

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Diplomová práce

2021

Bc. Tereza Ossendorfová

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Problém (ne)spolupráce zdravotního a sociálního
sektoru v rámci péče o seniory v domácím prostředí
(případ města Prahy)**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Tereza Ossendorfová

Studijní program: Sociologie

Vedoucí práce: prof. PhDr. František Ochrana, DrSc.

Rok obhajoby: 2021

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 4.5. 2021

Tereza Ossendorfová

Bibliografický záznam

OSSENDORFOVÁ, Tereza. *Problém (ne)spolupráce zdravotního a sociálního sektoru v rámci péče o seniory v domácím prostředí (případ města Prahy)*. Praha, 2021. 85 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce prof. PhDr. František Ochrana, DrSc.

Rozsah práce: 139 050 znaků (včetně mezer)

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou spolupráce mezi zdravotním a sociálním sektorem v rámci péče o seniory v domácím prostředí. Blíže se zaměřuje na případ města Prahy. Cílem diplomové práce je prozkoumat současný stav spolupráce zdravotního a sociálního sektoru na území města Prahy v oblasti péče o seniory a identifikovat dopady vládních rozhodnutí i rozhodnutí jednotlivých městských částí Prahy na práci terénních pracovníků. Pozornost je věnována potřebám terénních pracovníků a konkrétním bariérám, které sami identifikovali a které podle nich znemožňují nastavení funkčního systému spolupráce. Na základě analýzy dokumentů národní úrovně, dokumentů, které vydalo hlavní město Praha či konkrétní městské části, dobré praxe ze zemí Evropské unie (konkrétně Švédska, Nizozemska a Belgie) jsou navrženy vhodné způsoby řešení dané problematiky.

Abstract

The thesis deals with the issue of cooperation between the health care and social care sectors in the framework of care for the elderly in the home environment. It focuses more closely on the case of the city of Prague. The aim of the thesis is to examine the current state of cooperation of the health care and social care sector in the city of Prague in the field of care for the elderly and to identify the impact of government decisions as well as decisions of individual city districts of Prague on the work of field workers. Attention is paid to the needs of field workers and to specific barriers that they have themselves identified and which, according to the workers, make it impossible to set up a functional cooperation system. On the basis of an analysis of national level documents, documents issued by the capital city of Prague or specific districts, good practice from European Union countries (namely Sweden, the Netherlands and Belgium) a set appropriate ways of dealing with the issue has been proposed.

Klíčová slova

Zdravotní sektor, sociální sektor, péče o seniory, domácí péče, sociální práce

Keywords

Health sector, social sector, caring for the elderly, home care, social work

Title

The problem of (non)health and social sector cooperation in caring for the elderly at home

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu prof. PhDr. Františku Ochronovi, DrSc. za odborné vedení, rady a velmi vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat respondentů za jejich účast při realizaci rozhovorů a jejich otevřenost.

Obsah

Úvod	1
1 Cíle a výzkumné otázky	3
1.1 Výzkumné otázky	3
2 Metodologie práce	4
2.1 Výzkumný design	4
2.2 Rozhovory s aktéry jako metoda sběru primárních dat	4
2.3 Metody sběru a analýzy sekundárních dat	7
2.3.1 Desk research, studium dokumentů a literatury	7
3 Teoreticko-konceptuální rámec problému „pojetí spolupráce a integrace v rámci zdravotních a sociálních služeb“	8
3.1 Faktory ovlivňující úspěšnost spolupráce	9
4 Terénní sociální a zdravotní pracovníci jako street level byrokraté	11
4.1 Důležitost pracovních podmínek a mechanismy zvládnání	11
4.2 Přístupy v jednání liniiových pracovníků a možné konflikty	12
4.3 Role liniového pracovníka v procesu implementace	13
5 Péče o seniory ve vybraných zemích EU jako zdroj inspirace pro ČR	15
5.1 Švédsko	15
5.1.1 Legislativní ukotvení	16
5.1.2 Systém financování služeb	17
5.2 Nizozemsko	17
5.2.1 Legislativní rámec	17
5.2.2 Systém financování služeb	18
5.3 Belgie	19
5.3.1 Legislativní rámec	19
5.3.2 Systém financování	19
6 Systém péče o seniory v České republice	21
6.1 Sociální a zdravotní terénní péče	23
6.1.1 Zdravotní služby	23
6.1.1.1 Formy domácí péče a rozsah úkonů	25
6.1.1.2 Liniovní zdravotní pracovníci	25
6.1.2 Sociální služby	27
6.1.2.1 Služby sociální péče	27
6.1.2.2 Liniovní sociální pracovníci	29
6.1.3 Vývoj počtu uživatelů terénních služeb	31
6.2 Kraje a obce	32

6.2.1	Role obcí v oblasti sociálních služeb	33
6.2.2	Role obcí v oblasti zdravotních služeb	34
7	Současný stav péče o seniory	36
7.1	Veřejně politické dokumenty a legislativní úpravy	36
7.2	Financování terénních služeb	40
7.2.1	Výše výdajů na zdravotní a sociální péči	40
7.2.2	Problematika financování zdravotních a sociálních služeb	42
7.3	Postavení městských částí	43
8	Spolupráce sociálně-zdravotního pomezí pohledem liniových pracovníků	46
8.1	Předávání informací mezi pracovníky	46
8.2	Spolupráce terénních služeb a dopad opatření na jejich práci	47
8.3	Bariéry při výkonu terénní práce	51
9	Závěry vyplývající z kvalitativní analýzy a návrhy možných řešení	57
9.1	Absence koncepce	57
9.2	Rozdílný přístup městských částí	58
9.3	Nedostatečné uspokojení potřeb terénních pracovníků	58
9.4	Doporučující návrhy možných řešení	60
Závěr		64
Teze Diplomové práce		76
Seznam příloh		81

Seznam zkratek

CEQUA	Sít' pro dlouhodobou péči, orgán EU
ČSÚ	Český statistický úřad
EAN	Evropská asociace poskytovatelů dlouhodobé péče
ISPV	Institut pro sociální politiku a výzkum
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN	Organizace spojených národů
PnP	Příspěvek na péči
SSJČ	Slovník spisovného jazyka českého
VÚPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
WLZ	Zákon o dlouhodobé péči (Nizozemsko)
WMO	Zákon o sociální podpoře (Nizozemsko)

Úvod

Zvyšující se počet seniorů ve společnosti zasáhne mnoho oblastí a ovlivní fungování celého státu. Země se v rámci svých politik otázkou politiky stárnutí zabývají a snaží se vymyslet efektivní způsob, jak na tyto proměny reagovat. Od 90. let je v České republice patrná snaha péči o seniory vrátit zpět do rodiny a komunity namísto institucionální péče, čemuž odpovídá i směřování Evropské unie. Z výzkumů, které byly v posledních letech realizovány, vyplývá, že až 80 % osob starších 65 let je soběstačných a pomoc potřebují pouze občasnou. Menší skupina seniorů pak potřebuje pomoc s chodem domácnosti v různém rozsahu. Pouze 3 % všech seniorů však potřebují ústavní péči (Bláhová a Holmerová 2018).

I přes výše uvedené údaje je institucionální péče poskytována mnohem vyššímu počtu seniorů v porovnání s počtem, který tuto péči opravdu potřebuje. Odpovídá tomu i převis poptávky u pobytových zařízení mnohdy až o 200 %. Pokud vezmeme v potaz finance vynaložené na vystavění pobytových zařízení a finance vynaložené na jejich provoz, stává se institucionální péče nákladnější oproti péči terénní. Příčin využívání institucionální péče může být mnoho. Podle Příbyla (2015) může být důvodem nemožnost postarat se o seniory, nefunkční rodina nebo nedostatečná provázanost sociálních a zdravotních služeb. A právě posledním důvodem se zabývá tato diplomová práce.

Problematika nespolupráce zdravotních a sociálních služeb je velmi rozsáhlá, proto je tato práce zaměřena pouze na péči o seniory v jejich domácím prostředí. Důležitou roli zde hrají terénní pracovníci, kteří jsou každý den v kontaktu se seniory, jejich potřebami, a zároveň jsou schopni identifikovat bariéry, které jim znemožňují vykonávat práci v takové kvalitě a rozsahu, jaký by si oni představovali.

Cílem této diplomové práce je prozkoumat současný stav spolupráce zdravotního a sociálního sektoru na území hlavního města Prahy v oblasti péče o seniory v domácím prostředí. V rámci analýzy dokumentů je porovnáván stav domácí péče o seniory v České republice společně s dobrou praxí vybraných zemí Evropské unie, konkrétně Švédska, Nizozemska a Belgie. Tyto země jsou často uváděny jako správný příklad nastavení spolupráce mezi resorty pro ČR. Dále jsou analyzovány dokumenty, které se spoluprací zabývají a navrhují možná řešení pro současnou situaci.

Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s terénními pracovníky je zjišťován dopad

vládních opatření na výkon jejich práce a zda současné nastavení odpovídá jejich potřebám. Zároveň jsou identifikovány bariéry, které znemožňují z pohledu liniových pracovníků nastavit efektivní systém spolupráce. Poslední kapitola je věnována návrhům řešení, které by mohly podpořit meziresortní spolupráci.

Dopady nespolupráce Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví spatřuji každý den při výkonu své práce jakožto sociálního pracovníka. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla více do hloubky prozkoumat toto téma a nalézt možná řešení, která by pomohla současnou situaci zlepšit. V práci jsou využity informace a data, která jsem již dříve zpracovávala v rámci seminární práce zabývající se danou problematikou.

1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je prozkoumat současný stav spolupráce zdravotního a sociálního sektoru na území města Prahy v oblasti péče o seniory, identifikovat dopady vládních rozhodnutí i rozhodnutí jednotlivých městských částí Prahy na práci zaměstnanců vykonávajících přímou práci se seniory, o které je pečováno v jejich přirozeném prostředí. Na základě analýzy zjištěného stavu a vědecké diskuse o daném problému a analýzy dobré praxe ze zahraničí a z ČR následně navrhnout způsob vhodného řešení dané problematiky v ČR (resp. v Praze).

1.1 Výzkumné otázky

Na základě hlavního cíle je možné definovat dílčí cíle diplomové práce, které jsou znázorněny v následující tabulce společně s navazujícími výzkumnými otázkami.

Tabulka 1: Dílčí cíle a výzkumné otázky

Dílčí cíle diplomové práce	Dílčí výzkumné otázky
Analýza současné legislativní úpravy a provázanosti sociálního a zdravotního sektoru v oblasti domácí péče o seniory.	DVO1: Jakým způsobem je nyní nastavena spolupráce mezi zdravotním a sociálním sektorem v rámci péče o seniory v domácím prostředí v Praze?
Identifikace dopadu vládních rozhodnutí na přímou práci se seniory v domácím prostředí.	DVO2: Jaký dopad má legislativní úprava na práci pracovníků v péči o seniory v domácím prostředí?
	DVO3: Odpovídá současné nastavení potřebám terénních pracovníků v Praze?
Analýza přístupů městských částí Prahy v rámci péče o seniory v domácím prostředí.	DVO4: Jaký přístup v rámci spolupráce zdravotního a sociálního sektoru uplatňují MČ Prahy?
Navržení vhodného řešení dané problematiky na základě příkladů dobré praxe ze zahraničí	DVO5: Jak je možné řešit spolupráci zdravotního a sociálního sektoru v rámci péče o seniory v domácím prostředí v Praze?

2 Metodologie práce

S ohledem na zvolené téma a stanovený cíl diplomové práce byl pro sběr dat zvolen kvalitativní typ výzkumu, který je často nazýván pružným typem výzkumu. Výzkumníkovi umožňuje reagovat na odpovědi respondentů položením doplňující či ujišťující otázky, zda respondentův výrok chápe správně. Dále se tento typ výzkumu snaží porozumět „*fenoménum jako jsou chování nebo instituce, na základě toho, jak jsou tyto fenomény vnímány a prožívány v přirozeném prostředí a v různých kontextech*“ (Hendl 2016; Nekola et al. 2017).

2.1 Výzkumný design

Podle Nekoly a Veselého (2007) se výzkumný design skládá ze tří hlavních částí, a to celkové struktury výzkumu, sběru dat a jejich následné analýzy a interpretace. Typologií usprádaní výzkumu existuje mnoho. S ohledem na cíl diplomové práce, je vhodným výzkumným designem případová studie.

Případová studie umožňuje prozkoumat daný jev do hloubky a získat o něm co možná nejvíce informací. Pozitivem tohoto typu designu je, že může prozkoumat doposud neprozkoumaný jev a stejně tak přinést nové poznatky o problému, který je již zkoumaný, čímž problematika spolupráce zdravotního a sociálního sektoru zcela jistě je (Hendl 2016; Veselý a Nekola 2007; Švaříček a Šed'ová 2007).

V této diplomové práci byly splněny tři podmínky, které definují vhodnost zvoleného výzkumného designu. První podmínkou je forma výzkumných otázek, které musí znít „Jak/Jaký?“ nebo „Proč?“. Druhou podmínkou je absence kontroly nad průběhem událostí a třetí podmínkou je zaměření na současné jevy, s čímž souvisí nemožnost generalizace zkoumaného jevu (Yin 2009).

2.2 Rozhovory s aktéry jako metoda sběru primárních dat

Podle Reichla (2009) je dotazování specifickým způsobem pro sociální výzkum, kdy jeho podstatou je pokládání otázek, ať už formou mluveného slova (rozhovor) nebo písemně (dotazník). Prostřednictvím dotazování, tedy pokládání otázek a zaznamenávání odpovědí, je možné získat informace o skupině či skupinách lidí, jejich mínění, vlastnostech, postojích nebo zkušenostech. Dotazování se využívá v tom případě, kdy není možné zkoumaný jev pozorovat přímo. V rámci výzkumu byly v této práci realizovány

polostrukturované rozhovory. Podstatou polostrukturovaných rozhovorů je flexibilita, ale zároveň i formalizace v podobě definovaných témat či otázek. V průběhu rozhovoru se může výzkumník změnou pořadí otázek přizpůsobovat rozhovoru a koordinovat tak plynulost komunikace (Reichel 2009; Veselý a Nekola 2007).

Rozhovory probíhaly od března do dubna 2021 s terénními pracovníky z oblastí zdravotních a sociálních služeb. Terénní pracovníci jsou těmi, kteří vykonávají dennodenně péči o seniory v jejich domácím prostředí. Jsou tak schopni velmi dobře popsat, jak funguje spolupráce zdravotního a sociálního sektoru v praxi, jaké překážky jim spolupráci neumožňují a zda vůbec tuto nespolečnou práci vnímají jako překážku pro kvalitní poskytování jejich služeb.

V rámci výzkumu bylo plánováno uskutečnit 18 rozhovorů s terénními pracovníky, nicméně v souvislosti s epidemiologickou situací bylo realizováno 10 rozhovorů. Nejčastějším důvodem odmítnutí realizace rozhovoru byla nedostatečná kapacita personálu z důvodu nemoci z řad terénních pracovníků. Druhým důvodem byla nedostatečná kapacita personálu s ohledem na nové klienty/pacienty. Podmínkou pro výběr výzkumného vzorku bylo, že respondenti musí vykonávat terénní služby v přirozeném prostředí klienta, jejich cílovou skupinou musejí být mimo jiné senioři a musí tuto péči vykonávat na území hlavního města Prahy. Osm rozhovorů bylo realizováno face to face a dva rozhovory prostřednictvím platformy Google Meet.

Etická rovina výzkumu týkající se anonymizace respondentů, poučeného souhlasu a zpřístupnění práce respondentům byla dodržena. Na začátku rozhovoru byli respondenti dotázáni, zda souhlasí s tím, že rozhovor bude nahráván a následná nahrávka bude anonymizována. Dále jim bylo vysvětleno, že není nutné odpovídat na všechny otázky, pokud by jim to bylo nepříjemné nebo pokud by se jim otázky zdály obtížné.

Rozhovory byly následně přepsány za použití techniky doslovné transkripce. Přepisy nebyly nijak upravovány, zahrnují tedy nespisovné výrazy, přeřeknutí apod. Jediné úpravy transkripce se týkaly možného identifikování respondentů. Z tohoto důvodu byla vymazána některá jména či názvy organizací (Hendl 2016).

Získaná data byla následně podrobena obsahové analýze, v rámci které dochází k interpretaci získaných dat prostřednictvím kódování a identifikováním témat nebo vzorů. Poté následovala metoda otevřeného kódování, čímž jsou data atomizována, tedy

rozebrána na malé části a následně analyzována, zda existuje shoda či neshoda ve výrocích respondentů. Následná kategorizace je proces, kdy jsou shromažďovány stejné jevy. Tyto kategorie mohou být podrobněji definovány vlastnostmi, které je rozvíjejí a hledají spjitosti mezi jednotlivými kategoriemi (Hsieh a Shannon 2005; Strauss a Corbin 1999).

V Tabulce 1 jsou uvedeni respondenti a jejich charakteristika. Z důvodu anonymizace je k jednotlivým respondentům přiděleno označení, typ služby bez názvu organizace, jakým způsobem poskytují péči a jak dlouho v dané organizaci a oblasti působí. Ačkoli do služeb sociální péče patří i služba odlehčovací, ve výčtu respondentů není zástupce této služby. V rámci Prahy je registrováno několik terénních odlehčovacích služeb, ale péči poskytují pouze v přilehlých obcích, nikoli v Praze.

Tabulka 2: Charakteristika respondentů

Označení respondenta	Typ sociální/zdravotní služby	Provoz organizace	Bližší charakteristika
R1	Tísňová péče	Nepřetržitý provoz, terénní pracovník Po-Pá	Zde pracuje 2 roky jako sociální pracovník, v sociální oblasti 15 let.
R2	Tísňová péče	Nepřetržitý provoz, terénní pracovník Po-Pá	Zde pracuje 1,5 roku jako sociální pracovník, v sociální oblasti 3 roky.
R3	Domácí hospicová péče	Nepřetržitý provoz	Zde pracuje 3-4 let jako zdravotní sestra, ve zdravotní oblasti více než 10 let.
R4	Domácí péče	Nepřetržitý provoz	Zde pracuje 3 roky jako zdravotní sestra, ve zdravotní oblasti 5 let.
R5	Domácí péče	Nepřetržitý provoz	Zde pracuje 1 rok jako zdravotní sestra, ve zdravotní oblasti 6 let.
R6	Osobní asistence	Nepřetržitý provoz	Zde pracuje 3 roky sociální pracovník, v sociální oblasti 3 roky.
R7	Osobní asistence	Nepřetržitý provoz	Zde pracuje 1 rok jako sociální pracovník, v sociální oblasti 9 let.
R8	Pečovatelská služba	Denně od 7:00-20:00	Zde pracuje 5 let jako pracovník v sociálních službách, v sociální oblasti 11 let.
R9	Pečovatelská služba	Denně od 7:30-19:30	Zde pracuje 4 roky jako pracovník v sociálních službách, v sociální oblasti 4 roky.
R10	Pečovatelská služba	Denně 7:30-16:00	Zde pracuje 3,5 roku jako pracovník v sociálních službách, v sociální oblasti 5 let.

Zdroj: vlastní zpracování

2.3 Metody sběru a analýzy sekundárních dat

V diplomové práci jsou také využívána sekundární data a metody analýzy dokumentů. Tato data byla získána ze strategických dokumentů MPSV a MZ, z odborné literatury, z Institutu pro sociální politiku a výzkum či Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí. Dále pak ze strategických dokumentů hlavního města Prahy a komunitních plánů jednotlivých městských částí.

Cílem analýzy dokumentů bylo prozkoumat současný stav spolupráce zdravotního a sociálního sektoru, způsoby řešení a možný budoucí vývoj. Důležitým dokumentem, ve kterém byl popsán budoucí vývoj a navržena možná řešení, je *Zdravotnictví a sociální péče: Scénáře, důsledky a možnosti předvídání budoucích potřeb znalostí a dovedností*. Dále pak strategické dokumenty Ministerstva práce a sociálních věcí, a to *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*, *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025*. Ministerstvo zdravotnictví vydalo strategii *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*, na kterou navazuje *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*.

Podstatným zdrojem informací byla také odborná literatura, výzkumy, analýzy se zaměřením na zdravotně sociální pomezí. Jedná se především o práce ISPV (2019b; 2019a), VÚPSV (2010), Janečkové a Vepřkové (2017) a Horeckého (2014; 2019; 2019a). Dále pak statistiky a publikace mezinárodních organizací jako je OECD, WHO či EAN. V neposlední řadě bylo pracováno s příslušnou legislativou, kde se jednalo o zákony, vyhlášky apod.

2.3.1 Desk research, studium dokumentů a literatury

Sekundární data byla zpracována a analyzována za použití metody desk research, tedy metodě výzkumu *od stolu*. Desk research je podle Touška (2014) „*nezbytným krokem na počátku každého výzkumného projektu, neboť umožňuje získání základních znalostí o zkoumané problematice a zpřesnění designu výzkumu*“. Z tohoto důvodu byl desk research proveden již na úplném začátku psaní diplomové práce spolu s detailním studiem zdrojů (dokumentů, vědeckých článků apod.), které jsou relevantní pro problematiku spolupráce zdravotního a sociálního sektoru.

3 Teoreticko-konceptuální rámec problému „pojetí spolupráce a integrace v rámci zdravotních a sociálních služeb“

Ve Slovníku spisovného jazyka českého (2011), dále jen SSJČ, je spolupráce definována jako *„společná práce dvou nebo více osob či institucí.“* Kaňák a kol. (2018) pojem spolupráce definují jako *„mezilidské procesy, skrze které příslušníci odlišných disciplín spolupracují na dosažení či produkování společných cílů či výstupů“*.

Zatloukal (2008) užívá pojmu kooperativní soužití. V tomto případě se obě strany podílejí na dosahování pro ně přijatelných a atraktivních cílů. Nutností je dosáhnout takové míry kooperace, která umožní nalézt co nejefektivnější řešení a uživatelům jsou tak poskytnuty veškeré služby, které pro setrvání v domácnosti potřebují. V rámci této spolupráce je důležité, aby byla jasně stanovena pravidla jednání, aktéři znali navzájem své kompetence a respektovali se. Funkčnost integrace zdravotních a sociálních služeb je závislá nejenom na terénních sociálních a zdravotních službách, ale také na lékařích, osobních asistentech, farářích, policistech nebo poradcích různého typu. Tuto skupinu různých typů služeb potřebných pro správné fungování nazývá Musil (2004) jako *„služby sociální práce“*, tedy služby potřebné pro správný výkon sociální práce.

Často používaným pojmem, vedle pojmu spolupráce, je integrace. Integraci Vepřková s Janečkovou (2017) definují jako *„systematickou snahu o propojení a spolupráci uvnitř a mezi sektory léčby a péče.“* Tohoto propojení lze dosáhnout prostřednictvím pevně určených vazeb a procesů přechodů pacientů v různých fázích kontinua péče. To znamená přechod mezi péčí primární, sekundární a specializovanou, mezi péčí institucionální, ambulantní, komunitní či domácí zdravotní nebo dlouhodobou péčí a sociálními službami. Veškerá tato snaha je vynaložena za účelem dosažení lepších výsledků a zkušeností pacientů. Společným cílem v oblasti integrace terénních zdravotních a sociálních služeb je saturace potřeb seniora, který žije v domácím prostředí (Janečková a Vepřková 2017).

Pojem integrace je možné chápat jako zúžení samotného pojmu spolupráce. Pokud porovnáme spolupráci, jak ji definuje SSJČ a integraci, která je tamtéž definována jako sjednocení či ucelení, můžeme tedy usuzovat, že pokud daní aktéři spolupracují, může posléze dojít k integraci. Integraci však bez spolupráce provést nelze. Mnohdy jsou pojmy považovány za synonyma bez vnímání rozdílu (ÚJČ 2011).

3.1 Faktory ovlivňující úspěšnost spolupráce

Pro dosažení společného cíle v rámci spolupráce zdravotních a sociálních služeb je nezbytné zmínit několik faktorů, které ovlivňují úspěch a efektivitu dané spolupráce. Frank společně se Smithem (2003) vymezili tyto faktory:

- mít jasně stanovenou vize, cíl, program, na kterém se všichni aktéři shodnou;
- umět využít dostupné lokální a regionální prostředky;
- umět komunikovat o problémech;
- umět motivovat aktéry, aby do společného cíle vkládaly nápady a prostředky;
- umět sdílet jak přínosy, tak rizika.

Tyto faktory je možné dále rozdělit do tří kategorií, a to na odpovědnost, komunikaci a organizaci. Odpovědnost lze popsat jako vědomí závazku, tedy schopnost spolupráce i v tom momentu, kdy dojde ke střetu (názorovému, zájmovému atd.). Další kategorií je komunikace, která je základním kamenem spolupráce. Na komunikaci závisí úspěch či neúspěch celé spolupráce. Poslední kategorií je organizace, která reprezentuje daná pravidla. Je důležité si při spolupráci uvědomit, že každá organizace má jinou organizační kulturu. Organizační kulturu můžeme definovat jako „*soubor hodnot, norem a očekávání, které pracovníci organizace sdílejí, ke kterým se hlásí, na jejichž případné ohrožení reagují*“ (Riegel 2003).

