

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut Sociologických studií

Bakalářská práce

2019

Alžběta Mixová

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut Sociologických studií

**Ambulantní sociální služby pro seniory. Případová studie
městských částí Praha 7 a Praha 11**

Bakalářská práce

Autor práce: Alžběta Mixová

Studijní program: Sociologie a sociální politika

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Dobiášová, PhD.

Rok obhajoby: 2019

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 10.5. 2019

Alžběta Mixová

Bibliografický záznam

MIXOVÁ, Alžběta. *Ambulantní sociální služby pro seniory. Případová studie městských částí Praha 7 a Praha 11*. Praha, 2019. 53 s. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut Sociologických studií. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Karolína Dobiášová, PhD.

Rozsah práce: 92 116

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá ambulantními sociálními službami pro seniory, jakožto jednou z forem poskytování sociální péče, která umožňuje svým klientům zůstat co nejdéle ve svém přirozeném domácím prostředí. Pozornost je věnována legislativnímu nastavení tohoto typu služeb, jejich dostupnosti, nabídce, využití a hlavně jednotlivým problémům, se kterými se služba potýká. Jedná se o případovou studii dvou městských částí s rozdílnou demografií. Na problematiku je nahlíženo pohledem expertů z této oblasti, konkrétně se jedná o pracovníky zdravotně-sociálního odboru městské části, vedoucí pracovníky zařízení poskytujícího ambulantní sociální služby a vedoucí pracovníky ambulantní sociální služby v přímé péči. Práce vymezuje několik hlavních problémů, které představují překážky rozvoje této služby. Patří mezi ně nedostatečný počet pozemků pro výstavbu center ambulantních služeb, personální krize v tomto odvětví, nedostatečná informovanost veřejnosti či problém v chápání samotného pojmu sociální ambulantní služby.

Annotation

This bachelor thesis deals with social outpatient services for seniors, as a form of social care service that allows their clients to stay in their home environment for as long as possible. The attention is paid to the legislation of this type of service, availability, offer, utilization and especially to the individual problems that this type of service faces. This is a case study of two city districts with distinctive demographics. The issue is discussed with experts from this field, namely with the staff of the health-social department, managers of social outpatients facilities and executives of outpatient social services in direct care. The thesis defines several main problems that represent the barriers to the development of this service. This includes an insufficient number of sites for the construction of social outpatient facilities, a personal crisis in this sector, a lack of public awareness and a problem in understanding the concept of social outpatient service in general.

Klíčová slova

sociální ambulantní služby, sociální služby, senioři, Praha 7, Praha 11, případová studie

Keywords

social outpatient services, social services, seniors, Prague 7, Prague 11, case study

Title

Outpatient social services for seniors. Case study of Prague 7 and Prague 11

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala hlavně paní doktorce Karolíně Dobiášové, za její neustálou podporu, vřelý přístup, cenné rady a čas který mi věnovala. Bez její pomoci by tato práce nemohla nikdy vzniknout.

Dále bych chtěla poděkovat všem lidem v mém okolí, mé rodiče a speciálně babičce, která se mnou celou tuto práci velmi prožívala.

Institut sociologických studií
Teze bakalářské práce

PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE V ČJ:

AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY V PRAZE. MOŽNOSTI A BARIÉRY

ŘEŠITEL: **Alžběta Mixová**

KONZULTANT: **PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.**

1. Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného tématu

V úplném úvodu bych ráda zmínila, že tento projekt vznikl v rámci bakalářského semináře a proto se od původního projektu částečně liší.

Stáří je důležitou fází života každého z nás. Populační stárnutí a samotné stáří souvisí s věkovou strukturou společnosti, s podílem lidí různých věkových skupin, se základními demografickými procesy, především s úmrtností, porodností a migrací. Setrvalý pokles úmrtnosti, změny v reprodukčním chování a celkové změny ve společenském uspořádání jsou hlavními příčinami tzv. demografického stárnutí populace (Čevela, Čeledová 2014:20). Tento proces se dotýká sfér sociálního a ekonomického vývoje společnosti, taktéž ale zasahuje do soukromé sféry-do mezigeneračních vztahů a vztahů uvnitř rodiny (Nešporová, Svobodová, Vidovičová 2008: 9). Dle ukazatelů charakterizujících věkovou strukturu v ČR dochází od 90. let ke změně demografické křivky. Nastává neustálý růst poproduktivní skupiny obyvatel s prognózami nejméně do roku 2050 (Nešporová, Svobodová, Vidovičová 2008: 9). Dle Vidovičové je v poslední době větší zájem zkoumat tento problém komplexněji, zaměřovat se již na cílenější otázky, které jsou v rámci komunitních plánů sociálních služeb řešeny.

Dle projekce obyvatelstva České republiky bylo v roce 2018 na našem území 2040,2 milionu obyvatel ve věku 65 a více, což tvořilo 19,2 % celkové populace ČR. V roce 2031 by to mělo být 2 428,4 milionu obyvatel a tvořili by již 22,5 %. Věková skupina 65-79 by konkrétně čítala 1691,7 milionu obyvatel, věková skupina 80 a více by poté čítala 736,8 tisíc obyvatel (ČSÚ, 2018). Zvyšující se počet seniorů tedy bude představovat ještě větší zátěž pro systém zdravotní a sociální péče.

Deinstitucionalizace v sociálních službách

Dle Matouška (2008) je deinstitucionalizace definována jako „*vlivný trend v soudobé sociální práci, který ve všech případech, kdy je to možné, prosazuje neústavní formy péče, jež jsou klientovi dobře dostupné a nevytrhují ho z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity.*“

Ústavní péče u nás byla nejvíce rozšířena v minulém století, kdy odpovídala tehdejšímu rozpoložení společnosti. Jednalo se o tvrdě institucionalizovaný model sociálních služeb. Péče zajišťovala základní životní potřeby a hmotné podmínky těm, kteří si je nebyli schopni zabezpečit sami. Lidé v ústavech byli vnímáni jako objekty péče a nebylo v jejich kompetencích měnit chod instituce – tím pádem ani svůj život (MPSV, 2013). Po roce 1989 se začal zvyšovat význam uživatelů sociálních služeb, do systému byly aplikovány principy lidských práv a vznikl zákon o sociálních službách (Čámský, Sembdner, Krutilová 2011). Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb (ambulantní, terénní a pobytové formy). Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, uživatelé nejsou vystavováni institucionalizaci (MPSV, 2015).

Sociální služby u nás

Zákon o sociálních službách vymezuje sociální službu jako činnost (nebo soubor činností), která zajišťuje podporu a pomoc osobám za účelem prevence sociálního vyloučení nebo sociálního začlenění. (Zákon č.108/2006 Sb.) Jedná se nejen o skupinu seniorů, taktéž sem spadají osoby

s handicapy fyzickými či mentálními, rodiny s dětmi, nezaměstnaní, či oběti trestných činů. Z hlediska forem poskytování sociální služby se tyto služby dělí na pobytové, ambulantní nebo terénní. Ambulantní služby jsou takové služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. (MPSV 2015).

Prvním typem je denní stacionář. Poskytuje od pondělí do pátku služby seniorům se sníženou soběstačností, kteří jsou v situaci, kdy vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby. Denní stacionáře nezajišťují ubytování přes noc. Jde o službu, kdy senior ráno přijde sám nebo s doprovodem, den stráví různými aktivitami a v odpoledních hodinách zase odchází domů. Dalším typem jsou centra denních služeb – ty poskytují v podstatě stejné služby jako denní stacionáře, ovšem klient sem nedochází pravidelně. Dále existuje odlehčovací služba, která se zaměřuje ne na nemocné klienty, ovšem na jejich pečovatele. Mají možnost odpočinku a chvíli na svůj vlastní klid. Posledním typem jsou sociálně aktivizační služby, které jsou poskytovány soběstačným osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením (MPSV 2017).

Ambulantní služby – žádoucí avšak nedostatečně rozšířené řešení

Po r. 1990 došlo k rozvoji nových forem především ambulantních sociálních služeb. Jejich nabídka však není rovnoměrná na území celé republiky. (Horecký, Průša 2012) Závažným problémem v oblasti celkové nabídky sociálních služeb je její velká nevyrovnanost. Z velké části je to ovlivněno lokální sociální politikou jednotlivých krajů. (Kotrusová a kol. 2010). Některé výzkumy ukazují, že ambulantní služby (denní stacionáře a odlehčovací služby) patří ke službám, jimiž je vybaven nejmenší počet správních obvodů obcí s rozšířenou působností. Dokonce se vyskytuje 54 správních obvodů, kde tyto služby nejsou dostupné vůbec (Průša a kol. 2015).

Dalším velkým problémem je malá informovanost potenciálních uživatelů a jejich rodin o tomto typu sociálních služeb (Kotrusová a kol. 2010, Kotrusová, Dobiášová, Vlčková 2018).

Příspěvek na péči

V české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí, které předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je primárně odpovědná rodina, přičemž formální, resp. státní služby bývají využívány až v situaci, kde neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají (Svobodová 2006).

V roce 2007 byla koncipována nová sociální dávka – příspěvek na péči. Mimo jiné bylo jejím cílem zvýšit prvek spoluúčasti občana při řešení jeho sociální situace, nastartovat proces deinstitutionalizace a individualizace péče a zajistit přechod od „pasivního závislého pacientství“ k „aktivnímu klientství“. Dle dosavadních šetření se tyto cíle bohužel nepodařilo realizovat v plném rozsahu. „více než dvě třetiny příjemců příspěvku na péči nevyužívají pro zabezpečení svých potřeb služeb žádného registrovaného poskytovatele sociálních služeb, necelá jedna pětina využívá služby v pobytových zařízeních, necelá jedna desetina v terénních zařízeních a necelá jedna dvacetina v ambulantních zařízeních“ (Průša a kol. 2015).

Zde můžeme vidět, že využívání rezidenčních služeb (pobytových zařízení) dle rozdělování příspěvku na péči, stále převažuje nad alternativami jako jsou právě služby ambulantní. Dostáváme se tedy do rozporu se současným trendem deinstitutionalizace.

2. Výzkumné cíle a otázky

Zkoumám ambulantní sociální služby pro seniory ve vybraných městských částech hl. města Prahy, protože chci zjistit, jak probíhá jejich poskytování v praxi, co přináší tyto služby svým uživatelům a zda jsou nějaké překážky v čerpání této péče. Skrze svůj výzkum bych ráda zjistila odlišnosti jednotlivých městských částí a taktéž, zda se ambulantní sociální služby drží trendu deinstitutionalizace.

V své práci se tedy budu zabývat ambulantními sociálními službami pro seniory. Nejprve budu zjišťovat legislativní nastavení této oblasti sociálních služeb, její financování. Popíši jednotlivé typy zařízení, které tuto formu služeb poskytují. Taktéž se budu zabývat podmínkami, které musí zřizovatel splňovat, aby dosáhl registrace této služby apod. Následně se zaměřím na ambulantní sociální služby ve dvou městských částech hl. města Praha. Konkrétně budu zkoumat Prahu 7, která díky nižšímu podílu seniorů oproti hl. městu Praha zastupuje „mladší“ městskou část (Soukup, 2016) a poté Prahu 11, která je dle Ing. Petra Jiravy, starosty Prahy 11, naopak druhou nejstarší městskou částí (i60.cz). Budu analyzovat dostupná data týkající se ambulantních služeb pro seniory ve vybraných městských částech a dokumenty veřejné politiky, které s touto oblastí souvisí (rozvojové či strategické plány, analýzy, výroční zprávy zařízení apod.).

Zároveň budu na ambulantní služby nahlížet pohledem expertů, kteří se v této oblasti dlouhodobě pohybují (pracovníci ambulantních služeb v přímé péči, řídicí pracovníci, odpovědní pracovníci na úrovni městských částí).

Výzkumné otázky:

- 1) Jaké je legislativní nastavení ambulantních služeb pro seniory v ČR?
- 2) Jaká je nabídka a využití jednotlivých ambulantních sociálních služeb pro seniory ve vybraných městských částech a jak se vyvíjí? Z dokumentů
- 3) Jaké jsou problémy v poskytování ambulantních sociálních služeb pro seniory ve vybraných městských částech hl. města Praha pohledem expertů?
- 4) Jaké jsou překážky rozvoje ambulantních sociálních služeb pro seniory ve vybraných městských částech hl. města Praha pohledem expertů?
- 5) Jaká je dostupnost a bariéry dostupnosti ambulantních sociálních služeb ve vybraných městských částech pohledem expertů?
- 6) Jak se liší oblast ambulantních služeb pro seniory ve vybraných městských částech a co je pro sledované městské části v této oblasti společné?

3. Předpokládaná metodologie

Pro mou práci využiji kvalitativní přístup, ve které se budu snažit zjistit co nejvíce o mém zkoumaném jevu. Ambulantní sociální služby na území Prahy budu zkoumat skrze sběr primárních dat formou kvalitativních polostrukturovaných rozhovorů v kombinaci se studiem již dostupných dokumentů a dat.

V první fázi výzkumu provedu tzv. „desk research“, tj. studium dokumentů, kdy se zaměřím převážně na veřejně politické dokumenty jako jsou zákony související s poskytováním sociálních služeb, strategické dokumenty, dokumenty o regionálním plánování sociálních služeb a v neposlední řadě na výsledky již dříve provedených výzkumů a dostupná statistická data.

Na „desk research“ navážu vlastním empirickým šetřením. V první fázi bych chtěla provést systematizující expertní šetření. Dotazovat bych chtěla experty na danou problematiku se zaměřením na vybrané městské části hl. města Prahy. Jednalo by se o experty z následujících oblastí: pracovník zdravotně sociálního odboru městské části, vedoucí pracovník zařízení poskytujícího ambulantní sociální služby, pracovník ambulantní sociální služby v přímé péči, a případně další. Tyto poznatky doplním, v případě potřeby, přímým pozorováním v zařízení ambulantních služeb, za účelem upřesnění dostupnosti ambulantní péče (bezbariérovost zařízení,

jednotlivé vybavení apod.)

Pro každou skupinu respondentů budu mít předpřipravenou částečně odlišnou sadu otázek. Jelikož se však jedná o polostrukturované rozhovory, nebudu se muset držet striktně předem daného scénáře a průběh rozhovoru bude více v mých rukou. Proto zejména u expertního šetření (např. u ředitelů, či zaměstnanců sociálních zařízení) se budu zaměřovat cíleně na expertní vědění daného respondenta. Za experty jsou dle Bognera a kol. (2009) považováni jedinci, jež disponují spektrem důležitých znalostí, informací a kompetencí a zároveň představují a vyzdvihují konkrétní řešení problému. Expert v rámci expertního šetření zastupuje svou instituci, se kterou ale vždy nemusí být ve shodě, v některých případech může zdůraznit, že poskytnuté informace neprezentují názory instituce, nýbrž se jedná pouze o názory jeho osoby. Budu provádět kombinaci explorativního a systematizujícího expertního šetření, které popsal Bogner a kol. (2009). V explorativním šetření výzkumník zjišťuje prvotní informace a na jejich základě si poté tvoří svůj počáteční vzhled do problematiky. Zde se budu snažit zjistit konkrétní problémy z pohledu expertů. V systematizujícím expertním šetření dochází k systematickému vyhledávání informací, k hlubšímu porozumění zkoumaného problému, ke komparaci a systematickému shromáždění odlišných dat.

Následně budu provádět analýzu výpovědí zaměřených na příležitosti a překážky v tomto odvětví. Budu provádět tematickou analýzu. Tento druh kódování je vhodný v případě, kdy se snažíme popsat, jak jsou sociálně distribuovány různé pohledy na určitý jev (Švaříček, Šedřová, 2014). Provedu otevřené kódování veškerého materiálu, ale další analytický postup budu držet pouze v rámci jednotlivých případů – jednotlivých expertů. Získám určitou typologii zahrnující různé druhy škál. Budu postupovat dle Švaříčka a Šedřové (2014): Kategorizuji si kódy na úrovni jednotlivých případů a poté budu hledat linky mezi nimi. Budu sledovat četnost, shodnost, či slučitelnost kategorií a následně je budu řadit do „nad kategorií“.

5. Základní literatura k tématu

BOGNER, A, B. LITTIG, W. MENZ (eds.). *Interviewing Experts*. New York: Palgrave Macmillan, 2009. ISBN 978-1-349-30575-9

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D.: *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČSÚ, *Projekce obyvatelstva České republiky - 2018-2100*, 2018

HORECKÝ, J., PRŮŠA, L. *Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012, ISBN 978-80-904668-3-8

JANEČKOVÁ, H., DRAGOMIRECKÁ, E. *Sociálně intervenční projekty zaměřené na ovlivnění aktuální situace rodinných pečujících a podporu rodinných pečujících v komunitě*. Fórum sociální práce, 2018, Special Issue, 58-77

KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., VLČKOVÁ, K. *Senioři jako pasivní pacienti nebo aktivní klienti? Komparativní analýza policy designu sociálních služeb pro seniory v České a Slovenské republice*, příprava pro publikaci 2018.

KOTRUSOVÁ, M., JANEČKOVÁ, H., ANGELOVSKÁ, O., DOBIÁŠOVÁ, K. *Potřeba sociálně-zdravotních služeb pro seniory v Praze. Reflexe současného stavu*. Zdravotnictví v České republice 2/XV/2012, str. 11-19

PRŮŠA, L., BAREŠ, P., HOLUB, M., ŠLAPÁK, M., *Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování*. VÚPSV, v.v.i., Praha 2015, 137 s., ISBN 978-80-7416-234-3

MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0

MPSV. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*. , MPSV Praha, 2015

MPSV. Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb. Praha: MPSV, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0

NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-87007-96-9.

