

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Přírodovědecká fakulta

Katedra demografie a geodemografie



**Domovy pro seniory v Praze
z demografického hlediska**

**Retirements homes of Prague
in demographic view**

Diplomová práce

Roman Mikula

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracoval samostatně, pod vedením školitele Mgr. Ludka Šídla, a že jsem všechny použité prameny řádně citoval. Jsem si vědom toho, že případné využití výsledků, získaných v této práci, mimo Univerzitu Karlovu v Praze je možné pouze po písemném souhlasu této univerzity.

Svoluji k zapůjčení této práce pro studijní účely a souhlasím s tím, aby byla řádně vedena v evidenci vypůjčovatelů.

V Praze dne 25. 8. 2008

.....

Děkuji svému školiteli, Mgr. Luděku Šídlvi, za příkladné vedení, cenné rady, názory a připomínky. Děkuji také RNDr. Borisi Burcinovi a RNDr. Tomáši Kučerovi, CSc. za poskytnutí dat z prognózy, Mgr. Přemyslu Štychovi, Ph.D. za poskytnutí mapového podkladu. V neposlední řadě chci poděkovat za spolupráci pracovníkům Odboru sociální péče a zdravotnictví Magistrátu hl. m. Prahy a především ředitelům domovů pro seniory, kteří poskytli potřebná data, bez kterých by tato práce nevznikla.

Domovy pro seniory v Praze z demografického hlediska

Abstrakt

V této práci je pozornost věnována institucionální péči o seniory, konkrétně domovům pro seniory. Na úvod je popsáno demografické stárnutí obyvatelstva a jeho vliv na společnost. Následuje kapitola věnována věkové struktuře obyvatelstva Prahy a jejímu budoucímu vývoji do roku 2030. Domovy pro seniory v Praze jsou analyzovány z hlediska kapacity, spádovosti, vývoje od roku 2000 a změn, které nastaly po přijetí zákona o sociálních službách. Analytickou část práce tvoří analýza přežívání aplikována na klienty vybraných domovů pro seniory. Tato analýza je provedena metodou Kaplan-Meierova odhadu funkce přežívání, jejíž výhodou této je možnost zakomponování i cenzorovaných dat, tedy těch u kterých nedošlo ke zkoumané události (úmrtí).

Klíčová slova: analýza přežívání, domovy pro seniory, zákon o sociálních službách

Retirements homes of Prague in demographic view

Abstract

This thesis is devoted to institution care for senior citizen, specifically retirements homes. At the beginning ageing and influence to society are being explored. Next chapter is devoted to age distribution in Prague and the future development up to 2030. Retirements homes in Prague is analysed by accommodation capacity, area, trend from 2000 and changes after enactment the law of social services. Analytical part of thesis is represented by survival analysis apply to selected retirements homes. This analysis is being carry out by Kaplan-Meier estimator of the survival function. An advantage of the Kaplan-Meier estimator is that the method can take into account censored data, where observation (deaths) doesn't exist.

Keywords: survival analysis, retirements homes, law of social services

OBSAH

Seznam tabulek	7
Seznam obrázků	9
1 Úvod.....	11
2 Metodika práce a zdroje dat	13
2.1 Analýza přežívání	14
2.2 Cenzorování	15
2.3 Metody analýzy přežívání.....	16
2.3.1 Aktuárský odhad (Actuarial Estimator) – Life Tables.....	17
2.3.2 Kaplan-Meierův odhad (Kaplan-Meier Estimator).....	17
2.3.3 Příklad.....	18
3 Demografické stárnutí	20
3.1 Úvod.....	20
3.2 Faktory ovlivňující demografické stárnutí.....	23
3.2.1 Plodnost	24
3.2.2 Úmrtnost	25
3.2.3 Migrace	26
3.3 Důsledky demografického stárnutí	26
3.3.1 Změny ve věkové struktuře	26
3.3.2 Stárnutí pracovní sil.....	27
3.3.3 Tlak na veřejné systémy	28
4 Věková struktura obyvatelstva Prahy.....	30
4.1 Vývoj věkové struktury obyvatel Prahy.....	31
4.2 Srovnání věkové struktury Prahy a Česka v devadesátých letech 20. století.....	34
4.3 Perspektivy vývoje věkové struktury Prahy.....	37
5 Institucionální péče o seniory	44
5.1 Historický vývoj institucionální péče v Čechách.....	45
5.2 Současná institucionální péče o staré občany	47

5.3 Zákon o sociálních službách	48
5.3.1 Základní druhy a formy sociálních služeb	49
5.3.2 Podmínky poskytování sociálních služeb	50
5.3.3 Příspěvek na péči	51
5.3.4 Dopady zákona o sociálních službách v praxi	52
6 Síť institucionální péče o seniory v Praze	55
6.1 Domovy pro seniory v Praze	55
6.2 Analýza spádovosti	59
6.3 Plán rozvoje služeb pro seniory v hlavním městě Praze	61
6.4 Metoda komunitního plánování	62
7 Klienti v domovech pro seniory podle pohlaví, věku a rodinného stavu.....	64
7.1 Věková skladba domovů a spádovost	70
8 Analýza přežívání.....	71
8.1 Úmrtnost seniorů v zařízeních institucionální péče	71
8.2 Datový soubor	72
8.3 Analýza přežívání ve vybraných domovech pro seniory na území hl. m. Prahy	73
8.4 Odhad funkce přežití podle pohlaví seniorů	77
8.5 Odhad funkce přežití podle rodinného stavu seniorů.....	82
8.6 Srovnání odhadu funkce přežití podle jednotlivých zařízení	88
8.6.1 Srovnání dob přežití ve sledovaných domovech pro seniory	88
8.6.2 Srovnání dob přežití ve sledovaných domovech podle pohlaví klientů.....	90
8.6.3 Srovnání dob přežití ve sledovaných domovech podle rodinného stavu	92
8.7 Hlavní závěry analýzy přežívání.....	95
9 Závěr	96
Seznam použité literatury.....	99
Přílohy	104

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Složení obyvatelstva Prahy podle hlavních věkových skupin	35
Tab. 2	Skladba obyvatelstva Prahy staršího 65 let ve vybraných letech.....	37
Tab. 3	Očekávané složení obyvatelstva Prahy podle hlavních věkových skupin (střední varianta)	39
Tab. 4	Očekávaný vývoj obyvatelstva Prahy staršího 65 let ve vybraných letech (střední varianta)	41
Tab. 5	Institute sociální péče pro seniory v Praze	55
Tab. 6	Vývoj zařízení sociální péče pro seniory v Praze	57
Tab. 7	Domovy pro seniory a obyvatelstvo podle správních obvodů	58
Tab. 8	Místo posledního trvalého bydliště klienta podle správního obvodu hlavního města Prahy	60
Tab. 9	Věková charakteristika klientů domovů pro seniory	65
Tab. 10	Věková struktura klientů domovů pro seniory.....	68
Tab. 11	Struktura klientů domovů pro seniory podle rodinného stavu	69
Tab. 12	Podíly věkových skupin podle místa posledního bydliště klienta	69
Tab. 13	Rozdělení pozorování podle cenzorování	73
Tab. 14	Výsledky testování hypotéz funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Bohnice	79
Tab. 15	Výsledky testování hypotéz funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Ďáblice.....	79
Tab. 16	Výsledky testování hypotéz funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Kobylisy.....	80
Tab. 17	Výsledky testování hypotéz funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Zahradní Město	81
Tab. 18	Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle pohlaví v domově pro seniory Bohnice	84
Tab. 19	Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle pohlaví v domově pro seniory Ďáblice.....	84

Tab. 20	Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle pohlaví v domově pro seniory Kobyličky.....	86
Tab. 21	Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle pohlaví v domově pro seniory Zahradní Město.....	88
Tab. 22	Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle jednotlivých domovů pro seniory ...	89
Tab. 23	Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle jednotlivých domovů pro seniory a pohlaví klientů.....	90
Tab. 24	Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle jednotlivých domovů pro seniory a rodinného stavu klientů.....	92

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1	Ilustrace různých druhů cenzorování	16
Obr. 2	Schématické znázornění tří základních typů věkové struktury	30
Obr. 3	Věková struktura obyvatel hlavního města Prahy k 1.3.2001.....	31
Obr. 4	Vývoj věkové struktury k 1.7. daného roku (v %).....	33
Obr. 5	Srovnání vývoje Prahy a České republiky v letech 1990–2007.....	36
Obr. 6	Očekávaný vývoj složení obyvatelstva Prahy podle základních věkových kategorií (střední varianta).....	40
Obr. 7	Očekávaný vývoj věkových skupin seniorů v Praze (střední varianta)	42
Obr. 8	Očekávaný vývoj indexu stárí, indexu ekonomického zatížení a průměrného věku v Praze.....	43
Obr. 9	Podíly jednotlivých věkových skupin seniorů podle pohlaví	66
Obr. 10	Podíly klientů domovů pro seniory podle rodinného stavu	67
Obr. 11	Odhad funkce přežití v domově pro seniory Bohnice.....	74
Obr. 12	Odhad funkce přežití v domově pro seniory Ďáblice	75
Obr. 13	Odhad funkce přežití v domově pro seniory Kobylisy	76
Obr. 14	Odhad funkce přežití v domově pro seniory Zahradní Město.....	77
Obr. 15	Odhad funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Bohnice	78
Obr. 16	Odhad funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Ďáblice	80
Obr. 17	Odhad funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Kobylisy	81
Obr. 18	Odhad funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Zahradní Město	82
Obr. 19	Odhad funkce přežití podle rodinného stavu v domově pro seniory Bohnice	83
Obr. 20	Odhad funkce přežití podle rodinného stavu v domově pro seniory Ďáblice	85
Obr. 21	Odhad funkce přežití podle rodinného stavu v domově pro seniory Kobylisy	86
Obr. 22	Odhad funkce přežití podle rodinného stavu v domově pro seniory Zahradní Město	87
Obr. 23	Odhad funkce přežití podle jednotlivých domovů pro seniory	89
Obr. 24	Odhad funkce přežití mužů podle jednotlivých domovů pro seniory	91
Obr. 25	Odhad funkce přežití žen podle jednotlivých domovů pro seniory	91
Obr. 26	Odhad funkce přežití pro osoby v manželství podle jednotlivých domovů.....	93

Obr. 27	Odhad funkce přežití pro rozvedené osoby podle jednotlivých domovů.....	93
Obr. 28	Odhad funkce přežití pro svobodné osoby podle jednotlivých domovů.....	94
Obr. 29	Odhad funkce přežití pro ovdovělé osoby podle jednotlivých domovů	94

Kapitola 1

Úvod

Tématem této diplomové práce je problematika domovů pro seniory, specifikována z pohledu demografie. Péče o staré občany je téma, které je často diskutováno a do budoucna bude postupně stále více nabývat na aktuálnosti. Důvodem této aktuálnosti jsou zvyšující se počty seniorů v populaci zapříčiněné stárnutím obyvatelstva. Právě tento proces, který je v české populaci patrný již od minulého století, bude v budoucnu ovlivňovat život společnosti nejenom ve vztahu ke starším generacím, ale ovlivní i ekonomickou, zdravotní a sociální oblast života.

Nárůst podílu starších osob v populaci (demografické stárnutí) se stává postupně významným sociálním a ekonomickým a do jisté míry i politickým problémem. O starých lidech a jejich zvyšujícím se počtu se často hovoří v souvislosti s nutností reformy penzijního systému či v souvislosti s růstem nákladů na sociální zabezpečení, zdravotní péči apod. V důsledku stárnutí populace se zvyšuje počet osob v poproduktivním věku, a tím roste ekonomické zatížení obyvatelstva v produktivním věku. S tímto vývojem souvisí nákladnější solidarita s občany ve starobním důchodu. Věk odchodu do starobního důchodu se sice v posledních letech prodlužuje, avšak nedosahuje rychlosti prodlužování naděje dožití. Tím pádem je každoročně vypláceno více starobních důchodů, což samozřejmě ovlivňuje výdaje z příjmů důchodového pojištění. Systém zdravotnických účtů, který mapuje financování zdravotní péče v České republice, hovoří o nejvyšších výdajích připadajících na osoby ve věku nad padesát let a v seniorském věku. S rostoucím zastoupením starší generace ve společnosti lze očekávat i změnu v poptávce po statcích a službách, které tyto osoby vyhledávají. Z politického hlediska se důležitou voličskou základnou stane právě početná skupina seniorů. Demografické stárnutí se tedy stává jedním z nejpalčivějších problémů, kterému musí dnešní vyspělá společnost čelit. Na řešení demografického stárnutí populace, respektive na schopnosti země vyrovnat se s jeho důsledky, bude přímo záviset další rozvoj země.

Se zvyšujícím se podílem starších osob v populaci se objevuje problém jak a čím zajistit těmto lidem klidné a spokojené stáří. Právě péče o staré lidi je jedním ze znaků vyspělé, kulturní společnosti. Obecně existují dvě možnosti jak tohoto cíle dosáhnout. Je to buď další rozvoj institucionální péče v zařízeních poskytujících pobytové služby (např. domovy pro seniory) nebo rozvoj a rozšiřování terénních služeb, které jsou poskytovány přímo v místě bydliště seniora. Obě tyto varianty mají své pozitivní stránky i zápory. Péče v institucionálních zařízeních je sice dražší, ale zaručuje (nebo by měla zaručovat) kvalitní služby o klienta

po čtyřicet hodin denně. Naopak výhoda terénních služeb spočívá ve větší pružnosti a schopnosti přizpůsobit se individuálním potřebám seniora. Jak je patrné z různých koncepčních materiálů (např. komunitní plánování Magistrátu hl. m. Prahy), řídicí orgány zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb se zaměřují a v budoucnu chtějí ještě více prohlubovat druhou alternativu péče o staré spoluobčany.

Jak již bylo zmíněno, tato diplomová práce se zaměřuje na péči institucionální, konkrétně na domovy pro seniory na území hlavního města Prahy. Jedním z jejích cílů je popis současného stavu těchto zařízení z hlediska kapacitního zajištění ve srovnání s vývojem věkové struktury obyvatelstva, a dále pak analýza vývoje těchto institucí a jejich „adaptace“ na zákon o sociálních službách z roku 2006, který přinesl od 1. 1. 2007 velké změny do celého systému poskytování sociálních služeb. Druhou empirickou částí práce je demografický výzkum ve vybraných zařízeních, zaměřený především na analýzu přežívání klientů, ve které si autor položil otázku, zda-li je možné srovnávat domovy pro seniory podle jejich úmrtnostních poměrů.

Právě tato analytická část je hlavním elementem práce, je to demografické téma a je úzce spojeno s autorovým studiem na Katedře demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze. V analytické kapitole si práce klade za cíl popsat funkci přežití seniorů a to pomocí analýzy přežívání. Analýza přežívání (Survival Analysis), patří k demografickým metodám znázorňujícím průběh závislosti mezi časem a sledovanou událostí, v tomto případě úmrtím seniora a to pomocí křivky pravděpodobnosti přežití. Autor se pokusil o srovnání této pravděpodobnosti podle dvou demografických charakteristik, podle pohlaví a rodinného stavu.

Tato analýza proběhla ve čtyřech domovech pro seniory na území Prahy. Pro její provedení byla navázána spolupráce s příslušným odborem Magistrátu hl. m. Prahy, který je zřizovatelem největšího počtu těchto institucí v metropoli a především přímo s některými domovy, které laskavě a velmi ochotně poskytly tolik potřebné podklady a informace, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. Právě ve spolupráci s vedením jednotlivých domovů pro seniory a jejich zřizovatelem by přínosem této práce, podle autora mínění, mohla být analýza stavu domovů pro seniory na území hlavního města Prahy, která do současné doby (polovina roku 2008) není zpracována a s ohledem na část věnující se budoucímu pohlavně-věkovému složení obyvatel do roku 2030, by mohla posloužit jako východisko pro plánování a nezbytný další rozvoj sociálních služeb pro starší spoluobčany.

Kapitola 2

Metodika práce a zdroje dat

Tato diplomová práce je rozčleněna do několika částí. První je část teoretická, ve které se autor pokusil nastínit různé aspekty institucionální péče v domovech pro seniory. Tato část práce zahrnuje popis institucionální péče, její historický vývoj, analýzu právních předpisů v sociální oblasti, současný stav domovů pro seniory v Praze i směr budoucího vývoje této služby. Metodicky byla použita analýza dokumentů, především Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., dokumentů zřizovatele některých domovů pro seniory (koncepte rozvoje, vyhlášky, nařízení Magistrátu hl. m. Prahy) a dalších informačních a koncepčních materiálů ze sociální oblasti.

Do teoretické části práce lze zahrnout i kapitulu o demografickém stárnutí obyvatelstva a na ní navazující kapitulu o budoucím vývoji pohlavně-věkové struktury obyvatel Prahy, která byla zpracována na základě výsledků demografické prognózy autorů B. Burcina, T. Kučery a Z. Čermáka (2006). Autor v této části vycházel kromě této prognózy především z publikací Českého statistického úřadu (řada Věkové složení obyvatelstva v letech ..., statistické ročenky a bulletiny za hlavní město Prahu).

Následuje část práce, která je věnována analýze domovů pro seniory v Praze z hlediska kapacit a vývoje jejich počtu před a po vstupu v platnost výše zmíněného zákona o sociálních službách. Tyto informace byly získány především z Registru poskytovatelů sociálních služeb¹ a ze starších statistických publikací Českého statistického úřadu.

K empirickým částem práce se řadí kapitola věnována analýze pohlavně-věkového složení klientů čtyř vybraných domovů pro seniory a dále pak analýza spádovosti těchto zařízení. Data byla poskytnuta jednotlivými domovy za podpory jejich zřizovatele. Tyto informace byly zpracovány metodou vzájemné komparace v časovém a vývojovém kontextu. Pro získání potřebných dat, které jsou zpracovány v této (a především v další kapitole) byl nejdříve jménem Katedry demografie a geodemografie PřF UK osloven zřizovatel největšího počtu domovů pro seniory na území Prahy, Magistrát hl. m. Prahy. S laskavou pomocí ředitelky Odboru sociální péče a zdravotnictví Magistrátu hl. m. Prahy paní Ing. Matulové byly dále osloveny jednotlivé domovy. Celkem bylo kontaktováno všech devět institucí, které spadají pod magistrát a poskytují službu na území Prahy. Tyto domovy byly vybrány z důvodu největšího kapacitního vybavení s ohledem na možné získání největšího počtu dat. Z těchto devíti oslovených zařízení

¹ Dostupný z WWW: <http://registr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1214732979988_2>

na požadavek odpovědělo pět, a z toho čtyři potřebná data poskytly. Hlavní překážkou, podle vyjádření vedení jednoho domovů, pro kterou data nemohly být poskytnutá, je rozpor se zněním Zákona o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. Některé ze čtyř zařízení, která přesto potřebné informace poskytla, neměly data o svých klientech v elektronické podobě a pro jejich zpracování bylo tedy nutné většího personálního nasazení, za což jim patří ještě jednou velké poděkování.

Hlavní demograficko-analytickou částí této práce je vlastní analýza přežívání (Survival Analysis) klientů vybraných domovů pro seniory. V této kapitole si autor položil otázku, zda-li je řád přežívání klientů ve vybraných domovech podobný či shodný, nebo naopak existují-li statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými institucemi. K této analýze byl použit Kaplan-Meierův odhad funkce přežití, jehož teoretický rámec je nastíněn níže.

Dalšími zdroji informací byly různé souborné a regionální informace, statistické ročenky a demografické příručky, internetové zdroje, odborné články a statě ze sociální a gerontologické oblasti a v neposlední řadě odborný časopis Demografie. Kompletní výčet zdrojů dat je uveden v seznamu literatury.

2.1 Analýza přežívání

Analýza přežívání (Survival Analysis) je metoda používána k popisu dat, které znázorňují čas od vstupní události (tzv. čas počátku) do výskytu nějaké sledované události (tzv. koncový bod), a jejich následné analýze. Vstupní událost může být například vstup jedince do studie, narození, začátek onemocnění, nástup do zaměstnání, začátek léčby, zavedení nového přístroje do výroby či výměna poškozené součástky za novou. Za koncovou událost lze například považovat úmrtí jedince, uzdravení pacienta, návrat příznaků nemoci, poruchu přístroje a další. Doba mezi těmito dvěma událostmi je označována jako doba přežití (Illová, 2006). Z předchozího popisu plyne, že analýza přežívání má velice široké uplatnění, ať už ve zdravotnictví a výzkumu, nebo v průmyslu, technice, zemědělství či v mnoha dalších oblastech. Za čas počátku lze považovat vstup jedince do nějaké studie či experimentu a za koncový bod smrt jedince.

Původní označení analýzy přežívání bylo skutečně spojeno především s potřebou medicíny sledovat pacienty s kritickým onemocněním při nasazení nového typu léčby a prokazování, zda takové léčba zvyšuje pacientovy šance na přežití. Analýza dat o přežití je vhodná všude tam, kde je čas (konkrétně doba do určité události) závislou veličinou. Specifickým znakem této metody je schopnost zpracovávat částečnou informaci. Ta vzniká tak, že při konci sledování jednotky nedojde k očekávané události nebo například se zkoumaným objektem je ztracen kontakt nebo jinak vystoupí ze sledovaného souboru. V takovém případě je však metoda schopna zahrnout tuto informaci, což je její zásadní výhoda oproti základnějším metodám deskriptivní statistiky (Košťálová, 2007). Taková událost je nazývána cenzorováním a podobně je diskutována dále.

2.2 Cenzorování

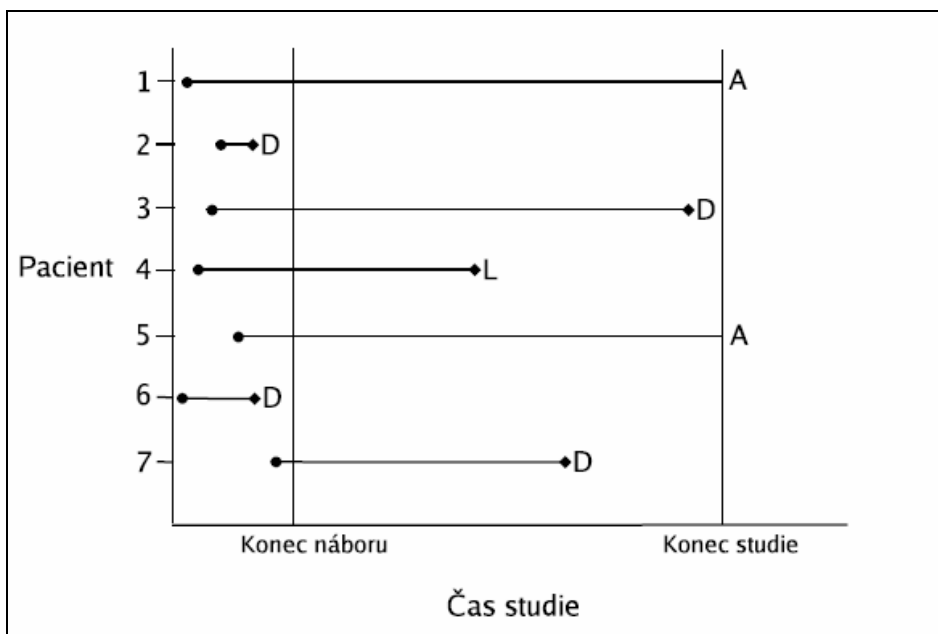
Obecně je možno se s cenzorováním setkat všude tam, kde sledovaná závislá proměnná reprezentuje čas k očekávané události a doba sledování je časově omezena. Doba přežití jedince je cenzorována, jestliže sledovaná koncová událost není u tohoto jedince během pozorování uskutečněna. To se může stát například v případě, že data studie jsou zpracována v době, kdy někteří jedinci ještě žijí. Může se také stát, že s jedincem je ztraceno spojení a tudíž není známo, zda je na konci studie živ či mrtev. Například v případě, že se přestěhuje do jiného města či země nebo přestane docházet na pravidelné prohlídky nutné ke studii. V každé z těchto situací jedinec, který vstoupil do studie v čase t_0 , zemřel v čase $t_0 + t$. Avšak čas t je neznámý, buď to z důvodu, že jedinec na konci studie stále žije, nebo protože během experimentu došlo ke ztrátě kontaktu s jedincem. Poslední informace, která je známa, je jen to, že jedinec byl živ v čase $t_0 + c$, kde čas c se nazývá cenzorovaná doba přežití. Cenzorované události se u jedinců, kteří vstoupili do studie, tedy staly napravo od posledního známého času přežití a proto se jde o cenzorování zprava. Skutečná doba přežití je vyšší než doba pozorování.

Dalším typem cenzorování je cenzorování zleva. V tomto případě je doba přežití jedince menší než ta sledovaná. Například jedinec zemře dříve než oficiálně započne studie, například během výběru jedinců vhodných ke sledování.

Posledním typem cenzorování je intervalové cenzorování, k němuž dochází v případě, že není možné jedince sledovat bez přerušení po celou dobu trvání experimentu. Je to tedy možné jen v určitých okamžicích (například jednou za měsíc). V takovém případě je k dispozici informace, že smrt nastala v časovém rozmezí určeném okamžikem posledního pozorování a současností. Pro ilustraci je to například sledování projevení příznaků nemoci u pacientů při pravidelných lékařských prohlídkách. Při pozitivním nálezů smí lékař pouze konstatovat, že se příznaky projeví někdy v době od poslední prohlídky, což mohlo být hned druhý den po ní, avšak také až v den pozitivního nálezů (Illová, 2006).

Ilustrace cenzorování je uvedena na Obr. 1. Necht' ve studii je pozorováno 7 pacientů. Období sledování je započato koncem náboru jedinců a ukončeno koncem studie. Písmeno D označuje smrt, L ztrátu kontaktu s jedincem a A znázorňuje, že pacient je stále naživu. Na začátku studie je zjištěno, že pacienti 2 a 6 již zemřeli, avšak není znám přesný čas úmrtí. Tito jedinci zemřeli někdy před začátkem studie, a tudíž se jedná o cenzorování zleva. V případě pacientů 1, 4 a 5 se jedná naopak o cenzorování zprava. Jelikož s pacientem 4 došlo ke ztracení kontaktu, není znám jeho stav na konci studie. Pacienti 1 a 5 jsou na konci studie stále naživu a tedy sledovaná událost, v tomto případě smrt, se u nich během pozorování nevyskytla. Jedná se tedy také o cenzorovaný čas přežití zprava. Nakonec u jedinců 3 a 7 se sledovaná událost vyskytla během doby pozorování, a tudíž se jedná o necenzorované časy přežití, jelikož je přesně známa doba úmrtí. V praxi se nejčastěji vyskytuje cenzorování zprava.

Obr. 1 – Ilustrace různých druhů cenzorování



Zdroj: Illová, 2006

2.3 Metody analýzy přežívání

V této popkapitole jsou uvedeny dvě základní metody analýzy přežívání – aktuárský odhad (Life Tables) a Kaplan-Meierův odhad (Kaplan-Meier Estimator). Tyto metody jsou neparametrické a jejich základní myšlenkou je odhadnout z datového souboru funkci přežití $S(t)$. Tyto modely odhadu lze charakterizovat také jako popisné. Všechny obsahují pouze proměnnou čas, kdy nastává studovaná událost, a případně proměnnou indikující, zda došlo k události, či zda bylo pozorování v daném čase cenzorováno. Jedním z důvodů častého použití zde těchto metod jsou jejich malé nároky na předpoklady a z toho vyplývající širší jejich použití.

Jak již bylo zmíněno jedná se o neparametrické metody, tedy pro hodnocení dat nepotřebují ověření jakýchkoliv předpokladů kladených na data a je možné pomocí nich zkoumat prakticky jakékoliv soubory dat o přežívání. Všechny modely používají základní princip statistické indukce. Konkrétně je tedy předpokládáno, že jednotlivé zkoumané objekty, za něž jsou údaje k dispozici, mají délku života určenou náhodnou veličinou a tyto jsou stejně rozdělené. A případně obdobně stejné rozdělení délek života mají i všechny objekty v celé populaci, na níž se výsledky analýzy následně zobecňují. Tento prakticky jediný předpoklad těchto metod samozřejmě často není ve skutečnosti splněn, lidé mají různou šanci na dožití určitého věku v závislosti na životním stylu, různou šanci ke vstupu do prvního manželství v závislosti na tom, zda mají přítelkyni či přítele, nebo nikoliv, součástky strojů mají různou životnost dle způsobu používání, atd. Proto je vhodné používat tyto modely ve výše popsáných možnostech použití (bez nároku na úplnost), ale v jiných volit modely vhodnější, které mohou např. postihovat heterogenitu studované populace (Škop, 2005).

2.3.1 Aktuárský odhad (Actuarial Estimator) – Life Tables

Aktuárský („pojistně matematický“) odhad je velmi jednoduchým modelem používaným při analýze přežívání. Používá se například pro konstrukci úmrtnostních tabulek či jiných tabulek života (Škop, 2005). Na úmrtnostní tabulku může být nahlíženo jako na rozšířenou tabulku rozdělení četností. Rozdělení naměřeného času je tvořeno určitým počtem intervalů, kdy každý interval obsahuje určitý počet a poměr jednotek, které vstoupily živé do daného intervalu, počet jednotek, které selhaly v daném intervalu (tj. počet události úmrtí, odchodu ze zaměstnání nebo podobně) a počet případů, kdy došlo ke ztrátě kontaktu nebo k censorování (ke konci vytyčeného pozorování). Na základě počtu a možností, lze počítat do tabulek i následující statistiky: počet rizikových případů, podíl zesnulých, podíl přeživších, kumulativní podíl přeživších (funkce přežívání), hustota pravděpodobnosti, míra rizika úmrtí, mediánový čas přežití. Údaje o přežívání jsou uvažovány s přesností na vybranou jednotku (rok, měsíc apod.) a v rámci intervalu délky této jednotky je uvažováno, že mají rovnoměrné rozdělení pravděpodobnosti (Hyka, 2005).

2.3.2 Kaplan-Meierův odhad (Kaplan-Meier Estimator)

Kaplan-Meierův odhad je patrně nejpoužívanějším odhadem při analýze přežívání. Podobně jako v případě výše zmíněného aktuárského odhadu, se jedná o neparametrický (resp. mnohoparametrický) odhad funkce přežívání. Jde o speciální (limitní) případ aktuárského odhadu funkce přežívání při zkracování použitých časových intervalů. Konkrétně tak, že žádné dvě události nenastanou během jednoho intervalu, pokud nenastanou ve stejný čas. Kaplan-Meierův odhad vychází z jednoho z nejcitovanějších vědeckých článků vůbec Kaplan a Meier (1958), který vycházel mj. z Greenwood (1926). Pokud je studován soubor dat dob přežívání, Kaplan-Meierův odhad je primárně definován pouze v okamžicích, kdy dochází ke sledované události (úmrtí, první koncepcie, apod.). Není tedy primárně definován v okamžicích, kdy dochází pouze k censorování pozorování, nebo jiných. V těchto ostatních okamžicích je třeba odhadnout funkci přežívání až následně (Škop, 2005).

Kaplan-Meierův odhad je definován následovně:

$$\hat{S}(t) = \prod_{t_i \leq t} \left(\frac{r(t_i + \Delta t)}{r(t_i)} \right),$$

kde

$\hat{S}(t)$ je odhadovaná funkce přežívání,

$r(t)$ je empirická funkce počtu stále vystavených riziku v čase t (tj. počet těch, u kterých nastala sledovaná událost nebo jejichž pozorování bylo censorováno až po čase t),

Δt je dostatečně malý časový okamžik, kdy dvě události (sledovaná událost, censorování), které nenastávají v přesně stejný čas, jsou od sebe časově vzdáleny o více jak Δt ,

t_i jsou jednotlivé časové okamžiky, kdy nastávají sledované události,

i je index.

Alternativně může být Kaplan-Meierův odhad definován v bodech, kdy dochází ke sledované události, následovně:

$$\hat{S}(t_i) = \hat{S}(t_{i-1}) \frac{r(t_i + \Delta t)}{t(t_i)},$$

kde

t_i jsou časy, v nichž dochází ke studované události,

$t_{i-1} < t_i$ pro každý index i ,

$\hat{S}(t_0) = 1$, jinak značení odpovídá předchozímu.

Tato alternativní definice zdůrazňuje způsob tvorby Kaplan-Meierova odhadu. Například v souboru dat dochází ke sledované události v přesném čase t a po tomto čase zbývá ještě $N_t - 1$ jedinců (u kterých dojde ke sledované události později, nebo budou jejich pozorování censorována). Potom funkce přežívání je odhadnuta jako funkce přežívání v předchozím bodě, kdy došlo ke studované události, krát odhad přežití v čase t , tedy krát $(N_t - 1)/N_t$. Jedná se tedy o použití obecného rozkladu funkce přežívání, který lze zapsat následovně:

$$S(t) = S(x)S_x(t - x).$$

Graf funkce přežití odhadnuté Kaplan-Meierovým odhadem má schodovitý průběh, s tím že odhadnuté pravděpodobnosti přežití jsou konstantní mezi každými dvěma sousedními časy smrti a v jednotlivých časech úmrtí funkce klesá.

Výhodou Kaplan-Meierovy funkce nad přístupem v úmrtnostních tabulkách pro analyzování časů přežívání je, že výsledné odhady nejsou závislé na stanovení časových intervalů. V případě, že interval by obsahoval právě jedno pozorování jsou obě metody identické. Právě proto byla tato metoda použita pro analýzu přežití klientů v domovech pro seniory.

2.3.3 Příklad

K ilustraci Kaplan-Meierova odhadu lze použít následující situaci. V lékařském výzkumu se zkoumá doba do vyléčení žaludečních nevolností po zahájení léčby na lékařské pohotovosti, tedy sledovaná událost je zde „vyléčení“, přechod ze stavu „nemocný“ do „zdravý“. Zjistilo se, že ze zkoumaného vzorku 100 osob na konci prvního dne po zahájení léčby 20 pacientů již bylo vyléčeno. Ze zbývajících 80 osob se na konci druhého dne léčby zjistilo, že čtvrtina se vyléčila, čtvrtina ještě ne, ale o zbývajících polovině již nejsou informace, například pokračovali v léčbě u svého lékaře nebo se již vyléčili, ale není to známo. Z těchto dat lze odhadnout funkci přežívání (v nemoci) pomocí Kaplan-Meierova odhadu v časech $t_1 = 1$ den a $t_2 = 2$ dni, tj. v časech, ve kterých jsou data k dispozici.

V čase $t_1 = 1$:

$r(1) = 100$ (tzn. uvažuje se počet všech, kteří první den byli léčeni, tj. celý soubor),

$r(1 + \Delta t) = 80$ (počet těch, kteří v léčbě prokazatelně pokračovali ještě po prvním dni), tedy:

$$\hat{S}(1) = \frac{r(1 + \Delta t)}{r(1)} = \frac{80}{100} = 0,8.$$

V čase $t_2 = 2$:

$r(2) = 40$ (tzn. zbývajících počet těch, o kterých je známa informace k 2. dni léčby),

$r(2 + \Delta t) = 20$ (počet těch, kteří v léčbě prokazatelně pokračovali ještě po 2. dni), tedy:

$$\hat{S}(2) = \hat{S}(1) \frac{r(2 + \Delta t)}{r(2)} = 0,8 \cdot \frac{20}{40} = 0,8 \cdot 0,5 = 0,4.$$

Je vidět, že odhadnutá funkce přežívání může být výrazně vyšší než je odpovídající procento stále ještě pozorovaných osob, u nichž ke sledované události zatím nedošlo (tj. $r(t)$), zde 40 % oproti 20 %. To je dáno tím, že o některých osobách jsou údaje neúplné (cenzorované). U nich se předpokládá homogenita v chování s osobami, o nichž jsou údaje kompletní (Škop, 2005).

Kapitola 3

Demografické stárnutí

3.1 Úvod

Vlivem změn v charakteru reprodukce a v důsledku demografické revoluce dochází k jevu, který označujeme jako demografické stárnutí obyvatelstva. Pro demografické stárnutí obyvatelstva je charakteristický nárůst počtu a podílů osob ve vyšších věkových skupinách. Je to tedy proces, ke kterému dochází v důsledku změny charakteru populační reprodukce, a který sledujeme v přechodu progresivního typu věkové struktury v typ stacionární a dále potom typ regresivní (Pavlík, Rychtaříková, Šubrtová, 1986). K nárůstu absolutního počtu starých osob dochází vlivem zlepšování úmrtnostních poměrů ve vyšších věkových kategoriích a následným zvyšováním střední délky života, průměrného věku i věkového mediánu v populaci. Zároveň roste podíl starších osob v populaci i v důsledku poklesu porodnosti a snižováním podílu dětské složky ve věkové struktuře. Rozlišujeme dva druhy demografického stárnutí, stárnutí zapříčiněné početním růstem starého obyvatelstva nazýváme stárnutím „shora“ věkové pyramidy, naopak úbytek dětské složky je příčinou demografického stárnutí „zdola“. Obecně lze demografické stárnutí definovat jako nárůst podílu starých osob v populaci a zároveň pokles podílu mladých osob. Definice OSN udává, že populace je stará, pokud podíl osob ve věku 65 let a starších v populaci přesáhne hranici 7 % (Schoenmaeckers, 2004, s. 10).

O demografickém stárnutí můžeme hovořit v několika rovinách. Především je to rovina biologická. Biologické stárnutí chápeme jako přirozený proces omezování fungování lidského organismu. V této dimenzi se řeší především otázky dlouhověkosti, věkové hranice fungování lidského těla a kvality let, o které se život člověka prodlužuje. Neustále narůstající naděje dožití při narození vede vědce zabývající se touto problematikou k několika závažným otázkám. Jedním z takových otazníků je, jaká je vlastně maximální možná naděje dožití, jakého věku se lidé jako druh mohou z hlediska svých biologických daností dožívat. Obecně existují v rámci této problematiky tři základní teorie (Rabušic, 1995, s. 38). První z těchto přístupů reprezentují tzv. tradicionalisté, k jejichž představitelům patří např. Manton, Stallard, Tolley. Tento tradiční pohled hovoří o maximální možné střední délce života ve výši 85 let. Tuto relativně nízkou hodnotu, která v zásadě odpovídá údajům zjištěným v některých současných nejvyspělejších státech, zdůvodňují určitými limity v oblasti faktorů biologického stárnutí. Druhý názor, který je označován jako vizionářský, je podporován Strehlerem či Rosenbergem. Tito badatelé se domnívají, že maximální možná délka lidského života je sice bržděna biologickými danostmi,

avšak její hodnotu odhadují až na 100–125 let. Schneider a Guralnik jsou zástupci třetího tzv. empiristického přístupu, který hovoří o maximální naději dožití ve výši 95–100 let. Podle dostupných údajů zatím nejvyššího věku, který byl oficiálně doložen, se v roce 1998 dožila francouzská žena, jež zemřela ve věku 123 let (Dimitrová, 2007). V souvislosti se zvyšující se nadějí dožití nabývá na aktuálnosti i otázka na kvalitu života – bude se společně s dožíváním se stále vyšších věků zlepšovat i nemocnost, či se s prodlužováním délky života bude též prodlužovat období, kdy lidé žijí v nemoci? V současné době dávají do jisté míry odpovědi na tyto dotazy konstrukce tabulek života ve zdraví, které vychází z kombinace úmrtnostních tabulek a prevalence nemocnosti, či v některých případech též ze subjektivně vnímaného zdraví. Výstupem je tzv. ukazatel DFLE (disability-free life expectancy), který můžeme česky nazvat jako naděje dožití ve zdraví či soběstačnosti. V západních zemích se jeho hodnoty zjišťují přibližně poslední dvě desetiletí na základě kombinace úmrtnostních tabulek a okamžikové míry prevalence zjištěné výběrovým šetřením. Jak uvádí Rychtaříková (2000, s. 43), tyto údaje jsou ale často problematické, neboť neposkytují příliš dobré možnosti vzájemného srovnávání – jsou diagnostikovány stále nové druhy nemocí, země nepoužívají při zjišťování stejná kritéria apod. Přesto byly v souvislosti se zjištěnými hodnotami zformulovány tři vědecké teorie. Teorii komprese morbidit reprezentuje Fries – tento přístup patří mezi optimistické postoje. Jeho představitelé se domnívají, že v důsledku lepší prevence se bude příchod nemocí oddalovat do staršího věku, a tak společně se současným oddalováním úmrtí se bude do vyššího věku posouvat i stav nemocnosti. Opačný pohled zveřejnili Kramer a Gruenberg, kteří v souvislosti s odsouváním úmrtí hovoří o tzv. pandemii mentálních a přidružených chronických nemocí. Teorii dynamického ekvilibria zastupuje Manton, jenž zdůvodňuje nárůst střední délky života zpomalením rozvoje chronické nemocnosti. Podle této teorie umírání sice ve vyšších věcích přinese častější výskyt chronických onemocnění, avšak nebude se jednat o těžce postižené stavy (Dimitrová, 2007).

Demografická dimenze souvisí s otázkami věkové struktury a přechodu generací z dětské do produktivní a z produktivní do postproduktivní složky obyvatelstva. Demografické stárnutí se na rozdíl od biologického (individuálního) nepohybuje na úrovni jedinců, avšak týká se celých populací. Na demografickém stárnutí se podepisuje především zlepšování úmrtnostních poměrů, dochází tedy ke snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku a lidé tak žijí déle. Stárnutí populace není nový jev, lze ho pozorovat i v nedávné historii lidstva. Od druhé poloviny 18. století docházelo v některých zemích ke změně v reprodukčním chování obyvatel. Později tyto změny autoři označili za demografickou revoluci. Demografickou revoluci lze vysvětlit jako proces, během něhož dochází ke kvantitativní a kvalitativní přeměně demografických jevů. Vzniká na určitém stupni vývoje dané společnosti, formuje se a po určitém období opět končí. Samotné reprodukční chování souvisí s různými celospolečenskými faktory. V momentě, kdy dojde k jejich zásadní transformaci, odrazí se tento fakt i na reprodukčním chování obyvatelstva, vede k jeho výrazným změnám a dochází k demografické revoluci (Pavlík, Rychtaříková, Šubrtová, 1986). Časové zařazení příchodu demografické revoluce je nejen prostorově diferenciované, ale v různých zemích je rozdílný i její samotný průběh. Z tohoto hlediska se uvádí jakési její tři základní zobecňující typy. V případě francouzského typu docházelo ke snižování porodnosti a úmrtnosti téměř ve stejném časovém období. Vzhledem

k souběžnému omezování těchto dvou procesů není výsledkem početní nárůst obyvatelstva. K významnému nárůstu počtu obyvatel došlo v případě anglického typu. Zde proběhlo jako první snižování úmrtnosti, ale porodnost začala být kontrolována až v průběhu druhé fáze demografické revoluce. Pro třetí typ demografické revoluce, který je znám ze z rozvojových zemí, je typický největší početní přírůstek obyvatelstva. V tomto případě demografická revoluce přichází o něco později než v předchozích dvou případech a je provázena poklesem úrovně úmrtnosti za současného počátečního zvyšování porodnosti. Počáteční vzestup porodnosti se nejčastěji vysvětluje jako důsledek zdokonalení lékařské a hygienické péče, či zlepšení evidence (Kalibová, 2001).

