

Univerzita Karlova  
Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických  
organizacích

Bc. Klára Hvojníková

**Neformální péče z pohledu praktických lékařů**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Povolná, Ph.D.

Praha 2024

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 5. 1. 2024

Bc. Klára Hvojníková

## **Poděkování**

Mé poděkování patří Mgr. Pavle Povolné, Ph.D., za laskavý přístup a udělené odborné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat a předložit k obhajobě. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu za jejich vstřícný přístup pro empirickou část této práce. Velké poděkování patří pak celé mé rodině, která mě při studiu podpořila a byla mi velkou oporou.

**Věnováno památce mojí maminky**

# Obsah

I ÚVOD .....	12
II TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1 Teoretická východiska.....	15
1.1 Využití psychosociálního přístupu v neformální péči.....	16
1.1.1 Komunikace.....	17
1.1.2 Empatie.....	18
1.1.3 Respekt .....	18
1.1.4 Plánování .....	19
1.1.5 Sebeúcta.....	20
1.2 Pyramida potřeb dle Abrahama Harolda Maslowa .....	21
1.2.1 Základní tělesné, fyziologické potřeby.....	23
1.2.2 Pocit bezpečí a jistoty .....	24
1.2.3 Potřeba lásky, přijetí a spolupříčnosti.....	25
1.2.4 Potřeba uznání a úcty.....	25
1.2.5 Potřeba seberealizace.....	26
2 Neformální péče a význam pro společnost.....	27
2.1 Neformální péče v kontextu zdraví .....	28
2.1.1 Aktéři neformální péče .....	29
2.2 Neformální péče z pohledu rodiny .....	30
2.3 Situace neformální péče v České republice .....	31
2.4 Pozice sendvičové generace v neformální péči.....	32
2.5 Potřeby pečujících.....	33
2.5.1 Sociální služby spojené s oblastí neformální péče .....	33
2.6 Všeobecné praktické lékařství pro dospělé .....	34

2.7	Primární péče z pohledu neformální péče .....	35
2.7.1	Etika praktických lékařů .....	36
2.8	Legislativní rámec primární péče .....	38
2.8.1	Součinnost s pojišťovny .....	39
2.8.2	Kapitační platba .....	40
3	Proces neformální péče z pohledu praktického lékaře .....	41
3.1	Očekávaná role praktického lékaře v neformální péči .....	42
3.1.1	Pečující osoba jako partner praktického lékaře .....	43
3.1.2	Výchozí legislativní rámec pro neformální péči .....	43
3.2	Podpůrné programy pro pečující .....	44
3.3	Podpůrné skupiny pro neformální pečující .....	45
3.4	Reforma dlouhodobé péče v České republice .....	45
4	Koncepční přístup k podpoře pečujících .....	46
4.1	Strategické dokumenty na národní úrovni .....	47
4.2	Strategické dokumenty na krajské úrovni .....	48
4.3	Strategické dokumenty na lokální úrovni .....	48
4.4	Multidisciplinární tým v neformální péči .....	49
4.5	Case management v neformální péči .....	50
5	Shrnutí teoretické části .....	51
III EMPIRICKÁ ČÁST .....		53
6	Strategie výzkumu .....	53
6.1	Metodologie výzkumu .....	53
6.2	Pozicionalita výzkumníka .....	54
6.3	Etika výzkumu .....	54
6.4	Limity výzkumu .....	55
7	Zpracování dat získaných z provedených rozhovorů .....	55
7.1	Metoda získání informantů .....	57

7.1.1	Hlavní výzkumná otázka .....	57
7.1.2	Vedlejší výzkumná otázka.....	57
7.1.3	Otázky polostrukturovaného rozhovoru .....	57
7.1.4	Popis vzorku informantů .....	58
7.1.5	Kategorie kódů – názvy kapitol diplomové práce.....	58
7.1.6	Informant A .....	60
7.1.7	Informant B .....	61
7.1.8	Informant C .....	62
7.1.9	Informant D .....	63
7.1.10	Informant E.....	64
7.1.11	Informant F .....	66
7.1.12	Informant G .....	67
7.1.13	Informant H .....	68
7.2	Zpracování dat dle kategorií.....	69
7.2.1	Předávání informací ze strany praktických lékařů .....	69
7.2.2	Pasivita pečujících při získávání informací.....	71
7.2.3	Komunikace mezi praktickými lékaři a pečujícími osobami .....	72
7.2.4	Bariéry mezi praktickými lékaři a pečujícími osobami.....	73
7.2.5	Informační materiál pro praktické lékaře .....	74
7.2.6	Časový rámec praktických lékařů pro spolupráci s pečujícími .....	76
8	Naplnění cíle diplomové práce .....	79
	IV DISKUZE.....	80
	V ZÁVĚR.....	89
9	Seznam použitých zdrojů.....	93
	Seznam použitých zkratk .....	103
	Seznam obrázků .....	103
	Seznam příloh.....	103

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zaměřuje na proces neformální péče z hlediska role praktických lékařů a zkoumá klíčovou úlohu, kterou hrají v úvodní fázi při nastavení procesu péče v domácím prostředí. Konkrétně se zabývá poskytováním informací a rad na začátku péče, tedy momentem, který může zásadně ovlivnit další proces neformální péče a tím i osud pacienta a jeho blízkých, a je neformálními pečujícími často považováno za klíčový výchozí bod. Práce dále identifikuje bariéry a třecí plochy, které mohou vznikat mezi neformálními pečujícími a praktickými lékaři, a také důsledky nedostatečné informovanosti pro neformální pečující. Ve většině případů nedostatečná informovanost pečujících vede tak k předčasnému ukončení péče v domácím prostředí, bez využití všech dosažitelných podpůrných prostředků, je pak narušen princip subsidiarity. Jejich blízcí jsou přemístěni do specializovaného pobytového zařízení, případně dochází v závěru péče k prevozu blízkého člověka do nemocničního zařízení. Tito lidé pak neumírají doma, v kruhu rodinném, ale osamoceni v nemocničních zařízeních, případně jiných specializovaných institucích. Cílem práce je přispět k vývoji strategie – respektive taktiky pro zlepšení spolupráce a komunikace mezi neformálními pečujícími a praktickými lékaři. Dále minimalizovat důsledky nedostatečné informovanosti neformálních pečujících, s konečným cílem umožnit pacientům dostávat kvalitní péči v domácím prostředí, za přítomnosti své rodiny a blízkých.

### **Klíčová slova:**

pečující, neformální péče, lékař primární péče, všeobecný praktický lékař, komunikace, předávání informací



## **Abstrakt:**

This diploma thesis focuses on the process of informal care from the perspective of general practitioners and examines the key role they play in the initial phase of setting up the process of care in a home environment. Specifically, the thesis deals with providing information and advice at the beginning of home care, which is often considered by informal caregivers to be a crucial starting point that can significantly influence the further process of informal care and the fate of the patient and their relatives. The thesis also identifies barriers and points of friction that may arise between informal caregivers and general practitioners, as well as the consequences of insufficient information for informal caregivers. In most cases, insufficient information for caregivers leads to the premature termination of home-based care, without the use of all available support resources. The principle of subsidiarity can be violated, because relatives of informal caregivers may be therefore relocated to specialized residential facilities, or at the end of home care, they may be transferred to hospital facilities with no opportunity to pass away in a comfort of their own home, surrounded by family. The aim of the thesis is to contribute to the development of a strategy, or tactics, to improve cooperation and communication between informal caregivers and general practitioners, as well as to minimize the consequences of insufficient information for informal caregivers. The ultimate goal is to enable patients to receive high-quality care in their home environment, in the presence of their family and loved ones

### **Key words:**

caregiver, informal care, primary care physician, general practitioner, communication, information sharing

# I ÚVOD

Neformální péče o blízkého člověka v domácím prostředí je v současnosti velmi diskutovaným tématem. Cílem diplomové práce je získání souboru ucelených informací, respektive oblastí, které by měl praktický lékař představit rodině svého pacienta v úvodu péče, tedy informací, které blízcí pacienta očekávají, že od praktického lékaře obdrží. Navazující aktivitou zejména na praktickou část diplomové práce je příprava obsahové a formální podoby materiálu (vycházejícího ze souhrnu ucelených informací), který by mohl usnadnit všem zúčastněným/zajímavým v neformální péči (praktickým lékařům, pacientům i jejich blízkým) nastavení procesu péče v domácím prostředí.

Častým příkladem špatné praxe je nedostatečná informovanost pečujících, která tak vede k předčasnému ukončení péče v domácím prostředí, bez využití všech možných dosažitelných podpůrných prostředků a jejich blízký je přemístěn do specializovaného pobytového zařízení, případně dochází v závěru péče k převozu blízkého člověka do nemocničního zařízení, i když by tomu tak být nemuselo při využití existujících možností podpůrných kapacit. Tito lidé pak neumírají doma, v kruhu rodinném, ale osamoceni v nemocničních zařízeních, případně jiných specializovaných institucích.

Samotná péče o blízkého člověka v rodinném prostředí se pak ukončí bez pomyslného uzavření životního cyklu, kdy hlavním cílem nastavení péče v rodinném prostředí bývá i ta skutečnost, že v době odcházení je pacient doma, v kruhu rodinném. Pokud tomu tak není, pečující většinou trpí pocitem selhání, výčitkami svědomí a tím, že neobstáli v zásadní životní situaci.

Přiblížení očekávání pečujících z oblasti zásadních informací v nastavení péče praktickým lékařům je tak cestou, jak zefektivnit samotný proces neformální péče. Umožnit pečujícím se již v úvodu na péči připravit a potlačit riziko, že péči v domácím prostředí nezvládnou. Zásadním místem setkání formálních a neformálních pečujících je prostředí primární péče. *„Primární péče, která je zajišťována praktickými lékaři (všeobecnými praktickými lékaři, praktickými lékaři pro děti a dorost, což jsou registrující poskytovatelé ambulantních služeb) v součinnosti se stomatology a gynekology je základním pilířem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích“ (MZ ČR 2020, s. 52).*

Předpokladem je tak nastavení dobré komunikace mezi praktickými lékaři a pečujícími, kteří potřebují v úvodu péče poradit a zorientovat se v situaci, která je pro ně i jejich blízké velmi složitá, mnohdy nová a zásadním způsobem na dlouhou dobu ovlivní jejich soukromý život. Často zasáhne i do rodinných vztahů a naruší tak jednak pevné rodinné vazby, soukromí všech zúčastněných a zainteresovaných osob v procesu neformální péče.

V diplomové práci se zaměřím na zhodnocení informací, které jsou potřebné pro nastavení procesu neformální péče v domácím prostředí, a to informací ze strany praktických lékařů směrem k jejich pacientům a pečujícím. Jedním z podkladů pro tvorbu diplomové práce jsou tak i zjištění z mé bakalářské práce na téma „*Rodinní příslušníci v roli neformálně pečujících osob*“, kdy pečující jasně identifikovali problém v oblasti neformální péče – konkrétně v neposkytnutí informací od praktických lékařů v úvodu péče, ale i během samotné péče (Hvojníková, 2021).

Cílem je získat ucelený soubor informací pro praktické lékaře, které umožní efektivněji a kvalitněji podpořit pečující osoby v jejich úsilí o péči o blízkého člověka v domácím prostředí, a to zejména v opomíjené oblasti podpory pečujících praktickými lékaři-přesahující do oblasti sociální sféry. V práci jsou zmapována témata jako komunikace mezi praktickým lékařem a pečujícími, zásadní informace pro pečující v úvodu péče, možnosti podpory pečujících v průběhu péče, rizika a náročnosti péče v domácím prostředí, možnosti sociální práce, spolupráce s odborem sociální péče, psychosociální dopad na pečující osoby a na jejich blízké, ale i ekonomické aspekty péče v domácím prostředí. Důraz je kladen na to, jak praktický lékař může pečujícím osobám poskytnout ucelené a srozumitelné informace, s potenciálem uspokojit všechny roviny potřeb pečujících i těch, o které je pečováno ve smyslu bio – psycho – sociálním – spirituálním. Soubor vybraných a přehledných informací praktickým lékařům, a v důsledku i neformálním pečujícím, umožní projít lépe procesem péče v domácím prostředí, zvýšit jejich sebevědomí a snížit riziko vyhoření a zhoršení zdraví.

Dílním cílem je doplnění konkrétních údajů pro získání pomoci v definovaných oblastech Liberecka, a to z důvodu prováděného výzkumu právě mezi praktickými lékaři na Liberecku.

V neposlední řadě bude do diplomové práce zapracována oblast problematiky nedostatečné informovanosti pečujících, která může vést k předčasnému ukončení péče

v domácím prostředí a k převozu blízkého člověka do specializovaného pobytového zařízení sociálních služeb, nebo do nemocničního zařízení, což může mít negativní dopad na psychické zdraví pečujících a kvalitu života jejich blízkých.

Diplomová práce se dělí na dvě části, část teoretickou a část praktickou. Pro potřeby praktické části byly provedeny rozhovory s praktickými lékaři v oblasti Liberecka, kdy několik oslovených praktických lékařů odmítlo účastnit se výzkumu z důvodu neztotožnění se s tématem výzkumu, ale také s tím, že praktičtí lékaři by měli poskytovat informace pečujícím osobám, přestože je pečující v úvodu péče od lékařů očekávají. Byla jim sdělena data získaná v rámci výzkumu a tvorby mé bakalářské práce, která tato očekávání potvrzují.

Na základě získaných informací předpokládám vytvoření souhrnného informačního materiálu, respektive praktické mapy s doporučením pro praktické lékaře, jak lépe podpořit pečující osoby v jejich úsilí o péči v domácím prostředí a jak předejít rizikům spojeným s nedostatečnou informovaností pečujících. Mapa bude sloužit jako podpůrná informativní pomůcka pro praktické lékaře, ale i pro neformální pečující a jejich blízké. Formulací oblastí a doplnění konkrétních míst, osob a institucí, kde pečující mohou nalézt pomoc. Lze tak vybídnout praktické lékaře ke spolupráci s pečujícími v úvodu neformální péče, kdy již při prvním kontaktu může lékař předat informace rodině svého pacienta. Jedná se tak o snahu zjednodušit praktickým lékařům kontakt s pečujícími a zlepšit nastavení spolupráce s ohledem na vysokou vyčerpávanost ordinací praktických lékařů a kritický nedostatek jejich časového prostoru. V úvodu péče lze tak poukázat na možnosti spolupráce s odborem sociální péče obecního či krajského úřadu, možnost obrátit se na konkrétního pracovníka, případně zvolit možnost spolupráce s vhodnou organizací, která poskytne pečujícím pomoc ve formě vhodné sociální služby.

## II TEORETICKÁ ČÁST

### 1 Teoretická východiska

Základním prostředím, do kterého je zasazeno téma práce, je oblast primární péče, která v sobě na rozdíl od institucionální péče přirozeně nabízí možnosti využití spolupráce z oblasti sociální práce. Jedná se o pomoc odborníků, institucí, komunitního přístupu, ale zejména psychosociálních přístupů sociální práce, které vycházejí z přístupů z oblasti sociologie a psychologie.

*„Východiskem psychosociálního přístupu je pohled na člověka jako na „člověka v situaci“ (Woody, Hollis in Navrátil 2001, s. 44). Dle Goldsteinové in Navrátil (1995) se předpokládá, že klient by se měl podílet na formulaci intervenčního plánu, což poukazuje právě na spolupráci v případě neformálně pečujících s praktickými lékaři. Oblasti, které dnes psychosociální přístup zahrnuje, jsou oblasti kultury, společnosti, rodiny, ale především vztahů mezi lidmi. Podstatou teorie psychosociálního přístupu je snaha vysvětlit, jak společnost a sociální prostředí zásadně ovlivňují lidské myšlení, chování a vývoj osobnosti (Přádová, 2021).*

Prvními principy psychosociálních přístupů začala operovat Mary Richmondová ve 20. letech 20. století. Vycházela tak ze své vlastní práce, která se opírala především o své zkušenosti v práci s rodinou, dále pak ze zkušeností ze sociální práce ve zdravotnických zařízeních: *„kdy kladla důraz na sociální vztahy jedinců a potřeby zkoumat jejich sociální prostředí“ (Přádová 2021, s. 123). Průkopnické dílo „Social diagnosis“ označila Marie Krakešová – Došková za důležité v přístupu k sociální práci a uvedla tak, že: „před vydáním této publikace byla sociální práce spíše intuitivní a bez metodiky, ale díky Mary Richmondové se stala více organizovanou profesí“ (Krakešová in Přádová 2021, s. 125). V tomto díle podrobně popsala způsob sběru informací o klientech sociálních služby, ze kterých mohl sociální pracovník vyvodit jasný způsob „sociální léčby“, kterému se později začalo říkat případová práce. Prostřednictvím medicínské terminologie se jednalo o jeden z pokusů o systematické teoretické fundování oboru (Matoušek a kol., 2007). Přesto, že práce Mary Richmondové byla nezpochybnitelně zásadní, její přístup byl spíše nastaven na podmínky v USA, v českých podmínkách tento přístup nemohl být přenositelný, což opět reflektovala Krakešová zastávající názor, že práci, kterou definovala Richmondová, je třeba upravit (Krakešová in Přádová, 2021).*

Přestože Mary Richmondová není vnímána ze strany odborné veřejnosti za zakladatelku samotného psychosociálního přístupu, za tu je jednoznačně označována Florence Holisová, vytvořila ale základní postupy case work – případové práce, která je v současné době často skloňována v souvislosti s neformální péčí. Hollisová pohlížela na člověka v situaci (person-in-situation), kdy vysvětlovala důležitost nahlížet na člověka nejen jako na jednotlivce, ale i na jeho aktuální situaci a vzájemnou interakci (Hollisová in Přádová, 2021).

Psychosociální teorie v oblasti neformální péče se zaměřuje na výzkum vztahů mezi rodinnými příslušníky, jak tyto vztahy mohou ovlivnit psychologické a sociální funkce nejen pacienta, ale i péče poskytujících osob. Například vztahy mezi pacientem a jeho pečovatelem mohou být velmi důležité pro jejich psychologickou pohodu a celkovou kvalitu péče (Skorunka, 2018). Nejznámější psychosociální teorie se řadí např. psychoanalytická teorie Sigmunda Freuda, teorie vývojové psychologie Erika Eriksona, sociální učení Alberta Bandury, teorie identity George Herberta Meadea (Navrátil, 2001).

Každá z uvedených teorií si klade za snahu vysvětlit různé aspekty lidského chování a vývoje, jako je např. formování identity, vztahy mezi jednotlivci a skupinami, vliv sociálního prostředí na psychiku. Významnými důsledky těchto teorií jsou pak porozumění lidskému chování v různých oblastech praxe, např. psychoterapie, vzdělávání, medicína, sociální práce a jiných oblastí.

V oblasti neformální péče, tedy péče poskytované rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami, může být psychosociální přístup velmi užitečný. Jednou z hlavních myšlenek psychosociálního přístupu v této oblasti je, že nejen osoba s nemocí, ale i rodinní příslušníci jsou vystaveni stresu a potřebují podporu (Janečková a kol., 2017).

## **1.1 Využití psychosociálního přístupu v neformální péči**

Psychosociální přístup v neformální péči zahrnuje zohlednění psychologických a sociálních aspektů péče o osobu, která potřebuje pomoc. Tento přístup klade důraz na potřeby a preference jednotlivce a současně bere v úvahu kontext, v němž se osoba nachází. Tento přístup v neformální péči umožňuje lékařům pohlížet na pacienty jako na jednotlivce se specifickými potřebami a kontextem. Tím se zvyšuje efektivita a relevance poskytované péče, což vede k celkovému zlepšení zdraví a pohody pacientů.

*„Psychosociální přístup zahrnuje celistvý pohled na osobu a současně klade důraz na to, jakým způsobem se člověk nachází v různých sociálních kontextech. Tento přístup v neformální péči umožňuje pečovateli zohlednit potřeby a preference jednotlivce a přispívá k lepší kvalitě péče" (Drench 2007, s. 63).*

V neformální péči umožňuje psychosociální přístup pečovateli respektovat individuální potřeby a preference, což v konečném důsledku přispívá ke zvýšení kvality poskytované péče. Bere v úvahu celistvý pohled na osobu a její sociální kontext, což může přispět k lepšímu porozumění a efektivnější péči, k vytváření intervenčního plánu. V psychosociálním modelu je tedy důležitým předpokladem, že klient by se měl na formulaci intervenčního plánu spolupodílet (Goldsteinová in Navrátil, 1995).

Je tedy způsobem poskytování péče, která se zaměřuje jednak na fyzické potřeby, dále na potřeby emoční, sociální a psychologické konkrétní osoby, které samotnou péči poskytujeme. Způsob využití tohoto přístupu může podpořit právě neformálně pečující osoby, konkrétně rodinné příslušníky, případně přátelé či další blízké osoby. Využití psychosociálního přístupu v neformální péči může zlepšit kvalitu samotné poskytované péče a zajistit stabilitu emocionální podpory poskytované blízkému člověku v době jeho složité životní situace. Způsobů, jak psychosociální přístup využít při neformální péči je široká škála, konkrétně:

### **1.1.1 Komunikace**

Komunikace je jedním ze zásadních prvků psychosociálního přístupu, zároveň *„komunikace je proces, kterým se lidé snaží sdílet informace a vytvářet porozumění v sociálních interakcích" (Wood 2016, s. 3).* Komunikace hraje v neformální péči klíčovou roli, protože umožňuje pečovateli a těm, o které se starají, vzájemně porozumět a spolupracovat na dosažení společného cíle. Pečující osoba by se měla zásadním způsobem zaměřit na komunikaci s osobou, které péči poskytuje, nejedná se pouze o naslouchání, vnímání potřeb pečované osoby, ale také podpora po stránce emocionální.

Psychosociální přístup v oblasti neformální péče také zdůrazňuje potřebu komunikace a otevřeného dialogu mezi pacientem a jeho rodinnými příslušníky. Pečovatelé musí být schopni poskytnout podporu, ale také si udržet vlastní psychologickou stabilitu a vyrovnat se se stresovými situacemi. V rámci psychosociálního přístupu v neformální péči sehraje hlavní roli komunikace nejen mezi pečujícím a osobou, které je péče poskytována, ale také mezi praktickým lékařem, pacientem a neformálními pečujícími. Komunikace se stává

nenahraditelným prvkem při předávání důležitých informací a poskytování podpory v celém průběhu péče. Praktický lékař by měl efektivně komunikovat s pacientem a jeho neformálními pečujícími, aby získal důkladné porozumění potřebám pacienta a zároveň zajistil účinný přenos informací spojených s poskytováním péče v domácím prostředí.

*„Komunikace je základem neformální péče, protože pečovatelé musí být schopni poskytovat a přijímat informace a komunikovat s lidmi, o které se starají, v efektivní a soucitné formě“* (Ellis 1995, s. 126). Komunikace je nezbytnou součástí neformální péče a pomáhá pečovatelům a lidem, o které se starají, vzájemně porozumět a spolupracovat na dosažení společného cíle.

### **1.1.2 Empatie**

Empatie má velký význam v neformální péči, protože umožňuje pečovatelům lépe porozumět potřebám a pocitům lidí, o které se starají, a přispívá k lepší kvalitě péče. *„Empatie je klíčovou součástí mezilidských vztahů a umožňuje nám porozumět emocím a perspektivám ostatních lidí“* (Davis 1996, s. 1). Schopnost vcítit se do potřeb druhé osoby je hlavní neodmyslitelnou výbavou pro pečující, zároveň umožňuje citlivě chápat potřeby blízké osoby.

*„Empatie hraje klíčovou roli v neformální péči, kdy je pečovatel obvykle blíže k pacientovi než lékař, a proto by měl mít schopnost vnímat a reagovat na emocionální potřeby pacienta“* (Hojat 2016, s. 154). Empatie je důležitým faktorem v neformální péči a pomáhá pečovatelům lépe porozumět emocionálním potřebám pacientů. Zároveň tedy tento faktor musí být naplněn i ze strany praktického lékaře, od kterého očekává pečující projevy empatie při složité situaci v okamžiku nastupujícího procesu neformální péče. Projev empatie v souvislosti s poskytnutím informací směrem k pečujícím je možné vnímat jako určitý aktivní přístup praktických lékařů

### **1.1.3 Respekt**

Respekt je v neformální péči důležitou hodnotou, protože pomáhá udržovat pozitivní vztahy mezi pečovateli a lidmi, o které se starají. Zároveň tak respekt přispívá k lepší kvalitě péče.

*„Respekt je klíčovou součástí etiky péče, protože pečovatelé musí být citliví k potřebám a přání pacientů a respektovat jejich hodnoty a důstojnost“* (Held 2006, s. 75). Respekt k autonomii lidské bytosti se odráží jako nezbytný etický rozměr ve zdravotní péči.



Jde o jeden ze zásadních etických principů, jehož uvědomění pečovatelům pomáhá cítit potřeby a hodnoty lidí, o které pečují. Respekt ze strany praktického lékaře k neformálním pečujícím, tedy k lidem, kteří poskytují péči svým blízkým bez nároku na odměnu, je důležitý pro podporu jejich práce a motivace.

Dalším z prvků psychosociálního přístupu je podpora, která spočívá v dostatečné podpoře blízké osobě, o kterou se pečující stará, kdy jí pomáhá při naplňování primárních i sekundárních potřeb.

*„Podpora neformální péče ze strany praktického lékaře by měla spočívat především v poskytování informací o nemoci a způsobech péče, ale také v podpoře a povzbuzení pečujících. Důležitou roli hraje i koordinace péče a spolupráce s dalšími poskytovateli zdravotních a sociálních služeb“ (Boháčová 2020, s. 309).*

Respekt ze strany lékaře k neformálním pečujícím je důležitý pro podporu jejich práce a motivace. Lékaři projevující respekt a uznání směrem k neformálním pečujícím jsou tak vítanou podporou. Otázkou často nezodpovězenou a odpovědí připravenou k nalezení zůstává, jak apely na zdravotníky: „měli by respektovat“, „respekt je důležitý“ proměňovat ve skutky: „respektují“ a „uznávají“. Možným nástrojem pro zodpovězení otázky, jak u zdravotníků vzbudit respekt k neformálním pečujícím může být komunikace jejich potřeb, která může odhalit spektrum oblastí, které musí zvládat, aniž by na ně byli předem připraveni.

#### **1.1.4 Plánování**

Klíčem k poskytování dostatečně efektivní neformální péči je plánování, konkrétně plánování průběhu péče, jednotlivých denních aktivit, které by měly být přizpůsobeny individuálním potřebám a přáním osoby, o kterou se pečující stará.

Plánování v neformální péči je důležitým tématem, které se týká mnoha praktických lékařů. Neformální péče zahrnuje péči poskytovanou rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy a dalšími neplacenými pečovateli. Tyto osoby často poskytují podporu pro své blízké, kteří potřebují pomoc při zvládnání každodenních aktivit nebo péči v případě zdravotních problémů.

*„Role praktického lékaře očima pečujících osob se ukázala v dlouhodobé péči jako klíčová. V mnoha zahraničních i tuzemských studiích referovaný celostní přístup praktických lékařů k pacientům včetně poskytování komplexních informací může výrazným způsobem*

*přispět k podpoře neformální rodinné péče jako alternativy péče v institucích“ (Dobiášová a kol. 2015, s. 165).*

Plánování v neformální péči by mělo být individuální a zohledňovat potřeby pacienta i jeho pečovatele. Mělo by být zaměřeno na to, aby pacient mohl zůstat co nejdéle v domácím prostředí a měl přístup ke kvalitní péči a podpoře.

Součástí plánování je tedy i kvalitní péče pro pacienty v závěru života a o tom, že tato péče by měla být poskytována v primární péči a měla by být zaměřena nejen na fyzické, ale i na psychické a sociální potřeby pacienta. *„Důraz je kladen na spolupráci mezi zdravotnickým personálem a neformálními pečovateli, kteří mohou být pro pacienta velmi důležití“*, jak uvádí Půtová (2019, s. 177). Do plánování péče v komunitě by měli být především zainteresováni sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, kdy jakýmsi ideálem péče o nesoběstačné jedince je považována tzv. sdílená péče, na které se podílí více aktérů – tedy rodina, stát prostřednictvím institucí a organizací veřejného sektoru a trh (Triantafillou, 2010).

### **1.1.5 Sebeúcta**

Sebeúcta je základní etický princip a lidské právo, které představuje respekt k samotnému jednotlivci. Tento koncept zdůrazňuje hodnotu a důstojnost každého člověka, bez ohledu na jeho pozici, pohlaví, věk, zdravotní stav nebo jiné charakteristiky. Zahrnuje právo jednotlivce na autonomii, sebeurčení a důstojnost.

