možnosti uspokojení individuálních potřeb osob odkázaných na péči a celkově lepší kvalitu jejich života. Podpora neformální péče, zlepšování kvality života osob, které jsou odkázáni na péči i neformálních pečovateli je důkazem vyspělosti společnosti, její zodpovědnosti vůči oběma skupinám a je též základním podmínkou v procesu deinstitucionalizace sociálních služeb (Geissler et al., 2015).

Tendence směřující k deinstitucionalizaci péče má velkou podporu i ve veřejném mínění, jak potvrzují i některé výzkumy z poslední doby. Například ve výzkumu „Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II“, který proběhl v roce 2013 vyšlo jednoznačné upřednostnění umírání v domácím prostředí mezi blízkými. Na otázku, kde by chtěli umírat, odpověděli respondenti – 78 % v domácím prostředí a pouhá 2 % odpověděli, že si přejí umřít v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Na otázku, kde umírat nechtějí je léčebna pro dlouhodobě nemocné místem, kde umírat nechtějí. Pouze 7 % respondentů odpovědělo, že by nechtěli umírat v doma. Jedno z hlavních zjištění této zprávy je, že by lidé by chtěli umírat doma a v kruhu svých nejbližších, ale zároveň nechtějí být v posledních chvílích nikomu z rodiny na obtíž. Představou důstojného umírání je představa úmrtí ve spánku, rychle, s respektem, a bezbolestně, a u většiny panuje obava ze ztráty důstojnosti a z bolesti. To jsou také důvody, proč by lidé nechtěli umírat v léčebně pro dlouhodobě nemocné (Tuček et al., 2013).

Stejně tak v Eurobarometru z roku 2007 vyplynula jednoznačná preference domácího prostředí a péče, kde by pečovatelem byla blízká osoba. 57 % respondentů očekávalo pomoc doma od blízké osoby a 10 % očekává pomoc doma od pečovatelské služby. Péči v zařízení dlouhodobé péče by očekávalo 14 % respondentů a péči v domácnosti blízkých rodinných příslušníků očekávalo 5 % respondentů. 6 %

respondentů očekávalo pomoc od najatého pečovatele v domácím prostředí. Z výzkumu je rovněž zjevná určitá nedůvěra k formální péči, která je poskytována v domácím prostředí. Ty jako očekávaný, způsob péče uvedlo méně respondentů než zařízení pobytová (Eurobarometr, 2007).

Horší vztah obyvatel ČR k sociálním službám poskytovaným doma potvrzují i výsledky z výzkumu Bleskového Eurobarometru 247 z roku 2008 v mezinárodním srovnání. I přesto, že většina Čechů preferuje domácího prostředí, ve srovnání s obyvateli EU, většina z nich nepovažuje za příliš důležité požívat veřejné rozpočty na podporu služeb umožňujících starším lidem zůstat déle v přirozeném prostředí. Jako velmi důležité takové využití veřejných rozpočtů označilo 36 % respondentů, což bylo nejméně v celé EU. Podobně tomu bylo na základě dat ze stejného výzkumu - návrh placené dovolené za účelem péče o závislé starší rodiče. Jako velmi důležitou využít tuto možnost označilo 45 % respondentů, opět nejméně z EU. Priorita těchto opatření je přitom důležitá pro lidi, kterých se role pečovatele dotýká, především žen. (Eurobarometr, 2008).

Klevetová (2008, s. 75) uvádí, že „došlo k paradoxu moderní rodiny, která je současně více soukromá i více veřejná.“. V souvislosti s Durkheimovým konstatováním o modernizaci rodiny se rodina stává na jedné straně více soukromou v souvislosti s její nuklerizací, a tím nezávislou na širší rodině. Na druhé straně se stává zároveň více veřejnou v souvislosti s větší závislostí na státě, který převzal funkci pečovatele a vytvořil pro různá ohrožení rodin záchranné sítě (Klevetová, 2008). Na neformální péči má významný vliv vývoj rodiny. rodiny neformálního pečovatele

Na neformální péči se velkou měrou podílí i vývoj, který se týká rodiny. V případě, že se rodina stane neformálním pečovatelem, je nezbytné brát na ohled její vnitřní dynamiku v těžké sociální situaci, jakým péče o starého nemohoucího člověka je, i na vývoj jako jednotky ve vztahu ke společnosti. V souvislosti s demografickými daty, která nasvědčují o nárůstu seniorské populace v blízké budoucnosti, se dá uvažovat o nárůstu potřeby neformální péče v případě blízkých závislých na péči jiné fyzické osoby (Kubalčíková, 2012).

4.1 Hybridní neformální péče

Nároky na péči o seniory se v ekonomicky vyspělých zemích neustále zvyšují. Rodiny na péči o seniora velmi často nestačí a jsou nucené využít subjekty, které pečovatelské služby nabízí. Někdy je tak péči o seniory nutné řešit hybridní formou

péče. V rámci hybridní péče je péče o seniora zajištěna jak rodinou, tak formálními službami. Rodina při péči o seniora může využívat příspěvky na péči či slevy na daních, ale také přímé platby za služby poskytované v domácnostech klientů (Jeřábek, 2009).

Jak uvádí Jeřábek (2009), hybridní formu péče je možné sloučit s rodinnou péčí. Rodina odpovídá za péči a zůstávají jí rozhodovací pravomoci. Rodiny by neměly využívat koncepty péče, kdy se rodina osvobodí od povinnosti péče a přenesení práva rozhodování o péči na profesionální instituce a odpovědnost za péči o seniora je převáděna na širší struktury. Profesionální instituce by pak byly jediné, kdo má právo rozhodovat o kvalitě a rozsahu péče. Jeřábek (2009) preferovanou rodinnou péči není vždy možné seniorům zajistit. Současná ekonomická, sociální a demografická situace vyspělých zemí vede rodiny k tomu, že při péči o seniory využívají pomoci komunity, obce či státu. Současná situace v ekonomicky vyspělých zemí je charakteristická prodlužováním střední délky života, poklesem porodnosti či zvyšováním věku odchodu do důchodu. Rodiny tak zcela či z části využijí služeb subjektů, které pečovatelské služby nabízí. Není tak možné komunitu, obec či stát zbavit odpovědnosti za péči o seniory. Jednotlivé subjekty podílející se na péči o seniory mají různé úlohy. Hlavním úkolem obce je zajistit potřeby jednotlivců. Komunity následně s ohledem na obec vytváří komunitní plány. Úkolem státu je potom spolupráce se samosprávou a organizacemi zajišťujícími sociální služby a tvorba legislativních a ekonomických podmínek pro fungování pečovatelských subjektů (Jeřábek, 2009).

Neformální pečovatelé by měli být ve své činnosti podporováni a měli by mít možnost využívat různé podpůrné služby. Ne vždy je možné péči o seniora zvládat svépomocí. Rodina, která o seniora pečuje, se může potýkat s různými situacemi, které jsou pro ni velmi zatěžující. Je tak velmi důležité dbát nejen na potřeby nemohoucího seniora, ale také na potřeby pečující rodiny. Péče o seniora může být různorodá. Může se jednat o drobnou výpomoc v domácnosti (úklid, nákup apod.) i o pomoc komplexní (při závislosti seniora na pomoci ostatních). Komplexní péče o seniora závislého na pomoci jiné osoby je pro rodinu velmi náročná. Pro rodinu je tato situace velkou zátěží. Rodina se tak při péči o závislého a nesoběstačného seniora může potýkat s fyzickými, psychickými, emočními, sociálními či finančními problémy. Vhodné jsou tak dlouhodobé intervence, na základě, kterých dochází k podpoře pečujících (např. poradenství, rodinná setkání, asistenční služby apod.). Vhodný je také case

management, který rodině zajišťuje podporu při rozhodování či v krizových situacích (Dragomirecká a Janečková, 2018).

Case management můžeme chápat jako práci s jednotlivcem, nebo jako metodu zefektivňování systému služeb. Je jednou z metod sociální práce, která uplatňuje jednotný postup různých odborníků a služeb v oblasti zdravotní, sociální, edukační a pracovní, které směřují k vyřešení nepříznivých sociálních situací jednotlivce a k jejich zplnomocňování. Jde o spolupráci odborníků (case managementových týmů) v procesu posouzení, plánování, facilitace, posouzení možností a služeb, které vedou k uspokojení potřeb jednotlivce. Case manager (či tým) pak pracuje s jednotlivci v obtížných situacích, kteří mají více potřeb v různých oblastech, prozkoumává s nimi nejrůznější možnosti jejich naplnění a pomáhá co nejefektivněji využívat dostupné zdroje a podpory v rámci důvěrného vztahu. Funkce case managera, které zastává mohou být široké např. koordinuje cíle klienta napříč veřejnými službami a formálním i neformálním sektorem péče, poskytuje zpětnou vazbu poskytovatelům sociálních služeb o vhodnosti poskytované služby, zajišťuje pomoc klientům orientovat se v systému dávek, koordinuje práci managerského týmu (Hronová et al., 2018).

Z kvalitativního šetření v rámci výzkumu z roku 2018 pod názvem „Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech“ však vyplynulo, že poměrně velký podíl sociálních pracovníků na obecních úřadech metodu case managementu nezná vůbec anebo o ní má jen teoretické povědomí. 11 % sociálních pracovníků metodu vůbec neznalo, 34 % má o pouze teoretické povědomí, ale nesetkali se s ní a 42 % metodu zná, ale uplatňuje ji jen občas (Hronová et al., 2018).

4.2 Podoba neformální (domácí) péče a motivace pečujících osob

Rozhodnutí pečovat o člena rodiny nemusí být ve všech případech vždy rozhodnutím dobrovolným, a proto nemůžeme poskytovanou neformální péči osobě blízké považovat za plán či předem promyšlenou volbu. Rozhodnutí plyne zejména z osobního pocitu a přesvědčení nepřenechat blízkého člověka ústavní péči a považují takové rozhodnutí za jediné možné a správné. Motivací pečujícího je především vzájemný vztah mezi oběma stranami a vychází z morálních postojů (Geissler et al. 2015). Rozhodnutí stát se pečující osobou v nemalé míře ovlivňují ještě další faktory například právním prostředím určujícím podmínky poskytování péče, aktuální situace v rodině, opatření na podporu neformální péče ve společnosti (Kotrusová et al., 2013).

Dle „Analýzy potřeb a nabídky sociálních služeb v Praze“, kterou provedlo Centrum pro sociální a ekonomické strategie (CESES) vedené týmem Pavla Bareše (Bareš et al., 2012) nebyl neidentifikován jako možný motiv péče zjištěný důvod, přesto respondenti fokusních skupin sdíleli i opačnou zkušenost. (Geissler et al., 2015). Poskytovaná péče představuje naplnění lidského smyslu pro morálku a povinnost, přináší osobní uspokojení a lze v ní nepochybně spatřovat pozitivní hodnotu. Situace pečujících osob je nelehká a složitá, přesto oceňují, že mohou se svými blízkými trávit čas, zajistit jim život v jejich přirozeném prostředí a často vede k jinému pohledu na život a přehodnocení priorit (Bareš et al., 2012).

Podoba péče se liší v závislosti na intenzitě a charakteru poskytované péče. Podle výsledků dotazníkového šetření projektu „Podpora neformálních pečovatелů“, obsahuje neformální péče nejčastěji péči o domácnost závislé osoby (provádí 97 % respondentů), doprava závislé osoby a doprovod (94 %), vyhledávání služeb, organizaci péče (88 %), jednání s úřady (84 %) přímou péči (79 %). Je potřeba vzít také do úvahy, že přímou péči vykonávají převážně ženy, muži se zapojují mnohem méně (Šimoník, 2015). Neformální péče má také především formu emocionální podpory, dále péče zdravotního charakteru, pomoc s převlékáním, hygienou, polohování, rehabilitace, každodenní osobní péči (Klímová a Chaloupková, 2013).

Při tak náročné péči, jakým neformální péče o blízkou osobu beze sporu je, je neméně důležitá pomoc ostatních členů rodiny. Praktická pomoc hlavní pečující osobě ze strany nejbližších poskytuje pečujícímu nejen prostor pro odpočinek, vlastní seberealizaci a záliby, ale má velký význam pro psychickou podporu (Bareš et al. 2012). Dle závěrů studie agentury MARKENT a VÚPSV (2001) zabývající se způsoby zajištění péče o příjemce příspěvku na péči se však nejčastěji označovanou problémovou oblastí stala nedostatečná pomoc ze strany rodiny. Neméně důležitá je však i možnost sdílení péče s neformálními pečovateli prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb, které pečujícím umožňují odpočinek a jsou považovány za významný nástroj podpory neformálních pečovatелů (MARKENT a VÚPSV, 2011).

Právě malá dostupnost sociálních služeb se potvrdila ve fokusních skupinách v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatелů („Závěrečná zpráva z fokusních skupin“). Nedostupnost sociálních služeb představovala pro pečovatele velký problém. Respondenti zmiňovali, že je problém nalézt vhodnou sociální službu, která by mohla výrazně usnadnit péči. Respondenti také uváděli, že se setkávali s negativní reakcí na

své rozhodnutí pečovat a často se setkávají s negativním postojem okolí k zdravotnímu hendikepu osoby, o kterou je pečováno. Nejen postoj nejbližšího sociálního okolí, ale i samotné sdílení péče se ukázaly pro zvládnání péče velice významný. V dotazníkovém šetření provedeném v rámci projektu, pečující uváděli jako osobu, která hlavnímu pečovateli nejvíce pomáhá, partnera a další členy rodiny ve všech zkoumaných souborech, včetně přímé péče. Sociální pracovníci byli ve významu pomoci řazeni až za členy rodiny, což dokládá význam rodiny pro hlavní pečující osobu, oproti profesionální péči, která je vnímána jako výrazně slabší (Šimoník, 2015).

Důležitou roly v sehrává možnost setkat se a promluvit si s lidmi, kteří se nachází v podobné životní situaci. Takovou možnost pečujícím dávají svépomocné a podpůrné skupiny, které jsou zakládány samotnými neformálními pečovateli. Svépomocné skupiny umožňují pečujícím setkat se ostatními pečujícím a sdílet s nimi své zkušenosti a problémy. (Bareš et al., 2012). Podpůrné skupiny mohou být zaměřené na pečující o osobu s konkrétní diagnózou a pečující tak mohou sdílet zkušenosti s podobnými problémy, nebo rady na typy na konkrétní služby či vhodné lékaře. Dle odborníků, jsou svépomocné skupiny v mnoha případech jedinou akcí, kterou pečující osoby navštěvují mimo domov (Šimoník, 2015).

Pečující osoby o blízkou osobu se často obávají situace, že se zdravotní stav opečovávané osoby zhorší natolik, že mu už sami nebudou schopni poskytnout kvalitní a potřebnou pomoc, situaci přestanou zvládat a budou muset zabezpečit institucionální péči, které se až dosud vyhýbaly (Bareš et al., 2012). To potvrdilo i kvalitativní šetření v rámci výše uvedených fokusních skupin. Strach z budoucnosti pečující často spojovali s nedostupností možnosti volby pečovatele pro opečovávaného v případě jejich smrti. Další obavou z budoucího života po skončení péče spojují s obtížným hledání zaměstnání (Šimoník, 2015). Pečující se velmi často obávají příchodu vlastního stáří a perspektiva do budoucnosti je často spojena s myšlenkami, do jaké míry budou oni sami schopni poskytovat péči v případě, že se zhorší jejich zdravotní stav (Geissler et al., 2015).

4.3 Neformální pečovatel

Definicí neformálních pečovatelů se na Evropské úrovni nejjobecněji zabývá „Evropská charta rodinných pečovatelů“ („European Charter for Family Carers“) vydaná Konfederace rodinných organizací Evropské unie („Confederation of Family Organisations in European Union“). V dostupné slovenské verzi se dočteme: „*Rodinný*

opatrovateľ je neprofesionálna osoba, ktorá poskytuje primárnu pomoc pri činnostiach denného života, čiastočne alebo úplne, závislej osobe a jej bezprostrednému okoliu. Táto pravidelná starostlivosť sa môže poskytovať trvale alebo dočasne a môže mať rozličné formy, najmä: ošetrovanie, starostlivosť, pomoc pri vzdelávaní a sociálnom živote, administratívne formality, koordinácia, trvalý dohľad, psychologická podpora, komunikácia, domáce činnosti, atď.“ (COFACE, 2009, s. 2).

Matoušek (2008) uvádí, že na rozdíl od formálních pečovatelů a jejich osobnostních a kvalifikačních předpokladů pro výkon pečovatele se neformálním pečovatelem může stát kdokoli. Dále uvádí, že každý má právo trávit svůj čas ve svém přirozeném prostředí a se svými blízkými, aniž by potřeboval kvalifikační a osobnostní předpoklady. Pomoc blízkým osobám mohou poskytovat i sousedé, dobrovolníci či přátelé, kteří se občas v péči s osobou trvale pečující střídají a odlehčit mnohdy tíživou situaci. Důvodem takové péče je zpravidla rodinná, nebo přátelská vazba a taková péče přináší pečovateli mimo psychické a fyzické zátěže také pocit uspokojení (Matoušek, 2008).

Neformální pečovatel jako možný poskytovatel péče a možný článek v systému sociálních služeb je zakotven v §6 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde ve výčtu poskytovatelů je uvedena osoba fyzická a v kontextu poskytování sociální služby neformálním poskytovatelem jde o osobu blízkou. Výše uvedený zákon počítá neformálním poskytovatelem péče i v oblasti vzdělávání dle §117 písm. a) pro účely odborné podpory fyzických osob, které poskytují pomoc příjemci péče. Jako podporu neformálnímu pečovateli se dá považovat i příspěvek na péči podle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. Tématem příspěvku na péči se budu věnovat níže v samostatné kapitole.

Je velice obtížné vysledovat přibližný počet neformálních pečovatelů. Několik institucí v ČR eviduje osoby, které mají postavení „osoby pečující“. Hlavní jsou úřady práce, které jsou příslušné v rozhodování nároku na příspěvek na péči a zde se může neformální pečovatel zaregistrovat jako pečující osoba o osobu pobírající příspěvek na péči. Za tuto osobu je následně hrazeno zdravotní pojištění. Status osoby pečující posuzuje i Česká správa sociálního zabezpečení a započítává jej jako náhradní dobu pojištění pro účely dávek důchodového zabezpečení. Data o počtu registrovaných pečovatelů by se tedy měla nacházet na Úřadu práce ČR, na České správě sociálního zabezpečení a u zdravotních pojišťoven. Úřady práce pak registrují všechny osoby

pobírající příspěvek na péči. Tato čísla však nevypovídají ani o počtu osob pečujících, tak ani o počtu osob závislých na pomoci jiné osoby. Je potřeba si uvědomit, že ne všechny pečující osoby se registrují, a ne všechny osoby, které vyžadují péči pobírají příspěvek na péči. Především pečovatelé, kteří zvládají péči a zároveň i pracovat a pečující v důchodovém věku nemají důvod se registrovat a ti, kteří pečují o osoby nepobírající příspěvek na péči, nemají ani možnost (Geissler et al., 2015).

Počet neformálních pečovatelů v České republice se odhaduje na 250 tisíc. Jiné prameny uvádějí až téměř 300 tisíc osob. Takřka dvě třetiny neformální dlouhodobé péče je u nás poskytováno ženami ve středním nebo raném důchodovém věku od 35 let do 64 let. Polovina osob poskytujících péči jsou osoby blízké. Dle kvalifikovaných odhadů 70 – 90 % veškeré sociální a zdravotní dlouhodobé péče je poskytováno v Evropských zemích 80 % dlouhodobé péče rodinnými příslušníky nebo jinými pečujícími (širší příbuzenstvo, sousedé, přátelé) (Hoffmann a Rodrigues, 2010). Neformální bezplatná péče je mimořádně důležitou složkou systému dlouhodobé péče a má společenský a ekonomický přínos. Přispívá zejména k mezigenerační solidaritě, k rodinné soudržnosti a v oblastech s vysokou mírou nezaměstnanosti může snižovat tlak na trhu práce (MPSV, 2017). Čevela a Čeledová (2014) uvádí, že 18 % neformální péče je poskytována sousedy nebo přáteli. Hrozenská a Dvořáčková (2013) uvádějí, že neformálními pečovateli jsou častěji ženy (dcery), které jsou více empatické a emotivně zapojené nežli synové. Klímová a Chaloupková (2013) konstatují, že 70 % až 90 % dlouhodobé péče je poskytováno neformálními pečovateli a v budoucnu bude počet neformální péče ještě zvyšovat vzhledem ke stárnutí populace. Kotrusová et al., (2012) uvádí, že intenzivní péči o závislého seniora poskytují dospělé děti (47 %), partneři (30 %) a příbuznými (2 %), nebo jde péči poskytovanou komunitou, přáteli, sousedy apod. (11 %). Michalík (2011a) konstatuje, že ve výsledcích výzkumů zaměřených na postavení pečujících osob, se v podstatě mluví jen o ženách, které mění svou roli na trhu práce na roli pečující osoby a rezignují na své osobní cíle. Dále uvádí, že v současné době nenalezneme výraznější příklad diskriminačního a genderově nevyváženého postavení ve vztahu k ženám týkající se uvedené dlouhodobé péče (Michalík, 2011a). Z výzkumu z roku 2015 „Podpora neformálních pečovatelů“ vyplynulo, že neformální péči s velkou převahou poskytují ženy (83 %) nad muži (17 %). Ženy nejčastěji pečují v produktivním věku 41 až 64 let, zatímco muži nejčastěji pečují v seniorském věku 65

let a více. Ženy věnují péči více času v průměru 76 hodin týdně, muži 57 týdně a zároveň ženy pečují v průměru o tři roky déle (11 let), než muži (8 let) (Šimoník, 2015).

V souvislosti s demografickými ukazateli Rabušic již v roce 1995 poukázal na nižší míru úmrtnosti u žen v porovnání s muži se nabízel ještě další pohledy na pečující ženy. Ženy v porovnání s muži, umírají ve vyšším věku a v souvislosti se stoupající rozvodovostí to znamená, že mnoho žen (matek, dcer) bude žít ve stáří osamoceně. Jde to jeden z faktorů, který způsobuje omezení možnosti pomoci v péči ze strany mužů, a tím i na vyčerpanosti pečujících žen ve středních věku. Ženy v současné době posouvají sňatek a narození dětí do vyššího věku a v souvislosti s tím k péči o děti, domácnost, k povinnostem v zaměstnání těmto ženám ve stejném čase přibývá ještě starost o staré rodiče. Dá se předpokládat, že posouvání sňatků a porodů do vyššího věku, prodloužení intervalu mezi porody, v souvislosti s předpokládaným prodloužením střední délky života učiní z české ženy po třicítce stálou pečovatelku. Její pečovatelská role započne péčí o malé děti, následovat budou starosti s pubescentem a stárnoucími rodiči současně, pak přijde intenzivní péče o rodiče přestárlé a nesoběstačné a k tomu všemu přibude péče o nemocného manžela (Rabušic, 1995). To potvrzují současné výzkumy: až 80 % péče poskytují manželé, rodinní příslušníci nebo přátelé, přitom typickým představitelem domácí dlouhodobé neformální péče je žena, ve věkové kategorii 45 až 75 let pečující o dítě, manžela, rodiče své nebo partnerovy, nebo další příbuzné (Průša, 2016).

Pavel Štern (2018) upozorňuje na skutečnost, že se dnešní neformální pečovatelé stávají součástí tzv. „sendvičové generace“. Jde především o pečující ženy ve středním věku, které pečují o své potomky a zároveň o své nesoběstačné rodiče. Pečující ženy mají velmi často ještě nezletilé děti a žijí pod velkým tlakem zvládat přiměřeně skloubit neformální péči s mateřstvím. V rodinách sendvičové generace došlo v posledních deseti letech došlo k omezení zaměstnání nebo odchodu ze zaměstnání, přičemž se tato situace týká hlavně žen - 22 % práci omezilo a 15 % přestalo zcela pracovat. Sendvičová generace je následkem demografického stárnutí obyvatelstva. Na jedné straně se díky vyspělé zdravotní péči zvyšuje počet osob staršího věku, prudce narůstá generace 80 + a na druhé straně mladí odsouvají narození dětí do vyššího věku po 30. roce, kdy se přirozeně snižuje fertilita žen, nejen z tohoto důvodu se rodí stále méně dětí (Štern, 2018).