Nejdůležitějšími prvky mezioborové spolupráce jsou podle Bronsteinové (2003) již zmíněná komunikace, dále pak koordinace, kooperace a partnerství. Mezi důležité faktory ovlivňující podobu mezioborové spolupráce považuje Bronsteinová (2003) dokonalou znalost vlastní profesní role. To znamená znát hodnoty a etické zásady konkrétní profese, ale také mít respekt vůči jiným profesím. Dalším faktorem jsou strukturální charakteristiky, které souvisí s kulturou organizace. Ta má vliv nejen na míru autonomie jednotlivých pracovníků, ale také definuje nezbytné úřední úkony či časový fond, který pracovník může věnovat spolupráci. Do výčtu je potřeba zahrnout i individuální faktor, kterým jsou osobnostní charakteristiky každého jednotlivého aktéra. Posledním faktorem je historie spolupráce. V případě, že byla navázána spolupráce s danou organizací/organizacemi dříve v minulosti, je pravděpodobnější, že se bude navázána znovu (Bronstein 2003).

Neopomenutelným faktorem a též velmi důležitým jsou legislativní podmínky, které ovlivňují jednotlivé kompetence služeb. Tento politickoorganizační rámec může spolupráci

podporovat, může jí bránit (ať záměrně či neúmyslně) nebo se spoluprací nebude zaobírat a bude ji stavit do pozadí oproti ostatním zájmům. Spolupráce v rámci terénních služeb v Praze je též ovlivněna zájmy jednotlivých městských částí a politickým zaměřením vedení městské části. Spojujícím prvkem, tedy faktorem podporujícím spolupráci zdravotních a sociálních služeb v rámci péče o seniora v domácím prostředí, jsou vždy individuální potřeby daného klienta, které na sebe mohou navazovat, vzájemně se prolínat. K jejich saturaci bylo, je a vždy bude potřeba jak služeb zdravotních, tak sociálních (Parsons 1995).

4 Terénní sociální a zdravotní pracovníci jako street level byrokraté

Společným znakem zdravotního i sociálního sektoru při péči o seniory v domácím prostředí jsou terénní pracovníci, kteří vykonávají přímou práci s jejich klienty/pacienty. Právě tito terénní pracovníci jsou podstatou Lipskyho teorie Street level byrokracie, kde je Lipsky nazývá liniovými pracovníky nebo též street level byrokraty či řadovými pracovníky (Lipsky 2010).

Specifikem pro tyto pracovníky je, jak již bylo zmíněno, že vykonávají přímou práci s klienty a pomáhají jim při řešení jejich individuálních problémů. V rámci výkonu své profese disponují velkou svobodou v rozhodování, autonomií. Současně je jejich rozhodování ovlivněno dalšími faktory, kterými jsou pracovní podmínky a jejich osobní přístup jednání s klientem (Horák a Horáková 2009).

4.1 Důležitost pracovních podmínek a mechanismy zvládnání

Horák, Horáková (2009) ve své práci poukazují na skutečnost, že pracovní podmínky street level byrokratů jsou mnohdy velmi náročné, mají velký vliv na jejich rozhodování a pracovníci se tak dostávají do střetu s jejich představami dobře odvedené práce. Mezi bariéry, které činí práci náročnější, můžeme zařadit špatně definované nebo konfliktní cíle organizace, převis poptávky po nabízených službách, nedostatek zdrojů a nemožnost měření výkonu liniových pracovníků. V případě, že klient využívá službu nedobrovolně, je jeho motivace velmi nízká a spolupráce s ním velmi složitá. Což může mít dopad na motivovanost street-level byrokrata při výkonu práce.

Řadoví pracovníci se také dostávají do pozice, kdy je na ně vyvíjen tlak ze shora, tedy z pozice jejich nadřízených, a ze spodu, tedy prostřednictvím jejich klientů. Nadřízení pracovníci se snaží maximalizovat jejich výkon ubíráním autonomie na úkor individuálního přístupu ke klientům (Lipsky 2010).

Pracovní podmínky a rozdílné zájmy jednotlivých zaměstnanců vedou velmi často k rozporům, které ovlivňují jednání a rozhodování liniových pracovníků. V průběhu času je řadový pracovník neustále stavěn před dilemata, která jsou mnohdy jen velmi těžko řešitelná. Tato situace nutí pracovníka vytvářet tzv. mechanismy zvládnání neboli mechanismy masového zpracování klientů, které street level byrokratům pomáhají „zpracovávat“ požadavky klientů hromadně prostřednictvím rutinních aktivit (Bílková

2018; Horák a Horáková 2009).

Tyto mechanismy plní dvojí funkci. V první řadě se snaží najít vhodnou strategii, jak zvládat velkou pracovní zátěž, veškerá legislativní nařízení, standardy, individuální přístup ke klientům apod. Ve výsledku dochází k vyhýbání se dilematům, která při jejich práci vznikají. V druhém případě se jedná o dokonalé pochopení a naučení se veškerým pravidlům a jejich ohýbání dle potřeb liniového pracovníka, o kontrolu klientů, přerozdělování dávek a služeb. V praxi to znamená, že na základě klasifikace klientů (např. osamoceny senior, drogově závislý, ...) je pracovník schopen klienta rozdělit do kategorie a přiřadí mu potřeby, které očekává, že bude klient mít (Horák a Horáková 2009).

I přes tyto mechanismy zvládnutí, které pomáhají oddalovat psychické i fyzické vyčerpání pracovníka, mají byrokraté možnost zvolit si svůj přístup, ať už neosobní - rutinní či osobní - nerutinní (Horák a Horáková 2009).

4.2 Přístupy v jednání liniových pracovníků a možné konflikty

Street level byrokraty je možné rozřadit do kategorií dle jejich jednání, a to na profesionální, byrokratické a byroprofesionální liniové pracovníky (Horák a Horáková 2009).

Profesionalismus v jednání liniových pracovníků znamená, že jsou specialisty ve svém oboru. Své znalosti dokáží velmi dobře uplatnit při řešení individuálních potřeb svých klientů. Tito pracovníci jsou velmi flexibilní s velkou mírou autonomie. Své moci a svobody v rozhodování nezneužívají, neboť svou práci vykonávají s nadšením a touhou pomoci, nikoli za účelem maximalizace svého užitku. Profesionálové apelují na dodržování standardů kvality poskytování služeb s důrazem na svoji sebekázeň a sebekontrolu (Bílková 2018; Horák a Horáková 2009).

Byrokratické jednání liniových pracovníků je založeno na jasně stanovených pravidlech, která jsou dána nejen legislativou, ale organizací samotnou v podobě směrnic a nařízení. Pravidla jsou dále definována firemní kulturou a byrokratickým charakterem organizace. Horák a Horáková (2009) definují tento svět jako svět předpověditelnosti a efektivity. V tomto světě jsou linioví pracovníci kontrolováni vedoucími pracovníky a manažery. Jednání pracovníků je jasně ukotveno organizačními pravidly, které vymezují nejenom vzdělání nutné k výkonu práce, ale také kompetence daného pracovního místa a povinnosti pracovníka. Při řešení individuálních potřeb klientů nejsou tito pracovníci příliš

flexibilní (Lipsky 2010).

Byroprofesionalismus je kombinací prvků profesionalismu a byrokracie. Tito pracovníci dodržují legislativní pravidla daná státem, stejně tak jako organizační pravidla. Míra autonomie je zde mnohem vyšší než u byrokratických pracovníků. V tomto případě manažeři nejsou kontrolory, ale spíše vytváří podmínky pro zvyšování autonomie liniových pracovníků (Bílková 2018; Horák a Horáková 2009).

Konflikty

Principy byrokracie a profesionalismu jsou velmi odlišné, v některých případech i protichůdné. V momentě, kdy pracovník začne využívat prvky profesionalismu v byrokratickém prostředí, může dojít ke dvěma typům konfliktů. Prvním typem je konflikt v odlišnosti norem. Na jedné straně musí pracovník dodržovat normy, které jsou stanoveny organizací a legislativou. Odchylka od těchto norem není žádoucí. Na straně druhé stojí profesionalismus, jehož podstatou je absolutní autonomie a flexibilita. Profesionál by se neměl řídit normami, ale měl by jednat v co možná nejlepším zájmu svého klienta za využití dostupných zdrojů. Tento rozkol v normách vede k tomu, že manažeři začnou snižovat autonomii těchto pracovníků, aby se řídili organizačními pravidly a bylo dosaženo cílů organizace (Horák a Horáková 2009).

Druhý konflikt *„se týká odlišné hierarchie kontroly dodržování byrokratických a profesionálních norem využívaných liniovými pracovníky“* (Horák a Horáková 2009). Jedná se o střet mezi absolutní kontrolou, jasně vymezenými pravidly a kompetencemi v podobě byrokratického jednání a mezi sebekontrolou, sebekázní, velkou mírou autonomie a minimální až žádnou kontrolou v podobě profesionálního jednání.

4.3 Role liniového pracovníka v procesu implementace

Implementaci konkrétní veřejné politiky je možné podle Potůčka (2016) definovat jako *„vše, co souvisí s její realizací. A co vyplývá z předchozích fází veřejně politického procesu od vymezování a uznávání problému přes rozhodování o ní“* (Potůček 2016).

V procesu implementace konkrétní veřejné politiky, ať už zezdola nahoru (bottom-up) či seshora dolů (top-down), hrají podstatnou roli právě liniovní pracovníci. Tito pracovníci zastávají roli vykonavatele konkrétní politiky. V praxi to tedy znamená, že způsob, jakým se k výkonu dané politiky řadoví pracovníci postaví, má za důsledek skutečnou podobu

zamýšlené politiky (Potůček 2010; Veselý a Nekola 2007).

Pokud je tedy implementace prováděna způsobem shora dolů, je nezbytné, aby byly jasně definované cíle. Dílčí kroky musí být transparentní pro všechny aktéry a aktéři musí znát, kdo na koho úkoly deleguje a v jakém časovém horizontu bude potřeba něco konat. Při tomto způsobu je velmi silný princip byrokracie. Keller (2007) upozorňuje na skutečnost, že byrokratický aparát nedokáže rozpoznat blížící se hrozby a je velmi pomalý, tudíž není schopen reagovat rychle na problémové situace, které mohou nastat. Velmi často *„se začíná orientovat na problémy změny teprve ve chvíli, kdy dysfunkce jsou již značné“* (Keller 2007).

V případě opačném, tedy zezdola nahoru, je poskytnut větší prostor lokálním aktérům. Nezbytná je jejich spolupráce, vzájemná důvěra, koordinace a spontánnost. Konkrétní výčet liniových pracovníků, kteří zabezpečují péči o seniory v domácí prostředí, je uveden v kapitole 6 (Potůček 2010).

5 Péče o seniory ve vybraných zemích EU jako zdroj inspirace pro ČR

Od 90. let minulého století je ve vyspělých zemích řešena problematika spolupráce mezi jednotlivými službami poskytující zdravotní a sociální péči. Tyto snahy převzaly i nadnárodní organizace jako World Health Organization (WHO) nebo Evropská komise. Evropská unie má velký vliv na podobu sociální politiky v oblasti stárnutí. Rada Evropské unie vydala 7. prosince 2012 prohlášení, ve kterém uvedla hlavní zásady proaktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. Mezi tyto zásady patří zaměstnanost, zapojení do společnosti a nezávislý život. Všechny tyto tři zásady se, ať už okrajově, dlouhodobá péče dotýká. Pokud bude podporována domácí péče namísto péče ústavní, budou mít senioři možnost lépe se zapojit do společnosti, ať už se jedná o různé kulturní akce či akce klubu seniorů. Budou mít možnost dále pracovat i v důchodovém věku a ten nejdůležitější bod, budou vést nezávislý život. Nezávislý v tom ohledu, že budou moci být stále v prostředí domova a budou mít sjednané různé sociální služby od pečovatelské služby až po tísňovou péči (Rada EU 2012; WHO 2020; 2021; 2021a).

Snahy světových organizací řešit problematiku stárnutí, a s tím spojené problémy, přetrvávají. Valné shromáždění OSN vyhlásilo 14. prosince 2020 roky 2021-2030 za Dekádu zdravého stárnutí. Tato koncepce byla předložena valnému shromáždění jako návrh WHO a následně byla OSN přijata. V této kapitole budou popsány země, které jsou v integraci služeb oproti České republice vyspělejší a nabízí ČR možné způsoby řešení problematiky (WHO 2020; WHO 2021; WHO 2021a).

5.1 Švédsko

V České republice se slovem „home care“ neboli domácí péče rozumí zdravotnická služba. Ve švédsku služby domácí péče zahrnují nejenom český význam slova „home care“, ale také úkony, které vykonává pečovatelská služba, osobní asistence apod¹. Mezi tyto úkony, stejně jako v ČR, patří pomoc s úklidem, péčí o svou osobu, drobné nákupy nebo doprovod k lékaři.

Důležitým legislativním pramenem ve Švédsku je zákon o sociálních službách. Tento zákon upravuje, že každý má právo na pomoc od své obce v momentě, kdy není jiná možnost pomoci. Zároveň má člověk mít možnost vést nezávislý život ve svém přirozeném

¹ Toto pojetí je totožné s pojetím v Nizozemí a Belgii.

prostředí. Zákon klade velký důraz na seberozvoj a empowerment občanů (Social Services Act 2001:453; ISPV 2018b).

5.1.1 Legislativní ukotvení

Zákon ukládá obcím povinnost zajistit svým občanům takovou péči, kterou potřebují s ohledem na jejich rozhodnutí, kterou službu využijí. Zároveň zákon upravuje součinnost obcí v takovém případě, pokud se senior, který potřebuje sociální služby, stěhuje do obce jiné. Povinností obcí je takovému občanovi poskytnout sociální šetření, které předloží v obci, do které se stěhuje. Současně je možnost uzavření smlouvy mezi obcemi o poskytování služeb, kdy jedna obec může vykonávat sociální služby v obci jiné (ISPV 2018b; ISPV 2018c; Szebehely a Trydegård 2012).

Hlavní úlohu ve zdravotních a sociálních službách hrají obce (municipality), kterých je 290 a z menší části i kraje, kterých je 18. Na krajské úrovni je zajišťována převážně nemocniční péče, a to konkrétně hlavní část primární zdravotní péče. Obce pak odpovídají za služby sociální včetně domácí a pobytové péče. Současně však mají na starost i některé ze zdravotních služeb, čímž je zabezpečena lepší provázanost mezi sociálním a zdravotním sektorem. V ČR jsou municipalities srovnatelné s obcemi s rozšířenou působností (ISPV 2018b; Szebehely a Trydegård 2012).

Dalším důležitým pramenem, který vyšel v platnost v roce 1991 je „Local Government Act“, který umožňoval obcím rozdělit starost o své občany mezi neziskové a ziskové organizace. V roce 2009 vyšel zákon o svobodné volbě, který stanovuje právo obyvatel na možnost výběru typu služby dle jejich uvážení. Tento zákon se vztahuje ke změně v rozložení služeb zabezpečující domácí péči a navazuje na „Local Government Act“ (Szebehely a Trydegård 2012).

V roce 2018 vyšel v platnost zákon o spolupráci při propouštění z nemocnice. Tento zákon nahradil zákon o platební odpovědnosti. Obce jsou povinny postarat se o občana v momentě, kdy opouští nemocniční zařízení. V případě, že se obec nepostará, bude hradit veškerou „sociální hospitalizaci“ ze svých prostředků. Tento zákon vznikl za účelem vytvoření bezpečného prostoru pro lidi opouštějící zdravotnická zařízení. Zároveň odkazuje na zákon o zdravotní péči a sociálních službách s důrazem na koordinované individuální plánování. Mnoho obcí zavedlo „Bezpečný návrat domů“, čímž podporují seniory k setrvání v jejich domácím prostředí. Svaz obcí a regionů Švédska vydal

publikace, které pomáhají nejenom seniorům, ale také osobám, které začínají pečovat nebo již pečují o osoby v domácím prostředí² (SKR 2021).

5.1.2 Systém financování služeb

Švédsko je silně sociálně demokratický stát, který zabezpečuje jeho občanům širokou síť sociálních služeb. Této široké síti odpovídá i systém financování, který se od českého systému velmi liší.

Sociální služby nejsou pro uživatele zcela zdarma, musejí si zaplatit nepatrnou část, která činí 4-5 % z celkové částky. Z národní daně je placeno 10 % a z daně obecní je hrazeno 85 % celkové úhrady za službu. Oproti České republice hradí převážnou část za služby obce, která mají za své občany zodpovědnost. Podle toho je nastaven i daňový systém, kdy obyvatelé odvádí od 0–25 % ze svého příjmu v závislosti na jeho výši. Obcím obyvatelé odvádí kolem 31,6 % ze svého příjmu (Joklová 2008; Szebehely a Trydegård 2012).

5.2 Nizozemsko

Nizozemí se řadí v integraci služeb poskytovaných v domácím prostředí klienta na přední příčky. Už v 70. letech 20. století mělo Nizozemí vybudovaný rozsáhlý a kvalitní systém domácí zdravotní a sociální péče. Péči v domácnostech zajišťovali zdravotní a komunitní sestry, sociální pracovníci a rodinní lékaři. Vysoká úroveň poskytování služeb v domácnosti klienta byla až do roku 1990, kdy došlo k reformě. Z důvodu snížení nákladů byly služby domácí péče sloučeny, což vedlo ke snížení kompetencí a odpovědnosti sester, došlo ke změně pracovní role a péče se stala roztržštěnou a neefektivní (Krátká et al. 2018).

Při poskytování služeb hraje uživatel významnou roli. Uživatel služeb se musí podílet na rozhodování a aby toho bylo docíleno, byla uzákoněna Rada uživatelů na všech řídicích úrovních. Nárok na péči je posuzován na základě indikace. O nároku na péči rozhoduje multidisciplinární tým. Pokud tým uzná, že je potřeba péče, je posuzovaná osoba zařazena do konkrétní skupiny podpory. V průběhu poskytování služeb probíhá práce nejenom s klientem, ale také s rodinou, osobami blízkými a komunitou (Vašků 2010).

5.2.1 Legislativní rámec

V Nizozemí je zdravotní a sociální péče rozdělena na tři úrovně – centrální, regionální a místní. Centrální úroveň zajišťuje Ministry of Health, Welfare and Sport. Vzdělávání

² Více informací na [https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/proaktiv-var-d-av-skora-aldre.html](https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/proaktiv-var-d-av-skora-alldre.html)

pracovníků ve zdravotnictví a v sociálních službách je pod záštitou Ministry of Social Affairs and Employment. Dále je v této úrovni National Healthcare Authority, které zaštituje oblast zdravotního pojištění, a Healthcare Inspectorate, která dbá na dodržování standardů kvality (Government of the Netherlands 2016; European Committee of the Regions nedatováno; Ministry of Health, Welfare and Sport 2018).

Na regionální úrovni jsou za péči odpovědné provincie, které jsou srovnatelné s našimi kraji. Mají velmi omezené kompetence, co se týká stanovování vlastních priorit. Dohlíží na dostupnost zdravotnických zařízení, vytvářejí regionální plány a monitorují, zda jsou naplňovány cíle zdravotní a sociální politiky. Na místní úrovni jsou odpovědnými orgány obce. Místní úřady jsou odpovědné za poskytování sociálních i zdravotních služeb, aby služby odpovídaly potřebám občanů. Zároveň provádí depistážní činnost (European Committee of the Regions nedatováno).

Důležitým zákonem je zákon WMO 2015, o sociálně podpoře, který upravuje poskytování sociálních služeb a také informace o tom, jakým způsobem je možné financovat tyto služby a jak požádat o příspěvek na péči. Dalším zákonem, který se věnuje seniorům, je zákon o dlouhodobé péči, též známý jako WLZ, upravuje situace, kdy člověk vyžaduje 24hodinovou domácí péči. Zákon o nemocenském pojištění pozměnil zdravotní systém založený na přímém řízení na systém poptávající řízení. V tomto zákoně jsou upraveny postupy pro poskytovatele zdravotní péče, pojištěnce a zdravotní pojišťovny (Sedláková 2017; Government of the Netherlands 2016).

5.2.2 Systém financování služeb

Domácí péče je zde hrazena ze státních zdrojů. Tyto zdroje pokryjí veškeré náklady, které službám vznikají (provozní i investiční). Jejich financování je garantováno zákonem a potřebnost služeb se zjišťuje na základě demografických ukazatelů. Stoprocentní garance nákladů vytváří prostor pro rozvoj a stabilitu systému. Péče může být financována na základě zákona o sociální podpoře (jedná se o péči v domácím prostředí, o úhradu kompenzačních pomůcek), toto financování provádějí obce. Dále na základě zákona o specializované péči (jedná se o dlouhodobou specializovanou péči) nebo prostřednictvím zdravotních pojišťoven (jedná se pouze o péči ústavní či ambulantní) (Vašků 2010).

5.3 Belgie

Belgie je rozdělena na tři hlavní regiony, a to Brusel, Valonsko a Flandry. V rámci těchto regionů může docházet k rozdílným systémům poskytování domácí péče. Dlouhodobá péče je poskytována na federální úrovni jako součást veřejného zdravotního pojištění, které je povinné. Stejně jako většina zemí EU se i Belgie snaží podporovat péči v domácím prostředí, pokud neformální pečovatelé péči nezvládají společně s kombinací podpůrných služeb, může člověk využít ústavní péče. Pokud chce člověk využívat služeb domácí péče, musí podat žádost. Na základě žádosti proběhne zhodnocení potřeby. Výše potřeby poté určuje, na jaké služby má člověk nárok, tedy které služby budou moc být hrazeny ze systému zdravotního pojištění. Současně je určen i denní rozsah péče (Pohl a Šplíchalová 2014).

5.3.1 Legislativní rámec

Stejně jako v Nizozemsku je i péče v Belgii rozdělena do třech úrovní, kdy její organizace a správa je vykonávána na federální, regionální a místní úrovni. V kompetenci federálních orgánů je koordinace zdravotní péče. Mezi důležité orgány na této úrovni patří federální parlament, který přijímá zákony v oblasti zdravotní a sociální péče, Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí, Národní institut pro zdravotní a invalidní pojištění a nemocenské fondy. Tyto fondy slouží jako zprostředkovatel mezi poskytovateli, pacienty a orgány správy. Koordinaci služeb na této úrovni provádí instituce Integrované služby domácí péče (Horecký 2014; Pohl a Šplíchalová 2014).

Na regionální úrovni jsou důležitým aktérem Spolupracující iniciativy v oblasti primární péče a koordinační centra pro domácí péči a služby ve Valonsku. Tito aktéři dbají na to, aby byla dodržována kvalita poskytované péče, koordinují služby domácí péče a podporují spolupráci těchto služeb včetně spolupráce s obvodními lékaři. Na místní úrovni jsou již samotné služby organizovány a je zjišťována kvalita služeb (Horecký 2014; Pohl a Šplíchalová 2014; Willemé 2010).

5.3.2 Systém financování

Zdroji financování federálního systému zdravotního pojištění jsou příspěvky na sociální zabezpečení a daně. Dávky jsou v tomto systému univerzální, proto je rozsah péče omezen pouze na ošetrovatelskou a rehabilitační péči. V celé Belgii je možné získat „cash for care“ (hotovost za péči). Jedná se o dávku, která je podobná příspěvku na péči a je odstupňovaná podle potřeby péče. Ta je vyplácena osobám starším 65 let. Ve Valonsku je domácí

péči možno hradit z všeobecných příspěvků. Ve Flandrech je navíc poskytována pravidelná měsíční dávka, která je vyplácena měsíčně těm osobám, které mají určitý stupeň závislosti (Horecký 2014; Pohl a Šplíchalová 2014; Willemé 2010).

V rámci 6. politické reformy bylo ustanoveno, že Národní institut zdravotního pojištění bude financovat zdravotní péči jako fyzioterapii, ošetrovatelství, lékařskou péči apod. Na federální úrovni bude zajišťována domácí péče, a to v plném rozsahu (Horecký 2014; Pohl a Šplíchalová 2014; Willemé 2010).

6 Systém péče o seniory v České republice

Při péči o osoby, které potřebují pomoc druhé osoby, je důležité od sebe neoddělovat složku zdravotní a složku sociální. Velmi často jsou sociální problémy doprovázeny těmi zdravotními a naopak. Dostatečná nabídka služeb je podstatná nejenom v případě, kdy pečující osoba chybí nebo je potřeba jí ulevit od celodenní péče, ale také je možné více se soustředit na individuální přístup ke každému jedinci, pokud se péče rozdělí mezi více pečujících (Dvořáčková a Hrozenská 2013).

O terénních službách se začalo hovořit v souvislosti s transformací sociálních služeb v rámci deinstitucionalizace. Při snaze podpořit péči o osoby v jejich přirozeném prostředí namísto v institucích, začaly být tyto služby podporovány. Mohou člověku oddálit přechod do pobytových zařízení a zároveň zvýšit nebo alespoň zachovat kvalitu jeho života. Pokud pomineme pozitivní vliv na jedince využívajícího tyto služby, tak pozitivně působí i na rodinu, kdy služby zastávají respitní funkci (MPSV 2019).

