

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
Husitská teologická fakulta

*Diplomová práce*

**Pečovatelská služba ve spojení s domácí zdravotní péčí jako  
veřejný zájem a základní pilíř péče o seniory v České republice**

Social care in conjunction with home care as public interest and basic  
pillar of elderly care in Czech Republic

Praha 2015

Vedoucí práce:

**Mgr. Monika Válková**

**prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.**

Autor:

**Bc. Kateřina Dušková**

## **MOTTO**

*„Stáří je zkušenost, stáří je prozíravost, stáří je bohatství, stáří je kvalita, stáří je inovace. Stáří je naše budoucnost. Žijme ho – milujme ho.“*

Andreas Reidl

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Mgr. Monice Válkové za odborné vedení při psaní mé diplomové práce a za cenné konzultace. Za odbornou podporu děkuji také prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc., vedoucí Katedry psychosociálních věd a etiky HTF UK, PhDr. Jindřichu Kadlecovi, předsedovi České asociace pečovatelské služby a Mgr. Pavle Chalupové, své kolegyni. Celé své rodině děkuji za trpělivou podporu v celém období mého studia.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem *Pečovatelská služba ve spojení s domácí zdravotní péčí jako veřejný zájem a základní pilíř péče o seniory v České republice* napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a moje práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze 20. dubna 2015

Bc. Kateřina Dušková

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zabývá systémem zabezpečení pečovatelské služby a dalších návazných služeb včetně neformální péče o seniory v České republice. Cílem práce je podrobně zhodnotit, popsat a blíže se seznámit s pečovatelskou službou jako základní službou sociální péče v souvislosti s principem sdílené péče v přirozeném domácím prostředí seniorů. Je to ideální forma péče o seniory v současnosti a vzhledem k demografickému vývoji také v budoucnosti. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se zabývá třemi základními tématy: pečovatelskou službou v systému služeb v ČR, seniorem jako cílovou skupinou sdílené péče a obcí a její roli v oblasti péče o seniory.

Praktická část je věnována výzkumu, který je zaměřen na vztah pečovatelské služby a obcí z pohledu potenciálních uživatelů služby, tj. seniorů. Pro výzkum je využita kombinace kvalitativní a kvantitativní metody zkoumání. Interpretuje výsledky výzkumného šetření provedeného mezi seniory ve třech seniorských klubech v MČ Praha 17. Výzkum doplňuje poznatky uvedené v teoretické části.

## **ABSTRACT**

This thesis deals with the security system care services and other related services, including informal care for seniors in the Czech Republic. The aim of the work is to evaluate, describe and offer a closer understanding of nursing as a basic social care service in connection with the principle of shared care in a natural home environment for seniors as the ideal form of care for the elderly at present and due to the demographic development in the future. The thesis is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part covers three main topics: day care service system in the Czech Republic, seniors as a target group of caring and sharing and municipalities and their role in caring for the elderly.

The practical part is devoted to the research, which focuses on the relationship of care services and communities from the perspective of potential service users, ie. the elderly. A combination of qualitative and quantitative research methods is used in the research and interprets the results of the survey conducted among the elderly in three senior clubs in Prague 17. The research complements the findings mentioned in the theoretical part.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Pečovatelská služba, sociální služby, sdílená péče, neformální pečující, domácí zdravotní péče, senior, geriatrický pacient, přirozené prostředí, obec, meziobecní spolupráce.

## **KEYWORDS**

Care services, social services, shared care, informal care, home health care, senior, geriatric patients, natural environment, community, municipal cooperation.

# Obsah

Úvod.....	9
1 Pečovatelská služba – základní pilíř sociálních služeb pro seniory v ČR.....	11
1.1 Pečovatelská služba v systému sociálních služeb v ČR.....	11
1.2 Pečovatelská služba jako služba veřejná a nástroj sociální politiky v ČR.....	13
1.3 Poskytovatelé pečovatelské služby.....	16
1.4 Nákladovost a financování pečovatelské služby.....	18
1.4.1 Aktuální problémy v oblasti financování pečovatelských služeb.....	22
1.5 Specifika pečovatelské služby z pohledu pracovníků v přímé péči.....	26
1.6 Pečovatelská služba a mezioborová spolupráce.....	29
1.7 Pečovatelská služba a propojení s ostatními sociálními službami.....	33
1.8 Domácí zdravotní péče.....	35
1.9 Neregistrované sociální služby jako ohrožení uživatelů pečovatelských služeb....	38
1.10 Neformální péče, sdílená péče.....	39
2 Senior v systému sociálních služeb.....	42
2.1 Senior jako cílová skupina pečovatelské služby.....	42
2.2 Stárnutí a demografický vývoj v ČR.....	43
2.3 Senior jako geriatrický pacient.....	45
2.4 Posouzení nepříznivé sociální situace u seniorů.....	48
2.5 Senior jako zákazník budoucnosti.....	50
3 Obec a její role v oblasti zajištění pečovatelské služby.....	52
3.1 Obec jako komunita.....	52
3.2 Obec a sociální péče z pohledu Zákona o obcích a Zákona o sociálních službách	52
3.3 Obce a plánování sociálních služeb.....	56
3.4 Meziobecní spolupráce.....	58
4 Výzkumné šetření.....	61
4.1 Cíl výzkumného šetření.....	61
4.2 Metoda výzkumného šetření.....	61
4.3 Cílová skupina.....	62
4.4 Popis výzkumného šetření.....	63
4.5 Analýza dotazníkového šetření.....	64
4.6 Diskuse.....	80

Závěr.....	83
Resumé.....	85
Seznam použité literatury a pramenů.....	86
Seznam grafů.....	91
Seznam tabulek.....	92
Seznam příloh.....	93
Příloha č. 1.....	94

## SEZNAM ZKRATEK

CSZS	Centrum sociálně zdravotních služeb
CŽV	Celoživotní vzdělávání
ČAPS	Česká asociace pečovatelské služby
ČCE	Českobratrská církev evangelická
DPS	Domy s pečovatelskou službou
ICT	Informační a komunikační technologie
MČ	Městská část
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NSRSS	Národní strategie rozvoje sociálních služeb
O.p.s.	Obecně prospěšné společnosti
ORP	Obecní úřady s rozšířenou působností
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PnP	Příspěvek na péči
PS	Pečovatelská služba
Sb.	Sbírky (zákonů)
SGEI	Služby obecného hospodářského zájmu
SPRSS	Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
ÚP	Úřad práce



## Úvod

Výběr tématu této diplomové práce zcela odpovídá mému dlouholetému profesnímu zaměření v oblasti sociální práce a sociálních služeb. Přestože jsem se po studiu na vyšší odborné škole sociálně právní chtěla věnovat tématu náhradní rodinné péče, pracovní příležitost změnila můj záměr a mým stěžejním oborem se stala terénní služba sociální péče, konkrétně pečovatelská služba.

Od roku 2000 jsem pracovala nejprve jako sociální pracovníce v pečovatelské službě Střediska křesťanské pomoci Diakonie ČCE, v roce 2001 jsem stála při vzniku Informačního centra sociální pomoci KONTAKT a se zkušeností z oblasti sociálně právního poradenství jsem dostala příležitost vybudovat odborné sociální poradenství v Centru sociálně zdravotních služeb (CSZS) v Praze 6 – Řepích, kde jsem zároveň jako sociální pracovníce koordinovala pečovatelskou službu ve spojení s denním centrem pro seniory a domácí zdravotní péčí. V CSZS jsem pracovala do roku 2012, od roku 2004 jsme se stali členy střešní organizace České asociace pečovatelské služby, se kterou jsem začala úzce spolupracovat na prosazování zájmů terénních sociálních služeb, a také v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách, což bylo jedno ze stěžejních témat v době těsně před vznikem Zákona o sociálních službách. Od roku 2012 pracuji pro Českou asociaci pečovatelské služby jako koordinátorka a manažerka projektů, jejichž hlavním tématem je prosazování principu sdílené péče o seniory v České republice a profesní vzdělávání. Jako asociace jsme důležitým komunikačním partnerem pro MPSV, Asociaci krajů ČR, Svaz měst a obcí, Národní radu osob se zdravotním postižením, Radu seniorů a další aktéry v oblasti sociálních služeb.

Podpora terénních služeb sociální péče se stala prioritou ve většině strategických dokumentů týkajících se rozvoje sociálních služeb na všech úrovních veřejné správy. Nicméně faktická podpora je stále nedostatečná a význam terénních služeb je silně podceňovaný. Posledních 11 let jsem strávila intenzivním vysvětlováním významu pečovatelské služby, domácí zdravotní péče a neformální péče. Je to pro mě tak silné téma, že jsem se rozhodla věnovat se mu také ve své diplomové práci.

Cílem práce je představit systém sdílené péče o seniory v ČR (propojení profesionální pečovatelské služby, domácí zdravotní péče, neformální péče a dalších přidružených služeb) jako základní pilíř a nejlepší možnost, jak se důstojně postarat o seniory v ČR v současnosti, ale především s akcentem na budoucnost. Velký důraz kladu na profesionální sociální práci se seniory v kontextu spolupráce s dalšími obory. Snažím se

zároveň upozornit na křehkost cílové skupiny seniorů, jako stěžejní cílové skupiny pečovatelské služby.

Přestože je pečovatelská služba určena také rodinám s dětmi, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby, ve své práci se zaměřím pouze na cílovou skupinu seniorů a zamyslím se nad možností komplexní péče, která je v souladu s principy zachování lidské důstojnosti, autonomie, subsidiarity a zároveň je maximálně efektivní a dostupná.

Teoretickou část rozdělím na tři hlavní kapitoly. V první se budu zabývat pečovatelskou službou v systému sociálních služeb v České republice a v kontextu ostatních oborů. Ve druhé popíši seniora v roli uživatele pečovatelské služby, geriatrického pacienta či zákazníka budoucnosti. Ve třetí kapitole upozorním na velmi významnou pozici obce v systému zabezpečení sociální péče o seniory v České republice. Praktická část je věnována dotazníkovému šetření, které jsem provedla mezi seniory ve všech klubech na MČ Praha 17, a jeho výstupy doplňují poznatky z teoretické části práce. Cílem šetření bylo zjistit, jak senioři (coby potenciální uživatelé) vnímají pečovatelskou službu a jakou zkušenost mají s obcí v souvislosti se zabezpečováním sociální péče o seniory v jejich městské části.

Jsem pevně přesvědčená, že je veřejným zájmem rozvíjet myšlenku sdílené péče o seniory v ČR a doufám, že k podpoře tohoto principu přispěje také má diplomová práce.

# 1. Pečovatelská služba – základní pilíř sociálních služeb pro seniory v ČR

## 1.1. Pečovatelská služba v systému sociálních služeb v ČR

Sociální služby jsou součástí širšího rámce sociálního zabezpečení v České republice, který je postaven na pěti základních principech evropského sociálního modelu: rovnost, důstojnost, svoboda, solidarita, participace. (TOMEŠ, 2011, s. 22) Základní funkcí sociálních služeb je podporovat uživatele těchto služeb tak, aby byli vedeni k vlastní odpovědnosti za řešení své sociální situace, ale zároveň i ochránit jejich práva. Je nutné zajistit informace, dostupnost a poradenství v řešení nepříznivé sociální situace, vyrovnávat přirozené i objektivní nerovnosti a především předcházet vzniku či prohloubení stavu sociálního vyloučení. Význam sociálních služeb vyjádřil Tomeš tak, že měly by být poskytovány především při řešení těch sociálních situací, kde poskytnutí finančních prostředků neuspokojí potřebu klienta, nebo v případě, kdy klient finanční prostředky nepoužívá na ten účel, pro který jsou mu poskytnuty. (TOMEŠ, 2009, s. 41)

Pečovatelská služba je v systému sociálních služeb v ČR základní službou sociální péče<sup>1</sup>, přičemž Zákon o sociálních službách vymezuje služby sociální péče takto: „*služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí*“<sup>2</sup>. Ze služeb sociální péče právě pečovatelská služba a osobní asistence svým obsahem nejlépe naplňují právní definici služeb sociální péče. Jedná se o službu, která přichází za uživatelem do jeho přirozeného domácího prostředí a jeho aktuálními potřebám se přizpůsobuje přímo na místě. Stejně tak se dá říci o pečovatelské službě, že maximálně naplňuje základní zásady Zákona o sociálních službách, které kladou důraz na zachování lidské důstojnosti osob, jejich aktivování, podporu a v neposlední řadě rozvíjení osobní samostatnosti.

Dalším významným úkolem sociálních služeb je potom sociální začleňování uživatelů služeb do života společnosti (ekonomického, sociálního i kulturního), který je ve

---

<sup>1</sup> Vedle služeb sociálního poradenství a služeb sociální prevence.

<sup>2</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §38

společnosti považován za běžný. Pečovatelská služba nabízí možnost těmto uživatelům služeb zůstat ve svém domácím prostředí a prostřednictvím úkonů šitých na míru potřeb každé osoby, pomáhat v zachování či obnovení takové míry soběstačnosti a samostatnosti, která je v konkrétním případě možná.<sup>3</sup>

Pečovatelská služba ve své šíři poskytovaných úkonů zahrnuje všechny úrovně péče. Prvním typem je tzv. podpůrná péče, která je časově, kompetenčně, fyzicky i psychicky méně náročná. Patří sem např. doprovod k lékaři a pomoc při obstarání osobních záležitostí (jednání s úřady). Jedná se o služby poskytované nepravidelně, podle potřeby. Náročnějším stupněm je tzv. neosobní péče, kam bývají zařazovány činnosti související s péčí o domácnost - nejčastěji vaření, nákupy, úklid a praní. Tyto služby bývají poskytovány pravidelně (někdy i každodenně). Jsou časově náročnější a pro uživatele již jen obtížně postradatelné. Nejnáročnějším stupněm péče, kterou pečovatelská služba běžně zabezpečuje, je tzv. osobní péče. Jedná se o činnosti časově náročné, vyžadující odborné znalosti a dovednosti pracovníků pečovatelských služeb. Kromě materiální složky zahrnují i složku emocionální. Patří sem např. osobní hygiena včetně toalety, podávání stravy (krmení), oblékání, pomoc při přesunech v rámci domácnosti atd. Osobní péče musí být poskytována opakovaně (cyklicky) a uživatel je na ní závislý. (JEŘÁBEK, 2013, s. 47) Osobní péče je díky své časové náročnosti často kombinovaně zabezpečená jak neformálními pečujícími, tak profesionální pečovatelskou službou. O těchto možnostech se zmíním v další části mé diplomové práce.

Mimo povinné základní sociální poradenství poskytuje pečovatelská služba vždy tyto základní činnosti<sup>4</sup> : pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně (či poskytování podmínek pro osobní hygienu), poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Rozsah úkonů poskytovaných v rámci jednotlivých základních činností a také maximální výši úhrady (od uživatelů) určuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou Zákon o sociálních službách provádí<sup>5</sup>. Konkrétní výši úhrady, do té maximální, si určuje každý poskytovatel sám.

Evropská sociální charta stanovila závazek států zabezpečit bezplatné sociální poradenství, včetně zajištění dopravní dostupnosti. Dobře fungující poradenství zvyšuje povědomí potenciálních uživatelů o možných či žádoucích scénářích řešení obtížných

---

<sup>3</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §2.

<sup>4</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §40.

<sup>5</sup> Vyhláška č. 505/2006 Sb., §6, např. pomoc při zajištění chodu domácnosti obsahuje: 1. pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí a 2. nákupy a běžné pochůzky.

životních situací. (NSRSS, 2015) Základní sociální poradenství v pečovatelské službě zprostředkuje sociální pracovník a týká se především zprostředkování dalších (návazných) služeb, tzn. pomoc při orientaci v síti služeb v konkrétním regionu, a to jak služeb sociálních (odlehčovací služby, služby osobní asistence, pobytové služby sociální péče), tak zdravotních (následná péče, domácí zdravotní péče, fyzioterapie) a dalších veřejných služeb jako je např. knihovna. Základní sociální poradenství je povinné pro všechny registrované poskytovatele sociálních služeb v České republice, což vždy předpokládá personální vybavení služby sociálním pracovníkem.

## **1.2. Pečovatelská služba jako služba veřejná a nástroj sociální politiky v ČR**

Na pečovatelskou službu je nutné pohlížet jako na službu veřejnou. V České republice tvoří nosný pilíř sociálních služeb poskytovaných především seniorům v jejich přirozeném domácím prostředí. Veřejné služby jsou součástí veřejné správy, tzn. jedná se o služby poskytované v zájmu veřejnosti (občanů ČR). Jsou financovány většinou z veřejných rozpočtů (rozpočtů státu, krajů a obcí) a jsou blíže specifikovány právními normami než jiné služby. Sociální služby jsou v České republice regulované státem. Stát také určuje pravidla pro jejich poskytování, financování a kontroluje jejich kvalitu. Z těchto důvodů jsou více závislé na politickém rozhodování jak na úrovni státu, tak na úrovni krajů a obcí (MATOUŠEK, 2007, s 9).

Když bychom chtěli charakterizovat pojem veřejný zájem, zjistíme, že ačkoliv patří mezi důležité právní instituty a operuje s ním celá řada právních norem, platné právo neobsahuje jeho definici. Proto se řadí mezi tzv. neurčité pojmy. Je však jednoznačně možné jej vnímat jako celospolečenský zájem, který přesahuje zájem jednotlivce. Chápeme jej jako protiklad zájmů soukromých. Pokud pak vnímáme poskytování pečovatelské služby v České republice jako veřejný zájem, (např. vzhledem k demografickému vývoji, o kterém se zmíním později), úzce tento problém a také samotné zabezpečení pečovatelské služby souvisí se sociální politikou našeho státu.<sup>6</sup> Podle Krebse se sociální politika státu v moderním světě primárně orientuje na člověka, rozvoj a kultivaci jeho osobnosti, životních podmínek, dispozic a významné je její

---

<sup>6</sup> Dostupné z: <http://iuridictum.pecina.cz/w/> [online] [cit. 2015-2-20]

zaměření na kvalitu života. Zajímavý je potom pohled na pečovatelskou službu, jako na nástroj sociální politiky. (KREBS, 2010, s. 17)

V případě aktivní (perspektivní) sociální politiky, která usiluje o předcházení vzniku sociálních problémů, můžeme pečovatelskou službu vnímat jako opatření, kterým se vytváří předpoklad pro účinné řešení možných následků sociálních problémů. Jako konkrétní příklad se dá použít poskytování některých úkonů pečovatelské služby uživatelům, kteří mají pouze mírně sníženou soběstačnost, ale díky podpoře a pomoci profesionální služby se daří tuto míru soběstačnosti udržet, mnohdy i zlepšit. V případě pasivní (retrospektivní) sociální politiky, která se zaměřuje na řešení již vzniklých sociálních problémů, můžeme pečovatelskou službu vnímat jako opatření, které řeší již existující rozsáhlé sociální problémy. Konkrétním příkladem by potom byla péče o uživatele po dlouhodobé hospitalizaci, bez kontaktu na rodinné příslušníky, který se díky svému nepříznivému stavu stává příjemcem dávek sociální péče či služeb. (KREBS, 2010, s. 25)

Pokud se podíváme na nástroje sociální politiky obecně, jakými jsou nástroje právní povahy (právní normy), ekonomické nástroje (fiskální a úvěrové nástroje, cenová politika), sociální dokumenty (koncepce, plány, programy a projekty), nátlakové akce (stávky a petiční akce), řadíme pečovatelskou službu mezi nástroje aplikačního charakteru, stejně jako například sociální příjmy, věcné dávky, účelové půjčky či regulace cen spotřebního zboží. Cílem těchto aplikačních nástrojů je zajistit všem jedincům důstojnou životní úroveň. (KREBS, 2010, s. 61 - 75)

Českou republiku řadíme mezi tzv. sociální státy. Tyto se vyznačují tím, že respektují soukromé vlastnictví, ale zároveň jak poukazuje Keller, podporují životní úroveň také nízkopříjmových domácností prostřednictvím veřejně subvencovaných dávek, či služeb v oblasti vzdělanosti, zdraví a sociální pomoci, jejímž obsahem je mj. poskytování pečovatelské služby. Stát na to sice vynakládá určité prostředky, které snižují zisk a omezují investice do výroby, ale pomocí těchto prostředků vytváří sociálně smírné prostředí, jehož je zapotřebí, aby celý systém vůbec fungoval. (KELLER, 2009, s.12-13) Kromě tržních vztahů, v nichž je jak výrobce, tak spotřebitel motivován především osobními pohnutkami, se v životě uplatňují i vztahy lidské solidarity, nesené soucitem a potřebou pomoci druhému ve svízelné situaci. Do rozvíjení těchto vztahů v soudobé společnosti vstupuje stát, neboť neregulovaný rozvoj trhu by rychle a dravě přehlušil jejich působení. Stát podporou veřejných sociálních služeb vytváří příznivé podmínky pro uplatnění principu občanské sounáležitosti jakožto demokraticky přijatého mechanismu

nedopouštějícího pád části občanů pod hranici zabezpečující důstojnou lidskou existenci. (POTŮČEK, 1999, s. 55)

Základním rysem sociálního státu je princip sociální solidarity, který chápeme jako vzájemnou podporu a sounáležitost. Je výrazem lidského porozumění, odpovědnosti a také toho, že nejsme na světě sami pro sebe, ale současně i pro druhé. Charakteristické je úsilí o sjednocování zájmů, zejména pokud jde o hmotné životní podmínky a to na základě svobodné vůle lidí a jejich ochoty podřídit se zájmům širšího společenství. (KREBS, 2010, s. 32) Už v Masarykově naučném slovníku se k tomuto problému dozvídáme: „*Solidarita je etickým příkazem, neboť člověk je dlužníkem společnosti, a zřiká-li se svých práv, privilegií, ve shodě s ideou solidarity, je to jen splácení dluhu za prospěch, který skýtá společnost jednotlivci, rovněž jako dluh generacím minulým, jejichž statky nakupené pílí jsou mu k dispozici, a povinností všech lidí je solidárně pracovat na rozhojnění tohoto bohatství*“<sup>7</sup>. Jeřábek shrnuje pět prvků tzv. skupinové solidarity, kterými jsou: společně sdílené normy, vzájemné funkcionální závislosti, podobnosti a souhlas, vzájemně opěťované city a společné jednání. To znamená, že solidarita se projevuje chováním členů skupiny, vyplývá z jejich podobnosti, vzájemné citové náklonnosti, častého souhlasu mezi nimi, z jejich společných vlastností, sdílených norem nebo ze společné vzájemné závislosti. Platí, že projevují-li členové skupiny vztahy solidarity jeden ke druhému, posilují tím solidaritu skupiny jako celku, a tím vytvářejí její soudržnost. Vztahy mezi částmi celku mají potom významný vliv na to, jak se budou chovat a jak budou jednat jeho jednotlivci. (JEŘÁBEK, 2013, s. 21,22)

Bohužel v současné době pozorujeme v rámci sociálního státu pokles solidarity. Jeho příčiny lze spatřovat mj. v souvislosti s flexibilizací práce, krizí rodiny a v důsledku stárnutí populace. Právě demografické problémy se staly nástrojem útoků proti organizované solidaritě. V rámci sociálního státu vznikají nové nerovnosti mezi příjemci sociálního zajištění (mj. uživateli sociálních služeb) a těmi, kdo toto zajištění hradí, ale také mezi těmi, kdo mají nároky jisté a těmi, kdo si jimi jisti nejsou. (KELLER, 2009, s. 93 – 94)

---

<sup>7</sup> Masarykův slovník naučný. Praha: Československý kompas, 1932

### 1.3. Poskytovatelé pečovatelské služby

Žádná právní norma ČR neurčuje konkrétní právní formu subjektů poskytujících sociální služby. Zákon o sociálních službách určuje pouze povinnost registrace těchto subjektů<sup>8</sup>, která je pro poskytovatele sociálních služeb povinná. Registrujícím orgánem je krajský úřad, který tuto pravomoc vykonává v tzv. přenesené působnosti, jedná se tedy o výkon státní správy.

Tradičně a také díky historickému vývoji v České republice jsou velmi častým poskytovatelem pečovatelské služby příspěvkové organizace obce. Mnoho z nich vzniklo přechodem zřizovatelské povinnosti z okresních úřadů na obce v rámci reformy veřejné správy v roce 2002. V několika případech přešly zřizovatelské povinnosti v rámci reformy také na vyšší územně správní celky - kraje<sup>9</sup>, které tyto služby transformovaly do jiných podob (nejčastěji o.p.s.) a v současné době je jediným zástupcem krajské příspěvkové organizace poskytující pečovatelskou službu organizace Služby pro seniory v Olomouckém kraji. Především v malých obcích, které si postavily domy s pečovatelskou službou, je registrovaným poskytovatelem pečovatelské služby přímo jejich organizační složka. Pečovatelskou službu poskytují také obecně prospěšné společnosti (o.p.s.), které vznikaly do konce roku 2013. Zákon o obecně prospěšných společnostech byl k 31. 12. 2013 zrušen<sup>10</sup> a nové organizace tohoto typu již nevznikají. Na tyto subjekty lze pohlížet jako na subjekty reprezentující v ČR koncept tzv. sociální ekonomiky. Podle Skovajsy se jedná o subjekty, které nemají za hlavní důvod existence maximalizaci zisku, ale uspokojení ekonomických a sociálních cílů, stejně jako schopnost vytvářet inovativní řešení problému exkluzí prostřednictvím produkce výrobků nebo služeb. O.p.s. mají zcela jistě v oblasti pečovatelských služeb své místo, což lze vyčíst z některých jejich společných charakteristik, jako jsou nadřazenost jedince a sociálního cíle nad kapitálem, spojení zájmů členů/uživatelů a veřejné prospěšnosti, a fakt, že podstatná část zisků z aktivit je určena na rozvoj podniku a ve prospěch rozvoje služeb členům/uživatelům a veřejného zájmu. (SKOVAJSA a kol., 2010, s. 291)

---

<sup>8</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §78 a násl.

<sup>9</sup> Liberecký kraj, Jihočeský kraj, Středočeský kraj, Olomoucký kraj.

<sup>10</sup> Zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech.