Další změnou ovlivňující populaci se stal tzv. druhý demografický přechod. Druhý demografický přechod je jednou z nejvýznamnějších změn demografického chování ve druhé polovině 20. století. Jeho dopad ovlivňuje samozřejmě i věkovou strukturu obyvatelstva. Pokles porodnosti v souvislosti s odkládáním porodů do vyššího věku má nepochybně vliv na změny ve věkové struktuře, zejména na pokles podílu dětské složky (0–14 let) v populaci. Od šedesátých let docházelo ve vyspělých zemích ke změnám nejen v reprodukčním chování, ale i v hodnotové orientaci lidí a v klimatu ve společnosti obecně.

Poprvé byly studie o změnách ve společnosti a reprodukčním chování, později nazvané jako druhý demografický přechod, prezentovány belgickým demografem Ronem Lesthaeghem a jeho nizozemským kolegou Dirkem Van de Kaa (Lesthaeghe, Van de Kaa, 1986), kde se tyto autoři snažili vysvětlit posoupnost změn v demografickém chování po druhé světové válce ve vyspělých zemích. Druhý demografický přechod je charakteristický spíše změnami v postojích a názorech, než změnami v demografickém chování. Ve skutečnosti jsou tyto změny výsledky posunů v názorech a klimatu ve společnosti. V rámci druhého demografického přechodu lze charakterizovat tři základní změny v demografickém chování: „od zlatého věku manželství ke kohabitacím, od éry dětí s rodiči k období partnerských párů s dítětem a k pluralistickým formám uspořádání rodin a domácností směřující k většímu zastoupení jednočlenných domácností“ (Van de Kaa, 1987, s.11). Mezi hlavní charakteristiky patří odkládání vstupu do manželství a založení rodiny do vyššího věku, rozšiřující se nesezdaná soužití, růst rozvodovosti a rození dětí mimo manželství.

Dále lze v souvislosti s druhým demografickým přechodem hovořit o poklesu úrovně porodnosti až pod hranici prosté reprodukce, nárůstu průměrného věku matek při narození prvního dítěte a s tím související klesající počet porodů druhého a vyššího pořadí. K regulaci porodnosti přispívá i efektivnější možnosti plánování rodičovství vlivem rozšíření moderních metod antikoncepce. Trvale zlepšující se úmrtnostní poměry a snižování porodnosti nutně vedou k demografickému stárnutí populací vyspělých zemí (Kalibová, 2001). Druhý demografický přechod nejdříve proběhl ve vyspělých zemích severní a západní Evropy přibližně mezi léty 1960–1985. V zemích jižní Evropy začaly změny se zpožděním několika let a ve státech bývalého socialistického bloku až v 90. letech 20. století, ale s kratším, ale intenzivnějším průběhem.

Proces demografického stárnutí pokračuje i po ukončení demografické revoluce a v současné době stárne obyvatelstvo ve všech vyspělých zemích. Je ovšem třeba zmínit, že v některých zemích je proces stárnutí populace zmírňen přílivem migrantů a jejich

reprodukčním chováním, které zvyšuje míru porodnosti v těchto zemích. Česká republika není v tomto směru výjimkou, i zde se výrazně projevuje demografické stárnutí populace, avšak vliv reprodukčního chování imigrantů na reprodukci populace je minimální.

V české populaci již nyní vstupují do důchodového věku (resp. věku rozhodnému pro přiznání starobního důchodu) silné ročníky narozené v průběhu druhé světové války a za několik málo let to budou poválečné generace, což může způsobit mnoho nejen ekonomických, ale především sociálních problémů. Právě ekonomická dimenze, která je možná nejčastěji zmiňována v médiích jako hrozící problém v souvislosti s neudržitelností stávajícího penzijního systému, s možnou orientací na vyšší osobní spoluúčast na sociálním systému a možným posouváním hranice odchodu do starobního důchodu, je snad nejpalčivější problém, který je nutno v dohledné době vyřešit. Tato generace osob se od předchozích liší, mají vyšší vzdělání a zároveň se u nich s největší pravděpodobností projeví příjmová diferenciacie (v rámci možné spoluúčasti na penzijním připojištění). Z tohoto důvodu lze předpokládat, že budou klást také vyšší nároky na kvalitu svého života ve stáří a na úroveň a rozsah služeb jím poskytovaných. Tím dojde k dosud nepoznanému zatížení penzijního systému. Vlivem vertikalizace rodinných struktur, kdy je na živu stále větší počet generací, ale s menším počtem jedinců, budou i vyšší nároky na péči o starší občany a ubytovací kapacity (Rychtaříková, 2002). Sociálními důsledky stárnutí obyvatelstva se zabývá také mj. Milan Kučera (2002), který upozorňuje na zvyšující se požadavky na služby pro seniory, nejen ve smyslu ubytovacích kapacit, ale především ve smyslu duševního vyžití, vzdělávání, kultury apod.

Proces demografického stárnutí má podstatný vliv na věkovou strukturu populace a je zároveň velice aktuálním problémem. Skutečnost, zda je určitá populace mladá nebo stará určuje právě věková struktura, která se v tomto kontextu velmi často redukuje na vzájemný podíl pouze mezi dětskou složkou (0–14 let) a složkou seniorů, tedy osob ve věku 60 resp. 65 let a starších. Zvětšování podílu starší populace vedlo dokonce v odborné literatuře i k dalším diferenciacím postproduktivní složky populace se zaměřením na rozdílnost jejich potřeb a životního stylu. O věkové skupině 65–74 let se začalo mluvit jako o „třetím věku“ a o starších 75 let jako o tzv. „čtvrtém věku“. Skupina seniorů se může dále rozdělit na mladší seniory 65–74 let (young-old), starší seniory 75–84 let (old-old) a nejstarší seniory nad 85 let jako oldest-old (Rychtaříková, 2002).

Stárnutí je nevyhnutelný proces. Kritériem společenské vyspělosti populace je, jak se k tomuto fenoménu postaví nejen společnost, ale i samotní senioři. Stárnoucí populace nejsou rozhodně postižené demografickou krizí, jak o tom hovoří někteří ekonomové, ale snižování úmrtnosti ve vyšším věku a ve velkém měřítku je dalším úspěchem vývoje lidstva. Právě demografické stárnutí bude nejvýraznějším rysem populačního chování ve 21. století (Rychtaříková, 2002).

3.2 Faktory ovlivňující demografické stárnutí

Věkovou strukturu, jakožto i celkovou velikost populace, ovlivňují tři základní demografické procesy: porodnost, úmrtnost a migrace. Početnost každé generace v průběhu jejího života závisí na tom, kolik lidí se v určité období (zpravidla jeden kalendářní rok) narodilo, kolik jich

postupně přežívalo (úroveň úmrtnosti) a kolik se jich v průběhu života odstěhovalo ze země či naopak do země přistěhovalo. Lze tedy říci, že současná věková struktura obyvatelstva je odrazem vývoje její plodnosti, úmrtnosti a migrace z minulosti. Pokud dojde ke změně některého z těchto faktorů, dojde ke změně tvaru věkové struktury, např. pokles úmrtnosti ve vysokém věku nebo pokles porodnosti se projeví zvýšenou mírou stárnutí a věková pyramida se začne podobat regresivnímu tvaru populace. Naopak pokles úrovně úmrtnosti v mladších věkových skupinách, zvláště pak kojenecké úmrtnosti, nárůst úrovně plodnosti nebo nárůst imigračních proudů, může způsobit omládnutí věkové struktury. Je-li například zpomalení procesu stárnutí způsobeno nárůstem plodnosti, projeví se tato skutečnost naopak stárnutím populace až v době odchodu těchto silných ročníků do důchodového věku.

3.2.1 Plodnost

Důležité změny ve věkové struktuře obyvatelstva jsou způsobeny více poklesem úrovně plodnosti než poklesem úrovně úmrtnosti. Bylo prokázáno, že úroveň intenzity úmrtnosti, resp. její prvotní pokles vede ve skutečnosti k omládnutí populace, protože prvotní pokles se většinou projevuje v mladších věkových skupinách mezi dětmi a matkami v reprodukčním věku (Pichat, 1985). Je navíc zřejmé, že pokles úrovně plodnosti vede k okamžitému snížení podílu mladých věkových skupin v populaci a zároveň k nárůstu podílů starších. Je tedy možné říci, že demografické stárnutí se dotýká nejprve základny věkové pyramidy, protože v důsledku poklesu úrovně plodnosti dochází k poklesu podílu mladých osob v populaci a váha pokročilých věkových skupin tím stoupá.

Čím daná populace prošla demografickou revolucí a druhým demografickým přechodem dříve, tím pomaleji a pravidelněji se u ní projevuje proces demografického stárnutí, což je možno ukázat na příkladu Francie. Naopak v populacích, kde nastal pokles úrovně plodnosti později, proces demografického stárnutí se projevil rychleji a s větší intenzitou, jako k tomu došlo u zemí jižní Evropy. Tyto země z hlediska druhého demografického přechodu zaostávaly za ostatními vyspělými západními a severskými zeměmi, ale o to intenzivněji u nich došlo k poklesu porodnosti v posledních dvaceti letech. Dnes dosahují velmi nízkých hodnot plodnosti a zároveň jejich populace jsou velmi staré (Flašarová, 2007). V minulosti byl tento vztah, mezi demografickým stárnutím a rychlostí poklesu úrovně plodnosti, pozorovaný jak v populacích vyspělých zemí (např. Japonska), tak i mezi zeměmi rozvojovými.

Vývoj věkových struktur byl ovlivněn především právě druhým demografickým přechodem. Tento proces vede v první fázi ke zužování základny a rozšiřování věkové pyramidy na vrcholu se projevuje v různých zemích s rozdílnou rychlostí. Po ukončení druhého demografického přechodu klesá úroveň plodnosti pod hranici zajištění prosté reprodukce obyvatelstva, tj. 2,1 dítěte na jednu ženu. Tento způsob stárnutí věkové struktury se nazývá stárnutí „zdola“. Silný vliv poklesu porodnosti na změny ve věkové struktuře byl poprvé zaznamenán již v 60. a 70. letech v západní Evropě, kdy v některých zemích nastal druhý demografický přechod. Pokles plodnosti v průběhu druhého demografického přechodu může být považován za důsledek ženské emancipace, neochotou spojit mateřský a pracovní život a snahy seberealizace dnešních žen.

Obyvatelstvo vyspělých evropských zemí stárne a věkové pyramidy nabývají inverzního tvaru. Zúžení tvaru populační základny může do budoucna přinést závažnější dopady než je tomu při stárnutí věkové pyramidy shora. Změny ve věkové struktuře, při stárnutí obyvatelstva „zdola“ od mladých věkových skupin, mohou mít dopad na budoucí vývoj systému sociálního zabezpečení. Jelikož nízká úroveň plodnosti bude v budoucnu působit nejen na velikost populace obecně, ale především na pokles podílu populace v produktivním věku, lze tedy říci, že právě pokles plodnosti má v demografickém stárnutí větší význam než pokles úrovně úmrtnosti.

Dalším jevem, který je bezprostředně svázán s poklesem úrovně plodnosti je nárůst průměrného věku matek při porodu a pokles generační plodnosti žen. V zemích západní Evropy se pokles generační plodnosti, doprovázený poklesem průměrného věku matky při narození dítěte, zastavil u generací žen narozených po druhé světové válce. Naopak v zemích střední a východní Evropy došlo k této změně později, týkal se teprve žen narozených v polovině šedesátých let dvacátého století. Podobný vývoj měl i pokles průměrného věku při narození prvního dítěte. Při poklesu generační plodnosti narůstá váha prvních porodů i přesto, že podíl bezdětných v populaci narůstá. Tento fakt může být do budoucna příčinou nedobrovolné bezdětnosti (Flašarová, 2007).

3.2.2 Úmrtnost

Základním rámcem ve snaze vysvětlit pokles úrovně úmrtnosti se stala teorie epidemiologického přechodu (Omran, 1971). Teorie epidemického přechodu se zaměřuje na změny v epidemiologické situaci v souvislosti s celkovou demografickou a socioekonomickou situací. Přechod probíhal paralelně s procesem celkové modernizace a demografickou revolucí jako součástí globální revoluce moderní doby. Po poslední fázi epidemiologického přechodu, nastal v 70. letech 20. století ve vyspělých západních zemích další pokles úrovně úmrtnosti. V tomto období došlo k poklesu intenzity úmrtnosti díky pokroku v léčbě onemocnění oběhové soustavy a tato fáze byla zahrnuta do širšího kontextu zdravotnické (hygienické) revoluce, tzv. health transition. Redukce úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy se začala objevovat ve vyspělých zemích západní Evropy v polovině 60. let, většinou však po roce 1980. V zemích východní Evropy dochází k tomuto posunu až s odstraněním bariér v rozvoji společnosti souvisejících s působením komunistického režimu a se změnami životního stylu a rozvojem léčebných metod v průběhu 90. let. Zároveň v této fázi dochází k poklesu úmrtnosti nejstarších osob a ke zlepšování jejich zdravotního stavu (Vallin, Meslé, 2005). Tento trend v rámci demografického stárnutí se nazývá stárnutí shora.

Do nedávné doby byla změna úrovně úmrtnosti zapříčiněna především poklesem kojenecké a dětské úmrtnosti, což vedlo k demografickému mládnutí. V dnešní době je vliv těchto dvou složek úmrtnosti na věkovou strukturu již minimální, protože se ve vyspělých zemích nachází na minimální úrovni, kterou je možno dosáhnout. Je možné tedy říci, že na změně úrovně úmrtnosti se nyní podílí zejména úmrtnost ve středním, vyšším a nejvyšším věku. Zvyšující se podíl osob v důchodovém věku je způsoben zlepšující se úmrtností ve „třetím“ a „čtvrtém“ věku populace.

3.2.3 Migrace

Migrace je dalším demografickým procesem, který nepochybně ovlivňuje věkovou strukturu populací. Velmi zjednodušeně lze říci, že zatímco imigrační země v důsledku přílivu imigrantů (předpoklad, že se jedná o osoby v produktivním věku) „mládnou“, v zemích emigračních dochází ke stárnutí obyvatelstva. Vliv zahraničních migrací na stárnutí (mládnutí) populace je v národním měřítku omezený. Migrace má jistý vliv na stárnutí populace na regionální či lokální úrovni, kde tato je populace ve srovnání s národní mnohonásobně menší, a proto se dají i menší migrační toky lépe pozorovat.

O problematice stárnutí se v dnešní době hodně hovoří a toto téma je na pořadu dne. Podle mezinárodních organizací, například OSN nebo Eurostat, pravděpodobně dojde do roku 2050 ve většině evropských zemí k populačnímu úbytku a stárnutí. Možným řešením této situace by podle OSN mohla být právě migrace (princip náhradové migrace). Pouze ve dvou zemích, Francii a Velké Británii se předpokládá, že by se velikost populace mohla udržet na stejné úrovni i s menším počtem migrantů než byl do doby vypracování projekce pozorován. Zmírnění procesu demografického stárnutí pouze prostřednictvím migrace je naprosto nereálné. Počty migrantů by musely dosahovat mnohonásobně vyšších hodnot než lze s ohledem na dosavadním zkušenosti očekávat.

Proto migrace nejsou vhodným řešením problému stárnutí obyvatelstva, a to už z toho důvodu, že průměrný věk imigrantů je jen o málo menší než průměrný věk místní populace a úroveň plodnosti nově příchozích se rychle vyrovnává s plodností domácí populace, imigranti totiž velmi rychle přejímají vzorce chování většinové populace (Avramov, Mašková, 2003). Jelikož příchozí populace stárne stejně rychle jako domácí, bylo by potřeba velkého množství migrujících, aby kompenzovali stále rostoucí stárnutí, došlo by však k velkému početnímu růstu populace.

3.3 Důsledky demografického stárnutí

Demografické stárnutí obyvatelstva s sebou přináší také různé důsledky, které mají vliv na celou společnost. Mezi základní otázky, které je nutno do budoucna řešit, patří změny ve věkové struktuře, stárnutí pracovních sil a změny v ekonomickém chování, rostoucí tlak na veřejné rozpočty a tudíž i finanční zatížení sociálních, zdravotních a penzijních systémů.

3.3.1 Změny ve věkové struktuře

Při zachování současného stavu nízké plodnosti v zemích Evropské unie, dojde ke zpomalení početního růstu obyvatelstva a časem i k jeho úbytku. V Evropské unii klesá rychlost přírůstku počtu obyvatel již od šedesátých let 20. století. V zemích, kde je stále zachován početní růst obyvatel, jako je např. Francie, Velká Británie, Belgie, Dánsko, je tento růst zajišťován shora věkové pyramidy, díky dobrým úmrtnostním poměrům, ale dolní část věkové pyramidy se zužuje. Jde tedy o nevyrovnaný růst a uvážíme-li navíc, že v průběhu téměř celého životního cyklu převažuje mužská úmrtnost nad ženskou, lze předpokládat, že dojde k feminizaci vrcholu pyramidy, tedy k výraznému nepoměru pohlaví v důchodovém věku. Dalším důsledkem

demografického stárnutí, jenž je způsoben prodloužením střední délky života, je přechod od „třigenerační“ společnosti (společnost dětí, rodičů a prarodičů), ke společnosti „čtyřgenerační“ (dětí, rodičů, prarodičů a praprarodičů). V rámci populace důchodců dochází k přechodu čím dál většího počtu osob z „třetího“ do „čtvrtého“ věku (viz. podkapitola 3.1). Nutnost péče o stále početnější skupinu starších lidí tedy bude nabývat na důležitosti. Dnes je běžné, že osoby z generace rodičů pečují jak o své děti, tak i o staré rodiče. Otázkou je, jak tomu bude v budoucnosti, a přibývá i otázek souvisejících s mezigenerační solidaritou.

3.3.2 Stárnutí pracovní sil

Jedním z důsledků, kterému je často v souvislosti s demografickým stárnutím obyvatelstva věnována pozornost, je relativní pokles počtu osob v produktivním věku a stárnutí pracovních sil. Demografické stárnutí „zdola“ věkové pyramidy má za následek pozdější pokles přesunu práce schopného obyvatelstva do věku ekonomicky produktivního, který se v budoucnu může projevit tzv. „employment gap“ (Berkhout, Dustmann, Emmer 2007). Je to jakási „zaměstnanecká mezera“ způsobena změnami ve věkové struktuře populace. Podle jednoho z cílů, které vytýčila Lisabonská strategie, by do roku 2010 měl podíl ekonomicky aktivních osob v EU dosáhnout 70 %. Prognóza Eurostatu ale předpokládá ve své střední variantě pokles osob ve věku ekonomické aktivity. Podle této prognózy dojde k nárůstu počtu osob ve věku 65 let a více, což bude mít za následek zvýšenou poptávku po sociálních dávkách (resp. starobních důchodech). Předpokládá se pokles počtu obyvatel unie a v souvislosti s menším počtem osob ekonomicky aktivních lze předpokládat i možný pokles produktivity práce a tím i HDP. Mezi poklesem počtu obyvatel a demografickým stárnutím existuje pozitivní korelace. V zemích s vyšší intenzitou stárnutí dochází zároveň k podprůměrnému populačnímu růstu (Flašarová, 2007). V Česku by mohla být podle prognóz rychlost stárnutí až dvakrát větší než v některých zemích západní Evropy (např. Lucembursko, Irsko).

Tuto hrozbu si evropská exekutiva uvědomuje a tak nastolila v dokumentu Zelená kniha „Nová mezigenerační solidarita jako odpověď na demografické změny“² několik otázek a témat k celoevropské diskuzi. V této zprávě se hovoří o nové mezigenerační solidaritě, která by se měla zakládat na vybudování nové formy solidarity, a to na základě vzájemné podpory a předávání dovedností a zkušeností mezi mladou a starší generací. Je to otázka lepší integrovatelnosti mladých lidí ve společnosti. Tomu by měl pomoci vzdělávací systém, který bude muset řešit významný úkol: nadále zvyšovat úroveň počátečního vzdělávání, ale zároveň nabízet větší flexibilitu. Mladí lidé by například mohli více střídat výuku ve škole, zaměstnání a odborné vzdělávání s praktickou přípravou, aby vyhovovali potřebám hospodářství. Je též nutné, aby více využívali možností, jež nabízí distanční vzdělávání.

Tento dokument si klade rovněž za cíl „udržet“ seniory v pracovním životě i po překročení věkové hranice odchodu do důchodu. Cílem by tedy měla být možnost účasti seniorů na hospodářském a společenském životě, zejména prostřednictvím kombinace mzdy a penze, tj. na nových formách zaměstnání (např. částečný úvazek, pracovní poměr na dobu určitou).

² Zelená kniha – Nová mezigenerační solidarita jako odpověď na demografické změny, Brusel, 2005
Dostupný na WWW http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2005/ke6705266_cs.pdf

V Evropské unii se ve věkové skupině 65–74 let věnuje pracovní činnosti pouze 5,6 % lidí (údaj z roku 2003) oproti 18,5 % v USA. Důchodový věk by neměl stavět jedince před volbu pouze mezi dvěma možnostmi, mezi úplným odchodem z trhu práce a plným setrváním na trhu práce. Starší osoby mohou setrvat déle na trhu práce, pokud k tomu dostanou příležitost a budou pro ně vytvořena kvalitní pracovní místa.³

Podpora by měla rovněž poskytována nejstarší populaci nad 85 let. Lze předpokládat nárůst počtu osob, které budou potřebovat intenzivní péči v důsledku ztráty samostatnosti. Bude zapotřebí se o tyto lidi postarat přiměřeným způsobem, což dnes v mnoha zemích zajišťují rodiny, především ženy. Ty se však čím dál více zapojují do pracovního procesu. Kromě toho více dětí žije v dospělosti daleko od rodičů. Rodiny proto budou muset být podporovány více než dnes. To bude úkolem sociálních služeb a sítí solidarity a péče v rámci místních společenství jak nastiňuje Zelená kniha.

3.3.3 Tlak na veřejné systémy

Značná pozornost bývá také věnována tlaku, který vytváří rostoucí skupina seniorů na klesající podíl ekonomicky aktivního obyvatelstva, tedy na penzijní systém a veřejné finance vůbec. Stávající penzijní systém funguje na principu průběžného financování, kdy zaměstnané osoby odvádí, v rámci sociální solidarity, ze svých příjmů pojistné, které slouží k financování důchodů existujících důchodců (systém PAYG, pay-as-you-go). Tento systém financování starobních důchodů je založena na rovnováze mezi složkou příjmovou (ekonomicky aktivním obyvatelstvem) a složkou výdajovou (osoby mající nárok na starobní důchod). V kontextu demografického stárnutí je tak systém ohrožen ze dvou stran – prodlužující se délka života a nárůst počtu důchodců způsobí růst průměrné doby pobírání důchodu a celkových nákladů na důchody, naproti tomu nízká porodnost povede k poklesu počtu zaměstnaných a tím i příjmů systému. Početně silné ročníky skupiny osob narozených během „baby-boomu“ znatelně zasáhnou do tohoto pravidla. Hlavní a zásadní otázkou tak zůstává, jak a z čeho zajistit stále většímu počtu příjemců starobních důchodců stejnou sociální ochranu jako měli jejich předchůdci.

Z výše uvedeného je zřejmé, že stávající penzijní systém je dlouhodobě finančně neudržitelný a vyžaduje změny, které ho přizpůsobí požadavkům stárnoucí české společnosti a povedou k obnovení rovnováhy mezi příjmy a výdaji. Otázka důchodové reformy je v současnosti velmi aktuální, stále však zůstává otevřena a popis jejich možností navrhovaných jednotlivými politickými stranami by byl nad rámec této práce. V zásadě lze však rozlišit dvě základní skupiny možných změn, a sice změny spočívající na bázi stávajících parametrů systému (např. zvýšení pojistného, snížení vyplácených důchodů, zvýšení věkové hranice odchodu do důchodu) nebo systémové změny, které budou mít podobu snížení váhy průběžně financovaného státního pilíře a posílení doplňkových dobrovolných forem spoření (penzijní připojištění).

³ Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). Dostupný na WWW: <http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1055>

Rostoucí potřeba zdravotnických a pečovatelských služeb pro seniory a péče o zdraví seniorů má pro společnost vzrůstající důležitost nejen v rovině etické, ale také v souvislosti s ekonomickou situací ve společnosti. Značný nárůst seniorů, kteří potřebují a hlavně budou potřebovat zdravotní a sociální péči, povede k rostoucím požadavkům na systém zdravotní péče. Zdravotní stav seniorů je a vždy bude důležitým faktorem, který ovlivňuje způsob prožívání života ve vyšším věku. Předurčuje mj. možnost setrvání v zaměstnání nebo naopak odchod do důchodu. Současná generace starších občanů je sice zdravější než ty předcházející, stále však platí obecně známý fakt, že zdravotní stav se s věkem nevyhnutelně zhoršuje a „čím více se individuální život díky individuálnímu stárnutí smrti přibližuje, tím je z hlediska zdravotnických výdajů nákladnější“ (Rabušic, 1995, s. 168). Společně s nárůstem počtu starších osob bude muset nevyhnutelně vzrůst i rozsah poskytované péče a kapacita zdravotnických zařízení (při zachování minimálně srovnatelné kvality), což povede k výraznému zvýšení nákladů na zdravotnictví. Vzniká tak nebezpečí zhroucení systému zdravotního pojištění při zachování stávající sazby, kdy náklady značně převýší příjmy zdravotních pojišťoven.

Důsledky demografického stárnutí se však projeví nejen v oblasti financování zdravotnictví, ale i v potřebě přizpůsobení struktury poskytovaných služeb. Staří pacienti mají své specifické zdravotní potíže a potřeby, které je často nutné řešit zcela odlišně od ostatní populace. V této souvislosti se hovoří o tzv. „geriatrizační“ medicíny a o vzniku geriatrických oddělení v nemocnicích. Stále větší počty osob se budou dožít i tzv. čtvrtého věku, vyznačujícím se zvýšením frekvence chronických chorob, což povede i ke zvýšení poptávky po službách dlouhodobé zdravotní péče. Mezi cíle v oblasti zdravotní péče proto podle Národního programu přípravy na stárnutí⁴ patří např.: zvyšovat účinnost a účelnost zdravotní péče, podporovat zájem a účast všech generací na programech prevence a péče o zdraví nebo usilovat o zlepšování zdravotního stavu stárnoucí a seniorské populace se zaměřením nejen na prodloužení střední délky života, ale i střední délky života bez zdravotního postižení.

Stáří již není pouze poslední fází života, ale v souvislosti s jeho prodloužováním se stává jednou z etap života. Stále větší rozmanitost zdrojů a potřeb starých lidí se stala velmi důležitým faktorem kvality života seniorů. S tím souvisí také jejich rodinná, bytová, zdravotní, ale i finanční situace. Odpovídající bydlení je pro seniory obzvláště důležité. Vzrůstající počet starých osob bude mít vliv na strukturu domácností, především jednotlivců. S tím je spojena nutnost poskytování různých sociálních a pečovatelských služeb zvyšujících kvalitu života seniorů. Starší občané chtějí co nejdéle žít ve vlastním bytě a udržet si soukromí a nezávislost, což vyvolá růst poptávky po malých bytech. Současná struktura bytového fondu však těmto potřebám neodpovídá a kategorie levných, přitom dobře vybavených bytů pro bydlení jedné osoby je citlivou mezerou v bytovém fondu. Vhodný byt pro seniory by přitom měl mít především optimální velikost, být bezbariérový a umožňující v případě potřeby dovolat se pomoci. Tyto požadavky bude proto nutné prosazovat v rámci nové i stávající výstavby, a to i u veřejných budov.

⁴ viz poznámka číslo 3

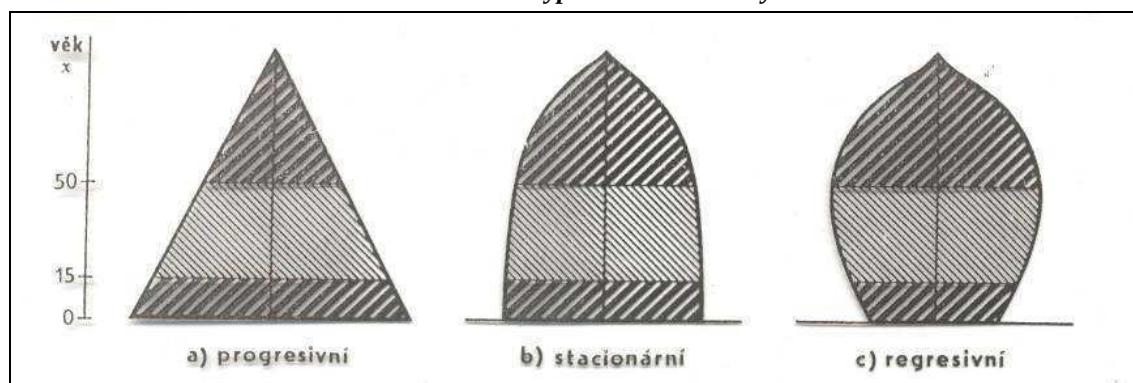
Kapitola 4

Věková struktura obyvatelstva Prahy

Věkové složení obyvatelstva je důležitou demografickou charakteristikou populace. Věková struktura je v nejpodrobnějším třídění reprezentována podle jednotek věku, formálně se však častěji setkáváme s rozdělením do pětiletých věkových skupin. Toto třídění bývá prováděno zpravidla zvlášť pro obě pohlaví. Grafické vyjádření je nejčastěji v podobě stromu života, čili tzv. věkové pyramidy (Srb, 2004).

To, zda je populace označena za mladou, středního věku či stárnoucí závisí jednak na její věkové struktuře, ale především na vzájemných podílech mezi věkovými skupinami 0–14, 15–59 a 60 a více let. Tuto typologii vymyslel a zavedl švédský demograf Sundbärg v roce 1900, který na základě studia věkového složení obyvatelstva některých západoevropských zemí v letech 1871–1880 došel k závěru, že podíl obyvatelstva v každé zemi ve věku 15–50 let tvoří přibližně 50 % jejího celkového počtu a že tento podíl je v podstatě nezávislý na úrovni plodnosti a úmrtnosti. V čem se ale tyto populace lišily, byly podíly osob mladých a starých, které již na úrovni fertility a mortality závislé byly. Tento poznatek vedl Sundbärga k vytvoření typologie rozlišující populace na progresivní (mladé), stacionární (vyvážené) a regresivní (staré) (Rabušic, 1995).

Obr. 2 – Schématické znázornění tří základních typů věkové struktury



Zdroj: Kalibová, 2001

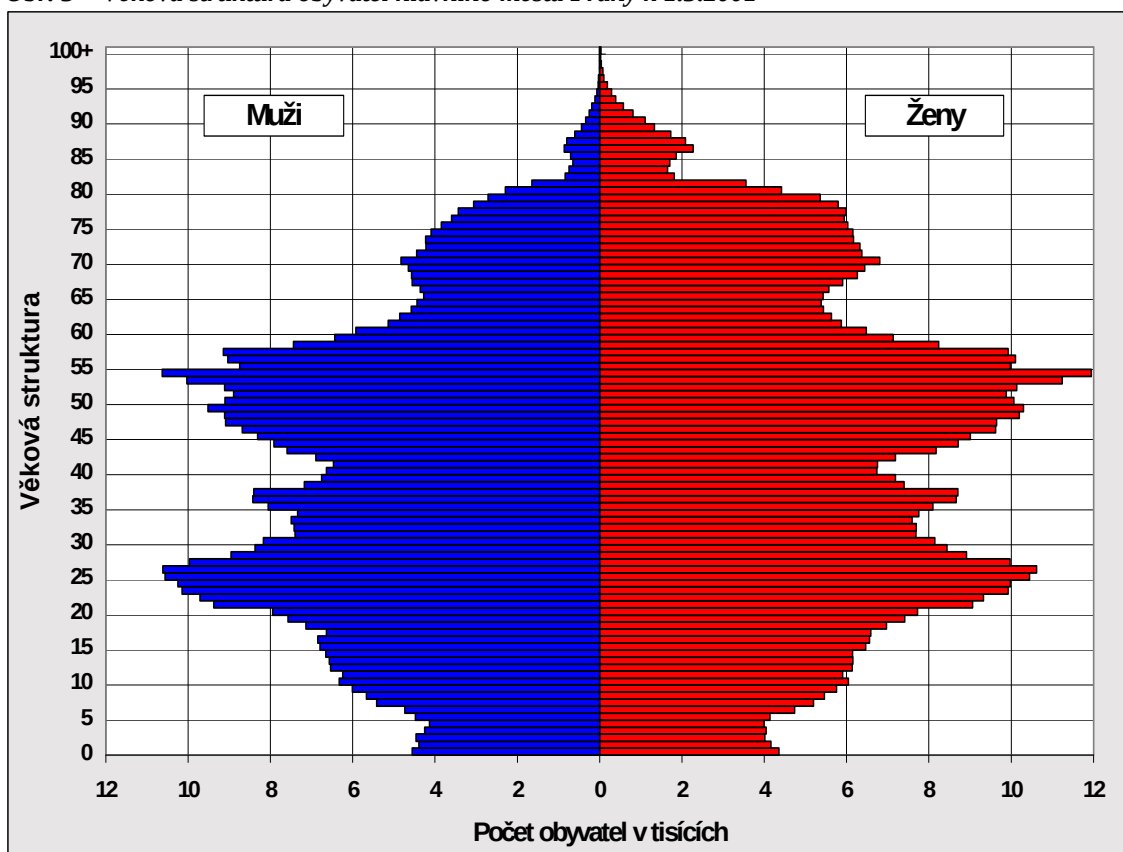
Nejčastější složení obyvatelstva představovalo stacionární typ, kdy počet obyvatelstva neroste. Pojem stacionární se tak stal běžným pro populace početně stagnující nebo neperspektivní. Jako další dva typy označil Sundbärg populace s měnícími se podíly dětské a starší generace. Význam tohoto třídění je historický a modelový. Věkové složení obyvatelstva

českých zemí, v celém období statistického sčítání lidu od roku 1869 do dnešního dne, nikdy nemělo složení odpovídající některému z těchto typů. Přesto se lze setkat s jeho hodnocením zhruba do roku 1900 jako progresivní typ obyvatelstva, pro nejnovější dobu jako typ regresivní (Srb, 2004).

4.1 Vývoj věkové struktury obyvatel Prahy

Jak již bylo zmíněno v kapitole třetí o demografickém stárnutí, věková struktura populace je výsledkem vývoje demografických procesů – plodnosti, úmrtnosti a migrace v období minulých sta let. Tyto demografické procesy, změny jejich úrovní, intenzit a časování se nesmazatelně odrážejí ve výsledné podobě věkové pyramidy. Jednotlivé věkové kohorty tak jsou ovlivněny počtem narozených, zemřelých i migrujících osob v průběhu jejich života.

Obr. 3 – Věková struktura obyvatel hlavního města Prahy k 1.3.2001



Zdroj: SLDB 2001 Pramenné dílo, ČSÚ

Pro věkovou strukturu Prahy, ale i celé České republiky, jsou charakteristické nepravidelnosti, které vznikly především jako důsledky výkyvů ve vývoji porodnosti. Nejzašším obdobím, které je ještě dnes mírně patrné ve věkové struktuře obyvatel Prahy je první světová válka. Důsledkem odchodu mnoha mužů na frontu bylo snížení počtu sňatků, o více než polovinu. Tento fakt měl vliv na úroveň porodnosti. Počty narozených dětí se oproti prvnímu desetiletí dvacátého století snížily o polovinu. Situaci zhoršovaly i špatné úmrtnostní poměry, kdy v důsledku špatné stravy a hygieny se šířily nakažlivé choroby jakými byly úplavice

a v posledních měsících války také španělská chřipka, jejíž epidemie si vyžádala více než 900 obětí (Horská, Maur, Musil, 2002). Všechny tyto faktory způsobovaly převyšující počet zemřelých nad narozenými a tím i výrazný úbytek obyvatel.

V prvních poválečných letech docházelo ke značnému přirozenému přírůstku a to zejména v letech 1921 a 1922, kdy se rodilo více než 11,5 tisíce dětí ročně. To se na dnešní věkové struktuře projevuje vyšším věkovým podílem osob ve věkové skupině nad 85 let. Rozdíl mezi narozenými a zemřelými se v dalších letech pomalu snižoval a tento trend přetrvával i po celá třicátá léta. Vliv na tento stav mělo snížení počtu narozených. Důležitým faktorem ovlivňujícím počty obyvatel v Praze byla v této době migrace. Přistěhovalectví se staralo o početní růst pražské populace. Z údajů o místě narození vyplývá, že v roce 1921 se v Praze narodily pouze dvě pětiny obyvatel (Bělina, 1998). Po válce došlo k uklidnění politických poměrů, Praha se stala hlavním městem nového státu a zvýšila se tak její atraktivita například na úkor Vídně, jež byla po dlouhá léta centrem monarchie. Důležitým motivačním faktorem pro přistěhování do Prahy byl vývoj hospodářství. Počet přistěhovaných dosáhl v té době až 140 tisíc lidí, ve třicátých letech se o něco snížil, aby vzrostl koncem roku 1938 v důsledku mnichovského diktátu (tamtéž).

Události druhé světové války však přinesly další změnu v populačním chování obyvatel Prahy. Jednou z důležitých příčin těchto změn bylo pracovní nasazení českého obyvatelstva. Původně dobrovolný nábor se později změnil v povinnost. Tato skutečnost se projevila růstem sňatečnosti a následným prudkým zvýšením porodnosti. Z počátku byl totiž brán ohled na ženaté muže, ale později došlo ke zpřísnění předpisů a pracovního nasazení byly ušetřeny jen matky s dětmi. Prahu zasáhly i ztráty obyvatel a to nejen kvůli horším životním podmínkám za války a úmrtím, například na tuberkulózu nebo záškrť, ale i odsunem německého obyvatelstva po skončení války. V roce 1947 se tak počet obyvatel snížil na 921 tisíc (Novotný, 2005).

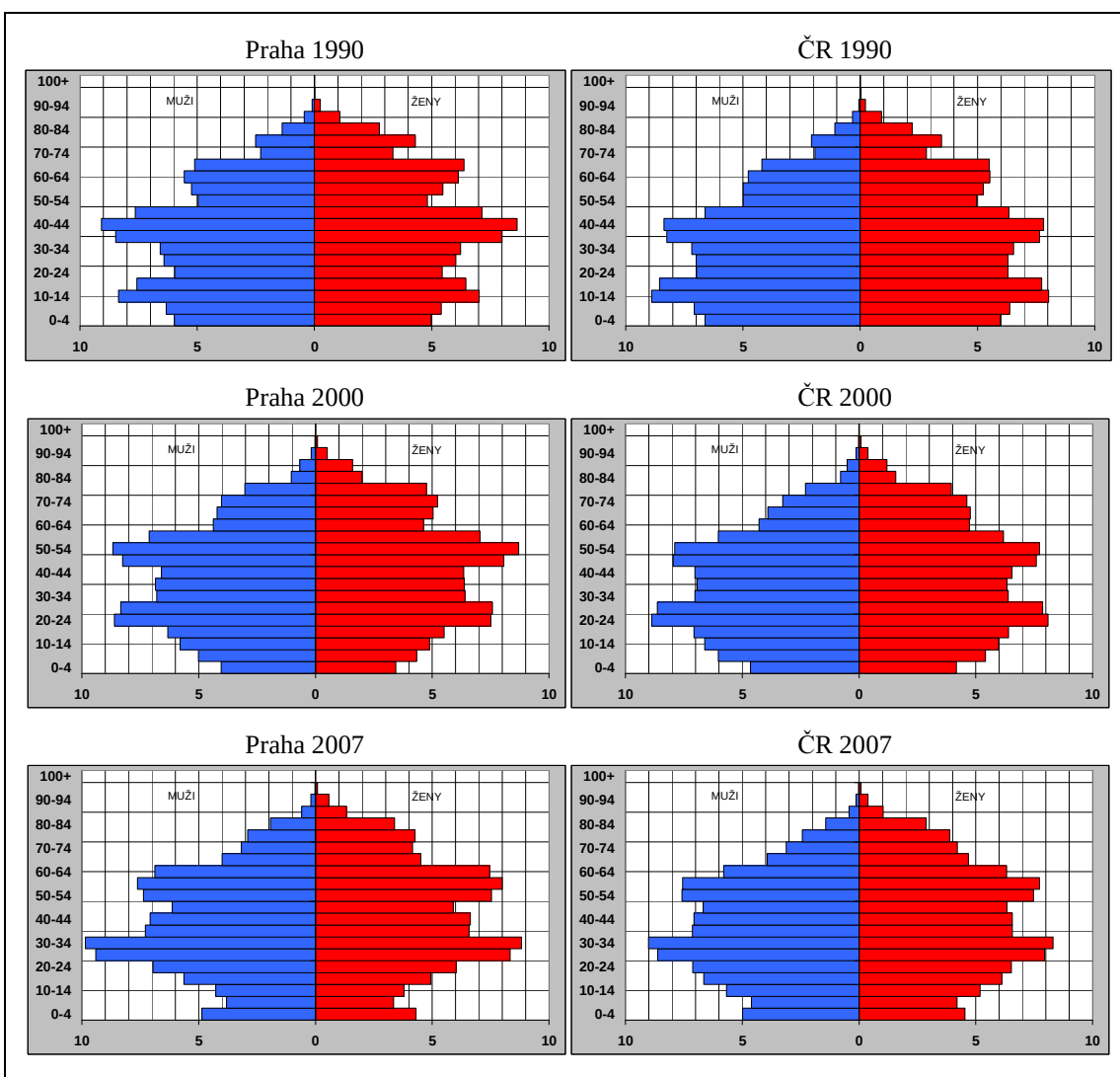
Po druhé světové válce se v Praze vytvořil specifický charakter demografického chování obyvatel. Děti přicházely na svět brzy po sňatku a zároveň, až na malé výjimky se jejich počet omezoval. Rodiny měly často problém sehnat bydlení a tak odsouvaly narození dalšího dítěte do vyššího věku, popřípadě ho vůbec neměly (Novotný, 2005). I přesto byl v prvních poválečných letech přirozený přírůstek kladný. Rodily se děti, jejichž narození bylo odkládáno z důvodu války i děti v nových manželstvích. Právě počátkem 50. let dosáhl počet sňatků svého vrcholu, 12 tisíc v roce 1950. To bylo však jen dočasné zvýšení, protože do sňatkového věku přicházeli lidé, kteří se narodili v období hospodářské krize 30. let. Pokud se v poválečných letech rodilo až 20 dětí na tisíc obyvatel, pak počátkem let 60. klesl jejich počet pod 10 dětí. Velmi výrazně se tak Praha odlišovala od celorepublikového průměru, úroveň porodnosti celé české populace byla kolem 17 ‰.

Vliv na početní stav obyvatel měla také úmrtnost. Úmrtnostní poměry byly do počátku šedesátých let velmi příznivé, snižovala se úmrtnost celkově, ale zejména pak úmrtnost kojenecká. To vše díky zlepšení hygienických podmínek. Dostupnější se stala lékařská péče a důležitou úlohu hrála i prevence, zejména očkování. V Praze klesala úroveň úmrtnosti do začátku šedesátých let. Pak se začala měnit věková struktura obyvatel. Narůstal počet starých osob a zvyšovala se i úmrtnost mužů starších 40-ti let na nemoci srdce a cév a úmrtím na novotvary.

Dalším důležitým obdobím pro obyvatelstvo Prahy, které se také významně promítlo do současné věkové struktury, byla léta sedmdesátá. Příznivě působilo hned několik vlivů. Prvním bylo věkové složení žen. Populačně silnou se stala věková skupina 20–25letých. Do fertilního věku dospěly ročníky narozené koncem 40. let, v době poválečné populační vlny. Dalším neméně důležitým vlivem byla sociální opatření. Jednalo se zejména o prodloužení mateřské dovolené, zvýšení peněžitých dávek v mateřství, zvýšení rodinných přídatků na druhé a další dítě. Vyšší počet narozených však neměl dlouhého trvání a již na přelomu 70. a 80. let opět dochází k poklesu. Ekonomika stagnuje a dochází například ke zdražení dětského ošacení.