V případě neformálních pečovatелů a osobou závislou na péči zákon nevyžaduje uzavření smlouvy. Registrovaný neformální pečovatel jako osoba pečující podléhá kontrole, kterou provádí dle § 29 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V tomto případě se neověřuje se kvalita služby pomocí standardů kvality, jako u formálních pečovatелů a kontrolním orgánem inspekční tým, ale vykonávají oprávnění státní zaměstnanci krajské pobočky Úřadu práce nebo ministerstva. V tomto případě není kontrolním orgánem inspekční tým a neověřuje se kvalita služby pomocí standardů, jako je tomu u formálních pečovatелů. Kontrolu vykonávají oprávnění státní zaměstnanci krajské pobočky Úřadu práce nebo Ministerstva práce a sociálních věcí, kteří jsou oprávnění vstupovat do obydlí, na základě souhlasu osoby, v němž osoba žije. Účelem kontroly je provedení sociálního šetření, kontroly využívání příspěvku a skutečnosti, zda je péče poskytována osobou, která je uvedena v žádosti o příspěvek. Příspěvek musí být využit k zajištění rozsahu a způsobu pomoci, který odpovídá stanovenému stupni závislosti. Pro účely veřejné správy vydává Úřad práce pečující osobě potvrzení o době trvání vykonávané péče uvedeným stupeň závislosti osoby, o kterou je pečováno pro účely důchodového pojištění (Jeřábek, 2013).

4.3.1 Potřeby neformálních pečovatелů

Geissler et al. (2015) uvádí, že pokud chceme analyzovat potřeby neformálních pečovatелů a je nezbytné posoudit míru pomoci, kterou poskytují a stanovit politická opatření na ně cílená. Je důležité určit jakousi měřitelnou hranici, nad kterou budou považováni za cílovou skupinu veřejné politiky a sociální. Pro určení takové hranice můžou být podkladem mezinárodně používané standardizované nástroje pro hodnocení míry (ne)soběstačnosti a potřeby péče prostřednictvím „aktivit každodenního života“ (ADL - Activities of daily living). Aktivita se dělí na:

1. „Základní aktivity každodenního života“ (BADL) – „Basic activities of daily living“, sem patří, oblékání, osobní hygiena, příjem potravy apod.
2. „Instrumentální aktivity každodenního života“ (IADL) – „Instrumental activities of daily living“ mezi, které patří nákup, správné užívání léků, domácí práce apod.

S „aktivitami každodenního života“ se pracuje při určení náročnosti péče a formují tak, spolu s časovou náročností péče, základní rámec různých vymezení neformálních pečovatelů, laických, rodinných apod.

Četnost neformální péče u nás dle kategorií uvádí Čevela a Čeledová (2013), kdy a neformální péči BADL poskytuje 12 % osob starších 50 let, neformální péči IADL poskytuje každá třetí osoba.

Jako kritérium rozdělení podoby a náročnosti neformální péče můžeme rozlišit pomocí místa, kde je péče poskytována. V případě, že pečovatel pečuje o blízkou osobu v jeho vlastní domácnosti, dá se předpokládat, že rodina bydlí společně ve vícegeneračním domě nebo je péče poskytována v domácnosti pečovatele. Seniori ve většině případů dnes preferují vlastní samostatné bydlení, samostatnou domácnost. Je bez pochyb, že preference samostatné domácnosti, je výsledkem úsilí seniorů zachovat si individuální autonomii, která je pro ně velice důležitá (Kubalčíková, 2012). Význam autonomie seniorů je však neslučitelný se zátěží pečujících, jakou představuje pocit závazku za ni. Seniori se však nechtějí být na obtíž v jiné domácnosti, nechtějí ovlivňovat do teď určitým způsobem fungující chod rodinného života a zároveň se nechtějí vzdát rozhodovacích pravomocí, které v jiné domácnosti ztratí. Vlastní domácnost je pro ně, stejně jako pro většinu oblastí, které se vztahuje rozhodovacích pravomocí vlastníka (Sýkorová, 2007). V případě přestěhování nesoběstačného seniora do vlastní domácnosti může negativně ovlivnit soukromí členů rodiny pečovatele a tím i vzájemné vztahy. Při rozhodování o místě poskytování péče, je důležitým prvkem zejména psychický a fyzický stav seniora a jeho schopnost sebeobsluhy. Naproti tomu pečovatel, z důvodu zamezení vzniku konfliktů, nechce měnit obvyklé zvyklosti a podoby domácnosti seniora, a právě to může v praxi způsobit potíže. Výběr místa poskytování neformální péče má přímou souvislost k rozsahu poskytované pomoci. Četnost a intenzita potřeby péče o seniora a obtížnost péče vzhledem k pečujícím umožňuje rozlišení péče podpůrné, neosobní a osobní (Jeřábek, 2013).

Jeřábek (2013) rozlišuje tři stupně neformální péči podle její intenzity:

1. Podpůrná péče - není zde vyžadována každodenní pomoc, je nejméně časově náročná obsahuje pouze základní pomoc jedinci ve podobě občasné výpomoci v domácnosti, v komunikaci s úřady nebo doprovodu k lékaři. Může být

praktikována i v případě odděleného bydlení, důležitá je přítomnost emocionální složky péče.

2. Neosobní péče - je pravidelná, a proto je časově náročnější nežli první stupeň péče, zaměřuje se na služby neosobního povahy, které není opečovávaný schopný zastat sám. Patří sem obzvláště nakupování potravin, úklid domácnosti a vaření či dodávka jídla. V případě neúčasti rodiny kovou péči poskytuje pečovatelská služba. V případě neosobní péče zajišťuje rodina její emocionální materiální složku. Neosobní péče se dá charakterizovat jako významná pomoc a péče.
3. Osobní péče - vyžaduje nejvíce času, je pro pečující osoby velmi náročná fyzicky i psychicky. Ve většině případů představuje celodenní nepřetržitou péči, což znamená trvale přítomný pocit odpovědnosti u pečující osoby. Obsahuje pomoc prvního a druhého stupně a zahrnuje pomoc se stravováním, s osobní hygienou. Jedná se o činnosti, které zasahují do intimní zóny seniora. složka je O osobní péči můžeme mluvit jako o péči nezbytné (Jeřábek, 2013).

Stupňující náročnost péče ve výše uvedených stupních vyvolává odlišnou intenzitu podpory hlavní pečující osobě ostatními členy rodiny a dalšími možnými pečovateli např. dobrovolníky, sousedy nebo intervence sociální služby. Z charakteru třetího stupně osobní péče vyplývá, že poskytování takové pomoci by bylo jen těžko možné, provádět ji v případě odděleného bydlení (Jeřábek, 2013).

Na základě mezinárodního srovnání a na základě porovnání neformální péče s péčí formální obsahuje neformální péče tyto znaky:

- Péče blízké osobě je převážně poskytována členy rodiny, rodinou, blízkými příbuznými nebo přáteli, popř. sousedy.
- Pečující osoby nejsou profesionálové a nejsou ani vyškoleni k poskytování profesionální péče, ovšem mohou využít zvláštní kurzy.
- Mezi pečující osobou a příjemcem péče není uzavřena smlouva o poskytování péče, která by obsahovala rozsah a způsob poskytované péče a zodpovědnost pečovatele za péči.
- Pečující osoby nejsou placeni, mají nárok na různou finanční podporu, zejména z nepojistných sociálních dávek.

- Pečující osoby poskytují rozsah péče stejné jako formální pečovatelé, které mimo jiné zahrnují i emocionální podporu a pomoc.

- Čas, který stráví péčí, o blízkého člověka není omezen, většinou se jedná o nepřetržitou službu (Geissler et al., 2015).

4.4 Pomoc pečujícím osobám

Jak již bylo výše uvedeno společnosti vyspělých států stárnou a jinak tomu není ani v České republice. Prodlužuje se střední délka života a s dosažením věku 70 – 75 let a vyššího je spojován růst zdravotních problémů a významné zhoršování funkčních schopností, které vedou k nesoběstačnosti seniorů. Neustále roste závislost starých lidí ve vyšším věku na pomoc jiných osob poskytovanou v domácím prostředí či v zařízeních sociální. Významným článkem v péči o své blízké jsou neformální pečovatelé, kteří patří k hlavním zdrojům pomoci a péče poskytované nesoběstačným starým lidem v jejich přirozeném sociálním prostředí. Při tak náročné péči však potřebují pomoc nejen ostatních členů rodiny, ale i podporu veřejných a jiných subjektů, aby zmírňovaly problémy vzniklé v souvislosti s péčí.

4.4.1 Pomoc hlavní pečující osobě ze strany dalších členů rodiny

V souvislosti výzkumu mezigenerační solidarity je zmíněno, že osobní péči zabezpečují převážně ženy, manželky, dcery a snachy a vnučky. přičemž nejčtenějším modelem péče je péče, jsou manželky starající se sama o svého starého nesoběstačného manžela. Jde o a nejspolehlivější a nejdůslednější péči a opačný model péče manžela o manželku je méně častý a většinou takovou péčí muž nevykonává samostatně, ale s pomocí dcer, vnuček a snach. Ženy ve většině případů naopak zastávají pečovatelské role většinou samy, někdy s menší pomocí svého okolí, jen v některých případech se na péči podílí vícegenerační rodina I v péči o staré rodiče se sníženou soběstačností dominují dcery a snachy. (Jeřábek, 2013). Ženská role pečovatelky patrně vychází ze obecně zažitého archetypu ženy pečující o domácnost a muže jako lovce, živitele. Předpokládá se, že žena bude vykonávat péči s láskou, nezištně a s plným nasazením bez odpovídajícího finančního ohodnocení, neboť to vyplývá ze samotné podstaty ženství, aniž by potřebovala k péči nějaké vzdělání (Tošnerová, 2001).

Skupina pečujících rodin nebo osob, v případě, že péči o svého člena sdílí, není homogenní. Zahrnuje osoby od věku mladé dospělosti až po osoby pečující v seniorském věku o své nemohoucí rodiče nebo rodiče partnerovy. Nelze konstatovat, že

pečující osobou je jen hlavní pečující. Obvykle se na péči o závislého nesoběstačného člena podílí jistým způsobem celá rodina, přesto je neformální péče nejvýraznějším důkazem genderové nerovnováhy (Michalík, 2011b)

Pokud mají rodiče více dětí předpokládá se, že v případě potřeby, jedno z nich bude hlavní pečující osobou s možností výpomoci od svého vlastního partnera a výpomoci sourozenců a jejich partnerů. Charakter pečující rodiny a jednotlivých pečujících osob je zcela individuální, odvíjí se od mnoha determinujících činitelů, a proto nelze vytvořit obecný obraz pečovatele. Důležité jsou osobnostní předpoklady hlavního pečovatele v jak v procesu péče, tak v rozhodovací fázi, kdy nejčastěji rozhoduje o dělbě péče, rozdělení rolí a pomoci v rodině. Jeřábek (2013) uvádí, že dělba práce nemusí být rozdělena s konečnou platností, ale střídání pozic a rolí neprospívá pečujícím a může ohrozit pocit bezpečí u velmi starého člověka, který se jen těžko adaptuje na změny. Osobnostním předpokladem hlavní pečující osoby by měla být organizační schopnost a schopnost odhadu kompetencí ostatních pečujících (Jeřábek, 2013). Jeřábek (2013) uvádí, že 75% seniorů potvrdilo, že se na jejich péči kromě hlavního pečujícího ještě dvě až čtyři další osoby, které jsou součástí rodiny hlavního pečujícího a péče tak většinou není rozdělena v rámci širší rodiny. Dále zmíněný autor v analýze spolupráce v pečujících rodinách zjistil, že „s růstem náročnosti péče neroste počet pečujících osob“, takže počet ani složení pečujících nemusí být stabilní. V praxi to znamená, že u nejméně náročné podpůrné péče je aktivita ostatních pečujících spíše „ochotou“ než nutností u dalšího stupně neosobní péče se již zátěž hlavní pečující osoby odvíjí od počtu osob, kteří s péčí pomáhají. U třetího stupně osobní péče je nutné, aby fungovala rodinná solidarita a na péči podílelo více osob a byla udržena únosná mez zátěže vynakládaná především hlavním pečujícím (Jeřábek, 2013).

Problematikou mezigenerační solidarity v rodině se zabývala Havlíková (2012) ve svém výzkumu Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými evropskými zeměmi jejíž cílem mezigenerační solidarity převládající v českých rodinách vyššího věku. Z výzkumné studie Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku týkající se populace 50+ vyplynulo, že pečující osoby poskytovaly svým starým rodičům nejvíce pomoc s prací v domácnosti (86 %), pomoc v péči o vlastní osobu (37 %), pomoc při kontaktu s institucemi (44 %). Nejméně jednou týdně 41 % poskytlo pomoc svým rodičům 41 % pečujících osob, přičemž pomoc rodičům poskytují v nejvíce jejich děti a partneři dětí.

Z výzkumu dále vyplynulo, že v České společnosti je běžná třígenerační rodina, někdy čtyřgenerační, kde rodiče mají žijící rodiče a vnoučata mají vlastní děti. Není však běžné, že by jednotlivé generace žily ve společné domácnosti, ale převažovalo bydlení v blízkosti s častými kontakty nebo několikrát za týden. Pomoc přijímali rodiče od dětí o něco méně často, než sami poskytovali a nejčastější byl model v praktické vzájemné výpomoci a nejméně častý byl model finanční výpomoci. Z výzkumu dále vyplynulo, že samostatné domácnosti nejsou překážkou vzájemné solidarity v případě běžné pomoci. Případná intenzivní nutná pomoc rodičům se u ještě stále ekonomicky aktivních dětí ukázala nad rámec jejich možností. Výzkum také ukázal, že v naší společnosti je rodinná pomoc a solidarita vnímána jako samozřejmost, a to oběma směry, podpory dětí i v době založení rodiny a opačně vrácení péče a starostlivosti rodičům v době jejich stáří (Havlíková, 2012).

4.4.2 Pomoc neformálním pečovatelům ze strany sociálních služeb

Model rodinné péče může úspěšně fungovat jen za předpokladu pestré nabídky nejrůznějších specializovaných i běžných služeb, spolupráce a vzájemné pomoci mezi institucionální a rodinnou péčí. V tomto ohledu jde především o dostupnost sociálních a zdravotních služeb, jak finanční, tak časovou a místní) a účasti obou subjektů na péči poskytované v domácích podmínkách prostředí blízkými osobami (Kotrusová, et al, 2013). Vhodné nastavení systému podpory, jednotlivých nástrojů a opatření je pro dosažení zlepšení situace pečujících zásadní. Důležitá je podpora veřejného sektoru, komunikace a neméně důležitý je přístup pracovníků veřejné správy k pečujícím osobám (Bareš, 2012).

V rámci sociální péče o osoby se sníženou soběstačností byl až do roku 1989 v České společnosti kladen důraz na ústavní institucionální péči. Poté, se začaly v devadesátých letech rozvíjet charitativní a neziskové a organizace zaměřené na pomoc těmto lidem a postupně docházelo k decentralizaci zdravotnické a sociální péče. Zejména v oblasti sociální začaly participovat i jiné nestátní subjekty. V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, byly definovány podmínky realizace a poskytování sociálních služeb, jejichž hlavním cílem je minimalizovat sociální a zdravotní rizika, rozvíjet a podporovat soběstačnost příjemce sociální péče v nejlepším případě v jejich přirozeném prostředí (Truhlářová et al., 2015).

Zřizovateli zařízení sociálních služeb jsou obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Služba je zřízena jako jejich vlastní organizační složka, formou příspěvkové organizace. Dalším poskytovatelem sociálních služeb a zřizovatelem mohou být nestátní neziskové organizace, které mají formu církevních právnických osob, obecně prospěšných společností, občanských sdružení (Koldinská a Matoušek, 2007)

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 33 až § 70 jsou explicitně vymezeny druhy a formy sociálních služeb a v § 78 až § 84 jsou vymezeny subjekty sociální péče, předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb. Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci či asistenti sociální péče, kteří pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí. Poskytovatelem sociální služby nemůže být subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Poskytovatelem sociálních služeb (formální péče) je stát, nezisková organizace, církev či soukromé subjekty. Služby mají formu terénní, ambulantní a pobytovou. Ambulantní jde o služby poskytované ve specializovaných zařízeních, kam se klienti musí sami dopravovat. Jedná o kontaktní či intervenční centra, různé druhy poraden, denní stacionáře. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí klienta, jedná se především o pomoc v domácnosti, nákupy, doprovázení při vyřizování osobních záležitostí apod. a patří sem např. pečovatelská služba, osobní asistence. Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk nalezne nový domov. Jedná se především o domovy pro seniory a domovy pro lidi se zdravotním postižením, o tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením. Sociální služby se dále poskytují ve formě sociálního poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. (Truhlářová et al., 2015).

Pečovatelská služba

V České republice sehraje významnou roli systém sociálních služeb. Pečovatelská služba, která je důležitým prvkem v mnoha evropských zemích systému služeb, reagující na demografické změny a je nejčastěji vyhledávanou službou. Jedná se o terénní službu poskytovanou přímo v prostředí domácnosti seniora s možností

reagovat na situaci seniora komplexně a je službou sociální péče (Kubalčíková, 2012). Výhodou služby je skutečnost, že senior zůstává ve svém přirozeném prostředí a není vystaven stresu, který může v důsledku umístění v jiném jemu cizím prostředí. Rozsah úkonů při poskytování Pečovatelské služby je vymezen zákonem. Základní činnosti zahrnují pomoc při péči o domácnost, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a poskytnutí nebo zajištění stravy a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. V rámci služby jsou tyto činnosti zpoplatněny. Maximální výše úhrad je vymezena ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. o sociálních službách a dále je zde popsán rozsah činností poskytovaných u jednotlivých druhů sociálních služeb. Základním principem služby je zachovat kvalitu život seniorů v jejich přirozeném prostředí. Dá se předpokládat, že u seniorů vyšším stupněm závislosti, žijících ve vlastní domácnosti, bude hlavním pečovatelem rodina a pečovatelská služba bude fungovat jako pomoc či odlehčení při náročné péči (Matoušek, 2007).

Osobní asistence

Jde o službu sociální péče je poskytovanou bez časového omezení v přirozeném prostředí seniora s cílem pomoci lidem se zdravotním postižením a seniorům zvládat s pomocí osobního asistenta takové úkony, které nejsou schopni zvládnout sami. Služba obsahuje aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí, péči o domácnost, osobní péče o samotného. Služba je poskytovaná i mimo domov, osobní asistent může pomoci s doprovodem k lékaři, na úřad nebo při trávení volného času. Tyto služby jsou za úhradu. Vzhledem k časové neomezenosti poskytované služby, jde o významnou pomoc neformálnímu pečovateli, neboť časový rozsah doby pomoci je flexibilní vůči jejich potřebám při zvládnání náročné péče. Pečující se tak v určitých časových intervalech může věnovat sám sobě, ostatním členům rodiny či svým koníčkům. Službu poskytují různé subjekty splňující podmínky pro poskytování sociálních služeb (Kubalčíková, 2012).

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby mají všechny tři formy sociálních služeb, formu terénní, ambulantní a pobytovou. Jsou zaměřeny na nesoběstačné osoby, o které je jinak pečováno doma. Je službou úlevovou pro neformální pečovatele. Cílem je umožnit

pečující osobě potřebný odpočinek je nazýván úlevovým. Služba se poskytuje v domácím prostředí, za seniorem přichází na několik hodin do bytu asistent nebo je o něho po část dne i více dní postaráno v zařízení (Matoušek, 2007). Odlehčovací služby jsou vhodné především pokud pečující potřebuje pár dní na odpočinek od péče. Prostřednictvím Odlehčovací (respitní) služby je pečujícím umožněno načerpat nové síly po dobu, po kterou se o opečovávanou osobu postará. Různé organizace tyto služby poskytují jak pro osoby se zdravotním postižením s různými diagnózami, tak pro seniory, v domácím prostředí nebo v zařízení např. Týdenní stacionáře. Týdenní stacionáře je úlevovou službou s maximální dobou pobytu s ubytováním a stravou, která může umožnit pečujícím např. odjet na dovolenou (Příručka Jak na péči, 2018). Odlehčovací službou ve formě ambulantní jsou například Centra denních služeb pro seniory, která poskytují různé druhy aktivizačních programů. Služba primárně zaměřena na aktivizaci osob a proto, lze jen těžko předpokládat, že bude poskytována ležícímu klientovi. Rodina s ležícím seniorem, kde je domácí péče nejnáročnější, tuto formu pomoci spíše nemůže očekávat. Problémem u této úlevové služby je nedostatek zařízení ambulantních služeb jako jsou Denní stacionáře nebo Centra denních, a to pro pečující osobu výrazné omezení ve výběru respitní služby (Dvořáčková, 2012).

Tísňová péče

Je vhodná, pokud pečující potřebuje zajistit bezpečí blízké osoby, v případě, že žije sama nebo s ní nemůžete být stále v kontaktu. Poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci. Umožňuje seniorovi či osobě se zdravotním postižením nepřetržitě hlasové či elektronické spojení (tísňového tlačítka, kamery, čidla detektoru pádu) s odborným pracovníkem, který může dále informovat pečující rodinu či zajistit pomoc lékaře či policie. Služba může zajistit pomoc v situacích, které jsou pro seniory ohrožující, např. pád, zhoršení zdravotního stavu (Příručka Jak na péči, 2018)

Pobyťová zařízení

V případě *pobyťových zařízení*, která by chtěla osoba pečující o nesoběstačného seniora v domácím prostředí využít jako respitní službu, většinou naráží na problém obsazenosti lůžek a tím na dlouhou čekací dobu přijetí. Haškovcová (2010) píše o morální povinnosti společnosti vůči pečujícím rodinám, která se může projevit právě

pomocí v podobě rozvoje respitních, neboli úlevových služeb. Přitom pomoc formou intervence agentur home care, pečovatelské služby, osobní asistence, sousedské a dobrovolnické výpomoci považuje autorka za „běžnou“ úlevu. Dále do této běžné úlevové péče zahrnuje i krátký pobyt seniora mimo domov v denních nebo týdenních stacionářích a domovinkách. Únava pečujících osob při dlouhodobé péči může být velmi vysoká a zdraví ohrožující, na místě je potom umožnit tomuto člověku delší pauzu k regeneraci sil. V dnešní době již uznávanou formou respitní péče je tzv. *parciální* hospitalizace, která může být poskytnuta seniorovi v zařízeních sociálních služeb, v nestátních zařízeních, popř. zdravotnických zařízeních. Haškovcová (2010) uvádí důležitý moment, při takto poskytnuté úlevové péči může rodina s jistým pocitem bezpečí trávit společně volný čas nebo odjet na společnou dovolenou, tudíž dochází i jisté regeneraci vztahů mezi členy rodiny a uvolnění napětí.

Poradenství

Specifickým druhem pomoci pro pečující osoby je poradenství. Včasné, úplné a pravdivé informace zajišťují plynulejší chod práce pečující osoby, zamezují zbytečnému tápání nebo chybám a pečující se tak vyhne časovým ztrátám, nejistotě a stresu. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách rozděluje sociální poradenství na základní a odborné. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Jde o základní, poradenskou povinnou činnost, která je poskytována všemi druhy sociálních služeb. Odborné poradenství je zakotveno v zákoně jako poradenství zaměřené na potřeby cílových skupin, součástí této služby je půjčování kompenzačních pomůcek. Poradenství v sociálních službách je poskytováno bez úhrady. I když nejde o klasickou úlevovou péči, je poradenství významnou pomocí pro pečující osoby, jelikož zabraňuje komplikacím v péči, které mohou vzniknout právě na základě nedokonalostí v informacích.

