

**Zajištění potřeb seniorů
s důrazem na roli nestátního sektoru**

Olga Nešporová
Kamila Svobodová
Lucie Vidovičová

VÚPSV, v.v.i. Praha
2008

Vydal Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.
Praha 2, Palackého náměstí 4
Vyšlo v roce 2008, 1. vydání, počet stran 85
Tisk: VÚPSV.v.v.i.

Recenze: Mgr. Petr Wija, Ph.D. (MPSV)
doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D. (FF UP Olomouc)
Mgr. Jana Barvíková (FSV UK Praha)

ISBN 978-80-87007-96-9

<http://www.vupsv.cz>

Abstrakt

Text podává přehled současného stavu v oblasti poskytování péče seniorům v kontextu nestátního neziskového sektoru s důrazem na seniory méně až zcela nesoběstačné. Zpráva má tři základní tematické celky spojené konceptem potřeb a jejich saturace. První oddíl poskytuje ucelený pohled na stárnutí české populace a dopad těchto procesů na oblast sociální péče. Definuje tedy potřeby v demografických pojmech. Druhá část je sociologickým a sociálně-psychologickým shrnutím konceptu potřeb a jejich specifických podob ve vyšším věku. V empirické části tohoto oddílu je představena sekundární analýza českých a mezinárodních srovnávacích kvantitativních šetření preferencí starších respondentů v otázkách péče a bydlení ve stáří. V pořadí třetí oddíl nejprve podává přehled možných řešení potřeb seniorů cestou formálních a neformálních poskytovatelů a následně představuje příklady nestátních neziskových organizací poskytujících služby seniorům. Tato část vychází z kvalitativního výzkumu poskytovatelů různých typů sociálních služeb z oblasti neziskového sektoru. Na základě jejich zkušeností jsou pak definovány problematické oblasti v saturaci seniorských potřeb a navrženy možné body intervence.

Klíčová slova: senioři; demografické stárnutí; potřeby; sociální služby; sociální péče; nestátní sektor.

Abstract

The text gives an overview of the current situation in the field of social services for older people with an emphasis on the fragile elderly provided by nongovernmental, not-for-profit bodies. The report has three main parts linked by the concept of needs. The first part of the report provides a comprehensive overview of the ageing of the Czech population and its impact on the present and future needs of social care services. The second part summarises the concept of needs and their specific forms in old age from the sociological and socio-psychological points of view. Empirical part of this chapter introduces secondary analysis of Czech, as well as comparative international, surveys on social care provision and housing preferences in old age. The third part firstly outlines the formal as well as informal providers of social care available in the Czech Republic and subsequently several cases of nongovernmental organizations providing services for seniors are introduced. This part uses data from a qualitative inquiry into the situation and experiences of third sector social care providers. On the basis of their knowledge, problematic issues, questions and possible intervention are defined.

Key words: older people; demographic ageing; needs; social services; social care; nongovernmental sector.

Obsah

Úvod	7
I. Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory Kamila Svobodová	
1. Stárnutí populace České republiky z demografického pohledu	9
1.1 Dosavadní vývoj a perspektivy do budoucna	10
1.2 Zastoupení mužů a žen v populaci seniorů	14
1.3 Obyvatelstvo ve věku 60 a více let podle rodinného stavu	16
1.4 Regionální diferenciacce	17
2. Poskytovatelé péče a sociální služby pro nesoběstačné seniory	19
2.1 Péče ze strany rodiny a služby doplňující tuto péči	20
2.2 Pobytová zařízení pro seniory	21
II. Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém Lucie Vidovičová	
1. Potřeby z pohledu psychologických teorií	23
1.1 Motivační teorie A. Maslowa	23
1.2 Teorie potřeb M. Max-Neefa	25
2. Potřeby a vyšší věk	26
2.1 Uspokojování potřeb - legislativní koncept	30
2.2 Výzkum potřeb uživatelů - seniorů: příklad města Brna	33
3. Potřeby a jejich uspokojování v empirickém pohledu	34
3.1 Použité databáze	34
3.2 Reinterpretace kvantitativních dat optikou potřeby bezpečí	35
3.3 Kam stáří patří a kdo o něj má v Evropě pečovat?	38
III. Výzkum nestátních neziskových organizací Olga Nešporová	
1. Metodologie	44
2. Příklady NNO poskytujících služby pro seniory	45
2.1 Pečovatelská služba a denní stacionář farní Charity	45
2.2 Středisko komplexní péče o seniory	48
2.3 Sdružení pro sociální a pečovatelské služby	50
2.4 Domácí hospic	52
2.5 Domov pro seniory - středisko Diakonie ČCE	54
3. Dílčí oblasti poskytování služeb seniorům	58
3.1 Potřeby starého člověka	58
3.2 Zdravotní a sociální služby	60
3.3 Nový zákon o sociálních službách	63
3.4 Působení dobrovolníků v NNO	66
3.5 Finanční zatížení seniorů jako odběratelů služeb	68
3.6 Rodina	71
4. Problematické stránky péče o seniory	73
4.1 Senioři jako společenské téma	73
4.2 Paternalistický přístup	75
4.3 Nevhodné podmínky pro umírající	76
4.4 Nedostatek kvalitních služeb	77
Závěr	79
Literatura	82

Úvod

V souvislosti se stárnutím společnosti a narůstáním podílu starších osob v populaci nabývá na významu otázka zajišťování potřeb a především péče u osob, které již ze zdravotních či sociálních důvodů nejsou schopny své potřeby uspokojivě naplňovat svépomocí. Ty přitom mohou být saturovány prostřednictvím mnoha subjektů. Odpovědnost za zmíněné činnosti si vedle rodiny a neformálního sektoru mezi sebe dělí státní, soukromý (tržní) i nestátní (neziskový) sektor. Každý z uvedených činitelů k tomu přistupuje specifickým způsobem, přičemž v některých oblastech se tyto sektory vzájemně doplňují a v některých si mohou i konkurovat. Ne všechny sféry jsou však pokryty kvalitním a dostačujícím způsobem, klíčová je proto role státu, aby fungování jednotlivých subjektů usměrňoval a případně podporoval.

Tato studie se snaží poukázat na aktuální potřeby především méně soběstačných či zcela nesoběstačných seniorů a popsat, jaké sociální služby jsou těmto seniorům v současnosti poskytovány ze strany nestátního neziskového sektoru. Hlavní akcent je kladen na terénní služby, jejichž rozvoj, profesionalizaci a všeobecnou dostupnost považujeme aktuálně za ústřední. Nelze se totiž spoléhat pouze na neformální rodinné sítě na straně jedné nebo řešit situaci nesoběstačných seniorů jejich umístěním do ústavní péče na straně druhé. Vhodným mezistupněm mezi těmito krajními možnostmi jsou právě terénní a ambulantní sociální služby, které pomáhají vhodným způsobem doplnit neformální péči a vyhnout se nebo alespoň oddálit umístování seniorů do pobytových zařízení.

Při tvorbě této studie jsme vycházeli ze tří základních pramenných zdrojů. Za prvé jsme využili poznatky české i zahraniční odborné literatury vztahující se ke zkoumané problematice. Dále jsme pracovali s demografickými daty a daty z výběrových šetření, která již byla k danému tématu dříve sebrána, a znovu jsme je analyzovali. Třetím a velmi důležitým zdrojem informací pro nás bylo kvalitativní terénní šetření, které jsme provedli za účelem zjištění nejnovějších podrobných poznatků k dané problematice. Výzkum jsme záměrně realizovali v jedné z nejprogresivnějších oblastí, a sice v nestátní neziskové sféře.

První část studie je věnována problematice demografického stárnutí populace České republiky, jehož hlavní příčinou je pokles porodnosti a prodlužování naděje dožití a důsledkem pak výrazné zvyšování podílu seniorů v populaci, a možnostem zajištění péče o nesoběstačné seniory. Data pro popis dosavadního vývoje stárnutí obyvatelstva i budoucích perspektiv v této oblasti byla čerpána především z oficiálních statistik Českého statistického úřadu. Vzhledem k rozdílné střední délce života mužů a žen způsobené vyšší intenzitou úmrtnosti u mužů se v textu mimo jiné zabýváme rozdíly v seniorské populaci podle pohlaví a následně pak dle rodinného stavu jako významné determinanty života ve stáří. Předmětem zájmu jsou rovněž územní rozdíly v demografickém stárnutí (zejména mezi jednotlivými kraji ČR) a v tomto kontextu též kapacita a regionální rozmístění rezidenčních zařízení pro seniory. V druhé části úvodní kapitoly je pak podán přehled o poskytovatelích péče a sociálních službách pro nesoběstačné seniory.

Následující část se zabývá potřebami osob seniorského věku z teoretického, tj. sociologického a sociálně psychologického pohledu, přičemž jsou kladeny následující hlavní otázky: Jaké potřeby starší člověk má? Liší se potřeby seniora od jeho potřeb v předchozích fázích života? Jakým způsobem mohou být dané potřeby ve vyšším věku uspokojovány? K uchopení konceptu potřeb jsou vedle teoretického přístupu využita též dostupná empirická (kvantitativní) data obsahující relevantní informace,

jež byla sekundárně analyzována. Kromě dat za Českou republiku byla využita též data za vybrané evropské země, která umožnila mezinárodní srovnání sledované oblasti.

Třetí část práce přináší poznatky z praxe získané při terénním výzkumu ve vybraných českých nestátních neziskových organizacích, které poskytují služby pro seniory. Nejprve je přiblížen průběh výzkumu a použitá metodologie, hlavně jsou však stručně představeny zkoumané organizace. Na jednotlivých příkladech je ukázáno, jaké služby mohou nestátní neziskové organizace seniorům poskytovat, jak fungují a s jakými problémy se při svém provozu nejčastěji setkávají. Většina z pěti vybraných organizací přitom poskytovala především terénní, případně ambulantní služby. Pouze jedna organizace poskytovala služby pobytové. Spektrum služeb nabízených v rámci těchto pěti organizací však bylo značně široké, takže kapitola podává poměrně obsáhlý přehled o tom, jaké typy služeb mohou být seniorům nabízeny.

Následuje shrnutí stěžejních poznatků provedeného výzkumu a pojednání o dílčích oblastech poskytování služeb seniorům na základě zkušeností odborníků z praxe. Členění textu odpovídá zaměření výzkumu, přičemž na konci jsou tematizovány hlavní sporné či problematické oblasti péče o seniory, které v průběhu analýzy vystoupily na povrch. Nejprve je věnována pozornost recepci potřeb starých lidí ze strany poskytovatelů služeb i dopadu nového zákona o sociálních službách (platného od počátku roku 2007) na poskytovatele těchto služeb. Dále je tematizováno působení dobrovolníků v nestátních organizacích poskytujících služby seniorům, sledována problematika finančního zatížení seniorů jako odběratelů služeb i působení rodiny v péči o seniory. V závěru práce jsou zmíněny některé oblasti související s péčí o seniory, které byly během výzkumu v nestátních neziskových organizacích a jeho analýzy indikovány jako problematické. Patří k nim nedostatečná celospolečenská atraktivita vedoucí k nedostatečnému zájmu o sociální problematiku i seniory samotné, dále paternalistický přístup k seniorům, nevhodné podmínky pro umírající a nedostatek kvalitních služeb.

Naše poděkování patří především všem informátorům z řad pracovníků oslovených nestátních neziskových organizací, kteří se s námi ochotně podělili o svoje zkušenosti. Právě na jejich poznatcích je velká část práce založena a bez nich by nemohla studie v této podobě nikdy vzniknout. Děkujeme samozřejmě i klientům těchto organizací, kteří nám poskytli rozhovory.

I. Demografické stárnutí a možnosti zajištění péče o nesoběstačné seniory

1. Stárnutí populace České republiky z demografického pohledu

Demografické stárnutí postihuje od poloviny 20. století ve vyšší či nižší míře všechny vyspělé země a stává se tak v současnosti jednou z nejzávažnějších otázek. Jedná se o proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se **zvýšuje podíl seniorů a snižuje se podíl dětí** mladších 15 let, tzn. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek. Hlavní příčinou demografického stárnutí je spolu s poklesem porodnosti trvalý pokles specifických měr úmrtnosti vedoucí k prodlužování naděje dožití a tím k častějšímu dožívání se vyššího a vysokého věku. Důsledky demografického stárnutí se dotýkají všech sfér sociálního a ekonomického vývoje a nejčastější obavy vyvolávané změnou věkové struktury se pojí s udržitelností financování důchodového systému, růstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči a nedostatkem pracovních sil na trhu práce. Proces populačního stárnutí se nicméně promítá též do postavení seniorů ve společnosti i do sféry soukromé, do mezigeneračních vztahů a vztahu uvnitř rodiny. Cílem následující kapitoly bude popsat stav a vývoj věkové struktury české populace a detailněji se zaměřit na skupinu seniorů z demografického pohledu. V tomto kontextu je však důležité upozornit na to, že věková struktura populace je pouze jednou z determinantů potřebnosti sociálních služeb a preferovaný způsob uspokojování seniorských potřeb se odvíjí z širšího komplexu faktorů, mezi které lze vedle věku zařadit například zdravotní stav, ekonomickou situaci, vzdělanostní strukturu seniorů, jejich sociální i fyzické prostředí apod. Dále je třeba zdůraznit též fakt, že vedle reflektování negativních dopadů demografického stárnutí je nutné uvědomit si a co nejefektivněji využít znalosti a potenciál přibývajících počtu starších lidí.

Než však přejdeme k samotné analýze, je nezbytné si za tímto účelem seniorskou populaci věkově jednoznačně vymezit. Vzhledem ke skutečnosti, že stárnutí je součástí kontinuální proměny, je obtížné nalézt jedinou uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. Z tohoto důvodu proto existuje řada přístupů a metod konstrukce objektivního měřítka stáří [Stuart-Hamilton, 1999], z nichž si zde pro informaci uvedeme pouze ty nejzákladnější. Nejběžněji používaným měřítkem určujícím **počátek stáří** bývá chronologický (kalendářní) věk, jenž je sám o sobě ovšem bez hlubší informace, neboť jde o náhodně zvolenou míru. V pozdně moderních západních společnostech se za znak počátku stáří mnohdy považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu. Tímto je utvořena zvláštní sociální kategorie - kategorie starých osob, definovaných jako závislá skupina, jejíž členové by neměli pracovat, ale naopak potřebují ekonomickou a společenskou asistenci, kterou mají poskytovat mladší členové společnosti. Věk vymezující odchod do důchodu se většinou pohybuje v rozmezí 60 až 65 let. Většina gerontologů pro označení začátku stáří rovněž volí hodnoty mezi 60 a 65 lety. Takto jej vymezují především z toho důvodu, že zhruba v tomto období dochází k evidentním fyzickým a psychologickým změnám. V tomto kontextu Vohralíková a Rabušic uvádějí, že „konvenčně se v současné době pracuje s věkovou hranicí 60 nebo 65 let, ovšem bez existence jednoznačných objektivních odůvodnění. Určení věkové hranice stáří je totiž především konvencí a sociálním konstruktem, který vznikl z potřeb administrativy sociálního státu.“ [Vohralíková, Rabušic, 2004]. V souladu s výše uvedenými přístupy i další

sociologickou a demografickou literaturou budeme pro účely tohoto textu používat věkovou hranici 60 let, pojmem seniorská populace zde tedy budou myšleny osoby ve věku 60 a více let.

1.1 Dosavadní vývoj a perspektivy do budoucna

Při pohledu na základní ukazatel charakterizující **věkovou strukturu** populace České republiky, tj. na podíl tří hlavních věkových skupin obyvatelstva, je zcela zřejmé, že jednotlivé zastoupení těchto skupin se od počátku 90. let mění (viz tabulka č. 1). V průběhu celého sledovaného období je patrné neustálé snižování zastoupení dětské složky (tj. podílu osob mladších 15 let) v důsledku poklesu porodnosti a zároveň nárůst podílu seniorské populace způsobený zlepšováním úmrtnostních poměrů, a to zejména osob ve vyšším věku. Zatímco na počátku 90. let podíl dětí do 15 let nad poproduktivní složkou převažoval, v roce 1997 u nás poprvé došlo k převaze procentuálního zastoupení osob starších 60 let a tato převaha se od té doby stále zvyšuje. Mezi lety 1991 až 2006 tak podíl osob ve věku 0-14 let poklesl z 21,1 % na 14,5 % (tj. o 6,6 procentního bodu) a podíl osob ve věku 60 a více let naopak vzrostl ze 17,8 % na současných 20,3 %, tedy o 2,5 procentního bodu. Z tabulky č. 1 je patrné, že ačkoliv bylo procentuální zastoupení poproduktivní složky z počátku sledovaného období stabilizované a nárůst započal jen velmi pozvolna, po roce 1999 došlo k pravidelnému zvyšování podílu této věkové skupiny o 0,3, resp. 0,4 procentní body ročně. Zastoupení kategorie osob ve věku potenciální ekonomické aktivity se v průběhu 90. let vyvíjelo příznivým směrem, šlo však bohužel o dočasný stav. Tuto věkovou kategorii totiž začínají opouštět početně silnější populační ročníky narozených ve 40. letech a jak je zřejmé z tabulky č. 1, od roku 2003 podíl této skupiny postupně klesá, přičemž s postupnými úbytky obyvatelstva v produktivním věku je nutné počítat i do budoucna [Populační... 2002].

Tabulka č. 1 **Vývoj složení obyvatelstva ČR podle hlavních věkových skupin mezi lety 1991 až 2006, vybrané roky (v %)**

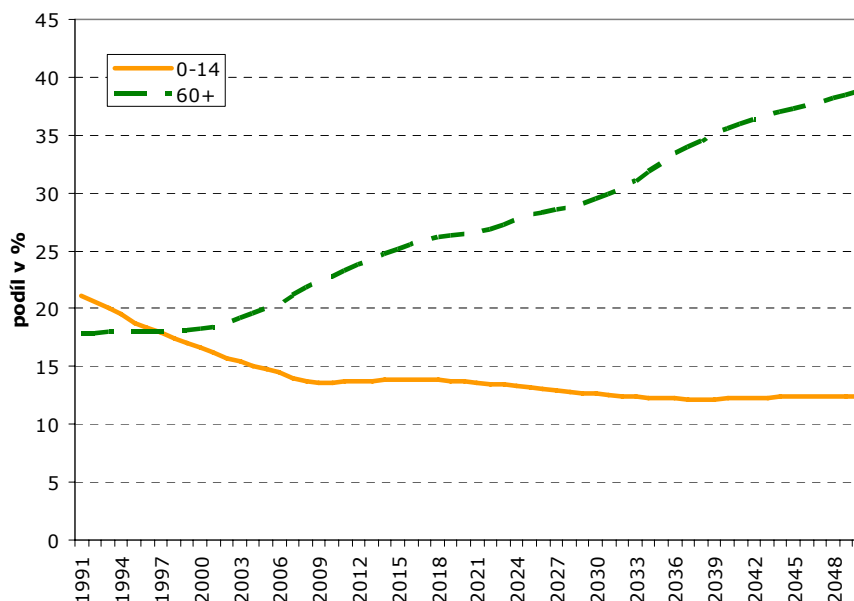
věk	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-14	21,1	20,0	18,8	17,9	17,0	16,2	15,7	15,4	15,1	14,8	14,5
15-59	61,1	62,0	63,2	64,1	64,9	65,4	65,5	65,5	65,4	65,3	65,1
60+	17,8	18,0	18,0	18,0	18,1	18,4	18,8	19,1	19,5	19,9	20,3

Zdroj: Populační vývoj České republiky 1990-2002, ČSÚ

Při stávajícím trendu nízké porodnosti a zvyšující se naději dožití je více než pravděpodobné, že **podíl seniorů v populaci ČR bude i nadále narůstat**, což je zřetelně patrné například z výsledků projekce Českého statistického úřadu z roku 2003 [Projekce... 2003]. Střední, tedy nejpravděpodobnější varianta této projekce předpokládá velmi rapidní nárůst podílu osob ve věku 60 a více let po celé sledované období. V horizontu prognózy, tj. v roce 2050 by měly být již necelé dvě pětiny všech obyvatel České republiky starší 59 let (viz graf č. 1), což v absolutním vyjádření představuje více jak 3,6 milionu osob (oproti 2,1 milionu seniorů v roce 2006). Nárůst podílu této složky obyvatelstva přitom nebude již zejména na úkor složky dětské, ale půjde ruku v ruce rovněž s poklesem podílu produktivní složky obyvatelstva. Zde je na místě připomenout, že vzájemné relace mezi počty a podíly osob ve věku potenciální ekonomické aktivity a osobami důchodového věku by nicméně mohly být, alespoň

dočasně, pozitivně ovlivněny plánovaným zvýšením hranice pro odchod do důchodu na 65 let, jak je tomu ve většině západoevropských zemí. Výraznému narůstání podílu poproduktivní složky obyvatelstva v dlouhodobé perspektivě však ani toto opatření nezabrání.

Graf č. 1 **Reálný a předpokládaný vývoj dětské a poproduktivní složky obyvatelstva ČR mezi lety 1991 až 2050 (v %)**

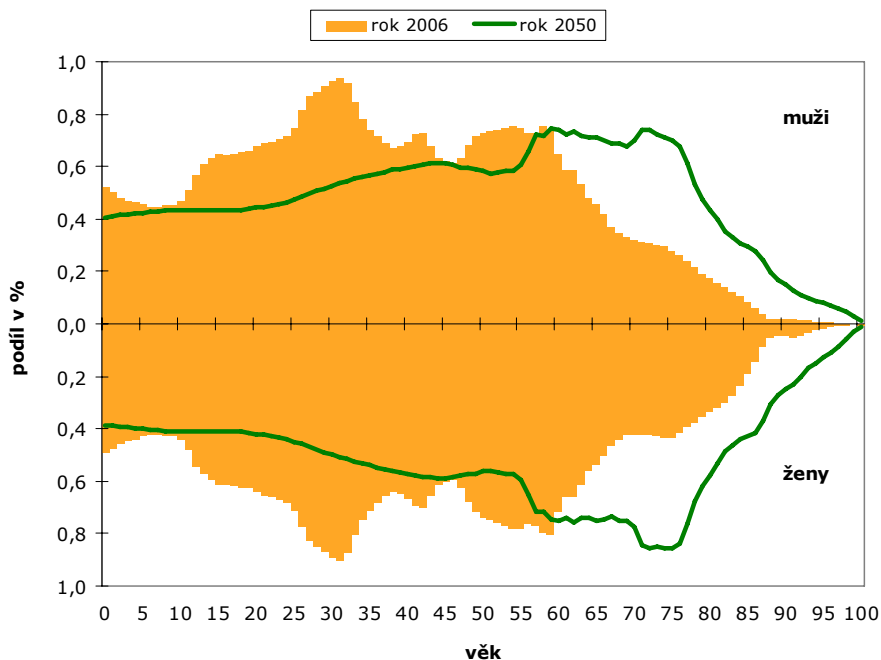


Zdroj: *Populační vývoj České republiky 1990-2002, ČSÚ*

Z grafu č. 2 znázorňujícího reálnou věkovou strukturu obyvatelstva České republiky v roce 2006 ve srovnání s věkovou strukturou prognózovanou Českým statistickým úřadem pro rok 2050 je patrná rapidní změna, jež zasáhne celou populaci ČR. Zatímco, jak už bylo uvedeno, skupina obyvatel ve věku 60 a více let bude početně narůstat, počet obyvatel České republiky jako celku by se měl do roku 2050 o více než 8 % snížit, ze současné hodnoty 10 266 646 osob na předpokládaných 9 438 334 osob. To ve svém důsledku zapříčiní výraznou deformaci věkové pyramidy, jejíž základna se podstatně zúží a vrchol naproti tomu velmi výrazně rozšíří.

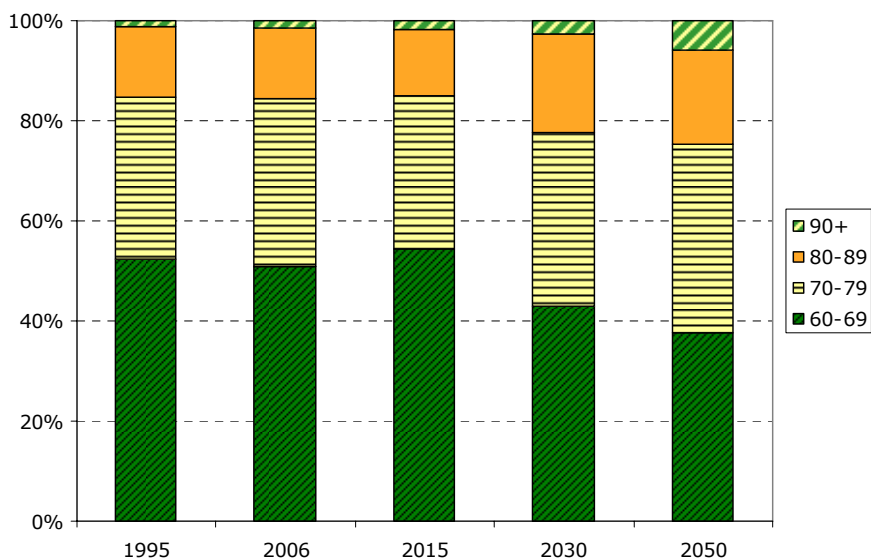
Znatelné změny způsobené dalším nárůstem naděje dožití při narození se promítnou zejména uvnitř skupiny samotných seniorů - zatímco v roce 2006 tvořily polovinu ze všech seniorů osoby ve věku 60-69 let, v roce 2050 bude tato věková skupina zaujímat pouze 38 % (viz graf č. 3). Absolutně i relativně se tak zvýší zastoupení seniorů ve věku 70 a více let. Přesněji řečeno, věková skupina 70-79 let by měla ve srovnání s rokem 2006 vzrůst o 96 %, skupina osob ve věku 80 a více let dokonce o plných 175 %. Tzn., že i samotná seniorská populace postupně stárne. Růst počtu osob ve věku 80 a více let však má mnoho důležitých důsledků pro společnost, jelikož právě osoby v tomto věku již mají většinou horší zdravotní stav, a tudíž vyžadují častější sociální a zdravotní péči než mladší osoby důchodového věku.

Graf č. 2 **Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2006 a 2050**



Zdroj: ČSÚ

Graf č. 3 **Věková struktura skupiny seniorů (ve věku 60 a více let) ve vybraných letech, reálný a projektovaný stav (v %)**



Zdroj: ČSÚ

Demografické stárnutí obyvatel České republiky od počátku 90. let 20. století zřetelně vystihují též ukazatele uvedené v tabulce č. 2. **Průměrný věk** české populace vzrostl za posledních 16 let o téměř 4 roky, z 36,3 let na současných 40,1 roku. Věkový medián, který představuje věk rozdělující populaci na dvě stejně velké části, se za stejné období zvýšil o více jak 3 roky, a to z 35,4 na 38,5 let v roce 2006. Pokles porodnosti spolu s rostoucí střední délkou života se pak nejvýrazněji projevil v hodnotách indexu stáří jako poměru počtu obyvatel ve věku 60 a více let a počtu dětí ve věku do 15 let. Tento index se z původní hodnoty 84,4 v roce 1991 zvýšil na současných 140,1 seniorů připadajících na 100 dětí do 15 let. Za zmínku též stojí, že do roku 2050 by se podle projekce ČSÚ [Projekce... 2003] měl index stáří zvýšit na obtížně představitelnou hodnotu 311,2, tzn. že na každé dítě ve věku do 15 let by připadali více než tři senioři.

Proces stárnutí obyvatelstva lze charakterizovat rovněž pomocí **indexů závislosti**, které vyjadřují poměr mezi dětskou, resp. poproduktivní složkou obyvatel a osobami ve věku 15-59 let (viz tabulka č. 2). Index ekonomického zatížení, vyjadřující počet dětí do 15 let a počet seniorů na 100 osob v produktivním věku, se sice z důvodu trvalého poklesu počtu dětí do 15 let v průběhu sledovaného období snížil z 64 na 54, z naznačených trendů ve vývoji hlavních věkových skupin je nicméně zřejmé, že zatíženost obyvatelstva ve věku ekonomické aktivity začne opět narůstat. Z ekonomického hlediska podstatné pak nebude pouze samotné zvýšení indexu ekonomického zatížení, ale též změna struktury závislých osob, neboť podstatně vyšší podíl v ní budou zaujímat osoby v poproduktivním věku. Sociální výdaje na jednu osobu v seniorském věku jsou totiž vyšší než na dítě do 15 let [Populační... 2002].