Dalším typickým poskytovatelem pečovatelské služby jsou ústavy<sup>11</sup>. Ústavy reprezentují v tomto systému tzv. občanskou společnost, tedy pojem označující prostor mezi oblastí privátních zájmů a státem. Jedná se o tzv. soukromý sektor, který reprezentuje právo občanů žijících na určitém území samostatně spravovat své záležitosti. Rakušanová uvádí, že „při zkoumání občanské společnosti je nejčastěji využíván koncept neziskových organizací, které jsou institucionalizovanou formou a součástí občanské společnosti.“ (In MANSFELDOVÁ, Z., KROUPA, A. a kol, 2005, s. 81) Tuto formu právní subjektivity poskytovatele pečovatelské služby charakterizuje následujících pět znaků: organizovanost (jasná a stála organizační struktura), soukromý charakter a nezávislost na státu (není státem řízena), zásada nerozdělování zisku (ústavy jsou ze své podstaty neziskové, všechny příjmy organizace jsou použity pro naplňování vlastního poslání a vize), samosprávnost (nejsou řízeny jinou organizací) a dobrovolnost (nepovinná povaha členství v organizaci, spoluúčast dobrovolníků atd.). (DOHNALOVÁ, PRŮŠA, a kol., 2011, s. 26) Ústavy proto považujeme za zcela relevantní poskytovatele pečovatelské služby.

Tradiční právní formou poskytovatele pečovatelské služby jsou církevní organizace. V ČR se této aktivitě věnují nejčastěji Diakonie Českobratrské církve evangelické a Charita České katolické církve. U těchto poskytovatelů je charakteristická duchovní péče, která je přirozenou součástí poskytování pečovatelské služby. Ve své praxi jsem se často setkala s tím, že uživatelé duchovní péči přímo vyžadovali a v těchto případech jsme se obraceli právě na poskytovatele z řad církevních organizací, jejichž činnost je s duchovní péčí přirozeně spojena.

Další právní formy subjektů poskytujících pečovatelskou službu v ČR již nejsou pro sociální oblast úplně typické, ale je možné se s nimi zřídka setkat. Jedná se například o fyzické osoby podnikající (OSVČ), společnosti s ručením omezeným (s.r.o.) či akciové společnosti (a.s.). Vzhledem k tomu, že vyhláška<sup>12</sup> stanoví maximální výše úhrady za úkony pečovatelské služby, se (také v kontextu principů sociálního státu) zatím jedná o neziskovou činnost. Proto je zřejmé, že právní formy subjektů, které jsou založeny za účelem zisku, zaujímají v oblasti sociálních služeb zvláštní postavení. Brown a Slivinski k tomuto uvádí, že zásada nerozdělování zisku působí příznivě na kvalitu poskytovaných služeb v neziskovém sektoru ve srovnání se stejnou službou poskytovanou ziskovým

---

<sup>11</sup> Dříve občanská sdružení. Účinností nového Občanského zákoníku od 1. 1. 2014, byla právní forma občanských sdružení nahrazena nejčastěji spolky (v případě, že poskytují služby pouze pro své členy) nebo ústavy (v případě, že poskytují služby také navenek organizace).

<sup>12</sup> Vyhláška 505/2006 Sb., §6, odst. 2.

sektorem, zvláště jedná-li se o služby, u nichž lze kvalitu obtížně měřit. (BROWN, SLIVINSKI, 2006, s. 207 – 220)

#### **1.4. Nákladovost a financování pečovatelské služby**

Obecně se dá říci, že základními faktory financování života seniorů je hodnota člověka, lidského života, výkonnost ekonomiky a distribuce národní ekonomikou vytvořených hodnot. Ve společnosti, v níž je člověk cílovou hodnotou, se považuje za povinnost vytvořit seniorům podmínky pro realizaci potenciálu vyvrcholení a naplnění lidského života. (SAK, KOLESÁROVÁ, 2012, s. 95) Mechanismus financování sociálních služeb se dá považovat za kvalitní, pokud podporuje zamýšlené chování subjektů i objektů (uživatelů sociálních služeb) a současně je výhledově předvídatelný. Zcela zásadní roli hraje základní společenská shoda na očekávání chování všech zúčastněných stran systému služeb (stát, kraje a obce, poskytovatelé a uživatelé) a toto chování se dá vhodnou volbou dílčích nástrojů financování posílit. Nástroje financování je vhodné kombinovat, přičemž každá sociální situace vyžaduje jejich specifickou kombinaci.<sup>13</sup> (ČTVRTNÍK, 2013, s. 6)

Z pohledu Evropské unie je na sociální služby členských států pohlíženo jako na tzv. služby obecného hospodářského zájmu (dále také SGEI) a je dán zájem EU, aby byly (ko)financovány až do 100 % nákladů z veřejných zdrojů. Jedním z nástrojů financování SGEI podle pravidel veřejné podpory, který preferuje také Česká republika, je vyrovnávací platba<sup>14</sup>. Vyrovnávací platba znamená pokrytí čistých nákladů vynaložených při plnění závazků veřejné služby, v tomto případě poskytování základních činností sociálních služeb. V České republice bude od roku 2016 řešeno financování sociálních služeb z veřejných zdrojů právě způsobem vyrovnávací platby. Její výpočet bude kombinací skutečných a očekávaných příjmů a nákladů služby, včetně korekcí způsobených specifickými jednotlivými poskytovateli služeb. Financování zůstane vícezdrojové, ale garantem jednotné vyrovnávací platby bude kraj, který na základě své sítě sociálních služeb vydá tzv. pověření poskytovatelům sociálních služeb. Pověření by

---

<sup>13</sup> Základní čtyři zdroje financování sociálních služeb: soukromé zdroje, finanční dávky, hmotné dávky/garance dostupnosti služeb, pojištění/kvazi pojištění.

<sup>14</sup> Rozhodnutí Komise č. 2012/21/EU, o použití článku 106 odst. 2 SFEU na státní podporu ve formě vyrovnávací platby na závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu.

mělo být vydáváno minimálně na tři roky a pro poskytovatele by mělo konečně znamenat jistotu existence<sup>15</sup>.

Již v současné době funguje financování pečovatelské služby na vícezdrojovém principu. Od roku 2015 stát poskytuje prostřednictvím MPSV finanční prostředky formou účelové dotace jednotlivým krajům na zajištění služeb sociální péče a zákonně deleguje pravomoci a stanoví povinnost zajistit fungující síť sociálních služeb v území<sup>16</sup>. Kraj rozhoduje o poskytnutí finančních prostředků z dotace poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů sociálních služeb, popřípadě o zadání veřejné zakázky na poskytování sociálních služeb. O poskytnutí finančních prostředků na jednotlivé sociální služby a jejich výši rozhoduje zastupitelstvo kraje v souladu s podmínkami stanovenými zastupitelstvem kraje.

Obecně platí, že kraje při rozhodování o výši jednotlivých dotací poskytovatelům vycházejí ze sítě služeb na svém území, kterou si sami povinně určují.<sup>17</sup> Zařazení poskytovatelů pečovatelských služeb do sítě služeb v daném území kraje je proto zásadním předpokladem pro získání financí z národních zdrojů a existence služby vůbec. Podle zdrojů MPSV z roku 2010<sup>18</sup> činí dotace MPSV z celkových zdrojů financování služeb sociální péče 27,50 %, přičemž u pečovatelské služby se toto číslo může podle předsedy České asociace pečovatelské služby (ČAPS) v konkrétních případech lišit v závislosti na právní formě a konkrétních podmínkách v daném území, kde poskytovatel působí.

Pro systém sociálních služeb, s ohledem na charakter jejich poskytování ve smyslu zajišťování potřeb občanů obcí a krajů, jsou důležitým finančním zdrojem také prostředky poskytované z územních rozpočtů samospráv (obcí a krajů). Podmínky pro získání těchto zdrojů se mohou územně výrazně lišit - stejně jako na státní dotace na ně není právní nárok a zatím jsou pro většinu poskytovatelů pečovatelských služeb spíše doplňkovým finančním zdrojem. Podle zdrojů MPSV z roku 2010<sup>19</sup> činí dotace od obcí pouze 1,90 % a dotace od krajů dokonce pouze 0,93 % z celkových zdrojů financování služeb sociální péče.

Stáří je možné považovat za předvídatelnou životní etapu, proto je zcela legitimní zdůraznit princip subsidiarity a přenést odpovědnost za zajištění ve stáří také na občana a

---

<sup>15</sup> Informace získané na semináři MPSV 23. 3. 2015: Financování sociálních služeb – vyrovnávací platba.

Seminář vedl JUDr. Karel Zuzka.

<sup>16</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., §101a.

<sup>17</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., §95 písm. h).

<sup>18</sup> Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010.

<sup>19</sup> Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010.

jeho rodinu. (NSRSS, 2015) Významným zdrojem financování pečovatelských služeb jsou proto úhrady od uživatelů. Jak jsem již zmínila, maximální výši úhrad určuje vyhláška, provádějící Zákon o sociálních službách.<sup>20</sup> Konkrétní výši úhrad si určují poskytovatelé s přihlédnutím k podmínkám a požadavkům důležitých aktérů (poskytovatelů dotací) na svém území. Úhrady za úkony pečovatelské služby si potom uživatelé nejčastěji hradí z příjmů z důchodů, příspěvku na péči (PnP), z úspor či příspěvků od rodinných příslušníků. Podle zdrojů MPSV z roku 2010<sup>21</sup> činí úhrady od uživatelů 49,13% z celkových zdrojů financování služeb sociální péče. U pečovatelské služby se toto číslo pohybuje podle sdělení předsedy ČAPS okolo 30 %. Navíc je důležitou informací, že pouze přibližně 30% uživatelů pečovatelských služeb je příjemcem příspěvku na péči (nejčastěji ve stupni I a II). Právě v tom ale můžeme spatřovat preventivní a z mého pohledu velmi významnou funkci pečovatelské služby. Díky poskytování některých základních úkonů uživatelům s nižší mírou závislosti na pomoci (bez příspěvku na péči)<sup>22</sup>, se daří oddálit zhoršování jejich zdravotního stavu a snižování soběstačnosti vůbec. Tito uživatelé se potom mnohem později stávají příjemci PnP, déle zůstávají v domácím prostředí, neodcházejí do pobytových zařízení sociální péče (např. domovů pro seniory), nebo zdravotních zařízení, jejichž provoz je mnohonásobně dražší, než zabezpečení ze strany sítě pečovatelských služeb<sup>23</sup>.

Příspěvek na péči (dále také „příspěvek“) je dávka, která se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách při zvládání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Zvýšené životní náklady (na péči z důvodu snížené soběstačnosti) může dávka kryt v plné výši či částečně. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu<sup>24</sup> potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, pokud jí tuto

---

<sup>20</sup> Vyhláška č. 505/2006 Sb., §6.

<sup>21</sup> Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010.

<sup>22</sup> U soběstačnějších osob se většinou jedná o zajištění stravy (dovážku obědů a nákup potravin) a pomoc v péči o domácnost.

<sup>23</sup> Pro srovnání: z údajů MPSV z 1. kola dotačního řízení pro rok 2010 činily náklady na provoz pečovatelské služby v ČR 2 293 414 151 Kč a náklady na provoz domovů pro seniory 9 889 608 662 Kč.

<sup>24</sup> Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav definuje zákon o sociálních službách jako zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb.

pomoc poskytuje osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb<sup>25</sup>.

O příspěvku a jeho výši dle stupně závislosti<sup>26</sup> rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce (ÚP). Řízení o přiznání příspěvku se zahajuje na základě písemné žádosti podané na krajské pobočce Úřadu práce na předepsaném tiskopisu, jehož důležitou součástí je mj. označení fyzické nebo právnické osoby, která osobě poskytuje nebo bude poskytovat pomoc, rozsah této pomoci a písemný souhlas fyzické nebo právnické osoby s jejím poskytováním. Sociální pracovník příslušné pobočky ÚP provede sociální šetření, při kterém zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí, v případě uživatelů pečovatelské služby se jedná o jejich domácnost. V rámci šetření se sociální pracovník zaměřuje na schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost. Záznam o provedeném šetření je součástí dokumentace k žádosti o posouzení stupně závislosti, kterou zasílá ÚP příslušné okresní správě sociálního zabezpečení. Toto posouzení provádí posudkový lékař, který vychází ze zdravotního stavu osoby, doloženého nálezem praktického lékaře (popř. odborných lékařů) a ze sociálního šetření ÚP. Posudek je součástí rozhodnutí o přiznání či zamítnutí příspěvku, na základě kterého je potom příspěvek vyplácen. Podle údajů MPSV<sup>27</sup> bylo na příspěvek na péči v roce 2013 vynaloženo celkem 19 544,6 mil. Kč a v roce 2014 už 20 402,0 mil. Kč. Meziroční zvýšení výdajů je dáno především nárůstem počtu vyplacených příspěvků ve II. a III. stupni závislosti (z celkového meziročního nárůstu 6,1 tis. příspěvků představoval II. stupeň cca 2,8 tis. a III. stupeň cca 4,5 tis.).

V oblasti financování pečovatelských služeb hrají důležitou roli příspěvky od zřizovatelů (obcí a krajů), které mj. pomáhají příspěvkovým organizacím překlenout období mezi podáním žádosti o dotace na sociální služby a rozhodnutím o její přidělení. Toto období musí ostatní neziskové subjekty řešit komerčními půjčkami, které jsou však

---

<sup>25</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., §7 odst.2.

<sup>26</sup> Výše příspěvku na péči u osob starších 18 let:

a) 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),

b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),

c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),

d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

<sup>27</sup> Informace o vyplacených dávkách v resortu MPSV ČR v prosinci 2013 a v prosinci 2014.

velmi rizikové. Podle zdrojů MPSV z roku 2010<sup>28</sup> činí příspěvky od zřizovatelů až 13% z celkových zdrojů financování služeb sociální péče.

Dalšími již méně významnými zdroji financování služeb sociální péče jsou také prostředky Úřadu práce (nástroje aktivní politiky zaměstnanosti) 0,34% a jiné zdroje (např. výnosy vlastní hospodářské činnosti či sponzorské dary) 3,78%.<sup>29</sup>

Pokud bychom porovnávali nákladovost jednotlivých pečovatelských služeb, musíme zvážit jejich odlišné charakteristiky, které vyplývají ze socio-demografické situace a také z geografické polohy regionu, kde se služba nachází. Významným faktorem je i personální zabezpečení služby včetně kvalifikace zaměstnanců. Pro konkrétní příklad lze uvést sociální službu v městské aglomeraci, kde velká část uživatelů služby žije v bytových domech a pracovníci přímé péče mohou kromě pěšky dostupné vzdálenosti z pracoviště k uživatelům služby využít veřejné dopravy a zároveň uživatelé služby mají průměrné až vyšší důchody. Naproti tomu sociální služba, která zabezpečuje péči v řídko osídleném regionu v horách, kde uživatelé bydlí v rodinných domech ve velkých vzdálenostech od sebe, veřejná doprava není dostupná a uživatelé mají spíše podprůměrnou výši důchodů.

#### **1.4.1. Aktuální problémy v oblasti financování pečovatelských služeb**

Jak uvádí Průša, příspěvek na péči vznikl jako nově koncipovaná sociální dávka, jejímž cílem bylo mimo jiné posílit koupěschopnost poptávky a přispět tak k vytvoření jistých tržních atributů v rámci systému veřejných služeb. Předpokládalo se, že dojde k mohutnému rozvoji nových sociálních služeb zejména terénního i ambulantního charakteru a k výraznému zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb. Dosavadní poznatky však ukazují, že tento cíl se doposud nepodařilo naplnit, a že vynaložené finanční prostředky nejsou využívány v souladu s představami zákonodárce, nýbrž často slouží k posílení příjmů seniorů a osob se zdravotním postižením bez jejich využití k zabezpečení sociálních služeb. Příspěvek na péči v dosavadní podobě nevyvolává očekávané chování uživatelů a vysoký objem prostředků končí spotřebou mimo systém profesionálních poskytovatelů péče. (JEŘÁBKOVÁ, PRŮŠA, 2013, s. 7)

---

<sup>28</sup> Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010.

<sup>29</sup> Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči, MPSV, 2010.

Ze zkušeností pečovatelských služeb<sup>30</sup> považují příjemci příspěvek na péči za „přílepku k důchodu“ a často jej využívají na úhradu nákladů spojených s bydlením, stravou, s nákupem léků či zdravotních pomůcek. Kontrola využívání příspěvku<sup>31</sup> zcela selhává, a jelikož se jedná o jediný nástroj směřování tohoto finančního zdroje do systému sociálních služeb, dá se zhodnotit, že dlouhodobě se nedaří naplňovat účel a cíle této sociální dávky. Z pohledu poskytovatelů pečovatelské služby<sup>32</sup> příspěvek na péči celý systém financování sociálních služeb oslabuje a značně zkresluje. Pokud také v plánované novele zákona o sociálních službách (s účinností od 1. 1. 2017) zůstane stejný koncept této sociální dávky, bylo by správné využívání příspěvku na péči kontrolovat a prostřednictvím sociální práce (sociálních pracovníků Úřadu práce a obcí) motivovat příjemce ke zlepšování jejich nepříznivé sociální situace využíváním profesionálních sociálních služeb v kombinaci s dostupnou neformální péčí, o které se zmíním později.

Značné problémy spatřují zástupci pečovatelských služeb také v samotném řízení o přiznání dávky<sup>33</sup>. Podle jejich zkušeností sociální pracovníci Úřadu práce často nemají díky nedostatku kontinuálního specializovaného vzdělávání dostatečné kompetence ke komplexnímu posouzení sociální situace žadatele a při počtu až 900 klientů (příjemců nebo žadatelů o PnP) na jednoho sociálního pracovníka ani dostatek času jak na samotné šetření, tak na zpracování posudku. Velmi dobře na tuto nepříznivou situaci v oblasti posuzování reaguje doporučením Normativní instrukce MPSV č. 19/2013<sup>34</sup>, která je určena mj. pro sociální pracovníky Úřadu práce: cílem sociálního šetření v rámci řízení o příspěvek na péči je získání takové vypovídající hodnoty o životní a sociální situaci žadatele, která směřuje k ověření plnění podmínek nároku na dávku, její výši, výplatu atp. Proto má sociální pracovník shromažďovat informace týkající se péče o vlastní osobu žadatele v přirozeném prostředí, ve kterém žije, a ve kterém se pohybuje, o rodinných či

---

<sup>30</sup> Vyplynulo z rozhovoru s předsedou České asociace pečovatelské služby.

<sup>31</sup> Kontrolu příspěvku na péči provádí krajská pobočka Úřadu práce a předmětem kontroly podle zákona o sociálních službách §29 odst. 1 je zejména zda: byl příspěvek využit k zajištění pomoci, pomoc je poskytována osobou blízkou nebo asistentem sociální péče, nebo poskytovatelem sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb, pomoc je poskytována osobně tím, kdo byl uveden v žádosti o příspěvek a také zda způsob poskytované pomoci a její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti a zda je zaměřena na základní životní potřeby, které podle výsledku posouzení stupně závislosti okresní správou sociálního zabezpečení není osoba schopna zvládat.

<sup>32</sup> Vyplynulo z rozhovoru s předsedou České asociace pečovatelské služby.

<sup>33</sup> Vyplynulo z rozhovoru s předsedou České asociace pečovatelské služby.

<sup>34</sup> Normativní instrukce MPSV č. 19/2013 - Postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o dávkách nepojistných sociálních systémů podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

sousedských vztazích v kontextu potřeby pomoci od blízkých osob a dalších dostupných subjektů v okolí žadatele, např. poskytovatele pečovatelské služby.

Získané informace by měly dále sloužit i pro odborné sociální poradenství, hledání potřebné pomoci popř. následnou intenzivní sociální práci, a to jak pro sociální pracovníky Úřadu práce, tak i pro sociální pracovníky obecních úřadů. Sociální šetření v rodině by mělo současně podpořit i spolupráci členů rodiny na řešení případu žadatele. V těch případech, kdy při sociálním šetření vyjdou najevo jiné problémy v sociálním fungování rodiny, je žádoucí, aby se sociální pracovník pokusil rodině nabídnout či zprostředkovat kvalifikovanou pomoc, např. dává podnět ke spolupráci se sociálními pracovníky sociálního odboru místně příslušného obecního úřadu, nebo zprostředkovává poskytování dalších sociálních služeb atp.

Doporučená délka sociálního šetření je stanovena vyhláškou č. 332/2013 Sb., o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka, a to v délce trvání 105 – 250 minut, což poskytuje dostatečný prostor k tomu, aby sociální šetření bylo zpracováno kvalitně a co možná nejobektivněji, tedy i s využitím více zdrojů informací o situaci žadatele. Uvedenou dobu by měl sociální pracovník strávit se žadatelem v jeho přirozeném prostředí. Je nutné upozornit, že ve výše uvedeném časovém úseku se nepočítá s dopravou sociálního pracovníka do místa pobytu žadatele, a dále pak s vypracováním komplexního záznamu ze sociálního šetření. Doba šetření je však třeba vztahovat k individuální povaze případu, zejména ve vztahu ke zjišťování potřebné širší problematiky i aktuálnímu stavu žadatele z hlediska jeho schopnosti soustředění se na průběh šetření. V duchu individuálního přístupu je třeba, aby sociální pracovník byl schopen identifikovat signály svědčící např. o únavě žadatele a měl by být schopen délku šetření přizpůsobit. Pokud nebude možné šetření v plné šíři realizovat v době, kdy je žadatel schopen jej absolvovat, je třeba realizovat šetření doplňkové v pozdějším termínu. Pouze v případě správného posouzení stupně závislosti (v rámci žádosti o PnP), individuální sociální práce s každým příjemcem příspěvku a přísnějšího nastavení kontroly využívání příspěvku, je možné považovat tento nástroj za funkční zdroj v systému financování sociálních služeb.

Žhavé téma v oblasti financování pečovatelských služeb je oblast státních dotací z kapitoly MPSV. Pro rok 2015 přešlo rozhodování o výši dotací jednotlivým poskytovatelům z centrální úrovně (MPSV) do kompetence krajů. Kraje mají možnost samostatně rozhodovat o způsobu výpočtu výše dotace, což vnímám jako rizikové. Není jasné, jaká budou kritéria posuzování a jakým způsobem budou kraje dokladat, že právě jejich výpočet dotace je transparentní, nediskriminující a objektivizovaný. Nejsou také



jednotné podmínky pro vstup do sítě sociálních služeb v jednotlivých krajích a každý kraj si podmínky pro poskytovatele určuje sám.

Určitý střet zájmů také vnímám v tom, že kraje jsou zřizovatelem většiny pobytových služeb sociální péče<sup>35</sup>, jejichž provoz je velmi nákladný a hrozí tak preferování financování krajských služeb před ostatními poskytovateli. Navíc na dotaci není právní nárok, proti rozhodnutí kraje o výši (či zamítnutí) dotace nelze podat opravný prostředek (neexistuje odvolací orgán), stejně to platí také o zařazení či nezařazení poskytovatele do sítě sociálních služeb. Kraj si bude také sám určovat povinný podíl prostředků spolufinancování sociálních služeb z obecních samospráv. Obce však nemají zákonnou povinnost na sociální služby přispívat. Může se tedy stát, že krajem stanovený podíl spolufinancování z obecních samospráv nebude naplněn a kraje proto budou krátit prostředky poskytovatelům. Ti však rozhodnutí obce nepřispívat na sociální služby nemohou příliš ovlivnit. Existence či neexistence poskytovatele sociální služby je tak zcela v rukou krajů a jejich zastupitelů, kteří v mnoha případech nejsou na danou oblast odborníky. Situaci by výrazně zlepšila existence jasných pravidel a postupů z centrální úrovně (MPSV), jednak pro tvorbu sociální sítě v území, a také pro přidělování dotací jednotlivým poskytovatelům (výpočet, nákladovost služeb atd.).

Aktuálním problémem v oblasti pečovatelských služeb je také zvyšování úhrad za úkony pečovatelské služby<sup>36</sup>. Zvyšování maximálních částek vyplývá z potřeby vyšší participace uživatelů služby na jejím financování. Vzhledem ke stále rostoucím nákladům souvisejícím s jejím poskytováním, musím však upozornit na některá rizika tohoto opatření. Zvyšováním maximálních výší úhrad za poskytování pečovatelské služby dochází k tlaku na poskytovatele služby ze strany veřejné správy (státu a obcí či krajů jako poskytovatelů dotací) na využívání těchto maximálně stanovených částek, a tím ke snížení požadavků poskytovatelů na výši dotace. Poskytovatelé tak nemohou dostatečně reflektovat potřeby a možnosti uživatelů služby v daném regionu.

Neplatí proto zcela, že využití maximálních úhrad závisí na vnitřních předpisech poskytovatelů sociálních služeb<sup>37</sup> a na jejich smluvních vztazích s uživatelem služby, a to zejména proto, že se poskytovatelé musí řídit především metodikou posuzování žádostí o dotace (státní i z rozpočtů samospráv), na kterých jsou závislí. Ty bohužel často kladou důraz na schopnosti žadatelů využívat právě maximální výše úhrad. Vzhledem k tomu, že

---

<sup>35</sup> Domovy pro seniory, domovy se zvláštním určením, domovy pro osoby se zdravotním postižením atd.

<sup>36</sup> U většiny úkonů pečovatelské služby je maximální hranice stanovena na 130 Kč/hodina.

<sup>37</sup> Vnitřní pravidla organizací o výši úhrad za úkony pečovatelské služby.

poskytovatelé pečovatelské služby nemohou žádným způsobem zjišťovat příjmy a majetkové poměry uživatelů služeb (a to včetně PnP), je nutné úhrady nastavit tak, aby měly možnost službu využít všechny osoby v nepříznivé sociální situaci, které ji potřebují. Poskytovatelé pečovatelských služeb mají zkušenosti s tím, že zvyšováním úhrad je přímo ohrožena dostupnost služby. Mnoho uživatelů služby z důvodu zdražení úkonů služby ruší, nebo redukuje bez ohledu na své skutečné potřeby. To má potom vliv na rychlejší zhoršení jejich soběstačnosti a dřívější odchod do pobytových služeb sociální či zdravotní péče, která je z pohledu uživatele nakonec dostupnější, nicméně z pohledu celého systému je mnohem nákladnější<sup>38</sup>. Situaci by se výrazně zlepšilo, kdyby poskytovatelé dotací a zřizovatelé pečovatelských služeb netrvali na využívání maximální výše úhrad za každou cenu, ale posuzovali situaci uživatelů i poskytovatelů v každém regionu individuálně s přihlédnutím ke všem faktorům, které by mohly dostupnost služby negativně ovlivnit a předejít tím ohrožení sociálního vyloučení uživatelů pečovatelských služeb.