Po roce 1989 se Česká republika snaží vrátit péči o rodinného příslušníka zpět do rodiny namísto ústavní péče. V praxi to tedy znamená, že nejprve se spoléhá na rodinu, že se o seniora postará a pomoc zdravotních či sociálních služeb přichází v momentě, kdy neformální pečovatelé nezvládají péči o rodinného příslušníka či senior nemá nikoho blízkého, kdo by mu mohl pomoci. Tento trend se projevuje i na různých vládních opatřeních jako je například zvýšení příspěvku na péči. Příspěvek se zvýší pouze v tom případě, kdy je o člověka postaráno doma. V péči o rodinného příslušníka rodině pomáhají různé zdravotní a sociální služby, které k němu mohou denně docházet dle jeho individuálních potřeb (Dvořáčková a Hrozenská 2013; MPSV nedatováno).

Důležitost role sociálních a zdravotních služeb je také nezpochybnitelná s ohledem na projekci demografického vývoje, kterou zpracoval ČSÚ. Projekce ukazuje, že se celkový počet obyvatel v ČR bude pohybovat kolem stávající hodnoty, tedy hodnoty k 1.1. 2018, kdy byla tato projekce tvořena. Důležitý je však podíl seniorů v populaci, to znamená osob ve věku 65 let a více. V roce 2061 by mělo dojít až k 57% nárůstu počtu seniorů oproti stávajícím hodnotám, což by znamenalo, že senioři budou tvořit 30% podíl z celkové populace (ČSÚ 2018; MZ ČR 2015).

Zajímavé jsou i změny ve struktuře seniorské skupiny, které jsou možné vidět v Tabulce 3. Zatímco teď je nepočtenější skupinou skupina 65-69 let, v roce 2061 bude tato skupina

stejně početná jako skupina 75-79 let nebo dokonce 80-84 let. Podle MZ nejrychleji porostou počty osob starších 80 let. Podle bývalého ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha se počátky chronických onemocnění spojené s disabilitou posunou do vyššího věku, čemuž bude nutné uzpůsobit zdravotní péči nejen dlouhodobou a následnou, ale i primární a akutní (ČSÚ 2018; MZ ČR 2015).

Tabulka 3: Očekávaný vývoj počtu obyvatel 65 a více let (k 1. 1., v tis.)

Věková skupina	2017*	2018*	2021	2031	2041	2051	2061	2071	2081	2091	2101
65–69	691,4	684,5	674,8	611,3	792,2	691,0	612,0	541,5	620,4	600,9	567,7
70–74	532,7	569,7	624,8	541,9	580,8	761,0	643,6	493,5	628,0	619,8	553,2
75–79	340,1	358,6	421,4	538,5	509,1	681,5	608,8	549,7	495,1	574,2	561,6
80–84	229,2	226,6	247,0	429,1	395,9	448,6	610,5	534,5	421,0	547,7	549,5
85–89	138,7	141,8	141,8	216,4	302,6	311,8	446,8	418,3	393,4	370,9	443,5
90–94	49,0	49,9	56,7	73,3	143,7	147,6	188,2	275,7	262,0	220,3	304,4
95–99	7,3	8,5	11,0	16,2	30,4	48,8	58,8	96,2	98,2	100,0	106,3
100+	0,7	0,7	0,7	1,8	2,9	6,6	8,0	12,4	20,4	22,6	21,7
65+ celkem (abs.)	1 988,9	2 040,2	2 178,1	2 428,4	2 757,6	3 096,9	3 176,7	2 921,8	2 938,5	3 056,4	3 107,8
Podíl 65 a víceletých v populaci (%)	18,8	19,2	20,4	22,5	25,7	28,8	29,8	27,9	28,2	29,2	29,5

* Reálná data.

Zdroj: ČSÚ 2018

V závislosti na trendu stárnutí populace byla ČR nucena rozvíjet zdravotní a sociální služby, aby lépe odpovídaly koncovým příjemcům. V souvislosti s tímto rozvojem byla zjištěna nedostatečná spolupráce zdravotního a sociálního sektoru. Toto téma je stále velmi aktuální, nicméně dále je práce zaměřena pouze na terénní služby, které jsou poskytovány seniorům v jejich přirozeném prostředí.

Více než 80 % seniorů chce zůstat doma, což mnohdy bez úpravy bydlení není možné. Problematická je v tomto ohledu nejenom konzervativnost seniorů, kteří své bydlení nechtějí měnit a uzpůsobovat, ale také nedostatek finančních prostředků na přestavby tohoto typu. Tuto skutečnost zmiňuje i R4 a R8. „*No, je problém, když se člověku zhorší pohyblivost. To se potom musí upravit ten byt, aby se třeba vykoupal nebo vůbec z toho domu dostal, že jo. A to toho člověka potom vyjde pěkně draho, když najednou musí dát tisíce a má malej důchod*“ (R4). Dále respondenti zmiňují, že někteří senioři nemají nikoho blízkého, kdo by jim s tím pomohl (Diakonie nedatováno).

Z výzkumu, který se zaměřoval na preference seniorů při zajištění péče, vyplývá, že 39 % respondentů preferuje, aby jim v období závislosti byla poskytována péče rodinnými příslušníky, 25 % respondentů by uvítalo pomoci sociálních služeb terénní a ambulantní povahy v kombinaci s péčí rodinných příslušníků. Nejčastějším důvodem odchodu do

domova pro seniory bylo zhoršení zdravotního stavu. Zároveň respondenti vnímají spíše jako nutnost využívat pobytové služby než jako jejich svobodnou vůli. Dalším důvodem, proč senioři odcházejí do pobytových zařízení, je skutečnost, že se doma sami necítí bezpečně. Podle analýzy dat se jednalo o 18,5 %. „Mnoho seniorů neopouští svůj domov kvůli obavám z kriminality či ze strachu, že přijdou k úrazu, popř. se necítí bezpečně kvůli aktuálnímu zdravotnímu stavu (37,5 %)“ (MPSV 2019; Vávrová a Vaculíková 2017).

Při analýze problému byli identifikováni tito aktéři, jak ukazuje následující tabulka. Z důvodu zaměření tématu diplomové práce, zde nejsou uvedeni neformální pečovatelé, kteří při péči o seniora zastávají nepostradatelnou roli.

Tabulka 4: Aktéři podílející se na domácí péči

Aktér	Charakteristika	Konkrétní příklady služeb
Terénní zdravotní služby	Indikovány na základě doporučení lékaře na dobu určitou či neurčitou. Plně hrazeny zdravotní pojišťovnou.	Domácí péče, hospicová paliativní péče
Terénní sociální služby	Musí si o ně senior sám zažádat a jsou poskytována na dobu určitou či neurčitou. Hrazeny klientem z příspěvku na péči.	Pečovatelská služba, osobní asistence, tísňová péče, odlehčovací služba
Hlavní město Praha	Podpora domácí péče prostřednictvím strategických plánů, v rámci rozpočtu či finančními příspěvky na služby.	Jednotlivé MČ 1-22

Zdroj: vlastní zpracování

6.1 Sociální a zdravotní terénní péče

V České republice je péče mezi seniory rozdělena do dvou resortů, a to resortu zdravotního a resortu práce a sociálních věcí. Oba tyto resorty se řídí svými zákony, zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V těchto zákonech jsou taxativně vymezeny sociální a zdravotní služby, okruh pracovníků, který vykonává odbornou činnost, kompetence dané pro určitou pracovní pozici apod.

6.1.1 Zdravotní služby

V rámci zdravotní péče o seniory je v České republice možno využít zdravotních služeb, které jsou poskytovány ve vlastním sociálním prostředí pacienta. **Domácí péčí** se podle zákona o zdravotních službách rozumí návštěvní služba nebo domácí péče, kterou je

ošetřovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění nabízí obsáhlejší definici, kde je domácí péče „poskytována na základě doporučení registrujícího poskytovatele ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu“. Ministerstvo zdravotnictví v koncepci o domácí péči uvádí, že společně se sociální péčí a neformálními pečovateli, tvoří souhrnný základ péče o klienta. Domácí péče, její rozsah a působnost, je ukotvena v legislativě, která upravuje zdravotní a sociální péči. Toto legislativní ukotvení je z velké části definováno odděleně (MZ ČR 2020; Kalvach 2011).

Domácí péče pomáhá a podporuje pacienta v navrácení či udržení si zdraví, zmírňuje bolest. Provází pacienta v průběhu umírání při nevléčitelných nemocech a zajišťuje možnost setrvat v domácím prostředí. Domácí péče se skládá ze dvou složek, které jsou vzájemně provázané jako potřeby pacientů. Jedná se o složku zdravotní a sociální. Pokud budeme vycházet z angličtiny v případě složky zdravotní se jedná o home care a v případě složky sociální se jedná o home help. Složka sociální se prolíná s úkony péče, které vykonává pečovatelská služba (Kalvach 2011).

Potřeby klientů jsou mnohdy náročné. Z tohoto důvodu funguje služba 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. V praxi to potom vypadá tak, že pacient, ošetřující lékař či rodina nebo blízcí mají jedno telefonní číslo, na které se mohou v případě potřeby obrátit a pomoc bude pacientovi poskytnuta během chvíle (Kalvach 2011).

Úkony, které smí pracovník domácí zdravotní péče vykonat u klienta doma, jsou taxativně vymezeny ve vyhlášce č. 143/2018, odbornost 925. Úkony zahrnují administrativní činnosti (ukončení a zahájení domácí péče), ošetřovací návštěvu, fyzickou asistenci při poskytování domácí zdravotní péče, vyšetření stavu pacienta, odběr biologického materiálu, aplikaci ordinované parenterální terapie, léčbu bolesti, ošetření stomií, lokální ošetření, provádění klyzma, výplachů, cévkování, laváží, ošetřování a zavádění permanentních katétrů, aplikaci inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.v., i.m., a jiné, nácvik a zaučování aplikace inzulínu, péči o pacienty v terminálním stavu.

V průměru je ročně v rámci domácí péče léčeno 150 000 pacientů. Velké rozdíly jsou patrné mezi jednotlivými kraji. Ve středočeském kraji je roční nárůst pacientů kolem 6 %, na rozdíl od toho v kraji Jihočeském a Karlovarském se jedná o nárůst pouze 1 %. V rámci

zkvalitnění péče vznikl program kvality péče VZP ČR pod názvem AKORD. Tento program v roce 2018 vyvolal nevoli u České asociace sester, jelikož jeden bod se týkal finanční náhrady praktických lékařů za předpokladu, že dodrží limit započitatelné péče. V této péči je zahrnuta domácí zdravotní péče, kapitola (odbornost) 925. Tento bod byl sporný, jelikož mohl u praktických lékařů vytvářet tlak a mohlo tak docházet k nižšímu předepisování zdravotní domácí péče, než bylo skutečně potřeba (MZ ČR 2020; ČAS 2018).

6.1.1.1 Formy domácí péče a rozsah úkonů

Kalvach (2011) rozlišuje čtyři formy domácí péče s ohledem na zdravotní situaci klienta, a to domácí hospitalizaci, dlouhodobou domácí péči, preventivní domácí péči a hospicovou (paliativní) domácí péči.

Domácí hospitalizace je specializovaná péče, která je poskytována zejména po operacích či po úrazech nebo pokud dojde ke zhoršení chronického onemocnění. Péče může být poskytována v rozsahu dnů až týdnů (Kalvach 2011).

Dlouhodobá domácí péče je zacílena na pacienty, jejichž zdravotní či psychický stav vyžaduje dlouhodobou péči. Nejčastěji je tato služba poskytována pacientům, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, mají roztroušenou sklerózu, trpí určitou formou demence, jsou ochrnutí apod. Péče se poskytuje v rozsahu měsíců až několik let. Zde dochází k velkému prolínání složky zdravotní a sociální (Kalvach 2011).

Preventivní domácí péče je poskytována lidem, u kterých je nutná pravidelná kontrola zdravotního, duševního stavu či měření fyziologických funkcí jako je měření krevní tlaku či odběr biologického materiálu. Tato péče je poskytována na doporučení praktického lékaře (Kalvach 2011).

Hospicová paliativní péče je poskytována umírajícím klientům. Oproti již zmíněným formám může být v rámci této péče překročena denní tříhodinová ošetrovací doba. Na základě této formy došlo ke změně ve výkaznictví pro zdravotní pojišťovny a byl zaveden tzv. signální kód péče o umírajícího člověka (Kalvach 2011).

6.1.1.2 Linioví zdravotní pracovníci

Do péče o seniora v domácím prostředí se může zapojit řada pracovníků s různými odbornostmi. V rámci domácí péče o seniory je možné do této kategorie pracovníků zařadit všeobecného praktického lékaře, komunitní sestry, fyzioterapeuta či ergoterapeuta.

Povolání jako zdravotní asistent či ošetřovatel nejsou v rámci domácí péče příliš vhodná, jelikož se jedná o povolání bez odborné způsobilosti, z čehož vyplývá nutný odborný dozor (Kuzníková 2017).

Všeobecný praktický lékař

Odbornost lékaře je definována zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Při péči o seniory v jednotlivých městských částech Prahy je velmi důležitý všeobecný praktický lékař, který poskytuje primární péči a je jedním z odborníků, který může indikovat domácí zdravotní službu. Lékař by měl spolupracovat jak s rodinou, tak např. s domácí péčí, pečovatelskou službou a dalšími potřebnými službami (Dvořáčková a Hrozenská 2013).

Sestra pro péči v geriatрии a sestra pro domácí hospicovou péči

Odbornost komunitní sestra byla nově nahrazena odborností sestra pro péči v geriatрии a sestra pro domácí hospicovou péči. Ministerstvo zdravotnictví se pro tento krok rozhodlo v návaznosti na potřeby praxe. Zaměření komunitní sestry bylo příliš široké a s ohledem na zvyšující se potřeby pacientů, bylo nutné tuto odbornost blíže specifikovat. Sestra v oboru domácí péče a hospicové péče bude schopna „*poskytovat domácí péči dlouhodobě nemocnému pacientovi, pacientovi se zdravotním postižením nebo pacientovi, který trpí nevléčitelnou nemocí.*“ (ISPV 2018a). Sestra v oboru ošetřovatelské péče v geriatрии bude schopna poskytovat ošetřovatelskou péči geriatrickým pacientům s onemocněními typu revmatologické, pohybového aparátu, endokrinologickým a podobně (ISPV 2018a).

Fyzioterapeut a ergoterapeut

Fyzioterapie a ergoterapie spadá pod tzv. nelékařské zdravotnické profese. Při obou profesích je důležitá úzká spolupráce s lékařem. Při fyzioterapii stanovuje její cíl lékař. Oproti tomu ergoterapeut činnost může vykonávat na základě indikace lékaře, ale to, jakým způsobem bude s pacientem rehabilitovat, závisí na něm. Sám si stanovuje vlastní postup na základě svých vyšetření (Kuzníková 2017).

Cílem ergoterapie u seniora je zachování soběstačnosti v domácím prostředí, v co největší míře. V rámci ergoterapie je důležitá spolupráce s dalšími službami, které podporují a pomáhají klientovi jako je např. pečovatelská služba, osobní asistence a další. Ergoterapeut mimo jiné může navrhnout i úpravy bytu, domu, aby korespondovali s cílem

ergoterapie, a doporučuje vhodné kompenzační pomůcky (Kalvach 2011).

6.1.2 Sociální služby

Při poskytování sociálních služeb musí organizace dodržovat lidská práva svých klientů a služba musí být směřována k sociálnímu začlenění. Dodržování lidských práv hraje velkou roli při individuálním plánování. Každá sociální služba musí zajistit individuální přístup ke každému jednotlivému klientovi. Služba musí být s klientem nastavena takovým způsobem, aby odpovídala potřebám klienta. Zároveň musí být zachována jeho svobodná vůle a důstojnost (Dvořáčková a Hrozenská 2013).

Sociálním začleňováním se rozumí podpora klienta v jeho běžném životě, kde jsou vyrovnávány podmínky a příležitosti pro jeho uplatnění ve společnosti. V případě přesunu klienta do pobytového zařízení je důležité mít na paměti, že samotný přesun do nového, neznámého prostředí je stresující. Denní režim by měl být uzpůsoben klientovi tak, aby odpovídal jeho předchozím návykům. U terénních služeb je dodržování principu sociálního začleňování o něco jednodušší s ohledem na poskytování služby v domácím prostředí klienta (Dvořáčková a Hrozenská 2013).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje základní druhy sociálních služeb, těmi jsou služby sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence. Sociální služby můžeme dělit podle formy, a to na služby pobytové, ambulantní a terénní. Dále se práce bude zaměřovat pouze na služby sociální péče, které jsou poskytovány terénní formou v domácím prostředí klienta.

6.1.2.1 Služby sociální péče

Tyto služby mají podle zákona o sociálních službách §38 napomáhat osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je podpořit klienta v jeho sociálním prostředí, umožnit mu zapojení do běžného života, a pokud to zdravotní stav nedovolí, zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Pečovatelská služba může být podle §40 zákona č. 108/2006 poskytována ambulantní nebo terénní formou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení nebo osobám s chronickým postižením. Služba je poskytována ve vymezeném čase a obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,

- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pečovatelská služba je velmi často zaměňována se službou zdravotní péče či službou ošetrovatelskou. Zásadním rozdílem mezi těmito službami je, že veškeré zdravotní úkony mohou být v domácnosti pacienta vykonávány pouze kvalifikovaným zdravotním pracovníkem. Jedná se např. o podání či manipulaci s léky. Pečovatelská služba ze všech sociálních služeb naplňuje nejlépe své poslání, jelikož je nejčastěji poskytována klientům v jejich domácím prostředí. Tato služba sice spadá do kategorie péče, nicméně má velké zásluhy i v oblasti prevence. Velmi často pečovatelská služba pouze dohlíží nad úkony, které klient vykonává a dodává mu pocit jistoty a udržuje tak jeho autonomii. V neposlední řadě se pečovatelky velmi často stávají důležitým komunikačním partnerem (Kalvach 2011; Ondrušová 2018).

Osobní asistence je terénní služba poskytována stejné cílové skupině osob, jako u služby pečovatelské. Rozdíl mezi těmito dvěma službami je v základních činnostech, které poskytují a v čase, kdy tyto úkony vykonávají. Mezi její základní činnosti patří:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Osobní asistence je založena na komunikaci více než ostatní služby. Vztah mezi klientem a asistentem je velmi partnerský. Důležité je si uvědomit, že asistent má klientovi asistovat, pomáhat mu, nikoli o něj pečovat. Asistence, jak již bylo zmíněno, se může poskytovat v rámci celého dne, tedy i v noci. U osobní asistence si klient sám vybírá s čím chce pomoci a je důležité, aby byl klient schopný tyto potřeby sdělit (Kalvach 2011).

Tísňová péče je podle §41 zákona o sociálních službách terénní služba, která poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci osobám, které jsou vystavené

vysokému riziku ohrožení života nebo zdraví v případě, kdy se náhle zhorší jejich zdravotní stav nebo schopnosti. Mezi její základní činnosti patří:

- a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci,
- b) sociálně terapeutické činnosti,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tísňová péče je velmi důležitou doplňkovou službou při péči o seniory. Riziko pádů se s věkem zvyšuje a důsledky po pádu mohou mít neblahé důsledky. Tísňová péče pomáhá klientovi v krizové situaci. V případě, že upadne, spojí se s dispečinkem a ten mu je schopen během několika desítek minut zajistit pomoc. Stejně jako domácí péče i tato služba funguje 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Další oblastí, kterou není možné opominout při péči o seniory, je psychický stav. Pocit, že je neustále někdo na druhé straně „sluchátka“ dodává klientům pocit jistoty a bezpečí a pokud chtějí, mohou si s pracovníky popovídat (Kalvach 2011; Anděl Strážný 2021).

Odlehčovací (respitní) služba je podle §44 zákona o sociálních službách terénní, ambulantní i pobytovou službou, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost v důsledku věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Důležité je, že je o tyto osoby pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Tato služba se odlišuje od ostatních už v její podstatě. Odlehčovací služba je zaměřena na pomoc rodině, která se stará o člověka doma. Snaží se snížit její psychickou, ale i fyzickou zátěž z pečování. Odlehčovací služba může mít několik podob. V domácím prostředí seniora je vykonávána prostřednictvím osobní asistence (Kalvach 2011; Ondrušová 2018).

6.1.2.2 Linioví sociální pracovníci

V zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je definováno, kdo může vykonávat práci v sociálních službách, jaké je nutné dosažené vzdělání pro výkon dané pozice a jaké má pracovník kompetence. Sociální práci s klientem může vykonávat sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách.

Sociální pracovník

Sociální pracovník podle §109 zákona o sociálních službách vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu, sociálně právní poradenství, depistážní činnost, metodickou

a koncepční činnost v sociální oblasti, sociální poradenství a sociální rehabilitaci, zajišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. Předpokladem pro výkon profese je zdravotní a odborná způsobilost, bezúhonnost a svéprávnost. Odbornou způsobilostí se rozumí dokončené vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání v oborech, které jsou taxativně uvedeny v zákoně. Z výše uvedeného vyplývá, že sociální pracovník musí disponovat širokou škálou kompetencí, týkající se nejenom odbornosti, ale také povahových rysů. Role sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi je být mu průvodcem, učitelem nebo zprostředkovatelem. Vzájemný vztah má být partnerský, nikoli direktivní (Kalvach 2011; Ondrušová 2018).

Na pomezí zdravotní a sociální péče se nachází pracovní pozice **zdravotně-sociálního pracovníka**. Výkon jeho práce se řídí jednak zákonem o sociálních službách, tak i vyhláškou o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborníků, kde je řazen jako nelékařský zdravotnický pracovník. Z pohledu dlouhodobé péče o seniory je tato pozice vhodnější pro výkon sociální práce s ohledem na znalosti z oblasti zdravotnictví, než pozice sociálního pracovníka, což potvrzuje i Kuzníková (2017) ve své práci, avšak je velmi málo využívána (Kuzníková 2017).

Pracovník v sociálních službách

Výkon práce pracovníka v sociálních službách můžeme rozřadit do čtyř kategorií, kdy vykonává:

- a) přímou obslužnou péčí, která spočívá v nácvičku denních činností, pomoci při osobní hygieně, oblékání, udržování čistoty a podpoře soběstačnosti,
- b) základní výchovnou nepedagogickou činnost v rámci které jsou prohlubovány a upevňovány základní hygienické návyky, prováděny volnočasové činnosti, které jsou zaměřeny na rozvíjení osobnosti a zájmů klienta,
- c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby, kdy je vykonávána komplexní péče o domácnost klienta a zajišťována sociální pomoc
- d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti jako sociální poradenství, depistážní činnosti, aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a jiné (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

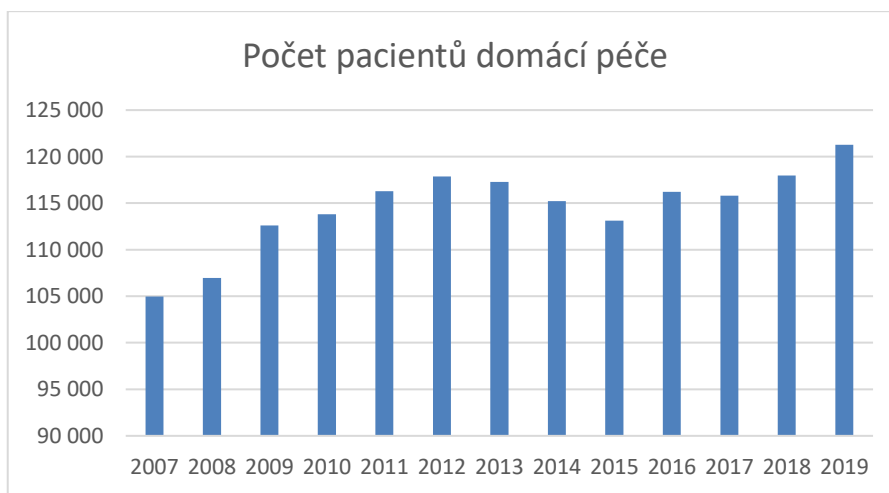
Nutná kvalifikace pro výkon pracovníka v sociálních službách je dokončené základní nebo středoškolské vzdělání a pracovník musí mít akreditovaný kurz pracovníka v sociálních

službách pod záštitou MPSV. Pokud kurz neabsolvoval, je možné ho absolvovat do 18 měsíců od začátku výkonu práce. Což z těchto pracovníků činní nejlevnější zaměstnance sociálních služeb (Kuzníková 2017).

6.1.3 Vývoj počtu uživatelů terénních služeb

Všeobecně lze říci, že počet uživatelů zdravotních a sociálních terénních služeb má stoupající tendenci. V roce 2019 využíval služeb domácí péče nejvyšší počet seniorů v průřezu 12 let. Zvyšující se počet pacientů lze předpokládat s ohledem na zvyšující se procentuální počet seniorů v populaci. Tento trend je možné pozorovat v Grafu 1: Počet pacientů domácí péče. Od roku 2007 do roku 2019 se počet seniorů starších 65 let zvýšil o 15,5 % ze 104 963 na 121 267 pacientů. V roce 2019 byla seniorská skupina nejpočetnější skupinou pacientů domácí péče. Senioři tak tvořili téměř 85 % všech pacientů domácí péče (ÚZIS 2019; ISPV 2019a; ISPV 2019; Dostálová a Holmerová 2018).