4.4.3 Pomoc neformálním pečovatelům ze strany domácích zdravotních služeb

V průběhu péče je vysoce pravděpodobné, že péče o blízkého bude vyžadovat pomoc ve formě zdravotních služeb od zdravotnických profesionálů. Neformální pečovatel má možnost obrátit se na ošetřujícího lékaře blízké osoby, který měl mít přehled a službu doporučit nebo může využít katalog Národního registru poskytovatelů

zdravotních služeb. Dále má možnost obrátit se na zdravotní pojišťovnu blízkého, která má povinnost zajistit dostupnou službu (Příručka Jak na péči, 2018).

Zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy upravuje Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dále tento zákon upravuje druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, pacientů a osob pacientům blízkých, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb.

Klíčovým prvkem zdravotní péče by měl být praktický lékař, který by měl mít celkový přehled o zdravotním stavu opečovávané osoby a včas upozorovat jeho změny a může předepsat některé zdravotní pomůcky. Při posuzování stupně závislosti pro účely žádosti o příspěvek na péči dodává posudkové službě zdravotní dokumentaci a předepisuje lázeňskou péči. V případě, že pacient není schopen dopravit se do ordinace může požádat praktického lékaře o návštěvu doma. Dále praktický lékař zasílá pacienta ke specializovanému lékaři dle stanovené diagnózy, který vykonává preventivní, diagnostickou, léčebnou a preventivní péči v oboru získané specializace, může předepisovat zdravotnické pomůcky. Významným specialistou pro léčbu seniorů je geriatr. Lékaři v této specializaci se zabývají péčí o pacienty starší 60 let, u kterých se mohou vyskytovat kombinace různých onemocnění. Dalšími významnými specialisty v péči o staré lidi jsou lékaři paliativní medicíny, kteří se zabývají zdravotní péčí o nevléčitelně nemocné v závěrečném stádiu života a jejich hlavním úkolem je především zajistit důstojný odchod ze života mírnit jejich bolest (Příručka Jak na péči, 2018).

Domácí ošetrovatelská péče

Základním formou pomoci pečujícím v domácím prostředí je terénní forma odborné zdravotní péče poskytovaná státními, soukromými, charitativními a komunitními subjekty. Na základě indikace praktickým lékařem případně ve spolupráci se specialistou, by péči měl poskytovat víceoborový zdravotnický tým kvalifikovaných pracovníků (Haškovcová, 2010). Domácí ošetrovatelská péče je významnou pomocí neformálním pečovatelům v domácím prostředí. Je pacientům a pečujícím, kde je nutné zahájit odbornou zdravotní péči. Tuto péči poskytují kvalifikované zdravotní sestry, dle doporučení lékaře. Na rozdíl od pracovníků v sociálních službách (pečovatelská služba)

mohou zdravotní sestry provádět výkony obdobně jako ve zdravotnickém zařízení, například aplikovat injekce, odebírat biologický materiál, provádět cévkování a další. V případě, že domácí zdravotní péči předepíše praktický či ošetřující lékař, pak je plně hrazena ze zdravotního pojištění. Velkou výhodou domácí ošetrovatelské služby je především možnost setrvání ve svém domácím prostředí, urychlení hojení, zkrácení doby hospitalizace, psychická pohoda pacienta a možnost omezení nebo úplného vyloučení přepravy pacienta do ambulantního zařízení (Příručka Jak na péči, 2018).

Rehabilitační péče

Rehabilitační péče je poskytována jak Ambulantně, tak v domácím prostředí. Poskytuje ji celá řada zdravotnických zařízení a v domácím prostředí ji zajišťuje mnoho poskytovatelů domácí ošetrovatelské služby. Pokud jsou profesionální rehabilitační služby doporučeny specialistou či praktickým lékařem, jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění. Cílem služby je zachovávat a zlepšovat schopnosti jedince, umožnit mu samostatnější a aktivnější život. Profesionálové mohou pečujícím poskytnout důležité informace, naučit je potřebné postupy a předat zkušenosti potřebné k provádění rehabilitační péče v domácím prostředí (Příručka Jak na péči, 2018).

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou určeny pro chronicky nemocné a jedná se o lůžkovou péči. Velice často jsou provozovány ve spojení s nemocnicemi a pacienti sem přicházejí po hospitalizaci v nemocnici, anebo již péči již není možné vykonávat v domácím prostředí. Péče je hrazena ze zdravotního pojištění a mnohé léčebny zajišťují také určitý počet lůžek sociálních či lůžek pro odlehčovací službu. Jde o sociální služby ve zdravotnictví, které jsou však poskytovány za úhradu (Příručka Jak na péči, 2018).

Paliativní péče

Paliativní péče je péčí o nevléčitelně nemocné a umírající. Jejím úkolem je zachování kvality života a zmírnění jeho utrpení pacientů, kteří trpí nevléčitelnou nemocí. Jde o kombinovanou zdravotní a sociální službu a poskytují se formou terénní a zaměstnanci hospice jsou pečovatelé i zdravotníci. Jejich úkolem je umožnit těžce nemocným důstojné umírání, ulehčit jim od bolesti a zároveň poskytovat podporu a

pomoc blízkým pečujícím a některé hospice poskytují podporu i pozůstalým (Příručka Jak na péči, 2018).

Velice důležité je povědomí pečujících osob o systému podpory v oblasti formální péče, o jednotlivých možnostech. Významné jsou informace týkající se povahy postižení nebo onemocnění opečovávané osoby a tím i potřeb opečovávaného, které mají významný vliv na náročnost péče a na situaci pečujících osob. Pečujícím by měly být včas poskytnuty informace o možnostech pomoci přímé i nepřímé podpory, a to především před započtím či nejpozději na samém počátku péče. Pečovatelé se potřebují rychle zorientovat v nové situaci. Jako největší problém v informovanosti o pomoci ze strany formální péče je roztržštěnost a neúplnost informací (Dohnalová a Hubíková, 2013). Kladně hodnoceným a důležitým zdrojem informací jsou z pohledu pečujících, samotní poskytovatelé sociálních služeb, hůře jsou pak hodnoceni sociální pracovníci na úradech a lékaři. Za nejpřínosnější zdroj informací považují pečující sami sebe, respektive svépomocné skupiny organizace a svépomocné skupiny založené pečujícími. Internet považují pečující jako dobrý zdroj informací, avšak některé informace jsou pro pečující málo srozumitelné a těžko dohledatelné (Bareš a Tomášková, 2013). Dotazníkové šetření v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatелů“ ukázalo, že právě nedostatek informací je častým problémem bránící využívání materiálních forem podpory nebo využívání sociálních služeb. Velmi nízká byla míra informovanosti o materiální podpoře, 41 % pečujících neznalo možnosti této podpory. Odlehčovací služby neznalo 39 % dotazovaných pečujících osob. 50 % nevědělo o existenci svépomocných skupin. Nejlépe byli informováni pečující v nejvyšším stupni závislosti a s intenzitou péče se zvyšuje míra informovanosti. Jako další hlavní bariéry a největší problém neformální pečovatелé označili cenu služeb, kromě domácích zdravotních služeb, tedy ceny služeb sociální péče a špatná dosažitelnost z hlediska územní kapacity. Na dotaz co nejvíce pečovatele zatěžuje, byla zmiňována finanční situace pečujících, která z velké části omezuje využití odlehčovacích služeb, neboť jim výše podpory stěží vystačí na pokrytí základních potřeb osoby, o kterou je pečováno (Šimoník, 2015).

4.4.4 Vzdělávání neformálních pečovatелů a jejich ekonomická aktivita

Za důležitý nástroj podpory neformálních pečovatелů je považováno vzdělávání v oblasti posilování kompetencí v pečování a zvládnání péče. Vzdělávání má pečujícím

umožnit lépe zvládnout povinnosti s péčí související (Geissler, et al., 2015). Největší zájem vzdělávací služby mají pečující začínající s péčí a u rodin, které již pečují dlouhodobě je zájem o tyto služby menší, neboť již mají letité zkušenosti s péčí a mají více potřebu praktické každodenní pomoci (Bareš, 2012). Nejvíce projevují pečující zájem specifické znalosti a dovednosti týkající se přímé obslužné péče dále projevují zájem o vzdělávání v oblasti psychosociálních hledisek péče, sociálně – právních dovedností a v oblasti time – managementu péče. Pečující o vzdělávání v oblasti péče mají zájem avšak často narážejí na bariéru v podobě nedostatku času a v takovém případě možnost vzdělávat se ovlivňuje to, zda je rodina schopna zajisti náhradní péči po čas vzdělávání (Kotrusová, et al., 2013). Další bariérou je skutečnost, že pečující jsou často psychicky vyčerpaní a nejsou ochotni věnovat čas vzdělávání, ale tomu, co je baví a poskytuje odpočinek (Bareš, 2012).

Ve většině případů je obtížné sladit péči o osobu blízkou s ekonomickou aktivitou pečující osoby, které se na trhu práce setkávají s řadou překážek, a tak část musí volit mezi péčí a pracovní kariérou a obětovat tak vlastní seberealizaci. Platí, že čím závažnější je stav závislé osoby, tím je péče nejen časově náročnější, a tím se snižuje šance zapojit se na trhu práce. Naše legislativa sice umožňuje úpravy pracovní doby v podobě nižších úvazků a flexibilní pracovní doby, avšak v praxi je nabídka ze strany zaměstnavatelů minimální (Bareš, 2012). Další významnou bariérou je finanční dostupnost náhradní péče v podobě sociálních služeb, např. pečovatelská služba či osobní asistence. Pokrytí pracovní doby těmito službami představuje pro pečovatele takový výdaj, že by se jim práce v podstatě nevyplatila a pracovali by pouze pro svou seberealizaci. Výstupy fokusních skupin realizovaných v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ nedospěly k jednoznačnému výsledku, že by pracovní aktivita byla vyšší u pečujících o osoby blízké s nižším stupněm závislosti. Rozhodujícími faktory se ukázala pomoc rodinných příslušníků, vstřícnost zaměstnavatele k úpravě pracovních podmínek, využívání vzdělávání a sociálních služeb. Výzkum dále potvrdil negativní vliv cen sociálních služeb na zaměstnanost pečujících osob (Geissler, et al., 2015). Osoby, které se stanou pečovateli, tak spíše opouštějí zaměstnání, než aby snížily úvazek, přestože nejvíce preferovanou je kombinace práce a péče (Colombo, et al., 2011).

V západoevropských zemích je součástí veřejné politiky politika speciálně zaměřená na harmonizaci pracovní role a pečující osoby v roly neformálních

pečovatelů. V rámci výzkumu „Podpora neformálních pečovatelů“ bylo zjišťováno zapojení neformálních pečovatelů na trhu práce. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že pokud pečovatelé pracovali na plný úvazek, u více než čtvrtiny 27 %, je vedla role pečovatele k úplnému opuštění pracovního trhu a na zkrácený úvazek jich přešlo pouhých 8 %. Pečovatelé, kteří před započatím péče pracovali na částečný úvazek si ho v 60 % ponechali. Jako hlavní bariéru považovali pečující právě (61 %) nedostatek částečných či flexibilních úvazků na trhu práce. Přitom víc jak třetina 38 % pečovatelů pečuje o osobu blízkou více jak 10 let a 31 % od 4 let do 10 let. (Šimoník, 2015). Dle Dudové (2015) po pěti až deseti letech péče u pečujících dochází ke ztrátě pracovních kompetencí a takto dlouhodobý výpadek z pracovního prostředí ztěžuje jejich možnost nastoupit na původní místo, ve chvíli, kdy ukončí péči.

Kotrusová et al., (2013) uvádí, že možnost zůstat aktivní po pracovní stránce aktivní je pro pečující důležitá z několika důvodů. Především je prostředkem k seberealizaci, pomáhá pečujícím rozvíjet sociální síť, udržovat určitý sociální status, umožňuje jinou identitu, než je role pečovatele a v jistém smyslu je formou odpočinku (Kotrusová et al., 2013). Výpovědi fokusních skupin realizovaných v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ prokázaly, že nejdůležitější motivací pracovat je pro pečující relaxační rozměr práce a možnost osvobodit se od psychicky náročné péče a věnovat se činnosti přinášející uspokojení. Jako další motiv respondenti uváděli ekonomické důvody (Geissler, et al., 2015).

4.5 Sociální zabezpečení neformálního pečovatele

Jak již bylo uvedeno, neformální pečovatelství nemá oporu v žádném právním předpisu. Činnost neformálního pečovatele není nijak právně upravena a jeho podpora není zmiňována v žádném strategickém dokumentu. Pouze okrajově je pečující osoba blízká zmíněna v zákoně 108/2006 a to v § 7 odstavci 2, kde je v souvislosti s nárokem na příspěvek na péči zmíněn status osoby blízké, která může být poskytovatelem péče. Ekonomická situace na trhu práce není příliš nakloněná práci na kratší úvazek, která by pečovateli umožnila jeho situaci tímto způsobem řešit. Dlouhodobá péče o blízkého člověka může vést k nízké úrovni budoucího starobního důchodu, pokud pečovatel pečuje nepřetržitě a péče mu znemožňuje zapojit se do pracovního procesu a pečovatel obvykle nemá příležitost, čas ani sílu udržovat si potřebné profesní znalosti a dovednosti. Tyto skutečnosti hrozí negativním dopadem na ekonomické zabezpečení samotného pečovatele (Dudová a Vohlídalová, 2018).

4.5.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči v roce 2007 nahradil příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu, který upravoval zákon o sociálním zabezpečení. Příspěvek na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a je vyplácen osobě závislé na pomoci jiné fyzické osoby, tím jsou však opomíjeny potřeby neformálních pečujících a jejich finančního zajištění. Jedná se o opakující nepojistnou sociální dávku, která je vyplácena měsíčně (Geissler, et al, 2015). Příspěvek je možné použít na úhradu péče organizacemi, které jsou zapsány v registru poskytovatelů sociálních služeb, nebo částečné pokrytí nákladů, které vzniknou neformálnímu pečovateli (MPSV, 2016). Hrozenská a Dvořáčková (2013) uvádí, že příspěvek na péči je vyplácen osobám starší jednoho roku, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopny samy zvládat základní životní potřeby. Rozsah základních životních potřeb je definován taktéž v zákoně o sociálních službách. Poskytováním příspěvku na péči se stát podílí na zajištění sociálních služeb, či jiných forem pomoci osobám závislým na péči při zvládání základních životních potřeb podle zákona o sociálních službách (Hrozenská a Dvořáčková, 2013). Jedná se o pomoc při zvládání základních každodenních potřeb, jinou fyzickou osobou, dětem do dovršení 18 let a potřeby každodenní pomoci či dohledu u osob starších 18 let (Truhlářová et al ., 2015).

Výše příspěvku na péči se stanoví dle stupně závislosti a podle věku závislé osoby, kdy jsou rozdílné částky u osob mladších 18 let a osob starších 18 let. U osob mladších 18 let se nehodnotí potřeba péče o domácnost. Vyplacený příspěvek na péči může osoba závislá na péči využít jako odměnu pečujícím neformálním pečovatelům, nebo jako úhradu sociálních služeb, či jej využít kombinovaně a rozdělit mezi formální a neformální pečovatele (Příručka Jak na péči, 2018). Z vyplaceného příspěvku je možné hradit sociální i zdravotní pomoc, kterou může osobě závislé na péči poskytovat, dle jeho výběru, osoba blízká, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, asistent sociální péče, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu (MPSV, 2016).

Existují pouze dvě možnosti, kdy může být příjemcem příspěvku na péči jiná fyzická osoba, než osoba závislá na péči. V prvním případě, osoba, které je příspěvek na péči určen, zemře dříve, než mu je příspěvek na péči poskytnut. A v druhém případě, kdy krajská pobočka úřadu práce stanoví zvláštního příjemce příspěvku na péči,

z důvodu, že osoba závislá si není schopna za příspěvek na péči, opatřit pomoc a tato povinnost připadá zvláštnímu příjemci příspěvku na péči (Koldinská, 2016).

Dle § 9 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se pro posuzování jednotlivých stupňů závislosti využívá hodnocení schopnosti zvládat tyto životní potřeby: 1. Mobilita, 2. Orientace, 3. Komunikace, 4. Stravování, 5. Oblékání a obouvání, 6. Tělesná hygiena, 7. Výkon fyziologické potřeby, 8. Péče o zdraví, 9. Osobní aktivity, 10. Péče o domácnost (hodnotí se pouze u osob starších 18 let).

Jednotlivé schopnosti zvládat základní životní potřeby blíže vymezuje a zároveň jejich posouzení stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb. Pro posuzování stupně závislosti musí existovat příčinná souvislost mezi neschopností standardně zvládat životní potřeby a mezi omezením daných schopností z důvodů dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu. Zvládání jednotlivých potřeb je hodnoceno sociálním pracovníkem Úřadu práce, s přihlédnutím k věku posuzované osoby, v přirozeném sociálním prostředí posuzované osoby (MPSV, 2016).

Stupně závislosti dle § 8 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se osoba do 18 let věku považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

Stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby,

Stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,

Stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,

Stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Stupně závislosti dle § 8 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se osoba starší 18 let věku považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

Stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,

Stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,

Stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,

Stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Žádost o příspěvek na péči podává osoba, která bude příjemcem, na kontaktním pracovišti Úřadu práce ČR v místě svého bydliště, včetně přílohy Oznámení o poskytovateli pomoci, kde je potřeba uvést, kdo bude péči poskytovat. Posouzení nároku a stupně závislosti je v kompetenci lékařské posudkové služby a posudkový lékař rozhoduje dle zdravotnické dokumentace a záznamu ze sociálního šetření, které provádí sociální pracovník úřadu práce v přirozeném sociálním prostředí žadatele. Úkolem sociálního pracovníka je v rámci sociálního šetření zjistit, zda je žadatel schopen v přirozeném prostředí zvládat 10 základních životních potřeb (u osob do 18 let 9 základních životních potřeb) (Příručka Jak na péči, 2018). Sociální pracovníci úřadů práce jsou však dle respondentů fokusních skupin v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ nedostatečně kompetentní, málo empatictí a zkušení pro výkon sociálního šetření pro řízení o přiznání příspěvku na péči. Sociální pracovníci úřadů práce pak sami mají zkušenost, že podkladům zjištěným při sociálním šetření zvládnutí základních životních potřeb, lékaři posudkové služby nepřisuzují náležitou váhu a konečné rozhodnutí tak nemají možnost ovlivnit (Geissler, et al., 2015).

Tabulka č. 1 Výše příspěvku na péči od roku 2016.

Stupeň závislosti	Osoba mladší 18 let		Osoba starší 18 let	
	Počet životních potřeb	Výše příspěvku	Počet životních potřeb	Výše příspěvku
I. lehká	3	3 300	3	880
II. Středně těžká	4 až 5	6 600	4 až 5	4 400
III. těžká	6 až 7	9 900	6 až 7	8 800
IV. Úplná	8 až 10	13 200	8 až 10	13 200

Zdroj: Vlastní dle <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

Od roku 2019 dle novely zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, je umožněno navýšení příspěvku na péči pro osoby s přiznaným III. a IV. stupněm závislosti. Navýšení příspěvku mohou čerpat osoby, které nevyužívají pobytové sociální služby. Osobám se IV. Stupněm závislosti se zvýšil příspěvek o 6000 Kč, a to od 01. 04. 2019. Osobám se III. stupněm závislosti se zvýší příspěvek o 4000 Kč, a to od 01. 06. 2019.

Tabulka č. 2 Výše příspěvku na péči při navýšení osobám, které nevyužívají pobytové sociální služby od roku 2019

Stupeň závislosti	Osoba mladší 18 let		Osoba starší 18 let	
	Počet životních potřeb	Výše příspěvku	Počet životních potřeb	Výše příspěvku
I. lehká	3	3 300	3	880
II. Středně těžká	4 až 5	6 600	4 až 5	4 400
III. těžká	6 až 7	13 900	6 až 7	12 800
IV. Úplná	8 až 10	19 200	8 až 10	19 200

Zdroj: Vlastní dle Tiskové zprávy ze dne 07. 12. 2018, MPSV (on-line), 2018

Cílem pozměňovacího návrhu, zvýšení příspěvku na péči je odlehčení finanční situace těm, kteří se rozhodli být neformálními pečovateli a pečují o své blízké v domácím prostředí. Podle Tiskové zprávy MPSV ze 7. 12. 2018 byla před navýšením dostupnost pomoci u příjemců příspěvku v III. a IV. stupni závislosti značně neúměrná a znevýhodňovala ty, kteří se rozhodli jít náročnou cestu neformálního pečovatele a poskytovat pomoc blízké osobě. Pobyt v přirozeném domácím prostředí má pozitivní vliv na celkový zdravotní stav, a hlavně na psychiku osob, které jsou závislé na pomoci osoby jiné. Být v péči svých nejbližších v domácím prostředí upřednostňují jak sami pečující, tak osoby opečovávané. Navýšení příspěvku je možným řešením pro lidi, kteří se rozhodnou o obětovat možný výdělek v práci proto, aby mohli pečovat o svého blízkého, aniž by se dostali do složité ekonomické situace (MPSV, 2018).

V roce 2011 proběhl výzkum „Způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči. Z výsledků vyplynulo, že podíl úhrady celkových nákladů na péči z příspěvku se pohybuje v I. stupni závislosti od 22 % do 58 %, ve 2. stupni závislosti od 61 % do 95 % ve 3. stupni závislosti 60 % do 67 % a ve 4. stupni závislosti od 70 % do 95 %. Dále vyplynulo, že příspěvek na péči je používán na úhradu nákladů, které s péčí přímo nesouvisejí. Jedná se o výdaje na dopravu, úhradu léků, nákladů na bydlení, běžné

výdaje na domácnost, hygienické pomůcky a další náklady (MARKENT a VUPSV, 2011).

Pokud však měl příspěvek na péči sloužit jako odměna pečovatele, např. jako kompenzace ztráty zaměstnání v důsledku péče, byla částka, která pečujícímu zůstala po zaplacení nutných položek velmi nízká a nekompenzovala tak ušlý příjem ze zaměstnání. To potvrzuje již uvedený výzkum z roku 2015 „Podpora neformálních pečovatelů“, kde pečující uvádějí, že je nevíce tíží finanční situace, která z velké části omezuje využití odlehčovacích služeb, neboť jim výše podpory stěží vystačí na pokrytí základních potřeb osoby, o kterou je pečováno. Vzhledem k těmto skutečnostem bylo na místě zvýšení částek příspěvku na péči v roce 2016 a další navýšení v roce 2019 ve III. a IV. stupni závislosti, v případě, že je pečováno o osobu blízkou v domácím prostředí.

Problémem však zůstává koordinace příspěvku na péči a zprostředkování vhodných sociálních služeb. Zde se střetávají kompetence Úřadu práce jako rozhodujícího (také kontrolního) orgánu o přiznání příspěvku na péči (na základě posudku Lékařské posudkové služby) a samosprávy obcí, které se hrají významnou roli v týkající se sociálních služeb a jejich zprostředkování (Geissler, et al, 2018). Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 92 – 95 stanovuje, že obce a kraje mají dbát na vytváření podmínek pro rozvoj sociálních služeb, sami zřizovat organizace poskytující sociální služby, dle zjištěných skutečných potřeb lidí a potřebných zdrojů. Dále je zde stanoveno, že by měla probíhat spolupráce mezi obcemi a úřady. Zákon však blíže nespécifikuje požadavky na její podobu, jakým způsobem by měla spolupráce probíhat. Geissler, et al. (2018) uvádí, že v praxi to může znamenat rozdílnost kooperace mezi Úřady práce a obcemi v různých lokalitách. Po roce 2012 přešlo řízení o přiznání příspěvku na péči na Úřady práce a výměna informací mezi úřadem práce a sociálním odborem, ohledně uživatelů příspěvku a pečujících osobách, není dostačující někdy až mizivá. Nastává tak situace, že obec nemá potřebné informace, kdo příspěvek pobírá, kdo je hlavní pečující osobou a komu je zapotřebí věnovat pozornost. Informovanost ze strany ohledně zajištění potřebné péče a služeb ze strany úřadů práce prakticky nefunguje, příspěvek je přidělován a kontrolován úřední cestou a nebere do úvahy skutečnou situaci neformálních pečovatelů. Respondenti fokusních skupin vnímají převedení nepojistných sociálních dávek pod úřady práce jako krok zpět. (Geissler et al., 2015).