Zatím posledním obdobím, ale svou vahou a hlavně dopadem na budoucí vývoj populace obdobím asi nejdůležitějším, jsou devadesátá léta dvacátého století. V České republice došlo k zásadním společensko politickým změnám, které měly vliv nejen na ekonomiku země, ale také značný dopad na demografické chování obyvatelstva. Podrobnější charakteristika změn demografického chování v devadesátých letech a jeho vlivu na věkové složení obyvatelstva bude provedena v další části textu.

Obr. 4 – Vývoj věkové struktury k 1.7. daného roku (v %)



Zdroj: Věkové složení obyvatelstva v letech 1990, 2000, 2007, ČSÚ

4.2 Srovnání věkové struktury Prahy a Česka v devadesátých letech 20. století

Nejvýznamnějším dopadem změn v demografickém chování obyvatel, které byly zaznamenány v devadesátých letech, byl rapidní pokles porodnosti. Na začátku devadesátých let se v Praze počet živě narozených dětí pohyboval okolo 11,5 tis. ročně. V prvních dvou letech po roce 1989 se životní podmínky obyvatel výrazně nezhoršily a porodnost se udržovala na stejné úrovni jako v letech předchozích. Výraznější změny v reprodukčním chování začaly od roku 1992, tj. dva roky po započaté transformaci. Počet živě narozených se snížil o více než třetinu, výrazně se snížila také úhrnná plodnost, která se koncem devadesátých let pohybovala na úrovni 1,1 oproti 1,68 v roce 1991. Iniciátory nových typů rodinného chování byly generace narozené v sedmdesátých letech, tj. ze druhého poválečného „baby-boomu“ (Rychtaříková, 2002). Nejnižšího počtu narozených (7 180 dětí) bylo dosaženo v roce 1999, od tohoto roku se porodnost v Praze pozvolně zvyšuje. Tento pokles počtu narozených dětí se ve věkové pyramidě projevil jako zářez, který bude patrný ještě dlouhá desetiletí.

Při porovnání věkových struktur obyvatelstva Prahy a Česka lze zpozorovat jisté rozdíly, zejména v procentuelním zastoupení jednotlivých věkových skupin. V celém sledovaném období je v Praze patrný nižší počet dětí než v populaci celé České republiky. Naopak starší generace je početnější a nepravidelnosti věkové struktury jsou v Praze výraznější (Novotný, 2005). Praha totiž vykazuje v rámci České republiky některé specifické rysy demografického chování, má nejnižší úroveň plodnosti a vyšší bezdětnost. V porovnání s jinými regiony země, je pro Prahu charakteristická koncentrace lidí s atypickou profesní skladbou a vyšší podíl vysokoškolských vzdělaných osob. Právě vyšší frekvence svobodných a vysokoškoláků modifikuje konečné ukazatele plodnosti (Rychtaříková, 2002). Z hlediska dlouhodobých trendů Praha reagovala na změnu společenských podmínek stejným způsobem jako ostatní části země. Vývoj věkové struktury obyvatelstva Prahy se tak výrazně neliší od vývoje v celém Česku. Podle Rychtaříkové (2002) nelze mluvit o difúzi nových demografických parametrů z Prahy do ostatních částí České republiky. Zřetelně se tak v obou populacích střídají období vyššího nárůstu obyvatel, např. meziválečné období, konec čtyřicátých let, polovina let sedmdesátých, s obdobími slabého přirozeného přírůstu nebo dokonce úbytku, jakými bylo období první světové války, třicátá a nově také devadesátá léta dvacátého století.

V devadesátých letech pokračovaly ve věkovém složení posuny početně rozdílných generací do vyššího věku, které dále ovlivnily početní vývoj i relace hlavních věkových skupin a také postup populačního stárnutí v tomto období (Burcin, Kučera, 2003). Dětskou složku populace opouštěly početně silné ročníky sedmdesátých let a byly nahrazovány již početně slabšími generacemi z let osmdesátých. Jelikož nedošlo k očekávané realizaci reprodukce osob z natalitní vlny 70. let, porodnost se začala skokově snižovat a vznikl tak již zmíněný nový zářez ve věkové struktuře. Zastoupení dětské složky v pražské populaci se snížilo z 20 % na konci 80. let až na 13 % o deset let později, což představovalo pokles o více než 70 tisíc dětí.

Zastoupení dětské složky se sice zmenšovalo, pozitivně se však v devadesátých letech vyvíjela složka produktivní. Vliv na tento stav měli lidé narození v 70. letech, kteří se stali ekonomicky aktivními. Tato příznivá změna byla ale dočasná, protože tuto věkovou kategorii začali po roce 2000 opouštět početnější ročníky narozených ve 40. letech. Do budoucna je nutné počítat s postupnými úbytky obyvatelstva v produktivním věku (Burcin, Kučera, 2003).

Ve vývoji početnosti osob starších 65 let, v průběhu devadesátých let nebyla zaznamenána žádná výrazná změna. Zastoupení této složky se pohybovalo okolo 16 % v populaci. Zásadní vliv na stagnující počet starších obyvatel měly rozdílné úmrtnostní poměry před a po roce 1990. Vysoká intenzita úmrtnosti ve středním a vyšším věku, zejména u mužů v předcházejících třiceti letech, ovlivňovala počty těchto osob (Novotný, 2005). Naopak díky změně úmrtnostních poměrů v tomto věku, lze předpokládat, že se dojde k postupnému zvyšování počtu seniorů v populaci.

Populační stárnutí mělo v devadesátých letech poněkud zvláštní průběh zapříčiněný historicky vzniklými deformacemi věkové struktury, brzdícím efektem natalitní vlny 70. let i současným hlubokým a rychlým poklesem úrovně porodnosti (Burcin, Kučera, 2003).

Tab. 1 – Složení obyvatelstva Prahy podle hlavních věkových skupin (stav k 1.7. daného roku)

Věková skupina	1990	1993	1995	1998	2000	2003	2005	2007
Počty osob (v tis.)								
0–14	230,4	208,5	192,8	173,3	162,3	147,7	145,4	146,5
15–64	800,7	818,5	826,6	828,4	828,3	833,3	851,8	876,1
65+	184,7	190,9	193,3	195,2	193,3	184,6	184,4	189,5
Celkem	1215,8	1217,9	1212,7	1196,9	1183,9	1165,6	1181,6	1212,1
Podíl (v %)								
0–14	18,9	17,1	15,9	14,5	13,7	12,7	12,3	12,1
15–64	65,9	67,2	68,2	69,2	70,0	71,5	72,1	72,3
65+	15,2	15,7	15,9	16,3	16,3	15,8	15,6	15,6
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Charakteristiky věkové skladby								
Index stárání	80,2	91,5	100,3	112,6	119,1	125,0	126,9	129,4
Index závislosti I.	28,8	25,5	23,3	20,9	19,6	17,7	17,1	16,7
Index závislosti II.	23,1	23,3	23,4	23,6	23,3	22,2	21,7	21,6
Index ek. zatížení	51,8	48,8	46,7	44,5	42,9	39,9	38,7	38,4
Průměrný věk	38,8	39,2	39,6	40,5	41,0	41,6	41,7	41,7

Zdroj: Věkové složení obyvatelstva, ČSÚ

Mezi ukazatele charakterizující vývoj věkových struktury obyvatelstva patří index stárání⁵, index ekonomického zatížení⁶, indexy závislosti I. a II.⁷ a průměrný věk⁸ obyvatelstva. Vývoj indexu stárání ukazuje na zvyšující váhu starých osob ve společnosti v porovnání s dětskou populací. V roce 1990 průměrně připadalo na jedno dítě asi 0,8 důchodce, v roce 1995 tento poměr dosáhl 1:1. Lze očekávat, že se tento poměr bude do budoucna dále zvyšovat. Vliv na tento stav má nejenom mírný nárůst poproduktivní složky obyvatelstva v devadesátých letech,

⁵ Index stárání udává, kolik osob ve věku 65 a více let připadá na 100 dětí ve věku 0–14 let v daném časovém okamžiku na daném území.

⁶ Index ekonomického zatížení udává, kolik osob v ekonomicky neaktivním věku (starších 65 let a dětí ve věku 0–14 let) připadá na 100 osob v ekonomicky aktivním věku 15–64 let.

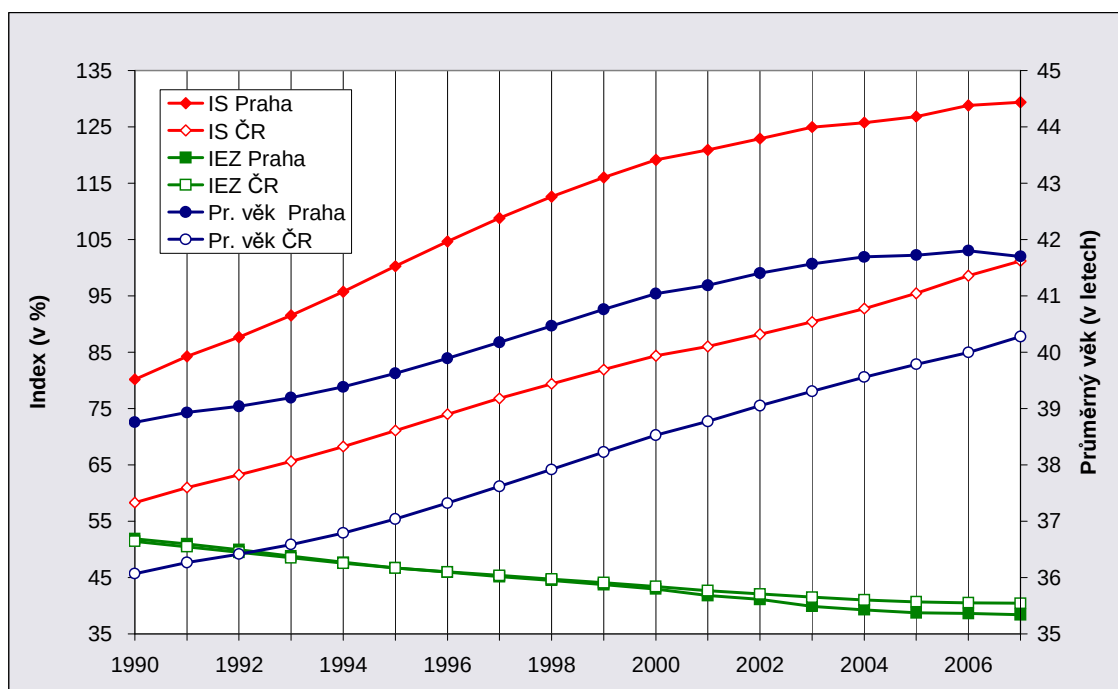
⁷ Index závislosti I. udává podíl osob ve věku 0–14 let k osobám 15–64 letým, index závislosti II. udává podíl osob ve věku nad 65 let k osobám 15–64 letým.

⁸ Průměrný věk je aritmetickým průměrem věku všech jedinců žijících v daném časovém okamžiku na daném území.

ale především pokles porodnosti v 90. letech a s ním spojený pokles podílu dětí ve věkové struktuře. Intenzivní stárnutí tak probíhalo ze spodu věkové pyramidy. Mírný nárůst podílu osob ve věku nad 65 let a především prodlužování naděje dožití má vliv na zvyšování průměrného věku. Ten se ve sledovaném období zvýšil o 3 roky a dosáhl průměrně pro obě pohlaví 41,8 let. Jako pozitivní jev lze označit vývoj indexu ekonomického zatížení obyvatelstva, který zaznamenal pokles z 50 na 40 osob v ekonomicky aktivním věku, a tudíž i menší závislost neproduktivních složek na složce produktivní. Tento pokles je zapříčiněn snižováním porodnosti v devadesátých letech, přesunem méně početných generací do vyšších věkových kategorií nad 65 let a rostoucím podílem osob v produktivním věku.

V porovnání s jinými kraji je obyvatelstvo Prahy nejstarší. V procentuální struktuře je to patrné zejména ve velmi nízkém podílu dětí do 14 let a naopak ve vysokém podílu obyvatel ve věku 65 a více let. Nepříznivá věková struktura je charakteristickým znakem i dalších městských okresů, zejména Brna a Plzně. Příčinou je nízká úroveň plodnosti v těchto velkoměstech a nízká úroveň imigrace (Burcin, Kučera, 2003).

Obr. 5 – Srovnání vývoje Prahy a České republiky v letech 1990–2007



Poznámky: IS – index stárání

IEZ – index ekonomické závislosti

Pr. věk – průměrný věk

Zdroj: Věkové složení obyvatelstva, ČSÚ

Věková struktura obyvatelstva důchodového věku byla v devadesátých letech poznamenána postupným posouváním a tím i slábnutím vlivu hlubokého zářezu nenarozených v době první světové války (Burcin, Kučera, 2003). Tento zářez se v průběhu 20. století postupně posouval věkovou pyramidou směrem nahoru a na počátku devadesátých let tak ovlivnil věkovou skupinu 75–79letých a ve druhé polovině devadesátých let se projevil ve věku nad 80 let. Na začátku devadesátých let začaly do věku nad 65 let vstupovat silné generace narozené v průběhu natalitní vlny dvacátých let. Tyto generace však byly negativně ovlivněny vyšší úrovní úmrtnosti v 70. a 80. letech. Do věkové kategorie šedesátníků začali vstupovat lidé narození ve

třicátých letech. Tyto generace byly početně slabší než jejich předchůdci, ale pozitivně se u nich projevila zlepšující se úroveň úmrtnosti. Věková struktura staršího obyvatelstva se v důsledku těchto vlivů příliš neměnila. Mírně klesal počet a podíl šedesátníků, naopak mírně rostl podíl sedmdesátníků. V roce 2000 začaly věkovou hranici šedesáti let přecházet početně silné generace 40. let. Tato natalitní vlna z průběhu druhé světové války ihned zvýšila absolutní počty i podíly osob nad 60 let. Lze předpokládat, že tato generace, a starší generace umocňované prodlužováním naděje dožití, budou mít v několika příštích letech zásadní vliv na růst poproduktivní složky obyvatelstva.

Tab. 2 – Skladba obyvatelstva Prahy staršího 65 let ve vybraných letech

Věková skupina	1990	1993	1995	1998	2000	2003	2005	2006
	Počty osob (v tis.)							
65–69	70,2	66,9	64,3	60,3	55,1	47,2	48,4	50,7
70–74	34,7	53,2	59,5	56,8	55,1	50,2	45,7	43,8
75–79	42,1	28,9	26,8	41,3	46,5	44,0	43,4	42,9
80–84	25,7	27,7	26,9	18,6	18,2	29,3	31,6	31,9
85+	11,8	14,1	15,7	18,1	18,4	13,9	15,4	17,0
Celkem	184,5	190,9	193,3	195,2	193,3	184,6	184,4	186,2
	Podíl (v %)							
65–69	38,1	35,1	33,3	30,9	28,5	25,6	26,2	27,2
70–74	18,8	27,9	30,8	29,1	28,5	27,2	24,8	23,5
75–79	22,8	15,1	13,9	21,2	24,1	23,8	23,5	23,0
80–84	13,9	14,5	13,9	9,5	9,4	15,9	17,2	17,1
85+	6,4	7,4	8,1	9,3	9,5	7,5	8,3	9,2
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Věkové složení obyvatelstva, ČSÚ

Vývoj demografického stárnutí obyvatelstva měl ve sledovaném období devadesátých let dvacátého století a v první polovině dekády 21. století zvláštní průběh zapříčiněný deformacemi věkové struktury z průběhu minulého století. Byl to především efekt natalitní vlny 70. let, který se projevil v mírném nárůstu podílu produktivní složky obyvatelstva. Na druhé straně, vliv na dětskou populaci měl razantní pokles úrovně porodnosti v devadesátých letech. Relativní podíl složky osob nad 65 let se zvyšoval jen lehce. Ke stárnutí populace docházelo především ze spodu věkové pyramidy poklesem počtu dětí. Toto stárnutí se projevuje ve zvyšování průměrného věku v populaci a indexu stáří. Od roku 1995 početně převažují osoby nad 65 let nad dětmi do 15 let. Změny ve věkové struktuře obyvatelstva ve sledovaném období lze charakterizovat jako jistou stabilizaci na vrcholu věkové pyramidy, vytvořením hlubokého zářezu v její základně a zvyšováním zastoupení obyvatelstva věku ekonomické aktivity (Burcin, Kučera, 2003).

4.3 Perspektivy vývoje věkové struktury Prahy

Vývoj početního stavu a pohlavně věkové struktury obyvatelstva do budoucnosti lze s určitou pravděpodobností odhadovat pomocí demografických prognóz a projekcí. Minulé trendy porodnosti, úmrtnosti a migrace, které jsou hlavními determinanty demografických změn ve společnosti, formovaly dnešní věkovou strukturu v období minulých sta let. Je tedy samozřejmé,

že demografické trendy, které probíhající mezi obyvatelstvem v současnosti, budou tvořit základ pro formování věkové struktury v budoucnosti. Dalším vývojem populace se tedy rozumí jednak budoucí vývoj celkového počtu obyvatel, jednak složení obyvatel podle pohlaví a jednotlivých věkových skupin, resp. jednotek věku.

Demografická projekce je definována jako souhrn matematických výpočtů, které vedou k odhadu dalšího vývoje populace. Projekce jsou určitým modelem budoucího vývoje za předpokladu předem daných úrovní plodnosti, úmrtnosti a migrace nebo při uvažování různých kombinací jejich změn.⁹ Populační projekce, které se snaží poskytnout co možná nejspolehlivější odhad budoucího demografického vývoje jsou nazývány demografickými prognózami. Prognózu lze tedy definovat jako nepodmíněnou, na vědeckém poznání založenou výpověď o očekávaném a v době jejího vzniku nejpravděpodobnějším budoucím vývoji sledovaného jevu. Naopak projekce jako produkt určité činnosti, představuje výpověď o perspektivním vývoji, který je důsledkem naplnění libovolných předpokladů bez explicitního nároku na její realitu (Kučera, 1998).

Výsledky projekce (prognózy) obyvatelstva závisí vždy na tom, jak jsou formulovány vstupní předpoklady o budoucím vývoji porodnosti, úmrtnosti a migrace. Tyto formulace, vycházející z vědeckých analýz minulého vývoje, jsou vždy subjektivně zabarveny, protože není nikdy možné objektivně přesně stanovit, jakým směrem se bude budoucí vývoj porodnosti, úmrtnosti a migrace ubírat. Z tohoto důvodu jsou všechny projekce a prognózy jen relativně spolehlivé. Kromě vstupních předpokladů je vždy nutné předem vždy určit tzv. práh projekce, to znamená výchozí stav obyvatelstva, z něhož se bude budoucí vývoj odvozovat. Dále je nutné určit délku projekce, tedy časový horizont, pro který se projekce počítá. Projekce se zpracovávají v různých variantách, které vznikají kombinací měnících se předpokladů, a které vymezují hranice které by budoucí vývoj neměl přesáhnout. Odvykle se publikují tři varianty: vysoká, střední a nízká.

Pro obyvatelstvo Prahy jsou v současné době zpracovány různé analýzy popisující odhad vývoje pohlavně věkových struktur. Je to například projekce Českého statistického úřadu pod názvem *Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2050*, kde je vypočteno věkové složení obyvatelstva Prahy bez zahrnutí vlivu migrace. Další analýzou je práce autorů B. Burcina, T. Kučery a Z. Čermáka z Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy pod názvem *Perspektivy vývoje obyvatelstva na území hlavního města Prahy, městské části Praha 5 a projektu rozvoje vlakového nádraží Praha-Smíchov na období 2005–2030*. V této práci byla zpracována prognóza obyvatelstva se zahrnutím vlivu migrace, která je v Praze velice důležitým komponentem populačního vývoje. Proto v další části kapitoly budou použity její výsledky.

Horizontem této prognózy je rok 2030 a výchozí stav věkové struktury, ze které se budoucí vývoj dále odhadoval, byl stav ke dni 31. 12. 2004. Autoři ve střední variantě prognózy vycházeli z předpokladu rostoucí úhrnné plodnosti v celém prognózovaném období, rostoucí nadějí dožití jak mužů tak žen a s postupným snižováním migračního salda. Podle výsledků střední varianty je pro celé toto období charakteristický pravděpodobný růst počtu obyvatel.

⁹ Demografie.info – demografické informace, analýzy a komentáře. 2008. *Prognózy a projekce* [online]. [cit. 2008-05-01]. Dostupný z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_prognozy>.

Ke konci roku 2004 žilo v hlavním městě 1 171 tisíc obyvatel. Postupně bude docházet k pozvolnému zvyšování tohoto počtu, v roce 2010 přesáhne 1,2 miliónu. K hranici 1,3 miliónu se počet přiblíží na konci prognózovaného období, v roce 2030 bude pravděpodobně v Praze žít 1 293 tisíc obyvatel. Oproti roku 2004 to představuje rozdíl více než 122 tisíc osob, což je růst o 10 %. Dalším charakteristickým rysem pražského obyvatelstva bude postupující demografické stárnutí. Lze předpokládat, že se v budoucnu tento proces značně urychlí, a to jak vlivem posouvání početně silných ročníků do vyššího věku, tak očekávaným zlepšováním úmrtnostních poměrů.

Tab. 3 – Očekávané složení obyvatelstva Prahy podle hlavních věkových skupin (střední varianta)

Věková skupina	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Počty osob (v tis.)						
0–14	147,0	162,0	182,1	184,8	170,8	157,3
15–64	845,7	841,5	813,8	803,4	820,2	822,5
65+	185,3	212,2	251,0	281,9	296,0	313,4
Celkem	1 178,0	1 215,7	1 247,0	1 270,0	1 286,9	1 293,2
Podíl (v %)						
0–14	12,5	13,3	14,6	14,5	13,3	12,2
15–64	71,8	69,2	65,3	63,3	63,7	63,6
65+	15,7	17,5	20,1	22,2	23,0	24,2
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Charakteristiky věkové skladby						
Index stárí	125,8	126,1	131	137,8	152,6	173,3
Index závislosti I.	17,4	17,4	19,3	22,4	23,1	20,8
Index závislosti II.	21,9	21,9	25,2	30,8	35,1	36,1
Index ek. zatížení	39,2	39,3	44,5	53,2	58,1	56,9
Průměrný věk	41,7	41,8	42,4	43,2	44,2	45,3

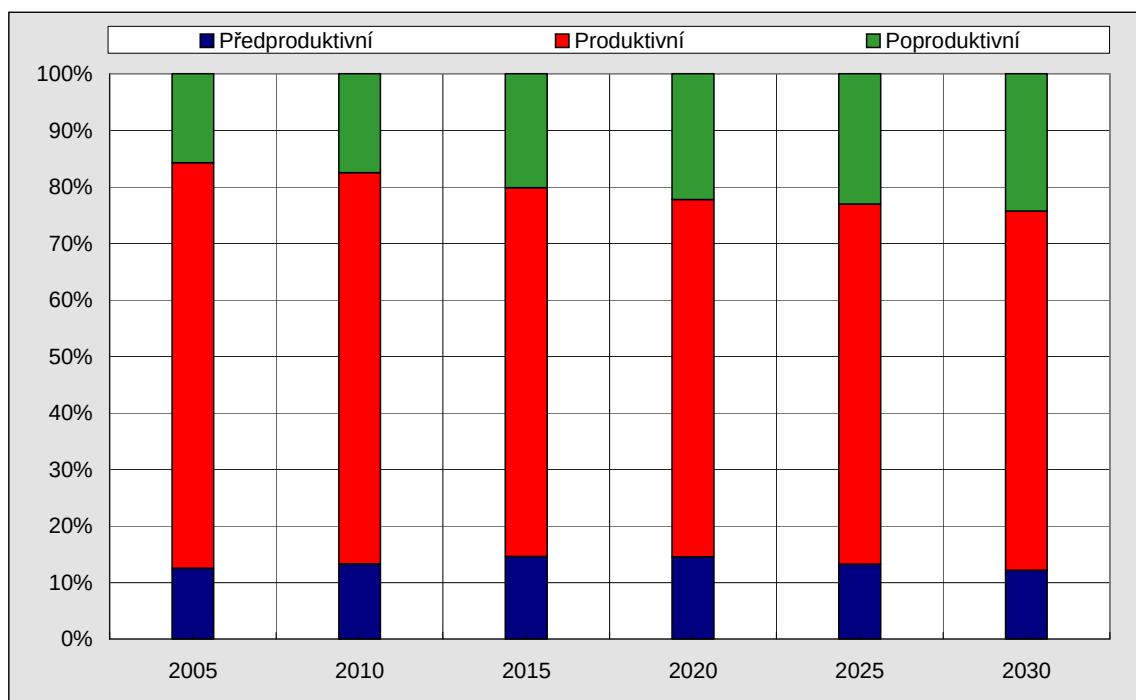
Zdroj: Burcin, Kučera, Čermák, 2006

Nepravidelný vývoj věkových struktur v minulosti a budoucí reprodukční chování obyvatelstva Prahy přinese do roku 2030 jisté strukturální změny. Početně silné, ale i slabé generace, které se narodily v někdejších vlnách vysoké a nízké porodnosti budou postupně procházet jednotlivými věkovými kategoriemi a budou tak měnit počty osob v jednotlivých věkových skupinách. Na přelomu století prakticky zanikl výrazný zářez ve věkové struktuře, který vznikl díky početně slabé generaci narozených za první světové války jako odraz nízké plodnosti v této době. Početně menší generace osob narozených v průběhu 30. let postupně vstupovaly do důchodového věku a svou malou četností způsobují stagnaci počtu seniorů. Tato stagnace je ale pouze dočasná, protože již nyní se do důchodového věku vstupují početné generace narozených v průběhu a po skončení druhé světové války. Výkyvy v porodnosti od padesátých let budou vytvářet nepravidelnosti ve věkové struktuře osob v produktivním věku. Především se však ve vývoji budoucího počtu obyvatel odrazí výrazný pokles počtu narozených v devadesátých letech 20. století.

Při splnění předpokladů demografického vývoje bez výraznějších výkyvů, se kterými autoři do prognózy vstupovali, by mělo docházet k postupnému vyrovnávání věkových pyramid. Do roku 2030 například téměř zmizí zářez v důsledku nízké porodnosti v průběhu hospodářské krize ze třicátých let, nebo naopak zvýšení porodnosti za druhé světové války. Do důchodového věku se posunou silné ročníky ze sedmdesátých let, do předdůchodového znovu příslušníci

generací z let osmdesátých. Naopak početně slabé generace z let devadesátých vstoupí do věkové kategorie 30–34letých.

Obr. 6 – Očekávaný vývoj složení obyvatelstva Prahy podle základních věkových kategorií (střední varianta)



Zdroj: Burcin, Kučera, Čermák, 2006

Jedním ze základních rysů budoucího vývoje bude pravděpodobně nepatrný růst a později mírný pokles počtu a podílu dětské neboli předproduktivní složky obyvatelstva. Autoři předpokládají ve střední variantě mírné zvýšení počtu dětí do roku 2020. Ve srovnání s reálným vývojem, který od roku 2004 do současnosti nastal, byl tento odhad správný, počty dětské složky 0–14 let se v letech 2004 až 2007, za který jsou k dispozici poslední údaje, výrazně neliší od prognózovaných hodnot. Podle dalších předpokladů dojde k mírnému zvýšení počtu dětí v pražské populaci. Tento nárůst zřejmě bude trvat do roku 2020, kdy bude vystřídán mírným poklesem až do horizontu prognózy. Obdobný vývoj je patrný i pro hodnoty podílu předproduktivní složky na celkovém obyvatelstvu. Důvod mírného zvýšení tohoto podílu dětské složky lze spatřit v reprodukčním chování početných generací 70. let, které v 90. letech odsouvaly narození potomků do pozdějšího věku a začali svou plodnost realizovat až ve druhé polovině prvního desetiletí nového století. Ilustrací mohou být počty živě narozených dětí v Praze, které se od roku 2004 pohybují nad 8 tisíce ročně a v roce 2007 přesáhli devět tisíc, čehož bylo naposledy dosaženo v roce 1993.

Nejpravděpodobnější budoucí vývoj produktivní složky obyvatelstva bude v období do roku 2020 ve znamení poklesu, později nastane její růst. Rychlejší snížení především ve druhém desetiletí nastane zejména z důvodu, že tuto věkovou kategorii začnou opouštět silné populační ročníky narozené koncem druhé světové války a po jejím skončení. Ve třetí dekádě začnou do tohoto věku vstupovat silnější generace narozené po roce 2000. Podíl této složky obyvatelstva tak v Praze poklesne o 8 procentních bodů, přibližně na 63 %.

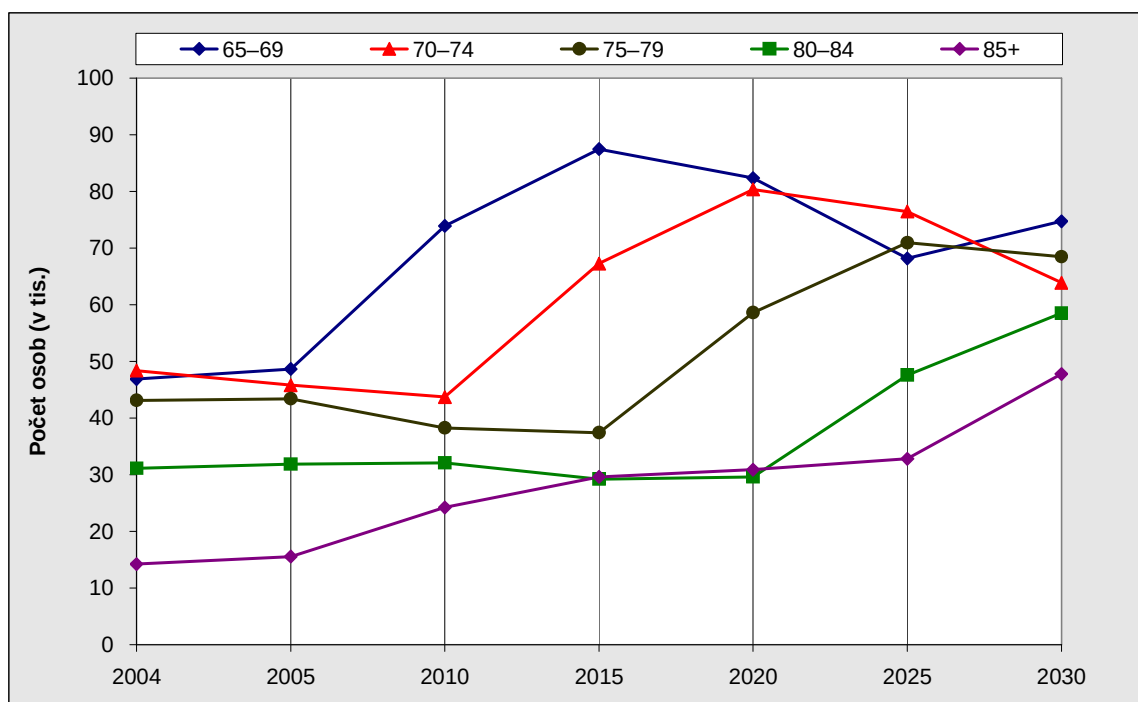
K nejvýraznějším změnám však dojde mezi obyvatelstvem v poproduktivním věku. Počty členů této věkové skupiny budou přibývat nejrychleji. V postupném, avšak stálém zvyšování početnosti osob nad 65 let věku se budou odrážet nepravidelnosti věkové struktury a očekávané prodlužování naděje dožití. Tyto osoby tvoří v současnosti přibližně jednu šestinu všech obyvatel Prahy, do roku 2030 by měl podle střední varianty prognózy podíl blížít ke čtvrtině, resp. dosáhne 24,2 % celkového obyvatelstva. Početně je očekáván nárůst z dnešních asi 190 tisíc na bezmála 315 tisíc osob v roce 2030, což je asi nárůst o 40 %.

Tab. 4 – Očekávaný vývoj obyvatelstva Prahy staršího 65 let ve vybraných letech (střední varianta)

Věková skupina	2005	2010	2015	2020	2025	2030
Počty osob (v tis.)						
65–69	48,7	73,9	87,5	82,4	68,2	74,7
70–74	45,8	43,7	67,3	80,4	76,5	63,9
75–79	43,4	38,3	37,4	58,6	71,0	68,5
80–84	31,8	32,1	29,2	29,6	47,6	58,5
85+	15,6	24,2	29,6	30,9	32,8	47,8
Celkem	185,3	212,2	251,0	281,9	296,0	313,4
Podíl (v %)						
65–69	26,3	34,8	34,9	29,2	23,0	23,8
70–74	24,7	20,6	26,8	28,5	25,8	20,4
75–79	23,4	18,0	14,9	20,8	24,0	21,8
80–84	17,2	15,2	11,6	10,5	16,1	18,7
85+	8,4	11,4	11,8	11,0	11,1	15,3
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Burcin, Kučera, Čermák, 2006

Převážně uvnitř této skupiny nastanou významné strukturální změny. Nejvýraznější absolutní i relativní přírůstky jsou očekávány v nejvyšším věku. Dnešní počet osob ve věku nad 85 let je relativně nízký, protože mezi nimi dominují příslušníci velmi slabých ročníků narozených za první světové války. Lze předpokládat, že největší nárůst tato věková skupina zaznamená ve druhé polovině dvacátých let, kdy se tohoto věku začnou dožívat osoby narozené v období poválečného kompenzačního vzestupu porodnosti. Právě osoby narozené za druhé světové války a především po jejím skončení budou mít postupně vliv na dočasné zvýšení počtu osob ve všech věkových kategoriích, přes které budou v průběhu příštích třiceti let procházet. Tento budoucí vývoj je přesně patrný na obrázku číslo 7.

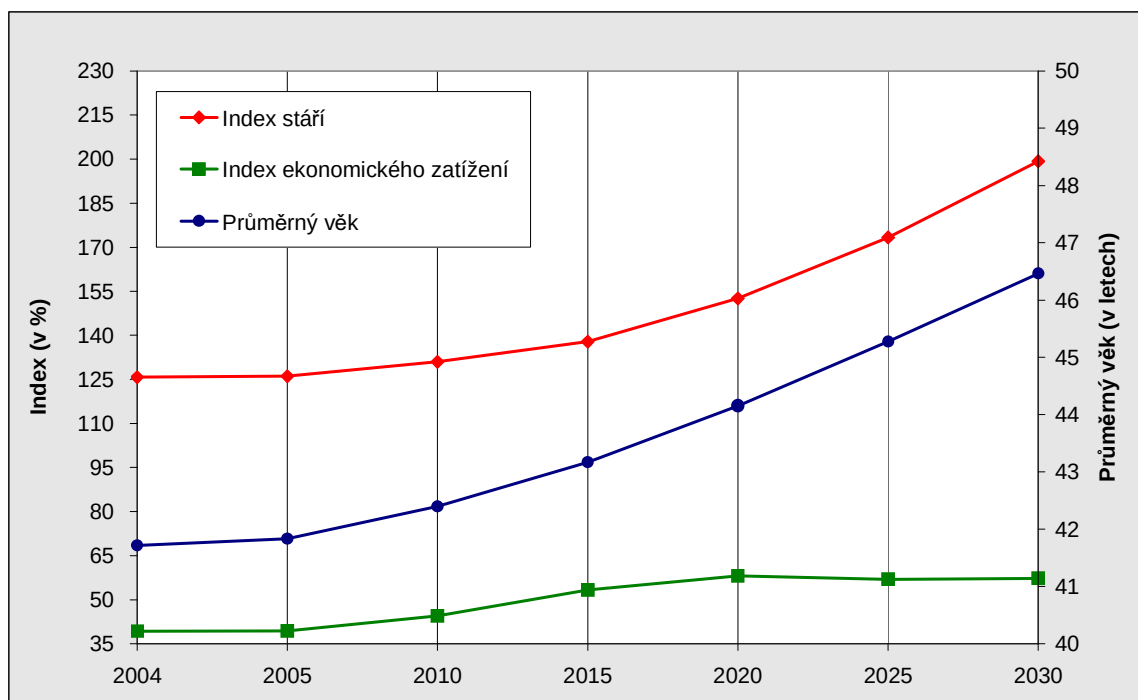
Obr. 7 – Očekávaný vývoj věkových skupin seniorů v Praze (střední varianta)

Zdroj: Burcin, Kučera, Čermák, 2006

Tyto změny v rozdílném vývoji základních věkových skupin povedou i ke změně jejich vzájemných vztahů a relací. Nejmarkantnější změnu lze zpozorovat mezi dětskou a poproduktivní složkou. Index stáří se zvýší o 40 %. Jestliže v roce 2004 připadalo na 100 dětí ve věku do 15 let přibližně 125 osob ve věku nad 65 let, pak kolem roku 2030 připadnou na jedno dítě pravděpodobně již dvě osoby v seniorském věku. Nárůst tohoto ukazatele v celém prognózovaném období bude plynulý bez větších výkyvů.

Nepříznivý vývoj mezi jednotlivými složkami populace vyjadřuje i hodnota indexu ekonomického zatížení. V roce 2004 připadalo průměrně 39 osob ve věku 0–14 let a 65+ let na 100 osob v rozmezí 15–49 let, k závěru prognózovaného období se tento poměr zvýší téměř o třetinu na 57 ekonomicky závislých na 100 osob v produktivním věku. Nejrychlejší vzestup hodnoty tohoto indexu je očekáván v první polovině prognózovaného období.

Výrazné změny ve věkovém složení se pak promítnou do hodnot dalšího ukazatele, kterým je průměrný věk osob v populaci. Podle střední varianty by se průměrný věk v pražské populaci měl zvýšit oproti roku 2004 o více než 4,7 roku na 46,5 let v roce 2030.

Obr. 8 – Očekávaný vývoj indexu stáří, indexu ekonomického zatížení a průměrného věku v Praze

Zdroj: Burcin, Kučera, Čermák, 2006

Výsledkem zmiňované prognózy obyvatelstva Prahy do roku 2030 je trend dalšího, progresivního stárnutí obyvatelstva metropole. Stárnutí obyvatelstva v průběhu devadesátých let bylo zapříčiněno především poklesem podílu osob v předproduktivním věku. Tento jev nastal po propadu porodnosti, který vyvrcholil v roce 1999 vůbec nejnížší hodnotou úhrnné plodnosti. Počty osob v produktivním věku se mírně zvyšovaly, díky silným generacím z natalitní vlny 70. let. Do věku poproduktivního se dostávaly početně slabé ročníky narozených v průběhu hospodářské krize 30. let a podíl seniorské složky populace stagnoval. Demografické stárnutí se tak v devadesátých letech a na počátku let 21. století odehrávalo ze zdola věkové pyramidy.

Již od roku 2000 do věkové kategorie nad 65 let přechází početné generace narozených po roce 1940. Dochází tak již nyní k nárůstu absolutních i relativních počtů seniorů v populaci. Intenzita tohoto procesu bude v několika málo letech pravděpodobně kulminovat spolu s průchodem poválečné populační vlny přes uvedenou věkovou hranici. Počty seniorů se budou nadále zvyšovat, nejen příchodem „nových“ generací, ale i díky zlepšujícím se úmrtnostním poměrům starších osob a zvyšující se naději dožití. Demografické stárnutí populace se tak bude odehrávat na vrcholu věkové pyramidy.

Stárnutí populace se nebude týkat pouze obyvatel Prahy, ale jak ukazují obdobné studie na celorepublikové úrovni je situace obdobná. Obyvatelstvo hlavního města Prahy patří již nyní k nejstarším ze všech 14 krajů České republiky. V budoucnu lze očekávat, že se tato nelichotivá situace nezmění a Praha zůstane i nadále regionem s nejstarší věkovou strukturou.

S rostoucím počtem seniorů, kterých v Praze přibude do roku 2030 více než 120 tisíc, se tak stále ožehavějšími stanou otázky financování důchodového systému, zdravotnických účtů a především otázka sociálních služeb pro tyto občany a jejich možné další plánování.

Kapitola 5

Institucionální péče o seniory

Jednou z charakteristik, které vypovídají o stavu společnosti, je skutečnost, jak přistupuje a jakou pozornost věnuje svým starým členům (Haškovcová, 1990). Na současnou společnost je kladen požadavek změnit postoj a vytvářet přijatelné podmínky pro život seniorů.

Péče o staré občany, kteří se z jakéhokoliv důvodu nemohou o sebe postarat sami, je z morálního hlediska povinností těch, kteří jsou zdraví a produktivní. Tak tomu bylo po dlouhá staletí v různých společnostech. Vždy byla starším lidem prokazována jistá úcta, která se vztahovala na jejich moudrost, stáří a životní zkušenost. Skutečností je, že starší lidé jsou bezesporu hodnotou pro společnost, ač jim tuto cenu dnešní materiálně orientovaný svět nepřikládá. Sociálně-ekonomický, kulturní a duševní přínos stáří však nelze opominout. Mnohé vědecké studie poukázaly na to, že tam, kde starší lidé zůstávali až do smrti váženými občany, byl nízký výskyt civilizačních onemocnění, např. srdečních příhod. Později se změnou životního cyklu došlo i ke změně v chování k starším osobám. Mladí lidé začali odcházet za prací do měst a svých seniorů si přestávali vážit (Rheinwaldová, 1999).

Pro české země býval ještě do začátku minulého století charakteristický na venkově systém výměnků, kde dožívala starší generace, podporována svými potomky. Starý hospodář si vymínil, že předá celý statek svému následníkovi v případě, že mu bude zajištěno slušné dožití (Štípek, 2008). Starší lidé se v minulosti těšili vážnosti a úctě. Změny životního stylu však tyto tradice změnil. Dnes v mladých rodinách převážně oba partneři pracují a ve zbývajícím čase se věnují svému potomstvu, času na péči o své rodiče je nedostatek. Rodiny bydlí často v malých bytech, kde i při nejlepší vůli není místo pro staré lidi. Není to sobectví mladých lidí, že nemají své rodiče blízko u sebe, je to součást dnešní reality. Takové soužití by v mnoha případech nebylo ani ve prospěch věci a docházelo by ke konfliktním situacím. Navíc mnozí senioři potřebují celodenní péči a noční dohled, které jim dnešní mladý člověk žijící v uspěchané době nemůže poskytnout (Haškovcová, 1990).

Lze tedy říci, že odchod lidí, kteří z nějakého důvodu ztratili soběstačnost, do zařízení péče o seniory, je řešením jejich životní situace. Tam by měli najít nový bezpečný domov, kde budou moci spokojeně žít. Tento nový domov by měl poskytovat nejen důstojné bydlení a sociální péči, ale také prevenci fyzického a duševního chátrání starého člověka. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by vracel smysl a hodnotu. Těchto zařízení pro starší, ale i mladé lidi neschopné péče o sebe, by měl být dostatek, tak aby mohla být specializována na

určitý druh a specifické potřeby klientů. Měla by být vedena potřebami obyvatel a ne naopak. Lidé by do nich neměli být umísťováni jako zboží. V zařízeních by nemělo docházet ke sdílení pokojů mezi osobami zdravými, kteří potřebují pouze pomoci s určitými handicapy a osobami, které trpí duševními poruchami, či ležícími pacienty, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí a de facto čekají na smrt. V České republice momentálně přetrvává trend, kdy do zařízení péče o seniory přicházejí lidé, kteří nejsou mentálně a fyzicky schopní se o sebe postarat a očekávají péči spíše zdravotního charakteru. Proto v mnoha domovech převládá péče zdravotní nad sociální a pečovatelskou (Rheinwaldová, 1999).