### **1.5. Specifika pečovatelské služby z pohledu pracovníků v přímé péči**

V pečovatelských službách stejně jako v jiných pomáhajících profesích existují dva druhy motivací k práci v oboru. Vnitřní motivace bývá charakterizována jako touha pomáhat někomu druhému, který se nachází v nouzi či potřeba změnit stávající neutěšenou situaci seniorů. Velmi často se jedná o pracovníky, kteří tuto situaci zprostředkovaně zažili, protože pečovali o seniora ve své rodině nebo okolí. Vnější motivace může být náhodná, způsobena okolnostmi – naskytlo se takové pracovní uplatnění. V praxi se většinou jedná o kombinaci uvedených motivů. Pro úspěšné fungování sociálních služeb by měl zaměstnavatel zdravou motivaci svých pracovníků k jejich práci rozvíjet, zejména solidním platovým ohodnocením, kvalitním zázemím pracoviště, efektivním rozvrhem s maximální redukcí administrativy, jasným vymezením kompetencí a odpovědností, rozvíjením týmové spolupráce, supervizi i podporou realizace osobních zálib a dostatečného odpočinku. Každý pracovník v pomáhajících profesích by pak měl důsledně a programově dbát na svou dobrou fyzickou i psychickou kondici. (HAŠKOVCOVÁ, 2012, s. 38, 39)

---

<sup>38</sup> Zdroj: Osobní rozhovory s poskytovateli pečovatelských služeb (ČAPS, Ivančice 15. 10.2013, Ústí n. L. 20.11. 2013).

Pro celkový pohled na pečovatelskou službu je důležité zmínit některá specifika, a to z pohledu jejích pracovníků. Pokud Řezníček uvádí jako základní předpoklady pro sociální práci kombinaci odbornosti, nadání, zkušeností, osobních hodnot, vřelosti, opravdovosti a intuitivní tvořivosti ve vztahu ke klientovi, potom to v práci se seniory platí dvojnásob. (ŘEZNÍČEK, 2000, s. 25) Sociální pracovníci musí být schopni provádět zhodnocení celkové situace uživatelů služby s akcentací multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, využívat propojení zdravotních a sociálních služeb a propojení rodinné a profesionální péče. Při koncipování péče o uživatele musí akceptovat velkou heterogenitu této cílové skupiny<sup>39</sup> a zajistit individuální naplňování zjištěných potřeb s důrazem na respekt k lidské důstojnosti. Při své práci uplatňují etické normy, principy a hodnoty sociální práce. Jde o to, aby uměli přijímat sami sebe i uživatele služby v úctě, respektu a zodpovědnosti. Při své činnosti v pečovatelských službách se mj. také setkávají a musí řešit konflikty práv a zájmů různých lidí<sup>40</sup>. Sociální pracovník by měl při své práci uplatňovat elementární zásady, jakými jsou např. zásada informovanosti a kompetentnosti, zásada empatického a nepředpojatého přístupu a jednání či zásada partnerského a individuálního přístupu. (NOVOTNÝ, FRANCOVÁ, in Pečovatelská služba v ČR, 2010, s. 87-89) S ohledem na křehkost cílové skupiny uživatelů pečovatelských služeb musí sociální pracovníci pracovat s fenoménem moci v pomáhajících profesích. Kopřiva k tomuto tématu zmiňuje: „*Mocenské postavení pracovníka je pro vlastní pomáhání v zásadě přítěží, někdy však nezbytnou. Je zapotřebí, aby si pracovník projevy svého mocenského postavení uvědomoval.*“ (KOPŘIVA, 1997, s. 51).

Nezbytnou součástí sociální práce v pečovatelských službách je podpora uživatelů služby aktivně řešit svou nepříznivou sociální situaci, vnímavý kontakt, naslouchání a reflexe vlastní praxe. Důležitá je také dovednost účinné komunikace s rodinou a blízkými osobami uživatele, ošetřujícími lékaři uživatele a spolupráce se sociálními pracovníky úřadů práce a obecních úřadů a ostatními poskytovateli služeb v regionu. Sociální pracovník se musí orientovat v právních předpisech v oblasti sociálního zabezpečení, bydlení, rodiny, zaměstnanosti a dalších. Velkou roli v kvalitě poskytované sociální práce hraje podpora zaměstnavatele a povaha sociální práce v konkrétním zařízení pečovatelské služby. Zažitá koncepce práce, volba odbornosti personálu, náplně práce, ale také

---

<sup>39</sup> Mezi „mladými“ a „starými“ seniory je rozdíl až 30 let, jsou to lidé s odlišnými životními zkušenostmi, zažili rozdílné historické události, jsou jinak vzdělání, měli odlišná zaměstnání atd. (MATOUŠEK, 2005, s.176)

<sup>40</sup> Například se obtížně rozhoduje, či právo na sebeurčení má přednost.

dlouhodobější meziosobní vztahy na pracovišti i způsob vedení instituce předurčují povahu práce se seniory u každého konkrétního zařízení. (ŘEZNÍČEK, 2000, s. 27) Základní kompetencí sociálních pracovníků pečovatelských služeb je dále poradenská a konzultační činnost. Ta je v rámci péče o člověka obecně chápána poměrně široce. Je to dáno tím, že existuje řada podob obsahově dílčích či specificky orientovaných vysoce odborných poradenských aktivit se specifickými cíli a prostředky. Základními předpoklady kvalitní poradenské činnosti v rámci pečovatelských služeb jsou vztah s uživatelem služby, vzájemná interakce, prostředí, situační kontext, výcvik sociálního pracovníka i motivace uživatele služby. (NOVOSAD, 2009, s. 102)

Pracovníci v přímé péči, pracovníci v sociálních službách (dále pečovatelé/ky) v pečovatelské službě mají značně ztížené podmínky pro výkon své činnosti. Až osmkrát denně mění pracovní prostředí, které se může výrazně lišit. Od domácností uživatelů, kteří žijí bez kontaktu se společenským prostředím ve velmi skromných podmínkách nevybavených bytů bez teplé vody a s topením na tuhá paliva, po uživatele žijící společně s rodinou v supermoderních domech vybavených moderními technologiemi a drahým vybavením. Pečovatelé se musí všem podmínkám rychle přizpůsobovat a hledat ideální způsob uspokojování potřeb svých uživatelů v konkrétních situacích. Musí jednat zcela samostatně a umět se také samostatně rozhodnout a situaci řešit. Mohou využívat telekomunikačního spojení s vedoucím pracovníkem, ale jednotlivé situace včetně krizových musí umět správně popsat, vyhodnotit a následně řešit. Velké téma je také práce se závislostí uživatelů na službě či pečovateli. Základním principem služby je předcházení této závislosti a včasná intervence. Pečovatelé musí umět svou činnost zasadit do kontextu práce celé organizace a v případě vztahu, který překračuje hranice profesionality, včas zasáhnout a situaci řešit např. výměnou pracovníka (nebo jejich střídáním). Problémem se v pečovatelských službách díky přirozenému vznikání úzkých vztahů pečovatelů s uživateli v jejich domácnostech stává tzv. splývání, kdy pracovník bere záležitosti uživatele příliš za svoje vlastní. Běžnou starostí je také uhájit svou hranici vůči manipulaci ze strany klienta. (KOPŘIVA, 1997 s. 8) V rámci poskytování sociální péče v domácnostech uživatelů musí pečovatelé velmi pozorně vnímat všechny změny projevů chování a zdravotního stavu a včas na ně upozornit tak, aby mohly navázat potřebné služby či intervence.

## 1.6. Pečovatelská služba a mezioborová spolupráce

V kontextu principů vyspělého a společensky zodpovědného sociálního státu by mělo být cílem péče o seniory v České republice budování komplexů služeb respektujících širokou škálu potřeb starších lidí žijících v komunitě (obci). Jak uvádí Matoušek, sociální práce se seniory se stává součástí interdisciplinárních programů zaměřených v první řadě na prevenci vzniku potřeby sociální i zdravotní péče. Významným tématem je tedy důraz na zdravé stárnutí, plnohodnotný život seniorů s možností zachování či získání takových rolí, jež dávají jejich životu smysl. Senioři potřebují takové informace a dovednosti, které budou podporovat jejich schopnost přizpůsobit se moderní společnosti (MATOUŠEK, 2005, s. 175). Komplexní péče respektuje potřeby dlouhodobě nemocného člověka a plynulou návaznost různých typů služeb podle proměn zdravotního stavu a sociální situace člověka. Potřebná podpora by měla být snadno dostupná, koordinovaná a její jednotlivé segmenty by na sebe měly kontinuálně navazovat. Klíčovou roli zde sehrává praktický lékař, sestra domácí zdravotní péče, komunitní sociální pracovník, neformální pečující (rodina) a profesionální poskytovatelé sociálních služeb (MATOUŠEK, 2013, s. 372).

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo strategický dokument s názvem Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017 (dále také „akční plán“), který se problematikou zdravého, aktivního či pozitivního stárnutí zabývá na národní úrovni. Základním rámcem akčního plánu je zajištění dodržování a ochrany lidských práv seniorů v České republice, a to z důvodu jejich zranitelnosti především ve vyšším věku. Musí jim být zajištěno právo na důstojné podmínky v jakémkoliv prostředí, právo na respekt a participaci ve společnosti. Základním předpokladem naplňování těchto práv je existence účinného právního rámce a spolupráce mezi veřejnou správou, neziskovými organizacemi a seniory samotnými.

Významným oborem v pohledu komplexní péče o seniory je celoživotní vzdělávání (CŽV). V případě seniorů akcentujeme především rovinu individuálního pozitivního přístupu k celoživotnímu vzdělávání, který zvyšuje občanskou zodpovědnost a podporuje sociální soudržnost společnosti<sup>41</sup>. Zkušenosti ukazují, že realizace CŽV vede k permanentní sociální integraci do společnosti. Senioři díky CŽV nacházejí alternativní uplatnění po odchodu z trhu práce, vzdělávání významně přispívá k jejich prodlužování

---

<sup>41</sup> Druhá rovina CŽV je celospolečenská, ta se týká udržení a zvýšení konkurence schopnosti ekonomiky jako celku a je odrazem vyššího tempa globalizace. (NAPPPS, MPSV, 2014, s. 12)

plnohodnotného aktivního života, má pozitivní dopad na jejich celkové zdraví, a tím i zvyšování jejich nezávislosti. Nabídka vzdělávání pro seniory se musí odvíjet od aktuálních požadavků, které měnící se společnost klade na všechny občany. V současnosti se jedná o rozvíjení občanských kompetencí v oblasti informačních a komunikačních technologií, finanční gramotnosti a zvyšování ochrany bezpečnosti seniorů. Úkolem pečovatelské služby je v rámci poskytování základního sociálního poradenství zmapovat možnosti účasti na CŽV pro seniory v regionu, uživatelům tyto možnosti zprostředkovat a v případě, že se v regionu žádné příležitosti pro vzdělávání seniorů nenacházejí, zjišťovat případný zájem z řad cílové skupiny a tento zájem prezentovat zástupcům veřejné správy na různých úrovních (např. v rámci komunitního plánování, kterému se budu věnovat v dalších kapitolách). Jedním ze strategických cílů akčního plánu MPSV do roku 2017 je zvýšení podílu seniorů zapojených do zájmového vzdělávání prostřednictvím univerzit třetího věku a akademie seniorů, a to s ohledem na místní dostupnost. V navržených opatřeních akčního plánu, která se věnují rozvoji oblasti neformálního učení seniorů, se počítá např. se zapojením obcí prostřednictvím jejich knihoven<sup>42</sup>.

Podle předsedy ČAPS je důležitá také podpora klubové činnosti. Právě kluby pro seniory, jejichž rozsáhlá síť pokrývá celou ČR, mají značný potenciál pro organizování občanského vzdělávání pro své členy. Samotné setkávání seniorů v klubech a jejich vzájemná podpora v různých životních situacích přispívá k prevenci sociální izolace a sociálního vyloučení této cílové skupiny. Nutná je podpora jejich organizačního i personálního zázemí a spolupráce s obcí prostřednictvím jejich zástupců i poskytovateli sociálních i zdravotních služeb pro seniory v daném regionu.

Další oblastí úzce spojenou s poskytováním pečovatelské služby je bydlení. Mezinárodní výzkumy ukazují, že většina populace si přeje bydlet ve svém domově, v komunitě, ve které má vazby na rodinu a sousedy. Jak uvádí MPSV v akčním plánu pozitivního stárnutí, je nutné s ohledem na měnící se věkovou strukturu obyvatelstva rozvíjet nové formy bydlení, které budou zohledňovat měnící se vzorce rodinného života a budou především finančně a místně dostupné. V současné době je výrazně podceňována příprava na stáří v souvislosti se zajištěním vhodného bydlení. Pro část seniorů, především těch, kteří žijí samotní ve velkých městech, přestává být reálné placení nájemného, jež převyšuje jejich důchod (SAK, KOLESÁROVÁ, 2012, s. 76). Jednou z forem bydlení pro seniory jsou domy s pečovatelskou službou (dále také DPS) či nově pečovatelské byty. Na

---

<sup>42</sup> V ČR je zhruba 5500 městských či obecních knihoven.

jejich výstavbu přispívá ministerstvo pro místní rozvoj prostřednictvím dotací<sup>43</sup>. Cílem výstavby pečovatelských bytů je zajištění sociálního bydlení pro osoby z cílové skupiny tak, aby došlo k získání nebo prodloužení jejich soběstačnosti a nezávislosti, a současně umožnění efektivního poskytování terénních služeb sociální péče. Cílová skupina pečovatelských bytů je ministerstvem pro místní rozvoj vymezena jednak věkově – jsou určeny pro osoby starší 65 let, dále vyšší příjmu a zdravotním stavem, pro který je osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby<sup>44</sup>. Jedná se o malé bytové jednotky do 50 m<sup>2</sup> s regulovaným nájmem v obcích, kde je dostupná alespoň jedna z terénních služeb sociální péče<sup>45</sup>. Pro pečovatelské služby je péče o seniory v DPS výhodná. Ve většině případů se jedná o kumulaci uživatelů na jednom místě a dobré organizačně technické zázemí, což umožňuje velmi efektivní poskytování služby při zachování principu přirozeného prostředí domácnosti uživatelů. Je však nutné si uvědomit, že se nejedná o pobytovou sociální službu, nýbrž o formu sociálního bydlení. V tom je však možné spatřovat některá rizika. Obce, které si neuvědomují, v jakém rozsahu je nutné terénní sociální službu zajistit, a přesto využijí dotace na výstavbu těchto bytů, vystavují pak jejich obyvatele riziku nedostatku služeb na pokrytí jejich (postupně se zvyšujících) potřeb. Tito lidé pak odcházejí do pobytových sociálních či zdravotních služeb stejně brzy, jako ze svých původních domácností. Projekt výstavby pečovatelských bytů by měl podle mého názoru vždy obsahovat podrobný popis rozsahu budoucích sociálních služeb pro obyvatele bytů včetně zdrojů na jejich finanční krytí.

Těmto rizikům se snaží v posledních letech MMR předcházet rozšířením kritérií pro výběr projektů. Zvýhodnění jsou žadatelé z území s větším podílem osob starších 65 let a s větší občanskou vybaveností<sup>46</sup>, ale nově se také přihlíží ke kritériu zkušenosti se sociálními službami pro cílovou skupinu<sup>47</sup>. Zda nová kritéria výběru projektů zajistí seniorům v nepříznivé sociální situaci kromě dostupného bydlení také přiměřené sociálních služby, se teprve ukáže. Ministerstvo práce a sociálních věcí plánuje v následujících letech podpořit rozvoj nových typologických forem bydlení pro seniory reagujících na aktuální společenskou potřebu a zdůraznit populační stárnutí v bytové

---

<sup>43</sup> Jedná-li se o výstavbu pečovatelského bytu, činí finanční částka dotace MMR maximálně 600 000 Kč na jeden byt. (Podpora výstavby podporovaných bytů pro rok 2015, MMR)

<sup>44</sup> Podpora výstavby podporovaných bytů pro rok 2015, MMR.

<sup>45</sup> Osobní asistence, pečovatelská služba nebo tísňová péče.

<sup>46</sup> Např. pošta, ordinace lékaře, lékárna, společenský dům, hostinec, autobusová či železniční zastávka.

<sup>47</sup> Kritéria pro výběr žádostí podaných podle podmínek podprogramu 117D514 Podpora výstavby podporovaných bytů pro rok 2015, dotační titul č. 1 PČB a 2 VB, MMR.

politice s ohledem na potřeby seniorů a jejich heterogenitu<sup>48</sup>. Cílem zůstává zamezit sociálnímu vyloučení a prodloužit seniorům život v jejich přirozeném prostředí domácnosti a komunity (obce) co nejdéle. Současná situace také vyžaduje větší zaměření na obecnou dostupnost drobných úprav stávajícího bydlení seniorů snižujících náročnost a zvyšujících bezpečnost bytových prostor, např. odstranění bariér, drobné stavební úpravy či nainstalování madel.

Mezi obory, které s pečovatelskou službou tvoří efektivní komplex služeb pro seniory, hraje významnou roli také ergoterapie. Jedná se o nelékařskou zdravotnickou službu, jejímž cílem, jak uvádí Česká asociace ergoterapeutů, je umožnit osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech a aktivitách volného času. Nácvik činností, ve kterých je osoba z důvodu onemocnění, úrazu či procesu stárnutí limitována, probíhá v reálných situacích a ideálně přímo v její domácnosti. V procesu péče o seniory v nepříznivé sociální situaci provádí ergoterapeut zejména vyšetření zaměřené na analýzu činností pacienta, hodnocení a nácvik běžných denních činností personálních a instrumentálních<sup>49</sup>. Ve spolupráci s ostatními odborníky provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností. Doporučuje úpravy domácího prostředí, kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty, členy rodiny a v neposlední řadě také pracovníky pečovatelských služeb tyto pomůcky využívat. Výběr činností, které ergoterapeuti využívají jako terapeutický prostředek, musí odrážet osobní, sociální, kulturní i ekonomické podmínky osob, pro které jsou určeny. V prostředí pečovatelských služeb jsou bohužel zatím ergoterapeuti spíše výjimkou z důvodu finanční i místní dostupnosti. Nicméně profesionální úprava domácího prostředí, využívání moderních kompenzačních a technických pomůcek a rehabilitace kognitivních funkcí prodlužuje setrvání seniorů v domácnosti skutečně významně, proto bychom se na rozvoj ergoterapeutických služeb měli v budoucnu více zaměřit.

Dalším oborem, který s pečovatelskou službou zvláště v posledních letech úzce souvisí, je oblast informačních a komunikačních technologií (ICT) a digitalizace terénních služeb sociální péče. Rozvoj ICT v pečovatelských službách vnímám jako zcela zásadní. Cíle digitalizace terénních služeb sociální péče jsou následující: maximální efektivita služby – zlevnění služby při zachování či zvýšení kvality, zvýšení dostupnosti služby – rozvoj sítě služeb na celé území ČR, rozvoj tísňové péče ve všech regionech, snížení

---

<sup>48</sup> Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. MPSV, 2013.

<sup>49</sup> Personální: např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, přesuny, použití WC.

Instrumentální: např. příprava jídla, nakupování, běžný úklid, manipulace s penězi, používání dopravního prostředku.



administrativní zátěže a snížení provozních nákladů sociálních služeb. V provozu sociální služby pak digitalizace znamená: (on line) elektronické denní záznamy o průběhu služby, elektronické plánování a hodnocení služby s maximálním zapojením uživatele a jeho blízkých osob, plánování práce pracovníků přímé péče a její průběžné sledování (GPS), zlepšení týmové práce prostřednictvím efektivního a bezpečného předávání informací o uživateli a průběhu služby atd., digitalizace postupů poskytování služby – srozumitelně (audiovizuální zpracování) prezentované pracovní postupy a metodiky (např. postupy konkrétních úkonů) včetně zvládání krizových situací (např. první pomoc).

Další role je potom ve vybudování efektivnějších komunikačních kanálů směrem k dalším aktérům – praktickým a odborným lékařům, sociálním pracovníkům obcí, Úřadu práce atd., zlevnění a zatraktivnění služby, díky němuž bude možné lépe zapojit obce do plánování služeb a následné realizace plánů včetně účelného spolufinancování a také zlevnění služby pro samotné uživatele. Dále propojení segmentu sociálních a zdravotních služeb v domácí péči, které bude znamenat lepší a bezpečné předávání informací mezi oběma segmenty a optimalizaci péče u uživatele v domácnosti. Je nutné zmínit také podporu principu sdílené péče prostřednictvím zlepšení komunikace profesionálních poskytovatelů služeb a neformálních pečujících, tzn. efektivní předávání informací, edukace pečujících osob, umožnění pečujícím zůstat díky principu sdílené péče v zaměstnání. Z hlediska veřejné správy pomůže digitalizace také získat relevantní a především aktuální statistická data o sociálních službách např. informace o výstupech/výsledcích práce, uživatelích služby (např. věk, zdravotní stav, hospitalizace, rodinné zázemí), úkonech služby (např. základní činnost x fakultativní služby, vývoj poptávky po úkonech), pracovnících a jejich vzdělání (kapacita, odbornost, celoživotní vzdělávání), financování služby (nákladovost služby, zdroje financování).

## **1.7. Pečovatelská služba a propojení s ostatními sociálními službami**

Nelze pominout význam spolupráce pečovatelské služby s ostatními registrovanými sociálními službami. Osobní asistence<sup>50</sup> je velmi podobný druh sociální služby<sup>51</sup>, ze zákona je poskytována na rozdíl od pečovatelské služby bez časového omezení (nonstop) a mezi základní činnosti patří také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při

---

<sup>50</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §39.

<sup>51</sup> MPSV uvažuje o sloučení pečovatelské služby, tísňové péče a osobní asistence do jediného druhu sociální služby – terénní služby sociální péče.

uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Pečovatelské služby mohou využívat spolupráci s osobní asistencí především v případech osob se zdravotním postižením nebo u seniorů, kteří potřebují služby typu dlouhodobého dohledu (více než 3 hodiny denně).

Tísňová péče<sup>52</sup> zabezpečuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s uživateli vystavenými vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Tísňová péče často bývá přímou součástí organizace poskytující pečovatelskou službu a vhodně ji doplňuje prvky stálého dohledu u ohrožených skupin uživatelů. V této oblasti zaznamenáváme v posledních letech obrovský rozvoj spojený s rozvojem informační a komunikační technologie vůbec. Od původních „tlačítek“ připevněných na ruce a pro uživatele značně nepohodlných, začínají služby využívat aplikací tzv. chytrých telefonů a čidel umístěných v domácnosti uživatele, která monitorují jeho pohyb, zaznamenávají odchylky a podle potřeby je možné kdykoliv přes aplikaci telefonu navázat kontakt.

Odlehčovací služby<sup>53</sup> jsou ve většině případů krátkodobé pobyty uživatelů v zařízení sociální péče, jejichž cílem je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Nejčastěji se jedná o uživatele, o něž pečují rodinní příslušníci, někdy také ve spolupráci s pečovatelskou službou. Vzhledem k náročnosti péče je nutné dopřát pečujícím osobám odpočinek a v této době odlehčovací služby zajišťují péči o pečovanou osobu v plném rozsahu.

Organizace poskytující pečovatelské služby si často registrují také centra denních služeb<sup>54</sup>. Do těchto center obvykle sváží uživatele, kteří jsou v péči blízkých osob a nemohou zůstat bez dohledu v době, kdy jsou pečující osoby v zaměstnání. Uživatelé mohou využít střediska osobní hygieny, která bývají vybavena moderními hygienickými prostředky (bezbariérové vany apod.), vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Výhodou ve srovnání s pobytem v domácnosti je bezpečí uživatele, sociální kontakt a možnost účastnit se programů šitých na míru zájmům a potřebám konkrétních uživatelů center.

---

<sup>52</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §41.

<sup>53</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §44.

<sup>54</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §45.

## 1.8. Domácí zdravotní péče

V oblasti péče o seniory se často můžeme setkat s pojmem primární péče. Je to soubor činností poskytovaných potřebným osobám v rámci komunity v první linii kontaktu. Mimo jiné to úzce souvisí také s podporou a ochranou zdraví, prevencí onemocnění, vyšetřováním, léčením, ošetřováním a rehabilitací. (MISCONIOVÁ, 2006) Pokud je co nejdříve setrvání uživatele pečovatelské služby v přirozeném prostředí jeho domácnosti prioritou, je nedílnou součástí komplexu poskytovaných služeb právě domácí zdravotní péče, která již od roku 1990 patří do moderního systému zdravotní péče v České republice. Rozsah a působnost je definována právními předpisy z oblasti zdravotnictví<sup>55</sup>. O nároku na poskytování domácí zdravotní péče rozhoduje ošetřující lékař pacienta na základě zhodnocení celkového zdravotního stavu. Obvykle se jedná o pacienty, kteří by bez existence domácí zdravotní péče byli hospitalizováni. Úkolem je především zajistit pro pacienty takové podmínky, které odpovídají maximálním možnostem systému zdravotní péče v rozsahu, který se nejvíce přibližuje individuálnímu vnímání kvality života. Domácí zdravotní péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou formou péče, která díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyt pacientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytně nutnou dobu. Na druhé straně vytváří vhodné podmínky pro praktické lékaře v rámci primární péče, kteří ve spolupráci s agenturami domácí péče mohou poskytovat širší rozsah potřebné zdravotní péče klientům, kteří by jinak byli hospitalizováni.