Předávání informací mezi Úřady práce a příslušnými sociálními odbory obcí se tak jeví zásadní v souvislosti s informovaností, o možnostech pomoci ze strany formálních péče. Tyto informace jsou důležité jak pro osoby závislé na péči, tak pro neformální pečovatele samotné. Jak již bylo uvedeno, právě nedostatek informací je častým problémem bránící využívání materiálních forem podpory nebo využívání sociálních služeb neformálními pečovateli. Dochází tak ke střetu kompetencí, kdy jeden sociální pracovník úřadu práce posuzuje a zároveň kontroluje přiznání příspěvku na péči a další sociální pracovník příslušného sociálního odboru obce by měl realizovat sociální práci, ovšem o příjemcích příspěvku ani o pečujících osobách nemá potřebné informace. Může tak docházet k situacím, kdy není již na samém počátku péče komplexně řešena situace neformálních pečovatelů, jsou odděleny finanční prostředky a věcné řešení situace. Neformálním pečovatelům pak chybí informace o vhodných zdravotních a sociálních službách (především služby terénní a odlehčovací), o kterých mají přehled především sociální pracovníci obcí.

5 Další možnosti finančního zajištění neformálních pečovatелů

5.1 Dlouhodobé ošetrovné

Jednou z možností finančního zajištění neformálních pečovatелů je „dlouhodobé ošetrovné“. Jedná se o dávku nemocenského pojištění vyplácenou od 1. června 2018. Cílem dlouhodobého ošetrovného je alespoň zčásti pomoci zaměstnaným osobám, které se rozhodli pečovat o svého blízkého v domácím prostředí, a to ochranou pracovního místa a poskytnutím peněžité dávky, která v takovém případě nahrazuje příjem ze zaměstnání (Příručka Jak na péči, 2018). Tato novela zákona č. 310/2017 Sb. zákona o nemocenském pojištění, má zlepšit podmínky pro neformální pečovatele, tím, že nebudou nuceni opustit zaměstnání (Dobiášová a Kotrusová 2017). ČSSZ (2018) uvádí, že dávka umožňuje rodinným příslušníkům zůstat doma ve chvíli, kdy budou pečovat o svého blízkého, u kterého lékař zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkovou péči rozhodl, že jeho zdravotní stav potřebuje po propuštění z hospitalizace domácí celodenní péči alespoň po dobu 30 dnů, a současně také musí být u ošetrované osoby splněna podmínka hospitalizace, která trvala minimálně 7 po sobě jdoucích kalendářních dnů. Tato dávka má také pečovatелům poskytnout čas a prostor pro případné následné rozhodnutí rodiny, jak se o svého blízkého postarat v případě, že péči bude vyžadovat i nadále a zda jsou schopni poskytnout potřebnou péči. Základní podmínkou vzniku nároku na dávku je účast pečující osoby na nemocenském pojištění u zaměstnance, který je alespoň po dobu 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících bezprostředně předcházejících dni vzniku potřeby pojištění a současně pečuje o osobu, která potřebuje dlouhodobou péči v domácím prostředí. U osob samostatně výdělečně činných musí být splněna podmínka dobrovolné účasti na nemocenském pojištění alespoň po dobu 3 měsíců bezprostředně předcházejících dni nástupu na dlouhodobé ošetrovné. Další podmínkou nároku je, že pečující, který je v přímém příbuzenském vztahu, žije s ošetrovanou osobou ve společné domácnosti. U osob bez přímého příbuzenského vztahu je zákonem stanovena podmínka společného místa trvalého pobytu s ošetrovanou osobou (ČSSZ, 2018).

5.2 Zdravotní a sociální pojištění

Pečující osobě pro účely zdravotního a sociálního pojištění vznikají výhody, pokud pečuje o osobu, která má přiznaný příspěvek na péči. Dle § 7 odst. 1 písm. g) zákona č.

48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění je zdravotní pojištění hrazeno osobě, o kterou je pečováno i pečujícími osobám po dobu péče o osobu mladší deseti let v I. až IV. stupni závislosti nebo osobu jakéhokoliv věku ve II., III., nebo IV. stupni závislosti. Hlavní pečující osoba si od příslušného úřadu práce vyžádá potvrzení o péči, které pak pro hrazení pojištění státem, odevzdá své zdravotní pojišťovně (Příručka Jak na péči, 2018).

Pro účely sociálního pojištění je pečujícímu, který je veden na úřadu práce jako hlavní pečující osoba, doba péče dle zákona č. 155/1995 o důchodovém pojištění započítávaná jako tzv. náhradní doba pojištění. Náhradní doba pojištění se zohledňuje v případě, že hlavní pečující osoba pečuje o osobu mladší deseti let v I. až IV. stupni závislosti nebo osobu jakéhokoliv věku ve II., III., nebo IV. stupni závislosti (Příručka Jak na péči, 2018). V případě, že doba péče o osobu blízkou spadá do období rozhodného pro zjišťování příjmu pro výpočet důchodu, jedná se o dobu vyloučenou a nedochází tak k rozmělnění dosažených příjmů a následnému snížení zásluhové části důchodu (Průša, 2016). Na okresní správu sociálního zabezpečení je, pro zahrnutí péče do náhradní doby pojištění, nutné podat návrh na řízení o vydání rozhodnutí o době a rozsahu péče. Toto rozhodnutí v budoucnu slouží jako podklad při sepisování žádosti o důchod. Pokud pečující v době péče zároveň pracovali a současně pečovali méně než 15 let, mohou si zvolit, zda budou započteny příjmy z práce, anebo zda doba péče bude z výpočtu vyloučena. Pokud však osoba pečovala a zároveň pracovala víc než 15 let, započítává se příjem z příspěvku na péči pro výpočet důchodu (Příručka Jak na péči, 2018).

5.3 Pracovní doba a úlevy na dani

Pečující o osobu blízkou mají dle § 241 odst. 2 zákona č. 262/2006 Sb. zákoníku práce nárok na úpravu pracovní doby. Z důvodu péče o osobu blízkou, může pečující požádat zaměstnavatele o zkrácení pracovní doby. Zaměstnavatel má povinnost této osobě vyhovět, jestliže mu v tom nebrání vážné provozní důvody. Dále může pečující dle § 35ba zákona č. 586/1992 Sb., České národní rady o daních z příjmů při zaměstnání čerpat slevu na dani na manžel, manželku či registrovaného partnera, partnerku nebo daňové zvýhodnění na dítě (§ 35c), a v případě, že má osoba závislá na péči průkaz ZTP/P, zvyšuje se sleva na dani na dvojnásobek (Příručka Jak na péči, 2018).

5.4 Nepojistné dávky pro osoby se zdravotním postižením

Další možností finanční podpory pro pečující osoby představuje příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku podle § 6 a § 7 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Dále poskytování dávek upravuje vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. O nároku na tyto dávky rozhoduje místně příslušná krajská pobočka Úřadu práce ČR a také je vyplácí. Dle výše uvedeného zákona úřad práce vydává průkaz osoby se zdravotním pojištěním.

5.4.1 Příspěvek na mobilitu

Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem ZTP (zvláště těžké postižení) nebo „ZTP/P (zvláště těžké postižení s průvodcem) a opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a v oblasti mobility nebo v oblasti orientace není schopna samostatně zvládat tuto základní životní potřebu. Přiznání dávky vylučuje, pokud je osoba využívá pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách (domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby. Jedná se o opakující se dávku, která je při splnění podmínek vyplácena ve výši 550 Kč měsíčně, vždy zpětně. Jde o jednu z možností, kterou mohou neformální pečovatelé s osobou, o kterou pečují, při dlouhodobé péči využít (Beck et al., 2012).

5.4.2 Příspěvek na zvláštní pomůcku

Další takovou možností, kterou mohou neformální pečovatelé, pečující dlouhodobě o osobu blízkou společně využít, je dle zákona 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením příspěvek na zvláštní pomůcku. Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku mají osoby, jež mají těžkou vadu pohybového nebo nosného ústrojí, nebo těžké sluchové postižení nebo těžké zrakové postižení, a to v charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, který trvá nebo se předpokládá, že bude trvat déle než jeden rok. Jedná se například o stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC, stropní zvedací systém, schodolez, svislou zdvihací plošinu, nájezdové ližiny a další. Součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60

kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč a 850 000 Kč (při poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení plošiny). Příspěvek se neposkytuje na zdravotní pomůcky hrazené ze zdravotního pojištění. Nárok na pořízení motorového vozidla, jako zvláštní pomůcky, nebo speciálního zádržního systému má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. U všech pomůcek platí podmínka, že zdravotní stav osoby nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku a zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo styk s okolím. Zvláštní pomůcky mohou pomoci zdravotně postižené osobě k samostatnějšímu životu, ale především i osobám v roli neformálních pečovateli s obsluhou a péčí o své blízké. Jedná se o celou řadu různých věcí, které umožňují jejich využívání osobám s omezenou pohyblivostí, a to od vybavení a úprav domácnosti, přes vodící psy pro nevidomé, signalizační systémy pro osoby postižené ztrátou sluchu, až po motorové vozidlo a jeho úpravu (Příručka Jak na péči, 2018).

5.4.3 Průkaz osoby se zdravotním postižením

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením dle § 34 - §36 zákona 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (s tělesným, smyslovým nebo duševním), které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace stanoví vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Průkaz na základě žádosti vydává místně příslušná pobočka Úřadu práce ČR. Průkazy jsou rozděleny podle míry postižení na průkaz osoby s těžkým postižením (TP), se zvlášť těžkým postižením (ZTP) a se zvlášť těžkým postižením s průvodcem (ZTP/P). Držitelé průkazu mají možnost využívání finančních výhod či úlev. Jedná se o osvobození od určitých správních a místních poplatků, daňové úlevy a výhody v oblasti osobní a hromadné dopravy a případné poskytnutí slev na kulturních a sportovních akcích.

5.5 Příspěvek na bydlení

Příspěvek na bydlení je opakující se nepojistnou sociální dávkou ze systému státní sociální podpory, který dle § 24 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře má

pomoci jednotlivcům i rodinám s nízkým příjmem pokrýt náklady na bydlení. Nárok na příspěvek na bydlení má vlastník nebo nájemce bytu a vzniká, jestliže 30 % (v Praze 35 %) příjmů společně žijících osob nestačí k pokrytí nákladů na bydlení a zároveň těchto 30 % (v Praze 35 %) příjmů není vyšší než částka normativních nákladů na bydlení. O přiznání dávek hmotné nouze rozhodují a vyplácí příslušné krajské pobočky Úřadu práce ČR.

5.6 Dávky hmotné nouze

System dávek pomoci v hmotné nouzi upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi a zejména zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. Dávky hmotné nouze jsou jedním z opatření, kterými stát bojuje proti sociálnímu vyloučení, je formou pomoci osobám s nedostatečnými příjmy k zajištění základních životních podmínek a potřeb. Do příjmu přitom není započítáván příspěvek na péči (MPSV, 2020).

5.6.1 Příspěvek na živobytí

Je základní opakující se dávkou pomoci v hmotné nouzi, která je vyplácena měsíčně. Dávka pomáhá osobě či rodině, tedy osobám společně posuzovaným, při nedostatečném příjmu. Nárok na dávku vzniká, pokud příjem osoby nebo příjem společně posuzovaných osob nedosahuje po odečtení přiměřených nákladů na bydlení částky živobytí (Příručka Jak na péči, 2018). Částka živobytí se odvíjí od částky existenčního a životního minima podle výše zmíněného zákona o životním a existenčním minimu a lze ji zvýšit, v případě, že zdravotní stav osoby, dle doporučení příslušného odborného lékaře, vyžaduje zvýšené náklady na dietní stravování. V případě, že pečující osoba žije s osobou, o kterou je pečováno, ve společné domácnosti nezapočítává se příspěvek na péči do příjmů společně posuzovaných osob (MPSV, 2020).

5.6.2 Doplatek na bydlení

Doplatek na bydlení je druhou dávkou pomoci v hmotné nouzi a je prostředkem k řešení nedostatku příjmu k uhrazení nákladů na bydlení, v případě, že nestačí vlastní příjmy osoby či osob společně posuzovaných, včetně příspěvku na bydlení ze systému státní sociální podpory. Jedná se o opakující se dávku, která je při splnění podmínek vyplácena měsíčně. Dávka je poskytována vlastníku užívajícímu byt, nebo jiné osobě,

kteřá užívá byt na základě právního titulu např. smlouvy o nájmu bytu. Podmínkou nároku na doplatek na bydlení je získání nároku na příspěvek na živobytí. V případě, že nárok na příspěvek na živobytí nevznikne zákon umožňuje poskytnout doplatek na bydlení, pokud příjem osoby a společně posuzovaných osob přesáhl částku živobytí osoby nebo společně posuzovaných osob, ale nepřesáhl 1,3 násobek částky živobytí osoby nebo společně posuzovaných osob. Výše doplatku na bydlení se stanoví, tak aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení (normativních nákladů na bydlení) zůstala osobě či osobám společně posuzovaným částka živobytí (MPSV, 2020).

5.6.3 *Mimořádná okamžitá pomoc*

Mimořádná okamžitá pomoc je poslední dávkou pomoci v hmotné nouzi. Jedná o dávku jednorázovou. Dávka se poskytne na základě žádosti, na rozdíl od příspěvku na živobytí a doplatku na bydlení, jen jednou a pro poskytnutí další mimořádné okamžité pomoci musí být podaná nová žádost. Jedná se o dávku nenárokovou a subsidiární. Pro tuto dávku platí dva limity: u osoby musí být splněny podmínky pro poskytnutí dávky ve vztahu k určitému druhu mimořádné okamžité pomoci a nesmí být u dané osoby či v určitých případech u osob společně posuzovaných vyčerpána maximální částka v rámci jednoho kalendářního roku. Nenárokovost dávky je její základní vlastností, a znamená to, že je na správním uvážení úřadu, zda dávku vzhledem k celkovým sociálním a majetkovým poměrům a vzhledem k mimořádnosti situace, poskytne či ne. Zákon stanoví šest situací: 1. hrozí vážná újma na zdraví (nedostatek potravin) 2. postižení mimořádnou událostí (živelná pohroma), 3. nedostatek prostředků na jednorázový výdaj (doklady, otop), 4. nedostatek prostředků na nákup nebo opravu předmětů dlouhodobé potřeby (lednice, pračka), 5. nedostatek prostředků v souvislosti se vzděláním (učebnice, lyžařský výcvik), 6. ohrožení sociálním vyloučením (Šabatová et al., 2017). Mimořádnou okamžitou pomoc lze poskytnout i osobě či osobám, které podle zákona o hmotné nouzi nespĺňují nárok na opakující se dávky hmotné nouze (MPSV, 2020). Při posuzování nároku na dávku vždy záleží na individuálním posouzení konkrétní situace každého žadatele a na vyhodnocení, zda je schopen ji vyřešit vlastními silami, či nikoliv (Šabatová et al., 2017).

6 Výzkumy sociálních služeb a příspěvku na péči a národní strategie rozvoje sociálních služeb

6.1 Výzkumy sociálních služeb a příspěvku na péči

Pro správné nastavení systému sociální péče je velmi důležitý také výzkum této oblasti. Tato problematika, její rozsah a možnosti byly nesystematicky řešeny již od konce 90. dvacátého století např. v rámci Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Financování sociálních služeb a rozsah povinností státu výjimečně věnuje Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

Budoucností financování služeb sociální péče se věnoval například Průša. Jeho výzkumy z let 2011 a 2012 byly ale zaměřené spíše na kvantitativní popis a sledování trendů.

Ve výzkumu z roku 2012 se Průša spolu s Víškem věnovali optimalizaci sociálních služeb. Dopracovali se k závěrům, že v posledních dvaceti letech došlo k mnoha významným pozitivním změnám v oblasti sociálních služeb, jejich poskytování a financování. Významným milníkem bylo přijetí tzv. Bílé knihy v sociálních službách. Zde byly definovány základní principy poskytování sociálních služeb. Jde vůbec o první koncepční materiál s principy pro dalšího směřování systému sociálních služeb. Důraz je přitom kladen na zajištění a podporu sociálních služeb napomáhajících k životu v domácím sociálním prostředí, na péči v rodině a na zlepšení návaznosti sociálních a zdravotních služeb. Analýzou vybavenosti jednotlivých územních celků službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením bylo zjištěno, že jsou mezi jednotlivými celky významné rozdíly ve vybavenosti jednotlivými typy služeb, v dostupnosti služeb i v propojenosti sociálních a zdravotních služeb. Dostupnost jednotlivých služeb je ovlivněna strukturou osídlení, velikostí sídel i jejich vzdáleností od centra a větších měst jednotlivých regionů. Dle analýzy by se rozvoj všech forem terénních, ambulantních i pobytových služeb měl stát nedílnou součástí regionálních rozvojových plánů. Důležité je také umět včas reagovat na demografickou situaci obyvatelstva v jednotlivých regionech (Víšek a Průša, 2012).

Teprve ve výzkumu z roku 2015 přišel Průša s konkrétními doporučeními pro úpravu systému financování sociálních služeb. Na základě tohoto výzkumu bylo zjištěno, že při zpracovávání návrhu opatření pro stimulaci a rozvoj služeb sociální péče, k zajištění dostupnosti a návaznosti zdravotních a sociálních služeb a k posílení odpovědnosti obcí za jejich poskytování, je potřeba sociální služby chápat jako

ekonomickou kategorii. Je tak potřeba nastavit systém jejich financování se základními předpoklady pro jejich efektivní poskytování. Z výzkumu také vyplynulo, že jiná hlediska se mají uplatňovat při hodnocení efektivity systému financování a poskytování sociálních služeb z pohledu státu, jiné pak z pohledu krajů měst a obcí jako zřizovatelů zařízení a jiná z pohledu nestátních neziskových organizací. Jiná hlediska hodnocení efektivnosti mají také klienti (uživatelé) jednotlivých sociálních služeb. Na základě poznatků získaných z různých mezinárodních srovnání došel Průša ke zjištění, že by bylo vhodné změnit také stávající kategorie příspěvku na péči. Bylo by vhodné, pokud by se rozšířily stupně závislosti ze čtyř na více stupňů. Příspěvek na péči je v ostatních zemích (např. v Rakousku, na Slovensku či v Německu) diferencován do více stupňů. Stejně tak by se mělo zvážit, zda by se také neměly změnit podmínky pro přiznání příspěvku na péči podle potřebné doby poskytované péče (např. jako v Rakousku). Analýzou bylo také zjištěno, že péče poskytovaná klientům v domácím prostředí je finančně více náročná než péče poskytovaná v pobytových zařízeních. Průša také navrhuje zvážení vhodnosti poskytování příspěvku na péči nemocným a nemohoucím osobám odkázaným na pomoc druhých v případě, že péči klientovi poskytuje pouze rodinný příslušník či jiná osoba. Navrhuje, zda by příspěvek na péči v těchto případech neměl být vyplácen přímo pečující osobě (jako tomu bylo před přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Přijetí opatření navrhovaných Průšou by napomohlo k rozvoji všech typů služeb sociální péče a k širšímu zapojení nových subjektů do systému těchto sociálních služeb. Došlo by k vytvoření poptávky po službách, což by vedlo k vytvoření nabídky nových sociálních služeb. Došlo by tak k jejich diferenciaci a zlepšení (Průša, 2015).

V roce 2015 také proběhl Projekt neformálních pečovatелů, byl realizován ve Fondu dalšího vzdělávání a financován z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (OP LZZ) a ze státního rozpočtu. Tento projekt byl zaměřený na zanalyzování situace neformálních pečovatелů v České republice. Jeho cílem bylo navržení vhodných systémových změn, které by napomohly k řešení situace neformálních pečovatелů. Na základě podrobné analýzy bylo zjištěno, že u nás neexistuje registr neformálních pečovatелů. Mohou se tak lišit odhady velikosti této skupiny. Bylo také zjištěno, že neformální péče je nejčastěji realizována v rámci příbuzenských vztahů a hlavním motivem poskytovatelů morálního přesvědčení o správnosti péče. Na základě této analýzy bylo zjištěno, že podoba a obsah péče závisí na

druhu a stupni postižení osoby i na možnostech sdílení péče s ostatními rodinnými příslušníky či dalšími pečovateli. V případě využití pomoci rodiny či využívání sociálních služeb se zlepšila kvalita života hlavního pečovatele. Výzkumy a provedenými analýzami bylo zjištěno, že podpora neformální péče ze strany veřejného sektoru v České republice není velká. Podmínky pro poskytování neformální péče jsou spíše nepříznivé. Finančně-sociální zabezpečení pečujících osob je spíše nedostatečné. Pečovatelé dostávají minimální přímou podporu. U pečujících osob může poklesnout jejich sociální zabezpečení. Dlouhodobá neformální péče má vliv na výši budoucího starobního důchodu, pečovateli není garantován příjem v době přerušování péče (nemoc, hospitalizace) či po ukončení péče. Pečovatelé jsou závislí na finanční podpoře veřejného sektoru. Vzhledem k tomu, že náklady na péči jsou vysoké, není finanční podpora nijak vysoká. Lze ji považovat za nízkou. Pečující osoby jsou omezené v rámci pracovního uplatnění. Jsou ohroženy nezaměstnaností. Mohou se tak dostat do nepříznivé finanční situace. Péče o závislou osobu s sebou nese také zásah do oblasti volného času, kdy pečující osoba musí být flexibilní a zajistit aktivity vyplývající z pečovatelského závazku. Tou nejdůležitější dávkou pro pečující rodiny je příspěvek na péči. Tato dávka náleží závislé osobě. Analýza odhalila několik slabých stránek této dávky: posouzení nároku na dávku je vázáno na zvládnutí úkonů a nehodnotí se potřeby závislé osoby, proces schvalování příspěvku je zdlouhavý, může dojít ke špatnému a nejednotnému posouzení, některé diagnózy mohou systémem propadnout, výše příspěvku nepokryje náklady na ambulantní či terénní služby, v případě dobré péče a zlepšení zvládnutí úkonů se příspěvek snižuje. Analýzou byla zjištěna nedostatečná provázanost zdravotních a sociálních služeb. Osoby závislé na péči potřebují péči komplexní. V případě, že jim není poskytnuta, odrazí se to na jejich zdravotním stavu. Vliv nedostatečné propojenosti zdravotních a sociálních služeb se dotýká také jejich okolí. Bohužel nejasná definice neformální péče v legislativě, nízká podpora neformálních pečovateli a chybějící koncepční přístup vedou k tomu, že je u nás neformální péče méně využívána a převládá péče institucionální. Ta je pro osoby závislé na péči ekonomicky nevýhodnější a vede také k oslabování rodinných vazeb. Ekonomická výhodnost neformální péče, a hlavně její společenský význam jsou hlavními důvody, proč by měla být mnohem více podporována (Geissler, et al., 2015).

Výsledky této Průšovy studie se z velké části shodují se závěry, ke kterým ve své disertační práci došel také Vojtíšek z roku 2016, který došel k závěru, že vzhledem

k současné věkové struktuře obyvatelstva v ČR lze v následujících 45 letech očekávat nárůst podílu starých osob vyžadujících sociálně zdravotní péče a relativně stabilní stav osob s postižením díky tomu je potřeba počítat také dlouhodobým a strmým nárůstem veřejných výdajů v této oblasti (Vojtíšek, 2016).