Základními aspekty sebeúcty v kontextu zdravotní péče jsou:

- **Informovaný souhlas**

V průběhu procesu nazývaným informovaným souhlasem lékaři sdělují vlastní názor na podstatu pacientových problémů, doporučí léčbu a řešení svého postupu odůvodní, dále pak mohou navrhnout alternativní možnosti průběhu léčby, vysvětlí výhody a nevýhody navrhovaného postupu. Pokud pacient všechny informace dostatečně pochopí a souhlasí s návrhem samotného lékaře (Jonsen a kol., 2019).

- **Respektování přání a hodnot**

Zdravotní péče by měla respektovat individuální hodnoty, přesvědčení a kulturní pozadí pacienta. Je důležité, aby péči poskytovanou pacientovi bylo možné přizpůsobit jeho individuálním potřebám. Jak uvádí Jonsen a kol (2019) rozdílné

hodnocení kvality života je díky pohledu různých pozorovatelů velmi subjektivní, s tím je tedy spojena problematika spočívající v nedostatku pochopení pro vlastní pacientovy hodnoty, rozdílné hodnocení vlastního života pacienta jím samým a jeho lékařem. *„Lékaři zaměřují hodnocení kvality života na nemoc samotnou, zatímco pacienti se zaměřují na nemedicínské faktory, jako jsou mezilidské vztahy, finance a sociální podmínky“* (Jonsen a kol. 2019, s. 116).

- **Zapojení pacienta do rozhodovacího procesu**

Pacient by měl být aktivně zapojen do rozhodovacího procesu týkajícího se jeho zdravotní péče. To zahrnuje vzájemnou komunikaci mezi pacientem a poskytovatelem péče a respektování jeho rozhodnutí. *„Ve zdravotnickém rámci pacientova způsobilost souhlasit s léčbou nebo ji odmítnout vyžaduje schopnost pochopit relevantní informaci, posoudit medicínskou situaci a její možné důsledky, komunikovat o volbách a angažovat se v racionálním myšlení o vlastních hodnotách v e vztahu k lékařskému doporučení léčebných možností“* (Jonsen a kol. 2019, s. 71).

Sebeúcta hraje klíčovou roli nejen v oblasti zdravotní péče, ale i v širším sociálním a etickém kontextu. Posiluje individuální práva, svobodu a odpovědnost, a tím vytváří základ pro harmonické společenské vztahy (Novotná a Kyselá, 2020).

Důležitou součástí procesu neformální péče a zdravou mezilidskou interakcí je sebeúcta. Je to schopnost nenechat si ubližovat, je považována za *„imunitní štít osobnosti“* (Novotná a Kyselá, 2020). Zdravé sebevědomí a úcta sama k sobě je dalším ze stavebních kamenů pro zajištění poskytování péče ze strany neformálních pečujících.

Propojení mezi sebeúctou, neformální péčí a primární péčí spočívá v tom, že respektování sebeúcty jednotlivce by mělo být zapracováno do poskytování péče na všech úrovních, včetně primární péče, a to i v případě neformální péče poskytované rodinnými členy či blízkými. Tato spojení jsou zásadní pro vytvoření efektivního a respektujícího zdravotního prostředí.

## **1.2 Pyramida potřeb dle Abrahama Harolda Maslowa**

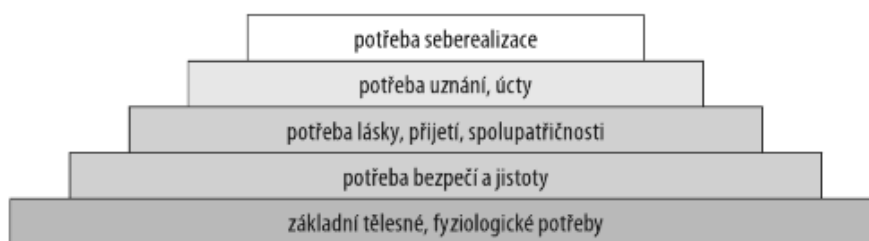
Americký psycholog Abraham Harold Maslow je zakladatelem teorie lidských potřeb a hierarchií potřeb. *„Tato teorie nazývaná Maslowova pyramida potřeb demonstruje*

*posloupnost lidských potřeb, jejich uspořádání v jasné hierarchické struktuře“* (Maslow 2021, s. 43). Jeho tvrzení se zakládá na tom, že mezi základní lidské potřeby patří potřeba jídla, vody, spánku a bezpečí. Pokud jedinec tuto škálu potřeb uspokojí, vzniká zájem jedince o jakousi vyšší úroveň potřeby, do kterých se řadí potřeba lásky, seberealizace a uznání. „*Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti, biologické, psychologické, sociální nebo duchovní*“ (Šamánková 2011, s. 12). Tato teorie dále popisuje hierarchickou strukturu lidských potřeb a tvrdí, že některé potřeby jsou důležitější než jiné.

Abraham Harold Maslow (2021, s. 42–48) rozděluje potřeby do pěti kategorií, které tvoří stupně pyramidy:

- *„fyziologické potřeby (např. potřeba potravy, vody, spánku a dalších základních životních potřeb),*
- *potřeby bezpečí (např. potřeba ochrany, stability a jistoty),*
- *potřeby přijetí a sociální příslušnosti (např. potřeba lásky, přátelství, rodiny a komunity),*
- *potřeby uznání (např. potřeba respektu, prestiže, úspěchu a sebeúcty),*
- *potřeby seberealizace (např. potřeba naplnit svůj potenciál, realizovat své cíle a touhy).“*

Obr. č. 1 Pyramida potřeb dle Abrahama Maslowa



Zdroj: (Šamánková 2011, s. 26)

Podle Maslowovy teorie jsou lidské potřeby uspořádány do pěti úrovní, které jsou prezentovány jako pyramida. Na spodních úrovních jsou základní fyziologické a bezpečnostní potřeby, na střední úrovni jsou potřeby sociální a uznání, a na vrcholu pyramidy jsou potřeby seberealizace.

Léčebná péče se musí zaměřit především na naplnění všech primárních a sekundárních potřeb, a to tak, jak je nemocný prezentuje a je schopný je akceptovat (Šamánková, 2011).

*„Člověk se stává nejvíce sám sebou, když má naplněny své základní potřeby“* (Maslow, 2021, s. 28). Maslowova teorie potřeb získala na své popularitě a byla tak často využívána v mnoha oblastech – např. marketingu, managementu, v etapě lidského rozvoje. Zpracování pyramidy potřeb mělo významný dopad na vývoj psychologie, která se zaměřuje na pozitivní aspekty lidského chování a zkoumá jedinečnost každého jednotlivce. Tento koncept může být užitečný při navrhování procesů neformální péče, a to s ohledem na specifické způsoby, jak může být pyramidový model potřeb aplikován v tomto kontextu.

Jak uvádí Šamánková (2011) nedílnou součástí uspokojování potřeb nemocných je pravidelná komunikace s nimi, ale i správné předávání informací. Dostatečná informovanost z oblasti poskytování léčby, podávání léků, plánovaných vyšetřeních přináší nemocnému větší klid a možnost snášet průběh nemoci klidněji. *„Nejistota a neinformovanost ztěžuje naplnění jak primárních, tak sekundárních potřeb“* (Šamánková 2011, s. 39).

### **1.2.1 Základní tělesné, fyziologické potřeby**

Základní zdravotní péče zajišťuje uspokojení fyziologických potřeb, jako je léčba nemocí, poranění, poskytování lékařských služeb apod. Do této péče lze zahrnout pravidelné preventivní prohlídky, očkování, léčbu infekcí a poskytování informací o zdravém životním stylu, např. strava a cvičení.

*„Fyzické potřeby při zajišťování péče o blízkou osobu hrají primární roli v samotné péči, patří mezi ně jídlo, pití. Když se člověk snaží uspokojit své základní potřeby, je to jako hledání vody v poušti. Bez ní nemůže přežít“* (Maslow 2021, s. 32). *„Potřebou se nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje“* (Pichaud a kol., 1998, s. 35).

Maslow (2021) staví organizaci základních potřeb do určité hierarchie, a to na základě principu relativní význačnosti. Potřeba bezpečí tak dominuje nad potřebou lásky, ovládá tak organismus konkrétními způsoby v případě prokazatelné frustrace obou potřeb.

## 1.2.2 Pocit bezpečí a jistoty

Bezpečnost v kontextu neformální péče zahrnuje zajištění bezpečného prostředí pro péči o osoby, které potřebují pomoc a podporu, ale i pro osoby, které pomoc a podporu dávají. U nemocného lze očekávat ztrátu bezpečí v okamžiku samotného onemocnění. Samotné uvědomění si bezpečí je zásadní, že budou respektovány potřeby, autonomie a bude projevena dostatečná důvěra ve spolupráci a pochopení (Šamánková, 2011). Ze strany lékařů směrem k nemocným se může jednat i o vhodné oblečení lékařů a ošetřujících osob.

*„Velmi mnoho pečujících je sevřeno do jakýchsi pomyslných kleští, kde jedno rameno představuje právě placené zaměstnání a péči o děti a svou domácnost a druhé pečovatelskou práci a péči o své slabší staré příbuzné a jejich domácnost“ (Jeřábek 2005, s. 34). V tomto kontextu jsou bezpečnostní potřeby spojeny se zajištěním bezpečnosti a ochrany osoby „na všechny strany.“*

Je důležité, aby pečující osoba měla také podporu a zdroje pro zvládnutí náročné role, kterou zastává. To může zahrnovat pomoc a poradenství od odborníků, jako jsou lékaři, sociální pracovníci nebo psychologové, možnosti pro relaxaci a odpočinek, aby si pečující osoba mohla udržet své vlastní fyzické a psychické zdraví. Lékaři mohou pomoci svým pacientům a jejich pečujícím osobám cítit se v bezpečí tím, že poskytnou informace o jejich zdravotním stavu, léčbě, prevenci a možnostech, které jsou pro pečující vhodné, formou nabídky podpory a poradenství z oblasti péče o blízkou osobu – např. podávání léků a jejich vedlejších účinků.

*„Potřeba bezpečí bývá u zdravého a spokojeného dospělého člověka v naší kultuře převážně uspokojená. Mírumilovná, hladce fungující, stabilní společnost dává svým členům zažívat dostatek bezpečí“ (Maslow 2021, s. 64). Lze tak předpokládat, že pečující očekávají od praktických lékařů možnost pomoci s vytvořením bezpečného prostředí pro své blízké. Logicky žádají podporu z důvodu obavy o zdraví osob, o které pečují. Péči chtějí poskytovat svým blízkým v bezpečném prostředí, zároveň s jistotou, že pro své blízké dělají to nejlepší.*

Potřeba bezpečí je pak vnímána jako aktivní převládající faktor ve zdrojích organismu právě v případě chronicky špatných situací nebo nemoci (Maslow, 2021).

### 1.2.3 Potřeba lásky, přijetí a spolupatřičnosti

Nemocný či starý člověk, který je odkázán na péči své blízké osoby, je především velmi zranitelný a během samotné péče vzniká větší potřeba cítit lásku a porozumění ze strany pečujícího, např. ujištění, že péče je poskytována z lásky, nikoliv jen z povinnosti. V prostředí rodiny, jak uvádí Havlík (2011) prožívá všechny své životní události i krize. V tomto okamžiku je pak zásadní, jakým způsobem rodina fungovala a byla nastavená rodina před samotným počátkem vzniku potřeby péče o blízkou osobu. I toto je zásadní vstupní hodnota při péči o blízkou osobu. Šamánková (2011) popisuje potřebu naplnění lásky v době nemoci ze strany rodiny, naopak od ošetřujícího lékaře nemůže očekávat lásku, ale má právo očekávat laskavost, pochopení a empatii.

Záleží tedy na interních vazbách členů rodiny, pevnosti přátelství a vnímání potřeb jiných lidí z pohledu pečovatele. Praktičtí lékaři mohou rozpoznat vliv emocí na zdravotní stav a poskytnout podporu v podobě poradenství, informací o dostupných psychologických a sociálních službách, které podpoří proces neformální péče. Svou včasnou podporou mohou lékaři pomoci k vytvoření podpůrného prostředí pro pečující a pacienty, což zahrnuje mimo jiné i pochopení jejich potřeb.

### 1.2.4 Potřeba uznání a úcty

Dalším krokem v naplňování pyramidy potřeb je uznání. Tedy úcta k sobě samému a vyjádření úcty k okolí. Pečující osoba umí respektovat svého blízkého, kterému poskytuje péči. Vnímá a ctí jeho individuální potřeby, které z procesu poskytované péče vyplývají, zároveň vnímá tyto potřeby a přání jako důležité a snaží se tyto potřeby naplnit. „*Uspokojení potřeby sebeúcty vede k pocitům sebedůvěry, hodnoty, síly, schopnosti a adekvátnosti, pocitu, že je člověk ve světě užitečný a potřebný. Neuspokojení těchto potřeb však vede k pocitům méněcennosti, slabosti a bezmoci. Tyto pocity pak vyvolávají základní ztrátu odvahy jednat*“ (Maslow 2021, s. 68).

Podpora sebeúcty je důležitá v procesu léčby, a to jak pro pacienty, tak pro jejich pečující osoby. Praktičtí lékaři mohou aktivně naslouchat a respektovat názory neformálních pečujících, což může posílit sebeúctu jak pečujících osob, tak pacientů, kterým je poskytována péče.

Přesto uznání je právě to, co pečujícím chybí jako zdroj energie pro další péči. Zejména ve společnosti, která se koncentruje na výkon a zisk, je seberealizace prostřednictvím služby pečujícího „*nominací do kategorie soutěžících*“, ve které nelze vyhrát, pouze se se ctí zúčastnit. Proto i praktičtí lékaři potřebují v případě aktivní podpory neformálních pečujících uznání a projev úcty z jejich strany, aby byli dále motivováni v podpoře pokračovat a spolupracovat.

V České republice lze najít podporu, inspiraci, povzbuzení v souboru základních informací pro pečující – např. Asociace péče o seniory. Po registraci má pečující volný přístup k výukovým videím, kurzům on-line, článkům, které se týkají péče. Cílem je tak ukázat pečujícím, že nejdůležitější je nebýt na péči sám, což může být pro mnohé z pečujících inspirativní (Asociace péče o seniory, 2023).

### **1.2.5 Potřeba seberealizace**

V kontextu poskytování péče, která může být velmi náročná, „*pečujícím patří uznání a podpora, kdy péče o nemocného by neměla narušit další vztahy a je nutné si uvědomit, že pečujícího potřebují i jiní lidé – např. manžel, dítě, rodič, přátelé*“ (Pochmanová 2015, s. 37).

V průběhu náročného procesu ale mnohdy nezbývá pečujícím žádný prostor na možnost trávit čas s přáteli nebo rodinou. Veškeré osobní dění upozadí na vedlejší kolej, byť jim jejich pud sebezáchovy napovídá pečovat i o sebe samé. „*Velmi mnoho pečujících je sevřeno do pomyslných kleští, kde jedno rameno představuje právě placené zaměstnání a péči o děti a svou domácnost a druhé pečovatelskou práci a péči o své slabší staré příbuzné a jejich domácnost*“ (Jeřábek 2005, s. 34).

Důležité je uchopit proces péče dostatečně včas, efektivně a s komplexním vhladem do potřeb konkrétní rodiny, kde je péče poskytována, jaké potřeby na péči jsou kladeny, jak je pečující vytížen, v jakých oblastech. Pak řešení nabízí spolupráce s praktickým lékařem, který v úvodu nastupující péče poradí v základních oblastech, přičemž k dispozici bude mít komplexní soubor informací, které pečující v úvodu i průběhu péče očekávají.

Využitím Maslowovy pyramidy potřeb k poskytování neformální péče mohou praktičtí lékaři pomoci lépe porozumět potřebám neformálních pečujících a poskytovat



komplexní a efektivní péči, která zohledňuje nejen fyzické, ale i emoční a psychologické aspekty zdraví pečujících.

## 2 Neformální péče a význam pro společnost

*„Neformální péče je poskytována neplacenými pečovateli a její cíl spočívá v poskytování pomocné ruky, když ji potřebují blízcí lidé, kteří se potýkají se zdravotními, sociálními nebo jinými problémy, případně jim již nevystačí síly nebo zdroje“ (Geissler a kol. 2015, s. 5).*

Neformální péče je forma péče dlouhodobé v domácím prostředí, dle Holmerové a kol. (2014, s. 33) je *„poskytována lidem s funkčním omezením, kteří žijí převážně doma.“* Dlouhodobá péče představuje *„soubor služeb určený osobám se sníženou funkční, fyzické nebo kognitivní kapacity, které jsou po delší časové období závislé na pomoci se základními činnostmi každodenního život“* (Horecký a kol. 2021, s. 17). Dle Dobiášové (2015, s. 162) je *„poskytování dlouhodobé péče o nesoběstačné osoby vysokého věku nebo osoby s vážným zdravotním postižením zajišťována jak formálními – tedy profesionálními, tak i neformálními poskytovateli, tedy rodinou, blízkými známými a dobrovolníky“.*

Podle definice WHO je cílem dlouhodobé sociálně – zdravotní péče *„zachování co nejvyšší možné kvality života v souladu s individuálními preferencemi a co nejvyšší míry nezávislosti, autonomie, participace, osobního naplnění a důstojnosti“* (Horecký a kol. 2021, s. 17)

*„Pojem domácí péče běžně označuje neformální péči, kterou poskytuje, jak již z názvu vyplývá, laický pečovatel. Tím je obvykle člen rodiny, partner nebo také někdo z přátel“* (Truhlářová a kol. 2015, s. 26).

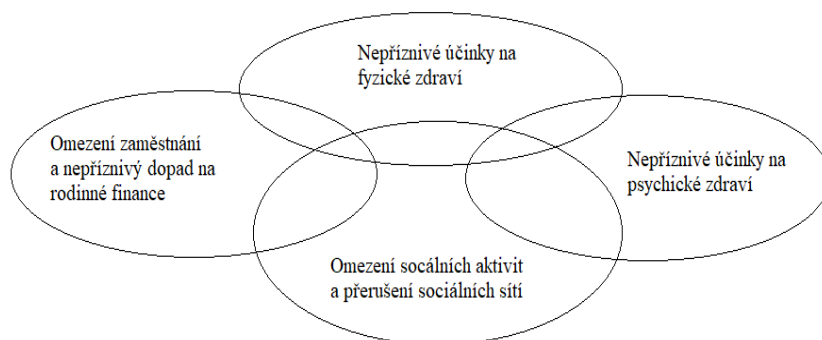
Další výklad termínu neformální péče je poskytovaná péče v domácím prostředí, přičemž péče může být dlouhodobá případně krátkodobá (Mutlová, 2019).

Neformální péče je tedy procesem, který by se dal vymezit jako péče o blízkou osobu v domácím prostředí, kdy hlavními aktéry jsou především rodinní příslušníci, případně přátelé. Tyto osoby se starají o své blízké, kteří potřebují pomoc a péči v důsledku onemocnění, postižení, stárnutí, případně jiných okolností. Tato péče může mít mnoho podob, a to od podpory v rámci osobní hygieny, stravování, nákupů, doprovázení k lékaři až

po celodenní péči, která v některých krocích v podstatě supluje péči odbornou, lékařskou (Klímová Chaloupková, 2013).

Existuje mnoho výkladů a významů neformální péče, bezesporu ale zůstává procesem, který je nastaven v době péče o blízkou osobu v jeho přirozeném prostředí, který by nám všem měl být procesem přirozeným, ke kterému je nutné nastavit vztah již v době výchovy v rodinném prostředí. V rámci domácího prostředí, ale především při výchově dětí je důležité vytvářet dobré vzorce péče o blízké osoby, které následně budou jedinci v dospělosti aplikovat směrem ke svým blízkým. Aby tak poskytování péče v rodinném prostředí nebylo procesem vědeckým, ale procesem nám všem přirozeným, který nás bude provázet po celý život.

Obr. č. 2 Vliv průběhu péče na neformální pečující



Zdroj: Supporting carers: an action guide for general practitioners and their Teams in Praktický lékař

## 2.1 Neformální péče v kontextu zdraví

Neformální péče je velmi důležitá pro podporu zdraví a pohody lidí, kteří potřebují péči, ale také pomáhá snížit náklady na zdravotní péči a sociální služby. „*Nicméně, péče může být velmi náročná a stresující pro pečující osoby, což může vést k syndromu vyhoření a duševního vyčerpání*“ (Pochmanová 2015, s. 32). Proto je důležité zajistit podporu

a pomoc pro ty, kteří poskytují neformální péči, aby se dokázali vyrovnat se stresovými situacemi a udrželi své vlastní zdraví a pohodu.

*„V kontextu neformální péče se setkáváme také s názorem narůstajícího individualismu, který má za následek postupné vytrácení solidarity z hodnotových systémů jednotlivců, což se negativně promítá do života lokální i globální společnosti“* (Levická a Truhlářová 2015, s. 4).

V průběhu neformální péče je velmi důležité pak zohlednit i rodinu nemocného, kdy nezastupitelnou roli v poskytování primární péče je role praktického lékaře (Skorunka, 2018).

*„Při zapojení rodiny nemocného do spolupráce v ordinaci praktického lékaře je důležité soustředit se nejen na otázky léčby a zvládnání nemoci, ale zároveň na podporu zdraví, v rámci rozvíjení spolupracujícího vztahu s celou rodinou“* (Asen 2004, s. 17).

### **2.1.1 Aktéři neformální péče**

Aktéři neformální péče jsou ti, kteří poskytují péči neplaceně svým blízkým nebo přátelům, kteří potřebují pomoc v důsledku nemoci, postižení, stárnutí nebo jiných okolností. Těmito aktéry bývají nejčastěji rodinní příslušníci, jako jsou manželé, manželky, děti, sourozenci, rodiče nebo prarodiče, ale mohou to být také přátelé nebo sousedé. Veškerá tato péče je postavená na bázi solidarity, kdy solidaritu lze definovat: *„jako určitou připravenost pomoci jiným lidem“* (Levická a kol. 2015, s. 8). Podobně interpretuje solidaritu i Krebs (2015), kdy poukazuje na to, že solidaritu je třeba chápat jako: *„výraz vzájemné soudržnosti, ale také jako projev odpovědnosti“* (Krebs 2015, s. 32).

Poskytování péče může být velmi náročné a stresující pro pečující osoby, a může vést k riziku duševního a fyzického vyčerpání. Proto je důležité, aby pečující osoby, jak zmiňuje Pochmanová (2015), získaly podporu a pomoc, aby se mohly vyrovnat se stresovými situacemi a udržet si své vlastní fyzické zdraví a duševní pohodu. Podpora pro pečující osoby může zahrnovat například poradenství, trénink v péči, finanční pomoc, respitní péči a další.

Mezi výhody poskytované péče ze strany rodinných pečujících vidí jejich blízcí především to, že péče bude kvalitní. Především svým blízkým ale důvěřují a mohou se na ně spolehnout (CARE, 2017). Nevýhodou se pak stává, že pomyslné břemeno neformální péče vede k neshodám v rodině, dále také ke zjištění, že pečující mají od sebe neúměrně vysoká

očekávání v poskytování péče blízkým osobám, což mnohdy vede k pocitům viny a nedostatečnosti (CARE, 2017).

## 2.2 Neformální péče z pohledu rodiny

Rodina hraje klíčovou roli při neformální péči o všechny členy rodiny, jako jsou například starší lidé, lidé se zdravotním postižením nebo lidé trpící chronickými onemocněními. Faktory, které ovlivňují rodinu v rozhodnutí, zda se o blízkou osobu bude v domácím prostředí starat, jsou postoj životního partnera v souvislosti s omezeními, které péče o blízkou osobu přinese, ale i např. ochota zbývajících členů rodiny se podílet na péči, případně zdravotní stav pečujícího (Truhlářová, 2015).

Mezi základní funkce rodiny patří funkce ekonomická, emocionální funkce a tvorba domova, socializační a výchovná funkce, ale také biologická a reprodukční funkce (Havlík, 2011).

Krebs (2015, s. 381) uvádí, že v současné, tedy moderní rodinné politice, je za rodinu označován *„soubor společně bydlících a hospodařících manželů či partnerů s dítětem nebo i jednoho rodiče s dítětem či dětmi. Rodina tak plní důležité funkce – biologické, ekonomické, výchovné a sociální.“* Nejdůležitější funkcí rodiny je poskytování péče a podpory jednotlivým členům. *„Rodina je biologická entita, která z nás činí to, co jsme. Je to sociální jednotka, z níž vycházíme, a ze které čerpáme identitu“* (Parkes a kol. 2007, s. 29).

Jednou z nejdůležitějších funkcí rodiny je poskytnutí péče a podpory pro děti. Rodina je základním prostředím, ve kterém se děti učí sociálním a emocionálním dovednostem, získávají vzdělání a připravují se na vstup do společnosti. Právě v rodině by děti měly nalézt nejen prostředí pro získávání sociálních a emocionálních dovedností, ale také by měly být svědky průběhu péče a aktivně se zapojovat do procesu poskytování péče o blízké osoby. Toto prostředí by mělo být pro ně vzorem a zdrojem inspirace, ze kterého mohou čerpat návyky odpovědnosti a péče o druhé. Vzájemná podpora a respekt v rodině vytvářejí silný základ pro budoucí mezilidské vztahy a pomáhají dětem rozvíjet schopnost vcítění se do potřeb a emocí ostatních. Vnímání dobrého příkladu v poskytování péče v rodině tak může formovat charakter a hodnoty dětí, což následně ovlivňuje jejich interakce ve společnosti.

Rodina může poskytnout emocionální oporu a podporu pro jednotlivé členy, kteří jsou v nesnázích, mají problémy nebo procházejí těžkým obdobím, Rodina hraje důležitou roli při udržování tradic a kulturních hodnot v rámci komunity, zajišťuje bezpečí a ochranu pro jednotlivé členy, ať už se jedná o fyzické či emoční bezpečí. Rodina dále poskytuje v rámci péče o své blízké finanční podporu, například v době, kdy jednotliví členové rodiny potřebují pomoc při hledání práce, studiu nebo zajištění základních životních potřeb. „V rámci spolupráce s praktickým lékařem se rodina dostává do zorného pole lékaře jako zdroj informací a jako příjemce informací“ jak uvádí Skorunka (2018, s. 20).

Tyto funkce mohou být rozdílné v různých kulturách a společnostech a mohou se lišit v závislosti na konkrétních potřebách a situacích jednotlivých rodin. Rodina hraje důležitou roli v poskytování podpory, ochrany a vzdělání pro své členy a vytváření silných vztahů mezi lidmi.

### **2.3 Situace neformální péče v České republice**

Situace neformální péče v České republice není jednotná a může se lišit v závislosti na mnoha faktorech, jako jsou regionální rozdíly, demografické trendy nebo dostupnost služeb. Obecně lze však říci, že neformální péče hraje v České republice významnou roli při péči o osoby s dlouhodobými zdravotními potížemi, nebo o seniory (Dragomirecká, 2020).

V České republice je dlouhodobá péče poskytována v rámci rodinného prostředí, tedy ze strany rodinných pečujících z 80 % (Dudová, 2015).

Z dat Závěrečné zprávy z šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“ vyplývá, že intenzivní dlouhodobou péči, která má zásadní vliv a negativně dopadá i na život pečujících, tak poskytuje přibližně 400 tisíc osob. Dotazníkového šetření se uskutečnilo v roce 2018 u osob starších 18 let. Procentuálně vyjádřený poměr péče je, že 48 % z poskytované péče věnují pečující rodičům či rodičům partnera, 16 % péče prarodičům a partnerům 14 %. V péči o své blízké převažují ženy z 62 % (MPSV, 2021).

Dle Jeřábka (2013) ženy funkci neformálních pečujících nejčastěji přebírají v rámci rodiny, a to zejména manželky, dcery, partnerky, ale i snachy. Při zapojení do péče o blízké identifikované rozdíly jsou vysvětlovány strukturou pracovních příležitostí žen a mužů, kdy roli hraje ekonomické hledisko – muži mají větší příjem, dále i sociálními normami, a především kulturním očekáváním, že pečují především ženy (Jeřábek, 2013).

Vzhledem k situaci, že populace České republiky stárne a zvyšuje se počet občanů s chronickými onemocněními, očekává se, že bude třeba v budoucnu poskytnout větší podporu pro neformální pečovatele. Je tedy důležité pokračovat v rozvíjení systému podpory neformální péče a zajišťovat, aby byla tato podpora dostupná pro všechny, kteří ji potřebují (Dudová, 2015).

## 2.4 Pozice sendvičové generace v neformální péči

Sendvičová generace je označení pro generaci lidí, kteří mají na starosti péči o své starší rodiče i o své vlastní děti (Bertini, 2013). Tento termín se používá zejména v západních zemích, jako jsou Spojené státy americké nebo západní evropské státy, obvykle se tak vztahuje na lidi narozené v 60. až 80. letech 20. století. Do „sendvičové generace“ patří lidé ve věku 30 až 60 let. „*Střední věk lze definovat jako období přehodnocování a přechodu*“ uvádí Bertini (2013, s. 18).

Jeřábek a kol. (2013) uvádí, že péči obvykle poskytuje jeden z manželského páru nebo děti a jejich partneři.