Misconiová<sup>56</sup> uvádí tyto základní formy domácí zdravotní péče: domácí hospitalizace, která je určena pacientům v pooperačním a poúrazovém stavu, dále je vhodná také pro pacienty s kardiovaskulárním a neurologickým onemocněním, včetně imunodeficitů. Tato forma domácí péče je poskytována v rozsahu dnů nebo týdnů. Další formou je dlouhodobá domácí zdravotní péče. Ta je určena chronicky nemocným pacientům, jejichž zdravotní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaného personálu. Obvykle se

---

<sup>55</sup> Zejména se jedná o tyto právní předpisy: Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů; Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách; Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů; Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů; Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů; Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>56</sup> Bc. Blanka Misconiová - manažerka, zdravotní sestra. Na začátku 90. let pracovala jako hlavní sestra ČR na ministerstvu zdravotnictví, v současnosti je prezidentkou Asociace domácí péče ČR. V Národním centru domácí péče ČR se věnovala rozvoji domácí, primární a integrované péče.

jedná o pacienty po mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, komplikovanou cukrovkou, pacienty s plným i částečným ochrnutím, chronickým onemocněním plic a dýchacích cest nebo o pacienty s gastroenterologickým, onkologickým, neurologickým či závažným duševním onemocněním, s imunodeficitem, nebo chronickou bolestí. Tato forma je poskytována v rozsahu měsíců i několika let. Využívaná je také preventivní domácí zdravotní péče. Je vhodná zejména pro terciární prevenci, která je zaměřena na zábranu komplikacím u již probíhajícího onemocnění. Její součástí je například pravidelná kontrola celkového stavu a měření fyziologických hodnot u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním nebo odběry biologického materiálu u pacientů s metabolickým onemocněním. Jelikož vždy závisí na indikaci lékaře, je zřejmé, že pouze kvalitně a aktuálně informovaní lékaři systém domácí zdravotní péče užívají účelně a v dostatečném rozsahu. (MISCONIOVÁ, 2006)

Domácí zdravotní péče musí být dostupná nepřetržitě, tzn. 24 hodin denně včetně víkendů a svátků. Zajištění potřebné péče je pak věcí konkrétní domluvy. Hlavními výhodami domácí zdravotní péče proti hospitalizaci v nemocnici jsou lepší psychická pohoda klienta (soulad s soukromím a pohodlím domácího prostředí, neomezený kontakt s rodinou atd.) a naprosté vyloučení rizika nosokomiálních nákaz (infekce vznikající v přímé souvislosti s pobytem ve zdravotnickém zařízení). Domácí zdravotní péče je také výrazně levnější než lůžková. Nejčastější konkrétní příklady výkonů domácí zdravotní péče jsou např. převazy ran včetně proleženin, péče o pacienty závislé na sondové výživě, péče o pacienty se stomiemi, nebo permanentními močovými katetry (cévkami), péče o pacienty na parenterální (intravenózní) výživě, aplikace injekcí a infuzí včetně intravenózních antibiotik, rehabilitace v domácím prostředí (včetně například předoperační dechové rehabilitace), odběry krve v domácím prostředí, odsávání pacientů s tracheostomií, léčba bolesti, kontroly krevního tlaku a dalších životních funkcí a kontroly glykemií (hladin cukru v krvi).<sup>57</sup>

Rozvíjejícím se oborem zdravotní péče je domácí hospicová péče. Poskytuje tzv. paliativní péči<sup>58</sup>, jejíž ideou je zachování důstojného a kvalitního života až do jeho konce, jejím nástrojem odborná léčba příznaků provázejících umírání a jejím nesporným trumfem účinná léčba bolesti. Příkladem dobré praxe je organizace Cesta domů, která sama sebe

---

<sup>57</sup> Příklady uvedené agenturou ProCare Medical.

<sup>58</sup> Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. (Definice paliativní péče, dostupné z: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>, [cit. 2015-3-12])

vnímá jako výzvu k boření tabu a překonání strachu, jimiž jsou smrt a umírání v naší společnosti opředeny. Svou práci popisuje takto: domácí hospic poskytuje specializovanou paliativní péči výhradně pacientům, kteří jsou na konci života a umírají. Většinou jsou to pacienti, kteří mají komplikované symptomy a bez této péče by museli být na akutních lůžkách nemocnic. Domácí hospic nabízí služby multidisciplinárního týmu vždy včetně lékaře specialisty, který je k dispozici 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Lékař pacienta přijímá do péče, vede jeho léčbu a je k dispozici pacientovi vždy, kdy je třeba rozhodnout, změnit či nově nastavit léčbu. Pacient tak nemusí ani při větším zhoršení stavu být převážen do nemocnice a zůstává v bezpečí svého domova a blízkých osob. (Cesta domů, 2005)

Financování domácí zdravotní a hospicové péče probíhá především z veřejného zdravotního pojištění. Odbornost domácí zdravotní péče (č. 925) je součástí Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami<sup>59</sup> a její výkony jsou členěny na časové (tzv. ošetřovatelské návštěvy), materiálové (náklady na přímo spotřebovaný materiál) a bonifikační (úhrada za práci v noci, ve dnech pracovního volna a klidu). Problémem financování domácí zdravotní péče je především stanovení výše úhrad a hodnoty bodu, která je, a to bez zřejmých důvodů, za stejné výkony stále na nižší úrovni, než v lůžkových zdravotnických zařízeních. Situaci komplikují také různá regulační opatření zdravotních pojišťoven, která způsobují stagnaci či snížení objemu domácí zdravotní péče bez ohledu na její skutečnou potřebu. Lékaři nejsou motivováni k indikaci domácí péče, poskytovatelé nemají jistotu, že s nimi zdravotní pojišťovny obnoví smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, navíc pro vlastní úhradu vyúčtované domácí péče existují rozdílná pravidla mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Otázkou zůstává také hrazení dopravy. Existují omezení dojezdové vzdálenosti, a to bez ohledu na existenci či neexistenci bližšího poskytovatele. (SVĚT, in Pečovatelská služba v České republice, 2010, s. 152-153)

Svět uvádí další problémy, které ovlivňují rozvoj domácí zdravotní péče. Pacienti mají zájem o hospitalizaci z důvodu, že „*je o ně postaráno a nic je to nestojí*“, nemocnice se snaží obsadit lůžka v léčebnách dlouhodobě nemocných sociálními hospitalizacemi přesto, že významná část pacientů je dlouhodobě bez jakékoli odborné zdravotní péče. Pro praktické lékaře je odeslání pacienta na lůžko do nemocnice pohodlnější (jsou bez starostí a nic neindikují, tedy nehrozí žádné sankce) a pojišťovny pod politickým tlakem přihlížejí

---

<sup>59</sup> Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb.

existenci lůžkových kapacit, byť se ukazují jako nadbytečné. Důsledkem je nechuť k rozvoji domácí zdravotní péče, který je pak vnímán ve spojení s absolutním nárůstem úhrad bez odpovídající úspory v lůžkové oblasti. Poskytovatelé domácí zdravotní péče by proto měli nabízet takový rozsah zdravotní péče, aby byli schopni zabezpečit péči o pacienty, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení a současně neumožňuje péči ambulantní formou. (SVĚT, in Pečovatelská služba v České republice, 2010, s. 154-160) Kalvach uvádí, že v souvislosti s transformací nemocniční sítě je třeba varovat před vznikem celých velkých areálů tzv. následné péče při její nejasnosti, nediferencovanosti a při podfinancování. Hrozí totiž vznik areálů s nejasnou, a proto nekvalitní péčí včetně dehumanizovaného laciného umírání, následná péče poskytovaná nekvalitními zařízeními pro neperspektivní pacienty, kteří by měli být vděční za poskytnutí útočiště. (KALVACH, in Postavení a diskriminace seniorů v České republice, 2006, s. 84) Orientace na rozvoj domácí zdravotní péče naopak znamená bezpečnou, kvalitní a efektivní zdravotní péči o seniory v jejich přirozeném prostředí.

### **1.9. Neregistrované sociální služby jako ohrožení uživatelů pečovatelských služeb**

V České republice není možné poskytovat sociální služby bez registrace. Právnická osoba nebo podnikající fyzická osoba se tím, že poskytuje sociální služby bez oprávnění k jejich poskytování, dopustí správního deliktu, za který jí hrozí pokuta až do výše jednoho milionu korun<sup>60</sup>. Provozovatel neregistrované sociální služby může čelit také odpovědnosti za trestný čin neoprávněného podnikání. Hlavní riziko je v ohrožení uživatelů těchto neregistrovaných sociálních služeb. „Klienti“ neregistrovaných sociálních služeb často nemají žádné osoby blízké, jsou proto snadno dostupnou cílovou skupinou. Tyto služby nepodléhají jak kontrole registračních podmínek ze strany registrujících orgánů, tak ani inspekci kvality poskytování sociálních služeb a není tak vykonáván potřebný dohled nad kvalitou péče. Např. Matoušek charakterizuje kvalitní službu jako takovou, která je dostupná komukoliv a kdykoliv, je co nejméně vázaná na cenu, je natolik pružná, že dokáže reagovat na měnící se potřeby uživatele, je průběžně hodnocená někým jiným než tím, kdo ji přímo poskytuje, a pokud je zjištěna nežádoucí odchylka od

---

<sup>60</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §107.

standardu, je iniciována změna. Kvalitní péče počítá s tím, že uživatel nechce „finální změnu“, ale průběžnou pomoc při řešení svého problému - tedy musí být velmi individualizovaná. Kvalitní péče by měla jít nad definovaný standard tehdy, když to situace uživatele vyžaduje. (MATOUŠEK, 2008, s. 92) Kvalita služeb u neregistrovaných subjektů je však velmi pochybná. Služby jsou poskytovány na základě kumulace několika živnostenských oprávnění<sup>61</sup>, provozovatel se na veřejnosti prezentuje nepravdivě jako poskytovatel sociálních služeb (pečovatelské služby) a způsobem prezentace vyvolává zejména u zájemců o službu dojem, že se jedná o tradiční sociální službu. Není zajištěna ochrana práv osob, o osoby pečuje nekvalifikovaný a nekompetentní personál, nejsou dodržovány standardy kvality sociálních služeb, je ohrožena finanční situace osob využívajících služby (neregulované ceny za služby), není zajištěna ochrana osobních údajů.

Veřejná ochránkyně práv pro tuto oblast doporučuje: kdokoliv má podezření, že nějaký subjekt poskytuje sociální službu bez oprávnění, může se obrátit podnětem na krajský úřad. Ten je oprávněn situaci prověřit a provozovatele postihnout. Postihy jsou formou ochrany osob před tzv. špatným zacházením, tedy jednáním, které nerespektuje lidskou důstojnost, je výrazem neúcty k člověku, jeho právům, nerespektování jeho sociální autonomie, soukromí nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o vlastním životě. A zájemci, blízké osoby, poskytovatelé zdravotních služeb, lékaři, opatrovníci i obce by si měli vždy zjistit povahu služby, se kterou komunikují (využitím informací z Registru služeb<sup>62</sup>). (Veřejný ochránce práv, 2015)

## **1.10. Neformální péče, sdílená péče**

Neformální péče je poskytovaná v rámci komunity, a to jejími členy. Jde o péči svépomocného charakteru, kterou si navzájem poskytují sousedé, rodiny nebo různá neformální společenství. (MATOUŠEK, 2008, s. 87) Pomoc seniorovi v rodině je založena na solidaritě a vyžaduje značnou míru sociální soudržnosti rodiny, která pomoc poskytuje. Sociální situace rodiny související s péčí je emocionálně vypjatá a často vyžaduje rozhodování i přizpůsobování se situaci. V organické rodinné soudržnosti je obsaženo odřeknutí si vlastních priorit jednotlivých členů rodiny na úkor společných

---

<sup>61</sup> Nejčastější předmět podnikání: služby pro rodinu a domácnost, služby osobního charakteru a pro osobní hygienu atd.

<sup>62</sup> Registr služeb je dostupný na internetových stránkách MPSV: <http://iregistr.mpsv.cz>.

potřeb fungování rodiny jako celku, který si vzal za úkol pečovat o svého nesoběstačného člena. (JEŘÁBEK, 2006, s. 7)

Z pohledu rodiny, jejích struktur a vztahů, je neformální péče velmi rozmanitá. Tato diverzita je dána zdroji síly, stresu a potřebami péče, která vyžaduje částečně zdravotní, behaviorální a sociální podmínky, délku a intenzitu péče spolu s přístupností k formálním a neformálním zdrojům. Některé rodiny se s péčí vyrovnávají velmi dobře, buď s žádnou, nebo jen s malou vnější pomocí a to i ve vyčerpávajících situacích. Někteří naopak mohou být až příliš horliví, čímž mohou omezovat nezávislost a autonomii svých příbuzných. Jiní zase následkem nepřekonatelné zátěže poskytují spíše „podstandardní“ úroveň péče, která může vyústit až v její institucionalizaci.

Rodinná péče se všude na světě považuje za nejvhodnější. Vše ostatní je pouze náhradním řešením. Je zřejmé, že domácí péče respektuje integritu klienta v plném rozsahu v jeho vlastním sociálním prostředí i individuální vnímání kvality života. Tento typ péče má také pozitivní vliv na psychiku opečovávaného, což přímo ovlivňuje stav jeho imunitního systému a hraje nezastupitelnou roli v procesu uzdravování. Klíčový je vztah k pečujícímu a neméně důležitá je také minulost tohoto vztahu. Jestliže opečovávaný se k pečujícímu nechoval v minulosti dobře, těžko může nějakou domácí péčí od takového člena rodiny očekávat. Některí opečovávaní vnímají péči jako vyjádření lásky nebo vděčnosti, jiní se k ní staví velmi negativně a jsou vůči svým pečujícím velmi nároční, nevlídní či v mnoha případech mají sklon k citovému vydírání. Z pohledu pečujícího jde o to, jak tuto péči vnímá, jaký má vliv na jeho zdraví a kvalitu života obecně (např. bývá přímo ohrožen syndromem vyhoření). Svou roli hraje např. intenzita péče, typ zaměstnání a doba, po kterou se pečující věnuje opečovávanému na úkor své vlastní rodiny (péče o děti, chod domácnosti, apod.), ale také své vlastní osoby (např. vzdělávání, odpočinek apod.).

Dalším faktorem ovlivňující neformální péči je oddělené bydlení. Podle Kalvacha střední i starší generace preferuje během rodinného života oddělené bydlení. To samo o sobě není překážkou dobrých vzájemných mezigeneračních vztahů, ale při vážném nebo dlouhodobém onemocnění seniora se oddělené bydlení stává skutečně limitující překážkou nutné kontinuální pomoci (KALVACH, 1995, s. 10). Velmi mnoho pečujících je téměř sevřeno do jakýchsi pomyslných kleští, kde jedno rameno představuje placené zaměstnání, péči o děti a svou domácnost a druhé pečovatelskou práci o nesoběstačného příbuzného a jeho domácnost. V péči jako takové existují přirozená omezení, která sama určují „udržitelnost“ této péče. Jestliže dostoupí do takové míry, že je jí pečující prakticky



zahlcen a není schopen v ní dále pokračovat, ve většině případů je péči nutné předat do rukou odborníků. (BARTOŇOVÁ, in JEŘÁBEK, 2005 s. 39)

Kritickými momenty osobní péče o seniory v rodině jsou především zdravotní problémy pečujících osob, které vyplývají jednak z těžké fyzické námahy, způsobené zvedáním, obracením, přenášením apod., ale také z psychické zátěže, způsobené dlouhodobým stresem a psychickým vypětím.

Častým problémem je osamělost pečujících osob, které bývají dlouhé týdny i měsíce bez významnějšího společenského kontaktu a mohou mít pocit, že jsou vyřazeny ze života svou pečovatelskou rolí. Z hlediska jednotlivých modelů péče o seniory lze uvést několik společenských procesů, které bohužel jednoznačně svědčí v neprospěch uplatňování rodinné péče v dlouhodobé perspektivě. Rostoucí důraz na svobodu a nezávislost jednotlivce, rovněž liberalizace hodnot spolu s obecně pociťovanou neochotou přijímat závazky. Klesající plodnost, vzrůstající počty rozvodů a bezdětných manželství či snižující se průměrný počet dětí v rodině, jsou neklamnou známkou oslabení možností budoucí rodinné péče. A konečně také stárnutí populace, prodlužování průměrného věku dožití a s tím související vyšší podíl nesoběstačných lidí v posledních letech života povede v budoucnu k nutnému rozvoji veřejných služeb sociální péče a útlumu péče rodinné. (JEŘÁBEK, 2013, s. 49, 55)

Z tohoto pohledu se jako ideální forma zajištění pomoci osobám se sníženou soběstačností jeví tzv. sdílená péče. Jde o domácí péči, na které se spolupodílejí profesionální poskytovatelé sociálních, zdravotních i dalších služeb spolu s neformálními pečujícími. Morální povinnost a odpovědnost postarat se o osobu se sníženou soběstačností v současné společnosti nese především rodina. Model rodinné péče však může reálně úspěšně fungovat pouze za předpokladu pestré nabídky nejrozličnějších specializovaných i běžných služeb, spolu se vzájemnou pomocí ze stran institucí a rodiny. (BARVÍKOVÁ, in JEŘÁBEK, 2005 s. 68) Díky možnosti sdílet péči nemusejí neformální pečující odcházet ze zaměstnání, mají dostatek času pro sebe (rodina, odpočinek) a zároveň umožňují svému blízkému zůstat co nejdéle v přirozeném prostředí jeho domova. Pečovatelská služba má v rodinných pečujících velkou oporu a výraznou roli hrají i při plánování sociálních služeb.

## 2. Senior v systému sociálních služeb

### 2.1. Senior jako cílová skupina pečovatelské služby

V Zákoně o sociálních službách nenalezneme definici pojmu senior. Pečovatelská služba je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.<sup>63</sup> V popsané sociální situaci se však nejčastěji nacházejí právě senioři a jsou proto typickými uživateli pečovatelské služby.

Při hledání odpovědi na otázku „kdo je to senior“ je nutné si uvědomit, že se jedná o kategorii, v níž se protínají biologicko-medicínské aspekty se sociologickými. V české populaci neexistuje jednota názorů ohledně věku seniora, ale podle řady různých hledisek lze říci, že seniorem se stává člověk mezi 60. a 70. rokem věku v závislosti na svých individuálních charakteristikách. Jak uvádí Sak a Kolesárová, zhruba polovina populace (49%) si spojuje seniora se stářím, starým člověkem, starcem. Druhým nejčastějším znakem tvořícím identitu seniora je jeho ekonomický status důchodce (40%). Další ale již výrazně méně významná je charakteristika seniora z pohledu jeho role v rodině – babička, dědeček (7%). Z pohledu zdravotního stavu určuje seniora 6% populace. Pouze však 2% populace spojuje seniora s pozitivní konotací, jako např. zkušenosti, moudrost, nadhled. Přesto stejně jako ženy mají specifický hodnotový systém s výraznějším sociálním a citovým akcentem, tak také senioři ovlivňují společnost svým přístupem a větší životní zkušeností. V nadcházející dlouhověké společnosti s rovnoprávným postavením žen, v rodině zákonitě klesne význam mužů (především ve středním věku), kteří často znamenají více soutěživosti a schematičtější vidění černobílého obrazu světa. Naopak vzroste význam seniorů, kteří jsou schopni díky svým životním zkušenostem většího nadhledu a vidění širších souvislostí. Výsledkem těchto skutečností může být mimo jiné také méně agresivity ve společnosti. (SAK, KOLESÁROVÁ, 2012, s. 25-27, 85)

Matoušek definuje stáří jako období začínající v 60-65 letech, které někdy bývá spojováno s větší spotřebou zdravotní péče a postupnou ztrátou soběstačnosti. Upozorňuje však na to, že individuální kompetence jsou vždy významnější, než fyzický věk. (MATOUŠEK, 2008, s. 214) Jak uvádí Giddens, stále se vedou spory o tom, do jaké míry je chátrání lidského organismu způsobeno nevyhnutelným procesem stárnutí jeho tkání,

---

<sup>63</sup> Zákon č. 108/2006 Sb. §40.

tím spíše, že se dá jen stěží tento proces oddělit od sociálních a ekonomických vlivů na člověka. Fyzický stav může být negativně poznamenán také ztrátou rodinných příslušníků a přátel, odloučením od dětí či odchodem do důchodu. (GIDDENS, 1997, s. 153)

Pokud se na pečovatelskou službu podíváme pohledem zákona o sociálních službách jako na typickou službu poskytovanou seniorům, kteří se z důvodu věku či zdravotních obtíží již dostali do nepříznivé sociální situace (snížení soběstačnosti a sebeobsluhy) a ztratili tak schopnost tuto situaci sami řešit, je pečovatelská služba ideální formou pomoci. Je poskytována v přirozeném sociálním prostředí nejlépe s využitím sociálních vazeb seniora a spolu s neformální péčí jeho blízkých, umožňuje seniorům plně se zapojit do života společnosti a žít způsobem, který je v této společnosti považován za běžný.

Pečovatelskou službu (na rozdíl od služeb pobytových) je možné přizpůsobit individuálně životnímu stylu<sup>64</sup> každého seniora, protože i tato fáze života má svou podobu životního stylu odpovídající sociální pozici, potřebám a zájmům každého seniora. Poskytování pečovatelské služby seniorům je také zcela v souladu s Národní strategií rozvoje sociálních služeb na rok 2015<sup>65</sup>, z jejíž premisy vychází, že sociální služby mají respektovat individuálně odlišné potřeby lidí a reagovat na ně. Služba musí být rovněž poskytnuta v odpovídající kvalitě s ohledem na dodržování lidských práv a svobod s důrazem na zajištění důstojného života i důstojného odchodu ze života, primárně v přirozeném prostředí. Je nutné si však uvědomit, že efektivní a úspěšné poskytování pečovatelské služby seniorům je takové, jehož působení lze vyhodnotit ve vztahu k výsledku, tj. nikoliv jednotlivé výstupy a intervence (např. počet hodin přímé péče, počet intervencí sociálního poradenství, počet uživatelů služby), ale celkový dopad na život seniora jako uživatele pečovatelské služby a jeho okolí.

## **2.2. Stárnutí a demografický vývoj v ČR**

Podle Ondrušové má stárnutí jako životní období stejně jako ta předchozí svůj smysl, který ale záleží do velké míry na přístupu a postojích každého jedince. Smysl života má také ve stáří přímou souvislost s individuálním žebříčkem hodnot. Tvůrčí hodnoty člověk osobně vytváří (práce, tvorba, ale také např. péče o blízkého člověka) a jsou ve

---

<sup>64</sup> Pokud životní styl charakterizujeme jako dynamizovaný hodnotový systém člověk, modifikovaný jeho endogenními a exogenními danostmi, promítnutý do časoprostoru životního a sociálního pole přirozeného světa v konkrétní společnosti. (SAK, KOLESÁROVÁ, 2012, s. 98)

<sup>65</sup> Strategický dokument MPSV, který je vydáván MPSV na základě ustanovení Zákona o sociálních službách v §96 písm.b).

společnosti oceňovány nejvíce. V realizaci tvůrčích hodnot bývají starší lidé hodně omezováni ať už pokročilým věkem nebo nemocí. Naopak v prožitkových hodnotách je člověk omezován mnohem méně. Jedná se např. o vnímání přírody, krásy, umění, schopnost radovat se z maličkostí, ale také setkávání se s druhými lidmi a dobré vztahy. V období stáří nabývají na zvláštní důležitosti hodnoty postojové. V případě, že člověk z důvodu nemoci nebo pokročilého věku přijde o schopnost tvořit či užívat a nelze již tuto situaci změnit, může si zvolit, jaký k této situaci zaujme postoj, jak se k nezměnitelnému osudu postaví. Jde o vnitřní sílu člověka uvědomit si, že spokojenost není vždy vázána pouze na úspěch, zdraví a klid (ONDRUŠOVÁ, 2011, s. 64-65). Stejně specifické a individuální jako hodnoty ve stáří jsou také potřeby a preference seniorů. Pro zlepšení kvality života každého seniora je nutná dobrá znalost jejich potřeb. Ve srovnání s mladými lidmi je spíše než v rozdílných potřebách odlišnost ve způsobu jejich naplňování a uspokojování<sup>66</sup>. Některé potřeby ve stáří (např. bezpečí), mohou být vnímány jako nedostatečně uspokojované, zatímco jiné (např. volný čas) jsou naplněny nadbytečně, nebo dochází k akcentaci jiného rozměru potřeby, např. seberealizace je ve stáří více spojena s koníčky (PICHAUD, THAREAUOVÁ, in ONDRUŠOVÁ, 2011, s. 43).

Z pohledu demografie současnou dobu nejlépe charakterizuje pojem populační stárnutí. To popisuje Mašková jako takové změny ve věkové struktuře obyvatelstva, kdy obyvatelstvo starších věkových skupin roste početně rychleji než zbytek populace, a tím jeho podíl v populaci vzrůstá. Tato situace nastává buď vlivem klesající plodnosti a porodnosti, nebo důsledkem poklesu úmrtnosti koncentrovaného zejména do staršího věku. Současné věkové struktury jsou značně nepravidelné a odrážejí vliv událostí z průběhu 20. století, které formovaly počty narozených dětí v jednotlivých letech, intenzitou úmrtnosti a migracemi. Tyto nepravidelnosti ovlivnily a dále budou ovlivňovat postup populačního stárnutí. Do budoucna se bude stárnutí populace v České republice dále prohlubovat. Hranici 65 let postupně překročí osoby z početně silných poválečných ročníků a vzestup jejich počtu bude umocňován předpokládaným snižováním úmrtnosti. Podíl seniorů se tedy bude zvyšovat, a to na úkor snižování počtu osob v produktivním věku. Podíl obyvatel ve věku 65 a více let pravděpodobně vzroste z nynějších 18,7% až na

---

<sup>66</sup> Maslowova pyramida potřeb dělí potřeby takto: biologické a fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, sociální potřeby, potřeba úcty a uznání, kognitivní potřeby, estetické potřeby, seberealizace a sebe transcende. (in ONDRUŠOVÁ, 2011, s. 42)

32,7% v roce 2050<sup>67</sup>. Nejrychleji poroste počet obyvatel nejstarších věkových skupin, osob, které představují skupinu se zvýšenými požadavky na rodinnou, sociální a zdravotní péči. Naopak u mladších seniorů lze očekávat, že budou zdravější a více zapojeni do života společnosti. (MAŠKOVÁ, in Postavení a diskriminace seniorů v České republice, 2006, s. 12 - 27) Z tohoto vývoje lze usuzovat, že se potenciál rodinné péče bude zmenšovat a naroste tak potřeba na zajištění veřejných služeb sociální péče. Na demografické stárnutí musí sociální politika jako celek reagovat ve všech oblastech, jako je rozvoj sociálních služeb, rodinná politika, lepší sladění pracovního a soukromého života (včetně péče o blízké osoby), politika aktivního stárnutí, celoživotní vzdělávání a další.