Jako největší problém se jeví nedostatečná výstavba nových zařízení, kde by se obyvatelé cítili opravdu dobře. Důraz by měl být kladen na to, aby tato zařízení zcela vyhovovala potřebám seniorů. To je bohužel s ohledem na vysoké náklady úkol velmi obtížný. Je tedy nutné zaměřit se především na zlepšování kvality péče o klienty, kde kvalitní program není pouze doplňkem péče (ubytování, stravování), ale je vysoce terapeutický a důležitý pro duševní a fyzický stav obyvatel zařízení. V souladu se záměry WHO¹⁰ lze za cíl geriatrické péče pokládat nejen formulovaný cíl „přidat léta životu“, ale současně usilovat i o jeho kvalitu „přidat život létům“ (Vechetová, 2004).

5.1 Historický vývoj institucionální péče v Čechách

Osud starých lidí v českých zemích v minulosti kopíroval víceméně celoevropský model. O staré, chudé pečovala zpravidla nějaká osoba z rodinného zázemí. Od středověku lze datovat a sledovat pohnutou historii ústavní péče o staré, nemocné a chudinu.

V českých zemích existovaly tři základní typy ústavní péče, v nichž dominovala charitativní pomoc. *Středověké špitály* představovaly především útulky pro nemocné obyvatelstvo, tuláky, pocestné i chudinu. Ve špitálech nacházeli pomoc i mladí lidé. Věková skladba se však postupně měnila, starých lidí přibývalo. Lze tak říci, že špitály byly prvními institucemi pro dlouhodobý a hlavně trvalý pobyt starých lidí (Dohnal, 1986). Úroveň špitálů byla velmi různá a závisela na sponzorech, správa spadala pod klášterní nebo světskou moc. Druhý typ ústavní péče reprezentovaly *klášterní nemocnice*. Ty ovšem fungovaly jen pro hrstku vyvolených. Nemocní se rekrutovali z řad řeholníků či šlechtických rodin, které dotovaly řád. Ošetřující byli příslušníky řádu zřizujícího nemocnici. Úroveň těchto nemocnic nebyla rovněž nijak skvělá, neboť ošetřující se věnovali především náboženským úkonům. Do třetice existovaly *nemocnice pro malomocné* nebo různými infekčními chorobami postižené osoby. V době epidemií měla tato zařízení charakter azylové péče, resp. vyhnanství. Jejich hlavním úkolem bylo separovat nebezpečně nemocné od ostatních osob (Haškovcová, 1989).

Město Praha nezůstalo s těmito problémy opodál, a proto zde už v 15. a 16. století byly zakládány obecní ústavy pro zchudlé a staré občany (Wolfová, Kolařík, 1987). V roce 1484 byl na Újezdě založen králem Vladislavem II. tzv. malostranský špitál, v roce 1502 vznikl na Poříčí špitál staroměstský a v roce 1505 novoměstský Pod Slovany. První nemocnice, jejichž péče by se dala srovnat s pojetím péče dnešní, byly zakládány od 17. století. V roce 1720 byl položen

¹⁰ WHO – World Health Organization

základní kámen nemocnice Milosrdných bratří v Praze, později v roce 1788 byla otevřena Všeobecná nemocnice. S postupem let se v nemocnicích začíná více léčit a čistě azylový charakter těchto institucí zvolna mizí. Jenomže staré osoby mnozí léčit nechtějí, mnozí ani neumí. Proto jsou staří lidé nadále ukládáni do tzv. starobinců, pokud jsou nemajetní do chudobinců. V roce 1733 vznikl v Petřské čtvrti v Praze Všeobecný chudobinec pražský. Z počátku zde bylo 300, později až 600 starých osob (Wolfová, Kolařík, 1987). Chudobinec byl financován z nejrůznějších sbírek, odkazů a darů. Péče v chudobincích byla obecně na nízké úrovni a zpravidla si ji poskytovali nemocní navzájem.

Od roku 1779 zakládal hrabě Johann Nepomuk Buquoy na četných panstvích tzv. farní chudinské instituty. Tato forma se osvědčila a byla rozšiřována. Odhaduje se, že na území Čech bylo 296 takových farností. Údaje z roku 1931 vypovídají o 4 299 chudobincích na území Čech, Moravy a Slezska. Toto vysoké číslo je překvapující, nicméně v této době se za ústav například považovala i jedna místnost, ve které žil jeden starý člověk. Ostatně přesnější je údaj, že péče byla poskytována 40 494 chovancům ve všech typech ústavů, tedy jak starobincích, tak chorobincích (Wolfová, Kolařík, 1987).

Přestože nadále mnoho starých lidí zůstává v péči rodin či bez péče na ulici, dochází k nepřehlédnutelnému rozvoji ústavní péče na kvalitativně nové úrovni. V květnu roku 1929 byly založeny tzv. Masarykové domovy v Praze-Krči (dnešní Thomayerova nemocnice). Toto zařízení, jehož oficiální název zněl Zaopatřovací ústav v Krči, čítalo 21 budov, z nichž pět bylo starobincem a pět chudobincem a měl kapacitu 2 400 lůžek. Další budovy sloužily jako ozdravovny, zotavovny a dětský chorobinec. V souvislosti s jeho otevřením byly zrušeny četné malé ústavy na území celé Prahy, neboť byly nevhodné, neefektivní a nákladné.

Přes některé úspěchy, vykazovala péče o staré lidi stále značné rozdíly. Jen někteří měli to štěstí, že skončili v nemocničních zařízeních, mnozí nadále živořili. O zcela nesoběstačné a nemajetné osoby se staraly obce a města. Domovské právo, které ukládalo obcím pečovat o chudé a staré lidi, bylo zrušeno v roce 1948. Pomoc starým lidem poskytovaly ještě zpravidla dobrovolné organizace, např. Charita, Diakonie, České srdce, Československý červený kříž.

V roce 1950 přebírají do své kompetence poskytování doplňkové sociální služby národní výbory. O čtyři roky později přebírá Státní úřad důchodového zabezpečení od ministerstva zdravotnictví řízení ústavní sociální péče prostřednictvím národních výborů. Tzv. domovy odpočinku jsou přejmenovány na domovy důchodců. V roce 1959 je na území ČSR jednotně řízeno 296 domovů důchodců s celkovým počtem 27 302 míst. V roce 1960 jsou pod jednotnou správu převedeny též ústavy, které až dosud spravovala Česká katolická charita, církve a náboženské společnosti, a to s výjimkou těch, které sloužily výhradně příslušníkům těchto řádů (Wolfová, 1987).

Ke dni 1. 1. 1974 vznikly léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN). Pobyt v těchto léčebnách není časově omezen a jsou zde přijímáni nemocní, u nichž nelze očekávat zlepšení zdravotního stavu v době kratší než tři měsíce. Přestože jsou tyto léčebny určeny všem dlouhodobě nemocným lidem, převážnou většinu hospitalizovaných tvoří staří lidé.

5.2 Současná institucionální péče o staré občany

Ve společnosti roste podíl osob v důchodovém věku. Tito lidé mají vyšší nároky na pomoc, kterou by jim měla poskytovat společnost, ať už se jedná o pomoc zdravotního či sociálního charakteru. Již nyní lze říci, že požadavky občanů na komplexní zabezpečení jejich potřeb budou jen narůstat. Tato pomoc může být uskutečňována jednak ustálenou formou ústavní sociální péče, která je u nás považována za formu nejčastější, ale i nejnáročnější. Jednak se mohou hledat nové, alternativní formy péče o seniory, které budou založeny na variabilitě sociálně zdravotních služeb poskytovaných různými subjekty bez ohledu na typ bydlení seniora.

Aktuálním úkolem je optimalizace struktury zařízení ústavní sociální péče. Klasické domovy důchodců procházejí celoevropskou krizí. Vznikaly jako chráněná prostředí, do nichž přicházeli relativně zdatní lidé, kteří již ale nebyli schopni zvládat náročné domácí podmínky. V současné době však do těchto ústavů přicházejí lidé ještě v horším zdravotním a funkčním stavu. Už na počátku 90. let minulého století bylo až 30 % klientů domovů důchodců imobilních, trvale upoutaných na lůžko (Kalvach, 1993). To však neodpovídá původnímu pojetí domovů důchodců (seniorů), jejich personálnímu a materiálnímu vybavení. Provizorně jsou v těchto zařízeních zřizována ošetrovatelská oddělení, což je však v rozporu s platnou právní úpravou.

Skutečností je také, že většina seniorů, v případě možnosti volby zůstat žít ve svém přirozeném prostředí nebo být umístěn do zařízení ústavní sociální péče, by asi nejčastěji volila možnost první.¹¹ Přesto ale u nás počet žádostí o umístění do některého ze zařízení ústavní sociální péče rok od roku roste. Důvody jsou různé. Zejména však tíživé životní podmínky (ekonomické, sociální, rodinné), které seniory vedou k tomuto závažnému a většinou již nevratnému kroku. V budoucnu může nastat situace, kdy všichni staří lidé budou žít v tzv. „seniorských ghettech“, a proto je nutné se situací seniorů, především ale jejich potřebami, zabývat poněkud podrobněji.

Další charakteristikou ústavní sociální péče je její finanční náročnost. Jde o služby poměrně drahé. Zřizovatelé těchto zařízení musejí doplácet na své klienty, jelikož ti nemají zpravidla dostatek finančních prostředků, aby svůj pobyt v těchto zařízeních plně uhradili. Zároveň platná právní úprava ani nedovoluje provozovatelům zařízení žádat od svých klientů větší finanční spoluúčast na úhradě vzniklých nákladů, jelikož zákon stanoví, že po úhradě nákladů na pobyt jim musí zůstat alespoň 15 % z jejich příjmů k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb.¹²

Již zmíněné problémy ústavní sociální péče o seniory u nás nelze označit jenom za český fenomén. Stejně nebo obdobné problémy lze nalézt v systémech sociálního zabezpečení všech vyspělých demokratických společnostech. Odlišné jsou pouze přístupy, které daná společnost a její instituce k danému problému zaujímají.

¹¹ Ze statistik OECD vyplývá, že tuto péči potřebuje jen malé procento populace (3–5 % starších 65 let) (Blackman, 2000)

¹² Zákon č. 108/2006 Sb.

Sociální služby, které jsou součástí systému sociálního zabezpečení, jsou pro osoby nacházející se ve stavu sociální nouze zabezpečovány státními i samosprávnými orgány a nestátními organizacemi. Jde o situace, kdy občan z řady objektivních (stáří, nemoc, zdravotní pojištění), ale i subjektivních (ztráta osobní motivace, ztráta sebekontroly) důvodů nemůže svojí situaci nebo situaci své rodiny řešit sám a kdy řešení formou sociální dávky nepostačuje nebo ztrácí smysl. Pestrost těchto situací, do kterých se může člověk během svého života ocitnout, se promítá i v široké škále aktivit subjektů, které se na poli sociálních služeb začaly profilovat od počátku 90. let minulého století (Kasalová, 1997)

5.3 Zákon o sociálních službách

V porovnání se stavem, který platil do doby nabytí účinnosti zákona o sociálních službách, tedy do 1. 1. 2007, došlo k zásadní změně v sociální oblasti a tedy i v oblasti pobytových služeb pro seniory. Do konce roku 2006 platila vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., která definovala ústavní sociální péči o seniory, jenž byla zajišťována v těchto typech zařízení: Domovy-penziony pro důchodce (DPD) a Domovy důchodců (DD). V těchto zařízeních bylo poskytováno jak trvalé bydlení, tak i určité služby sociální péče. Zvláštní kategorií byly domovy s pečovatelskou službou (DPS), které sice nepatřily k ústavům sociální péče, řadily se do kategorie zařízení pečovatelské služby, ale náplní své činnosti se velice podobaly Domovům-penzionům pro důchodce.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti 1. 1. 2007, přinesl zásadní změny do oblasti sociálních služeb. Změny spočívají jak v novém pojetí samotných sociálních služeb, jejich forem, druhů a podmínek poskytování, tak i v novém přístupu k finančnímu zajištění osob, které pomoc v nepříznivé sociální situaci potřebují. Těmto osobám je určena nová dávka, příspěvek na péči, poskytovaná na zajištění potřebné pomoci zejména prostřednictvím služeb sociální péče, ať již poskytovaných v domácím prostředí osob, nebo v zařízeních sociálních služeb.

Sociální služby by podle zákona o sociálních službách měly být dostupné všem uživatelům a měly by směřovat k jejich potřebám. Zákon zdůrazňuje integraci (začlenění handicapovaných jedinců do běžného života), podporu nezávislosti (svobodné rozhodování, možnost volby) a ochranu znevýhodněných osob (uplatňování práv, jejich potřeb a zájmů). Přispívá ke zmírnění a odstraňování znevýhodnění. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni získat oprávnění k jejich poskytování, jen tak budou zapsáni do registru poskytovatelů služeb. Mění se systém přijímání klientů do domovů. Klientem (uživatelé) se stane osoba, která pomoc a podporu prostřednictvím sociálních služeb skutečně potřebuje (stanovení pravidel pro posuzování nepříznivé situace). Změny nastávají v systému poskytování služeb (uzavírání smluv a dohod, sestavování plánů služeb a jejich financování). Kvalita služeb je stavěna na první místo (standards kvality sociálních služeb). S kvalitou služeb je úzce spojena kvalita odborného personálu. Nový zákon stanovuje podmínky pro výkon práce v sociálních službách (odborná způsobilost k výkonu práce v sociálních službách). Systém sociálních služeb si zanechal vícezdrojové financování. Vedle příspěvku na péči jako formy spolufinancování sociálních služeb byl zaveden titul účelových dotací ze státního rozpočtu krajům, obcím a poskytovatelům

sociálních služeb na zabezpečení těchto služeb. Nový zákon vymezil také pojem sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. K výkonu těchto povolání musí být pracovník způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý a je pro něj povinné celoživotní vzdělávání.

5.3.1 Základní druhy a formy sociálních služeb

Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují formou jako služby pobytové (spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb), ambulantní (osoba dochází do zařízení sociálních služeb) nebo jako terénní (poskytování klientům v jejich přirozeném sociálním prostředí). *Sociální poradenství* dle § 37 zákona zahrnuje základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální péče definuje § 38 zákona jako služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Mezi služby sociální péče řadí zákon následující: osobní asistenci, pečovatelské služby, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Služby sociální prevence jsou v ustanovení § 53 zákona vymezeny jako služby, jež napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, pro sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Zákon o sociálních službách upravuje následující druhy služeb sociální prevence: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.

Jednotlivé služby jsou v zákoně přesně definovány. Poskytují se osobám bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Způsob hodnocení úkonu péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti, rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb je upraven vyhláškou MPSV ¹³ č. 505/2006 Sb., kterou

¹³ MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zákon o sociálních službách zahrnuje tedy širokou škálu služeb, z právního hlediska, kromě příspěvku na péči zákon nestanoví klientům sociálních služeb v podstatě žádný právní nárok (Matoušek, 2007).

Domovy pro seniory jsou definované v § 49 zákona o sociálních službách jako pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tato pobytová služba obsahuje základní činnosti v rámci poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Stručnou charakteristiku jednotlivých druhů a forem sociálních služeb, jako i zařízení sociálních služeb, lze nalézt v příloze této práce.

5.3.2 Podmínky poskytování sociálních služeb

V minulém období nebyla pravidla pro poskytování služeb nestátními subjekty evidovanými v obecných registrech upravena. Pro oblast sociálních služeb neexistovala žádná zvláštní úprava, která by stanovila požadavky na odbornou způsobilost personálu, na prostory, v nichž se služby poskytují a na kvalitu poskytovaných služeb (Dostálová, 2008). Zákon o sociálních službách upravil podmínky pro poskytování sociálních služeb.

Nyní lze sociální služby poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci vydaným příslušným krajským úřadem. Podmínky registrace jsou definovány v § 79 zákona o sociálních službách. Povinnost registrace mají nyní všichni poskytovatelé sociálních služeb, fyzické osoby, právnické osoby, organizační složky státu nebo územně správního celku. Krajský úřad vede registr poskytovatelů sociálních služeb v elektronické podobě, správu registru vykonává Ministerstvo práce a sociálních věcí. Registrace se nevyžaduje, poskytuje-li osobě pomoc osoba blízká nebo jiná fyzická osoba, která tuto činnost nevykonává jako podnikatel.

Registrace poskytovatelů je nástrojem ochrany klientů a jejich zájmů tak, aby nedocházelo k porušování jejich práv (Dostálová, 2008). Registraci může krajský úřad zrušit v případě, že poskytovatel služeb neplní podmínky registrace, závažně porušuje své povinnosti a nesplňuje standardy kvality poskytovaných sociálních služeb a tyto nedostatky neodstraní. Nově se zavádí inspekce kvality sociálních služeb. Inspekci kvality poskytování sociálních služeb se rozumí systematické ověřování a hodnocení postupů a metod užívaných při poskytování sociálních služeb. Postupy, metody a jejich výsledky jsou při inspekci srovnávány se standardy kvality sociálních služeb jako obecně uznávanými postupy a metodami při poskytování sociálních služeb s přihlédnutím k ekonomickým možnostem. Standardy kvality sociálních služeb stanoví ministerstvo za účasti zástupců poskytovatelů a uživatelů. Ke zrušení registrace může dojít i v případě negativního výsledku inspekce, kterou ze zákona provádí krajský úřad nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Dle zákona o sociálních službách je poskytování sociálních služeb nově založeno na smluvním principu. Poskytovatel služeb sociální péče, který požadovanou službu provozuje a má dostatečnou kapacitu, je povinen uzavřít písemnou smlouvu s osobou, jejíž zdravotní stav nevyklučuje poskytnutí požadované služby a která o poskytnutí požádala. Náležitosti smlouvy jsou upraveny v § 91 zákona o sociálních službách. Došlo tak k posílení postavení uživatele sociálních služeb a k posílení jeho právní jistoty. Žadatel o službu žádá o poskytnutí sociální služby přímo poskytovatele.

5.3.3 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se dle § 7 zákona o sociálních službách poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Příspěvek na péči nahradil zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. Jeho cílem je přispět osobám v nepříznivé sociální situaci na zajištění potřebné pomoci. Příspěvek je vyplácen dle věku a stupně závislosti klienta ve čtyřech částkách od 2 000 Kč (respektive 3 000 Kč u dětí do 18 let věku) do 11 000 Kč měsíčně.

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Závislost na pomoci jiné fyzické osoby je stanovena ve čtyřech stupních: lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost.

Míra závislosti se stanoví na základě lékařského vyšetření a sociálního šetření a o konkrétním stupni závislosti rozhoduje úřad práce. Výše příspěvku je dána v § 11 zákona a určuje se podle stupně závislosti a věku osoby. Přiznaná výše příspěvku je vyplácena obecními úřady obcí s rozšířenou působností. O příspěvek se žádá písemně u obecního úřadu obce s rozšířenou působností a tento obecní úřad následně kontroluje, zda se přiznaný příspěvek na péči skutečně využívá k účelu, na který byl poskytnut a zda odpovídá stanovenému stupni závislosti. Kontrolu provádí u poskytovatele sociálních služeb, jemuž příjemce příspěvku služby hradí. Této kontrole nepodléhají osoby blízké nebo jiné osoby, které s oprávněným žijí ve společné domácnosti a poskytují mu potřebnou péči.

Příspěvek na péči může zlepšit situaci u pečujících rodinných příslušníků zejména proto, že není omezena jejich výdělečná činnost. Tato koncepce příspěvku na péči zakládá předpoklad, že osoby které potřebují péči, zůstanou ve svém domácím prostředí a ústavní služby využijí jen v krajních případech (Matoušek, 2007). Příspěvek činí z osoby potřebné zákazníka, který si služby jemu poskytované kupuje, a to jak ve vztahu k poskytovateli sociálních služeb, tak i ve vztahu k rodinným příslušníkům, kteří o něj doma pečují.

5.3.4 Dopady zákona o sociálních službách v praxi

Klienti

Pro klienty zavedení nového zákona o sociálních službách přineslo možnost *svobodného rozhodnutí*, od koho si mohou sociální službu „nakoupit“. Minulý systém tuto možnost neumožňoval, klientům tedy nezbylo nic jiného, než přijmout službu od toho poskytovatele, který jim byl přidělen. Tento fakt byl dán mimo jiné místním dosahem poskytovaných služeb.

Se svobodným rozhodováním o tom, od koho klienti sociální službu „nakoupí“, však souvisí také zápory. Často se stává, že klienti považují příspěvek na péči pouze jako *zvýšení peněžního obnosu* nebo též jako částku odškodňovací a ne jako částku, za kterou by si měli zaplatit sociální službu. Klienti mohou tyto prostředky využívat na nákup běžných potravin nebo je rozdělit mezi své příbuzné. S tímto problémem také souvisí fakt, že se klienti často uchylují k možnosti, že jim sociální službu poskytuje příbuzný nebo osoba jim blízká. V tomto případě se může stát, že pečující osoba neposkytne klientovi péči v dostatečné kvalitě a kvantitě. Problémem by také mohlo být *uzavírání písemných smluv s některými klienty*. Ne vždy jsou tito lidé svéprávní a mají k dispozici osobu blízkou, která by jim poradila.

Možností pro klienty sociálních služeb, kteří si nezvolí pro poskytování sociální služby registrovaného poskytovatele, ale například osobu blízkou, by mohlo být uzavření smlouvy o poskytnutí služby i s touto osobou. Alespoň částečně by se zamezilo zneužívání příspěvku na péči osobami poskytujícími služby a na druhou stranu by měl klient jakési potvrzení o zajištění péče pro případ kontroly.

Negativní dopad zákona je možno spatřovat v *posuzování míry závislosti*. Dle minulé právní úpravy měly děti, jež vyžadovaly například dietní stravování nebo byly postiženy úplnou hluchotou, nárok na příspěvek na péči o osobu blízkou až do 18 let věku dítěte a rodičům se doba péče započítávala do doby pojištění pro nárok na důchod a zdravotní pojištění za ně platil stát. Nová právní úprava však umožňuje zápočet let a úhradu pojistného jen u osob pečujících o děti od II. stupně závislosti. To znamená, že pokud dítě bude zařazeno do I. stupně míry závislosti, bude muset pečující rodič řešit problematiku zdravotního a sociálního pojištění. Zvláště špatně na tom budou rodiče dětí diabetiků. Na vině je špatné nastavení kritérií hlavně u dětí do 3 let věku, u nichž se zkoumají pouze některé úkony a dítě je tak zařazeno pouze do I. stupně závislosti¹⁴.

Poskytovatelé

I když by se dalo říci, že se reformovaný zákon o sociálních službách zaměřil hlavně na klienty sociálních služeb, nemálo změn lze nalézt také na straně jejich poskytovatelů.

Po zavedení nového systému se na straně poskytovatelů naskytla značná výhoda. Dokud nebylo poskytování sociálních služeb nijak uzavřeno písemnou smlouvou, mohl se klient, který službu přijímal, ohradit proti jejímu poskytování. Některým vadila kvalita, jiným malý počet

¹⁴ Posuzování míry závislosti podle zákona o sociálních službách a prováděcí vyhlášky. Dostupný z WWW: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/skok01-2007.pdf>>.

služeb. Nyní jsou poskytovatelé *jištění smlouvami*, ve kterých je jasně formulováno, co je obsahem poskytované služby, což snižuje možnosti klientů na stížnosti. Silnou stránkou na straně poskytovatelů je také *zajištění kvality* poskytovaných služeb formou zavádění standardů kvality sociálních služeb.

Jednou z hlavních změn v zákoně bylo stanovení povinnosti poskytovatelům uzavírat písemné smlouvy s klienty sociálních služeb. Například dle Národní rady zdravotně postižených dochází k *nedodržování obsahu smluv*. Klientům sociálních služeb by po úhradě služby mělo zůstat minimálně 15 % příjmů, to se ale neděje. Mimo to se také objevují případy, ve kterých dochází k nasazování maximálních cen bez dostatečné diferenciací. To lze pozorovat například na úhradě za ubytování, kdy klient platí stejnou částku za jedno i třílůžkový pokoj, přičemž dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. je maximální úhrada 160 Kč za den stanovena pro pokoj jednolůžkový¹⁵.

Jelikož spadají sociální služby do sféry veřejného sektoru, lze zde nalézt viditelné stopy *byrokracie*. Poskytovatelé si na základě žádostí o pobyt ve svých zařízeních nebo žádostí o poskytnutí služby mohou vybírat své klienty a také čekací doby na poskytování sociálních služeb nebývají malé. Pro samotné poskytovatele se byrokracie objevuje jako slabá stránka z pohledu registrace. Jsou tak nuceni na krajském úřadu předkládat nespočet dokumentů nutných pro registraci (ověřené kopie dokladů o získaném vzdělání pracovníků, výpisy z rejstříku trestů). To samozřejmě zvyšuje *náklady* těchto žadatelů. V neposlední řadě se na některých úřadech významně prodlužují čekací doby na získání registrace.

Další, neméně závažnou slabou stránkou, je z pohledu poskytovatelů *nedostatek pracovníků* v sociálních službách. V čase lze sice nalézt jakési snahy o optimalizaci počtu těchto pracovníků tak, aby byly služby zajištěny v dostatečné kvalitě a kvantitě, ovšem u některých typů sociálních služeb tohoto cíle dosaženo nebylo. Tomu mohou být na vině jak například nízké platové ohodnocení za tuto práci, nedostatečné vzdělání, tak také nedostatek finančních prostředků na zajištění dostatečného počtu pracovníků.

Pro poskytovatele služeb by se v budoucnu mohl stát silnou hrozbou *nedostatek pracovníků*. Jelikož nový zákon předepisuje povinnost kvalifikace pro výkon povolání sociálního pracovníka. Tento fakt by mohl ohrozit možnost registrace poskytovatelů.

Pracovníci

Jednou z předností nové koncepce systému sociálních služeb je zavedení povinnosti *celoživotního vzdělávání*. V současné době, kdy dochází k neustálému zdokonalování všech činností člověka a ke zvyšování poznatků, je celoživotní učení velice důležité. V tomto zákoně jsou tedy právně zakotveny předpoklady pro výkon povolání v sociálních službách.

Po zavedení nového zákona se nepočítalo s tím, že by výrazněji vzrostl počet příjemců sociálních dávek, mezi něž se příspěvek na péči řadí. Vzhledem k tomu, že počet příjemců příspěvku na péči vzrostl oproti počtu příjemců dávek v minulém systému téměř o třetinu, došlo k *nedostatku pracovníků* na obcích s rozšířenou působností. Na jednoho takového pracovníka tak připadá 450 až 600 žadatelů o příspěvek (Průša, 2007).

¹⁵ Problematika smluv o poskytnutí sociální služby.

Dostupný z WWW: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/04skok07.doc>>.

Ačkoli je kladen velký důraz na vzdělávání pracovníků, v současném systému existuje pouze *málo akreditovaných vzdělávacích programů* nebo kurzů nebo se jejich zaměření míjí s požadavky výkonu pracovníků v sociálních službách. V současné době má akreditaci MPSV celkem 629 různých vzdělávacích programů¹⁶. Dle Národní rady zdravotně postižených patří mezi slabé stránky také *neuznatelnost některých vzdělávacích programů*. Tento fakt by mohl některé pracovníky, kteří absolvují vzdělávací program či kurz a ten mu nebude uznán, odradit od dalšího vzdělávání.

Asi největší hrozbou z pohledu pracovníků je jejich *odchod do jiných zaměstnání* mimo sociální služby. Na vině tomu mohou být nízké mzdy těchto pracovníků. Ztráty pracovníků by byly tím horší, čím kvalifikovanější ve svém oboru by byli. Ovšem velkým problémem by byl také odliv kvalifikovaných pracovníků z veřejného do soukromého sektoru poskytujícího sociální služby. Zde by docházelo ke snižování kvality služeb poskytovaných veřejným sektorem a možná i k následnému utlumení této sféry (Konvičná, 2008).

¹⁶ Seznam institucí a vzdělávacích programů akreditovaných na MPSV ČR.
Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3949/akreditace_MPSV-25022008.pdf>.

Kapitola 6

Sít' institucionální péče o seniory v Praze

Jak již bylo zmíněno v předcházející kapitole, domov pro seniory je podle § 49 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. definován jako služba sociální péče poskytována podle § 34 tohoto zákona v zařízení sociálních služeb – domově pro seniory. Tato pobytová služba je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba domovy pro seniory zahrnuje poskytování základních činností jako: poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů či při obstarávání osobních záležitostí.

6.1 Domovy pro seniory v Praze

Podle Registru poskytovatelů sociálních služeb¹⁷ bylo ke dni 15. 6. 2008 na území hlavního města Prahy zaregistrováno celkem 22 poskytovatelů služby domovy pro seniory. Těchto 22 poskytovatelů nabízí pobytové služby pro seniory s celkovou kapacitou 2 302 míst. Zřizovatelem devíti zařízení je Magistrát hlavního města Prahy, šest zařízení je zřízeno úřady městských částí a sedm domovů pro seniory má statut obecně prospěšné společnosti, církevní organizace či spolku (tab. 5).

Stav před rokem 2007, tedy před přijetím Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. upravovala vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., která definovala ústavní sociální péči o seniory v těchto typech zařízení: Domovy-penziony pro důchodce (DPD), Domovy důchodců (DD). Proto jsou také v tabulce číslo 6, znázorňující vývoj pobytové péče o seniory, tyto druhy zařízení takto uvedeny.

¹⁷ Registr poskytovatelů sociálních služeb [databáze online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007 [citováno 2008-06-15]. Dostupný z WWW: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1218966733399_82.

Tab. 5 – Instituce sociální péče pro seniory v Praze

Název zařízení	Název poskytovatele	Adresa zařízení	Služba poskytovaná od	Kapacita lůžek
Domov pro seniory, Zvonkova	Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci v Praze 10	Zvonková 2902/6, Praha 10	1.1.2003	20
Domov pro seniory, Gercenova	Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci v Praze 10	Gercenova 911/12, Praha 15	1.1.1976	45
Domov seniorů	Centrum sociálních služeb Praha 2	Jana Masaryka 638/34, Praha 2	1.1.2001	24
Pečovatelsko ošetrovatelská lůžka	Centrum sociálních služeb Praha 2	Máchova 1029/14, Praha 2	1.1.2001	23
Česká katolická charita CHD Krč	Česká katolická charita	Hornokrčská 709/3, Praha 4	1.1.1963	38
Česká katolická charita CHD Břevnov	Česká katolická charita	Radimova 33/2, Praha 6	1.1.1963	33
Bethesda - domov pro seniory a lidi s handicapem	Diakonie Církve bratrské	Stoliňská 2510/41c, Praha 20	1.9.2003	32
Domov pro seniory Ďáblice	Domov pro seniory Ďáblice	Kubíkova 1698/11, Praha 8	1.5.1981	162
Domov pro seniory "Slunečnice"	Domov pro seniory "Slunečnice"	Na hranicích 674/18, Praha 8	1.3.1982	258
Domov pro seniory Elišky Purkyňové	Domov pro seniory Elišky Purkyňové	Šolínova 513/3, Praha 6	1.1.2001	272
Domov pro seniory Háje	Domov pro seniory Háje	K Milíčovu 734/1, Praha 11	1.1.2007	200
Domov pro seniory Chodov	Domov pro seniory Chodov	Donovalská 2222/31, Praha 11	1.1.1990	260
Domov pro seniory Kobylisy	Domov pro seniory Kobylisy	Mirovická 1027/19, Praha 8	1.2.1992	183
Domov pro seniory Krč	Domov pro seniory Krč	Sulická 1085/53, Praha 4	1.1.1963	195
Domov pro seniory Malešice	Domov pro seniory Malešice	Rektorská 577/5, Praha 10	1.2.1992	218
Domov pro seniory Zahradní Město	Domov pro seniory Zahradní Město	Sněženková 2973/8, Praha 10	1.1.2007	100
Domov Sue Ryder, o.p.s.	Domov Sue Ryder, o.p.s.	Michelská 1/7, Praha 4	1.1.1999	56
Gerocentrum "Slunné stáří"	Oblastní spolek Českého červeného kříže Praha 9	Harrachovská 422/2, Praha 9	1.10.2000	24
Dům sociálních služeb Bojčenkova	Oblastní spolek Českého červeného kříže Praha 9	Bojčenkova 1099/12, Praha 14	1.4.2000	40
Domov seniorů	Středisko sociálních služeb Městské části Praha 9	Novovysočanská 505/8, Praha 9	1.1.1996	77
Domovy pro seniory - Ošetrovatelské zařízení	Ústav sociálních služeb v Praze 4	Jílovská 432/11, Praha 4-Lhotka	1.1.2007	22
Domov seniorů Charlese Jordana	Židovská obec v Praze	Milady Horákové 300/129, Praha 6	28.6.1999	20

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb (rok 2008), MPSV

Následující tabulka ukazuje vývoj počtu zařízení a jejich kapacit na území hlavního města Prahy. Časová řada do roku 2006 je srovnatelná a je zde patrná tendence mírného zvyšování kapacit těchto zařízení. Jelikož však došlo ke změně právní úpravy a jiné definici domova pro seniory, došlo jednak v roce 2007 ke změně jak v počtu zařízení, které tuto služby mohou podle registru MPSV poskytovat, a jednak především k poklesu kapacit v těchto zařízeních. Některá zařízení, která byla do roku 2006 evidována jako Domovy důchodců nebo Pensiony pro důchodce, měly jiný charakter poskytovaných služeb (např. pečovatelské)¹⁸ a podle Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. nespádají již do kategorie Domovů pro seniory a byly tudíž registrovány v rámci jiných sociálních služeb nebo tyto služby přestali od roku 2007 poskytovat. Na snížení kapacit má do jisté míry vliv i snaha o zvyšování kvality a komfortu bydlení pro klienty, která vede k úpravám a redukci tří a čtyřlůžkových pokojů na dvou a jednolůžkové.

Tab. 6 – Vývoj zařízení sociální péče pro seniory v Praze

Druh zařízení	Počet zařízení							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2008
Domov důchodců	17	19	19	19	19	20	18	22
Domov-pension pro důchodce	3	4	4	5	5	5	6	
DD + DPD společné zařízení				1	1	1	1	
Celkem zařízení	20	23	23	25	25	26	25	22
Druh zařízení	Kapacita							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2008
Domov důchodců	2 470	2 539	2 547	2 831	2 640	2 840	2 509	2 302
Domov-pension pro důchodce	971	1 002	1 043	902	878	717	1 145	
DD + DPD společné zařízení					29	29	29	
Celkem kapacita	3 441	3 541	3 590	3 733	3 547	3 586	3 683	2 302

Poznámka: rok 2008 – Domov pro seniory, stav ke dni 15. 6. 2008

Zdroj: Síť vybraných zařízení sociální péče v České republice podle krajů (roky 2000 až 2006) ČSÚ; Registr poskytovatelů sociálních služeb (rok 2008) MPSV

I když není možno zcela srovnávat vývoj do roku 2006 a stav v roce 2008, došlo k podstatnému snížení kapacit pobytových zařízení pro staré lidi v Praze. Toto snížení bylo zapříčiněno především jinou definicí domovů pro seniory podle platné právní úpravy. Je zde možno hovořit o možné horší dostupnosti těchto služeb v budoucnu pro stárnoucí pražskou populaci. Nyní kapacita 2 302 míst vystačí pouze pro necelé 1,2 % obyvatel starších 65 let, na jedno místo tak teoreticky připadá 82 klientů.¹⁹ Jak již bylo zmíněno v kapitole o budoucím vývoji obyvatelstva je pravděpodobné, že v roce 2030 přesáhne počet osob nad 65 let tři sta tisíc. V případě zachování současného kapacitního stavu by se tedy o jedno místo v domově pro seniory v roce 2030 mohlo ucházet až 136 klientů.

Geografické rozložení domovů pro seniory podle jednotlivých správních obvodů hlavního města Prahy, ve kterých sídlí je znázorněno v následující tabulce:

¹⁸ podle vyjádření pracovnice Odboru sociální péče a zdravotnictví Magistrátu hlavního města Prahy, paní Dagmar Balounové

¹⁹ podle údajů ČSÚ k 31.12.2007 žilo v Praze 189 524 osob starších 65 let, Věkové složení obyvatelstva Prahy v roce 2007, ČSÚ

Tab. 7 – Domovy pro seniory a obyvatelstvo podle správních obvodů

Správní obvod	Počet domovů pro seniory	Kapacita	Počet osob ve věku 65+ v daném obvodu na 100 obyvatel obvodu	Počet osob ve věku 65+ v daném obvodu na 100 osob 65+ z celé Prahy	Počet osob ve věku 65+ na jedno místo	Počet obyvatel celkem (v tis.)	Počet osob ve věku 65+ (v tis.)
Praha 1	–	–	16,3	2,6	–	30,6	5,0
Praha 2	2	47	16,7	4,2	170	47,8	8,0
Praha 3	–	–	17,7	6,6	–	71,1	12,6
Praha 4	5	411	21,2	15,4	71	137,4	29,2
Praha 5	–	–	13,5	6,0	–	84,5	11,4
Praha 6	3	325	20,9	12,2	71	110,4	23,1
Praha 7	–	–	16,3	3,6	–	41,5	6,8
Praha 8	3	603	15,7	9,0	28	108,3	17,0
Praha 9	2	101	16,6	4,2	79	47,9	8,0
Praha 10	2	238	21,9	12,8	102	110,5	24,3
Praha 11	2	460	12,0	5,3	22	84,5	10,1
Praha 12	–	–	10,9	3,7	–	64,9	7,1
Praha 13	–	–	7,4	2,3	–	60,1	4,4
Praha 14	1	40	9,5	2,3	109	45,9	4,4
Praha 15	1	45	10,3	2,2	95	41,2	4,3
Praha 16	–	–	14,1	1,6	–	21,3	3,0
Praha 17	–	–	8,6	1,3	–	28,7	2,5
Praha 18	–	–	11,0	1,4	–	23,5	2,6
Praha 19	–	–	13,9	0,8	–	10,9	1,5
Praha 20	1	32	11,3	0,9	51	14,3	1,6
Praha 21	–	–	10,3	0,9	–	17,1	1,8
Praha 22	–	–	12,0	0,6	–	9,6	1,1
Celkem	22	2 302	15,6	100,0	82	1 212,1	189,5

Poznámka: Počet domovů pro seniory a Kapacita ke dni 15. 6. 2008, Počty osob a podíly nad 65 let k 31.12.2007

Zdroj: ČSÚ, publikace Věkové složení obyvatelstva hl. m. Prahy za rok 2007; MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb

Největší počet těchto zařízení se nachází na území Prahy 4. Nicméně kapacitně je nejlépe vybavena Praha 8, kde jsou umístěny tři velké domovy spadající pod magistrát, a to v Ďáblicích, Bohnicích a Kobylisích. Z pohledu podílu osob nad 65 let, těch obvodů, ve kterých se zařízení péče o seniory nachází, se jako nejstarší jeví Praha 4 a Praha 10, následována Prahou 6. Kapacitně se zařízení pro seniory v těchto správních obvodech pohybují okolo střední hodnoty souboru. Naopak kapacitně velmi málo vybavena je Praha 2, kde jsou pouze dva domovy s celkovou kapacitou 47 míst. Proto teoretický počet čekatelů na jedno místo v domově na Praze 2 dosahuje hodnoty 170 osob oproti např. dvaceti sedmi na Praze 8. Celkem jedenáct obvodů hlavního města, jejichž podíl tvoří asi 35 % z celkového počtu osob nad 65 let v Praze, nemají na svém území žádné domovy pro seniory. Je tedy pravděpodobné, že poptávka potencionálních klientů bude směřovat do okolních obvodů, které jsou zařízeními vybaveny a tedy se hypotetický počet osob na jedno místo v těchto obvodech může zvyšovat.

Jelikož se žadatel o přijetí do domova pro seniory může se svou žádostí obrátit na kterékoli zařízení, bez ohledu na místo trvalého bydliště, je možné předpokládat, že umístění domovů pro seniory do takových městských částí, kde lze očekávat zvýšený zájem o službu z řad místních obyvatel v důchodovém věku, je málo významné. Zároveň je nutné se zamyslet, zda-li fakt „blízkého“ zařízení hraje roli při rozhodování klientů o umístění žádosti, resp. do jaké míry se tato skutečnost odráží ve skladbě klientů domova podle místa předchozího bydliště. Autor se domnívá, že se při analýze spádovosti domovů, může ukázat jistá závislost mezi místem posledního trvalého bydliště klienta a lokalizací domova.

6.2 Analýza spádovosti

Ke geografické analýze spádovosti vybraných domovů pro seniory byla použita data o předchozím trvalém bydlišti klienta. Tato data byla poskytnuta čtyřmi z celkem třinácti oslovených zařízení. Informace o posledním pobytu klienta před nástupem poskytly tři domovy pro seniory z Prahy 8 – Domov pro seniory Bohnice, Domov pro seniory Ďáblice a Domov pro seniory Kobylisy. Čtvrtým zařízením byl Domov pro seniory Zahradní Město na Praze 10. Údaje se týkaly stavu k poslednímu dni kalendářních let 2004–2006. Celkem bylo zjištěno trvalé bydliště u 1 335 klientech. Z tohoto počtu pouze třicet osm seniorů (tj. 2,8 %) nebylo z Prahy, jejich poslední trvalé bydliště bylo mimo území hlavního města Prahy. Zkoumané domovy tedy slouží především jako zařízení pro pražské klienty.

Tab. 8 – Místo posledního trvalého bydliště klienta podle správního obvodu hlavního města Prahy

Bohnice		Ďáblice		Kobylisy		Zahradní město	
celkem klientů	410	celkem klientů	282	celkem klientů	245	celkem klientů	398
podíl (v %)							
Praha 8	40,2	Praha 9	20,2	Praha 8	24,9	Praha 10	35,9
Praha 5	9,3	Praha 8	19,9	Praha 4	15,5	Praha 4	14,8
Praha 6	7,6	Praha 6	10,3	Praha 9	12,2	Praha 3	9,5
Praha 9	7,6	Praha 4	8,9	Praha 7	9,0	Praha 5	6,8
Praha 4	6,8	Praha 3	6,7	Praha 10	8,2	Praha 9	6,8
Praha 2	6,6	Praha 5	6,0	Praha 5	7,8	Praha 2	5,3
Praha 10	6,6	Praha 10	6,0	Praha 3	5,3	Praha 6	5,0
Praha 7	5,9	Praha 2	5,3	Praha 6	5,3	Praha 8	4,0
Praha 3	4,6	Praha 1	4,3	Praha 2	4,5	Praha 1	2,8
Praha 1	1,7	Praha 7	4,3	Praha 1	3,3	Praha 7	2,3
ostatní obvody	1,5	ostatní obvody	2,8	ostatní obvody	0,8	ostatní obvody	4,8
mimo Prahu	1,7	mimo Prahu	5,3	mimo Prahu	3,3	mimo Prahu	2,0
celkem	100,0	celkem	100,0	celkem	100,0	celkem	100,0

Zdroj: data poskytnutá jednotlivými domovy pro seniory; vlastní výpočty ²⁰

Z výsledků je patrné, že spádovost jednotlivých zařízení se soustřeďuje jednak na území správního obvodu, ve kterém se domov nachází, jednak na obvody sousedící a poté na takové, ve kterých je vysoký podíl seniorů v populaci (např. Praha 4, Praha 6). Věkové složení obyvatelstva v Praze 10, Praze 4 a Praze 6 je ve srovnání s ostatními částmi hlavního města dlouhodobě nejstarší. Například v Praze 10 je zaznamenán nejvyšší průměrný věk, nejvyšší podíl osob v poproduktivním věku, nejvyšší index stárí i třetí nejvyšší index ekonomického zatížení.²¹ Seniori z těchto částí Prahy tvoří výraznou skupinu klientů ve sledovaných zařízeních. I když například na Praze 4 je pět domovů pro seniory s celkově významnou kapacitou v rámci celého města, seniori z jižní části Prahy se stávají početnou skupinou osob v domovech mimo obvod svého bydliště. Podobná situace je patrná i u seniorů z Prahy 6. Tento jev může nasvědčovat například na nedostatek míst v zařízeních pro seniory v těchto částech metropole.