Tabulka č. 2 **Charakteristiky věkové skladby a indexy zatížení produktivní složky obyvatelstva ČR mezi lety 1991 až 2006, vybrané roky**

	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006
průměrný věk	36,3	36,6	37,0	37,6	38,2	38,8	39,1	39,4	39,6	39,9	40,1
věkový medián	35,4	35,9	36,2	36,6	37,1	37,4	37,6	37,9	38,1	38,3	38,5
index stáří ¹	84,4	89,8	95,4	100,8	106,4	113,8	119,5	124,1	129,4	134,4	140,1
index závislosti I ²	34,6	32,2	29,8	27,9	26,3	24,7	24,0	23,5	23,1	22,6	22,3
index závislosti II ³	29,2	29,0	28,5	28,1	27,9	28,2	28,7	29,2	29,8	30,4	31,2
index ek. zatížení ⁴	63,8	61,2	58,3	56,0	54,2	52,9	52,8	52,7	52,9	53,1	53,5

¹ index stáří - počet osob ve věku 60 a více let na 100 dětí ve věku 0-14 let

² index závislosti I - počet dětí ve věku 0-14 let na 100 osob ve věku 15-59 let

³ index závislosti II - počet osob ve věku 60 a více let na 100 osob ve věku 15-59 let

⁴ index ekonomického zatížení - počet dětí ve věku 0-14 let a počet osob ve věku 60 a více let na 100 osob ve věku 15-59 let

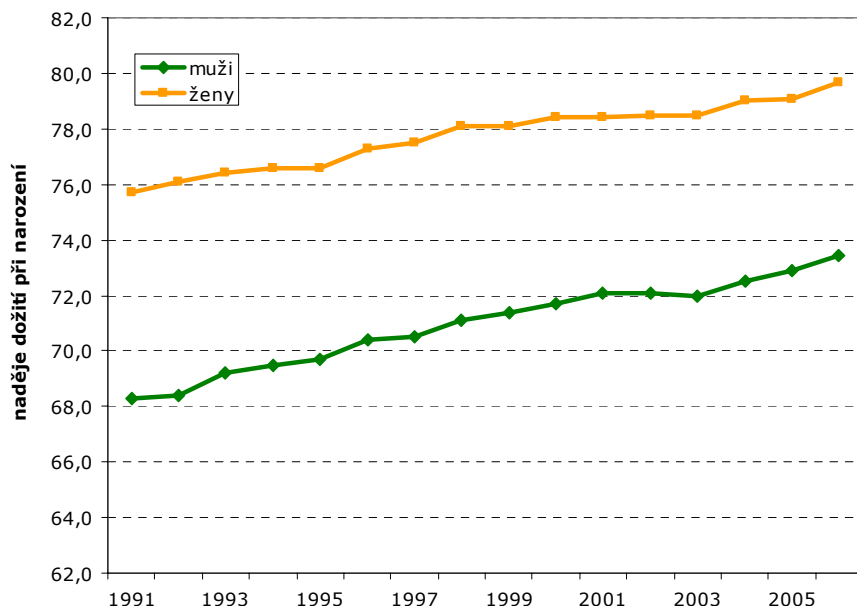
Zdroj: Populační vývoj České republiky 1990-2002

Od roku 2001 vlastní výpočty z www.czso.cz

Celkové zlepšování úrovně úmrtnosti v posledním desetiletí dvacátého století a na počátku století jednadvacátého se zřetelně odráží v **narůstu naděje dožití při narození**, která se mezi roky 1991 a 2006 zvýšila ze 68,3 na 73,4 roku u mužů a ze 75,7 na 79,7 roku u žen, tj. o 5,1, resp. 4 roky (viz graf č. 4). Ke zvýšení naděje dožití při narození přispěl kromě snížení kojenecké úmrtnosti zejména pokles úmrtnosti starších osob, u mužů se výraznou měrou podílelo zlepšení úmrtnostních poměrů ve středním věku. Průměrný roční růst tohoto ukazatele na úrovni přibližně 0,3 roku zařazuje Českou republiku z hlediska mezinárodního srovnání mezi země s nejrychlejším poklesem úrovně úmrtnosti při již poměrně vysoké naději dožití. I přes

tento příznivý vývoj však střední délka života obyvatel České republiky stále zaostává za vyspělými evropskými zeměmi o 3 až 7 let.

Graf č. 4 **Vývoj naděje dožití při narození mezi lety 1991 až 2006 v ČR**

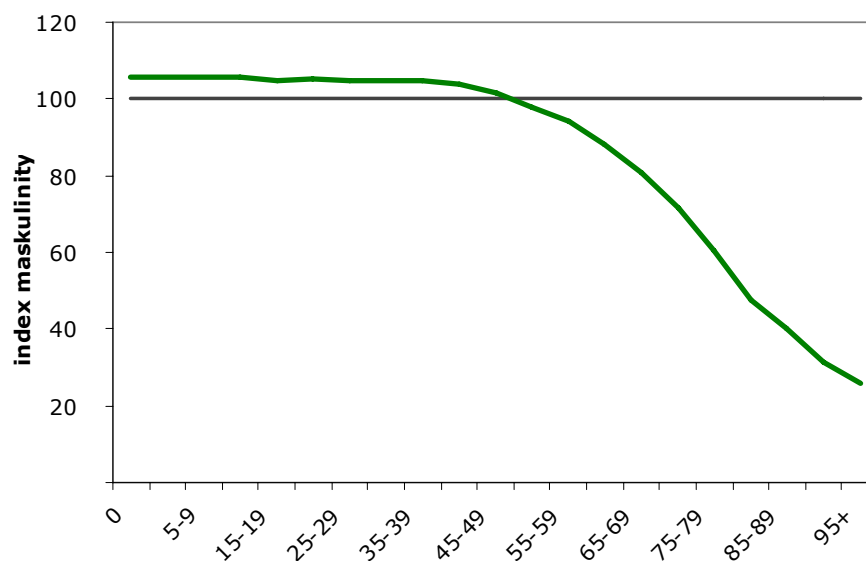


Zdroj: ČSÚ

Prodlužování naděje dožití při narození je možné očekávat i do budoucna. Dle střední varianty projekce ČSÚ [Projekce... 2003] dosáhne tento ukazatel v roce 2050 hodnoty 78,9 let pro muže a 84,5 roku po ženy, oproti současnosti tedy dojde ke zvýšení o 5,5, resp. 4,8 roku. Prodlužování střední délky života nicméně bude již o něco pomalejší než tomu bylo od počátku devadesátých let. O něco výraznější snížení intenzity úmrtnosti je přitom předpokládáno u mužů, což se projeví ve zmenšení rozdílu naděje dožití žen a mužů ze současných 6,3 na 5,6 roku.

1.2 Zastoupení mužů a žen v populaci seniorů

Ačkoliv při narození je početní stav chlapců vyšší než početní stav dívek (na 100 dívek připadá zhruba 106 chlapců) a poměrně rovnoměrná mírná převaha mužů nad ženami přetrvává zhruba do 45 roku života, ve vyšším středním a zvláště pak seniorském věku jednoznačně převažují ženy nad muži. Tzn. **index maskulinity**, který vyjadřuje počet mužů připadající na 100 žen v příslušné věkové skupině, spolu s rostoucím věkem (počínaje zmíněným 45 rokem života) pravidelně klesá (viz graf č. 5), což je jev charakteristický pro všechny vyspělé země. Důvodem postupného poklesu hodnoty indexu maskulinity je vyšší úroveň úmrtnosti u mužů než u žen ve všech věkových skupinách. Nadúmrtnost mužů ve starším věku lze vysvětlit vystavením mužské části populace rizikovým faktorům, mezi které patří požívání tabáku a alkoholických nápojů, vyšší pracovní nasazení a z toho plynoucí častější výskyt úmrtí na kardiovaskulární nemoci, zejména infarkty [Populační... 2001].

Graf č. 5 **Index maskulinity* v roce 2006**

* Počet mužů připadající na 100 žen

Zdroj: Vlastní výpočty z www.czso.cz

K vystižení situace, kdy ve starším věku početně převažují ženy nad muži stejné věkové kategorie, bývá používán termín **feminizace života ve stáří**. Výraznou početní převahu žen nad muži jednotlivých věkových kategorií nad 60 let a zároveň růst této převahy spolu se zvyšujícím se věkem jasně vyjadřuje tabulka č. 3. Je z ní zřejmé, že v průběhu celého sledovaného období počty mužů po šedesátém roce věku ve srovnání s počty žen ubývaly. Například ve věkové skupině 60-69 let připadalo v roce 2006 na 100 mužů 117 žen, ve věkové skupině 80 a více let to však byl již téměř dvojnásobek a ženy tvořily téměř 70 % všech osob tohoto věku. V posledních letech je nicméně možné pozorovat příznivý trend mírného snižování poměru pohlaví ve všech kohortách, zapříčiněný zejména poklesem intenzity úmrtnosti mužů.

Tabulka č. 3 **Poměr pohlaví (počet žen na 100 mužů) v seniorské generaci, vybrané roky**

věk	1991	1993	1995	1997	1999	2001	2002	2003	2004	2005	2006
60-69	129,8	127,8	126,2	124,3	122,9	120,7	120,0	119,3	118,7	118,0	117,4
70-79	165,4	164,2	163,7	164,2	163,8	160,8	158,9	156,7	154,8	152,8	151,2
80+	240,7	237,8	235,7	238,1	237,7	235,5	233,1	231,4	230,3	229,0	227,3

Zdroj: Vlastní výpočty z www.czso.cz

Vyšší počet žen v důchodovém věku je způsoben zejména tím, že naděje dožití při narození se v moderních společnostech liší v průměru o 5-7 let ve prospěch žen. Tato skutečnost se následně odráží v mnoha oblastech života starších mužů a žen, z demografického pohledu je nejmarkantnějším důsledkem proměna rodinných struktur pozorovatelná především ze skladby obyvatelstva podle rodinného stavu a věku.

1.3 Obyvatelstvo ve věku 60 a více let podle rodinného stavu

Z tabulky č. 4 charakterizující složení obyvatelstva seniorského věku dle rodinného stavu je zřejmé, že spolu s rostoucím věkem zřetelně narůstá podíl vdov v populaci, a to zejména na úkor žen vdaných. Zatímco ve věkové skupině 60-69 let bylo v roce 2006 61 % žen vdaných a 24 % ovdovělých, ve věkové skupině 80 a více let již zcela jasně převažovaly ženy ovdovělé, jichž bylo 78 %, na rozdíl od pouhých 13 % vdaných žen. Starší muži jsou oproti ženám s vyšší pravděpodobností ženatí nežli ovdovělí a i když i u nich se podíl vdovců spolu s rostoucím věkem pravidelně zvyšuje, nejedná se o nárůst tak rapidní jako v případě žen - v roce 2006 ze zastoupení ovdovělých mužů zvýšilo z pouhých 5 % ve věkové skupině 60-69 let na 33 % ve skupině mužů ve věku 80 a více let. Čtyř pětinný podíl ženatých mužů ve věku 60-69 let se naopak snížil na necelé dvě třetiny ve skupině nejstarších seniorů (viz tabulka č. 4). Uvedené rozdíly jsou zapříčiněny na jedné straně vyšší střední délkou života žen ve srovnání s muži, na straně druhé se na tom podílí též skutečnost, že muži častěji než ženy uzavírají po rozvodu další sňatek, při kterém si, podobně jako u většiny prvních sňatků, berou mladší partnerku. Tím zvyšují pravděpodobnost, že svou ženu nepřežijí a ve stáří nebudou žít osamocně. Podíly rozvedených osob důchodového věku jsou tedy o něco vyšší v případě žen, zastoupení rozvedených a zvláště pak svobodných žen a mužů v seniorské populaci je nicméně poměrně nízké.

V průběhu devadesátých let byl vývoj ve složení obyvatelstva ve věku 60 a více let podle rodinného stavu takový, že díky zlepšování úrovně úmrtnosti docházelo ve všech věkových skupinách ke snižování podílů vdov a vdovců. Podíly starších mužů a žen žijících v manželství oproti tomu rostly, a to zejména díky vlivu vysoké úrovně sňatečnosti na přelomu padesátých a šedesátých let 20. století a nízké intenzity rozvodovosti těchto manželství. Tato příznivá situace se ovšem postupem času začne měnit, neboť do důchodového věku se začnou posouvat generace, v nichž je vysoký podíl rozvedených.

Tabulka č. 4 **Složení obyvatelstva ČR podle rodinného stavu, věkových skupin a pohlaví v roce 2006; osoby ve věku 60 a více let (v %)**

věk	svobodní/é		ženatí/vdané		rozvedení/é		ovdovělí/é	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
60-69	4,2	2,6	80,1	61,1	10,4	12,3	5,3	24,0
70-79	2,9	2,3	77,6	36,6	5,3	8,2	14,2	53,0
80+	2,8	2,9	61,8	13,1	3,1	6,0	32,4	78,0

Zdroj: ČSÚ

Z uvedených údajů vyplývá, že mnozí senioři jsou v důsledku úmrtí jejich životního partnera nuceni žít osamocně, což je patrné též z informací o složení domácností starších osob. Podle výsledků sčítání lidu z roku 2001 žilo v domácnostech jednotlivců 128 415 mužů ve věku 60 let a více, tj. 17 % ze všech mužů tohoto věku. Stejně starých žen ovšem žilo v jednočlenných domácnostech 443 583, což představuje zhruba dvě pětiny ze všech žen ve věku 60 a více let [Sčítání... 2003].

1.4 Regionální diference

Demografické stárnutí neprobíhá uvnitř české republiky zcela rovnoměrně, v závěrečné části této kapitoly se proto podíváme na regionální **diference mezi jednotlivými kraji ČR**. Populační chování obyvatel odráží územní rozdíly v sociálních a ekonomických podmínkách života lidí, jež se v období transformace naší společnosti významně diferencovaly. Souhrnně je možné říci, že populaci s vyšším zastoupením seniorů vykazují zejména velká města a jejich zázemí, naopak obyvatelstvo s vyšším podílem dětí mají především oblasti pohraniční [Dzúrová 2002].

Z tabulky č. 5 je zřejmé, že nejstarší věkovou strukturu má v krajském srovnání zcela jednoznačně Hlavní město Praha s podílem osob ve věku 60 a více let dosahujícím 22,5 % a indexem stáří přesahujícím hodnotu 184 osob seniorského věku na 100 dětí ve věku 0-14 let. V hlavním městě žije zároveň vysoký podíl nejstarších osob, tj. seniorů ve věku 80 a více let, jejichž zastoupení dosáhlo v roce 2006 4 %. Poměrně nepříznivou věkovou strukturu má rovněž kraj Plzeňský, v němž na 100 dětí připadá více jak 148 seniorů (podíl osob ve věku 80 a více let je však v této oblasti lehce podprůměrný), dále kraj Jihomoravský s hodnotou indexu stáří bezmála 147 osob a 21% podílem seniorů ve věku 60 a více let a též kraj Královéhradecký, ve kterém poměr seniorů a dětí dosáhl v roce 2006 hodnoty 144 a podíl poproduktivní složky obyvatelstva hodnoty 21,2 %. Z okresního pohledu ovšem v uvedených krajích průměr velmi podstatně zvyšují již zmíněná velká města, a to Plzeň-město (kde index stáří dosahuje hodnoty 182 seniorů na 100 dětí do 15 let), Brno-město (177 osob) a okres Hradec Králové (159 osob).

Tabulka č. 5 **Složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, zastoupení osob ve věku 80 a více let (v %) a index stáří v krajích ČR v roce 2006**

	0-14	15-59	60+	80+	index stáří
Hl. m. Praha	12,2	65,2	22,5	4,0	184,3
Středočeský	14,9	64,9	20,2	3,1	135,7
Jihočeský	14,7	65,3	20,0	3,1	135,6
Plzeňský	14,2	64,7	21,1	3,1	148,2
Karlovarský	15,0	66,3	18,6	2,5	124,0
Ústecký	15,6	65,9	18,5	2,7	118,8
Liberecký	15,2	65,7	19,1	3,1	126,4
Královéhradecký	14,7	64,2	21,2	3,4	144,1
Pardubický	15,1	64,5	20,4	3,2	135,1
Vysočina	15,2	64,6	20,2	3,1	132,6
Jihomoravský	14,3	64,7	21,0	3,5	146,9
Olomoucký	14,6	65,3	20,2	3,2	138,1
Zlínský	14,5	65,0	20,5	3,2	141,2
Moravskoslezský	14,9	65,7	19,4	2,8	130,4
celkem ČR	14,5	65,1	20,3	3,2	140,1

Pozn.: index stáří - počet osob ve věku 60 a více let na 100 dětí ve věku 0-14 let

Zdroj: ČSÚ

„Nejmladší“ populace je naopak soustředěna na severozápadě Čech, tj. v kraji Ústeckém, kde současná výše indexu stáří i podíl seniorské populace odpovídá celorepublikovému průměru před pěti lety. Výrazně podprůměrných hodnot dosahují sledované ukazatele rovněž na Karlovarsku, na severu Moravy a v kraji Libereckém. V okrese Česká Lípa je počet dětí a seniorů téměř vyrovnaný, na 100 osob ve věku do 15 let připadá 102 osob ve věku 60 a více let. Podobně je tomu v okrese Český Krumlov s indexem stáří 104 osoby seniorského věku na 100 dětí a dále pak v okresech Chomutov (106 osob) a Sokolov (107 osob).

Regionální demografická specifika a z nich vyplývající výhled do budoucna by měl být zohledněn v koncepcích regionálního rozvoje, neboť v regionech s vyšším indexem stáří je třeba počítat s vyššími náklady na poskytování péče seniorům. A jelikož náklady na zdravotní a sociální péči vzrůstají spolu s rostoucím věkem, je s ohledem k postupujícímu a nezvratitelnému procesu demografického stárnutí nutno mít na paměti, že tyto náklady budou stále vyšší [Dzúrová 2002].

V kontextu demografického stárnutí je třeba vzít v potaz též skutečnost, že spolu s narůstajícím počtem starších osob bude narůstat též počet těch, které z důvodu zhoršeného zdravotního stavu nebudou schopny vykonávat samostatně všechny běžné aktivity každodenního života a budou se tak stávat **závislé na pomoci dalších osob**. V České republice zatím stále platí, že za péči o své stárnoucí příbuzné je zodpovědná především rodina a formální služby bývají využívány zejména v případě absence, nedostatečnosti či vyčerpání neformálních služeb [podrobněji viz Svobodová 2007]. Spolu s poklesem porodnosti, intenzivním stárnutím populace, větší prostorovou mobilitou a oslabením tradičních rodinných vazeb se však do budoucna bude zároveň zužovat soubor potenciálních pečovatелů z řad rodiny a potřeba institucionální péče a především široké nabídky alternativních služeb podporujících život v přirozeném prostředí [podrobněji např. Koncepce... 2006] se tak bude stávat stále více významná.

Institucionální, resp. **ústavní péči** reprezentují v České republice především domovy důchodců a domovy-penziony pro důchodce (resp. domovy pro seniory - více viz kapitola I.2.2). Je ovšem otázkou, zda je **kapacita a uzemní rozmístění** těchto zařízení dostačující. Za tímto účelem jsme na závěr přistoupili k jednoduchému porovnání celkových kapacit (reprezentovaných počtem lůžek) domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce¹ a počtu osob ve věku 60, resp. 80 a více let v jednotlivých krajích České republiky. Z tabulky č. 6 je zřejmé, že v celorepublikovém průměru připadá na jedno místo v domově důchodců či v domově-penzionu pro důchodce zhruba 42 osob ve věku 60 a více let. Ve věku 80 a více let, kdy je pravděpodobnost zhoršení zdravotního stavu a s tím související ztráty soběstačnosti v porovnání s mladšími seniory mnohem vyšší, připadá na jedno lůžko v některém z těchto zařízení 7 potenciálních uchazečů.

Z krajského pohledu se jeví situace zcela jednoznačně nejpozitivněji v kraji Ústeckém, v němž je navzdory jeho nejmladší, a tedy z hlediska demografického stárnutí nejpříznivější věkové struktuře (srov. tab. č. 5) druhý nejvyšší počet lůžek v domovech či domovech-penzionech pro důchodce. Na druhém pólu, tentokrát tedy ve směru negativním, vyniká mezi ostatními kraji Hlavní město Praha, kde na jedno lůžko připadá 73 osob ve věku 60 a více let. Nejstarších seniorů by se v hlavním městě mělo o jedno lůžko dělit 13, tedy zhruba dvakrát více než je celorepublikový průměr. Pokud si uvědomíme, že kapacita domovů i domovů-penzionů pro důchodce je téměř zcela naplněna a mnohá z těchto zařízení mají dlouhé seznamy čekatelů na

¹ V roce 2006 bylo dle dat ČSÚ v České republice celkem 390 domovů důchodců s celkovou kapacitou 38 672 lůžek a 142 domovů-penzionů pro důchodce s celkovou kapacitou 11 428 lůžek. Pro účely našeho porovnání jsme v tomto textu kapacity domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce sloučili.

umístění, je možné konstatovat, že tento stav je z celorepublikového pohledu v tomto směru zcela neuspokojivý. Měla-li by ovšem situace setrvat i do budoucna alespoň na úrovni stavu dnešního, bylo by nutné zvýšit kapacity ústavních zařízení do roku 2030 přinejmenším o 21 245 míst a do roku 2050 celkem o 37 487 míst oproti současnosti.

Na rostoucí počet obyvatel seniorského věku a jejich potřeby by však měly reagovat rovněž služby terénní či ambulantní, tj. zejména pečovatelská služba a zařízení pro denní a vícedenní pobyt (tzv. stacionáře; podrobněji viz kapitola I.2). Tyto služby podporují život v přirozeném prostředí, doplňují pomoc ze strany rodiny a oddalují či zcela zamezují případnému umístění nesoběstačného seniora v některém z uvedených typů pobytových zařízení (a mohou tak snižovat počty potenciálních uchazečů o umístění v rezidenčních zařízeních). Pro optimální zajištění služeb osobám seniorského věku je tedy třeba **rozšiřovat nabídku i kapacity** nejen pobytových zařízení, ale především **terénních a ambulantních služeb**, které budou dostatečně reflektovat aktuální individuální potřeby seniorů a zároveň umožňovat seniorům a jejich rodinám co největší možnost volby.

Tabulka č. 6 **Vybrané charakteristiky potencionální dostupnosti institucionální péče o seniory v krajích ČR v roce 2006**

	kapacita DD+DP	počet obyvatel		počet osob na 1 místo v DD, resp. DP	
		60+	80+	60+	80+
Hl. m. Praha	3 654	266 852	47 920	73,0	13,1
Středočeský	5 092	235 610	36 308	46,3	7,1
Jihočeský	2 971	125 658	19 368	42,3	6,5
Plzeňský	2 056	116 582	17 208	56,7	8,4
Karlovarský	1 583	56 761	7 718	35,9	4,9
Ústecký	5 736	152 384	21 951	26,6	3,8
Liberecký	1 661	82 307	13 186	49,6	7,9
Královéhradecký	2 913	116 155	18 731	39,9	6,4
Pardubický	2 649	103 517	16 001	39,1	6,0
Vysočina	2 262	103 088	15 989	45,6	7,1
Jihomoravský	5 509	237 391	39 451	43,1	7,2
Olomoucký	3 657	128 873	20 661	35,2	5,6
Zlínský	3 836	120 732	18 598	31,5	4,8
Moravskoslezský	6 521	242 307	35 388	37,2	5,4
celkem ČR	50 100	2 088 217	328 478	41,7	6,6

Pozn.: DD - domov důchodců; DP - domov-penzion pro důchodce

Zdroj: ČSÚ

2. Poskytovatelé péče a sociální služby pro nesoběstačné seniory

V situaci, kdy si již starší člověk z důvodu zhoršení zdravotního stavu není schopen zajistit všechny své potřeby (především ty základní) sám, je nucen využít pomoci někoho dalšího. Z výsledků longitudinálních šetření vyplývá, že pomoc při sebeobsluze potřebuje zhruba čtvrtina seniorů, přičemž tento podíl se spolu s rostoucím věkem výrazně mění. Zatímco ve věkové skupině 65-69 let deklarují

potřebu pomoci zhruba 3 % seniorů, ve věkové skupině 70-74 let 8 %, ve skupině 75-79 let 11 %, v kategorii 80-84 let 16 %, ve skupině 85-89 let již 28 % a mezi nejstaršími seniory, tj. ve věku 90 a více let se jedná dokonce o 80 % osob [Kopecká 2002]. V následující části této studie si uvedeme přehled potenciálních poskytovatelů péče (resp. sociálních služeb), na které se mohou nesoběstační senioři, kteří již nejsou schopni vykonávat běžné činnosti každodenního života bez pomoci jiné osoby, obrátit. Jejich volba nicméně může být ovlivněna mnoha faktory, mezi něž lze zařadit míru soběstačnosti dotyčné osoby, osobní preference seniora i rodinných příslušníků (a jejich možnosti o stárnoucího příbuzného pečovat), rozsah, charakter a dostupnost nabízených služeb v místě bydliště apod.

2.1 Péče ze strany rodiny a služby doplňující tuto péči

V české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí, které předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je primárně odpovědná rodina, přičemž formální, resp. státní služby bývají využívány až v situaci, kde neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají [Svobodová 2006]. Na základě této představy zůstávají veřejní poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb poněkud v pozadí, zahrnují pouze okolo 15 až 20 % veškeré péče o stárnoucí občany [Výběrové... 1998]. Pokud tedy senior z důvodu zvyšujícího se věku a zhoršujícího se zdravotního stavu potřebuje pomoc, obrací se v první řadě na svou **rodinu**, tj. především na partnera/partnerku (pokud je ještě naživu a jeho zdravotní stav to umožňuje) a na své dospělé děti. V rámci rodiny se při poskytování péče velmi výrazně liší zastoupení mužů a žen, neboť 70-80 % rodinných poskytovatelů péče tvoří ženy. Pečovatelská činnost, zejména je-li dlouhodobá, je nicméně velmi psychicky a fyzicky náročná a ve svém důsledku může negativně ovlivnit osobní život, každodenní aktivity i profesní uplatnění pečovatele. Z tohoto důvodu je velmi důležité utvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit či dočasně, v případě potřeby, nahradit a **podporovat tak život seniora v jeho přirozeném prostředí**, kde bude kladen důraz na jeho individuální potřeby. Dále je nezbytné zajistit dostatečné kapacity pobytových zařízení, jejichž služby mohou využít senioři, kteří jsou natolik nesoběstační, že nemohou žít ve svém původním, přirozeném prostředí a péče ze strany jejich rodinných příslušníků je nedostatečná či úplně chybí. V České republice existují v současnosti pro nesoběstačné seniory, kromě pomoci poskytované v rámci rodiny, další, níže uvedené typy sociálních služeb.

Jednou z nejrozšířenějších služeb sociální péče poskytovanou seniorům a těžce zdravotně postiženým občanům, kteří si z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti nejsou schopni obstarat nutné práce v domácnosti a další životní potřeby nebo kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou nebo jinou osobní péči, kterou jim nemohou poskytnout rodinní příslušníci, je **pečovatelská služba**. Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajistit zejména základní životní potřeby klientů, podporovat samostatný a nezávislý život v domácnostech, zachovat kontakt se sociálním prostředím a oddálit nutnost umístění do ústavní péče.

Služby mohou být terénní nebo ambulantní a poskytují ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb tyto základní činnosti: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (např. pomoc při oblékání, pomoc při přesunu na vozík nebo lůžko), pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (např. koupel, mytí vlasů, zástřih vlasů, holení), poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (např. donáška oběda, příprava jídla), pomoc při zajištění chodu domácnosti (např. úklid, praní prádla, žehlení, nákupy) a

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (např. doprovodná a průvodcovská služba) [zákon č. 108/2006 Sb.; Králová, Rážová 2005]. Podle dat ČSÚ bylo v roce 2006 v České republice 1 815 pracovišť pečovatelské služby.

Pro seniory, kteří stále žijí ve svém přirozeném prostředí, jsou dále určeny **zařízení pro denní pobyt** (tzv. denní stacionáře či domovinky) a vícedenní stacionáře, které fungují jako odlehčovací služby. V zařízeních pro denní pobyt je soustředována péče o seniory a těžce zdravotně postižené osoby, kterým jinak potřebnou pomoc v odpoledních a nočních hodinách a ve dnech pracovního klidu poskytují jejich rodinní příslušníci, případně pečovatelská služba. Tato zařízení obvykle nabízejí půldenní či celodenní pobyt v době, kdy je rodina v zaměstnání. Služby denních stacionářů jsou obdobné jako pomoc poskytovaná pečovatelskou službou v domácnosti seniora, oproti pečovatelské službě však stacionáře nabízejí navíc též výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (např. přednášky, promítání filmů, výtvarné a tvořivé činnosti apod.), sociálně terapeutické činnosti (např. rehabilitační cvičení, tréninky paměti) a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb.). Součástí péče v denním pobytu bývá též možnost odpočinku na lůžku. Týdenní, resp. **vícedenní stacionáře** mají za cíl umožnit pečující osobě (která pečuje o seniora v jeho přirozeném prostředí) nezbytný odpočinek. V rámci vícedenních stacionářů jsou tedy seniorům poskytovány krátkodobé pobyty v době, kdy jede pečovatel na dovolenou, do lázní, nebo kupříkladu na služební cestu. Maximální doba pobytu ve vícedenních stacionářích je obvykle omezena.