Podle Kalvacha vycházejí koncepty úspěšného stárnutí z předpokladů, že dispozice k dlouhověkosti bude spojena s vyšší zdatností, část typických „chorob stáří“ bude preventibilní či účinně léčitelná, projekty úspěšného stárnutí prokazatelně zlepší funkční stavy (např. rekondiční programy), civilizačně a technicky se zlepší zvládání disability (např. úpravy prostředí, moderní kompenzační a technické pomůcky, funkční komunitní služby) a budou do značné míry ovlivnitelnější a kompenzovanější významné sociální determinanty nemocnosti (chudoba, nízké vzdělání, sociální exkluze). (KALVACH, 2008, s. 35)

### **2.3. Senior jako geriatrický pacient**

Pojetí geriatrického pacienta je nejednoznačné a dosud neustálené. Podle Kalvacha se v širším slova smyslu hovoří o nemocných starších osobách určitého věku, obvykle 75 let, ale v souvislosti se zlepšováním zdravotního a funkčního stavu seniorů se tato hranice stále častěji posouvá až na 80 let. Minimální hranice pro zařazení osoby do geriatrických programů bývá obvykle považován věk 65 let. V užším slova smyslu se jedná pouze o ty seniory, kteří vykazují závažný pokles potenciálu zdraví spojený se specifickými zdravotními problémy, modifikacemi průběhu a projevů chorob s potřebou specifických přístupů, služeb a režimů. Díky nízkému zdravotnímu potenciálu jsou znevýhodněni a zranitelnější. Klíčem k pochopení geriatrického pacienta potom není samotný člověk, ale právě povaha, podoba a projevy jeho zranitelnosti. Z hlediska klinických oborových kompetencí by se geriatricie měla ujímat především seniorů, jejichž zdravotní problémy nevyžadují v danou chvíli specializované obory a zároveň přesahují hranice

---

<sup>67</sup> Podíl obyvatel starších 80 let pravděpodobně vzroste ze dnešních 3,7% až na 7,9% v roce 2050. (ONDRUŠOVÁ, 2011, s.25, zdroj: World Population Prospects: The 2008 Revision, OSN)

zodpovědnosti a možností praktických lékařů. Jádrem oboru geriatrie je všeobecná interna s přesahy nejčastěji do neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace a dalších. Podle platné koncepce je geriatrická péče diferencovaná, zahrnuje složku akutní i následnou, paliativní i preventivní, ambulantní i lůžkovou. Základním pracovištěm oboru (na rozdíl od dnešní praxe, kde to jsou většinou léčebny pro dlouhodobě nemocné) by měly být geriatrické ambulance a nemocniční geriatrická oddělení. (KALVACH, ZADÁK, JIRÁK ZAVÁZALOVÁ, HOLMEROVÁ, WEBER a kol. 2008, s. 25)

Pokud se podíváme na změny spojené s tzv. biologickým stárnutím (nad 75 let), dají se dle Matouška shrnout do čtyř základních oblastí: změny ve sféře somatické, které znamenají např. snížení pružnosti cév a snížení průtoku krve, ubývání svalové hmoty, opotřebením buněčných tkání, snížení kostní denzity, snížení svalového tonu (riziko pádů a zlomenin), pružnosti kůže, poruchy smyslového vnímání, menší stabilita, snížení funkce ledvin či poruchy inkontinence. Změny ve sféře psychické se týkají prodloužení reakčního času, snížení adaptačních schopností, zapomětivost, zranitelnost, deprese (zvyšuje se riziko sebevraždy), ale též větší nadhled a shovívavost. Ve sféře sociální je dominantní ztráta sociálních rolí, zaměstnání, společenského postavení, ztráta přátel, příbuzných, změna místa bydliště, osamocenosť a také ohrožení chudobou. Ve sféře spirituální dochází k bilancování života, potřebě vyrovnání, odpuštění, napravení křivd a často kladené otázky po smyslu života s otázkami spojených s blížící se smrtí. (MATOUŠEK, 2013, s. 371)

Jak uvádí Haškovcová, nemocní senioři jsou křehcí pacienti. Jejich choroby bývají řetězeny a mají různé zvláštnosti, kterým se věnují geriatři. Prožívání nemocí má své zvláštnosti v souvislosti k oploštělé nebo naopak vypjaté emotivitě. Také osobní „laické“ pojetí nemoci bývá tak vysoce individuální a „osobité“, že někdy komplikuje léčbu nebo rekonvalescenci. V každém případě je třeba v profesionální péči o seniory respektovat jejich zkušenosti zejména proto, že jsou v protikladu k technicky a výkonnostně zaměřené medicíně. (HAŠKOVCOVÁ, 2012, s. 29)

Hlavní oblasti zájmu komplexního geriatrického hodnocení, jsou podle Kalvacha tyto: osobnost pacienta (životní situace, rozhodnutí týkající se zdravotní péče, subjektivní kvalita života, priority, smysl života), tělesné zdraví (základní choroby, funkční závažnost chorob, geriatricky významná symptomatologie v kontextu geriatrické křehkosti), funkční výkonnost a zdatnost (stabilita a chůze, výkonnost, kondice, výživa), duševní zdraví (mj. psychická rovnováha) a sociální souvislosti (sociální role a vztahy, funkční náročnost a bezpečnost domácího prostředí, sociální potřeby včetně pomoci). K nejčastějším

onemocněním ve stáří patří choroby kardiovaskulárního systému, neoplazmata, postižení pohybového aparátu, smyslových orgánů, nemoci dýchacích ústrojí a duševní poruchy, zejména deprese či demence. Pro lepší orientaci ve výčtu zdravotních obtíží v seniorském věku využijí výčet geriatrických symptomů<sup>68</sup>, jak je popisuje Kalvach a kol. Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti znamená mj. omezování pohybových aktivit (lokomoce, chůze), ubývání svalové hmoty a síly. Syndrom anorexie a malnutrice je spojený s nechutenstvím, hubnutím a rozvojem malnutrice bez zjevné příčiny, někdy se hovoří také o neprospívání či „chátrání“ pacienta. Syndrom instability s pády je vnímán jako jedna z priorit geriatrické medicíny a zahrnuje mj. pády, osteoporózu, zlomeniny, poruchy rovnováhy, závratě apod. Syndrom imobility je označením souboru důsledků a projevů dlouhodobého a podstatného omezení pohybové aktivity zejména upoutáním na lůžko. Jsou to například plicní hypoventilace (s rizikem pneumonie), dekubity, svalové atrofie, zhoršení pohybové koordinace při chůzi, rozvoj osteoporózy, poruchy mikce, dehydratace, malnutrice a v neposlední řadě také psychické poruchy. Dalším geriatrickým problémem je syndrom inkontinence, který je závažným psychosociálním problémem pacientů a jejich kvality života. Je prioritní záležitostí ošetrovatelskou a jeho zvládnutí patří k indikátorům kvality dlouhodobé péče. Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruch paměti, zhoršuje mentální zdatnost, adaptabilitu a zvyšuje riziko nepříznivých komplikací různých chorob, zdravotních výkonů i jiných stresorů ve stáří. Syndrom deliria je spojen s komplexní většinou krátkodobou, ale i recidivující psychickou poruchou. Deliria zhoršují kvalitu života nejen nemocných, ale také pečujících osob a jejich výskyt předznamenává ztrátu soběstačnosti i mortality. Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka označuje nevhodné jednání se starými lidmi, na němž se výrazně podílí jejich zdravotní a funkční znevýhodnění, popř. závislost na péči jiné fyzické osoby. Syndrom teplotní zátěže a teplotního poškození ve stáří souvisí s problémovou regulací tělesné teploty, přehřátím a hypotermií, závažný syndrom dehydratace souvisí s deficitem tělesné vody. Syndrom duálního sensorického deficitu zahrnuje riziko kombinovaného smyslového postižení s velkým rizikem sensorické a komunikační deprivace, osamělosti a prázdnoty. Syndrom maladaptace znamená pokles adaptability a odolnosti k zátěži. Posledním popisovaným syndromem je syndrom terminální geriatrické deteriorace, který znamená, že u některých křehkých, obvykle multimorbidních geriatrických pacientů dochází bez identifikovatelné vedoucí závažné

---

<sup>68</sup> Geriatrický syndrom – složitější příznakové a problémové soubory s vnitřní logickou patogenetickou provázaností. ((KALVACH, ZADÁK, JIRÁK ZAVÁZALOVÁ, HOLMEROVÁ, WEBER a kol. 2008, s. 142)

choroby i bez jasné příčiny k poměrně rychle progredující deterioraci stavu, spějící nevratně ke smrti. Tento stav by se měl stát indikací k zavedení úlevové paliativní péče (KALVACH, ZADÁK, JIRÁK ZAVÁZALOVÁ, HOLMEROVÁ, WEBER a kol. 2008, s. 51,52 a 141 - 304).

## 2.4. Posouzení nepříznivé sociální situace u seniorů

V sociální práci se seniory se využívají sice standardní metody a postupy při zjišťování nepříznivé sociální situace jako u jiných cílových skupin, ale vzhledem k již zmíněné křehkosti této cílové skupiny, je nutné zmínit určitá specifika a charakteristické rysy této činnosti. Nepříznivá sociální situace je základním pojmem a předpokladem při poskytování sociálních služeb i příspěvku na péči a Zákon o sociálních službách<sup>69</sup> ji vymezuje jako „*oslabení nebo ztrátu schopnosti řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením*“. Důvodem této situace u uživatelů pečovatelské služby je především věk, nepříznivý zdravotní stav, krizová sociální situace nebo sociálně znevýhodňující prostředí. Nepříznivá sociální situace seniorů se stále mění, její posuzování, hodnocení, následné plánování a realizace poskytování služeb je proto základem sociální práce v pečovatelských službách. Matoušek uvádí některé předpoklady sociální práce se seniory, která musí být prováděna kvalitně i v případě, že klient má závažný problém s komunikací v důsledku svého zdravotního stavu (např. demence či duševní onemocnění). Sociální pracovník proto musí být vybaven dovednostmi potřebnými k navázání kontaktu a k rozpoznání potřeb těchto lidí. Základem je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k primárním potřebám starších lidí. Sociální pracovník bývá v mnoha případech jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem. Může skrze něj vyjádřit svou vůli, s jeho podporou se může rozhodovat a udržet si kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Bariéry v uskutečňování životních úkolů seniorů mohou být psychologické i sociální, „neschopnost“ v jedné oblasti může vyvolat „neschopnost“ v jiné oblasti a smyslem sociální práce se seniory je pomoci uživateli služby vyjít ven z tohoto bludného kruhu „nezvládnutí“ (MATOUŠEK, 2005, s. 164).

Sociální pracovník je samostatný profesionál vzdělaný v oboru, který se řídí etickým kodexem své profese. Ve vztahu ke každému uživateli pečovatelské služby uplatňuje

---

<sup>69</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., §3 písm. b).



citlivý a individuální přístup, který zahrnuje respekt k jeho právům i potřebám. Ctí princip dobrovolnosti spolupráce ze strany uživatele, nabízí odpovídající podporu a pomoc, která koresponduje s možnostmi služby. Sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Respektuje uživatele a to v praxi znamená, že přijímá žadatele takového, jaký je i s jeho pozitivními a negativními vlastnostmi, jeho potřebami a schopnostmi.

Základními principy posuzování nepříznivé sociální situace uživatelů pečovatelských služeb - seniorů<sup>70</sup> jsou: individuální přístup, který znamená ke každému přistupovat nezaujatě, s úctou, trpělivostí a empatií. V rámci proklientského přístupu se snažit rozpoznat jedinečnost situace každého uživatele i jeho aktuální potřeby, včetně jejich hierarchie a zohledňovat identifikované zdroje i preference uživatele. Dále je to snaha získat důvěru a navázat kontakt v komunikačním módu, který odpovídá schopnostem a preferencím uživatele. Dalším principem je sdělovat uživateli dostatek informací o jeho právech a povinnostech, ověřovat vhodnými otázkami, zda poučení porozuměl. Velmi důležité je také spolupracovat s rodinou nebo blízkými osobami se záměrem podporovat přirozené sociální vazby a síť. Při hodnocení nepříznivé sociální situace sociální pracovník s rodinou i blízkými osobami spolupracuje, zapojuje je do plánování péče či pomoci. V případě, že uživatel rodinu odmítá, je potřeba jeho rozhodnutí akceptovat a ve spolupráci s ním hledat jinou vhodnou variantu řešení.

Důležitou roli hraje také spolupráce se sociálními pracovníky příslušných úřadů (obecní úřady, úřady práce), v jejichž působnosti se nachází bydliště uživatele. Ti mohou být v rámci činností sociální práce nápomocni zejména při řešení krizových situací uživatele (např. v případě nároku na dávky hmotné nouze či příspěvku na péči). Sociální pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozvěděl v souvislosti s poskytovanou péčí<sup>71</sup>.

Cílem posuzování nepříznivé sociální situace uživatele (či zájemce) pečovatelské služby je získání takové vypovídající hodnoty o životní a sociální situaci člověka, která povede k optimálnímu nastavení poskytované služby s ideálním využitím principu sdílené péče a využití všech dalších možností k celkovému zlepšení této situace. Sociální pracovník proto shromažďuje informace týkající se péče o tuto osobu, dále o přirozeném prostředí uživatele, rodinných či sousedských vztazích v kontextu potřeby pomoci,

---

<sup>70</sup> Při popisu základních principů posuzování nepříznivé sociální situace jsem se mj. inspirovala Normativní instrukcí MPSV č. 19/2013, kterou jsem v její pracovní verzi měla k dispozici v únoru 2015.

<sup>71</sup> V případech, kdy podání informací stanoví zákonný předpis či zvláštní zákonný předpis (např. občanský soudní řád, trestní řád atp.), postupuje sociální pracovník podle těchto zákonných předpisů.

celkových sociálních i ekonomických poměrech. Získané informace slouží jako podklady pro individuální plánování komplexní pomoci a podpory v nepříznivé sociální situaci. Pomocí individuálního plánování je pak možné lépe identifikovat druh, rozsah i frekvenci potřebné podpory a rovněž vyhodnocovat úspěšnost péče. Na základě tohoto plánování lze posléze i kontrolovat efektivitu poskytnuté pomoci a lépe tak využívat zdroje z veřejných prostředků.

V průběhu posuzování nepříznivé sociální situace sociální pracovník zjišťuje informace pozorováním, rozhovorem a také reflexí všech získaných informací, které třídí a hodnotí. Na aktuální situaci si tvoří vlastní názor, avšak nikoli na základě osobních sympatií a preferencí, ale na základě odborného vyhodnocení. Taková reflexe je dána schopností shromažďovat, třídít, porovnávat získané poznatky, zaměřovat se na objasňování rozporů i „bílých míst“ tak, aby bylo možné podat co nejobjektivnější zprávu o aktuální situaci. To znamená podat zprávu strukturovanou, zdrojově vyváženou a odborně reflektovanou.

## **2.5. Senior jako zákazník budoucnosti**

Velmi zajímavý z hlediska budoucnosti je pohled na seniora jako na významného zákazníka a to nejen na trhu služeb, ale také např. na trhu výrobků, komunikačních technologií a dalších. Společenskou podobu stáří z hlediska trhu formují čtyři aktéři: tvůrčí média, marketingoví a reklamní manažeři, veřejné mínění a generace mezi sebou. Je tedy žádoucí, aby se názory médií přizpůsobily reálné představě vyššího věku. Je třeba pochopit, že stáří má podstatně více pozitivních efektů, než je prezentováno a je třeba si uvědomit, že naše budoucnost bude velmi výrazně podmiňována staršími lidmi (REIDL, 2012, s. 20). Dá se předpokládat, že stárnoucí populace bude zvyšovat své nároky na vše, co je spojeno s jejich životem. Díky svému počtu budou senioři výrazně ovlivňovat chod společnosti a bude se zvyšovat i objem financí vynaložených ve prospěch této věkové skupiny.

Tento fakt bude mít za následek rozvoj tzv. „silver economy“ v průmyslu i ve službách, vývoj nových produktů i služeb a těch tržních segmentů, které se zaměří na specifické potřeby a požadavky seniorů. Hercík uvádí základní oblasti, kde můžeme očekávat rozvoj stříbrné ekonomiky. Jsou to: služby<sup>72</sup>, výrobky<sup>73</sup>, přizpůsobené bydlení<sup>74</sup>,

---

<sup>72</sup> Např. geriatrická péče, asistenční a ošetrovatelské služby, domácí zdravotní péče, produkty v bankovníctví.

komunikační technologie<sup>75</sup>, nebo volný čas<sup>76</sup>. Díky nástupu nových seniorských generací, které mají jiný životní styl, díky rozvoji technologií a jejich praktickým aplikacím, díky stále se přirostávajícímu tržnímu prostředí, dojde k rozvoji stříbrné ekonomiky už v průběhu následujících let. (HERCÍK, in Sborník z konference "Gerontotechnologie a technologie pro handicapované - směr budoucnosti", 2006).

Rozvoj stříbrné ekonomiky přinese mnoho pracovních míst a je tedy v souladu se sociální politikou většiny států. Je však nutné důsledně dohlédnout na kvalitní informovanost, vhodný způsob komunikace a předcházet nekalým obchodním praktikám, zneužívání důvěry či finanční nezávislosti seniorů a zajistit, že se trh bude k seniorům chovat zodpovědně. Zájmem sociálního státu by mělo být zachování veřejných služeb pro své občany, které budou maximálně přístupné celé populaci. U sociálních služeb to konkrétně znamená zachovat jejich status veřejné služby, která je sice více regulována, ale je naprosto zaručena její standardní kvalita, místní, časová a finanční dostupnost.

---

<sup>73</sup> Např. oblékání a móda, speciální obuv, kompenzační pomůcky, výrobky pro každodenní život, hygiena, senior hobby, produkty oddalující stárnutí, nutriční preparáty, vitamíny atd.

<sup>74</sup> Např. kuchyně, koupelny, toalety, inteligentní zařízení a vybavení domácnosti, ovládání hlasem, postele a zdravé spaní atd.

<sup>75</sup> Např. řešení krizových situací seniorů (tísňová péče), monitoring zdravotního stavu, eliminace oslabování zraku a sluchu atd.

<sup>76</sup> Např. možnosti vzdělávání, U3V, nová média, kultura a zábava pro seniory, cestování a sport.

### **3. Obec a její role v oblasti zajištění pečovatelské služby**

#### **3.1. Obec jako komunita**

Matoušek charakterizuje komunitu jako společenství lidí žijících či kooperujících v jedné lokalitě. Má svou atmosféru, své způsoby komunikace a svou více či méně propustnou hranici. Místní komunita uspokojuje potřebu blízkosti, intimity, rozšířeného domova. Pokud hledáme nejbližší komunitu v občanském smyslu, pak je to rozhodně obec. Rozvoj obce (komunitní rozvoj) je potom spojen s ovlivňováním místní komunity, jehož cílem je zvýšit angažovanost občanů na místních problémech a zlepšit jejich kompetence potřebné pro řešení problémů. (MATOUŠEK, 2008, s. 85 a 87) Řešení problémů v komunitě spočívá v propojování zdrojů jednotlivců a zdrojů společnosti. Je třeba dosáhnout skutečného zapojení všech zúčastněných aktérů, navodit účinnou komunikaci mezi občany jako členy komunity a obcí (jejími zástupci) a dalšími, jako např. poskytovateli sociálních služeb apod.

Velký význam z hlediska rozvoje sociálních služeb v obci má metoda, která se nazývá komunitní práce. Používá se pro řešení problémů a pro navození změny v místním společenství, vztahuje problémy jedinců a skupin ke zdrojům a možnostem místní komunity, zapojuje do řešení problému a do rozhodování a života komunity její občany stejně tak jako místní instituce a organizace a vede k přerozdělení a sdílení zdrojů, odpovědnosti a kompetence, tedy rozšiřuje možnosti lidí ovlivnit to, co se s nimi děje. Komunitní práce je významnou součástí demokratického procesu ve společnosti, aktivizuje občany, aby se starali o řešení svých problémů. Občané musí cítit, že chtějí změnu a zároveň musí existovat možnosti, aby se něco změnit dalo. (Obce, města, regiony a sociální služby, 1997 s. 172-173)

#### **3.2. Obec a sociální péče z pohledu Zákona o obcích a Zákona o sociálních službách**

Podle principu subsidiarity se bude v oblasti sociálních služeb stále snižovat působnost státu a zvyšovat odpovědnost a působnost samosprávných obcí, které v závislosti na demografickém složení a četnosti sociálních problémů na svém území mohou potřeby svých občanů optimálně a přesněji definovat a hledat konkrétní způsoby jejich

uspokojování. Existují značné rozdíly v potřebách občanů v jednotlivých obcích, které vyplývají např. z míry urbanizace, z věkové, kvalifikační, profesní a sociální struktury obyvatelstva, z míry realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany nebo z nejrůznějších sociologických změn probíhajících ve společnosti, zejména rozpadu vícegeneračního soužití rodin. Rozdílné potřeby vedou k rozdílné vybavenosti obcí sociálními službami a jediné obec, jako nejnižší samosprávná jednotka, je schopna na konkrétní situaci v území reagovat. Z pohledu Zákona o obcích<sup>77</sup> je obec základním územním samosprávným společenstvím občanů, tvoří územní celek a jejím základním úkolem je péče o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů. Při plnění svých úkolů je povinna chránit veřejný zájem. Do její samostatné působnosti patří záležitosti, které jsou v zájmu obce a jejích občanů. Obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů<sup>78</sup>. Z těchto ustanovení Zákona o obcích lze usoudit, že právě obec je odpovědná za dostupnost především terénních služeb sociální péče, které za potřebnými občany dochází do jejich bydliště (v obci).

Zákon o sociálních službách stanovuje obci v samostatné působnosti tyto povinnosti<sup>79</sup>: obec zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb občanům na svém území, zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území, spolupracuje s dalšími obcemi, kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci občanům, popřípadě zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a občanem. Dále může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s krajem, poskytovateli sociálních služeb na území obce a za účasti osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, spolupracuje s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje a za tím účelem sděluje kraji informace o potřebách poskytování sociálních služeb občanům na území obce, o možnostech uspokojování těchto potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích. Nově také spolupracuje s krajem při určování sítě sociálních služeb na území kraje a za tím účelem sděluje kraji informace o kapacitě sociálních služeb, které jsou potřebné pro zajištění potřeb občanů na území obce a spoluvytváří podmínky pro zajištění potřeb těchto osob.

---

<sup>77</sup> Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, §1 a 2.

<sup>78</sup> Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, §35.

<sup>79</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §94.

Další povinnosti z pohledu terénních služeb sociální péče ukládá Zákon o sociálních službách obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností (ORP), který provádí výkon státní správy<sup>80</sup>. Ten zajišťuje osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci, a to v nezbytném rozsahu<sup>81</sup>.

Významné z pohledu pečovatelských služeb je, že na základě oznámení poskytovatele zdravotních služeb (většinou se jedná o nemocnice) obecní úřad zjišťuje, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a zprostředkovává možnost jejich poskytnutí. Jinými slovy se jedná o koordinaci kroků směřujících k propuštění osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby z nemocnice domů<sup>82</sup>. Obecní úřad obce s rozšířenou působností také ze zákona na území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování svých občanů. Tyto činnosti na území obce by měl koordinovat kvalifikovaný sociální pracovník<sup>83</sup>, který zároveň provádí mapování potřeb pomoci v rámci plánování rozvoje sociálních služeb. V rámci systému by měla být také významně posilována role sociálních pracovníků obecních úřadů při vyhledávání osob vyžadujících dlouhodobou péči a při následném odborném řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální pracovníci na obci by měli v první linii sociální práce koordinovat poskytování sociálních služeb v daném území, jsou tedy přirozenými partnery pro poskytovatele sociálních služeb, mj. také pečovatelských služeb v obcích.

Činnost sociálních pracovníků na obcích lze tedy shrnout do několika oblastí<sup>84</sup>, z nichž nejdůležitější z hlediska poskytování terénních služeb sociální péče jsou: mapování potřeb občanů spojené s depistáží – tj. mapováním, vyhledáváním a diagnostikou osob ohrožených sociálním vyloučením, sledování dostupnosti sociálních služeb v rámci komunitního plánování sociálních aktivit a zabezpečení sociálních služeb v dané lokalitě. Důležitou oblastí je poskytování komplexního poradenství v sociální oblasti (provázanost

---

<sup>80</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §93.

<sup>81</sup> Místní příslušnost se řídí místem trvalého nebo hlášeného pobytu osoby.

<sup>82</sup> V případě, že nelze služby sociální péče osobě poskytnout, sděluje obecní úřad obce s rozšířenou působností neprodleně tuto skutečnost poskytovateli zdravotních služeb, v jehož zdravotnickém zařízení je osoba umístěna. Toto zdravotnické zařízení by potom nemělo propustit osobu, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby, do domácího léčení.

<sup>83</sup> Mezi stěžejní zákony pro výkon sociální práce na obci patří Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů a Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>84</sup> Podle ZPRÁVY O VÝKONU SOCIÁLNÍ PRÁCE NA OBCÍCH V JIHOMORAVSKÉM KRAJI ZA ROK 2013, dostupné z: <http://kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=251081&TypeID=61> [cit2015-1-28].

oblastí – sociálního zabezpečení, kam patří důchodové, nemocenské a úrazové dávky, zdravotní pojištění, státní sociální podpora a sociální pomoc – sociální péče, sociální služby a příspěvek, hmotná nouze) i ve finanční gramotnosti osob (prevence zadlužení apod.), které jsou ohroženy příjmovou nedostatečností, čímž by bylo dosaženo prevence exekuce dávek. Neméně významnou roli hraje spolupráce sociálních pracovníků obcí s dalšími subjekty a navazujícími organizacemi při řešení nepříznivé sociální situace klienta a také pomoc osobám, které nejsou schopny se o sebe postarat a uplatňovat svá práva, zejména při uplatnění žádosti o dávku příspěvku na péči.

Z výše uvedených informací lze usoudit, že role obce v oblasti sociálních služeb a terénních služeb sociální péče zejména, je skutečně nezastupitelná. Přestože v současném právním rámci nemá obec přímou povinnost zajistit poskytování služby, ani povinnost služby pravidelně a konkrétně na svém území plánovat, je zřejmé, že tyto činnosti v mnoha případech již vykonává, nebo bude nucena je vzhledem k demografickému vývoji dříve či později vykonávat. Již v současnosti je však možné od obce vyžadovat úzkou spolupráci jak v oblasti poskytování služeb, tak v oblasti jejího plánování.

Hlavním argumentem obcí, kde sociální práce prakticky neexistuje, je nedostatečné finanční zajištění. Financování výkonu sociální práce, koordinace dlouhodobé péče a koordinace sociálních služeb na obcích je ze státního rozpočtu obecním úřadům s rozšířenou působností poskytována v podobě neúčelového příspěvku na výkon státní správy. Každý obecní úřad státní příspěvek na výkon státní správy v přenesené působnosti vynakládá jiným způsobem, u některých obecních úřadů ani nedochází k přizpůsobení se aktuální situaci na jejich správním území. Lze konstatovat, že účelovost vynaložených prostředků není průkazná. Pro výkon plnohodnotné, účelné a adresné sociální práce na obcích je nutno především zabezpečit činnosti sociální práce kvalifikovanými a odborně způsobilými sociálními pracovníky a zejména zajistit cílené finanční prostředky ze státního rozpočtu. Dle dostupných informací pracovníci obcí často vykonávají činnosti sociální práce kumulovaně společně s dalšími agendami. Ze strany vedení obcí není dostatečná vůle tuto situaci změnit do doby, než bude dána přímá dotace na výkon sociální práce. Následně by obce zvažovaly zaměstnat odborně způsobilého sociálního pracovníka na celý úvazek<sup>85</sup>.