SOUKUP, Tomáš. Demografická studie MČ Praha 7, Výzkumy Soukup, Červen 2016

SVOBODOVÁ, Kamila. *Genderové aspekty stárnutí: rodina a péče o seniory*. Demografie 48 (4): 256-261, 2006.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

VÁVROVÁ, Soňa, VACULÍKOVÁ, Jitka. *Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku*. Sociální práce. 2017, vol. 17, issue 6.

VÚPSV. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha, 2008.

VÚPSV. Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením ZVZ 209. VÚPSV, v.v.i. Praha 2010, ISBN 978-80-7416-048-6

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

Internetové Zdroje:

Denik.cz. *Stáří se obává polovina Čechů. Obce pro důchodce nemají dostatek vhodných bytů* [online]. Dostupné z: <https://www.denik.cz/ekonomika/polovina-cechu-se-obava-stari-obce-pro-duchodce-nemaji-dostatek-vhodnych-bytu-20181001.html>

MPSV [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>

i60.cz. Portál pro aktivní seniory. *Praha 11 je věkem obyvatel druhou nejstarší městskou částí Prahy, říká starosta Ing. Petr Jirava* [online]. 7.3.2018. Dostupné z: <https://www.i60.cz/clanek/detail/19193/praha-11-je-vekem-obyvatel-druhou-nejstarsi-mestskou-casti-prahy-rika-starosta-ing-petr-jirava>

Obsah

1	Úvod	2
1.1	Cíle a výzkumné otázky.....	2
2	Metody výzkumu	3
2.1	Výběr případů a sběr dat.....	3
2.2	Výzkumný vzorek a průběh sběru dat.....	4
2.3	Analýza dat.....	5
3	Výklad základních pojmů	6
3.1	Stáří a stárnutí.....	6
3.1.1	Změny ve stáří.....	7
3.1.2	Periodizace stáří.....	7
3.2	Demografické stárnutí populace.....	8
3.2.1	Situace v České republice.....	8
3.3	Péče o seniory.....	10
3.3.1	Péče rodiny.....	10
3.3.2	Zdravotní péče.....	11
3.3.3	Sociální péče.....	11
3.4	Deinstitucionalizace.....	11
3.4.1	Historie deinstitucionalizace.....	12
3.4.2	Trend deinstitucionalizace v České republice.....	12
3.4.3	Deinstitucionalizace v sociálních službách.....	13
4	Teoretické a hodnotové konceptuální ukotvení práce	13
4.1	Lokální welfare state.....	13
4.2	Ageing in place.....	15
4.3	Komunitní integrovaná péče.....	16
4.4	Dostupnost.....	17
5	Systém sociálních služeb v České republice	18
5.1	Financování sociálních služeb.....	19
5.2	Ambulantní služby.....	20
5.2.1	Druhy ambulantních služeb pro seniory.....	20
6	Rozbor vícečetné případové studie	21
6.1	Praha 7.....	21
6.2	Praha 11.....	24
6.3	Interpretace zjištění a komparace.....	26
	Závěr	32
	Použitá literatura	34
	Seznam příloh	38
	Přílohy	38

1 Úvod

Stáří je důležitou fází života každého z nás. Starších lidí stále přibývá a proto se v moderní společnosti oblast sociálních služeb o seniory pomalu dostává do popředí pozornosti. Vychází to ze stále větší snahy zlepšovat kvalitu života lidí této cílové skupiny a taktéž z všeobecně známého procesu demografického stárnutí populace. Tento fenomén zasahuje i českou společnost. Nasvědčuje tomu současný stav naší populace, včetně prognóz do budoucna, které jsou každoročně vytvářeny Českým statistickým úřadem. Dle prognózy do roku 2065 dojde k největší změně ve věkové kategorii 65 a víceletých: „*Absolutně jejich počet vzroste ze současných 1,56 mil. na 2,97-3,90 mil. Jejich relativní zastoupení v populaci se posune z dnešních 14,9 % na 31,5-32,8 %.* Základním rysem vývoje obyvatelstva České republiky v nadcházejících desetiletích tak bude jednoznačně progresivní stárnutí.“ (Český statistický úřad, 2009 s.52) Můžeme tedy očekávat potřebu narůstajících výdajů právě v sociální a zdravotní sféře.

„*Jedním z důležitých přání seniorů je touha dožít u sebe doma. Starší lidé neradi mění své zvyky a místa, na která jsou zvyklí.*“ (Karel Schwarz, předseda Evropské sítě proti chudobě a sociálnímu vyloučení v ČR in Denik.cz) Toto je více méně známý fakt. Lidé si přejí zestárnout ve svém přirozeném prostředí, ve svých domovech. Je to místo, které dobře znají a strávili v něm často celý svůj život. Vyvolává v nich pocit pohody, klidu a bezpečí. Rodina má významné místo v péči o seniora, jelikož mu vytváří sociálně podpůrné prostředí. (Mlýnková, 2011, s. 42) Určitými kroky, má možnost prodloužit jeho pobyt doma a maximálně oddálit nástup do institucionálního zařízení.

Systém sociálních služeb je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách založen na pobytové, terénní a ambulantní formě poskytování sociální péče. Moje práce se již podle názvu zabývá ambulantní formou péče o seniory, jakožto jednou z možností, která pobyt seniorů v domácím prostředí umožňuje. Soustředím se na ambulantní sociální služby jako na nejméně popsanou formu sociálních služeb, často mylně spojovanou právě s terénními službami, které si již v systému sociálních služeb získaly adekvátní pozornost. S ohledem na relativní neprobádanost oblasti ambulantních služeb bude přínosem i samotná deskripce, co přesně k těmto službám patří, zda jsou jednotlivé formy poskytování od sebe odděleny, nebo zda se překrývají s ostatními formami sociálních služeb. Poté se zaměřím na zmapování této formy služby na určitém území, konkrétně se bude jednat o komparaci dvou městských pražských částí.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala proto, že cílová skupina seniorů je mi velmi blízká a ideálně bych se jí v budoucnu ráda zabývala. Taktéž jsem chtěla zjistit, jak je na tom v oblasti ambulantních služeb městská část, ve které žiji, v komparaci s jinou městskou částí.

1.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem mé práce je zjistit, jak fungují ambulantní sociální služby pro seniory ve vybraných městských částech hl. města Prahy. Zjišťuji, jakým způsobem je možné čerpat tyto služby a zda jsou nějaké překážky právě v čerpání, poskytování a rozvoji této péče. Skrze svůj výzkum identifikuji odlišnosti jednotlivých městských částí a taktéž, zda je současné poskytování ambulantních sociálních služeb pro seniory v souladu s trendy deinstitutionalizace, konceptu ageing in place a komunitní péče.

Pro dosažení výzkumných cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- Jaké je legislativní nastavení ambulantních služeb pro seniory v ČR?

- Jaká je nabídka a využití jednotlivých ambulantních sociálních služeb pro seniory ve vybraných městských částech a jak se vyvíjí?
- Jaké jsou problémy v poskytování ambulantních sociálních služeb pro seniory ve vybraných městských částech hl. města Praha pohledem expertů?
- Jaké jsou překážky rozvoje ambulantních sociálních služeb pro seniory ve vybraných městských částech hl. města Praha pohledem expertů?
- Jaká je dostupnost a bariéry dostupnosti ambulantních sociálních služeb ve vybraných městských částech pohledem expertů?
- Jak se liší oblast ambulantních služeb pro seniory ve vybraných městských částech a co je pro sledované městské části v této oblasti společné?

2 Metody výzkumu

Tato práce bude vycházet z rámce kvalitativního výzkumného přístupu, který se „snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem (...) Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme“ (Strauss, Corbin, 1999, s. 11). Tento přístup se jeví jako nejvhodnější volba, jelikož se jedná o proces zkoumání, který zohledňuje různé metodologické tradice. „Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Creswell, 1988, cit. dle Hendl, 2005, s. 50)

V souvislosti s výzkumnými otázkami bude mít práce formu vícečetné případové studie, která se zaměřuje na „sbírání velkého množství dat od jednoho, nebo několika málo jedinců“ (Hendl, 2005, s. 104), v našem případě dvou městských částí. Jedná se o jeden ze základních výzkumných designů, který nám pomáhá porozumět složitosti jevů. Jednotlivé případy jsou součástí integrovaného systému s jasně vymezenými prostorovými i časovými hranicemi. Výzkum se zásadně provádí v co nejpřirozenějším prostředí a jsou využívány všechny dostupné zdroje i metody sběru dat (Yin, 2003, cit. dle Švaříček, Šedová 2007, s. 97).

V souladu s požadavky na vícečetnou či mnohonásobnou případovou studii neaplikuji pro výběr případů o náhodný výběr, avšak předem promyšlený a cílený výběr (Hendl, 2005, s. 110). Jednotlivé městské části tak nebyly vybrány zcela náhodně (viz dále kapitola 2.1.). Je také třeba upozornit, že výsledky mého šetření není možné zobecnit pro ostatní případy, ale mohou přispět k lepšímu porozumění případů jim podobným.

Je také nutno upozornit na další omezení kvalitativního přístupu, kdy získaná znalost může být zkreslena samotnou osobou výzkumníka (Hendl, 2005, s. 52).

2.1 Výběr případů a sběr dat

Jednotlivé městské části jsem zvolila z více důvodů. Městská část Praha 11 patří, co se týče střední délky života, k jedné z nejstarších městských částí na území hl. m. Prahy. Dle ČSÚ (2017) tento demografický ukazatel taktéž každý rok stoupá. Patří ke správnímu obvodu, který zaznamenal

nejvyšší nárůst obyvatel ve věku 65 a více za posledních 10 let (ČSÚ, 2015, s. 9). Oproti tomu městská část Praha 7 patří k „mladším“ městským částem a spolu s faktem, že střední délka života obyvatel na tomto území postupně klesá, představuje ideální protikladný příklad. Zároveň jsem tuto část zvolila i z pragmatických důvodů, protože se jedná o část Prahy, kam spadá mé bydliště. Pro mou vícečetnou případovou studii bude tedy sloužit komparace městských částí Praha 7 a 11. Konkrétní údaje o průměrném věku jednotlivých městských částí hl. m. Praha jsou dostupné v Příloze 1.

V první fázi výzkumu jsem provedla tzv. „desk research“, tj. studium příslušných dokumentů, kdy jsem se zaměřila na sběr a analýzu sekundárních dat. Soustředila jsem se převážně na veřejně politické dokumenty, jako jsou zákony a vyhlášky související s poskytováním sociálních služeb, strategické dokumenty, dokumenty o regionálním plánování sociálních služeb a v neposlední řadě na výsledky již dříve provedených výzkumů a dostupná statistická data. Nejvíce jsem čerpala ze Střednědobé koncepce rozvoje sociální politiky, sociálních a zdravotnických služeb 2018–2022 Prahy 7 a Koncepce rozvoje sociálních a návazných služeb na území městské části Praha 11 v letech 2016 až 2020.

Data získaná z těchto veřejně politických dokumentů jsem poté doplnila o primární data získaná mým vlastním empirickým šetřením. Prováděla jsem kombinaci explorativního a systematizujícího expertního šetření, které popsal Bogner a kol. (2009). V explorativním šetření výzkumník zjišťuje prvotní informace a na jejich základě si poté tvoří svůj počáteční vzhled do problematiky. Zde jsem se snažila zjistit konkrétní problémy z pohledu expertů. V systematizujícím expertním šetření dochází k systematickému vyhledávání informací, k hlubšímu porozumění zkoumaného problému, ke komparaci a systematickému shromáždění odlišných dat.

Dotazovala jsem experty z oblasti relevantní pro danou problematiku se zaměřením na vybrané městské části hl. města Prahy. Jednalo se o experty z následujících oblastí ve třech úrovních plánování a poskytování ambulantní péče pro seniory: pracovník zdravotně sociálního odboru městské části, vedoucí pracovník zařízení poskytujícího ambulantní sociální služby, pracovník ambulantní sociální služby v přímé péči.

Pro každou jednotlivou skupinu respondentů jsem připravila odlišnou sadu otázek. První část scénáře rozhovoru byla pro všechny respondenty stejná, druhá část se zaměřovala na odlišné otázky dle pozice dotazovaného experta. Jelikož se jednalo o polostrukturované rozhovory, nebylo nutné se zcela striktně držet předem daného scénáře. Otázky bylo možné upravovat na základě průběhu daného rozhovoru. Proto zejména u ředitelů či zaměstnanců sociálních zařízení jsem se zaměřovala cíleně na expertní vědění daného respondenta. Za experty jsou dle Bognera a kol. (2009) považováni jedinci, jež disponují spektrem důležitých znalostí, informací a kompetencí a zároveň představují a vyzdvihují konkrétní řešení problému. Expert v rámci expertního šetření zastupuje svou instituci, se kterou ale vždy nemusí být ve shodě, v některých případech může zdůraznit, že poskytnuté informace neprezentují názory instituce, nýbrž se jedná pouze o názory jeho osoby.

2.2 Výzkumný vzorek a průběh sběru dat

Na základě předchozího „desk research“ jsem si stanovila 3 oblasti týkající se sociálních ambulantních služeb. Rozdělila jsem je do 3 kategorií: pracovník zdravotně-sociálního odboru

městské části, vedoucí pracovník zařízení poskytujícího ambulantní sociální služby, vedoucí pracovník ambulantní sociální služby v přímé péči. Následně jsem pomocí e-mailu kontaktovala respondenty za účelem rozhovoru.

Tabulka č. 1

	městská část	instituce	pracovní pozice	délka rozhovoru
Respondent č.1	Praha 11	Úřad	pracovník zdravotně-sociálního odboru	30 minut
Respondent č.2	Praha 7	Úřad	pracovník zdravotně-sociálního odboru	40 minut
Respondent č.3	Praha 11	Denní stacionář	vedoucí pracovník ambulantní sociální služby v přímé péči	40 minut
Respondent č.4	Praha 7	Denní stacionář	vedoucí pracovník ambulantní sociální služby v přímé péči	40 minut
Respondent č.5	Praha 7	Pečovatelské centrum	vedoucí pracovník zařízení poskytujícího ambulantní sociální služby	30 minut
Respondent č.6	Praha 11	Domov pro seniory	vedoucí pracovník zařízení poskytujícího ambulantní sociální služby	55 minut

Zdroj: Autorka

Již během e-mailové komunikace bylo respondentům sděleno zkoumané téma. Někteří respondenti si vyžádali poskytnutí jednotlivých okruhů otázek předem. Před začátkem každého rozhovoru dostal respondent k přečtení informovaný souhlas o průběhu rozhovoru, byl seznámen s tím, že bude docházet k nahrávání rozhovoru na diktafon a poté dojde k jeho anonymizaci. Délka jednotlivých rozhovorů se lišila na základě časového vytížení respondentů, ochoty podávat rozhovor a zainteresovanosti ve zkoumané problematice. Konkrétní doba jednotlivých rozhovorů je k vidění v Tabulce č. 1.

Rozhovory probíhaly více méně dle předpřipravené struktury. V některých částech se respondenti rozmluvili o tématech pro mě ne úplně relevantních, tak bylo potřeba je danými otázkami vrátit do zkoumané problematiky. Během rozhovorů jsem přidala i otázky, které mě spontánně napadaly v průběhu rozhovoru a přišli mi k relevantní. Na konci každého rozhovoru měl respondent prostor dodat další podstatné informace, na které se dle jeho názoru rozhovor konkrétně nezaměřil.

2.3 Analýza dat

Pro analýzu primárních dat jsem zvolila tématickou analýzu, protože je vhodná „pro získání

odpovědí na výzkumné otázky o lidských zkušenostech a jejich názorech“ (Hendl, 2016, s.264), což je ideální v mém případě, kdy jsem se ptala respondentů z řad expertů. Tento druh kódování umožní zjistit, jak jsou sociálně distribuovány různé pohledy na určitý jev (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 229).

Jednotlivé rozhovory jsem přepsala, přičemž byla vynechána jen výplňková slova či nerelevantní informace k mému tématu. Přímé citace v textu jsou tedy již bez výplňových slov.

K analýze dat jsem použila tematickou analýzu (Braun a Clarke 2006), která se díky své flexibilitě hodí k analýze dat získaných z expertního šetření. Všechny přepisy textů jsem pečlivě přečetla a postupovala jsem nejprve deduktivní metodou, kdy jsem na základě prostudované literatury hledala v datech konkrétní témata. Ze shromážděných dat se ale „vynořila“ i některá nová témata. Získala jsem určitou typologii zahrnující různé druhy témat. Následně jsem postupovala dle Švaříčka a Šedřové (2014, s.230): Různá témata na úrovni jednotlivých případů jsem se snažila propojovat a hledat linky mezi nimi. Sledovala jsem četnost, shodnost, či slučitelnost témat následně je řadila do „nad kategorií“.

Konkrétně se jednalo o 8 nadřazených kategorií (viz interpretace dat). Skrze tyto kategorie jsem se snažila odpovědět na výzkumné otázky, stanovené na začátku této práce. Výsledky tematické analýzy sloužili pro obě analytické části mé práce. Jednotlivé úryvky se promítají jak v jednotlivých případech samotných městských částí, tak i v jejich komparaci.

3 Výklad základních pojmů

3.1 Stáří a stárnutí

Stárnutí je celoživotním biologickým procesem. Jedná se o neodvratnou životní fázi, která jakožto závěrečná vývojová etapa uzavírá život jedince. Pro tuto fázi jsou charakteristické změny v biologické, psychické i sociální oblasti.