V roce 2016 proběhl projekt zaměřený na analýzu potřebu Multidisciplinarity v posuzování nároku na příspěvek na péči. Analýzou bylo zjištěno, že posudkový lékař nahlíží na posuzování nároku na příspěvek na péči jen z medicinského hlediska. Na základě analýzy autoři doporučují důkladněji zvažovat nepříznivost zdravotního stavu. Také by měl být kladen důraz na důslednější zohlednění závěru ze sociálního šetření posudkovým lékařem a systematické zjišťování informací o soběstačnosti žadatele i v sociálním prostředí mimo rodinu a vlastní domácnost. Právě zde vzniká možnost zapojit další odborníky v závislosti na zdravotním postižení žadatele (např. pracovníky sociálních služeb, ergoterapeuty apod.) a zajistit tak multidisciplinární posouzení situace žadatele o příspěvek na péči. U některých typů zdravotních postižení se při posuzování zvládnutí některých úkonů nebere ohled na to, že rozpoznání a kontrolu správnosti provedení konkrétního úkonu či zvládnutí životní potřeby zajišťuje pečující osoba a samotný žadatel tento úkon jen lépe či hůře fyzicky provádí. I zde tak vzniká prostor pro zapojení dalších odborníků. Zástupci z jiných oborů by tak mohli svým zhodnocením přispět k přesnějšímu zhodnocení a posouzení zvládnutí či nezvládnutí jednotlivých úkonů. To by mohlo napomoci ke zvýšení objektivit v hodnocení soběstačnosti či nesoběstačnosti žadatele o příspěvek na péči. Autoři tak došli k celkovému závěru, že multidisciplinarity se jeví jako velmi důležitá součást vyhodnocování a posuzování nároku na příspěvek na péči (Musí et al., 2016).

Průša také analyzoval situaci v oblasti úhrady klientů za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR. Z jeho analýzy vyplynulo, že je nadbytečná dvojitá ochrana klienta na základě stanovení za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR. Dle Průši je potřebná úprava. Bylo by vhodné zvýšit tyto úhrady o 30–50 Kč denně. I nadále by však muselo klientovi po úhradě nákladů za ubytování a stravu zůstat alespoň 15 % jeho příjmu (Průša, 2019)

Analýzou pečujících mužů a žen zpracovaly také Dudová a Vohlídalová (2018) Na základě jejich analýzy bylo zjištěno, že v České republice leží péče o seniory většinou na rodinných příslušnících. Péči poskytují jak ženy, tak muži. Rozdíl mezi péčí žen a

mužů je v čase věnovaném péči a v jednotlivých aktivitách. Rozdíl je také v prožívání péče mužů a žen. Podíl pečujících žen a pečujících mužů je podobný. Muži pečují spíše o svou manželku či partnerku než o jiného člena rodiny. O starší rodiče spíše pečují dcery (Dudová a Vohlídalová, 2018)

Péči o nemohoucí seniory ze strany pečovatelek pak zmapovaly Hronová a Suralová. Péče o seniory je neustále jedním z důležitých společenských témat. V souvislosti s demografickými změnami české společnosti se do popředí ostává otázka, kdo se o nemohoucí seniory bude starat. Autorky analyzovaly terénní pečovatelskou péči, která je stále ještě považována za poměrně novou službu v oblasti sociálních služeb. Analýza byla zaměřena na denní režim terénních pečovatelek, specifikaci takové péče či vztahy mezi pečovatelkami a klienty. Na základě jejich analýzy bylo zjištěno, že výhodou terénní pečovatelské služby pro rodinu i klienta je její flexibilita a pohodlí. Terénní pečovatelská služba příjemcům (seniorům) přináší další společenské kontakty (s pečovatelkou). Pro pečovatelky i příjemce péče je na jedné straně intimnější povaha terénní pečovatelské péče přínosem. Pečovatelky se díky své práci každý den setkávají s lidmi, kteří s nimi sdílí své životní příběhy. Mnohdy jim tak mohou nahrazovat rodiče nebo prarodiče. Na stranu druhou má také svá úskalí. Senior se na pečovatele může stát až nezdravě závislým. Pečovatelka se pro seniora v mnohých případech stává rodinou. Přílišná závislost seniora může pečovatelece způsobovat vyčerpání. Terénní pečovatelská péče je opravdu náročná. V některých případech se pečovatelky mohou setkávat s nedostatečným uznáním ze strany společnosti, hlavně pak ze strany příbuzných a rodinných příslušníků seniorů. Všeobecně je terénní pečovatelská péče považována za práci, která je psychicky náročná a málo finančně ceněná. Rady pečovatelek a nabídka možností, jak se seniorem zaházet, se u rodin neseťkávají s velkým ohlasem. Pečovatelky tak nemají moc možností, jak zlepšit podmínky svých klientů. Autorky tak na základě podrobné analýzy došly k závěru, že v souvislosti s vysokými nároky na pečovatelky a jejich práci, by mělo být diskutováno a řešeno zvyšování finančního a společenského uznání terénní pečovatelské péče (Hronová a Suralová, 2018).

6.2 Národní strategie sociálních služeb v období 2016 – 2020

Strategie vymezuje směry rozvoje sociálních služeb. MPSV má ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů povinnost strategii zpracovat. Nabízí střednědobý výhled na systém sociálních služeb. Cíl strategie je

navržen v souladu s realizací dokumentu Národní strategie sociálních služeb v období 2016 – 2025 (MPSV, 2017).

Účelem strategie je správné nastavení systému sociálních služeb, které mají odpovídat potřebám lidí v nepříznivé situaci a uživatelům sociálních služeb a napomáhat jim žít v jejich přirozeném prostředí. Strategie nastavuje systém pro činnost subjektů zapojených do systému sociálních služeb v ČR (ústřední orgány ČR, poskytovatelé sociálních služeb, příjemci a uživatelé služeb). Vzhledem k širokému záběru strategie se na jejím zpracování podílel velký tým odborníků, mezi nimi zástupci Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, Asociace krajů ČR, zástupci Ministerstva financí ČR, Ministerstva zdravotnictví ČR, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, zástupci České asociace pečovatelské služby, zástupci Národní rady osob se zdravotním postižením apod. (MPSV, 2015).

Hlavním cílem strategie je nastavení dlouhodobě udržitelného systému dostupných sociálních služeb a podpory neformální péče po osoby, které se nachází v nepříznivé životní situaci (MPSV, 2015).

Analýzami byly zjištěny slabé stránky systému: různé chápání a realizace procesu deinstitucionalizace, nízké mzdy a prestiž pracovníků v oblasti sociálních služeb, nedostatečně ošetřené financování poskytování zdravotní péče v sociálních zařízeních a sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních, chybějící či nedostatečná metodika pro střednědobé plánování na krajské úrovni, nedostatečná kapacita a kvalita inspekce nejednoznačná pravidla státní kontroly, nejednoznačné používání základních pojmů v praxi (MPSV, 2015).

Velká část úkolů, které se týkají legislativní oblasti, je plánována na první polovinu platnosti strategie. Mnoho opatření je zaměřených na osvětu a vzdělávací aktivity. Další opatření jsou zaměřena na komunikaci mezi jednotlivými skupinami aktérů a jejich zapojení do procesu nastavování dlouhodobě udržitelného systému dostupných sociálních služeb a podpory neformální péče pro osoby v nepříznivé sociální situaci (MPSV, 2015).

Strategie má řešit problematiku následujících oblastí:

Deinstitucionalizace a transformace v oblasti sociálních služeb

Cílem procesu deinstitucionalizace je zajištění poskytované podpory nesoběstačným osobám v jejich přirozeném prostředí, podpora zkvalitňování životních

podmínek uživatelů současných pobytových zařízení sociální péče a podpora naplňování lidských práv uživatelů sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí (MPSV, 2015).

Je potřeba řešit tuto problematiku komplexně. Podpora osob se sníženou soběstačností v jejich nezávislém životě bude ztížena, pokud zůstane zachovaný současný model financování a legislativní úpravy sociálních služeb. Nabídka sociálních služeb souvisí s velikostí finančních prostředků, které mají poskytovatelé služeb k dispozici. Je povinností krajů nastavit dostatečnou síť sociálních služeb, kterou budou financovat pomocí dotací. Současné střednědobé plány rozvoje sociálních služeb jsou stále zaměřené na podporu pobytových služeb sociální péče. Příliš tak nerozvíjí podporu osob se sníženou soběstačností. Do budoucna se proces deinstitucionalizace bude věnovat i dalším cílovým skupinám (zejména seniorům), než jen osobám se zdravotním postižením (převážně mentálním) a dětem. Bude snaha o jejich zapojování do plánování služeb v přirozeném prostředí či do procesu deinstitucionalizace. Proto bude nutné vytvořit adekvátní nástroje na národní, krajské i obecní úrovni i v zařízeních sociálních služeb (MPSV, 2015).

Financování sociálních služeb včetně příspěvku na péči a služeb v obecném hospodářském zájmu

Vzhledem k demografickému vývoji a rostoucím nárokům uživatelů sociálních služeb není současný systém financování sociálních služeb dlouhodobě udržitelný. Změna systému financování sociálních služeb je tak potřebná. Z důvodu stárnutí populace a zvyšování podílu osob ve vyšším věku bude nutné v rámci systému sociálních služeb navýšit objem prostředků ze státního rozpočtu. Bude také vhodné více využívat potenciál soukromých zdrojů formou povinných odvodů či zřízení nového účinnějšího nástroje pro financování sociálních služeb (MPSV, 2015).

V současnosti neexistuje přímá vazba mezi kvalitou poskytovaných služeb a objemem poskytovaných prostředků. K vyšší efektivitě vynakládaných prostředků a vyšší kvalitě služeb by pak vedlo zohlednění kvality služeb ve vztahu k použitým finančním prostředkům. Měla by být výrazněji podporována neformální péče. Je také potřeba provázat krajské plány s plány měst a posílit princip subsidiarity v systému financování (MPSV, 2015).

Sociálně-zdravotní pomezí

V současnosti mohou být klienti s podobným zdravotním stavem umístěni jak ve zdravotnických, tak v sociálních zařízeních, která jsou však financována odlišně. Je tak velký rozdíl mezi financováním zdravotních úkonů v zařízeních sociálních služeb a financováním ošetrovatelské péče v lůžkových zařízeních a pobytových zařízeních sociálních služeb. Kompetence za dlouhodobou péči na národní úrovni jsou rozdělené mezi Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí, na lokální úrovni jsou rozdělené mezi kraje, obce, zdravotní pojišťovny a samotné domácnosti. Vzniká značná nerovnost v péči o klienty se srovnatelnými potřebami poskytované ve zdravotních a v sociálních službách. Také není koordinovaný kontinuální přechod uživatele mezi systémem poskytování zdravotnické péče a sociální péče (MPSV, 2015).

Je potřebná významná změna, aby se zabránilo dalšímu neefektivnímu vynakládání finančních prostředků a zhoršování celkové situace v poskytování sociálních a zdravotnických služeb. Bylo by vhodné vytvořit integrovanou zdravotně-sociální péči. Bylo by také vhodné zapracovat na úpravě legislativy, neboť současná právní úprava je nedostatečná a není přínosem ani pro pacienty ani pro zařízení. Legislativní opatření by měla upravit poskytování zdravotních a sociálních služeb, zajistit dostatečné personální, materiální a technické prostředí, zajistit standardy péče a také transparentní financování (MPSV, 2015).

Pečující osoby a neformální péče

V současnosti je postavení neformální péče nejisté a podpora pečujících nedostatečná. Ani sociální a zdravotní systém ČR ji příliš neoceňuje. Stávající formy institucionální podpory nejsou plně dostačující. Problémem je slabá je informovanost v této oblasti, nedostatečné vzdělávání pečovatelů či poradenství pro pečovatele (MPSV, 2015).

Do budoucna se očekává zdvojnásobení počtu seniorů ve věku nad 75 let a mnoho z nich bude vyžadovat nějakou formu dlouhodobé péče. Význam neformální péče bude i nadále velmi velký. Aby byla neformální péče efektivní, bude potřeba legislativně změnit současné parametry sociálního zabezpečení (hlavně v oblasti dávek, jiné finanční podpory i v oblasti pracovního práva apod.). Bude nutné také vytvořit nové nástroje, které pomohou osobám pečovat (např. odlehčovací služby, další formy pomoci apod.) (MPSV, 2015).

Kvalita a inspekce sociálních služeb

V současné době nemá nastavení systému inspekcí dostatečný vliv na zvyšování kvality sociálních služeb. Problematická je v současnosti náplň jednotlivých oblastí, které inspekce poskytování sociálních služeb kontroluje. Problematické je také nejednoznačné legislativní vymezení obsahu ustanovení, která jsou následně předmětem kontroly. Je tak možný rozdílný výklad kontrolovaných kritérií (MPSV, 2015).

Do budoucna bude potřeba vybudovat jednotný mechanismus podpory inspektorů včetně nástroje kontroly pro maximalizaci jednotnosti výkonu inspekci. Bude také nutné nastavit způsob spolupráce v rámci realizace inspekci s jednotlivými kraji. Potřebná je revize povinností poskytovatele a kritérií standardů kvality (MPSV, 2015).

Druhy sociálních služeb a jejich registrace, nelegální sociální služby

V současnosti je legislativní vymezení druhů a podmínek sociálních služeb nevyhovující. Činnosti a úkony jsou v zákoně o sociálních službách vymezeny jen obecně, vyskytují se nelegální služby s charakterem sociálních služeb a je nejednotnost v posuzování registrací. Je tak obtížné určit hranici mezi veřejnou službou a soukromým zájmem. Jsou tak rozdíly v kvalitě poskytovaných sociálních služeb (MPSV, 2015).

Je nutná změna systému, revize vymezení sociálních služeb a úprava kontrolních mechanismů vůči nelegálním sociálním službám. Je potřeba vytvořit metodiku pro registraci a legislativu pro oblast zajištění materiálně-technických podmínek sociálních služeb a také pro oblast personálního zajištění sociálních služeb. Nutné je také do legislativy zapracovat to, že za oprávnění k registraci bude příslušný krajský úřad podle místa poskytování sociální služby. Také je potřebné v legislativě zohlednit propojení na síť sociálních služeb v kraji a její financování. Pro tyto změny bude potřeba zavést nástroj pro pravidelnou kontrolu registračních podmínek (MPSV, 2015).

Personální zajištění výkonu sociální práce a role sociálních pracovníků v sociálních službách

Je nedostatek sociálních pracovníků v sociálních službách a je problém s pojetím jejich role. Neuplatňují se tak odborné metody sociální práce a není efektivně a komplexně využita jejich odborná kvalifikace. Prioritou je tak legislativní ukotvení profesního zákona sociálních pracovníků. Je potřeba zajistit jasné definování minimálních personálních standardů a vymezení rolí sociálních pracovníků v sociálních

službách a vymezit postupy pro řešení různých typů nepříznivých sociálních situací (MPSV, 2015).

Síť sociálních služeb a síťování

V současnosti je nejednoznačné praktické naplnění pojmů síť a síťování sociálních služeb a jejich provázanost s potřebami klientů. Neexistuje jednotný metodický postup při vytváření sítě sociálních služeb. Kraje pak plánují a tvoří sítě sociálních služeb různě. Je nutné postupy v plánování a tvorbě sítí sociálních služeb sjednotit. Také není využívána možnost provazby při zjišťování potřeb na území obcí s krajskými střednědobými plány a možnost provazby těchto krajských plánů s národní strategií. Je potřebná také provázanost sociálních služeb se systémovými opatřeními na úrovni dalších veřejných služeb (např. školství, zaměstnanost, zdravotnické služby apod.) (MPSV, 2015).

Uspokojování potřeb klientů prostřednictvím sociálních služeb a sociální práce

V současnosti neodpovídá podpora a péče poskytovaná potřebným osobám jejich potřebám. Sociální služby tak mohou být poskytovány osobám, pro které by bylo vhodnější jiné řešení. Naopak může dojít k tomu, že bude nedostatek služeb pro osoby potřebné (MPSV, 2015).

Do budoucna je důležité správně definovat nepříznivou sociální situaci pro poskytování pomoci a podpory ze systému sociálních služeb. Nepříznivá sociální situace by měla mít jasně určená kritéria a měla být posuzována všude stejně (MPSV, 2015).

Tripartitní vyjednávání v oblasti sociálních služeb

Chybí systém pro řízení lidských zdrojů a personální standardy v oblasti sociálních služeb. Problémem je také nedostatečná koordinace činností zúčastněných subjektů.

Činnosti a úkony v sociálních službách by měly revidovány. Měl by být vytvořen systém personálních standardů. Mělo by být nastavené tripartitní vyjednávání v konkrétních tematických celcích (nejdříve je nutné prostřednictvím tripartitního dialogu identifikovat a vyřešit personální nastavení systému sociálních služeb včetně systému vzdělávání) (MPSV, 2015).

7 Komparace neformální péče ve vybraných státech Evropy

Je všeobecně známo, že se celá Evropa potýká s problémovou situací v podobě stárnutí populace. Vzniká proto, kromě ekonomických potíží, potřeba se důstojně postarat o osoby zdravotně znevýhodněné. Velkou roli v tomto ohledu hraje kulturní význam rodiny, hodnota příbuzenských vztahů, mezigenerační solidarita a tradice dané země. I v zemích, ve kterých rodina zaujímá vysoké příčky v systému hodnot, je třeba brát zřetel na neustále měnící se poměry mezi členy rodiny, její dynamiku. Tedy na ty, kteří budou odkázáni na péči druhých osob a v neposlední řadě i na ty, kteří budou moci pomoc či péči poskytnout. Například v některých západních zemích jako např. Švédsko a Nizozemsko se s péčí poskytovanou vlastními dětmi velmi nepočítá (Horecký 2014).

Tento model péče byl označen jako volitelný typ famialistického režimu péče. Jedná se o režim, kdy stát rodinám neukládá povinnost pečovat o člena. Stát je totiž, v případě potřeby, podpoří systémem dávek, které umožní volbou vlastní péče, nebo péče profesionální. Tato skutečnost je vysvětlována velmi silnou zaměstnaností žen žijících ve Švédsku a Nizozemsku. Rozdílnými zeměmi jsou například Rumunsko, Bulharsko, Česká republika či Kypr. Tyto země prosazují implicitně famialistický režim péče (domácí péče). Další země jako Francie, Belgie, Rakousko a Německo se snaží o to, aby potřebnou péči poskytovali především rodiny, a proto spadají do skupiny zemí, které prosazují explicitně famialistický režim péče (Kotrusová et al., 2013).

7.1 Německo

7.1.1 *Systém sociálního zabezpečení*

Německo bylo mezi prvními zeměmi, které přijaly v 19. století zákony o sociálním pojištění. Následně se stalo se jedním z nástrojů pro podporu obyvatel v nepříznivé sociální situaci. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014)

Stát má v distribuci sociální pomoci a podpory velké zastoupení. Poskytované dávky jsou z velké části testované. Německo klade na podporu rodiny a rodinné péče velký důraz. Cílem je umožnit osobám odkázaným na pomoc druhých v maximální samostatný život a zajištění předcházení institucionální péče péči rodinné. (Bundesministerium für Gesundheit, 2014)

System sociálního pojištění a podpory

Oporu má sociální podpora v tzv. Sociálním zákoně („Sozialgesetzbuch“), který zajišťuje ochranu rodiny, vysoké sociální jistoty a propojenost sociální a zdravotní péče. Každá jeho část se zaměřuje na určitou oblast sociálního života. Přímou situaci rodin s osobami odkázanými na péči ostatních řeší Kniha IX – Rehabilitace a integrace osob s postižením a Kniha XI – Sociální pojištění péče.

Sociální podpora je v Německu vyplácena z velké části z povinného pojištění. Povinné pojištění se v Německu člení na 5 druhů:

- Pojištění pro případ nezaměstnanosti („Arbeitslosenversicherung“) - vyplácena podpora v nezaměstnanosti
- Zákonné zdravotní pojištění („Gesetzliche Krankenversicherung“) - vyplácena nároková zdravotní péče
- Sociální pojištění péče („Pflegeversicherung“) – vyplácení podpory osobám závislým na péči a neformálním pečovatelům
- Důchodové pojištění („Rentenversicherung“) – vyplácení důchodů
- Zákonné úrazové pojištění („Unfallversicherung“) – hrazeny např. pracovní úrazy

Výše finanční podpory a dávek vyplácených z různých druhů pojištění se může lišit v závislosti na tom, zda se jedná o staré či nové spolkové země (tedy země bývalého východního Německa). Může se tak lišit výše některých přidělovaných příspěvků osobám v nepříznivé sociální situaci i výše příspěvků neformálním pečovatelům. Jednou z těch dávek, u které se může lišit její výše je například příspěvek na důchodové pojištění pro pečující osoby (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

Institucionální zajištění podpory a systém sociálních služeb

Sociální zabezpečení obyvatel je sice komplexně upravuje Sociální zákon („Sozialgesetzbuch“), ale každou oblast podpory řeší jiná instituce (např. podporu na trhu práce mají na starosti dva různé úřady, pojištění a zdravotní péče více než pět úřadů apod.). Všechny instituce spolu úzce spolupracují. V jednotlivých regionech také fungují společná informační centra („Gemeinsame Servicestellen“). Jejich úkolem je zajištění koordinované podpory potřebným osobám v blízkosti jejich bydliště a v co nejkratší možné době. (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

Při podání žádosti o příspěvky se u jednotlivých případů se posuzuje skutečná potřeba služeb a vyplácených dávek pro dosažení vytyčených cílů (zdravotní, sociální či pracovní rehabilitace) posuzované osoby (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

7.1.2 Neformální péče

Za pečující osoby jsou Sociálním zákonem považovány osoby pečující o osobu odkázanou na pomoc druhých nacházející se v jejich okolí v případě, že tyto osoby nevykonávají tuto péči jako své povolání. Zákon konkrétně definuje vlastnosti opečovávané osoby. Osobami odkázanými na péči jsou dle Sociálního zákona osoby vyžadující na základě tělesného, duševního nebo smyslového onemocnění či postižení ve vyšší míře pomoc s každodenními běžnými úkony („Sozialgesetzbuch“, Kniha XI). Nárok na dávky pečující osobě vznikne při poskytování péče alespoň 14 hodin týdně o jednu či více osob odkázaných na pomoc druhých („Sozialgesetzbuch“, kniha XI). V současné době je vysoký podíl neformální péče při zajišťování potřebné podpory potřebných osob. Dle statistik by se měl počet osob odkázaných na péči do roku 2050 téměř zdvojnásobit a měl by dosáhnout 4,5 milionu obyvatel (Statistisches Bundesamt).

Celkový počet osob odkázaných na pomoc druhých, je ve skutečnosti mnohem vyšší, než udávají statistiky Spolkového statistického úřadu, neboť jsou mezi nimi i osoby nesplňující kritéria pro získání dávek z pojištění péče a hradí si péči sami. Neformální péči dle odhadů pravidelně poskytuje okolo 6 % dospělé populace, tři čtvrtiny z toho jsou osoby v produktivním věku (Geyer a Schulz, 2014).

V Německu na tuto problematiku upozorňují různá zájmová uskupení usilující o zlepšení podmínek pečujících osob. Jedním z nich je sdružení Wir pflegen (Pečujeme) (Wir pflegen, 2020).

Systém podpory osob odkázaných na péči je v Německu dostatečně rozvinutý. I tak je podpora neformální péče tématem, které vyvolává diskuse (nejčastěji kvůli vyplácení dávek).

7.1.3 Nástroje a opatření podporující neformální pečovatele

Finanční podpora pro neformální pečovatele

Největší podporu neformálním pečovatelům zajišťuje zákonné sociální pojištění. Každý, kdo platí či je mu placeno zdravotní pojištění, je takto pojištěn. Příspěvek na

toto pojištění se odvádí z příjmu. Část z něj odvádí zaměstnavatel (podobně tomu je u zdravotního pojištění). Pojištění spravují zvláštní pojišťovny („Pflegekassen“) (Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz, 2020).