Seniorů, jejichž bydliště se před příchodem do ústavu nacházelo na území Prahy 11 až 22, bylo ve sledovaných domovech velice málo, resp. jejich počty se v mnoha případech rovnaly nule. Příčinou může být mladší věková struktura v těchto správních obvodech (většinou se pohybuje okolo 10 % osob nad 65 let v populaci, výjimku tvoří Praha 19, kde to bylo 17,3 %)²², a tedy menší počet seniorů potřebujících péči v domově.

Obecně lze říci, že územní spádovost zkoumaných domovů pro seniory je na lokální úrovni (většinu tvoří místní klienti z okolí domova), s přesahem do okolních sousedních obvodů a s aspektem velké poptávky z početně velkých pražských obvodů (Praha 4, Praha 6, Praha 10). Domovy pro seniory v Praze tak slouží především pražským občanům.

²⁰ kartogramy územního rozložení podle místa bydliště klientů v příloze práce

²¹ ČSÚ, publikace Věkové složení obyvatelstva hl. m. Prahy za rok 2007

²² tamtéž

6.3 Plán rozvoje služeb pro seniory v hlavním městě Praze

Plánování a další rozvoj služeb pro seniory v Praze je součástí většího plánovacího dokumentu, Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb hlavního města Prahy.²³ V tomto dokumentu se hovoří o potřebě vytvoření systému pro plánování a řízení sociálních služeb. Tento plán rozvoje sociálních služeb se většinou zpracovává metodou komunitního plánování. V současné době je zpracován první „nulový“ střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na rok 2008. Měl by tvořit podklad budoucích validních střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb. Tento dokument má spíše charakter shrnutí a popisuje současný stav poskytovaných služeb. Na základě provedených analýz, zkoumání potřeb a spolupráce s městskými částmi formuluje čtyři priority pro rok 2008.

Prioritami na rok 2008 se staly:

- rozvoj systému sociálních služeb s posílením rodinné, individuální, asistenční a neústavní péče.
- zahájení transformace příspěvkových organizací na jinou právní formu a transformace mimopražských zařízení
- podpora samostatnosti městských částí v sociální oblasti, která přesouvá významnou část rozhodování o financování sociálních služeb přímo na městské části
- vybudování systému plánování a řízení sociálních služeb, což vyplývá ze zákona o sociálních službách²⁴, podle kterého dle § 95 kraj zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou sociální služby poskytovány.

V tomto dokumentu se dále hovoří o transformaci pobytových služeb pro seniory, jejíž cílem je podpora humanizace stávajících zařízení, dále postupná restrukturalizace směřující k malým bytovým jednotkám v běžné zástavbě a podpora takových služeb, které umožní seniorům co nejdéle zůstat v jejich přirozeném prostředí. Přirozené prostředí je chápáno jako životní prostor, který představuje kromě bydlení samotného zejména rodinné vazby a síť sociálních kontaktů vázaných na dané místní společenství. Specifické podmínky je potřeba zohlednit u zvláště ohrožené a stále početnější skupiny seniorů, občany s omezenými rozumovými a vyjadřovacími schopnostmi, u kterých je v pobytových zařízeních nejvyšší riziko nerespektování práv a nepochopení jejich individuálních potřeb.

Ze zákona o sociálních službách, vyplývá pro obce povinnost zajišťovat potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území a zajišťovat dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb. Většina správních obvodů hlavního města Prahy využívá při zjišťování potřeb poskytování sociálních služeb a následném plánování rozvoje těchto služeb metodu komunitního plánování, jejímž

²³ Dostupný z WWW: <http://magistrat.praha-mesto.cz/75738_Strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-hl-mesta-Prahy>.

²⁴ Zákon č. 108/2006 Sb.

výstupem je komunitní plán. Přestože obcím nabízí zákon o sociálních službách vytvářet střednědobý plán rozvoje sociálních služeb jako možnost, hlásí se k této myšlence většina správních obvodů hlavního města Prahy. Hlavní město Praha jako kraj má při sestavování střednědobého plánu spolupracovat se svými městskými částmi. Jestliže správní obvody hlavního města Prahy rozvoj sociálních služeb na svém území již plánují, má hlavní město Praha spolupráci usnadněnou a může vycházet z těchto zdrojů.

Ve většině správních obvodů hlavního města Prahy probíhá plánování rozvoje sociálních služeb. V osmnácti správních obvodech probíhá plánování rozvoje metodou komunitního plánování sociálních služeb a ve třech správních obvodech jiným způsobem. Z informací získaných z programových prohlášení rad městských částí, analýz potřeb uživatelů sociálních služeb a informací získaných od městských částí hlavního města Prahy vyplývá, že většina městských částí klade důraz na udržení a rozvoj služeb pro seniory a zdravotně postižené občany, jejichž těžiště spočívá v pečovatelské službě. Tato služba je úzce provázána se službou ošetrovatelskou, tj. domácí péče, která není sama o sobě službou sociální, ale zdravotní. Důraz na terénní služby pro seniory odpovídá národní prioritě transformace pobytových zařízení na ambulantní a terénní sociální služby. Značný důraz je kladen na zajištění bydlení pro seniory, zdravotně postižené občany a osoby v krizových situacích. Sociální služba domova pro seniory je mezi prioritami v rozvoji sociálních služeb následujících městských částí: Praha 4, Praha 5, Praha 6, Praha 7, Praha 9, Praha 13, Praha 14, Praha 21 a Praha 22. Na většině městských částí probíhá v současné době analýza potřeb sociálních služeb a je pravděpodobné, že po vyhodnocení analýz se priority rozvoje sociálních služeb na některých městských částech pozmění.

6.4 Metoda komunitního plánování

Posláním komunitního plánování je zajišťování dostupnosti sociálních služeb. Prakticky se jedná o zjištění stavu poskytování sociálních služeb v dané lokalitě a zároveň potřeb, které nejsou naplněny. Srovnáním těchto dvou základních pramenů a v souladu s množstvím finančních prostředků, které obec na sociální služby vynakládá, vzniká v procesu vzájemných konzultací komunitní plán, který je konsenzem mezi tím, co je možné a tím, co bylo označeno jako potřebné či prioritní. Komunitní plánování představuje cyklický, opakující se proces. Slovo komunitní dává tušit, že plánování sociálních služeb probíhá za účasti komunity, v případě sociálních služeb se tedy jedná zejména o zástupce uživatelů, poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb, ale i další veřejnosti, které je téma sociálních služeb blízké.

Proces komunitního plánování je cyklický a hlavní kroky se vždy opakují. Součástí procesu je totiž i sledování toho, nakolik je komunitní plán naplňován, co se již podařilo realizovat nebo ve kterých oblastech je nutné navržený způsob řešení změnit. Díky plánování služeb v obcích, městech a městských částech, tedy na nejnižší možné úrovni, lze vytvořit systém služeb podle existujících a předpokládaných potřeb, v odpovídající kvalitě a v souladu s místními specifiky. To znamená, že se lidé sami podílejí na plánování toho, o čem se domnívají, že jim vyhovuje a rovněž naplňuje jejich potřeby. Průběžným monitorováním naplňování stanoveného cíle i jednotlivých opatření, pravidelnou a důslednou aktualizací komunitního plánu a cyklickým

opakováním procesu plánování dochází k zachycení změn, které se v mezidobí objevily, a je tak možné na ně reagovat (Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb, 2004).

Komunitní plánování je nástroj, který napomáhá zajišťovat územní dostupnost sociálních služeb v jednotlivých obcích nebo regionech. Jeho prostřednictvím je hledána odpověď na otázku: „Jaké sociální služby mají v obci, městě, regionu být, aby odpovídaly specifikům místa, potřebám celé komunity i potřebám jednotlivců?“ Na tento dotaz není snadné dát rychlou odpověď. Procesy komunitního plánování vždy vycházejí ze zdrojů, které jsou k dispozici, a charakteristik daného místa. To znamená, že jeho podoba je vždy originální. Jisté podobnosti však je možné nalézt. Jsou to zásady a principy, které jsou při procesu komunitního plánování respektovány a které tvoří základ pro všechny aktivity bez ohledu na místo, kde jsou realizovány. Míra jejich naplňování je rozhodující pro kvalitu celého procesu (tamtéž).

Principy metody komunitního plánování vyjadřují hodnoty, které přináší metoda komunitního plánování a ke kterým je třeba se v praxi plánování sociálních služeb vztahovat. Hodnoty zachycené v principech odlišují metodu komunitního plánování od jiných plánovacích postupů. Nově do sféry plánování sociálních služeb přináší:

- důraz na aktivní roli uživatelů sociálních služeb a zastoupení jejich zájmů
- zapojení širokého okruhu lidí a spolupracovníků do tvořivé práce
- opakované ověřování závěrů s přáním lidí
- důraz na vyjednávání a zplnomocnění veřejnosti kontrolovat postup rozhodování i uskutečňování

Plánování sociálních služeb metodou komunitního plánování ve spojení se zaváděním standardů kvality sociálních služeb je jasným nástrojem, který vede k naplnění těchto požadavků (Skříčková, 2007).

Nejdůležitějšími účastníky komunitního plánování jsou uživatelé – klienti sociálních služeb. Uživatelé rozumíme občany v nepříznivé nebo tíživé sociální situaci, kteří služby využívají, a kterým jsou služby určeny. Jejich pohled je v komunitním plánování sociálních služeb nepostradatelný. Právě oni mohou vyjádřit svůj názor, zviditelnit své zájmy, přímo se vyslovit k tomu, co vnímají jako nejlepší a nejpotřebnější a spolupodílet se na utváření podoby sociálních služeb.

Poskytovatelé sociálních služeb jsou subjekty, které služby poskytují a nabízejí bez ohledu na to, zda se jedná například o nestátní neziskové organizace, organizace zřízené obcí nebo krajem, příp. státem. Poskytovatelé vědí, jak služby fungují a znají systémové i provozní záležitosti. Dokážou popsat stávající poptávku i předpokládané trendy a obecně se v celé problematice dobře orientují. Jejich přínos je proto v tomto ohledu nenahraditelný.

Zadavateli sociálních služeb jsou zejména obce a kraje. Zadavatelé jsou odpovědní za zajištění sociálních služeb na příslušném území. Vstupují do procesu jako aktivní účastníci zejména proto, že jsou garanty realizace výstupů komunitního plánování.

Kapitola 7

Klienti v domovech pro seniory podle pohlaví, věku a rodinného stavu

Analýza struktury klientů domovů pro seniory po demografické stránce byla sledována ve čtyřech z devíti zařízení, jejichž zřizovatelem je Magistrát hlavního města Prahy. Potřebná data k této analýze poskytly – Domov pro seniory Bohnice, Domov pro seniory Ďáblice, Domov pro seniory Kobylisy a Domov pro seniory Zahradní Město. Údaje se týkaly pohlaví klienta, data narození, data nástupu do zařízení, data úmrtí a rodinného stavu. Tento soubor dat byl zpracován za jednotlivé kalendářní roky 2004 až 2006.

Celkově v těchto čtyřech domovech pro seniory v průběhu tří po sobě jdoucích kalendářních let žilo 1 461 klientů, z toho 406 mužů a 1 055 žen. **Poměr mezi pohlavími** tedy činil 27,8 % mužů ku 72,2 % žen. Soubor zkoumaných osob tvoří značnou část všech seniorů, kteří byli klienty v pobytových zařízeních na území hlavního města Prahy ve sledovaných letech, to především díky dobré kapacitní vybavenosti těchto čtyř velkých domovů. Tabulka 9 znázorňuje věkové charakteristiky klientů ve zkoumaných domovech. Ženy tvoří převážnou část obyvatel ve všech domovech. Nejvyšší zastoupení žen bylo na konci roku 2006 v Domově pro seniory v Bohnicích, 79,8 %. Naopak nejvyšší podíl mužů, mezi obyvateli, 29,8 %, byl zaznamenán v Ďáblicích. Převaha ženské populace v domovech pro seniory je tak průměrně ze 72 %. Důvodem je obecně nižší zastoupení mužů ve vyšších věkových skupinách, které je zapříčiněno mužskou nadúmrtností.

Tuto skutečnost potvrzují i jiné studie obyvatel domovů pro seniory, v nichž se autoři zaměřili na pohlavní strukturu seniorů. Například Jiránková (2001) ve své práci, jenž pojednává o srovnání života pražských seniorů v domovech pro seniory s životem ve vlastních domácnostech, při terénním výzkumu celkem čtyř zařízení pobytové péče zjistila, že ve vyšších věkových skupinách (nad 80 let a výše) převaha žen dosahuje až 80 %. V mladších věkových skupinách (60 až 70 let) je podíl mužů ještě vysoký a dosahuje asi 50 % všech klientů v tomto věku. Ve dvou zkoumaných zařízeních, z Prahy 3 a Prahy 2, bylo zastoupení mladších seniorů mužského pohlaví dokonce vyšší než žen. I podle této práce byly patrné rozdíly mezi jednotlivými domovy pro seniory, ale tyto rozdíly nebyly nijak výrazné a pouze potvrzovaly skutečnost mužské nadúmrtnosti i v seniorském věku.

Z dat získaných z jednotlivých domovů bylo možné vypočítat **průměrný věk při nástupu** do zařízení. Průměrně pro všechny čtyři domovy bez rozlišení pohlaví, se nástup odehrává

v 80,6 letech seniora. Pro muže je to o několik let dříve – v 77,1 letech, naopak u žen o 5,6 let později. Rozdíl mezi věkem při vstupu mužů a žen se u jednotlivých domovů různí. Nejmenší rozdíl je v Ďáblicích, kde muži i ženy přicházejí ve srovnatelném věku osmdesáti let (80,1 let muži, 80,8 let ženy). Naopak největší rozdíl je zaznamenaný v Kobylisích, kde rozdíl mezi pohlavími činí až 8,1 let.

Obdobné rozdíly hodnot je možno pozorovat i u **průměrného věku při úmrtí** klienta. Zatímco rozdíl mezi věkem úmrtí mužů a žen pro všechny čtyři zařízení dohromady činí 4,8 let, u seniorů v Ďáblicích je to pouhých 0,6 let (87,4 let muži, 88,0 let ženy), a naopak největší je v Kobylisích – 7,5 roků. Obecně senioři ve sledovaných zařízeních umírají průměrně ve svých 86,1 letech.

Tab. 9 – Věková charakteristika klientů domovů pro seniory

Domov pro seniory		Počet klientů (k 31.12.2006)	Podíly mezi pohlavím (v %)	Průměrný věk (k 31.12.2006)	Průměrný věk při nástupu	Průměrný věk při úmrtí	Průměrná doba před úmrtím (v letech)
Ďáblice	Muži	53	29,8	79,6	80,1	87,4	4,2
	Ženy	125	70,2	83,6	80,8	88,0	5,2
	Celkem	178	100,0	81,8	80,5	87,3	4,9
Bohnice	Muži	49	20,2	81,3	79,3	83,7	2,7
	Ženy	194	79,8	84,8	81,9	86,9	4,5
	Celkem	243	100,0	83,0	81,3	86,0	3,2
Kobylisy	Muži	46	24,2	74,2	73,9	79,3	2,1
	Ženy	144	75,8	83,7	82,0	86,8	3,1
	Celkem	190	100,0	81,4	79,9	84,8	3,0
Zahradní Město	Muži	80	27,6	75,4	74,9	83,4	*0,7
	Ženy	210	72,4	84,1	82,6	87,4	*0,7
	Celkem	290	100,0	81,7	80,5	86,3	*0,7
Celkem	Muži	228	25,3	77,9	77,1	83,3	2,7
	Ženy	673	74,7	84,6	82,6	88,9	4,2
	Celkem	901	100,0	81,9	80,6	86,1	3,5

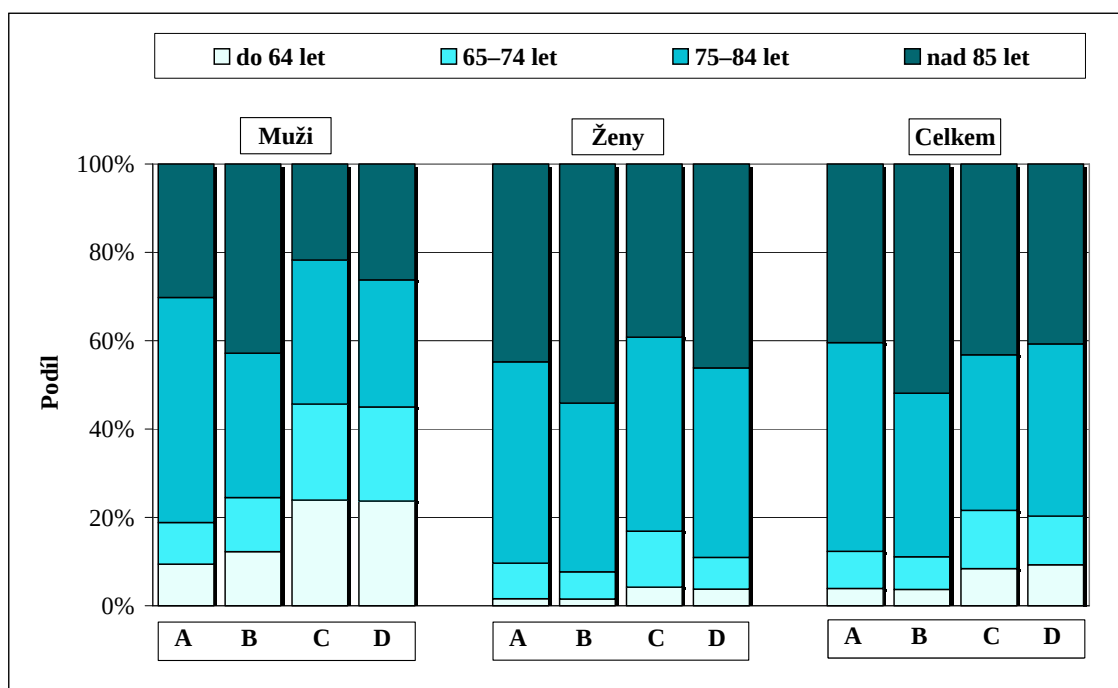
Poznámky: * vztahuje se k počtu nástupů a úmrtí pouze v letech 2004–2006

Zdroj: data poskytnutá domovy seniorů , vlastní výpočty

Informace o věku klienta při nástupu do domova a při jeho úmrtí dovolily stanovit dobu, po kterou osoba v zařízení žila. Za celý soubor zemřelých je to tedy **průměrná doba života v domově před úmrtím**. Údaje tohoto ukazatele za Domov pro seniory Zahradní město nejsou srovnatelné s ostatními, protože v tomto případě se jednalo pouze o úmrtí klientů, kteří nastoupili do ústavu v průběhu let 2004 až 2006 a v těchto letech rovněž zemřeli. Ostatní tři domovy je možné srovnat mezi sebou, jelikož datové podklady obsahovaly i úmrtí klientů, kteří nastoupili také před rokem 2004. Muži průměrně umírají po 2,7 letech strávených v domově, ženy po 4,2 letech. Ze sledovaných tří zařízení průměrně nejdéle, do svého úmrtí, senioři žijí v Ďáblicích, a to 4,9 let, naopak nejkratší doba je strávená v Kobylisích – 3 roky pro obě pohlaví.

Struktura seniorů podle věku je charakteristická vysokým podílem osob nad 85 let (viz tab.10). Tyto osoby tvoří ve všech zařízeních necelou polovinu klientů. Platí to především o ženské populaci. Mužů je v této věkové skupině menší počet, valná část se nachází ve věku mezi 75 až 84 rokem života. Výjimkou je domov seniorů v Bohnicích, kde velká část mužů je ve věku nad 85 let (42,9 %). Obecně lze hovořit o menším zastoupení osob v kategorii mladších seniorů (65–74 let), třetinu tvoří osoby mezi roky 75 až 84 (starší senioři), a nejstarší senioři nad 85 let tvoří asi 45 % obyvatel domovů. Zajímavá je skutečnost, že v těchto zařízeních, primárně určených pro osoby v seniorském věku, pobývají i osoby mladší 60 let. Jejich největší počet se nachází v domově na Zahradním Městě, kde například muži do 64 let věku tvoří 23,8 % všech mužů v tomto zařízení. Nejmladší klientkou je pětaticetiletá žena z Ďáblic.

Obr. 9 – Podíly jednotlivých věkových skupin seniorů podle pohlaví



Poznámky: A – Domov pro seniory Ďáblice

B – Domov pro seniory Bohnice

C – Domov pro seniory Kobylisy

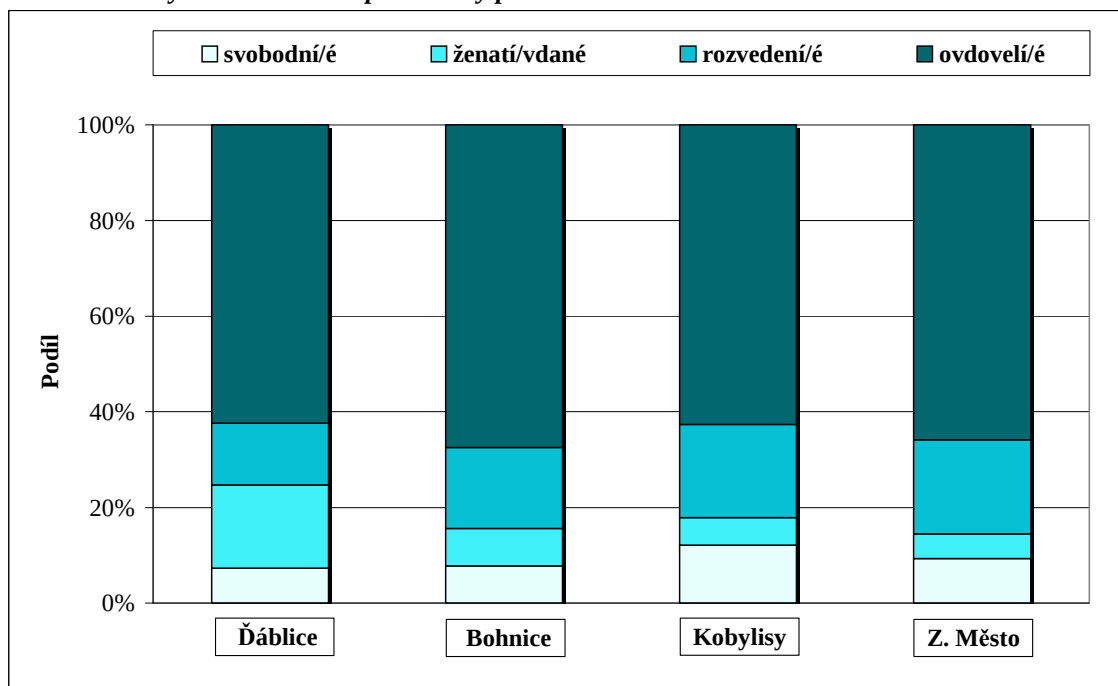
D – Domov pro seniory Zahradní město

Zdroj: data poskytnutá domovy seniorů, vlastní výpočty

Struktura podle rodinného stavu seniorů žijících ve zkoumaných domovech se oproti celkové populaci vyznačuje především vyšším podílem ovdovělých osob. Výrazně se přitom liší struktura podle rodinného stavu u mužů a u žen – jelikož úmrtnost mužů je ve starších věkových skupinách značně vyšší než úmrtnost žen, podíl ovdovělých žen v populaci seniorů je výrazně vyšší než podíl ovdovělých mužů. Vdovy tvoří ve všech sledovaných zařízeních asi 50 % obyvatel. Podíl rozvedených je mezi seniory poněkud vyšší u žen. Muži v průběhu života pravděpodobně častěji než ženy po rozvodu uzavírají nový sňatek. S věkem se zastoupení rozvedených osob v populaci snižuje, což souvisí s nižší mírou rozvodovosti u starších generací. Podíl svobodných osob celkem je na stejné úrovni mezi pohlavími – 4,5 %. Podobně se vyvíjí

i podíl osob v manželském svazku, za všechny čtyři domovy je to 4 % osob, rozdíly jsou však patrné mezi muži a ženami v jednotlivých zařízeních (viz tab.11).

Obr. 10 – Podíly klientů domovů pro seniory podle rodinného stavu



Zdroj: data poskytnutá domovy seniorů, vlastní výpočty

V domově pro seniory v Ďáblicích byl zaznamenán procentuelně vyšší podíl osob žijících v manželství. Necelá jedna pětina seniorů byla v tomto zařízení ve svazku manželském (oproti průměrně 6 % v jiných domovech). Z evidence, která k této práci byla poskytnuta nebylo možno určit zda-li jsou v domově ubytováni oba manželé. Jelikož však toto zařízení disponuje 26 místy v manželských pokojích, lze předpokládat, že většina ženatých (vdaných) seniorů je ubytována i s partnery.

Nejvíce svobodných seniorů žije v domově v Kobylisích, nejméně v Ďáblicích. Poměr mezi pohlavími se u svobodných klientů liší podle zařízení. Zatímco obecně v celé populaci zůstává trvale svobodných více mužů než žen²⁵, v Bohnicích a Kobylisích je více svobodných klientek. Především v Bohnicích připadá na jednoho svobodného muže více než pět svobodných žen.

²⁵ ve věku 50 let zůstalo v ČR v roce 2000 svobodných 7,6 % mužů, svobodných žen v tomto věku bylo 3,4 %, ČSÚ

Tab. 10 – Věková struktura klientů domovů pro seniory

Věková skupina	Ďáblice			Bohnice			Kobylisy			Zahradní město		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
	Absolutně											
do 64 let	5	2	7	6	3	9	11	5	16	19	8	27
65–74	5	10	15	6	12	18	10	15	25	17	15	32
75–84	27	57	84	16	74	90	15	52	67	23	90	113
85+	16	56	72	21	105	126	10	72	82	21	97	118
Celkem	53	125	178	49	194	243	46	144	190	80	210	290
	Relativně (v %)											
do 64 let	9,4	1,6	3,9	12,2	1,5	3,7	23,9	3,5	8,4	23,8	3,8	9,3
65–74	9,4	8,0	8,4	12,2	6,2	7,4	21,7	10,4	13,2	21,3	7,1	11,0
75–84	50,9	45,6	47,2	32,7	38,1	37,0	32,6	36,1	35,3	28,8	42,9	39,0
85+	30,2	44,8	40,4	42,9	54,1	51,9	21,7	50,0	43,2	26,3	46,2	40,7
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: data poskytnutá domovy seniorů, vlastní výpočty

Tab. 11 – Struktura klientů domovů pro seniory podle rodinného stavu

Domov pro seniory	Rodinný stav								Celkem
	rozvedená	rozvedený	svobodná	svobodný	vdaná	ženatý	vdova	vdovec	
	Absolutně								
Řáblice	17	6	3	10	20	11	85	26	178
Bohnice	30	11	16	3	7	12	141	23	243
Kobylisy	24	13	12	11	4	7	104	15	190
Zahradní město	37	20	11	16	5	10	158	33	290
Celkem	108	50	42	40	36	40	488	97	901
Domov pro seniory	Relativně (v %)								Celkem
	rozvedená	rozvedený	svobodná	svobodný	vdaná	ženatý	vdova	vdovec	
	Absolutně								
Řáblice	9,6	3,4	1,7	5,6	11,2	6,2	47,8	14,6	100,0
Bohnice	12,3	4,5	6,6	1,2	2,9	4,9	58,0	9,5	100,0
Kobylisy	12,6	6,8	6,3	5,8	2,1	3,7	54,7	7,9	100,0
Zahradní město	12,8	6,9	3,8	5,5	1,7	3,4	54,5	11,4	100,0
Celkem	12,0	5,5	4,7	4,4	4,0	4,4	54,2	10,8	100,0

Zdroj: data poskytnutá domovy seniorů, vlastní výpočty

Tab. 12 – Podíly věkových skupin podle místa posledního bydliště klienta

Domov pro seniory	Podíly věkových skupin				Podíl dle místa bydliště nejvíce klientů					Podíl dle místa bydliště minimálně poloviny klientů				
	65–74 let	75–84 let	nad 85 let	Celkem	MČ	65–74 let	75–84 let	nad 85 let	Celkem	Kumulativní	65–74 let	75–84 let	nad 85 let	Celkem
Bohnice	8,8	49,1	42,1	100,0	Praha 8	53,7	37,8	8,5	100,0	Praha 8; 5	51,8	38,9	9,3	100,0
Řáblice	7,7	38,5	53,8	100,0	Praha 9	58,3	34,5	7,2	100,0	Praha 9; 8; 6	50,5	40,7	8,8	100,0
Kobylisy	14,4	38,5	47,1	100,0	Praha 8	53,7	37,8	8,5	100,0	Praha 8; 4; 9	54,0	37,7	8,3	100,0
Zahradní Město	12,2	43,0	44,9	100,0	Praha 10	48,5	42,3	9,3	100,0	Praha 10; 4	50,9	40,3	8,8	100,0

Zdroj: data poskytnutá domovy seniorů, vlastní výpočty, Věkové složení obyvatelstva Prahy v roce 2006, ČSÚ

7.1 Věková skladba domovů a spádovost

Věkové struktury klientů jednotlivých domovů pro seniory jsou odlišné. Při porovnání podílu jednotlivých věkových složek je možno říci, že podílem osob ve věku 65–74 let je „nejmladším“ domovem, zařízení v Kobylisích, naopak nejstarší věkovou strukturu, podle osob ve věku nad 85 let, má domov v Ďáblicích (viz. tab. 12). Autor si položil otázku, zda-li tyto rozdíly věkových struktur klientů souvisí s věkovou strukturou obyvatel městských částí Prahy, z nichž klienti do domova přišli. Tedy jestli věkové složení klientů domovů svým způsobem odpovídá věkové struktuře seniorů spádových administrativních částí města.

Srovnání bylo provedeno na dvou úrovních. Jednak bylo provedeno srovnání věkových struktur klientů domovů s věkovým složením obyvatel těch městských částí, ze kterých pochází nejvíce klientů v každém domově. Jelikož však tyto podíly klientů pouze z jedné (nejčastěji zastoupené) městské části jsou pro jednotlivá zařízení velice různé (od 20 % do 40 % klientů), bylo ještě provedeno srovnání s věkovými strukturami těch městských částí, ze kterých pochází minimálně polovina klientů domova. Věkové složení těchto částí Prahy bylo sečteno, rozděleno podle věkových skupin a porovnáno s již známou strukturou klientů domova.

Výsledky těchto srovnání zobrazuje tabulka č. 12. Z těchto údajů vyplývá, že věkové složení klientů „nejstaršího“ domova z Ďáblic není shodné s věkovou strukturou Prahy 9, resp. Praha 9 není nejstarší městskou částí ze srovnávaných. Totéž platí při srovnání s kumulovanou věkovou skladbou Prahy 9, 8 a 6, z nichž pochází polovina klientů v Ďáblicích. Kobylisy, tedy „nejmladší“ zařízení ze sledovaných (podle podílu nejmladších seniorů), rovněž nekoresponduje s věkovou strukturou Prahy 8, která není nejmladší ze srovnávaných. Při srovnání s věkovou skladbou Prahy 8, 4 a 9, z nichž pochází polovina klientů Kobylis, je však patrné, že takto kumulativně vypočtená věková skladba je nejmladší ze čtyř pozorovaných. Tedy v tomto případě se jistá podobnost se spádovou oblastí potvrdila. Nejvyšší zastoupení klientů ve věku 75–84 let má domov v Bohnicích. Zastoupení této věkové skupiny seniorů v Praze 8, odkud pochází až 40 % klientů domova, není nejvyšší a ani tomu tak není v kumulativních počtech seniorů z Prahy 8 a Prahy 5.

Výsledkem těchto srovnání je tvrzení autora, že se nepotvrdila vzájemná souvislost mezi věkovou skladbou klientů v domovech a jejich spádovým územím. Bylo sice prokázáno u zařízení v Kobylisích, že do jisté míry jsou si věkové struktury domova a spádové oblasti podobné, avšak v tomto případě se jednalo o vysoký podíl jedné velice „seniorsky mladé“ městské části, která svou jednou desetinou klientů ovlivnila výslednou věkovou strukturu. U ostatních domovů se vliv věkového složení městských částí na domovy nepotvrdil.

Kapitola 8

Analýza přežívání

8.1 Úmrtnost seniorů v zařízeních institucionální péče

Přáním každého člověka je strávit poslední fázi svého života v prostředí mu dobře známém, v prostředí kruhu rodiny a přátel. V tomto prostředí je schopen přijímat stále nové výzvy a impulsy a dobře se jím přizpůsobovat. Pokud z důvodu špatného zdravotního stavu, vysokého věku, samoty či nepříznivých sociálních okolností je nucen vzdát se svého domova a přijmout existenci v zařízení institucionální péče, nabývá jeho život mnohdy pouze charakter pasivního přijímání okolních podnětů. Senioři žijící v zařízeních institucionální péče tvoří v mnoha ohledech zcela specifickou sociální a zdravotní skupinu osob a z tohoto důvodu lze za specifické považovat také jejich potřeby. Charakteristická pro tuto skupinu je významná zátěž adaptačního potenciálu, značná míra nesoběstačnosti, sociální izolovanost a malá míra vlastní aktivity (Vechetová, 2004). Schopnost adaptace v novém prostředí patří k základním vlastnostem živých systémů. Snadné vyčerpání adaptačního potenciálu u starého člověka je podmíněno změněným funkčním stavem stárnoucího organismu, poruchou adaptačních mechanismů a změnou životních podmínek (Hegyi, 1993).

Adaptační krize vzniká tehdy, když se ve fyzickém, psychickém nebo sociálním smyslu zpochybní schopnost vlastního jednání nebo vlastní existence vůbec. Formálně jde o narušení vnitřní nebo vnější rovnováhy. Je pochopitelné, že při ztrátě četných životních jistot a hodnot (zpřetrhání sociálních kontaktů, změna denního stereotypu, zásah do osobních rituálů, pobyt v neznámém prostředí atd.), která je spojena s pobytem v rezidenčním zařízení, nutně dochází k vysokému zatížení adaptačních mechanismů a nezdědka k jejich vyčerpání, jejichž následkem může být i smrt (Vechetová, 2004). Vlastní adaptace na institucionální pobyt probíhá ve třech fázích. První fáze je obdobím od rozhodnutí a podání žádosti o umístění do domova seniorů (fáze očekávání), druhou je vlastní adaptace, která nastupuje těsně po přijetí do domova a trvá v průměru asi 6 měsíců. Obě fáze jsou doprovázeny probíhající stresovou reakcí s možnými komplikacemi, od orgánové až po psychickou dekompenzaci s vážným ohrožením zdraví a života (adaptační selhání). Třetí, následná fáze je doznívajícím stresová reakce, která přechází do akceptace pobytu v zařízení (Hegyi, 1993).

V minulosti bylo provedeno několik šetření úmrtnosti klientů v různých typech zařízení institucionální péče s cílem potvrdit či vyvrátit výskyt adaptačního selhání. V ošetrovatelských

ústavech v Duisburgu, které odpovídají našim domovům pro seniory byla v letech 1978 až 1980 popsána letalita mezi 32 % a 71 % v prvních sedmi měsících po přijetí (Fabricius, 1982). Za zmínku však stojí, že obyvateli těchto ošetrovatelských ústavů byli převážně imobilní a somaticky těžko nemocní staří lidé. Vojtěchovský (1979) uvádí v geronto-psychiatrických odděleních do jednoho roku po přijetí 20 % úmrtnost všech přijatých ve věku nad 65 let s maximem v prvních třech týdnech, úmrtnost u žen je 12 % a u mužů 25 %. Již samotné vědomí o přicházející změně v dosavadním životě starého člověka může mít stejné následky jako změna sama. Bourestom a Tars (1974) se zajímali o skupinu pacientů, kteří měli nejvyšší úmrtnost tři měsíce před plánovaným nástupem do zařízení ústavní péče a v sedmém a devátém měsíci po nástupu.

Při výzkumu na Slovensku v roce 1992 byl zkoumán soubor 69 osob v blíže nespécifikovaném domově seniorů (Hegyí, 1993). Tyto osoby byly přijaty v průběhu roku 1991, ze kterých 33 (tj. 47,8 %) zemřelo v prvních šesti měsících po přijetí. Z tohoto souboru bylo 30,6 % mladších sedmdesáti let, 21,1 % ve věku 70–79 let a starších osmdesáti let bylo 48,3 %. Oproti Vojtěchovskému bylo v souboru zemřelých o 10 % více žen než mužů, což může nasvědčovat horší průběh adaptace u osob žijících samostatně (vdovy). Hegyí se domnívá, že člověk žijící dlouho sám, ve svém vlastním obydlí, s možností se samostatně rozhodovat o svém osudu se velmi těžko vzdává této své samostatnosti a těžko přijímá nutnost se přizpůsobit jinému životnímu režimu, jiným zvyklostem a lidem. Zdravotní stav byl u sedmdesáti procent zkoumaných osob vážný a třicet procent nečekaně zemřelo. Těchto 30 % je možno podle autorů studie přiřadit do souvislosti k adaptačnímu selhání. Je nepochybné, že stresová reakce na nové prostředí velice zhoršuje průběh chronické nemoci a může vést k úmrtí. Výsledky analýzy ukázaly, že v průběhu 7. až 12. měsíce po nástupu zemřelo 25 % všech přijatých. Z prvních šesti měsíců od přijetí je nejrizikovější první měsíc – 26,9 % z celkové roční úmrtnosti (3,2 násobek měsíčního průměru všech úmrtí).

Právě tato studie přivedla autora této diplomové práce k myšlence pokusit se analyzovat průběh procesu přežívání v domovech pro seniory v Praze.

8.2 Datový soubor

V této analytické části práce je k analýze přežívání použit reálný datový soubor klientů vybraných domovů pro seniory nacházejících se na území hlavního města Prahy. Informace o svých klientech poskytly čtyři zařízení péče o seniory: Domov pro seniory Bohnice, Domov pro seniory Ďáblice, Domov pro seniory Kobylisy a Domov pro seniory Zahradní Město. Soubor individuálních dat o klientech z těchto zařízení zahrnoval datum narození, datum vstupu do domova a datum úmrtí (pokud nastalo). Dalšími proměnnými, které byly poskytnuty k této analýze bylo pohlaví klienta a rodinný stav. Tyto individuální charakteristiky seniorů pochází z let 2004 až 2006. Soubor dat obsahuje informace o všech klientech, kteří v průběhu těchto tří po sobě jdoucích kalendářních let strávili v jednotlivých zařízeních minimálně jeden den.

Do analýzy přežívání, která byla provedena Kaplan-Meierovým odhadem, tedy vstupovali jedinci, kteří byli přijati do domova mezi 1. lednem 2004 a 31. prosincem 2006 a v tomto období také zemřeli. Dále pak také jedinci, kteří sice vstoupili do domova před rokem 2004, ale

smrt nastala ve sledovaných letech 2004–2006. Základním ukazatelem, ze kterého odhad funkce přežití vycházel byla doba strávená v domově od vstupu do úmrtí (v měsících). Jednalo se tedy o necenzorované pozorování, kdy ke studované události (úmrtí) došlo v průběhu sledovaných let. Cenzorovaným pozorováním byla doba strávená v domově u klientů, kteří přišli před rokem 2004 a k poslednímu dni roku 2006 byli naživu a u těch, kteří nastoupili mezi lety 2004–2006 a ke sledované události nedošlo.

Datový soubor z Domova pro seniory Zahradní město obsahuje pouze informace o úmrtí klientů, kteří nastoupili v průběhu let 2004–2006. Z tohoto důvodu podíl pozorovaných událostí je nižší než u ostatních zařízení. Především tedy analýza přežívání je u tohoto domova ovlivněna touto skutečností, což bude na výsledcích patrné.

Ke zpracování těchto dat byl použit statistický software SPSS 15.0 a modul tabulkového editoru XLSTAT 2008.

Tab. 13 – Rozdělení pozorování podle cenzorování

Domov pro seniory	Necenzorované pozorování (úmrtí)	Cenzorované pozorování	Celkem	Podíl úmrtí na pozorováních
Bohnice	236	170	406	58,1
Ďáblice	137	150	287	47,7
Kobylisy	180	190	370	48,6
Zahradní město	108	290	398	27,1

Zdroj: data poskytnutá domovy seniorů, vlastní výpočty

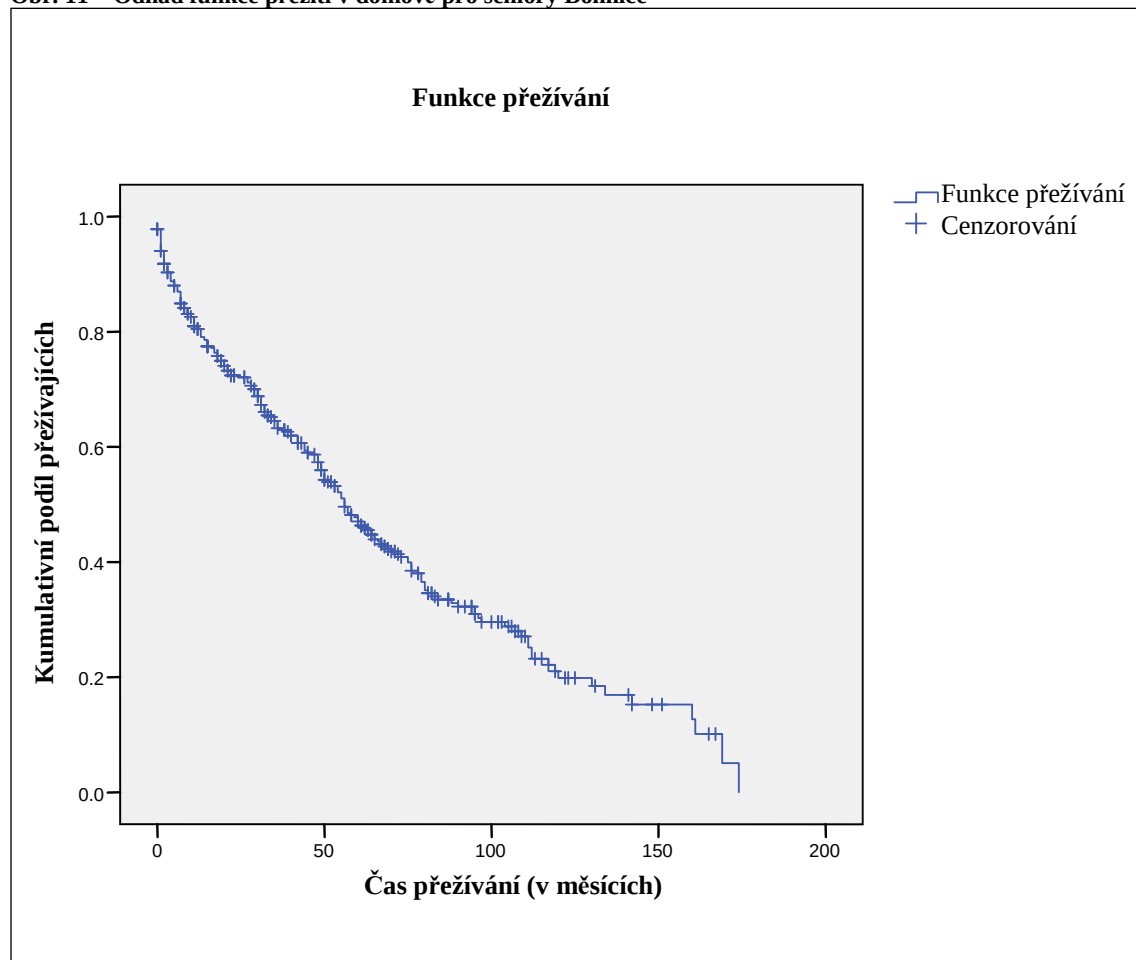
8.3 Analýza přežívání ve vybraných domovech pro seniory na území hlavního města Prahy

V této podkapitole je provedena vlastní analýza přežití metodou Kaplan-Meierova odhadu. Výsledky jsou znázorněny po jednotlivých domovech seniorů.