Graf 1: Vývoj počtu seniorů 65 let a více využívající domácí péči v letech 2007–2019



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat ÚZIS 2020

Nejrozšířenější sociální terénní službou je služba pečovatelská, kdy v roce 2019 tuto službu využívalo 103 903 lidí, z toho nejpočetnější skupinu tvořili senioři. Ačkoli se jedná o poměrně vysoké číslo v porovnání s jinými sociálními službami, tak mezi lety došlo k mírnému poklesu uživatelů. Od roku 2018 je trend opět stoupající. Ačkoli se počet uživatelů snížil, tak výše výdajů narostla. Tento nárůst je způsoben zvýšením platů a mezd zaměstnanců o 23 % (Pištorová 2019).

Odlehčovací službu v roce 2019 využívalo 13 140 uživatelů. Oproti roku 2013 se jedná o

30 % nárůstu počtu uživatelů. Tento nárůst souvisí s celkovou proměnou sociálních služeb, kdy dochází k deinstitucionalizaci a péče se přesouvá na rodinné příslušníky. Ti následně využívají pomoci v rámci respitní péče (MPSV 2020; ISPV 2019a; ISPV 2019).

Osobní asistenci v roce 2019 využívalo 8 919 klientů. Nárůstu počtu klientů je zde mírnější než u odlehčovacích služeb. Jedná se roční přírůstky v řádu stovek klientů. Mezi lety 2013 až 2019 přibylo 2 724 nových klientů. Tísňová péče je nejméně využívanou službou ze zde uvedených, nicméně nárůst počtu uživatelů se mezi roky 2013 a 2019 dokonce zdvojnásobil. Je ale nutné přihlédnout k faktu, že v roce 2013 využívalo tuto službu 1 845 klientů, v roce 2019 se jednalo o 3 959 klientů. Lze předpokládat, že se počty klientů, kteří využívají tísňovou péči bude zvyšovat s ohledem na vývoj technologií a monitorovacích zařízení využívaných k poskytování této služby (ISPV 2019; ISPV 2019a; MPSV 2020).

S ohledem na uvedená data vývoje počtu uživatelů je nezbytné, aby se spolupráce mezi zdravotní a sociální péčí stala v praxi běžnou věcí a terénní pracovníci mohli vykonávat svou práci efektivně a kvalitně. Pokud vezmeme v úvahu demografický vývoj, zvyšující se tlak na ekonomiku, zdravotní a sociální služby, tak tomu nepomáhá ani absence ucelené koncepce, která by řešila péči o seniory. Stát delegoval péči o seniory, zajištění služeb, na kraje a obce, čímž se z krajů a obcí staly case manageri, kteří by měly koordinovat služby. *„Praha má v rámci regionů ČR nejvíce příhodnou strukturu služeb, což je ovšem v kontextu optimální dostupnosti kapacit služeb stále jen pozice nejlepšího mezi špatnými“* (Žárský a Wija 2017). Kvalitu struktury služeb je možné spočítat přepočtením kapacit základních druhů služeb na předpokládanou poptávku, která se měří počtem příjemců příspěvku na péči (PnP). Při tomto výpočtu je důležité vzít do úvahy, že velká část uživatelů služeb nepobírá PnP (Žárský a Wija 2017).

6.2 Kraje a obce

Krajům ze Zákona o sociálních službách a ze Zákona o zdravotních službách vyplývají povinnosti týkající se zajištění dostupnosti služeb. Kraj prostřednictvím krajského úřadu rozhoduje o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, spolupracuje se zdravotními pojišťovkami a přezkoumává zdravotní posudky poskytovatelů, kteří působí v daném kraji. Kraj dále odpovídá za zajištění lékařské pohotovostní služby, poskytování sociálních služeb, spolupracuje s dalšími obcemi, a hlavně poskytovateli služeb. Současně

je kraj povinen zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Zákon o obcích ukládá obcím povinnost zajistit takové podmínky, aby se mohla rozvíjet sociální péče a byly uspokojovány potřeby občanů, a to v oblasti bydlení, rozvoje zdraví, dopravy, potřeby informací (Bílková 2018; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích; Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

6.2.1 Role obcí v oblasti sociálních služeb

Obce hrají klíčovou roli v rámci rozvoje terénních služeb, při jejich podpoře a koordinaci. Zákon o sociálních službách obcím ukládá povinnost zajistit dostatečný počet sociálních služeb, aby byly uspokojeny potřeby občanů. Obce mají poskytnout svým občanům dostatečné informace o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb. Spolupracují s dalšími obcemi, kraji a zejména s poskytovateli sociálních služeb a zprostředkovávají kontakt na tyto poskytovatele. Mohou zpracovávat vlastní střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, není to jejich povinností, ale podílejí se na přípravě tohoto plánu s kraji. Současně informují kraj o potřebách sociálních služeb a zajišťují depistážní činnost, jelikož nejlépe znají své občany a jsou jim schopny poskytnout potřebnou pomoc (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Z výše uvedeného vyplývá, že obce mají být jakýmsi koordinátorem péče, tzv. case managerem. Tato pozice je v zahraničí velmi hojně využívána. Case managera je možné nalézt v severských zemích nebo například v Nizozemí, kde se velmi osvědčila. V České republice tuto pozici vykonávají pracovníci jednotlivých obecních úřadů, v případě Prahy se jedná o pracovníky městských částí. V současné době koordinují služby ve svém okolí pracovníci obecních úřadů, nicméně se jedná o koordinaci systémovou, nikoli individuální. Je kladen důraz na počet služeb vzhledem k celkové poptávce. Nyní koordinace funguje v momentě, kdy se jedná o akutní případy (pro osoby na ulici, pro osoby, které se potřebují přesunout z nemocničního zařízení do pobytového apod.). Obce v České republice v porovnání se Švédskem či Anglií „*v zajištění služeb často selhávají, což je důsledkem mimo jiné nezvládnuté reformy veřejné správy a chybějící legislativní odpovědnosti za dostupnost jednotlivých druhů sociálních služeb a jejich financování*“ (Ex et al. 2004; ISPV 2018b; Koldinská 2015; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích).

Komunitní plánování je plánování sociálních služeb „zdola“. V rámci komunitního

plánování se schází pracovní skupiny, které mají své zaměření. Senioři mají většinou svou vlastní pracovní skupinu, popř. jsou řazeny do skupiny pro seniory a osoby se zdravotním postižením. V rámci těchto skupiny se setkávají poskytovatelé sociálních služeb se zadavateli, zhodnocují své působení a potřeby. Tyto skupiny se poté podílí na tvorbě komunitního plánu pro danou obec, městskou část. Při správném komunitním plánování by se měli zapojit zadavatelé, poskytovatelé a uživatelé, čímž vytvoří tzv. triádu. Komunitní plánování je významným nástrojem k podpoře dlouhodobé péče. Kalvach (2011) upozorňuje na to, že aby komunitní plánování splnilo svůj cíl, je důležité, aby „*překročilo rámeček pouze sociálních služeb a stalo se nástrojem multirezortní integrace a koordinace, zdravotně sociální integrace, aby zahrnulo tzv. třetí sektor dlouhodobé péče.*“ V rámci komunitního plánování jsou vytvářeny tzv. základní sítě sociálních služeb. Pokud jsou sociální služby v základní síti, je podporována z veřejných rozpočtů a zároveň musí vykazovat úkony péče kraji, který na základě toho může lépe zjišťovat potřebnost typů služeb, potřebnost kapacit a podobně. Ve střednědobém plánu hlavního města Prahy pro rok 2016-2018 bylo stanoveno, že je potřeba „*vytvářet a rozvíjet krajskou síť sociálních služeb, která zohledňuje potřeby obyvatel HMP, na zásadě rovného a transparentního principu, ve vazbě na účinnost a jednotný systém financování*“. Dále pak vytvořit objektivní kritéria, která pomohou spravovat tuto základní síť a vytvořit systém prostřednictvím které bude hodnocena účinnost sociálních služeb na území Prahy (MPSV 2020a; HMP 2016).

6.2.2 Role obcí v oblasti zdravotních služeb

V oblasti sociálních služeb bývají obce velmi často i jejich zřizovatelem. Pokud jde o služby zdravotní, tak jsou zde podstatné zdravotní pojišťovny. Ty jsou podle zákona o veřejném zdravotním pojištění povinny „*zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb.*“ Tito poskytovatelé poté tvoří síť poskytovatelů zdravotní pojišťovny (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění).

Uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb předchází výběrové řízení. V zákoně jsou taxativně vymezeny body, kdy výběrové řízení není nutné. Výsledek výběrového řízení nemusí nutně znamenat, že zdravotní pojišťovna musí uzavřít smlouvu s daným poskytovatelem. Výběr poskytovatele je podmíněn tím, zda bylo ve výběrovém

řízení uzavření smlouvy doporučeno (Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění).

V porovnání s kompetencemi v oblasti sociálních služeb jsou kompetence obcí v péči o zdraví velmi omezené. V oblasti péče o seniory mohou obce zřizovat malé množství zdravotnických zařízení. V praxi se jedná o obecní polikliniky nebo lékárny. Obec by měla tvořit prostřední článek mezi uživateli a krajem, měla by monitorovat služby a předávat informace o jejich potřebnosti (Pilát nedatováno; Slavíková 2019).

7 Současný stav péče o seniory

V České republice je patrná snaha problematiku nepropojenosti sektorů, velmi často nazývanou resortismus, řešit. V této kapitole jsou analyzovány legislativní dokumenty týkající se péče o seniory, opatření, která byla provedena a strategické dokumenty hlavního města Prahy, popř. městských částí. Nastavení systému v ČR je porovnáváno s vybranými zeměmi EU.

7.1 Veřejně politické dokumenty a legislativní úpravy

Česká republika je členem několika mezinárodních organizací. Z tohoto členství pro ni vyplývají různé závazky např. v podobě mezinárodních smluv. Ty mají přednost před zákonem a jsou součástí právního řádu. Jedním z těchto dokumentů je Úmluva OSN o právech osob s postižením z roku 2007. Senioři velmi často splňují kritéria pro osoby se zdravotním postižením, proto je možné tuto Úmluvu stáhnout i na ně. V Úmluvě je ukotveno, že všechny osoby se zdravotním postižením by měli mít možnost vybrat si, kde chtějí bydlet a měly by jim být poskytnuty potřebné zdravotní a sociální služby v místě jejich bydliště. Mezinárodní dokument, který by se věnoval pouze seniorům neexistuje. Nicméně práva seniorů jsou v mnohých upraveny. Jedná se například o revidovanou Evropskou sociální chartu, která apeluje na zapojení seniorů do společnosti co nejdéle (Koldinská 2015).

Na úrovni Evropské unie vzniká řada dokumentů, analýz, strategií, které se zabývají péčí o seniory v domácím prostředí. Pro ČR jsou tyto dokumenty právně nezávazné, jedná se pouze o doporučení, jak k péči, její udržitelnosti a efektivnosti přistupovat. CEQUA (síť pro dlouhodobou péči) pravidelně zveřejňuje trendy dlouhodobé péče v jednotlivých zemích EU. Cílem je výměna poznatků z fungování dlouhodobé péče. Dalším významným institutem v rámci EU je EAN, Evropská asociace poskytovatelů dlouhodobé péče. Ta vydala vizi Dlouhodobé péče 2030, ve které analyzuje současný stav na poli dlouhodobé péče v evropských zemích, ale také otevírá témata týkající se změny postojů a paradigmat při péči o seniory. V samotném závěru uvádí svou vizi: *“Ageing and becoming old is not a disease but a stage of life”*, tedy Stárnutí není nemoc, ale pouze životní fáze. Horecký (2019) uvádí, že *„jde o fázi, která by neměla být determinována diagnózami, ale přizpůsobením se okolí k nové životní situaci“* (EAN 2019; Horecký 2019; Sowa-Kofta a Wija 2017).

Základními právními prameny v ČR je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Z těchto zákonů vyplývají pracovníkům různé povinnosti, jiný způsob vykazování péče, každý může od klienta zjišťovat jiný typ informací. Například informace o zdravotním stavu klienta mohou zjišťovat služby zdravotnického charakteru, nicméně do kompetencí sociálních služeb už zjišťování informací o zdravotním stavu nespadá. Odpovědnost za oblast sociální spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí a za oblast zdravotní pod Ministerstvo zdravotnictví. Ve zemích EU uvedených v kapitole 5 je tato odpovědnost sjednocena pod jedno ministerstvo, které zdravotně-sociální oblast zaštiťuje, čímž dochází k lepší propojenosti těchto oblastí. Problematika péče o seniory v domácím prostředí je řešena komplexně. Vydaná opatření jsou orientována na obě složky péče současně a se stejnou měrou. Stejně tak jsou v Belgii, Nizozemí a Švédsku efektivněji vynakládány finance na tuto péči, což ukazuje studie *Improving healthcare quality in Europe* (OECD 2013; OECD a WHO 2019).

V průběhu let vznikaly různé strategie, koncepce, analýzy, které zjišťovaly současný stav spolupráce sociálně zdravotního pomezí nebo navrhovaly doporučení pro řešení této problematiky. Pokud však byla navržena opatření, tak nedostala dostatečnou podporu hlasů v poslanecké sněmovně. Publikované analýzy se převážně věnují pobytovým zařízením, terénní služby sociální a zdravotní jsou velmi upozadovány a nevěnuje se jim taková pozornost. Spolupráce terénních služeb tak v praxi závisí na samotné iniciativě jednotlivých služeb, což potvrzuje i publikace, která vyšla z iniciativy Sue Ryder. Tato publikace má za cíl předat postřehy z praxe multidisciplinárního týmu vzniklého v Sue Ryder dál a podpořit tak další organizace k aktivitě (Hrdá 2018).

V roce 2010 vydal VÚPSV velmi rozsáhlou analýzu v rámci projektu *Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Tato analýza zahrnuje stav sociálních služeb v roce 2010, prognózuje možný vývoj a navrhuje možná opatření na základě získaných poznatků. Z komplexu navrhovaných opatření bylo realizováno pouze financování sociálních služeb prostřednictvím dotací z krajů, aby došlo k efektivnějšímu přerozdělování. Současně se zvyšující se potřebou sociálních a zdravotních služeb a zvyšování jejich kvality byly identifikovány změny v požadavcích na zaměstnance. Analýza, která popisuje scénáře, důsledky a možnosti předvídání budoucích potřeb znalostí a dovedností, upozorňuje na skutečnost, že je nezbytné věnovat

velkou pozornost i pracovníkům. Na tyto pracovníky bude vytvářen stále vyšší tlak s ohledem na poptávku služeb a budou muset mít znalosti z různých odvětví, aby dokázali řešit konkrétní potřeby svých klientů (NÚOV 2011; VÚPSV 2010).

Analýza a následná syntéza všech existujících dokumentů k LTC a reflexe připravované nebo realizované změny v souvisejících segmentech z roku 2015 navrhuje možná řešení problematiky dlouhodobé péče. Kdy je navrhována varianta vytvoření systému „dlouhodobé péče integrující potřebné zdravotní a sociální služby podle zvláštních právních předpisů s efektivním využitím stávajících kapacit v systému zdravotnictví a sociálních služeb“. Pojem dlouhodobé péče byl ukotven v zákoně s cílem podpory spolupráce v rámci zdravotně sociálního pomezí. Avšak ukotvením pojmu v zákoně nedošlo k žádné výrazné změně, která by usnadnila spolupráci zdravotních a sociálních služeb (MPSV 2015).

Koldinská (2015) se ve své publikaci věnuje právě legislativním podmínkám pro rozvoj zdravotních a sociálních služeb v obcích. Navrhuje možné úpravy v zákonech, kde by byla zakotvena integrace zdravotních a sociálních služeb nejen v pobytových zařízeních, ale také v domácím prostředí, nebo jako odvážnější krok navrhuje zcela novou právní úpravu, která by integraci služeb definovala. Dalším návrhem je zavedení institutu komunitní sestry, která nemá být zaměňována ani za sestru domácí péče ani za geriatrickou sestru, jejíž prací by byla koordinace služeb v obcích s rozšířenou působností. Posledním návrhem je možné zavedení nového pojištění, a to pojištění na péči, které by zahrnovalo výdaje na dlouhodobou péči. Tyto návrhy však nebyly ani diskutovány (Koldinská 2015).

V současnosti důležitou strategií v oblasti sociálních služeb je *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Tato strategie se mimo jiné věnuje sociálně-zdravotnímu pomezí. Kromě očekávaného budoucího vývoje a revize existujících opatření, jsou zde definovány problémové oblasti, příčina a důsledky. Ačkoli se jedná o strategii pro rozvoj sociálních služeb, veškerá realizovaná opatření týkající se zdravotně-sociálního pomezí se vztahují pouze na pobytové služby nikoli terénní. Stejně tak je tomu při navrhovaných opatřeních (MPSV 2016).

V rámci zdravotní oblasti vznikl strategický dokument *Zdraví 2020*. Důležitými tématy v této strategii byla dlouhodobá, následná a domácí péče, její kontinuita a kapacita. Na základě cílů definovaných v této strategii vznikl Národní registr poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Tento registr slouží nejenom zdravotním službám, ale také

široké veřejnosti. Může pomoci při hledání domácí péče v daném městě či okrese. Na tuto strategii navazuje Zdraví 2030. Podle slov bývalého ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha se jedná o základní resortní koncepční materiál s meziresortním přesahem. Pozornost je věnována nejen dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb a jejímu zvýšení, ale také posílení péče poskytované v domácím prostředí pacientů. Tyto dílčí cíle mají být realizovány mezi lety 2021-2030 (MZ ČR 2015; 2019; 2019a).

Snahy řešit problematiku sociálně zdravotního pomezí byly podpořeny vznikem různých meziresortních skupin v průběhu let. První meziresortní skupina týkající se integrace péče vznikla již v roce 2002, avšak rok po jejím vzniku skončila bez konkrétních výsledků. Další snahy pro propojení tímto způsobem se objevily v roce 2007, kdy vznikla pracovní skupina k ucelené rehabilitaci. Tato skupina měla připravit zákon o ucelené rehabilitaci. Jednalo by se tak o kvalitativní skok v ucelené rehabilitaci, avšak k přijetí tohoto zákona nedošlo (Bruthansová a Jeřábková 2012; MPSV 2012).

Další skupina se věnovala dlouhodobé péči, a to opakovaně od roku 2009. Poslední meziresortní skupina, která vznikla v lednu 2018, je *Pracovní skupina Pacientské rady pro zdravotně-sociální pomezí*. Za dobu své existence je její efekt téměř nulový. Nasvědčuje tomu i výrok Andrey Babišové, ta poukazuje na to, že „*podskupina pro institucionální péči je bez výsledků a podskupina pro terénní péči se ani jednou nesešla.*“ Tento stav trvá téměř beze změny i v roce 2021. Celkem se pracovní skupina sešla od roku 2018 pětkrát, kdy poslední jednání bylo v červenci 2020 s absencí zápisu. Ani jedna z meziresortních skupin, která vznikla, nepřinesla větší změny v oblasti legislativy, tvorby koncepce nebo strategie, která by tuto problematiku řešila (Koubová 2019; MZ ČR 2021).

Velkým krokem v před, v rámci péče o seniory doma, bylo přijetí navýšení příspěvku na péči (PnP), a to od dubna 2019. Pokud je o člověka pečováno v jeho přirozeném prostředí může získat dle stupně závislosti až 19 200 Kč. Samotný postup řízení o PnP je ale velmi diskutabilní. Jedná se o dávku sociální, člověk si tím nakupuje služby sociálního charakteru. Nicméně je nezbytné, pro uznání či neuznání PnP, vyjádření posudkového lékaře. V tomto případě dochází dle různých autorů k nespolupráci mezi sociálními pracovníky a lékaři a mnohdy i k pohrdání odborností jednoho či druhého (Havlíková a Hubíková 2017; ISPV 2019d; Musil et al. 2011).

Od července 2018 je také možné využít dávku dlouhodobého ošetřovného. Ta má pomoci rodině postarat se o svého člena. Podmínkou je, že člověk vyžaduje péči celý den

minimálně po dobu 30 dnů. Tuto dávku je možné poskytnout až na dobu 90 dnů, kdy ošetřující dostane 60 % denního vyměřovacího základu a v průběhu péče nemůže zaměstnanec dostat výpověď (ISPV 2017).

7.2 Financování terénních služeb

V současné době jsou terénní zdravotní a sociální služby financovány odděleně a nezávisle na sobě.

Sociální služby mohou finanční prostředky získat z veřejných zdrojů několika způsoby, a to prostřednictvím *účelové dotace*. Stát skrze MPSV poskytuje tyto dotace ze státního rozpočtu krajům a sociální služby, které jsou zařazeny v krajské síti poskytovatelů sociálních služeb, z nich financují běžné výdaje, které jsou spojené s poskytováním úkonů péče. Tyto prostředky jsou mezi služby přerozdělovány tzv. směrným číslem (MPSV 2016; ISPV 2019e).

Stát může dále poskytovat *dotace přímo poskytovatelům* sociálních služeb, kteří mají nadregionální či celostátní charakter. Finanční prostředky mohou poskytovatelé získat i ze zdrojů EU či EHS, kdy je jim poskytnuta dotace v oblasti transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb. Dalším důležitým aktérem při poskytování finančních zdrojů je *kraj nebo obec*, kdy mohou uvolnit finance ze svého rozpočtu. Mimo veřejné zdroje jsou služby financovány platbami klientů, kteří mohou využívat *příspěvek na péči*. Dále pak ze *soukromé sféry* formou darů či příspěvků (MPSV 2016).

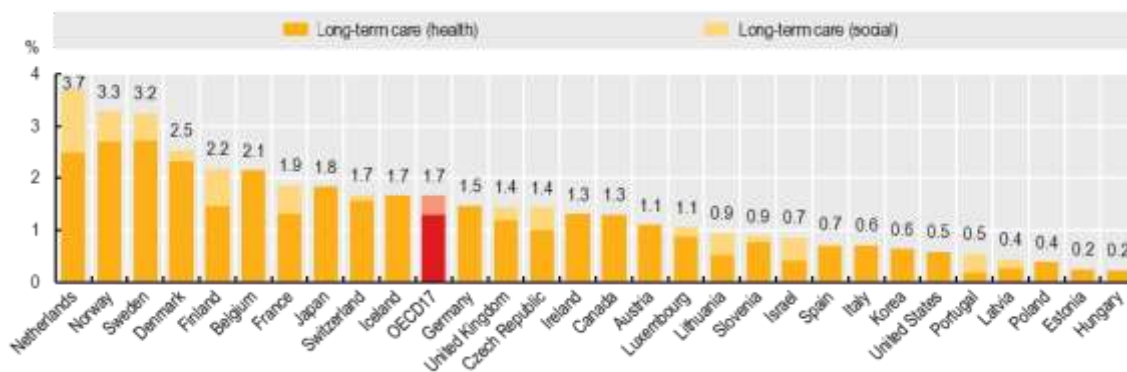
Zdravotní služby jsou financovány z *fondů veřejného zdravotního pojištění*. V tomto případě je nutná smlouva mezi zdravotní službou a pojišťovnou. Dalším způsobem je *přímá platba pacienta*. Za úkony zdravotní služby platí pacient v případě, kdy není pojištěn nebo zdravotní úkony nejsou hrazené ze zdravotního pojištění. Služby mohou být financovány „*prostřednictvím účasti na projektech, grantech, dotacích, přímou úhradou od pacienta, dary a do budoucnosti také spolufinancováním ze strany MPSV*“ (MZ ČR 2020).

7.2.1 Výše výdajů na zdravotní a sociální péči

Podle dat z OECD zaznamenaly výdaje na dlouhodobou péči nejvyšší nárůst oproti ostatním oblastem zdravotnictví. Jak je z následujícího grafu patrné, nejvyšší výdaje v roce

2017 na dlouhodobou péči mělo Nizozemsko, jehož výdaje činily 3,7 % HDP, poté následovalo Norsko (3,3 % HDP) a třetí nejvyšší výdaje mělo Švédsko, a to 3,2 % HDP. Česká republika se nacházela za průměrem OECD o tři desetiny. Výše výdajů v ČR v roce 2017 činila 1,4 % HDP. Ve Švédsku, Nizozemsku a České republice převyšují výdaje na zdravotní dlouhodobou péči nad sociální, která dosahuje necelou 1/3 všech výdajů. V případě České republiky se jedná o 0,4 % HDP. Belgie jako jedna z mála zemí nemá na grafu rozdělenou péči na zdravotní a sociální, jelikož úkony, které jsou v ČR považovány za sociální, jsou v Belgii vykazovány pod zdravotními. Důvodem vysokých výdajů Nizozemska, skandinávských zemí a Belgie je skutečnost, že „se soustředí především na formální, tj. institucemi poskytovanou zdravotní péči“ (OECD 2021; Žurovec 2019).