2.2 Pobytová zařízení pro seniory

Kombinace pečovatelské služby a pobytového zařízení je zajišťována v **domech s pečovatelskou službou**. Jejich zřizováním se racionalizuje poskytování pečovatelské služby soustředěním příjemců v jednom místě a současně se řeší často nevyhovující bydlení seniorů či těžce zdravotně postižených osob. Výhodou tohoto soustředění příjemců péče v domech s pečovatelskou službou je přítomnost pečovatelky po celou její pracovní dobu, zpravidla v pracovních dnech. Tyto domy nejsou, na rozdíl od domovů-penzionů pro důchodce a domovů důchodců, zařízeními sociální péče, do nichž by se občané umísťovali na základě správního rozhodnutí o přijetí do zařízení, a byty v nich jsou naopak pronajímány na základě nájemní smlouvy podle obecných předpisů o nájmu bytu [Králová, Rážová 2005]. V domech s pečovatelskou službou jsou občanům po vzájemné dohodě poskytovány sociální služby, přičemž se zpravidla jedná o úkony osobní hygieny, stravování, úklid, praní a žehlení prádla, doprovod, nákupy a pochůzky, ošetřování rukou, nohou, zástřih vlasů, holení apod. V roce 2006 bylo u nás 908 domů s pečovatelskou službou se 29 148 bytovými jednotkami, v nichž trvale žilo 32 426 osob.

Mezi pobytová institucionální zařízení sociální péče lze zařadit **domovy-penziony pro důchodce**, jež jsou určeny pro osoby, které dosáhly věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a pro osoby, které jsou plně invalidní. Podmínkou přitom je, že jejich celkový zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči a jsou schopny vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. Klientům je zde poskytováno ubytování a základní péče (tj. služby přímo související s provozem ústavu, např. vytápění, elektřina, voda; nebo jsou nutné a potřebné svou zvýšenou obtížností vzhledem k věku nebo zdravotnímu stavu obyvatel, např. čtvrtletní úklid, vymalování), popř. další placené služby podle přání obyvatel a možností domova-penzionu. Může se jednat například o stravování, praní a žehlení, nákupy a nutné

pochůzky, doprovod na lékařská vyšetření, při vyřizování úředních záležitostí apod. a úklid obytné jednotky [Králová, Rážová 2005]. Nevýhodou je, že zde zpravidla není počítáno s nepřetržitým provozem a zdravotní péčí, takže při zhoršení zdravotního stavu klienta je většinou nutné jeho přemístění do domova důchodců. Podle údajů ČSÚ bylo v roce 2006 celkem 142 domovů-penzionů pro důchodce s kapacitou 11 428 lůžek.

Posledním zde jmenovaným typem sociálních služeb určených pro nesoběstačné seniory jsou **domovy důchodců** (resp. domovy pro seniory). Tato ústavní zařízení jsou určena především pro občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna v jejich vlastním prostředí za pomoci rodiny ani pečovatelskou službou nebo jinými terénními službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů. Nebývají sem však přijímány osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. V domovech důchodců se poskytuje zejména bydlení, zaopatření (stravování, úklid a další služby), zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče a v případě potřeby osobní vybavení [Králová, Rážová 2005]. Odběr služeb je zde většinou povinný, což ovšem nemůže odrážet skutečné potřeby konkrétního člověka a může se tím pádem stát, že některé služby jsou poskytovány i klientům, kteří je v podstatě nepotřebují [Šosová 1999]. Domovů důchodců bylo v České republice v roce 2006 celkem 390 a jejich kapacita byla 38 672 lůžek.

Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) platný od 1.1.2007 však již pobytová institucionální zařízení sociální péče na domovy-penziony pro důchodce a domovy důchodců nerozlišuje a uvádí pouze kategorii „domovy pro seniory“, v nichž se dle §49 tohoto zákona poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

II. Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém

V tomto oddíle se budeme věnovat otázkám potřeb seniorů jako sociologickému a sociálně psychologickému problému. Text krátce uvozujeme rekapitulací nejvýznamnějších obecných přístupů k teorii potřeb a navazujeme přehledem vybraných empirických, kvalitativních i kvantitativních šetření, které znovu nahlížíme prizmatem konceptu potřeb.

Potřeby se projevují jako objektivně či subjektivně pociťované nedostatky na úrovni fyzické i sociální existence jedince [Nakonečný, 1995]. Jejich naplňování má sociální povahu a činnosti, které k němu vedou, jsou zakotveny v sociálních sítích.

1. Potřeby z pohledu psychologických teorií

1.1 Motivační teorie A. Maslowa

Pravděpodobně nejlivnější, i když jistě ne neproblematickou teorií lidských hodnot je psychologická motivační teorie Abrahama Maslowa. Maslow [1943] říká, že teorie motivace by se měla zaměřit především na cíle a nikoliv na prostředky vedoucí k dosažení potřeb. Prostředky totiž mohou být kulturně specifické, kdežto cíle jsou spíše univerzální. Autorem nabídnutá klasifikace je tak klasifikací cílů, nikoliv motivovaného chování nebo podněcujících pudů (*drives*). Potřeby se dle Maslowa uspořádávají do jisté míry hierarchicky a objevení se jedné potřeby je obvykle založeno na uspokojení potřeby v hierarchii předcházející. Autor hovoří o hierarchii relativní nadvlády [*hierarchy of relative prepotency*, *ibid.* 1943:375], protože aktuálně neuspokojená potřeba má tendenci v organismu „vládnout“ či dominovat. Chování je pak určováno potřebami neuspokojenými, i když jejich relativní síla slábne s tím, jak se pohybujeme od potřeb „nižších“ k potřebám „vyšším“. Žádná potřeba nemůže být chápána jako izolovaná nebo ohraničená, neboť se vyskytuje v relaci k (alespoň částečnému) uspokojení či neuspokojení ostatních potřeb. Celá motivační teorie přitom nesmí být ztotožňována s teorií chování, protože motivace jsou jen jednou z mnoha determinant chování. Chování je sice dle Maslowa téměř vždy motivované, ale zároveň i biologicky, kulturně a situačně determinované.

Ve své práci na toto téma Maslow definuje tyto základní potřeby:

1. fyziologické potřeby (jídlo, teplo, sex apod.);
2. potřeba bezpečí, (vzájemné) lásky, sounáležitosti a přijetí;
3. potřeba uznání (potřeba nezávislosti, svobody, síly, sebejistoty tváří v tvář světu a požadavek prestiže, respektu ze strany jiných lidí, uznání a pozornosti);
4. potřeba seberealizace (touha stát se více a více tím, čím se člověk může stát (jakým je schopen se stát);
5. kognitivní potřeba vědět/znát a rozumět/pochopit.

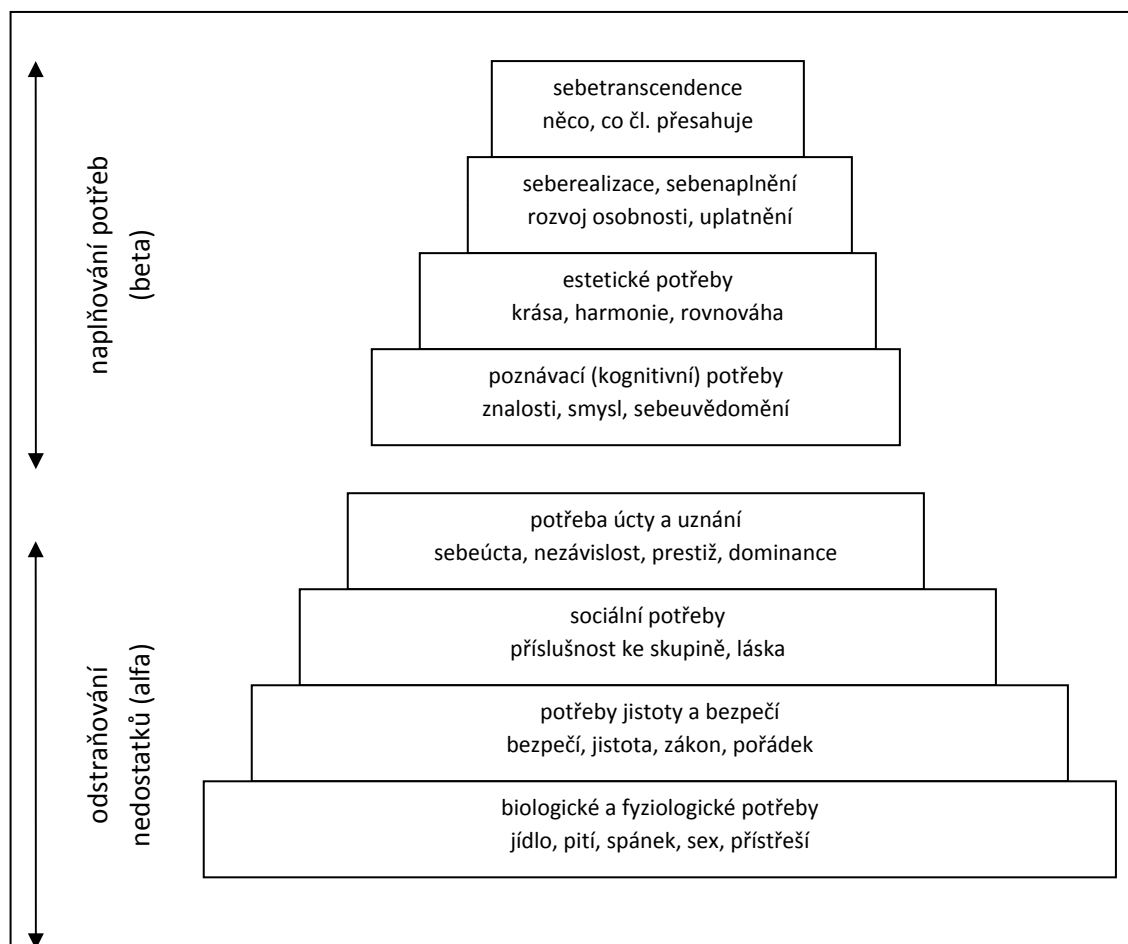
Tento systém bývá často ilustrován ve formě pyramidy (viz obrázek č. 1), v jejímž základě jsou potřeby „deficitní“ a na vrcholu potřeby „bytí“. Sám Maslow však o pyramidě explicitě nehovořil a od představy rigidity a striktní hierarchie implikované následnosti zrazoval. Platí sice, že člověk v situaci, kdy je deprimován ve dvou potřebách, bude s větší pravděpodobností toužit nejdříve po naplnění potřeby „nižší“, ale např. pro některé osoby může být potřeba sebeúcty významnější než láska. Jakási hierarchie se tak uplatňuje spíše mezi dvěma základními skupinami potřeb – skupinou alfa (potřeby nutné pro přežití) a skupinou beta. Když jsou potřeby alfa naplněny, jejich hodnotu skoro nevnímáme, chápeme ji jako samozřejmost a nepotřebujeme je rozšiřovat (po jídle jsme zasyceni). Oproti tomu potřeby beta, potřeby rozvojové, se nikdy zcela nenaplní a i když jsou uspokojeny, jejich potřeba stoupá, neboť náš život rozvíjejí a obohacují. Tyto druhotné potřeby se objevují a rozvíjejí až po naplnění těch základních [Šiklová n.a.]. Šiklová si všimá, že v případě seniorů v naší společnosti jsou potřeby alfa v zásadě uspokojeny (senioři neumírají hladem), ale strádají v potřebách rozvojových - tedy potřebě sociální důstojnosti, mezilidských vztahů a lásky od bližních. Jako důkaz navrhuje existenci demografické paniky [koncept viz Vidovičová 2006], tedy obviňování starších lidí z ekonomické zátěže současné společnosti.

Často bývá opomíjen fakt, že Maslow definuje několik předpokladů pro uspokojování těchto základních potřeb, které nejsou cíli sami o sobě, ale „téměř“, protože jsou na základní potřeby pevně navázány. Jsou to podmínky jako „svoboda hovoru, svoboda dělat si, co člověk chce, dokud tím není postižen nikdo druhý, svoboda projevu, vyjádření sebe sama, spravedlnost, rovnost, čestnost/upřímnost, uspořádanost ve skupině“ [Maslow 1943:383].

Pro náš zájem je také užitečné vzít v úvahu, že tyto potřeby nejsou bezpodmínečně považovány ani za zcela nevědomé ani za zcela uvědomované. Je tedy nasnadě otázka, nakolik je reálné uvažovat o aktivním či pro-aktivním přístupu subjektů, v našem případě seniorů při definici svých potřeb a jakou roli hraje tento fakt při plánování jejich zajišťování. A to zejména v případech, kdy subjekty nejsou přímo a *a priori* účastny tohoto plánování, jako tomu nezřídka bývá právě při poskytování služeb seniorům.

Jednou z nejpodstatnějších charakteristik této typologie je výše zmíněný akcent na cíle, nikoliv na způsoby jejich dosahování. To je z pohledu našeho tématu velmi zásadní, protože můžeme vycházet z přesvědčení, že tyto potřeby jako cíle se v průběhu času nemění, může se ovšem měnit jejich intenzita, způsob naplňování a dokonce i pořadí.

Obrázek č. 1 Hierarchizace lidských potřeb



Zpracováno dle: Hájek, M.: *Motivace a vedení lidí*. [online]. [cit 2007-11-04]. Dostupné z: http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_hierarchy.gif

1.2 Teorie potřeb M. Max-Neefa

Manfred Max-Neef, chilský ekonom zabývající se především otázkami chudoby, argumentoval, že základní lidské potřeby jsou nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné ve své povaze [cf in Fisher n.d.]. Max-Neefova teorie potřeb - **Model rozvoje lidské škály** (Human-Scale Development) klasifikuje lidské potřeby jako nemnohé, konečné a určité, navíc konstantní ve všech lidských kulturách a historických časových periodách. Co se ale dle autora v čase a mezi kulturami mění, jsou způsoby, jakými jsou tyto potřeby naplňovány. Stejně jako u Maslowa jsou potřeby chápány jako systém, jako vzájemně propojené a interaktivní. Oproti tradiční motivační teorii však - s výjimkou základních potřeb bytí/existence a přežití - zde nejsou potřeby nikterak hierarchizovány, ale jsou v procesu svého uspokojování charakterizovány simultaneitou, vzájemnou komplementaritou a kompromisy. Max-Neef jako základní lidské potřeby klasifikuje bytí (*subsistence*); ochranu; city/lásku (*affection*); porozumění; participaci; rekreaci (ve smyslu volného času, odpočinku, času na reflexi), kreaci/tvoření a svobodu. Potřeby jsou pak definovány v existen-

II. Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém

ciálních kategoriích: bytí (*being*), vlastnictví (*having*), děláni a interakce. Kombinací těchto dimenzí vzniká tabulka o 36 buňkách, kterou reprodukuje tabulka č. 7.

Tabulka č. 7 **Základní lidské potřeby - dělení dle Max-Neef**

základní lidské potřeby	formy uspokojení (satisfiers)			
	bytí (kvality)	vlastnictví (věci)	dělání (jednání)	interakce (prostředí)
bytí/přežití	fyzické a mentální zdraví	jídlo, přístřeší, práce	jíst, oblékat se, odpočívat, pracovat	životní prostředí, sociální okolí
ochrana	péče, adaptabilita, autonomie	sociální zabezpečení, zdravotnictví, práce	spolupracovat, plánovat, pečovat, pomáhat	sociální prostředí, bydliště/bydli
city	respekt, smysl pro humor, štedrost, smyslnost	přátelství, rodina, vztahy s přírodou	sdílet, starat se o, milovat se, vyjadřovat emoce	soukromí, intimní místa pro sdílení
porozumění	kritická kapacita, zvědavost, intuice	literatura, učitelé, politiky, vzdělání	analyzovat, studovat, meditovat, zkoumat	školy, rodiny, univerzity, komunity
participace	vnímavost, zasvěcení, smysl pro humor	odpovědnost, povinnosti, práce, práva	spolupracovat, vyjadřovat myšlení, nesouhlasit	asociace, strany, církve, sousedství
volný čas	imaginace, klid, spontánnost	hry, zábavy, pokojná mysl	denní snění, pamatovat si, relaxovat, bavit se	krajina, intimní prostory, místo, kde lze být sám
kreace	imaginace, smělost, vynalézavost, zvědavost	schopnosti, vlohly, práce, techniky	vynalézat, budovat, designovat, pracovat, skládat, interpretovat	místa pro vyjádření, workshopy/dílny, obecnstvo
identita	pocit sounáležitosti, sebeúcta, zásadovost	jazyk, náboženství, práce, zvyky, hodnoty, normy	poznat sám sebe, růst, odevzdat se	místa, kam patřím, prostředí každodennosti
svoboda	autonomie, vášeň, sebeúcta/hrdost, otevřená mysl	rovná práva	nesouhlasit, vybrat, riskovat, rozvinout uvědomění	kdekoliv

Zdroj: Fisher, n.d., překlad L.V.

Formy uspokojení těchto potřeb mohou nabývat různých podob a získávat také přidané charakteristiky. Mohou být i rušivé či zničující, pseudouspokojující, inhibující, jednodimenzionální či uspokojující multidimenzionální potřeby (tzv. synergické formy uspokojení). Autor argumentuje, že určité formy uspokojení jedné potřeby mohou v konečném důsledku inhibovat nebo i zcela znemožnit uspokojení potřeby jiné. Jako příklady uvádí válku, která je prezentována jako snaha o zajištění bezpečí, ale přitom ohrožuje bytí, participaci a svobodu; nebo případ televize, která sice může uspokojovat potřebu oddechu, ale zasahuje do potřeb porozumění, kreativity a identity. Jako příklad synergických forem uspokojení je citováno například kojení, preventivní medicína nebo edukační hry.

2. Potřeby a vyšší věk

Problematika potřeb ve vyšším věku je motivována dvěma otázkami: zaprvé, jaké potřeby má starší člověk a zdali se tyto liší od jeho potřeb v předchozích životních fázích, a zadruhé, jak, kdo a kdy dané potřeby ve vyšším věku uspokojuje.

Ikellová [1994] na základě výzkumu životní pohody (well-being) a kvality života seniorů v sedmi lokacích na čtyřech kontinentech došla k závěru, že existuje cosi jako panhumánní hierarchie potřeb, přinejmenším v případě nejzákladnějších potřeb ekonomického a fyzického bezpečí. Z jejích dat totiž vyplývá, že kulturní a individuální faktory určují pouze odpovídající hladinu, na které lidé svůj pocit pohody hodnotí. Výzkum dále potvrdil, že uspokojení v základních doménách přispívá více k celkové pohodě než obecný pocit pohody ovlivňuje evaluaci různých specifických životních domén. To je patrné především z významného vlivu materiálních a zdravotních podmínek na osobní hodnocení. Projekt, o kterém Ikellová referuje, také zjistil, že lidé s vysokou mírou subjektivní pohody obtížněji nacházejí pro svůj stav vysvětlení, kdežto osoby se sníženým subjektivním blahobytem obvykle dokáží velmi specificky definovat, jaký je jejich problém. Pro mnoho lidí, pokračuje autorka, je vysoké skóre pohody „stádiem nula“, jehož hlavní charakteristikou je absence problémů [Ikellová 1994; Keith et al. 1994].

Dle Kubalčíkové [2007b] „ve společnosti se stále ještě vyskytuje určitý stereotypní vzorec percepce potřeb starých lidí. Často se domníváme, že stáří s sebou přináší nějaké „speciální potřeby“, které se u ostatních příslušníků populace nevyskytují, nebo naopak máme tendenci redukovat potřeby starých lidí na úroveň základního fyziologického a materiálního zajištění. Objektivně vzato, je struktura potřeb starých lidí stejná jako u všech ostatních příslušníků společnosti a stejně tak jsou potřeby neoddelitelné a vzájemně propojené do jednoho celku. S příchodem stáří, tedy v případě omezení funkčního potenciálu, se struktura potřeb nemění, avšak může se projevit změna v zaměření potřeb i jejich subjektivní význam. Vágnerová [2000] uvádí např. pokles stimulace, snížení potřeby učení, změnu v charakteru sociálního kontaktu, zvyšování potřeby jistoty a bezpečí, růst deficitu u potřeby seberealizace spojený s odchodem do penze, posilování potřeby otevřené budoucnosti a naděje.“ [2007:5-6].

Z předchozího podtrhujeme zejména fakt, že cíle jednání i prostředky k uspokojování potřeb v Maslowově terminologii mohou s vyšším věkem mutovat. Stárnutí (tedy zvyšování věku) přitom chápeme jako proces, který v čase koinciduje se změnami funkčního a zdravotního stavu, změnami v rodinných a partnerských vztazích apod., což může ovlivnit dostupné formy uspokojování potřeb. Formy uspokojení potřeb jsou ale také závislé na změnách v životním prostředí a dostupných službách. Otázka potřeb a možnosti jejich uspokojování ve vyšším věku se v důsledku těchto předpokladů stává velice komplexní. Pichaud a Thureauová [1998 paraf. Kubalčíkovou 2007b] uvádějí konkrétní příklady zobecnitelných změn potřeb ve stáří:

- Zprv dříve dostatečně saturované potřeby mohou být ve stáří pocíťovány jako deficitní (např. bezpečí), zatímco u jiných se může projevit nadbytek (př. volný čas).
- Zadruhé dochází k akcentaci jiného rozměru dané potřeby (př. seberealizace je více spojena s koníčky).
- Zatřetí propojení určitých typů potřeb zesiluje (např. bezpečí je více spojováno s fyzickou pohodou), u jiných naopak může oslabovat (ekonomické zajištění není spojeno se seberealizací v zaměstnání) nebo zajištění jedné z potřeb neguje potřebu jinou (přestěhování do domu s pečovatelskou službou může zvýšit pocit bezpečí, ale může narušit sociální vazby).

Například potřeba **bezpečí** je silná zejména v období dětství a bývá aktivována především v situacích bezprostředního ohrožení. Lze ji ovšem charakterizovat také jako určitou touhu po stabilitě, kterou lze sledovat v průběhu celého života (např.

v práci). Vedle osamělosti jsou jako velký problém stáří identifikovány obavy: obava z pádu, z útoku, z neschopnosti přizpůsobit se a obava, aby se člověk nestal zátěží pro rodinu a přátele² [Johnson, Hickman Morris 2001]. Potřeba bezpečí a absence ohrožení ve stáří tak nabírá novou váhu a lze ji hodnotit jako jednu z nejvýznamnějších potřeb ve stáří. Může se vracet potřeba rutiny, jistoty alespoň v částečném řádu a pořádku, hlouběji se akcentující preference pro známé než pro neznámé, pro obvyklé než pro neobvyklé, což je někdy mylně zaměňováno za konzervativismus či rigiditu. Hazan [1994] uvádí zajímavý příklad z britských výzkumů, kde respondenti odmítali rezidenční služby s odůvodněním, že si tam nebudou moci sami uvařit šálek čaje, čímž vyjadřovali obavy z (potencionální) ztráty kontroly nad svým životem.³

Maslow v první fázi svého zkoumání do této kategorie zařadil i tendenci mít nějaké náboženství nebo koherentní světonázor, ale později tuto dimenzi oddělil jako samostatnou dimenzi sebepřesažení, transcendence, spirituální potřeby kosmické identifikace [Říčan 2006]. Fromm hovoří explicitně o náboženské potřebě systému orientace a uctívání, která je nedílnou součástí lidské existence a která je nejsilnějším pramenem lidské energie [Fromm 1950 parafrázováno u Říčan 2006]. V souladu s rétorikou potřeb uvádí Halík [2002:28]: „Náboženskost pokládám za přirozenou dimenzi člověka a společnosti, podobně jako smysl pro krásu, pro humor či pro veřejný život. Podobně jako tyto rozměry našeho života může být rozvinuta a pěstována..., anebo zůstávat na okraji života, zastíněna něčím jiným, nebo být úplně zanedbána, či dokonce vědomě potlačena“. Často je to právě ve vyšším věku, kdy se tato potřeba **spirituality** stává zřetelnější a významnější (srov. např. Narayanasamy et al. [2004], Johnson a Hickman Morris [2001] nebo Coleman [2004]). V českém kontextu identifikovala Sýkorová [2007] „transcendentno“, tj. víru v Boha jako jeden z cílů, na který se některé osoby zaměřují ve své strategii zvládnutí stáří. Spiritualita se tak dostává na úroveň zdraví, sociálních vztahů a volnočasových aktivit coby příslovečná červená nit udržující koherentnost lidského života. Hickman Morris, 82letá seniorka však o svých spirituálních potřebách hovořila v širších pojmech, jako o potřebě milovat a být milována, dávat a přijímat, být potřebná; být respektována nikoliv ochranně ošetřována, a to i přes omezení, se kterými se potýká; udržovat a dále rozvíjet smysl pro humor; rozvíjet citlivost a imaginaci; udržet si rozhled a perspektivu; plánovat své aktivity a odpočívat; radovat se z kreativity; naslouchat a být vyslyšena; mít svůj prostor a čas o samotě ke zklidnění, přemýšlení a modlitbě; budovat svoji víru a dále se učit „v tomto světě i po něm“ [Johnson, Hickman Morris 2001:21-22]. Nejedná se tedy „pouze“ o religiozitu v tradičním pojetí, ale i o obecnější úsilí o poznání smyslu - smyslu života, vztahů, sebe sama, světa [Randall, Kenyon 2001].

Autonomie je další z potřeb spadajících do vysoko postavené dimenze sebeaktualizace, která ve stáří nabývá specifických podob. Dle Sýkorové [2007: 78-79] „Maslowem identifikované charakteristiky sebeaktualizovaných osob splývají s definičními znaky autonomních jedinců: Především s *asertivitou*, která znamená závislost individuí na vlastních soudech více než na kulturních normách, prosazování svého životního stylu v souladu s vlastními potřebami, sebekázeň, rozhodnost a odpovědnost. A rovněž s odstupem a potřebou soukromí coby schopnosti sebeaktu-

² Tyto obavy byly identifikovány v rámci britského výzkumu Department of Health 1994 „The F factor: Reasons why Some Older People choose Residential Care [cit. in Johnson, Hickman Morris 2001]. Z toho titulu jsou instituce sociálních služeb a zvláště rezidenční služby často považovány za formu naplnění této potřeby bezpečí.

³ K podobným výsledkům došel výzkum Život v domovech pro seniory 2007, kde byla ztráta autonomie a (ne)možnost ovlivnit svůj každodenní život identifikována jako jeden z nejzávažnějších důsledků života v pečovatelské instituci, na který byla navázána řada dalších faktorů snížené kvality života [Vidovičová, Lorman 2008].

alizovaných (pro nás autonomních) osob být samy, aniž by se cítily osamělé.“ Uspokojení potřeby autonomie zvyšuje pravděpodobnost pocitu životní spokojenosti [Dworkin paraf. in Sýkorová 2007:79]. Sýkorová [2007] se zabývala obecně konceptem autonomie jako spojujícím tématem pro strategii zvládnání stáří. Ve svém kvalitativním výzkumu zjistila, že **z pohledu seniorů** je autonomie vícesložkovým konceptem, v němž dominuje fyzická soběstačnost, tedy především zdraví, v širším pojetí soběstačnost funkcionální, a to jak fyzická, tak psychická. „Subjektivní zdraví ovlivňuje i jejich chápání hodnoty vlastní autonomie: čím horší zdraví, tím je autonomie cennější, až po hranici naprosté závislosti, kdy namísto autonomie vystupuje do popředí hodnota bezpečí a lidské důstojnosti“. [Sýkorová 2007:227] Následuje dimenze soběstačnosti finanční, která je jakousi zástupnou proměnou pro samostatný výkon každodenních aktivit a umožňuje nezávislost na druhých lidech, rozhodování o vlastních záležitostech a vůbec svobodu v jednání. Takto praktikovaná autonomie je zdrojem sebeúcty a sebevědomí. Vedle autonomie je možné uvažovat i o konceptu **integrity** (celistvosti, morální soudržnosti) [např. Teeri et al. 2007]. Jednou ze strategií zachování autonomie však může být i dobrovolně zvolená závislost. Takový postoj umožňuje jedincům zachovat zbývající sílu, kterou investují do „světa významů, který (ještě) zůstává pod jejich kontrolou“ [Hazan 1994:77].

Jednou z opomíjených dimenzí potřeb ve vyšším věku je **sexuální uspokojení** (jako fyziologická potřeba) [viz např. Tošnerová 1998] a potřeba intimního kontaktu (jako potřeba sociální). Například Červenková et al. [2006] tuto dimenzi při vysvětlování Maslowovy hierarchie vůbec necituje.

Na základě předchozích příkladů již není pochyb, že potřeby jsou zcela zásadní analytickou kategorií. Naplňování potřeb je nejen fyziologickou nutností, ale zcela legitimním psychologickým i sociálním požadavkem. Legitimita těchto potřeb je také formálně ve společnosti rozpoznána ve formě programových a ideových dokumentů,⁴ ve kterých je obsažen - více či méně explicitní - požadavek součinnosti generací, součinnosti jedinců a institucí a spolupráce veřejného, neziskového a komerčního sektoru při jejich dosahování.