Domov pro seniory Bohnice

Vstupem do analýzy bylo celkem 406 pozorování, z nichž 169 bylo cenzorováno a ve 236 případech došlo ke sledované události, úmrtí klienta. Na obrázku 11 je znázorněna křivka funkce přežití pro všechny klienty tohoto domova, kteří se v něm v průběhu let 2004 až 2006 vyskytli. Jak je patrné z grafu, v prvních několika měsících po přijetí je riziko úmrtí vysoké, jelikož křivka strmě klesá. V průběhu prvních tří měsíců po přijetí bylo zaznamenáno 13,6 % úmrtí ze všech událostí v průběhu sledovaného období. Do půl roku to bylo dvacet procent a po roce jedna třetina všech sledovaných úmrtí.

Průměrná doba, kterou senior stráví v domově v Bohnicích, se odhaduje na 5,8 let. Podle vypočítaných kvartilů odhadnuté funkce přežití vyplývá, že jedna čtvrtina klientů stráví v domově 112 měsíců, polovina seniorů 56 měsíců a minimálně roku a půl se dožije 75 % klientů.

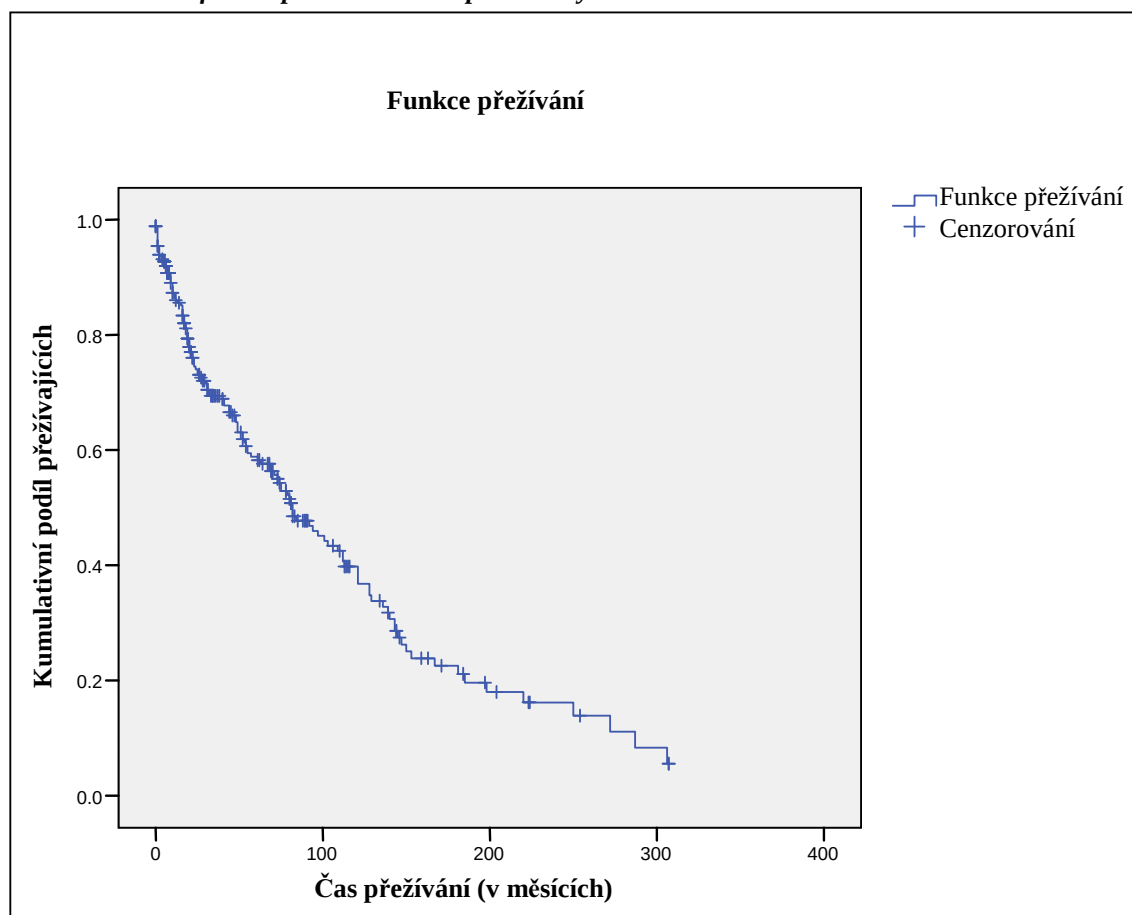
Obr. 11 – Odhad funkce přežití v domově pro seniory Bohnice

Zdroj: vlastní výpočty

Domov pro seniory Ďáblice

Analýza přežití v Domově pro seniory Ďáblice byla provedena na celkem 266 pozorováních, ve 137 případech došlo k úmrtí klienta a cenzorováno bylo 129 událostí. Na obr. 12 je znázorněna křivka funkce přežití pro všechny klienty tohoto domova, kteří se v něm v průběhu let 2004 až 2006 vyskytli. V průběhu prvních tří měsíců po přijetí došlo k 11 % úmrtí ze všech zaznamenaných. Do šesti měsíců se to bylo třináct procent a po roce jedna čtvrtina všech sledovaných úmrtí.

Průměrná doba, kterou senior stráví v Ďáblicích, se odhaduje na 9,1 let. Podle vypočítaných kvartilů odhadnuté funkce přežití vyplývá, že jedna čtvrtina klientů stráví v domově 153 měsíců, polovina seniorů 82 měsíců a minimálně dvou let se dožije 75 % klientů.

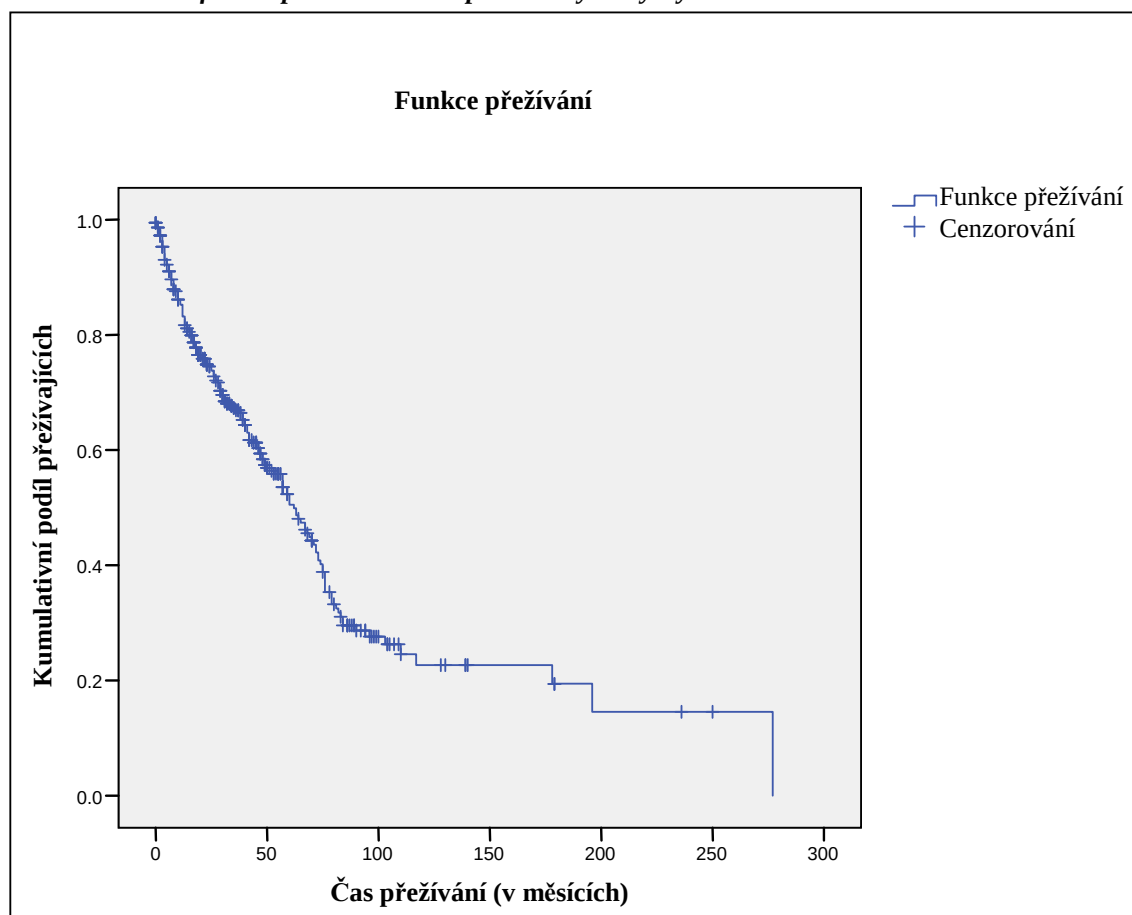
Obr. 12 – Odhad funkce přežití v domově pro seniory Ďáblice

Zdroj: vlastní výpočty

Domov pro seniory Kobyličky

Z domova seniorů v Kobylicích do analýzy přežití vstupovalo celkem 370 pozorování, z toho došlo ve 180 případech k úmrtí klienta, 190 záznamů bylo cenzorováno. Na obrázku číslo 13 je znázorněna křivka funkce přežití pro všechny klienty tohoto domova z let 2004 až 2006. V tomto zařízení oproti výše zmiňovaným domovům, v průběhu prvních tří měsíců po přijetí došlo pouze k 5,6 % úmrtí ze všech zaznamenaných. Po těchto třech měsících se však úroveň úmrtnosti zvýšila a pohybovala se na podobných hodnotách jako u ostatních zařízení. Konkrétně, v průběhu šesti měsíců se zvýšila na 15,6 % a po prvním roce dosahovala 29,1 % ze všech sledovaných úmrtí.

Průměrně klient domova v Kobylicích žije 7,6 let a 23 měsíců se dožije minimálně 75 % klientů. Polovina seniorů stráví v domově minimálně 62 měsíců a 9,1 let se dožije každý čtvrtý, vyplývá z kvartilových charakteristik souboru.

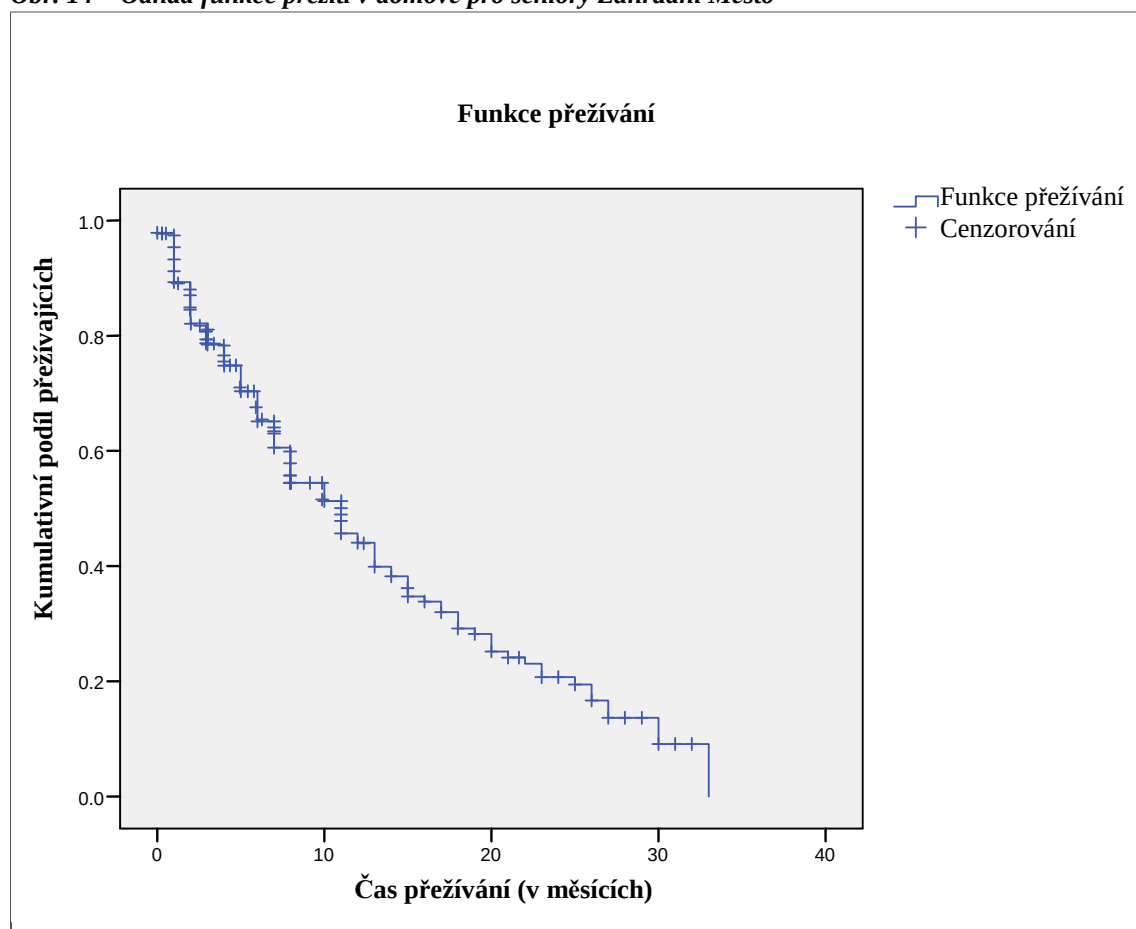
Obr. 13 – Odhad funkce přežití v domově pro seniory Kobyličky

Zdroj: vlastní výpočty

Domov pro seniory Zahradní Město

Datový soubor z Domova pro seniory Zahradní Město obsahuje pouze informace o úmrtí klientů, kteří nastoupili v průběhu let 2004–2006. Z tohoto důvodu v tomto souboru chybí informace o pobytu klientů delším než 36 měsíců, proto také křivka přežívání (obr. 14) je při porovnání s ostatními domovy velice strmá.

Ve sledovaných letech došlo ke 108 úmrtím klientů oproti 290 cenzorovaným pozorováním. Jelikož všechny sledované události se odehrály v horizontu tří let, jsou i relativní ukazatele rozložení úmrtnosti od doby příchodu do zařízení zkreslené a nejsou vhodné ke srovnání s jinými domovy. V domově pro seniory na Zahradním Městě tedy do tří měsíců od nástupu dochází ke čtvrtině zaznamenaných úmrtí, po půl roce k 67 procentům, a do 12 měsíců proběhlo 92 % sledovaných událostí.

Obr. 14 – Odhad funkce přežití v domově pro seniory Zahradní Město

Zdroj: vlastní výpočty

8.4 Odhad funkce přežití podle pohlaví seniorů

V této podkapitole je provedena analýza přežití podle proměnné pohlaví. Autor si položil otázku, zda-li existuje statisticky významný rozdíl mezi řádem vymírání mužů a žen. Nejjednodušší způsob srovnání dob přežití získaných u dvou skupin jedinců je vykreslit odhady funkce přežití pro jednotlivé skupiny do jednoho grafu. Výsledný graf může být již dostatečně informativní. K srovnání dvou či více skupin dat analýzy přežívání existuje množství metod, které mohou být použity k zjištění míry rozdílnosti mezi skupinami.

Ve skupině je vhodné mít možnost porovnání časů podle dvou nebo více proměnných. Neboť ale časy přežití nepochází z normálního rozdělení, lze využít jen neparametrické testy postavené na pořadí (rank ordering). Neparametrických testů k porovnání je celá škála, nicméně žádný z nich nelze použít při analýze cenzorovaných pozorování – ty musí být z testu vyloučeny. Takový postup nemusí být vhodný, neboť i takové informace jsou relevantní o to více, čím je dostupných méně dat. Mezi dostupné testy, většinou neparametrické, patří Cox-Mantelův test (Log-Rank test), Coxův F-test, Breslowův (obecný Wilcoxonův) test, Tarone-Ware test a jiné.

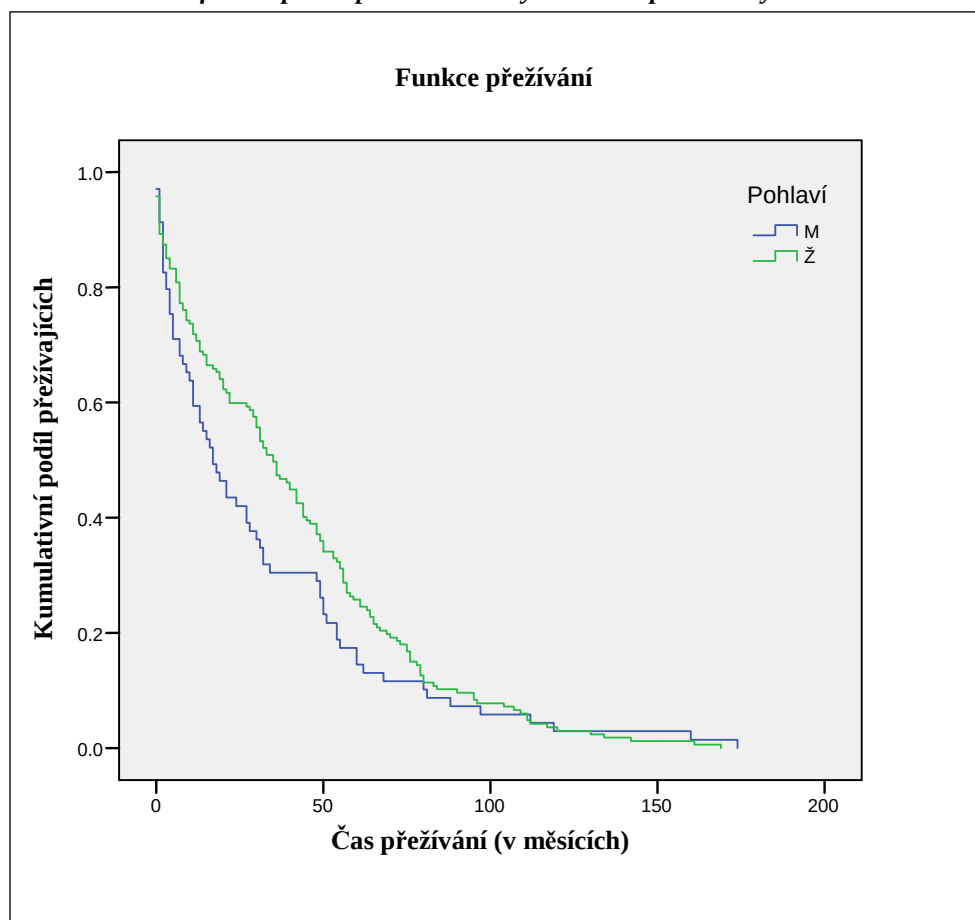
Při testování nulové hypotézy v této práci byly použity dva testy, které standardně jako defaultní nastavení nabízí uživatelí statistický program SPSS, jsou jimi Log-Rank test

a Wilcoxonův obecný test. Pro testování nulové hypotézy, že není rozdíl mezi funkcemi přežití dvou a více skupin dat analýzy přežívání, je dobré vědět, který ze dvou těchto testů je vhodnější použít. Jednoduchou pomůckou, jak to zjistit, je vykreslit si obě funkce přežití pro jednotlivé skupiny do jednoho grafu a podle jejich průběhu vybrat vhodnější test. Pokud se například tyto dvě funkce přežití kříží, je vhodnější k testování nulové hypotézy zvolit Wilcoxonův obecný test. Pokud je tomu však naopak a funkce se nekříží, je lepší zvolit k testování, zda jsou funkce přežití pro jednotlivé skupiny rozdílné či nikoliv, Log-Rank test (Illová, 2006).

Domov pro seniory Bohnice

Do srovnávací analýzy přežití podle pohlaví vstupovalo v domově pro seniory v Bohnicích 236 záznamů. Mužů celkově zemřelo 69, což je 29,2 % ze všech úmrtí a ve 167 případech zemřely ženy (70,2 %). Z obr. 15 je patrné, že křivky odhadu přežití podle pohlaví se liší. Průběh křivky pro muže je strmější, je více „prohnutá“, zatímco křivka pro ženské pohlaví má po většinu období spíše charakter přímky a až kolem 70. měsíce se začíná vyrovnávat a přibližovat se horizontální ose x. Z tohoto hlediska lze usuzovat na možné rozdíly mezi přežíváním mužů a žen.

Obr. 15 – Odhad funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Bohnice



Zdroj: vlastní výpočty

Funkce přežití odhadnuté Kaplan-Meierovým odhadem pro jednotlivá pohlaví se během svého průběhu překříží a tudíž pro testování hypotézy, že se doby přežití v jednotlivých skupinách neliší, je výhodnější použít Wilcoxonova testu (tab. 14). Testuje se tedy hypotéza H_0 : doby přežití se pro jednotlivá pohlaví neliší. Hladina významnosti je zvolena na $\alpha = 0,05$. Hodnota testové statistiky je rovna 4,9 a příslušná p-hodnota je 0,026. Jelikož je p-hodnota menší než 0,05, tak hypotézu H_0 zamítáme na asymptotické hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Tudíž s rizikem 5 % je možno říci, že doby přežití u mužů a žen v Domově pro seniory Bohnice jsou rozdílné.

Tab. 14 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Bohnice

Typ testu	Chi-Square	df	Sig.
Log-Rank	2,121	1	0,145
Wilcoxon	4,934	1	0,026

Poznámky: Chi-Square – chí kvadrát test dobré shody

df – stupně volnosti

Sig. – hladina významnosti (p-hodnota)

Zdroj: vlastní výpočty

Domov pro seniory Ďáblice

V domově pro seniory Ďáblice zemřelo ve sledovaných letech 2004 až 2006 celkem 137 osob. Z toho více než 67 % tvořily ženy (93 případů) a 32 % úmrtí připadalo na muže. Průběh křivek přežívání, jak je patrný z obr. 16, je velice podobný. Dá se říci, že asi do doby devadesáti měsíců po přijetí jsou křivky pro muže i ženy shodné. Později se křivka pro mužské pohlaví o trochu více „propadne“ a je zaznamenán rozdíl v úmrtnosti. Nicméně většina případů (dob mezi příchodem a úmrtím) ve většině časového intervalu je shodná a tudíž lze předpokládat, že se nebudou významně lišit ani vypočtené kumulativní podíly přeživších osob podle pohlaví.

Tab. 15 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Ďáblice

Typ testu	Chi-Square	df	Sig.
Log-Rank	1,528	1	0,216
Wilcoxon	1,309	1	0,253

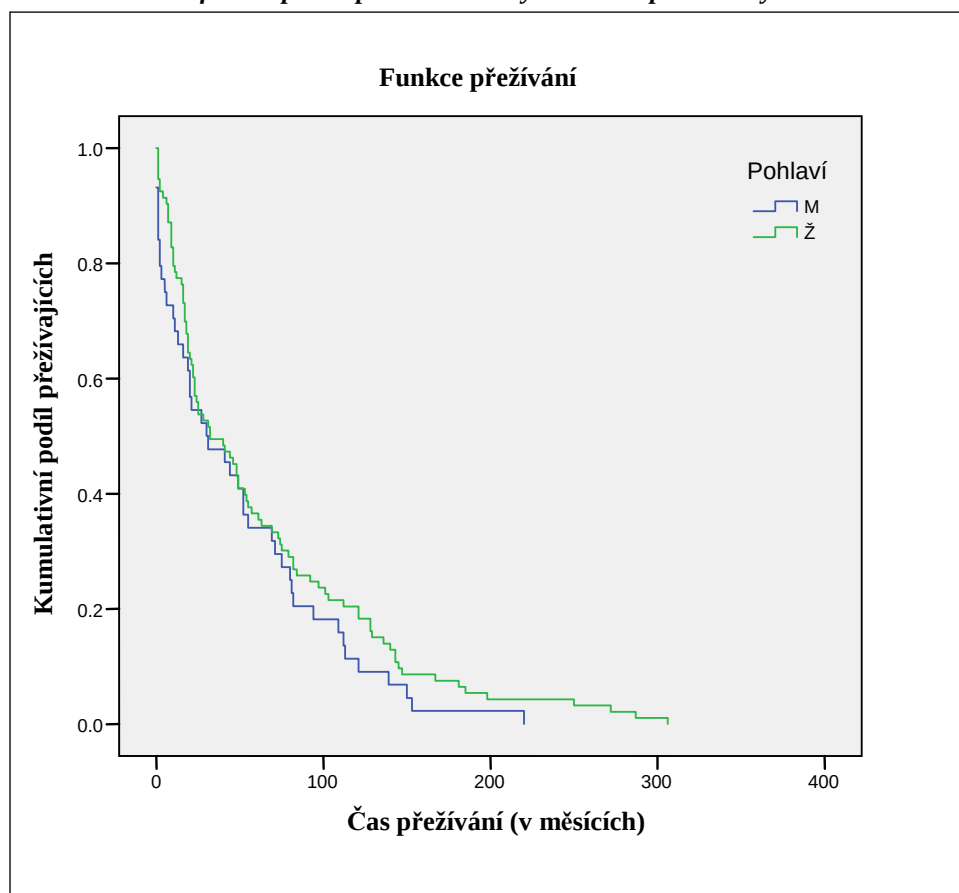
Poznámky: Chi-Square – chí kvadrát test dobré shody

df – stupně volnosti

Sig. – hladina významnosti (p-hodnota)

Zdroj: vlastní výpočty

Tabulka 15 znázorňuje výsledek testování nulové hypotézy, že pohlaví nemá vliv na průběh řádu vymírání klientů v domově pro seniory v Ďáblicích. Jelikož p-hodnota je v obou testech vyšší než zvolená hladina významnosti 0,05 lze konstatovat, že rozdíly mezi pohlavími nejsou statisticky významné, tedy nulovou hypotézu je potřeba z 95 % přijmout za pravdivou.

Obr. 16 – Odhad funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Ďáblice

Zdroj: vlastní výpočty

Domov pro seniory Kobyličky

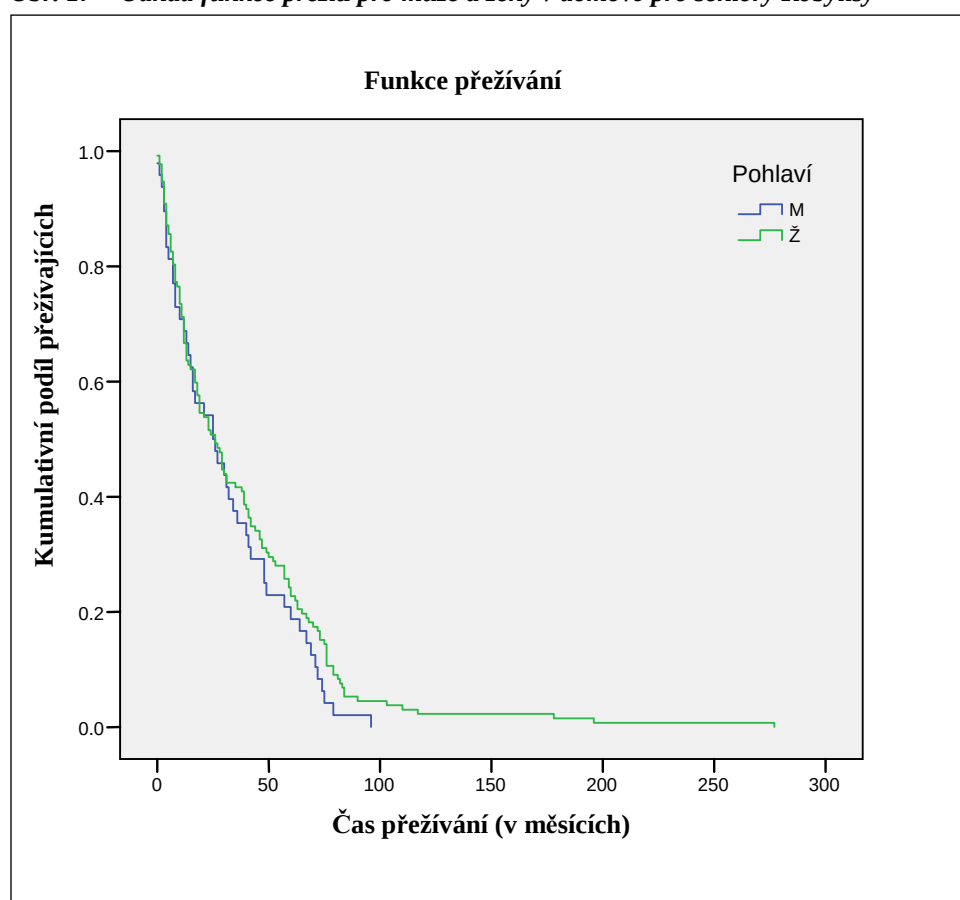
Odhad funkce přežití pro klienty domova v Kobylicích podle jejich pohlaví byl proveden na základě 131 úmrtí žen (72,8 %) a 49 případů úmrtí mužů z celkového počtu 180 všech událostí. Křivky kumulativních počtu přeživších podle pohlaví (obr. 17) jsou velmi podobné a mají, dá se říci, totožný průběh. Ženy i muži tedy mají podle grafu, stejné úmrtnostní charakteristiky. Rozdíl je v tom, že ženy přežijí v průměru větší počet let v domově, což je patrné i na delší křivce, kdy jsou zaznamenány případy úmrtí až po době deseti a více let po nástupu, což u mužů není patrné, jelikož všechna úmrtí byla zaznamenána do osmi let od přijetí do zařízení.

Tab. 16 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Kobyličky

Typ testu	Chi-Square	df	Sig.
Log-Rank	1,445	1	0,229
Wilcoxon	0,328	1	0,567

Zdroj: vlastní výpočty

Testování hypotéz o podobnosti či rozdílnosti úmrtnostních charakteristik podle pohlaví v Kobylicích jasně ukázalo (tab. 16), že na pěti procentní hladině významnosti je nutno přijmout nulovou hypotézu a označit rozdíly mezi pohlavími za statisticky bezvýznamné.

Obr. 17 – Odhad funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Kobylisy**Zdroj:** vlastní výpočty**Domov pro seniory Zahradní Město**

Jak již bylo zmíněno v předešlé kapitole soubor dat o klientech ze Zahradního Města obsahoval pouze informace o úmrtí osob, které přišli do zařízení v průběhu tří let a během nich také zemřeli, konkrétně to bylo 79 žen a 29 mužů. Z tohoto důvodu křivky funkce přežití podle pohlaví (obr. 18) jsou velice podobné a jejich průběh shodný. Je z nich patrné, že všechna úmrtí proběhla do 33. měsíce od nástupu do domova. Je možné očekávat, že testováním hypotéz se prokáže shodný charakter řádu vymírání mužů i žen.

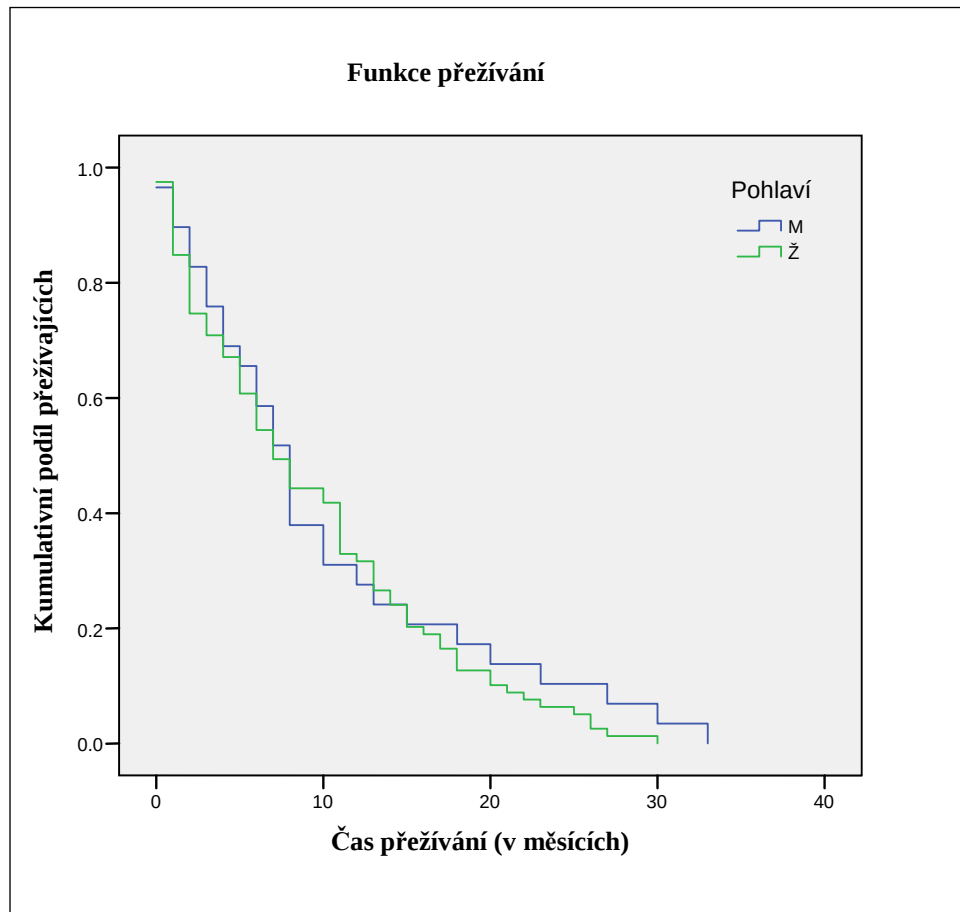
Tab. 17 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Zahradní Město

Typ testu	Chi-Square	df	Sig.
Log-Rank	0,579	1	0,447
Wilcoxon	0,076	1	0,783

Zdroj: vlastní výpočty

Jak je znázorněno v tab. 17, nulová hypotéza byla testována na hladině významnosti 0,05. Jelikož p-hodnota testů je větší než 0,05, nulová hypotéza je potvrzena a tedy s rizikem omylu 5 % lze tvrdit, že rozdíly mezi pohlavími v domově pro seniory na Zahradním Městě se nepotvrdily.

Obr. 18 – Odhad funkce přežití pro muže a ženy v domově pro seniory Zahradní Město



Zdroj: vlastní výpočty

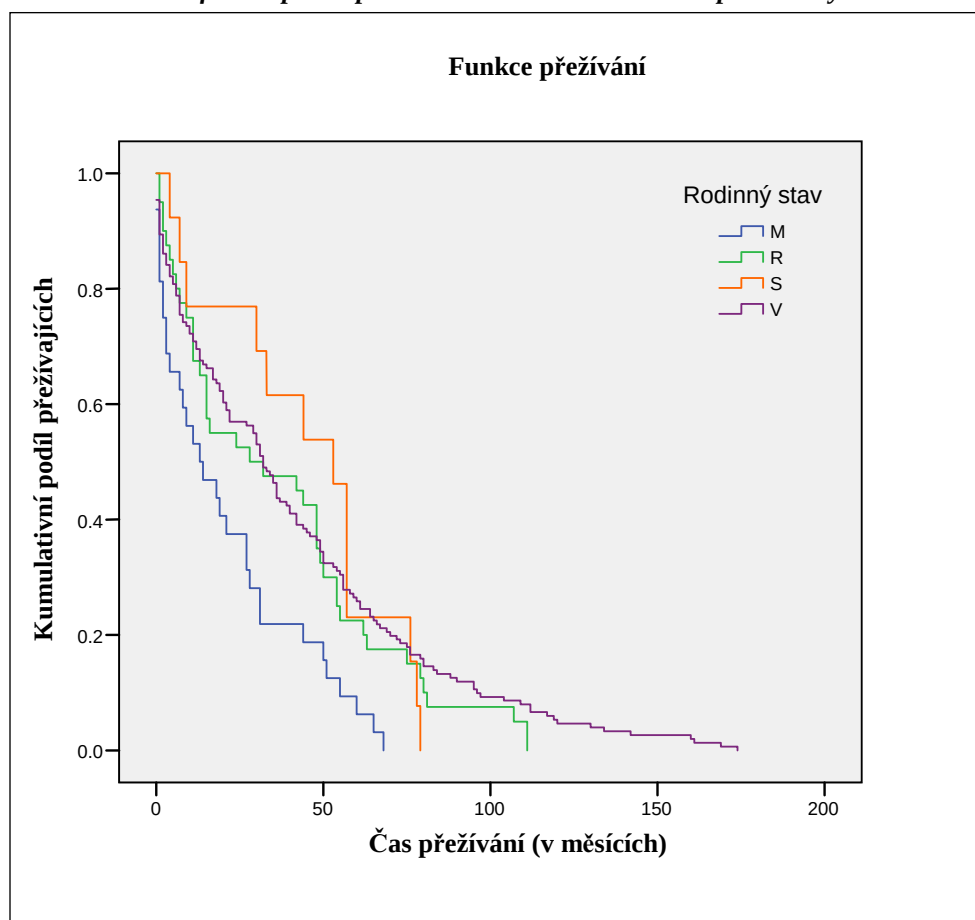
8.5 Odhad funkce přežití podle rodinného stavu seniorů

V následující kapitole se autor pokusil najít závislost mezi řádem přežívání a rodinným stavem seniorů. Podobně jako v předchozí kapitole budou prezentovány výsledky formou grafu funkce přežití a testováním hypotéz po jednotlivých domovech. Do této analýzy vstupovala proměnná rodinný stav, která mohla nabývat následujících hodnot: S – osoby ve svobodném stavu (svobodná/ý), M – osoby ve svazku manželském (vdaná, ženatý), R – osoby v rozvedeném stavu (rozvedená/ý) a V – osoby ve stavu vdovském (vdova, vdovec). Nulová hypotéza, která byla testována se snažila prokázat zda-li se funkce přežití statisticky liší podle jednotlivých rodinných stavů.

Domov pro seniory Bohnice

Do srovnávací analýzy přežití podle rodinného stavu vstupovalo v domově pro seniory v Bohnicích 236 záznamů. Celkem třináct osob zemřelo jako svobodné, úmrtí osob ve stavu manželském bylo zaznamenáno 32 případů, rozvedených zemřelo čtyřicet a 151 osob bylo vdov nebo vdovců. Poslední skupina ovdovělých tedy tvoří více než 63 % souboru. Průměrně nejdelší čas v domově stráví svobodní jedinci (44 měsíců), naopak průměrně nejkratší dobu jsou klienty domova osoby ve svazku manželském, pouze 21 měsíců. Z obr. 19 je patrné, že průběh křivek odhadu přežití pro rozvedené a ovdovělé osoby je podobný. Naopak křivka pro svobodné klienty se od ostatních liší ve větší pravděpodobnosti přežití mezi dvacátým a padesátým měsícem po přijetí.

Obr. 19 – Odhad funkce přežití podle rodinného stavu v domově pro seniory Bohnice



Poznámky: Rodinný stav:

M – vdaná, ženatý

R – rozvedená, rozvedený

S – svobodná, svobodný

V – vdova, vdovec

Zdroj: vlastní výpočty

V následující tabulce jsou znázorněny výsledky jednotlivých testů mezi jednotlivými rodinnými stavy. Podle těchto výsledků je u rodinného stavu manželství p-hodnota testů menší než 0,05, tedy hypotézu o shodě dob přežití osob v manželství s ostatními rodinnými stavy zamítáme. U ostatních stavů (a jejich vzájemných kombinací) je nulová hypotéza neexistence

statisticky významných rozdílů nezamítnutá. Tedy křivka přežití pro osoby v manželství je od ostatních statisticky rozdílná na 95% hladině významnosti.

Tab. 18 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle pohlaví v domově pro seniory Bohnice

	Rodinný stav	M		R		S		V	
		Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.
Log-Rank	M	–	–	6,385	0,012	8,371	0,004	11,945	0,001
	R	6,385	0,012	–	–	0,092	0,761	0,659	0,417
	S	8,371	0,004	0,092	0,761	–	–	0,008	0,927
	V	11,945	0,001	0,659	0,417	0,008	0,927	–	–
Wilcoxon	M	–	–	4,936	0,026	7,118	0,008	8,690	0,003
	R	4,936	0,026	–	–	1,009	0,315	0,042	0,837
	S	7,118	0,008	1,009	0,315	–	–	0,887	0,346
	V	8,690	0,003	0,042	0,837	0,887	0,346	–	–

Zdroj: vlastní výpočty

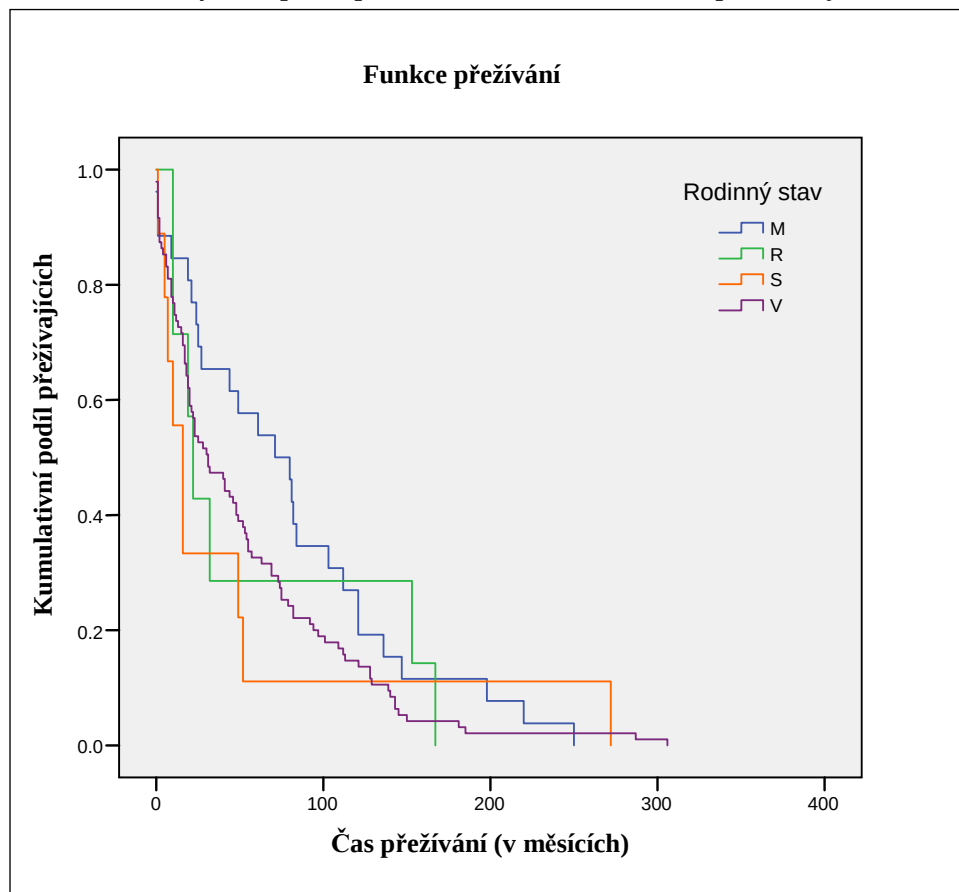
Domov pro seniory Ďáblice

V domově pro seniory v Ďáblicích vstupovalo do této srovnávací analýzy celkem 137 případů úmrtí. Z toho sedm klientů bylo rozvedeno, devět bylo svobodných, ve svazku manželském žilo do svého úmrtí 26 seniorů a počet ovdovělých dosáhl 95 klientů, čili necelých 70 % ze všech. V tomto zařízení nejdéle žijí ženaté a vdané osoby, průměrně 80 měsíců, naopak nejkratší dobu jsou klienty svobodní senioři, kteří průměrně umírají po 47 měsících od nástupu. Křivky přežívání na obr. 20 jsou značně „rozkolísané“, především jde o stav rozvedených a svobodných, kdy v nich bylo zaznamenáno málo sledovaných událostí, a nelze tedy podle grafu odhadnout zda-li jsou podobné či rozdílné.