*„Příslušníci sendvičové generace se často nacházejí v situaci, kdy se musí starat o své starší nebo nemocné rodiče, kteří dosáhli vysokého věku a potřebují pomoc s běžnými činnostmi, jako je péče o domácnost, stravování a osobní hygiena. Zároveň se musí starat o své vlastní děti, které jsou stále na nich závislé a potřebují péči a podporu“* (Bertini 2013, s. 13).

Dle Špakové (2021) pojem sendvičová generace se používá pro: *„osoby, které se starají o své děti, své staré rodiče nebo rodiče partnera či partnerky, řeší svůj partnerský život, chodí do práce a mají mnoho povinností“*.

Bertini (2013, s. 15) dále uvádí, že právě příslušníci sendvičové generace dlouhodobě bojují s únavou, stresem a psychickým vyčerpáním, ale především i s nedostatkem času a možností seberealizace či společenského života. Projekt Centra pro rodinu a sociální péči *„Sendvičová generace – neuchopený fenomén dnešní doby“* ale poukazuje na skutečnost dle Špakové (2021), že právě čas, který věnují pečující sami sobě, pomáhá snižovat stres, dobíjet energii a lépe vytrvat při procesu péče. Tato problematika je v současné společnosti častěji skloňována a dotýká se mnoha rodin.

## 2.5 Potřeby pečujících

Pečování o nemocného nebo závislého člověka může být velmi náročné a vyčerpávající a může mít výrazný vliv na pohodu a zdraví pečujících. Dle Chloubové (2005, s. 14) *„je potřeba informací uspokojena v tom okamžiku, když se jedinec orientuje v konkrétním prostředí a chápe danou situaci přiměřeným způsobem.“* Mezi důležité informace pro pečující patří soubor dat pojednávajících o vhodném způsobu poskytování péče, jak péči poskytnou, kde získat informace, dostupnost služeb, které lze v souvislosti s péčí využít (Silva a kol., 2013). *„Přesné vyhodnocení konkrétních potřeb pečujících je tedy předpokladem ke zlepšení kvality poskytované péče rodinným příslušníkům a zvyšování účinnosti samotné péče“* (Dragomirecká 2020, s. 16).

*„Pečování o někoho jiného je vyčerpávající a pečující potřebují čas na odpočinek“* (Pochmanová 2015, s. 15). Je důležité zajistit, aby pečující měli dostatek času odpočívat a vyrovnat se se stresem, který je součástí procesu neformální péče. Pečující potřebují podporu rodiny, přátel a komunity, potřebují pochopení a empatii od svého okolí, včetně té od praktických lékařů. Neformální pečující pociťují nedostatek času na rodinu, osobní prostor, přátele a své potřeby (Dohnalová a Hubíková, 2013).

Velký význam má uznávání a podpora potřeb pečujících osob, aby mohly poskytovat kvalitní péči a zároveň udržet své vlastní zdraví a pohodu v celém procesu péče o blízkou osobu. Společnost, organizace poskytující sociální služby a zdravotnická zařízení mohou hrát klíčovou roli v poskytování této podpory v průběhu poskytované péče.

### 2.5.1 Sociální služby spojené s oblastí neformální péče

Základní oporou pro pečující jsou sociální služby, přestože pečující vědí, jak jim tyto služby mohou péči usnadnit, využívání těchto služeb je mnohem menší, než je ze strany potřeb pečujících vnímáno (Dragomirecká, 2020). Jako ukazatele nedostatečného využití sociálních služeb jsou buď nedostatečné kapacity sociálních služeb v dané lokalitě, ale především nedostatečné finanční prostředky, kterými pečující disponují.

V rámci neformální péče lze využít některých forem sociálních služeb. Všechny tyto služby jsou poskytovány při splnění podmínek uvedených v zákoně č. 106/2008 Sb., o sociálních službách s účinností od 1. 1. 2007 všem osobám s trvalým pobytem na území České republiky, osobě, které byl udělen azyl, občanovi a rodinným příslušníkům občana

Evropské unie, cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce (MPSV, 2021).

Pro nastavení kvalitního procesu neformální péče a využití doplňujících sociálních služeb může informovat o možnostech využití pečující praktický lékař, proto je důležité, aby síť poskytovatelů byla propojena, a jednotliví odborníci i instituce sdíleli informace. Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou základní druhy a formy sociálních služeb dle § 32 sociální poradenství, služby sociální péče, a služby sociální prevence (Zák. č. 108/2006 Sb.). Pro zlepšení situace neformálních pečujících jsou vhodnou doplňující službou v rodinném prostředí osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, centra denních služeb a denní a týdenní stacionáře (Zák. č. 108/2006 Sb.)

## 2.6 Všeobecné praktické lékařství pro dospělé

*„Všeobecné lékařství (také nazývané rodinná medicína nebo praktické lékařství) je obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou širokého spektra zdravotních problémů u lidí všech věkových skupin. Tento obor se soustředí na celkové zdraví pacienta a jeho péči v průběhu celého života“ (Seifert 2019, s. 5).*

Všeobecné praktické lékařství pro dospělé je lékařskou specializací, která se zabývá poskytováním komplexní péče dospělým pacientům v rámci primární zdravotní péče. Lékaři, kteří praktikují obor všeobecného praktického lékařství, mají komplexní znalosti o různých zdravotních podmínkách a onemocněních svých pacientů. *„Primární péče, která je zajištěná registrujícími poskytovateli ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, dále pak praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, zubní lékařství a gynekologie, je základem fungujícího zdravotnictví“ (MZ ČR, 2020).*

Všeobecné praktické lékařství v oblasti medicíny hraje klíčovou roli v poskytování péče pro dospělé, a to jak v prevenci, tak v samotné léčbě pacientů. Všeobecní praktičtí lékaři jsou obvykle dobře připraveni v poskytování péče založené na celkovém pohledu na pacienta a na budování dlouhodobého vztahu se svými pacienty. Praktický lékař je pro pacienta většinou tím prvním výchozím bodem při řešení jeho problému spojených se zdravotním stavem. Je tedy očekáváno ze strany pečujících osob, že praktický lékař bude jejich prvním „odrazovým můstkem“ při řešení nově vzniklé životní situace spojené s nastupující péčí v domácím prostředí.



Aplikace psychosociálního přístupu v oblasti primární péče klade důraz na celkový pohled na klienta a jeho kontext, dále se snaží integrovat psychologické a sociální faktory do péče o zdraví. Jejím cílem je nejen léčba konkrétních zdravotních problémů, ale i podpora celkového dobrého stavu klienta a jeho sociálního prostředí.

## 2.7 Primární péče z pohledu neformální péče

Primární péče je vymezena jako základní úroveň poskytované zdravotní péče, která se soustředí na prevenci nemocí, diagnostiku a léčbu běžných zdravotních problémů. Cílem poskytované primární péče je zajistit, aby jednotlivci měli dostatečný přístup k péči, která je kvalitní, efektivní, dostupná, ale především odpovídá potřebám jedinců (Národní zdravotnický informační portál, 2023).

Hlavními poskytovateli primární péče jsou praktičtí lékaři, všeobecné sestry, praktické sestry, fyzioterapeuti, gynekologové, stomatologové a „jejich sestry“, agentury domácí péče, to vše ve spolupráci se zdravotně-sociálními pracovníky a sociálními pracovníky: jejich význam a úloha je zejména při přechodu z institucionální do primární péče.

V Implementačním plánu reformy primární péče ve strategickém rámci Zdraví 2030 je uvedeno: „*Primární péče je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Dobře pracující, motivovaný a maximem možných kompetencí vybavený praktický lékař je základním kamenem zdravotního systému*“ (MZ ČR, 2020).

Primární péče má zásadní postavení v udržení zdraví společnosti a jedinců, v prevenci závažných onemocnění a snižováním zatíženosti zdravotnického systému. Řešením zdravotních problémů v rané fázi taky primární péče jednak předchází komplikacím při nastavení léčby, ale také v podstatě snižuje náklady zdravotního systému (řešením případných komplikací v institucionální péči). Primární péče je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých státech. Z obsahu strategického dokumentu Zdraví 2030 vyplývá, že „*v České republice je primární péče realizována registrujícími poskytovateli ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru zubní lékařství, v oboru gynekologie a porodnictví a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost. Má zásadní vliv na stav zdraví celé populace*“ (MZ ČR, 2020).

Praktičtí lékaři mohou v rámci svých pracovních pozic vnímat potřebnost pomoci směrem k pečujícím, včas identifikovat a předcházet vzniku možných krizových situací spojených s neformální péčí, případně promptně reagovat na nově vzniklé potřeby pečujících. (Geissler a kol., 2015). „*Lékař musí mít zájem o humanitu, musí být lidský – proto jej nikdy nemohou nahradit kybernetické stroje, které nemohou mít lidský postoj k nemocnému*“ (Charvát in Ptáčková, Ptáček 2021, s. 69). Jak dále také uvádí Dobiášová (2015), pečující osoby očekávají od praktických lékařů nejen poskytování péče a podporu v oblasti podávání informací o využití pomoci prostřednictvím systémů zdravotní a sociální péče, ale i o možnostech čerpání sociálních dávek, které bezprostředně souvisí s poskytovanou péčí v domácím prostředí, rovněž i při pořizování zdravotnických pomůcek.

V rámci Projektu podpory pečujících na regionální a lokální úrovni v příkladech dobré praxe Geisler a kol. (2019, s. 41-42) uvádí, že „*praktičtí lékaři jsou z poskytovatelů zdravotních služeb nejbližší rodině a komunitě. Praktický lékař mnohdy jako první zaznamená změnu ve zdravotním stavu pacienta a výskyt potřeby péče v rodině, která vyžaduje podporu dalších služeb.*“ Především obce by měly mít zájem usilovat o spolupráci s praktickými lékaři a podporovat praktické lékaře ve spolupráci s rodinami, kde neformální péče probíhá. „*Ideálně by tak mohlo docházet zapojení lékařů do komunitního plánování obce a spolupráce se sociálním odborem*“ (Geissler a kol. 2019, s. 42).

### **2.7.1 Etika praktických lékařů**

Etika praktických lékařů se týká zásad a hodnot, které jsou součástí profesního chování lékaře v péči o pacienty. Tyto zásady se zakládají na vysokých etických a profesních standardech, které jsou určeny k ochraně a zlepšení zdraví a života pacientů. Jak uvádí Šimek (2014, s. 292): „*Praktický lékař má mít v medicíně co nejširší rozhled, aby mohl být průvodcem pacienta specializovanou medicínou. Je důvěrníkem a rádcem v problematice zdravotní, zdravotně – sociální, sociálně zdravotní i osobní.*“

Praktický lékař má také roli preventivní a výchovnou. Podstatnou částí jeho práce je proto starost a péče. „*Péče si vyžaduje jiné filozofické zakotvení než tradiční lékařská etika, společným základem je profesionalita*“ (Šimek 2014, s. 240).

Pacient má právo na svobodné rozhodování o svém zdravotním stavu a léčbě. Lékaři by měli respektovat rozhodnutí pacienta a informovat ho o důsledcích těchto rozhodnutí. To zahrnuje poskytování kvalitní péče, léčby a podpory. Lékaři minimalizují rizika spojená

s léčbou a péčí. Jednání s pacienty probíhá na rovnocenné úrovni, bez diskriminace a zaujatosti. Povinností lékařů je chránit důvěrnost a soukromí pacientů (Kořenek, 2002). Je nutné ale poukázat i na zájmy třetích stran, kdy existují kromě lékaře a pacienta také rodinní příslušníci. Jonsen a kol. (2019) uvádí, že pacientem lékaře je celá rodina, neboť příbuzní poskytují emocionální podporu, podávají informace, interpretují přání svých blízkých. Kompetentní lékař uznává rodinné vztahy a vnímá je jako součást spolupráce se svým pacientem.

Dodržování etických zásad a hodnot v praxi je zásadní pro zajištění kvalitní péče a ochrany práv a zájmů pacienta. Zejména tedy dodržovat čtyři základní etické principy:

- **Princip non-maleficence**

Tento základní etický princip vymezuje podstatu spolupráce mezi zdravotníkem a pacientem jako člověkem, u nějž bude akceptovat jeho důstojnost identitu a integritu. Při vykonávání své práce by měl být zdravotník tolerantní a vynaložit všechny odborné, ale především lidské schopnosti pro navrácení zdraví člověku. Případně, aby mu umožnil důstojně zemřít (Korcová a Kopecká, 2008). Podstatou tohoto principu je zákaz ubližování, poškozování či usmrcení. *„Vztahuje se k hippokratovskému principu „nihil nocere“ – „především neškodit“ (Munzarová, 2005).* Tento princip pak lze zcela naplnit empatickým přístupem praktického lékaře k pečujícím, neboť poskytování péče a pomoci i prostřednictvím pečujících je schopností navracet zdraví člověku, případně umožnit tak odcházet v rodinném kruhu s respektováním všech lidských práv.

- **Princip beneficence**

Další ze čtyř základních principů představuje pozitivní přístup – tedy neškodit. Mezi zásady zdravotníka tak patří nejen předcházet poškození, ale případně poškození včas odstranit a současně podporovat dobrou fyzickou a psychickou pohodu (Munzarová, 2005). Princip vychází z Hippokratovy zásady *„Salus aegroti suprema lex“* *„Zdraví nemocného je nejvyšším zákonem“* a ovlivňuje tak pravidla lékařského jednání, do nichž lze zahrnout např. úlevu od strádání a bolesti (Kořenek 2002). Praktický lékař naplňuje tento princip ve své každodenní praxi, zejména při poskytování poradenství pečujícím. To zahrnuje schopnost správně směřovat péči tak, aby přispívala k zlepšení zdravotního stavu opečovávané osoby.

- **Princip respektování autonomie**

Jedná se o princip úcty k autonomii neboli respekt ke stavu samostatného nezávislého jednání, snahu vysvětlit nemocnému jeho zdravotní stav srozumitelnými výrazy a tímto způsobem získat jeho informovaný souhlas (Kořenek, 2002). Autonomie tak znamená schopnost a možnost zvážit ze strany pacienta to, co je pro něj dobré a mít tak vlastní názor a plán na léčbu svého zdravotního stavu, byť konečné rozhodnutí a zodpovědnost za zdravotní stav pacienta nese lékař (Ivanová, 2005).

Lékař nese odpovědnost především za řádné poučení pacienta, předání informací a návrh postupu léčby, pokud se pacient rozhodne navržený postup odmítnout, lékaře to nezabavuje povinnosti pacienta léčit, ale nemůže být odpovědný za rozhodnutí někoho jiného.

Praktičtí lékaři by měli podporovat autonomii pacientů, ale i neformálních pečujících. Tedy respektovat právo na rozhodování o péči – např. volba domácího prostředí s podporou lékařů. Pomocí sdílení informací a poskytování podpůrných nástrojů např. možnost péče, využití služeb apod. pro samotné rozhodování mohou lékaři podporovat pečující v jejich nově vzniklé životní roli.

- **Princip spravedlnosti**

Tento princip souvisí s rozdělováním zdrojů pro nemocné, konkrétně pak o rozdělení prostředků, zátěže a služeb. V souvislosti se zdravotnictvím je tedy třeba respektovat omezené zdroje a reálnou dostupnost a praktickou spravedlnost (Ivanová, 2005). Tím, že praktičtí lékaři respektují princip spravedlnosti, lze dosáhnout více rovnocenné a férové distribuce péče a zdrojů jak mezi pacienty, tak i mezi neformálními pečujícími. Princip lze tedy z pohledu praktických lékařů směrem k pečujícím aplikovat rovným přístupem ke zdravotní péči např. formou dostatečných informací o možnostech v péči o blízkého v domácím prostředí. Tím, že se respektuje princip spravedlnosti, lze dosáhnout více rovnocenné a férové distribuce péče a zdrojů jak mezi pacienty, tak i mezi neformálními pečujícími.

## **2.8 Legislativní rámec primární péče**

V České republice se činnost praktických lékařů řídí několika právními předpisy. Některé zákony a nařízení se týkají celého zdravotnického systému, zatímco jiné specifikují práva a povinnosti praktických lékařů.

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních upravuje způsob nabytí kvalifikace/odborné způsobilosti (Zák. č. 96/2004 Sb.). Dále upravuje podmínky pro výkon nelékařských zdravotnických povolání, včetně práce nelékařů – většinou všeobecných sester u praktických lékařů. Činnosti nelékařů upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (Zák. č. 95/2004, Sb.).

Zákon č. 372/2011 Sb. o poskytování zdravotních služeb, upravuje „*práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotních služeb*“, které poskytují tedy i praktičtí lékaři. Obsahuje například seznam preventivních prohlídek, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, stanoví způsob vedení zdravotnické dokumentace a další podrobnosti (Zák. č. 372/2011, Sb.)

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, stanovuje pravidla pro financování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Uplatňuje se i na poskytování péče praktickými lékaři, stanovuje sazby za poskytnuté zdravotnické služby a další podrobnosti (Zák. č. 48/1997 Sb.).

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci č. 98/2012 Sb., stanovuje pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace, včetně dokumentace vedené praktickými lékaři. Obsahuje například požadavky na formu a obsah zdravotnických záznamů a pravidla pro zpřístupnění zdravotnické dokumentace pacientovi (Zák. č. 98/2012 Sb.).

### **2.8.1 Součinnost s pojišťovny**

Praktický lékař spolupracuje se zdravotními pojišťovny, je povinen poskytovat jim potřebné informace, zakládá a eviduje zdravotnickou dokumentaci pacienta při jeho registraci. Tato dokumentace obsahuje základní data pacienta, včetně čísla pojištění, zdravotní pojišťovny, adresu bydliště. Dokumentace obsahuje i rodinnou anamnézu, osobní a pracovní údaje o kouření, očkování, vhodné je doplnit i o kontakty na rodinné příslušníky či osoby blízké. (NZIP, 2023).

## 2.8.2 Kapitační platba

Kapitační platba je „prospektivní platba, kterou obdrží poskytovatel zdravotní péče na úhradu nákladů. Způsob platby zdravotní pojišťovnou za poskytnutou zdravotní péči. Jde o placení za „hlavu.“ Je poskytována pevnou částkou na jednoho registrovaného pacienta s přihlédnutím k věku a demografickým či jiným charakteristikám pojištěnce a je využívána zejména v oblasti primární péče“ (Velký lékařský slovník, 2023).

Kapitační sazbu stanovuje úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky. Pro rok 2023 sazbu stanovuje vyhláška č. 315/2022 Sb. (VZP, 2023):

*„Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní kapitační sazbou podle bodů 1 a 2 stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za jeden kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 12 a indexů podle bodu 12. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši“ (MZ ČR, 2023):*

- a) 65 Kč (pro pracoviště PL a PL pro děti a dorost, které poskytuje nejméně 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovní dnů týdně, nejméně jednou v týdnu jsou ordinační hodiny do 18 hodin a 2 dny v týdnu se mohou pojištěnci objednat na pevně stanovenou hodinu),
- b) 59 Kč (pro pracoviště poskytovatele PL, který poskytuje hrazené služby alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů, kdy jednou týdně je ordinační doba do 18 hod),
- c) 53 Kč (pro pracoviště poskytovatele PL, který neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b)),
- d) 58 Kč (pro pracoviště PL pro děti a dorost, který na pracovišti neposkytuje hrazené služby uvedené v písmenu a) (MZ ČR, 2023).

Pro rok 2024 je stanovena úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky vyhláškou č. 319/2023 (Vyhláška č. 319/2023 Sb.).

Tyto částky jsou aplikovatelné na základní kapitační sazbu a umožňují poskytovatelům zvýšit své platby v závislosti na splnění určitých podmínek a aktivit.

Pozitiva, která mohou být poskytované kapitační platbě přisuzována, umožňují poskytovatelům péče, tedy praktickým lékařům lépe předvídat své příjmy a lépe tak plánovat náklady spojené s provozem ordinace. Dochází tak k větší finanční stabilitě, což mohou lékaři vnímat jako přínos pro svou praxi praktického lékaře. Kapitační platby také mohou poskytnout motivaci k zaměření se na prevenci a péči v raných stádiích nemoci, což může logicky vést k snižování celkových nákladů spojených se zdravotní péčí, a to v dlouhodobém časovém horizontu. Mezi pozitiva lze jednoznačně řadit i náklady spojené s vyúčtováním jednotlivých služeb – úkonů, neboť lékaři obdrží pevnou finanční částku za pacienta bez ohledu na počet poskytnutých úkonů.

Negativa spojená s kapitační platbou přináší i riziko nedostatečné péče, respektive, že lékaři mohou být motivováni omezit svou péči, aby maximalizovali svůj zisk ze stanovené kapitační platby. Pokud je pak nastavena kapitační platba na nižší hranici, může tento aspekt vést k nižší kvalitě poskytované péče, protože mohou poskytovatelé péče hledat způsoby, jak své náklady snížit. Pokud jsou kapitační platby fixní a nejsou dále upravovány s ohledem na výsledky péče o pacienty, může působit demotivačně a potlačit inovaci a proaktivnost ze strany praktických lékařů. Je velmi těžké odhadovat výši konkrétních nákladů na jednotlivého pacienta, tato skutečnost pak může způsobit problémy v případě nečekaných nákladů spojených s péčí.

### **3 Proces neformální péče z pohledu praktického lékaře**

Praktický lékař hraje velmi důležitou a nezastupitelnou roli v komunikaci s pečujícími pacientů. Jedním z nejdůležitějších aspektů této komunikace je schopnost lékaře naslouchat a být empatický. Lékař by měl být citlivý k potřebám pečujících, kteří se často ocitají v těžké situaci a mohou cítit frustraci nebo bezmocnost. Efektivní komunikace je klíčovým prvkem v mnoha oblastech života, včetně pracovního prostředí, vztahů a zdravotní péče. Zahrnuje schopnost jasně vyjádřit své myšlenky, poslouchat druhé a porozumět tomu, co říkají. Především pak najít společné řešení vznikajících problémů při poskytování péče.

Komunikace mezi lékařem a pečujícími je hlavním prvkem efektivní péče o pacienta. Zajištění přesných informací a srozumitelného vysvětlení léčebného plánu může výrazně přispět k lepší spolupráci mezi praktickým lékařem a pacientem, a tím i k úspěšnějšímu

průběhu léčby. Několik důležitých aspektů komunikace v oblasti zdravotnictví zahrnuje používání srozumitelného jazyka, citlivý přístup při sdělování diagnózy, detailní vysvětlení léčebného plánu, pravidelné aktualizace o stavu pacienta a otevřený dialog k zodpovídání otázek a obav pacientů a jejich pečujících. Tímto způsobem lze budovat důvěru, posilovat vzájemné porozumění a vytvářet pozitivní prostředí pro efektivní péči. Další oblastí komunikace s pečujícími a pacienty je včasné a pravidelné informování o vývoji pacientova stavu. Dále pak o eventuálních změnách v léčebném plánu.

Proces neformální péče z pohledu praktického lékaře může být důležitý, zejména pro pacienty s chronickými onemocněními nebo zdravotními potížemi, kteří potřebují dlouhodobou a kontinuální péči. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na pohled praktických lékařů na neformální péči, protože věřím, že právě v této oblasti mohou hrát klíčovou roli v poskytování dlouhodobé a kontinuální péče pro pacienty s chronickými onemocněními nebo zdravotními potížemi. Praktičtí lékaři jsou totiž v první linii péče a mají často nejlepší povědomí o potřebách a specifických situacích svých pacientů. Jejich pohled na neformální péči může být cenným zdrojem informací pro zlepšení kvality péče, posílení podpory rodin a blízkých osob a lepšího porozumění tomu, jak neformální péče může být efektivně integrována do současného zdravotnického systému.

### **3.1 Očekávaná role praktického lékaře v neformální péči**

Dostatečná míra respektu ze strany praktického lékaře je v procesu neformální péče nutná nejen pro potřeby pečujících, ale i pro pacienty. To zahrnuje přizpůsobení léčebného plánu tak, aby byl v souladu s potřebami pacienta a jeho rodiny. Ze strany praktického lékaře se tak očekává schopnost spolupracovat s rodinou pacienta při rozhodování o důležitých otázkách týkajících se pacientova zdraví a léčby.

Spolupráce praktického lékaře s rodinou pacientů je velmi důležitá pro poskytování efektivní zdravotní péče. Schopnost lékaře navázat v rámci spolupráce s rodinou pacienta vztah, který se opírá o důvěru v rámci komunikace, dále získat přehled o jeho zdravotním stavu a životní situaci, je v nastavení procesu neformální péče zásadní.

Rodina pacienta může poskytnout důležité informace o pacientově zdravotní historii, léčbě a případných alergiích. *„Klíčová úloha praktických lékařů v propojování jak formální a neformální péče, tak i zdravotní a sociální péče zůstává v řadě případů ale nenaplněna“* (Dobiášová a kol. 2015, s. 199). Od praktického lékaře je tedy očekávána komunikace směrem k pečujícím a poskytování důležitých informací. *„Jestliže komunikace znamená*



*vnímání, informace znamenají logiku. Jako takové jsou informace čistě formální a nemají žádný smysl“ (Drucker 2004, s. 223). To znamená, že pokud lékař v případě pečujících poskytne pouze formální informace pečujícím – např. předá leták s informacemi a nevysvětlí postup, nepoukáže na směr, jakým způsobem dále v péči pokračovat, kde začít apod., je předání informací tohoto charakteru pro samotné pečující téměř bezcenné, lze to však vnímat jako vstřícný krok od praktického lékaře směrem k pečujícím.*

### **3.1.1 Pečující osoba jako partner praktického lékaře**

Pečující příbuzní a pečovatelé mohou být důležitými partnery praktického lékaře v péči o pacienty. Pečovatelé mohou pomoci lékaři získat informace o zdravotním stavu pacienta, poskytnout informace o tom, jak pacientovi pomáhají s péčí a jaké problémy mohou být spojeny s jeho léčbou. *„Pečující osoby očekávají od praktických lékařů kromě poskytování zdravotní péče i podporu v oblasti informování o možnostech pomoci v rámci systému zdravotní a sociální péče, o možných sociálních dávkách a při obstarávání zdravotnických pomůcek. Zároveň si přejí být partnery praktickým lékařům a oceňují vstřícnou komunikaci a edukaci z jejich strany“ (Dobiášová a kol. 2015, s. 201).*

Důležité je také, aby praktický lékař komunikoval s pečující osobou a poskytl jí relevantní informace o zdravotním stavu pacienta a o tom, jak mohou pomoci s péčí o něj. Praktický lékař by měl také být ochoten odpovídat na otázky a poskytovat podporu pečujícím, který může mít mnoho otázek a obav spojených s péčí o blízkou osobu.

Vytvoření partnerství mezi pečující osobou a praktickým lékařem může zlepšit kvalitu péče poskytované pacientovi a pomoci vytvořit integrovaný a efektivní zdravotní plán. Je důležité, aby komunikace mezi všemi zúčastněnými stranami byla otevřená, respektující a orientovaná na potřeby pacienta.

### **3.1.2 Výchozí legislativní rámec pro neformální péči**

Legislativa neformální péče se vztahuje na soubor právních předpisů, které upravují postavení a povinnosti osob poskytujících neformální péči. Neformální péče se týká péče poskytované mimo zdravotnická zařízení a zahrnuje péči rodinných příslušníků, přátel, sousedů a dalších blízkých osob.

V České republice neexistuje samostatný zákon, který by se věnoval výhradně neformální péči. Přesto toto téma přesahuje přes řadu zákonů a právních předpisů, jako jsou například:

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách stanovuje podmínky a způsob poskytování sociálních služeb, včetně péče o osoby se zdravotním postižením a osoby v péči jiné fyzické osoby, který definuje „*poskytování příspěvku na péči osobám závislým na péči jiné fyzické osoby, a to v I. stupni (lehká závislost), II. stupni (středně těžká závislost), III. stupni (těžká závislost) nebo IV. stupni závislosti (úplná závislost)*“ (Zák. č. 108/2006 Sb.).

Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře stanovuje podmínky pro poskytování sociálních dávek a dávek v hmotné nouzi (Zák. č. 117/1995 Sb.).

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kdy mezi tzv. „*státní pojištěnce patří mimo jiné osoby pečující o osoby závislé na péči jiné fyzické osoby ve II., III., nebo IV. stupni závislosti*“ (Sociální politika, 2021).

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění, uvádí, že: „*mezi náhradní doby pojištění patří doba péče o závislé osoby do 10 let věku v I. stupni závislosti, doba péče o závislé osoby na péči jiné fyzické osoby ve II., III., nebo IV. stupni závislosti*“ (Sociální politika, 2021).

V souladu s § 241 odst. 2 zákon č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, v platném znění, *může požádat zaměstnanec o kratší pracovní dobu nebo jinou vhodnou úpravu stanovené pracovní doby v případě, že prokáže, že sám dlouhodobě pečuje o blízkou osobu, která se považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby v II., III. nebo IV. stupni závislosti*“ (Sociální politika, 2021).