Graf 2: Výdaje na dlouhodobou péči, zahrnující zdravotní a sociální péči k HDP za rok 2017

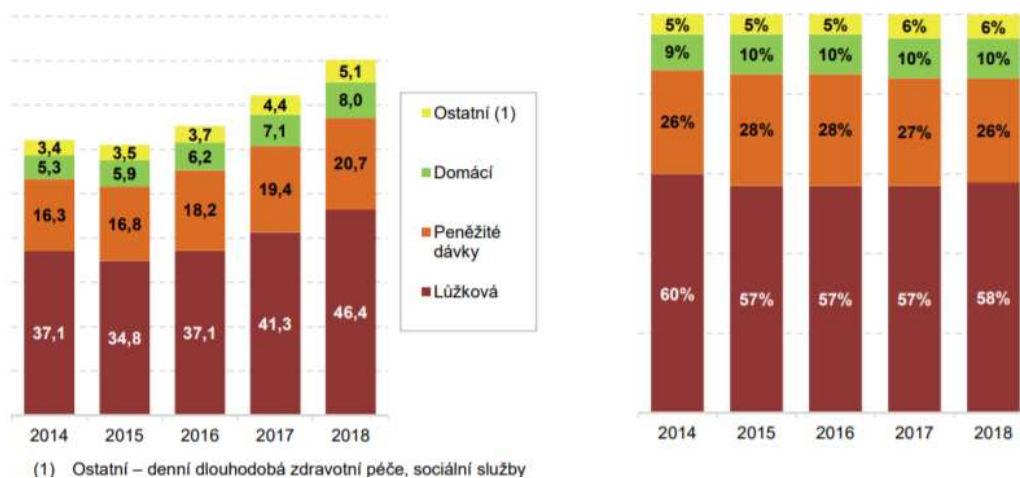


Zdroj: OECD 2021

V roce 2015 činila výše dotace pro poskytovatele sociálních služeb v ČR 8,57 mld. Kč. V roce 2018 se jednalo o částku 14,93 mld. Kč. V roce 2019 došlo k navýšení o 800 mil. Kč, výše dotace tedy činila 15,73 mld. Kč. V průběhu 4 let, mezi roky 2015-2019, tak došlo k navýšení o 7 mld. Kč (ČSÚ 2020).

Stejně jako je tomu u sociálních služeb, tak i výdaje na zdravotní péči mají v ČR zvyšující se tendenci. Od roku 2014 do roku 2018 stouply výdaje na domácí péči o 2,7 mld. Kč a v roce 2018 dosahovaly 8 mld. Kč, což je téměř šestkrát méně než výdaje na lůžkovou péči. Pokud bychom tyto výdaje přepočítaly na procenta, jak ukazuje Graf 3 vpravo, jedná se pouze o 10 % z celkových výdajů na dlouhodobou péči. V průběhu let se tento podíl nemění (ČSÚ 2020).

Graf 3: Výdaje na dlouhodobou péči v ČR podle typu poskytované péče (mld. Kč, %)



Zdroj: ČSÚ 2020

7.2.2 Problematika financování zdravotních a sociálních služeb

Problematika financování sociálních služeb je v tom, že se vychází ze směrného čísla, prostřednictvím kterého jsou finance přerozdělovány. Toto číslo však nereflektuje reálnou potřebu na daném území. Současně systém zařazení do krajských sítí není jednotný. Problematické je i podávání žádosti o dotace, kdy kraje musí souhrnnou žádost o dotace podat již do 31. srpna. Musí se tedy spoléhat na Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb. V praxi velmi často dochází k situacím, kdy kraje žádají o vyšší/nížší dotace, než reálně potřebují (ISPV 2019e).

V roce 2019 vznikla petice Doma je doma, která reagovala na nedostatečné financování domácí péče. Ta je ročně podpořena pouze 0,3 % z ročního rozpočtu veřejného zdravotnictví. Pracovníci domácí péče jsou oproti jiným pracovníkům podhodnoceni stejně tak jako bodové ohodnocení úkonů. Pro rok 2020 se Charita ČR (největší poskytovatel domácí péče v ČR), zdravotní pojišťovny a ministerstvo zdravotnictví dohodly a domácí péče získala o 30 % více prostředků, než v roce 2019. Avšak stejně zůstává domácí péče podhodnocena (ISPV 2019c).

Při snahách spolupráce zdravotního a sociálního sektoru hraje financování velkou roli a mnohdy se jedná o překážku integrace. Z výzkumu Janečkové a Vepřkové (2017) vyplývá, že dvojitý systém financování a současná podoba úhrad ze zdravotního pojištění vytváří bariéru. Nynější nastavení úhrad za služby integraci nepodporuje, pracovníci nejsou nijak bonifikováni, když navzájem spolupracují. Zároveň vstupují do neznáma,

jelikož neví, jakým způsobem by při integraci služeb byly služby financovány. Zda by získávaly finance od MPSV či MZ (Janečková a Vepřková 2017).

Velkou roli zde hrají pojišťovny, ke kterým nemají poskytovatelé služeb důvěru. Jak z hlediska pacientů, kdy podle slov respondentů si nechávají pojišťovny platit, ale péči neposkytují, tak z pohledu poskytovatelů. Pojišťovny vůči nim zauímají velmi restriktivní postavení a vytvářejí tak tlak na indikující lékaře. Na nejisté financování reagoval v rozhovoru i R1, který uvedl, že *„veškeré základní činnosti těch služeb by měly být stabilně financovány po celou dobu, a ne každý rok různě“*. Upozorňuje na skutečnost, že na systém základních činností má už navázaný určitý počet klientů a zastává názor, že tyto mandatorní výdaje na služby by měl vždy platit stát (Janečková a Vepřková 2017).

7.3 Postavení městských částí

Praha je správcem krajské sítě sociálních služeb, kdy ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb na území HMP pro období 2019-2021, uvedla že z terénních služeb, které jsou vymezené jako aktéři v této práci, podpoří a rozšíří osobní asistenci dle aktuální potřeby a pečovatelskou službu o 20 úvazků. Celkově byly služby sociální péče v dotačním a grantovém řízení HMP podpořeny částkou 1 152 467 626 Kč, jedná se o 77 % celkového objemu financí (HMP 2018).

Pro podporu rozvoje a koordinaci sociálních služeb vznikla v roce 2008 Pracovní skupina koordinátorů plánování sociálních služeb MČ. Prostřednictvím této skupiny mělo dojít k lepšímu propojení městských částí a HMP. Poslední zápis této skupiny je z roku 2016 a ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb na rok 2019-2021 je jedním z opatření vytvoření pozice koordinátora plánování sociálních služeb a zajištění zápisů z jednání pracovní skupiny (HMP 2016; 2018).

V roce 2019-2020 vznikla pozice koordinátora pro všech 22 MČ Prahy. Tito koordinátoři se sházejí s hlavním koordinátorem pro Prahu. Pozice hlavního koordinátora vznikla v rámci projektu Senioři v krajích, který byl realizován mezi lety 2017-2020 a jeho cílem bylo začlenění agendy *„přípravy na stárnutí do stávajících strategických a rozvojových dokumentů krajů a zároveň napomáhat plnění“* (MPSV 2021).

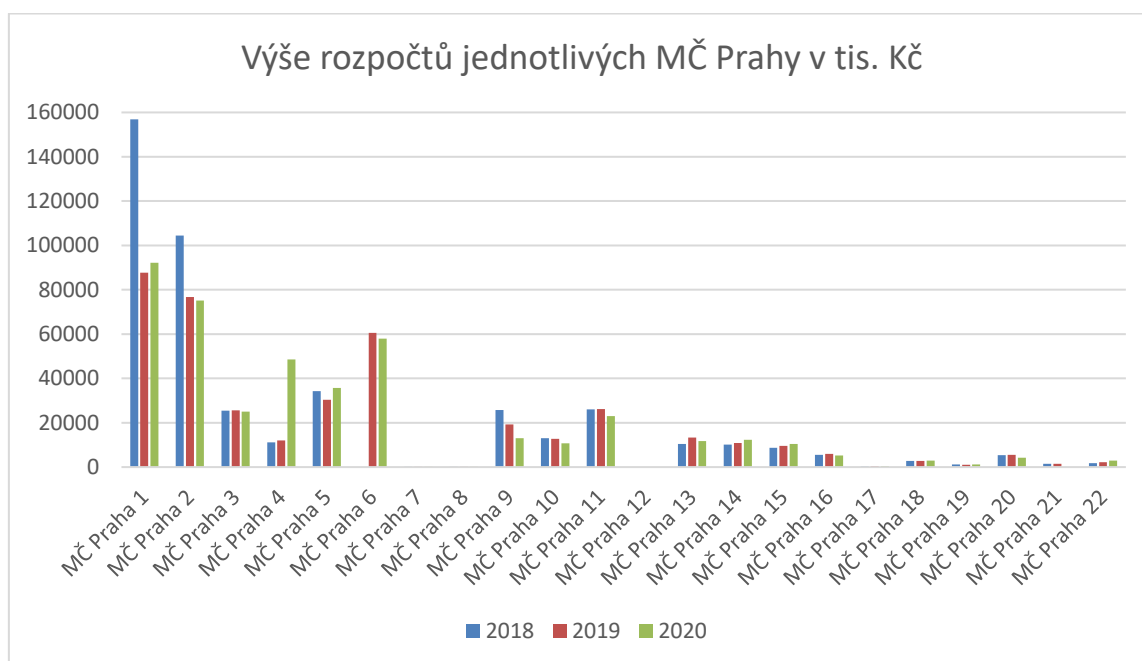
Respondentům byla položena otázka, zda vědí, že taková pozice existuje a zda vnímají nějaké změny v koordinaci služeb. R6 a R10 věděli, že taková pozice existuje, ale žádnou změnu nezaznamenali. Spíše tohoto koordinátora vnímají, jako administrativního

pracovníka, který jim posílá pozvánky na komunitní plánování. Ostatní respondenti neměli povědomí o tom, že taková pozice existuje. R1 dokonce řekl, že „v každé práci nebo každé miniaturní oddělení má nějaké takové podivně nazvané funkce. Koordinátor, koordinátor je dneska název pro spoustu věcí, (...) proto si myslím, že si ani nikdo nevším (R1).

Každá MČ Prahy má svůj vlastní rozpočet, který s ohledem na své vlastní strategické cíle a dokumenty HMP sestavuje. To, kolik financí dají jednotlivé městské části do zdravotních a sociálních služeb se poté odvíjí od kvality a četnosti služeb v dané části. Na následujícím grafu je patrné, že nejvíce finančních prostředků alokuje do zdravotních a sociálních služeb Praha 1, poté Praha 2 a Praha 6. Důvodem tak vysokého čísla u Prahy 1 je skutečnost, že nadpoloviční většina výdajů směřuje do zdravotnictví, a to konkrétně do nemocnice na Františku. V ostatních částech Prahy byly náklady na zdravotní služby nižší než na sociální.

V Praze 4 došlo v roce 2020 k velkému nárůstu výdajů na sociální a zdravotní služby. Důvodem je velká podpora pečovatelské služby a osobní asistence, kam bylo alokováno 23 550 tis. Kč. Do výdajů v Praze 10 nebyly započítány projekty, které podporují terénní služby, z důvodu že tato kategorie nebyla dále v rozpočtu rozepsána. Nízké výdaje Prahy 17-22 jsou spojeny s demografickým uspořádáním obyvatel, kdy v těchto částech žijí převážně lidé do věku 64 let.

Graf 4: Výše rozpočtů jednotlivých MČ Prahy na sociální a zdravotní služby v tis. Kč.



* Výše výdajů je uvedena bez investic

Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z rozpočtů jednotlivých MČ Prahy

O projektech v rámci městských částí se v rozhovorech zmínil R2, a to v souvislosti s tísňovou péčí. Praha 10 poskytuje od roku 2014 finanční dar osobám, které si pořídili zařízení tísňové péče nebo finanční dar osobám, které hradí provoz sociální služby tísňové péče. *„Každý rok nám dá paní z desítky vědět, že zahájili podávání žádostí a potom ty svoje klienty z desítky objedná. Zatím jsem ty žádosti podávala dvakrát a nikdy s tím nebyl problém. Klienty to vždycky potěší, když dostanou 2 400 Kč ročně“* (R2). Praha 5 poskytuje finanční podporu na nákup zařízení. Současně funguje v Praze 5 senior taxi, za snížené ceny pro seniory (MČ Praha 10 2021).

Z výše uvedených informací vyplývá, že jedinou podporou spolupráce terénních služeb je vytvoření pozice koordinátora. Z rozhovorů však vyplynulo, že respondenti o koordinátorovi neví nebo ho vnímají spíše jako administrativního pracovníka než koordinátora. Dále jsou realizovány programy, které se orientují spíše na rozvoj a podporu sociálních služeb a jejich dostatečnou kapacitu s ohledem na potřeby seniorů.

8 Spolupráce sociálně-zdravotního pomezí pohledem liniových pracovníků

V této kapitole je blíže přiblížen pohled terénních pracovníků na spolupráci zdravotních a sociálních služeb. Z rozhovorů s respondenty vyllynuly tři důležité oblasti, které jsou dále rozebrány v jednotlivých podkapitolách. První oblast je orientována na předávání informací a zda dochází k tomuto předávání mezi jednotlivými aktéry při péči o seniory. Druhá oblast se zaměřuje na vnímání spolupráce terénních služeb liniovými pracovníky a jaký dopad mají různá opatření na jejich práci. Poslední oblast se zaměřuje na bariéry, které jim brání vykonávat svou práci efektivněji, a zda současné nastavení odpovídá jejím potřebám.

8.1 Předávání informací mezi pracovníky

První otázka je zaměřena na akce, které by mohly podpořit spolupráci služeb. Z rozhovorů vyllynulo, že oslovené zdravotní služby se nezúčastňují akcí, v rámci kterých by mohly navázat spolupráci. U sociálních služeb jsou tyto akce mnohem více rozšířené a těchto akcí se pravidelně účastní. Nejvíce zmiňovaný byl Veletrh sociálních služeb, který se každoročně pořádá na Praze 12. S ohledem na epidemiologickou situaci se v roce 2020 ale nekonal. R1 zmínil, že *„mezi takové akce, kde můžem navázat spolupráci, komunikaci mezi zdravotnickými službami a sociálními službami, tak jsou různé takzvané dny sociálních služeb, veletrhy sociálních služeb, dny zdraví, protože tam se většinou kumulují tyto služby nebo tento typ služeb zaměřený na péči o člověka“*. R6 jako jediný zmínil i stáže v zařízeních, které naopak R1 vnímá jako velmi málo využívané.

Jako jedním z možných řešení, jak mohou služby spolu komunikovat, je komunitní plánování. Tohoto plánování se účastní pouze sociální služby, z toho důvodu nebyla tato otázka položena zdravotním pracovníkům. R9 a R10 mají povědomí, že se jejich služba účastní komunitního plánování, ale nejsou si jisti, v jakých městských částech. R1, R2, R6 shodně odpověděli, že se účastní komunitních plánování na Praze 5 a na Praze 10. R7 zmiňuje, že *„určitě, třeba na Praze 10, tam je relativně velká skupina pracovní pro seniory a potom se tam jednou za čas sejdou všechny skupiny, kde představujem před ostatníma službama vlastně svojí službu.“* Pozitivum v této prezentaci vnímá v tom, že osobní asistence neslouží jen seniorům, ale spouště dalším skupinám osob. Z odpovědí vyllynulo, že se služby účastní komunitního plánování ve 3-4 městských částech. R1 v rozhovoru

zmínil, že jejich služba oslovila v loňském roce všechny MČ Prahy, ale ozvaly se jim pouze tři.

V případě sociálních služeb jsou nejčastěji terénní služby kontaktovány rodinou klienta nebo klientem samotným. R6 uvedl, že je kontaktují i jiné sociální služby. Zdravotní služby či praktický lékař sociální služby vůbec nekontaktují. R2 uvedl, že *„co se týká jiných služeb, tak se mi párkrát stalo, že mě kontaktovala například osobní asistence, nebo i paní z městské části z Prahy, ale to byl jeden případ si myslím.“* R5 uvedl, že buďto jim zavolá rodina klienta, že potřebuje péči, nebo jiná zdravotní služba.

S předáváním informací souvisí také skutečnost, když se změní zdravotní stav klienta a klient vyžaduje intenzivnější péči. V tomto případě spolupracuje zdravotní služba (R3) s centry sociálních služeb, aby mohlo být o klienta pečováno v jeho domácím prostředí. Pokud je jeho stav natolik vážný a není schopen zůstat doma, tak se domácí péče orientuje na nemocnice nebo hospice. U sociálních služeb není spolupráce nastavena tak, že mají jednu službu, kterou kontaktují, když je potřeba. Funguje to spíše na znalosti služeb kolem. Pokud tedy člověk potřebuje intenzivnější péči, sociální pracovníce zná služby, které jsou v dané městské části, a poté to komunikuje s klientem. R6 zmínil například domácí zdravotní péči, pečovatelskou službu, domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem.

R3, R4, a R5 byla položena otázka, zda komunikují s praktickým lékařem, pokud je pacientovi indikována domácí zdravotní péče, nebo zda jim stačí případná propouštěcí zpráva z nemocnice. Odpověď respondentů byla zcela shodná. Komunikace s praktickým lékařem je téměř minimální a péči poskytují spíše na základě propouštěcí zprávy.

8.2 Spolupráce terénních služeb a dopad opatření na jejich práci

V rámci této oblasti byla respondentům položena otázka, zda vůbec znají pojem integrace zdravotních a sociálních služeb. R6 vnímá tento pojem v souvislosti se zajišťováním zdravotních služeb sociální službou a uvádí konkrétní příklad organizace, a tím je Charita. R1 naopak tento pojem v rámci sociálních a zdravotních služeb nezaregistroval. Spíše má integraci spojenou se školstvím. R3 uvádí *„nevím, jestli jsem se přímo s tímto pojmem setkala, ale rozhodně jsem pro.“* S integrací souhlasí i R7, který navíc zmiňuje, že se integrace objevuje i v různých strategiích. R9 a R10 mají integraci spojenou spíše s pobytovými službami jako je domov pro seniory nebo LDN, kde je tato péče více

koordinována.

Nyní, aby senior mohl zůstat doma, tak k tomu mnohdy potřebuje spojení několika služeb. Respondentům byla položena otázka, zda by viděli jako přínosné, aby tyto služby byly zaštiťovány jednou organizací. U této otázky nepanovala shoda, jak u otázek předchozích. R6 by tento způsob kvitoval. Přínosné by mu to přišlo v tom, že by si služby nekonkurovaly, s čímž souvisí rozdílné cenové nabídky jednotlivých úkonů, a zlepšila by se kvalita poskytovaných služeb. R3 by tento způsob také uvítal a vyzdvihoval lepší koordinaci péče. Dále by se podle jeho slov zlepšila komunikace rodiny a pečujících, snáze by se předávaly informace mezi jednotlivými pečujícími a nedocházelo by ke střetům či konfliktům, jelikož by tyto služby měly stejnou firemní filozofii. R8 zmiňuje také, že by se tím mohla zlepšit koordinace péče a uvádí, že *„protože když teď přijedu ke klientovi, on má třeba nověj převaz (...) je přece logický, člověka nejdřív umejt a až potom mu něco dělat“*. Špatnou koordinaci a její možné zlepšení zmiňoval i R4 a R5.

Pozitivum v zaštiťování jednou organizací vidí R10 také v tom, že by se mohly lépe předávat informace, ale stejně jako R9 si nedokáže představit, jakým způsobem by se tato změna zaváděla do praxe. R10 navíc dodává, že by touto změnou mohl vzniknout chaos a radši by byl pro to, aby to zůstalo při starém stejně tak jako R9. R7 navrhuje jiný způsob, jak by bylo možné zlepšit spolupráci zdravotních a sociálních služeb. *„(...) bych to viděla na nějakej funkční systém, jako ve smyslu sdílení třeba těch informací. Jo, že by byla ta nějaká databáze klientů a samozřejmě pod heslem s nějakýma oprávněníma, by se tam ten poskytovatel dostal, a tak by se tam mohly sdílet ty informace, ale každá služba by vlastně fungovala sama za sebe“*(R7). R2 zmiňuje něco podobného, podle něj by bylo by dobré vytvořit systém, kde by služby o sobě navzájem věděly více a sdílely by si informace.

R1 vnímá jako pozitivum jedné organizace, že by to pomohlo v orientaci člověka v rámci předávání informací. *„Ve chvíli, kdy je to na nich a musej si ty informace dohledat a zjišťovat, tak oni rezignují na to, že vlastně něco potřebují, protože pro ně je to složitý, že musím támhle do té budovy a támhle do té budovy“* (R1). Dále R1 zmiňuje, že centralizace je pro seniory velmi důležitá, aby věděly, že mají jedno telefonní číslo, na které když zavolají, tak jim někdo pomůže. V souvislosti s centralizací upozorňuje na fakt, že centra sociálních služeb zde dříve centralizovaně fungovala. Existovalo jedno centrum, kde senioři žili, a bylo zde mnoho možností od půjčovny pomůcek, zájmové činnosti až po rehabilitace či obědy. Tyto centra vznikla z dobré myšlenky, ale byly spíše

kontraproduktivní, jelikož senior nemusel „vystrčit paty“ z budovy a měl vše. Pořád tato centra dle slov R1 v ČR najdeme.

Nyní je péče o seniory rozdělena do dvou ministerstev, na otázku, zda by přineslo zlepšení tuto péči sjednotit pod jedno ministerstvo odpověděli všichni respondenti, že rozhodně ano. Současná legislativní úprava terénním pracovníkům naopak staví překážky místo toho, aby jim pomáhala. R3 uvádí, že: „*v současné době je téměř ostrá hranice mezi sociální a zdravotní péčí. Ale ve skutečnosti se sociální a zdravotní péče prolíná. Je striktně nastaveno, kdo má jaké kompetence, myslím tím sociální pracovník versus všeobecná sestra, některé činnosti by se mohly propojit. Přínosný by podle mě byl i podobný způsob financování obou druhů služeb*“. R6 zmiňuje, že by ministerstvo mělo větší přehled o tom, co nabízí jednotlivé služby a mohlo by dojít k vyplnění prázdných míst na trhu a děr ve službách pro klienty. R7 jako R3 také zmiňuje i financování služeb, které by také mohlo být nastaveno jinak a nemuselo by se jejich financování překrývat. R1 uvádí, že by se tím mohlo odbourat rozdělení kompetencí jednotlivých pracovníků, kdy k tomu, aby člověku byly podány léky a bylo mu pomoheno s obědem potřebuje do domácnosti „*dostat minimálně dva lidi z různých rezortů, jinak financovaných, a ještě každé ten člověk to bude muset mít jinak zadministrativovaný, což je naprosto šílené*“.

Komunitní plánování je důležité k předávání informací, jak bylo zmíněno v předchozí podkapitole. Respondenti byli dotazováni, jak by vnímali účast zdravotních služeb na komunitním plánování. R6 by tuto účast vnímal jako možnost pro lepší zajištění péče pro seniory, lepší předávání informací a lepší spolupráci, s čímž souhlasí všichni respondenti kromě R2. Ten se domnívá, že se to zdravotnických pracovníků netýká. Podle jeho slov se na komunitním plánování řeší věci sociálního charakteru nikoli zdravotního. R3 jako pracovník domácí hospicové péče vnímá jejich zapojení do komunitního plánování pozitivně a uvádí, že měla být dokonce plánována pozice komunitní sestry při obecních úřadech. R9 navrhuje, aby se vytvořil pilotní projekt, kde by se komunitního plánování účastnili zdravotničtí pracovníci. Po nějaké době by se projekt vyhodnotil, zda je toto propojení přínosné či nikoli. „*To je úplně jednoduchý, ať udělaj nějaký pilotní projekt a uvidí se. To jsme pořád jen v té teoretický rovině a nikdo nic nedělá*“ (R9). R7 vidí pozitivum v zapojení zdravotní péče v tom, že by jak zdravotní, tak sociální služby věděly, jakým směrem se chce daná městská část ubírat a mohly by to na základě své iniciativy podporovat.

Jedna z otázek se zabývala tím, zda jsou služby, které klient potřebuje, stavěny kolem něj. R6 si rozhodně nemyslí, že by se služby nějak uzpůsobovaly klientovi. R4 uvádí, že někdy se služby uzpůsobují a přispívá k tomu dotační systém financování. R8 si tím není úplně jistý. Zmiňuje skutečnost, že obstarat všechny své klienty musí stihnout ve velmi rychlém tempu a má vytvořen určitý mechanismus zvládnání. *„Jako ráno máme fakt fojr, takže hrajem o čas, abysme to vůbec všechno stihli. Jo to potom jedete na automat, už to máte nějak zajetý, nějak víte, že vám to funguje, a tak jedete. Prohodíte s člověkem pár slov a jedete k dalšímu. Jo často si ty lidi chtěj povídat, ale vy prostě nemůžete, jinak byste se z toho zbláznili“* (R8). R9 popisuje současnou situaci tak, že pokud klient potřebuje určitou péči, tak mu sdělí svou nabídku služeb, jaké všechny úkony vykonávají a na základě toho se klient rozhodne, zda služby chce či nikoli, případně doporučí jinou službu. R7 si myslí, že současné nastavení služeb není takové, jaké by mělo být. *„Spiš se ten klient ohýbá kolem služeb. Jo, když si to vezmete, pečovatelky maj nějakou pracovní dobu, ale ten člověk potřebuje péči i v noci. Nejenom přes den, a to už nikoho mi přijde nezajímá, od toho tu je zase osobní asistence. Nevim, přijde mi to moc složitý na ty klienty, aby se v tom vyznali“* (R7). R6 také zmiňuje, že je najít služby pro klienty náročné a že je to velmi rozkouskované.