Tab. 19 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle pohlaví v domově pro seniory Ďáblice

	Rodinný stav	M		R		S		V	
		Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.
Log-Rank	M	–	–	0,338	0,561	0,940	0,332	2,794	0,095
	R	0,338	0,561	–	–	0,175	0,676	0,241	0,623
	S	0,940	0,332	0,175	0,676	–	–	0,492	0,483
	V	2,794	0,095	0,241	0,623	0,492	0,483	–	–
Wilcoxon	M	–	–	0,652	0,419	4,289	0,038	3,546	0,060
	R	0,652	0,419	–	–	0,985	0,321	0,052	0,820
	S	4,289	0,038	0,985	0,321	–	–	1,743	0,187
	V	3,546	0,060	0,052	0,820	1,743	0,187	–	–

Zdroj: vlastní výpočty

Obr. 20 – Odhad funkce přežití podle rodinného stavu v domově pro seniory Ďáblice

Poznámky: Rodinný stav:

M – vdaná, ženatý

R – rozvedená, rozvedený

S – svobodná, svobodný

V – vdova, vdovec

Zdroj: vlastní výpočty

Více informací o možných rozdílech kumulativních počtů přeživších znázorňuje tabulka 19. Všechny testované p-hodnoty jsou větší než 0,05 a tudíž nulová hypotéza se nezamítá na asymptotické hladině významnosti $\alpha = 0,05$. S rizikem 5% omylu tedy lze konstatovat, že doby přežití se pro jednotlivé rodinné stavy klientů neliší a jsou statisticky podobné.

Domov pro seniory Kobyličky

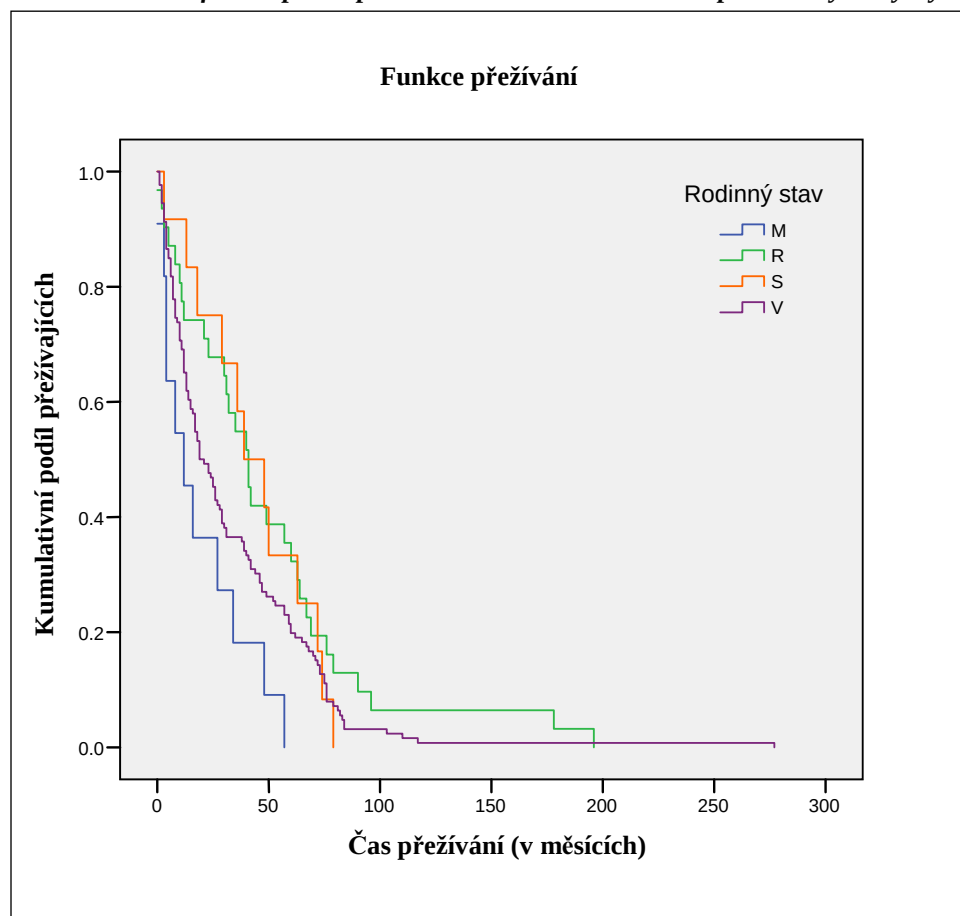
V tomto zařízení ve sledovaných letech 2004 až 2006 zemřelo celkem 180 osob, z nichž jedenáct žilo v manželství, dvanáct bylo svobodných, třicet jedna rozvedených, a celkem 70 procent – 126 seniorů bylo ovdovělých. Průměrně nejdelší dobu v domově stráví rozvedené osoby (49 měsíců), naopak průměrně nejkratší dobu jsou klienty domova osoby ve svazku manželském, pouze 19 měsíců. Z grafu příslušných funkcí přežití (obr. 21) je patrné, že průběh křivek funkce přežití pro svobodné a rozvedené seniory je velice podobný. Je možné očekávat, že testováním hypotéz se prokáže shodný charakter řádu přežívání těchto dvou rodinných stavů.

Tab. 20 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle pohlaví v domově pro seniory Kobyličky

	Rodinný stav	M		R		S		V	
		Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.
Log-Rank	M	–	–	7,903	0,005	6,287	0,012	3,406	0,065
	R	7,903	0,005	–	–	0,164	0,685	3,105	0,078
	S	6,287	0,012	0,164	0,685	–	–	0,545	0,461
	V	3,406	0,065	3,105	0,078	0,545	0,461	–	–
Wilcoxon	M	–	–	6,563	0,010	5,878	0,015	2,774	0,096
	R	6,563	0,010	–	–	0,021	0,884	3,368	0,066
	S	5,878	0,015	0,021	0,884	–	–	2,252	0,133
	V	2,774	0,096	3,368	0,066	2,252	0,133	–	–

Zdroj: vlastní výpočty

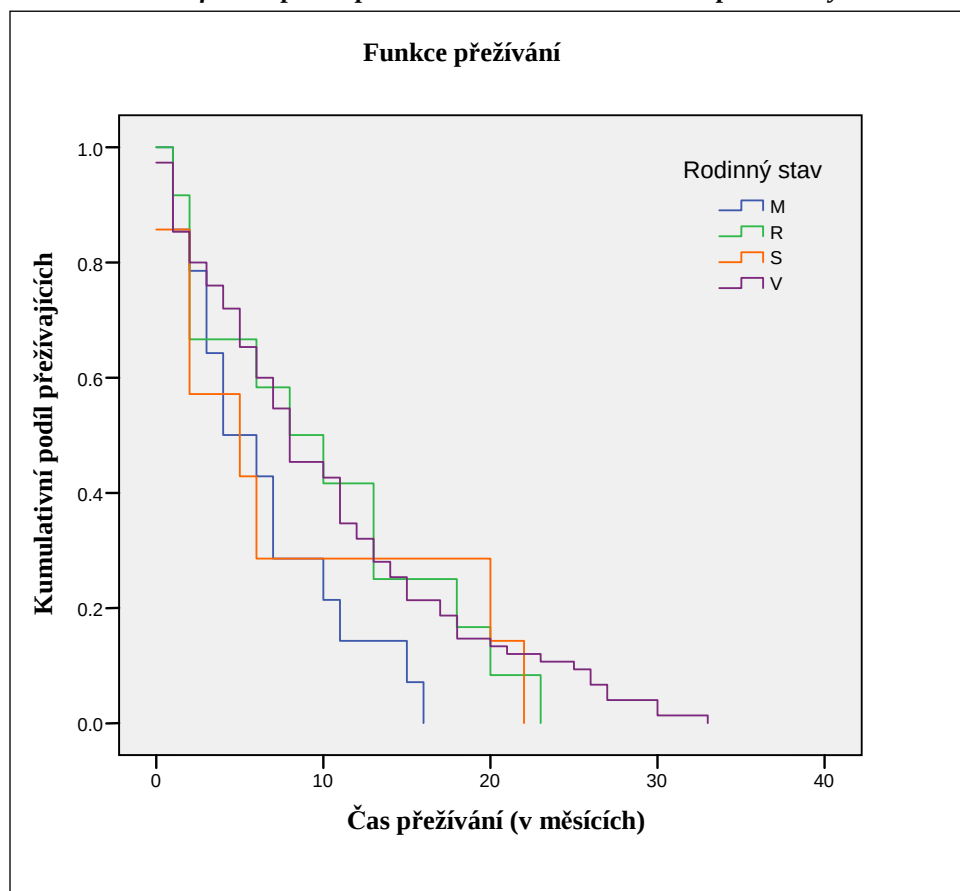
Z výsledků testovaných p-hodnot (tab. 20) lze vyčíst signifikantní rozdíly pouze mezi křivkou funkce přežití osob v manželství s rozvedenými a funkcí přežití osob v manželství s křivkou svobodných. Tedy rozdílný je pouze průběh křivky osob v manželství ve vztahu k osobám svobodným a rozvedeným. Ostatní doby přežití se tedy podle rodinného stavu vzájemně neliší.

Obr. 21 – Odhad funkce přežití podle rodinného stavu v domově pro seniory Kobyličky**Zdroj:** vlastní výpočty

Domov pro seniory Zahradní Město

Odhad funkce přežití pro klienty domova na Zahradním Městě podle jejich rodinného stavu byl proveden na základě sedmi úmrtí svobodných osob, dvanácti případů úmrtí rozvedených klientů, čtrnácti událostí pro osoby v manželství a ovdověli senioři tvořili necelých 70 % případů. V tomto zařízení průměrně nejdéle zůstávají svobodní senioři (20 měsíců), nejkratší dobu zde stráví klienti v manželském svazku. Podle výsledků provedených testů spolehlivosti je na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ statisticky rozdílný průběh funkce přežití pro osoby ovdovělé a vdané (nebo ženaté). Všechny ostatní rozdíly nejsou signifikantně významné, tudíž doby přežití mezi ostatními rodinnými stavy se neliší.

Obr. 22 – Odhad funkce přežití podle rodinného stavu v domově pro seniory Zahradní Město



Poznámky: Rodinný stav:

M – vdaná, ženatý

R – rozvedená, rozvedený

S – svobodná, svobodný

V – vdova, vdovec

Zdroj: vlastní výpočty

Tab. 21 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle pohlaví v domově pro seniory Zahradní Město

	Rodinný stav	M		R		S		V	
		Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.
Log-Rank	M	–	–	2,375	0,123	0,547	0,460	3,951	0,047
	R	2,375	0,123	–	–	0,148	0,700	0,071	0,790
	S	0,547	0,460	0,148	0,700	–	–	0,539	0,463
	V	3,951	0,047	0,071	0,790	0,539	0,463	–	–
Wilcoxon	M	–	–	0,905	0,342	0,013	0,910	2,402	0,121
	R	0,905	0,342	–	–	0,367	0,545	0,000	0,985
	S	0,013	0,910	0,367	0,545	–	–	0,929	0,335
	V	2,402	0,121	0,000	0,985	0,929	0,335	–	–

Zdroj: vlastní výpočty

8.6 Srovnání odhadu funkce přežití podle jednotlivých zařízení

V této podkapitole bude nastíněno srovnání jednotlivých domovů pro seniory podle výsledků analýzy přežívání. Nejprve se autor zaměřil na srovnání podle základních křivek přežití bez jejich dělení na podskupiny, poté jsou prezentovány výsledky srovnání domovů podle pohlaví klienta a následně podle rodinného stavu. Výsledky jsou znázorněny obdobným způsobem jako v předcházejících částech této kapitoly, čili nejdříve grafem kumulativních funkcí přežití, poté jsou testovány hypotézy.

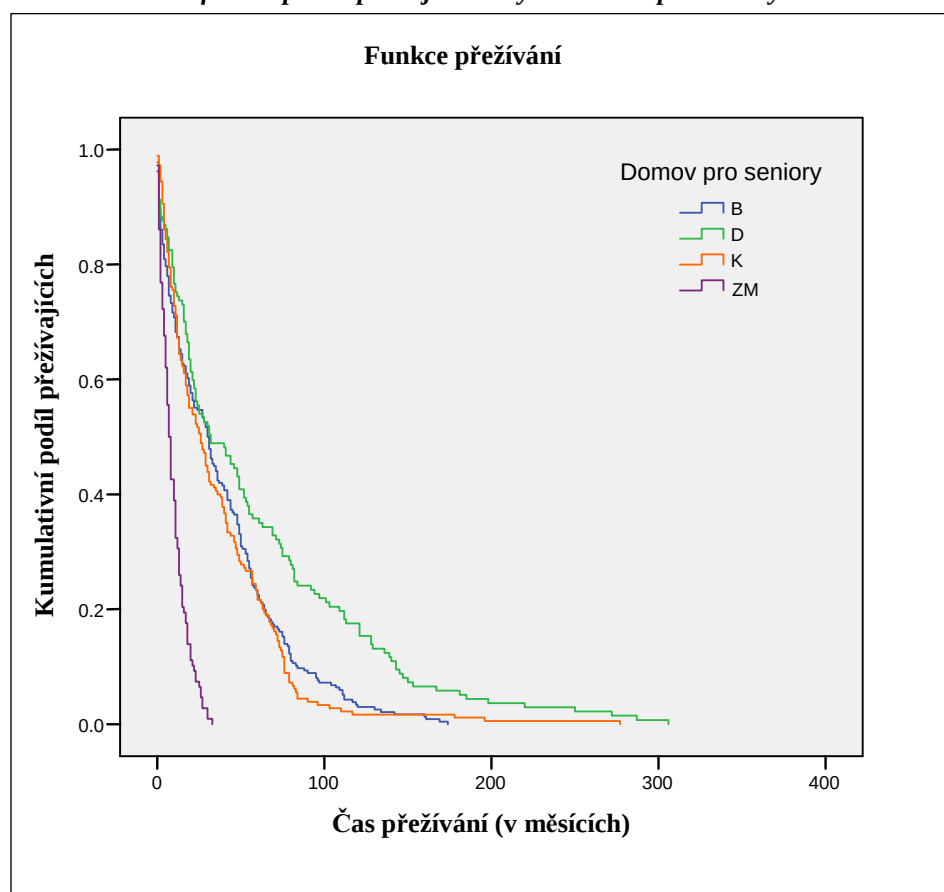
8.6.1 Srovnání dob přežití ve sledovaných domovech pro seniory

Vstupním souborem k této části analýzy byla data za úmrtí klientů ve sledovaném období podle zařízení (tab. 13). Na obrázku 23 jsou patrné odlišnosti mezi jednotlivými domovy. Křivka znázorňující domov na Zahradním Městě má téměř kolmý průběh, což jest zapříčiněno skladbou datového souboru (viz. jeho popis v předcházejících částech textu). Křivky funkcí přežití pro domovy v Bohnicích a Kobylisích mají velice podobný, a snad i shodný průběh. Z toho lze usuzovat, že v těchto dvou zařízeních je charakter přežívání klientů obdobný. Zato křivka kumulativních počtu přežívajících klientů z Ďáblic se asi nejbližší podobá exponenciálnímu tvaru křivky, ke kterému se analýza přežívání pro velké počty událostí teoreticky blíží.

Při testování rozdílů funkcí přežití na 5% hladině významnosti (tab. 22) bylo zjištěno, že dva domovy vykazují shodné charakteristiky tohoto ukazatele. Jedná se o již výše zmíněná zařízení v Bohnicích a Kobylisích. U těchto dvou domovů byla oběma testy zjištěna p-hodnota větší než 0,05, tudíž nulová hypotéza o neexistenci rozdílů dob přežití se potvrzuje. Ostatní vztahy mezi jednotlivými ústavami jsou na 5% signifikantní hladině.

Tab. 22 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle jednotlivých domovů pro seniory

	Domov pro seniory	B		D		K		ZM	
		Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.
Log-Rank	B	–	–	15,264	0,000	0,450	0,502	101,213	0,000
	D	15,264	0,000	–	–	16,115	0,000	104,165	0,000
	K	0,450	0,502	16,115	0,000	–	–	95,330	0,000
	ZM	101,213	0,000	104,165	0,000	95,330	0,000	–	–
Wilcoxon	B	–	–	5,534	0,019	0,028	0,867	65,072	0,000
	D	5,534	0,019	–	–	6,059	0,014	72,967	0,000
	K	0,028	0,867	6,059	0,014	–	–	71,137	0,000
	ZM	65,072	0,000	72,967	0,000	71,137	0,000	–	–

Zdroj: vlastní výpočty**Obr. 23 – Odhad funkce přežití podle jednotlivých domovů pro seniory****Poznámky:** Domov pro seniory:

B – Bohnice

D – Dáblice

K – Kobylisy

ZM– Zahradní Město

Zdroj: vlastní výpočty

8.6.2 Srovnání dob přežití ve sledovaných domovech podle pohlaví klientů

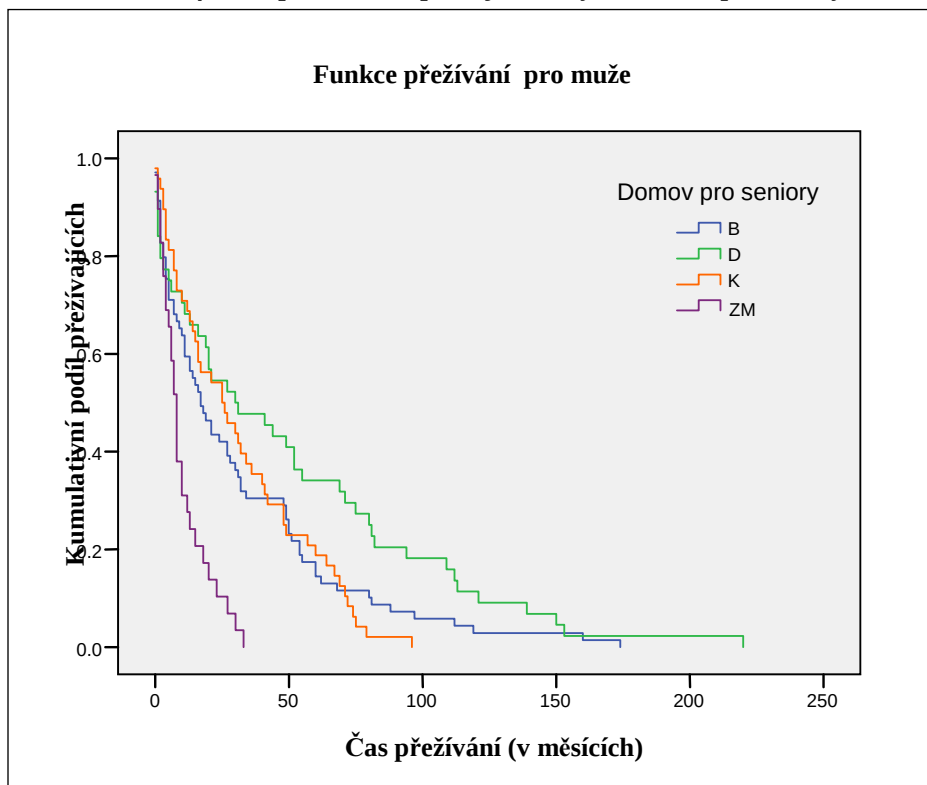
Výsledek tohoto srovnání podle pohlaví, jak je patrné na jednotlivých křivkách, je obdobný jako výsledek v obecného srovnání všech zařízení. Také zde je možno pozorovat rozdílnost dvou ze čtyř funkcí přežití. Výrazně se odlišují kumulativní počty přežívajících ze Zahradního Města a Ďáblic. Naopak o podobném či shodném průběhu (alespoň částečném) lze hovořit u mužů i žen v Bohnicích a Kobylisích.

Výsledky testování to potvrzují. Domovy v Bohnicích a Kobylisích mají u obou pohlaví podobný průběh funkce přežití. Log-Rang test tuto podobnost nepotvrzuje, ale Wilcoxonův test již ano, i když p-hodnota přesáhla stanovenou hranici 0,05 jen minimálně.

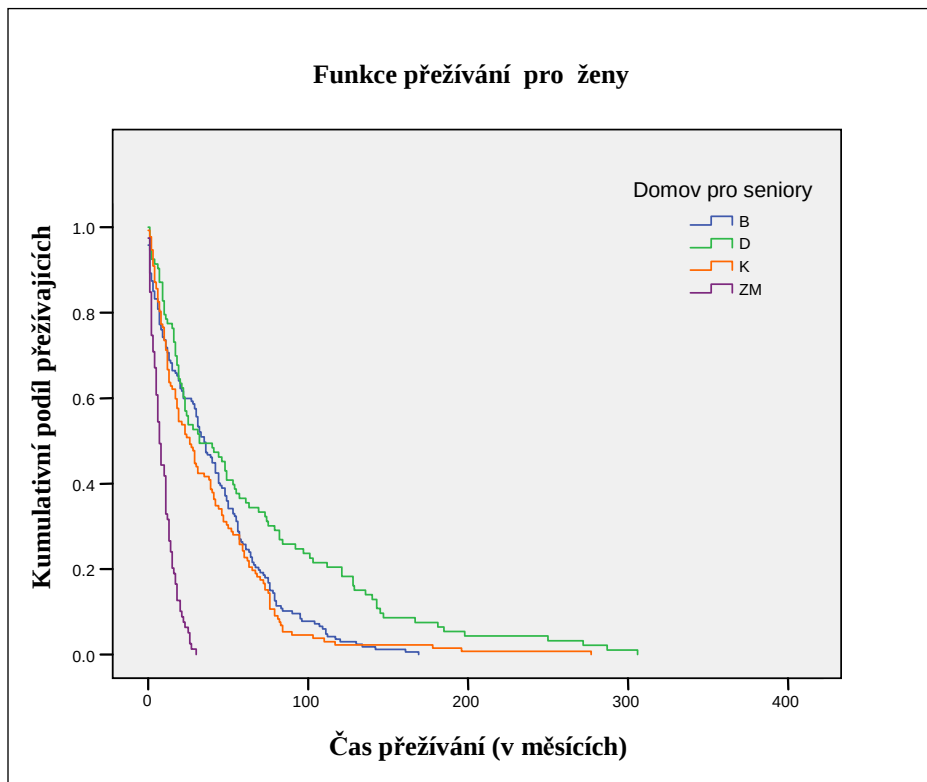
Tab. 23 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle jednotlivých domovů pro seniory a pohlaví klientů

	Domov pro seniory	B		D		K		ZM	
		Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.
Log-Rank	B	–	–	14,842	0,000	0,507	0,476	99,434	0,000
	D	14,842	0,000	–	–	17,477	0,000	103,839	0,000
	K	0,507	0,476	17,477	0,000	–	–	94,309	0,000
	ZM	99,434	0,000	103,839	0,000	94,309	0,000	–	–
Wilcoxon	B	–	–	4,683	0,030	0,304	0,581	67,983	0,000
	D	4,683	0,030	–	–	6,587	0,010	75,094	0,000
	K	0,304	0,581	6,587	0,010	–	–	65,648	0,000
	ZM	67,983	0,000	75,094	0,000	65,648	0,000	–	–

Zdroj: vlastní výpočty

Obr. 24 – Odhad funkce přežití mužů podle jednotlivých domovů pro seniory

Zdroj: vlastní výpočty

Obr. 25 – Odhad funkce přežití žen podle jednotlivých domovů pro seniory

Zdroj: vlastní výpočty

8.6.3 Srovnání dob přežití ve sledovaných domovech podle rodinného stavu

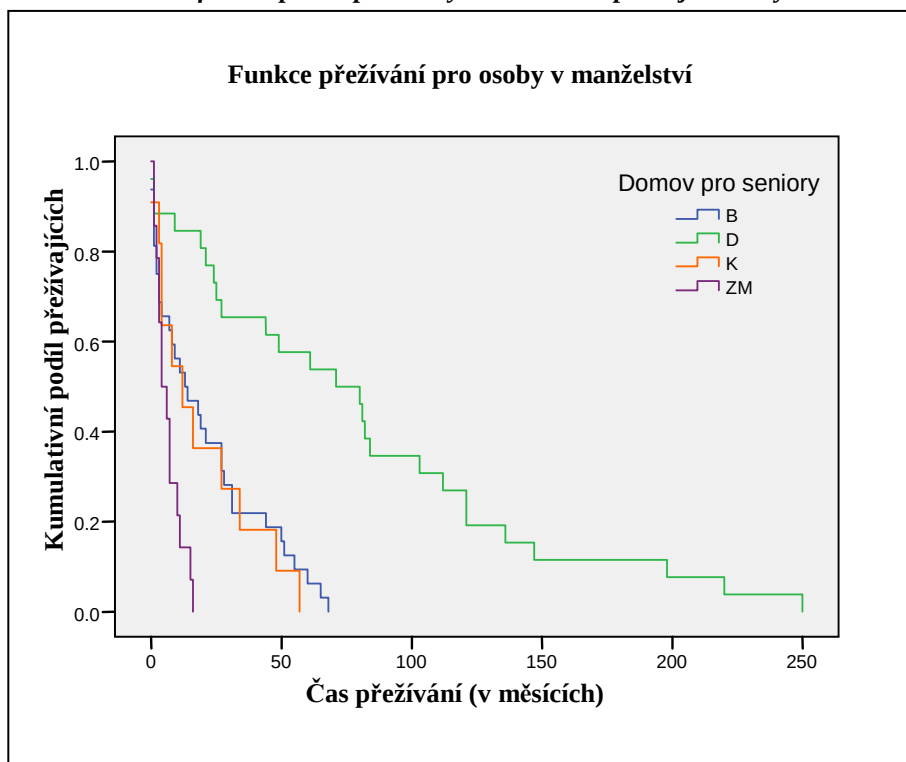
Při vizuálním porovnání křivek funkcí přežití v jednotlivých domovech je u některých rodinných stavů těžké rozpoznat, zda-li je mezi nimi nějaká statistická závislost. Průběhy některých funkcí přežití jsou ovlivněny malým počtem událostí v nich uskutečněných, proto také například kumulativní křivka přežívajících u klientů z Ďáblic ve stavu rozvedených nebo ve stavu svobodných má velice „schodovitý“ průběh. Z tohoto důvodu se autor v odhadu podobnosti či rozdílů musel spolehnout pouze na výsledky testování proměnných.

Ty poukázaly na signifikantní podobnost mezi již známou dvojicí zařízení Bohnice a Kobyličky, a to zejména u rodinného stavu ženatý/vdaná a dále pak u ovdovělých. U tohoto stavu (vdovec/vdova) byla s rizikem 5 % zaznamenána i shodnost mezi přežíváním klientů v Bohnicích a Ďáblicích.

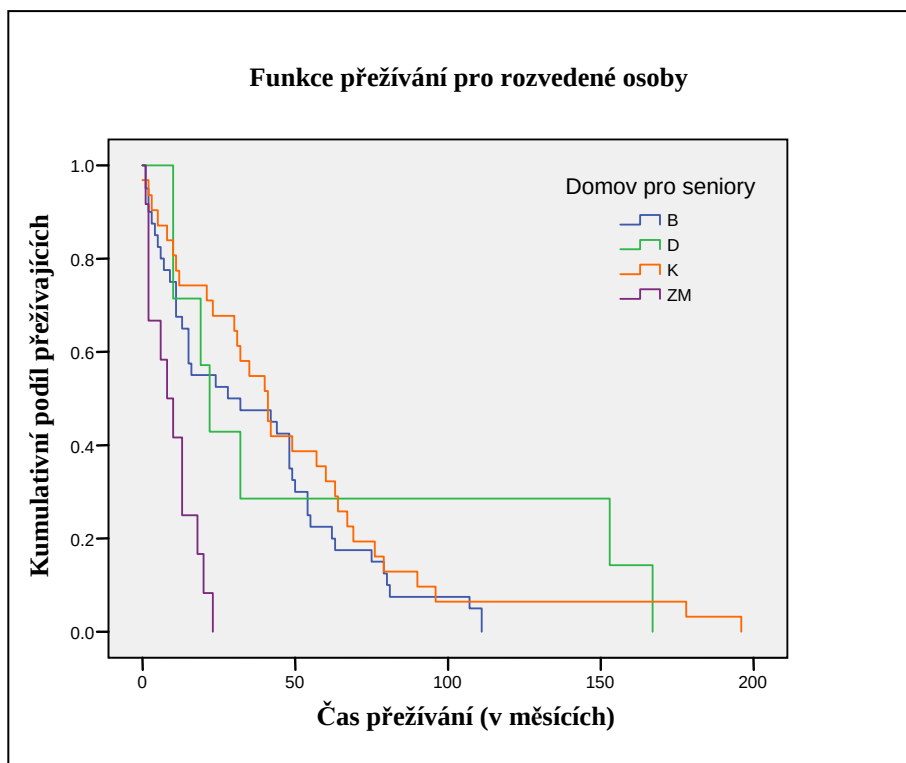
Tab. 24 – Výsledky testování hypotéz funkce přežití podle jednotlivých domovů pro seniory a rodinného stavu klientů

	Domov pro seniory	B		D		K		ZM	
		Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.	Chi-Square	Sig.
Log-Rank	B	–	–	12,016	0,001	1,895	0,169	101,340	0,000
	D	12,016	0,001	–	–	13,178	0,000	94,809	0,000
	K	1,895	0,169	13,178	0,000	–	–	82,380	0,000
	ZM	101,340	0,000	94,809	0,000	82,380	0,000	–	–
Wilcoxon	B	–	–	2,040	0,153	1,209	0,272	51,752	0,000
	D	2,040	0,153	–	–	4,731	0,030	51,505	0,000
	K	1,209	0,272	4,731	0,030	–	–	44,134	0,000
	ZM	51,752	0,000	51,505	0,000	44,134	0,000	–	–

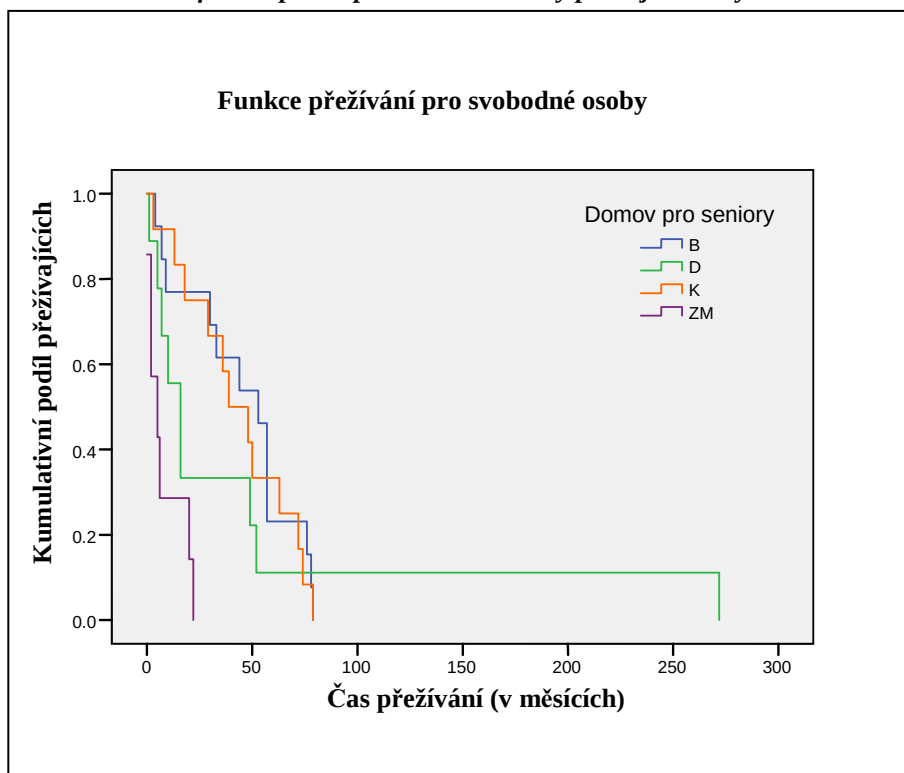
Zdroj: vlastní výpočty

Obr. 26 – Odhad funkce přežití pro osoby v manželství podle jednotlivých domovů

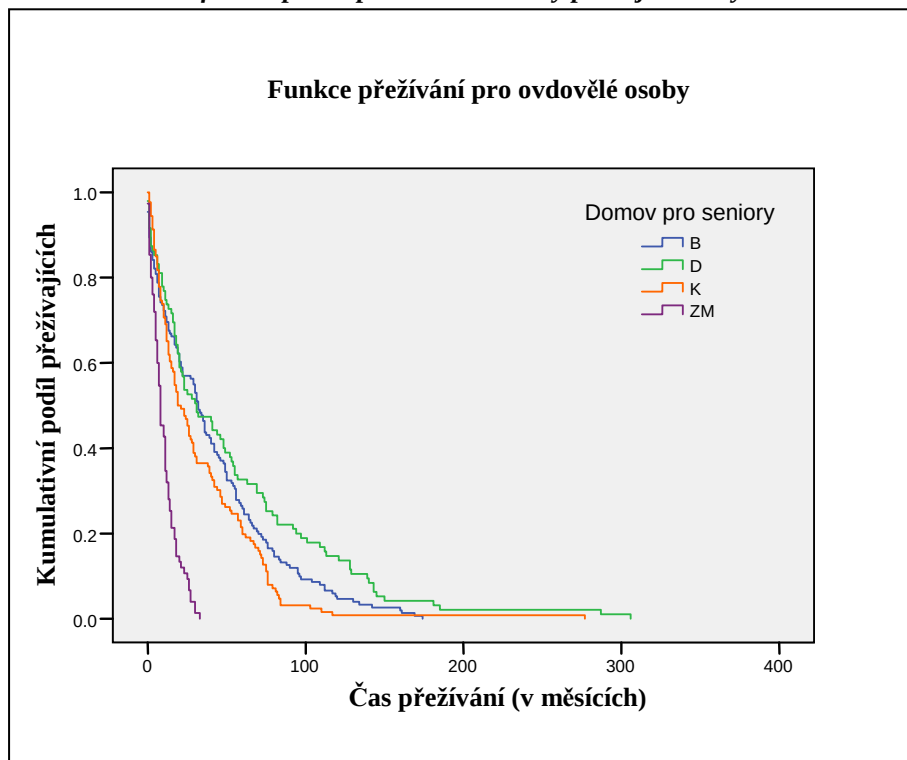
Zdroj: vlastní výpočty

Obr. 27 – Odhad funkce přežití pro rozvedené osoby podle jednotlivých domovů

Zdroj: vlastní výpočty

Obr. 28 – Odhad funkce přežití pro svobodné osoby podle jednotlivých domovů

Zdroj: vlastní výpočty

Obr. 29 – Odhad funkce přežití pro ovdovělé osoby podle jednotlivých domovů

Zdroj: vlastní výpočty

8.7 Hlavní závěry analýzy přežívání

V sedmé kapitole byla provedena analýza přežití klientů čtyř domovů pro seniory v Praze. Metoda Kaplan-Meier, která byla použita, zohledňuje i cenzorovaná pozorování, tedy ty, u kterých k očekávané události, v tomto případě úmrtí, ve sledovaném období nedošlo.

První analytická část této kapitoly se zaměřila na analýzu přežití bez jakéhokoliv rozdělování souboru dat. Výsledkem byl popis průběhu funkce přežití za jednotlivá zařízení. Celkově se průměrný podíl úmrtí do doby tří měsíců od nástupu pohyboval okolo 5 % ze všech nastoupivších klientů, do půl roku to bylo 10 % a do jednoho roku zemřela již jedna šestina seniorů. Průměrná doba, kterou senior v domově strávil je sedm a půl let. Nejlépe podle tohoto ukazatele dopadl domov seniorů v Ďáblicích, kde se klient průměrně dožívá 9,1 roku od nástupu.

Druhou částí analýzy bylo zkoumání zda existují statisticky významné rozdíly ve funkci přežití mezi pohlavími. Rozdíly mezi muži a ženami se nepotvrdily pro klienty v Ďáblicích, Kobylicích i Zahradním Městě. Nicméně statisticky signifikantní vyšlo srovnání mezi pohlavími pro klienty z Bohnic. Muži v tomto zařízení umírají rychleji a s větší intenzitou. Okolo sedmého roku pobytu se však úmrtnostní podmínky začínají vzájemně přibližovat a jsou si podobné.

Analýza podle rodinného stavu poukázala na statistickou rozdílnost funkce přežití osob ve svazku manželském v porovnání s ostatními stavy. Tato rozdílnost však není jednoznačná a liší se podle jednotlivých domovů. Například Bohnicích byl zaznamenán signifikantní rozdíl mezi stavem v manželství a všemi ostatními stavy, v Kobylicích mezi osobami žijícími v manželství a rozvedenými, resp. svobodnými, na Zahradním Městě pouze ve vztahu manželství – ovdovění. Výjimku tak tvoří pouze domov v Ďáblicích, kde se neprokázala žádná statisticky významná rozdílnost mezi rodinnými stavy

V další části byla pozornost věnována srovnání jednotlivých domovů mezi sebou. Vývoj statisticky vypočtených kumulativních hodnot přežívajících znázorňuje velice podobný (lze říci i shodný) charakter funkce přežití v domově v Bohnicích a Kobylicích. Na „podobnost“ těchto zařízení poukázaly již dříve vypočítané charakteristiky populace klientů, např. průměrný počet let strávený v domově. Obdobný charakter přežívání seniorů v těchto zařízeních potvrzuje i analýza podle pohlaví, kdy s 95% pravděpodobnosti lze říci, že doby přežití mezi muži a ženami v těchto institucích se neliší. Tuto skutečnost potvrdily i výsledky analýzy podle jednotlivých rodinných stavů, kdy Bohnice a Kobylice se podobaly v přežívání osob ženatých/vdaných s vdovci a vdovami.

Kapitola 9

Závěr

Tématem této diplomové práce je institucionální péče o staré osoby v domovech pro seniory s demografickým aspektem života klientů. Je koncipována do dvou částí – první je deskriptivní a snaží se popsat situaci na tomto poli poskytování sociálních služeb. Druhou část – empirickou tvoří převážně demografická analýza přežívání seniorů ve vybraných zařízeních v Praze.

Demografické stárnutí obyvatelstva je proces, kterého jsme svědky již od konce minulého století. Nárůst podílů seniorů v populaci je jedním z nejviditelnějších projevů tohoto procesu. Se zvyšováním počtu starších osob v populaci vyvstává otázka, jak nejlépe zajistit těmto lidem klidné a šťastné stáří. Východisek může být několik: péče rodiny o starého člena, domácí péče zajišťována pečovatelskou službou nebo institucionální péče, tedy pobyt v zařízení mimo domov seniora. Tato institucionální péče má v českých zemích dlouhou tradici. První předchůdce dnešního domova pro seniory byl založen již v 15. století. Postupem času se diferencovala od zdravotnické péče a začala se více zaměřovat na poskytování speciálních služeb pro staré spoluobčany.

Současnost této služby je velice ovlivněna Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který zavedl přísná kritéria jak v poskytování samotné služby seniorům, tak přesně stanovil práva a povinnosti jak poskytovatele, tak také samotného klienta. Dá se říci, že přinesl doslova „revoluci“ v poskytování sociálních služeb obecně, nejenom v domovech pro seniory. Institucionální síť poskytovatelů služby domova pro seniory na území hlavního města Prahy doznala jistých změn. Jsou ony patrné především ve změně kapacit zařízení, kdy se počet lůžek v domovech pro seniory snížil o více než polovinu. Příčinou toho bylo jednak zpřísnění pravidel poskytování této péče a jednak nutnost registrace v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Mnoho dřívějších poskytovatelů bylo tedy nuceno službu buď to zrušit nebo se zaměřit na poskytování jiných služeb než pobytových. Nynější kapacita 2 302 míst vystačí pouze pro necelé 1,2 % obyvatel Prahy starších 65 let, na jedno místo tak teoreticky připadá 82 klientů. Lze předpokládat, že nezadržitelný postup demografického stárnutí vyvolá v nejbližší budoucnosti ještě vyšší nárůst poptávky po domovech pro seniory. V současné době žije v Praze asi 190 tisíc osob starších 65 let. Podle prognózy autorů Burcina a Kučery je pravděpodobné, že v roce 2030 přesáhne jejich počet tři sta tisíc. V případě zachování současného kapacitního stavu by se tedy o jedno místo v domově pro seniory v roce 2030 mohlo ucházet až 136 klientů.

Podle koncepčních materiálů rozvoje největšího poskytovatele sociálních služeb pro seniory, Magistrátu hl. m. Prahy, se do budoucna nepočítá se zvyšováním kapacit v domovech pro seniory. Hlavní koncepce rozvoje služeb pro staré občany se zaměřuje na rozvoj a větší nabídku terénních doplňkových služeb, které by měly být poskytovány přímo v místě bydliště klienta. Rovněž komunitní plánování, ke kterému postupně přistupují všechny městské části, se snaží „udržet“ seniora co nejdéle v jeho přirozeném, domácím prostředí. Je to jistě záslužný čin, a je pravdou, že většina seniorů si přeje zůstat do posledních chvil ve známém prostředí svého domova. Co ale nastane v případě, že terénní služby již nebudou klientovi postačovat a bude potřebovat větší rozsah péče než jsou (či budou) schopny nabídnout? Potom by se nabízel odchod do domova pro seniory, ale jaký bude účinek tohoto kroku, když poptávka několikanásobně převyší nabídku a do domova se bude problém dostat ještě hůře než je tomu dnes?

Druhá, analytická část této diplomové práce je zaměřena na analýzu přežívání klientů ve vybraných domovech pro seniory. Tato analýza byla provedena Kaplan-Meierovým odhadem funkce přežití ve statistickém programu SPSS. Hlavní otázka, kterou si autor položil byla zda-li existují statisticky významné rozdíly mezi řádem přežívání klientů v jednotlivých zařízeních. Nulová hypotéza tedy zněla: funkce přežití pro klienty jednotlivých domovů se statisticky neliší. Tato hypotéza se potvrdila u dvou ze čtyř sledovaných zařízení. Konkrétně podobný průběh přežívání klientů byl zaznamenán v domově pro seniory v Bohnicích a Kobylisích. U ostatních dvou zařízení (Ďáblice a Zahradní Město) byla tato nulová hypotéza na signifikantní hladině významnosti zamítnuta.