Obecně se dá shrnout, že se jedná o: *„hromadění různých škodlivých změn, k nimž dochází v buňkách a tkáních s narůstajícím věkem a které jsou zodpovědné za zvýšené riziko onemocnění a úmrtí“ (Ondrušová, 2011, s.15).*

Dle Thelenové (2010, s. 9-10) se jedná o *„proces, který má významné sociální důsledky a ovlivňuje sociální situaci ve stáří, zároveň je stárnutí nevyhnutelným dějem, který je součástí přirozeného průběhu životního cyklu člověka a každý jedinec může svým životním stylem významně ovlivnit jeho průběh i konkrétní podobu svého stáří jako finální životní etapy“.*

Existuje mnoho teorií zabývajících se stárnutím. Hrozenská (2013) je rozděluje na dvě hlavní kategorie. První skupina teorií se nazývá stochastické (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Mezi ně spadá např. teorie opotřebování, kdy je stárnutí vysvětleno skrze poškozené struktury a funkce lidského těla. Druhá skupina jsou teorie nestochastické, které si stárnutí vysvětlují jako proces vedoucí ke změnám v genech (např. genetická teorie, založena na dědičnosti věku rodičů, či mutační teorie, vyložena skrze mutace, které se během celého života ukládají v somatických buňkách jedince).

3.1.1 Změny ve stáří

Lidé ve věku 75 a více, které označujeme za skutečně starší, již vykazují snížení fyzických a i psychických sil. Taktéž se změny dají pozorovat na jejich zevnějšku, ať už na barvě vlasů, ve tváři, v gestech, či v chůzi. Dochází i ke stárnutí smyslů. U starších lidí byl zpozorován vyšší práh citlivosti u hmatu, nebo oslabení rozlišování chutí (Haškovcová, 2010, s. 31). Obecně je stáří, dle mnohých výzkumů zapříčiněno poruchou syntézy bílkovin v těle a pokračováním programu, který „začíná nitroděložním vývojem, tedy embryem, pokračuje růstem a vývojem orgánů a končí stárnutím a nakonec smrtí“ (Hrozenská, 2013, s. 28).

Mlýnková (2011, s. 14-15) popisuje „fyzickou křehkost stáří“. Jedná se o stav, který může být spojen se zvýšeným sklonem k různým onemocněním organismu a následného zvyšování závislosti na druhých osobách. Mezi hlavní příčiny zahrnuje:

- Sníženou svalovou sílu
- Sníženou fyzickou schopnost (snižuje se rychlost chůze)
- Ztrátu kostní hmoty a minerálů v kostech
- Sníženou imunitu
- Sníženou fyzickou výkonost a vytrvalost
- Narušení pohyblivosti a tělesné rovnováhy

3.1.2 Periodizace stáří

Dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization=WHO) jsou od 60. let přijaty následující periodizace lidského života:

- 30–44 let: dospělost
- 45–59 let: střední věk (nebo též zralý věk)
- 60–74 let: senescence (počínající, časná stáří)
- 75–89 let: kmetství (osoby pokročilého, vysokého věku, vlastní stáří)
- 90 a více let: patriarchum (období dlouhověkosti)

(Ondrušová, 2011, s.17)

Členění stáří seniorů je poté následující:

- 65–74 let: mladí senioři
- 75–84 let: stáří senioři
- 85 let a více: velmi staří senioři

(Malíková, 2011, s. 14)

Taktéž existuje pojem kalendářní stáří, které je dané věkem člověka a biologické stáří, podmíněné zdatností, vitalitou a zdravím, přičemž kalendářní věk nemusí vůbec odpovídat věku biologickému (Mlýnková, 2011, s.14).

Každý jedinec stárne odlišně. Stáří by se dalo ohraničit dvěma časovými body. Za horní věkovou hranici jednoznačně považujeme smrt člověka. Spodní hranice se již nedá vymezit tak jasně. Je dána jevy a procesy, které tvoří stáří, ovšem přicházejí do našeho života postupně a individuálně, což podporuje jedinečnost každého z nás. Časová diferenciací nástupu těchto jevů je

ovlivněna genetickým základem jedince, jeho životní historií a taktéž společenskými a kulturními faktory (Sak, Kolesárová, 2012, s. 14). Stárnutí je diskontinuálním procesem, což znamená, že v určitých obdobích člověk stárne rychleji a nebo naopak pomaleji. Prakticky bychom mohli říci, že rané stáří je reprezentováno „mladými seniory“ a teprve od 75 let věku můžeme hovořit o skutečném stáří (Haškovcová, 2010, s. 20).

Podle vývoje a proměn společnosti se mění stáří a jeho atributy. Taktéž můžeme sledovat generační podoby stáří, které jsou tím odlišnější, čím žila generace v dynamičtější době. Již např. fakt, že senioři před sto lety měli téměř o 30 let nižší délku života ukazuje generační odlišnost (Sak, Kolesárová, 2012, s. 14).

3.2 Demografické stárnutí populace

Demografie je věda zabývající se složením a pohybem lidských populací. Složení obyvatelstva vychází s dlouhodobých reprodukčních procesů a společenských podmínek. Demografický vývoj je charakterizován stárnutím populace, které ovšem probíhá odlišně v zemích hospodářsky vyspělých a rozvojových. Populační stárnutí a samotné stáří souvisí s věkovou strukturou společnosti, s podílem lidí různých věkových skupin a právě se základními demografickými procesy. K základním demografickým pojmům patří porodnost (natalita), úmrtnost (mortalita), střední délka života (naděje dožití), průměrný věk ve vztahu k různým proměnným, věková struktura obyvatelstva a jeho migrace (Ondrušová, 2011, s.18).

Setrvalý pokles úmrtnosti, změny v reprodukčním chování a celkové změny ve společenském uspořádání jsou hlavními příčinami tzv. demografického stárnutí populace (Čevela, Čeledová 2014, s. 20). Tento proces se dotýká sfér sociálního a ekonomického vývoje společnosti, taktéž ale zasahuje do soukromé sféry - do mezigeneračních vztahů a vztahů uvnitř rodiny.

Významným nástrojem pro mezinárodní srovnání je již zmíněný demografický ukazatel střední délka života (naděje dožití). Je definován jako „počet let, kterých se pravděpodobně jedinec dožije, pokud se nezmění specifická úmrtnost. Nejčastěji se určuje střední délka života při narození a stanovuje se zvlášť pro muže a ženy“ (Ondrušová, 2011, s.21). Organizace spojených národů uvedla, že počet lidí ve věku 60 a více let se v poměru k celosvětové populaci více než zdvojnásobí, konkrétně z 880 milionů v roce 2012 na 2 miliardy do roku 2050, přičemž se největší nárůst předpokládá ve věkové skupině 80 a více. Současně se téměř zdesetinásobí počet stoletých lidí do roku 2050 (Iecovich, 2014, s. 21).

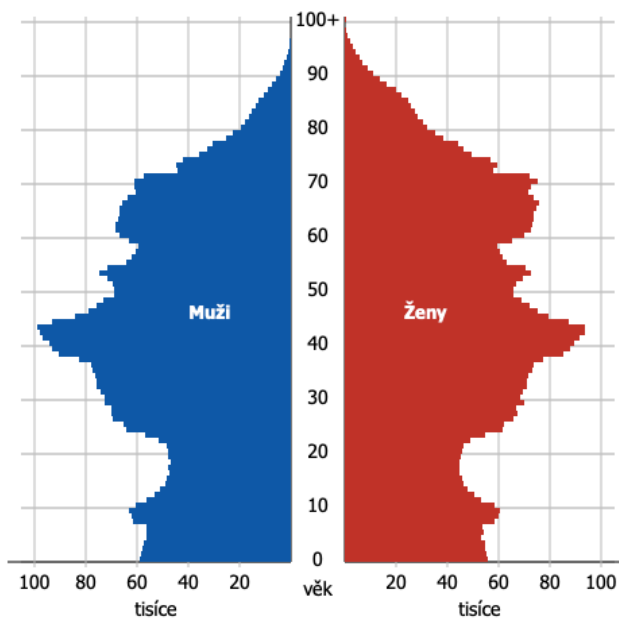
3.2.1 Situace v České republice

V České republice, ve srovnání s ostatními západoevropskými společnostmi, probíhá stárnutí populace s lehkým zpožděním (Sak, Kolesárová, 2012, s. 86). Dle ukazatelů charakterizujících věkovou strukturu v ČR dochází od 90. let ke změně demografické křivky. Nastává neustálý růst poproduktivní skupiny obyvatel s prognózami nejméně do roku 2050 (Nešporová, Svobodová, Vidovičová 2008, s. 9). Probíhá přeměna tradičního východoevropského modelu reprodukčního chování, charakterizovaného vysokou úrovní plodnosti, úmrtnosti, vysokou sňatečností a nízkým věkem lidí vstupujících do manželství v model západoevropský. Zde příznačná nižší sňatečnost, plodnost a lepší úmrtnostní poměry (Ondrušová, 2011, s.21).

Radikální prodlužování věku v posledních generacích představuje zásadní civilizační změnu. Od počátku 20. století došlo k prodloužení střední délky života asi o 30 let (Sak, Kolesárová, 2012, s. 91). Na začátku 21. století je očekávaná doba života v České republice pro muže 74,2 let, pro ženy dokonce 80,3 let. Odhady do roku 2065 uvádějí střední délku života u mužů 86,5 a u žen dokonce 91 let. (Haškovcová, 2010, s. 23).

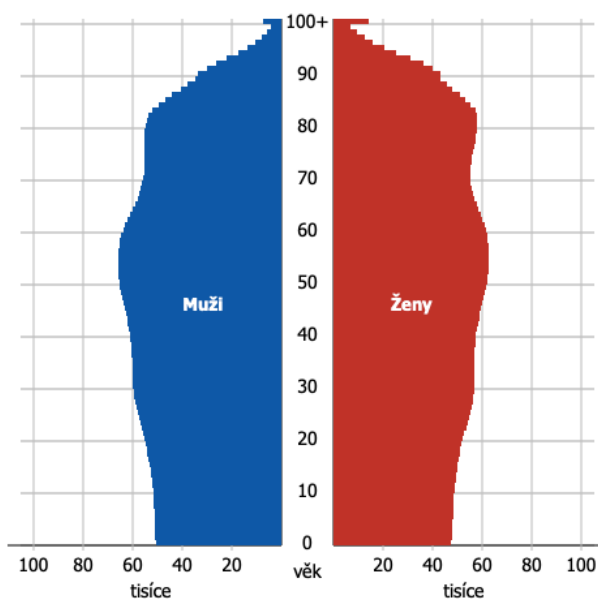
Níže uvádím dva grafy znázorňující věkovou strukturu obyvatelstva ČR v roce 2015 a poté prognózu pro rok 2101.

Graf č. 1: Věková struktura České republiky k 31.12. 2015



Zdroj: ČSÚ, věková struktura (31. 12. 2017)

Graf č. 2: Projekce obyvatelstva České republiky k 1.1. 2101



Zdroj: ČSÚ, Projekce obyvatelstva (1950-2101)

Změna počtu obyvatel ČR v letech 2013-2050 dle projekce ČSÚ (2014)

	2013	2020	2030	2040	2050	změna 2013/2030	změna 2013/2050
0-14	1 560 296	1 616 190	1 398 151	1 309 250	1 332 721	-162 145	-227 575
15-64	7 188 211	6 744 462	6 570 871	6 182 981	5 656 010	-617 340	-1 532 201
20-64	6 677 946	6 271 291	6 024 619	5 712 416	5 218 801	-653 327	-1 459 145
55-64	1 466 023	1 296 630	1 411 443	1 509 998	1 301 957	-54 580	-164 066
65+	1 767 618	2 141 793	2 459 340	2 763 530	3 062 047	691 722	1 294 429
55-64 (% v popula- ci 20-64 let)	22,0	20,7	23,4	26,4	24,9	1,5	3,0
65+ (% v popula- ci celkem)	16,8	20,4	23,6	26,9	30,5	6,8	13,7
20-64 (%)	63,5	59,7	57,8	55,7	51,9	-5,7	-11,6
Celkem	10 516 125	10 502 445	10 428 362	10 255 761	10 050 778	-87 763	-465 347

Zdroj: Politika přípravy na stárnutí v České republice 2015

Dle nejnovější projekce obyvatelstva České republiky bylo v roce 2018 na našem území 2,040 milionu obyvatel ve věku 65 a více, což tvořilo 19,2 % celkové populace ČR. V roce 2031 by to mělo být 2,428 milionu obyvatel a tvořili by již 22,5 %. Věková skupina 65-79 by konkrétně čítala 1 691,7 milionu obyvatel, věková skupina 80 a více by poté čítala 736,8 tisíc obyvatel (ČSÚ, 2018).

Demografické stárnutí neprobíhá v naší republice rovnoměrně, jednotlivé kraje se od sebe diferencují. Obecně by se dalo říci, že největší procentuální zastoupení seniorů vykazují zejména velká města a jejich zázemí. Naopak pohraniční oblasti vykazují vyšší podíl dětí na celkové populaci.

Co se týče hlavního města Prahy, podíl osob ve věku 65+ dosahuje 18,2 % všech obyvatel, což je více, než je celorepublikový průměr (17,8 %). Největší nárůst v průběhu let ukazuje skupina 85 a více let, která tvoří 11,5 % všech seniorů (ČSÚ, 2015, s.9).

3.3 Péče o seniory

Česká republika se opírá o tradiční model poskytování péče nesoběstačným členům. Za své blízké je v tíživé situaci primárně odpovědná rodina – tj. neformální péče. Formální služby zasahují až v případě, kdy neformální poskytovatelé neexistují, či nejsou schopni péči zajistit. Zdravotní a sociální péči od sebe nejde jednoduše oddělit, jelikož v praxi jsou zdravotní problémy doplňovány sociálními a naopak (Dvořáčková, 2015, s. 60).

3.3.1 Péče rodiny

Většina jedinců je ráda ve svém přirozeném prostředí, ve svém domově, obklopena svými blízkými. V současné době je obvyklým modelem, že rodiny dětí žijí samostatně, v jiné bytové jednotce než jejich rodiče. Ovšem všeobecným základem zůstává jev, kdy rodina poskytuje péči o svého stárnoucího rodiče. Často dojde i ke stěhování rodiče, ke svým dětem. Může to přinést pozitiva, ovšem i negativa. Senior je obklopen svými blízkými a ti taktéž mají možnost si rozdělit péči

mezi sebe a ušetřit tím čas, např. zbytečným dojížděním. Na druhou stranu se senior v takovém prostředí nemusí cítit dobře. Může se cítit jako přítěž, či pouze jako host (Mlýnková, 2011, s.62-63).

Otázkou však je, do jaké míry jsou rodinní, neboli neformální pečovatelé schopni potřebnou péči poskytovat. Často se jedná o velmi vyčerpávající a náročnou práci, kvůli které jsou pečující nuceni až opustit své stávající zaměstnání. Poté se mohou dostat do tíživé finanční situace a nakonec si opět vybrat péči formální (Kotrusová, Dobiášová a Hošťálková 2013).

3.3.2 Zdravotní péče

Primární zdravotní péči o seniora poskytuje praktický lékař. Uplatňuje prevenci, spolupracuje s rodinou a s dalšími složkami primární péče. V případě potřeby doporučuje domácí ošetrovatelskou péči, či sociální služby péče. Péče v domácím prostředí však předpokládá stabilizovaný klinický stav a provázání s péčí rodiny (Dvořáčková, 2015, s. 61). Péči nevyléčitelně nemocným seniorům s onkologickými nemocemi zajišťují hospice. Ty taktéž nabízí odlehčení rodině, tzv. respitní péči rodinným příslušníkům, či péči o pozůstalé. Existuje i forma domácího hospice, která poskytne možnost důstojně prožít závěrečnou fázi života právě ve svém přirozeném prostředí a v okruhu svých blízkých. Odborný tým pravidelně dochází do domácího prostředí klienta a poskytuje specifický druh péče v terminálním stádiu života. Dále je možnost využívání geriatrických denních centrem, která zajišťují léčebnou, či ošetrovatelskou péči, fyzioterapii, aktivizaci seniora, ergoterapii, či kognitivní trénink (Mlýnková, 2011, s.64-65).

3.3.3 Sociální péče

Prostřednictvím sociálních služeb je poskytována sociální péče společensky znevýhodněným osobám. Ve vztahu k seniorům si kladou si za cíl zlepšit jejich kvalitu života, zachovat jejich stávající soběstačnost a životní styl a snížit sociální a zdravotní rizika této cílové skupiny. Zohledňují jak seniora, tak jeho rodinu. Služby musí zachovávat lidskou důstojnost a zohledňovat individuální potřeby svých klientů. Mají za úkol podporovat jejich samostatnost, motivovat je do úkonů a posilovat sociální začlenění (Dvořáčková, 2015, s. 61).

Mezi zařízení poskytující sociální péči pro seniory spadají rezidenční služby jako domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domy s pečovatelskou službou, týdenní stacionáře, dále terénní služby (pečovatelská služba) a ambulantní služby jako centra denních služeb, denní stacionáře (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). a.

3.4 Deinstitutionalizace

Dle Matouška (2008) je deinstitutionalizace definována jako „*vlivný trend v soudobé sociální práci, který ve všech případech, kdy je to možné, prosazuje neústavní formy péče, jež jsou klientovi dobře dostupné a nevytrhují ho z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity.*“

Deinstitutionalizace ústavní péče „*spočívá v podpoře rozvoje služeb, které umožní svým uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života, srovnatelného s vrstevníky. Jde především o služby chráněného bydlení, osobní asistence a také služby podpory samostatného bydlení.*“ (MPSV, 2007)

Jedná se o trend, který souvisí s hledáním nejhodnějšího nastavení mezi domácí a institucionální dlouhodobou péčí. Reaguje na přání osob, které jsou závislé na určité formě (dlouhodobé) sociální péče, setrvat co nejdéle v jejich přirozeném domácím prostředí („ageing in place“) (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013). Mezi cílové skupiny deinstitutionalizace patří nejen starší osoby a osoby se zdravotním postižením, ale i děti, pachatelé trestných činů a lidé bez domova (Rezgale-Straidoma, Rasnača, 2015, s. 83). Uživatel se poté může individuálně zvolit místo svého bydliště a jaké místní sociální služby bude využívat. Během procesu deinstitutionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb (ambulantní, terénní a pobytové formy). Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování, uživatelé nejsou vystavováni institucionalizaci (MPSV, 2015).