V roce 2019 došlo ke zvýšení příspěvku na péči a jako podpora lidem, o které je pečováno doma, byl tento příspěvek rozdělen na základě domácí a pobytové péče. R6 uvedl, že i přes to klient není schopen uhradit služby, které opravdu potřebuje. Stejně tak si to myslí i R5. Ostatní respondenti zmiňují, že je to velmi individuální. V první řadě záleží na tom, zda klient bydlí sám nebo s někým, tudíž pobírají dva důchody, zda je byt či dům v jejich vlastnictví nebo musí platit nájem. Dále pak jaký stupeň příspěvku pobírá a zda má rodinu, která by mu v péči mohla pomoci. Škála faktorů, které ovlivňují to, zda senior může využívat služby, které pravdu potřebuje, je velmi rozsáhlá. *„Takže jako na nějaký úkony to stačí, ale aby ten člověk vlastně moh bejt doma a má třeba jenom druhej stupeň a oni mu vyšší nepřiznaj, no nevim. Přijde mi to dost, jako že se to liší člověk od člověka“* (R7). R10 upozorňuje na skutečnost, že se sice PnP zvýšil, ale nikdo nebere v potaz, co všechno si musí senior zařídit, aby mohl zůstat doma, od různých pomůcek jako jsou madla nebo sedátko do vany či sprchy až po bezbariérový přístup. V souvislosti s tím R1 sděluje, že je velmi často uváděna domácí péče jako levnější varianta oproti péči pobytové. Tato cena je však vypočítávána pouze pro stát nikoli pro jednotlivce. Výdaje jednotlivců na uzpůsobení

si domácnosti nejsou započítávány do nákladů.

Na otázku, zda je v Praze dostatečná síť služeb pro seniory a zda se situace liší v jednotlivých MČ Prahy, odpověděl R6, že v Praze chybí domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, asistenční služby apod. Podle něj je tato situace rozdílná i napříč městskými částmi, kdy např. Praha 7 nemá žádný domov pro seniory. R10 také zmiňuje poddimenzované kapacity pobytových služeb, ale co se týká terénních služeb, tak si myslí, že je v Praze síť dostatečná. Odlišnost v částech Prahy je podle něj způsobena zaměřením městských částí na různé cílové skupiny. R2 uvádí, že oproti zbytku České republiky má Praha síť služeb velmi dobře zajištěnou. Rozdíly v Praze také vnímá a navíc dodává, že *„Asi je to dáno i tím, tím rozpočtem, kolik oni jsou schopni dát do těch sociálních služeb, jak to koresponduje s jejich plánováním, každý má priority asi někde jinde“* (R2). R7 přiznává, že jsou v Praze rozdíly, ale jelikož spousta terénních služeb poskytuje péči v rámci celé Prahy, tak se tím tyto rozdíly relativně vyrovnávají. R1 také souhlasí s tím, že rozdíly jsou znatelné, ale jde o to, kdo tyto rozdíly hodnotí. *„Takže spíš otázka, kdo to vždycky bude hodnotit to, jestli jsou tam ty rozdíly nebo ne ale rozdíly jsou ve smyslu právě zaměření na ty určité skupiny a jak se domluví, jaká je priorita v tom komunitním plánování zrovna na jaké ty cílovky oni se chtějí zaměřit. Takže v tom je ten hlavní rozdíl“* (R1).

8.3 Bariéry při výkonu terénní práce

Všichni respondenti se shodli na tom, že největším problémem je **striktní rozdělení zdravotní a sociální péče**. Pro R1 a R2 jako pracovníky tísňové péče to znamená, že nemají nástroje, jak by mohli svou práci dělat efektivně. Nyní, aby zajistili dostatečnou péči a mohli přivolat pomoc, když ji klient potřebuje, musí k němu vyslat rodinu, osobu blízkou nebo IZS. Pokud by však fungovala spolupráce se službami, které poskytují péči 24 hodin denně jako je např. osobní asistence nebo domácí péče, nemusel by ke klientovi, který upadne, být volán IZS. S ohledem na nedostatečné kapacity těchto služeb není možné tyto služby zajistit.

R8, R9 a R10 jako zástupci pečovatelské služby vnímají jako velkou překážku **nedostatečné sladění sociální péče s domácí péčí**. Opět je zde zmiňován problém např. s podáváním léků, kdy pečovatelská služba léky nesmí podat ani s nimi jinak manipulovat. Další komplikací v terénu pak bývají obavy ran klientů a pomoc s hygienou. To zmiňuje i

R5 z domácí péče, kdy přijede ke klientovi a on není umytý a musí mu převázat nohu. Běžnou praxí je klienta nejprve umýt a až poté udělat převazy.

R6 jako zástupce osobní asistence se potýká s problémem, že má **na klienta vyhrazeno velmi málo času**. Z tohoto důvodu s ním poté nemůže prodiskutovat veškeré potřebné věci, které potřebuje pracovník, ale také ty, které potřebuje klient. Na druhou stranu je problémem i nedostatečný příspěvek na péči, na základě kterého nemůže klient využívat intenzitu osobní asistence tak, jak by potřeboval.

Velmi zmiňovaným tématem je **sdílení informací o klientovi mezi službami** navzájem i nemožnost znát některé informace o klientovi. R2 popisuje, že tísňová péče je jakousi službou na pomezí zdravotní a sociální, protože velmi často je ve spojení se záchrannou službou, když ji klient potřebuje. Zdravotní stav klienta, ale tísňová péče jako sociální služba, nemůže znát a nemá na to ani právo. V některých případech by to ale umožnilo lepší reakci dispečinku či sdílení informací záchranné službě. R7 kromě tohoto, že práci s klienty stěžuje současná epidemiologická situace, vnímá také problém ve sdílení informací. *„No, my vlastně i kdybysme chtěli, tak ani spolupracovat nemůžeme. Když bysme si ty informace předali, tak vlastně porušujem tu mlčenlivost“*.

R1 a R2 vnímají, že **podpora od státu** není dostatečná v tom smyslu, že spousta lidí ani neví, co si má pod tísňovou péčí představit. R6 si myslí, že podpora je částečná a naráží na podfinancování sociálních pracovníků. Nízké platy zmiňuje i R8, který říká, že *„po tý finanční stránce si myslím, že by ta práce mohla bejt mnohem líp ohodnocená. Je to dost náročná práce, neříkám, dělám to ráda, jinak bych to samozřejmě nedělala, ale i tak“* (R8). R4 znovu zmiňuje, že podpora státu je nedostatečná, jelikož je péče roztržštěná do dvou resortů.

Podporu terénních služeb městskými částmi vnímají respondenti také odlišně. R9 uvádí, jsou oproti nim služby, které jsou podporovány více, ale že i přesto jsou schopni fungovat. R7 cítí podporu v rámci informovanosti občanů o službách, které v Praze jsou. R6 vnímá, že některé MČ se opravdu snaží, aby terénní služby podporovaly. Určitou podporu vnímá i R4, R5 a R8. R2 zmiňuje, že *„třeba Praha 10 má projekt na podporu tísňové péče, že tam klienti ročně dostávají 2400 Kč za to, že vlastně využívají tu tísňovku (...) a když si zakoupí to monitorovací zařízení, tak myslím, že může dostat až 7000 Kč.“* Podobnou podporu realizuje i Praha 5. R10 zmiňuje podporu skrze komunitní plánování, které se pravidelně koná. Podle R6 se pomoc v jednotlivých částech různí. *„Některé Prahy se opravdu snaží*

od jiných nemáme takovou zpětnou vazbu. Liší se například v propagaci služeb, třeba nevím o tom, že by měly katalog sociálních služeb“ (R6). O Propagaci hovoří i R7, který vidí rozdílnost v proaktivitě vůči klientům, kdy pracovníce MČ se snaží seniorům pomoci zprostředkovat kontakt na různé služby. R10 opět zmiňuje, že záleží na tom, jakou cílovou skupinu podporují a zdůrazňuje, že jako podporu vnímá i centra sociálních služeb, která některé MČ mají. R1 podporu MČ vůbec nevnímá a dává to do spojitosti s neznalostí tíšňové péče.

Jedna z otázek byla směřována na **potřeby terénních pracovníků či jejich organizací**. R3, R4 a R5 uvedli, že jejich potřebám současné nastavení nevyhovuje. Jedná se především o systém financování, kdy je domácí péče velmi silně podfinancována. R5 zmiňuje, že *„no nejsou ty peníze, ty pojišťovny to strašně osekávají a potom nám to stačí jenom na to, stačí jenom na zdravotnické materiály, a to navíc jen tak tak“*. R4 kromě problémů s financováním upozorňuje i na nedostatek personálu a absenci koncepce domácí péče. *„No peníze, to v první řadě chybí, ale taky tady není žádný systém, jak ten problém řešit. To se každé rok budeme handrkovat, jestli nám přidají pojišťovny nebo ne“*. R6 uvedl, že jeho potřeby a potřeby organizace jsou uspokojovány částečně, s čímž souvisí již zmíněný neadekvátní příspěvek na péči či nedostatek času na klienta ze strany organizace. *„Jsou tam samozřejmě nějaký mouchy, který by se mohly vylepšit. Třeba to sdílení těch informací s ostatními službami nebo to financování, to je něco, co tu službu jako zpomaluje, že se asi nevyužívá úplně ten potenciál té služby jako takový“ (R2)*. R7 je také pro lepší sdílení informací mezi službami, aby péče o klienta byla komplexní.

R1 v souvislosti s potřebami zmiňuje možnost stáží. Forma stáží podle jeho slov není vůbec známá a využívaná. Důvodem může být náročná administrativa a financování této formy. V momentě, kdy je vyslán pracovník na stáž, tak vysílající organizace má o zaměstnance méně, zároveň mu ale musí být hrazeno za to, že bude stáž vykonávat u jiné organizace. Na druhé straně se musí organizace stážistovi věnovat, čímž jsou zatíženi její zaměstnanci a současně se stážistovi věnují zadarmo. *„A další věcí je, že k tomu musí být jakýsi smluvní neboli administrativní kontrakt. Takže to je určitá další řekněme bariéra, že nakonec ty služby si řeknou, proč bychom něco takového dělaly, když vlastně jsou tam tyto bariéry: nedostatek našich zaměstnanců, kdo mě bude zastupovat, tady se mi musí v té jiné službě někdo věnovat a dělá se to zadarmo“ (R1)*. Respondent dále uvádí, že viděl i systém stáží, kde byl službě, která stážistu přijme, hrazen denní paušál, jako při zaškolování

nového zaměstnance. Problém ale nastává při vyúčtování v kmenové organizaci, která stážistu vyslala. Jak tyto výdaje odůvodnit v účetnictví. S účinností zákona o sociálních službách se tento institut, podle slov R1, využíval, později se z něho však opustilo a služby mezi s sebou začaly pocíťovat konkurenci právě díky způsobu financování prostřednictvím dotací. „*Ze spolupráce se nám stala mezi službami konkurence ve smyslu, aby oni neměli víc peněz než my a dělají to přitom na našem know how*“ (R1).

Administrativa je nedílnou součástí práce liniových pracovníků. Proto jedna z otázek byla směřována právě na ni. Nejprve měli respondenti procentuálně vyjádřit, kolik času jim zabere administrativa z fondu pracovní doby. Pro větší přehlednost je toto vyjádření znázorněno v následující tabulce. Z odpovědí respondentů lze určit, že zdravotničtí pracovníci vnímají, že administrativní úkony nepřevyšují péči s klientem. Naopak u sociálních služeb nebyla žádná odpověď nižší než 50 %.

Tabulka 5: Míra administrativní zátěže vůči poskytované péči

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Procentuální vyjádření	50 %	55 %	20 %	30 %	25 %	70 %	65 %	50 %	55 %	60 %

Zdroj: vlastní zpracování

R1 uvedl, že ačkoli je přímá péče a administrativa vyrovnaná, bylo by potřeba věnovat více času osobní komunikaci s klientem. Pokud by se však navýšila přímá péče s klienty, vyvstala by otázka, zda by služby i nadále splňovaly povinnosti, které jsou nezbytné k poskytování péče. „*Takže spíš jde o to i jako, jestli se někdo zamyslel nad tím, komu pomáhá to, že ta služba má tolik a tolik papírů*“ (R1). Navrhuje i možné úpravy ve smyslu zúžení vykazovaných úkonů a dokumentů, které musí klient podepisovat. R3 si myslí, že lze administrativu trochu usměrnit a že si služby a orgány, kterým jsou úkony vykazovány, často pletou bič samy na sebe. R9 zdůrazňuje, že aby bylo možné vykazovat všechny úkony, je nutné si v tom udělat určitý systém. Upozorňuje i, že „*ten tlak vlastně na nás je velkej ze strany klientů ale i vedení, abysme to všechno zvládli*“ (R9). Podle R2 se procentuální zastoupení administrativy k péči velmi mění a záleží na potřebách klientů. Tato proměnlivost pramení i z charakteru práce tísňové služby.

Kvalita versus kvantita služeb patří mezi problematické oblasti poskytované péče. Respondenti byli tázáni, zda zvládají pojmout počet žadatelů o službu a počet klientů, popř. zda by uvítali personální navýšení. Všichni respondenti kromě R3 by uvítali personální navýšení. Důvodem, proč R3 nevnímá jako potřebné navýšit personální

kapacity, je skutečnost, že pokud by se zvýšil počet zaměstnanců, automaticky by měli mít v péči více klientů. Z jeho odpovědi dále vyplývá, že nyní splňují stanovený limit, ačkoli nevyhovuje potřebám organizace a představám respondenta o provádění úkonů péče. R2 vnímá tlak jak ze strany klientů, kteří péči potřebují, tak ze strany organizace, která požaduje obsluhu klientů, ačkoli je personálně poddimenzovaná. „*Je toho hodně, těch klientů pořád přibývá a bude, to se nezmění (...), člověk si vytvoří nějaký systém v tý práci, ať, ať to všechno jako funguje, tak jak má, ať splňujete ty požadavky. Možná by bylo lepší snížit trošku ty počty (klientů)*“ (R2). Dále pak zmiňuje, že je problematické najít pracovníka, protože není dostatek uchazečů, kteří by chtěli tuto práci dělat s ohledem na platové ohodnocení. R7 by uvítal více osobních asistentů na noční asistenci. Stejně jako v případě R2 i zde je problém najít pracovníky, kteří by byli ochotni pracovat v noci. Poté dochází k tomu, že lidé musí minimálně 14 dní čekat, až se uvolní místo na noční asistenci. R1 by ve své organizaci také uvítal více terénních pracovníků. Upozorňuje, že existuje výpočet, kolik klientů má být na jednoho sociálního pracovníka ve službě. „*Ale je zvláštní, že žádná služba se tímto výpočtem neřídí, protože nejspíš nedostane tolik finančních prostředků na potřebný počet sociálních pracovníků*“ (R1).

V rozhovoru respondenti několikrát zmiňovali i **systém financování služeb**. R5 tento systém nepřijde vůbec funkční a říká, že by bylo potřeba vymyslet jiný. Stejný názor má i R3 s R4, jakožto zástupci domácí péče. R2 a R10 vnímají tento způsob financování jako nejistotu pro ty organizace, kdy každý rok jim jsou přiděleny určité dotace a oni nevědí, kolik to bude. R1 na toto téma navazuje a říká, že není možné, aby organizace byly v takové nejistotě. Každá organizace má určitý počet klientů, které musí obsloužit, počty klientů se výrazně neliší, spíše mírně vzrůstají. Pokud však organizace dostane méně, musí shánět finanční zdroje někde jinde. Nikde není zaručeno, že se jí to podaří, ale i přes to musí poskytovat základní činnosti. R7 a R9 nejsou se systémem financování spokojeni, ale zatím jim finanční prostředky stačí k pokrytí potřeb klientů a provozních nákladů. R4 také zmiňuje, že nejenom systémem financování služeb, ale také systémem, jakým hradí za služby klienti, mu přijde nespravedlivý. „*No vemte si to, za domácí péči klient nic neplatí, ale když má nějakou sociální službu, tak tam už se podílet musí. To mi nepřijde úplně dobrý*“ (R4).

Poslední otázka byla směřována na financování provozních nákladů státem. Všichni respondenti jednoznačně souhlasili, že by takovýto systém financování byl ku prospěchu.

R3 si myslí, že by se chod celé organizace velmi zjednodušil, pokud by nebylo nutné řešit dostatek financí. R9 si myslí, že by se služba mohla zlepšovat a dále rozvíjet. Stejného názoru je i R2, který by viděl pozitivum v tom, že by se mohlo více financí investovat do vývoje zařízení, prostřednictvím kterého poskytují tísňovou péči. R1 se domnívá, že by základní činnosti organizací, měly být běžně hrazeny státem. Na činnosti, které organizace poskytují nad rámec by měl sloužit systém dobrovolného dofinancování, v rámci kterého by si organizace zajišťovaly financování z jiných zdrojů. Výpočet výše této dotace by měl být stanoven právě na základě počtu klientů vůči pracovníkům. Nyní nerozumí tomu, proč se ministerstvo neřídí svým vlastním vydaným dokumentem ohledně počtu klientů na jednoho sociálního pracovníka a na to navázaný systém financování. R6 k tomu dodává, že *„pracovníci by byly lépe placeni, svoji práci by vykonávali mnohem raději a bylo by možné zakoupit pomůcky na výkon některých úkonů“*.

9 Závěry vyplývající z kvalitativní analýzy a návrhy možných řešení

Předchozí dvě kapitoly se zabývaly současným nastavení spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami, a to prostřednictvím analýzy veřejně politických dokumentů a rozhovorů s respondenty. V této kapitole budou vyvozeny hlavní závěry ze získaných dat a navržena doporučení, jak problematiku nespolečné zdravotních a sociálních terénních služeb řešit.

9.1 Absence koncepce

Z analýzy veřejně politických dokumentů vyplynulo, že problematika nespolečné zdravotních a sociálních služeb je řešena nekonceptně. Neexistuje žádná společná strategie, která by efektivně dokázala tuto problematiku řešit. Toto téma je řešeno spíše v obecné rovině, kdy jsou vytvářeny různé analýzy a strategie, jak meziresortní nespolečné řešit, ale doposud nebylo učiněno opatření, které by spolupráci napomohlo.

Strategické dokumenty či dokumenty vydané MPSV či MZ na sebe nenavazují, spíše obsahově opakují to, čemu se jiné výzkumy či strategie věnovaly o několik let dříve. Přestože bylo vydáno mnoho publikací s návrhy řešení, diskutovaných jich byl pouze zlomek a zavedeno do praxe bylo jako jedno z mála např. navrhované opatření financování služeb prostřednictvím krajů z důvodu efektivního přerozdělování finančních prostředků. Významnými aktéry, kteří se podílejí na navrhovaných řešeních a snaží se problematiku řešit, jsou VÚPS či ISPV.

Další zjištěnou skutečností bylo, že pokud vznikly strategie či koncepce, jak řešit zdravotně sociální pomezí, tak byly zaměřeny převážně na pobytové služby nikoli na terénní. V Národní strategii rozvoje sociálních služeb o terénních službách nepadla ani zmínka. Ve strategii Zdraví 2020 a Zdraví 2030 se o terénních službách hovoří v souvislosti s nutným navýšením kapacit s ohledem na budoucí demografický vývoj. Současně neexistuje žádná bonifikace v případě, kdy služby projeví snahu spolupracovat. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že někteří ani neznají pojem integrace služeb a pokud ano, tak si ho spojují se školstvím nebo pobytovými službami.

Snaha podpořit spolupráci vznikem meziresortní skupiny, nepřinesla žádné významné změny a schůze této skupiny jsou spíše sporadické. Velkým krokem v rámci domácí péče bylo navýšení příspěvku na péči s ohledem na to, zda je o člověka pečováno doma. Dále

pak finanční dávka v podobě dlouhodobého ošetrovního pro rodinné příslušníky. Tato dávka se vyplácí v případě, kdy je nutné o člověka pečovat minimálně po dobu 30 dnů. Obě tyto dávky tvoří nedílnou součást podpory péče o seniory v domácím prostředí a nepropadnutí rodiny do finanční krize v souvislosti se ztrátou příjmu.

9.2 Rozdílný přístup městských částí

Pokud budeme brát Prahu jako jeden celek, tak k podpoře spolupráce zdravotních a sociálních služeb žádným významným způsobem nepřispívá. Jediným krokem k větší podpoře spolupráce, bylo vytvoření pozice koordinátora v jednotlivých městských částech v Praze. Z rozhovorů však vyplynulo, že respondenti ani nevěděli, že taková pozice existuje. V případě, že ji znali, vnímají spíše tuto pozici či pracovníka na této pozici jako administrativního pracovníka než jako koordinátora.

V případě jednotlivých městských částí respondenti odpovídali, že se snahy každé MČ opravdu liší. V tomto případě pak záleželo na druhu služby, z které respondent pocházel. Velkou podporu zaznamenává osobní asistence např. na Praze 3 či 10. Zástupce z tísňové péče pak uvádí Prahu 5 či Prahu 10, jelikož mají projekt, v rámci kterého finančně podporují klienty tísňové péče.

V rámci analýzy strategických dokumentů bylo objeveno, že velmi zkreslujícím faktorem, který může ovlivnit podobu sítě sociálních služeb je sídlo organizace. Nyní se vychází z předpokladu, že kde má organizace sídlo, bude vykonávat i služby, které má napsané v registru služeb. Mnohdy tomu tak není, jako v případě odlehčovací péče, která má sídlo v Praze, ale ve skutečnosti působí ve Středočeském kraji. Z toho vyplývá, že data, na základě kterých Praha sestavuje strategické plány, jsou zkreslená a dochází tak k absenci některých služeb. Jak uvádí jedna z respondentek, tak např. Praha 7 nemá žádný domov pro seniory.

9.3 Nedostatečné uspokojení potřeb terénních pracovníků

Současné nastavení spolupráce mezi terénními službami v Praze je minimální. Jedinými možnostmi, jak prohlubovat spolupráci je prostřednictvím různých akcí, kterými jsou různé veletrhy sociálních služeb, dny zdraví či sociálních služeb. Druhou možností je komunitní plánování, kterého se služby účastní, avšak pouze ve třech až čtyřech městských částech z dvaadvaceti. Většina respondentů kvituje účast zdravotních pracovníků na komunitním

plánování. Vidí v tom možnost zlepšení komunikace, navázání spolupráce a informování ostatních o tom, co jejich služba dělá, popř. jaké akce mají v plánu. Všichni respondenti by souhlasili s tím, kdyby péči o seniory zaštiťovalo pouze jedno ministerstvo. Péče by byla koncepční, financování by nebylo roztrženo a lépe by probíhala koordinace. U zaštiťování péče jednou organizací již respondenti nenalezli shodu. Jedni by v tom viděli přínos stejný, jako kdyby to bylo pod jedním ministerstvem. Jiní se obávali změny a nedokázali by si představit, jak by to mohlo v praxi fungovat.

Komunikace a spolupráce mezi jednotlivými službami je spíše výjimečnou záležitostí. Nepřispívá k tomu ani to, že pokud některé služby chtějí spolupracovat, není to žádným způsobem bonifikované a musí si to hradit ze svých financí. Navíc to podle jednoho z respondentů přináší další administrativu k té stávající. V souvislosti se spoluprací zmiňoval jeden z respondentů možnost stáží. Ty se v současné době využívají velmi málo, což respondent odůvodňoval právě zvýšenou administrativou, zvýšenými náklady a konkurencí mezi službami, aby neprozradily své know how.

Na základě rozhovorů lze identifikovat faktory bránící spolupráci terénních služeb v rámci péče o seniora v domácím prostředí. Jsou jimi:

1. Resortismus
2. Financování služeb
3. Nedostatečná koordinace péče
4. Sdílení informací o klientovi, znalost zdravotního stavu klienta
5. Administrativa
6. Nedostatečný čas na klienta
7. Absence bonifikace spolupráce
8. Kvalita versus kvantita
9. Neznalost integrace
10. Tlak ze strany klienta a zaměstnavatele na terénní pracovníky

Velmi často respondenti zmiňovali, že vnímají převis poptávky zájemců. Ke zvládnutí péče o své stávající klienty, vyhovění přáním a potřebám zájemců se velmi často uchylují k určitým zmechanizovaným procesům v práci. Poté mnohem líp zvládají vyrovnávat tlak, který je na ně kladen i ze strany zaměstnavatele, aby splnil veškeré úkony, a ještě je správně zadministroval. Administrativa byla také zmiňována. Rozdíl poměru

administrativy a přímé péče u sociálních služeb a u zdravotních, byl velký. Zdravotní služby ohodnotily, že administrativa nepřevyšuje přímou péči s klientem. U sociálních služeb se hodnoty pohybovaly mezi 50–70 %, kdy administrativa je již na úkor poskytované péče. Jeden z respondentů navrhoval, aby se seznam úkonů, které se vykazují, a dokumentů, které jsou podepisovány s klientem, razantně snížil.

Velkou zátěží je pro respondenty systém financování. Zástupci domácí péče jsou nespokojeni se současným systémem, jelikož jsou značně podfinancováni. Na domácí péči je vyhrazeno pouze 10 % z celkového rozpočtu. Nízké jsou nejenom jejich platy oproti ostatním zdravotníkům, ale také jednotlivé bodové ohodnocení úkonů. Sociální služby zase vnímají velkou nejistotu, jak velkou částkou budou financovány. Respondenti upozorňují na to, že každý rok mají mandatorní výdaje, se kterými nemůžou hýbat, jelikož na ně mají navázané své klienty. Respondenti kladně vnímají, kdyby provozní náklady hradil stát. Mohlo by to pomoci ke zvyšování kvality služeb.