Nepřímá finanční podpora

K dávkám nepřímé podpory patří příspěvek na péči („Pflegegeld“). Tato dávka je vyplácena z pojištění sociální péče. Příspěvek je vyplácen osobám, které jsou odkázány na pomoc další osoby. Pro jeho schválení je potřebné stanovení potřeby péče („Pflegebedürftigkeit“) u potřebné osoby. Příspěvek na péči je dělen na tři stupně (výrazná – nejtěžší potřebná péče). U potřebné osoby jsou posuzovány soběstačnost při běžných úkonech (péče o tělo, zajištění výživy, mobilita) a obstarání domácnosti (nákupy, vaření, úklid apod.). Na základě toho, kolikrát týdně či jak dlouho posuzovaná osoba pomoc s jednotlivými úkony potřebuje, je následně stanoven stupeň potřeby. Těm, kteří zatím nedosáhnou na první stupeň, přesto je u nich lékařským posudkem potvrzené psychické onemocnění či demence vedoucí v budoucnu k vyšší potřebě péči, je přiznán nultý stupeň (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

Využití příspěvku na péči je možné na úhradu nákladů na neformální péči, na úhradu využívaných ambulantních sociálních služeb či na úhradu pobytových služeb ve stacionářích, kde je možné využívat částečný pobyt. Osoba pobírající příspěvek na péči může využít kombinaci věcného plnění a neformální péče (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014). V případě, že příjemce příspěvku na péči využívá neformální péči, uzavírá osoba poskytující péči smlouvu s pojišťovnou. Je to potřebné, jen potom mohou pečující osoby využívat všechny další výhody.

O příspěvku na péči se velmi často diskutuje nejen mezi veřejností, ale i na vládní úrovni. Hlavním důvodem jsou některé jeho nedostatky (např. nárok se hodnotí na základě úkonů a nebere se ohled na potřebnou komplexnost péče). Příspěvek na péči pokryje potřebnou péči jen z části. Odměna pečovateli či limit financí na věcné plnění jsou tak o dost nižší, než by měly být. Řeší se potřeba nového nastavení kritérií potřeby péče. Systém tak bude spravedlivější.

Přímá finanční podpora

Pečovatelé jsou z pojištění sociální péče hrazeny příspěvky na důchodové pojištění. Podmínkou je poskytování péče v rozsahu alespoň 14 hodin týdně (ne více než 30 hodin týdně) (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

Příbuzní, kteří žijí ve společné domácnosti s práce schopnou osobou, která vyžaduje pomoc a podporu, a sami kvůli péči o tuto osobu nemohou pracovat, mohou získat sociální příspěvek. Ze zákonného pojištění lze pokrýt také další náklady (např. jízdné či náklady za doprovázející osobu) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

Další možnou podporou pro pečující osoby představuje daňové zvýhodnění. Rodiče (či jiné osoby) pečující o dítě s postižením mají nárok odpočet určité paušální částky v rámci výpočtu daně z příjmu. Osoba bez vlastního příjmu pečující o potřebnou osobu, může jednou za rok uplatnit odpočet určité paušální částky či lze v odečíst skutečné a prokázané náklady související s poskytováním péče. Dalším nástrojem podpory pro pečující osoby je ustanovení, podle kterého je plnoleté dítě plně závislé na péči další osoby pro potřeby daňových výpočtů považováno za dítě (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

Podpora na trhu práce

Podporu pracovního uplatnění legislativně upravuje zákon o pečovatelské dovolené („Pflegezeitgesetz“) a zákon o rodinné pečovatelské dovolené („Familienpflegezeitgesetz“). Jedním z nástrojů podpory pro pečující osoby je pečovatelská dovolená („Pflegezeit“). Nárok na ni vzniká, pokud je potřebné osobě je přiznán minimálně první stupeň potřebnosti péče. Pečovatelská dovolená není placená. Maximální doba čerpání je 6 měsíců, a to ještě jen u zaměstnavatele s více než 15 zaměstnanci. Pečujícímu je po dobu čerpání pečovatelské dovolené z pojištění sociální péče hrazeno důchodové pojištění a pojištění pro případ nezaměstnanosti. Další možností je rodinná pečovatelská dovolená („Familienpflegezeit“) Tato možnost není ze zákona nároková, její poskytnutí je na vůli zaměstnavatele. Po dobu čerpání této dovolené je plat snížen o polovinu odebrané mzdy. Po ukončení této dovolené je plat dorovnán až když zaměstnanec odpracuje dobu dovolené. Po dobu čerpání dovolené odvádí zaměstnavatel z částečného platu příspěvky na důchodové pojištění. Přesto, že se jedná o podporující nástroje, jsou málo využívány, neboť pro některé rodiny může být

finanční ztráta v případě čerpání dovolené vysoká (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

Sociální služby

Osoba potřebující péči ostatních může využít péči v domácím prostředí či péči ve specializovaných zařízeních. V rámci péče v domácím prostředí je možné využít ambulantní pečovatelské služby (pomoc při každodenních aktivitách, příbuzní mohou nadále pracovat), kombinované služby (péče ambulantních služeb a příbuzných), smlouvu s vlastním pečovatelem (nepříbuzná pečující osoba uzavře dohodu s pojišťovnou smlouvu o poskytování péče), alternativní formy bydlení (vícegenreační bydlení ve speciálních domech či společné bydlení za účelem využívání ambulantních pečovatelských služeb s někým věkově blízkým). V rámci péče ve specializovaných zařízeních lze využít plnou institucionální péči, částečnou institucionální péči, krátkodobou péči, domovy (bydlení v menších bytech s vlastní kuchyní, v malých bytech či v apartmánech nebo bydlení s komplexní péčí) (Bundesministerium für Gesundheit, 2014).

Vzdělávání pečujících osob a jejich rodin

Neformální pečovatelé mají možnost využít různé kurzy o pečování porádaných a hrazených pojišťovnou, které napomáhají zlepšit domácí péči. Pojišťovna osobám odkázaným na péči a jejich příbuzným nabízí poradenství a informace o možnostech rehabilitace. Důležitými subjekty při poskytování informací jsou informační centra působící v jednotlivých regionech země. Informace a podporu nabízí také Spolkové ministerstvo práce a sociálních věcí, které provozuje informační portál (www.einfach-teilhabe.de). V jednotlivých spolkových zemích fungují také různé iniciativy a pracovní skupiny, které zajišťují informování osob závislých na péči ostatních i osob pečujících (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

Další nástroje pro podporu pečujících osob

Dalšími nástroji pro podporu pečujících je zákonné úrazové pojištění pro případ úrazu vzniklých přímo při výkonu péče či při cestě do a z domácnosti opečovávaného. Osoby neschopné se ze zdravotních důvodů postarat o domácnost mají nárok na úhradu výpomoci v domácnosti ze zákonného zdravotního pojištění či na úhradu nákladů za

potřebnou úpravu bytu usnadňující péči nebo pomůcek pro usnadnění domácí péče z pojištění péče. K dalším nástrojům pro podporu pečujícím osobám patří některé další výhody (např. cestování zdarma při doprovázení v prostředcích hromadné dopravy apod). Osoby závislé na péči druhých mohou využít průkaz pro osoby s postižením („Behindertenausweis“) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014).

7.2 Velká Británie

7.2.1 Systém sociálního zabezpečení

Systém sociálního zabezpečení je postaven na odpovědnosti jedince za uspokojování svých sociálních potřeb. Ve vážné životní situaci jedinci pomáhá trh a rodina. Teprve po selhání těchto mechanismů pomáhá stát. Velkou roli zde hraje neformální péče (Vostatek et al., 2013).

Systém sociálního pojištění a podpory

Systém sociálního zabezpečení tvoří:

- příspěvkové dávky – hrazeny z Fondu národního pojištění, financovány z povinných příspěvků na péči
- nepříspěvkové – hrazeny z daní, vztahují se např. k invaliditě nebo počtu dětí
- na příjmu závislé dávky – hrazeny daní, fungují jako záchranná síť

7.2.2 Neformální péče

Neformální péče je poměrně rozvinutá a vládou podporovaná, neboť nastavením liberální politiky a převedením odpovědnosti o péči z velké míry na jedince a jeho rodinu je s ní počítáno. I přes její podporu bojují pečovatelé se stejnými problémy jako pečovatelé v ostatních zemích (ohrožení nezaměstnaností, chudobou, stres, slabá podpora od okolí apod.).

Je ukotvena v Zákoně o rovných příležitostech pro pečující osoby („Carers (Equal Opportunities) Act“), jehož cílem je podpora neformálních pečovatelů. Dle něj by pečující osoby měli mít stejné životní šance a příležitosti jako ostatní (dostatek informovanosti, přístup k práci, vzdělání apod.). Pečovatelem je dle tohoto zákona dospělá osoba, která poskytuje či se chystá poskytovat neplacenou péči jiné osobě vyžadující péči. („Carers (Equal Opportunities) Act“, 2004).

Velká část pečujících jsou osoby v produktivním věku. Rozložení mužů a žen mezi pečovateli je téměř rovnoměrné.

7.2.3 Nástroje a opatření podporující neformální pečovatele

Finanční podpora pro neformální pečovatele

Jednou z dávek pro neformální pečovatele je tzv. příspěvek pro pečující osoby („Carer’s Allowance“), který určen pro hlavní pečující o osoby se znevýhodněním. Podmínkou pro jeho získání je minimální věk 16 let, už dokončené vzdělání (ne student) a poskytování péče více než 35 hodin týdně. Osoba znevýhodněná pobírá příspěvek na péči („Attendance Allowance“) nebo invalidní důchod („Disability Living Allowance“) či příspěvek pro dlouhodobě nemocné („Personal Independence Payment“). Součet dávek nesmí přesáhnout daný finanční strop (500 Liber pro rodiče s dětmi či páry bez dětí, 350 Liber pro samoživitele bez dětí) (Carers UK, 2014).

Sociální pojištění a státní penze

Osoby s nízkým příjmem během produktivního věku sociální pojištění neplatí. Díky tomu mají v penzi nárok na důchodový příspěvek určený pro osoby s příjmem pod předepsaným minimem. Do skupiny těchto osob patří také osoby pobírající příspěvek pro pečující. V době pobírání příspěvku pro pečující se jim započítává důchodové pojištění stejné jako pro osob pracujících s nejnižším dosaženým příjmem. Z něj je pak odvozen důchodový příspěvek, ten od důchodového věku nahrazuje příspěvek pro pečující (Carers UK, 2014).

Pečovatelé, kteří mají nízké příjmy a nepobírají žádný příspěvek pro kompenzaci malého příjmu mohou žádat o dávku pro výdělečné činné pečovatele („Carer’s Credit“). Ta se odvíjí od příjmu a nahrazuje základní státní penzi. Jedna část tohoto příspěvku je státem a závislá na úsporách a příjmu a na druhou mají nárok ti s nárokem na státní důchod druhého stupně či skromné úspory a je závislá na úsporách (GOV UK, 2014).

Podpora na trhu práce

Pečujícím je zajištěno právo na mimořádnou dovolenou v důsledku péče, právo na pružnou pracovní dobu, právo na ochranu před diskriminací v zaměstnání a při poptávce po zboží a službách a právo na rovnocenný přístup k práci, vzdělání a volnočasovým aktivitám. Osoby v tíživé situaci a pečovatelé jsou ze strany státu podporováni

podporou příjmu („Income Support“), zaměstnaneckou podporou („Employment Support Allowance“), podporou v nezaměstnanosti („Jobseeker’s Allowance“) a slevou na dani („Tax Credit“). Tyto dávky jsou závislé na výši příjmu a úspor a nesmí přesáhnout více než 16 000 Liber ročně. Úleva na daních je závislá na zdanitelném příjmu domácnosti Carers (Equal Opportunities) Act, 2004).

Vzdělávání pečujících osob a jejich rodin

Pečovatelé získávají informace hlavně díky charitativním organizacím. K těm nejznámějším patří Pečovatelé Spojeného království („Carers UK“) a Nadace pečujících („Carers Trust“) (Carers UK, 2014 a Carer Trust, 2015).

V přímém vzdělávání hraje velkou roli program Systém expertních pacientů („Expert Patient Scheme“) vytvořený Národní zdravotní službou. Program organizuje vzdělávací kurzy pro neformální pečovatele (Expert Patients 2014).

Sociální a zdravotní služby

Velkou podporou jsou také odlehčovací služby, stacionáře a podpora domácí péče. V rámci odlehčovacích služeb se jedná o nemocnice, hospice, charitativní organizace či orgány místní samosprávy. Může být ve formě denní týdenní a případně i delší. Služby jsou hrazeny na zejména z prostředků samosprávy a případně dávek a příspěvků od uživatelů. Pečovatelé mohou využít také služeb domácí péče („Home care“). Náklady se mohou lišit. Z větší části je služba hrazena samosprávou, přispívá si také uživatel (NHS UK, 2014).

Nový směr v britské integrované péči

V současné době hraje velkou roli organizace Králův fond („The King’s Fund“), který reaguje na nárůst počtu starších osob, které mají více chorob najednou. Institucionální péče na to nijak nereaguje, nemocný je léčen více lékaři a léčba není systematická. Je potřeba léčbu koordinovat. Cílem fondu je seskupit tým specialistů na zdravotní a sociální péči koordinovaných jedním koordinátorem. Ten by pak navštěvoval osoby závislé na péči v domácnosti a sestavoval pro ně komplexní plán péče (King’s Fund, 2014).

7.3 Švédsko

7.3.1 Systém sociálního zabezpečení

Švédsko je sociální stát s vysokou mírou odpovědnosti za péči o své občany. Jsou zde sice vysoké daně, kompenzuje to však široká nabídka služeb a benefitů pro zajištění sociálních jistot a určitého minimálního životního standartu. V posledních letech však probíhají diskuse o udržitelnosti těchto možností. Vzhledem k ekonomickému a demografickému vývoji roste potřeba rozdělit sociální odpovědnost mezi stát a občany.

Systém sociálního pojištění

Rodinám i jednotlivcům zajišťuje finanční zabezpečení v případě onemocnění či jiného zdravotního znevýhodnění dlouhodobého charakteru. Prostředky na dávky sociálního pojištění stát získává z odvodů zaměstnanců a zaměstnavatelů a z daní.

Druhy dávek:

- příspěvky vázané na příjem – kompenzace při ztrátě příjmu např. kvůli nemoci o dítě, podléhají zdanění
- příspěvky univerzální – vypláceny každému potřebnému ve stejné výši (přídavek na dítě a příspěvek při adopci), nepodléhají zdanění
- příspěvky testované – příspěvek na bydlení, příspěvek na bydlení pro seniory a příspěvek na péči, nepodléhají zdanění (Government Office of Sweden, 2014).

Systém sociálních služeb

Stále více se ve Švédsku prosazuje trend deinstitucionalizace. Zvyšuje se také důležitost neformální péče. Řízení a plánování sociálních služeb je v kompetenci národních, krajských i lokálních autorit (klíčovou roli má ústřední vláda, kraje zabezpečují zdravotní péči na svém území, obce plánují, realizují a financují sociální služby v rámci své působnosti). Hlavními zprostředkovateli (zřizovateli i poskytovateli služeb) potřebné péče jsou kraj a obce. Ve spolupráci s nimi mohou nabídku služeb zajišťovat a realizovat i další poskytovatelé (např. dobrovolnické neziskové organizace, či výtěžné organizace). Vzhledem k demografickým a ekonomickým změnám se stále více rozvíjí „dobrovolný“ sektor (Triantafillou et al., 2010).

7.3.2 Neformální péče

Ve Švédsku není na děti kladen požadavek poskytovat péči nemohoucím rodičům. Souvisí to s velkou mírou veřejné odpovědnosti za zajištění sociální péče občanům. Pokud se rodina rozhodne poskytovat neformální péči, má právo na maximální možnou podporu. Očekávaná péče je péče rodičů za jejich nezletilé dítě a péče o manžela (manželku) (Johansson, 2014).

Jednotná oficiální strategie podpory na národní úrovni zde není definována. Probíhají snahy o zlepšení postavení pečujících osob. Důležitými organizacemi jsou Národní rada pro zdraví a prosperitu (napomáhá sjednocení systému neformální péče) a Národní centrum podpory poskytovatelů neformální péče (koordinuje výzkum a rozvoj v oblasti neformální péče).

7.3.3 Nástroje a opatření podporující neformální pečovatele

Za zabezpečení sociálních služeb včetně neformální péče jsou odpovědné obce. I přes to, že má stát široké spektrum nástrojů pro podporu pečujících osob, díky absenci národní strategie se možnosti podpory v jednotlivých regionech a obcích liší (Triantafillou et al., 2010).

Finanční podpora pro neformální pečovatele

Patří sem příspěvky a benefity vyplácené státem i obcemi. Příjemcem je většinou osoba závislá na péči. Nárok je posuzován podle požadavku závisle osoby na pomoc v běžném životě (pomoc s oblékáním, při hygieně, jídle apod.). Jeho výše je odvozena od časové náročnosti péče.

V rámci příspěvků a dávek vyplácených municipalitami obec vyplácí příspěvek pečujícímu. Jde vlastně o plat pro neformálního pečujícího. Obce mohou zaměstnat osobu blízkou jako pečovatele. Tento plat podléhá zdanění a jsou z něj hrazeny pojistné odvody. Výše odměny je závislá na intenzitě poskytované péče. Další dávkou od obce je příspěvek na péči, který náleží osobě závislé. Nepodléhá zdanění. Jeho výše závisí na potřebnosti péče a její časové náročnosti. Obce většinou mají pro tento příspěvek nastavenou maximální hranici na 17–20 hodin vyžadované péče za týden (Johansson, 2014).

V rámci příspěvků nárokovaných účastí v systému sociálního pojištění vyplácených státem je možné žádat o příspěvek na péči o postižené (handicapované)

dítě, o který mohou žádat rodiče s dítětem trpícím dlouhodobým postižením. Může být vyplácen od narození dítěte do 19 let jeho věku. Stát vyplácí také příspěvek na péči. Znevýhodněná osoba si o něj může požádat, pokud znevýhodněná osoba vyžaduje asistenci v rozsahu alespoň 20 hodin týdně. Péči může poskytovat profesionál či blízká osoba. Za nezletilého žádají rodiče. Další dávkou je příspěvek v invaliditě, na kterou vzniká nárok dosažením 19 let. Jeho výše je závislá na rozsahu a intenzitě potřebné péče. Podmínkou je, že závislá osoba vyžaduje péči při zajištění běžných aktivit alespoň z jedné třetiny, a péče je potřebná alespoň jeden rok. Rodiče pečující o nemocné dítě mají možnost žádat o příspěvek na zvláštní výdaje spojené s poskytovanou péčí, který pokrývá nadstandardní služby a potřeby (např. speciální pomůcky, apod.). Je možné žádat také o příspěvek na automobil, kdy žadatel může žádat o příspěvek na nákup automobilu, na jeho adaptaci či příspěvek na úhradu poplatku za autoškolu (Johansson, 2014).

V rámci příspěvků nárokovaných účastí v systému zdravotního pojištění vypláceného státem je možné žádat o invalidní důchod. Podmínkou je, aby u osoby došlo k poklesu pracovní schopnosti minimálně o jednu čtvrtinu, a nepředpokládá se zlepšení. Invalidní důchod může být plný či částečný. Jeho výše je garantovaná (pokud osoba má nízký či nemá žádný příjem) nebo vázaná na výši výdělků (Johansson, 2014).

Podpora na trhu práce

Pečující mají nárok na 100 dní placené dovolené pro péči o osobu blízkou v konečném stadiu života. Výše příspěvku náležejícího pečujícímu po tuto dobu je odvozen z výše dávky, která by byla pečujícímu vypočtena v případě nemocenské. Podmínkou pro účast na sociálním pojištění. Pečujícímu je garantován návrat na stejnou pozici jako před nástupem na dovolenou (Johansson, 2014).

Individuální plánování péče

Obce mají povinnost vytvořit individuální plán péče s každou osobou vyžadující péči. Ten zahrnuje popis léčby, poskytovaných služeb apod. Na základě výsledného plánu je určeno, jaké instituce nesou zodpovědnost za konkrétní části léčby a léčebné postupy (Johansson, 2014).

Služby a další opatření

K podpůrným opatřením patří různé formy institucionálních služeb komunitního charakteru (např. denní centra, dočasné pobytové služby, respitní péče apod.), vzdělávací aktivity, poradenská centra, podpůrné skupiny apod. (Johansson, 2014).

7.4 Polsko

7.4.1 Systém sociálního zabezpečení

Po 1. světové válce se Polsko měla každá oblast Polska odlišný systém sociálního a zdravotního zabezpečení. Teprve po druhé světové válce došlo k budování jednotnějšího sociálního systému. Bohužel byl ovlivněn Sovětským svazem. Služby poskytovaly státem zřízené instituce, církevní organizace či nestátní organizace. V 90. letech došlo k transformaci sociálního systému, která s sebou nesla některé negativní dopady (např. vysoká inflace, propad HDP apod.). Často pak vznikala krizová krátkodobá opatření, která měla mírnit tyto negativní dopady mírnit, ale přinesla další negativa. Budování sociálního systému tak bylo velmi obtížné. Sociální systém v Polsku je tak mixem různých přístupů, řešení přejatých z jiných států či mezinárodních organizací. Teprve po vstupu země do EU se situace trochu uklidnila a Polsko se může sociálnímu systému více věnovat a zapracovat na něm (Golinowska, 2009).

Systém sociálního pojištění

Neexistuje zde jednotný systém sociálního pojištění. Správa sociálního zabezpečení spravuje běžný systém sociálního pojištění. Dále zde existuje ještě systém pro soukromé zemědělce, který spravuje Fond zemědělského sociálního zabezpečení. Součástí systému sociálního pojištění je starobní důchodové pojištění, invalidní důchodové pojištění, nemocenské pojištění a pojištění pro případ pracovního úrazu nebo nemoci z povolání. Ze mzdy se také odvádí příspěvek na zdravotní pojištění do Národního fondu zdraví, příspěvek na politiku zaměstnanosti do Fondu práce a do Fondu garantovaných příjmů zaměstnance (Siporska, 2012).

Systém sociálních služeb a podpory

Tento systém je zde decentralizovaný. Vláda je zodpovědná za vydávání zákonů a nařízení. O přiznání peněžní a nepeněžní podpory rozhoduje okresní správa.

Posuzovány jsou vždy jednotlivé případy a konkrétní nároky. Kromě finanční podpory je možná také úhrada ceny sociálních služeb poskytovaných státem, krajskou či obecní samosprávou, neziskovými organizacemi, církvemi atd. (nelze uhradit služby komerčních poskytovatelů).

7.4.2 Neformální péče

Vzhledem k církevní tradici je zde neformální péče silně zakořeněná. Péče o člena rodiny je zde automatická. Péče o osobu blízkou je řešena i v legislativě, kdy je definována vyživovací povinnost a je přesně určeno, kdo z příbuzných se v daných případech o osobu závislou na péči má postarat. Z toho pak vyplývá také ustanovení osoby, která má nárok na sociální dávky. V současnosti rodiny mají méně možností se o příbuzné potřebné postarat. Zároveň se Polsko potýká s nedostatkem služeb, které by neformálním pečovatelům ulehčily jejich práci (chybí např. denní stacionáře, podpůrné skupiny apod.). Nabídka standardních pečovatelských služeb je zde celkem ostatečná. Chybí zde podpora částečných pracovních úvazků pro neformální pečovatele. Neformální pečovatelé jsou zde nedostatečně podporováni (Błędowski, 2012).