3.4.1 Historie deinstitutionalizace

Velmi zásadní změna proběhla v roce 1948, kdy byla přijata Všeobecná deklarace lidských práv. Změnil se pohled na vztahy ve společnosti a zvýšil se důraz na lidská práva bez ohledu na postavení ve společnosti. Deinstitutionalizace dlouhodobé péče je známa již od druhé poloviny 20. století, zejména v USA a Evropě (Rezgale-Straidoma, Rasnača, 2015, s. 83).

Jednotlivé procesy mají své kořeny v 70. letech minulého století, a to nejen v zemích EU a USA, ale také např. na Novém Zélandu. Jednotlivé evropské země se od sebe svým přístupem k tomuto trendu mírně liší, ať už díky národnostním zvyklostem, nebo např. ekonomické situaci země. Mezi příklady dobré praxe patří Švédsko, či USA, kde se podařilo transformaci pobytových zařízení zapracovat do příslušných zákonů (MPSV, 2007).

3.4.2 Trend deinstitutionalizace v České republice

Ústavní péče u nás byla nejvíce rozšířena v minulém století, kdy odpovídala tehdejšímu ideovému nastavení společnosti. Jednalo se o tvrdě institucionalizovaný model sociálních služeb. Péče zajišťovala základní životní potřeby a hmotné podmínky těm, kteří si je nebyli schopni zabezpečit sami. Lidé v ústavech byli vnímáni jako objekty péče a nebylo v jejich kompetencích měnit chod instituce – tím pádem ani svůj život (MPSV, 2013, s. 11). Tato negativa spojená s pobytovými zařízeními přispěla k rozvoji zmíněného trendu. Po roce 1989 se začal zvyšovat význam uživatelů sociálních služeb, do systému byly aplikovány principy lidských práv, což v roce 2006 vyústilo ve vznik nového zákona o sociálních službách (Čámský, Sembdner, Krutilová 2011).

Od tohoto roku byly na podporu transformace sociálních služeb zrealizovány dva projekty na úrovni MPSV: Podpora transformace sociálních služeb a Transformace sociálních služeb. Deinstitutionalizace je zde ovšem probírána převážně v souvislosti s osobami se zdravotním handicapem. Financování projektů probíhalo z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR (MPSV, 2015 a).

V současné době je deinstitutionalizace v České republice podporována v rámci „Konceptu podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, kde je „hlavním cílem podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v

přirozeném procesu humanizace sociálních služeb“ (MPSV, 2013b).

3.4.3 Deinstitutionalizace v sociálních službách

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 uvádí, že služby pobytového charakteru jsou v ČR z převážné většiny ústavní (velkokapacitní a vícelůžkové), ale i přes tento fakt je jejich kapacita nedostatečná. Je tedy důležité zaměřit se na transformaci, rozvoj komunitních služeb a v neposlední řadě na humanizaci zařízení. Úkolem je stále zlepšovat kvalitu služeb a upřednostňovat individuální potřeby.

Strategie zmíněná výše uvádí, že „*neukončený proces deinstitutionalizace a transformace sociálních služeb vede k pokračujícímu trendu spoléhání se na poskytování péče v rezidenčních typech zařízení a k celkovému snižování kompetencí lidí žijících ve svém domácím prostředí.*“ Nedostatečná nabídka nerezidenčních typů, včetně ambulantních služeb, snižuje možnost volby pro osoby se sníženou soběstačností a omezuje jejich svobodu při výběru místa k životu (MPSV, 2015b, s. 18).

V současné době, se senioři se sníženou soběstačností mohou rozhodnout na základě svých vlastních referencí jakou formu péče si zvolí. Mají na výběr z formální, či neformální péče. Čerpají finanční prostředky konkrétně z příspěvku na péči, dávek pro osoby se zdravotním pojištěním a nebo ze starobních důchodů. Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb stále počítají s velkou podporou pobytových služeb sociální péče. Dle výše zmíněné koncepce „*je nutné připravit systémové změny, které podpoří komunitní, terénní i ambulantní služby, budou rozvíjet neformální péči a podporovat klienta, aby mohl dále rozvíjet svoje schopnosti a možnosti v přirozeném prostředí.*“ Veškeré dosavadní strategie transformace a deinstitutionalizace jsou mířeny a cílovou skupinu lidí se zdravotním postižením a na děti. Do budoucna by se tyto procesy měly konstruktivně dotýkat i seniorů, jako cílové skupiny, která je institucionální péčí výrazně zasažena (MPSV, 2015b, s. 19).

Je tedy potřeba nalézt politickou a ekonomickou shodu a vytvořit adekvátní nástroje pro plánování těchto služeb na národní, krajské, obecní úrovni a taktéž v jednotlivých zařízeních sociálních služeb.

4 Teoretické a hodnotové konceptuální ukotvení práce

4.1 Lokální welfare state

Lokální sociální stát (welfare state) můžeme definovat jako dynamická opatření, kdy se za působení specifických místních sociálně-ekonomických a kulturních podmínek tvoří různí formálních i neformálních aktéři, kteří se podílejí na poskytování sociálních zdrojů. Mohou být jak z veřejné, tak ze soukromé sféry (Andreotti, Polizzi, 2012, s.1).

Průmyslové země prošly v druhé polovině 20. století transformačními procesy, které

vyvolaly hospodářskou a politickou krizi. Systémy sociálního zabezpečení, potažmo struktury sociálního státu se začaly zaměřovat na roli místních podmínek a zdrojů ve prospěch hospodářského vývoje a blahobytu občanů (Andreotti, Polizzi, 2012, s.2).

Lokalizace systému sociálního zabezpečení je podpořena třemi hlavními argumenty: jsou považovány za efektivnější, demokratičtější a udržitelnější. První argument vychází z předpokladu, že ve vyspělých společnostech jsou individuální potřeby občanů vysoce reflektovány v sociálních politikách, které jsou přizpůsobeny těmto specifickým potřebám. Demokratický argument je založen na myšlence, že zacílení politik na lokální úroveň usnadňuje aktivizaci a posílení postavení občanů, taktéž posílí místo nevládních aktérů a dá jim možnost participovat v rozhodovacích procesech. Udržitelnost služeb na místní úrovni je vymezena skrze přísněji vymezené povinnosti místních samospráv, ať už jde o financování, nebo výdaje a taktéž skrze navyšování zdrojů pro konkrétní potřeby sociálního státu cílených na místní hospodářské subjekty a sociální skupiny (Andreotti, Polizzi, 2012, s. 2-3).

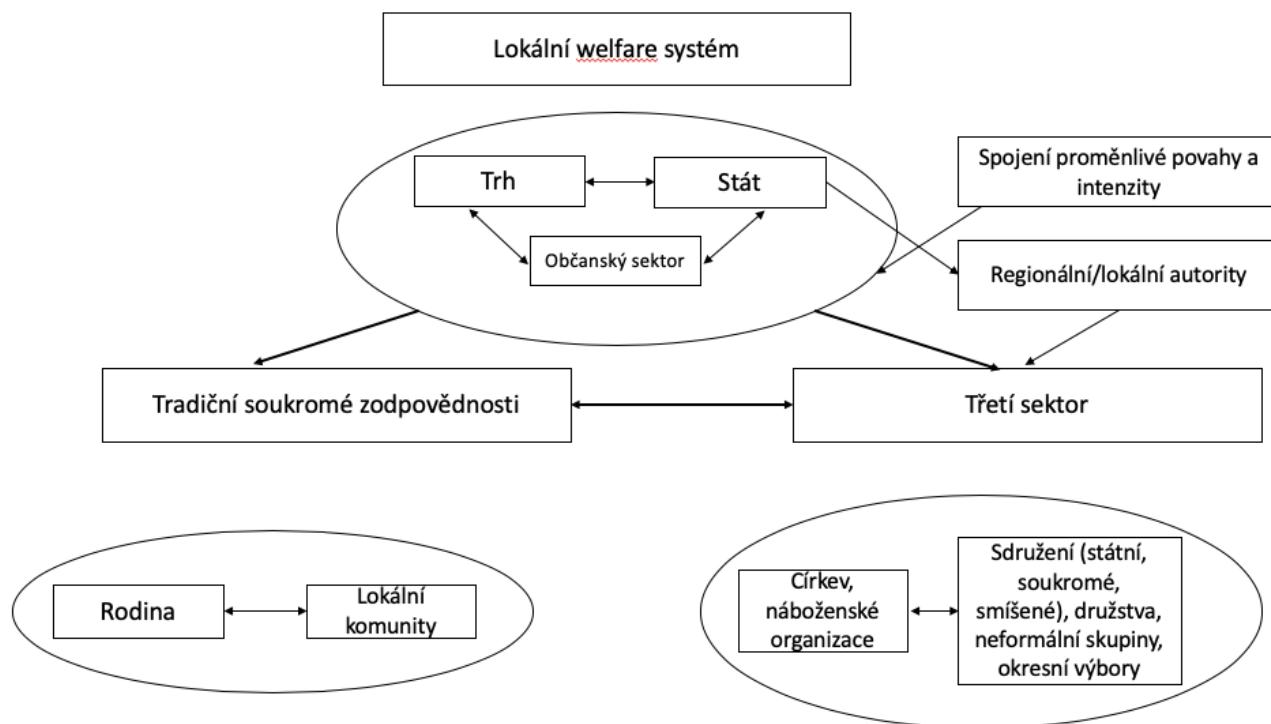
Dle nynější přijímané typologie dle Esping-Andersona (1990), může být sociální stát viděn jako směsice centrálních a lokálních politik, kdy termín „lokální“ představuje veřejné orgány na nižší územní úrovni, tzn. kraje, regiony, obce, komunity atd.

Přesun systémů sociálního státu z centrální úrovně na tu lokální je diverzifikovaným a komplexním procesem s možnými pozitivními, ale i negativními důsledky. Pozitiva přináší v kontextu účinnosti a vhodnosti sociálních politik, negativa poté z hlediska možného nedostatku kontrolních kapacit ze strany místních samospráv, územní roztržitost a nerovnosti ohrožující celostátní sociální soudržnost. S tímto tématem se tedy pojí otázka, do jaké míry je toto nové uspořádání sociálního systému schopno vybudovat nový druh sociální soudržnosti, v němž si lidé mohou zachovat základní sociální práva a zároveň aktivovat své vlastní zdroje. Lokálního welfare state oslabuje záruky sociální ochrany a přináší nárůst nerovností na místní i městské úrovni. To vyplývá z omezení zdrojů, které jsou k dispozici pro jednotlivé místní samosprávy (Crouch et al. 2001 a Preteceille 2006, cit. dle Andreotti, Polizzi, 2012, s. 10). Oproti tomu Powell a Boyne (2001, cit. dle Andreotti, Polizzi, 2012, s. 10) zdůraznili inovativní důsledky omezení veřejných zdrojů na sociální ochranu. Dle jejich názoru může tento fakt podpořit schopnost místních správních orgánů hledat nové místní zdroje, které mohou být využity v prospěch poskytování sociálních služeb, jako je tomu v případě soukromých podniků nebo různých neziskových sdružení.

Sociální soudržnost je také důsledkem aktivní účasti místní komunity (sousedství, okres, město) při poskytování sociálních služeb a taktéž účasti jednotlivců v místní komunitě. Příkladem je spojení formálních a neformálních místních sociálních sítí a sdružení (Kearns a Forrest, 2001, cit. dle Andreotti, Polizzi, 2012, s. 11). Zde mohou být aktivizační politiky v rámci sociálního státu uplatňovány na třech úrovních: individuální, institucionální a lokální. Individuální úroveň zdůrazňuje posílení a aktivizaci jednotlivce v jednotlivých společenských procesech. Na institucionální úrovni se zdůrazňuje role veřejného sektoru, jakožto spravedlivého poskytovatele sociálních služeb (Mahon, 2005; McKeen, 2006, cit. dle Andreotti, Polizzi, 2012, s. 18). Místní úroveň aktivizační sociální politiky se vztahuje na různé cílové skupiny: na starší osoby, osoby se zdravotním postižením a dalším společensky znevýhodnění osoby.

Koncept lokálního welfare state musí vycházet ze socioekonomických a kulturních podmínek a ze společenských struktur, ve kterých je zakotven. Každý místní kontext má svou historii, své specifické rysy socioekonomické organizace, liší se jeho socio-demografická struktura, či politicko-institucionální tradice. Na jednu stranu je tedy důležité hledět na obyvatelstvo a jeho specifické

potřeby v lokálním kontextu a na druhou stranu na jeho institucionální ustanovení, tj. soubor různých formálních a neformálních poskytovatelů služeb a na jejich dynamický rozvoj (Andreotti, Polizzi, 2012, s. 28).



Přeloženo a vytvořeno autorkou dle Belletti, Rebuzzini, 2010, s. 9

4.2 Ageing in place

Většina starších lidí si přeje zestárnout ve svém přirozeném prostředí – ve svém domově. Přejí si zůstat anonymní, aktivní, nezávislí a taktéž co nejvíce obklopeni svou rodinou a přáteli. Jejich autonomie spočívá ve vlastním rozhodování a svobodné volbě, které utvářejí jejich život (Iecovich, 2014, Dalmer, 2019). Na institucionální péči, tzv. domovy pro seniory, většinou nahlížejí jako na poslední možnost. (Iecovich, 2014, s. 22). Řada studií z oblasti sociologie a gerontologie tvrdí, že pokročilejší věk přináší silnější psychologickou vazbu nejen na sociální, ale i na fyzické prostředí jedinců (Lawton, 1985 in Iecovich, 2014, s. 23).

Davey (2004, s. 133) definuje pojem *aging in place* jako „*dožít zbývající život doma v komunitě, s určitou úrovní nezávislosti*“.

Pojem „*place*“ má několik vzájemně provázaných dimenzí (Iecovich, 2014):

- fyzický rozměr, kterým se rozumí domov, nebo sousedství
- sociální rozměr zahrnující vztahy mezi lidmi a taktéž způsoby, jakými jednotlivci zůstávají ve spojení s ostatními
- psychologický rozměr, podporující pocit sounáležitosti ve vztahu k okolí

- kulturní rozměr, který souvisí s hodnotami, přesvědčením, etnickou příslušností a symbolickými významy.

Tento výčet značí o důležitosti domovského prostoru pro starší osoby. Zachovává lidskou osobnost, a to i po zhoršení zdravotního stavu. Jakmile se člověk stává závislým na druhých, stává se pro něj domov nejširším veřejným prostorem. Senioři jsou na své každodenní prostředí zvyklí, jsou obklopeni osobními věcmi, prostor je pro ně nějakým způsobem přirozeně funkční, tím pádem méně rizikový. Samotná myšlenka tedy spočívá v tom, že starší lidé, kteří se stávají chronicky nemocnými, by měli mít možnost, za odpovídající podpory a fungujících služeb, bezpečně zůstat ve svých domovech, zachovat si svou nezávislost, soukromí, bezpečnost, kompetence a kontrolu nad vlastním prostředím (Iecovich 2014).

Jejich přemístění do instituce pro ně představuje ztrátu sociálních vztahů, změn v denním režimu a životním stylu, ztrátu určitého stupně nezávislosti, či nevyužívání osobního majetku, které si z důvodu menších prostorů v pobytových zařízeních nemohou přestěhovat s sebou. Všechny tyto aspekty mohou následně přispívat ke zhoršení stavu jedince a způsobovat deprese, emocionální stres, osamělost, potíže s přizpůsobením nebo oslabení vnitřní pohody. (Iecovich, 2014, s. 22).

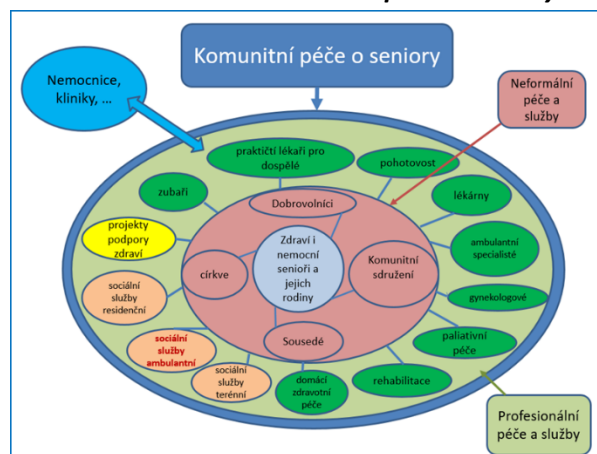
V politických debatách je koncept „ageing in place“ dáván také do souvislosti se snahou o zastavení kontinuálně rostoucích výdajů na sociální péči o seniory (Dalmer, 2019).

4.3 Komunitní integrovaná péče

Komunitní péče je pojem týkající se pomoci, poskytované starším lidem v jejich domovech, či v rámci komunit, spíše než v nemocnicích, nebo v institucích pobytového charakteru. Tato forma péče je poskytována především rodinnými příslušníky, ale zahrnuje i další neformální poskytovatele jako sousedy, církve, komunitní organizace a dobrovolníky. Tato neformální péče je doplněna místními formálními zdravotními a sociálními službami (Iecovich, 2014, s. 25) (více viz schéma č. X). Kromě služeb zdravotní a sociální péče sem můžeme řadit i místní projekty podpory zdraví (Dobiášová 2018). Mezi hlavní principy komunitní péče můžeme řadit: komplexnost (aby byly k dispozici všechny služby, co jsou potřeba), snadnou dostupnost zdravotních a sociálních služeb (časová, místní i finanční), návaznost péče pro zajištění plynulých přechodů pacienta/klienta mezi různými službami, časová návaznost, respektování jedinečnosti každého člověka a jeho potřeb a zahrnutí občana do rozhodování o způsobu pomoci (umožnit mu výběr služeb), odpovědnost – např. důvěrnost při předávání informací, efektivnost péče (aby fungovala, jak má) a výkonnost (aby byla levná, ale účinná), plánování služeb (Dobiášová, 2018, Iecovich 2014).