9.4 Doporučující návrhy možných řešení

V této kapitole jsou navržena možná řešení problematiky spolupráce zdravotních a sociálních terénních služeb. Navrhovaná řešení jsou definována na základě zjištěných faktorů, které brání spolupráci realizovat. Tato řešení slouží jako doporučení, cílem diplomové práce není předložení detailních řešení, jelikož by to bylo nad rámec této práce.

Z analýzy dokumentů a z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že péče o seniory v domácím prostředí je řešena nekonceptně. Obě ministerstva, ať už MPSV či MZ, řeší problematiku stárnutí populace, péči o seniory doma v rámci svého resortu. Ačkoli snahy o propojení těchto dvou resortů v průběhu let byly, např. vznikem meziresortních skupin, jejich spolupráce však nepřinesla zamýšlené výsledky a spolupráce neprobíhala způsobem, kterým se očekávalo, že probíhat bude. Z pozorování dobré praxe ze zahraničí je možné zjistit, že pokud péči o seniory řídí jeden orgán, jedno ministerstvo, je problematika řešena mnohem efektivněji. Jako je tomu například u uvedených zemí jako je Švédsko, Nizozemsko či Belgie. V Českém prostředí je spojení Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí příliš ambiciózním nápadem, který není možné zrealizovat s ohledem na složitost samotného systému či politickou průchodnost. Co by realizovatelné naopak bylo, je vytvoření Institutu integrované domácí péče jako je tomu v Belgii. Tento institut tvoří nedílný článek mezi ministerstvy, poskytovateli a uživateli

služeb. V rámci tohoto institutu by vznikaly strategie či koncepce, které se zabývají domácí péčí a současně kombinují prvky zdravotní a sociální. Zároveň by tento institut nebyl závislý na výsledcích voleb, měl by svou vlastní autonomii a rozhodovací pravomoc. Tímto institutem by mohlo dojít k odbourání striktního rozdělení zdravotní a sociální péče a k lepší koordinaci služeb v terénu.

Určitě by bylo nasnadě zvážit možnosti bonifikace organizací, které v rámci péče o seniory naváží spolupráci. Současné nastavení snahám organizací nevychází vstříc, ba naopak. Pokud chtějí organizace spolupracovat, je nutné počítat s několika překážkami. Celý proces bude doprovázen vysokou mírou administrativy, což bude ubírat čas na terénní práci se seniory. Ačkoli by organizace pracovaly nad rámec svých zákonných povinností, dopomáhaly k zefektivnění a komplexnosti péče o seniory, nevyplývaly by pro ně z toho žádné výhody. Navíc by tuto spolupráci uskutečňovaly na svoje vlastní náklady. „*A další věcí je, že k tomu musí být jakýsi smluvní neboli administrativní kontrakt. Takže to je určitá další řekněme bariéra, že nakonec ty služby si řeknou, proč bychom něco takového dělaly, když vlastně jsou tam tyto bariéry: nedostatek našich zaměstnanců, kdo mě bude zastupovat, tady se mi musí v té jiné službě někdo věnovat a dělá se to zadarmo*“ (R1).

Jedním z konkrétních příkladů spolupráce je například forma stáží. Z rozhovorů vyplynulo, že pouze jeden respondent z 10 dotázaných využívá formu stáží jako prostředek k rozvoji organizace a k možnosti spolupráce. Mezi další důvody nevyužívání stáží patří i konkurence, která panuje mezi sociálními službami. Tato konkurence je tvořena „bojem“ o dotace, kdy může jedna organizace na základě know how té druhé získat větší finanční obnos. Pokud tedy v právní úpravě existuje takovýto prostředek pro spolupráci, bylo by vhodné využít jeho potenciál.

Oblast financování je odborníky i respondenty velmi často zmiňována jako překážka ve spolupráci. Navrhovat řešení změny financování, by přesahovalo možnosti této práce. Podrobné návrhy změny v oblasti financování nabízí například publikace VÚPSV (2010) či novější publikace autorek Janečkové či Vepřkové (2017).

Velkým krokem ke zlepšení spolupráce a koordinace služeb by bylo vytvoření pozice case managera, která se osvědčila např. ve Skandinávii a Velké Británii. Case manager by úzce spolupracoval s nemocnicemi při propouštění seniorů do domácí péče, konkrétní městskou částí, sociálními a zdravotními terénními službami, rodinou a dalšími službami, které jsou pro péči nezbytné. Tento způsob řešení problému je navrhován i v expertní studii

vypracované v rámci projektu Důstojné stárnutí (ISPV 2018b; Szebehely a Trydegård 2012).

Díky koordinaci budou vytvořeny týmy pracovníků, které budou pracovat s individuálními potřebami seniora. Dopadem pak bude zvýšení kvality poskytování služeb a jejich provázanost a kontinuita, tzn. že bude využíván veškerý potenciál, který skýtá zdravotní a sociální sektor. Zvýší se tok informací o klientovi v tom ohledu, že jednotlivé služby spolu budou komunikovat a řešit situaci klienta. Budou o sobě navzájem vědět a budou mít ucelený obraz o situaci klienta.

Integrované týmy jsou využívány i v zemích Evropské unie jako je Nizozemsko, Dánsko, ale určitou podobu těchto týmů najdeme i ve Velké Británii. Ve VB vznikl *The integrated care pioneer programme*, který se snaží nalézat způsoby, jak integrovat péči o seniory. S těmito průkopníky, jak se sami nazývají, spolupracuje celá řada národních organizací a snaží se nejprve pochopit, jak to v daných lokalitách funguje a na základě toho, za pomoci využití místních zdrojů, integrovat péči. Tento program se ve výsledku jeví jako velmi pozitivní a nabízí tak možná řešení integrované péče pro jiné země. Přehlednou analýzu poskytuje článek *Integrated Care and Support Pioneers Programme Analysis* (Department of Health 2017; Erens et al. 2016; NCICS 2013; NHS 2016; Nursing Answers 2020).

V průběhu let se objevily snahy o koordinaci služeb. V rámci projektu Senioři v krajích byla vytvořena pracovní místa krajských koordinátorů, kteří se měli podílet na tvorbě seniorské politiky. Praha na tento projekt navázala a vznikly pozice koordinátorů pro každou městskou část, avšak z odpovědí respondentů vyplynulo, že buďto o této pozici vůbec nevědí nebo ji vnímají spíše jako pozici administrativní. Řešením není tedy vytvoření koordinátora sociálních a zdravotních služeb pro celou Prahu, ale zúžení této pozice pouze na určitou skupinu obyvatel. Tím je možné naplnit účel, za kterým pozice vznikla. Příklady dobré praxe lze nalézt i v České republice. Podobu integrovaných týmů je možné vidět například u domácí hospicové péče, kde jsou týmy tvořeny zdravotníky, sociálními pracovníky a psychology.

V Praze nově vznikla pozice case managera, ale je zaměřena na osoby s poruchou autistického spektra. Úkolem case managera při péči o seniory by bylo pomoci lidem, kteří v důsledku svého zdravotního stavu či stáří, vyžadují spojení několika aktérů, aby byly uspokojeny jejich potřeby a mohli zůstat ve svém domově. Tento člověk by měl být

průvodcem seniora a jeho rodiny v této životní fázi. Case manager by měl dopomáhat k tomu, že služby budou seniorům poskytovány podle jejich potřeb, budou se jim přizpůsobovat, ne naopak. Současně vytvoří pevnou síť propojením rodiny seniora, sociálních služeb, zdravotních služeb a další organizací potřebných pro péči. Bude dohlížet na to, zda sjednané služby plní svůj účel a funguje vše tak, jak si senior přeje.

Efektivní péče o seniory v domácím prostředí bude mít i ekonomický dopad. Nebudou muset být vynakládány tak vysoké finanční prostředky na zdravotní a sociální lůžka pobytových služeb. Sníží se počet hospitalizovaných osob a délka trvání jejich hospitalizace. Tyto legislativní úpravy však sami o sobě nezaručí stoprocentní úspěšnost. Důležitou roli v efektivní spolupráci budou hrát samotní aktéři, kteří se mohou zasloužit svou aktivitou a otevřeností k postupnému zlepšování spolupráce.

Závěr

Diplomová práce se zabývá tématem spolupráce zdravotních a sociálních služeb a její problematiky v rámci péče o seniory v domácím prostředí, přičemž hlavní pozornost byla věnována terénním pracovníkům. Důvodem zkoumání této problematiky skrze liniové pracovníky je skutečnost, že tvoří pomyslnou hranici mezi nařízeními své vlastní organizace a státu a mezi potřebami svých klientů, kde se velmi často mohou dostávat do dilematických situací.

Cílem diplomové práce bylo prozkoumat současný stav spolupráce zdravotního a sociálního sektoru na území města Prahy v oblasti péče o seniory, identifikovat dopady vládních rozhodnutí i rozhodnutí jednotlivých městských částí Prahy na práci zaměstnanců vykonávajících přímou práci se seniory, o které je pečováno v jejich přirozeném prostředí. Na základě analýzy zjištěného stavu a vědecké diskuse o daném problému a analýzy dobré praxe ze zahraničí a z ČR následně navrhnout způsob vhodného řešení dané problematiky v ČR (resp. v Praze).

K získání dat bylo využito polostrukturovaných rozhovorů, analýzy dokumentů a poznatků načerpaných v rámci působení v sociálních službách. Rozhovory byly realizovány s deseti liniovými pracovníky, kteří působí v Praze, jakožto odborníky na danou problematiku. V rámci metody desk research byly analyzovány dokumenty národní úrovně, tak dokumenty vydané pro Prahu či konkrétní městské části. Dále byly analyzovány přístupy k péči o seniory ve vybraných zemích EU, které jsou pro Českou republiku vzorem. Z analyzovaných dokumentů vyplývá, že péče o seniory je řešena nekonceptně a dosavadní snahy o propojení MPSV a MZ nedopadly úspěšně. Dále je pozornost na problematiku zdravotně-sociálního pomezí na národní úrovni zaměřena pouze na pobytové služby a terénní služby v tomto kontextu nejsou řešeny. V převážné většině se jedná o analýzy či expertní studie, které popisují stav poskytované péče a navrhují možná řešení. Většina navrhovaných řešení nebyla ani otevřena v rámci politického diskurzu a pokud ano, tak k jejich schválení nedošlo. V rámci Prahy či jejich městských částí se objevily snahy zabývat se danou problematikou, a to vznikem pozice koordinátora sociálních služeb, avšak terénní pracovníci vůbec nevěděli, že taková pozice vznikla nebo ji vnímali spíše jako pozici administrativní.

Z rozhovorů s respondenty vplynulo, že největším problémem při výkonu jejich práce je rozdělení péče pod dvě ministerstva. V praxi to pro terénní pracovníky znamená striktní

rozdělení kompetencí stejně jako oddělování sociální složky péče od té zdravotní, ačkoli se tyto složky prolínají. Současné nastavení péče je nekoordinované a pokud seniorův stav vyžaduje péči, musí si sám vyhledat služby, potažmo jeho rodina. Dalšími bariérami jsou financování služeb, sdílení informací o klientovi, znalost zdravotního stavu klienta, administrativa, nedostatečný čas na klienta, absence bonifikace spolupráce, kvalita versus kvantita a tlak ze strany klienta a zaměstnavatele na terénní pracovníky.

Na základě analýzy dat, byla navržena opatření, která by mohla mít vliv na spolupráci zdravotních a sociálních terénních pracovníků. Prvním z navrhovaných řešení je vytvoření Institutu integrované domácí péče, který by na národní úrovni řídil poskytování domácí péče ve smyslu vytvoření koncepčního dlouhodobého řešení. Dalším navrhovaným řešením je bonifikování spolupráce organizací. Konkrétním příkladem je podpora stáží, které jsou v současné době velmi málo využívány. Posledním navrhovaným řešením je vytvoření pozice case managera, který se v zahraničí osvědčil. Prací case managera by bylo vytvoření fungujících pečujících týmů kolem seniora a podpora seniora a jeho rodiny. Tímto řešením by se mohlo dosáhnout zlepšení komunikace mezi pečujícími aktéry, snížení počtu hospitalizací či dnů, kdy je člověk hospitalizovaný a v konečném důsledku snížení počtu osob, které využívají pobytové služby.

S ohledem na stárnutí populace a přeplněná pobytová zařízení se téma terénních služeb a péče o seniory doma bude dostávat do popředí ve strategiích přípravy na stárnutí. Nastavení funkčního systému spolupráce služeb v terénu tak bude nezbytnou součástí těchto strategií a propojenost obou resortů a nastavení spolupráce se bude stávat čím dál tím víc aktuálnějším tématem.

Použitá literatura

ANĎEL STRÁŽNÝ, 2021. *Tišňová péče* [online] [vid. 2021-03-18]. Dostupné z: <https://www.andelstrazny.eu/>

BÍLKOVÁ, Marie, 2018. *Limity spolupráce zdravotních a sociálních terénních služeb - regionální hledisko analýzy* [online]. B.m. [vid. 2021-03-16]. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/wpj7y/?fakulta=1423>

BLÁHOVÁ, J a I HOLMEROVÁ, 2018. Potřeby starších lidí v nemocniční péči – analýza výsledků review české literatury [online]. 4. Dostupné z: https://cello-iloc.fhs.cuni.cz/CEL-19-version1-potreby_starsich_lidi_v_nemocnici_peci.pdf

BRONSTEIN, Laura R., 2003. A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work* [online]. 48(3), 297–306. ISSN 0037-8046. Dostupné z: doi:10.1093/sw/48.3.297

BRUTHANSOVÁ, Daniela a Věra JEŘÁBKOVÁ, 2012. *Koordinovaná rehabilitace* [online]. 2012. B.m.: VÚPS. [vid. 2021-03-22]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_344.pdf

ČAS, 2018. Přípis ČAS - program AKORD. *Česká asosiace sester - domácí péče* [online] [vid. 2021-03-17]. Dostupné z: https://casdp.cz/_files/200000164-7dab28dae/P%C5%99%C3%ADpis%20%C4%8CAS%20-%20program%20AKORD_k.pdf

ČSÚ, 2018. Projekce obyvatelstva České republiky - 2018 - 2100. *Projekce obyvatelstva České republiky - 2018 - 2100* [online] [vid. 2021-03-17]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61566242/13013918u.pdf/6e70728f-c460-4a82-b096-3e73776d0950?version=1.2>

ČSÚ, 2020. *Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2018* [online]. 2020. [vid. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/122362658/26000520.pdf/ce8cd21a-9317-4b04-8e5d-441be5ea0c8b?version=1.1>

DEPARTMENT OF HEALTH, 2017. Integration and Better Care Fund Policy Framework 2017 to 2019. *GOV.UK* [online] [vid. 2021-04-18]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/integration-and-better-care-fund-policy-framework-2017-to-2019>

DIAKONIE, nedatováno. *Jsem tady ještě doma? Praktická příručka o bydlení seniorů* [online]. [vid. 2021-04-03]. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000199.pdf?seek=1489565572>

DOSTÁLOVÁ, V a I HOLMEROVÁ, 2018. Analýza vývoje počtu pacientů domácí zdravotní péče, hospitalizovaných pacientů a klientů pobytových zařízení sociálních služeb v letech 2000–2016. 7(3), 7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar a Martina HROZENSKÁ, 2013. *Sociální péče o seniory* [online]. 1. elektronické vydání. B.m.: Grada [vid. 2021-03-17]. ISBN 978-80-247-4139-0.

Dostupné

z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

EAN, 2019. Long-term care 2030 [online]. 56 [vid. 2021-03-22]. Dostupné z: https://www.ecreas.eu/uimg/ecreasportal/b80760_att-report-ean-ltc-2030-digital.pdf

ERENS, Bob, Gerald WISTOW, Sandra MOUNIER-JACK, Nick DOUGLAS, Lorelei JONES, Tommaso MANACORDA a Nicholas MAYS, 2016. Early evaluation of the Integrated Care and Support Pioneers Programme. *Final report* [online]. 183. Dostupné z: https://piru.ac.uk/assets/files/Early_evaluation_of_IC_Pioneers_Final_Report.pdf

EUROPEAN COMMITTEE OF THE REGIONS, nedatováno. *The Netherlands - Public Health* [online] [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://portal.cor.europa.eu/divisionpowers/Pages/Netherlands-health.aspx>

EX, Carine, Gorter KLAAS a Uschi JANSSEN, 2004. Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the Netherlands. In: *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons* [online]. 1. vyd. B.m.: Routledge, s. 415–454 [vid. 2021-03-19]. ISBN 978-1-351-15108-5. Dostupné z: doi:10.4324/9781351151085-12

FRANK, Flo a Anne SMITH, 2003. *The partnership handbook* [online]. Ottawa: Human Resources Development Canada [vid. 2021-03-16]. ISBN 978-0-662-28881-7. Dostupné z: https://ccednet-rcdec.ca/sites/ccednet-rcdec.ca/files/122-hrdc-partnership_hndbk.pdf

GOVERNMENT OF THE NETHERLANDS, 2016. *Long-term care at home - Care and support at home - Government.nl* [online] [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/long-term-care-at-home>

HAVLÍKOVÁ, Jana a Olga HUBÍKOVÁ, 2017. *Spolupráce mezi sociálními pracovníky a lékaři: příklad řízení o příspěvku na péči*. 2017. vyd. B.m.: VÚPSV, v.v.i. ISBN 978-80-7416-308-1.

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* [online]. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. B.m.: Portál [vid. 2021-04-02]. ISBN 978-80-262-0982-9. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

HMP, 2016. *Střednědobý plán rozvoje sociální služeb na území hl. m. Prahy 2016-2018* [online]. 2016. [vid. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/pha/strategie/strednedoby-plan-rozvoje-socialni-sluzeb-na-uzemi-hlavniho-mesta-prahy-na-období-2016-2018?typ=detail>

HMP, 2018. *Střednědobý plán rozvoje sociální služeb na území hl. m. Prahy 2019-2021* [online]. 2018. [vid. 2021-04-05]. Dostupné z: https://socialni.praha.eu/file/2774917/SPRSS_UPR_PRI.pdf

HORÁK, Pavel a Markéta HORÁKOVÁ, 2009. Street-level Bureaucrats and Their Role in Public Policy. *Sociologický časopis*. **45**(2), 27.

HORECKÝ, Jiří, 2014. Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU [online]. [vid. 2021-

03-20]. Dostupné z: https://www.horecky.cz/images/1390377865_ss-1-2014-final-s28-32.pdf

HORECKÝ, Jiří, 2019. Vize Evropská dlouhodobá péče 2030. *HARTMANN GROUP* [online]. (2) [vid. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://www.hartmann.info/cs-cz/novinky/1/cz/casopis-insight/problem-starnuti-evropske-populace>

HORECKÝ, Jiří a Ladislav PRŮŠA, 2019a. *Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019-2050* [online] [vid. 2021-03-20]. ISBN 978-80-907053-4-0. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE\(1\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE(1).pdf)

HRDÁ, Karolína, 2018. Multidisciplinární tým v akci. In: [online]. [vid. 2021-03-22]. ISBN 978-80-907190-1-9. Dostupné z: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/MDT_v_akci_A4_web.pdf

HSIEH, Hsiu-Fang a Sarah SHANNON, 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative health research* [online]. **15**, 1277–88 [vid. 2021-04-03]. Dostupné z: doi:10.1177/1049732305276687

ISPV, 2017. Dlouhodobé ošetrovní má od července 2018 pomoci hlavně v krizových situacích. *Revue pro sociální politiku a výzkum* ☞ [online]. [vid. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2017/07/snemovna-schvalila-vznik-nove-davky-nemocenskeho-pojisteni-dlouhodobě-osetrovne-pri-peci-o-clena-rodiny-by-melo-od-cervence-2018-pomahat-hlavne-ve-vyjimecnych-nebo-krizovych-situacich/>

ISPV, 2018a. Komunitní sestru nahradí geriatrická sestra a sestra pro domácí péči. *Revue pro sociální politiku a výzkum* ☞ [online]. [vid. 2021-03-18]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/07/komunitni-sestru-nahradi-geriatricka-sestra-a-sestra-pro-domaci-a-hospicovou-peci/>

ISPV, 2018b. Švédský zákon o sociálních službách je inspirací i pro Českou republiku. *Revue pro sociální politiku a výzkum* ☞ [online]. [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/01/svedsky-zakon-o-socialnich-sluzbach-je-inspiraci-i-pro-ceskou-republiku/>

ISPV, 2018c. Zahraniční zkušenosti v integrovaných zdravotně sociálních službách. *Revue pro sociální politiku a výzkum* ☞ [online]. [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/09/zahranicni-zkusenosti-v-integrovaných-zdravotne-socialnich-sluzbach/>

ISPV, 2019a. Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR [online]. 244 [vid. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/09/Analýza-socialnich-a-zdravotnich-sluzeb-dlouhodobě-pece-v-CR.pdf>

ISPV, 2019b. *Atlas dlouhodobé péče ČR* [online]. 2019b. [vid. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2019/09/atlas-a-analyza-dlouhodobě-pece-cr/>

ISPV, 2019c. Charita ČR: Domácí zdravotní péče dostane pro příští rok o 30 % navíc. Pomohla i petice Doma je doma. *Revue pro sociální politiku a výzkum* ☞ [online]. [vid. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2019/11/charita-cr-domaci-zdravotni-pecce-dostane-pro-pristi-rok-o-30-navic-pomohla-i-petice-doma-je-doma/>

ISPV, 2019d. Od dubna 2019 se příspěvek na péči doma ve IV stupni zvýší na 19 200,- Kč. Ve III. stupni od července 2019. *Revue pro sociální politiku a výzkum* ☞ [online]. [vid. 2021-03-27]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2019/01/prispevek-na-peci-doma-ve-iv-stupni-se-zvysi-na-19-200-kc-od-dubna-2019-ve-iii-stupni-bude-od-cervence-2019-vyplaceno-12-800-kc/>

ISPV, 2019e. Východiska pro systémovou změnu financování a další úpravy sociálních služeb. *Revue pro sociální politiku a výzkum* ☞ [online]. [vid. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2019/06/vychodiska-pro-systemovou-upravu-financovani-a-dalsi-navrhy-na-upravu-socialnich-sluzeb/>

JANEČKOVÁ, Marcela a Radka VEPŘKOVÁ, 2017. *Integrace péče – reflexe stavu v ČR* [online]. 2017. [vid. 2021-03-17]. Dostupné z: https://cello-ilc.fhs.cuni.cz/CEL-174-version1-vyzkumna_zprava_integrace_pecce.pdf

JOKLOVÁ, Kateřina, 2008. *Aktualizovaná a rozšířená pravidla pro volný pohyb služeb a svobodu usazování v EU* [online]. 2008. [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: <http://www.euroskop.cz/gallery/36/11031-se.pdf>

KALVACH, Zdeněk, 2011. *Křehký pacient a primární péče* [online]. B.m.: Grada [vid. 2021-03-18]. ISBN 97-80-247-7628-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/krehky-pacient-a-primarni-pecce-466130/>

KAŇÁK A KOL., Jan, 2018. Mezioborová spolupráce v kontextu sociálních služeb - PDF Stažení zdarma [online]. 52 [vid. 2021-03-16]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/133505747-Mezioborova-spoluprace-v-kontextu-socialnich-sluzeb.html>

KELLER, Jan, 2007. *Sociologie organizace a byrokracie*. VDruhé, přepracované vydání. B.m.: Sociologické nakladatelství. Základy sociologie: 1. svazek. ISBN 978-80-86429-74-8.

KOLDINSKÁ, Kristina, 2015. *Legislativní podmínky pro rozvoj integrovaných zdravotních a sociálních služeb v obcích* [online]. 2015. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000172.pdf?seek=1489562462>

KOUBOVÁ, Michaela, 2019. MZ a MPSV letos slíbily lepší spolupráci na zdravotně sociálním pomezí. Na vizích se ale zatím neshodnou. *Zdravotnický deník* [online]. [vid. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/02/mz-mpsv-letos-slibily-lepsi-spolupraci-zdravotne-socialnim-pomezim-vizich-se-zatim-neshodnou/>

KRÁTKÁ, Anna, Renata SEDLÁKOVÁ a Silvie TRETEROVÁ, 2018. Domácí péče v České republice a Nizozemí [online]. 6(1), 6 [vid. 2021-03-20]. ISSN 1339-3022. Dostupné z: https://zl.tnuni.sk/fileadmin/Archiv/2018/2018-6.c.1/ZL_2018_6_1_14_Kratka.pdf

KUZNÍKOVÁ, Iva, 2017. Dlouhodobá zdravotně-sociální péče [online]. 98 [vid. 2021-03-18]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/dlouhodobazdravotne-socialni-pece.pdf>

LIPSKY, Michael, 2010. *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*. 30th anniversary expanded edition. B.m.: Russell Sage Foundation. ISBN 978-0-87154-544-2.

MČ PRAHA 10, 2021. *Příspěvek na tisňovou péči* [online] [vid. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://socialniportal.praha10.cz/socialni-a-zdravotni-oblast/oblast-socialni/projekty-mc-v-socialni-oblasti/prispevek-na-tisnovou-peci.aspx>

MINISTRY OF HEALTH, WELFARE AND SPORT, 2018. *Healthcare in the Netherlands*. 2018.