---

<sup>85</sup> Podle ZPRÁVY O VÝKONU SOCIÁLNÍ PRÁCE NA OBCÍCH V JIHMORAVSKÉM KRAJI ZA ROK 2013, dostupné z: <http://kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=251081&TypeID=61> [cit2015-1-28].

### 3.3. Obce a plánování sociálních služeb

V oblasti sociálních služeb se setkáváme s názorem, že je možné tento segment ponechat tržnímu, konkurenčnímu prostředí. Občan svými potřebami vytváří poptávku po službách, služby se této poptávce přizpůsobují (nikoliv, že by se musel občan přizpůsobovat nabídce). Stát se v tomto případě angažuje jen v doplňování příjmů občana tak, aby si služby mohl koupit<sup>86</sup>. Občan si službu vybírá a to je důvod pro konkurenci a zvyšování kvality. Jde o základní principy tržní ekonomiky. Logika tohoto přístupu říká, že tam, kde působí trh, není třeba organizovat, plánovat a řídit, ale pouze korigovat. (Obce, města a regiony a sociální služby, 1997, s. 150)

Jelikož je však cílová skupina sociální služeb velmi křehká a zcela specifická (nejedná se o „zákazníky“ v pravém slova smyslu), považují regulaci ze strany veřejné správy za naprosto zásadní a nutnou. Sociální služby jsou pro svou cílovou skupinu nezbytné a zejména u služeb sociální péče se dá říci, že se bez nich uživatelé ve velké většině případů neobejdou. Jsou také nezbytné pro hospodářský a sociální růst celé země, jsou to tedy bezpochyby služby ve veřejném zájmu. Veřejná správa má proto odpovědnost na jedné straně zabezpečit dostatečnou síť sociálních služeb (místní a časovou dostupnost), tzn. služby plánovat, a na straně druhé odpovědně a efektivně přerozdělovat veřejné zdroje na její fungování. Přes různé pokusy některých vlád v minulosti lze konstatovat, že tržní mechanismy v oblasti sociálních služeb nefungují.

Komunitní plánování (sociální plánování) je v širším pojetí proces vedoucí k zajištění veřejných služeb, v užším pojetí je to metoda vycházející z principu participace na procesu rozhodování. Nejčastěji se v České republice setkáme s tímto pojmem v souvislosti s rozhodováním o místní a typové dostupnosti sociálních služeb, ale tuto metodu lze využít také v jiných oblastech veřejných služeb. V užším pojetí je chápáno jako přímé vyjednávání o podobě a koordinaci místní sítě sociálních služeb mezi zadavateli<sup>87</sup>, poskytovateli<sup>88</sup> a obyvateli daného území<sup>89</sup>, kteří jsou nebo chtějí být do rozhodování zapojeni. Zastoupení těchto tří skupin bývá označováno jako triáda. Podstatou této metody je vybudovat systém řízení a rozhodování o sociálních službách založený na

---

<sup>86</sup> V současné době se jedná o jednu z funkcí sociální dávky - příspěvku na péči.

<sup>87</sup> „Zadavatelé“ jsou volení zástupci, kteří rozhodují o distribuci veřejných prostředků na sociální služby.

<sup>88</sup> „Poskytovatelé“ jsou zástupci organizací, jež poskytují sociální služby různými formami a druhy.

<sup>89</sup> „Obyvatelé daného území“ jsou stávající či potenciální uživatelé služeb, rodinní příslušníci, pečující osoby, dobrovolníci nebo zástupci dalších subjektů a institucí, jejichž účast je přínosná pro utváření lokálního systému sociálních služeb.



spoluúčasti a spolupráci všech rozhodujících aktérů. Cílem je efektivní síť služeb dostupná celé komunitě. Výsledkem je komunitní plán. Je to strategický dokument obsahující výstupy o optimalizaci (rozvoji či útlumu) sociálních služeb v konkrétních krocích na konkrétní období (KUBALÍČKOVÁ, in MATOUŠEK, 2013, s. 314).

V současnosti upravuje plánování sociálních služeb v České republice Zákon o sociálních službách. Na národní úrovni má stát prostřednictvím MPSV povinnost zpracovávat národní strategii rozvoje sociálních služeb, dále sleduje a vyhodnocuje její plnění a ve spolupráci s kraji určuje parametry dostupnosti sociálních služeb<sup>90</sup>. První strategie rozvoje sociálních služeb v České republice byla vydána pro rok 2015. Jedná se spíše o obecnější teze, koncepce a směřování České republiky v oblasti sociálních služeb. Kromě analytické části (financování, nástroje sociální politiky, sociální služby, krajské plány, oblast vlivu ostatních veřejných politik atd.) obsahuje strategické oblasti rozvoje sociálních služeb ČR na rok 2015 (dostupnost, kvalita, profesionalita, efektivita, financování).

Zásadní roli v plánování sociálních služeb hrají kraje. Kraj podle zákona zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb občanům na svém území, zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (dále také SPRSS) ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, a informuje obce na území kraje o výsledcích zjištěných v procesu plánování. Při zpracování plánu kraj přihlíží k informacím sděleným obcemi. Také sleduje a vyhodnocuje plnění SPRSS za účasti zástupců obcí, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou sociální služby poskytovány. Kraj musí informovat MPSV o plnění SPRSS a zajišťovat dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se SPRSS. Zásadní pro poskytovatele sociálních služeb je poslední povinnost kraje, která je účinná až od roku 2015, a to určovat síť sociálních služeb na svém území<sup>91</sup>.

Ačkoliv je obec nejbližším článkem veřejné správy a základní občanskou komunitou, nemá zákonnou povinnost sociální služby přímo plánovat. Musí s krajem spolupracovat, sdělovat informace o nabídce a poptávce (potřebách), kraj pak musí obec do plánování aktivně zapojovat. Pokud se obec rozhodne svůj komunitní plán nevytvářet, je to v souladu s jejími právy. Hlavním argumentem obcí při vzniku stávajícího systému byl nedostatek financí na komunitní plánování a nedostatek kompetentních osob pro tvorbu

---

<sup>90</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §96.

<sup>91</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §95.

plánu. Vzhledem k celkovému počtu obcí v ČR, který podle databáze obcí ministerstva vnitra činil k 1. 1. 2014 6 253, je zřejmé, že síť sociálních služeb nemůže vznikat na základě více než 6 tisíc komunitních plánů. Navíc 5 571 obcí má pouze do dvou tisíc obyvatel a z toho 3 473 obcí má pouze do pětiset obyvatel. Tyto malé obce nemají personální, finanční ani časovou kapacitu komunitně plánovat a jsou odkázané na zapojení do komunitních plánů větších obcí.

Problém současného systému plánování sociálních služeb vidím v neexistující metodice pro tvorbu střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb a stejně tak pro tvorbu sítě služeb v jednotlivých krajích. Krajské plány jsou zatím velmi rozdílné a dost obecné. Podmínky pro vstup jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb do krajské sítě jsou nejasné a v každém kraji jiné. Rozhodování o existenci či neexistenci jednotlivých služeb tedy nemá zatím jasná pravidla a je čistě v rukou kraje, a to v samostatné působnosti.

V případě rozhodnutí o nezařazení do krajské sítě neexistuje žádný opravný prostředek a poskytovatel sociálních služeb pak nemá přístup k veřejným zdrojům ze státního či krajského rozpočtu<sup>92</sup>. Další problém vidím na straně obcí, které v mnoha případech nechtějí oblast sociálních služeb příliš řešit a spoléhají na vyšší územně právní celky a stát. Jsou si vědomy, že nemají zákonnou povinnost služby přímo zajišťovat, plánovat ani financovat a často tohoto postavení zneužívají. Domnívám se však, že vykonávat tyto činnosti, nebo se na nich alespoň podílet musí, jelikož to vyplývá z jejich základního poslání, kterým je pečovat o všestranný rozvoj svého území, o potřeby svých občanů a chránit veřejný zájem<sup>93</sup>. Je tedy na obcích, aby vymyslely způsob, jak se nejlépe do oblasti sociálních služeb zapojit, a jak získat dostatečný objem financí na realizaci všech svých úkolů v této oblasti v samostatné či přenesené působnosti.

### **3.4. Meziobecní spolupráce**

Obce jsou také základní jednotkou regionálního rozvoje<sup>94</sup>. Vytvářejí konkrétní podmínky pro život svých občanů a jsou z celé soustavy veřejné správy k občanům nejbližší. Po zániku okresních úřadů k 31. prosinci 2002 vznikly jako nová správní úroveň

---

<sup>92</sup> Pro většinu poskytovatelů sociálních služeb je nezařazení do sítě krajských sociálních služeb likvidační.

<sup>93</sup> Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, §2 odst 2.

<sup>94</sup> „Územní a regionální rozvoj spolu vytvářejí prostorový rozvoj, který lze definovat jako zlepšení ekonomické, sociální, ekologické a kulturní situace v důsledku lepšího prostorového uspořádání socioekonomických aktivit a využití přírodních zdrojů.“ (DAMBORSKÝ, in WOKOUN, MALINOVSKÝ DAMBORSKÝ, BLAŽEK a kol, 2008, s. 18)

obecní úřady s rozšířenou působností (ORP), celkem 205, a pověřené obecní úřady (POÚ), celkem 393. Tyto úřady provádí ve svém správním obvodu výkon státní správy v tzv. přenesené působnosti. Zatímco okresní úřady hrály důležitou roli v regionálním rozvoji daného území, tak ORP či POÚ mají svoji působnost stanovenou velmi vágně (díleční úkoly s procesem podpory regionálního rozvoje či součinnost s kraji a MMR). Důležitou platformou pro uplatňování celkového rozvoje „zdola – nahoru“ jsou různé formy meziobecní spolupráce.

V roce 2010 existovalo v ČR 555 mikroregionů (dobrovolných svazků obcí zabývajících se komplexním rozvojem svého území), do kterých bylo zapojeno asi 86% obcí ČR. Mikroregiony pokrývají většinu území každého z krajů ČR (mimo obvykle stojí velká města). Přístupy krajů k podpoře mikroregionů se však liší. V některých krajích jsou vnímány jako důležitá skupina aktérů a jsou partnery kraje, v jiných krajích jsou zcela opomíjeny. Vedle toho existuje i několik stovek účelových svazků obcí – v nich obce nejčastěji spolupracují při budování nějakého typu technické infrastruktury. (STRATEGIE REGIONÁLNÍHO ROZVOJE ČR 2014–2020, MMR, 2013)

Tyto různé typy spolupráce obcí mohou být velmi významné právě v oblasti zajišťování poskytování sociálních služeb, tradičně a logicky nejvíce pečovatelské služby. Taková spolupráce na území ČR již existuje a je ukázkou dobré praxe pro ostatní oblasti, kde je pečovatelská služba poskytována bez spolupráce s obcí či není poskytována vůbec. S ohledem na zmapování situace může svazek obcí podporovat konkrétního poskytovatele pečovatelské služby na smluvním základě, nebo menší obce mohou pro své občany za dohodnutých podmínek využít služeb poskytovatele zřizovaného větší obcí ve svém regionu. Možností je mnoho, důležité je zapojení všech aktérů podle jejich možností a schopností (finančních, organizačně-technických i personálních).

O zapojení obcí do meziobecní spolupráce se snaží např. projekt Svazu měst a obcí ČR s názvem *Systémová podpora rozvoje meziobecní spolupráce v ČR v rámci území správních obvodů obcí s rozšířenou působností*. Cílem je vytvořit podmínky pro dlouhodobý rozvoj meziobecní spolupráce v ČR, protože spojení sil umožní zkvalitnit a zefektivnit veřejné služby, a tím získat pro obce a města další finanční prostředky pro jejich rozvoj. Výstupem budou ucelené materiály za jednotlivá území (správních obvodů obcí s rozšířenou působností ORP). Ty se stanou podkladem pro diskusi zástupců obcí,

jak společně řešit mimo jiné dostupnost sociálních služeb na jejich území, jaké jsou možnosti řešení dopravní obslužnosti apod.<sup>95</sup>

Měla jsem jako hodnotitelka tohoto projektu příležitost hodnotit pracovní verze výstupů projektu, konkrétně část materiálů vztahující se k sociálním službám, a to v devíti náhodně vybraných ORP. Úroveň zmapování i plánování společných činností v oblasti sociálních služeb v jednotlivých ORP se výrazně lišila. Celkově se však dá jednoznačně říci, že si obce uvědomují svou nezastupitelnou roli právě v zajišťování pečovatelské služby, kde také vidí možnosti budoucí meziobecní spolupráce. Věřím, že tyto aktivity úspěšně nastartují zájem obcí o problematiku péče o seniory, své občany.

---

<sup>95</sup> *Systemová podpora rozvoje meziobecní spolupráce v ČR v rámci území správních obvodů obcí s rozšířenou působností*. Dostupné z: <http://www.obcesobe.cz/o-projektu/> [cit.2015-2-25].

## 4. Výzkumné šetření

V teoretické části této práce jsem se zabývala důležitou součástí komplexu služeb sdílené péče o seniory, a to pečovatelskou službou, dále seniory jako jejími typickými uživateli a obcí z pohledu její role v zabezpečování sociální péče o seniory, občany obce. Jelikož jsem se snažila popsat ideální nastavení komplexu služeb pro seniory, zajímal mě také konkrétní pohled hlavních aktérů, kterých se nastavení týká – seniorů. Teoretickou část jsem proto doplnila výzkumným šetřením zaměřeným na názory seniorů. Kromě toho, jakou formu péče senioři preferují, mne zajímalo, zda mají dostatek informací o pečovatelské službě a především jak vnímají obec v systému zabezpečení péče o starší občany.

### 4.1. Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je zjistit: *„Jakou roli v systému veřejné správy hraje obec při zajištění poskytování pečovatelské služby pro své občany.“*

Hlavní výzkumná otázka zní: *„Má obec zásadní roli v systému veřejné správy při zajištění poskytování pečovatelské služby pro své občany?“<sup>96</sup>*

Dále jsem se ve výzkumném šetření zaměřila na následující dílčí otázky:

*O1: „Jaká je informovanost respondentů o poskytovaných sociálních službách v městské části Praha 17?“*

*O2: „Jaké mají respondenti zkušenosti s pečovatelskou službou?“*

*O3: „Jakým způsobem by měla být financována pečovatelská služba?“*

*O4: „Kým by měla být pečovatelská služba garantována?“*

*O5: „Jakou formu sociální služby respondenti preferují - terénní či pobytovou?“*

### 4.2. Metoda výzkumného šetření

Jako metodu jsem použila dotazníkové šetření, dotazník s uzavřenými i otevřenými otázkami.

---

<sup>96</sup> Výzkumná otázka je otázka, kterou chce výzkum zodpovědět. Naopak otázky při sběru dat (otázky v dotazníkovém šetření) jsou otázky, které pokládáme, abychom získali data, jež pomohou zodpovědět výzkumnou otázku. Je jich více a jsou specifitější, než výzkumná otázka. (PUNCH, 2008, s. 43)

Dotazníkové šetření je jedna z metod kvantitativního sociologického výzkumu. Mezi výhody dotazníkového šetření patří především nízká časová a finanční náročnost. Výzkum může být prováděn i malým počtem výzkumníků, přesto však umožní získání dat i od velkého množství respondentů. Pro respondenty je důležitá relativně vysoká míra anonymity a časová nenáročnost. Výsledky jsou reprezentativní i pro zbytek populace (či specifické skupiny) a lze je statisticky zpracovat. Dotazník navíc může být použit i opakovaně pro srovnávací šetření. Odpovědi z dotazníkového šetření jdou kvantifikovat a analyzovat. (GIDDENS, 2003, s. 64.)

Zpracování dat jsem provedla v programu MS Office Excel.

### 4.3. Cílová skupina

Cílovou skupinu tvoří senioři ve věku 65 – 89 let, kteří mají nebo mohou mít zkušenost s nepříznivou sociální situací snížené soběstačnosti a potřebou pomoci jiné fyzické osoby. Mohou to být také potencionální uživatelé nebo zájemci o pečovatelskou službu. Respondenti mají trvalé bydliště v Městské části Praha 17. Městskou část Praha 17 jsem si vybrala z důvodu, že realitu v oblasti péče o seniory v této lokalitě (obci) díky své dlouholeté zkušenosti sociální pracovnice Centra sociálně zdravotních služeb (jehož zřizovatelem je MČ Praha 17) velmi dobře znám a podobný průzkum v tomto regionu ještě neproběhl. Záměrem bylo provést šetření na rozsáhlém vzorku, což znamenalo oslovit co nejvíce respondentů. Hledala jsem tedy příležitost, kde se setkat s co největším počtem respondentů při zachování přirozené heterogenity cílové skupiny seniorů. Jednoznačně nejlepší se ukázala varianta oslovit seniory ve všech klubech seniorů na MČ Praha 17. Konkrétně se jednalo o klub aktivního stáří Klas<sup>97</sup>, klub Průhon<sup>98</sup> a klub Gemini<sup>99</sup>. Kluby nejsou tematicky zaměřené, navštěvují je senioři různých věkových skupin, s různými zájmy, osoby se zdravotním postižením, s rozlišnými pracovními i životními zkušenostmi a s různým přístupem k životu obecně<sup>100</sup>. Nespornou výhodou volby respondentů – členů senior klubů - byl také jednodušší sběr dat ve smyslu snazší distribuce dotazníků.

---

<sup>97</sup> Klub aktivního stáří Klas – registrovaný počet členů je 46.

<sup>98</sup> Senior klub Průhon – registrovaný počet členů je 73.

<sup>99</sup> Klub seniorů a osob se zdravotním postižením Gemini – registrovaný počet členů je 102.

<sup>100</sup> Informace vychází z rozhovorů s vedoucími členy klubů v lednu 2015.

V rámci výzkumu bylo rozdáno celkem 98 dotazníků, všem přítomným členům klubů<sup>101</sup>. Z toho 11 dotazníků bylo nekompletně vyplněných, nebyly tedy zahrnuty do analýzy. Výzkumný vzorek po očištění dat činil celkem 87 respondentů (N=87).

Jelikož cílem výzkumu je zjistit: „*Jakou roli v systému veřejné správy hraje obec při zajištění poskytování pečovatelské služby pro své občany?*“ nepovažovala jsem za nutné zjišťovat bližší sociodemografické údaje kromě: pohlaví, věku a bydliště.

#### **4.4. Popis výzkumného šetření**

Po stanovení hlavní a dílčích výzkumných otázek, jsem sestavila dotazník. Při tvorbě dotazníku jsem postupovala následovně:

V první fázi měl dotazník 21 otázek a dotazovala jsem se také na domácí zdravotní péči. Dotazník jsem pilotně rozdala 15 respondentům a následně s nimi diskutovala o srozumitelnosti jednotlivých otázek<sup>102</sup>. Ukázalo se, že respondenti nevnímají rozdíly mezi pečovatelskou službou a domácí zdravotní péčí, rozhodla jsme se tedy dotazník zaměřit pouze na pečovatelskou službu. Bylo také nutné změnit velikost písma a počet otázek přizpůsobit množstvem udržení pozornosti cílové skupiny, což znamenalo dotazník zacílit na nejdůležitější témata. Na základě této pilotáže jsem, upravila počet otázek na 11 a některé jsem pro lepší srozumitelnost přeformulovala. Finální podoba dotazníku je k nahlédnutí v přílohách jako příloha číslo 1.

Sběr dat jsem prováděla v průběhu února 2015. Každý respondent je členem právě jednoho senior klubu, měla jsem proto jistotu, že nikdo nevyplňoval dotazník vícekrát.

Samotný sběr dat probíhal následovně: nejprve jsem respondentům vysvětlila etiku výzkumu, seznámila je s tématem diplomové práce a vysvětlila jim, k čemu je výzkum určen. Informovala jsem je o tom, že je dotazník zcela anonymní a poslouží pouze k potřebám této práce. Dále jsem v případě jejich zájmu nabídla obhájenou diplomovou práci k nahlédnutí. Na závěr jsem vysvětlila, jakým způsobem mají dotazník vyplňovat. Dostatek prostoru jsem poskytla pro dotazy respondentů k samotnému dotazníku. Výzkum v každém senior klubu trval přibližně 90 minut.

---

<sup>101</sup> Dotazníkové šetření proběhlo v klubu Klas 9. února 2015 (21 respondentů), klubu Průhon 10. února 2015 (33 respondentů) a v klubu Gemini 11. února 2015 (44 respondentů).

<sup>102</sup> Pilotní ověřování dotazníku bylo provedeno 27. ledna 2015 v Centru sociálně zdravotních služeb. Oslovila jsem seniory, kteří docházejí do CSZS na kurzy práce na počítači a s dobrovolníky jsem provedla pilotáž.

## 4.5. Analýza dotazníkového šetření

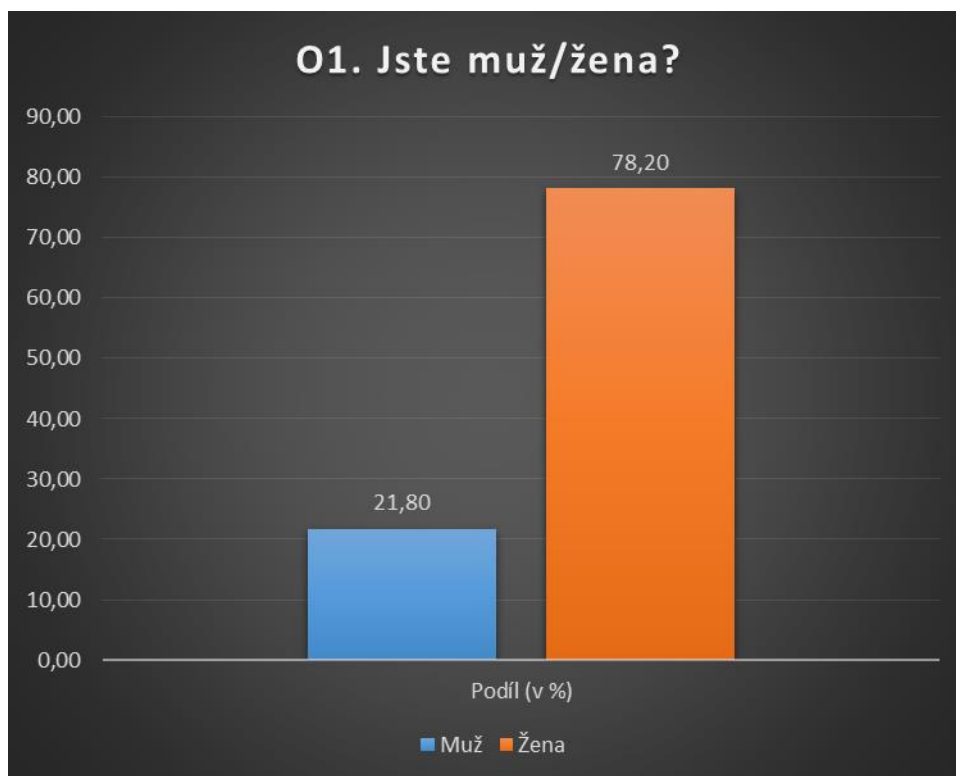
Analýzu dotazníků jsem prováděla v programu MS Office Excel. Nejprve jsem data přepsala do datové matice, následně jsem u každé otázky vypočítala součty a průměry, z čehož jsem vytvořila jednotlivé grafy.

Nyní už k jednotlivým výstupům.

### Otázka č. 1: „Jste muž/žena?“

Tabulka č. 1

Pohlaví	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Muž	19,00	21,80
Žena	68,00	78,20
Celkem	87,00	100,00



Graf č. 1



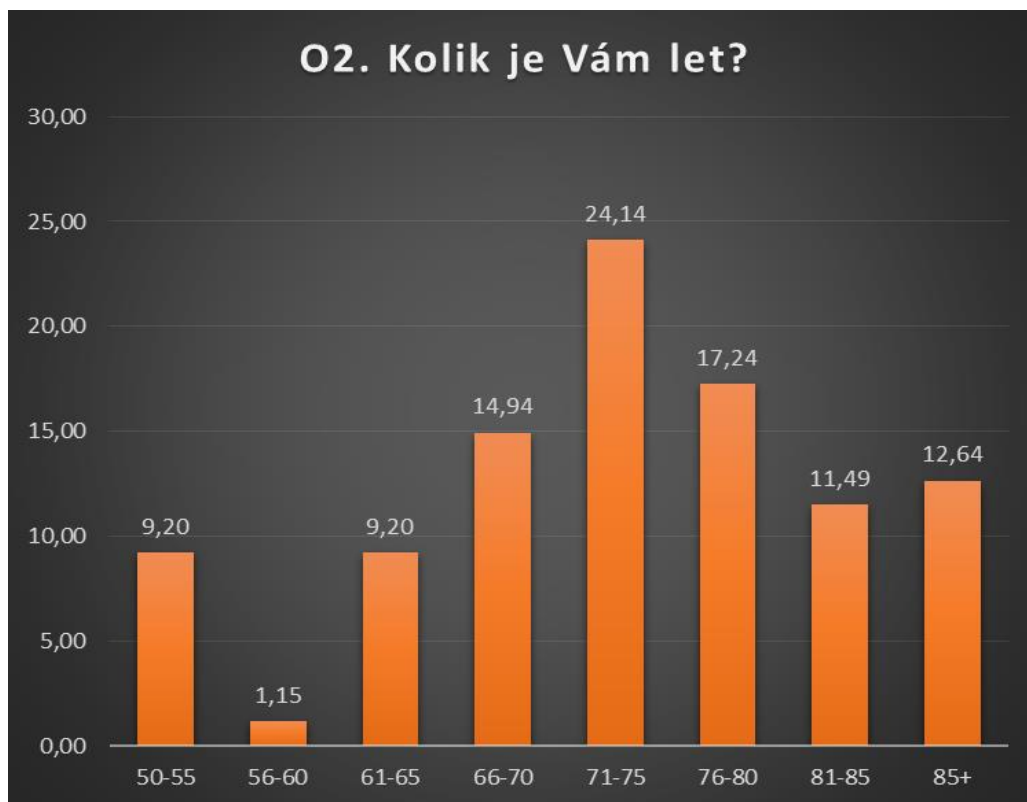
Z celkového počtu respondentů bylo 19 mužů (21,80%) a 87 žen (78,20%). Což odpovídá celkovému vyššímu podílu zastoupení žen ve vyšších věkových kategoriích. V roce 2013 bylo v ČR ve věku 70 let a více z celkového počtu 1 149 906 osob 38,44 % muži a 61,56% žen<sup>103</sup>. Celkově nižší podíl mužů – respondentů lze přičíst také nižšímu počtu mužů v senior klubech, který ze zkušeností vedoucích klubů v mnoha případech vyplývá z méně aktivního přístupu k životu mužů ve starším věku.