7.4.3 Nástroje a opatření podporující neformální pečovatele

Cílem pomoci jsou přímo osoby závislé na péči a některé služby tak mohou využít i osoby pečující. Opatření zaměřená konkrétně na podporu neformálních pečovatelů jsou výjimečná. Chybí systém opatření zaměřených na pečovatele. Pozornost je věnována osobám závislým. Jsou zde vypracovány zvláštní strategie, podpora je řešena i na vládní úrovni. Funguje zde např. vládní zmocněnec pro osoby se zdravotním postižením, který hájí zájmy osob se zdravotním postižením. Pro osoby závislé na péči i pro pečovatele zde fungují Střediska sociální podpory, která fungují na obecní či městské úrovni. Právě zde je možné žádat o většinu dávek či služeb, zde se rozhoduje také o tom, zda se žadateli přizná status pečovatele. Pokud je osobě přiznán status pečovatele, je mu započítávána doba péče do doby důchodového pojištění. Podmínkou je, že se pečovatel vzdá výdělečné činnosti z důvodu přímé péče o závislého člena rodiny žijícího ve společné domácnosti (či mimo domácnost, pokud jde o žijící rodiče či sourozence) (Hirose, Czepulis-Rutkowska, 2016).

Finanční podpora pro neformální pečovatele

Osobě, která se rozhodla opustit zaměstnání, a pečuje o osobu závislou, náleží přímá finanční podpora. Na dávku není nárok, pokud má pečovatel jiný druh příjmu (mzdu či dávku ze systému sociálního zabezpečení) (Hirose, Czepulis-Rutkowska, 2016).

Jednou z dávek je pečovatelský příspěvek, který náleží pečovatelům pečujícím o děti se zdravotním postižením. Pečujícím může být jak příbuzný, tak nepříbuzný. Dávka pečujícím náleží po dobu trvání zdravotního postižení osoby závislé. Příjemci je hrazeno zdravotní i důchodové pojištění. Další dávkou je příspěvek pro pečovatele. Na ten mají nárok osoby, které se starali o dospělého, jehož zdravotní postižení vzniklo až v dospělosti, a změnou v zákoně z roku 2013 ztratili nárok na pečovatelský příspěvek. Příspěvek není časově omezený, ale vyplácí se jen po dobu platnosti aktuálního posudku o zdravotním postižení osoby závislé na péči. Pečovatelé si mohou požádat o zvláštní pečovatelský příspěvek. Ten náleží všem, kteří pečují o dospělé osobu závislou na péči, a z tohoto důvodu se vzdali své výdělečné činnosti. U této dávky se posuzují příjmy rodiny pečovatele (případně i rodiny osoby závislé na péči). Nárok na tuto dávku mají jen pečovatelé, kteří jsou blízkými příbuznými osoby závislé na péči. Oproti ostatním dávkám se nárok na tuto dávku posuzuje každý rok znovu (Hirose, Czepulis-Rutkowska, 2016).

V rámci nepřímé podpory mohou osoby závislé na pomoci ostatních žádat např. o příspěvek na kompenzační pomůcky či úhradu úprav v domácnosti z podpory z Fondu zdravotně postižených osob apod. (Hirose, Czepulis-Rutkowska, 2016).

Služby

Cílovou skupinou sociálních a zdravotních služeb jsou prvotně osoby závislé na péči. Jednou z možností určených pro pečovatele je nárok na rehabilitační pobyt. Pečující osoba má možnost jednou za rok zúčastnit se rehabilitačního pobytu společně s osobou závislou na péči. Pobyt není pečovateli ani osobě závislé na péči plně hrazen. Je hrazen jen z části. Neformální pečovatelé mohou také využít krizové intervence (právní, sociální či psychologické poradenství v případě rodinné krizové situace). Další možností jsou pečovatelské služby v místě bydliště, v centrech podpory a v rodinných domech pomoci. Tyto služby zajišťují nezbytnou pomoc s hygienou, životními

potřebami apod. Obec tyto služby osobě závislé na péči zajistí, pokud v danou chvíli není rodina schopna péči sama finančně zajistit. Na základě specifických potřeb osoby závislé na péči je možné využít specializovaných pečovatelských služeb. Jedná se o služby pedagogů, logopedů, psychologů apod. Při žádosti o tuto službu se posuzují příjmy žadatele a jeho rodiny (Hirose, Czepulis-Rutkowska, 2016).

8 Závěr

Práce se zabývala problematikou mezigenerační solidarity, péče o seniory, podporou pečujících o stárnoucí obyvatele i souvisejícími změnami životního způsobu pečujících osob. Na základě dostupných pramenů byla zjišťována současná situace v oblasti péče rodinných příslušníků o nesoběstačného seniora, který je tak na nich závislý. Práce se zabývala jak historickým a současným vývojem péče o seniory, tak jejími aktuálními aspekty.

Hlavním cílem diplomové práce bylo na základě zpracování literární rešerše českých a zahraničních odborných zdrojů zmapovat problematiku mezigenerační solidarity v rámci neformální péče v historii i v současnosti. Jedním z dalších cílů byla analýza postavení pečujících členů rodiny, zjištění jejich potřeb a možností pomoci ostatních členů rodiny či státu v rámci různých podpůrných forem.

Součástí teoretické části je definice generace a mezigenerační solidarity. Právě solidarita je jedním z hlavních motivů pro péči o osobu vyžadující péči. V práci byly také rozebrány aspekty stárání a stárnutí, velká část pozornosti byla věnována formální a neformální péči, situaci formálních a neformálních pečovatelů i pomoci pečujícím osobám.

Pro analýzu a dosažení cíle práce byla zvolena komparace, kdy byla porovnávána situace neformální péče ve vybraných zemích v Evropě (Německo, Velká Británie, Švédsko a Polsko). Potřebná data pro teoretickou část i pro komparaci byla získána studiem dostupných odborných materiálů, tedy výzkumů a dokumentů, statistických dat, odborných článků a prací týkajících se daného tématu. Výsledky analýzy jsou zobecněny a mohou posloužit jako námět pro rozvoj současných možností a forem podpory pro neformální pečovatele o osoby závislé na péči.

Jak bylo analýzou zjištěno, hlavním motivačním faktorem, na základě, kterého se lidé rozhodují, že budou pečovat o osobu závislou na péči, je nejčastěji příbuzenský či blízký vztah k osobě závislé na péči. Většinou se jedná o vztah rodič-dítě. Pro pečovatele často bývá důležité zajistit osobě závislé takovou péči, aby mohla co nejdéle zůstat ve svém domácím prostředí a nemusela využívat institucionální péči. Častá je také kombinovaná péče, kdy část péče o osobu závislou zvládá pečovatel a část zajišťuje některá z institucí k tomu určená.

Bylo také zjištěno, že pečovatelé se musí vyrovnat s mnoha faktory, které s sebou péče o osobu závislou přináší. Vzhledem k tomu, že práce byla věnována péči o seniory, je prvotním faktorem samotné stáří. Pečovatel se tak musí vyrovnat s tím, že osoba závislá na péči není ve srovnání s mladším člověkem již tak adaptabilní, hůře si zvyká na nové situace i nové lidi ve svém okolí, a kromě vyšší míry zdravotní péče vyžaduje také vyšší míru péče sociální. Dalším faktorem je pak pravděpodobnost zhoršení finanční situace. Stále je v České republice problematické skloubit zaměstnání a péči o osobu závislou. Velká část pečovatelů je nucena kvůli péči o osobu závislou opustit své původní zaměstnání. Zhorší se tak její finanční situace. Je také ztížena možnost budoucího návratu do zaměstnání. Dalším faktorem, se kterým se pečovatelé musí vypořádat, je potom malá podpora jak ze strany státu, tak ze strany okolí či rodiny. V rámci podpory mohou neformální pečovatelé využít sociálních služeb (terénních, pobytových či ambulantních), služeb osobní asistence, či odlehčovacích služeb (pobytových či ambulantních). Velkou roli hraje také informační podpora. Stejně tak je pro pečovatele důležitá finanční podpora. Pro pečovatele je také důležitá podpora rodiny a blízkého okolí. Většinou je jeden pečovatel hlavním a v případě potřeby vypomáhají další členové rodiny (partner, děti, sourozenci apod.).

Jak z analýzy vyplynulo, v České republice nejsou potřeby a podpora neformálních pečovatelů stále dostatečně řešeny a zajištěny. Vzhledem k demografickým i ekonomickým změnám v dalších letech bude do budoucna nutné tuto situaci řešit. Stále narůstá a bude narůstat počet starších osob. Bude také ubývat ekonomicky aktivních lidí. Ve vztahu k péči o seniory bude nutné změnit systém podpory a péče o osoby závislé na péči. Bude potřeba zajistit kvalitu těchto služeb i rozvoj forem podpory pro neformální pečovatele. Velká pozornost se bude muset věnovat informovanost a vzdělávání neformálních pečovatelů. V současné době jsou informace o možnostech a nárocích pro pečovatele nesystematické a roztržité. Vzhledem k tomu, že se rodiny v situaci, kdy musí řešit péči o osobu závislou, ocitají nečekaně, jsou pro pečovatele informace nejasné a nekonkrétní. V budoucnu tak bude nutné toto změnit a vytvořit ucelený systém informační podpory. Zajišťovat ji mohou jak veřejná správa, tak i zařízení poskytující sociální služby. Vhodné by bylo rozšíření portfolia vzdělávacích aktivit (semináře, přednášky, kurzy apod.). Využít by se mohla i možnost pomoci koordinátora (case managera) sociálních a zdravotních služeb, který by zprostředkoval pečovatelům všechny potřebné informace.

Na základě komparace neformální péče ve vybraných zemích Evropské unie bylo zjištěno, že přístup k neformální péči je v jednotlivých zemích odlišný. Rozdíly jsou jak v přístupu rodiny k neformální péči, tak i v úrovni státem garantované podpory pečujícím osobám. Velká Británie a Polskou obyvatelům zajišťují relativně nízkou úroveň sociálního zabezpečení, a naopak od rodiny se očekává velká míra účasti při zajištění potřeb osob závislých na péči. Stát tak má jen úlohu záchranné sítě. Oproti Polsku je ve Velké Británii rozvinutější systém podpory. V Polsku je pak záchranná síť opravdu limitovaná. Opakem je pak Švédsko, které je sociálním státem přijímající velkou zodpovědnost za blaho svých občanů. Disponuje širokým spektrem státem podporovaných a dobře dostupných služeb. Je tak garantováno zachování určitého životního standartu a sociálních jistot v krizové situaci. Spolupráce rodin na péči o své blízké je tak minimalizována. Vzhledem k demografickému i ekonomickému vývoji se však bude muset tato oblast změnit a bude nutná dělba odpovědnosti mezi stát a občany. Mezistupněm mezi sociálním Švédskem a liberální Velkou Británií a Polskem je konzervativní Německo. Německo má vybudovanou celkem silnou síť podpory a pomoci, přesto se počítá se spoluprací rodiny na péči a zabezpečování osob závislých na péči. Některé z vybraných zemí mají systém neformální péče propracovaný (např. Velká Británie a Švédsko), někde je neformální péče spíše na svém počátku (např. Polsko). Každopádně narůstá pozornost a zájem o tuto problematiku. Na strategické úrovni se problematice neformální péče a podpoře pečovatелů nejvíce věnuje Velká Británie (Zákon o rovných příležitostech pro pečující osoby). Švédsko sice nemá oficiální strategii podpory neformální péče a pečovatелů, ale na centrální úrovni zde fungují Národní rada pro zdraví a Národní centrum podpory poskytovatelů neformální péče (usilující o zviditelnění problematiky a koordinaci v oblasti neformální péče). Jednotnou strategii podpory neformální péče a pečovatелů nemá ani Německo, ale definici neformálního pečovatele mají v Sociálním zákoně (široké spektrum nepřímých, i přímých nástrojů pro podporu pečujících osob). V Polsku není přístup k neformální péči a pečovatелům řešen nijak koncepčně. Neformální péče je zde vnímána spíše jako problém rodin a jednotlivců.

Práce poukázala na to, že ve všech státech je v současné době zajištění péče o osoby závislé na péči aktuálním tématem. Souvislost lze hledat v demografickém i ekonomickém vývoji. Roste počet osob, které péči potřebují. Narůstá tak i počet neformálních pečovatелů. Záleží na vyspělosti země, jak se s rostoucí potřebou péče o

seniory vypořádá. Péče by měla zajistit co největší kvalitu života osobě potřebující péči. V co největší míře by měla být poskytována ve vlastním přirozeném prostředí a mimo instituce.

Velmi podobná je i situace v České republice. Vzhledem k tomu, že populace stárne a do budoucna se stále počítá s nárůstem seniorů, kteří budou potřebovat péči, bude potřeba věnovat formální i neformální péči větší pozornost. Velmi důležitá bude podpora pečujících v různých směrech (finanční, informační apod.). Bylo by vhodné vzít si příklad z okolních zemích, kde je neformální podpora řešena již koncepčně a na národní úrovni. Neformální péče je zde ukotvena i legislativně.

Pro neformální pečovatele se u nás ukázala být velice problematická harmonizace pracovní role s rolí pečujícího. V případě potřeby péče (hlavně dlouhodobé) o nesoběstačného seniora nastává vážné dilema, jak stmelit roly pečovatele a rolí profesní a v případě poskytování náročnější péče, rozhodnout se pro jednu z nich. Možnost zůstat aktivní po pracovní stránce je pro pečující důležitá z více důvodů. Je nejen prostředkem k seberealizaci, ale pomáhá pečujícím rozvíjet sociální sítě a udržovat určitý sociální status. Výzkumy ukázaly, že pracovat, má pro pečující relaxační rozměr a prakticky si odpočinou od psychicky náročné péče. Jako další motiv respondenti uváděli ekonomické důvody. Neformální pečovatelé v tomto ohledu narážejí na významné bariéry v podobě nízké nabídky nižších úvazků a flexibilní pracovní doby, které jsou ze strany zaměstnavatelů minimální. Další významnou bariérou je finanční dostupnost v podobě sociálních služeb. Pokrytí pracovní doby těmito službami často představuje pro pečující takový výdaj, že by se jim nevyplatilo pracovat a pracovali by pouze pro svou seberealizaci. Jako příklad bych zde uvedla pečovatelskou službu nebo osobní asistenci – cena 130 Kč/h. V případě že bude chtít neformální pečovatel chodit do zaměstnání na zkrácený úvazek 4 hodiny, aby neztratil sociální kontakty a nezůstal izolován pouze v domácím prostředí, musel by za výše uvedené služby v rozsahu 5 hodin denně, dvacet dní v měsíci zaplatit 13.000 Kč. To však představuje celý příspěvek na péči např. ve III. stupni závislosti u dospělé osoby. V takovém případě, již příspěvek na péči neslouží jako odměna pečovatele ani jako pokrytí základních potřeb osoby, o kterou je pečováno. Za velmi vstřícný krok považuji zvýšení příspěvku na péči v III. a IV. stupni závislosti v roce 2019, jehož cílem bylo odlehčení finanční situace těm, kteří se rozhodli být neformálními pečovateli a pečují o své blízké v domácím prostředí. Navýšení příspěvku se jeví jako možné řešení pro lidi, kteří se rozhodnou obětovat

možný výdělek v práci proto, aby mohli pečovat o svého blízkého, aniž by se dostali do složité ekonomické situace. Do jaké míry tento krok pomohl vyřešit situaci neformálních pečovatelů v náročné péči, ukáže budoucnost.

Z výše uvedených důvodů je vhodné neformální pečovatele podporovat v pracovní aktivitě zejména levnějšími sociálními službami. V případě neformálních pečovatelů, kteří budou mít možnost pracovat na zkrácený úvazek, by bylo vhodné snížit cenu především terénních sociálních služeb minimálně na polovinu. Aby nedocházelo k případnému zneužívání, levnějších služeb, pečovatelé by museli prokázat výdělek alespoň ve výši minimální mzdy úměrné k pracovnímu úvazku a doba poskytnutá v podobě levnějších sociálních služeb by měla korespondovat jejich úvazkem, respektive odpracovanými hodinami. Tak by se dalo zamezit zneužívání levnějších služeb v podobě fiktivních pracovních smluv např. dohod o provedení práce. Pro slevu na soc. služby by byl zároveň limitem 1/2 pracovní úvazek (20 hodin/týden). V případě vyššího a plného pracovního úvazku by měly být ceny služeb ponechány ve stávající výši, neboť hlavní pečující, který dochází do práce na plný úvazek a zároveň pečuje, dle mého názoru, pak pozbývá smyslu jako hlavní pečující osoba.

Pečovatelé se potřebují rychle zorientovat v nové situaci a jako závažný problém v informovanosti o pomoci ze strany formální péče uvádějí pečující roztržštěnost a neúplnost informací. Jako zásadní pro zlepšení informovanosti neformálních pečovatelů a komplexní řešení jejich sociální situace považují změnu v zákoně o sociálních službách v souvislosti s příspěvkem na péči. Bylo by vhodné v tomto zákoně přesně specifikovat postup při spolupráci, výměně informací a povinnostech mezi úřady práce a příslušnými sociálními odbory obcí v souvislosti s příspěvkem na péči. Úřady práce registrují jak pečující osoby, tak příjemce příspěvku na péči, proto by měly mít povinnost informovat příslušné odbory sociální péče obcí o každé osobě pobírající příspěvek na péči, a stejně tak o každé hlavní pečující osobě. Tímto, ne tak složitým opatřením, by se významně zlepšila informovanost a povědomí pečujících osob i osob závislých na péči o systému podpory v oblasti formální péče, o jednotlivých možnostech podpory. Významné jsou informace týkající se povahy postižení nebo onemocnění opečovávané osoby, a tím i potřeb opečovávaného, které mají významný vliv na náročnost péče i na situaci pečujících osob. Pečujícím by tak byly včas poskytnuty informace o možnostech pomoci přímé, nepřímé podpory, nejlépe před započítím péče a nejpozději na samém počátku péče. Byly by tak komplexně

posouzeny potřeby zdravotních a sociálních služeb a poskytnuto poradenství v náležitém rozsahu, které by zohledňovalo potřeby konkrétních osob v konkrétní situaci.

Z výzkumů však vyplývá, že další bariérou mohou být samotní sociální pracovníci obecních úřadů. Kladně hodnoceným a důležitým zdrojem informací jsou z pohledu pečujících, samotní poskytovatelé sociálních služeb, hůře jsou pak hodnoceni sociální pracovníci na úradech a lékaři. Pro komplexní řešení životních situací neformálních pečovatелů a osob závislých na péči, by bylo proto vhodné implementovat case management do sociální práce na obcích, v ideálním případě následně vytvořit case managerský tým. Zavedení metody case managementu do praxe sociální práce na obecních úradech by obnášelo vzdělávání pracovníků a dalšího uceleného vzdělávání v této problematice. Dále je důležité zvolení vhodného modelu, který by odpovídal dlouhodobé péči a neméně důležitá je i vytvoření metodické podpory.

Úřady práce by měly povinnost informovat case managera (či sociálního pracovníka) již při podání žádosti o příspěvek na péči, neboť i v případě, že příspěvek nebude přiznán může jít o osoby, které pomoc case managera mohou potřebovat. Case manager by po obdržení této informace o pečujících osobách a osobách závislých na péči měl povinnost tyto osoby kontaktovat a nabídnout jim poradenství a spolupráci. Tímto způsobem by zvýšilo povědomí, jak neformálních pečovatелů, tak osob závislých na pomoci, o možnostech pomoci přímé i nepřímé podpory, což by pomohlo rychleji se zorientovat, v nově nastalé situaci. Tímto způsobem by bylo možné eliminovat roztržičnost a neúplnost informací, o možnostech pomoci a podpory ze strany formální péče, neformálním pečovatелům a jejich blízkým. Obce by dále měly mít povinnost (stejně jako ve švédském modelu podpory a opatření neformálních pečovatелů), vytvořit individuální plán péče s každou osobou vyžadující péči, který by zahrnoval popis léčby, popis vhodných poskytovaných služeb apod., a na základě výsledného plánu určit, jaké instituce nesou zodpovědnost za konkrétní části léčby a léčebné postupy a péči. Otázkou však zůstává, do jaké míry budou v budoucnu a zda vůbec obecní úřady metodu case managementu implementovat.

Informace o struktuře osob závislých na péči, neformálních pečujících a jejich potřebách by pak mohly obcím posloužit jako podklad pro komunitní plánování sociálních služeb. Zvýšila a rozšířila by se tak dostupnost sociálních služeb, které by odpovídaly zjištěným místním potřebám a reagovaly na lokální odlišnosti. Zároveň by

se zvýšila efektivita investovaných finančních prostředků jen na takové služby, které jsou potřebné.

V závěru bych navrhla přiklonit se k německému modelu financování příspěvku na péči, a to na principu zásluhovosti ve formě pojištění sociální péče. Lidé by měli myslet na svou budoucnost a odkládat svou spotřebu, stejně tak, jak to dělají v případě sociálního pojištění, ze kterého jsou vypláceny při splnění podmínek starobní, vdovské, vdovecké, invalidní důchody a nemocenská. Příspěvky na péči by tak nebyly nepojistnou sociální dávkou. I z tohoto důvodu by v budoucnu příspěvek na péči nepřiznávaly úřady práce, ale k přiznání by byly kompetentní okresní správy sociálního zabezpečení, jejíž součástí je i lékařská posudková služba a tím by se mohlo zkrátit řízení o žádosti na příspěvek na péči. Úřady práce přerušují řízení právě z důvodu odeslání zdravotní dokumentace na okresní správu sociálního zabezpečení k posouzení stupně závislosti lékařské posudkové službě. Odpadl by tak zbytečný úřední úkon a nemuselo by se přerušovat řízení. Dále v případě, že by neformální pečovatel prokázal vyšší náklady na péči, než je vyplácený příspěvek na péči, byla by možnost tyto náklady odečíst z daní hlavní pečující osoby.

Jak již v této práci uvedeno v současné době se všechny státy potýkají se stárnutím populace a stejná situace je také v České republice. Zařazení dávky příspěvek na péči do systému pojistných dávek, považuji jako jedno z možných řešení zajištění systému péče o seniory vzhledem k demografickým a ekonomickým změnám. Dle mého názoru by tak v budoucnu byla podpořena tolik preferovaná neformální péče (na principu zásluhovosti i solidarity) a tím i mezigenerační solidarita, která je u nás ještě stále oproti západním zemím více vnímána jako rodinná odpovědnost, a ne odpovědnost veřejná, tedy státu.

Mezigenerační vztahy jsou v dnešní době často diskutovaným tématem. Sociologové v souvislosti s mezigeneračními vztahy často mluví o rozpadu rodin tradiční společnosti, ve které žilo a hospodařilo více generací pohromadě. Představu o tradiční vícegenerační rodině v dřívějších dobách vyvracejí historické prameny. Středověk a starověk v tradiční křesťanské společnosti na jedné straně označoval rodinou společenství lidí žijících pod jednou střechou, všech i bez pokrevní příbuznosti tzv. „velká domácnost“ (součástí bylo i služebnictvo, tovaryši, děvečky a čeledíni). Druhé stejně staré pojetí rodiny, které platilo paralelně ve společenství vládnoucích tříd, chápalo rodinu jako systém širokého pokrevního příbuzenství. Šlo o velkou skupinu

lidí, která udržovala jednotu moci a majetku svazkem krve. Dnešní moderní rodina neodpovídá žádnému z těchto pojetí. Vzhledem vysoké kojenecké úmrtnost, způsobené infekčními chorobami, hladomorem a válkami, ale i poměrně nízkému dožitým věku a ve všeobecně vysoké úmrtnosti byla třígenerační rodina v tradiční křesťanské společnosti velice nepravděpodobná a dnes běžná čtyřgenerační rodina úplně vyloučena. To potvrdilo druhé polovině 60. let minulého století skupina cambridgeských historických demografů, prostřednictvím počítačového zpracování dat ze sčítání lidu z let 1574 až 1821. Výzkum zcela vyvrátil mýtus o tradiční velké rodině a vypočtená průměrná velikost domácností činila 4,73 osob. Dále analýza ukázala, že více dětí bylo ve vyšších společenských vrstvách, nikoli v nižších chudších vrstvách, jak se původně myslelo. Vývoj mezigeneračních vztahů u nás stejně jako v západních společnostech významně změnil proces modernizace. Tradiční středověkou rodinu nahradila rodina nukleární skládající se z muže, ženy a jejich dětí. Nástup komunistického režimu však u nás proces modernizace rodiny zmrazil a rodiny si proti špatnému fungování socialistického státu posilovali neformální sociální sítě rodinné. Vzniká tzv. „sendvičová generace“, generace obložená generací mladší a starší, která na sobě nesla největší břímě z rodiny. Břímě, které ve vyspělých západních zemích většinou nese stát. Málo rozvinuté sociální služby a špatně fungující stát u nás tak posílil mezigenerační vazby a tím i mezigenerační solidaritu oproti západním společnostem, kde se spíše rozvinul individualismus. To potvrdil i výzkum, který byl reakcí na zvýšený podíl starších osob v populaci a nerovnováhu mezi produktivní a postproduktivní částí populace. Tradičnější formy rodinné solidarity u nás nacházíme výrazně ve větší míře, než v obdobném třígeneračním souboru německém. Dnešní prarodiče se tak vídají s vnoučaty rozhodně víc než všechny předchozí generace.