Přesto se zdá, že neexistuje zcela bezkonfliktní a univerzálně platný seznam potřeb⁵ a nelze o potřebách uvažovat jako o základech pro vysvětlení chování. Potřeby se liší a lidé mohou volit různé strategie při jejich uspokojování, respektive podobné strategie mohou vést k uspokojování různých potřeb. Tento závěr je intuitivní, pokud vycházíme z rozpoznání vysoké heterogenity seniorské populace. Nabízí se tedy otázka, zda jsou potřeby „správným“, resp. odpovídajícím prostředkem managementu „problémů“ starých. Hazan [1994] kritizuje na potřeby orientovanou perspektivu především ze dvou pozic: za prvé, dle tohoto autora tento přístup svádí často až k ideologickému nahlížení na seniory jako na „shluk“ potřebných, kteří potřebují „řešení“. Za druhé, tato perspektiva svým „pojetím potřeb jako statického základu chování podceňuje dynamiku stimulu a reakce na něj a neustále se měnící charakter sociální akce a interakce“ [Hazan 1994:56].

Z výše uvedeného vyplývá, že - ať již přímo nebo skrze sadu předpokladů pro jejich uspokojování - existují typy potřeb a zejména legitimních cest pro jejich

⁴ Např. Vídeňský a Madridský akční plán 2002; Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 - 2007 nebo aktuální Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 až 2012 (Kvalita života); Národní akční plán sociálního začleňování (NAPSI) na léta 2004 - 2006 apod.

⁵ Dle Hazana [1994] neplatí univerzalita ani v případě potřeb tzv. „základních“, jak se to ukazuje v situacích (dobrovolné) abstinence - půst nebo hladovka, celibát, mučednictví apod. Říčan [2006] zase podtrhuje, že hierarchicky vyšší potřeby, když se jednou "dostaly ke slovu", mohou později převážit nad potřebami nižšími: například člověk může bojovat za ideál spravedlivé společnosti i za cenu obecného opovržení, hladu nebo dokonce smrti.

uspokojování, jež jsou kulturně definované, tudíž v čase a prostoru proměnné. Je otázkou sociálního konsenzu, které potřeby seniorů, jaké cesty jejich naplnění a jaké (a jak bohaté) zdroje jejich naplnění budou společností uznány. Potřeby které úrovně jsou zodpovědností institucí? Může instituce vůbec zajišťovat celé spektrum potřeb? A pokud ne, znamená to snad, že institucionalizovaní jedinci jsou z pohledu této teorie permanentně deprimovaní, neuspokojení, v pojetí Max-Neefa chudí?

Role institucí v zajišťování tzv. autentických potřeb seniorů, tj. takových potřeb, které vznikají až jako důsledek reálného poklesu funkčního potenciálu, by měla být především trojí:

1. sociální reaktivace - tedy podpora autonomie a řešení na komunitní (lokální) úrovni, podpora sdružování a sebeorganizace skupin s podobnými potřebami;
2. sociální prevence sociální exkluze, pomoc organizovaná s cílem setrvání v přirozeném prostředí a při udržení možnosti autonomního rozhodování;
3. individualizovaná pomoc a podpora směřující k udržení/obnovení rovnováhy mezi jedincem a prostředím, v němž žije [Kubalčíková 2007b].

Pravděpodobně hlavní a spojující linií všech těchto tří úrovní je snaha o zabránění vzniku či dalšímu rozvoji institucionální (institucionálně-konstruované) závislosti jedince na službě [srov. Phillipson 1998]. Ne vždy ovšem tento ideální scénář funguje. Dle již výše citované studie Sýkorové [2007] například „sociální pracovníci profesně zaměřeni na péči o seniory uplatňují jen ojediněle přístup akceptující autonomii starších osob, zejména ve smyslu již výše zmiňované „svobody v jednání“. Mají tendenci vidět v nich lidi nemocné, nekompetentní, závislé na pomoci druhých a na druhé pasivně spoléhající. Vesměs neberou v úvahu jejich potřebu autonomie, schopnost a snahu mobilizovat vlastní síly v zájmu jejího zachování, samostatně rozhodovat o sobě a svých záležitostech. Osobní autonomii ve stáří interpretují pouze ve významu fyzické soběstačnosti“ [ibid.:231]. To potvrzuje i analýza legislativního konceptu uspokojování potřeb ve stáří v následujícím oddíle. Naznačuje totiž, že jednání sociálních pracovníků, popisované Sýkorovou, může vycházet z mnohem subtilnějších, institucionálních rámců, které jsou nastaveny tak, že jsou k saturaci vyšších potřeb „hluché“, nereaktivní, necitlivé.

Není bez zajímavosti, že s konceptem potřeb pracují také některé definice špatného zacházení. Hudsonová [2002] například definuje zanedbávání péče jako nedbalý, lhostejný nebo svévolný nedostatek pozornosti od určeného nebo předpokládaného pečovatele, který má za následek újmu, způsobenou neuspokojením základních potřeb starého člověka. Takové zanedbávání péče je příbuzné týrání seniorů a prevence takového jednání by měla patřit mezi hlavní priority zajišťování kvalitní péče.

2.1 Uspokojování potřeb - legislativní koncept

V této části se stručně pokusíme optikou potřeb nahlédnout koncepty „péče o vlastní osobu“ a „činnosti při poskytování sociálních služeb“ tak, jak jsou prezentovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (zejm. §9 a § 35) - dále jen zákon.

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat úkony, které zajišťují především základní potřeby bytí (příprava stravy, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny), dále úkony, které jsou základními předpoklady sociální participace mimo okruh vlastního bydlení (tedy pohyb,

II. Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém

chůze, oblékání, orientace v přirozeném prostředí) a nakonec schopnost zvládat úkony podporující zdraví (např. provedení si jednoduchého ošetření a dodržování léčebného režimu). Pravděpodobně zajímavější je ovšem koncept „soběstačnosti“, který je operacionalizován jako schopnost zvládnutí úkonů (tedy v Maslowově terminologii „cílů“) korespondujících s jednotlivými úrovněmi potřeb (viz tabulka č. 8). Soběstačnost lze chápat také jako pojem podřazený „nezávislosti“ nebo „svobodě“. Tyto potřeby jsou obsaženy v potřebě úcty a uznání (u Maslowa), případně „svobody“ (u Max-Neefa).

Tabulka č. 8 **Operacionalizace konceptu „soběstačnosti“ v zákoně o sociálních službách (§ 9, odst. 2)**

	operacionalizace konceptu „soběstačnosti“ v zákoně o sociálních službách (§ 9, odst. 2)
biologické a fyziologické potřeby	obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování), vaření, ohřívání jednoduchého jídla, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péče o prádlo, přepírání drobného prádla, péče o lůžko, <i>udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti</i>
potřeby jistoty a bezpečí	obsluha běžných domácích spotřebičů, manipulace s kohouty a vypínači, manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
sociální potřeby	komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
potřeba úcty a uznání	nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí
poznávací (kognitivní) potřeby	
estetické potřeby	<i>udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti</i>
potřeby seberealizace	
sebetranscendence	uspořádání času, plánování života

Pozn.: kurzívou jsou napsány kategorie spadající do více oblastí.

Analyzujeme-li § 9 zákona optikou hierarchie potřeb, jak jsme to naznačili v předcházející tabulce č. 8, vidíme opět větší důraz na uspokojování potřeb v „základně“ pomyslné pyramidě potřeb a naopak podhodnocení její vrchol s potřebami subtilnějšími. Podobný obrázek je také zachycen v následující tabulce č. 9, která optikou potřeb hodnotí seznam základních činností, které jsou klientům poskytovány v rámci sociálních služeb. Prázdná políčka naznačují, že uspokojení některých typů potřeb není plánovitě do legislativního vymezení sociálních služeb zahrnuto. To může evokovat přinejmenším dva závěry: buďto nejsou tyto potřeby rozpoznány nebo se předpokládá jejich saturace jinými kanály.

II. Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém

Tabulka č. 9 **Operacionalizace konceptu „základních činností pro poskytování sociálních služeb“ v zákoně o sociálních službách (§ 35, odst. 1)**

	operacionalizace konceptu „základních činností pro poskytování sociálních služeb“ v zákoně o sociálních službách (§ 35, odst. 1)
biologické a fyziologické potřeby	a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování e) pomoc při zajištění chodu domácnosti
potřeby jistoty a bezpečí	j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí k) telefonická krizová pomoc
sociální potřeby	h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím i) sociálně terapeutické činnosti g) sociální poradenství l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
potřeba úcty a uznání	
poznávací (kognitivní) potřeby	f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností
estetické potřeby	
potřeby seberealizace	
sebetranscendence	

Ne všechny činnosti vyjmenované v zákoně jsou v praxi realizovány jako převážně „seniorské“ (např. podpora vytváření základních pracovních návyků), jiné naopak více asociují péči o křehké, nesoběstačné seniory (např. pomoc při osobní hygieně). Nutno dodat, že v § 35, odst.4 je dále uvedeno, že „fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti“, které nejsou dále specifikovány (a tudíž ani hodnoceny).

Červenková et al. [2006:10] na základě Maslowovy typologie odkazuje ke čtrnácti principům základní ošetrovatelské péče o nemocné, nikoliv tedy specificky o seniorskou populaci, na které by se měla poskytovaná péče zaměřit:

1. pomoc pacientovi s dýcháním,
2. pomoc při příjmu potravy,
3. pomoc při vyměšování,
4. pomoc při udržení žádoucí polohy,
5. pomoc při odpočinku a spánku,
6. pomoc používat vhodný oděv, pomoc při oblékání, svlékání,
7. pomoc při udržování tělesné teploty v normálním rozmezí,
8. pomoc při udržování čistoty a upravenosti těla, ochrana kůže,
9. ochrana nemocného před nebezpečím z okolí,
10. pomoc při komunikaci nemocného, při vyjádření jeho pocitů a potřeb,
11. pomoc při vyznávání víry, akceptování jeho pojetí dobra a zla,
12. pomoc při produktivní (pracovní) činnosti nemocného,

13. pomoc v odpočinkových (zájmových) činnostech,

14. pomoc nemocnému při učení.

Specifická podoba potřeb u pacientů je závislá především na charakteru nemoci, zároveň však na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Tato škála již zahrnuje de facto většinu dimenzí definovaných potřeb a mohla by proto sloužit jako spolehlivý „kontrolní seznam“ zajištění potřeb nejen nemocných, ale také seniorů obecně, například pro aplikaci na seniorskou populaci v rezidenčních zařízeních.

2.2 Výzkum potřeb uživatelů - seniorů: příklad města Brna

Jako příklad jednoho z prvních pokusů o zmapování potřeb tzv. cílových skupin lze jistě využít procesy komunitního plánování. Město Brno využilo této metody při vytváření komunitního plánu sociálních služeb města Brna do roku 2009, kde jednou z cílových skupin byli též senioři. Detailní dokumentace celého procesu a jeho výsledků je k dispozici na webových stránkách: www.domovypotrebnych.cz.

Na stránkách projektu je také možné shlédnout výsledky tzv. „Minianalýzy potřeb“, která vznikla vytvořením seznamů „jaké služby již máme“ a „jaké služby potřebujeme“.

(viz: http://www.domovypotrebnych.cz/pracskup/minianalyza_ps_seniori.doc)

V rámci tohoto projektu provedla Kubalčíková [2007a, b] pilotní výzkum uživatelů sociálních služeb ve městě Brně. Výzkum byl dvoufázový. V první vlně byly provedeny semistrukturované rozhovory se 17 osobami. Výběr respondentů pro dotazování byl kombinací náhodného a záměrného výběru: z vytipovaných druhů služeb byla nahodile vybrána konkrétní zařízení a v nich pak nahodile i respondenti. V druhé fázi pak byly názory ověřovány metodou Focus groups - ohniskového rozhovoru se skupinou seniorů, kteří dosud klienty systému sociálních služeb nejsou. Výzkum proběhl v únoru 2007 [Kubalčíková 2007a]. Zjištění pilotního výzkumu přinesly následující závěry:

- pro klienty bývá nejčastějším impulzem pro začátek využívání některé sociální služby zdravotní omezení;
- významný prvek pomoci senioři spatřují v zajišťování stravy, na důležitosti nabývá nejen dostupnost stravy, ale také kvalita jídla;
- důležitým faktorem je možnost využít pomoc při drobných pracích v domácnosti (úklid, nákupy, zajištění jídla), což pomáhá v prodlužování relativní soběstačnosti;
- respondenti-klienti zmiňovali význam dané služby při uspokojování potřeb sociálních, jako jsou sociální kontakty, komunikace, a potřeb „psychických“ - zvládnutí obav ze samoty a obav o vlastní bezpečnost (zranění v domácnosti nebo i útoky zvenčí);
- vysokou hodnotou se projevuje také kontrola nad způsobem trávení vlastního volného času, která se klientům bez zkušenosti s rezidenčními sociálními službami zdála jako nesmírně problematická právě v domovech důchodců (domovech pro seniory); s tím byla také spojena obava z nutnosti dodržování „nějakého režimu“ a na to navázána obava z ohrožení autonomie – výsledkem takových úvah pak byl

závěr o tom, že „nejlepší je být doma“ a „spoléhat spíš na rodinu než na nějaké organizace“ [ibid. str. 14];

- pozitivně byla hodnocena kolektivnost některých služeb (např. vycházky v domovinkách), které uspokojují jak potřeby sociální, tak např. potřebu po fyzické aktivitě, kolektivnost však byla výrazně odmítána v případě služeb rezidenčních;
- rezidenční služby jsou oceňovány pro pocit jistoty z permanentní přítomnosti další osoby, která poskytne pomoc v případě potřeby;
- služby jsou zajišťovány (tj. domlouvány) především prostřednictvím rodinných příslušníků, informace jsou obvykle získávány neformálními cestami - což jsou dva významné mezičlánky v procesu saturace potřeb institucemi;
- potvrdilo se ovšem, že klienti často nemají zcela zřetelnou představu, co mohou jednotlivé druhy služeb nabízet, jaké potřeby uspokojují a kam až sahají jejich možnosti zajištění pomoci [ibid. str. 11].

Jak ukázal již tento pilotní projekt, sociální služby seniorům na komunitní úrovni dokáží odpovídat na poměrně širokou paletu potřeb ve vyšším věku. Podstatné je, že se zde objevují především potřeby základního „alfa“ typu, jako je jídlo, ale patří sem i zmiňovaná potřeba sociálního kontaktu. Relativní deprivace v těchto „nižších“ potřebách je jednou z pravděpodobných příčin, proč potřeby „vyšší“ nebyly v tomto šetření tematizovány. Jinou příčinou však může být i fakt, že institucionální servis není intuitivně s touto úrovní potřeb spojován, jak to naznačila i analýza legislativního zázemí saturace potřeb ve vyšším věku.

3. Potřeby a jejich uspokojování v empirickém pohledu

Naposledy v tomto oddíle využijeme koncept potřeb jako prizmatu, kterým lze nahlížet dostupná kvantitativní empirická data. Pomocí sekundární analýzy vybraných částí níže charakterizovaných datových souborů se pokusíme zamyslet nad otázkou: Jaké potřeby, preference a cíle vyjadřují respondenti ve svých postojích k životu ve stáří a jeho podpoře sociálními službami? Zvláštní pozornost přitom věnujeme evropskému kontextu a mezinárodnímu srovnání, které nám pomůže ilustrovat kulturní specifitu a univerzálnost takto vyjádřených potřeb, a zejména potřeb péče, ve vyšším věku.

3.1 Použité databáze

50+ (1996): Survey 50+ se uskutečnil v rámci projektu *Senioři v české společnosti* GAČR 403/95/0525 realizovaném prof. Ladislavem Rabušicem a prof. Petrem Marešem na tehdejší katedře sociologie FF MU, dnešní Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity. Terénní sběr dat uskutečnil IVVM v září a říjnu 1996. Byl uplatněn kvótní výběr. Celkový výzkumný vzorek obsahoval 1302 respondentů ve věku 50 až 91 let, ve složení 46 % mužů a 56 % žen.

Život ve stáří (2002): Objektem šetření výzkumu „Život ve stáří“ byla česká populace ve věku 60 a více let. Dotázáno bylo celkem 1 036 osob (60–94 let, 40 % mužů a 60 % žen). Reprezentativitu výběrového souboru zajišťoval kvótní výběr podle NUTS2, pohlaví a věku. Sběr dat provedla agentura STEM-MARK v květnu 2002 metodou řízených rozhovorů. Realizátorem výzkumu byl SOCIOKLUB (www.socioklub.cz) ve

spolupráci s Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí. [Podrobněji viz Kuchařová 2002].

IPPAS (2000 - 2003): Druhá vlna rozsáhlého mezinárodního srovnávacího výzkumu projektu DIALOG - Population Policy Acceptance Study (IPPAS) se uskutečnila mezi lety 2000 a 2003 ve čtrnácti evropských zemích. Otázky o stárnutí byly k dispozici pouze u deseti zemí, přičemž ne všechny zde analyzované proměnné jsou dostupné ve všech zemích. Tyto rozdíly jsou v textu označeny.

Způsob sběru dat se v jednotlivých partnerských zemích projektu lišil, a proto nelze souhrnný soubor považovat za pravděpodobnostní a pracovat se statistickou inferencí. Přesto lze výběry považovat za relativně dobrý odraz širších populací zemí projektu DIALOG. K výpočtům pomocí programu SPSS 14.0 byla využita mezinárodní databáze IPPAS, verze květen 2005 a data byla vážena pouze interní váhou. Další informace k projektu DIALOG lze získat na webových stránkách: www.bib-demographie.de/ppa.

Česká část tohoto výzkumu (PPA II - ČR) byla provedena na přelomu října a listopadu 2001 agenturou SC&C pod vedením L. Rabušice a J. Kocourkové na reprezentativním souboru české dospělé populace, který byl vybrán metodou náhodného výběru (N = 1 094, věk 18-75; 48 % mužů a 52 % žen). Provedení výzkumu bylo spolufinancováno Grantovou agenturou ČR (projekt 403/01/1099 „Veřejnost, demografické procesy a populační politika - Česká republika 2001“) a Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí [Vidovičová, Rabušic 2003].

3.2 Reinterpretace kvantitativních dat optikou potřeby bezpečí

V tomto oddíle budeme k informacím zakódovaným v kvantitativních datech přistupovat jakousi „zpětnou operacionalizací“ datového souboru 50+ a Život ve stáří. Zamýšlíme se, jaké potřeby vyjadřují, či lépe řečeno v sobě zahrnují, výroky o preferencích důchodového chování, subjektivní chudobě a potřebě bezpečí. V předchozích odstavcích jsme potřebu bezpečí identifikovali jako jednu ze základních, tzv. alfa potřeb. Empiricky ji můžeme rozložit na několik dimenzí. Pichaud a Thareauová [1998] pak rozlišují potřebu bezpečí na potřebu ekonomického zabezpečení (mít jistotu ekonomické soběstačnosti, zajištění, spoření), potřebu fyzického bezpečí (pocit fyzické možnosti zajištění podmínek pro život svými silami nebo mít někoho, kdo vše zařídí) a potřebu psychického bezpečí (mít pocit jistoty, klidu). Nenaplnění těchto potřeb se projeví zejména v oblasti negativních změn emočního prožívání a následně i uvažování a chování staršího člověka [Hylena 2007]. Z nám dostupných dat se v této kapitole zaměříme na příklady těchto dvou dimenzí.

Finanční bezpečí lze nahlížet několika způsoby. Jedním způsobem vyjádření finanční nejistoty je subjektivní chudoba. Tento pocit je v populaci českých seniorů již tradičně vysoký a je vyšší než reálné ohrožení chudobou objektivní [Rabušic 1998]. Ve výzkumu „50+“ z roku 1996 byla průměrná hodnota subjektivní chudoby 5,97 bodu na desetibodové stupnici, kde nula je pocit bohatství a deset pocit chudoby. Za chudé se označilo 48 % respondentů důchodců. I když se muži a ženy v tomto indikátoru nelišili, tyto průměrné hodnoty se výrazně zvyšovaly s věkem respondenta: jestliže pro osoby 50–54 to bylo 5,6 bodů, pro osoby starší 75 let již 6,5 bodů. Pracující respondenti a pracující důchodci měli nižší míru subjektivní chudoby (5,5, resp. 5,6) než respondenti důchodci a nepracující důchodci (6,3, resp. 6,5). Podstatně nižší míru subjektivní chudoby měly také osoby, které ve srovnání období před rokem 1989 a po něm preferují dobu novější, což je velmi dobrý indikátor jakéhosi obecného životního

optimismu a přizpůsobení se novým sociálním a ekonomickým podmínkám. Chudoba a majetková deprivace je ovšem často funkcí předchozího socio-ekonomického postavení. V analyzovaném výzkumu „50+“ byla také respondentům nedůchodcům (N = 405) položena otázka „Až dovršíte svůj důchodový věk, pro kterou z možností se budete rozhodovat?“ 42 % respondentů řeklo, že by rozhodně volilo důchod, 30 % by jej volilo „asi“, 16 % asi bude pokračovat v práci, kdežto pouze 7 % uvedlo, že rozhodně plánuje dále pracovat (zbývajících 5 % uvedlo jinou odpověď). Přestože nemáme k dispozici zcela srovnatelná data z pozdější doby, na základě později uskutečněných šetření lze říci, že tento trend výrazné preference důchodu nad (prodlouženou) pracovní aktivitou přetrvává. V šetření osob deset let před důchodem z roku 2007 na dotaz, jak plánují svůj odchod do důchodu, odpovědělo 50 % respondentů, že plánují odejít přesně, jak to pro ně vyplývá ze zákona, 10 % plánuje dokonce předčasný odchod do důchodu, 13 % uvedlo, že jejich plány zahrnují spíše pozdější odchod do důchodu. Necelých 5 % respondentů uvedlo, že do důchodu odejít nehodlá vůbec. Zbývajících 22 % se nedokázalo rozhodnout (zdroj: šetření Finanční gramotnost 2007 VÚPSV, nepublikovaný materiál). Tuto jasnou preferenci starobních důchodů lze interpretovat jako snahu o zajištění základního finančního bezpečí i za cenu snížení reálné hodnoty měsíčního příjmu, který by z pracovního příjmu mohl být vyšší, ale například s příchuť vysokého rizika náhlé nezaměstnanosti. Je to tedy jakýsi trade-off mezi bezpečím a vyšší sociální prestiží, kterou by pravděpodobně poskytoval status v placeném zaměstnání. Toto je samozřejmě pouze jedna z možných interpretací. Preference starobního důchodu může být motivována i osobními preferencemi, situací v rodině (např. potřebou péče o partnera), zdravotním stavem apod. [Vidovičová 2006].

Co se týče psychologického bezpečí, uvádíme příklad z výzkumu Kuchařové [2002], která zjistila, že pocit bezpečí ve vlastním bytě a pocit bezpečí v místě bydliště se významně podílí na celkové životní spokojenosti ve stáří. V tomto výzkumu se ve svém bytě necítilo bezpečně 8 % respondentů ve dne a 16 % v noci. Na dotaz, zda se cítí bezpečně ve dne v místě bydliště, odpovědělo záporně 10 % respondentů starších 60 let, v noci mělo pocit ohrožení již dokonce 29 % respondentů. Asi nepřekvapí, že tento ukazatel byl silně asociován s pocitem osamělosti. Optikou potřeb tak můžeme prokázat provázanost jednotlivých úrovní a jejich vzájemnou závislost - uspokojení potřeby po sociálním kontaktu by přispělo k saturaci potřeby po fyzickém bezpečí. Již jen doplníme, že ženy se cítí ohroženější než muži pouze v noci, ve dne se ve svém bytě i v sousedství cítí muži i ženy spíše stejně. Domov je tedy ne vždy chápán jako místo bezpečí. Domov může být dokonce místem velmi rizikovým - ať už pro nevyhovující fyzické prostředí, neadekvátní péči [Veselá 2003] nebo dokonce pro riziko abusu a domácího násilí [Tošnerová 2002]. Přesto je preference domova jako místa známého a blízkého v období stáří velmi vysoká, jak si ještě ukážeme v další kapitole i v mezinárodním srovnání.

V této kapitole se ještě zastavíme u otázky kanálů saturace potřeb bezpečí a blízkosti. V tabulce č. 10 reprodukuje zjištění Kuchařové [2002], že respondenti starší 60 let při zajištění svého života ve stáří očekávají pomoc především od svých dětí (76 %). Ostatní sledované, sociálně vzdálenější, kategorie jsou za kategorií dětí ve výrazném odstupu s průměrnými 27 % (součet pozitivních odpovědí).

II. Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém

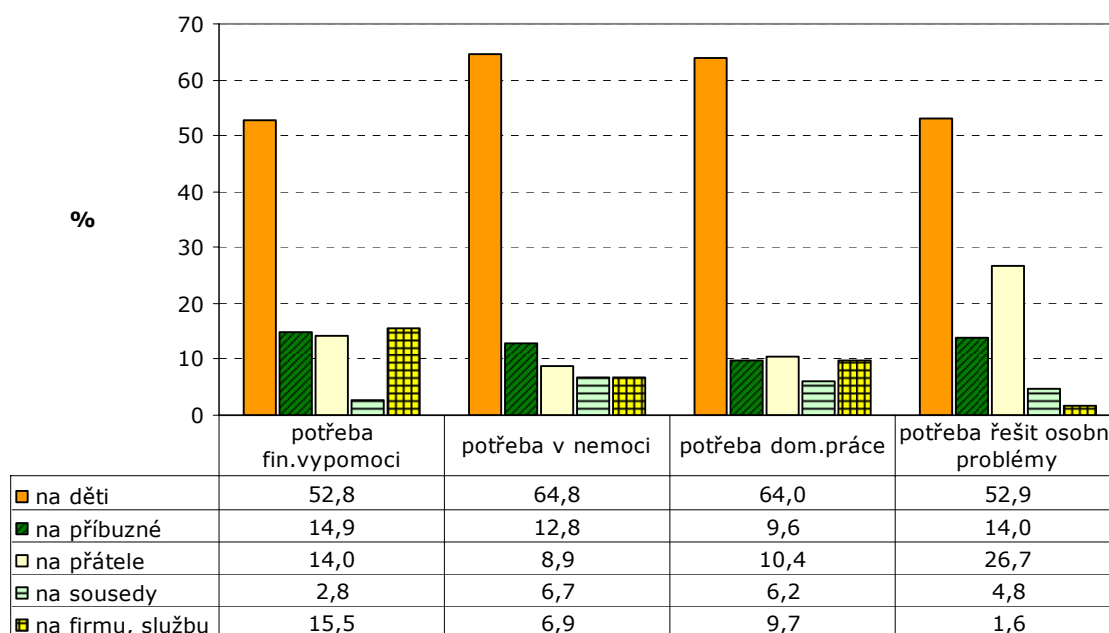
Tabulka č. 10 **Odpověď na otázku, jakou pomoc lidé očekávají při zajištění svého života ve stáří** (v %)

očekávám, že v případě potřeby mi pomohou/pomůžou...	rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
děti	33	41	13	13
příbuzní	4	23	38	35
sousedé či přátelé	2	27	39	32
obec	3	21	40	36
stát	5	26	35	34
charitativní či podobná organizace	3	23	36	38

Zdroj: Kuchařová 2002: 79

Tyto výsledky potvrzuje šetření „50+“, kde lze tuto otázku sledovat skrze saturace různých potřeb operacionalizovaných do praktických oblastí, jako je finanční výpomoc, pomoc v nemoci nebo emocionální podpora v období osobních krizí. Graf č. 6 uvádí, kdo - v představách respondentů - tyto potřeby saturuje nejlépe.

Graf č. 6 **Míra preferované saturace potřeb vybranými aktéry** (v %)



Pozn.: Znění otázky: „Každý občas potřebuje někoho, aby mu vypomohl v různých situacích. Na koho se především obrátíte v případě...“

Zdroj: Survey 50+, vlastní výpočty.

Ať se již jednalo o finanční výpomoc, vykonávání větší práce v domácnosti, udržování domácnosti při dlouhodobější nemoci nebo o naplnění potřeby řešit nějaké drobnější osobní problémy, jsou vlastní děti respondentů nad 50 let voleny jako první zdroj saturace. O druhé a třetí místo se de facto univerzálně dělí další pomyslné kruhy v soustředných kružnicích sociálních vztahů - tedy příbuzní a přátelé. Pouze v případě potřeby finanční výpomoci jsou respondenti relativně častěji ochotni uvažovat o

II. Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém

nabídce formálních kanálů saturace, druhou takovou výjimkou je snad ještě potřeba výpomoci v domácnosti při závažnějším onemocnění, kde se jedná pravděpodobně o preferenci specializovaných služeb, jako jsou terénní (pečovatelské) služby. Není bez zajímavosti, že jako aktéři saturace, dodejme v českém kulturním kontextu, zcela vypadávají sousedské sítě (pro mezinárodní srovnání viz níže).