Komunitní péče je poskytována individuálně, dbá na přání, aspirace a potřeby každého jednotlivého klienta. Díky běžnému žití v komunitě tento typ péče přispívá ke společenskému začleňování cílené skupiny osob. Mají možnost žít ve svém přirozeném prostředí, udržují společenské vztahy, zastávají běžné společenské role, udržují jeho samostatnost a nezávislost (MPSV, 2015, s. 10).

Schéma č. X: Model komunitní péče o seniory v ČR



Zdroj: Dobiášová 2018

Často dochází k jevu, kdy se instituce pobytového charakteru, z důvodu nedostatku finančních zdrojů, v kombinaci se zhoršováním zdravotního stavu jedince, jeví jako jediná možnost. Modely komunitní integrované péče musí poskytovat efektivní zhodnocování nákladů, aniž by docházelo k ohrožování kvality péče, či kvality života jednotlivých osob. (Chan, Cheng, Su, 2008, s. 167).

Příkladem dobré praxe je „Program komplexní péče o seniory“ (PACE), který je používán na Tchaj-wanu. Jedná se o inovativní model dlouhodobé péče, který umožňuje křehkým starším osobám zůstat v jejich přirozeném domácím prostředí. PACE spojuje financování a poskytování akutních a dlouhodobých pečovatelských služeb a umožňuje lidem se sníženou soběstačností, aby i nadále žili v komunitě s celým spektrem zdravotnických, sociálních a rehabilitačních služeb (Chan, Cheng, Su, 2008, s. 167).

4.4 Dostupnost

Samotná dostupnost nemá ve světě jednoznačnou definici. Obecně se jedná o indikátor potenciálu prostorové interakce (Ingram, 1971 cit. Dle Krmelová, 2016, s. 18).

Gaans a Dent (2018) popsali po vzoru Penchanskyho a Thomase pět dimenzí dostupnosti: dostupnost (availability), dosažitelnost (accessibility), přizpůsobení (accommodation), nakolik si člověk něco může dovolit (affordability) a přijatelnost (acceptability), jak je definováno níže:

- Dostupnost jako vztah mezi objemem a typem existujících služeb (a zdrojů), a rozsahem a typem potřeb klientů. Dostupnost se vztahuje na adekvátnost nabídky lékařů, zubařů a dalších poskytovatelů služeb nebo zařízení jako jsou kliniky a nemocnice, a specializovaných programů a služeb jako je péče o duševní zdraví a lékařská pohotovost;
- Dosažitelnost jako vztah mezi místem nabídky a místem bydliště klientů, přičemž se berou v úvahu možnosti dopravy klienta a doba strávená dojížděním, vzdálenost a náklady na dopravu. Co se týče Prahy, stále převažuje využívání služeb v pěší dostupnosti, ovšem okolní evropská města s dřívější proměnou center i okrajů měst směřují k závislosti na automobilech i ve vyšším věku. Díky neměnnému trendu stárnutí by tento trend mohl

postihnout i české prostředí (Krmelová, 2016).

- Přizpůsobení jako vztah mezi způsobem, jakým jsou organizovány zdroje nabízených služeb pro přijímání klientů (včetně systémů plánování termínů, provozní doby, zařízení ambulantní péče, služeb po telefonu) a schopností klientů přizpůsobit se těmto faktorům;
- Nakolik si člověk může něco dovolit jako poměr mezi cenami služeb a pojištěním poskytovatelů služeb nebo jako poměr mezi požadavky týkajícími se úhrady a příjmem klienta, jeho platební schopností a typem zdravotního pojištění, které klient má. Klientovo vnímání hodnoty ve vztahu k celkovým nákladům může být potenciálně problematické z hlediska povědomí klientů o cenách, celkových nákladech a možnostech čerpání úvěru;
- Přijatelnost jako vztah mezi přístupem klientů k zaměstnancům a charakteristikám praxe stávajících poskytovatelů služeb, včetně věku, pohlaví, místa a typu zařízení nebo náboženské příslušnosti poskytovatele služby či zařízení, jakož i postoji poskytovatele služeb co se týká akceptovatelných osobních vlastností klientů, včetně etnického původu a zdrojů finančních prostředků na úhradu za služby (Gaans, Dent, 2018).

5 Systém sociálních služeb v České republice

Sociální služby spadají do kategorie veřejných služeb, které jsou poskytované v zájmu veřejnosti. Jsou financovány z veřejných rozpočtů, spadají pod legislativu a tím jsou oproti komerčním službám závislejší na politickém rozhodování státu, krajů, či obcí (Matoušek, 2011, str. 9).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je „sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“. Zákon dále zmiňuje, že tyto služby musí být poskytovány v zájmu osob a taktéž v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby se shodovaly s dodržováním lidských práv a základních svobod osob. Nejedná se pouze o skupinu seniorů, taktéž sem spadají osoby s handicapem fyzickými či mentálními, rodiny s dětmi, nezaměstnaní, či oběti trestných činů

Jinou obecnou definici sociálních služeb uvádí Matoušek (2007, s. 10). Jedná se o „služby poskytované lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli“.

Nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále zákon o sociálních službách) uvádí tuto kategorizace sociálních služeb:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Stejně tak vymezuje poskytovatele sociálních služeb, kdy staví na stejnou úroveň veřejnoprávní a soukromoprávní sféru. Jsou to:

- územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby
 - další právnické osoby
 - fyzické osoby
 - ministerstvo a jim zřízené organizační složky státu
- (Prudká, 2015, s. 19)

Taktéž je zde dělení forem, v jakých se tyto služby mohou poskytovat a to jsou:

- pobytové
- ambulantní
- terénní

5.1 Financování sociálních služeb

Základní ustanovení o financování sociálních služeb je nastaveno v § 101a až 105 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V České republice se jedná o vícezdrojové financování, kdy je zdroje možné rozdělit na veřejné a soukromé.

Jednotlivé služby mohou být financovány z veřejných zdrojů následujícím způsobem:

- Skrze účelové dotace pro jednotlivé kraje
- Pomocí dotací určených přímo pro poskytovatele sociálních služeb
- Z prostředků Evropské unie a EHS určené taktéž pro poskytovatele sociálních služeb
- Z rozpočtu územních samospráv
- Ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění
- Pomocí dalších zdrojů, kdy se stát podílí na financování dalších specifických služeb

Celkový objem z veřejných prostředků za tyto služby ročně činí cca 30 mld. Kč.

Ze soukromé sféry jsou finance získávány formou darů, příspěvků a poté doplatků za některé poskytované služby (Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025, s.20).

Další finanční zdroj pro oblast sociálních služeb je poskytování příspěvku na péči. Jedná se o novou sociální dávku, kterou přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s platností od roku 2007. Je určen „*osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci*“. Příspěvky jsou vypláceny krajskými pobočkami úřadu práce. V současné době se „*více než dvě třetiny příjemců příspěvku na péči nevyužívají pro zabezpečení svých potřeb služeb žádného registrovaného poskytovatele sociálních služeb, necelá jedna pětina využívá služby v pobytových zařízeních, necelá jedna desetina v terénních zařízeních a necelá jedna dvacetina v ambulantních zařízeních*“ (Průša a kol. 2015).

Dle Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 není současný systém financování sociálních služeb dlouhodobě udržitelný. Požadavky na státní rozpočet jsou vysoké a do budoucna by mohly znemožnit adekvátní zpětnou vazbu účelnosti a efektivnosti vynaložených prostředků (MPSV 2015b). Například v aktuální diskusi k problémům sociálních služeb v ČR v Poslanecké sněmovně na její 27. schůzi ze dne 27.3. 2019 ministryně financí konstatovala, že: „Dotace na sociální služby se od roku 2015 do roku 2019 zdvihly z 8,6 mld. korun na 15,7 mld. Výdaje na příspěvek na péči se za stejné období zvýšily z 21,2 mld. korun na 26,6 mld. korun.“ (PSPČR 2019)

Z hlediska mé práce je důležité i financování sociálních služeb, zejména ambulantních z pohledu uživatelů. To upravuje jednak zákon o sociálních službách (108/2006 S.) a jedna vyhláška

č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Péči v ambulantních sociálních službách pro seniory hradí uživatelé formou úhrady za základní činnosti, které si určí smlouvou (§75. zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Maximální výše úhrady je 130 Kč za hodinu, „podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů“ (vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Maximální úhrada za celodenní stravu je stejné vyhlášky 170 Kč a za oběd 75 Kč.

5.2 Ambulantní služby

Ambulantní služby jsou takové služby, kam klienti pravidelně dochází, buď samostatně, nebo v doprovodu zodpovědné osoby a ubytování není součástí služby (Prudká 2015). Fungují hlavně v případě možnosti podpory blízkých v jeho domácnosti.

Cíle ambulantních služeb navazují na obecné cíle sociálních služeb komunitního charakteru. Mají za úkol zvyšovat zejména běžně potřebné schopnosti a kompetence osob, důležité pro jejich základní potřeby, samostatný život a sociální začleňování. Osoby zde navazují na své běžné společenské role, navazují sociální vztahy, ale stále žijí ve svém přirozeném prostředí. Nejsou na dané službě nijak závislí, naopak služba podporuje jejich individuální rozhodování.

Služby jsou provozně i prostorově odděleny od bydlení, avšak jsou součástí občanské vybavenosti. Služba nikdy není provozována ve stejné budově (v případě bytového domu myšleno ve stejném vchodě) se službami pobytového charakteru. Maximální kapacita osob v jednom objektu ambulantních služeb, či denních programů je 32 osob. V jedné místnosti se pak určitého programu účastní ideálně 5, maximálně však 10 osob (MPSV, 2015b).

Po r. 1990 došlo k rozvoji nových forem především ambulantních sociálních služeb. Jejich nabídka však není rovnoměrná na území celé republiky (Horecký, Průša 2012). Závažným problémem v oblasti celkové nabídky sociálních služeb je její velká nevyrovnanost. Z velké části je to ovlivněno lokální sociální politikou jednotlivých krajů. Některé výzkumy ukazují, že ambulantní služby patří k takovým službám, jimiž je vybaven nejmenší počet správních obvodů obcí s rozšířenou působností. Dokonce se vyskytuje 54 správních obvodů, kde tyto služby nejsou dostupné vůbec (Průša a kol. 2015).

Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy z roku 2012 zjistila několik hlavních nedostatků. Velkým problémem ambulantních sociálních služeb je právě jeho finanční stránka. Klient si musí platit každou jednotlivou službu zvlášť, příkladem je placení dopravy, či doprovodu. Proto senioři volí pouze nejnezbytnější typy služeb. Taktéž se našli nedostatky v časové dostupnosti, kdy velké množství služeb není poskytováno např. o víkendu. Neméně důležitým problémem je i prostorová nedostupnost, tím jsou myšleny problémy spojené s cestou do jednotlivých zařízení (Bareš a kol., 2012, s. 26).

5.2.1 Druhy ambulantních služeb pro seniory

Zákon o sociálních službách taxativně vymezuje několik typů ambulantních služeb, které mohou využívat senioři (zákon č. 108/2006 Sb.). Prvním typem je denní stacionář. Poskytuje od pondělí do pátku služby seniorům se sníženou soběstačností, kteří jsou v situaci, kdy vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby. Denní stacionáře nezajišťují ubytování přes noc. Klientovi je zde pomáháno s vykonáváním běžných úkonů péče o vlastní osobu, při poskytování podmínek pro

osobní hygienu, podává se mu zde strava, účastní se výchovných, aktivizačních, či vzdělávacích činností apod. Stacionář zprostředkovává seniorovi kontakt se společenským okolím a předchází tím ztrátě jeho sociálních vztahů.

Dalším typem jsou centra denních služeb. Jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku. Mezi hlavní cíle této služby spadá posílení soběstačnosti a samostatnosti cílové skupiny. Služba zajišťuje v podstatě stejné služby jako denní stacionář, snaží se předcházet sociálnímu vyloučení.

Odlehčovací služba je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, o které je jinak pečováno blízkou osobou v jejich vlastní domácnosti. Hlavním cílem této služby je poskytnout pečující osobě nezbytný odpočinek a starší osobě pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu.

Posledním typem je pečovatelská služba. Nejedná se pouze o terénní službu, ale také o ambulantní, kdy je poskytována ve vymezený čas v zařízeních sociálních služeb. Opět pomáhá osobám při zvládnání základních životních potřeb, jako je péče o osobní hygienu, poskytnutí stravy apod.

Všechny tyto služby jsou poskytovány za úhradu klienta (MPSV, 2017).

6 Rozbor vícečetné případové studie

6.1 Praha 7

Městská část Praha 7 se nachází severně od historického centra Prahy. Zahrnuje katastrální území Holešovic, polovinu katastru Bubenče a malou část katastru Libně.

Co se týče složení obyvatel, přikládám tabulku č. 2.

Tabulka č. 2: Složení obyvatel městské části Praha 7

	Počet obyvatel celkem	V tom ve věku			Průměrný věk
		0-14 let	15-64 let	65 a více let	
2014	42 381	5 964	29 593	6 824	40,8
2015	42 902	6 256	29 730	6 916	40,7
2016	43 362	6 499	29 906	6 957	40,6
2017	44 036	6 780	30 241	7 013	40,5

Tabulka vytvořena autorkou dle ČSÚ, 2019b

Celkový počet obyvatel na Praze 7 je 44 036 (k 31. 12. 2017, ČSÚ), a v porovnání s ostatními městskými částmi Prahy je obyvatelstvo Prahy 7 považováno za mladší s ohledem na nižší průměrný věk.

Úřad městské části, konkrétně odbor sociálních věcí a zdravotnictví, zřizuje příspěvkovou organizaci Pečovatelské centrum Praha 7. Jedná se o tradičního poskytovatele komplexní péče na tomto území. Poskytuje terénní pečovatelskou službu, zřizuje denní stacionář a odlehčovací služby (Pečovatelské centrum Praha 7). Mezi své dlouhodobé cíle považuje mimo jiné i podporu seniorů v domácím prostředí. Tento fakt svědčí o kladném přístupu k výše zmíněnému trendu

deinstitucionalizace: „...to je teď takové naše heslo bych řekla – zůstat co nejdéle doma, takže my se snažíme hodně o to, aby prostě co nejlíc mohli zůstat ve své domácnosti a nemuseli využívat nějaké pobytové služby...“ (Respondent č. 5)

Městská část Praha 7 nemá svůj vlastní domov pro seniory, ani domov se zvláštním režimem. Považuje to za nedostatek, který má do budoucna v plánu řešit.

Pečovatelská služba

Jak již bylo zmíněno, pečovatelská služba spadá jak do terénní, tak do ambulantní formy poskytování sociálních služeb. Pečovatelské centrum Prahy 7 tuto službu poskytuje nejen seniorům, ale i osobám s chronickým onemocněním a osobám s tělesným postižením závislým na pomoci jiné fyzické osoby.

U ambulantní formy služby je kapacita 65 klientů a je poskytována v tzv. střediscích osobní hygieny. „V tuto chvíli jako ambulantní služby pečovatelské služby poskytujeme osobní hygienu a pedikúru. V tuto chvíli se obsazenost pohybuje kolem 30-45 osob.“ (Respondent č. 5) Praha 7 má dvě tato střediska. Jedno je v rámci Domu pro seniory v Tusarově ulici a druhé v Domě s pečovatelskou službou v ul. U Studánky.

Cílem této služby je opět umožnit cílové skupině osob zůstat v jejich přirozeném prostředí, předcházet situaci, kdy by byli nuceni vyhledávat pobytovou službu a poskytovat pomoc v takové míře, aby udrželi kvalitu života svých klientů.

Denní stacionář

Tato služba si klade za cíl pomoci každý rok minimálně 20 klientům (počet smluv) a podpořit tím jejich možnost bydlet v domácím prostředí. Taktéž chce pomoci osobám, které zajišťují péči o seniora mimo stacionář a umožnit jim docházet do jejich každodenního zaměstnání – konkrétně aspoň v 10 případech ročně.

Služba je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, ale taktéž osobám s chronickým duševním onemocněním – osobám s demencí. „...většinou co tady máme klienty, z těch 80 %, tak to jsou lidé s alzheimerovou demencí.“ (Respondent č. 4)

Služba je otevřena od pondělí do pátku, vždy od 7:00 do 17:00. Kapacita je 15 klientů. Konkrétní informace o službě jsou v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Informace o denním stacionáři Praha 7

	Kapacita	Celkový počet smluv v průběhu roku	Průměrný věk klientů	Celkový počet hodin poskytnuté péče
2015	15	30	79 let	2123
2014	15	20	81 let	905

tabulka vytvořena autorkou dle výročních zpráv pečovatelského centra Praha 7

Je nutné zmínit, že se denní stacionář otevřel v březnu roku 2014, proto není toto srovnání zcela relevantní. Ostatní výroční zprávy již nejsou na webu dostupné. Nicméně kapacita této služby není zcela naplněna. „...myslím, že ten jejich boom trochu opadu, před takovými 10 lety to bylo moderní, dováželo se to ze zahraničí. Teď, nevím úplně z jakého důvodu, ten zájem není takový, můžou v tom hrát roli i finanční okolnosti, ne každá rodina si tu službu může dovolit poplatit.“ (Respondent č. 2). Všichni respondenti z městské části 7 se shodli, že si nenaplněnost denního stacionáře nedokáží zcela jasně vysvětlit. „ne vždycky se stává, že jsme plní a není to jenom naše záležitost, ale i ostatních stacionářů. Ale určitě je to jako alternativa fajn, mělo by to existovat pro ty rodiny, které si chtějí klienta nechat doma a ten klient už není schopen být doma, tak může využít toho stacionáře.“ (Respondent č. 2)

Sociálně odlehčovací centrum

Služba si klade za cíl poskytnout přechodnou podporu a pomoc těm lidem, kteří pečují o svého blízkého seniora. Dočasná péče o klienta umožní pečujícím nezbytnou regeneraci, umožní jim dovolenou, či jakýkoliv jiný druh odpočinku. Tato služba je brána za progresivní formu podpory péče v komunitě a jde ruku v ruce s trendem komunitní integrované péče a taktéž s procesem transformace sociálních služeb, který si za hlavní cíl klade podporu těch služeb, které jsou poskytovány co nejbližší domácímu prostředí (Pečovatelské centrum Praha 7).