**Otázka č. 2: „Kolik je Vám let?“**

Tabulka č. 2

Věková kategorie	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
50-55	8,00	9,20
56-60	1,00	1,15
61-65	8,00	9,20
66-70	13,00	14,94
71-75	21,00	24,14
76-80	15,00	17,24
81-85	10,00	11,49
85+	11,00	12,64
Celkem	87,00	100,00

<sup>103</sup> Zdroj: Demografická příručka 2013, ČSÚ (dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2013-hjxzns09ab>)



Graf č. 2.

Nejvíce respondentů je ve věkové kategorii 71-75 let (24,14%), dále 76-80 let (17,24%), 66-70 let (14,94%), 85+ (12,64%), 81-85 let (11,49%), 61-65 let (9,20%), 50-55 let (9,20%), 56-60 let (1,15%). Celkově lze konstatovat, že nejvíce respondentů bylo ve věku 71 – 80 let (41,38%). Toto věkové rozmezí nejlépe reprezentuje kategorii cílové skupiny výzkumu.

### Otázka č. 3. „Jaké úkony podle Vašeho názoru poskytuje pečovatelská služba?“

Tabulka č. 3

Úkony	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Pomoc při zvládnání běžných úkonů	59,00	67,82
Aplikace injekcí	35,00	40,23
Pomoc při osobní hygieně	50,00	57,47
Pomoc při zajištění stravy	64,00	73,56
Rehabilitace	44,00	50,57
Pomoc při zajištění chodu domácnosti	44,00	50,57
Odběry krve	20,00	22,99
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	32,00	36,78
Převazy pooperačních ran	36,00	41,38
Jiné	5,00	5,75
Nevím	5,00	5,75
Celkem	394,00	100,00



Graf č. 3

Cílem otázky číslo 3 bylo zjistit, zda a jaké mají respondenti povědomí o konkrétních úkonech pečovatelské služby, tedy co může pečovatelská služba pro ně udělat. U otázky číslo 3 bylo možné vybrat více možností, což také většina respondentů učinila. Z grafu je patrné, že respondenti dostatečně nerozlišují mezi úkony pečovatelské služby a úkony domácí zdravotní péče. Nejčastěji si respondenti pečovatelskou službu spojují s úkony, které skutečně pečovatelská služba v rámci svých základních úkonů poskytuje. Pomoc při zajištění stravy byla uvedena v 73,56%, což odpovídá nejvíce poskytovanému úkonu, tedy dovozu oběda. Následuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu v 67,87%, dále pomoc při osobní hygieně v 57,47%, pomoc při zajištění chodu domácnosti v 50,57%, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím 36,78%. Výsledky jsou srovnatelné s četností skutečně poskytovaných úkonů pečovatelskou službou<sup>104</sup>.

Ostatní úkony, které respondenti vybírali ve vysoké míře, neposkytuje pečovatelská služba, ale domácí zdravotní péče. Rehabilitace 50,57%, převazy pooperačních ran 41,38%, aplikace injekcí 40,23%, odběry krve 20,99%. Z tohoto je patrné, že respondenti nemají jasnou představu o rozdílu poskytovaných sociálních a zdravotních službách. Z výsledku se dá dovodit, že úkony domácí sociální a zdravotní péče se jednoznačně překrývají a patří tak do jedné skupiny služeb sdílené péče o seniory také z pohledu jejich uživatelů. Zkreslení zde však může být způsobeno tím, že v MČ Praha 17 působí Centrum sociálně zdravotních služeb (CSZS), které poskytuje jak pečovatelskou službu, tak domácí zdravotní péči. Vzhledem k informovanosti respondentů o CSZS (jak je uvedeno v následující otázce), je pravděpodobné, že jim tyto služby splývají.

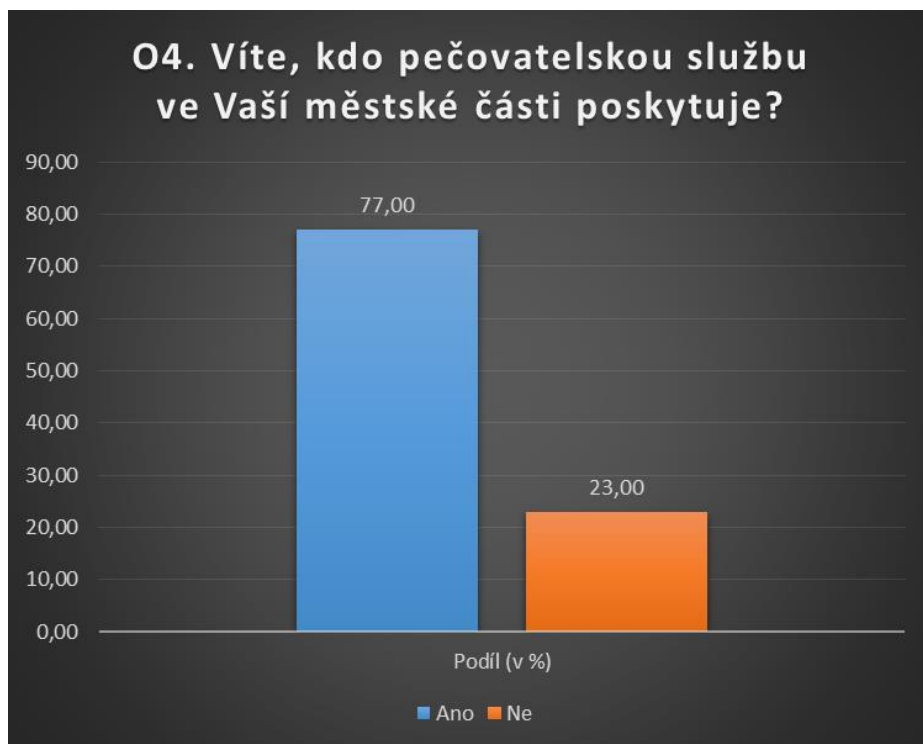
U možnosti jiné, uvedli 4 respondenti dovoz k lékaři a 2 respondenti praní prádla.

**Otázka č. 4: „Víte, kdo pečovatelskou službu ve Vaší městské části (obci) poskytuje?“**

Tabulka č. 4

	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Ano	67,00	77,00
Ne	20,00	23,00
Celkem	87,00	100,00

<sup>104</sup> Srovnání jsem provedla podle Výroční zprávy Centra sociálně zdravotních služeb Praha Řepy za rok 2013.



Graf č. 4

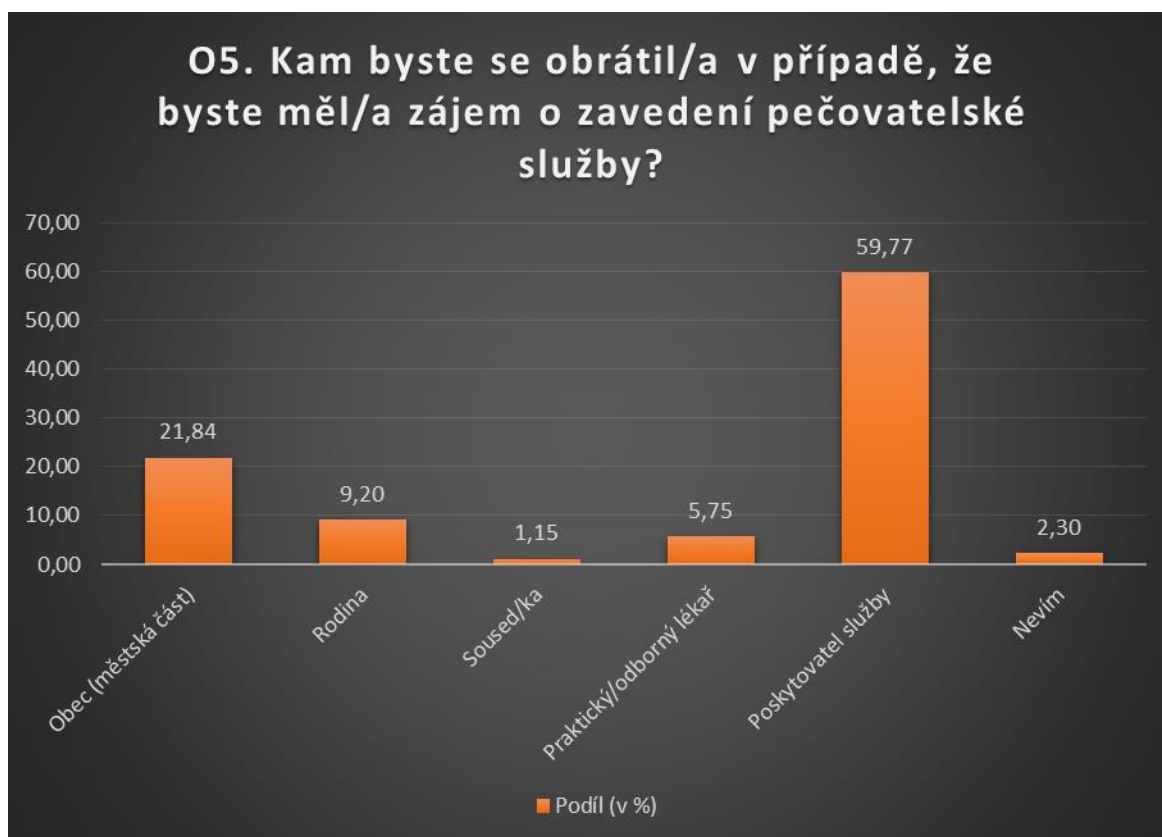
Cílem otázky č. 4 bylo zjistit, jaký mají respondenti přehled o konkrétních poskytovatelích pečovatelské služby v jejich obci. Informovanost respondentů o poskytovateli pečovatelské služby v jejich městské části (obci) je velmi vysoká, „ano“ uvedlo 77% respondentů. V dotazníku byla dále možnost, že pokud respondent odpoví kladně, ať vypíše, kdo službu poskytuje. Z 67 respondentů, kteří uvedli ano, jich 42 uvedlo jako poskytovatele Centrum sociálně zdravotních služeb, 7 respondentů uvedlo MČ Praha 17 (úřad či sociální odbor). Z tohoto je patrné, že i když MČ není poskytovatelem PS (je zřizovatelem), mají ji respondenti s touto službou spojenou. Je běžnou praxí<sup>105</sup>, že pokud mají o poskytování PS zájem, MČ Praha 17 jim okamžitě kontakt s poskytovatelem PS zprostředkuje. Dále 3 respondenti uvedli „Bezbariérový dům“. V MČ Praha 17 se nachází bytový dům s bezbariérovými byty pro osoby se zdravotním postižením a je zde poskytována terénní sociální služba - osobní asistence, pouze však obyvatelům bezbariérového bytového domu.

<sup>105</sup> Informace vychází z rozhovoru s vedoucími senior klubů v Praze 17 (únor 2015).

**Otázka č. 5: „Kam byste se obrátil/a v případě, že byste měl/a zájem o zavedení pečovatelské služby?“**

Tabulka č. 5

	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Obec (městská část)	19,00	21,84
Rodina	8,00	9,20
Soused/ka	1,00	1,15
Praktický/odborný lékař	5,00	5,75
Poskytovatel služby	52,00	59,77
Nevím	2,00	2,30
Jiné	0,00	0,00
Celkem	87,00	100,00



Graf č. 5

Cílem otázky č. 5 bylo zjistit, na jaké zdroje informací o možnostech poskytování pečovatelské služby respondenti dotazníkového šetření spoléhají. I z odpovědí na tuto otázku je patrné, že respondenti mají obec (městskou část) silně spojenou s poskytováním pečovatelské služby. 59,77% respondentů by se obrátilo v případě zájmu o zavedení PS přímo na poskytovatele, na obec (městskou část) by se obrátilo 21,84 % respondentů. Dále na rodinu 9,20% respondentů, na lékaře 5,75% a na souseda 1,15%. Na koho se obrátit nevědělo pouze 2,30% respondentů. Výsledky ukazují na výbornou komunikaci lokálního poskytovatele pečovatelské služby (CSZS) s cílovou skupinou seniorů v daném regionu. Umění oslovit potenciaální zájemce o službu a službu kvalitně propagovat a nabízet je velkým tématem pro management všech sociálních služeb. Je to právě ta oblast, ve které je možné se inspirovat v tržním světě komerčních produktů a služeb. Přestože se jedná o veřejnou službu, její systematická propagace je zcela nezbytná. Podle předsedy ČAPS je nutné využívat všechny dostupné komunikační kanály (televize, tisk, internet, osobní kontakt v rámci otevřených dveří zařízení sociálních služeb, letáky na veřejných místech atd.)<sup>106</sup>.

#### **Otázka č. 6: „Z jakých zdrojů se o pečovatelské službě dozvídáte?“**

Tabulka č. 6

	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Regionální tisk	61,00	70,11
Internet	16,00	18,39
Doporučení od blízkých osob	29,00	33,33
Úřad městské části či městská část	38,00	43,68
Lékař	17,00	19,54
Letáky u lékaře	13,00	14,94
Z žádných	0,00	0,00
Jiné	1,00	1,15

<sup>106106</sup> Informace získaná z rozhovoru s Předsedou ČAPS nad výsledky dotazníkového šetření 15. března 2015.



Graf č. 6

Cílem otázky č. 6 bylo zjistit, jestli jsou respondenti o pečovatelské službě průběžně informováni a pokud ano, z jakých zdrojů. Bylo možné označit více odpovědí. I zde je patrný velký vliv městské části (městského úřadu), který vydává regionální tisk<sup>107</sup>, dále je zde významná role rodiny. Překvapivá je potom velmi nízká informovanost ze strany praktických lékařů. Z rozhovorů s vedoucími senior klubů vyplynulo, že Městská část Praha 17 své seniory informuje o možnosti využít pečovatelskou službu přímo v rámci pravidelných speciálních přednášek, které pořádají zaměstnanci sociálního odboru úřadu MČ. Tato forma komunikace s cílovou skupinou se ukazuje jako velmi efektivní, což se ukázalo v otázce č. 4, kde 77% respondentů vědělo, kdo pečovatelskou službu v jejich regionu poskytuje.

Nejčastěji se o pečovatelské službě respondenti dozvídají z regionálního tisku a to v 70,11% případů, dále z úřadu městské části v 43,68% případů, na doporučení blízkých osob v 33,33%, dále od lékaře 19,54%, z internetu 18,39%, z letáků od lékaře 14,94%.

<sup>107</sup> Regionální tisk MČ Prahy 17 - Řepská sedmnáctka.



**Otázka č. 7: „Kdo by podle Vašeho názoru měl financovat pečovatelskou službu?“**

Tabulka č. 7

	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Stát	47,00	54,02
Obec (městská část)	64,00	73,56
Uživatel služby	16,00	18,39
Rodina uživatele služby	7,00	8,05
Kraj (hl. m. Praha)	33,00	37,93
Jiné	1,00	1,15



Graf č. 7

Cílem otázky č. 7 bylo zjistit názor respondentů na financování pečovatelské služby. Také u této otázky bylo možné označit více odpovědí, pokud si respondenti myslí, že by financování mělo být vícezdrojové. Nečekaně vysoké procento respondentů je přesvědčeno, že velmi významným zdrojem financování pečovatelské služby je přímo

obec. Důležitou roli v oblasti financování hraje podle jejich názoru také stát a kraj – tedy celkově se jedná o veřejné zdroje. Ve skutečnosti se obce v celostátním průměru podílejí na financování služeb sociální péče (mj. pečovatelské služby) pouze necelými dvěma procenty a kraje dokonce pouze necelým jedním procentem<sup>108</sup>. Poměrně málo respondentů si myslí, že by si služby měl hradit jejich uživatel a ještě méně jeho rodina. Zajímavé je, že jiné zdroje - soukromé (sponzorské dary, nadační činnost komerčních společností apod.), uvedl pouze jeden respondent.

Podle názorů respondentů by pečovatelskou službu měla financovat v první řadě obec (městská část) v 73,56%, stát v 54,02% a kraj v 37,93%. Uživatel služby pak v 18,39% případů, rodina uživatele 8,05%.

**Otázka č. 8: „Kdo by podle Vaše názoru měl garantovat dostupnost pečovatelské služby (zajistit její poskytování)?“**

Tabulka č. 8

	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Stát	20,00	22,99
Obec (městská část)	54,00	62,07
Kraj (hl.m. Praha)	13,00	14,94
Jiné	0,00	0,00
Celkem	87,00	100,00

<sup>108</sup> Viz informace z teoretické části diplomové práce, str. 11.



Graf č. 8

Cílem otázky č. 8 bylo zjistit, kdo by, podle názoru respondentů, měl pečovatelskou službu garantovat – tedy zabezpečovat její existenci. I v otázce ohledně garance dostupnosti pečovatelské služby je patrná jasná názorová tendence. Podle názoru 62,07% respondentů by měla garantovat dostupnost PS obec (městská část), 22,99% respondentů uvedlo stát a 14,94% respondentů kraj (hl. m. Praha). Žádný respondent neuvedl jiného garanta. Obec, jako přirozená občanská komunita, je také podle názoru respondentů šetření, nejvhodnějším garantem tohoto typu sociální služby.

### Otázka č. 9: „Máte zkušenosti s poskytováním pečovatelské služby?“

Tabulka č. 9

	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Ano, já osobně	23,00	26,00
Ano, člen mojí rodiny	25,00	29,00
Ne, nemám	39,00	45,00
Celkem	87,00	100,00



Graf č. 9

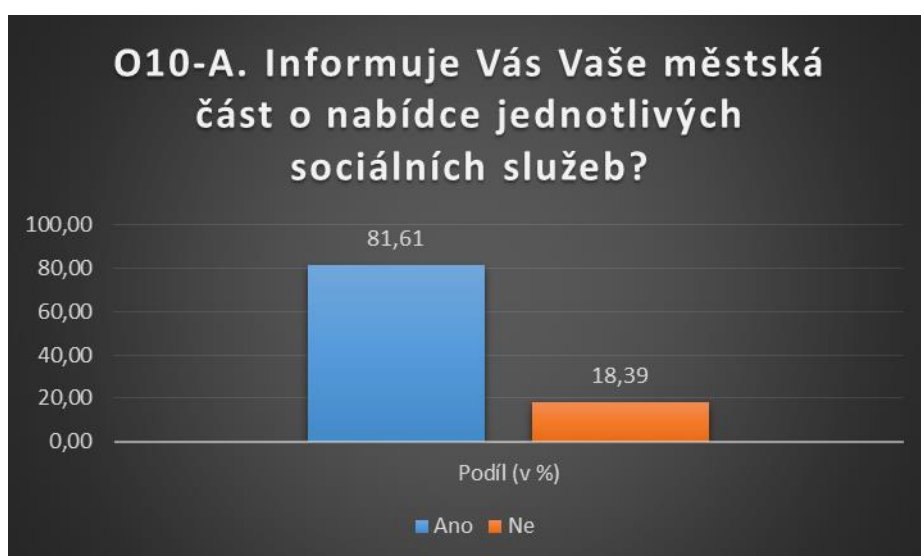
Jelikož jsou respondenti v seniorském věku, cílem otázky č. 9 bylo zjistit, jestli už mají osobní či zprostředkované zkušenosti s pečovatelskou službou. Pouze 23 z celkového počtu 87 respondentů je současně již uživatelem pečovatelské služby. Je velmi zajímavé, že i když téměř polovina respondentů nemá žádnou přímou zkušenost s poskytováním pečovatelské služby, jejich informovanost je na velmi vysoké úrovni, jak je patrné z ostatních otázek.

45% respondentů nemá žádnou zkušenost s pečovatelskou službou, 26% respondentů je uživatelem PS a 29% respondentů zná někoho, komu je pečovatelská služba poskytována.

**Otázka č. 10: „Informuje Vás Vaše městská část (obec) o následujících možnostech poskytování sociálních služeb?“**

Tabulka č. 10: O nabídce jednotlivých sociálních služeb

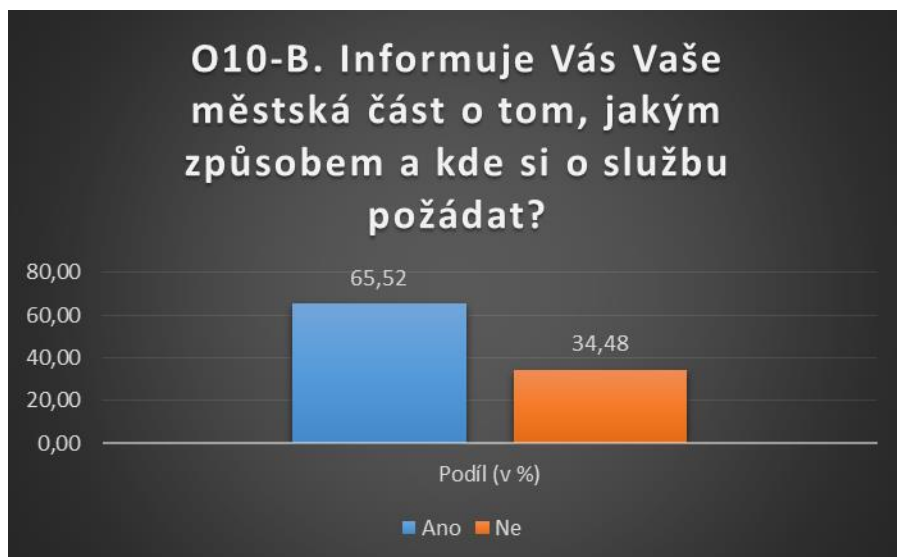
	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Ano	71,00	81,61
Ne	16,00	18,39
Celkem	87,00	100,00



Graf č. 10

Tabulka č. 11: Jakým způsobem a kde si o službu požádat.

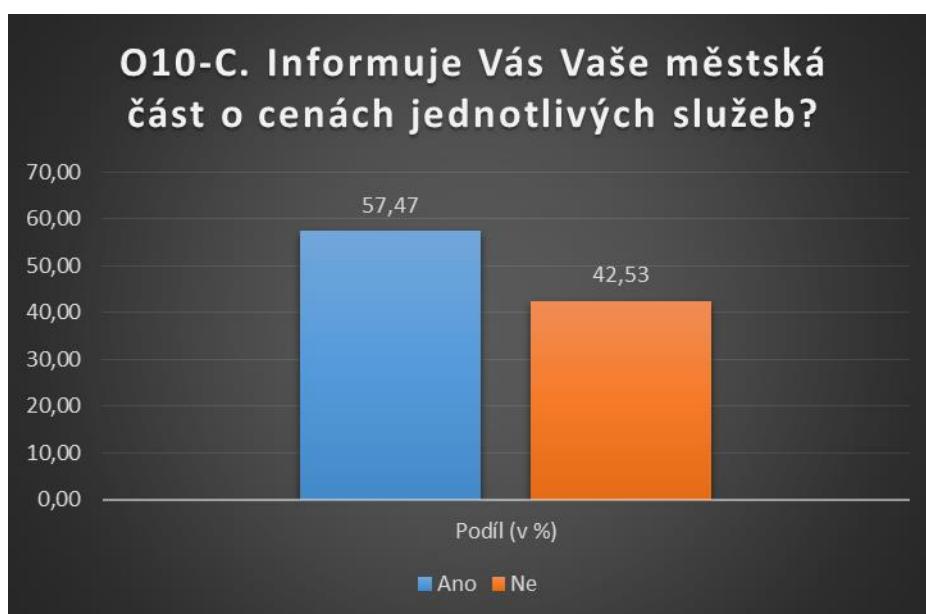
	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Ano	57,00	65,52
Ne	30,00	34,48
Celkem	87,00	100,00



Graf č. 11

Tabulka č. 12: O cenách jednotlivých služeb.

	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Ano	50,00	57,47
Ne	37,00	42,53
Celkem	87,00	100,00



Graf č. 12

V otázce č. 10 jsem se zaměřila na konkrétní typy informací o pečovatelské službě, které respondenti získávají od své městské části. Dobře jsou informováni o jednotlivých typech sociálních služeb v regionu. Více než polovina z respondentů díky informacím z MČ ví, kde a jak si o služby požádat a polovina respondentů je od MČ také informována o cenách sociálních služeb. Výsledky otázky č. 10 jsou překvapivé a dokazují výbornou komunikaci obce se svými občany ve věcech obecného zájmu.

**Otázka č. 11: „Jaký typ sociální služby byste v případě snížení soběstačnosti preferovali?“**

Tabulka č. 13

	Absolutní počet (N)	Podíl (v %)
Sociální a zdravotní péči v domácím prostředí	55,00	63,22
Pobytovou sociální a zdravotní službu	32,00	36,78
Celkem	87,00	100,00



Graf č. 13

Při možnosti výběru pobytového zařízení či sociální péči v domácím prostředí, respondenti preferovali péči v domácím prostředí a to v 63,22%, zájem o pobytovou sociální či zdravotní službu uvedlo 36,78%. Procento respondentů, kteří preferují v případě snížené soběstačnosti pobytové sociální či zdravotní služby je neočekávaně vysoké. Je pravděpodobné, že se jedná např. o osoby, které v případě ztráty soběstačnosti nechtějí zůstat „doma samy“, ale vnímám také značnou nedůvěru těchto osob v existenci kvalitní a efektivní domácí sociální a zdravotní péče, a to v dostatečném rozsahu a přijatelné formě.