S ohledem na výše citované výsledky pak poněkud paradoxně působí obrázek v tabulce č. 11, kde vlastní děti nejsou první, a dokonce ani druhou nejpreferovanější skupinou, se kterou by respondenti ve vyšším věku chtěli sdílet svůj intimní prostor domova, a to ani v případě potřeby péče.

Tabulka č. 11 **Preferované uspořádání bydlení v případě snížené samostatnosti (v %)**

za žádnou cenu by se nestěhoval/a, zůstal/a by tam, kde bydlí, zařídil/a by si pečovatelskou službu	46,0
k dětem by nešel/nešla v žádném případě, i kdyby to bylo možné, zařídil/a by si bydlení v jednom z těch nově budovaných moderních domovů důchodců	16,9
rozhodně by se přestěhoval/a k dětem, a kdyby bylo jejich bydlení malé, našli by společně větší bydlení	13,5
protože nikdo z dětí nemá takový byt, aby mohl/a u nich bydlet, zůstal/a by tam, kde je, a zařídil/a pečovatelskou službu	12,3
protože nikdo z dětí nemá dostatečně velký byt, musel/a by odejít do domova	8,7
k dětem by v žádném případě nešel/a, přestěhoval/a by se k příteli/přítelkyni	2,6
nastěhoval/a by si děti k sobě	0,2

Pozn.: Znění otázky: „Představte si nyní: Nějakou dobu už žijete sám/a bez svého partnera/partnerky, a i když nejste nijak těžce nemocen/a, přestáváte být schopen/a se sám/a o sebe postarat. Jak byste tuto situaci chtěl/a řešit? Kam byste se chtěl/a přestěhovat?“

Zdroj: Survey 50+, vlastní výpočty.

Paradox je to ovšem jen částečný - svůj vliv zde projevuje potřeba autonomie, potřeba soukromí a nezávislosti, a to pravděpodobně u obou dotčených skupin. Nakolik se jedná o výsledek kulturně specifický a nakolik se jedná o konstantu či univerzální potřebu se nyní podíváme v následujícím oddíle, kde analyzujeme vybrané výsledky mezinárodního výzkumu Population Policy Acceptance Study II.

3.3 Kam stáří patří a kdo o něj má v Evropě pečovat?

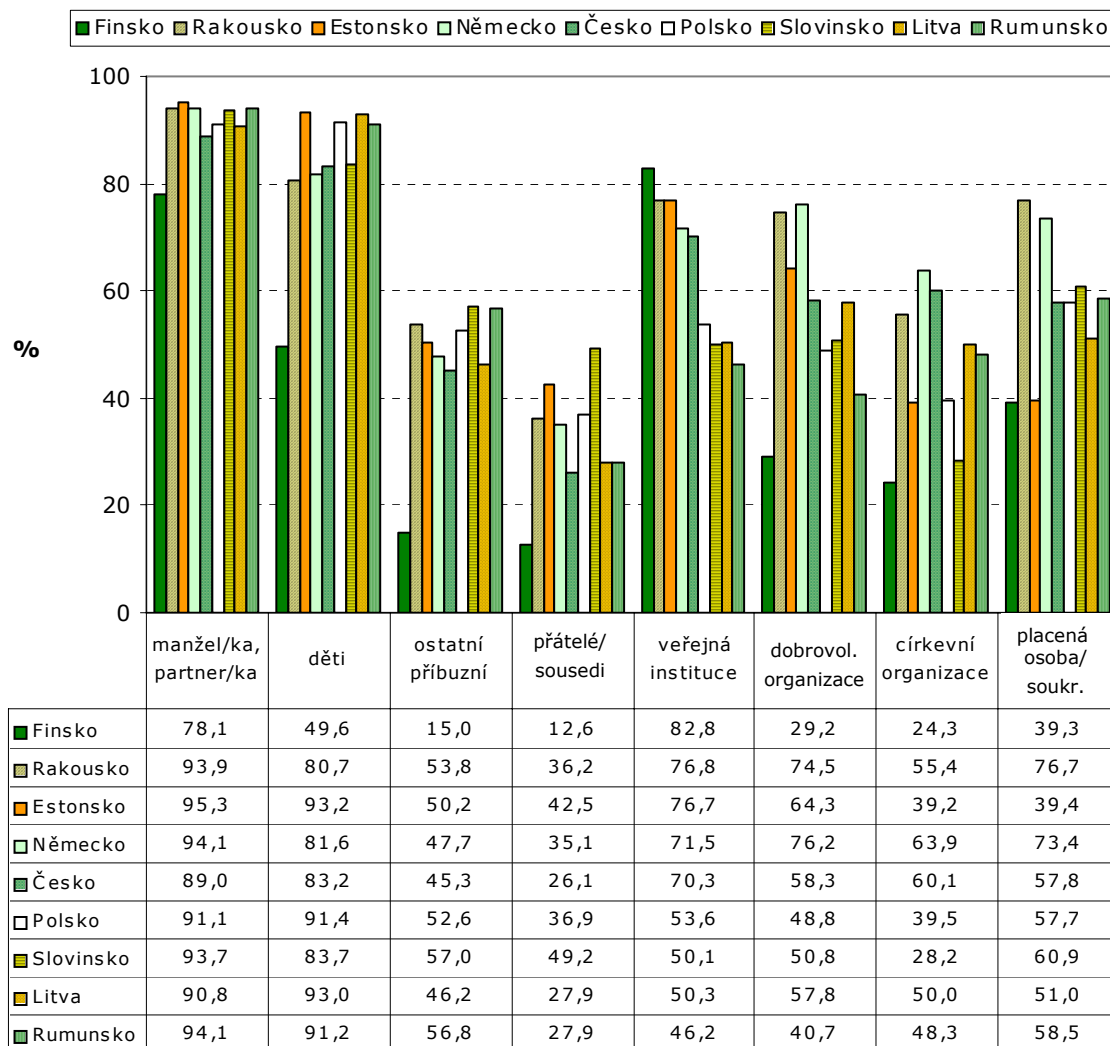
V tomto oddíle přesuneme náš zájem úžeji k otázkám péče ve stáří. Nezabýváme se zde ani tak vlastními politikami nebo systémy sociální péče per se, ale i nadále tyto otázky chápeme jako zástupnou proměnnou reprezentující kulturně zakotvený význam stáří, jeho percipované sociální charakteristiky a vyjádření potřeb. Ve výzkumu IPPAS jsme se respondentů ptali, kdo z nabízených osob anebo institucí by byl vhodným pečovatelem v případě, že by starý člověk potřeboval stálou výpomoc v běžném každodenním životě, a jak by si v ideálním případě zajistili péči a bydlení respondenti sami ve svém vlastním stáří. Z pohledu symbolického významu pojmu stáří můžeme výběr pečovatele a formy péče chápat jako výraz určité tradicionality vs. individualizovaného pojetí stáří. Odpovědi na tyto otázky nám mohou naznačit, kam respondenti „umisťují“ stáří ve svých mentálních mapách sociálního prostoru. Toto spojení může být samozřejmě velmi hrubé. V neposlední řadě nám tyto odpovědi pomohou ukázat, uspokojení jakých potřeb a zejména jaké cesty jejich uspokojení

respondenti preferují. Do rozdílů v preferenci různých typů pečovatelských významně intervenuje strukturální kontext v jednotlivých zemích, které zde máme díky databázi IPPAS možnost srovnávat. Jedná se o faktory jako kvalita a dostupnost jednotlivých variant pomoci v organizovaných, resp. institucionalizovaných systémech sociální péče, trh s byty a kvalita bytového fondu, kvalita a prestiž pomáhajících profesí i institucí, rozvětvenost a dostupnost rodinných sítí. Významným faktorem však mohou být i makroukazatele jako kupní síla důchodu, ale i míry anomie a postmaterialismu a řada dalších. Samostatným problémem je otázka, jak respondent definoval pojmy jako „drobná každodenní výpomoc“ a „neschopnost zvládat činnosti tak jako dříve“ a jak tato definice ovlivnila jeho odpovědi. Dlouhodobá péče však patří k významným oblastem podléhajícím otevřené metodě koordinace ze strany EU a bude tedy „vyžadováno“ plnění určitých standardizovaných indikátorů, které budou srovnávány, vůči stejně standardizovaným příkladům dobré praxe. Existuje jediná dobrá praxe v postojích našich respondentů?

V celém souboru IPPAS byli jako nejlepší pečovatelé označeni (dle míry souhlasu): manžel/ka, partner/ka (90 %); děti (81 %); veřejná instituce (66 %); soukromá placená osoba nebo privátní organizace (58 %); dobrovolnická nebo dobročinná organizace (55 %); ostatní příbuzní (45 %); církevní organizace (45 %); přátelé nebo sousedé (33 %). Pro všechny tyto možnosti jsme kontrolovali možný vliv věku, pohlaví, vzdělání, příjmu, rodinného stavu a významu náboženství v osobním životě. Tyto charakteristiky se ukázaly jako významné pouze v některých souvislostech.

Míra souhlasu, že životní partner je ideálním pečovatelem, roste s věkem respondenta a s větší důležitostí náboženství v jeho/jejím životě. Vzdělání a pohlaví respondenta míru souhlasu neovlivňuje. Pokud jsou preferovaným pečovatelem děti, pak se jedná častěji o respondentky ženy a lidi religiozní. Souhlas s péčí ostatních příbuzných klesá s věkem respondenta. Pro pomoc přátel hlasují častěji lidé, kteří se svým partnerem pouze kohabituji (50 %), ve srovnání s ostatními kategoriemi rodinného stavu (kolem 30 %). Veřejnou instituci jako vhodného poskytovatele péče častěji potvrzují lidé starší, rozvedení, žijící odděleně (odloučení) a kohabituji (oproti žijícím v manželství, svobodným a ovdovělým) a také lidé nepřikládající náboženství velkou váhu ve svém životě. Dobrovolnické organizace jsou častější volbou pro osoby se středním a vyšším vzděláním oproti osobám se vzděláním nižším. Církevní organizace jsou preferovány o něco více staršími respondenty a ženami, ale oproti předpokladu zde není velký vliv subjektivního významu náboženství. Lidé přikládající náboženství velký význam sice o něco častěji s touto formou péče souhlasí, ale oproti lidem, kteří náboženství žádnou roli nepřikládají, je rozdíl pouze 4 p.b. Soukromé organizace a placené osoby jsou častěji preferované ve středních věkových kategoriích. Není bez zajímavosti, že lidé definující stáří jako *mentální slabost* častěji hlasují pro institucionální péči a naopak méně často pro péči poskytovanou v primárních sítích. Definice stáří *věkem* je typičtější pro respondenty, kteří podporují péči poskytovanou dětmi, příbuznými a přáteli, ale mají nižší míru podpory institucím - zejména veřejným, dobrovolnickým a částečně také církevním. Poslední zajímavou položkou v definici stáří, kde nacházíme určitou souvislost s představou o vhodném pečovateli ve stáří, je *důchod*. Mezi zastánci této definice je o něco více těch, kteří nesouhlasí s vhodností péče partnera nebo některé z institucí, ale častěji se vyjadřují pozitivně o vhodnosti péče poskytované dospělými dětmi. V grafu č. 7 se na tyto vhodné pečovatele podíváme skrze brýle národních států.

Graf č. 7 Komu by měla být svěřena drobná každodenní výpomoc ve stáří - rozdíly v zemích IPPAS (v %)



Zdroj: IPPAS, vlastní výpočty.

Tato otázka byla položena v největším počtu národních survey a jsou zde zastoupeny také různé typy sociálních států. Přestože jsme péči poskytovanou životním partnerem v předchozím odstavci označili za téměř univerzálně platnou, v grafu č. 7 vidíme, že Finsko si od ostatních zemí udržuje významný odstup, stejně jako v kategorii dětí-pečovatelů i ostatních příbuzných. Na druhou stranu Finové výrazně častěji volí kategorii veřejná instituce. Děti jsou velmi preferovaným pečovatelem v Estonsku, Litvě, Polsku a Rumunsku. Ostatní příbuzní v Rumunsku, Slovinsku, Rakousku a Polsku. Podobná je množina států připravených se v případě pomoci obrátit na přátele a sousedy: Slovinsko, Německo, Polsko a Rakousko. Veřejné instituce jsou podstatně méně oblíbené v zemích bývalého východního bloku: v Rumunsku, Litvě, Slovinsku, Polsku - i když Česko a Estonsko představují zřetelnou výjimku. Církevní organizace patří mezi málo doporučované v katolickém Polsku, naopak Němci zde patří k častým „zákazníkům“. Potvrzuje se tak závěr z předchozího odstavce, že religiozita nemá na preferenci církevních organizací přímý vliv.

II. Potřeby seniorů jako sociologický a sociálně psychologický problém

Hodnotíme-li odstup od ostatních zemí, zdá se, že Slovinci a Finové jsou vůči církevním organizacím nejvíce skeptičtí. Rakušané a Němci nejčastěji preferují nákup pečovatelských služeb v privátní sféře, zatímco pro Finy a Estonce je to jen málo častá volba. Pomineme-li možnosti nejužší rodiny, řadí se Česká republika k zemím, které příliš nevyhledávají pomoc ostatních příbuzných a už vůbec ne přátel či sousedů, ale spoléhá spíše na veřejné instituce a církevní organizace a staví se někde uprostřed mezi ostatní státy se svojí preferencí dobrovolnických a soukromých/placených organizací.

Jen málo co je tak kulturně podmíněno, jako koncept domova. Ve stáří se ale domov často stává místem péče. Jak k problematice péče - tentokrát té osobní přístupují samotní respondenti IPPAS? Zeptali jsme se, kde by chtěl respondent žít, když ve vyšším věku již nebude schopen zvládat všechny činnosti tak jako dříve.

Tabulka č. 12 **Preference bydlení ve vlastním stáří respondenta v případě potřeby pravidelné výpomoci - celkem a dle věku respondenta (sloupcová %)**

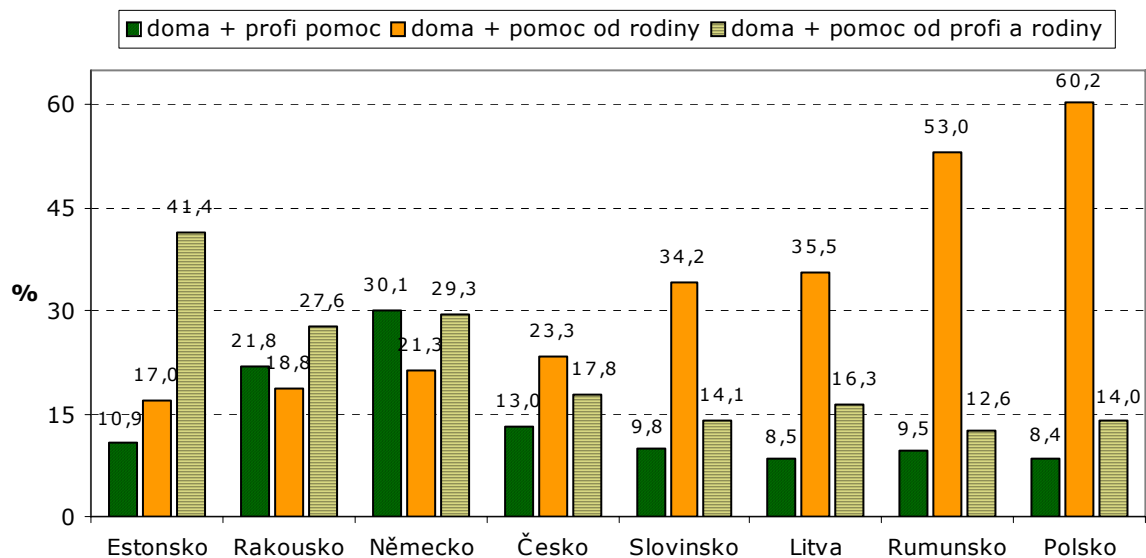
	ČR	celkem	<20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
doma s pomocí od dětí nebo rodiny	23,3	35,7	41,9	35,4	34,3	38,3	34,8	34,4	33,5
doma s pomocí profesionála a rodiny	17,8	21,9	16,7	22,3	24,5	21,4	19,8	20,3	25,3
doma s pomocí profesionála	12,9	15,6	10,8	14,0	14,6	14,5	18,6	19,9	12,2
v domově důchodců	6,6	7,6	4,0	6,9	7,8	7,6	9,3	7,8	4,6
v mém domě s některým z dětí	10,1	5,1	4,2	4,2	4,8	4,9	5,9	5,4	8,5
v domě mých dětí	4,6	4,5	4,8	5,4	4,6	4,2	3,4	4,7	5,9
v jiném domě dle mých potřeb	9,2	3,9	9,5	6,0	4,0	3,4	2,6	1,7	2,4
v pokoji penzionu	12,2	2,9	4,0	2,6	2,0	2,7	3,0	4,0	6,5
sdílet dům s příbuzným/přítelem	2,9	2,0	3,7	2,6	2,3	1,8	1,6	1,4	1,1
jiné	0,5	0,9	0,4	0,6	1,2	1,1	1,0	0,5	-

Zdroj: IPPAS, vlastní výpočty.

Pozn.: V tabulce jsou zahrnuty státy: Estonsko, Rakousko, Německo, Česko, Slovinsko, Litva, Rumunsko a Polsko. Detailní srovnání mezi ČR a ostatními státy viz tabulka č. 13 a graf č. 8

Domov je mezi možnostmi nabízenými v tabulce č. 12 zcela jasně preferován, přičemž domov jako intimní prostor nenarušený „vetřelci“ mimo rodinu je první volbou bez ohledu na věk respondenta. Čistě profesionální pomoc se stává více vítanou s tím, jak se věk respondenta zvyšuje (kromě kategorie 70+), zatímco domov důchodců je přijatelnou volbou spíše jen ve středním věku. Velmi výrazně intervenuje věk do ochoty stěhovat se ve stáří do jiného domu, která v tomto směru klesá. Opět nenacházíme žádný významný rozdíl mezi muži a ženami. Kontrolujeme-li vliv vzdělání, lidé s vyšším vzděláním častěji volí pobyt „doma s profesionální pomocí“ (s výjimkou Estonska a Německa) a kombinovanou pomoc od rodiny/dětí a profesionála (s výjimkou v Rumunsku). Oproti tomu zůstat doma jen s pomocí dětí a/nebo v domě s jedním z dětí se častěji jeví jako přijatelná volba pro respondenty s nižším vzděláním. Domov důchodců mírně preferují střední vzdělanostní kategorie. Nyní se na tyto preference podíváme opět detailně podle zemí. V grafu č. 8 jsou pro přehlednost uvedeny první tři nejčastější volby vztahující se k pobytu doma, v tabulce č. 13 jsou pak hodnoty pro jednotlivé země u dalších nabízených možností.

Graf č. 8 **Preference způsobu bydlení ve vlastním stáří - domácí prostředí (sloupcová %)**



Zdroj: IPPAS, vlastní výpočty.

V grafu č. 8 vidíme téměř vylučující se vztah mezi volbou *doma s kombinovanou pomocí* a volbou *doma s pomocí od rodiny*. Zatímco zejména Estonsko a Rakousko silně preferují kombinovanou pomoc na úkor ostatních dvou voleb, Česko, Slovinsko, Litva, Rumunsko a Polsko naopak dávají jednoznačně přednost tomu, zůstat doma a v případě potřeby spoléhat pouze na pomoc rodiny. V Německu není situace jednoznačná, ale v grafu č. 8 je Německo nejsilnějším zástupcem volby profesionální pomoci bez intervence (nebo zbytečné zátěže?) rodiny. Geerlings et al. [2005] hovoří o hierarchickém kompenzačním modelu péče, kde jsou profesionální služby uvažovány jako náhražka za neformální péči tam, kde se jí nedostává, a osoba poskytující neformální podporu je brána jako pojítka mezi starší osobou a poskytovatelem profesionálních služeb a tedy jako jakýsi mediátor profesionální péče. Často je tento model považován za ideální, protože domácí péče představuje řadu úskalí pro pečovaného i pečujícího [viz např. Veselá 2003]. Možná tedy paradoxně, ale kvalitní život v domácích podmínkách, kdy starší osoba potřebuje nějakou trvalou péči, je umožněna právě v přítomnosti dostačujících profesionálních služeb [Long-term... 2005].

Tabulka č. 13 **Preference způsobu bydlení ve vlastním stáří - pokračování (sloupcová %)**

	Estonsko	Rakou- sko	Němec- ko	Česko	Slovin- sko	Litva	Rumun- sko	Polsko
v jiném domě dle mých potřeb	9,9	7,0	*)	9,1	6,3	3,5	2,9	2,2
v mém domě s některým z dětí	4,8	5,2	*)	10,1	5,9	9,6	10,0	5,3
v domě mých dětí	1,9	2,5	4,2	4,6	4,6	13,7	5,5	3,5
sdílet dům s příbuzným/přítelem	0,3	2,4	2,0	2,9	1,8	1,8	2,1	2,5
v pokoji penzionu	10,4	2,2	*)	12,2	4,1	5,2	0,2	0,8
v domově důchodců	2,9	11,0	10,8	6,6	18,9	5,8	4,0	3,2
jiné	0,5	1,5	2,3	0,5	0,4	0,1	0,2	0,0

Pozn.: *) Otázka nebyla v Německém dotazníku položena.

Zdroj: IPPAS, vlastní výpočty.

Také v tabulce č. 13 můžeme vidět odlišné „národní“ preference co se týče preferovaného bydlení v případě potřeby pomoci: Litevci oproti ostatním zemím výrazně častěji preferují soužití v jednom domě se svými potomky; Slovinci nadprůměrně akceptují variantu domova důchodců. V případě Estonska, které se v grafu č. 8 vyjímalo mezi ostatními státy v preferenci kombinované pomoci, se v této otázce vyjímá naopak zřetelně nízkým podílem preference sdílení domu s příbuzným. Připravenost změnit dům je větší v Rakousku, Česku a Estonsku a alespoň částečně též ve Slovinsku. Litevci, Rumuni a Poláci ve stěhování do příhodnějšího obydlí nevidí možnou výhodu nebo se prostě cítí omezeni nedostatečnými příležitostmi.

Znovu se tedy potvrzuje, že mezikulturní rozdíly v pojetí stáří v termínech jeho ideálního sociálního kontextu jsou poměrně velké. Existují sice významné důkazy univerzálnosti či „antropologické konstanty“ v případě některých potřeb - zejména v případě požadavku blízkosti a intimního rodinného zázemí, ale k jejich uspokojení mohou být využity rozdílné tradice a hodnoty a často se projeví i tak obecná a strukturální charakteristika, jako je odlišné nastavení sociálního státu.

III. Výzkum nestátních neziskových organizací

Za účelem zjištění hlubších souvislostí a významů týkajících se aktuální praxe poskytování sociálních služeb pro seniory byla zvolena jedna poměrně nová oblast poskytovatelů takových služeb, a sice nestátní nezisková sféra. Na rozdíl od sféry státní je občanský sektor považován za zdroj inovativních přístupů a ochránce zájmů obyvatel [Vajdová 2005: 22], respektive vždy určitých skupin obyvatel. Na základě dostupnosti a typu poskytovaných služeb bylo vybráno pět nestátních neziskových organizací na území České republiky, ve kterých byl proveden **kvalitativní sociologický výzkum**. Organizace byly vybrány tak, aby poskytly představu o různých typech služeb poskytovaných seniorům, ovšem s vědomím, že by měly poskytovat služby spíše méně soběstačným seniorům. Přihlíženo bylo i k lokalitě, snahou bylo neomezit se pouze na specifické území hlavního města, i když všechny vybrané organizace působily na území Čech v maximální vzdálenosti 100 km od hlavního města.

1. Metodologie

Výzkum sestával především z nestandardizovaných rozhovorů s vedoucími pracovníky organizací poskytujících sociální služby seniorům, doplněn byl rozhovory s klienty těchto organizací a prohlídkou zařízení, kde jsou poskytovány ambulantní či pobytové služby. Organizace byly voleny tak, aby poskytovaly různé služby od terénních, přes ambulantní až po rezidenční, avšak větší důraz byl kladen na služby terénní a ambulantní. Z pěti organizací tak celkem čtyři poskytovaly terénní a ambulantní služby, zatímco pouze jedna služby rezidenční.

Výzkumný vzorek byl tvořen informátory z řad vedoucích pracovníků jednotlivých organizací, kteří byli buď jejími řediteli nebo pracovníky zodpovědnými za určitou oblast služeb péče o seniory (např. pečovatelskou službu, denní stacionář, vzdělávání, duchovní pomoc atd.). Celkem bylo provedeno 14 hloubkových rozhovorů s klíčovými pracovníky těchto organizací. Průběh rozhovoru se vždy lišil podle toho, jakou funkci informátor v organizaci zastával a jaký měl přístup k požadovaným údajům, v zásadě však byl věnován zhruba dvěma základním oblastem zájmu: 1. zaměření organizace a její fungování (základní poskytované služby, velikost organizace, personál, cíle a poslání, financování, problémy, vliv zákona o sociálních službách), 2. vnímání potřeb seniorů a jejich naplňování (zjišťování vztahu mezi vnímanými potřebami a poskytovanými službami, dostatečně či nedostatečně zajištěných služeb, adekvátnost institucionálního pokrývání potřeb). Přitom byly pořízeny zvukové záznamy těchto rozhovorů, které byly posléze přepsány.

Přepisy rozhovorů byly následně analyzovány za pomoci programu ATLAS.ti, ve kterém probíhalo jejich kódování a posléze vyhledávání relevantních pasáží výpovědí vztahujících se ke stanovenému tématu. Bylo přitom využíváno především otevřené kódování, během kterého byly porovnávány, konceptualizovány a kategorizovány jednotlivé části textů (výpovědi informátorů). Pomocí tohoto postupu bylo vytvořeno celkem 70 kódů, které posloužily v průběhu analýzy jako základ pro stanovení oblastí zájmu i vlastního členění výsledného textu. Kladli jsme důraz na sledování aktérského hlediska a jeho akcentů, kterým je následně věnována největší pozornost. Ovšem při vědomí, že rozhovory byly vedeny volně dle předem stanoveného scénáře, takže se

záměrně věnovaly oblastem, které jsme považovali ve vztahu ke zkoumanému tématu za relevantní a kolem kterých tazatelka rozvíjela rozhovor.

Dále bylo rovněž provedeno a zaznamenáno 6 rozhovorů s klienty poskytovaných sociálních služeb ve zkoumaných organizacích, tyto však sloužily spíše jako doplněk informací, pro zpětnou vazbu a případnou korekci dat získaných od poskytovatelů služeb a nebyly samostatně podrobně analyzovány a zpracovávány. Cílem těchto rozhovorů bylo zjistit údaje o následujících oblastech: rodinném zázemí osoby, poznatcích o dostatečně či nedostatečně pokrytých oblastech potřeb seniorů, hodnocení kvality poskytovaných služeb a cenové dostupnosti služeb. Všechny rozhovory přitom vedla stejná tazatelka, která výzkum rovněž analyzovala.

Jak tomu v kvalitativních výzkumech bývá, nejedná se v žádném případě o reprezentativní vzorek, záměrem bylo spíše poodhalit zkušenosti z praxe. Snažili jsme se ukázat, jak mohou organizace poskytující služby seniorům v terénu pracovat, v jakých konkrétních oblastech se mohou uplatnit a s jakými případnými odezvami či problémy se setkávají. Kapitola III.2 uvádí příklady jednotlivých organizací a jejich fungování, kapitoly III.3 a III.4 pak poukazují na konkrétní oblasti, které se během výzkumu ukázaly být určitým způsobem specifické a pro péči o seniory významné.

Výzkum v terénu probíhal v období od listopadu 2007 do února 2008. Bylo tak možné zjišťovat první zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb s novým zákonem o sociálních službách, který vešel v platnost s počátkem roku 2007. V případě, že si to informátoři přáli, zachováváme anonymitu a neuvádíme název organizace ani jména jednotlivých osob či místní jména.⁶

2. Příklady NNO poskytujících služby pro seniory

2.1 Pečovatelská služba a denní stacionář farní Charity

V rámci římskokatolické církve byly tradičně realizovány projekty charitativní činnosti a na ně dnes navazují jednotlivé pobočky a účelová zařízení církve. Na území ČR v současnosti působí síť více než 350 více či méně samostatných organizací, farních, oblastních či městských římskokatolických Charit. Činnost jednotlivých katolických Charit je velmi různorodá, stejně tak jako i jejich velikost a počet zaměstnanců (někde nemusí být žádný) a dobrovolníků. Tyto organizace jsou dále na územním základě seskupeny do šesti diecézních a dvou arcidiecézních Charit. Zastřešujícím a reprezentativním orgánem sítě Charit je organizace Charita Česká republika (do konce roku 2006 Sdružení Česká katolická charita), která je součástí římskokatolické církve. Společným principem a základním posláním všech jednotlivých organizací Charit je „šířit svou službou milosrdenství, tedy z lásky k bližnímu pomáhat v nouzi“. ⁷ **Hlavní činností Charity ČR** je pomoc potřebným na území České republiky. Jde zejména o pomoc matkám s dětmi v tísní, lidem bez přístřeší, osobám se zdravotním a mentálním postižením, sociálně slabým rodinám, drogově závislým, opuštěným starým lidem, osobám, které se ocitly v osobní krizi, migrantům a uprchlíkům, vězňům a osobám vracejícím se z výkonu trestu. Charita provozuje

⁶ Přímou citovanou výpovědi informátorů byly drobnými úpravami převedeny z hovorové variety jazyka do spisovné češtiny, což by nemělo ovlivnit jejich obsahovou stránku.