Legislativní rámec, ze které podpora neformální péče částečně vychází, se snaží zajistit ochranu práv a zájmů osob poskytujících neformální péči, zároveň pak poskytnout podporu a ochranu osobám v péči.

### **3.2 Podpůrné programy pro pečující**

Pečování o zdravotně postižené nebo starší osoby může být náročné a stresující. Existuje řada podpůrných programů pro pečující osoby, které mohou pomoci zlepšit kvalitu života pečujících, a v neposlední řadě zlepšit celkově situaci, ve které se pečující nacházejí.

V případě oblasti Liberce a poskytování odlehčovací služby a dalších podpůrných aktivit pro neformální pečovatele, se jedná o organizaci Klára pomáhá z. s. , která poskytuje

pomoc pečujícím a pozůstalým, která je připravena pomoci pečujícím se zorientovat v oblasti péče, poskytovaných dávkách, získání zdravotnické pomůcky, případně zajistit službu, která v situaci může pečujícím pomoci (Klára pomáhá, 2023). Dalším z projektů na podporu pečujících je v oblasti Liberecka projekt zaštitěný organizací TULIPAN spolufinancovaný Evropskou unií. Tento projekt mimo jiné nabízí podporu ve formě individuálního poradenství, právní, výživové poradenství, ale i možnost komunitních volnočasových aktivit pečujících, kdy v době strávených na aktivitách projektu nabízí organizace využití pomoci odborného pečovatele (Sdružení TULIPAN, 2023).

### **3.3 Podpůrné skupiny pro neformální pečující**

Existuje mnoho podpůrných skupin pro neformální pečující, kteří se starají o blízké s chronickými onemocněními nebo zdravotními potížemi. *„Primárním cílem podpůrné skupiny je poskytovat psychosociální, emocionální a informační podporu těm, kteří se starají o člena rodiny nebo jiného blízkého člověka“* (Janečková 2016, s. 6).

Jak uvádí Janečková (2016, s. 6), podpůrné skupiny pracují na principech spolupráce a vzájemného sdílení, které tak odpovídá potřebám členů podpůrné skupiny a je jim tak ku prospěchu. *„Příčinou vzniku skupiny je možnost členům nabídnout společný zážitek, proto je třeba, aby skupina byla vytvořena tak, aby uspokojovala potřeby těch, kteří se v komunitě setkávají. „Naopak by členové neměli vyhovovat potřebám skupiny“* (Zgola 2003, s. 12).

Někteří pečující se mohou cítit přetížení nebo vystavení silnému emocionálnímu stresu. Terapeutická podpora může být užitečná pro pečující, kteří potřebují zvládat své pocity a stres.

*„Je důležité, aby neformální pečující věděli, že nejsou sami a že existují podpůrné skupiny, které jim mohou poskytnout pomoc a podporu, být pečovatelem neznamená být naprosto dokonalý“* (Janečková 2016, s. 6).

### **3.4 Reforma dlouhodobé péče v České republice**

Studie Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku poukazuje na problematiku spojenou s tím, *„kdy praktický lékař je klíčovou osobou pro koordinaci zdravotní péče poskytované pacientovi, ale pouze jen někteří praktičtí lékaři plní tuto koordinační roli ve zdravotní péči, neplní ale svou roli v koordinaci zdravotních a sociálních služeb, v case managementu, nejsou za to placeni a není to jejich úkolem“* (Horecký a kol. 2021, s. 29).

V kontextu studie o reformě dlouhodobé péče v České republice je zdůrazněn rozdíl mezi rolí a úkolem praktických lékařů v oblasti koordinace zdravotní péče a sociálních služeb. Role lékařů spočívá v klíčové pozici při koordinaci zdravotní péče pro pacienty, avšak jejich úkol často nezahrnuje explicitní odpovědnost za koordinaci sociálních služeb nebo účast na case managementu. I když je očekáváno, že budou hrát aktivní roli v poskytování zdravotní péče, nejsou formálně pověřeni tím, aby se zabývali organizací sociálních služeb, což může být klíčovým bodem nepochopení. Tato nejednoznačnost může vést k nedostatečnému ocenění rozhodující role praktických lékařů v celkové péči o pacienta.

Navržená změna v rámci studie, jak uvádí Horecký a kol. (2021) navrhuje podpořit posílení role praktických lékařů, a to v oblasti koordinace zdravotních služeb, zejména u osob s potřebou dlouhodobé péče, dále podpořit tyto osoby prostřednictvím vzdělávání a finančních nástrojů, např. i podporovat periodické návštěvy u těch pacientů, kteří jsou částečně mobilní případně imobilní.

## 4 Konceptní přístup k podpoře pečujících

Pro podporu oblasti neformální péče vznikají strategické dokumenty na delší časové období – většinou na období čtyř až pěti let. Nově vzniklé dokumenty jsou na úrovni národní, regionální a lokální. Tyto dokumenty pak přispívají ke kontinuitě ve směřování politiky a plánování cílů. Tyto strategické dokumenty, přestože mají dlouhodobější zaměření, měly by být průběžně aktualizovány a doplňovány. „*Rozpracování dlouhodobých strategických dokumentů tak může vyústit do tzv. akčních plánů, tyto plány slouží většinou na kratší dobu a jejich podstatou je podrobněji vymezit, které konkrétní činnosti povedou k naplnění strategických cílů*“ (Geissler a kol. 2019, s. 15).

Česká republika nedisponuje žádným strategickým materiálem, který by se věnoval výhradně neformálním pečujícím. Zahraniční dokumenty pracují s problematikou neformální péče mnohem komplexněji, např. komplexní strategií v této oblasti disponuje irský dokument *The National Carers' Strategy* (Irsko 2012 in Geissler a kol, 2019, s. 16), který vychází z potřeby reagovat na stárnutí populace v Irsku, dále pak na lékařský pokrok v oblasti potřeby poskytovat péči v domácím prostředí. Strategie se zaměřuje na roli a význam neformálních pečovatелů, kteří by měli být podporováni ve svém úsilí poskytovat péči a zároveň mít právo na plnohodnotný život. Tato vize aktivně zapracovává neformální pečující do národní agendy a nastavuje strategický směr pro budoucí politiky, služby a podporu poskytovanou ministerstvy a agenturami v oblasti neformální péče. Zásadní

oblasti zahrnují zdravotní a sociální služby, podporu příjmů, školení, otázky spojené s pracovním trhem, dočasnou péči, informační služby, bydlení, dopravu a zvláštní péči o děti a mladé lidi s odpovědností za péči. Strategie zahrnuje plán implementace, který podrobně popisuje kroky vedoucí k dosažení stanovených cílů (National Carers' Strategy, 2012).

Strategie péče o neformální pečovatele se soustředí na klíčové oblasti s cílem vylepšit poskytování zdravotních a osobních sociálních služeb, včetně implementace technologických řešení pro efektivnější péči. Kromě toho stanovuje cíle pro finanční podporu pečovatelů, nabízí školení a rozvoj dovedností, aktivně řeší zaměstnanostní a pracovní problémy s důrazem na dočasnou péči a poskytování odlehčení pečujícím osobám. Současně se snaží zlepšit dostupnost informačních služeb pro pečovatele, stanovit cíle v oblasti bytové podpory a řešit dopravní potřeby, aby všechny aspekty podpory neformálních pečovatelů byly účinně koordinovány a poskytovaly komplexní pomoc (National Carers' Strategy, 2012). Další možnou strategii pro menší územní celky lze najít u okresů a měst Velké Británie, jak uvádí Geissler a kol. (2019).

Vzhledem k narůstající aktuálnosti tématu neformální péče a absenci zastřešující strategie, je tak skupina neformálních pečujících součástí různých na sebe méně či více navazujících dokumentů na všech úrovních.

## 4.1 Strategické dokumenty na národní úrovni

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 identifikuje problémy, s nimiž se neformální pečující při poskytování péče setkávají. Dále poukazuje na nedostatečnou podporu pečujících a chybějící ukotvení v legislativě. Cílem dokumentu je hledání nových nástrojů k podpoře pečujících, kdy řešení situace pečujících je věnován cíl rozpracovaný do několika opatření, a to: „*zvýšit sociálně finanční zabezpečení pečujících osob, zvýšit podporu pečujících osob prostřednictvím sociálních a zdravotnických služeb, zlepšit informovanost pečujících osob a zvýšit podporu neformálních pečovatelů ze strany veřejné správy*“ (MPSV, 2021).

Dalším dokumentem je Zdraví 2030 – Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, který v samostatné kapitole „*Reforma primární péče*“ se zaměřuje na nutnost reformy primární péče, konkrétně: „*posílení role praktických lékařů jako průvodců zdravotnickým systémem a zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel*“ (MZ ČR 2020, s. 52).

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 lze vnímat jako významný dokument v nastavení péče o zdraví v České republice, kdy jedním z cílů je „zajištění srovnatelné příležitosti na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku“ (NAPDZ, 2023).

## **4.2 Strategické dokumenty na krajské úrovni**

V krajském strategickém dokumentu, Koncepci rodinné politiky pro všechny generace 2020/2030 Jihomoravského kraje (2020), je definován významný cíl, jenž se soustředí na potřeby rodinné politiky a oblasti neformální péče. Konkrétně se zaměřuje na harmonizaci osobního, rodinného a profesního života s ohledem na princip svobodné volby v každé životní fázi. Zvláštní důraz je kladen na problematiku sendvičové generace, což jsou jednotlivci, kteří simultánně pečují o své vlastní děti a zároveň o své rodiče či prarodiče. Opatření dokumentu je zaměřeno na nastavení podpory pro ty, kteří se nacházejí v této náročné situaci. Tímto způsobem strategie reflektuje potřeby a výzvy spojené s různými životními rolím i jednotlivců a poskytuje rámec pro podporu a vyváženost v jejich životě (Jihomoravský kraj, 2020). Pro tvorbu strategických dokumentů na krajské úrovni může být inspirativní a příkladem dobré praxe.

## **4.3 Strategické dokumenty na lokální úrovni**

Dokumentem, který zohledňuje problematiku neformální péče na lokální úrovni, je např. Koncepce sociální politiky města Brna do roku 2030, který ve svém opatření „Podpora a rozvoj v oblasti rodiny“ zaměřuje také na podporu pečujících osob, kdy opatření cílí do oblasti sladění rodinného a pracovního života v oblasti v souvislosti s procesem neformální péče (Brno, 2021).

Akční plán 2023 Komunitního plánu služeb v sociální oblasti statutního města Liberec období let 2023 až 2027 ve svých průřezových opatřeních klade důraz na spolupráci s neformálními pečujícími, a to v kontextu „pravidelného zjišťování potřeb a dětí/dospělých osob v jejich péči“ (Liberec, 2023).

Inspirativním dokumentem pro tvorbu komunitních a akčních plánů může být i Akční plán sociálních služeb obcí Svazku obcí Novoborska na rok 2023, kdy z průřezového opatření zaměřeného na podporu pečujících osob vyplývá, že proces podpory v poskytování pomoci pečujícím osobám v oblasti informovanosti bude podporován spoluprací s praktickými lékaři, kteří budou předávat potřebné informace ostatním praktickým lékařům.

Bude tak využito užší spolupráce s jednou praktickou lékařkou, která předá informace svým kolegům – praktickým lékařům. V případě zájmu lékařů se budou organizovat společná setkání. Sociální pracovníce budou navazovat komunikaci s lékaři nebo zdravotními sestrami v konkrétních případech klientů (Nový Bor, 2023)

Pro průběžnou aktualizaci a předávání informací lékařům bude vytvořena tabulka obsahující základní kontakty na pracovníce sociálního odboru zdejšího městského úřadu. Dále bude připraven leták s klíčovými informacemi o nabídce pomoci od místního odboru sociálních věcí a zdravotnictví, který bude distribuován v čekárnách ordinací a kinech, přičemž budou prověřeny možnosti zhotovení videa za účelem další propagace.

V rámci jednání s lékaři bude kladen důraz na problematiku týrání seniorů a hledání efektivních forem ochrany. Zároveň je v plánu uspořádat společné setkání zástupců poskytovatelů, sociálních pracovníků odboru sociálních věcí a zdravotnictví, úřadu práce a praktických lékařů. Cílem je zvýšit informovanost o poskytovaných službách v regionu a získat zpětnou vazbu o kvalitě domácí zdravotní péče a terénních službách (Nový Bor, 2023).

#### **4.4 Multidisciplinární tým v neformální péči**

Multidisciplinární tým v neformální péči může být dobrým způsobem, jak poskytnout komplexní péči pro lidi, kteří potřebují pomoc. Neformální péče se obvykle vztahuje na péči poskytovanou rodinnými příslušníky, přáteli nebo dobrovolníky, kteří nemají profesionální zdravotnickou kvalifikaci. Jak je uvedeno v Metodice zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním: *„Multidisciplinární přístup je způsob práce, jakým různé profese, organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupin“* (Reforma psychiatrie, 2020).

Multidisciplinární tým v neformální péči může zahrnovat členy rodiny nebo přátele pacienta, stejně jako odborníky z různých oblastí, jako jsou praktičtí lékaři, psychologové, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ošetrovatelé a další. Každý člen týmu může přinést specifické znalosti a dovednosti, které jsou nezbytné pro poskytování kvalitní péče a zlepšení kvality života pacienta. Je zde v rámci multidisciplinárního týmu v primární péči poukazováno *„na spolupráci ergoterapeuta a praktického lékaře“* (Hoidekrová a kol. 2022, s. 295), kdy: *„ergoterapeut může být praktickému lékaři nápomocný při rozhodování o ukončení dočasné pracovní neschopnosti, zahájení řízení o přiznání invalidního důchodu,*

*urychlení procesu při převodu pacienta do sociálních pobytových zařízení, snížení administrace a zvýšení specifikace ve výběru kompenzačních pomůcek, zvyšuje tak bezpečí a kvalitu života pacientů v domácím prostředí“ (Hoidekrová a kol. 2022, s. 297).*

Tým může spolupracovat na řešení konkrétních potřeb pacienta, jako je poskytování lékařské péče, zajištění ošetrovatelské péče, vzdělávání pacienta a jeho rodiny o péči, poskytování podpory a zajištění dalších zdrojů podpory, jako jsou komunitní služby. Tým může také pracovat na řešení emocionálních a psychologických potřeb pacienta a jeho rodiny. Role praktického lékaře v multidisciplinárním týmu je velmi důležitá, jeho pozice vnáší do spolupráce zásadní vhléd a přínos.

Komunikace a spolupráce jsou klíčové pro úspěch multidisciplinárního týmu v neformální péči. Členové týmu by měli pravidelně komunikovat a sdílet informace a zkušenosti, aby se zajistilo koordinované poskytování péče a minimalizovaly se případné nejasnosti. Důležité je také vzít v úvahu potřeby a preference pacienta a jeho rodiny a zapojit je do rozhodování týmu.

Multidisciplinární tým je pro oblast neformální péče cenným zdrojem pro poskytování kvalitní péče a zlepšení celkového standardu péče, což přináší výhody pro všechny aktéry zapojené do procesu péče.

## **4.5 Case management v neformální péči**

Case management je definován Národní asociací sociální práce „*National Association of Social Workers*“ jako „*proces plánování, vyhledávání, prosazování a monitorování služeb různých sociálních a zdravotních organizací ve prospěch klienta. Tento proces umožňuje sociálním pracovníkům v organizaci či organizacích koordinovat jejich úsilí v zájmu daného klienta skrz profesionální týmovou práci a tím rozšiřovat rozpětí nabízených služeb, které klient potřebuje. Case management předchází problémům plynoucím z fragmentace služeb, fluktuace pracovníků a nedostatečné koordinace mezi poskytovateli*“ (Nepustil 2017, s. 3).

Case management dle Hubíkové (2018) vznikl jako klíčový prvek či určitý předpoklad posunu od institucionální ke komunitně zakotvenému poskytování péče.

Case management je koordinovaný přístup k poskytování služeb, který zahrnuje hodnocení potřeb, plánování a koordinaci péče a sledování výsledků. Tento přístup je často



využíván v zdravotnickém a sociálním sektoru, ale může být také uplatněn v neformální péči.

Pro řešení situace klienta je často zapotřebí spolupráce několika institucí (organizací), jejichž služby je třeba koordinovat. Jako nástroj zefektivnění týmové práce na řešení problému klienta používáme „*case management*“ (Agentura pro sociální začleňování, 2023).

Jak uvádí Nepustil (2017) v neformální péči se case management zaměřuje na poskytování podpory a pomoci rodinným pečovatelům při poskytování péče jejich blízkým, kteří jsou zdravotně postiženi nebo starší. Case manager nebo koordinátor péče pracuje s rodinným pečovatelem a poskytuje mu informace, podporu, plánování a koordinaci služeb, které jsou potřebné k poskytování efektivní péče.

Hlavním cílem case managementu v neformální péči je snížení zátěže na rodinné pečovatele a zlepšení kvality péče poskytované jejich blízkým. To může zahrnovat koordinaci služeb, například odlehčovací služby, které jsou dle § 44 zák. č. 108/2006, Sb. o sociálních službách „*ambulantní, terénní nebo pobytové služby, poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí*“ (Zák. č. 108/2006 Sb.).

Case management z pohledu neformální péče může být užitečným nástrojem pro podporu rodinných pečovatelů při poskytování péče jejich blízkým (Nepustil, 2017). Poskytuje jim nejen nezbytnou podporu a koordinaci služeb, které jsou potřebné k poskytování efektivní a kvalitní péče, ale průběžnou pomoc a možnou flexibilitu přizpůsobit péči stávající situaci, možnostech, a především s ohledem na aktuální zdravotní stav opečovávané osoby.

## **5 Shrnutí teoretické části**

V teoretické části diplomové práce byl kladen důraz na psychosociální přístup v oblasti neformální péče o pacienty v České republice. Zvláště jsem zdůraznila význam praktických lékařů a jejich potenciální spolupráci s pečujícími osobami. Praktičtí lékaři, jako první a často hlavní kontaktní osoby pacientů s primární péčí, hrají jednu z hlavních rolí v organizaci a koordinaci neformální péče. Jejich významná úloha spočívá v identifikaci potřeb pacientů a poskytování adekvátní podpory pro pečující.

Dále jsem se zaměřila na legislativní rámec, který lze využít v kontextu neformální péče. Tento právní rámec slouží jako klíčový nástroj pro organizaci a koordinaci neformální péče v České republice, přičemž stát podporuje pečující v rozhodování v případě plánované péče o blízkou osobu. Při tvorbě diplomové práce byla rovněž reflektována Maslowova teorie pyramidy potřeb, která byla využita pro lepší porozumění psychologickým aspektům péče a potřeb pacientů a pečujících osob. Zdůraznila jsem význam spolupráce mezi praktickými lékaři, pacienty a pečujícími osobami, a také potřebu spolupráce s organizacemi poskytujícími pomoc a podporu neformálním pečujícím.

Závěrem lze konstatovat, že praktičtí lékaři hrají v organizaci a koordinaci neformální péče v České republice významnou roli. Je důležité zlepšit spolupráci mezi praktickými lékaři a dalšími zdravotnickými profesionály i odborníky ze sociální oblasti, a poskytnout jim dostatečné zdroje a podporu pro integrovanou péči. Tento přístup může vést k lepší kvalitě péče a vyšší spokojenosti pacientů a jejich rodin, které se o ně v rodinném prostředí starají. Především je důležitá komunikace mezi praktickými lékaři, pacienty a blízkých osob pacientů – tedy pečujících osob.

### III EMPIRICKÁ ČÁST

#### 6 Strategie výzkumu

Dle Hendla (2005) existují v rámci výzkumu přístup kvalitativní, kvantitativní případně smíšený, ten pak vychází logicky z kombinace přístupu kvalitativního a kvantitativního. Disman (2011, s. 285) uvádí: „*kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality*“. Dále tak poukazuje na nízkou reliabilitu způsobenou slabou standardizací. V souvislosti s tím tak hovoří o subjektivním přístupu, kdy tedy vlastně každý výzkumník by mohl prezentovat následně zcela jiná data (Švaříček, Šed'ová a kol. 2007), ale proti kvalitativnímu výzkumu vystupuje nevýhoda v podobě nemožnosti zobecnit a využít získaná data v jiném prostředí z důvodu velmi nízkého počtu respondentů. Poukazují ale na jedinečnost zjištěných dat. Podstatou kvalitativního přístupu je tak pochopení jedince v jeho vlastních situacích a respektováním jeho jedinečnosti (Gavora, 2000).

##### 6.1 Metodologie výzkumu

V rámci vlastního výzkumu pro diplomové práce jsem použila kvalitativní metodologii, metody polostrukturovaných rozhovorů. Mými informanty byli praktičtí lékaři, které jsem oslovila emailovou korespondencí, ve které jsem nastínila téma diplomové práce a zaslala jsem dopředu i výzkumnou otázku a samotné otázky rozhovoru. Tuto taktiku jsem zvolila z toho důvodu, neboť jsem chtěla vytvořit prostor lékařům k zamyšlení se nad tím, zda se chtějí výzkumu zúčastnit.

Vzhledem k citlivosti dat, je nutné pracovat s informovaným souhlasem, který byl v úvodu každého rozhovoru získán tak, že každý informant vyslovil souhlas na začátku pořizovaného rozhovoru s účastí ve výzkumu pro potřeby diplomové práce, dále byl od všech účastníků výzkumu zajištěn písemný informovaný souhlas. Všichni informanti byli řádně seznámeni s důvodem prováděného rozhovoru, s následnými výstupy analýzy dat. Informanti byli dopředu seznámeni se všemi otázkami, které byly v průběhu rozhovoru pokládány, tyto otázky měli k dispozici i v listinné podobě před samotným uskutečněním rozhovoru. Tímto krokem byl vytvořen prostor pro informanty k tomu, aby nemuseli rozhovor ukončit z důvodu, že na některé otázky nechtějí odpovídat. Všechny účastníky výzkumu jsem v úvodu i závěru rozhovoru informovala o možnosti seznámit se s výsledkem

výzkumu. Data byla dále analyzována cestou otevřeného kódování a následně interpretována.

## 6.2 Pozicionalita výzkumníka

Zpracování tématu neformální péče z pohledu praktických lékařů vychází částečně z osobních zkušeností z pohledu pečující osoby. V bakalářské práci jsem zachytila problematiku rodinných příslušníků v roli pečujících osob, kdy všichni podobně popisují potřebu komunikovat s praktickým lékařem svých blízkých, o které pečují. Přestože se k tématu vracím s odstupem času, problematika nedostatečného poskytování informací ze strany praktických lékařů nadále zůstává neměnná. Pokud komunikuji s pečujícími osobami, stále vnímají absenci zájmu praktických lékařů poskytnout radu a pomoc pečujícím v jejich složité životní roli. Velkým bonusem pro zpracování tématu vnímám vlastní zkušenost s problematikou, ale zároveň mohu k celé problematice přistupovat kriticky, neboť se mně již osobně nedotýká a období, kdy jsem aktivně pečovala, je vzdálené velkým časovým úsekem. Zároveň se ve své současné pracovní pozici koordinátora komunitního plánování mohu aktivně věnovat této problematice, kdy neformální pečující jsou účastníky procesu komunitního plánování. Jejich účast v pracovní skupině zdravotně znevýhodněných osob tak umožňuje řešit potřeby pečujících, problematiku spojenou s péčí sdílet.

## 6.3 Etika výzkumu

V rámci mé diplomové práce jsem provedla rozhovor s osmi praktickými lékaři v rámci Libereckého kraje. Všechny informace získané během rozhovorů byly získány za účelem získání lepšího porozumění organizace a zajištění podmínek péče poskytované v domácím prostředí, byly tak v souladu s etickými standardy.

Informovala jsem každého informanta o účelu výzkumu a poskytla mu podrobné informace o tom, co bude od nich vyžadováno. Před započítím rozhovorů jsem požádala každého informanta o souhlas s účastí v rozhovoru a s použitím získaných dat pro potřeby mé diplomové práce. Všichni informanti měli možnost kdykoliv během rozhovoru odmítnout nebo přerušit svou účast na výzkumu.

Během rozhovorů jsem dodržovala zásady důvěrnosti a ochrany soukromí dat. Je tedy důležité vnímat požadavky na ochotu sdílet důvěrné informace. „*Proto je zachování soukromí důležitým požadavkem výzkumu.*“ (Hendl 2005, s. 155). Zveřejnění dat, která následně vedou k možné identifikaci účastníků výzkumu, znamená pak porušení

tohoto zásadního aspektu výzkumu. Pokud tedy výzkumník nemůže důvěrnosti dosáhnout, nesmí publikovat výsledky výzkumu, jak poukazují Švaříček, Šed'ová a kol. (2007).

Informace získané během rozhovorů byly anonymizovány a použity pouze pro účely mé diplomové práce. V rámci rozhovorů jsem také dbala na to, aby informanti byli respektováni, a aby byl zachován respekt k jejich lidské důstojnosti. Všechny rozhovory byly po přepsání do písemné podoby smazány.

V souladu s těmito postupy jsem zajistila, že výzkum byl proveden s ohledem na etické standardy, a že všichni informanti byli informováni o účelu výzkumu, dále pak o svých právech v rámci výzkumu.

## **6.4 Limity výzkumu**

Praktičtí lékaři jsou mimořádně časově vytíženi, bylo tedy nutné přihlížet na jejich časové možnosti, především pak zohlednit jejich ochotu spolupracovat na výzkumu pro potřeby zpracování diplomové práce. Bylo tedy zásadní přizpůsobit se jejich časovým možnostem. Obecně prezentovaný názor, že praktičtí lékaři by měli více pomáhat neformálním pečujícím, byl pro uskutečnění výzkumu zásadním limitem. Bylo proto důležité prezentovat nejdříve důvod prováděného výzkumu a vysvětlit očekávání pečujících ze strany praktických lékařů. Zároveň také, že důvodem výzkumu není poukázat na to, co lékaři dělají nedostatečně dle názoru veřejnosti, ale především to, jak zjednodušit spolupráci mezi pečujícími a praktickými lékaři, dále pak pomoci tyto strany k sobě přiblížit. Z důvodu možného odmítnutí rozhovor uskutečnit, jsem tedy využila možnost nejdříve zaslat lékařům email se zdvořilou žádostí o uskutečnění rozhovoru. Ochota praktických lékařů rozhovor zrealizovat, případně doporučení kolegy pro další rozhovor, byly tím, co mi umožnilo samotný výzkum provést.

## **7 Zpracování dat získaných z provedených rozhovorů**

Všichni tyto praktičtí lékaři byli seznámeni s účelem využití dat a s tématem diplomové práce s názvem „Proces neformální péče z pohledu praktických lékařů“. Dále byli seznámeni s informací, že výzkum v rámci mé diplomové práce navazuje na data získaná z mé bakalářské práce, která zněla na téma „Rodinní příslušníci v roli neformálně pečujících osob“. Praktickým lékařům – informantům – byla předána informace, že z dat získaných z mé bakalářské práce, dále pak z rozhovorů se zástupci organizací poskytujících pečovatelské služby, případně z rozhovorů s dalšími pečujícími osobami vyplývá,

že pečující v úvodu péče očekávají a potřebují vstupní informace především ze strany praktických lékařů, kteří jsou pro ně hlavními partnery v získávání informací o zdravotním stavu jejich blízkých, ale také o případném nastavení a průběhu samotné péče o jejich blízké. V několika případech z naplánovaných rozhovorů jsem byla odmítnuta s tím, že se s tímto názorem samotní lékaři neztotožňují a nechtějí být součástí prováděného výzkumu.

Pro získání účastníků jsem využila podpory jedné praktické lékařky, která mi následně doporučila některé své kolegy, kteří byli ochotni účastnit se výzkumu. Zbývající informanti byli získáni na základě doporučení těchto informantů, tedy metodou „snowball“.

Operovala jsem tak se vstupní informací, že mnoho praktických lékařů má plnou kapacitu pacientů, časově jsou vytíženi, proto jsem nejdříve praktické lékaře oslovila písemně, abych jim tím vytvořila prostor na zamyšlení, zda je toto téma pro ně zajímavé, zda jsou ochotni se aktivně zúčastnit rozhovoru a poskytnout data pro nastavení určité změny k lepší spolupráci v rámci procesu neformální péče, a tak otevřít cestu k dobré praxi.

Zároveň jsem od lékařů získala kontakty na jejich kolegy, kteří byli ochotni spolupracovat a rozhovor poskytnout. Všech 8 informantů vyslovilo souhlas s rozhovorem, s pořízením nahrávky rozhovoru, který byl následně doslovně přepsán. V jednom případě nebyl rozhovor dokončen z osobních důvodů respondenta, v přítomnosti respondenta byla nahrávka smazána. Výchozím bodem byla spolupráce s praktickou lékařkou, která mi následně doporučila své kolegy a kolegyně, kteří budou ochotni hovořit na téma neformální péče. Osloveno bylo dvacet respondentů, z nichž vyslovilo 9 respondentů souhlas s provedením rozhovoru a s účastí na samotném výzkumu, v průběhu rozhovorů jeden respondent ukončil spolupráci z osobních důvodů. Rozhovory byly provedeny v období od 1. února 2023 do 5. března 2023.