Tyto preference odpovídají současným názorovým trendům, jak je patrné např. ze studie VÚPSV (2008) s názvem „Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru“. Na otázku „Kde by chtěl respondent žít, když ve vyšším věku již nebude schopen zvládat všechny činnosti tak jako dříve“ odpovědělo 54% respondentů „doma s pomocí od dětí, rodiny či profesionála“ a pouze 6,6% respondentů uvedlo „v domově důchodců“.<sup>109</sup> (VÚPSV, 2008, s. 41)

Dále Jurenková (2008) ve svém výzkumu zaměřeným na zřizovatele a poskytovatele sociálních služeb uvádí, že „všichni dotazovaní se shodují na tom, že senioři rozhodně chtějí bydlet doma, chtějí být ve svém domácím prostředí... být tam, kde jsou zvyklí...“ Poukazuje také na nejruznější rizika, která ze stěhování seniorů plynou, jako je např. apatie, deprese, ztráta zájmů. (JURENKOVÁ, 2008, s. 50-51)

## 4.6. Diskuse

Uvedená analýza potvrdila, že obec hraje zásadní roli při poskytování pečovatelské služby. Nejlépe se to ukázalo v otázkách číslo 7. „Kdo by měl podle Vašeho názoru financovat pečovatelskou službu?“ a 8. „Kdo by podle Vaše názoru měl garantovat dostupnost pečovatelské služby (zajistit její poskytování)?“. Podle názorů respondentů by měla financovat pečovatelskou službu v první řadě obec (městská část) v 73,56% (u této otázky bylo možné uvést více odpovědí). A garantovat, tedy zajistit poskytování pečovatelské služby by měla obec (městská část) podle názoru 62,07% respondentů. Je patrné, že respondenti považují obec za svou přirozenou občanskou komunitu, která by se o ně v případě nesnázi měla postarat v první řadě. Na svou obec spoléhají a domnívají se,

---

<sup>109</sup> Pozn.: U této otázky byly v nabídce další možnosti odpovědi („v mém domě s některým z dětí“ – 10,1%, „v domě mých dětí“ – 4,6%, „v jiném domě dle mých potřeb“ – 9,2%, „v pokoji penzionu“ – 12,2%, „sdílet dům s příbuzným/přítelem“ – 2,9%)



že by měla činnosti pečovatelské služby také z velké části financovat. Ve skutečnosti obce za existenci pečovatelské služby neodpovídají, a významně také na její provoz nepřispívají. To podle mých zkušeností vede k nezájmu obcí a jejich zástupců o provoz sociálních služeb a automaticky to často přispívá k nedostatečné či nekompetentní pomoci občanům v nepříznivé sociální situaci, kteří se zcela přirozeně na svou obec v těchto situacích obracejí.

Za přirozené považuji to, že respondenti nemají představu o rozdílu mezi úkony pečovatelské služby a domácí zdravotní péče. Potvrdilo se mi, že vnímají tuto péči komplexně a pravděpodobně si uvědomují, že se obě služby a jejich jednotlivé úkony (výkony) prolínají. Jak jsem zdůraznila v teoretické části, je sdílená (komplexní) domácí péče o seniory nejefektivnější formou péče, která zároveň nejlépe naplňuje principy zachování důstojného života člověka i v seniorském věku a na konci života. Základem všech sociálních služeb musí být snaha umožnit jejich uživatelům žít běžným způsobem života, tedy nikoliv v nemocnicích či pobytových zařízeních sociální péče, ale právě v přirozeném prostředí jejich domácností.

Analýza ukázala, že respondenti jsou dostatečně informováni o tom, kdo v jejich MČ (obci) pečovatelskou službu poskytuje, a vědí, kam se v případě zájmu o službu obrátit. MČ Praha 17 také podle názoru respondentů dostatečně informuje o nabídce jednotlivých sociálních služeb, o tom, kde a jakým způsobem si o služby požádat i o cenách těchto služeb, i když v menší míře. Domnívám se, že v informovanosti vůči svým občanům v oblasti sociálních služeb je MČ Praha 17 příkladná a její komunikace s občany na velmi dobré úrovni, což připisuji především faktu, že pečovatelskou službu zřizuje a také částečně financuje. Ukazuje se, že angažovanost obce v oblasti zajišťování pečovatelské služby včetně jejího částečného financování má ve výsledku pozitivní dopady na samotné uživatele – občany obce. O službě se včas dozvídají, je jim kompetentně nabízena a obec má zároveň prostřednictvím poskytovatele výborný přehled o konkrétních potřebách občanů na svém území.

Potřebnost terénních sociálních služeb ukazuje i poslední otázka, kde většina respondentů (63,22%) preferuje sociální či zdravotní péči v domácím prostředí oproti službám pobytovým (36,78%). Očekávala jsem však ještě větší počet respondentů, kteří by rádi zůstali i v případě ztráty soběstačnosti co nejdéle doma. Výsledky poslední otázky mě vlastně nejvíce překvapily. Je pravděpodobné, že zde hraje roli nedůvěra v terénní sociální a zdravotní služby, pocit, že „nechci zůstat doma sám“, ale také se domnívám, že respondenti nechtějí „obtěžovat své děti a jejich rodiny“. Proto je zcela nezbytná podpora

neformální péče, kterou jsem mj. popsala v teoretické části práce. Rodiny musí vědět, že mohou o své blízké pečovat, aniž by pečující osoby musely opustit svá zaměstnání a zásadně se omezovat v osobním životě. Systém sdílené péče o seniory díky profesionálním poskytovatelům pak může zajistit dostatek času pečujícím na práci, rodinu i své koníčky, a zároveň dopřát seniorovi žít v přirozeném společenství blízkých osob.

Toto šetření bylo zaměřeno na MČ Praha 17 a její obyvatele, nelze tedy z jeho výsledků dělat obecnější závěry či usuzovat na fungování jiných městských částí či obcí. Což ani nebylo cílem tohoto výzkumného šetření.

MČ Praha 17 může v oblasti zabezpečování terénních sociálních i zdravotních služeb sloužit jako příklad dobré praxe a rozhodně není jedinou obcí, která nepříznivou sociální situaci svých občanů bere vážně a zabývá se jí. Je však nutné zabezpečit dostatečnou finanční podporu z národní a krajské úrovně, bez které se rozvoj terénních služeb sociální péče v obcích v žádném případě neobejde. A jak ukázal mj. tento výzkum, občané svým obcím věří a pokud mají problém, na obec se také s důvěrou obracejí.

## Závěr

Cílem diplomové práce s názvem *Pečovatelská služba ve spojení s domácí zdravotní péčí jako veřejný zájem a základní pilíř péče o seniory v České republice* bylo podrobně zhodnotit, popsat a blíže se seznámit s pečovatelskou službou jako základní službou sociální péče a součástí sdílené péče o seniory v jejich v přirozeném domácím prostředí. Zároveň zachytit pečovatelskou službu jako významnou součást komplexní péče o seniory v současnosti a vzhledem k demografickému vývoji také v budoucnu. Téma je velmi aktuální, osob se sníženou soběstačností z důvodu věku či nepříznivého zdravotního stavu stále přibývá a péči o ně je nutné přizpůsobit měnícím se společenským trendům i zvyšujícím se potřebám této cílové skupiny.

Zachování lidské důstojnosti a kvalitního života také v seniorském věku je prioritou moderní demokratické společnosti, je proto nutné najít nejvhodnější a především udržitelný způsob péče, ideálně v domácnosti seniorů a v úzké spolupráci s jejich blízkými osobami. Cílem sociálních a zdravotních služeb pro seniory není pouze provádět jednotlivé sociální úkony či zdravotní výkony, velmi důležitá je také snaha o zlepšení či znovunabytí takové míry soběstačnosti, aby jejich uživatelé byli schopni žít běžným způsobem života a uspokojovat všechny potřeby podle svých představ.

Kromě sociální a zdravotní péče hraje důležitou roli také podpora neformální péče a spolupráce s dalšími obory, jako je například podpora vhodného bydlení pro seniory či rozvoj informačních a komunikačních technologií. Pouze tento komplexní přístup k seniorské problematice a maximální spolupráce všech aktérů může vést k udržitelnému systému péče o seniory v naší společnosti.

Stát musí podporovat aktivitu svých občanů vedoucích ke zdravému stárnutí, programy propagující pozitivní postoj ke stáří jako takovému a pomalu se orientovat na společnost s velkým podílem seniorů. Tento demografický vývoj ovlivní politiku zaměstnanosti, sociální a zdravotní politiku, trh služeb i výrobků, politiku bydlení, rodinnou politiku a všechny další oblasti našeho života. Je proto veřejným zájmem, aby se systém péče o seniory formoval na všech úrovních veřejné správy s vědomím budoucího vývoje a snahou o jeho maximální udržitelnost pro další generace.

Má diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, dále do několika dílčích kapitol, které jsou také dále členěny. Teoretická část je rozdělena do tří základních kapitol. V první se zabývám pečovatelskou službou v systému sociálních služeb v České

republice. Zabývám se mj. pojmy, jako je sociální stát, veřejný zájem či nástroje sociální politiky. Blíže se věnuji poskytovatelům a pracovníkům pečovatelské služby, neformální a sdílené péči, financováním pečovatelské služby a mezioborové spolupráci jako základu funkčního systému. Druhou kapitolu jsem věnovala seniorům, jako uživatelům pečovatelské služby. Zamyslela jsem se nad samotným pojmem senior a stárnutí, popisují zde také seniora jako geriatrického pacienta či zákazníka budoucnosti. V poslední kapitole jsem se zaměřila na obec a její roli v systému péče o seniory v České republice. Zabývám se mj. pojmem občanská komunita či meziobecní spolupráce.

Praktická část obsahuje výzkumné šetření. Popisují zde výzkumnou metodu, cílovou skupinu respondentů, průběh šetření a v další části jsem získaná data postupně analyzovala, interpretovala a shrnula v diskuzi. Výsledky šetření ukázaly na důležitou roli obcí v systému zabezpečování pečovatelské služby a přirozenou propojenost pečovatelské služby s domácí zdravotní péčí. Potvrdil se také trend výběru domácí péče před péčí institucionální. Přestože něco více než třetina respondentů stále preferuje pobytovou sociální či zdravotní péči, domnívám se, že je to především z důvodů nedostatečné důvěry ve funkčnost systému sdílené domácí péče. Zde vidím velký prostor pro zlepšení, a to prostřednictvím kvalitního zasíťování všemi potřebnými službami na celém území ČR a také účinnou propagací nastaveného systému sdílené péče o seniory v jejich domácnostech.

V této souvislosti mě napadá několik doporučení pro praxi. Sociální i zdravotní služby jsou ze své podstaty neziskové, nelze na ně proto uplatňovat tržní mechanismy. Doporučovala bych vytvořit jednotný právně závazný transparentní systém síťování s jasnými kritérii pro zařazení jednotlivých poskytovatelů do sítě sociálních či zdravotních služeb, a to především s ohledem na místní dostupnost a konkrétní potřeby každého regionu ČR. Stejný systém s jasnými kritérii bych doporučila v oblasti financování, a to jak z dotací, tak z veřejného zdravotního pojištění, který ovšem bude jednotný pro všechny poskytovatele v ČR. Maximální efektivitu lze docílit financováním těch způsobilých nákladů, které jsou nutné k zabezpečení všech základních činností sociálních a zdravotních služeb, samozřejmě s přihlédnutím ke specifikům každého poskytovatele. Osobně považuji pečovatelskou službu a sdílenou péči za základní oblast sociálního zabezpečení seniorů, která vyžaduje zásadní pozornost veřejné správy i všech občanů. Věřím, že také má diplomová práce k její podpoře přispěla.

## RESUMÉ

*Social care in conjunction with home care as public interest and basic pillar of elderly care in Czech Republic*

The aim of the thesis was to describe and evaluate the position of nursing services in the Czech Republic. Its another task was to offer a closer and more detailed look into the overall process, and also to emphasise the need for the use of the principle of shared care for the elderly, and to introduce the senior as a typical user of these services and describe the role of municipalities in connection with providing of care for the elderly.

The theoretical part consists of three main chapters. The first chapter deals with the nursing service in the Czech Republic. It describes community service as an instrument of social policy, being part of the system of social services. This part is dedicated to interdisciplinary collaboration, informal care and shared care for the elderly. It also deals with providers of care services, its funding and current issues in the field. The second chapter describes the senior as a typical target group of social care and shared care. It describes the demographic development and ageing of the population and represents seniors as a future customer. The last chapter describes the basic role of the municipality in community care for the elderly.

The practical part is devoted to the research, which focuses on the relationship between care services and communities from the perspective of potential service users, ie. The elderly. This part contains the research methodology, data analysis and interpretation of the results. The results shows the level of awareness of seniors from Prague 17 in the area of nursing service with the cooperation of the municipality. The results confirm the theses mentioned in the theoretical part.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

## PRAMENY

BROWN, I., SLIVINSKY, J.: *Nonprofit Organizations and the Market*. London: Yale University Press, 2006

DOHNALOVÁ, M., PRŮŠA, L.: *Sociální ekonomika*. 1 vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011. ISBN 978-80-7357-1

GIDDENS, A.: *Sociologie*. 2. vyd., Praha: Argo, 2003. ISBN 728-80-257-0807-1

GIDDENS, A.: *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4

HAŠKOVCOVÁ, H.: *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vyd., Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8

JEŘÁBEK, H.: *Rodinná péče o staré lidi*, 1. vyd. Praha: CESES FSV UK, 2005. ISSN 1801-1640

JEŘÁBKOVÁ, V., PRŮŠA, L.: *Příspěvek na péči*, 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2013. ISBN 978-80-7416-145-2

JURENKOVÁ M.: *Struktura a nabídka sociálních služeb pro seniory ve vybrané lokalitě*. Brno: Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, 2008. Diplomová práce.

KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., HOLMEROVÁ I., WEBER P. a kol.: *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4

KALVACH a kol.: *Vybrané kapitoly z geriatrie a medicíny chronických stavů, II. díl*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-001-7

KELLER, J.: *Soumrak sociálního státu*. 2 vyd. Praha: Slon, 2009, ISBN 978 – 80-7419-017-9

KOPŘIVA K.: *Lidský vztah jako součást profese*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9

KOZLOVÁ, L.: *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. ISBN: 80-7254-662-7

KREBS, V.: *Sociální politika*. 5. vyd.. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4

*Masarykův slovník naučný*. Praha: Československý kompas, 1932

MATOUŠEK, O. a kol.: *Encyklopedie sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7

MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd., Praha: Portál, 2008.  
ISBN 978-80-7367-368-0

MATOUŠEK, O. a kol.: *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*.  
1.vyd. Praha: Portál 2007. ISBN 978-80-7367-310-9

MATOUŠEK, O.: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1.  
vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

MLÝNKOVÁ, J.: *Pečovatelství 2. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010.  
ISBN 978-80-247-3185-8

*Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. Praha: MPSV,  
2013

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

NOVOSAD, L.: *Poradenství pro osoby se zdravotním postižením a sociálním  
znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009.  
ISBN 978-80-7367-509-7

*Obce, města, regiony a sociální služby*. 1.vyd. , Praha: Socioklub, 1997.  
ISBN 80-902260-1-9

ONDRUŠOVÁ, J.: *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011.  
ISBN 978 – 80- 246- 1997-2

*Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: APSS, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7

*Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2006.  
ISBN 80-86878-52-X

POTŮČEK, M.: *Křížovatky české sociální reformy*. 1. vyd., Praha: Sociologické  
nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-70-2

PUNCH, K., F.: *Úspěšný návrh výzkumu*. [z anglického originálu přeložil Jan Hendl]. 1. vyd.  
Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-468-7

REIDL, A.: *Senior – zákazník budoucnosti. Marketing orientovaný na generaci 50 +*. 1. vyd.,  
Brno: BizBooks, 2012. ISBN 978-80-265-0018-6

ŘEZNÍČEK, I.: *Metody sociální práce*, dotisk 1. vydání Praha: Sociologické nakladatelství,  
2000. ISBN 80-85850-00-1

SAK, P. a KOLESÁROVÁ, K.: *Sociologie stáří a seniorů*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing,  
2012. ISBN 978-80-247-3850-5

SKOVAJSA, M. a kol.: *Občanský sektor: organizovaná občanská společnost v ČR*. 1.vyd.  
Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-681-0

*Strategie rozvoje sociálních služeb v České republice pro rok 2015.* Praha: MPSV, 2014

TOMEŠ, I.: *Obory sociální politiky*, 1.vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5

TOMEŠ, I.: *Sociální správa*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2009.  
ISBN 978 – 80- 7367-483-0

TOŠNEROVÁ, T.: *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0.

*Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*, MPSV, 2010

*Výroční zpráva 2013*. Centrum sociálně zdravotních služeb Praha Řepy.

WOKOUN, R., MALINOVSKÝ, J., DAMBORSKÝ, M., BLAŽEK, J. a kol: *Regionální rozvoj (Východiska regionálního rozvoje, regionální politika, teorie, strategie a programování)*. 1. vyd. Praha: Linde Praha, 2008. ISBN 978-80-7201-699-0

## **ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY NEBO JEJICH ČÁSTI**

ČTVRTNÍK, J.: *Sociální služby a způsob financování – podklad k odborné diskusi*. Studie navazující na práci expertní skupiny projektu „Podpora procesů v sociálních službách“, Praha: MPSV, Dostupné z: <http://podporaprocesu.cz/projekt/>

*Databáze obcí*. MV ČR, [online] ©2014 [cit 2015-3-15] Dostupné z: [www.mvcr.cz/soubor/databaze-obci-1-1-2014-xlsx.aspx](http://www.mvcr.cz/soubor/databaze-obci-1-1-2014-xlsx.aspx)

*Definice paliativní péče*. Domácí hospic Cesta domů. [online] ©2015 [cit 2015-3-12] Dostupné z: <http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>

*Demografická příručka 2013*, ČSÚ, [online] ©2013 [cit 2015-2-20] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2013-hjxznso9ab>

*Domácí zdravotní péče, nejčastější otázky*. [online] [cit 2015-1-16] Dostupné z: <http://www.procare.cz/cz/nejcastejsi-otazky-a-slovnicek-pojmu/#co-je-to-domaci-pece>,

*Informace o vyplacených dávkách v resortu MPSV ČR v prosinci 2013*. [online] ©2014 [cit 2015-3-2] Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/17212/davky\\_prosinec\\_2013\\_3.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/17212/davky_prosinec_2013_3.pdf)

*Informace o vyplacených dávkách v resortu MPSV ČR v prosinci 2014*. [online] ©2015 [cit 2015-3-2] Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/20290/davky\\_prosinec\\_2014.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/20290/davky_prosinec_2014.pdf)



*Komplexní analýza zdrojů – analýza příjmů a výdajů veřejných rozpočtů včetně pojistných a nepojistných systémů sociální ochrany, analýza právních závazků veřejných rozpočtů, analýza soukromých zdrojů.* [online] ©2013 [cit. 2015-2-20] Dostupné z: [www.sociotrendy.cz](http://www.sociotrendy.cz)

MAŘÍKOVÁ, P.: *Malé obce - sociologický pohled*, Praha: Sociologická laboratoř KHV PEF, Česká zemědělská univerzita, [online] ©2004 [cit. 2015-3-26] Dostupné z: [www.mvcr.cz/soubor/priloh-1-pdf.aspx](http://www.mvcr.cz/soubor/priloh-1-pdf.aspx)

MISCONIOVÁ, B.: *Systém domácí péče - informace pro klienty.* [online] ©2006 [cit. 2015-3-11] Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty>

ROD M.: *Ergoterapie.* [online] ©2008 [cit. 2015-3-9] Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>

*Sborník z konference "Gerontotechnologie a technologie pro handicapované - směr budoucnosti"*, Odbor 22 MPSV, [online] ©2007 [cit. 2015-3-15] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3483>

*Strategie regionálního rozvoje ČR 2014 – 2020.* MMR, [online] ©2013 [cit. 2015-3-15] Dostupné z: <http://www.mmr.cz/getmedia/08e2e8d8-4c18-4e15-a7e2-0fa481336016/SRR-2014-2020.pdf?ext=.pdf>

*Systémová podpora rozvoje meziobecní spolupráce v ČR v rámci území správních obvodů obcí s rozšířenou působností .* SMO ČR, [online] ©2013 [cit. 2015-3-19] Dostupné z: <http://www.obcesobe.cz/o-projektu/>

*Ubytovací zařízení poskytující péči bez oprávnění. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv.* Kancelář veřejného ochránce práv [online] ©2015 [cit. 2015-3-13] Dostupné z: <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobodě/zarizeni/neregistrovane-socialni-sluzby/>

*Zpráva o výkonu sociální práce na obcích v Jihomoravském kraji za rok 2013.* [online] ©2014 [cit. 2015-1-15] Dostupné z: <http://kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=251081&TypeID=61>

## **PRÁVNÍ NORMY**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon ČNR č. 160/ 1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 505/2006 Sb., která provádí zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 332/2013 Sb., o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka, ve znění pozdějších předpisů

Rozhodnutí Komise č. 2012/21/EU

Normativní instrukce MPSV č. 19/2013

## **DALŠÍ ZDROJE:**

Seminář MPSV ze dne 23. 3. 2015: *Financování sociálních služeb – vyrovnávací platba*.  
Seminář vedl JUDr. Karel Zuzka

Rozhovory s předsedou České asociace pečovatelské služby PhDr. Jindřichem Kadlecem ze dne 2. února 2015 a 15. března 2015

## Seznam grafů

Graf 1: „Jste muž/žena?“

Graf 2: „Kolik je Vám let?“

Graf 3: „Jaké úkony podle Vašeho názoru poskytuje pečovatelská služba?“

Graf 4: „Víte, kdo pečovatelskou službu ve Vaší městské části (obci) poskytuje?“

Graf 5: „Kam byste se obrátil/a v případě, že byste měl/a zájem o zavedení pečovatelské služby?“

Graf 6: „Z jakých zdrojů se o pečovatelské službě dozvídáte?“

Graf 7: „Kdo by podle Vašeho názoru měl financovat pečovatelskou službu?“

Graf 8: „Kdo by podle Vašeho názoru měl garantovat dostupnost pečovatelské služby (zajistit její poskytování)?“

Graf 9: „Máte zkušenosti s poskytováním pečovatelské služby?“

Graf 10: „Informuje Vás Vaše městská část o nabídce jednotlivých sociálních služeb?“

Graf 11: „Informuje Vás Vaše městská část o tom, jakým způsobem a kde si o službu požádat?“

Graf 12: „Informuje Vás Vaše městská část o cenách jednotlivých služeb?“

## Seznam tabulek

Tabulka 1: „Jste muž/žena?“

Tabulka 2: „Kolik je Vám let?“

Tabulka 3: „Jaké úkony podle Vašeho názoru poskytuje pečovatelská služba?“

Tabulka 4: „Víte, kdo pečovatelskou službu ve Vaší městské části (obci) poskytuje?“

Tabulka 5: „Kam byste se obrátil/a v případě, že byste měl/a zájem o zavedení pečovatelské služby?“

Tabulka 6: „Z jakých zdrojů se o pečovatelské službě dozvídáte?“

Tabulka 7: „Kdo by podle Vašeho názoru měl financovat pečovatelskou službu?“

Tabulka 8: „Kdo by podle Vašeho názoru měl garantovat dostupnost pečovatelské služby (zajistit její poskytování)?“

Tabulka 9: „Máte zkušenosti s poskytováním pečovatelské služby?“

Tabulka 10: „Informuje Vás Vaše městská část o nabídce jednotlivých sociálních služeb?“

Tabulka 11: „Informuje Vás Vaše městská část o tom, jakým způsobem a kde si o službu požádat?“

Tabulka 12: „Informuje Vás Vaše městská část o cenách jednotlivých služeb?“

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Vzor dotazníku použitého při dotazníkovém šetření

**DOTAZNÍK – POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SENIORŮM V MČ PRAHA 17**

Vážená paní / vážený pane,

tento dotazník slouží pro potřeby diplomové práce na téma **Pečovatelská služba ve spojení s domácí zdravotní péčí jako veřejný zájem a základní pilíř péče o seniory v České republice** (která se týká poskytování sociálních služeb). Dotazník je anonymní a jeho výsledky poslouží pouze pro potřeby diplomové práce, kterou Vám v případě Vašeho zájmu poskytnu k nahlédnutí po jejím obhájení. Velice děkuji za Vaši ochotu dotazník vyplnit a pomoci mi tak s diplomovou prací. Kateřina Dušková, tel.: 731 057 148.

**1) Jste**

- žena
- muž

**2) Kolik je Vám let?**

- 50 - 55
- 56 - 60
- 61 - 65
- 66 – 70
- 71 – 75
- 76 – 80
- 81 – 85
- 85 a více

**3) Jaké úkony podle Vašeho názoru poskytuje pečovatelská služba? Je možné zaškrtnout více možností.**

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu

- aplikace injekcí
- pomoc při osobní hygieně
- pomoc při zajištění stravy
- rehabilitace
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- odběry krve
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- převazy pooperačních ran
- jiné, prosím vypište:.....
- nevím

**4) Víte, kdo pečovatelskou službu ve Vaší městské části (obci) poskytuje?**

- ano - pokud ano, prosím napište kdo: .....
- ne, nevím

**5) Kam byste se obrátil/a v případě, že byste měl/a zájem o zavedení pečovatelské služby? Vyberte pouze jednu možnost.**

- obec (městská část)
- rodina
- soused/ka
- praktický/odborný lékař
- na poskytovatele služby

- nevím
- jiné, prosím vypište:.....

**6) Z jakých zdrojů se o pečovatelské službě dozvídáte? Je možné zaškrtnout více možností.**

- regionální tisk (Řepské noviny)
- internet
- doporučení od blízkých osob (rodina, sousedé, přátelé, známí)
- úřad městské části či městská část (obec)
- lékař
- letáky u lékaře
- z žádných
- jiné, prosím vypište:.....

**7) Kdo by podle Vašeho názoru MĚL FINANCOVAT pečovatelskou službu? Je možné zaškrtnout více možností.**

- stát
- obec (městská část)
- uživatel služby
- rodina uživatele služby
- kraj (Hl. m. Praha)
- jiné, prosím vypište:.....



**8) Kdo by podle Vaše názoru MĚL GARANTOVAT dostupnost pečovatelské služby (zajistit její poskytování)? Vyberte pouze jednu možnost.**

- stát
- obec (městská část)
- kraj (Hl.m.Praha)
- jiné, prosím vypište:.....

**9) Máte zkušenosti s poskytováním pečovatelské služby?**

- ano, já osobně službu využívám
- ano, pečovatelskou službu využívá člen mojí rodiny či jiná blízká osoba
- ne, nemám

**10) Informuje Vás Vaše městská část (obec) o následujících možnostech poskytování sociálních služeb? Zakroužkujte u každé nabídky ANO či Ne.**

- o nabídce jednotlivých sociálních služeb ANO - NE
- jakým způsobem a kde si o službu požádat ANO - NE
- o cenách jednotlivých služeb ANO – NE

**11) Jaký typ sociální služby byste v případě snížení soběstačnosti preferovali? Zaškrtněte pouze jednu možnost.**

- sociální a zdravotní péči v domácím prostředí
- pobytovou sociální a zdravotní službu (např. domov pro seniory)