Paradoxně z výše uvedeného výzkumu vyplývá, že vysoce rozvinuté sociální služby a převzetí zodpovědnosti za jedince státem, tak jak tomu v některých vyspělých západních společnostech, podporuje vznik individualismu a snižuje míru mezigenerační solidarity. To dokazuje míra poskytované solidarity ve vztahu střední a nejstarší generace, která je významně vyšší mezi generacemi v České republice než mezi generacemi v Německu. České ženy kladou velký důraz na mezigenerační solidaritu, snaží se o podporu rodičů dětem, ale vyžadují i pomoc dětí svým starým rodičům. Zastávají názor, že by se děti měli postarat o své staré rodiče. Naopak německé ženy považují za větší hodnotu dosažení autonomie vlastní nukleární rodiny. |Je proto nutné

podpořit neformální pečovatele v jejich péči finančně i místně dostupnými, především terénními a odlehčovacími, sociálními službami zejména proto, že většina seniorů chce zůstat v domácím prostředí a nechce žít o samotě a mimo svou rodinu. Chtějí se podílet na výchově svých vnoučat, sdílet se svými blízkými problémy každodenního života a cítit se tak potřebnými. Mezigenerační solidarita se opírá především o kladné aspekty příbuzenských vztahů mezi členy širší rodiny, jako je soudržnost, ochota pomoci, pochopení, spolupráce, a to napříč generacemi. Rozvoj individualismu považují za vysoce škodlivý činitel, který může způsobit, že za větší hodnotu, než je mezigenerační solidarita, i u nás v budoucnu budeme považovat dosažení autonomie vlastní nukleární rodiny nebo pouze autonomie individuální.

Ztotožňuji se s filozofií Kungfucia, jehož náboženství vycházelo z pokory, harmonie a úctě k tradici, který již před dvaceti pěti stoletími byl přesvědčen, že pokud by se každý choval řádně ve svém rodinném prostředí, přineslo by to společnosti větší štěstí, prosperitu a stabilitu. Jaká bude podoba mezigenerační solidarity v budoucnu bezpochyby ovlivní to, jaké vzory a normy pro další utváření mezigeneračních vztahů převezme generace nejmladší.

Na základě zjištěné situace v této oblasti bych dále doporučovala zaměřit se na tuto oblast více cíleně, zajistit více výzkumů věnovaných potřebám péče a pečovatelům, na základě jejich výsledků by se následně mohlo na této problematice více zapracovat.

9 Literatura:

1. BAREŠ, P. et al., 2012. *Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy: Závěrečná zpráva projektu* [online]. Praha: CESES FSV UK [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: geiss
2. BAREŠ, P., TOMÁŠKOVÁ, V., 2013.. *Individuální a společenské dopady využívání ústavních a komunitních služeb: Srovnání sociálních a ekonomických dopadů rozhodnutí o okruhu využívaných služeb ve vybraných modelových situacích* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: http://www.trass.cz/archive_2015/files/5-dok-analyzy11.pdf
3. BECK, P. et al., 2012. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Anag. 448 s. ISBN 978-80-7263-744-7.
4. BLÁHA, J. et al., 2016. *Řízení lidských zdrojů: Nové trendy*. Praha: Management press. 240 s. ISBN 9788072 614301.
5. BŁĘDOWSKI, P., 2012. Zaspokojanie potrzeb opiekuńczych ludzi starych. In: *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie: Tezy i rekomendacje*. Varšava: Rzecznik Praw Obywatelskich, [online]. [cit. 2020-07-01]. \Dostuné z: <https://www.rpo.gov.pl/pliki/13541772380.pdf>
6. BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ, 2020. *Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des BGBI, I S. 1014), § 1 Soziale Pflegeversicherung*. [online]. [cit. 2020-07-02]. Dostupné z:http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/1.html

7. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, 2014. *Ratgeber für Menschen mit Behinderung*. Bonn, 2014, [online]. [cit. 2020-07-04]. s. 194.
Dostupné z:
http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a712-ratgeber-fuer-behinderte-mens-390.pdf?__blob=publicationFile
8. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2014. *Ratgeber zur Pflege*. 13. aktualizované vydání, [online]. [cit. 2020-07-01]. s. 126. Dostupné z:
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Pflege/Broschueren/BMG_RatgeberPflege.pdf
9. BÜNDNIS FÜR GUTE PFLEGE, 2014.: *100 TAGE DER WAHL 2014*, [online]. [cit. 2020-07-05]. s. 11 Dostupné z: <https://www.wir-pflegen.net/blog/aktuell/286-buendnis-fuer-gute-pflege-100-tage-nach-der-wahl>
10. CARERS TRUS, 2015. [online]. [cit. 2020-06-05]. Dostupné z:
<http://www.carers.org/about>
11. COFACE: KONFEDERÁCIA RODINNÝCH ORGANIZÁCIÍ EURÓPSKEJ ÚNIE., 2009. *Európska charta rodinných opatrovateľov (European charter for family caregivers)*. [online]. Brusel: Coface [cit. 2020-03-04]. Dostupné z:
<http://www.coface-eu.org/wp-content/uploads/2017/01/COFACE-Disability-CharterSK.pdf>
12. COLOMBO, F. et al., 2011. *Help wanted?: providing and paying for long-term care*. Paris: OECD. 8 s. ISBN 9789264097582.
13. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

14. ČSSZ., 2018. *Dlouhodobé ošetrovné* [online] Praha: Česká správa sociálního zabezpečení [cit. 2020-01-19]. Dostupné z:
<https://www.cssz.cz/web/cz/dlouhodobé-oseťrovne>
15. DIAKONIE ČCE., © 2020. *Příručky pro pečující*. [online]. Praha: Pecujdoma.cz [cit. 2020-02-21]. Dostupné z:<http://www.pecujdoma.cz/prirucky/>
16. DOBIÁŠOVÁ, K. et al., 2013. Dlouhodobá péče o seniory a osoby se zdravotním postižením perspektivou neformálních pečujících. *Zdravotnictví v ČR*. 2013(2), 2-10. ISSN 1213-6050.
17. DOBIÁŠOVÁ, K., KOTRUSOVÁ, M., 2017. Zaslouhují si neformální pečující větší péči? Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR. *Sociální práce*. 2017(6), 22-41. ISSN 1213-6204.
18. DOHNALOVÁ, Z., HUBÍKOVÁ, O., 2013. *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2020-03-26]. Dostupné z:
file:///C:/Users/lukys/Downloads/Studie_Pecujici_o_blizkou_osobu.pdf
19. DUDOVÁ, R., VOHLÍDALOVÁ, M., 2018. *Muži a ženy pečující o seniory v rodině* In Sociologický časopis / Czech Sociological Review sociální práce 2/2018. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Praha 2018 ISSN 2336-128
20. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita životů seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 122 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
21. EVROPSKÁ KOMISE, 2008. *Dlouhodobá péče v Evropské unii*. Lucemburk: Úřad pro úřední tisky Evropských společenství. ISBN 978-92-79-09575-7.
22. EXPERT PATIENTS, 2014. [online]. [cit. 2020-07-01]. Dostupné z:
<http://www.expertpatients.co.uk>

23. FDV., 2018. *Jak na péči? Příručka pro ty, kteří pečují doma o blízkého člověka* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání. [cit. 2020-02-10]. Dostupné z: <https://pecovatazit.cz/assets/uploads/sites/1071/2019/04/fdv-2018-jak-na-peci-prirucka-pro-ty-kteri-pecuji-doma-o-blizkeho-cloveka.pdf>
24. GEISLER, H. et al., 2015. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie*, Komparativní rešerže a identifikace příkladů dobré praxe [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání [cit. 2020-04-04]. Dostupné z: file:///C:/Users/edita/Downloads/4_Komparativn%C3%AD%20anal%C3%BDza.pdf
25. GEISLER, H. et al., 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR* [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání [cit. 2020-02-04]. Dostupné z: file:///C:/Users/lukys/Downloads/1_V%C3%BDstupn%C3%AD%20analytick%C3%A1%20zpr%C3%A1va.pdf
26. GEYER, J., SCHULZ, E., 2014. *Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland*. DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. Wochenbericht, [online]. [cit. 2020-07-03]. Dostupné z: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.441657.de/14-14-2.pdf
27. GOODY, J., 2006. *Proměny rodiny v evropské historii*. Praha: NLN. 232 s. ISBN 80-7106-396-7.
28. GOLINOWSKA, S., 2009. The national model of the welfare state in Poland.: Tradition and changes. In: GOLINOWSKA, S., HENGSTENBERG, P. a ŽUKOWSKI, M.: *Diversity and commonality in European social policies: the forging of a European Social Model*. 1. publ. Warsaw: Wydawnictwo Naukowe "Scholar", 2009, ISBN 978-83-7383-347-0.

29. GOVERNMENT OFFICE OF SWEDEN, 2014. *Social Insurance in Sweden*. Sweden: Ministry of Health and Social Affairs, [online]. [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <http://www.government.se/content/1/c6/23/79/82/56e9812f.pdf>
30. HANK, K., BUBER, I., 2009. Grandparents Caring for their Grandchildren: Findings From the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues*. 30(1), 53–73. ISSN 0192-513X.
31. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
32. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
33. HAVLÍKOVÁ, J., 2012. Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými evropskými zeměmi. *Sociální práce*. 2012(4). 102-112. ISSN: 1213-6204.
34. HETTEŠ, M., 2011. *Starnutie spoločnosti*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-031-6.
35. HIROSE, K., CZEPULIS – RUTKOVSKA, 2016. Z.: *Challenges in long-term care of the elderly in Central and Eastern Europe*, International Labour Organization, ILO DWT and Country Office for Central and Eastern Europe. – Budapest:. ISBN: 978-92-2-130866-9; 978-92-2-130871-3
36. HOFFMANN, F., RODRIGUES, R., 2010. *Informal Carers: Who Takes Care of Them?* [online]. Vienna: European Centre [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: file:///C:/Users/lukys/Downloads/PB_FHRR_0410neu.pdf
37. HORECKÝ, J. 2014. Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU. *Odborný časopis Sociální služby*. 1 s. 28-34. ISSN 1803-7348

38. HORSKÝ, J., SELIGOVÁ, M., 1997. *Rodina našich předků*. Praha: NLN. 141 s. ISBN 80-7106-195-6.
39. HRONOVÁ, T., SOURALOVÁ, A., 2018. *Jeden den v životě pečovatelky: placená péče o seniory perspektivou pečujících* In Fórum sociální práce 5/2018. Praha: VÚPSV, . ISSN ISSN 1803-7488
40. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
41. HUBÍKOVÁ, O., 2012. Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statutu neformální péče. *Sociální práce*. 2012(4), 113-124. ISSN 1213-6204.
42. JEŘÁBEK, H. et al., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Slon. 316 s. ISBN 978-80-7419-117-6.
43. JIRÁSKOVÁ, V. et al., 2005. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. Praha: Eurolex Bohemia. 200 s. ISBN 80-86861-80-5.
44. JOHANSSON, L., 2014. NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE. Informal Caregiving in Sweden.
45. KELLER, J., 2005. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Slon. 160 s. ISBN 80-86429-41-5.
46. KING'S FUND, 2014, [online]. [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: <http://www.kingsfund.org.uk>
47. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 202 s. ISBN 978-80-2472-169-9.

48. KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, J., 2013. Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob. *Data a výzkum: SDA Info* [online]. 7(2), 107-123 [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-123-1.pdf
49. KOLDINSKÁ, K., 2016. Finanční podpora pečujících a návrhy na zlepšení systému dávek pro pečující – příklady dobré praxe ze zahraničí. Diakonie ČCE. 24 s. ISBN 978-80-87953-28-0.
50. KOLDINSKÁ, K., MATOUŠEK, O., 2007. Úvod. Trendy v historickém vývoji sociálních služeb. In: MATOUŠEK, O. et al. *Sociální služby*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
51. KOTRUSOVÁ M. et al., 2013. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky. Odborný recenzovaný časopis* [online]. 2013(6), 10-20. [cit. 2020-03-25]. ISSN 1803-7488. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf
52. KREBS, V., DURDISOVÁ, J., 2010. *Sociální politika. 5., přeprac. a aktualiz. vyd.* Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-585-4.
53. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál. 189 s. ISBN 80-7178-64.
54. KUBALČÍKOVÁ, K., 2012. Podpora neformálních pečovatelů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad Pečovatelské služby. *Sociální práce*. 2012(4), 89-101. ISSN 1213-6204.
55. KUBÁTOVÁ, J., KUKELKOVÁ, A., 2014. *Interkulturní rozdíly v pracovní motivaci generace Y: příklad České republiky a Francie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 128 s. ISBN 978-802-4439-617.

56. KUZNÍKOVÁ, I. et al. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
57. LANGMEIER, J., KŘEJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.
58. LOWE, S., 2008. *Babička 21. století*. Praha: Fragment, 149 s. ISBN 9788025307397.
59. MARKENT., VÚPSV., 2011. *Případová studie způsobů zajištění péče o příjemce příspěvku na péči* [online]. Praha: MARKENT, s.r.o. & VÚPSV, v.v.i [cit-2020-05-15]. Dostupné z: http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/zajisteni_pece.pdf HYPERLINK "http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/zajisteni_pece.pdf" HYPERLINK "http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/zajisteni_pece.pdf" HYPERLINK "http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/zajisteni_pece.pdf"
60. MATOUŠEK, O., 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon. 216 s. ISBN 80-86429-19-9.
61. MATOUŠEK, O. et al., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 193 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
62. MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce: 2., přepracované vydání*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
63. MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Metody a řízení sociální práce. 3. Aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
64. MICHALÍK, J., 2011a. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 219 s. ISBN 978-80-244-2957-1.

65. MICHALÍK, J., 2011b. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
66. MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SR., ©2020. *Peňažný príspevok na opatrovanie*. [online]. Bratislava: employment.gov.sk [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/penazne-prispevky/pp-opatrovanie/>
67. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelsví: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
68. MOŽNÝ, I., 1990. *Moderní rodina: mýty a skutečnosti*. Brno: Blok, 182 s. ISBN 80-7029-018-8.
69. MOŽNÝ, I., 2003. Modernizace české rodiny a mezigeneračních vztahů v mezinárodním srovnání. In: MAREŠ, P., POTOČNÝ, T. (eds.) *Modernizace a česká rodina*. Brno: Barrister & Principal, s. 11 - 36. ISBN 80-86598-61-6.
70. MOŽNÝ, I., 2008. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství. 311 s. ISBN 80-864-2958-X.
71. MPSV., ©2020a. *Aktuality* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2020-04-29]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/>
72. MPSV., 2015. Pečující osoby a neformální péče. In: MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2020*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-126-3.
73. MPSV., 2016. *Příspěvek na péči* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-01-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

74. MPSV., 2017. *Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025)* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2020-01-19]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pace-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/>
75. MPSV., 2017. *Pečujeme o své blízké - dlouhodobé ošetrovné* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociální věcí [cit. 2020-01-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/pecujme-o-sve-blizke-dlouhodobě-osetrovne>
76. MPSV., 2018. *Poslanci schválili skokové navýšení příspěvků na péči ve III. a IV. Stupni závislosti* [online]. Praha: MPSV [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/519576/TZPoslanci_schvalili_skokove_navyseni_prispevku_na_peci_ve_III-_a_IV-_stupni_zavislosti.pdf/3ce10e9a-811e-ba98-7be6-85664ca941c1
77. NEŠPOR, Z., 2017. *Solidarita* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 2020-08-09]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Solidarita>
78. NATIONAL HEALTHCARE SERVICE (NHS), 2014: *Getting a break from caring*, [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/CarersDirect/yourself/timeoff/Pages/Accessingrespitecare.aspx>
79. NOVÁK, T., 2014. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5152-8.
80. NOVÁKOVÁ, R., 2008. *Pečovatelsví I: učební text pro studenty oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Triton. 120 s. ISBN 978-80-7387-085-0.
81. ONDREJKOVIČ, P. et al., 2006. *Rodina v novom miléniu*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. ISBN 80-8050-982.

82. PRŮŠA, L., 2015: *Financování služeb sociální péče v ČR - teorie a praxe*. In Fórum sociální práce 3/2015. Praha: VÚPSV, . ISSN 1802-5854
83. PRŮŠA, L., 2016. *Respitní péče – analýza využívání sociálních služeb pečujícími a návrhy na zvýšení dostupnosti podpory pro pečující v systému sociálních služeb* [online]. Praha: Diakonie ČCE [cit. 2020-02-19]. 28 s. ISBN 978-80-87953-30-3. Dostupné z:
<https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000161.pdf?seek=1489066971>
84. PRŮŠA, L., 2019 *Úhrada klientů za poskytování ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Praha: VÚPSV, v. v. i., . ISBN 978-80-7416-365-4
85. RABUŠIC, L., 1995. *Česká společnost stárne*. Brno: Georgetown, 192 s. ISBN 80-901-6042-5.
86. RABUŠICOVÁ, M. et al., 2011. *O mezigeneračním učení*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5750-0.
87. RAJMICOVÁ, K., 2002. Vztahy a soužití generací v rodině. In: PLAŇAVA, I., PILÁT, M. *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno: Barrister & Principal. 290 s. ISBN 80-86598-36-5.
88. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
89. SIPORSKA, A. 2012.: *Ubezpieczenia społeczne w polsce*. Varšava: Zakład Ubezpieczeń Społecznych, [online]. [cit. 2020-08-01]. Dostupné z:
http://www.zus.pl/pliki/poradniki/1585_12.pdf
90. STRAŠILOVÁ, G., 2014. „Husákovy“ versus „Havlovy“ děti [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2020-02-16]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/csu/czso/52002e2055>

91. STATISTISCHES BUNDESAMT, 2014. *Pflegende Angehörige in Deutschland häufiger erwerbstätig als im EUDurchschnitt*, [online]. [cit. 2020-07-01].
Dostupné z:
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/VereinbarkeitVonPflegeUndBeruf.html>
92. SVOBODOVÁ, K., 2008. Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory. In: NEŠPOROVÁ et al. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV. 922 s. ISBN 978-80-87007-96-9.
93. SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 284 s. ISBN 978-808-6429-625.
94. ŠABATOVÁ, A. et al., 2017. *Dávky pomoci v hmotné nouzi* [online]. Praha: Kancelář veřejného ochránce práv [cit-2020-08-09]. Dostupné z:
https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/Publikace/sborniky_stanoviska/Sbornik_Davky-pomoci-HN.pdf
95. ŠIMONÍK, P., 2015. *Podpora neformálních pečovatelů - závěrečná zpráva z výzkumu*. [online]. Praha: Fond dalšího vzdělávání [cit. 2020-04-12]. Dostupné z:
[file:///C:/Users/lukys/Downloads/2_Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1%20zpr%C3%A1va%20z%20dotazn%C3%ADkov%C3%A9ho%20C5%A1et%C5%99en%C3%AD%20mezi%20neform%C3%A1ln%C3%ADmi%20pe%C4%8Dovateli%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lukys/Downloads/2_Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dn%C3%A1%20zpr%C3%A1va%20z%20dotazn%C3%ADkov%C3%A9ho%20C5%A1et%C5%99en%C3%AD%20mezi%20neform%C3%A1ln%C3%ADmi%20pe%C4%8Dovateli%20(1).pdf)
96. ŠTERN, P., 2018. *Neformálně pečující – utajení stakeholderi trhu práce* [online]. Praha: BPS [cit. 2020-03-02]. Dostupné z:
<https://byznysprospolecnost.cz/neformalne-pecujici-utajeni-stakeholderi-trhu-prace/>

97. THE GALLUP ORGANIZATION. Flash Eurobarometer 247., 2008. *Family life and the needs of an ageing population* [online]. EU: European Commission [cit. 2020-08-09]. Dostupné z:
http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_247_en.pdf
98. TNS OPINION & SOCIAL. Special Eurobarometer 283/ Wave 67., 2007. *Health and long-term care in the European* [online]. EU: European Commission [cit. 2020-08-09]. Dostupné z:
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf
99. TOŠNEROVÁ, T., 2001. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. 68 s. ISBN 80-238-8001-2.
100. TOŠNEROVÁ, T., 2009. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Praha: Computer Press. 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7.
101. TRIANTAFILLOU, J. et al., 2010. *Informal care in the long-term care system. European Overview Paper. Project Interlinks* [online]. Athesn/Vienna: Interlinks [cit. 2020-02-05]. Dostupné z:
[file:///C:/Users/lukys/Downloads/WP5_Overview_FINAL_05_2010%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lukys/Downloads/WP5_Overview_FINAL_05_2010%20(1).pdf)
102. TRUHLÁŘOVÁ, Z. et al., 2015. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 123 s. ISBN 978-80-7435-570-7.
103. TUČEK, J., ŽÁČKOVÁ, L., 2013. *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II* [online]. Praha: STEM/MARK [cit-2020-04-06]. Dostupné z:
<https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>
104. Vyhláška č. 388/2011 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením., In: *zákon č. 388/2011 Sb.*, částka 152., s 6766. ISSN – 1211

105. VÍŠEK, P., PRŮŠA, L., 2012. *Optimalizace sociálních služeb* [online]. Praha: Národní centrum sociálních studií, o.p.s. [cit-2020-04-15].
Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf
106. VOJTÍŠEK, P., 2016: *Principy financování veřejnoprávní a dobrovolné formalizované solidarity ve službách sociální péče v ČR*. Praha: FF UK,
107. Zákon č. 23/2014 Sb., 2014 Velká Británie, Care Act, 2006.[online]. [cit. 2020-06-20]. Dostupné z:
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/introduction/enacted>
108. Zákon č. 108/2006 Sb., o Sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2020-01-20].
In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z:
<https://cse.google.com/cse?cx=015489265366623571386%3Aizzrwwg3bmqm&q=z%C3%A1kon+o+soci%C3%A1ln%C3%ADch+slu%C5%BEb%C3%A1ch&ok.x=0&ok.y=0>
109. Zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu., In: *zákon č. 110/2006 Sb.*, částka 30., s 980. ISSN – 1211- 1244
110. Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi., In: *zákon č. 111/2006 Sb.*, částka 37., s 5294 - 5293. ISSN – 1211- 1244
111. Zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře., In: *zákon č. 117/1995 Sb.*, částka 125., s 3706 3707. ISSN – 1211- 1244
112. Zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce., In: *zákon č. 262/2006 Sb.*, částka 30., s 980. ISSN – 1211- 1244
113. Zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením., In: *zákon č. 329/2011 Sb.*, částka 115., s 3970 - 3994. ISSN – 1211- 1244

114. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *zákon č. 372/2011 Sb.*, částka 131., s 4730 - 4732. ISSN – 1211- 1244
115. ZEMKE, R. et al., 2013. *Generations at Work: Managing the Clash of Veterans, Boomers, Xers, and Nexters in Your Workplace*. New York: Amacom. 11 s. ISBN 978-0-8144-0480-5.