Sociálně odlehčovací centrum může mít jak terénní pobytovou, tak i ambulantní formu. Jedná se o poměrně žádanou službu, na území celého hlavního města Prahy je těchto center poměrně málo.

Opět přikládám podrobnější informace v následující tabulce č. 4, která ukazuje, že počet klientů, využití kapacity centra i průměrný věk uživatelů roste.

Tabulka č. 4: Informace o sociálně odlehčovacím centru Praha 7

	Kapacita	Celkový počet klientů v průběhu roku	Průměrný věk klientů	Využití kapacity centra
2015	38	102	87,9 let	93,8 %
2014	38	95	87 let	92,4 %
2013	38	85	86 let	93 %

tabulka vytvořena autorkou dle výročních zpráv pečovatelského centra Praha 7

Zde je opět třeba zmínit, že jelikož může mít sociálně odlehčovací služba charakter všech tří možných forem poskytování péče, není zcela možné z dostupných dat zjistit, v jakém poměru měla zastoupení právě ambulantní služba. Nicméně o službu je velký zájem a všichni respondenti projevíli satisfakci s tím, že mají možnost na území Prahy 7 tuto službu poskytovat.

Sociálně odlehčovací centrum se potýká s problémem, kdy využívají jeho služeb ti klienti, kteří nemohou najít místo v domově pro seniory, což je v rozporu s cíli této služby „Z velkého okruhu žádají do toho sociálně odlehčovacího centra, to je služba, kterých není moc a že vlastně je poměrně žádaná. Tím, jak je strašně málo domovů pro seniory, tak se stává že v těchto zařízeních často do nich přicházejí lidé, kteří jsou čekatelé na domov seniorů...“ (Respondent č. 5). Poté se stává, že klienti využívají sociálně odlehčovací centrum jako pobytovou službu, jsou zde maximální možnou dobu (3 měsíce) a mají již dopředu nasmlouvaná další centra. To představuje velký problém, kdy tento druh klientů „putovatelů“ zabírá místo těm, kteří tuto službu potřebují, i právě např. pouze ambulantní formou. Problém je také ten, že odlehčovací služba je jediná služba určená primárně pečujícím rodinám, které na jinou pomoc nemají nárok (Dobiášová, Kotrusová, 2018).

Mimo jiné se Praha 7 snaží spolupracovat i s organizacemi mimo Pečovatelské centrum Praha 7 – např. s Farní charitou Holešovice, či s Diakonií ČCE – střediskem křesťanské pomoci v Praze.

V současné době Praha 7 vychází ze své Střednědobé koncepce rozvoje sociální politiky, sociálních a zdravotnických služeb 2018–2022. Dle této koncepce je během let vidět pouze mírný nárůst příjemců příspěvků na péči 4. stupně, ovšem je vykompenzovaný poklesem příjemců v 1. stupni. Dá se tedy říci, že trend v oblasti zdravotního stavu/soběstačnosti seniorů je relativně vyrovnaný a neprochází žádnými zásadnějšími výchylkami.

Mezi největší nedostatky Prahy 7 byla pohledem dotázaných expertů zařazena absence nemocnice, či pobytového zařízení pro seniory, včetně domova se zvláštním režimem (Respondenti 2,4 a 5). Podobně hovoří i analyzované dokumenty, dle kterých senioři jsou nuceni dojíždět do jiných městských částí, a tudíž byla reflektována potřeba zajistit transport těm, kteří se již nejsou schopni bez pomoci druhých do vzdálenějších center dostat. Taktéž v dokumentech byla zmíněna absence pobytových zařízení pro seniory (Městská část Praha 7, 2018, s.22-25).

6.2 Praha 11

Praha 11 se nachází v jižní části hlavního města Prahy. Zahrnuje katastrální území Chodova, Hájů. Největší část Prahy 11 tvoří sídliště Jižní město. Jedná se o okrajovou část Prahy, spadají sem tedy i nové obytné celky, např. Kulatý Chodovec či Milíčovský háj. V budoucnu se plánuje výstavba dalších obytných celků (Městská část Praha 11, s.5).

Opět přikládám tabulku č.5 se složením obyvatelstva.

Tabulka č. 5: Složení obyvatel městské části Praha 11

	Počet obyvatel celkem	V tom ve věku			Průměrný věk
		0-14 let	15-64 let	65 a více let	
2014	77 047	10 351	51 049	15 647	43,7
2015	77 175	10 721	50 025	16 429	43,9
2016	77 522	11 032	49 184	17 306	44
2017	77 600	11 257	48 265	18 078	44,2

Tabulka vytvořena autorkou dle ČSÚ, 2019b

Celkový počet obyvatel na Praze 11 je 77 600 (k 31. 12. 2017, ČSÚ), a v porovnání s ostatními městskými částmi Prahy je obyvatelstvo Prahy 11 považováno za starší, s ohledem na vyšší průměrný věk.

Na rozdíl od Prahy 7, kde ambulantní sociální služby poskytuje příspěvková organizace Prahy 7, v Praze 11 poskytuje sociální služby akciová společnost Jihoměstská sociální a.s.. Její hlavní cíl jde taktéž v souladu s trendem deinstitucionalizace – „*Pečujeme s úctou a respektem o seniory a hendikepované občany v jejich přirozeném domácím prostředí, tak dlouho, jak je to potřeba*“ (Jihoměstská sociální as., 2019). Mezi registrované ambulantní sociální služby, které tato společnost poskytuje, patří pečovatelská služba a odlehčovací služby. Taktéž zřizuje stravovací centrum.

Pečovatelská služba

Tato služba je poskytována terénní, nebo ambulantní formou. Buď tedy v domácnostech klientů, nebo ve středisku Petýrkova, které funguje od pondělí do čtvrtka od 7:15 do 16:00 a v pátek od 7:15 do 15:00. Taktéž sem spadá jídelna v Křejského ulici a Středisko osobní hygieny v DPS Šalounova. Slouží přednostně lidem s trvalým bydlištěm na Praze 11, konkrétně seniorům a zdravotně postiženým. Obecné cíle pečovatelské služby jsou v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dbají zde na osobní přístup, finanční dostupnost služeb a snaží se být pro klienty flexibilní. Podporují samostatnost a zapojení klientů do společnosti (Jihoměstská sociální as. 2019).

Přímo ve stravovacím centru je k dispozici 500 obědů denně a jsou rozdělovány skrze pečovatele terénní formy, tak skrze ambulantní formu v jídelně v Křejského ulici. Tu využívají senioři, kterým to dovolí jejich zdravotní stav a mají možnost se do této služby v pořádku dostat. Jídelna funguje od pondělí do pátku od 10:30 do 12:15 (Městská část Praha 11, 2014, s. 34). Co se týče Střediska osobní hygieny, jedná se poměrně o novou formu služby: „*Středisko osobní hygieny nyní máme nově zrekonstruováno. Poskytuje se nově od začátku roku 2019 a zatím ji pravidelně využívá 5 klientů.*“ (Respondent č. 1)

Tabulka č. 6: Počty vydaných obědů ze stravovacího centra

	2014	2015	2016	2017
Průměrný počet vydaných obědů na pracovní den	320	363	386	345

tabulka vytvořena autorkou dle výročních zpráv Jihoměstské sociální as.

Z tabulky můžeme vidět, že hodnoty vydaných obědů poměrně kolísají a taktéž, že se ani pomalu neblíží vrchní možné poskytované hranici. *„Možnost společného stravování využívá v současné době aktivně 100 klientů. V roce 2018 ji celkově využilo 112 klientů. Pracovní kapacita jídelny je stanovena na 120 klientů.“* (Respondent č. 1) Dalo by se tedy říci, že v minulém roce byla využita skoro celá kapacita ambulantní formy této stravovací služby a je na ní celkově vyhrazena jedna třetina kapacity celé této služby.

Odlehčovací centrum

Jihoměstská sociální as. zřizuje i odlehčovací centrum. Jak již bylo zmíněno výše, tento druh služby může zastávat jak terénní, pobytovou, tak i ambulantní formu. Jako své poslání centrum označuje *„poskytnou ubytování, stravování, sociální a zdravotní služby seniorům, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí Služba poskytuje podporu, možnost odpočinku a regeneraci sil pečující osobě, která o seniora jinak pečuje, případně pokud tato osoba potřebuje provést úpravu žadatelova přirozeného domácího prostředí“* (Jihoměstská sociální as.). I toto odlehčovací centrum vykonává veškeré úkony dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zde je zajímavé, že oproti odlehčovací službě v Praze 7 počet klientů klesá. Lze usuzovat, že důvodem je skutečnost, že v Praze 7 díky absenci pobytového zařízení pro seniory supluje tato služba residenční péči, zatímco v Praze 11 slouží odlehčovací služba svému účelu. S ohledem na starší věkový průměr Prahy 11 možná rodiny seniorů více využívají pobytovou formu péče.

Tabulka č. 6: Informace o odlehčovacím centru Praha 11

	Kapacita	Celkový počet klientů v průběhu roku
2015	39	202
2016	39	194
2017	39	112

tabulka vytvořena autorkou dle výročních zpráv Jihoměstské sociální as.

Parkinson centrum

Jedná se o denní stacionář zaměřený na klienty s Parkinsonovou chorobou. Patří pod Domov pro seniory Háje, který ovšem není zřizován městskou částí Praha 11, ale patří pod záštitu hlavního města Praha. Denně nabízí ergoterapeuticky zaměřený program. Hlavním cílem stacionáře je poskytnou odbornou péči svým klientům a *„dopřát ošetřujícím blízkým nezbytný odpočinek“* (Domov pro seniory Háje, 2017, s.33). Zde si můžeme všimnout charakteristiky stacionáře, která více odpovídá popisu odlehčovací služby dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách *„cílem*

služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek“.

V tabulce č. 7 přikládám informace ohledně počtu uživatelů této služby.

Tabulka č. 7: Počet uživatelů Parkinson centra

	2013	2014	2015	2016	2017
Celkem uživatelů	10	14	16	17	20

Z tabulky můžeme vidět, že zájem o stacionář pomalu ale jistě roste. Momentálně, v roce 2019, je denní kapacita 10 klientů, stacionář eviduje celkem 36 klientů, ale kapacita není ani u tohoto stacionáře zcela naplněna. *„Máme klienty, kteří chodí každý den, jednou týdně, stanoví si to oni, jak by potřebovali a také podle toho, jestli máme zrovna volno, protože si to plánujeme na měsíc dopředu a už je to většinou tak, že ty lidi, už snad léta, opravdu dochází v pravidelné časy a dny, takže se s tím dá dobře plánovat... Je to flexibilní, snažíme se vyjít vstříc, jak je to možné.“* (Respondent č.3)

I tato městská část spolupracuje s dalšími organizacemi poskytujícími pomoc potřebným. Jako příklad bych uvedla Farní charitu Praha 4 – Chodov, která poskytuje služby taktéž na území Prahy 11.

Městská část Praha 11 nyní vychází z Koncepce rozvoje sociálních a návazných služeb na území městské části Praha 11 v letech 2016 až 2020. Úzce spolupracuje s Hlavním městem Praha. Co se týče seniorů, koncepce uvádí, že v příštích 15 letech lze očekávat až zdvojnásobení počtu seniorů nad 80 let a tím pádem větší poptávku po zdravotně sociálních službách a po bezbariérovosti (Městská část Praha 11, 2016, s. 19).

Za největší nedostatky Prahy 11 byla experty označena nízká dostupnost odlehčovacích služeb, služeb pobytového charakteru (domovů pro seniory i domovů se zvláštním režimem) a nedostatečná bezbariérovost. Koncepce zmiňuje jako jeden z cílů zajistit služby denního stacionáře pro osoby se stařeckou demencí, jelikož na území Prahy 11 touto chorobou trpí stále více a více lidí a v tuto chvíli zde chybí zařízení tohoto typu. Konkrétně je v plánu vybudovat odlehčovací centrum s denním stacionářem v Bohúňově ulici. Taktéž je potřeba pracovat na zlepšení dostupnosti odlehčovacích služeb, ve všech možných poskytovaných formách, že s ohledem na to aktuálně nejsou vždy klienti s dostupnými službami zcela spokojeni (Městská část Praha 11, 2016, s. 40).

6.3 Interpretace zjištění a komparace

Interpretace zjištění a komparace městských částí vycházela z informací zmíněných výše, v kombinaci s daty, která jsem získala skrze provedené rozhovory s experty z praxe (viz metodologie).

Deinstitucionalizace v sociálních službách

Zajímal mě obecný pohled jednotlivých expertů na tento trend, který je označen jako „vlivný trend v soudobé sociální práci“ (Matoušek, 2008), který umožňuje jedinci setrvat ve svém přirozeném prostředí. Ve všech případech respondenti z obou městských částí projevíli pozitivní vztah k tomuto trendu, *„To je samozřejmě geniální myšlenka...“* (Respondent č.5), ovšem upozorňovali na určité bariéry, se kterými se náš systém setkává.

„Ten trend je obecně v celé společnosti, ale ta společenská nálada na to prostě musí být připravena.“
(Respondent č.2)

„Samozřejmě osobně, já bych to vítala, ale protože tady pracuji tak dlouhou dobu, tak vím, jak je to problematické ... Tento termín každopádně vnímám jako velmi důležitý se jím zabývat...Skutečně ta deinstitucionalizace, to je velice důležitý fenomén, a já si myslím, že je možný, ale musíme na něj být připraveni. Mít připravené menší skupiny, právě třeba ambulantní, právě dějme tomu v rámci terénu ambulantní, tyhle skupinky, služby, které už budou cílit k určitým okruhům.“ (Respondent č.6)

Nejvíce zmiňovali právě nepřipravenost české společnosti. Dokumenty o deinstitucionalizaci v sociálních službách o seniory pojednávají, ale neexistuje žádný jasný „návod“ jak postupovat. *„Za nejdůležitější považuji, aby byl systém jednotný, aby se politicky ukotvilo, že skutečně chceme jít touto cestou, že ten stát si to může dovolit a pak to prostě naplňovat.“* (Respondent č. 6)

Upozorňovali na povahu české společnosti, na rodiny, které nejsou ochotny se o své blízké ve stáří starat, či na finanční situaci jednotlivých rodin. *„Ono tohle vychází z trendu, pro mě i trochu utopického, že všechny rodiny jsou solidární, takhle to prostě není.“* (Respondent č.2) Taktéž upozorňovali na to, že ne každý jedinec chce zůstat ve svém přirozeném prostředí a že ne vždy je to opravdu reakce na plošné *„přání osob, které jsou závislé na určité formě (dlouhodobé) sociální péče, setrvat co nejdéle v jejich přirozeném domácím prostředí“* (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013). V zásadě se experti shodovali s jak s trendem deinstitucionalizace, tak i s konceptem ageing in place, ale zároveň upozorňovali na českou realitu: *„...obecně ten trend i u nás je takový, aby zůstali co nejdéle v domácím prostředí, ovšem je tam otázka, pokud si to přejí. Jsou typy seniorů, kteří, ono to zní paradoxně, ale je to pravda, kteří chtějí žít v nějakém zařízení, cítí se např. v té rodině dobře, ale také cítí, že v té rodině, např. zabírají pokoj pro jedno dítě.“* (Respondent č. 2)

Instituce jako poslední možnost

Klíčovým mottem deinstitucionalizace je snaha instituce, v našem případě pobytová zařízení pro seniory, doporučovat až v opravdu co nejpokročilejším stádiu života, kdy už není „jiná možnost“.

„... to je teď takové naše heslo bych řekla – zůstat co nejdéle doma, takže my se snažíme hodně o to, aby prostě co nejlépe mohli zůstat ve své domácnosti a nemuseli využívat nějaké pobytové služby, ale často to tak je, že k tomu postupem času někteří doputují.“ (Respondent č. 5)

Ambulantní služby zde proto hrají dle expertů velmi důležitou roli:

„Oni mají velkou roli, protože vlastně, když, já to vidím z pohledu tady, tak prakticky mi můžeme prodloužit pobyt toho seniora doma, že nemusí jít hned do toho pobytového zařízení a nebo vlastně prodloužíme tu dobu, kdy ten klient vlastně ulehne a je z něho ležící klient. Tím se to tady natáhne, protože my ty lidi i socializujeme.“ (Respondent č. 4)

Absolutní většina respondentů ovšem zastává názor, že pobytové služby jsou v našem systému stále nezbytností a ambulantní služby je nemohou nahradit. Zároveň se respondenti shodovali na tom, že ač během posledních let prošla residenční zařízení velkou změnou, tak aktuální stav všech zařízení ještě není ideální.

„...protože taková nějaký 24hodinový dohled tou ambulantní službou nezajistíte a nebo nezaplatíte. Takže tyto pobytové sociální zařízení skutečně stále smysl mají. Samozřejmě nevnímám jako pozitivní domov pro seniory, který má kapacitu 220 klientů, už jenom pro tu svou zkušenost z domova malého, kde byla kapacita 65 je to něco úplně jiného...“ (Respondent č. 6)

„Je třeba aby pobytové služby prošly změnou... Ale říkám obecně, ten trend je co nejdéle zůstat doma, pokud to jde, a pokud to ty podmínky umožňují, tak ano, určitě ano.“ (Respondent č. 2)

V tomto případě můžeme tvrdit, že obě městské části se skutečně snaží ubírat směrem rozvoje alternativních služeb, které prodlouží pobyt v přirozeném prostředí klienta. Často jsem se setkávala s kladením důrazu na terénní práci. Většina respondentů sama od sebe nezmínila explicitně služby ambulantní, i když po položení doplňujících otázek vyšlo najevo, že tím tyto služby (denní stacionář, odlehčovací centrum) často myslí, ale pouze použili špatnou terminologii.