⁷ Oficiální internetové stránky Charity ČR (dříve Sdružení České katolické charity); <http://www.charita.cz/article.asp?nArticleID=456&nDepartmentID=271&nLanguageID=1> (přístup 12.1.2008).

poradny, stacionáře, přechodná ubytování, domovy na trvalý pobyt, hospice apod. a vede projekty na začlenění exkludovaných osob do společnosti a využití volného času. Poskytuje rovněž humanitární pomoc v zahraničí.

Jedním ze středisek Charity je i farní Charita v Berouně (Středočeský kraj), která působila zhruba deset let pod arcidiecézní Charitou Praha, načež se v roce 2005 osamostatnila a od té doby se úspěšně rozvíjí. Vedle několika samostatných projektů věnovaných jiným cílovým skupinám jsou tam realizovány dva projekty zaměřené téměř výhradně na seniory. Jedná se o Pečovatelskou službu a Denní stacionář sv. Anežky pro seniory.

Pečovatelská služba funguje v rámci farní Charity Beroun již od roku 2004 a zaměřuje se především na klienty z okolních menších obcí, kde nejsou sociální služby poskytovány. V Berouně doplňuje městskou pečovatelskou službu v době, kdy tato služby neposkytuje, tj. v odpoledních a večerních hodinách a o víkendech. Jedná se o terénní služby, které jsou poskytovány v domácnostech klientů. Lze je rozdělit do několika základních skupin. První se týká naplňování základních tělesných potřeb a péče o tělo. Sem patří pomoc při přípravě a podávání jídla, pití a léků, pomoc při svlékání a oblékání, pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu, při přesunu na lůžko nebo vozík, zahrnuje též úkony osobní hygieny, pomoc při použití WC a péči o vlasy a nehty. Druhá skupina služeb zahrnuje doprovodné služby a služby související s dopravou a donáškou věcí či zařizováním potřebných záležitostí u lékaře nebo na úřadech. Patří sem dovoz jídla, nákupy (potravin, drogerie, ošacení atd.), dovážka léků, ale také doprovod klienta k lékaři, na úřady nebo do jiných zařízení a případně odvoz klienta autem na blízká místa podle jeho potřeb. Třetí skupina služeb není orientována přímo na klienta, ale spíše na prostředí, které ho obklopuje. Jedná se o zajištění běžného úklidu a údržby domácnosti, praní a žehlení ložního i osobního prádla a případně i pomoc s velkým úklidem domácnosti. Služby jsou klientům poskytovány za poplatek, který činí většinou 80 Kč za hodinu, což je aktuálně cena o 20 Kč nižší, než je státem stanovený horní limit za pečovatelské služby (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Klientům není účtována cena za dopravu pečovatelky do jejich domácnosti.

Na konci roku 2007 měla pečovatelská služba celkem 57 **klientů**, většinou žen (77 %) ve věku nad sedmdesát let, ale zajišťovala i péči o nepohyblivé klienty starší šedesáti let. Zhruba 28 % klientů bylo těžce závislých na pomoci jiné fyzické osoby a prakticky upoutáno na lůžko. Za stávajícího stavu nestačí pečovatelská služba uspokojit všechny požadavky po jejich službách, proto musí klienty podle určitých kritérií vybírat. Uplatňován je přitom vysoce individuální přístup a je hodnocena především míra potřebnosti poskytovaných služeb pro klienta a jeho soběstačnost. Noví klienti jsou nabíráni v případě, že se uvolní místo, k čemuž dochází nejčastěji smrtí nebo odchodem stávajícího klienta do domova důchodců. Při přijímání jsou podle vedoucí pečovatelské služby V. Karešové upřednostňováni klienti s vyšší mírou závislosti: „... mě ovlivňuje to, když je to člověk absolutně nepohyblivý. Čím je na tom hůř, tak tím já teda ho upřednostňuji. Takže když mi zavolá paní, že třeba maminka si všechno udělá nebo hodně si udělá, ale potřebuje jenom takový dohled nebo potřebuje jenom uklidit nebo nakoupit, tak se přiznávám, že tu spíš odložím. Ale půjdu k pánovi, který je po mrtvičce propuštěný z LDN a nechodí a jenom je upoutaný na lůžko. A rodina ho nechce nikam dát, že si ho chtějí nechat doma. Tak radši volím tohleto. Nějak to musím dělat, nějak to musím třdit.“ Většinu klientů rovněž podporují rodinní příslušníci, ovšem není z určitých důvodů v jejich silách zajistit veškerou péči. Rodinní příslušníci jsou také nejčastěji těmi, kdo služby pro seniory objednávají.

Personál pečovatelské služby tvoří jedna koordinátorka, řidič a třináct pečovatelek, které pracují často na částečné úvazky. V přepočteném počtu sdílí

pečovatelky celkem osm a půl úvazku. Velký podíl tvoří zdravotní sestry (často zároveň zaměstnané v nemocnici), ale pečovatelské služby po příslušném zaškolení zvládají i ženy s jiným vzděláním. Dobrovolníci se na pečovatelských službách nepodílejí, protože prakticky žádní nejsou, což vedoucí pečovatelské služby vysvětluje tím, že práce se starými nesoběstačnými lidmi je často fyzicky i psychicky obtížná a ne každý ji zvládá.

Denní stacionář doplňuje pečovatelskou službu a pomáhá rodinám, které většinu času pečují o seniory samy, ovšem nedokáží zajistit celodenní péči v potřebném rozsahu. Jsou do něj přijímáni senioři, u kterých je zároveň snahou zvyšovat soběstačnost a zlepšovat psychické i fyzické schopnosti. Stacionář je novou službou, funguje zatím pouze několik měsíců.⁸ Kapacita zařízení je připravena pro deset seniorů, přičemž jeho chod s vysoce kvalitní individuální péčí zajišťuje celkem dvanáct osob. Nabízené služby spočívají především v poskytování denní péče osobám, které nejsou z důvodu vysokého věku nebo zdravotního stavu plně soběstačné. Je jim pomáháno se zvládnutím běžných úkonů péče o vlastní osobu (osobní hygiena, stravování atd.), poskytován kontakt se sociálním prostředím, aktivizační činnosti a terapie (ergoterapie, muzikoterapie, aromaterapie, canisterapie, felinoterapie).⁹ V případě potřeby je zajišťován svoz klientů. Zařízení je dotováno z prostředků ESF a z rozpočtu ČR, protože mohou klienti platit pouze zlomek skutečných nákladů, a to 160 Kč na den plus 30 Kč za svoz klienta do centra či odvoz z centra domů (cena za jednu cestu).

Při zajišťování služeb pro seniory spolupracuje farní Charita v případě potřeby s dalšími organizacemi, a to především s ošetrovatelskou službou, která poskytuje zdravotní služby. Když se zhorší zdravotní stav klienta, domlouvají se jak s lékařem, tak s ošetrovatelskou agenturou. Několikrát se sami pokoušeli registraci pro poskytování zdravotních služeb získat, ale nepodařilo se jim to a tak od tohoto záměru ustoupili. Spolupráce s městem Beroun se odvíjí především prostřednictvím sociálního odboru a dále spolupracují s obecním úřadem Loděnice, tedy blízkou obcí, jejímž obyvatelům rovněž poskytují sociální služby.

Na otázku, s jakými **problémy** se v péči o seniory organizace potýká, odpověděla vedoucí pečovatelské služby V. Karešová: „*Pokud se týká té pečovatelské služby, to bych musela plakat nad financemi. To nemá [smysl], peníze nikdy nebudou, to se musí pořád dělat s tím, že je to s málo penězi hodně práce. To jsme si tedy vědomi. No nicméně ty peníze a peníze, protože kdyby byly peníze nebo trošku, ne trošku, ale bylo by víc těch peněz, tak jsem si jistá, že tady ta péče do těch rodin, už je tak zajištěná, nebo bychom se snažili tu péči tak zajistit, aby se pokryla podle těch požadavků lidí. Já vám tadyhle ukáži, kolik mám třeba zájemců a já jim nestačím vyhovět. To si takhle škrťám, takhle si to vždycky růžově v tom roce dělám, když je zeleně, tak tam jsem vyhověla...*“ Jinak řečeno, zájem o sociální služby pro seniory je v Berouně a jeho okolí větší, než stačí pečovatelská služba farní Charity uspokojit, proto musí poměrně často žadatele odmítat. Kapacita pečovatelek totiž na zajištění péče o další klienty nedostačuje a nové nelze přijmout bez toho, aby byly náklady na ně dotovány, protože platby klientů na pokrytí těchto nákladů nedostačují. Klientům tak nezbývá než se obrátit na jiné organizace poskytující podobné služby, k dispozici je jim zejména městská pečovatelská služba (která ovšem nezajišťuje služby ve

⁸ Denní stacionář byl v berounské Charitě otevřen v květnu 2007 a v době výzkumu, tj. v listopadu 2007 byl obsazen z 80 %.

⁹ Ergoterapie - terapie prostřednictvím práce či činnosti, zvyšování motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností; muzikoterapie - léčba zpěvem a hudbou; aromaterapie - cílené používání esenciálních olejů k udržení, podpoře a zlepšení fyzické, emoční a duševní pohody; canisterapie - léčebný kontakt psa a člověka; felinoterapie - léčebný kontakt kočky a člověka.

večerních hodinách a o víkendech) a případně i hořovické občanské sdružení Digitus, které má pobočku pečovatelské služby v nedalekém Králově Dvoře.

Do budoucna počítá farní Charita Beroun s rozšířením služeb pro seniory, samozřejmě za předpokladu, že se jí podaří získat pro ně finanční podporu. Budou usilovat o to, aby se jim podařilo zavést službu osobní asistence pro nesoběstačné osoby. Další rozvoj spatřují v poskytování odlehčovacích služeb pro rodiny, které o seniory pečují, protože by v budoucnu chtěli denní stacionář rozšířit na týdenní. V neposlední řadě by rádi připravili i alternativu pro ty seniory, kteří již nejsou kvůli zdravotnímu stavu a stupni soběstačnosti schopni pobývat v domácím prostředí. Jim by byl určen domov důchodců, který by umožňoval rovněž individuální přístup a možnost přikoupení nadstandardních služeb. V. Karešová si jeho zaměření představuje následovně: *„Aby tam byl nějaký takový trošku i ten nadstandard. Bylo by to, i protože někdo má peníze na to, aby si tam mohl dovolit nějaký luxus. Někdo na to nemá peníze. Ale aby to bylo tak, že si s sebou může něco vzít. Aby to nebylo, jako do cizího, mám tam nábytek předepsaný, mám tam všechno předepsané, nic si tam nemůžu vzít. Tak aby si tam mohl i tadydle třeba vzít, jak říkám, toho pejska. Aby se tam mohl normálně pohybovat, abychom je [seniory] třeba brali i na nákupy, že bychom třeba vezli dva klienty odtamtud a jeli by do Hypernovy, aby to tam viděli. Tak prostě aby to bylo takového rázu, takového jako volnějšího.“*

Klíčovým cílem při poskytování služeb pro seniory, kterého se farní Charita Beroun snaží dosáhnout, je především pokrytí základních potřeb seniorů, ale následně i zajištění vysoké kvality poskytované péče.

2.2 Středisko komplexní péče o seniory

V jednom z větších českých měst (mezi 50–100 tisíci obyvateli) funguje již zhruba pět let obecně prospěšná společnost, která zajišťuje velkou část sociálních služeb pro seniory v daném městě. Zakladatelem této nestátní neziskové organizace je město, ve kterém sídlí a poskytuje služby.

Středisko poskytuje tři základní **typy sociálních služeb** (v souladu s členěním v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách): 1. pečovatelské služby, 2. denní stacionář, 3. sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Organizace tak nabízí širokou škálu služeb, počínaje těmi, které se snaží pokrýt základní životní potřeby seniorů - pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (pomoc a podpora při podávání jídla a pití, při svlékání a oblékání, pohybu a prostorové orientaci), při osobní hygieně (včetně péče o vlasy a nehty, pomoc při použití WC) a poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (dovoz oběda, pomoc při přípravě jídla a pití). Další služby spočívají v pomoci při zajištění chodu domácnosti (úklid a údržba domácnosti, nákupy a pochůzky, praní a žehlení prádla). Tím ovšem výčet poskytovaných služeb nekončí, dále je realizován doprovod osob nebo jejich svoz na potřebná místa (lékař, úřady, středisko osobní hygieny, denní stacionář atd.) a pro seniory jsou pořádány i vzdělávací, výchovné a aktivizační programy. V budově Střediska jsou jim nabízeny různé možnosti, mohou si přijít zacvičit, zapojit se do klubu ručních prací nebo se zúčastnit jednorázových přednášek či besed. Ti, kteří mají více energie a nadšení, navštěvují pravidelné přednášky univerzity třetího věku, která zahrnuje několik studijních programů, nebo mohou navštěvovat kurzy výuky cizích jazyků či práce s počítačem.

Hlavní **cílovou skupinou** Střediska jsou senioři a dále osoby se zdravotním postižením (příjemci invalidního důchodu). Celkový počet klientů čítá okolo tisíce osob.

Pečovatelské služby čerpá zhruba 800 osob, z nichž asi 150 využívá pouze rozvoz oběda. Kapacita denního stacionáře je plně obsazena, je v něm 25 klientů. Sociálně aktivizační služby spočívající v univerzitě třetího věku a dalších kurzech využije každoročně kolem 300 osob. Mezi klienty jsou přitom výrazně častěji zastoupeny ženy oproti mužům, přičemž tento rozdíl je asi nejvýraznější v programu univerzity třetího věku.

Většina méně soběstačných klientů má nějaké členy rodiny, kteří se o ně mohou rovněž starat, ale nestačí zajistit veškerou péči. Podle zkušenosti paní ředitelky Střediska je to tak, že: *„rodina je většinou hodně zaměstnaná, nemůže se v průběhu té doby, kdy je ten klient sám nebo ten rodinný příslušník sám doma, takže se o něj nemůže postarat. Ovšem pak je tady skupina seniorů, kteří nemají třeba rodinné příslušníky tady v místě bydliště, bydlí daleko a nemohou se o ně postarat. A nebo jsou bohužel občas i výjimky, že ta rodina se nechce postarat.“* Případ, že by klient neměl vůbec nikoho, žádného rodinného člena, který by se o něj mohl alespoň částečně postarat, jsou tedy spíše ojedinělé. Podle vedoucí koordinátorky pečovatelské služby tvoří takoví klienti zhruba pět procent. Faktem také je, že jsou to často právě rodinní členové, kteří méně soběstačným seniorům služby ve Středisku objednávají.

Ve středisku je zaměstnáno téměř 70 osob, přičemž zhruba 70 % z nich tvoří pečovatelky přímo pečující o klienty, zbytek tvoří koordinátoři a hospodářsko-technický personál (pracovníci kuchyně, řidiči atd.). Většinou se jedná o ženy, i když s fyzicky namáhavou péčí (například s manipulací nepohyblivých osob) pomáhají též muži. Se sháněním a udržením personálu nemají ve Středisku žádný větší problém, spíše musí nabídky zájemců o místo odmítat. Kapacitu mají plně naplněnou a fluktuace zaměstnanců je minimální. Část personálu provádí pečovatelské služby dlouhodobě, již před vznikem Střediska je vykonávala pro městskou pečovatelskou službou, která se do Střediska transformovala.

Při péči i zařizování různých záležitostí klientů **spolupracují** s Geriatrickým a rehabilitačním centrem, ale i se sociálními pracovníci nemocnice. Dále kooperují s organizací zajišťující zdravotnickou domácí péči, s praktickými lékaři a s rodinnou poradnou. Díky minulým vazbám i personálnímu obsazení dobře fungují i vztahy s magistrátem města (zejména s odborem sociálních věcí a zdravotnictví), s městským odborem sociální péče, s krajským úřadem. Dobrá spolupráce probíhá i s dobrovolným sdružením Česká asociace pečovatelské služby a s dalším občanským sdružením, rovněž poskytujícím pečovatelskou službu. U některých klientů se s tím druhým sdružením doplňují tak, že druhá organizace jim vychází vstříc a poskytuje péči především ve večerních hodinách, kdy ji zaměstnanci Střediska neposkytují. V minulosti usilovali rovněž o spolupráci s dobrovolnickým centrem (místním občanským sdružením), která se však bohužel údajně ukázala jako nefunkční. Na drobnějších projektech ovšem spolupracují i se zdejší mateřskou školou, například když je zisk z prodeje ručně vyráběných drobných výrobků seniorů (např. z předvánočního trhu) věnován mateřské škole na nákup hraček pro děti. Děti naopak vystupují na některých společenských akcích pro seniory.

Největším **problémem** je aktuálně pro pracovníky Střediska nedostatečné zajištění návazných pobytových služeb pro seniory v regionu. Tím vznikají pracovníkům Střediska čas od času starosti s tím, kam umístit klienta, jehož zdravotní stav se natolik zhorší, že poskytování terénních služeb již pro jeho komfort naprosto nedostačuje, je třeba celodenní dohled atd. Na tuto skutečnost si stěžovalo několik vedoucích zaměstnanců Střediska, například jedna z koordinátorek pečovatelské služby v domě s pečovatelskou službou uvedla: *„A největší problém? Když je třeba, to jsem měla [zrovna] dneska... klientku, která se zhoršila zdravotně hodně. A teď jí*

mám teda v nemocnici na vyšetření a co s ní dál, když přijede a není tu 24 hodin služba?... Já třeba teď jsem domluvená s obvodním lékařem, který se tady dneska odpoledne staví, až pojedje z práce. Ale ta návaznost není. Ano, já můžu říct rodině, ale když rodinu třeba ten klient nemá, tak to je moc špatné. Pak už mezi tím [mezi terénními a pobytovými službami] není nic, bohužel za námi [terénními sociálními službami] asi jsou, ale těch míst [je v pobytových zařízeních se stálou službou] málo. A takže u nás jediné odvést toho klienta do nemocnice. Taky se nám stalo, že nám po epileptickém záchvatu klientku pošlou zpátky ten den. A teď, když ten klient nemá rodinu nebo ta rodina nemůže [u něj zůstat a hlídat ho]. Takže to je opravdu problém. A hlavně dlouhé čekací doby, když se pak, i když třeba rodina je svolná, že by požádala o to následné zařízení, kde je tedy čtyřicetihodinový dohled, tak ale to trvá, že ano." Pružná a flexibilní řešení se tak dělají v praxi poměrně obtížně. Problém to může být jak v domě s pečovatelskou službou (kde služby fungují pouze v běžných pracovních hodinách pět dní v týdnu), tak i v domácím prostředí.

Drobnější, nicméně rovněž aktuální problém pracovníkům střediska činí nově zaváděné standardy kvality sociálních služeb, o kterých jsou jinak přesvědčení, že se jedná o dobré opatření. V praxi však někdy bojují s jeho méně pozitivními stránkami, které s sebou přináší nové administrativní povinnosti. Problémem někdy může být, jak motivovat pracovníky v přímé péči k tomu, aby vedle samotné péče o klienty navíc nově poměrně podrobně zaznamenávali vykonávané úkony, stanovovali krátkodobé a dlouhodobé cíle péče o jednotlivé klienty atd. Vedení však chápe, že se jedná o důležité věci a pevně věří, že se i s těmito počátečními problémy postupně vyrovnají. Rovněž je zatěžuje někdy až přehnané opakované dokládání stále stejných dokumentů a jejich právní ověřování, které musí dokládat, když se hlásí do různých soutěží či veřejných dotačních řízení.

Jako poměrně velká organizace zaštitěná městem má Středisko pozitivní výhled do budoucna. Vzhledem k předpokládanému demografickému vývoji plánuje v budoucnu minimálně stabilizování, ale spíše rozšíření spektra nabízených služeb a zejména rozšíření jejich kapacity. V dohledné době se toto týká především denního stacionáře, jehož kapacita je aktuálně plně naplněna a další případní klienti musí být odmítáni. Kapacita ostatních služeb je prozatím dostačující a další žadatele se daří během několika dnů, výjimečně týdnů, uspokojit.

2.3 Sdružení pro sociální a pečovatelské služby

V Hořovicích (Středočeský kraj) funguje od roku 2005 občanské sdružení s názvem Digitus, které zajišťuje v hořovickém a hostomickém regionu sociální služby (především pečovatelské) a zprostředkovává i poskytování terénních zdravotních služeb. Původní záměr organizace byl poněkud širší, snahou bylo rovněž zvyšování zájmu obyvatel o region, vytváření společenských vztahů a obnovování místních historických, kulturních a křesťanských památek. Tyto cíle však poněkud ustoupily do pozadí a v praxi této organizace díky poptávce i možnosti získání finančních zdrojů pro konkrétní projekty nabyla na významu cílová skupina seniorů. Základní náplň sdružení přitom sestává z poskytování terénní pečovatelské služby a provozu denního sociálně-vzdělávacího centra. Hlavní důraz je kladen především na terénní služby, které byly v překotných devadesátých letech 20. století podle přesvědčení ředitele společnosti, J. Křížka, poněkud upozaděny na úkor služeb ústavních. Cílem je poskytovat služby komplexní, tj. pokud možno se snažit klientům nabídnout v případě potřeby vedle služeb sociálních i služby zdravotní. Úzce proto spolupracují se zdravotní agenturou, která zdravotní služby klientům poskytuje. Převážná většina klientů však využívá

pouze služby sociální, které lze jednoduše objednat a zaplatit z prostého rozhodnutí klienta, pokud není organizací odmítnut, což se stává výjimečně. Poskytování zdravotních služeb v domácím prostředí je naproti tomu vázáno lékařským doporučením k oprávnění čerpání těchto služeb a je plně hrazeno zdravotní pojišťovnou, nikoliv klienty.

Mezi nejčastěji využívané **služby** patří zajištění stravy, konkrétně donáška oběda. Postupně se ale rozvíjí i poptávka po dalších službách, které nebyly v minulosti v regionu podle slov ředitele běžně poskytovány ani využívány. Jedná se jednak o pomoc při zajištění běžných úkonů osobní hygieny a jednak o určitou podporu aktivity klienta. Ta se může podle okolností a zdravotního stavu klienta odehrávat v domácím prostředí, kdy spočívá například v předčítání novin a společném rozhovoru, nebo mimo domácnost klienta, prostřednictvím společných procházek nebo doprovodem klienta na úřady či k lékaři. Ceny za nabízené služby se pohybují od 12 Kč za donášku oběda a zhruba 20 až 30 Kč za hodinu vykonávání dalších úkonů nezbytných v péči o omezeně soběstačnou osobu (např. hygiena, pomoc při pohybu a orientaci, při oblékání, podávání jídla a pití apod.), přes doprovod k lékaři nebo na úřady, který je hrazen zpravidla jednorázově a stojí zhruba 65 Kč, až po úkony spojené s údržbou domácnosti (úklid domácnosti, údržba domácích spotřebičů, topení v kamnech), které jsou o něco dražší a platby činí od 35 do 85 Kč za hodinu. Při odběru více služeb je klientům poskytována určitá sleva. Průměrná cena, kterou platí nejvíce klientů, se měsíčně pohybuje v řádu několika stovek korun, činí asi 300–500 Kč. Protože jsou služby poskytovány na poměrně rozlehlém území, je v některých případech zohledňována i vzdálenost bydliště klienta a klienti někdy musí přispívat na dopravu do vzdálené obce. Platby klientů však rozhodně nepokryjí náklady na poskytované služby, takže většina provozu i dalšího fungování je financována ze státních dotací, přispívají ale i obce a drobně i další soukromí sponzoři.

Klienty jsou především senioři, případně handicapovaní občané. Jejich celkový počet je zhruba 160, ovšem s tím, že převážná většina využívá pouze zajištění stravy, nejčastěji hotových obědů z jídelny základní školy. Většina klientů je soběstačných, potřebují pouze drobnou pomoc. Prakticky se nevyskytují klienti, kteří by podle klasifikace zákona o sociálních službách měli nárok na příspěvek na péči při stupni 3 či 4, tedy těžké nebo úplné závislosti. Takto nesoběstačné a závislé osoby se mezi klienty vyskytnou pouze zcela výjimečně a pokud ano, nejedná se o dlouhodobé klienty, ale osoby v poslední fázi života, které si přejí zemřít doma a u kterých je predikce smrti časově blízká.

Organizace má celkem 18 zaměstnanců, z nichž většina je zaměstnána na plný úvazek a pracuje v přímé péči s klienty. Pomáhají zde dále dvě dobrovolnice, které se věnují klientům především tím, že si s nimi povídají.

Digitus sice sám neposkytuje **zdravotní služby**, ale úzce spolupracuje s agenturou paní V. Toušové, která poskytuje terénní zdravotní služby klientům z Hořovicka a Komárovska. Jejími klienty nejsou pouze senioři, ale všichni, kterým lékař indikuje nárok na zdravotní ošetření v domácím prostředí. Toto ošetření je pak plně hrazeno zdravotní pojišťovnou. Všichni klienti jsou omezeně mobilní, většina z nich trpí chronickými nemocemi a je v seniorském věku. Zdravotní sestry jim v domácím prostředí zajišťují zdravotní péči, která je v jejich kompetenci, minimálně jednou měsíčně však musí být takový pacient zkontrolován lékařem, který vyšetří jeho zdravotní stav a určí další pokračování zdravotního ošetření v domácím prostředí nebo jeho ukončení. Poskytované zdravotní služby v domácím prostředí spočívají nejčastěji v odběrech krve, aplikaci injekcí, lokálních ošetřeních (převazech různých defektů atd.), hygienických úkonech, ale zahrnují i komplexní péči u osob, které jsou upoutány

na lůžko, ale nemusí být v nemocnici a pečuje o ně rodina. V takových případech poskytuje zdravotní sestra důležitou podporu a pomoc pečujícím, vykonává odborné činnosti, jako je ošetření proleženin atd. Navíc může dávat rodině odborné rady, určovat a kontrolovat správné polohování ležícího pacienta atd. Návštěvy u pacientů přitom mají určitá omezení, jedna návštěva může trvat maximálně hodinu a denní maximum, které může zdravotní sestra strávit u jednoho pacienta, jsou tři hodiny.

Při hodnocení sdružení Digitus je jeho ředitel spokojen s tím, jak se daří zajistit zejména terénní sociální a případně i zdravotní služby. Centrum samotné poskytuje i služby ambulantní, které mohou být využívány i jako denní odlehčovací služby rodinami pečujícími o méně soběstačné seniory a zároveň slouží jako místo setkávání a vzdělávání. Výhledově by se organizace chtěla pokusit získat finanční podporu ještě na zbudování a provoz krátkodobého pobytového centra respitní péče. Ředitel J. Křížek je přesvědčen, že pokud by se realizace jeho plánu podařila, byla by uspokojena poptávka po krátkodobých pobytových odlehčovacích službách v celém okrese a možná i na větším území. Upozorňoval rovněž na skutečnost, že nemocnice dnes často propouštějí do domácího ošetření osoby, které nejsou schopny se o sebe samostatně postarat. Právě osobám, které nemají k dispozici nikoho, kdo by o ně mohl doma pečovat, je určena služba krátkodobých pobytů. Někdy se dá tato péče zajistit i v domácnosti klienta, o což se Digitus snaží, v jiných případech však není dohled terénního pečovatele několikrát denně dostačující a bylo by lépe zajistit stálý dohled v zařízení určeném pro krátkodobý pobyt nesoběstačných osob se zdravotním omezením. Takové zařízení dnes na Hořovicku chybí a ze strany zdravotnického sektoru je z pochopitelných důvodů dřívější praxe ponechávání těchto osob v nemocnicích dnes stále častěji odmítána. Středisko sociálních služeb pro krátkodobý pobyt s možností poskytnutí služeb zdravotních by tento problém řešilo. Takové středisko by mohla využívat i pečující rodina či blízcí, s cílem oprostít se z různých důvodů alespoň na krátký čas od vyčerpávající péče o blízkou osobu.