Pro popsání získaných dat jsem zvolila techniku vyložení karet, tedy jak uvádí Švaříček, Šed'ová a kol. (2007). Dle autorů je technika vyložení karet „nejjednodušší nadstavbou otevřeného kódování“ (Švaříček, Šed'ová a kol. 2007, s. 226). Touto technikou je vhodné popsat data při využití otevřeného kódování, které bylo využito v praktické části diplomové práce. Proces spočívá v uspořádání těchto kódů do určitého pracovního vzoru či line, kdy popis výsledků se pak odehrává prostřednictvím jednotlivých kategorií. Tyto kategorie zároveň slouží jako názvy kapitol v diplomové práci. Tito autoři (Švaříček a Šed'ová a kol., 2007) dále charakterizují otevřené kódování jako nadstavbu, se kterou výzkumník pracuje za pomoci kategorizovaného seznamu kódů. Dle Švaříčka a Šed'ové „na rovině tvorby textu k publikování vede technika vyložení karet k tomu, že se názvy

*jednotlivých kategorií stávají názvy jednotlivých kapitol“ (2007, s. 227). Je důležité ale poznamenat, že ne všechny kategorie musí být začleněny do finální analýzy. Klíčovým předpokladem pak je, že vybrané kategorie pro samotnou analýzu získaných dat musí spolu souviset a na sebe navazovat (Švaříček, Šedřová a kol., 2007). Při zpracování rozhovorů jsem definovala kódy, tyto kódy hledala v textu a následně sdružovala do kategorií, které byly pro potřeby zpracování praktické části diplomové práce zvoleny jako názvy jednotlivých kapitol samotné práce.*

## **7.1 Metoda získání informantů**

Metoda získávání respondentů byla určena metodou snowball. „*Snowball sample (výběr na principu sněhové koule), kdy výzkumník naváže kontakt s určitou skupinou jedinců, pomocí nichž se pak dostává k dalším relevantním jedincům“ (Hendl 2005, s. 390). Metoda sněhové koule, známá též jako „snowball sampling“, je postup výběru jedinců ze špatně dostupných a málo početných skupin. Začíná se identifikací a kontaktováním několika málo lidí z této skupiny. Následně se od nich získávají doporučení na další členy, kteří jsou do výzkumu přizváni. Tento postup se opakuje, dokud výzkumník nezíská potřebný počet účastníků. Metoda sněhové koule se osvědčuje v situacích, kdy není možné vytvořit tradiční pravděpodobnostní vzorek a kdy je skupina obtížně dostupná (Sociologická encyklopedie, 2018).*

### **7.1.1 Hlavní výzkumná otázka**

Mohou praktičtí lékaři zefektivnit nastupující proces neformální péče?

Jakým způsobem mohou praktičtí lékaři proces neformální péče zlepšit?

### **7.1.2 Vedlejší výzkumná otázka**

Co praktickým lékařům usnadňuje spolupráci v procesu neformální péče?

### **7.1.3 Otázky polostrukturovaného rozhovoru**

1. Jak dlouho vykonáváte praxi praktického lékaře?
2. Máte nějakým způsobem nastavenou spolupráci s rodinnými příslušníky svých pacientů v počátku i procesu neformální péče?

3. V případě nastavené spolupráce, o kolik případů se jedná – řekněme třeba měsíčně, týdně.
4. Pokud s neformálními pečujícími svých pacientů v rámci procesu neformální péče nespolupracujete, má to z Vašeho pohledu nějaký důvod?
5. V případě spolupráce s neformálními pečujícími Vašich pacientů, o jaké jiné informace (než je zdravotní stav pacienta) mají zájem?
6. Máte k dispozici nějaký informativní materiál, který využíváte pro poradenskou činnost v oblasti neformální péče?
7. Ocenil/a byste informační materiál, konkrétně soubor informací pro praktické lékaře, co očekávají neformální pečující ze strany praktických lékařů?
8. Informativní materiál pro praktické lékaře by podle Vás měl mít jakou podobu?
9. Jak by podle Vás mělo probíhat předávání informací směrem k pečujícím?
10. Jakou podobu by toto předávání informací mělo mít?

#### **7.1.4 Popis vzorku informantů**

Informanty pro potřeby diplomové práce se stali praktičtí lékaři Libereckého kraje, kteří vykonávají praxi praktického lékaře samostatně nejméně 5 let. Tuto podmínku jsem si určila jako vstupní aspekt. Informanty se tedy stali praktičtí lékaři a lékařky s délkou praxe od 8 let do 39 let výkonu praxe praktického lékaře. Některé rozhovory byly uskutečněny osobně, některé online. Jeden z oslovených informantů, ukončil rozhovor se zjištěním, že se nadále nechce na výzkumu podílet z osobních důvodů. Tento rozhovor probíhal osobně, na základě žádosti informanta byl celý záznam rozhovoru v přítomnosti informanta smazán.

#### **7.1.5 Kategorie kódů – názvy kapitol diplomové práce**

Při vytváření názvů kategorií v mé diplomové práci jsem se řídila analytickým přístupem, který vyplýval z analýzy polostrukturovaných rozhovorů s praktickými lékaři. Kategorie, tedy názvy kapitol, byly pečlivě vybírány s cílem co nejpřesněji zrcadlit aspekty a témata zkoumané problematiky neformální péče z pohledu praktických lékařů. Vytvoření těchto kategorií bylo usnadněno identifikací kódů získaných během procesu kódování jednotlivých rozhovorů, což poskytlo užitečný rámec pro přesné definování obsahu jednotlivých kategorií:



- **Předávání informací ze strany praktických lékařů**  
Tato kategorie/kapitola se zaměřuje na proces předávání informací od praktických lékařů k pečujícím osobám v počáteční fázi neformální péče. Analyzuje, jak, a zda vůbec, lékaři komunikují a sdílí důležité znalosti s blízkými pacientů při nástupu péče, a zda jsou k předávání informací ze strany pečujících vyzýváni.
- **Pasivita při získávání informací ze strany pečujících osob**  
Tato kategorie/kapitola reflektuje nedostatečnou aktivitu/iniciativu pečujících osob při získávání potřebných informací od praktických lékařů. Zabývá se otázkou, proč pečující aktivně nevyhledávají rady nebo informace od lékařů, a jak pasivita v oblasti komunikace pečujících s praktickými lékaři ovlivňuje následně péči o blízkou osobu.
- **Komunikace mezi praktickými lékaři a pečujícími osobami**  
Tato kategorie/kapitola se věnuje komunikaci mezi praktickými lékaři a pečujícími osobami. Zkoumá způsoby možné komunikace mezi praktickými lékaři a pečujícími. Jak lze zlepšit efektivitu této komunikace v kontextu neformální péče.
- **Bariéry mezi praktickými lékaři a pečujícími osobami**  
Tato kategorie/kapitola se zaměřuje na identifikaci a analýzu překážek a bariér, které mohou existovat mezi praktickými lékaři a pečujícími osobami při vzájemné interakci. Klade důraz na faktory, které mohou bránit efektivní spolupráci.
- **Informační materiál pro praktické lékaře**  
Tato kategorie/kapitola se věnuje zkoumání potřeb praktických lékařů v oblasti informačního materiálu. Analyzuje, jaké nástroje nebo materiály by byly pro lékaře přínosné při komunikaci a spolupráci s pečujícími. Zároveň se soustředí na identifikaci potřeb praktických lékařů a jejich očekávání od obsahu informačního materiálu, který by měl podporovat jejich oblast podpory směrem k pečujícím.
- **Časový rámec praktických lékařů pro případnou spolupráci s pečujícími osobami**  
Tato kategorie/kapitola zkoumá omezení a možnosti praktických lékařů v časovém hledisku při zapojení do spolupráce s pečujícími osobami. Analyzuje, jaký časový tlak může ovlivnit jejich možnost poskytovat informace a podporu pečujícím.

### 7.1.6 Informant A

Rozhovor by proveden s praktickou lékařkou, která vykonává svou praxi již 8 let, praxi převzala po svém otci, původně pracovala na interním oddělení Krajské nemocnice v Liberci. S lékařkou bylo hovořeno na téma neformální péče. Jak ona vnímá toto aktuální téma, především hlavním předmětem byl dotaz na to, zda se neformálním pečujícím věnuje, zda vnímá potřebnost předávání informací v úvodu – nástupu neformální péče, zda spolupracuje s blízkými svých pacientů. Zásadním zjištěním z uskutečněného rozhovoru, že praktická lékařka si je vědoma této problematiky, jednak z pohledu praktika, dále ji vnímá jako důležitou i v osobní rovině. Uvedla, že rodinní pečující ji nijak zásadně neoslovují s žádostí o radu s žádostí o pomoc při péči, sama aktivně prostor pro rozhovor či radu nevytváří, ale vnímá, že v některých případech by samozřejmě bylo vhodné s blízkými pacienta pohovořit o možnostech péče apod. Velkou bariérou na řešení právě problematiky pečujících je pro ni omezený časový prostor, který má vyhrazený na pacienty. Tento čas je pro ni důležitý využít především při péči o pacienta, nikoli při péči o blízké. Zároveň se bližší spolupráci s pečujícími nebrání, uvítala by přehledný soubor informací, které v úvodu péče pečující očekávají, zároveň vnímá jako důležité nějakým způsobem předávání informací zrealizovat – a to konkrétně a cíleně. Tedy, že by informace byly předány např. pacientovi ve formě letáku, případně by do ordinace mohl být pečující přizván, pokud by měl zájem. Zároveň sdělila, že pečující očekávají informace od praktických lékařů, komentovala tím, že pokud je očekávají a potřebují, že tedy o ně neprojevují zájem, neptají se. Zřídka telefonují. Časová frekvence dotazů ze strany pečujících je maximálně 1x měsíčně. Vnímá požadavky na udělení rady v rámci členů rodiny, kteří jsou jejími pacienty, tam jí připadá snadnější se na problematiku dotázat. Jaký je důvod toho, že neformální pečující, přestože uvádějí, že rady očekávají a že je nedostávají, se na ně sami aktivně neptají, neví. Obavy z možného odmítnutí poskytnutí informací vnímá jako zbytečné, rady poskytne, pokud pečující zájem projeví. Jediný jasný ukazatel pro zjišťování potřeby péče je pro ni imobilní senior, který je odeslán z nemocnice do domácího ošetření, zde pak zjišťuje situaci ohledně případné péče nebo možné navazující alternativy – odlehčovací služby, osobní asistence či potřeby dlouhodobého ošetrovního pro člena rodiny. Jako rychlou pomoc pro pečující vnímá formu letáku, který by buď byl k dispozici v čekárně, případně by ho mohla předat lékařka. Zároveň bylo v rozhovoru zpochybněno, zda pečující o informace od praktických lékařů vůbec očekávají, sami dle jejího názoru iniciativu příliš nevyvíjejí. Dále ze zjištěných dat z rozhovoru vyplývá, že se praktická

lékařka neztotožňuje s tím, že by toto břemeno poskytování informací v úvodu péče mělo být kladeno na praktické lékaře, kteří jsou kapacitně daleko za svými hranicemi, potřebují především čas na své pacienty. Nicméně téma neformální péče a bourání bariér mezi praktiky a pečujícími vnímáno z jejího pohledu jako důležité a přínosné.

### 7.1.7 Informant B

Rozhovor byl proveden s praktickým lékařem, který praxi vykonává 10 let. Na téma neformální péče uvedl PL, že osobně se zajímá o tuto problematiku, vnímá ji jako potřebnou, především je této péči sám nakloněn, neboť vnímá její důležitost z pohledu dlouhodobé péče a samotného nastavení průběhu péče o své blízké. Uvedl, že sice aktivně sám nenabízí žádnou pomoc z oblasti neformální péče, nicméně je nakloněn k tomu, aby více spolupracoval se svými pacienty, případně s jejich blízkými, nebrání se tomu poskytnout radu ani pomoci koordinovat tento složitý proces. Sám zdůraznil, že vnímá neformální péči jednak jako potřebnou, ale zároveň hlavně i složitou – s ohledem na to, že pokud se chceme starat v rodině o blízkého člověka, znamená to mnoho omezení pro nás samé, tedy v tomto případě o blízké osoby. V současné době – jak uvádí – je „trendy“ zakládat rodinu ve vyšším věku pak tedy ženy, kdy otěhotní, mají malé děti, mají bohužel již stárnoucí rodiče, a pak tedy vzniká ta potřeba – uvádí na vlastním příkladu: *„že mají 3 děti a otce, který potřebuje péči“*. Byť tedy on sám se potýká s tím, aby v rámci rodiny péče byla poskytnuta, v rámci svých ordinačních hodin nečiní nic pro to, aby vytvořil jakousi nabídku – tedy možnost poradit a podpořit pacienty. Do současné doby vlastně ani nevěděl, jaké informace pečující potřebují, zásadním způsobem nezaregistroval, že by ho oslovovali o radu v průběhu péče, na doprovody pacientů s blízkými je zvyklý, ale jedná se spíše skutečně o doprovod k lékaři, téměř nikdo nevyužívá žádnou možnost pohovořit s lékařem o stavu svého blízkého, případně, že by žádal o radu. Není tomu ale tak vždy, občas konzultuje telefonicky – což samozřejmě není příliš vhodné, ale v rámci možností by mohl radu poskytnout. S nabídkou předání souhrnných informací směrem k pečujícím – s tím tedy souhlasí, nejdříve by ale rád věděl a znal, o jaké informace se jedná, v jakém rozsahu, co vlastně pečující potřebují. Asi by nejraději měl ohraničené typy oblastí – pak konkrétní informace, ze kterých by si ale sám nejraději sestavil jakési okruhy, ze kterých by mohl radu poskytnout. Možná – by tedy ocenil i soubor informací, které očekávají pečující, - umí si představit soubor informací v podobě nějakého datového souboru. Musel by se s tím seznámit, ujasnit si, jak by informace předával. Jako druhý krok by zvolil asi možnost hovořit s pacientem o tom, zda mu někdo doma pomáhá, zda se o něj někdo stará, zda by

nechtěl přizvat do ordinace svého blízkého, že by např. mohl poradit v péči. Předání letáku do ruky pacienta se mu nejeví moc efektivní, spíš by rád pohovořil s pečujícím, možná by zvážil např. návštěvu v domácím prostředí. Iniciativa by musela vzejít ze strany pacienta, spíš ale pečujícího, který by ho jasně a cíleně oslovil a o radu požádal. Ochotný by byl i na webových stránkách uveřejnit např. informaci, že podporuje péči v domácím prostředí, že je možné – a to v nějakém vymezení jeho možností – domluvit si konzultaci. Uvádí dále, že hlavním problémem vymezení času na nějaké poradenství pro pečující, je naplněná kapacita pacientů, kteří musí prioritně dostat jeho péči, kterým se musí věnovat a pro které je zde praktickým lékařem. Veškerá jeho aktivita nad rámec péče o pacienty, tedy z oblasti neformální péče, by zřejmě zasáhla větší mírou do jeho soukromého času – i tak je ale ochotný s daným tématem pracovat. Zda by pro něj nebylo řešením třeba to, že v okamžiku, kdy jeho pacient je zřejmě v péči svých blízkých – zda by je sám oslovil, např. zda ho doprovodili k lékaři, zda je nepřizvat do ordinace – takovým způsobem by postupovat nechtěl. Zároveň není nakloněn ani výzvě, která by např. na vstupních dveřích do ordinace vyzývala k oslovení lékaře s problematikou poradenství z oblasti neformální péče. Stále nechává na zvážení sestry, zda na dveřích zanechá ceduli – neklepat, vyčkejte příchodu sestry.

### **7.1.8 Informant C**

Praktická lékařka, která vykonává praxi již 39 let, neformální péče, respektive péče o blízké v domácím prostředí, je pro ni tématem, které je samozřejmě důležité a žádoucí, ale bohužel ze svého pohledu nenachází žádnou další volnou kapacitu, aby se péči o pečující věnovala v rámci svých ordinačních hodin. Poukazuje na to, že v současné době nemá zatím ani představu, kdy ukončí praxi, nemá totiž praxi komu předat. Z velké části má pacienty několik desítek let, všichni tedy stárnou, vnímá u nich, že samozřejmě pokud k ní nadále dochází, nejsou v domovech pro seniory, ale sama si uvědomuje, že se o ně někdo stará. Každý den, má zaplněné ordinační hodiny, byť u ní nefunguje systém objednání, ale ten způsob, že pacienti přicházejí dle potřeby. Neumí si představit, že by po svých pacientech nyní měla požadovat změnu v tom, že by zrušila přímý příchod do ordinace v době akutní potřeby, požadovala po nich objednávat se telefonicky či emailem. Především se snaží věnovat pacientům v době, kdy jsou u ní v ordinaci, s jejich blízkými nehovoří, občas za ní přicházejí s žádostí o vypsání receptu na nějaké pomůcky, recepty pro své blízké, ale i to se

eliminovalo – a to s dobou nástupu e-receptů – tudíž i tato možnost, kdy se s některými pečujícími setkávala, mohla tak s nimi třeba pohovořit nebo někdy jim i poradit, tak se tato možnost téměř vytratila. Ze své praxe jednak lékařské – tedy praxe praktické lékařky, ale i z osobních zkušeností vnímá jasně fakta, co potřebující a co pečující chtějí. Postoj pečujících zná a uvědomuje si, že očekávají od praktiků pomoc, protože mnohdy mají k nim tedy blíží než k odborníkům – onkologům, kardiologům apod. Že je to praktikům kladeno za povinnost se informantce zásadně nelíbí, že sama by měla přibrat na svou ordinaci ještě povinnost s pečujícími spolupracovat. Pro ni jediným přijatelnou možností je umístění letáků s potřebnými informacemi do čekárny, ke kterým mají pacienti a jejich doprovod přístup. Zároveň předávání těchto letáků směrem k pečujícím, že by měla sama dělat, případně sestra – vnímá jako zbytečné, a navíc nemá ani ona ani její sestra v rámci ordinčních hodin vhodný časový prostor pro komunikaci nad rámec své pracovní náplně. Webové stránky mají strohé – pouze adresu, ordinální hodiny a umístění nějaké informace o možnosti podpory pečujících naprosto odmítá. Výzva na vyčkání sestry – kdy žádají, aby pacienti neklepali je z jejího pohledu žádoucí, sestra vyřizuje telefonáty, provádí odběry krve apod. Potřebuje si svůj pracovní čas organizovat sama, na práci potřebuje klid a zároveň nemůže při každém zaklepaní práci přerušit. V případě, že by žádost o neklepání na dveřích nebyla, zásadním způsobem by to práci ordinace jako takové narušilo. Samozřejmě, pokud ale pacient požádá přímo praktickou lékařku o možnost vzít si do ordinace svého blízkého, který se o něj stará, tuto alternativu umožní, je ochotná v rámci svých možností poradit. Ovšem musí se jednat o konkrétní jasně formulované dotazy ze strany blízkých, u kterých musí její pacient být a musí tedy vědět, že hovoří o něm a že s tím pacient souhlasí.

### **7.1.9 Informant D**

Praktická lékařka uvádí, že problematika neformální péče je pro ni blízká především v osobní rovině, ale i po té pracovní. Praxi praktického lékaře vykonává 30 let. V současné době spolupracuje zhruba s deseti pečujícími – spolupracuje, tedy pomáhá jim s řešením této situace. Vždy to řeší za pomoci krátkých schůzek v prostředí ordinace, vždy za přítomnosti svých pacientů tedy tandemem pacient a pečující. Většinou jsou to senioři odkázáni na pomoc vlastních dětí, v několika případech hovořila směrem k pacientům v přítomnosti jejich blízkých např. na téma příspěvek na péči. Setkává se často s příkladem, že její pacienti nechtějí žádat o příspěvek na péči, jejich blízcí často vědí a mají znalost, že existuje příspěvek na péči, pacienti sami tuto variantu odmítají, že to nechtějí. Blízcí pacienta tedy žádají lékařku, aby hovořila s nimi na toto téma, zároveň žádají z její strany podporu,

že navázat spolupráci se službami, které částečně suplují rodinnou péči – osobní asistence, odlehčovací služby, že je to potřebné. Lékařka vysvětluje tuto situaci tím, že mnoho jejích pacientů si odmítá připustit fakt, že ve vysokém seniorském věku potřebují pomoc cizích lidí – chtějí pouze pomoc od rodiny, nemocní se např. odmítají smířit s tím, že jejich nemoc bude dál postupovat, že skutečně přijde doba, kdy budou potřebovat např. celodenní péči, přičemž jejich blízcí, kteří se o ně starají, ale mají zaměstnání, povinnosti ve svých rodinách apod. Lékařka zdůraznila nutnost spolupracovat s pečujícími, na dotaz jak konkrétně s nimi naváže spolupráci, tak uvedla, že aktivním způsobem přes své pacienty, dožádá se např. přítomnosti blízkých při pohovoru s pacientem v ordinaci, případně navrhne při příští kontrole pozvat blízké do ordinace. Zmiňuje, že zásadní změnou pro ni byl okamžik, kdy se stala pečující - kdy dlouhodobě pečovala o svou matku, víc se dokáže tedy potřebám pečujících přiblížit, vnímat je jako důležité, a hlavně si uvědomuje, že primární péče hraje v nastavení péče o blízké doma zásadní roli. Dále zdůraznila i potřebu rodinných lékařů, tedy lékařů, kteří se věnují všem v rodině – to znamená, že je vhodné mít stejného praktického lékaře v rámci rodiny, že navázání kontaktu a odhodlání se zeptat a požádat o pomoc je tak mnohem jednodušší. Své pacienty více méně zná, lehce se doptá na stav matky, otce, dcery apod. Tyto případy jsou z větší míry ti, se kterými spolupracuje. Ti pečující, kteří své blízké nemají v evidenci u této praktické lékařky, tvoří skupinu, kterým by byla poskytována poradenská činnost. Jsou to spíše ojedinělé případy, kdy je např. i složité sladit možnost pohovoru či spolupráce, jednak z časových důvodů, jednak zřejmě kvůli ostychu pečujících, kteří se nechtějí asi ptát lékařky, ke které nepatří (zřejmě se stydí – míní lékařka). Ona sama si je jistá, že potřeby pečujících zná, ovšem by přivítala i soubor informací, které očekávají pečující, předávání informací z její strany je nastaveno vždy pohovorem, nebrání se ani formě letáku s jasnými instrukcemi – nebrání se ani uvedení tel. čísla své ordinace (ovšem s podmínkou, že proces provázení pečujících nastaví pro své pacienty – to by se muselo zdůraznit v datech).

### **7.1.10 Informant E**

Praktický lékař uvádí, že praxi vykonává 10 let, zkušenosti s neformální péčí žádné nemá ani v osobní rovině, ani v pracovní rovině. Téma dlouhodobé péče a s ní spojené péče neformální ale zná. Problematiku pečujících nikdy zásadním způsobem ale nestudoval, s požadavky pečujících se ve své praxi neseťkává, pouze uvádí, že v rámci rodiny, se občas doptávají nějaké specifické potřeby pro své blízké jeho pacienti – např. dcera na otce apod. Ovšem žádnou poradenskou činnost směrem k pečujícím nevykonává, a to z důvodu,

že nikdo ho neoslovuje, sám nevyhledává možnosti, jak by s pečujícími navázal kontakt, nijak k tomu své pacienty nevybízí ani jim možnost nenabízí, nemá uvedeno ani na webových stránkách. Soubor informací by tak uvítal, vnímá to jako možnost rozšíření si vlastních obzorů s tím, že nevyklučuje případnou možnou spolupráci, pokud bude osloven. Nyní s nikým takovým nespolupracuje. Čím je způsobené to, že se ho pečující neptají na informace ohledně procesu neformální péče, neví. V současné době má plnou kapacitu pacientů, nové pacienty nepřibírá, objednávací systém je postaven na objednání telefonicky, případně na emailové korespondenci. Pro poskytování informací by si musel dostatečně potřebnou problematiku prostudovat, soubor očekávaných informací z prostředí primární péče směrem k pečujícím tedy vítá, nejlépe v nějakém datovém souboru, klidně by mohl mít podobou prezentace, je do studia potřeb ochoten vložit čas. Časové rezervy by pro případnou poradenskou činnost z oblasti péče o blízké musel hledat v rezervách vlastního soukromého času, v rámci ordinace na to dle jeho slov není prostor. Uvítal by tedy možnost odkázat pečující na konkrétní webové stránky, případně by mohla jeho ordinace disponovat nějakými letáky, které by při osobním pohovoru – pokud by nějaký proběhl, mohl předat on, případně jeho sestra. Obsahem letáku by podle názoru lékaře měly být konkrétní informace o možnostech pro pečující, které by měly směřovat směrem ven od primární péče – tedy nepoukazovat nutně na fakt, že primární péče, respektive praktický lékař bude po celou dobu podporou pro pečující. Nebylo by vhodné se tak zavázat k dlouhodobé podpoře, která by tak znamenala z jeho strany velikou časovou dotaci, pokud by bral v úvahu spolupráci např. s větším množstvím pečujících. V čekárně by také mohli být připraveny letáky pro pacienty a pečující s informacemi. Výzvu na webovou stránku, že se na něj mohou obracet pečující s žádostí o radu při nastavení neformální péči, by možná dal, ale až po důkladném seznámení se s problematikou a s tím, co skutečně pečující potřebují. Zda to potřebují, zda to vlastně spadá do kompetence primární péče, tedy do jeho pracovní náplně, zda to tedy nepřísluší např. nějaké jiné instituci, zda by to třeba neměla dělat sestra – nakonec zpochybnil, neboť je mimořádně vytížená. Prozatím nejsou ani nakloněni tomu, aby chod ordinace se zásadně změnil v souvislosti s poradenstvím pro pečující. Vnímá to tak, že v souvislosti s poradenstvím by musel investovat časový prostor z vlastních osobních zdrojů, případně zkrátit ordinační dobu, což by vlastně mělo za následek, že by se věnoval pacientům méně, to je pro něj v podstatě nepřipustné. Bylo patrné, že problematika neformální péče je pro něj okrajovým tématem.

### 7.1.11 Informant F

Praktická lékařka v úvodu velmi vyzdvihla důležitost tématu. S neformální péčí má osobní zkušenosti, po pracovní stránce vnímá důležitost tématu dle jejího názoru posledních deset let, kdy zájem veřejnosti o téma vnímá intenzivně posledních 5 let. V rámci své praxe přímo s pečujícími nespolupracuje, eviduje několik případů respektive žádostí o možnost jakési rady či spolupráce, nejvíce se jedná o pacienty, kteří přicházejí z nemocničního zařízení do domácího ošetření, dříve před nástupem elektronických receptů, zaregistrovala více dotazů ze stran rodinných příslušníků na možnost péče a postupu v nadcházejícím procesu péče v rodinném prostředí, nyní se setkávání s rodinnými příslušníky výrazně omezilo, není ale zastáncem konzultace po telefonu, to zásadně odmítá. V ordinaci měla několikrát pacienta s doprovodem, řešili spíše velmi obecně možnosti, nikoli konkrétní dotazy. Z její strany nebyly činěny prozatím žádné kroky směrem k pečujícím, proč ji sami pečující neoslovují v rámci poradenství neformální péče, neví. Zřejmě mají dostatek informací z jiných zdrojů, které vnímá jako relevantní zdroje, např. internet apod. V každém případě by ocenila soubor informací, které by lékařům přehledně znázornily potřeby a očekávání pečujících o rodinné blízké v nastupujícím procesu péče, ale i v samotném průběhu péče, protože vnímá i to, že mnohdy se pečující dostanou uprostřed péče do situace, že si dál nevědí rady, přitom mají pocit, že to dobře zvládají. Proto by ocenila nějaký materiál, který by např. nastínil, do kdy pečující zvládají proces sami, kdy nadchází doba, kdy potřebují podpořit, jak by podpora měla vypadat, co očekávají od lékaře samotného – to by vnímala tak, že by zaznělo jasné vymezení potřeb pečujících, např. co pro ně praktický lékař může v konkrétní okamžik udělat, jestli si představují formu pomoci jednorázově, případně opakovaně. Uvádí možnost podoby podpůrného materiálu jako prezentaci, případně datový soubor, ovšem uvítala by klidně webovou stránku, pro její potřeby by stačila ale prezentace. Data, která by byla ale jasně podložena tím, co chtějí pečující. Zároveň by ráda sama nabídla nějakou podpůrnou pomoc, která není ale dotována přílišnými nároky na čas. Tedy předání kvalitně zpracovaného letáku, ale na regionální úrovni, aby byl konkrétní. Leták by předávali v rámci ordinace, buď ona, ale spíše sestra, a to na doporučení lékařky. Mohl by být volně k dispozici i v čekárně, klidně by nabídla možnost rozdávání letáku i vedle kolegovi – kardiologovi, možná by to uvítal. Zároveň by téma rozhodně chtěla otevřít na jednání s kolegy, které probíhá jednou měsíčně. (v ordinaci jsou 3 praktičtí lékaři). Téma je pro ni zajímavé a potřebné, ovšem věnovat se zásadním způsobem spolupráci s pečujícími do budoucna nevidí příliš optimisticky, neboť kapacity její ordinace, byť sdílí



pacienty s kolegy, jsou značně omezené. V současné době již pacienty nepřijímají, odmítají i rodinné příslušníky, které obvykle přijímali, což vnímá jako nepříliš vhodné, protože rodiny by měly ze zásady mít lékaře jednoho – je to z jejího pohledu tak vhodnější.