„No tak ty ambulantní sociální služby jsou určitě důležité, tam kde mohou docházet, většinou jsou to služby, které dochází domů.“ (Respondent č. 2)

„Já bych řekla, že bychom spíš měli jít cestou toho posilování těch terénních služeb, protože není reálné vystavět tolik domovů seniorů a tolik pobytových, nebo lůžkových odlehčovacích služeb...“ (Respondent č. 1)

V Praze 7 bylo upozorněno na to, že ambulantní službu by do určité míry mohly být nahrazeny rozvojem tzv. tíšňové péče (Respondent č. 2). Jedná se o terénní službu, kdy senioři mají 24 hodinovou kontrolu za pomoci moderních IT technologií. Jedná se např. o náramky, které jsou propojeny s centrálním dispečinkem a senior v případě nouze jen stiskne tlačítko, ja lokalizován přes GPS a je spuštěn záchraný systém.¹

Nedostatečný počet volných pozemků, tím pádem nedostatečný počet míst

Jako jeden z hlavních problémů, či překážek v rozvoji sociálních služeb péče obecně a tím pádem i ambulantních zařízení byl zpozorován nedostatek volných stavebních parcel a prostor. Poukázalo na to hned více respondentů ze všech zkoumaných skupin z obou městských částí. Rozvoj tohoto typu služeb, který vychází i z myšlenky komunitní integrované péče a konceptu ageing in place (viz výše), požaduje výstavbu/ přestavbu různých nemovitostí, které musí být ve vlastnictví dané městské části.

„...tady zdaleka nemáme tolik pozemků, nebo volných prostor, které bychom potřebovali nebo bychom využili. Zdánlivě je to tu samá zelená plocha, ale drtivá většina není městské části.“ (Respondent č. 1)

„...nějaké důležité služby tady chybí, a to už mluvíme nejen o penězích, ale hlavně i o pozemku.“ (Respondent č. 4)

„...je problematické shánět nějakým způsobem vůbec ty prostory.“ (Respondent č. 5)

Zde je to dáno teritoriem a specifikou území hlavního města Prahy, které nemá k dispozici dostatečnou kapacitu volných parcel a nemovitostí.

Navíc Praha 7 nevlastní oproti Praze 11 své vlastní pobytové zařízení pro seniory, které by vyžadovalo nezbytné prostory případně pozemek: *„Chybí tu pobytové zařízení pro seniory. Praha 7 toto zařízení nemá a vidí to jako velký handicap, ta ostatní jsou naplněná.“ (Respondent č.2)*

Chybí zde Domov pro seniory, domov se zvláštním režimem“ (Respondent č.5)

Praha 11 má sice svůj domov pro seniory, ovšem taktéž se potýká s jinými kapacitními problémy:

„...samozřejmě těch služeb by bylo potřeba mnohem víc.“ (Respondent č. 1) Souvisí to zejména s demografickou situací Prahy 11: *„Plynule se zvyšuje zájem o všechny sociální služby. Jižní město stárne, demografická studie je naprosto jasná.“ (Respondent č. 1)* *„Určitě poptávka je, lidé stárnout, vždy to bude za potřebí.“ (Respondent č. 3)*

V současné době je také v oblasti celého hlavního města Praha kromě nedostatečné

¹ Život 90 - nezisková organizace pomáhající seniorům: <https://www.zivot90.cz/cs/asistence/tisnova-pece>

kapacity domovů pro seniory i naprostý nedostatek míst v domovech se zvláštním režimem, které tak mají v rozvojových plánech priority (Navrátil, 2019).

Personální krize

Další bariérou, na kterou poukázali experti z obou městských částí je personální krize v oblasti sociálních služeb. Na tento fakt sami upozornili všichni respondenti z vyšších pozic. Označili to jako jednu z překážek rozvoje celého systému sociálních služeb:

„Je personální krize a v podstatě není možné zaměstnat dostatek kvalifikovaných lidí...prostě brání v tom kapacitní personální důvody“ (Respondent č. 1)

„To co my tady denně řešíme je to, že bychom potřebovali kvalitní personál a vzhledem k tomu jak je v dnešní době vysoká zaměstnanost, tak se potýkáme s tím, že je strašný nedostatek lidí v přímé péči a nedostatek kvalitních lidí. Pořád sháníme pečovatele, jak do těch terénních služeb, tak do ambulantních i pobytových, tak i do odlehčovacího centra a je to prostě strašně těžký.“ (Respondent č. 5)

„Zase, je spousta čekatelů u poskytovatelů sociálních služeb, ale je to omezené kapacitně, z personálních důvodů.“ (Respondent č. 1)

Zde můžeme plně srovnat postoj obou městských částí. Pečovatelé v sociálních službách mají průměrnou hrubou měsíční mzdu 22 927 Kč (MPSV, 2018), což je výrazně nižší, než je celorepublikový mzdový průměr, který činí 29 247 Kč (ČSÚ, 2019). Proto by bylo možným řešením tohoto problému zvýšení platů v této sféře. *„Myslím si, že by se na veřejnosti mělo začít víc mluvit o tom, jaká je to vůbec práce a co ty lidi dělají, že oni opravdu jenom ty lidi nekoupou a nedělají jim hygienu, to fakt není jenom o tom.“* (Respondent č. 4)

Druhou otázkou je kvalita lidí poskytující sociální služby, která souvisí s nastavením požadavků pro možnost vykonávání této pracovní činnosti.: *„Pokud vy chcete ty služby zkvalitňovat, tak k tomu potřebujete kvalitní lidi, samozřejmě máme spousta skvělých pečovatelů, ale my jsme velká organizace a pořád bychom potřebovali doplňovat, nebo lidi odcházejí.“* (Respondent č. 5)
„Můžeme se tedy zabývat těmi personálními zdroji, kvalitou těch, kteří do těch domácností dochází ... Žádná věda, zdravý rozum a zapálení a pak tady teda strašně důležitý je vzdělávání těch lidí v sociálních službách, je jich hrozně málo, na druhou stranu jsou lidi, kteří nemají úplné vzdělání, ale jsou skvělí pečovatelé...“ (Respondent č. 6)

Všichni respondenti, kteří toto téma zmínili, ho považují za velmi jej za velmi důležité a tvůrci politiky na národní úrovni by se dle dotázaných expertů měli tímto problémem více zabývat.

Problematika nezájmu veřejnosti/Neinformovanosti o sociálních službách

Cílová skupina seniorů se v určitých případech setkává s jistou formou diskriminace ze strany ostatních cílových skupin. Společnost může na seniora pohlížet jako na člověka v poproduktivním věku a tím pádem nepotřebného pro okolí (Haškovcová, 2010, s.32). Pro systém sociálních služeb jsou však senioři jednou z hlavních cílových skupin. Dle mých respondentů se nicméně na téma stáří a péče o seniory dostatečně neupozorňuje a není ve středu společenského zájmu.

„Problém je, že se o to nezajímá dle mého názoru dost lidí o tyhleto otázky, že každý to začne řešit až v momentě, kdy se u něj v rodině něco stane, přivezou dědečka z nemocnice a teď, co s ním? Nebo kde mám vyřídít nemocenskou, kde mám vyřídít příspěvek na péči ... Nevím, jestli se to nevidí, nebo nechce vidět.“ (Respondent č. 1) Zmíněno bylo několik jiných témat, o která se veřejnost, oproti

problematice seniorů, zajímá daleko více (např. sucho, životní prostředí). „Vůbec nikdo tohle dění nesleduje nikoho ani třeba nezajímá, když se připravují nějaký projekty na ministerstvu.“ (Respondent č. 1)

Respondenti napříč městskými částmi i pracovními pozicemi opakovaně zmínili neinformovanost občanů o příspěvku na péči, který je dle zákona č. 108/2006 Sb, o sociálních službách u nás možné čerpat již od roku 2007.

„Oni často ani nemají představu, co všechno by mohli využít, včetně i finančních prostředků. Doteďka se vám běžně stane, že přijde rodina, která pečuje o babičku/dědečka, kteří jsou už opravdu jakoby hodně omezeni v samostatnosti a oni vůbec nemají příspěvek na péči a ani neví, že něco takového existuje.“ (Respondent č. 5)

„Někteří zájemci o službu sem přicházejí asi tak 50 % ani neví, že existuje příspěvek na péči, takže většinou to je a říkám „A máte příspěvek na péči?“ „Co to je?“ – začneme to řešit, rychle jim říkám, že by to bylo vhodné, takže jsou na úřad a tam se to začne všechno řešit.“ (Respondent č. 4)

Neinformovanosti se dotázání experti věnovali i v souvislosti s ambulantními službami. Zmiňovali např. denní stacionář, jako jednu z možných forem ambulantní péče, o kterém lidé často ani neví, co tento pojem znamená. „Divím se, že ten stacionář lidi vůbec našli, když neví tuto základní věc. Tohleto je služba, která je strašně přehlížena. Ti rodiče by mohli být daleko déle doma a byli by daleko dýl úplně v pohodě. Mohou v klidu chodit do práce. Je třeba větší propagace tehleto zařízení, Ono se o tom mluví, ale podle mě třeba 70 % lidí vůbec neví, co to je.“ (Respondent č. 4)

Problematika dopravy do center ambulantních služeb

Měla jsem možnost provést dva rozhovory s vedoucími různých denních stacionářů v obou městských částech. Jedná se o druh služby, kam se klient musí dopravit sám a to často představuje velký problém. Obě zařízení zmínila, že se snaží spolupracovat s alternativními dopravci.

„Nemáme vlastní dopravu, tak spolupracujeme s pečovatelskou službou terénní a ta nám vozí, když má volnou kapacitu“... „Existují potom různé handicap transporty, ale tam je zase problém, že se musíte objednávat více dopředu a oni ráno vozí přednostně školy. To je pak zase další problém, oni by dopravci byli, ale ráno vozí přednostně školy.“ (Respondent č. 4)

„Poptávka je opravdu větší. To si myslím, že tam je velký nedostatek“ (Respondent č. 3)

Respondentka č. 4 dokonce zmínila, že ve dvou případech klient z důvodu nezajištěné dopravy nemohl do denního stacionáře nastoupit.

Problémem je tedy nedostatečná kapacita u jednotlivých dopravců, ale i finanční stránka věci.

„Ona ta doprava potom vyjde docela draho, když jsou zdaleka. ZTP mají příspěvek na dopravu a to je 400 korun na měsíc, jedna paní např. platila 240kč za dopravu denně a to je celkem dost.“ (Respondent č. 4)

V souvislosti s denními stacionáři, které nemají zcela plné kapacity a nedokáží si to vysvětlit, by toto mohl být jeden z důvodů.

Důležitost propojení služeb

Z jednotlivých rozhovorů jsem zpozorovala tendenci vycházející z předchozího tvrzení, že „institute by měla být brána jako poslední možnost“, snažit se služby co nejvíce naplánovat,

spojovat, rozvrstvit a tím dávat jedincům možnost výběru. Souvisí to jak s trendem komunitního plánování (Iecovich, 2014) a konceptu „ageing in place“ (Iecovich, 2014, Dalmer, 2019), tak právě i s konceptem lokálního sociálního státu (Andreotti, Polizzi, 2012).

.Náš stát předpokládá aktivní spoluúčast rodiny, která by ovšem měla být doprovázena různými druhy služeb právě v rámci komunit (Kotrusová, Dobiášová, Angelovská, 2013).

„Myslím si, že tady je cesta jakoby ne soustředit se na jednu tu službu, ale opravdu propojit ty poskytovatele a propojit třeba několik služeb, řekněme že moje představa ideální je taková, že bychom tady na území Prahy 11 měli bezbariérové byty, domy s pečovatelskou službou, nějaký denní stacionáře...“ „... že by vlastně ten člověk mohl být řekněme plynule, by mohl čerpat ty konkrétní služby, které by potřeboval. Prostě ten komplex mít tak, aby vlastně mohl pokrýt toto široké spektrum těch potřeb“ (Respondent č. 1)

„Přijde mi, že je hodně dobrá spolupráce všech těch, to síťování, spolupráce všech poskytovatelů, což tady se hodně snažíme.“ (Respondent č. 5)

Co se týče rozdílu u jednotlivých částí, ani zde jsem nezpozorovala žádné rozdíly. Naopak. Obě městské části se snaží o komunitní plánování, které cílové populaci umožní právě tu volbu. Jednají v souladu s konceptem lokálního sociálního státu podle Andreottiho a Polizzi (2012), jelikož respondenti zmiňovali, že při plánování hledí na „obyvatelstvo a jeho specifické potřeby v lokálním kontextu“, ale i na „soubor různých formálních a neformálních poskytovatelů služeb a na jejich dynamický rozvoj“.

Zároveň experti z obou městských částí (Respondent 1 a Respondent 2) zmiňovali, že k plánování služeb jsou přizváni všichni relevantní aktéři včetně uživatelů a poskytovatelů.

„Město organizuje v rámci case managementu jakoby setkání i vzdělávání všech poskytovatelů, kteří tady nějakým způsobem na Praze 7 fungují, to znamená, že přicházejí lidi jak z neziskovek, tak s příspěvkových a často se to dělí na podskupiny. Např. funguje Farní charita, využívat všechny služby, abychom navzájem uměli komunikovat, když ten klient potřebuje už větší podporu i různých služeb, tak abychom opravdu společně dokázali se sejít a o tom člověku se bavit co opravdu potřebuje a ty služby mu na míru ušít.“ (Respondent č. 5)

Nejasnost ambulantní sociální služby

Ambulantní sociální služba má v zákoně své vymezené místo. Vedle pobytové a terénní formy, je brána za třetí, samostatnou formu poskytování služeb (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §33). Během všech rozhovorů jsem se setkala s tím, že samotní experti zaměřují ambulantní formu péče za tu terénní a nejsou si jisti, které služby mezi ambulantní přesně spadají. Na otázku ohledně ambulantní služby např. Respondent č. 2 odpověděl následovně: *„Je to především pečovatelská služba, která dojíždí a ta je prostě majoritní záležitost, takže budeme mluvit hlavně o ní, i když se tam mohou vyskytovat i jiné sociální služby, ale ta pečovatelská pro seniory je majoritní.“* Automaticky se zaměřil na terénní formu péče.

Jiný příklad odpovědi na otázku tazatele *„Jakou vidíte roli ambulantních služeb v celém systému sociálních služeb“* byla následující: *„Já bych řekla, že bychom spíš měli jít cestou toho posilování těch terénních služeb, protože není reálné vystavět tolik domovů seniorů a tolik pobytových, nebo lůžkových odlehčovacích služeb, ale spíš si myslím, že reálnou cestou je ta péče přímo v domovech seniorů.“* Toto se stávalo během rozhovorů velmi často. Několikrát bylo potřeba respondenta upozornit, že např. denní stacionář spadá mezi ambulantní sociální služby.

Při předchozím studiu dokumentů bylo poměrně problematické se zorientovat, co do ambulantní formy poskytování sociální péče patří. Dokonce i Střednědobé koncepce rozvoje sociální politiky, sociálních a zdravotnických služeb 2018–2022 se např. vůbec nezmiňuje o ambulantní formě péče a své postavení tam má pouze právě terénní a pobytová forma (Městská část Praha 7, 2018).

Jak již bylo zmíněno, s problémem v chápání pojmu jsem se setkala i u odlehčovací služby, která je převážně poskytována pobytovou formou (až 3měsíčním pobytem klientů) a není zde zcela jasné, jak zde figuruje ambulantní forma, která je ovšem taktéž definována jako možnost poskytování odlehčovací služby.

Závěr

Česká populace stárne a proto je třeba systém péče o seniory nestále přizpůsobovat tomuto trendu. Nynější systém sociálních služeb u nás vychází z hodnotových postojů, že by člověk měl mít možnost zůstat co nejdéle ve svém přirozeném domácím prostředí. Pokud k tomu už není dostatečně způsobilý, měl by mít možnost se sám rozhodnout, kde svůj život plnohodnotně dožije.

Účelem mé práce bylo popsat jednu z forem poskytování sociální péče pro seniory – ambulantní sociální služby, jakožto typ služeb, díky kterým může člověk prodloužit svůj pobyt ve svém domově. Práce se z velké části zabývala podrobnou deskripcí této formy péče, jakým způsobem mohou senioři tuto péče využívat, jaké finanční prostředky jim na to mohou sloužit a kdy na ní mají nárok. K zodpovězení mých výzkumných otázek jsem se rozhodla dojít formou vícečetné případové studie, kde jsem na dvou případech městských částí ukázala nabídku a využití ambulantních služeb pro seniory, zda se nějakým způsobem, ve spojitosti se stárnutím populace, vyvíjí v čase a převážně jsem analyzovala problémy, které se vyskytují v souvislosti s tímto typem služeb. Prováděla jsem rozhovory s experty z této oblasti z obou městských částí na různých úrovních plánování a poskytování služeb.

Jedním ze zkoumaných jevů bylo naplňování trendu deinstitucionalizace, který podporuje život lidí v jejich domovech. V současné době existuje několik strategií podporujících trend deinstitucionalizace u nás, ovšem praxe není tak jednoznačná. V souvislosti s cílovou skupinou seniorů se v mém výzkumu ukázalo, že v současné době se na to náš systém teprve připravuje. Komplexně je na deinstitucionalizaci pohlíženo pozitivně, ale je třeba na to společenskou náladu dostatečně připravit.

Za nejdůležitější zjištění v mé práci považuji jednotlivé problémy, které představují významné překážky rozvoje tohoto typu služeb.