2.4 Domácí hospic

V roce 2001 vzniklo v Praze občanské sdružení nazvané Cesta domů, které usiluje o zásadní zlepšení péče o nevléčitelně nemocné, umírající a jejich rodiny v České republice. Jeho členové jsou přesvědčeni, že se velké většině umírajícím v ČR nedostává kvalitní péče a snaží se praktickou pomocí i osvětou tuto situaci zlepšit. Problematika smrti je pracovníky sdružení veřejně tematizována a je upozorňováno na skutečnost, že závěr života je mnohdy zbytečně provázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti a dalšími formami utrpení, jimž by bylo možné předejít. Sdružení Cesta domů se snaží tuto situaci změnit. Jeho členové usilují o rozšíření moderní paliativní (útěšné) péče. Historii i poslání organizace shrnula její ředitelka M. Špínková: *„Cesta domů v tuto chvíli existuje sedmým rokem. Vznikla v roce 2001 v Praze a ten základní cíl je zlepšit umírání v Čechách, nějak přispět k rozvoji paliativní péče a k rozvoji domácí péče o umírající. Rozvoj domácí péče spočívá v tom, že si shodně s mnohými paliativci ve světě myslíme, že to základní prostředí, kde člověk má ukončit život, je doma, případně v lůžkových hospicích nebo v místech, která jsou tomu domovu co nejbližší. Protože jedině takové prostředí umožňuje člověku zachovat si důstojnost a celistvost jeho života.“*

K naplnění tohoto poslání se jednak snaží pracovníci Cesty domů tlumočit tyto myšlenky v médiích či v osobních kontaktech, především však dále poskytují několik typů **služeb**:

- Nabízejí konkrétní pomoc rodinám, které se rozhodly pečovat o své umírající blízké doma.
- Usilují o strukturální společenské a legislativní změny, které by umožnily rozšíření kvalitní péče o umírající v celé České republice.
- Provozují a garantují informační a diskusní portál www.umirani.cz, který umožňuje získat potřebné informace, navázat kontakt a zprostředkovat poradenskou pomoc v problematice související s koncem života, umíráním, smrtí, s péčí o nevyлéčitelně nemocné, umírající a pozůstalé.
- Zajišťují provoz veřejné knihovny pro pečující, nemocné, zdravotníky, pro studenty i pro pozůstalé s on-line rezervačním systémem i distančním způsobem půjčování.

Služby jsou v převážné většině případů poskytovány zdarma, pouze za doprovod pro umírající v domácnostech se od roku 2008 rozhodli od klientů vybírat měsíčně poplatek 500 Kč. Raději než na platby za poskytované služby se zaměřují na budování sítě dárců a věnují se i prodeji drobných předmětů, což jim přináší určitý zisk, který posléze investují do poskytovaných služeb.

Počty **klientů** jsou díky poradenské činnosti poskytované prostřednictvím internetu a telefonicky značně vysoké, klientů, kterým je poskytnuta osobní pomoc, je přirozeně daleko méně. V přímé péči zdravotníků domácího hospice je vždy zhruba deset, maximálně patnáct klientů. Průměrné období, po které je klient v péči domácího hospice, trvá zhruba jeden měsíc a končí smrtí klienta. Převážná většina (zhruba 96 %) umírajících klientů má onkologickou diagnózu. Klienti jsou častěji v seniorském věku (zhruba 70 %), i když pracovníci domácího hospice provázejí i nezanedbatelnou část umírajících v produktivním věku (zhruba 30 %). Během celého dosavadního období fungování organizace tak pracovníci hospice přímo pomohli „dobře zemřít“ zhruba pěti stům osob. Mnohem vyšší počet osob však podpořili poradenskou činností. Na portál www.umirani.cz a na stránky Cesty domů přijde denně přes tisíc osob, které tam hledají informace, nejčastěji o péči o umírající. Další osoby využívají telefonickou poradnu, která je otevřená každý pracovní den, a zájemci mohou navštívit hospic samozřejmě i osobně. Poradenskou činnost telefonickou, internetovou či osobní využije ročně zhruba dva tisíce osob. Většina z nich potřebuje poradit, jak má pečovat o svého nemocného blízkého. Cesta domů má zhruba třicet **zaměstnanců**, z nichž o něco více než třetina jsou zdravotníci působící v terénu, tj. v domácnostech umírajících. Zhruba 7 pracovníků působí v poradně (osobní, telefonické a internetové) a zároveň jako sociální pracovníci, kteří chodí i do rodin, kterým je poskytována zdravotní péče. Zbytek zaměstnanců tvoří vedoucí pracovníci, koordinátoři a technicko-administrativní personál, který zabezpečuje chod a financování organizace. Fluktuace zaměstnanců je minimální a ředitelka organizace M. Špinková hodnotí své zaměstnance výrazně kladně: „jsou to opravdu nadprůměrné, kvalitní, samostatné a odpovědné osoby“.

Dále se do chodu organizace zapojují **dobrovolníci**, z nichž pravidelně na každodenní bázi spolupracuje asi dvacet, v databázi jich organizace ale má zhruba kolem stovky. Cíleně s nimi pracuje a pořádá pro ně kurzy, na všechny se koordinátorka obrací prostřednictvím internetového systému s konkrétními požadavky o pomoc. Koordinátorka řídí činnost dobrovolníků a současně je vzájemně zpravuje o tom, co dělají jiní dobrovolníci, protože díky charakteru práce v terénu by dobrovolníci bez toho často neměli přehled jeden o druhém. Cílem je zároveň budovat tým a pocit sounáležitosti a spolupráce ve stejném poslání, nejen organizovat skupinu jednotlivců.

Spolupráci navazuje domácí hospic především s organizacemi a jedinci, kteří mají co do činění s péčí o umírající a věnují se tedy podobné problematice jako oni. Úzce spolupracují s ošetřujícími a praktickými lékaři svých klientů, kteří jednak musí pacienta doporučit pro službu domácího hospice a jednak předepisují pacientům potřebné léky, především opiáty. Další spolupráci rozvíjí s agenturami domácí péče, které mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a rovněž zajišťují domácí zdravotní ošetření klientů. Neméně důležitá je pro ně i součinnost s lůžkovými hospici, kterým v případě vhodnosti předávají klienty. Nepravidelně spolupracují s dalšími nestátními neziskovými organizacemi jako například Gaudia, Život 90, Sdružení Občan. Občas rozvíjí spolupráci s různými školami, především středními, ale i vysokými, pro které pořádají jednorázové přednášky. Kontakty udržují i s Národní knihovnou ČR, do jejíhož centrálního katalogu byla zařazena tematicky orientovaná knihovna sdružení. Většina spolupráce probíhá na nepravidelné a příležitostné bázi, dochází k ní tehdy, když jí podmínky vyžadují či podněcují.

Zásadním **problémem**, se kterým se organizace i přes své úspěchy potýká, je skutečnost, že se jí plně nepodařilo začlenit se do státního zdravotního systému. Nejde přitom pouze o zařazení této jedné organizace, ale o zahrnutí domácí hospicové paliativní péče do systému zdravotnictví obecně. Usilují tak již několik let o změnu v legislativě, která by paliativní hospicovou péči do zákona o zdravotní péči zahrнула. Podle ředitelky M. Špinkové se však jedná o zdlouhavou činnost, byť zatím korunovanou alespoň drobnými výsledky: *„že nejsme v systému zdravotně sociálním nebo v tom zdravotnickém ... odčerpává mnoho sil. Vlastně ta legislativní práce, to, že pořád někde chodíme, pořád někoho přesvědčujeme, a on je pak odvolán a začínáme znovu, to je jako boj s větrnými mlýny. To dělám už 4 roky, 5 let. Teď se nám podařilo například dostat formulaci do zákona o veřejném zdravotním pojištění pro mobilní hospice.... Takže to je docela úspěch. ... No teď musíme přesvědčit pojišťovny, že to tam je, a že nás mají financovat. A samozřejmě je tu velká absence, to je myslím důležité, toho zákona, že máme teď zákon o sociálních službách. Není zdaleka dokonalý, ale je. A zdravotní není. Ten máme z toho roku 1966... O zdraví lidu, tak se jmenuje. A to myslím je tedy hodně špatné, protože tam není jediné slovíčko o paliativní péči.“* Nedostatek aktuální legislativy a zájmu o moderní paliativní medicínu tak přináší v praxi problémy. Jedním z posláních sdružení je i rozšiřování vědomí o paliativní léčbě a její prosazení do běžné praxe tím, že bude uvedena v zákonech. Jak je zřejmé z uvedené výpovědi, jedná se však o oblast, ve které je spousta vynaložené energie odměněna jen drobnými a předem nezaručenými výsledky.

Plány organizace do budoucna spočívají především v zajištění stabilnějšího financování, nejlépe ze zdravotního rozpočtu tím, že budou výkony hrazeny z prostředků veřejných zdravotních pojišťoven. Dále by organizace chtěla pracovat na místním sjednocení jednotlivých pracovišť, protože doposud z finančních důvodů sídlí v prostoru nedostatečně velkém a musí tak mít jednotlivé části dislokovány v jiných budovách a různých částech Prahy, což provoz značně komplikuje. Cílem je sestěhovat všechny části na jedno místo, do jedné budovy.

2.5 Domov pro seniory - středisko Diakonie ČCE

Diakonie Českobratrské církve evangelické (dále ČCE) je celorepublikovou organizací, která poskytuje sociální, zdravotní, vzdělávací a pastorační služby prostřednictvím více než třiceti středisek. Jedná se o služby určené seniorům, lidem s postižením, lidem v obtížné životní situaci a umírajícím. Poskytování těchto služeb je vnímáno jako "praktický projev křesťanské víry, naděje a lásky. ... skromná snaha s

Boží pomocí nabízet pomocnou ruku lidem trpícím nejrůznější nouzí¹⁰. Diakonie ČCE si klade za cíl organizovat, zajišťovat a poskytovat ve svých zařízeních sociální, zdravotní, pedagogickou a pastorační péči lidem, kteří se v důsledku věku, zdravotního postižení, nemoci, osamocení či ohrožení dostali do nepříznivé životní situace. Péče a podpora je poskytována jednotlivými zařízeními po celé ČR, přičemž hlavní snahou je, aby uživatelé služeb mohli žít v co největší míře svým běžným a důstojným způsobem života.

V rámci Diakonie ČCE fungovalo v roce 2007 celkem 8 domovů pro seniory, přičemž Domov odpočinku ve stáří v Krabčicích u Roudnice nad Labem (Ústecký kraj) byl jedním ze tří největších. Pobytové středisko pro seniory má v Krabčicích dlouholetou tradici, služby seniorům jsou ve zdejších církevních budovách poskytovány od roku 1954, i když mezi lety 1959 a 1991 to nebylo pod správou církve, nýbrž státu, který majetek zabavil. Hlavním účelem střediska v Krabčicích je poskytování **pobytových služeb** seniorům se sníženou mírou soběstačnosti a seniorům s Alzheimerovou nemocí nebo jinou formou demence. Činnost střediska sestává především z poskytování základních služeb:

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- Poskytnutí ubytování popřípadě přenocování
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Dále jsou poskytovány (nebo zprostředkovány) služby doplňkové:

- Zajištění pravidelné lékařské péče (2x v týdnu dochází do zařízení praktický lékař, 1x v týdnu psychiatr a kožní lékař)
- Pohybová rehabilitace
- Poskytnutí duchovní péče (organizace bohoslužeb, pohřebních rozloučení, biblických hodin, pastorační péče a doprovázení umírajících)

Pan ředitel D. Michal o poskytovaných službách a záměrech střediska i klientech uvedl: „*Jsmo tedy pobytové zařízení sociální péče, poskytujeme dvě sociální služby. Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. ... ta první služba, domov pro seniory, se zaměřuje na seniory, kteří ztratili, následkem nějaké nemoci nebo věku, soběstačnost. Nemohou zkrátka z nějakého důvodu už být sami doma. Tu soběstačnost poměříme přiznaným příspěvkem na péči. ... A ta druhá služba - domov se zvláštním režimem, ta je zaměřená na seniory buďto přímo s Alzheimerovou nemocí a nebo s jinou formou demence. ... Jsou tady lidé, kteří mají psychická onemocnění a my tedy o ně pečujeme v sociálních službách, to znamená, že je to trošku jiný přístup než ten*

¹⁰ Citace z oficiálních internetových stránek Diakonie (přístup dne 10.12.2007); http://www.diakoniecce.cz/index.php?option=com_content&task=section&id=4&Itemid=113.

medicínský. My neřešíme jejich diagnózu příliš, i když samozřejmě medikace a taková ta zdravotnická podpora tady je, ale snažíme se jim zajistit důstojný život. Při všech těch omezeních, která ta nemoc přináší. ... Snažíme se jim zajistit podmínky pro ten důstojný život. Důstojný život jako takový nikomu nezajistíte. ... My vytváříme podmínky pro to, aby ti lidé mohli za nějakých okolností ten svůj život prožívat důstojně a kvalitně." Hlavní důraz je tedy kladen na kvalitu života, nikoliv na léčení nemoci. Jelikož se jedná o pobytové středisko, je tento přístup zcela pochopitelný a plně v souladu s aktuálními trendy dlouhodobé péče.

Snahou je rovněž zajistit možnosti pro aktivní způsob života klientů. V domově je dílna, kde senioři mohou vyrábět různé drobné výrobky. Ty pak mohou být prodávány, například před Vánoci nebo při jiných příležitostech. K dispozici je společná kuchyňka, ve které se vždy po obědě koná tzv. kavárnička, kde se Ti, kteří mají zájem, schází na společné posezení a popovídání nad kávou, ke které si případně mohou upéct nějaké pečivo. Společné aktivizační programy zajišťuje zkušená ergoterapeutka. Za příznivého počasí doprovází pečovatelé klienty na společné procházky, v areálu je internetová kavárna atd. Duchovní potřeby se snaží naplňovat pastorka, která zde působí. Vede modlitebni a biblické hodiny i bohoslužby přímo v areálu domova. Podle potřeby poskytuje klientům individuální rozhovory, doprovází umírající a může vykonávat i pohřební obřady. Podle jejího názoru je aktivita důležitým prvkem prostupujícím celkový přístup ke klientům domova: *„...To je další poslání toho domova, že se snažíme obyvatele motivovat k činnosti, protože když nejsou motivovaní, tak vlastně potom rychleji upadají do toho svého smutku ze stáří. A stávají se právě pasivními a pak třeba umřou. Jakmile člověk přestane něco dělat, tak velmi rychle odchází. Takže se je snažíme velmi motivovat k nějaké činnosti.*“

Poskytované služby jsou hrazeny klienty a **ceny** jsou pro některé z nich poměrně vysoké a špatně dostupné. Záleží na tom, jaká je výše jejich starobního důchodu (průměrný vyplácený starobní důchod činil zhruba 8 750 Kč v roce 2007) a jak vysoký příspěvek na péči klient dostává. Klienti platí základní měsíční poplatky za ubytování, úklid, praní, žehlení a stravu, které činí zhruba 7 800 až 9 000 Kč, přičemž rozdíly jsou tvořeny odlišným počtem osob na pokoji a typem stravy. Přijímání jsou přítomni pouze klienti, kteří mají sníženou soběstačnost, což je prokazováno skutečností, že pobírají příspěvek na péči. Výše příspěvku na péči se v roce 2007 podle míry závislosti pohybovala mezi 2 až 11 tisíci Kč. Tento příspěvek klienti automaticky dávají středisku a jsou z něj uhrazeny další služby. Tím, že základní sazba za pobyt zhruba odpovídá průměrnému starobnímu důchodu a podle zákona musí být cca 15 % důchodu ponecháno jeho příjemci jako kapesné, stává se, že klienti nejsou schopni pobyt ve středisku v plné výši uhradit. Podle odhadů ředitele je to přibližně 20 - 30 % klientů, u kterých je vedena tato dlužná částka jako pohledávka. Další služby jako např. pedikúra, kadeřnictví atd. nejsou poskytovány organizací a klienti si je hradí navíc ze svého kapesného či úspor.

Středisko má asi 85 zaměstnanců a 80 přepočtených úvazků. Většina z nich tvoří pečovatelské týmy a většinou jsou to ženy. Muži naopak působí ve vrcholném managementu (ředitel a zástupce ředitele) a v oddělení zajišťujícím údržbu budov i celého areálu.

Poměrně častá je při péči o klienty spolupráce s jinými organizacemi. Jedná se například o nezbytnou komunikaci s různými úřady, s místním městským úřadem, s nemocnicí, konkrétně zejména s oddělením léčebny pro dlouhodobě nemocné. Kooperují se středisky podobného zaměření, nejčastěji s dalšími domovy pro seniory působícími v rámci Diakonie ČCE, ale i s jinými domovy (včetně zahraničních, kam jezdí na výměnné pobyty). Občas pracují v součinnosti s organizací poskytující domácí

rehabilitační péči atd. Klientům se snaží zprostředkovat možnost využít i dalších potřebných služeb, např. právní poradny, kadeřnictví, pedikúry atd.

Chod domova je, jak je to v sociálních službách obvyklé, velmi závislý na přísunu finančních dotací, protože platby od klientů nepokryjí vynaložené náklady. Aktuálně se podařilo získat dostačující množství peněz na provoz, takže v tomto ohledu se stížnosti neobjevovaly. Větší **problém** spatřoval ředitel domova D. Michal ve skutečnosti, že jako nestátní nezisková organizace (právní forma účelové zařízení církve) nemá středisko velké možnosti k získání financí na investice spočívající v opravě budov nebo stavbě nových budov odpovídajících současným standardům požadovaným ze strany klientů: „... když přijdete do moderního domova, tak, a myslím, že je to docela logické, tak by si člověk představoval a přál, aby měl třeba maximálně dvoulůžkový pokoj, ne-li jednolůžkový, aby měl vlastní sanitární zařízení, aby měl nějakou míru soukromí. Můžeme tady dělat všechno možné, aby to tady tak bylo, ale třeba v téhle budově prostě ekonomicky to nikdy nepůjde jinak. Takže tady budou vždycky dvoulůžkové pokoje. Jednolůžkové pokoje neufinancujeme. Tak to už vždycky bude určité omezení v tomto. A ten nedostatek financí. Z toho provozu občas taky je cítit, že některé věci nejdou pořídit a tak dále. Teď si nestěžujeme, teď máme docela, prožíváme takový dobrý rok. Řada věcí se povedla, tak spíš to vidím optimisticky. Takže peníze do investic, do opravy těch budov. To se klientů dotýká velmi výrazně.“ Skutečností je, že s intimizací života v moderní společnosti se změnila potřeby soukromí a ubytování na pokoji společně s dalšími dvěma až třemi osobami neodpovídá představám a požadavkům většiny lidí. Na druhou stranu starší budovy byly stavěny s jiným cílem a účelem a ne vždy se dají současným standardům přizpůsobit.

Duchovní pastorka působící ve středisku dále viděla určitý problém ve skutečnosti, že „pečovatelé tady místo, aby sloužili osmihodinové směny, tak musí často sloužit dvanáctihodinové směny, což je pro ně vyčerpávající. Kdyby bylo víc financí, je i víc zaměstnanců, tím pádem větší péče o ty obyvatele.“ Skutečnost, že na výši financí je závislá kvalita péče (za podmínky, že je vyvíjena snaha o dosažení co nejvyšší kvality), je zjevná, důležité je však udržet rozumný vztah mezi kvalitou a cenou. O to se v Krabčicích poměrně úspěšně snaží. Přístup ke klientům je značně individuální a snahou je umožnit žít důstojný život těm seniorům, kteří z různých důvodů nemohou mít takový život zajištěný v domácím prostředí.

V souladu s potřebami ze strany klientů má středisko několik **plánů** do budoucna, jejichž realizace bude záviset rovněž na komunitním plánu a množství financí, které získají. Podle ředitele D. Michala jsou základní plány následující: „My máme v plánu snižování lůžek, počtu lůžek na pokojích, protože tady na hlavní budově ještě je poměrně dost třílůžkových pokojů. A ta moje představa je taková, že bychom maximálně v horizontu dvou let měli skutečně dospět ke dvoulůžkovým pokojům na hlavní budově ... a na těch ostatních budovách by všude měly být jednolůžkové pokoje. ... rádi bychom vybudovali nové oddělení pro lidi s demencí, postavili úplně nový dům v zahradě. Ale není to nějaká nová kapacita, spíš lidé, kteří by jaksí zmizeli z těch vícelůžkových pokojů, by se přesunuli tam. Takže bychom si udrželi tu stávající kapacitu. Tam máme teď v tuto chvíli 39 lůžek vyhrazených pro lidi s demencí. Tam cítím, že ta potřeba jistě bude, protože těch domů se zvláštním režimem tady v okolí není mnoho, vůbec v Ústeckém kraji. Takže tam cítíme, že to určitě zachováme. A zbytek ukáže trh. Pokud se ukáže, že třeba některá místa skutečně nedokážeme obsadit [místa na vícelůžkových pokojích, špatně dostupných pokojích atd.] nebo že nedokážeme sehnat peníze na rekonstrukci těch budov, vybudování výtahu, tak se to bude muset utlumit. ... Takže ke snížení kapacity dojde, jistě, spíš k těm třeba 90 místům z těch současných. Aby to bylo taky lidštější trošku. 120 lidí nebo 130, kolik

bylo, když jsem přišel, tak to je továrna na lidi. To je strašně moc." Cílem je tedy zvýšit kvalitu a snížit nebo zachovat počet klientů s tím, že by se rozhodně neměl v rámci domova snížit počet míst pro lidi s demencí, po kterých je vyšší poptávka. V době výzkumu činila čekací doba na umístění do domova se zvláštním režimem asi jeden rok, čekací doba na umístění do domova pro seniory s běžným režimem byla o několik měsíců kratší.

3. Dílčí oblasti poskytování služeb seniorům

3.1 Potřeby starého člověka

O potřebách seniorů jsme výše (kap. II. 2) uvedli, že představa o tom, že staří lidé mají odlišnou strukturu potřeb od ostatních, je mylným a stereotypním vzorcem, který je v české společnosti značně rozšířen [Kubalčíková 2007b]. Na tomto místě se proto budeme zabývat potřebami seniorů tak, jak to odpovídá přístupu uplatňovanému v praxi. Dalším důvodem je fakt, že i když potřeby seniorů nejsou specifické samy o sobě, jsou potřebami obecně lidskými, dochází v této skupině obyvatel ke změně významu a důležitosti jednotlivých potřeb. V důsledku fyzických, sociálních, psychologických i ekonomických změn, které stárnutí doprovázejí, se totiž naplňování některých běžných potřeb může stát obtížnějším.

Při kvalitativním výzkumu v organizacích poskytujících služby seniorům jsme ověřovali, jakým způsobem jejich vedoucí pracovníci potřeby starého člověka vnímají. Měli bychom však mít na paměti, že i v případě, že měli informátoři hovořit o potřebách starých lidí obecně, přirozeně vycházeli z vlastní každodenní zkušenosti a do jejich výpovědí se často promítal přístup uplatňovaný v jejich organizaci. Proto byly potřeby, o jejichž naplnění se organizace snaží, většinou akcentovány. Odpovědi na otázku o představě potřeb starého člověka tak odrážejí charakter poskytované péče, méně často se věnují nedostatečně naplňovaným potřebám klientů. Jednalo se přitom především o potřeby, které se organizace z různých příčin ani naplňovat nesnažily. Většinou proto, že to nebylo v jejich kompetenci a neměly vhodné prostředky k uspokojování takových potřeb.

Vedoucí osoby zkoumaných organizací reflektovaly rozličné **potřeby** starých lidí. Nejčastěji zmiňovaly potřeby sociální, potřeby komunikace a vztahů s dalšími lidmi, potřeby bezpečí, důstojnosti, vážnosti, respektu, ale i základní potřeby biologické, jako je zajištění jídla a hygieny. **Hierarchické uspořádání** lidských potřeb podobné teoretickému konceptu Maslowa (viz kap. II.1.1) bylo vnímáno i některými pracovníky nevládních organizací péče o seniory, kteří upozorňovali na skutečnost, že je nezbytné naplňovat nejprve ty „nižší“ potřeby proto, aby mohly být uspokojovány i ty vyšší. Podle vedoucí pobytového střediska pro seniory v Krabčicích tvoří potřeby starých lidí široký komplex: *„Od těch vlastně nejzákladnějších fyziologických, až po ty potřeby nejvyšší. Myslím si, že samozřejmě pokud nejsou splňovány ty nejzákladnější fyziologické potřeby, tak potom ty vyšší potřeby ztrácejí smysl. Ale to samozřejmě každé [pobytové] zařízení víceméně splňuje, takže samozřejmě se tu zabýváme i těmi potřebami vyššími, na kterých nám čím dál víc záleží. To znamená vlastně nějaký pocit bezpečí, pocit seberealizace těch klientů, pocit sounáležitosti, sebeúcty, takže vlastně i o tyhle vyšší potřeby se snažíme pečovat u těch klientů. A vlastně posilovat takové to jejich sebevědomí, takový ten aktivní způsob života.“* Uspokojování biologických potřeb je přitom považováno za samozřejmé, uspokojování těch „vyšších“ je pak hlavním cílem této organizace.

Podobně hierarchicky, ovšem s větším akcentem na zajištění základních potřeb, popisovala potřeby seniorů vedoucí pečovatelské služby V. Karešová, která se k potřebám starých lidí vyjádřila následovně: „*Pořád budu vycházet z těch základních potřeb, protože ten starý člověk, když to řeknu hodně ošklivě, toho by jenom zajímalo, co dostane k jídlu a kdy byl na záchodě ... Takže z toho budu pořád vycházet, když vidím starého člověka a jeho potřeby, tak vždycky budu chodit na ty základní potřeby. To je - umýt ho, aby byl v suchu, v čistotě, najedený. A hlavně, co těm lidem chybí, to je to povídání. Oni nemusejí ani naslouchat. Oni chtějí povídat. A to je, já myslím, kolikrát jim ani nevadí, že jsou počůraní, hlavně, že si někdo sedne a že si s nimi povídá. Takže jako když si vezmu ten pojem starý člověk a jeho potřeby, tak vždycky zůstanu u těch základních potřeb a u toho povídání.*“ Základní biologické potřeby a sociální kontakt prostřednictvím komunikace s jiným člověkem jsou tedy vedoucí terénní pečovatelské služby vnímány jako ústřední. Odráží to zkušenost z terénu s tím, s jakými požadavky se na organizaci klienti obrazejí. Do jisté míry však uvedená citace zároveň reflektuje i poznání, že pro někoho mohou být v určitých situacích základní fyzické potřeby až druhotné a přednostně bude vítat naplňování potřeby sociálního kontaktu a sdílení prostřednictvím vzájemné komunikace.

Při práci v oblasti služeb pro seniory se dále jako klíčové ukázaly být další potřeby, a to především **pocit bezpečí, důstojnosti a respektu**. To jsou potřeby, které samozřejmě provází život člověka obecně, ovšem právě ve stáří a při určité ztrátě soběstačnosti mohou být z vnějšku narušovány. Ředitel pobytového střediska pro seniory D. Michal považuje potřebu pocitu bezpečí u seniorů za ústřední a ruku v ruce s tím i respekt k osobě druhého, v tomto případě starého člověka nehledě na jeho omezení: „*Bezpečí, mít možnost být v bezpečném prostoru. To je zase věc celospolečenská, mít možnost bezpečně existovat. A pak taky určitě mít možnost žít kvalitně ten svůj život. A teď nemyslím kvalitně, aby to byla nějaká fráze, ale prostě mít možnost naplnit svoje potřeby. To, co byl člověk zvyklý dělat celý život, tak aby mohl dělat i ve stáří. To mi připadá jako hodně silná potřeba. Určitě se setkávám s tím, když mluvím třeba s lidmi v domově, tak narážíme na otázku toho respektu taky. Být brán vážně, přes ten svůj věk, přes ta svoje omezení, prostě být brán vážně, mít nějakou vážnost.*“ Tato výpověď naznačuje, že zmiňované potřeby jsou vnímány primárně jako obecně lidské potřeby a až sekundárně jako potřeby seniorů. A navíc se jedná o potřeby, které by měly být naplňovány ve společnosti obecně, nikoliv pouze při poskytování určitých sociálních nebo zdravotních služeb.