### **7.1.12 Informant G**

Praktická lékařka vykonává praxi 34 let. Neformální péče pro ni představuje složitý proces, se kterým se setkává jednak v osobní rovině, jednak v pracovní rovině. Vnímá silně tlak veřejnosti, kdy je poukazováno na role praktických lékařů, kteří by měli neformální pečující podporovat. Ona sama zkušenosti s péčí o blízké má, vnímá, že sama nějakým způsobem postupovala, neboť její vybavenost po stránce informací bylo tedy oproti jiným pečujícím z prostoru praxe praktického lékaře o hodně lepší. Nutnost podpořit pečující vnímá jako důležitou, ale také náročnou na čas. V rámci své praxe v současné době nespolupracuje s žádnými pečujícími, neboť nezaznamenala ze strany pečujících žádnou poptávku, občas je požádána o konzultaci zdravotního stavu pacientů, a to ze strany jejich blízkých, dříve občas vypsala recepty, pro které chodili rodinní příslušníci, nyní tomu tak ale není. Telefonickou konzultaci ze zásady neposkytuje. Sama aktivně spolupráci nevyhledává, neoslovuje rodinné příslušníky, kteří zřejmě občas doprovázejí své blízké na kontroly, není to v jejich možnostech. Sestru do procesu informovanosti pro neformální pečující rozhodně zahrnout nechce, sama má mnoho povinností. Do budoucna řešit navazování konkrétních postupů v rámci neformální péče by možná řešila, ale neumí si to moc prakticky představit. Soubor informací o potřebách a očekáváních ze strany PL od pečujících samozřejmě vítá, neboť by jistě bylo vhodné nastavit průběhu neformální péče např. nějaký počátek. Sama se v tom ztrácela i jako v roli pečujícího. Možná, upozornila, že by možná celou situaci přehodnotila, kdyby nebyly kapacity pacientů v její ordinaci naplněny víc jak sto procenty, což je pro ni dlouhodobě vyčerpávající. Je pro ni složité i to, že často zastupuje i kolegy, kdyby se na ní měli obracet i pečující pacientů jejich kolegů, by pro ni bylo asi neúnosné. Prozatím možným vstřícným krokem by tak vnímala letáky pro pečující, které by byly k dispozici v čekárně ordinace, v případě dotazu pečujících, by je na leták směřovala. Nechtěla by ale, aby přímo na letáku bylo uvedeno např. její telefonní číslo – znamenalo by to pro ni, že se zavazuje k poskytování informací neomezeně. Musela by se zřejmě změnit koncepce stávající ordinace, potřebovala by třeba spolupracovat s dalším praktikem, mít navíc ještě jednu všeobecnou sestru, na kterou by se některé tyto kroky daly odklonit. Prozatím ve fungování své ordinace nic měnit nemůže, neboť její kapacitní možnosti tomu nejsou nakloněny. Projevila ale velké pochopení směrem

k pečujícím, že jejich postavení je složité a dlouhodobě neudržitelné – respektive dlouhodobě bez adekvátní podpory, kterou ale praktičtí lékaři z dlouhodobého hlediska plnit nemohou. Muselo by jich být více, mít větší časový prostor na řešení takovéto problematiky.

### 7.1.13 Informant H

Praktickou lékařku vykonává 19 let, neformální péči vnímá jako zásadní téma v současné společnosti, dle jejího názoru na toto téma je kladen dostatečný důraz, pozici praktických lékařů v nastavení procesu neformální péče vnímá jako klíčovou, měla by ze stran praktických lékařů probíhat větší podpora pro pečující, snažit se s nimi v rámci vlastních možností a kapacit navázat spolupráci, podporovat je, informovat a snažit se o zprůhlednění procesu a dobrého nastavení. S rodinnými příslušníky pacientů spolupracuje, většinou byla oslovena pečujícími, respektive příbuznými svých pacientů – nejčastěji se jedná o děti pacientů v seniorském věku, kteří přicházejí z nemocničního zařízení do domácího ošetření. Často tak pečující požadují, aby jim lékařka vysvětlila, jakým způsobem se bude situace s jejich blízkým dále vyvíjet. Chtějí znát reálný zdravotní stav svých blízkých, respektive jestli postačí domácí péče, případně jak a co je nutné dále zařídit, s čím by mohli počítat. V současné době spolupracuje přibližně s pěti rodinami – několikrát byla i v rodině v rámci návštěvy, kde pohovořili o potřebách spojených s péčí. Vnímá toto jako důležitý krok, mnohokrát se již setkala s tím, že pokud věnovala pacientovi a jejich blízkému právě „čas navíc,“ neopakovaly se návštěvy v ordinaci – respektive ty návštěvy, které řešily špatně nastavené léky, nedostavení se na kontrolu, případně docházení do domácnosti na častější kontroly apod. Upozornila na to, že v případě probíhající péče o blízké, je nutné vnímat pacienta a jeho blízkého jako celek, jsou v tomto procesu plnohodnotní pro ni oba. Časovou dotaci nevnímá v žádném okamžiku – jako navýšenou či zvýšenou, lze v rámci ordinace s časem hospodařit, právě ve zmíněných opakovaných návštěvách případně eliminací neefektivních telefonických hovorů. V rámci vstupní diskuze hovoří na téma podpory péče i sestra, která nabídne informaci, že lze s lékařkou pohovořit za přítomnosti rodinných příslušníků. Informace je podávána tak, že paní doktorka ráda poradí pečujícím, aby se na něco nezapomnělo. Pokud jí někdo o radu osloví, jsou to konkrétní požadavky, ohledně dlouhodobého ošetrového, jak postupovat při vyřizování např. příspěvku na péči, zda využít odlehčovacích služeb, zda přemýšlet o institucionální péči – byť vnímá, že některé požadavky nejsou zcela předmětem praxe praktického lékaře, ale zároveň si uvědomuje, že možná se pečující jsou ochotni zeptat právě lékařky, které důvěřují její pacientů. Že tito pacienti o ní hovoří kladně, jsou s ní spokojeni, a to je

pro výkon její praxe důležité. Soubor informací by podle ní mohl mít podobu nějaké formy prezentace či datového souboru, sama by ráda měla k dispozici minimálně letáčky pro pečující seniory s dostatečně velkými písmeny, což PL zdůraznila, dále by pro mladší ročníky v roli pečujících uvítala také formu prezentace, webových stránek, ideální nějaký hotline případně aplikaci do telefonu. Ale podle jejího názoru je nejdůležitější s rodinnými příslušníky pohovořit – provést vstupní pohovor, vyložit karty na stůl – zdravotní stav, jasnou diagnózu, v případě postupující nemoci i prognózu zdravotního stavu – toto vše zahrnout do možnosti poskytování informací.

## 7.2 Zpracování dat dle kategorií

### 7.2.1 Předávání informací ze strany praktických lékařů

Oslovení praktičtí lékaři uvádějí, že z řad blízkých svých pacientů nezaznamenávají žádosti o poskytnutí informací:

*„O radu nežadají, nezeptají se, tak pak nevím, jestli nějakou radu potřebuj“* (Informant A).

Dále sdělují, že aktivita ohledně žádostí o radu ze strany pečujících je velmi nízká: *„žádnou zásadní aktivitu ze strany pečujících jsem nezaregistrovala“* (Informant B), nicméně přeci jen se s žádostmi o radu od pečujících praktičtí lékaři setkávají, i když v malé míře, tyto žádosti pak pocházejí v rámci ordinačních hodin, kdy se s žádostí o radu na lékaře obrací pečující, kteří jsou zároveň ale i pacienti praktického lékaře. *„Velmi zřídka mě někdo osloví, když tak je to v rámci ordinačních hodin vymezených pro pacienty, jejichž blízcí jsou mí pacienti“* (Informant C).

Dále pak lékaři zaznamenávají telefonické žádosti a dotazy, které nemohou vyřizovat, neposkytují informace o zdravotním stavu svých pacientů telefonicky.

*„Ano, občas mi zatelefonují blízcí mých pacientů, bohužel telefonické konzultace neposkytují – není to možné“* (Informant D).

Někteří lékaři znají problematiku neformální péče pouze okrajově, bez profesních i soukromých zkušeností:

*„V současné době s nikým s pečujících nespolupracuji“* (Informant E). S úvodem do péče v domácím prostředí se setkávají u pacientů, kteří jsou propouštěni z nemocničního zařízení do domácího ošetření: *„Zodpovídám dotazy na možnosti péče o blízkou osobu*

*po návratu z nemocnice, ptají se mě příbuzní na „ošetřovačku“, případně co se bude dít dál, ale konzultace jsou až na výjimky jednorázové“* (Informant F). Počátek péče v rodinném prostředí je dle praktických lékařů složité identifikovat: *„je těžké určit počátek péče, případně počátek poskytování informací pro pečující, to si musí říct oni sami“* (Informant G).

Označení počátku neformální péče vnímají lékaři jako široký pojem, lepší variantou je pro ně pak přímo u některých skupin pacientů navázat rovnou konkrétní formu komunikace:

*„Spolupracuji s pečujícími, tedy s blízkými svých pacientů, pečující chtějí znát především zdravotní stav, možnosti léčby, prognózu, opakovaně se setkáváme“* (Informant H), kdy právě tento informant uvádí, že je důležité s pečujícími komunikovat, neboť se tak eliminují situace, které ztěžují pečujícím jejich úlohu: *„Opakovaná spolupráce či poradenství pečujícím tak často opakované návštěvy v ordinaci, případně špatné užívání léků apod.“* (Informant H).

Praktičtí lékaři zdůrazňují, že nepocitují zásadní zájem o radu ze strany pečujících osob, s výjimkou ojedinělých žádostí, většinou ze strany těch pečujících, kteří jsou i jejich pacienti. Dále velice zřídka se pečující na praktické lékaře obracejí s žádostí radu telefonicky, jedna z lékařek poukazuje na skutečnost, že občas probíhala diskuze, když blízcí jejich pacientů si vyzvedávali recepty s léky, v tomto okamžiku byl vyhrazen prostor na radu, v současné době s nástupem e-receptů se tato osobní setkání téměř vytratila, recepty jsou zasílány na telefon pacientů, nedochází tak k osobnímu setkání.

Pouze jeden informant uvádí, že pokud sám aktivně spolupracuje s pečujícími, právě tato spolupráce je krokem k efektivnímu hospodaření s časem ordinačních hodin, kdy lékař nemusí řešit v rámci svých ordinačních hodin často situaci se zhoršeným zdravotním stavem, s nastavením dávkování léků, kontrolního měření tlaku, případně jiných drobných zdravotnických úkonů, které mohou s proškolením a správným poučením vykonávat pečující doma, případně za podpory doporučené pomoci (např. osobní asistence, terénní služby, využití pečovatelské služby). Přístup tohoto praktického lékaře k pečujícím tak vykazuje efektivní úsporu času a svou podstatou poukazuje na možné prolomení bariér mezi pečujícími a praktickými lékaři.

## 7.2.2 Pasivita pečujících při získávání informací

Praktičtí lékaři uvádějí, že spolupráce s pečujícími je nejen přínosná, ale důležitá: „*V současné době spolupracuji cca s deseti pečujícími, spolupráce to je pro mě pomoc*“ (Informant D), „*vždy to řeším formou krátkých schůzek v prostředí mé ordinace, a hlavně v přítomnosti pacienta – tedy tandem pacient – pečující*“ (Informant D).

Spolupráci s pečujícími vnímá jako možnou i další lékařka: „*Pokud pacient požádá o možnost přizvat do ordinace svého blízkého, je mu to umožněno, o možnostech péče a případné pomoci z mé strany směrem k pečujícím diskutuji vždy za přítomnosti svých pacientů*“ (Informant C).

Z dalších sdělení lékařů jasně vyplývá, že v rámci nastavení procesu neformální péče ze strany pečujících není vyvíjena aktivita směrem k praktickým lékařům: „*Neregistruji žádné dotazy na péči o blízkou osobu – tedy osobní, spíše konzultuji telefonicky, což není ale vhodné*“ (Informant B), „*pečující mě neoslovují, sama aktivně prostor pro rozhovor, radu nebo jakoukoli formu podpory nevytvářím*“ (Informant A), „*s žádnými pečujícími nespolečně konzultuji, telefonické konzultace neposkytuji*“ (Informant G), „*v případě doprovodu blízkého mého pacienta neřeším žádné zásadní rady, zřejmě mají dostatek informací z jiných zdrojů*“ (Informant F).

V případě, že praktický lékař ale spolupráci naváže s pečujícími, osvědčila se lékařce i návštěva v domácím prostředí: „*Spolupracuji asi s 5 rodinami, občas zajdu i do domácího prostředí na konzultaci, šetřím tak svůj čas, pacienti mě pak navštěvují méně*“ (Informant H). Nejčastěji lékaři poskytují rady a informace, případně spolupracují s pečujícími, kteří jsou zároveň jejich pacienti:

„*Několikrát jsem konzultovala v rámci rodinných vztahů, kdy mou pacientkou je např. i dcera, syn, manžel apod.*“ „*Pak lze mnohem efektivněji radu poskytnout*“ (Informant E).

Praktičtí lékaři ve většině případů potvrzují, že pečující jejich pomoc nevyhledávají, na stav svých blízkých se nedoptávají, do ordinace dochází se svými blízkými sporadicky. Pokud se ale s žádostí o radu na praktického lékaře obrátí, lékaři jim ochotně radu poskytnou. Jak uvádí Informant D, „*že je pro ni důležité hovořit s pečujícím především v přítomnosti pacienta, aby neřešila nic zásadního bez jeho přítomnosti*“. „*Bez jejich zájmu je ale neoslovuji*“ (Informant A).

Téměř všichni praktičtí lékaři, kteří se zúčastnili výzkumu, uvádějí, že potřeby pečujících vnímají a uvědomují si je, pro přeplněnou kapacitu ordinace ale sami spolupráci

nenabízí, nemají na ni časovou prostor, ale pokud se pečující, případně pacienti zeptají a o radu požádají, s pečujícími i pacienty spolupracují.

Informantka G uvádí, že pro lepší spolupráci s pečujícími, kteří se na ni obrátí o rady: *„bych musela zřejmě přehodnotit stávající fungování ordinace, potřebovala bych v této oblasti navázat spolupráci s dalším praktickým lékařem, mít k dispozici další zdravotní sestru, na kterou bych určité kroky mohla odklonit“*.

Informantka F uvádí, že do spolupráce s pečujícími by ráda přizvala kolegy z okolních ordinací, např. kolegu kardiologa, s kterým úzce spolupracuje, navíc navrhla, že téma pečujících bude tématem jednání se zbývajícími kolegy, které probíhá jednou za měsíc.

Informantka H dále uvádí, že: *„změnu v komunikaci směrem k pečujícím do budoucna neplánuji, ani žádnou zásadní změnu směrem k fungování ordinace a rozšíření nějaké větší podpory pečujících“*. *„V současné době nemám kapacitu ani na to přijmout do ordinace rodinné příslušníky svých pacientů, kdy v předešlých letech jsem často tomuto požadavku svých pacientů vyhověla“*. *„To mě nyní trápí, rodinní příslušníci pacientů mají u mě vždy přednost v registraci“*.

V této kategorii bylo získáno velké množství nosných informací, které poukazují na složitou komunikaci mezi pečujícími a praktickými lékaři, kdy jedna zúčastněná strana očekává informace, ale druhá strana – tedy praktičtí lékaři nevědí, že je pečující potřebují, protože se jich sami aktivně nezeptají. Z dat tak vykryštovala informace o pasivitě pečujících v získávání informací.

### **7.2.3 Komunikace mezi praktickými lékaři a pečujícími osobami**

Praktičtí lékaři poukazují na to, že především absentuje zájem ze strany pečujících o radu: *„Zájem ze strany pečujících nepociťuji, oslovují mě zcela výjimečně“* (Informant A).

*„Téměř žádný z mých pacientů nevyužívá jakoukoliv možnost pohovořit se mnou jako s lékařem jeho blízkého, případně že by mě žádali o radu – to se nestává“* (Informant B).

Jak dále uvádí Informant B: *„Jsem zvyklý na doprovod do ordinace, tedy když doprovází někdo z rodiny pacienta, ale to je skutečně doprovod – třeba pomůže matce s oblékáním nebo je jen oporou“*.

Naproti tomu hovoří názor Informanta C: *„Očekávání pečujících znám, moc dobře vím, že mají k nám blíž než ke specialistům, tedy k onkologům a podobně, znám to z vlastní*

*zkušenosti, za dobu své praxe jsem se potkala s mnoha pečujícími, kteří žádali o radu a pomoc“.*

Přestože lékařka uvádí, že zná očekávání od pečujících, navrhuje jako jedinou možnou spolupráci, a tedy naplnění očekávání pečujících ve formě umístění letáků s informacemi v čekárně. Dále uvádí, že v případě jasně formulované žádosti od pacienta, spolupráci s jeho blízkými samozřejmě neodmítá.

Naplněním dílčího cíle diplomové práce je, že praktičtí lékaři neposkytují informace pečujícím v nástupu samotné péče o blízké osoby. Praktičtí lékaři však vnímají komunikaci jako klíčovou, jednak ze strany směrem k jejich pacientům, kteří jsou také aktéři neformální péče, zároveň ze strany pečujících osob. Lékaři tak uvádějí, že pečující je sami neoslovují, nekomunikují, přestože lékaři žádné bariéry mezi sebe a své pacienty, případně jejich blízké – tedy pečující osoby nestaví. V úspěšné komunikaci mezi všemi aktéry neformální péče vidí a vnímají především aktivitu ze strany pečujících, ale i pacientů. Tyto strany tak musí otevřeně sdělit praktickým lékařům své žádosti o poskytnutí informací z oblasti poskytované péče, aby sami lékaři věděli, že pečující o tyto informace od praktického lékaře stojí, že je očekává a potřebuje k nastavení kvalitní péče v domácím prostředí.

Dále pak z provedeného výzkumu a z názorů informantů vyplývá, že i když očekávání pečujících či pacientů znají, sami nemohou aktivně vyhledávat v rodinách – respektive v čekárnách potenciální zájemce o rady z oblasti péče o blízkou osobu.

#### **7.2.4 Bariéry mezi praktickými lékaři a pečujícími osobami**

Praktičtí lékaři při rozhovorech opakovaně zmiňují: *„pokud potřebuji s něčím poradit, tak si ale musí umět říct, tak proč tedy o radu nepožádají?“* (Informant A).

*„Žádný zásadní zájem o podání informací ze strany blízkých mých pacientů, ani od pacientů samotných jsem nezaznamenal“* (Informant B).

*„Uvědomuji si, že o mé pacienty – seniory se určitě někdo stará, setkávala jsem se s jejich blízkými, když žádali o recept, případně o vyplnění nějakých žádostí“* (Informant C), zároveň praktičtí lékaři ale poukazují na to, že osobní kontakt se vytrácí, kdy jako jednu možnou „bariéru“ identifikují nástup e-receptů, tedy kdy po předchozím telefonické žádosti (pacient, pečující – někdy nelze rozlišit, neboť se využívá internetová aplikace se zadáním

osobních údajů), na druhou stranu ale e-recepty vnímají jako časovou úsporu v rámci svých ordinačních hodin.

Dále je poukazováno na potřebu sjednocení praktických lékařů v rámci rodiny: *„vnímám větší zájem o radu – tedy spíš bych řekla, že se méně ostýchají zeptat moji pacienti, ti, co jsou blízkými mých pacientů a moji pacienti zároveň, rodinné příslušníky svých pacientů tedy vždy do své ordinace zaregistruji“* (Informant D).

V případě, kdy praktický lékař vnímá neformální péči z roviny praktického lékaře, ale i z roviny osobní poukazují na zásadní bariéru v podobě odmítání pomoci ze strany blízkých pečujících, kteří se nechtějí ztotožnit s potřebou poskytování péče a pomoc rodiny vnímají jako samozřejmost bez nutnosti podpory z vnějšího prostředí.

*„Třeba pečující vědí, že mohou využít odlehčovacích služeb, požádat o příspěvek na péči, ale ti, o které doma pečují – nechtějí nic využívat, neboť nechtějí, necítí se třeba tak špatně, protože ano – oni svou péči dostávají, proto mě požádají jejich příbuzní, abych to pacientovi vysvětlila, ale je to složité a často nemožné“* (Informant D), kdy tedy praktická lékařka uvádí, že je možné vnímat i to, že sám pacient dostává ze strany blízkých dostatečnou péči, ale zda to pečující zvládají, zda je to nevyčerpává, zda mají dostatek finančních prostředků, buď vůbec nevnímají jako problém, případně to vnímají jen velmi okrajově.

Pohled praktických lékařů na neformální péči z pozice lékaře vnímají tak, že mnohdy sami jejich pacienti nechtějí své blízké příliš zatěžovat. Ze získaných dat tak vyplývá, že praktičtí lékaři nereagují na potřeby pečujících, a to z toho důvodu, že pečující si o žádné rady neříkají. Pacienti mnohdy zmiňují, že se o ně starají jejich blízcí, ale již v této rovině – v rovině pacient lékař – pomoc či radu odmítají. V tomto případě pak pomoc ze strany praktického lékaře není možná, respektive nemohou ji někomu nutit, nabízet ani iniciovat.

Praktičtí lékaři první krok tedy neudělali, vnímali jako důležité věnovat se svým pacientům. S těmi o jejich zdravotním stavu a potřebách spojených s léčbou a péčí hovoří otevřeně, nepřímou tak poskytují i informace směrem k pečujícím formou doporučení pro své pacienty. Tento krok hodnotí jako zásadní a důležitý, jejich pacienti jsou pro ně klíčovou osobou v nastavení procesu péče v domácím prostředí.

### **7.2.5 Informační materiál pro praktické lékaře**

Možnost disponovat s informačním materiálem pro samotné praktické lékaře vnímají všichni oslovení informanti jako dobrou a vhodnou: *„formu nějaké přehledné pomůcky, kam*



*mohu své pacienty a jejich blízké směřovat, přivítám, určitě ano, stačil by mi leták, který mohu předat, případně bude k dispozici v čekárně – musí to být pro všechny, tedy pro mě i pacienty a jejich pečující“* (Informant A).

Někteří lékaři tedy ocení materiál, který bude komplexně obsahovat informace, které se týkají neformální péče, naopak někteří lékaři očekávají informační materiál v podobě pouze pro samotného praktického lékaře.

*„Ocenil bych soubor informací, které jsou důležité přímo pečující v podobě datového souboru, předávání letáku do ruky bez konzultace s pečujícími a pacienty se mi nejeví efektivní“* (Informant B). Informant tak poukazuje na důležité znát potřeby pečujících, hovořit s nimi a potřebnou pomoc jasně cílit.

Naopak pro praktické lékaře forma podpory neformální péče je možná pouze taková, že potřebný informační materiál bude k dispozici v čekárně: *„Letáky s možným postupem a kontakty bych dala do čekárny, necháme je volně k dispozici“* (Informant C).

Zatímco někteří informanti preferují poradenství formou předávání informace bez osobního kontaktu, jiní pak vyzdvihují spíše osobní kontakt: *„Z mé strany je předávání informací směrem k pečujícím prováděno formou pohovoru, ale mít k dispozici materiál s informacemi považuji za přínosné, určitě bych neváhala do materiálu uvést kontakt na ordinaci, rozhodně by tam měly být ale konkrétní kontakty, nic teoretického, to není pak využito, když nejsou uvedeny přesné názvy služeb a kontakty“* (Informant D), je ale podmínkou při sestavení takové pomůcky, aby se na lékařku pak obraceli pečující jejích pacientů.

Tedy aktivní poradenská činnost tak probíhá v rámci ordinace a vlastních pacientů. *„Možná, že kdybych měl k dispozici jeden druh letáčku, který mi poslouží jako podpora při diskuzi s pacientem a pečujícím a zároveň jim ho předám – možná to pro mě bude lepší“* (Informant E).

Dále lékaři uvádějí, že materiál určitě najde využití, ale znovu a zásadně poukazují na to, že i orientace v materiálu musí pomáhat poskytnout radu rychle, přehledně a kvalitně, především pak konkrétně. Dále PL uvádí: *„stejně je ale pro mě osobně důležité si sám zmapovat teréne a vědět, co by třeba v letáku mělo být“* (Informant B).

Dalším důležitým ukazatelem pro vytvoření informačního materiálu je ze strany PL je *„praktičnost“* materiálu – a to konkrétně letáků pro pečující seniory: *„ideálně leták pro pečující seniory s uvedením kontaktů a podpůrné péče a zásadní je velikost písmen –*

*potřebuji, aby se na to podívali i přímo se mnou v mé ordinaci, případně se mohli zeptat – malá písmena nepřečtou a klidně to odloží a nevyužijí“ (Informant H).*

Je tedy zřejmé, že PL vnímá potřebu informačního materiálu jako důležitou pomůcku nejen pro ni, ale přímo pro pečující a zároveň jako materiál, nad kterým mohou v ordinaci diskutovat.

Všichni praktičtí lékaři v rámci prováděného výzkumu zhodnotili situaci tak, že v podstatě nemají žádný takový materiál, který mapuje složitou situaci pečujících, a zároveň všichni praktičtí lékaři připustili, že takovýto materiál využijí.

Jejich představy o podpůrném materiálu byly různé, od letáků s informacemi, aplikací do mobilního telefonu, webové stránky až po prezentaci, která mapuje potřeby pečujících od úvodu péče po ukončení péče. Zároveň se nebránili mít k dispozici nejen informativní materiál pro své potřeby, ale někteří PL jsou ochotni přímo předávat v rámci své ordinace informativní leták pečujícím a pacientům. Někteří praktičtí lékaři navrhovali, že letáčky s potřebnými informacemi mohou být k dispozici nejen v ordinaci, ale také u všeobecné sestry a dále i v čekárně ordinace praktického lékaře, kam mohou být žadatelé o poskytnutí rady směřováni.

Všichni PL zdůraznili, že materiál musí splňovat zásadní aspekt, a to být stručný, přehledný. Část lékařů poukazovala na to, že pro potřeby lepší spolupráce může vzniknout materiál, který bude identický pro lékaře, pacienty i pečující. Tedy materiál, ze kterého budou čerpat informace všechny strany. Zároveň se lékaři shodli, že v případě letáku či mapy je vhodné využití takového formátu, ve kterém se přehledně zorientují i např. senioři – tedy použít větší velikost písma.

## **7.2.6 Časový rámec praktických lékařů pro spolupráci s pečujícími**

Téma časový rámec na diskuzi s pečujícími všichni lékaři hodnotili dotazovaní informanti stejně nebo velmi podobně.

*„Nemám volnou časovou kapacitu na rozhovory s pečujícími, musím se věnovat svým pacientům“ (Informant A).*

V případě vyhledávání časových rezerv se věnují praktici stávajícím pacientům a jejím problémům: *„Hledám časové rezervy spíš pro své pacienty, případně pro konzultaci spojenou se zdravotním stavem mých pacientů“ (Informant B).*

Lékaři dále poukazují na prodlužování času stráveného s pacientem v ordinaci, na časový skluz: „*Každý den pracujeme s časovým deficitem*“ (Informant C).

„*Pokud bych uvažoval o zavedení konzultací či poradenství pro pečující, hledal bych časové rezervy nad rámec ordinací doby, ale bylo by to těžké s ohledem na vytíženost ordinace*“ (Informant D).

Informant E uvádí, že: „*čas je náš nepřítel, obávám se toho, že moje kapacity jsou vyčerpané, mohu se soustředit pouze na pacienty, maximálně tak na individuální požadavek o radu, který vznesou oni, v rámci času stráveného v mé ordinaci*“.

„*Je těžké přemýšlet o šetření s časem, nemohu takto konkretizovat, neboť požadavky nepřicházejí, asi by se vidělo, v případě zájmu o poskytování podpory pro pečující*“ (Informant F).

Jiný přístup vykazuje praktická lékařka, která argumentuje potřebnost vycházet vstříc pečujícím a pacientům, neboť z jejího pohledu: „*je potřeba vnímat pacienta a jeho blízké jako celek, nikoliv je od sebe oddělovat*“ (Informant H).