Dalším úkolem v této kapitole bylo zjistit průměrnou dobu, po které dochází ke sledované události – k úmrtí klienta. Průměrně ve všech čtyřech institucích se klient dožije 7,5 let od nástupu, nejdéle osoby průměrně žijí 9,1 roku v Ďáblicích. Tento domov má ve srovnání s ostatními i nejlepší úmrtnostní podmínky, do jednoho roku v něm zemře 12,5 % ze všech nastoupivších klientů (pro všechny čtyři domovy tento podíl činí 16 %). Dále v této analýze byla sledována funkce přežití klientů podle jejich pohlaví a rodinného stavu. Bylo zjištěno, že rozdíly v době přežití mezi muži a ženami se potvrdily pouze v Bohnicích, u rodinného stavu byl zaznamenán rozdíl mezi dožíváním osob v manželství a ostatními stavy, kdy osoby v manželství jsou v zařízení kratší dobu a tedy rychleji umírají než osoby svobodné, rozvedené nebo ovdovělé.

Základním kritériem, které určuje čas dožití klienta v domově však zjevně není ani pohlaví ani rodinný stav. Autor se domnívá, že hlavní proměnnou, určující pro analýzu přežívání je zdravotní stav klienta při nástupu. Od toho se odvíjí průběh adaptace na nové prostředí po přijetí a jistě má významný vliv při možném adaptačním selhání, jehož následkem může být i úmrtí seniora v krátkém čase po příchodu do zařízení. Bohužel charakteristika zdravotního stavu nebyla přítomná v datovém souboru, který byl k této diplomové práci poskytnut. Podle vyjádření některých vedoucích pracovníků oslovených domovů, položka zdravotní stav při nástupu do zařízení se v jejich kartotékách nevyskytuje. Zdravotní stav, přinejmenším ten subjektivně vnímaný, by byl velice přínosnou proměnnou vstupující do analýzy přežívání. Tedy provedení např. dotazníkového šetření by jistě přineslo nové a jistě i zajímavé výsledky. Z tohoto hlediska by bylo možné a přínosné v budoucnu navázat na výsledky této práce právě

provedením hlubší analýzy se zakomponováním zdravotního stavu, či jiných proměnných, např. vzdělání či socioprofesní struktury. Tato analýza byla provedena pouze ve čtyřech zařízeních, která odpověděla na nabídku spolupráce. Kapacitně se jedná o největší poskytovatele pobytové služby pro seniory, ale dohromady tvoří asi pouhou čtvrtinu všech míst pro staré spoluobčany v Praze. Pro lepší srovnání by bylo přínosné zapojit do této (nebo podobné studie) co nejvíce poskytovatelů sociálních služeb, aby tak výsledek byl více reprezentativní a odrážel tak stav celé sítě těchto zařízení v hlavním městě Praze.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AVRAMOV, D.; MAŠKOVÁ, M. 2003. *Active ageing in Europe*. Population Studies. 2003, vol. 41, s. 152. Council of Europe Publishing: Strasbourg. ISBN 92-871-5240-3
- Dostupný z WWW <http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/D%E9mographie%20n%B041%2016x24%20En.pdf>.
- BERGHOUT, E.; DUSTMAN, CH.; EMMER, P. 2007. Mind the gap [online]. SEO-report nr. 968, 2007 [cit. 2008-03-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.seo.nl/nl/publicaties/rapporten/2007/968.html>>.
- BĚLINA, P. 1998. *Dějiny Prahy II. : Od sloučení pražských měst v roce 1784 do současnosti*. 1. vyd. Praha, Litomyšl : Paseka, 1998. 565 s. vyd. 1. ISBN 80-7185-144-2.
- BLACKMAN, T. 2000. Definiting responsibility for care: aproaches to the care of older people in six European countries. *International Journal of Social Welfare*. 2000, vol. 9, no. 3, s. 181–190
- BOURESTOM, N.; TARS, S. 1974. Alteration in life patterns following nursing home relocation. *Gerontologist*. 1974, no. 14, s. 506–510.
- BURCIN, B.; KUČERA, T.; ČERMÁK, Z. 2006. *Perspektivy vývoje obyvatelstva na území hlavního města Prahy, městské části Praha 5 a projektu rozvoje vlakového nádraží Praha-Smíchov na období 2005–2030*. Praha, 2006.
- BURCIN, B.; KUČERA, T. 2003. *Perspektivy populačního vývoje České republiky na období 2003-2065*. 1. vyd. Praha : DemoArt, 2003. 29 s. ISBN 80-86746-01-1.
- Česko. Zákon č. 101 ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 32, s. 1521–1532. Dostupný z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2000/sb032-00.pdf>>.
- Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257–1289. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>>.
- Česko. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vyhláška č. 182 ze dne 27. května 1991, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 1991, částka 37, s. 885–893. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1991/sb037-91.pdf>>.

- Česko. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Vyhláška č. 505 ze dne 29. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 164, s. 7021–7048. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb164-06.pdf>>.
- Demografie.info – demografické informace, analýzy a komentáře. 2008. *Prognózy a projekce* [online]. [cit. 2008- 05-01] . Dostupný z WWW: <http://www.demografie.info/?cz_proгноzy>.
- DIMITROVÁ, M. 2007. *Demografické souvislosti stárnutí*. Praha: Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM), Sociologický ústav AV ČR, 2007, s. 9. Dostupný z WWW: <http://www.cvvm.cas.cz/upl/nase_spolecnost/100067s_Starnuti.pdf>.
- DOHNAL, K. 1986. *Teoretické základy dlouhodobé ústavní péče o nemocné osoby vyššího věku*, 1986. 135 s. Kandidátská disertační práce (Csc.). Univerzita Karlova v Praze, Fakulta všeobecného lékařství.
- DOSTÁLOVÁ, A. 2008. *Hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb*. Brno, 2008. 69 s. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta.
- FABRICIUS, H.A. 1982. Retrospektive Verlaufskontrolle von 476 erstmalig in Pflegeheime verlegten Patienten. *Akt. Gerontologie* 12, 1982.
- FLAŠAROVÁ, R. 2007. *Trendy a komponenty demografického stárnutí v České republice a ve Francii po roce 1950* . Praha, 2007. 128 s. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie.
- GREENWOOD, M. 1926. The natural duration of cancer. *Reports on Public Health and Medical Subjects*, vol. 33, His Majesty's Stationery Office, London.
- HÁŠKOVCOVÁ, H. 1990. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HEGYI, L. 1993. *Zlyhanie adaptácie vo vyššom veku*. 1. vyd. Bratislava : Asklepios; Výzkumný ústav gerontologie v Malackách, 1993. 103 s. ISBN 80-7167-004-9.
- HORSKÁ, P.; MAUR, E.; MUSIL, J. 2002. *Zrod velkoměsta*. 1. vyd. Praha, Litomyšl : Paseka, 2002. 368 s. ISBN 80-7185-409-3.
- HUTAŘ, J. 2007. Posuzování míry závislosti podle zákona o sociálních službách a prováděcí vyhlášky. *Skok do reality : speciální noviny o legislativě pro osoby se zdravotním postižením* [online]. 2007, roč. 8, č. 1 [cit. 2008-07-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/skok01-2007.pdf>>.
- HUTAŘ, J. 2007. Problematika smluv o poskytnutí sociální služby. *Skok do reality : speciální noviny o legislativě pro osoby se zdravotním postižením* [online]. 2007, roč. 8, č. 4 [cit. 2008-07-29]. Dostupný z WWW: <<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/04skok07.doc>>.
- HYKA, M. 2005. *Analýza dat o nezaměstnanosti v Ústeckém kraji*. Ústí nad Labem, 2005. 80 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Katedra ekonomie. Dostupný z WWW: <<http://li.rulez.cz/tmp/pdf/diplomka.pdf>>.

- ILLOVÁ, K. 2006. *Kaplanův - Meierův odhad funkce přežití*. Brno, 2006. 40 s. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta, Ústav matematiky a statistiky.
- JIRÁNKOVÁ, D. 2001. *Pražští senioři v domovech důchodců a ve vlastních domácnostech*. Praha, 2001. 63 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií.
- KALIBOVÁ, K. 2001. *Úvod do demografie*. Praha : Karolinum, 2001. 52 s. 2. vyd. ISBN 80-246-0222-9.
- KALVACH, Z. 1993. Širší aspekty zdravotně-sociální politiky vůči seniorům. *Sociální politika*. 1993, roč. 34, č. 4., s. 14-21. ISSN 0049-0962.
- KAPLAN, E.L.; MEIER, P. 1958. Nonparametric estimation from incomplete observations. *Journal of American Statistical Association*, 1958, vol. 53, s. 457-481.
- KASALOVÁ, H. 1990. *Chronické a aktuální problémy ústavní péče o staré občany*. Praha : Výzkumný ústav sociálního rozvoje a práce, 1990.
- KOLEKTIV autorů, 2004. *Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb*. 1. vyd. Praha : MPSV; Kufr, 2004. 59 s. ISBN 80-8687-80-31.
- KONVIČNÁ, M. 2008. *Analýza nové koncepce systému sociálních služeb*. Brno, 2008. 80 s. Magisterská práce (Mgr.). Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, Katedra veřejné ekonomie.
- KOŠTÁLOVÁ, T. 2007. *Srovnání Mayfieldovy metody a analýzy přežití v hodnocení hnízdní úspěšnosti ptáků*. Brno, 2007. 35 s. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta, Výzkumné centrum pro chemii životního prostředí a ekotoxikologii, Institut biostatistiky a analýz.
- KUČERA, M. 2002. Sociální důsledky stárnutí obyvatelstva České republiky. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje*. 2002, roč. 44, č. 4., s. 38-40. ISSN 0011-8265.
- KUČERA, T. 1998. *Regionální populační prognózy: teorie a praxe prognózování vývoje lidských zdrojů v území*. Brno, 1998. 101 s. Disertační práce (PhD). Masarykova univerzita v Brně, Přírodovědecká fakulta.
- LAESTHAEGHE, R.; VAN DE KAA, D.J. 1986. Two Demographic transition? In: LAESTHAEGHE, R.; VAN DE KAA, D.J. (ed): *Gender and Family Change in Industrialized Countries*. Clarendon press, Oxford, s. 17-62.
- MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby : legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). MPSV, 2008. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/clanek.php?lg=1&id=1055>>.
- NOVOTNÝ, T. 2005. *Populační vývoj Prahy v období 1970 – 2003*. Praha, 2005. 64 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie.
- OMRAN, A.R. 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank memorial Fund Quaterly*, 1971, vol. 29, s. 509-538.

- PAVLÍK, Z.; RYCHTAŘÍKOVÁ, J.; ŠUBRTOVÁ, A. 1986. *Základy demografie*. Praha : Academia, 1986. 736 s.
- PICHAT, J-B. 1885. *Research project on population ageing/Projet de recherche sur le vieillissement démographique* [online]. 1985. [cit. 2008/05/27]. Dostupný z WWW: <<http://www.cicred.org/Eng/Publications/pdf/c-a16.pdf>>.
- PRŮŠA, L. 2007. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007. 38 s. ISBN 978-80-87007-73-0. Dostupný z WWW: <http://www.vupsv.cz/Fulltext/vz_245.pdf>.
- Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004 [citováno 2008-05-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.noviny-mpsv.cz/cs/849>>.
- RABUŠIC, L. 1995. *Česká společnost stárne*. Brno : Masarykova univerzita Brno, 1995. 192 s. ISBN 80-210-1155-6.
- Registr poskytovatelů sociálních služeb* [databáze online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007 [citováno 2008-06-15]. Dostupný z WWW: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1218966733399_82>.
- RHEINWALDOVÁ, E. 1999. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2000. Naděje dožití ve zdraví. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje*. 2000, roč. 42, č. 1., s. 41–48. ISSN 0011-8265.
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J. 2002. Úspěšné stárnutí-leitmotiv 21. století. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje*. 2002, roč. 44, č. 4., s. 255–261. ISSN 0011-8265.
- SCHOENMAECKERS, R.C. 2004. *Active ageing in Europe volume 2: Demographic characteristics of the oldest old*. Population Studies. 2004, vol. 47, s. 1–96. Council of Europe Publishing: Strasbourg. ISBN 92-871-5469-4. Dostupný z WWW: <http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/N%B0%2047%20Active%20ageing%20vol2.pdf>.
- Sít' vybraných zařízení sociální péče v České republice podle krajů za rok ... (2000, 2001, 2002, 2003, 2004)*. ČSÚ. Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz>>. sekce Práce, sociální charakteristiky, 32 Sociální zabezpečení, staženo dne 2008-04-28.
- SKŘÍČKOVÁ, Z. 2007. *Metodiky pro plánování sociálních služeb*. 1. vyd. Praha : Centrum pro komunitní práci, 2007. 112 s. ISBN 978-80-86902-44-9.
- SLDB 2001 Pramenné dílo*. ČSÚ. Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/p/4132-05>>.
- SRB, V. 2004. *1000 let obyvatelstva českých zemí*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2004. 275 s. ISBN 80-246-0712-3.
- ŠKOP, M. 2005. *Statistická analýza přežívání s aplikací na proces odchodu od rodičů v České republice*. Praha, 2005. 234 s. Disertační práce (PhD). Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie.

- ŠTÍPEK, V. 2008. Důchody mladých: Opravdu přijde katastrofa?. *Měšec* [online]. 2008, [cit. 2008-04-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.mesec.cz/clanky/duchody-mladych-opravdu-prijde-katastrofa/>>.
- VALLIN, J.; MESLÉ, F. 2005: Convergences and divergences: an analytical framework of national and sub-national trends in life expectancy. *Genus*. 2005, vol. LXI, n 1, p. 83-124.
- VAN DE KAA, D.J. 1987. Europe's second demographic transition. *Population Bulletin*, roč. 42, č. 1, s. 1–57.
- VECHETOVÁ, J. 2004. *Komplexní diagnostika funkčního stavu a potřeb seniorů žijících v sociálních zařízeních*. Olomouc, 2004. 124 s. Disertační práce (PhD). Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy.
- Věkové složení obyvatelstva v roce 2007. ČSÚ. Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/4003-08>>.
- VOJTĚCHOVSKÝ, M. 1979. Současné názory na riziko smrti při translokaci geriatrického pacienta. In RAMEŠ, I.; REBAN, J.; VEDRAL, P. (ed.) *Sborník přednášek a referátů – III. Jihočeské gerontologické dny*. České Budějovice : OÚNZ, 1979. s. 71–82.
- WOLFOVÁ, M. 1987. Domovy důchodců-současnost a perspektiva. *Sociální politika*. 1987, roč. 28, č. 12., s. 268–270. ISSN 0049-0962.
- WOLFOVÁ, M.; KOLAŘÍK, R. 1987. 30 let ústavní péče. *Sociální politika*. 1987, roč. 28, č. 10., s. 280–281. ISSN 0049-0962.
- Zelená kniha : Nová mezigenerační solidarita jako odpověď na demografické změny. Brusel, 2005. Dostupný z WWW <http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2005/ke6705266_cs.pdf>.

Přílohy

- Příloha 1: Druhy, formy a zařízení sociálních služeb dle zákona o sociálních službách
- Příloha 2: Administrativní členění Prahy na městské části
- Příloha 3: Spádová oblast Domova pro seniory Bohnice
- Příloha 4: Spádová oblast Domova pro seniory Ďáblice
- Příloha 5: Spádová oblast Domova pro seniory Kobylisy
- Příloha 6: Spádová oblast Domova pro seniory Zahradní Město

Příloha 1: Druhy, formy a zařízení sociálních služeb dle zákona o sociálních službách

Sociální poradenství

a) *Základní sociální poradenství* – poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a poskytovatelé těchto služeb jsou povinni tuto činnost vždy zajistit.

b) *Odborné sociální poradenství* – poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro osoby se zdravotním postižením. Zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke společenskému konfliktu. Součástí odborného poradenství je také zapůjčování kompenzačních pomůcek. Takto poskytovaná služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služby sociální péče

a) *osobní asistence* – terénní služba poskytovaná osobám, jejichž soběstačnost je ztížena v důsledku věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Tato služba se poskytuje bez časového omezení a zahrnuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o osobu vlastní, pomoc při zajištění stravy nebo při osobní hygieně.

b) *pečovatelská služba* – terénní nebo ambulantní služba, jež se poskytuje nejen osobám se sníženou soběstačností taktéž z důvodu věku nebo chronického onemocnění či zdravotního postižení, ale také rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba je poskytována omezeně a zahrnuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o osobu vlastní, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění chodu domácnosti.

c) *tísňová péče* – terénní služba poskytovaná nepřetržitě. Zajišťuje hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou vystaveny stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Tísňová péče poskytuje sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti a zprostředkovává kontakt se společenským prostředím.

d) *přívodcovské a předčitatelské služby* – terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy v důsledku věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace.

e) *podpora samostatného bydlení* – terénní služba, je určena osobám se sníženou soběstačností a zajišťuje pomoc při zajištění chodu domácnosti nebo výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

f) *odlehčovací služby* – terénní, ambulantní nebo pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností, o které je pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek, a to díky pomoci při zvládání běžných úkonů péče o osobu vlastní nebo sociálně terapeutickou činností.

g) *centra denních služeb* – poskytují se zde ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností jako poskytnutí stravy a podmínek pro osobní hygienu.

- h) *denní stacionáře* – poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc.
- i) *týdenní stacionáře* – poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností.
- j) *domovy pro osoby se zdravotním postižením* – poskytují pobytové služby občanům se zdravotním postižením jako např. ubytování, stravu kontakt se společenským prostředím apod. Nezaopatřeným dětem jsou navíc poskytováno osobní vybavení (prádlo, obuv), drobné předměty běžné osobní potřeby a některé další služby (stříhání, pedikúra).
- k) *domovy pro seniory* – poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku.
- l) *domovy se zvláštním režimem* – poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou nebo jinou demencí.
- m) *chráněné bydlení* – poskytuje služby jak pro osoby zdravotně nebo chronicky nemocné, ale také pro osoby s duševním onemocněním. Chráněné bydlení má formu skupinového, ale i individuálního, bydlení.
- n) *sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče* – nabízejí pobytové služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale současně se nejsou schopny z důvodu svého zdravotního stavu obejít bez pomoci jiné osoby.

Služby sociální prevence

- a) *raná péče* – terénní nebo ambulantní služba, která je poskytována zdravotně postiženým dětem nebo dětem, jejichž vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace, ve věku do 7 let a jejich rodičům.
- b) *telefonická krizová pomoc* – terénní služby na přechodnou dobu poskytované osobám v situaci ohrožení zdraví nebo života.
- c) *tlumočnické služby* – terénní nebo ambulantní služby určené osobám s poruchami komunikace způsobenými hlavně smyslovým postižením.
- d) *azylové domy* – poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci.
- e) *domy na půl cesty* – poskytují pobytové služby osobám do 26 let věku, které opustily po dosažení zletilosti školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, a pro osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby.
- f) *kontaktní centra* – nízkoprahová zařízení, která poskytují ambulantní nebo terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách.
- g) *krizová pomoc* – terénní, ambulantní nebo pobytová služby na přechodnou dobu určená pro osoby v obtížné sociální situaci.
- h) *intervenční centra* – nabízejí služby pro osoby, jejichž zdraví či život je nebo byl ohrožen násilným chováním jiné spolubydlící osoby, jež byla vykázána ze společného bydlení na základě rozhodnutí nebo zákazu vstupu podle zvláštního právního předpisu. Služby jsou ohrožené osobě poskytnuty nejpozději do 48 hodin po doručení rozhodnutí intervenčnímu centru.

- i) *nízkoprahová denní centra* – poskytují ambulantní nebo terénní služby pro osoby bez přístřeší.
- j) *nízkoprahová zařízení pro děti a mládež* – poskytují ambulantní nebo terénní služby pro děti od 6 do 26 let věku, které jsou ohroženy společensky nežádoucími jevy. Cílem je zlepšit jejich kvalitu života.
- k) *noclehárny* – poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, hl. využití hygienického zařízení a přenocování.
- l) *služby následné péče* – terénní služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním a osoby závislé na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu, ambulantní léčbu, nebo se jí podrobují nebo již abstinují.
- m) *sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi* – terénní nebo ambulantní služby pro rodiny s dětmi, jejichž vývoj je ohrožen v důsledku dlouhodobé krizové sociální situace.
- n) *sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením*
- o) *sociálně terapeutické dílny* – poskytují služby osobám, jejichž umístění na otevřeném trhu práce je z důvodu zdravotního postižení nemožné. Cílem je zdokonalení pracovních návyků a dovedností.
- p) *terapeutické komunity* – poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu osobám závislým na návykových látkách nebo osobám s chronickým duševním onemocněním, které se chtějí začlenit do běžného života.
- q) *terénní programy* – terénní služby určené osobám vedoucím rizikový způsob života nebo jsou jím ohroženy.
- r) *sociální rehabilitace* – soubor specifických ambulantních nebo terénních činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to jak rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, tak také posilováním návyků a výkonu pro život nezbytných činností.

Zařízení sociálních služeb dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách

- a) *centra denních služeb* – tato centra poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Jedná se o služby pomoci při osobní hygieně, poskytnutí stravy, sociálně terapeutické činnosti apod.
- b) *denní stacionáře* – poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním a jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Službami jsou například pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím apod.
- c) *týdenní stacionáře* – poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Jedná se o služby poskytnutí ubytování a stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv apod.

d) *domovy pro osoby se zdravotním postižením* – zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti apod. Nezaopatřeným dětem je zde poskytováno osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé další služby.

e) *domovy pro seniory* – poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Patří sem poskytnutí stravy a ubytování, pomoc při osobní hygieně, aktivizační činnosti apod.

f) *domovy se zvláštním režimem* – poskytují se zde pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a také osobám se stařeckou, Alzheimerovou a jinou demencí, jež mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Těmito službami mohou být poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně a například zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

g) *chráněné bydlení* – je pobytová služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového nebo i individuálního bydlení. Poskytovanou službou se rozumí poskytnutí stravy a ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, sociálně terapeutické činnosti apod.

h) *azylové domy* – poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Jedná se o poskytnutí stravy a ubytování a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

i) *domy na půl cesty* – poskytují pobytové služby zpravidla osobám do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, a pro osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Službami jsou poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

j) *zařízení pro krizovou pomoc* – poskytují ambulantní, terénní nebo pobytové služby na přechodnou dobu osobám v situaci ohrožení zdraví nebo života a které nejsou samy schopny řešit svou nepříznivou sociální situaci. Jsou to služby jako poskytnutí stravy nebo ubytování a sociálně terapeutické činnosti.

k) *nízkoprahová denní centra* – poskytují ambulantní, ale také terénní služby pro osoby bez přístřeší. Službami se rozumí pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při uplatňování práv.

l) *nízkoprahová zařízení pro děti a mládež* – poskytují ambulantní a terénní služby jako výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím dětem a mládeži od 6 do 26 let věku ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem této služby je zlepšit jejich kvalitu života předcházením nebo snižováním sociálních a zdravotních rizik, umožnit jim lepší orientaci v jejich sociálním

prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Tato služba může být poskytována anonymně. Mezi služby řadíme výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatnění práv apod.

m) *noclehárny* – noclehárny poskytují ambulantní služby jako pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí přenocování osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování.

n) *terapeutické komunity* – ty poskytují osobám závislým na návykových látkách nebo osobám s chronickým duševním onemocněním a které mají zájem o začlenění do běžného života pobytové služby i na přechodnou dobu. Službami se rozumí poskytnutí stravy a ubytování a například sociálně terapeutické činnosti.

o) *sociální poradny*

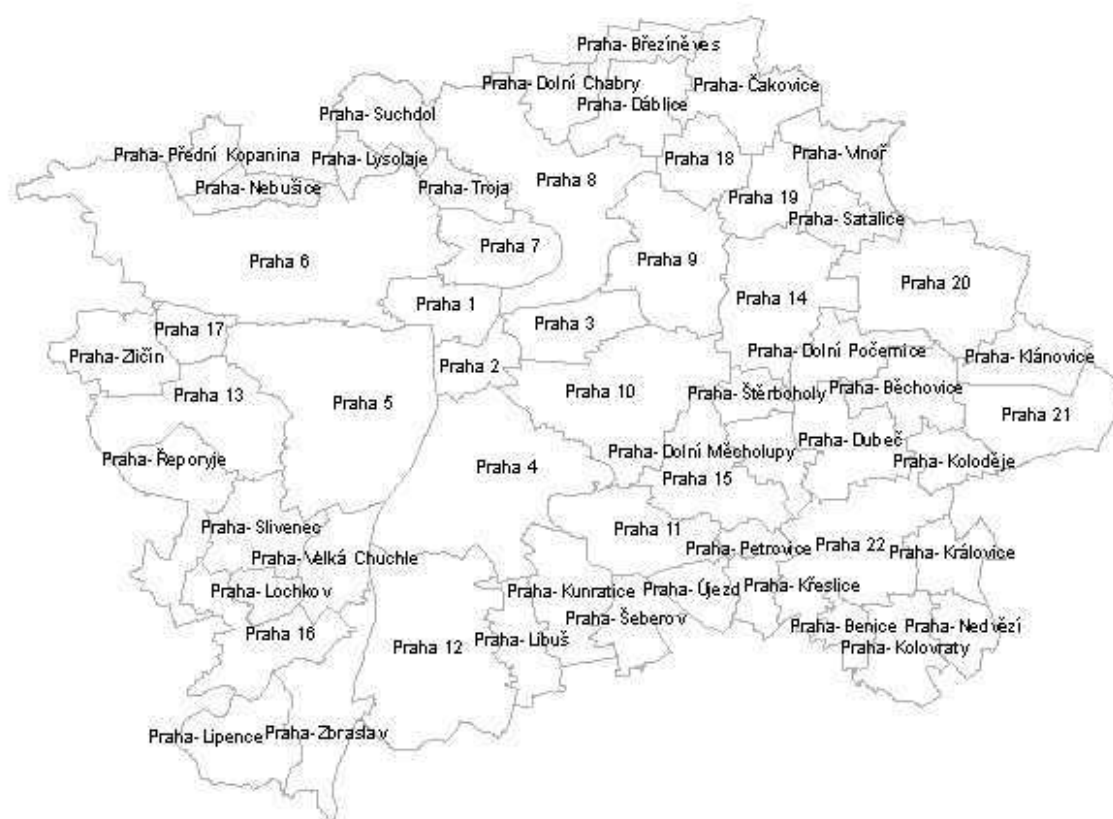
p) *sociálně terapeutické dílny* – jsou ambulantní službou poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umísťitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Cílem této služby je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Službou se zde rozumí pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, nácvik dovedností apod.

q) *centra sociálně rehabilitačních služeb* – ty poskytují služby specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných činností. Centra sociálně rehabilitačních služeb poskytují služby pobytové a jedná se o poskytnutí ubytování a stravy a pomoc při osobní hygieně.

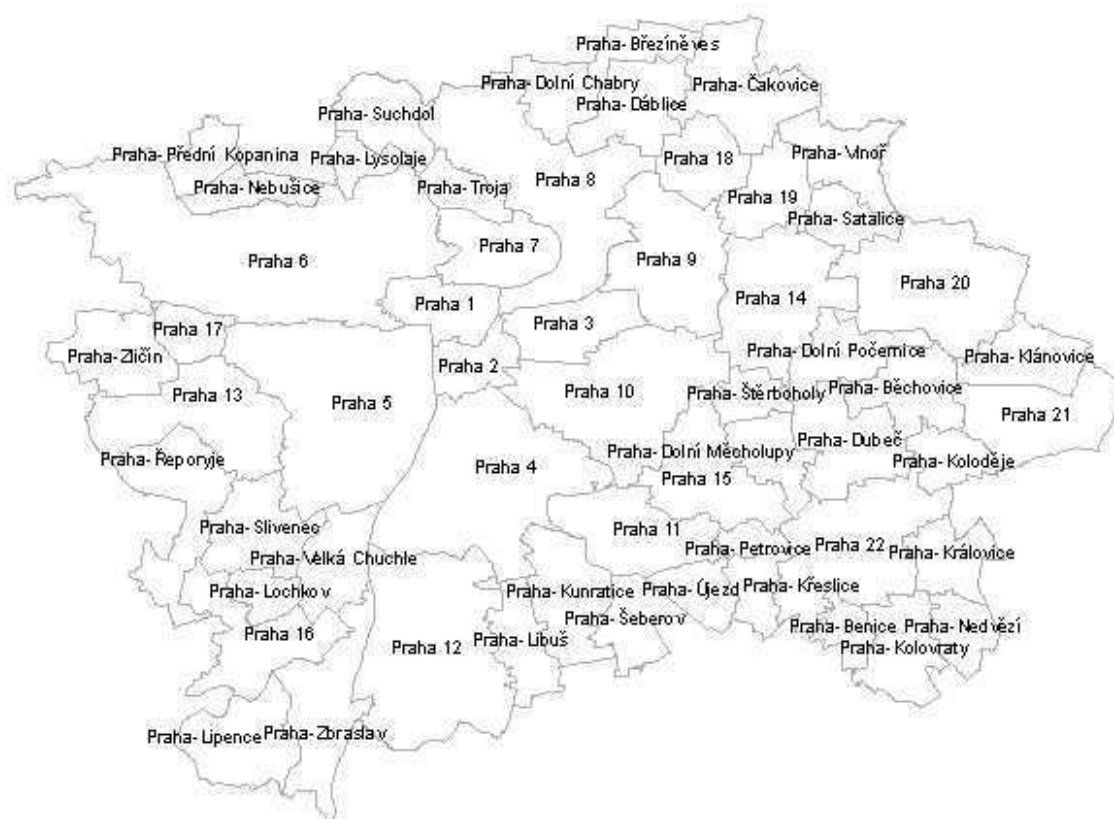
r) *pracoviště rané péče* – poskytují terénní, popřípadě ambulantní služby jako výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí zdravotně postiženým dětem nebo dětem, jejichž vývoj je ohrožen nepříznivou sociální situací od 7 let věku a jejich rodičům.

s) *intervenční centra* – poskytují pomoc osobám ohroženým násilným chováním ze strany osoby vykázané ze společného obydlí. Sociální služby jsou zde poskytovány jako ambulantní, terénní nebo pobytové a řadí se mezi ně sociálně terapeutická činnost, pomoc při uplatňování práv, poskytnutí ubytování a stravy.

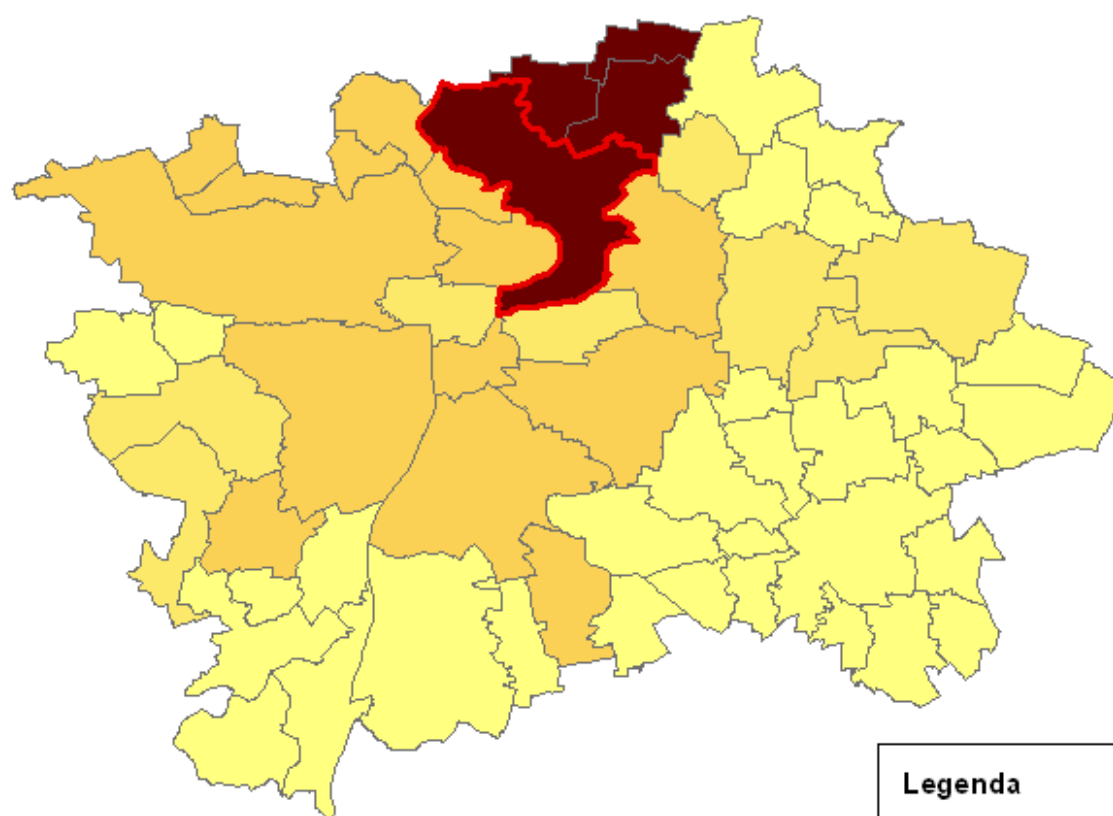
Administrativní členění Prahy na městské části



Administrativní členění Prahy na městské části



Domov pro seniory Bohnice



Legenda

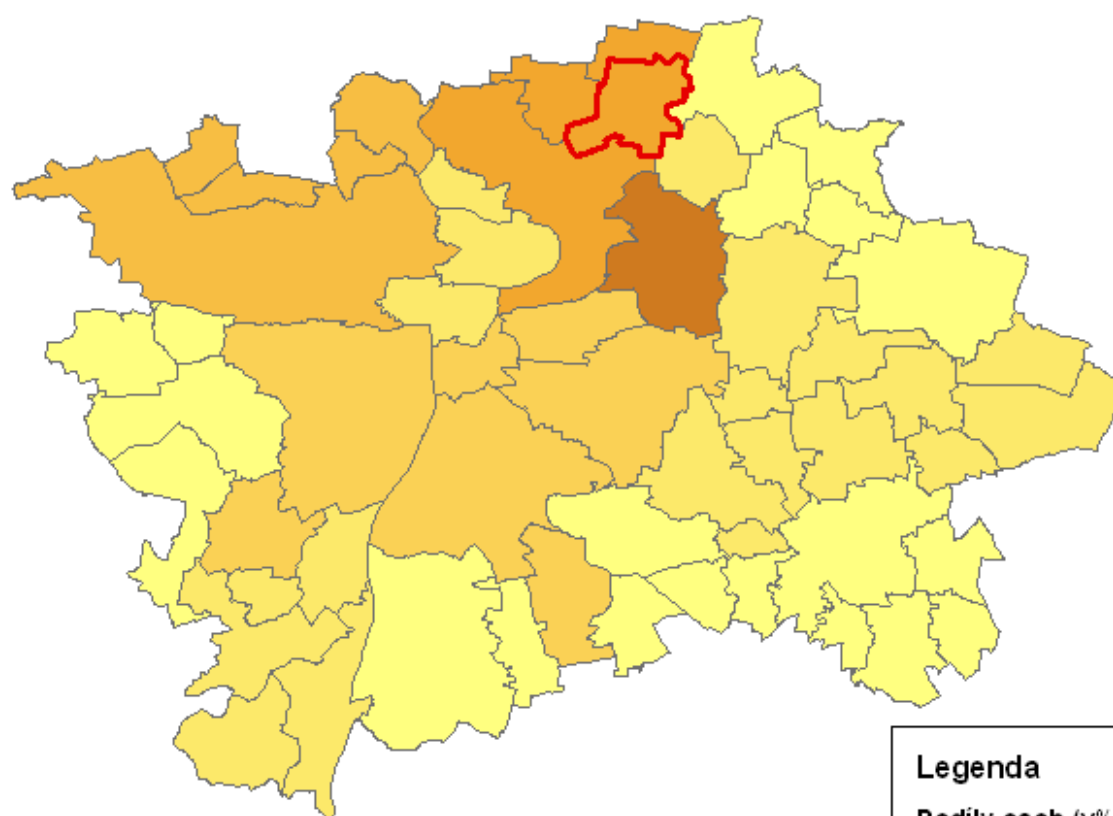
Podíl osob (v %)

0
0,1 - 5,0
5,1 - 10,0
10,1 - 15,0
15,1 - 20,0
20,1 - 25,0
25,1 - 30,0
30,1 - 35,0
35,1 - 40,3



— MČ Domova pro seniory Bohnice

Domov pro seniory Ďáblice



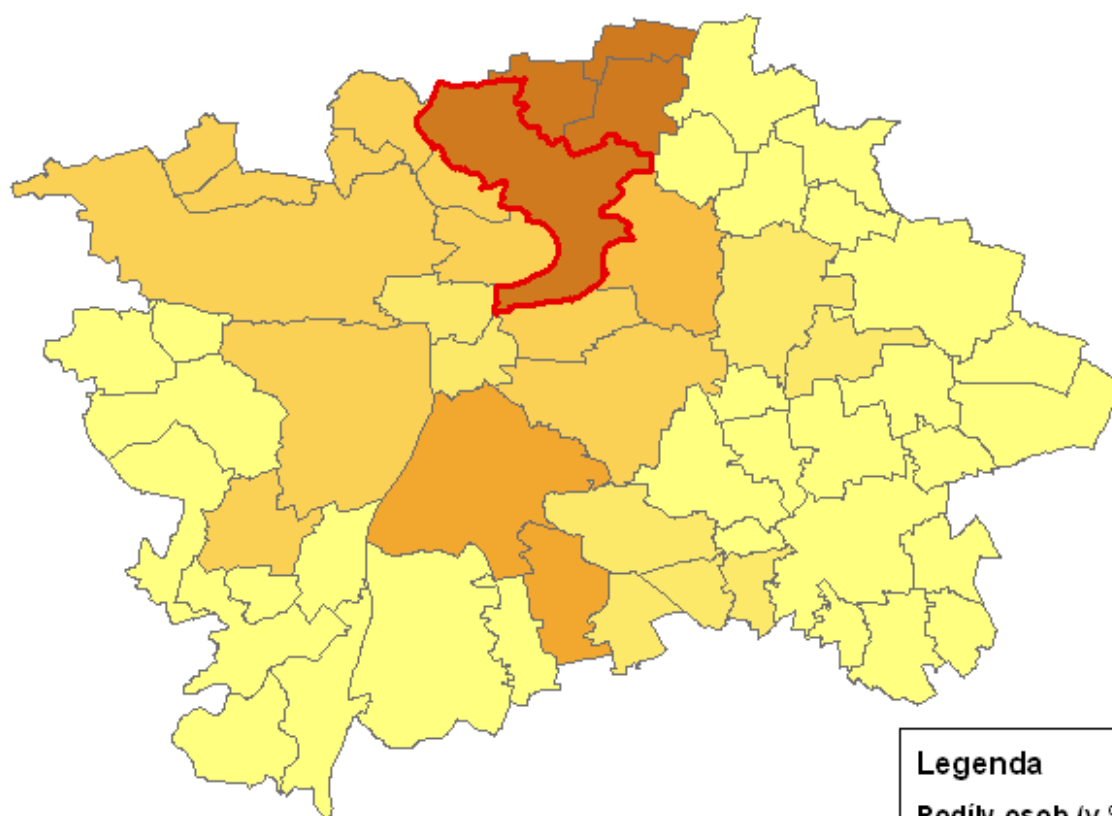
Legenda

Podíl osob (v%)

0
0,1 - 5,0
5,1 - 10,0
10,1 - 15,0
15,1 - 20,0
20,1 - 25,0
25,1 - 30,0
30,1 - 35,0
35,1 - 40,0

— MČ Domova pro seniory Ďáblice

Domov pro seniory Kobylisy



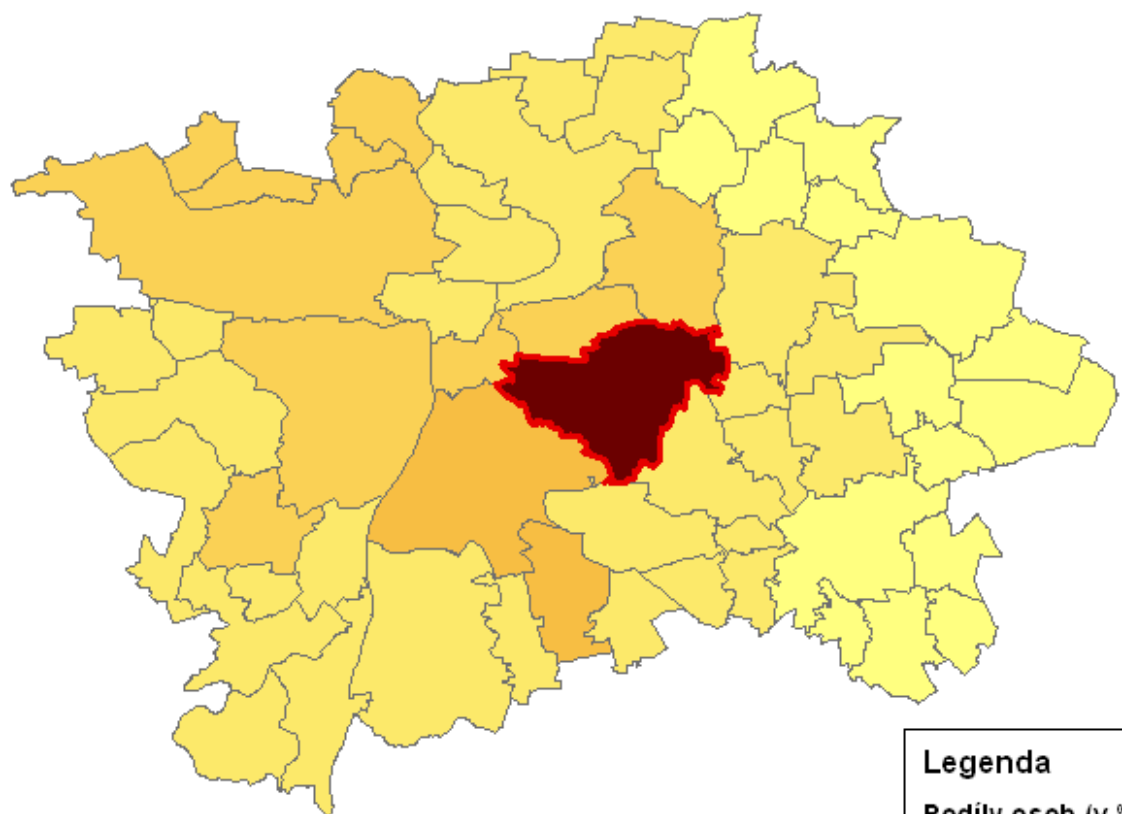
Legenda

Podíl osob (v %)

0
0,1 - 5,0
5,1 - 10,0
10,1 - 15,0
15,1 - 20,0
20,1 - 25,0
25,1 - 30,0
30,1 - 35,0
35,1 - 40,0

— MČ Domova pro seniory Kobylisy

Domov pro seniory Zahradní Město



Legenda

Podíl osob (v %)

0
0,1 - 5,0
5,1 - 10,0
10,1 - 15,0
15,1 - 20,0
20,1 - 25,0
25,1 - 30,0
30,1 - 35,0
35,1 - 40,0

— MČ Domova pro seniory Zahradní Město