MPSV, 2012. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace o zdravotně postižené v ČR* [online] [vid. 2021-03-22]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/954262/publikace_ZD.pdf/8a02adfb-cdeb-10cd-9236-0250a724b4ee

MPSV, 2015. *Analýza a následná syntéza všech existujících dokumentů k LTC a reflexe připravované nebo realizované změny v souvisejících segmentech* [online]. 2015. [vid. 2021-03-27]. Dostupné z: <http://www.podporaprocessu.cz/wp-content/uploads/2013/01/SOUHRNN%C3%9D-DOKUMENT-anal%C3%BDza-an%C3%A1sledn%C3%A1-synt%C3%A9za-v%C5%A1ech-existuj%C3%ADc%C3%ADch-dokument%C5%AF-k-LTC-a-reflexe-p%C5%99ipravovan%C3%A9-nebo-realizovan%C3%A9-zm%C4%B9ny-v-souvisej%C3%ADc%C3%ADch-segmentech.pdf>

MPSV, 2016. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025* [online] [vid. 2021-03-22]. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/af89ab84-31ac-e08a-7233-c6662272bca0>

MPSV, 2019. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025* [online]. 2019. [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://krestanstiseniori.cz/aktualne/aktuality/2019/strategie-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2019-20>

MPSV, 2020. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2007 - 2019* [online] [vid. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/statisticka-rocenka-z-oblasti-prace-a-socialnich-veci>

MPSV, 2021. *Senioři v krajích. Senioři v krajích* [online] [vid. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://seniorivkrajich.mpsv.cz/>

MPSV, 2020a. *Komunitní plánování - věc veřejná (průvodce)* [online] [vid. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/komunitni-planovani-vec-verejna-pruvodce->

MPSV, nedatováno. *Příspěvek na péči* [online] [vid. 2021-03-20]. Dostupné

z: <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

MUSIL, Libor, 2004. „*Ráda bych Vám pomohla, ale ...*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. [online]. B.m.: Marek Zeman [vid. 2021-03-16]. ISBN 978-80-903070-1-8. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/fss/jaro2014/SPR803/um/musil_rada_bych.pdf?lang=en

MUSIL, Libor, Olga HUBÍKOVÁ a Jana HAVLÍKOVÁ, 2011. Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči [online]. 171 [vid. 2021-03-27]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_341.pdf

MZ ČR, 2015. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. 2015. [vid. 2021-03-17]. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/07/Akcni_plan_Zdravi_2020_nasledna-dlouhodob_a_domaci-pece_cervenec_2015.pdf.pdf

MZ ČR, 2019. Vláda schválila Strategický rámec Zdraví 2030. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vlada-schvalila-strategicky-ramec-zdravi-2030-2/>

MZ ČR, 2020. *Koncepce domácí péče* [online]. 2020. [vid. 2021-03-17]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP.pdf

MZ ČR, 2021. *Pracovní skupina pro zdravotně sociální pomezí - Portál pro pacienty a patientské organizace* [online] [vid. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=pacientske-organizace--pacientska-rada--pracovni-skupina-zdravotne-socialni-pomezi>

MZ ČR, 2019a. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030* [online]. 2019a. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

NCICS, 2013. *Integrated Care: Our Shared Commitment* [online]. 2013. [vid. 2021-04-18]. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/publications/integrated-care>

NEKOLA, Martin, František OCHRANA, Blanka TOLLAROVÁ a Arnošt VESELÝ, 2017. Samostatná příloha metodiky systematického přehledu poznatků pro tvorbu a evaluaci veřejných strategií [online]. 10. Dostupné z: https://mmr.cz/getmedia/381e0c48-b0fb-4859-8997-b8f6f0627685/02b_priloha_kvalita_vyzkumu.pdf.aspx?ext=.pdf

NHS, 2016. People helping people: Year two of the pioneer programme. www.basw.co.uk [online] [vid. 2021-04-18]. Dostupné z: <https://www.basw.co.uk/resources/people-helping-people-year-two-pioneer-programme>

NÚOV, 2011. *Zdravotnictví a sociální péče: Scénáře, důsledky a možnosti předvídání budoucích potřeb znalostí a dovedností* [online]. 2011. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/ECVET_a_EQF_4_6/New_skills_CJ/Zdravotnictvi_a_socialni_pece.pdf

NURSING ANSWERS, 2020. *Integrated Care and Support Pioneers Programme Analysis*. *NursingAnswers.net* [online]. [vid. 2021-04-18]. Dostupné

z: <https://nursinganswers.net/essays/integrated-care-and-support-pioneers-programme-analysis.php>

OECD, 2013. *The Netherlands - A Good Life in Old Age* [online]. 2013. [vid. 2021-03-22]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Netherlands-OECD-EC-Good-Time-in-Old-Age.pdf>

OECD, 2021. *Long-term care spending and unit costs* [online] [vid. 2021-04-04]. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org//sites/4dd50c09-en/1/2/11/11/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book

OECD a WHO, 2019. *Improving Healthcare Quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies* [online]. B.m.: OECD [vid. 2021-03-22]. ISBN 978-92-64-80590-3. Dostupné z: doi:10.1787/b11a6e8f-en

ONDRUŠOVÁ, Jiřina, 2018. *Sociální gerontologie a geriatrie* [online]. 2018. [vid. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://htf.cuni.cz/HTF-103-version1-gerontologie7.pdf>

PARSONS, Wayne, 1995. *Public policy: an introduction to the theory and practice of policy analysis* [online]. B.m.: Elgar [vid. 2021-03-16]. ISBN 978-1-85278-553-6. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

PILÁT, Miroslav, nedatováno. *Sociální politika obce* [online]. [vid. 2021-03-19]. Dostupné z: <http://www.vzdelanyzastupitel.cz/data/fileBank/d8e46d1b-4a41-4cc4-be21-65a0c8e92946.pdf>

PIŠTOROVÁ, Markéta, 2019. Počet uživatelů pečovatelské služby klesl, výdaje na ni nikoli. *Statistika&My* [online] [vid. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://www.statistikaamy.cz/2019/01/17/pocet-uzivatele-pecovatelske-sluzby-klesl-vydaje-na-ni-nikoli/>

POHL, Michal a Eva ŠPLÍHALOVÁ, 2014. *Dlouhodobá péče ve vybraných zemích EU* [online]. 2014. B.m.: Parlamentní institut. [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz.2010.archiv.diakonie.cz/res/archive/003/000439.pdf?seek=1423059647>

POTŮČEK, Martin, 2010. *Veřejná politika*. B.m.: Slon. ISBN 80-86429-50-4.

POTŮČEK, Martin, 2016. *Veřejná politika*. Vydání první. B.m.: C.H. Beck. ISBN 978-80-7400-591-6.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. B.m.: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

RADA EU, 2012. *Prohlášení Rady o Evropském roce aktivního stárnutí a mezigenerační solidaritě* [online]. 2012. [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST%2017468%202012%20INIT/CS/pdf>

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů* [online]. 1. elektronické vydání. B.m.: Grada [vid. 2021-04-02]. ISBN 978-80-247-3006-6. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

RIEGEL, Karel, 2003. *Psychologie ve světě práce: Práce organizace*. 2003. vyd. B.m.: Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0448-5.

SEDLÁKOVÁ, Renata, 2017. *Domácí péče v systému zdravotnictví v České republice a v Nizozemí* [online]. B.m. [vid. 2021-03-20]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <https://theses.cz/id/k2sas6/>

SKR, 2021. *Samverkan vid utskrivning från sjukhus* [online] [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sammanhallenvardomsorgaldr/samverkanvidutskrivningfransjukhus.13624.html>

SLAVÍKOVÁ, Martina, 2019. *Integrace zdravotních a sociálních služeb* [online]. B.m. [vid. 2021-03-20]. b.n. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/191892/>

Social Services Act 2001:453. [online]. [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=60673

SOWA-KOFTA, Agnieszka a Petr WIJA, 2017. *Czech Republic: Emerging policy developments in long-term care* [online]. 2017. B.m.: CEQUA. [vid. 2021-03-21]. Dostupné z: https://1d520973-35f0-4e46-8af0-304ac08d8794.filesusr.com/ugd/442c21_e5773f55638e497d839d4fd7164013ef.pdf

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu : postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. B.m.: Albert. SCAN: 2. ISBN 978-80-85834-60-4.

SZEBEHELY, Marta a Gun-Britt TRYDEGÅRD, 2012. Home care for older people in Sweden: a universal model in transition: Home care for older people in Sweden. *Health & Social Care in the Community* [online]. 20(3), 300–309 [vid. 2021-03-20]. ISSN 09660410. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01046.x

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* [online]. Vydání první. B.m.: Portál [vid. 2021-04-02]. ISBN 978-80-262-0273-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/kvalitativni-vyzkum-v-pedagogickych-vedach-483524/>

TOUŠEK, Laco, 2014. Metodologie: Desk research. *Andropologie* [online] [vid. 2021-04-03]. Dostupné z: <http://www.antropologie.org/cs/metodologie/desk-research>

ÚJČ, 2011. *Slovník spisovného jazyka českého* [online]. [vid. 2021-03-17]. Dostupné z: <https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?hledej=Hledat&heslo=spolupr%C3%A1ce&sti=EMPTY&where=hesla&hsubstr=no>

ÚZIS, 2019. *Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2019* [online]. 2019. [vid. 2021-03-19]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008341/nzis-rep-2020-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2019.pdf>

VÁŠKŮ, Alena, 2010. *Srovnání českého a nizozemského systému poskytování sociálních služeb* [online]. 2010. [vid. 2021-03-20]. Dostupné z: http://otrokovice.cz/assets/File.ashx?id_org=11673&id_dokumenty=2738

VÁVROVÁ, Soňa a Jitka VACULÍKOVÁ, 2017. Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku. *Preferences of the Czech Population When Securing Care for Seniors in the Period of their Dependency*. [online]. 17(6), 80–94 [vid. 2021-04-03]. ISSN 12136204. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=shib&custid=s1240919&profile=eds>

VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA, 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik : přístupy, metody a praxe*. Vyd. 1. B.m.: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty: sv. 40. ISBN 978-80-86429-75-5.

VÚPSV, 2010. *Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením* [online]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_313.pdf

Vyhláška č. 143/2018 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

WHO, 2020. The Decade of Healthy Ageing: a new UN-wide initiative. *WHO* [online] [vid. 2021-03-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/14-12-2020-decade-of-healthy-ageing-a-new-un-wide-initiative>

WHO, 2021. Decade of Healthy Ageing (2021-2030). *WHO* [online] [vid. 2021-03-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

WHO, 2021a. *Decade of Healthy Ageing (2021-2030)* [online]. 2021a. [vid. 2021-03-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

WILLEMÉ, Peter, 2010. *The Belgian Long-Term Care System* [online] [vid. 2021-03-20]. ISBN 978-94-6138-012-8. Dostupné z: <https://www.files.ethz.ch/isn/122382/Belgium.pdf>

YIN, Robert K., 2009. *Case Study Research: Design and Methods* [online]. B.m.: SAGE [vid. 2021-04-03]. ISBN 978-1-4129-6099-1. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=FzawIAdilHkC&pg=PA66&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q=case%20study&f=false

ZATLOUKAL, Leoš, 2008. Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování. *Olomouc: Univerzita Palackého* [online]. 188 [vid. 2021-03-16]. Dostupné z: <http://dalet.cz/Clanky/KPSS-kniha.pdf>

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

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

ŽÁRSKÝ, Martin a Petr WIJA, 2017. *Územní analýza potřeb obyvatel hlavního města Prahy z hlediska služeb sociální péče a zdravotně sociálních služeb*. 2017. B.m.: ISPV.

ŽUROVEC, Michal, 2019. *Prostředky na sociální služby rostou. Obce se musí obracet na MPSV* [online]. Tisková zpráva. B.m.: MF ČR [vid. 2021-04-04]. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2019/prostredky-na-socialni-sluzby-rostou-obc-35261>

Teze Diplomové práce

Jméno studenta/studentky: Tereza Ossendorfová

Název v jazyce práce: Problém (ne)spolupráce zdravotního a sociálního sektoru v rámci péče o seniory v domácím prostředí (případ města Prahy)

Název v anglickém jazyce: The problem of (non)health and social sector cooperation in caring for the elderly at home

Klíčová slova: zdravotní sektor; sociální sektor; péče o seniory;

Klíčová slova anglicky: health sector, social sector, care for the elderly

Akademický rok vypsání: 2019/2020

Jazyk práce: čeština

Typ práce: diplomová práce

Ústav: Katedra veřejné a sociální politiky

Vedoucí / školitel: prof. PhDr. František Ochrana, DrSc.

Obor práce: Veřejná a sociální politika

Teze diplomové práce (výzkumný projekt):

A. Vymezení výzkumného problému

Od 90. let minulého století je ve vyspělých zemích řešena problematika spolupráce mezi jednotlivými službami poskytující zdravotní a sociální péči. Tyto snahy převzaly i nadnárodní organizace jako WHO nebo Evropská komise. V České republice je snaha tuto problematiku řešit. V průběhu let vznikaly různé meziresortní skupiny, které ji měly řešit. Nicméně žádná nepřišla s opatřeními, které by byly účinné. Problémem je v ČR roztržitost péče o člověka mezi MPSV a MZ, kdy neexistuje žádné propojení těchto resortů (Janečková, Vepřková 2019).

Hlavní příčinou celého problému je resortismus. Roztržitost péče o seniory do dvou resortů s sebou nese různé překážky pro praxi terénních pracovníků. V první řadě se obě oblasti řídí svým zákonem, tedy zákonem č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Z těchto zákonů vyplývají pracovníkům různé povinnosti, jiný způsob vykazování péče, každý může od klienta zjišťovat jiný typ informací. Například informace o zdravotním stavu klienta mohou zjišťovat služby zdravotnického charakteru, nicméně sociální služby na to nemají právo. Tato nemožnost znalosti zdravotního stavu může být v praxi velkým problémem, jelikož spousta sociálních služeb by stav klienta měla znát, ať už se jedná o pečovatelskou službu, osobní asistenci nebo tísňovou péči.

Další důležitou příčinou, která brání ve spolupráci je absence ucelené koncepce, která

by danou problematiku řešila. Dále pak spolupráci nenahrává ani administrativní přetížení terénních pracovníků, kterým snahy o propojení služeb přinesou další administrativu. V tématu diplomové práce hrají velmi významnou úlohu i jednotlivé městské části Prahy, jejich politické zaměření a postoj k dané problematice. Z toho vyplývá, že kvalita poskytování a propojování služeb se může značně lišit.

S resortismem souvisí i rozdílné financování, které je velmi patrné v pobytových službách. Osobám se „vyplatí“ zůstat ve zdravotnických zařízeních namísto sociálních, vyplývá z toho pro ně menší finanční spoluúčast. Co se týká péče o seniory v přirozeném prostředí, tak terénní zdravotní služby jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění, což je pro pacienta velmi výhodné, avšak pro některé služby poskytující zdravotní terénní péči se jedná i přes navýšení o 30 % oproti roku 2019 o nízkou sumu, kterou obdrží. Registrované sociální služby mohou být hrazeny z příspěvku na péči, který ovšem nemusí odpovídat potřebám klientům. Příspěvek je příliš nízký, aby pokryl péči, kterou klient potřebuje, nebo je naopak příliš vysoký a klient nevyužije veškeré finance na služby (Myslilová 2019; Koubová 2019).

Tato roztržičnost vede k nenaplnění potenciálu péče o člověka v domácím prostředí. Ačkoli je patrné, že se nemohou oddělovat sociální a zdravotní potřeby, tak v přímé péči o klienty, se tento trend rozdělování stále drží. S ohledem na stárnutí populace bude nezbytné nastavit systém, který bude funkční a zvýší kvalitu života seniorům.

B. Cíle diplomové práce (jejich přímá souvislost s formulovaným výzkumným problémem)

Cílem diplomové práce je zjistit současný stav spolupráce zdravotního a sociálního sektoru a dopad legislativy na práci zaměstnanců, kteří vykonávají přímou práci se seniory, o které je pečováno v jejich přirozeném prostředí. Na základě hlavního cíle je možné definovat dílčí cíle diplomové práce:

1. Analýza současné legislativní úpravy a provázanosti sociálního a zdravotního sektoru
2. Identifikace dopadu vládních rozhodnutí na přímou práci se seniory
3. Navržení vhodného řešení dané problematiky na základě příkladů dobré praxe ze zahraničí

C. Výzkumné otázky

Na hlavní cíl diplomové práce, a poté dílčí cíle navazují výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem je nyní nastavena spolupráce mezi zdravotním a sociálním sektorem v rámci péče o seniory?
2. Jaký dopad má legislativní úprava na práci pracovníků v péči o seniory v domácím prostředí? Dochází k předávání informací o konkrétním seniorovi mezi různými službami?

D. Teoretická východiska

Jedna z výzkumných otázek se zabývá dopadem na práci terénních pracovníků při péči o seniory. Jelikož terénní pracovníky můžeme zařadit mezi takzvané liniové pracovníky, bude tato diplomová práce navázána na Street-Level Bureaucracy od Lipskyho. Lipsky se zabývá různými druhy pracovníků, faktory, které ovlivňují jejich jednání. Tito linioví pracovníci mají velkou svobodu při rozhodování, nicméně je na ně vyvíjen neustálý tlak ze shora (ze strany státu) a ze zdola (ze strany klientů). V tento moment se svoboda v rozhodování u těchto lidí smršťuje.

Linioví pracovníci jsou ti, kteří vykonávají svou práci na základě vládních rozhodnutí, veřejně politických dokumentů a zároveň jsou to právě ti, kteří jsou schopni zjistit potřeby svých klientů. V tomto momentě, může dojít ke střetu mezi tím, co je od nich požadováno a tím, co by jejich klienti potřebovali. Jak již bylo v kapitole A popsáno, populace stárne a potřeba terénních pracovníků bude narůstat. Z tohoto důvodu je důležité, aby spolupráce mezi sociálním a zdravotním sektorem při péči o seniory probíhala v co možné nejvyšší kvalitě a součinnosti.

E. Výzkumný plán

S ohledem na cíl diplomové práce a výzkumné otázky bude využita metoda desk research, která poslouží k analýze současného stavu provázanosti zdravotního a sociálního sektoru. V rámci této metody budou využity veřejně politické dokumenty jako je např. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025* nebo dokument ISPV *Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče v ČR*, ale také zdravotní zákon a zákon o sociálních službách. Oba tyto zákony definují podobu služeb a jejich kompetence. Zjištěné poznatky budou porovnány se zeměmi EU.

Další využitou metodou budou rozhovory s terénními pracovníky, kteří pečují o seniory doma. V rámci rozhovorů bude zjišťován pohled těchto pracovníků na spolupráci sociálního a zdravotního sektoru a zda pocítují tuto (ne)spolupráci při výkonu své práce.

Metodika postupu a výzkumu při psaní diplomové práce:

Číslo kroku	Název kroku	Termín plnění
1.	Tvorba teze diplomové práce	září 2020
2.	Odevzdání teze diplomové práce	do 30.9. 2020
3.	Sběr sekundárních dat a desk research	31.12. 2020
4.	Analýza veřejně politických dokumentů	31.1. 2021
5.	Rozhovory s liniovými pracovníky	do 28.2. 2021
6.	Analýza dat získaných rozhovory	do 31.3. 2021
7.	Finalizace diplomové práce	do 30.4. 2021
8.	Odevzdání diplomové práce	1.5. 2021
9.	Obhajoba diplomové práce	červen 2021
10.	Konzultace s vedoucím práce	průběžně

F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

MPSV. 2019. Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 10. 9. 2020]. Dostupné z: <https://www.komora.cz/legislation/72-19-strategie-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2019-2025-t-6-6-2019/>

MPSV. Nedatováno. *Změna výše příspěvku na péči*. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [cit. 11. 9. 2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/zmena-vyse-prispevku-na-peci>

HORECKÝ, Jiří. 2019. Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřeby sociálních služeb 2019-2050. APSS ČR. [online]. [cit. 1. 5. 2020]. Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE\(1\).pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/A4_STRUKTURA%20DLOUHODOBE%20PECE(1).pdf)

LIPSKY, Michael. Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. New York: Russell Sage Foundation, c1980. ISBN 0-87154-524-1.

HORÁK, Pavel., HORÁKOVÁ Markéta. Role liniových pracovníků ve veřejné politice. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2009, Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2009, Vol. 45, No. 2. [online]. [cit. 15.9. 2020]. Dostupné z: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6857/ssoar-2009-2-horak_et_alrole_liniovych_pracovniku_ve_verejne.pdf?sequence=1

Seznam příloh

Příloha č. 1: Orientační scénář polostrukturovaných rozhovorů

Příloha č. 2: Seznam tabulek a grafů

Příloha č. 1: Orientační scénář polostrukturovaných rozhovorů

Úvodní otázky:

1. Jak dlouho působíte v této organizaci a jak dlouho v sociálních službách?
2. Jakým způsobem funguje Vaše organizace? Máte nepřetržitý provoz nebo máte jasně stanovenou pracovní dobu od kdy do kdy pracujete?

Dochází k předávání informací mezi jednotlivými aktéry při péči o seniory?

1. Máte povědomí o zdravotních a sociálních službách, které jsou v Praze poskytovány, popř. v jednotlivých MČ?
2. Účastníte se nějakých akcí, které by mohly podpořit Vaši spolupráci s ostatními službami?
3. Účastníte se komunitního plánování? V jakých MČ Prahy?
4. Jakým způsobem se k vám klienti dostávají? Zavolají vám sami nebo vás kontaktuje jiná služba?
5. Pokud klient potřebuje intenzivnější péči, péči od více služeb, máte vytipované nějaké služby, které doporučujete? Nebo jste s nějakými službami v kontaktu?
6. Domácí péče: Probíhá komunikace s lékařem při péči o pacienty nebo spíše pracujete na základě propouštěcí zprávy?

Jak vnímají terénní pracovníci spolupráci zdravotního a sociálního sektoru?

1. Setkal/a jste se s pojmem integrace zdravotních a sociálních služeb?
2. Nyní, aby senior mohl zůstat doma, tak k tomu mnohdy potřebuje spojení několika služeb. Vnímá/a byste jako přínosné, kdyby byly tyto služby zaštiťovány jednou organizací?
3. Pokud by zajištění a koordinace zdravotních a sociálních služeb spadala pod jedno ministerstvo, myslíte si, že by to přineslo nějaké zlepšení?
4. Mezi roky 2019-2020 vznikla nová pozice koordinátora sociálních služeb v každé MČ Prahy, vnímáte nějaké změny od jeho vzniku?
5. Jak byste vnímá/a účast zdravotníků (domácí zdravotní péče) v rámci komunitního plánování?
6. Máte pocit, že je uprostřed pacient/klient a kolem něj jsou „stavěny“ služby, které potřebuje?

7. V roce 2019 došlo ke zvýšení příspěvku na péči. Myslíte si, že výše příspěvku je pro klienta dostačující? Je schopen z něho uhradit služby, které opravdu potřebuje?
8. Vnímáte, že je v Praze dostatečná síť služeb pro seniory? Liší se to v jednotlivých částech Prahy?

Existují zde nějaké bariéry, které brání výkonu práce terénních pracovníků?

1. Je zde něco, co Vám ztěžuje výkon vaší práci? Ať už se jedná o konkrétní úkony péče nebo fungování celé organizace?
2. Cítíte dostatečnou podporu od státu při poskytování péče?
3. Máte pomoci, že Vám městské části při péči o seniory pomáhají, podporují Vás (finance, projekty, propagace)? Pozorujete větší podporu v průběhu času?
4. Liší se tato pomoc v jednotlivých částech Prahy nebo je to velmi podobné?
5. Odpovídá současné nastavení péče o seniory v domácím prostředí Vaším potřebám?
6. Jak vnímáte administrativu kolem péče o seniory. Je pro vás zvládnutelná nebo je na úkor poskytované péče?
7. Pokud byste měl/a procentuálně vyjádřit, kolik času vám zabere administrativa, kolik by to bylo?
8. Zvládáte pojmout počet žadatelů o službu/počet klientů? Nebo byste uvítal/a personální navýšení?
 - a. Doplnující otázka: Máte pocit, že je dostatek uchazečů o pracovní pozici?
9. Co se týká systému financování vaší služby, je to pro vás takto vyhovující?
10. Myslíte si, že kdybyste věděl/a, že veškeré provozní náklady pokryje stát, bylo by to ku prospěchu organizace? Změnilo by se něco?

Příloha č. 2: Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Dílčí cíle a výzkumné otázky.....	3
Tabulka 2: Charakteristika respondentů	6
Tabulka 3: Očekávaný vývoj počtu obyvatel 65 a více let (k 1. 1., v tis.).....	22
Tabulka 4: Aktéři podílející se na domácí péči	23
Tabulka 5: Míra administrativní zátěže vůči poskytované péči.....	54
Graf 1: Vývoj počtu seniorů 65 let a více využívající domácí péči v letech 2007–2019...	31
Graf 2: Výdaje na dlouhodobou péči, zahrnující zdravotní a sociální péči k HDP za rok 2017	41
Graf 3: Výdaje na dlouhodobou péči v ČR podle typu poskytované péče (mld. Kč, %)...	42
Graf 4: Výše rozpočtů jednotlivých MČ Prahy na sociální a zdravotní služby v tis. Kč...	44