Dále praktická lékařka poukazuje na to, že: „*nevnímám v souvislosti s poskytnutím rady pro pečující časovou dotaci jako navýšenou, v rámci ordinálních hodin lze s časem hospodařit*“ (Informant H).

Lékaři uvádějí, že zásadním ukazatelem pro efektivní nastavení ordinálních hodin je umět dobře hospodařit s časem, který je pro pacienty vyčleněný. Praktičtí lékaři poukazují na fakt, že všichni mají plnou kapacitu ordinací, nepřijímají nové pacienty, stávajícím pacientům se potřebují věnovat v dostatečné časové dotaci. Velké časové prostory na navázání spolupráce s blízkými svých pacientů nemají, museli by řešit případně navýšení kapacity ordinace, jeden z lékařů tak nachází řešení věnovat se pečujícím nad rámec své pracovní doby.

Pro zjednodušení procesu neformální péče by ale všichni oslovení lékaři uvítali materiál, který by demonstroval soubor očekávaných informací pro nastavení procesu neformální péče, které lékaři mohou dále přenášet směrem ke svým pacientům, ale právě i k pečujícím osobám, které se na ně případně obrátí s prosbou o poskytnutí pomoci a nasměrování v oblasti péče o blízkou osobu.

Lékaři tak měli zájem především o soubor informací v podobě datového souboru – konkrétně prezentace, která by specifikovala jednotlivé oblasti potřeb, které mají pečující v souvislosti s nastupujícím procesem péče o své blízké.

Aktivně nabídnout pomoc pečujícím prostřednictvím svých pacientů a zpřístupnit se pečujícím – např. přímým vyzváním formou informační tabule na dveřích, že praktický lékař podporuje pečující radou, odstranění cedule s nápisem neklepat ze vstupních dveří do ordinace lékaře. Dále disponovat s informačním materiálem, který praktické lékaře provede potřebami pečujících, případně využít materiál, který bude předáván pečujícím přímo praktickým lékařem.

Disponovat s informačním materiálem, který bude předáván pečujícím přímo praktickým lékařem.

Jednou z možností je vyvěšení výzvy na vstupní dveře do ordinace praktického lékaře s nápisem, který vyzývá k podpoře pečujících, případně výzva potlačí ostych a strach ze strany pečujících, ale i pacientů v případě žádosti o radu. Výzvu je nutné koncipovat tak, aby korespondovala s možnostmi konkrétní ordinace, zároveň tuto výzvu praktický lékař vnímá pozitivně a přínosně, proto v ideálním případě se praktický lékař na zhotovení výzvy podílí ve spolupráci s dalším personálem ordinace – tedy s všeobecnou sestrou, případně dalšími lékaři, se kterými může spolupracovat. Výzva pak určitým způsobem vnáší do organizace práce nový systém, je tedy důležité zvážit, jakou formu bude výzva mít.

Pro zlepšení procesu neformální péče a dosažení určitého komfortu při poskytování péče blízkým osobám v domácím prostředí je důležité a potřebné, aby neformální pečující dokázali aktivně praktického lékaře o potřebné rady požádat, aby dostatečně a včas formulovali své požadavky na poskytnutí informací a konkrétní pomoci, které souvisí s rolí neformálního pečujícího a zároveň je v kompetenci praktického lékaře tyto informace či rady poskytnout. Zároveň je vhodné nastavit průběžnou formu komunikace, kterou ideálně podpoří např. přehledný informační materiál, který poskytne v úvodu nastupující péče praktický lékař přímo svému pacientovi a dále i jeho blízké osobě, která o něj pečuje.

Mapa pro PL obsahuje informace o možnostech odlehčovacích služeb, o terénních službách, o využití hospicové péče, objednání obědů, odvozu seniorů, případně informace o domech s pečovatelskou službou, o domovech pro seniory. Z dat výzkumu od informantů vyplynulo, že mají zájem především o soubor informací, které by jednak sloužily jako mapa potřeb pečujících, se kterými může praktický lékař poradit, ale i zároveň jako pomůcka pro pečující, kterou v rámci své praxe může lékař předat jednak pacientovi, ale i pečujícímu. S informanty bylo hovořeno o možnostech dalších informací, které případně mohou být v rámci praktických zkušeností s používáním materiálu dále zapracovány do obsahu pomocné mapy.

## 8 Naplnění cíle diplomové práce

Cílem mé diplomové práce bylo přinést praktickým lékařům ucelený soubor informací, který by jim umožnil efektivně a kvalitně podporovat pečující osoby v péči o své blízké v domácím prostředí, ale zároveň jim otevřít téma neformální péče a ilustrativně ukázat jejich jedinečnou a nenahraditelnou roli v nastavení celého procesu. Otevřít téma potřeby komunikace směrem k pečujícím osobám, které jsou vystaveny velkému tlaku ze strany svých blízkých a okolí. Součástí pak tohoto cíle bylo předat informace praktickým lékařům o tom, jak mohou být aktivnější a nabídnout pečujícím osobám podporu ve formě předání vstupních informací spojených s procesem péče v domácím prostředí, aniž by bylo nutné, aby pečující sami vyhledávali jejich pomoc.

Tato práce může tedy vést ke zlepšení komunikace mezi lékaři a pečujícími osobami, ale zároveň zefektivnit nástup procesu neformální péče. Soubor těchto informací byl zpracován do praktické pomůcky – mapy pro praktické lékaře v rámci oblasti Liberecka, která byla navržena tak, aby mohla sloužit i pro pacienty a pečující zároveň.

Za podstatné považuji zdůraznit, že informační pomůcka ve formě mapy podpory pro praktické lékaře bude sloužit pouze jako vodítko či průvodce, kdy hlavní podstatou tohoto nástroje je přiblížit praktickému lékaři proces neformální péče a potřeby pečujících, které tak vytvořením pomocného materiálu nabyly konkrétních parametrů. Všechny tyto kroky tak mohou pomoci přiblížit k sobě praktické lékaře a neformální pečující, a v neposlední řadě vytvořit tak přátelské a podpůrné prostředí pro ty, kteří se starají o své blízké.

## IV DISKUZE

Výzkum v rámci diplomové práce ukazuje, že praktičtí lékaři hovoří o tom, že se jich pečující osoby na žádné rady spojené s procesem péče o blízkou osobu neptají, a to může být způsobeno mnoha faktory. Ze sdělení pečujících v rámci provedeného výzkumu mé bakalářské práce ale vyplývá, že oni sami se praktických lékařů na rady spojené s poskytováním péče svým blízkým neptali. Někteří aktéři výzkumu uváděli, že je nenapadlo se na nic zeptat a získávali nějaké informace pouze zprostředkovaně od svých blízkých, tedy pacientů praktických lékařů, kteří ve formě doporučení od praktických lékařů informace nepřímo přenášeli směrem k pečujícím (Hvojníková, 2021). Mezi ně patří například nedostatečná informovanost pečujících osob o možnostech péče, nedostatečná sebejistota nebo obavy z toho, že budou vnímáni jako ti, co obtěžují či zdržují. Zároveň však výzkum z předchozí tvorby mé bakalářské práce, která se týkala potřeb pečujících, ukazuje, že pečující osoby očekávají od praktických lékařů rady a podporu při poskytování péče.

V České republice bylo provedeno několik výzkumů z oblasti neformální péče a role praktických lékařů, kdy z výsledků výzkumu „*Role praktických lékařů v podpoře neformální péče o seniory a osoby se zdravotním postižením z pohledu rodinných pečujících*“ vyplývá, že role praktického lékaře se ukázala v poskytování dlouhodobé péče o seniory a osoby se zdravotním postižením jako zásadní (Dobiášová a kol., 2015). Pečující osoby očekávají od praktických lékařů nejen zdravotní péči, ale i podporu v oblasti informování o existujících možnostech pomoci z oblasti systému zdravotní a sociální péče, jak uvádí Dobiášová a kol. (2015). Dále tento výzkum identifikoval řadu bodů důležitých v nastavení systému primární péče v ČR, které jsou uváděny jako příčina nedostatečného využití potenciálu praktických lékařů v podpoře neformální péče.

Praktičtí lékaři by měli být také více informováni nejen o roli pečujících osob, ale i o jejich potřebách. To může vést k lepšímu porozumění mezi lékaři a pečujícími osobami a ke zlepšení kvality péče poskytované pečujícími osobami. Je bohužel zřejmé, že pečující s praktickými lékaři se ve svých očekáváníích nepotkávají a vznikají mezi nimi bariéry ve formě nepochopení se a nedostatečné komunikace, které bohužel často mívají za následek i to, že pečující péči o své blízké nezvládají nebo naopak se zbytečně trápí a jsou vyčerpaní a frustrovaní.

Dále výzkum s názvem „*Názory občanů České republiky na vybrané aspekty činnosti všeobecných praktických lékařů*“, který probíhal v rozmezí let 2018-2020 prezentuje

zjištění, že ve většině případů jsou občané České republiky s péčí a časem, které jim věnují v průběhu návštěvy jejich praktičtí lékaři spokojeni, negativní stanovisko zaujímalo jen minimum dotázaných (Halata a kol., 2021).

Výzkum prof. Pokorné z oblasti neformální péče, který se zaměřil na roli praktických lékařů s názvem „*Role praktického lékaře a spokojenost s péčí z pohledu seniorů*“, kdy je poukazováno na to, že zdravotní a sociální problematika péče o seniory se nedá oddělit od sociální oblasti, že kvalitní sociální prostředí přispívá k příznivému průběhu během léčení. Je poukazováno na výhody mezigeneračního soužití v rodinách, možnost léčby v přirozeném prostředí – tyto ukazatele budou vždy nejdůležitější součástí péče o starší občany. Pokorná a kol. (2015) poukazují na to, že praktického lékaře by měl zajímat nejen zdravotní stav pacienta, ale znát také jeho prostředí, kde pacient žije, případně kdo pacientovi poskytuje péči.

Výsledky provedených výzkumů se shodují na tom, že praktičtí lékaři mají důležitou roli v podpoře rodinných pečovatелů, ale je třeba věnovat více pozornosti tomu, jak lékaři mohou nejlépe identifikovat a podporovat rodinné pečovatele v jejich roli. Jak mohou nejlépe spolupracovat s ostatními poskytovateli zdravotní péče a sociálních služeb. Zároveň je potřeba věnovat více pozornosti tomu, jak praktické lékaře v těchto aktivitách podpořit.

Ze získaných dat z mé bakalářské práce pak vyplynulo, že neformální pečující očekávají radu a pomoc od lékařů v úvodu péče. Dále bylo z dat zjištěno, že s pečujícími nikdo nediskutoval otázku nástupu péče o blízké osoby, zároveň však sdělují, že je nenapadlo se sami zeptat lékaře na radu. Všichni očekávali, že je lékaři sami osloví, nabídnou pomoc, spolupráci, možnosti využití podpůrných služeb, případně další nasměrování v postupující péči, případně také při zhoršení zdravotního stavu jejich blízké osoby. Pacienti, kteří jsou mimo jiné i v péči odborníků, a to např. onkologů, v mnohém je ponechávána péče na praktické lékaře, především v oblasti předepisování zdravotnických pomůcek. Přestože pečující doprovázeli své blízké i do ordinace, nebyla jim rada poskytnuta ani nabídnuta ze strany lékařů (Hvojníková, 2021).

Názory pečujících na komunikaci mezi praktickými lékaři a neformálními pečujícími se shodují a ústí v zásadní poznatek, všichni uváděli stejnou informaci, že ani v úvodu péče s nimi lékař nehovořil, nenabídnul jim spolupráci, neoslovil pečující a nevyzval k žádné možné spolupráci. Zároveň uváděli, že pokud jim byla nějaká rada poskytnuta, nikdy nebyla ze strany praktických lékařů ani jiných profesionálů, pouze známých, kteří např. zažili

stejnou situaci, byli také pečujícími, tedy inspirovali se především jejich radami (Hvojníková, 2021).

Pečující osoby uváděly, že nikdo s nimi nehovořil a zdůraznily, že očekávaly proaktivnost od praktických lékařů. Že jim poradí s průběhem péče, případně s tím, o co mohou požádat, především pečující uvádějí, že nejdůležitější informací je sdělení zdravotního stavu jejich blízkého. Ze sdělení pečujících vyplývá, že oni sami se praktických lékařů na rady spojené s poskytováním péče svým blízkým neptali. Někteří aktéři výzkumu uváděli, že je nenapadlo se na nic zeptat a získávali nějaké informace pouze zprostředkovaně od svých blízkých, tedy pacientů praktických lékařů, kteří ve formě doporučení od praktických lékařů informace nepřímou přenášeli směrem k pečujícím (Hvojníková, 2021).

Pečující osoby poukazovaly nejenom na to, že jim nebyly žádné rady poskytnuty, neobdržely žádné rady – ani ve formě letáků. Z výzkumu vyplývá, že neformální pečující neobdrželi žádné informace ze strany lékařů, kde ale dále ze získaných dat vyplývá, že informace pečující neobdrželi pouze v případě, kdy se sami nezeptali. V jednom případě ale pečující uváděla, že s ní lékařka hovořila a poskytla ji širokou paletu informací, které aktivně využila při péči o svého manžela. Zároveň bylo poukazováno na to, že přestože pečující procházeli procesem péče třeba i několik let, tak zcela bez informací a podpory praktických lékařů, ke kterým často se svými blízkými docházeli (Hvojníková, 2021).

Dle Šamánkové (2011) je důležité, aby praktičtí lékaři vytvářeli prostředí, které podporuje otevřenou komunikaci a spolupráci s pečujícími osobami a tím tak mohou zefektivnit nastupující proces neformální péče. To může zahrnovat vytváření přátelské atmosféry v ordinaci, aktivní naslouchání potřebám a obavám pečujících osob a vysvětlování postupů a možností péče, které jsou jim k dispozici. Lékaři mohou pomoci pečujícím prostřednictvím i svých pacientům zorientovat se v situaci, která je pro ně nová, a to i v odkázanosti na blízké, vlastní nemožnost či vědomí v blízkosti smrti.

Pečující poukazují na složitý proces při komunikaci s praktickými lékaři, poukazují na to, že nejčastěji praktičtí lékaři neměli čas, výjimečně v případě, kdy potřebovali předepsat léky tedy v době, kdy se nevyužívala forma e-receptu, dále poukazují na to, že nechtěli lékaře v rámci ordinačních hodin zdržovat, zároveň také poukázali na skutečnost, že očekávali od lékaře, že sám si čas udělá na poskytnutí rady, tedy nepřímou že sám lékař pečující vyzve, bude aktivní v procesu předávání informací (Hvojníková, 2021).



„Bariéry neboli překážky v pojmenování a naplnění potřeb bývají jiné ve zdraví a jiné v nemoci“ (Šamánková 2013, s. 13). Bariéry v komunikaci mohou být i důsledkem některých praktických problémů, záleží ale především na dovednostech poskytovatele, ale i příjemce informací. Například výzvy na dveřích ordinací s nápisem „*neklepat*“ mohou pečující osoby odrazovat a vést k pocitu, že jejich potřeby nejsou brány vážně. Tyto výzvy mohou v některých případech být vnímány jako odrazový můstek pro pečující osoby, které se snaží získat informace a podporu od lékařů, kteří jsou pro ně mnohdy jediným možným zdrojem informací. Pokud jsou pečující osoby odráženy cedulemi s negativy, může to vést k pocitu, že jejich potřeby a problémy nejsou brány vážně. Praktickým lékařům bylo tak nastíněno, jaké signály vysílají a jak mohou ovlivnit vztahy s pečujícími osobami. Nastíněním možnosti odstranit cedule s negativy ze dveří ordinací bylo interpretováno praktickým lékařům jako další možnost zlepšení nastupujícího procesu neformální péče.

Praktický lékař vlastně slouží jako spojovací článek mezi pacientem a pečující osobou. Díky informacím a radám, které lékař poskytuje pacientovi, si mnozí pacienti uvědomí, jak velkou zátěž pro ně znamená péče, kterou jim poskytují pečující osoby. Toto uvědomění pak může vést k lepší komunikaci a porozumění mezi pečujícími a pacientem a ke zlepšení celkové situace. Praktický lékař tak může sehrát klíčovou roli při vytváření podpůrného prostředí pro pečující osoby.

Úspěšná spolupráce mezi praktickými lékaři a pečujícími osobami je žádoucí hlavně z toho důvodu, aby lékaři byli schopni rozpoznat potřeby pečujících osob a vytvořili prostředí, kde se pečující osoby budou cítit dobře a bez ostychu se mohou zeptat na rady a pomoc. To může vést ke zlepšení kvality péče poskytované pečujícími osobami a zlepšení celkového zdravotního stavu těch, kteří jsou závislí na neformální péči.

Někteří pacienti se mohou bránit tomu, aby jejich pečující osoby požádaly o příspěvek na péči, i když jsou v situaci, kdy by jim tento příspěvek mohl velmi pomoci. V těchto případech mohou praktičtí lékaři hrát klíčovou roli v přesvědčování pacientů a jejich pečujících osob, aby využili možnosti, které jim jsou k dispozici. Praktičtí lékaři mohou pacientům a jejich pečujícím osobám vysvětlit, jaké jsou jejich práva a možnosti a jak jim mohou příspěvky na péči pomoci zlepšit kvalitu života. Taková komunikace může vést k tomu, že pacienti a jejich pečující osoby budou mít větší důvěru v praktického lékaře a budou se s ním více otevřeně bavit o svých potřebách. Pro pacienty jsou praktičtí lékaři klíčovými osobami při poskytování informací o jejich zdravotním stavu. Tyto informace jsou důležité i pro pečující osoby, ale je třeba brát ohled na citlivost této problematiky.

Další aspekt, který je třeba zohlednit v kontextu neformální péče je obava z přítomnosti cizích lidí, tedy že do jejich domácnosti budou chodit lidé z organizací poskytující odlehčovací služby, osobní asistenci apod. Tyto obavy mohou být způsobeny různými faktory, jako je například nedostatek důvěry v cizí osoby, obava z narušení soukromí nebo jen samotná přítomnost cizího člověka, který má poskytovat podporu, kterou do této doby poskytoval blízký člověk.

Pečující osoby však často touží po pomoci a podpoře a snaží se nalézt řešení, které by jim umožnilo zvládat svou péči o nemocného člena rodiny. V těchto případech mohou praktičtí lékaři hrát klíčovou roli v poskytování informací a rad, jak zvládnout tyto obavy a jak nalézt řešení, které by pomohlo jak pečujícím osobám, tak pacientům. Výstupem výzkumu na téma: „*Mohou praktičtí lékaři usnadnit obtížnou situaci neformálních pečovateli?*“ je poukázat a upozornit na významné souvislosti mezi neformálním pečovatelským, pečovatelskou zátěží dále pak subjektivně hodnocenou mírou odolnosti. Výzkum usiloval o zjištění rozsahu subjektivně prožívané zátěže rodinných pečovateli z Jihočeského kraje. „*Výsledky studie upozornily na významné souvislosti mezi neformálním pečovatelským, pečovatelskou zátěží, především pak na potřebnost věnovat péči samotným pečovateli ve formě cílené prevence formou poradenství, kurzů relaxace, nabídky svépomocných skupin, a to vše s cílem zvýšit kvalitu života pečovateli, kdy je poukazováno na nezastupitelnou roli praktických lékařů v oblasti této péče*“ (Zášková a kol. 2021, s. 333).

Praktičtí lékaři mohou pomoci tím, že vysvětlí pacientům a jejich pečujícím osobám, jaké jsou možnosti podpory, jak fungují odlehčovací služby. Mohou také podpořit pacienty a jejich pečující osoby v rozhodování, jaké typy podpory jsou pro ně nejvhodnější, a jak je lze organizovat, aby vyhovovaly jejich potřebám a omezením.

Zároveň bylo poukazováno na to, že přestože pečující procházel procesem péče třeba i několik let, tak zcela bez informací a podpory praktických lékařů, ke kterým často se svými blízkými docházeli (Hvojníková, 2021).

Přestože existuje mnoho podpůrného informačního materiálu pro pečující osoby, zřejmě se nedostávají do rukou těch, kteří jej v době nastupující péče potřebují. Součástí portálu Mapa péče je podpůrná pomůcka pro pečující: „*Jak na péči? Příručka pro ty, kteří pečují doma o blízkého člověka*“, tato příručka je přehlednou pomůckou nastíní pečujícím důležité informace o organizacích, které mohou pečující využít, mapuje možnosti získání dávek např. příspěvek na péči, na mobilitu, na zvláštní pomůcku či úpravu bydlení,

dále pak dlouhodobé ošetřovné a další dávky. Také jak získat průkaz osoby se zdravotním postižením, jak celou situaci prakticky zvládnout, ale i jak postupovat při ukončení péče samotné a úmrtí blízké osoby. (Mapa péče, 2018). Velmi přínosnou a důležitou součástí této příručky je 14 krajských listů, které jsou tvořeny na jednotlivé kraje v České republice. Tyto listy pak poskytují všechny kontakty organizací, kde mohou získat pečující podporu a jsou dostupné v jednotlivých krajích. (Mapa péče, 2018). Je tedy zřejmé, že podpůrných materiálů pro pečujících je k dispozici na webových portálech široká paleta, ale svou cestu k aktivnímu čtenáři a uživateli této příručky si složitě hledá.

Vhodnou alternativou v rámci podpory pečujících se jeví možnost např. spouštění videospotů v čekárnách praktických lékařů, které mohou mít široký záběr při předávání informací v oblasti neformální péče.

Tím, že praktičtí lékaři budou aktivněji komunikovat s pacienty a jejich pečujícími osobami a budou jim poskytovat podporu a informace, mohou pomoci odstraňovat bariéry, které stojí v cestě efektivní neformální péči.

Zvyšování povědomí mezi praktickými lékaři o potřebách pečujících osob a vytváření podpůrných programů mohou být účinnými nástroji k odstranění bariér a zlepšení komunikace.

Při hledání inspirace pro oblast neformální péče a možnosti přiblížení praktických lékařů k pečujícím lze využít jednotlivé akční plány komunitních plánů, vyhodnocení akčních plánů napříč celou Českou republikou. Tyto dokumenty přinášejí zajímavé informace a nápady, jakým způsobem pomoci navázat spolupráci mezi praktickými lékaři a neformálními pečujícími.

Lze konstatovat, že spolupráce praktických lékařů s komunitním plánováním poskytuje významnou přidanou hodnotu nejen v rámci zlepšení zdravotní péče, ale i podpory pro ty, kdo se věnují neformální péči. Tento model spolupráce může být faktorem v dosahování komplexní, personalizované a dostupné péče v komunitním prostředí.

Role praktického lékaře je zásadní nejen v poskytování přímé zdravotní péče, ale i v kontextu podpory neformálních pečujících. Zvláště v rámci komunitního plánování, jak ukazuje jeden z možných příkladů dobré praxe, a to konkrétně v „*Akčním plánu sociálních služeb obcí ve Svazku obcí Novoborska na rok 2023*“ se stává evidentním, že praktický lékař zastává důležitou roli při předávání informací o potřebách pečujících

ostatním lékařům a členům zdravotnického týmu. Tato spolupráce napomáhá efektivněji identifikovat a adresovat specifické potřeby pečujících jednotlivých komunit. Praktický lékař, jako klíčový spojovací prvek, přenáší nejen klinické informace, ale také kontextuální a sociální aspekty, které ovlivňují péči o pacienty v domácím prostředí. Tímto způsobem praktický lékař hraje roli mostu mezi klinickým prostředím a komunitní péčí, což je nezbytné pro efektivní plánování a poskytování služeb v souladu s potřebami pečujících. (Nový Bor, 2023a).

V dokumentu „*Vyhodnocení akčního plánu sociálních služeb obcí Svazku obcí Novoborska za rok 2022*“ je uvedeno, že spolupráce s lékaři je stále nedostatečná, zatímco v Akčním plánu na rok 2023 je již uvedena lékařka, která v rámci komunitního plánování a pro potřeby neformálních pečujících zprostředkuje předávání potřebných informací v rámci komunitního plánování směrem k dalším lékařům. Zavedení takových spolupracujících modelů, jak je prezentováno v tomto akčním plánu, může sloužit jako inspirace pro další komunity i pro formování politik v oblasti zdravotní péče. Významné je také uznání potřeby podpory praktických lékařů v tomto směru, zejména formou edukace a osvěty, aby byli schopni lépe porozumět a reagovat na specifické potřeby neformálních pečujících v jejich péči (Nový Bor, 2023b).

Nelze opomenout fakt, že velká část neformální péče se soustředí především směrem od dětí ke svým rodičům či prarodičům. Rozvoj v rodině by měl vytvářet prostředí, ve kterém děti vidí a prožívají péči o starší generaci. Tímto způsobem mohou být děti od útlého věku vystaveny normě a důležitosti poskytování péče o seniory, tedy o rodiče a prarodiče. Tento pozitivní vzorec může výrazně usnadnit psychosociální adaptaci na stáří v pozdějším věku. Švandová a Ptáčková (2021) uvádějí, že psychosociální adaptace je velmi složitý a náročný proces, který se mění během našeho života zásadním způsobem a probíhá u každého jednotlivce zcela individuálně. Vědomí, že existuje systém podpory a péče v rodinném prostředí, může posílit pocit bezpečí a pohody u jednotlivých členů rodiny. Taková integrovaná perspektiva péče v rodině může přispět k celkovému psychosociálnímu zdraví a pohodě jedince v procesu stárnutí, což mu umožní lépe se přizpůsobit změnám spojeným se stářím a vnímat tuto životní etapu jako součást svého přirozeného vývoje. „*Vyrovnat se a přijmout fakt stárnutí jakou součást lidského života je důležitým mezníkem v životě každého člověka*“ (Haškovcová 2021 in Švandová a Ptáčková 2021, s. 70).

Výzkumný zájem v oblasti neformální péče vzrůstá, přičemž praktičtí lékaři by mohli zastávat klíčovou roli v poskytování podpory pečujícím. Jednou z výzev v této oblasti je i otázka dostupnosti této podpory, kdy jedním z potenciálních opatření ke zlepšení situace je otevření ordinací praktických lékařů pro pečující prostřednictvím svých pacientů.

V tomto kontextu se nabízí zkoumání možného vlivu odstranění cedule s výzvou „neklepat“ a následného umístění informativní výzvy, zaměřené na podporu pečujících, na rozhodování samotných pečujících. Zjištění, že cedule s výzvou „neklepat“ může odradit pečující od vyhledávání podpory, klade důraz na potřebu nalezení účinného řešení této problematiky, a to s cílem podporovat proaktivnost pečujících v oblasti získávání informací potřebných k poskytování péče svým blízkým.

Další potenciální téma pro výzkum v oblasti neformální péče může zahrnovat sledování interakcí mezi praktickými lékaři, jejich pacienty, pečujícími a zjištěním, zda jsou pečující motivováni k žádosti o radu. Dále lze zkoumat, jaké jsou překážky a omezení, která brání pečujícím v hledání podpory od praktických lékařů, a jak by se tyto překážky daly překonat. Zajímavým tématem, které se nabízí, je jakým způsobem se promítají zkušenosti pečujících s praktickými lékaři do celkového zlepšení péče o pacienty v rodinném prostředí.

V neposlední řadě výzkum v oblasti neformální péče z pohledu praktických lékařů by mohl přinést cenné poznatky o tom, jak lze podpořit pečující v jejich náročné roli a zlepšit celkovou kvalitu péče v rodinném prostředí.

Aktivně nabízená pomoc pečujícím prostřednictvím pacientů praktických lékařů a zpřístupnění se pečujícím by mohla spolupráci mezi PL a pečujícími výrazně posunout vpřed. Přímým vyzváním, konkrétně formou informační tabule na dveřích, že praktický lékař podporuje pečující radou, odstranění cedule s nápisem neklepat ze vstupních dveří do ordinace lékaře. Možnost disponovat s konkrétním informačním materiálem, který praktické lékaře provede potřebami pečujících, případně využít materiál, který bude předáván pečujícím přímo praktickým lékařem, by nastavil již konkrétní rozměr pro nastavení péče v domácím prostředí.

Jednou z možností je vyvěšení výzvy na vstupní dveře do ordinace praktického lékaře s nápisem, který vyzývá k podpoře pečujících, případně výzva potlačí ostych a strach ze strany pečujících, ale i pacientů v případě žádosti o radu. Výzvu by bylo nutné koncipovat

tak, aby korespondovala s možnostmi konkrétní ordinace, zároveň by tuto výzvu praktický lékař vnímal pozitivně a přínosně.

Pro zlepšení procesu neformální péče a dosažení určitého komfortu při poskytování péče blízkým osobám v domácím prostředí je důležité a potřebné, aby neformální pečující dokázali aktivně praktického lékaře o potřebné rady požádat, aby dostatečně a včas formulovali své požadavky na poskytnutí informací a konkrétní pomoci, které souvisí s rolí neformálního pečujícího a zároveň je v kompetenci praktického lékaře tyto informace či rady poskytnout. Zároveň je vhodné nastavit průběžnou formu komunikace, kterou ideálně podpoří např. přehledný informační materiál, který poskytne v úvodu nastupující péče praktický lékař přímo svému pacientovi a dále i jeho blízké osobě, která o něj pečuje.