Ač se jedná o vícečetnou případovou studii dvou městských částí, je třeba zmínit, že některá zjištění by se dala zobecnit na celý systém sociálních služeb, na celé území hlavního města Prahy a i na celou ČR. Jedná se v první řadě o nedostatek personálních zdrojů v oblasti sociálních služeb, ale i např. o nepřipravenost české populace na trendy deinstitucionalizace či nezájem veřejnosti o problematiku péče o seniory. Personální krize ústí do absolutního nedostatku pečovatelských pracovníků, je příčinou problémů s naplňováním požadované kvality. Personální nedostatek může souviset např. s mzdovým ohodnocením těchto pracovníků, které je ve srovnání s jinými pracovními pozicemi podprůměrné.

Některé problémy se však týkají především Prahy, jako hlavního města. Mezi největší problémy v rozvoji v obou městských částech patří nedostatek volných pozemků či nemovitostí na stavbu či zřízení nových sociálních služeb. V některých případech by volná místa pro stavební účely či zřízení nových zařízení i byla, avšak nejsou ve vlastnictví dané městské části. Proto je velmi problematické zvyšovat kapacitu a učinit sociální služby včetně ambulantních dostupnější. Problémem je i nedostatečná informovanost seniorů a jejich rodin o ambulantních službách nebo i o příspěvku na péči, pomocí kterého mohou senioři a jejich rodiny financovat tento typ sociálních

služeb.

Na úrovni samotných ambulantních služeb je problémem zejména doprava do těchto zařízení.

Na konec bych ráda upozornila na nejasnost a neinformovanost dokonce i samotných profesionálů ohledně ambulantních služeb. I přes to, že jsou v zákoně (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §33) ambulantní služby jasně vymezeny, při sběru dat byl tento termín velmi problematický a zaměňovaný či schovaný se službami terénními. I při rozhovorech s jednotlivými experty jsem se setkala s problémem nesprávného užívání pojmu ambulantní služba. Dokonce některé klíčové strategické dokumenty jej vůbec nezmiňují (např. Střednědobé koncepce rozvoje sociální politiky, sociálních a zdravotnických služeb 2018–2022), nebo i zde jsou stále „překrývány“ s terénní sociální péčí.

Na úplný závěr bych tedy navrhovala větší zdůraznění, či ujasnění postavení ambulantních služeb v celém systému sociálních služeb. Výzkum by bylo vhodné rozšířit na celé hlavní město Prahu, potažmo ČR., aby výsledky byly komplexnější a zobecnitelnější.

Z hlediska návrhů pro změny v systému ambulantních služeb by bylo vhodné věnovat větší pozornost kampaním s touto tematikou, více informovat přímo seniory a jejich rodiny o ambulantních službách, jako alternativě institucionální péče.

Použitá literatura

- ANDREOTTI, A. MINGIONE, E. and POLIZZI, E. Local welfare systems: a challenge for social cohesion. *Urban Studies*, Volume 49, Issue 9, July 2012.
- BAREŠ, P. a kol. Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy. *CESES FSV UK*, Praha, 2012.
- BENEŠOVÁ, Romana. Ageismus. *SOCIOWeb : Sociologický webzín* [online]. 2011, 1, s. 8-9. [cit.2011-05-01]. Dostupný z: http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186_SOCIOWEB_01_2011_.pdf. ISSN 1214-1720.
- BELLETTI, Francesco a REBUZZINI, Lorenza. Existencial Field 4: Local Politics - Programmes and Best Practice Models, Working report. [Online] 2010. Dostupné z [www: https://eldorado.tu-dortmund.de/bitstream/2003/27694/1/EF4b_Local_Family_Policies.pdf](http://www.dortmund.de/bitstream/2003/27694/1/EF4b_Local_Family_Policies.pdf).
- BOGNER, A, B. LITTIG, W. MENZ (eds.). *Interviewing Experts*. New York: Palgrave Macmillan, 2009. ISBN 978-1-349-30575-9.
- BRAUN, V., CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77–101, 2006.
- ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D.: *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- Český statistický úřad. Senioři v hlavním městě Praze – 2015 [online], Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20541915/33014015.pdf/d2e700bd-c44b-444e-8627-1186baedcf31?version=1.1>.
- Český statistický úřad. Průměrné mzdy - 4. čtvrtletí 2018. 2019a [online], Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/prumerne-mzdy-4-ctvrtleti-2018>.
- Český statistický úřad. Demografické údaje za správní obvody a městské části hl. m. Prahy. 2019b [online], Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-parametry&z=T&f=TABULKA&katalog=30845&pvo=DEM01D-PHA&sp=A&filtr=G%7EF M%7EF Z%7EF R%7EF P%7E S%7E U%7E412 null &skupId=1372&c=v3%7E2 RP2014MP12DP31&str=v33>.
- Český statistický úřad. Projekce obyvatelstva České republiky - 2018-2100, 2018.
- Český statistický úřad. Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065. 2009. [online] Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20554203/400709a8.pdf/714d7953-3a40-4b43-83b7-9921a59a3db8?version=1.0>.
- ČEVELA, R., ČELEDVÁ, L. Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDVÁ, L. Sociální gerontologie: Úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- Dalmer, K.D. A logic of choice: Problematizing the documentary reality of Canadian aging in place policies. *Journal of Aging Studies* 48 (2019) 40–49.
- DAVEY, J, JOUX, V., GANESH N., Arcus, M.: *Accommodation options for older people in Aotearoa/New Zealand*, 2004.

- Deník.cz. *Stáří se obává polovina Čechů. Obce pro důchodce nemají dostatek vhodných bytů* [online]. Dostupné z: <https://www.denik.cz/ekonomika/polovina-cechu-se-obava-stari-obce-pro-duchodce-nemaji-dostatek-vhodnych-bytu-20181001.html>.
- Domov pro seniory Háje. Výroční zpráva 2017. 2017.
- DOBIÁŠOVÁ, K. *Komunitní péče a systém sociálního zabezpečení*. Výuková materiál pro Mediátory podpory zdraví. Materiál vznikl v rámci projektu Efektivní podpora zdraví osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením (registrační číslo projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009439). Praha: Státní zdravotní ústav, 2018.
- DOBIÁŠOVÁ, K., KOTRUSOVÁ, M. Zaslouhují si neformální pečující větší péči? Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR. *Sociální práce (Sociálna práca)*, 2017, 6, str. 22-41.
- ESPING-ANDERSEN, Gøsta. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey: Princeton University Press. 1990. ISBN 0-691-02857-5.
- GAANS, D., DENT, E., *Issues of accessibility to health services by older Australians: a review*. Public Health Reviews (2018) 39: 20.
- HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 9788087109199.
- HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 9788087109199.
- HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HORECKÝ, J., PRŮŠA, L. Poskytování služeb sociální péče pro seniory v České republice a ve Švýcarsku: mezinárodní komparace. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2012, ISBN 978-80-904668-3-8.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHAN, H., CHENG, S., SU, H., *Integrated Care for the Elderly in the Community, Volume 2, Issue 4, December 2008, Pages 167-171*.
- IECOVICH, E., *Aging in place: From theory to practice*. Anthropological Notebooks 20(1):21-32, 2014.
- Jihoměstská sociální as. Pečovatelská služba [online]. 2019. dostupné z: <http://jmsoc.cz/strediska/pecovatelska-sluzba/>.
- KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K. a HOŠTÁLKOVÁ, J. Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum sociální politiky*. 2013, č. 6. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf.
- KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K., ANGELOVSKÁ, O. Role kraje v oblasti zdravotně-sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Případová studie Středočeského kraje. *Zdravotnictví v ČR*, 1-2/2015, str. 8-16.
- KRMELOVÁ, Z., *Koncept města dobré dostupnosti a jeho význam pro kvalitu života seniorů a dětí v urbánním prostředí*. Urbanismus a územní rozvoj, ročník XIX, č. 1/2016, str. 17-18
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

- Městská část Praha 11. Koncepce rozvoje sociálních a návazných služeb na území městské části Praha 11 v letech 2016 až 2020. 2016.
- Městská část Praha 11. Poskytovatelé sociálních a návazných služeb pro občany MČ Praha 11. Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Úřadu MČ Praha 11. Praha, 2014.
- Městská část Praha 7. Střednědobá koncepce rozvoje sociální politiky, sociálních a zdravotnických služeb 2018–2022 [online]. 2018. dostupné z: <https://www.praha7.cz/wp-content/uploads/2018/05/Plán-rozvoje-zdravotn%C3%ADch-sociáln%C3%ADch-a-návazných-slужeb.pdf>.
- MLÝNKOVÁ, Jana. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- MPSV 2018 z výsledků šetření ISPV za rok 2018 - Mzdová sféra <https://www.mpsv.cz/ISPVvypis.php?kzams=6014&ok=Zobrazit+informace&sfera=1&sz=5&txt=>.
- MPSV, Sociální služby, 10.8. 2017 [online]. [cit. 21.4.2019] Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>.
- MPSV. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, Praha. 2007.
- MPSV. Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a Kritéria transformace a deinstitucionalizace, Praha: MPSV 2015a.
- MPSV. Manuál transformace ústavů. Deinstitucionalizace sociálních služeb. Praha: MPSV, 2013a. ISBN 978-80-7421-057-0.
- MPSV. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025. MPSV Praha, 2015b.
- MPSV. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb [online]. 20.12.2013b. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/3857>.
- NAVRÁTIL, M. Analýza infrastrukturních potřeb hl. m. Prahy (zaměřená na infrastrukturu vybrané občanské vybavenosti). Institut plánování a rozvoje hlavního města Prahy. Sekce strategií a politik. 01/2019 [online]. Dostupné z: http://www.iprpraha.cz/uploads/assets/dokumenty/ssp/analyzy/Obyvatelstvo/analyza%20Infrastrukturnich%20potreb/3a_socialni_sluzby.pdf.
- NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008. ISBN 978-80-87007-96-9.
- ONDRUŠOVÁ, J. Stáří a smysl života Praha : Karolinum, 2011. ISBN 9788024619972.
- Pečovatelské centrum Praha 7 [online]. Městská část Praha 7. 2019 [cit. 21.4.2019] dostupné z: <http://www.pecovatelskecentrum.cz>.
- PSPČR (Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky). Postoj vlády k problémům s financováním sociálních služeb. [online]. Stenozáznam z 27. schůze PSPČR ze dne 27.3. 2019 [cit. 28.4.2019]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/2017ps/stenprot/027schuz/27-10.html#q1367>.
- PRUDKÁ, Šárka. Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-839-0.
- PRŮŠA, L., BAREŠ, P., HOLUB, M., ŠLAPÁK, M., Vybrané aspekty péče o seniory z hlediska sociálního začleňování. VÚPSV, v.v.i., Praha 2015, 137 s., ISBN 978-80-7416-234-3.

- REZGALE-STRAIDOMA, E., RASNAČA, L.: Risks While Deinstitutionalizing Long-Term Elderly Care: The Case of Latvia. *Socialiniai tyrimai / Social Research*. 2015. Nr. 2 (38), 82–92.
- SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 2012 *Sociologie*. ISBN 978-80-247-3850-5.
- STRAUSS, A. L., J. Corbin. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- THELENOVÁ, K. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, 123 s. ISBN 978-80-7372-582-2.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Průměrný věk základních věkových skupin obyvatel Prahy (tabulka)

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 3: Scénář rozhovoru s vedoucími pracovníky poskytovatelů ambulancí sociálních služeb

Přílohy

Příloha č.1: Průměrný věk základních věkových skupin obyvatel Prahy k 31.12. 2017

Základní věkové skupiny obyvatel Prahy	Průměrný věk
Praha-Dolní Měcholupy	36,4
Praha 22	36,5
Praha-Kolovraty	36,9
SO Praha 22	37,0
Praha-Vinoř	37,2
Praha-Štěrboholy	37,3
Praha-Březiněves	37,6
Praha-Čakovice	37,6
Praha-Újezd	37,7
Praha-Zličín	37,8
Praha-Kunratice	37,9
Praha-Dolní Chabry	38,4
SO Praha 18 [2]	38,4
SO Praha 19 [3]	38,7
Praha-Řeporyje	38,8
Praha-Slivenec	38,8
Praha-Lysolaje	38,8
Praha-Troja	38,8
Praha 18	38,9
Praha-Dubeč	39,0
Praha 19	39,2
Praha-Křeslice	39,4
Praha 21	39,5
Praha 14	39,6
Praha-Koloděje	39,6
SO Praha 14	39,6
Praha-Řáblice	39,7
Praha-Libuš	39,7
Praha-Nebošice	39,8
SO Praha 13	39,9
SO Praha 21	39,9
Praha-Velká Chuchle	39,9
Praha-Benice	40,0
Praha-Satalice	40,0
Praha 13	40,0
Praha-Královice	40,1
Praha-Suchdol	40,1
SO Praha 7	40,4
SO Praha 15	40,4

Praha 7	40,5
Praha-Klánovice	40,5
Praha-Šeberov	40,5
Praha-Lochkov	40,7
Praha-Lipence	40,8
SO Praha 17	40,8
Praha-Petrovice	40,8
Praha-Dolní Počernice	40,8
SO Praha 5	41,0
SO Praha 20	41,0
Praha 20	41,0
Praha-Běchovice	41,0
Praha 5	41,1
Praha 15	41,1
SO Praha 9	41,2
Praha 9	41,2
Praha-Přední Kopanina	41,2
SO Praha 16	41,3
Praha-Zbraslav	41,3
SO Praha 2	41,4
Praha 2	41,4
Praha 17	41,6
SO Praha 3	41,7
Praha 3	41,7
Praha 16	41,8
Praha	41,9
SO Praha 6	42,4
SO Praha 12	42,6
Praha 6	42,6
Praha-Nedvězí	42,8
SO Praha 8	42,9
Praha 12	43,1
Praha 8	43,3
SO Praha 1 [1]	43,3
Praha 1	43,3
SO Praha 11	43,8
SO Praha 4	44,0
SO Praha 10	44,1
Praha 10	44,1
Praha 11	44,2
Praha 4	44,5

Vytvořeno autorkou dle ČSÚ, 2019

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Dnes jsem poskytl/a rozhovor *Alžbětě Mixové, studentce oboru Sociologie a sociální politika na FSV UK* v rámci výzkumu Sociálních ambulantních služeb realizovaném v rámci analytické části bakalářské práce.

Pro tento účel smí být tento rozhovor nahráván a zpracováván jen v anonymizované podobě bez souvislosti s mým jménem a kontaktem na moji osobu.

V případě, že úryvky z tohoto rozhovoru budou součástí publikací nebo veřejných prezentací výsledků výzkumu, smí být uvedeny jen v anonymizované podobě bez mého jména a souvislosti s mojí osobou.

Po ukončení výzkumu a prezentování výsledků v rámci kurzu, tento rozhovor smí být archivován a tím zprostředkován pro účely jiných výzkumů, ale pouze v anonymizované

podobě, bez spojení s mým jménem a s mojí osobou.

Informovaný souhlas s rozhovorem

Byl/a jsem informován/a, že účelem výzkumu bakalářské práce realizovaném *Alžbětou Mixovou* je výzkum *Sociálních ambulantních služeb*. Souhlasím s tím, že v práci budou uvedena některá má citlivá data, ale nebude uvedené mé pravé jméno nebo nebudou uvedeny žádné skutečnosti, které by mohly vést k identifikaci mojí osoby. Vím, že mohu rozhovor z jakýchkoliv důvodů přerušit a svůj souhlas s rozhovorem vzít zpět. S těmito podmínkami dobrovolně a bez nátlaku souhlasím.

Datum:

Jméno:

Podpis:

Příloha č. 3: Scénář rozhovoru s vedoucími pracovníky poskytovatelů ambulantních sociálních služeb

Struktura rozhovoru

Dobrý den, jmenuji se Alžběta Mixová a v současné době studuji na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy obor Sociologie a sociální politiky. Obrátila jsem se na Vás s prosbou o rozhovor v souvislosti s mojí bakalářskou prací, která se věnuje problematice sociálních ambulantních služeb pro seniory.

Co se týče samotného rozhovoru, jeho předpokládaná délka je zhruba 60 minut. Rozhovor bude nahráván na diktafon a následně přepsán, bude také anonymizován. Bude sloužit pouze jako zdroj informací k napsání práce a nebude s ním nakládáno jiným způsobem.

Warm-up

- Můžete mi popsat, jak jste se dostala na svou pracovní pozici?
- Bylo to něco, co jste chtěl dělat?

Společná část

- Jak hodnotíte kvalitu a množství sociálních služeb pro seniory, které jsou na Praze 7/11 poskytovány?
- Jaké typy služeb považujete za nejvhodnější pro seniory? Proč?
- Chybí zcela podle Vás na Praze 7/11 nějaké sociální služby pro seniory?
- Jak hodnotíte kvalitu a množství ambulantních sociálních služeb pro seniory, které jsou na Praze 7/11 poskytovány?
- Z pohledu sociálních služeb pro seniory, je zde nějaký problém/nedostatek, který by se měl řešit? Popřípadě jak?

Vedoucí pracovníci zařízení ambulantních sociálních služeb

- Můžete mi popsat Vaše služby? Na co se zaměřují, co nabízejí?

- Jakou vidíte roli ambulantních služeb v celém systému sociálních služeb?
- Jaké druhy ambulantních sociálních služeb máte registrované?
- Snažíte se klientům vycházet vstříc? Např. ohledně času, poskytnutí služeb apod.
- Máte materiály ohledně kapacit jednotlivých služeb? Zvyšuje se zájem?
- Zvyšuje se během let zájem o Vaše služby?
- Jsou nějakí žadatelé bráni přednostně?
- Jakým způsobem informujete veřejnost o vašich službách? Doporučujete nějakým způsobem vaše služby?
 - Jakým způsobem jsou (kampaně) financovány?
- Jsou nějaké změny, které plánujete do budoucna?
- Mění se potřeby Vašich klientů? V čem konkrétně?