Navržená mapa pro PL, která je přílohou této diplomové práce, obsahuje informace o možnostech odlehčovacích služeb, o terénních službách, o využití hospicové péče, objednání obědů, odvozu seniorů, případně informace o domech s pečovatelskou službou, o domovech pro seniory. Z dat výzkumu od informantů vyplynulo, že mají zájem především o soubor informací, které poslouží jako mapa potřeb pečujících, se kterými může praktický lékař poradit, ale i zároveň jako pomůcka pro pečující, kterou v rámci své praxe může lékař předat jednak pacientovi, ale i pečujícímu. S informanty bylo hovořeno o možnostech dalších informací, které případně mohou být v rámci praktických zkušeností s používáním materiálu dále zapracovány do obsahu pomocné mapy.

V rámci mé pracovní pozice koordinátora komunitního plánování jsem hovořila v průběhu uskutečněných návštěv organizací poskytujících sociální služby se zástupci sociálních služeb – konkrétně organizací, které poskytují pečovatelské služby, ti shodně uvádějí, že nejdůležitějším a hlavním výchozím bodem pro pečující jsou právě rady praktických lékařů. Jejich názor se opírá o praxi, kdy pečující potřebují nasměrovat a praktičtí lékaři jsou ti, kteří mohou pomoci koordinovat péči, tedy při včasném podání vstupních informací nebudou pečující tápat ve složitém prostředí. Proto tato návrh poskytnout tuto mapu byl ceněn právě i zástupci zmíněných služeb. Názory zástupců služeb poskytujících péči v domácím prostředí mi tak propojil smysl výzkumu pro potřeby diplomové práce s realitou, zároveň tak potvrdil potřebnost spolupráce praktických lékařů s neformálními pečujícími v průběhu péče v domácím prostředí.

## V ZÁVĚR

*„Důvěra k lékaři léčí lépe než lékař sám.“*

(František Vymazal)

Ze získaných dat provedeného výzkumu vyplývá, že očekávání pečujících ze strany lékařů samotní praktičtí lékaři v podstatě vůbec neznají, s názorem poskytnout radu pečujícím pro potřeby nastavení procesu péče souhlasí. Sami praktičtí lékaři očekávají, že pečující se budou aktivně o radu a pomoc zajímat, budou z vlastní iniciativy praktické lékaře oslovovat či kontaktovat, aby tak praktičtí lékaři měli možnost pečujícím a svým pacientům pomoci v péči, a tak celkově usnadnit jejich náročnou situaci. Tuto absenci žádosti o poskytnutí rady naopak vnímají praktičtí lékaři jako zásadní problematiku v možném poskytnutí pomoci při péči. Dále pak všichni praktičtí lékaři uvádějí, že nemohou poskytovat rady a případnou pomoc, pokud nevědí, že ji někdo od nich potřebuje a požaduje.

Pokud pečující potřebují více informací a podpory, zodpovědnost za vzdělávání pečujících osob v oblasti potřeb při poskytování péče nemůže být kladena na bedra praktických lékařů. Praktičtí lékaři disponují potenciálem rozpoznat nutnost potřeby péče u konkrétního pacienta a pomoci v nastavení péče v domácím prostředí. Zlepšení komunikace a podpory mezi praktickými lékaři a pečujícími může vést ke zlepšení kvality péče a snížení stresu a vyhoření pečujících.

Dále PL hodnotí neformální péči jako zásadní způsob dlouhodobé péče v České republice, která by měla být ze všech stran podporována a oceňována. Uznávají, že pečující potřebují dostatek informací a podpory při samotném průběhu poskytované péče a měli by mít možnost získat co nejvíce informací, podpory a finančních prostředků pro průběh poskytované péče v domácím prostředí. Zároveň však vnímají jako vlastní handicap přeplněnou kapacitu ordinací, omezenou časovou kapacitu pak nemohou ještě více krátit péčí o potřeby neformálních pečujících. Přesto, že jsou si vědomi toho, že mnohdy jsou výchozím bodem pro možné nastavení a pomoci při nastupujícím procesu péče, kategoricky odmítají názor spojený s tím, že v důsledku neposkytnutí dostatečných informací z jejich strany, pečující selhávají ve svých rolích a mnohdy je tento proces z důvodu nedostatečné informovanosti pečujících přerušen. Z tohoto důvodu je pak péče přenášena do institucionálních zařízení, případně v samotném závěru péče jsou pečující tak vyčerpaní a neznají informací, že jejich blízký je převezen do nemocničního zařízení, kde pacient umírá, a nikoliv tak v kruhu rodinném, jak si nejen pacienti, ale i pečující přejí.

Zároveň však lékaři byli vstřícní k možnosti disponovat souborem informací, které jsou důležité pro pečující v úvodu péče, které by posunuli praktické lékaře blíž svým pacientům a jejich blízkým. Tímto krokem tak ale umožňují proces nastavení péče o blízké v domácím prostředí zefektivnit. Předávání informací by mělo být spojeno s aktivitou ze strany praktických lékařů, kteří by jako první projevili zájem o pečující. Vstup do prostředí svých pacientů by pak měl spočívat ve spontánním oslovování pacientů a jejich blízkých s nabídkou poskytnutí rady či pomoci.

Je tedy důležité se zaměřit nejen na zlepšení komunikace a spolupráce s rodinnými pečujícími, ale především na vytvoření prostoru a příležitosti k tomu, aby se pacienti, ale pečující dokázali lékařů dotazovat a získat tak dostatečné množství informací, které jsou pro ně důležité.

Praktičtí lékaři jsou pojítkem mezi pečujícími a pacienty, kteří mnohdy určitou pomoc v domácím prostředí odmítají s tím, že je o ně dostatečně postaráno právě prostřednictvím samotných pečovatelů. Sami pacienti přenášejí tak velké břemeno na bedra svých blízkých.

Z provedeného výzkumu dále plyne, že ze strany praktických lékařů je očekávána určitá proaktivnost neformálně pečujících osob, která se opírá o navázání vztahu prioritně mezi praktickými lékaři a jejich pacienty, prostřednictvím kterých pak lze dále navázat vztah mezi praktickými lékaři a pečujícími. V podstatě lze potvrdit, že praktičtí lékaři pečující podpoří, ale pečující musí být aktivní, o radu požádat, a tak z vlastní iniciativy s lékařem spolupráci navázat, a tak aktivně s PL spolupracovat.

Tento ukazatel se z celého výzkumu vykryštoval jako klíčový pro možnost navázání spolupráce mezi praktickými lékaři, pacienty a pečujícími. Není tedy možné vnímat uspokojení potřeb a očekávání pečujících ze strany praktických lékařů v podobě poskytování informací jako samozřejmou skutečnost. Jejich prvními hlavními ukazateli jsou identifikované potřeby a požadavky těch, kterým péči poskytují, od kterých se samotná péče odvíjí. Praktický lékař hraje důležitou roli v procesu neformální péče, kdy jeho spolupráci s pečujícími je vhodné nastavit právě prostřednictvím jejich pacientů.

Další identifikovanou bariérou v řadě je ostych ze strany pečujících navázat s praktickým lékařem komunikaci, ve které jí částečně brání i nápisy s obsahem negativ či direktiv na vstupních dveřích do ordinací praktických lékařů, které mnohdy umocní ostych a obavu z odmítnutí, proto pečující o informaci praktické lékaře nežádají



a do budoucna ani nepožádají. Možných řešení se pak nabízí odstranění cedulí s nápisy např. „*neklepat – vyčkejte příchodu sestry*“ ze dveří vedoucích do ordinací lékařů.

Odstranění těchto nápisů pak může v samotných zájemcích o získání informací evokovat myšlenku, že ordinace není jen místem, kam se chodí s akutními problémy, ale zároveň i místem, kde se mohou zeptat např. pečující, jak postupovat v případě péče o své blízké.

Výzkum potvrdil, že praktičtí lékaři jsou významnou součástí pro nastavení procesu neformální péče. Proto je důležité, aby ordinace praktických lékařů, tedy praktičtí lékaři i všeobecné sestry vnímali potřeby pečujících osob a pokusili se těmto potřebám přizpůsobit. Pokud bude vytvořena podpurná a přátelská atmosféra v komunikaci mezi lékaři a pečujícími osobami, může to vést ke zlepšení celkového zdraví pacientů, snížení stresu pečujících osob, ale také ke snížení nákladů na zdravotní péči, což je mimořádně důležité.

Je tedy žádoucí, aby praktičtí lékaři uznávali důležitou roli, kterou rodinní pečovatelé hrají v poskytování péče pacientům. Aktivní účast v procesu péče je nezbytná ze strany všech zúčastněných, což zahrnuje praktické lékaře, pacienty a pečující osoby. To může vést k lepšímu zdravotnímu stavu pacientů, k větší spokojenosti rodinných pečovatelů s poskytovanou péčí.

Podstatné je ovšem zvážit, zda tato možnost bude efektivní a dostatečná, vzhledem k tomu, že veřejné mínění obecně naznačuje, že praktičtí lékaři nechtějí být rušeni. Existuje přesvědčení, že pokud pacienti zaklepají a hledají radu, budou odmítnuti. Zda i další krok v podobě projevené podpory pečujícím, vyjádřené vyvěšením nové informativní výzvy bez zjevných negativ a direktiv: „*neklepat, vyčkejte, netelefonujte, pište email*“ bude efektivní a účinný, zůstává nadále otázkou.

Jako vstupní informace pro provedení výzkumu bylo zjištění, že praktičtí lékaři dostatečně neinformují pečující osoby o možnostech, které lze v rámci nastavení procesu neformální péče využít. O možnostech, které samotnou péči o blízkou osobu usnadní, které umožní neformálním pečujícím jednak mnohem lépe pečovat, využívat možností podpurných služeb – jako jsou odlehčovací služby, terénní služby, čerpat příspěvek dlouhodobého ošetrového, příspěvek na péči. Výzkum v rámci bakalářské práce, který probíhal v období (říjen 2020 až březen 2021) s neformálními pečujícími přinesl výsledek ve formě očekávání pečujících osob, konkrétně pečující očekávají podporu ze strany praktických lékařů při nastupujícím procesu neformální péče, poukazovali

na nedostatečný či žádný přísun informací, dále poukazovali na fakt, že praktický lékař je pro ně zásadní a stěžejní osobou, která jim může pomoci řešit problémy s nastupující péčí o jejich blízké. Toto zjištění v podstatě potvrdili zástupci pečovatelských služeb, kteří uvítají podpořit komunikaci s lékaři prostřednictvím setkávání napříč komunitním plánováním, ale i možnost předat praktickým lékařům informační materiál, kterým by ze strany praktických lékařů byly pečující podpořeni a zároveň tak získali přehledný soubor vstupních informací.

Ze získaných dat při provedeném výzkumu v rámci diplomové práce bylo zjištěno, že sami praktičtí lékaři nevnímají a zásadním způsobem nepocítují ze strany pečujících osob markantní „poptávku“ po informacích, které souvisí s nastupujícím procesem neformální péče. Jejich možnosti v poradenském procesu jsou tak omezené, aktivní vyhledávání potenciálních pečovatelů z jejich strany jim neumožňuje časový prostor v rámci ordinačních hodin, který prioritně věnují svým pacientům, naopak se ale poskytováním informací pečujícím nebrání.

## 9 Seznam použitých zdrojů

AGENTURA PRO SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ. 2023. *Case management v sociálních službách* [online] [vid. 30. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.socialni-zaclenovani.cz/oblasti-podpory/socialni-sluzby/case-management-v-socialnich-sluzbach/>

ASOCIACE PÉČE O SENIORY. 2023.[online] [vid. 30. 4. 2023]. Dostupné z: [online] [vid. 30. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.apeos.cz/>

ASEN, E. 2004. *Ten minutes for the family: systemic interventions in primary care*. London: New York: Routledge. ISBN 978-0-415-30188-6.

BERTINI, K. 2013. *Sendvičová rodina: souběžná péče o malé děti a seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0478-7.

BOHÁČOVÁ, L. 2020. Podpora neformální péče ze strany praktického lékaře. *Praktický lékař*. 100(6), 308 310. ISSN 0032-6739.

BRNO. 2021. *Koncepce sociální politiky města Brna do roku 2030* [online] [vid. 30. 4. 2023]. Dostupné z: [https://socialnipece.brno.cz/wp-content/uploads/2021/06/MS\\_KONCEPCE\\_SPMB\\_2030\\_esf\\_01.pdf](https://socialnipece.brno.cz/wp-content/uploads/2021/06/MS_KONCEPCE_SPMB_2030_esf_01.pdf)

CARE. 2017. *Family Members as Carers*. In *Care.com* [online] [vid. 10. 4. 2023] Dostupné z: <https://www.care.com/c/en-gb/family-members-as-carers/>

DAVIS, M. H., 1996. *Empathy: a social psychological approach*. Boulder, Colo.: WestviewPress. ISBN 978-0-429-49389-8.

DISMAN, M. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2619-2.

DOBIÁŠOVÁ a kol, 2015. Role praktických lékařů v podpoře neformální péče o seniory a osoby se zdravotním postižením z pohledu rodinných pečujících. *Praktický lékař*. 2015(4), 161–165. ISSN 0032-6739.

DOHNALOVÁ, Z. a kol., 2013. *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně* [online] [vid. 10. 4. 2023]. Masarykova univerzita: Brno. Dostupné z: <https://adoc.pub/problematika-lidi-peujicich-o-blizkou-osobu-v-mst-brn.html>

- DRAGOMIRECKÁ, E. 2020. *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. První vydání. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-4598-8.
- DRENCH, M. E. 2007. *Psychosocial aspects of health care*. 2nd ed. Upper Saddle River, N.J: Pearson Prentice Hall. ISBN 978-0-13-171674-2.
- DRUCKER, P. F. 2004. *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku*. Knihovna světového managementu. Praha: Management Press, ISBN 80-7261-066-X.
- DUDOVÁ, R. 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-182-4.
- ELLIS, R. B. 1995. *Interpersonal communication in nursing: theory and practice*. 1. publ. Edinburgh: Churchill Livingstone. ISBN 978-0-443-04996-5.
- GAVORA, P. 2000. *ÚVOD do pedagogického výzkumu*. Brno: PAIDO. ISBN 978-80-7315-185-0.
- GEISLER A KOL. 2015. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR* [online] [vid. 10. 4. 2023]. Dostupné z: <https://nepe.cz/nepe1.php>
- GEISLER, H. a kol. 2019. *Jak podporovat pečující na regionální a lokální úrovni? Příklady dobré praxe* [online] [vid. 11. 2. 2023].  
Dostupné z: [https://pecovatazit.cz/assets/uploads/sites/1071/2019/06/KA1.1\\_Jak-podporovat-pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD-na-region%C3%A1ln%C3%AD-a-lok%C3%A1ln%C3%AD-%C3%BArovní\\_P%C5%99%C3%ADklady-dobr%C3%A9-praxe.pdf](https://pecovatazit.cz/assets/uploads/sites/1071/2019/06/KA1.1_Jak-podporovat-pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD-na-region%C3%A1ln%C3%AD-a-lok%C3%A1ln%C3%AD-%C3%BArovní_P%C5%99%C3%ADklady-dobr%C3%A9-praxe.pdf)
- GEISLER, H. a kol. 2015. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské unie: Komparativní rešerše a identifikace příkladů dobré praxe* [online] [vid. 14.3.2023]. Dostupné z: [https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/4\\_Komparativn%C3%AD-anal%C3%BDza.pdf](https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/4_Komparativn%C3%AD-anal%C3%BDza.pdf)
- HALATA, D. a kol. 2021. *Názory občanů České republiky na vybrané aspekty činnosti všeobecných praktických lékařů - 2020. Praktický lékař*. 101(5), 261–267. ISSN 0032-6739.
- HAVLÍK a kol. 2011. *Sociologie výchovy a školy*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0042

- HELD, V. 2006. *The ethics of care: personal, political, and global*. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-518099-2.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HOIDEKROVÁ, K. a kol. 2022. Multidisciplinární tým v primární péči, spolupráce ergoterapeuta a praktického lékaře. *Praktický lékař*. 102(6). ISSN 0032-6739.
- HOJAT, M. 2016. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care* [online]. 1st ed. 2016. Cham: Springer International Publishing : Imprint: Springer. ISBN 978-3-319-27625-0.
- HORECKÝ, I. a kol. 2021. Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku. *Jak vyřešit problémy sociálně zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče* [online] [vid. 14.3.2023]. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/A4\\_STUDIE%20LCT%202021\\_FINAL.pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STUDIE%20LCT%202021_FINAL.pdf)
- HUBÍKOVÁ O. 2018. *Možnosti a podmínky uplatňování Case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče* [online] [vid. 10. 4. 2023]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt\\_VUPSV-S2-5\\_Hlavni\\_vystup.pdf/6ce2ac29-eeeb-f64c-4fdf-1f0126fe81f4](https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt_VUPSV-S2-5_Hlavni_vystup.pdf/6ce2ac29-eeeb-f64c-4fdf-1f0126fe81f4)
- HVOJNÍKOVÁ, K. 2021. *Rodinní příslušníci v roli neformálních pečujících osob*. Liberec. Technická univerzita v Liberci.
- CHLOUBOVÁ, H. 2005 Psychosociální potřeby ve stáří. Rezidenční péče. roč. 1., č. 3, s. 14-15. ISSN 1801 8718.
- IVANOVÁ, K. 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4413-1.
- JANEČKOVÁ, H. 2016. *Podpůrné skupiny pro rodinné pečovatele: jak skupiny založit a jak rozvíjet jejich činnost?* Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. ISBN 978-80-86541-46-4.
- JANEČKOVÁ, H. a kol. 2017. Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku 21. století. *Sociální politika/sociálna politika*. roč. 17 č. 6 s. 42-59 [online] [vid. 10. 4. 2023] ISSN1805 885X.

Dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/11/2017-6.pdf>

JONSEN, A. a kol. 2019 *Klinická etika: praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-653-2.

JEŘÁBEK, H. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV CESES. ISBN 978-80-254-5051-2.

JEŘÁBEK, H. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 978-80-7419-117-6.

JIHOMORAVSKÝ KRAJ. 2023. *Koncepce rodinné politiky pro všechny generace 2020/2030*. [online][vid.10.3.2023]. Dostupné z: [https://www.dataplan.info/img\\_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/koncepce\\_rp\\_jmk\\_2020\\_2030\\_zkracena\\_verze.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/koncepce_rp_jmk_2020_2030_zkracena_verze.pdf)

KLÁRA POMÁHÁ. 2021. *Pomoc pečujícím*. [online]. [vid. 30. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.klarapomaha.cz/index.php?adr=15>.

KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, J. 2023. Neformální péče v rodině. Sociodemografické charakteristiky pečujících osob [online]. [vid. 30. 4. 2023]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/profile/Jana-Klimova-Chaloupkova/publication/270708908\\_Informal\\_care\\_in\\_the\\_family\\_sociodemographic\\_characteristics\\_of\\_caregivers/links/5a8a8b1e458515b8af950efa/Informal-care-in-the-family-socio-demographic-characteristics-of-caregivers.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jana-Klimova-Chaloupkova/publication/270708908_Informal_care_in_the_family_sociodemographic_characteristics_of_caregivers/links/5a8a8b1e458515b8af950efa/Informal-care-in-the-family-socio-demographic-characteristics-of-caregivers.pdf)

KORCOVÁ M. a kol. 2008. *Zdravotnická etika*. Osveta. ISBN 978-80-8063-278-6

KOŘENEK, L. 2002. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Triton. ISBN 80-7254-235-4.

KREBS, V. a kol. 2015. *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-8/07478-921-2.

LEVICKÁ, J. a kol. 2015. *Teoreticko empirické reflexe solidarity*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-574-5.

LIBEREC, 2023. *Akční plán 2023: Komunitního plánu služeb v sociální oblasti statutárního města Liberec na období let 2023 2027* [online] [vid. 20. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.liberec.cz/files/dokumenty/odbory/odbor-humanitni/nova-slozka/akcni-plan-2023-ak.pdf>

MAPA PÉČE, 2018. *Praktická příručka pro pečující o blízkou osobu*. [online] [vid 10.11.2023]. Dostupné z: <https://www.mapapece.cz/prakticka-prirucka-pro-pecujici-o-blizkou-osobu>

MASLOW, A. H., 2021. *Motivace a osobnost*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1728-2.

MATOUŠEK, O. 2007 *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.

MPSV. 2021. *Zdraví 2030*. [online] [vid. 10. 4. 2023]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz>

MUNZAROVÁ, M. 2005. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0924-6.

MUTLOVÁ, R. 2019. *Co je neformální péče?* [online] [vid. 16. 3. 2023]. Dostupné z: <https://www.alfabet.cz/dite-se-zdravotnim-postizenim/pece-o-dite/co-je-neformalni-pece/>

MZCR. 2020. *Zdraví 2030 - Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030* [online] [vid. 16. 3. 2023]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

MZCR, 2023. *Úhradová vyhláška pro stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023* [online] [vid. 16. 8. 2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/11/Uhradova-vyhlaska-2023.pdf>

NAPDZ, 2023. *Reforma péče o duševní zdraví*. [online] [vid. 5. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

NAVRÁTIL, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.

NAVRÁTIL, P. 1995. *Sociální práce jako sociální konstrukce*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita.

Dostupné z: <https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/1998/01/05.pdf>

- NEPUSTIL, P. 2017. *Sociální pracovník jako case manager* [online] [vid. 23.3.2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Nepustil.pdf/f433dc31-83d0-fb91-6229-b62af83917e3>
- NOVOTNÁ, K. a kol. 2020. Co je sebeúcta? Odkud se bere? Jak ji u vašich dětí podpořit? *Výchova dětí* [online] [vid. 18. 3. 2023]. Dostupné z: <https://www.akademierodiovstvi.cz/blog/co-je-sebeucta-odkud-se-bere>
- NOVÝ BOR. 2023a. *Akční plán sociálních služeb obcí Svazku obcí Novoborska na rok 2023* [online] [vid. 18. 10. 2023]. Dostupné z: [https://www.novybor.cz/assets/File.ashx?id\\_org=10715&id\\_dokumenty=9880](https://www.novybor.cz/assets/File.ashx?id_org=10715&id_dokumenty=9880)
- NOVÝ BOR. 2023b. *Vyhodnocení akčního plánu sociálních služeb obcí Svazku obcí Novoborska za rok 2022* [online] [vid. 18. 10. 2023]. Dostupné z: [https://www.novybor.cz/assets/File.ashx?id\\_org=10715&id\\_dokumenty=9878](https://www.novybor.cz/assets/File.ashx?id_org=10715&id_dokumenty=9878)
- NZIP. 2023. *Zdravotnická dokumentace vedená u praktického lékaře*. [online] [10. 3. 2023] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/126>
- PARKES, C. a kol. 2007. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-23-7.
- PEČUJ DOMA. 2023. [online] [vid. 20. 4. 2023] Dostupné z: <https://www.pecujdoma.cz/aktuality/>
- PICHAUD, C. a kol. 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178-184-4.
- POCHMANOVÁ, K. 2015. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. 1. vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-2-3.
- POKORNÁ, A. a kol. 2015. Role praktického lékaře a spokojenost s péčí z pohledu seniorů. *Praktický lékař*. 95(5), 199–204. ISSN 0032-6739.
- PŘÁDOVÁ K, 2021. Psychosociální přístup jako neustále se vyvíjející koncept a jeho implikace v sociální práci. Brno: Národní centrum pro rodinu. ISSN 1213-6204
- PTÁČKOVÁ, H. a kol. 2021 *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0876-3.



PŮTOVÁ, E. 2019. Péče o pacienty v závěru života v primární péči. *Medicína pro praxi*. 18, 175–178. ISSN 1214-8687.

REFORMA PSYCHIATRIE. 2020. *Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním*. [online]. [vid. 20. 4. 2023].

Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika\\_MT\\_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf)

SEIFERT, B. a kol. 2019. *Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén. ISBN.978-80-7492-422-4

SKORUNKA, D, 2018. Pacient má rodinu! Individualizovaná péče v systemickém pojetí. *Praktický lékař*. 98(1), 18–25. ISSN 0032-6739.

SILVA, a kol., 2013. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences* In: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Nordic College of Caring Science. 27. str. 792-803. ISSN 0283-9318.

SDRUŽENÍ TULIPAN. 2023. *Podpora neformálních pečujících v TULIPANU*. [online] [vid. 10.11.2023]. Dostupné z: [https://www.sdruzenitulipan.cz/IS/pu\\_data/send\\_files/File/sdruzenitulipan\\_cz/download/letak\\_podpora\\_neform\\_pecujicich\\_nahled\\_2.pdf](https://www.sdruzenitulipan.cz/IS/pu_data/send_files/File/sdruzenitulipan_cz/download/letak_podpora_neform_pecujicich_nahled_2.pdf)

SOCIALNI POLITIKA 2021. *Na co mají pečující osoby nárok*. [online] [vid. 10.11. 2023]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2021/01/na-co-maji-pecujici-osoby-narok/>

SOCIÁLNÍ ENCYKLOPEDIE. 2018. *Výběr metodou sněhové koule*. [online] [vid. 10.3. 2023].

Dostupné z: [https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%BDb%C4%9Br\\_metodou\\_sn%C4%9Bhov%C3%A9\\_koule](https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%BDb%C4%9Br_metodou_sn%C4%9Bhov%C3%A9_koule)

ŠAMÁNKOVÁ, M. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠIMEK, J. 2014. Etika péče v praxi praktického lékaře. *Praktický lékař*. 94. ISSN 0032-6739.

ŠPAKOVÁ, L. 2021. Sendvičová generace v této životní fázi je všeho moc. *Sociální politika*. [online][vid. 24. 3. 2023]. ISSN 2570 8481. Dostupné z:

<https://socialnipolitika.eu/2021/05/sendvicova-generace-v-teto-zivotni-fazi-je-vseho-moc/>

ŠVARŤÍČEK, R. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0

TRIANAFILLOU, J. a kol. 2010. *Informal care in the long-term care system* [online]. [vid. 24. 3. 2023]. Vídeň. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/242658253\\_Informal\\_care\\_in\\_the\\_long-term\\_care\\_system](https://www.researchgate.net/publication/242658253_Informal_care_in_the_long-term_care_system)

TRUHLÁŘOVÁ, Z. a kol. 2015. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamu. ISBN 978-80-7435-570-7.

The National Carers' Strategy Recognised, Supported, Empowered. 2012. [online] [vid. 10. 12. 2023]. Dostupné z: <https://assets.gov.ie/10945/d62cf66f0a8f442bb594bbe0b48ef6ad.pdf>

VELKÝ LÉKAŘSKÝ SLOVNÍK. 2021. *Kapitační platba*. [online] [vid. 17. 4. 2023]. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/kapitace-kapitacni-platba>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jejich odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky 2011, částka 20* [online] [vid. 10. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Vyhláška č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách. In: *Sbírka zákonů České republiky 2012, částka 27* [online] [vid. 10. 4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70?text=70%2F2012>

Vyhláška č. 98/2012 Sb. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci In: *Sbírka zákonů České republiky. 2012, částka 39*. [online] [vid. 20.4. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

Vyhláška č. 319/2023 Sb. Vyhláška pro stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024 In: *Sbírka zákonů České republiky. 2023, částka 149* [online] [vid. 24. 11. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2023-319>

WOOD, J. T. 2016. *Interpersonal communication: everyday encounters*. edition 8. Boston, MA: Cengage Learning. ISBN 978-1-285-44583-0.

VZP. 2023. *Kapitační platba* [online] [vid. 30. 10. 2023]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kapitacni-platba>

Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37 [online] [vid 10. 4. 2023] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) In: *Sbírka Zákonů České republiky*. 2004, částka 30 [online] [vid 10. 4. 2023] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131 [online] [vid 10.04. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1997, částka 16 [online][vid 10. 04- 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Zákon č.435/2004. Zákon o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143. [online] [vid 10.04. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

Zákon č. 117/1995 Sb. Zákon o státní sociální podpoře. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 31 [online] [vid 10.04. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117>

Zákon č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012. částka 33 [online] [vid 10.04. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

ZÁŠKODNÁ, H. a kol. 2021. Mohou praktičtí lékaři usnadnit obtížnou situaci neformálních pečovatelů? *Praktický lékař*. 2021(6), 327–333. ISSN 0032-6739.

ZGOLA, J. M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0183-7.

## **Seznam použitých zkratk**

PL – praktický lékař

NP – neformální péče

ČR – Česká republika

SS – sociální služby

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1 Maslowova pyramida potřeb

Obrázek č. 2 Vliv průběhu péče na neformální pečující

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Projekt diplomové práce

Příloha č. 2 – Mapa podpory

Příloha č. 3 – Informativní výzva