Výpovědi některých vedoucích osob zkušených s prací se seniory zdůrazňovaly nezbytnost zachovávat důstojnost a respekt v jednání se seniory, a to zejména se seniory s vážnějším zdravotním či jiným omezením. Například ve zdravotnictví není podle jejich přesvědčení respekt k pacientům vyššího věku vždy uplatňován. V českém prostředí se zdravotnický personál mnohdy obrací raději na mladší příbuzné, než aby se zeptal na názor klienta samotného. Případně rozhoduje za něj bez toho, aniž by pacientovi vysvětlil alternativy a možnosti, ze kterých by mu nechal volit. Tento problém se však netýká pouze seniorů, ale platí obecněji [viz Křečková Tůmová 2003]. Ředitelka domácího hospice M. Špinková poukázala na skutečnost, že tento nedostatek vyplyne nejvíce na povrch v okamžiku, kdy mají lékaři komunikovat s umírajícími pacienty (bez ohledu na jejich věk): „*Je strašný nedostatek komunikace u těch lékařů. Opravdu strašný. A u těch umírajících si člověk říká, že si ten čas [ošetrující lékař] udělá, protože ví, že prostě ho mají málo, a pak by ho to trápilo. Ne. Naopak se s nimi [pacienty] vůbec [lékaři] nebaví, dokonce ještě méně než normálně.*“

Potřeby starých lidí (i osob bez rozdílu věku) lze dělit do různých skupin. Ředitelka střediska komplexní péče o seniory je rozčlenila na **biologické, sociální a**

psychické a upozornila na snahu tento komplex příliš od sebe neoddělovat a cíleně je naplňovat všechny. Pracovníci přímo pečující o seniory by podle jejích představ měli mít alespoň základní povědomí o všech těchto třech spojitých oblastech a snažit se na ně reagovat a uspokojit je. Standardní cesty, které k jejich naplňování tato organizace volí, jsou následující: „Ty sociální [potřeby naplňujeme] kontaktem se společenským prostředím. Psychické hlavně těmi sociálně aktivizačními činnostmi. To se vlastně prolíná s těmi sociálními potřebami. A v podstatě ty biologické potřeby pokrýváme také v těch domácnostech. To je třeba péče o hygienu toho jedince, příprava stravy, dovážka stravy. Takže jsou to všechny tři potřeby. Myslím si, že není dobře oddělovat tyto potřeby od sebe. Že právě proto musí mít pracovníci v přímé péči o klienta znalost o psychologii seniorů, že zároveň, když uspokojují ty biologické potřeby, že by měli uspokojovat i ty ostatní dvě.“

Zmíněné potřeby samozřejmě korespondují s nabídkou služeb jednotlivých organizací. Klienti či jejich rodinní příslušníci se vědomě rozhodují pro využívání určitých služeb právě za účelem uspokojení konkrétních potřeb, pro něž se jeví využití nabídky dané organizace jako vhodné. Dle informátorů je u klientů velmi častá potřeba sociálního kontaktu, kterou lze naplňovat různými způsoby, od aktivizačních služeb až po pečovatelskou činnost. Zatímco v domácím prostředí se senioři mohou stát izolovanými a postrádat společenské kontakty, v pobytových zařízeních může vznikat opačný problém. Vysoká koncentrace osob v jedné budově vede k větší potřebě po soukromí a touze mít prostor sám pro sebe a nesdílet pokoj s dalšími osobami. Výhodnou terénních služeb oproti tomu je, že pečují o člověka v jeho domácím prostředí a pomáhají tak především těm, kteří potřebují určitou výpomoc, ale do značné míry jsou stále samostatní nebo o ně pečují příbuzní či známí.

Nejčastějšími důvody, kvůli kterým klienti nebo jejich rodiny služby organizací vyhledají, je nesoběstačnost nebo ztížená soběstačnost seniorů a zároveň nemožnost rodinných příslušníků plně uspokojit především základní potřeby seniorů. Nejčastěji je žádané zajištění obědů, udržování základní hygieny nebo zajištění denní péče o seniory. Pro rezidenční služby jsou jasnými kritérii nesoběstačnost a špatný zdravotní či psychický stav seniora.

3.2 Zdravotní a sociální služby

Základní služby, které senioři (samozřejmě nikoliv výhradně) využívají k uspokojení svých potřeb, jsou služby zdravotní a sociální. Zatímco ty první jsou poskytovány především zdravotnickým systémem a na jejich v zásadě bezplatné využívání má v případě potřeby nárok každý občan státu, ty druhé nabízejí pokrytí sociálních potřeb pro menší část osob, protože tyto potřeby jsou ve vyšší míře uspokojovány mnoha jinými cestami, nikoliv pouze využíváním formálně poskytovaných sociálních služeb. V tradičních společnostech jsou to téměř výhradně neformální kanály a pomoc rodiny a blízkých, které sociální potřeby naplňují. A to i v případě soustavné celodenní a dlouhodobé péče o nesoběstačné seniory. V pozdně moderních společnostech vinou uplatnění většiny populace v produktivním věku na formálním pracovním trhu i zvýšeného stěhování osob dochází k tomu, že neformální cesty uspokojování sociálních potřeb nejsou vždy možné. Pro mnoho osob je z časových důvodů nereálné pečovat o své blízké v míře, která je potřebná. I přesto zůstává **neformální péče**, většinou poskytovaná mezi rodinnými členy, případně blízkými či v sousedství, stále jednou ze dvou nejdůležitějších [Kuchařová 1997; Svobodová 2007; Victor 2005]. I tam, kde rodina poměrně dobře funguje a významným způsobem pečuje o seniora, je často zároveň potřebné zajistit určité sociální služby

z formální sféry. Právě kombinací péče neformální a formální, například za pomoci systému terénních služeb, je možné zajistit seniorovi kvalitní život v domácím prostředí namísto toho, aby musel z důvodu omezené soběstačnosti odejít do rezidenčního zařízení, kde bude čelit následkům vytržení ze svého původního prostředí a sociálních vazeb. Rozvoj terénních služeb se proto jeví jako velmi potřebný [Haškovcová 1990; Barvíková 2005].

Rodina je většinou Čechů považována za ústředního aktéra v pomoci seniorům. 46 % žen a 42 % mužů ji považuje za hlavního aktéra v pomoci seniorům v jejich domově, podle 38 % by se měla péče a pomoc seniorům dělit mezi rodinu a stát zhruba na polovinu. Zároveň se však vyskytuje i nemalý podíl těch, kteří za zásadnějšího aktéra v pomoci nesoběstačným seniorům v jejich domově považují **stát**. Téměř jedna pětina dospělé české populace je přesvědčena, že péče o starší lidi vyžadující pomoc v jejich domově je více úkolem společnosti než rodiny. Muži přitom tento postoj zastávají častěji než ženy (v reprezentativním šetření GGS ho v roce 2005 vyjádřilo 20 % mužů a 17 % žen) [Svobodová 2007]. Je zřejmé, že rodina vzhledem ke kvalifikaci může jen těžko poskytovat služby zdravotní, její role je tedy především na poli sociálních. Ačkoliv se v praxi tyto služby často prolínají a většina klientů potřebuje zároveň obě, na organizační rovině jsou tyto služby oddělovány. Jedná se především o to, že zdravotní služby fungují pod správou Ministerstva zdravotnictví a sociální služby jsou v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí. Přestože náš kvalitativní výzkum byl zaměřen především na nevládní neziskové organizace poskytující sociální služby, zjišťovali jsme u vedoucích pracovníků těchto organizací jejich postoj k účelnosti dělení těchto dvou sfér.

Zdravotní sestra a zároveň vedoucí malé firmy poskytující terénní zdravotní služby plně hrazené zdravotními pojišťovnami V. Toušová byla přesvědčena o tom, že **zdravotní a sociální služby patří k sobě**. Zdůrazňovala především hledisko klienta, pro kterého je výhodné, pokud je mu jedna organizace schopná zajistit nebo alespoň zprostředkovat, oboje. Ona sama se o něco podobného v minulosti pokoušela, s přijetím nového zákona o sociálních službách s tím však skončila. Na svoji zkušenost vzpomínala následovně: *„My jsme to takhle dělali [tj. poskytovali jak zdravotní, tak sociální služby] dlouho a vím, že to bylo pro lidi [klienty] optimální řešení. Nehledě k tomu, že ta děvčata, která chodila - ať už jako pečovatelky nebo jako sestřičky - byla schopna se spolu vzájemně domluvit Takže nebyl problém, kam šla sestřička, aby řekla [pečovatelce]: ‚ještě tam zaskoč, já si myslím, že by potřeboval [to a to]‘. ... [klienti] měli péči skutečně ať už tu, kterou si vysloveně vyžádali, nebo tu, ke které jsme je trochu postrčili, když jsme tedy viděli, že už je tam potřeba uklidit. Zastávám ten názor, že já můžu člověku pomoci od bolesti, ale pokud nemá co k jídlu, tak jsem mu nepomohla. Ale já nebudu chodit s obědy.... není to moje náplň práce, nemůžu to dělat pořád Takže jsme byli schopní velice flexibilně, to bylo skutečně ze dne na den, nákup i třeba do hodiny zajistit. Protože mě poslali k člověku, kterého bolí záda, a já jsem zjistila, že je doma sám, nikdo nepřijde a on leží v posteli. ‚A co máte k jídlu?... Nic.‘ A jak říkám, nebyl problém, aby tam ten nákup za hodinu měl. A druhý den oběd. Myslím si, že to bylo velice přínosné... to dotoval obecní úřad, všechno. Mzdy, platy. Do toho já, že třeba tím, že vlastně jsem měla jako zdroj financí [zdravotní] pojišťovnu, tak jsme dokázali i na leccems ušetřit. Třeba v poledne, když se píchaly inzuliný a ten člověk měl oběd, tak jela sestřička, která jela autem na pojišťovnu, protože jela píchnout inzulin a vezla s sebou ten oběd pro tu paní. Takže nejenže bylo zajištěno, že ten člověk po aplikaci inzulinu dostane to jídlo hned. Nemuseli jsme zažívat ty nervy, jestli prostě někde se neztratili, takže vlastně i se to dalo udělat jednou cestou, takže ty náklady se daly snížit. Já si myslím, že to bylo opravdu zajímavé a hezké.“* Již samotná tato výpověď o zkušenostech z praxe

poukazuje na některé klady i zápory sloučení zdravotních a sociálních služeb. Z hlediska klienta je nepopíratelně jednodušší, pokud nemusí jednat s více organizacemi a potřebné služby jsou mu flexibilně podle aktuální potřeby poskytnuty jednou organizací. Pro organizaci samou je to rovněž výhoda, protože může částečně snížit náklady na administrativu a cesty ke klientovi, případně i tím způsobem, že je hradí více z té sféry, která poskytuje více finančních prostředků. V tomto případě to bylo ze sféry zdravotní ve prospěch hůře dotovaných služeb sociálních, ale mohlo by tomu být i naopak, případně podle okolností lze převažující finanční krytí záměrně střídat. To je ovšem nevýhodné pro jednotlivé resorty, které přirozeně nechtějí hradit služby mimo sféru své působnosti, ač by to ve výsledku mohlo jejich výdaje třeba i snížit. Tím máme na mysli například zlepšení zdravotního stavu pacienta, který má zajištěn přísun potravy na rozdíl od toho, který nemá atd.

Na druhou stranu je zřejmé, že tímto způsobem dochází spíše ke zvýšenému využívání poskytovaných služeb, které by klient aktivně patrně nevyhledal a jejich poskytnutí by si nebyl schopen zajistit. Tento rozdíl vzniká ovšem především tam, kde jsou obyvatelé nedostatečně informováni o možnostech využívat jednotlivé služby a navíc nejsou zvyklí je využívat. Ukazuje se, že řada osob v ČR není o nabídce sociálních služeb dostatečně poučena a ani je nevyhledává, pokud je nezbytně nepotřebuje. V mnohých regionech navíc některé služby ani nabízeny nejsou, takže je nelze uspokojivě zajistit ani v případě potřeby. Například terénní pečovatelské služby mnohdy zajišťují především dopravení obědů do domácnosti klientů, což navazuje na praxi z dob komunismu, a skutečné poskytnutí péče sestávající z osobní asistence, hygieny atd. nemůže být z kapacitních důvodů těmito organizacemi zajišťováno. V takových případech je senior odkázán na pomoc rodiny a známých nebo se musí přestěhovat tam, kde tato služba poskytována je. To byl také v minulosti postup některých seniorů s vyšší mírou soběstačnosti, kteří odcházeli do domů s pečovatelskou službou nebo do domovů důchodců i proto, že si nemohli zajistit potřebné terénní služby. Bohužel, tento trend stále přetrvává [viz Vidovičová, Lorman 2008].

Oddělování zdravotních a sociálních služeb má svoje opodstatnění, i když v některých případech by se v praxi více hodilo, kdyby byly tyto služby poskytovány současně. Často je to citelné právě při poskytování služeb cílové skupině seniorů. Je proto vhodné hledat styčné body a možnosti praktického propojení služeb těchto dvou pro klienty důležitých oblastí. Pokud ovšem platí zcela **odlišný přístup ke klientům** zdravotních a sociálních služeb, může to v praxi činit problémy. Ty připomněl například D. Michal, ředitel pobytového střediska v Krabčicích, který poukázal na nesoulad mezi jasně stanovenými standardy kvality platnými v oblasti sociálních služeb a absencí takových zásad ve zdravotní oblasti. Podle něj je značně odlišný i přístup ke klientovi v těchto dvou odvětvích, což přináší jisté problémy: *„Je to nepříjemné pro nás, protože v sociálních službách jsou standardy, v sociálních službách jsou vysoce nastavená kritéria na kvalitu. Když to převedu do běžného života, tak my tady velmi mnoho pracujeme s našimi kolegy na tom, aby pochopili, že ten klient není někdo jim podřízený, ale že je to náš partner, že je to člověk, se kterým se máme primárně bavit o tom, jak ta služba má vypadat. Že to všechno, to naše úsilí, má být nasměřováno na něj. A pak ten člověk odejde do nemocnice a ono je to úplně naopak. ... Tak v tomhle, v tom je nám těžko.“* Na podobný problém v přístupu ke klientům ze strany některých lékařů a případně i dalšího zdravotního personálu si stěžovala i ředitelka hospice Cesta domů M. Špinková. Podle jejích zkušeností je komunikace mezi lékařem a pacientem především ze strany lékařů velmi nedostačující, což vyplývá na povrch zejména pokud se jedná o umírající pacienty. Z jejího hlediska je ovšem rovněž problémem fakt, že nový zákon o sociálních službách nezmiňuje paliativní péči. Tento nedostatek vynikne

tím spíše, když uvážíme, že i v českém zdravotnictví je paliativní péče zcela na okraji zájmu.

Prakticky všechny organizace poskytující sociální služby zařazené do výzkumu spolupracovaly s organizacemi poskytujícími zdravotní služby, s nemocnicemi nebo organizacemi zajišťujícími domácí péči, často přímo s lékaři. Vzájemně se v péči o klienty doplňovaly a i přes případné nedostatky považovali zástupci nevládních organizací tuto spolupráci v terénu za důležitou.

3.3 Nový zákon o sociálních službách

Od 1. ledna 2007 vešel v platnost nový zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.), který poměrně radikálně změnil stav doposud platný. Bylo formulováno zhruba třicet nových **sociálních služeb**, které předtím nebyly v zákoně kodifikovány a které mohou být poskytovateli sociálních služeb registrovány a klientům nabízeny. Současně s tím byly formou prováděcího předpisu ustaveny tzv. standardy kvality sociálních služeb, přesně vymezující podmínky, které musí poskytovatelé jednotlivých služeb dodržovat. Jsou určeny požadavky nezbytné k registraci určité služby organizací a v případě nedodržování standardů může být registrace organizaci odebrána. Zároveň byla zavedena nová sociální dávka, tzv. **příspěvek na péči**,¹¹ která náleží osobám s omezenou soběstačností. Jednotlivé jeho stupně se liší podle stanovené míry závislosti (čtyři kategorie), přičemž jeho finanční výše se pohybuje od 2 do 11 tisíc Kč měsíčně (v roce 2007). Za tento příspěvek si občané mohou podle svých potřeb i uvážení zakupovat sociální služby, případně ho mohou dát soukromým osobám, které pro ně tyto služby vykonávají (bez registrace), například rodinným příslušníkům. Filozofií těchto změn bylo přenesení větší rozhodovací kompetence přímo na uživatele služeb, aby sami mohli stanovit, kterou organizaci nebo osobu z příspěvku zaplatí. Předpokládalo se, že se tím částečně zajistí i podpora kvalitních a potřebných služeb. Pokud služby zásadnějším způsobem platí přímo klienti, ohlídnou si sami více jejich kvalitu a mohou ji ovlivňovat svým výběrem služeb i poskytovatelů (tj. v ideálním případě by měly uspět organizace nabízející kvalitnější a potřebnější služby). Navíc by to mohlo podpořit i neformální péči ze strany rodinných členů a blízkých. O náklady, které stát věnuje na příspěvek na péči, by měly být sníženy státní prostředky, kterými byli dříve dotováni poskytovatelé sociálních služeb.

Jak pocítili **dopady** tohoto nově platného zákona poskytovatelé sociálních služeb v nestátním neziskovém sektoru? Celkový dojem z nového zákona o sociálních službách byl ze strany vedoucích pracovníků zkoumaných nevládních organizací v zásadě **pozitivní**. Všechny z nich si zaregistrovaly alespoň jeden, spíše ale více typů sociálních služeb, které poskytují. I přesto, že, jak někteří uvedli, byla tato registrace z administrativního hlediska poměrně náročnou záležitostí, její přínos vnímají kladně. Poskytla jim větší autoritu a stran získávání finančních prostředků jim formalizace registrací spíše pomohla. Zmenšil se rozdíl mezi nimi a příspěvkovými organizacemi, které dostávaly státní dotace prakticky automaticky. D. Michal, ředitel pobytového střediska pro seniory v Krabčicích, komentoval aplikaci nového zákona: „*Samozřejmě, že v tom zákoně jsou věci, které třeba by mohly být lépe doladěny, lépe domyšleny. Ale já ho vnímám pozitivně veskrze, opravdu ano. Protože to, že nám to třeba*

¹¹ Sociální dávka *příspěvek na péči* nahrazuje předchozí *příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu*. Zásadní změna se týká adresnosti, kdy byl dřívější příspěvek při péči určen osobě celodenně nebo řádně pečující o blízkou osobu [viz Svobodová 2006: 257-258], zatímco nový příspěvek na péči je adresován přímo osobě s omezenou soběstačností, která péči potřebuje. Změnila se i výše příspěvku.

přidělává víc administrativy a tak dále, no tak to je naše práce, to musíme prostě zvládnout, to tak je. Vždycky se budeme zlobit, když přijde něco nového. Bylo to pro nás, to nebudu nijak zastírat, administrativně poměrně náročné, ta registrace. Ale začínám si zvykat na to, že registrace je i naše ochrana. Ted' jsme už registrovanou sociální službou a máme tudíž z titulu té registrace nějakou autoritu tady. Tak to je dobrý pocit. A jsem moc vděčný za ty standardy kvality. To je důležité..."

Positivně jsou vnímány především samotné **standardy kvality**, které jednak kategorizovaly jednotlivé služby a jednak vnesly přehled do toho, co by která služba měla obsahovat a jak by měla být prováděna, aby byla zaručena požadovaná kvalita. S tím je spojený i větší důraz na vzdělávání a rozvíjení pracovníků působících v sociálních službách. O těchto aspektech se zmínila i ředitelka centra komplexní péče: *"... pracoval celý kolektiv zaměstnanců na tvorbě standardů kvality sociálních služeb. Myslím si, že je to výborná věc, že se konečně vlastně shrnulo a nějakým způsobem ošetřilo všechno to, co pracovníci v sociálních službách dělají. A že existuje, já řeknu v uvozovkách, taková kuchařka i takový návod pro to, jak správně postupovat. A zároveň to slouží i jako ochrana zaměstnanců v některých situacích, ve kterých se mohou v těch sociálních službách vyskytnout, které se tam mohou vyskytnout. Je to myslím výborné i pro nově nastupující zaměstnance k nám do společnosti, že vlastně přesto, že jsou seznamováni s tím, jak mají pracovat, že mají všechno i v písemné podobě, je tam všechno ošetřeno včetně těch metodik postupů těch jednotlivých úkonů. Potom tedy myslím si, že velká změna nastala v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách, kdy vlastně někteří naši zaměstnanci nesplňovali odbornou způsobilost, hlavně pracovníci v přímé péči. Takže už jich poměrně dost prošlo stopadesátihodinovým akreditovaným kurzem, který je určený právě pro pracovníky v sociálních službách. Takže už si řada lidí doplnila vzdělání tak, jak by ho měla mít."* I v této organizaci přitom přiznali, že administrativně je pro ně situace s novým zákonem složitější, pečovatelky musí vést přesné záznamy o návštěvách klientů, na což nebyly doposud zvyklé, a ne všechny to chtějí ochotně dělat. I přesto vedení spatřuje v novém systému pozitiva a věří, že povede ke zkvalitnění služeb. Vnější pozorovatel v něm může nalézt i další výhody, jako je zprůhlednění činnosti i její lepší kontrolovatelnost.

Vymezení jednotlivých typů sociálních služeb a jejich standardů tedy bylo ze strany zkoumaných nevládních organizací hodnoceno vesměs kladně. Spornější přijetí se týkalo další části změn, a to především nově zavedeného **příspěvku na péči**, který získává přímo osoba, která péči potřebuje, a může s ním disponovat podle vlastního uvážení. Podle původních představ by se tento příspěvek měl dostat k poskytovatelům sociálních služeb, kteří ho vyberou od svých klientů. V praxi však zejména u osob s nižším stupněm závislosti dochází mnohdy k tomu, že příjemce tuto finanční dávku poskytovateli služby nezaplatí, protože žádné formálně poskytované sociální služby nevyužívá (nebo je využívá pouze v omezeném množství). Tím se stalo, že formálním poskytovatelům služeb chybí část financí, o které se předpokládalo, že bude investována do sociálních služeb. A přitom není dost dobře kontrolovatelné, jak příjemce tyto finanční prostředky využije, a pokud je dá rodinným členům nebo blízkým, nakolik se tyto osoby o něj skutečně postarají. Nechceme tím samozřejmě říci, že neformální péče o seniory není důležitá nebo má horší kvalitu než péče formální. Je to pomoc velmi potřebná, jen je poněkud obtížné ji kontrolovat a usměrňovat, což plyne už z jejího neformálního charakteru. Rodinní členové se o svého blízkého často starají i v případě, že jim za to stát žádné finanční ocenění neposkytne. Nemělo by přitom být cílem rodinnou péči příliš formalizovat. Spíše poskytnout více služeb, které by tuto neformální péči mohly doplňovat.

Problémy odlivu peněz určených na sociální služby ze sektoru formálně poskytovaných sociálních služeb jsou přitom zřetelně výraznější v případě nižších

příspěvků, které pobírají osoby s nižší mírou závislosti. Právě ty z mnohých důvodů příspěvek často využijí jinak než na zaplacení sociálních služeb. Slouží jim mnohdy pro vylepšení domácího rozpočtu nebo ho věnují svým dětem atd. Někdy může být důvodem i skutečnost, že služby, které by potřebovaly, v jejich okolí nabízeny nejsou, ony sami o nich neví, případně je nepovažují za vhodné či dostatečně kvalitní, nebo prostě nejsou zvyklé si podobné služby kupovat a s pomocí svých blízkých nějak vystačí. „*To negativní, tam spíš já vidím ten sociální příspěvek právě na tu péči, který by měl sloužit právě pro ty poskytovatele. Ale tak to asi, to je stará věc, takže to určitě víte. A teď už co vím, tak asi dojde k nějaké úpravě zákonné, takže tam snad, doufejme, že se to trochu bude nějak zohledňovat víc, že by to mělo být adresnější ten příspěvek [tj. určený přímo na sociální služby]. ... Ti lidé, kteří dostanou ten příspěvek, tak v mnoha, v mnoha případech, to dají svým dětem, jako že se o něho starají. Nebo to dá sousedovi, aby, a tak dále.*“ Takto se o příspěvku na péči a jeho nevýhodách vyjádřil na základě vlastních zkušeností J. Křížek, ředitel sdružení pro sociální a pečovatelské služby.

U osob s těžkou a úplnou mírou závislosti není problém úniku financí ze sociálního systému tak závažný, protože ty se bez pomoci dalších osob neobejdou. Jsou si toho vědomé, a proto za péči o svoji osobu poskytovatelům sociálních služeb platí.¹² Například ve zkoumaném pobytovém středisku v Krabčicích odevzdávali klienti příspěvek na péči v plné výši poskytovateli služeb. Pokud pečuje pouze rodina, je to pro stát v jistém smyslu výhodnější, než pokud by musel investovat finance do nákladných sociálních služeb. Poněkud problematická situace nastává v případě, kdy je závislá osoba umístěna v nemocnici, často na oddělení léčby pro dlouhodobě nemocné. Protože se jedná o službu klasifikovanou jako zdravotní, takový člověk, přestože pobírá příspěvek na péči, tuto službu nehradí. Od 1.1.2008 sice nově hradí poplatek 60 Kč za den, i tak jsou ovšem náklady pro klienta v porovnání s pobytem v rezidenčním středisku sociálních služeb několikanásobně nižší. Zatímco za zhruba měsíční pobyt v nemocnici zaplatí pacient zhruba 1 800 Kč, v rezidenčních sociálních službách zaplatí klient několikanásobně vyšší měsíční sazbu. Cena se běžně pohybuje od 8 do 20 tisíc, přičemž horní hranice není nijak omezena a samozřejmě se vyskytují i organizace, které poskytují nadstandardní služby za vyšší cenu.¹³ Pouze malá část seniorů (nebo jejich rodin) je však dnes schopná takové služby zaplatit.

Vzhledem k tomu, že v době výzkumu neplatil nový zákon ještě ani rok a že se jednalo o značně reformní změny v organizaci i financování sociálních služeb, je zřejmé, že k řádnému zhodnocení přínosů a ztrát způsobených těmito změnami je nutné ponechat ještě určitý čas. Prozatím se nový zákon o sociálních službách jeví v praxi jako životaschopný, i když bude patrně nutné učinit jeho drobná doladění, odpovídající požadavkům praxe. To se ostatně stává většinou, když se zavádějí podstatnější změny, a nemělo by to být vnímáno veskrze negativně. Spíše naopak, vstřícnost k potřebám uživatelů i poskytovatelů služeb je známkou tvorby legislativy, která bude v praxi skutečně fungovat.

¹² Často nemají ani jinou volbu, protože poskytovatelé rezidenčních služeb většinou s příspěvkem na péči počítají a jednou z jejich podmínek pro přijetí klienta do služby je, že jim musí tento příspěvek za poskytované služby v plné výši odevzdávat.

¹³ Například soukromý projekt nazvaný Residence Chassis v Průhoncích u Prahy nabízí nezávislé bydlení pro starší dobře situované občany se zajištěnou zdravotní a pečovatelskou službou a širokou nabídkou společenských aktivit. Jedná se o doposud asi největší český soukromý objekt pro seniory financovaný ze soukromých zdrojů a zároveň o pokus realizovat v ČR ve světě úspěšný koncept seniorského bydlení. Měsíční pobyt stojí seniora v tomto komplexu minimálně 39 tisíc Kč, průměrně klienti platí za pobyt a služby asi 60 tisíc Kč měsíčně. Dostupné z <http://www.classis.cz> (18.2.2008).

3.4 Působení dobrovolníků v NNO

Jak již bylo uvedeno výše, péči o seniory lze dělit do kategorií podle toho, kdo ji poskytuje a za jakých okolností. Jedná se o dvě zásadní oblasti, a sice péči formální, do které patří všechny organizace poskytující služby, a péči neformální, která je poskytována převážně nezištně na základě osobních vazeb, nejčastěji členy rodiny nebo blízkými přáteli či sousedy. Nestátní neziskový sektor formalizuje jinak spíše neformální dobrovolnickou práci. Jedná se o dobrovolnickou pomoc osob, které by bez existence nevládní organizace poskytovaly péči pouze v případě, že by se v jejich okolí vyskytnul senior, který by jejich pomoc potřeboval. Prostřednictvím organizací nestátního neziskového sektoru se tedy mohou na dobrovolnické bázi uplatnit i lidé příležitostně neformálně pečující např. o příbuzného, přítele či souseda. Takto se mohou uplatnit častěji, protože jejich péči pomáhá sjednat organizace zprostředkávající kontakt s osobou, která péči potřebuje.

Během komunistického režimu přitom byla v péči o seniory klíčová především neformální sféra, a pokud tato nestačila, zajišťoval služby stát, a to především prostřednictvím ústavní péče o seniory s omezenou soběstačností, která byla vnímána až jako poslední možnost tam, kde rodina či blízcí nebyli schopni péči zajistit. Navíc byla v tomto období zároveň potlačována občanská zodpovědnost a občanská společnost, což nese následky dodnes v tom, že potenciál občanství je v ČR stále poměrně nízký v porovnání se západní Evropou [Müller 2002: 197-220; Potůček 1997: 60-80]. V nestátní neziskové sféře, která se po sametové revoluci vlastně znovu utvářela, je toto přerušení patrné, přestože během necelých dvou desetiletí bylo registrováno zhruba sedmdesát tisíc občanských sdružení¹⁴ a dalších zhruba deset tisíc nestátních neziskových organizací jiných právních forem (především církevních právnických osob, ale i nadačních fondů, obecně prospěšných společností a nadací).

Jak tedy dnes funguje **dobrovolnická pomoc** poskytovaná seniorům prostřednictvím organizací nestátního neziskového sektoru? Zjišťovali jsme praxi, možnosti i limity dobrovolnické pomoci seniorům ve zkoumaných pěti organizacích. Výsledky ukázaly, že pokud není dobrovolnictví v českém občanském sektoru dostatečně rozvinuto, pak je péče o seniory nepochybně oblastí, která tento nedostatek pociťuje více než oblasti jiné. Nechceme to klást za vinu občanskému sektoru, jde i o to, že tato pomoc se ve vysoké míře uplatňuje především skrze neformální kanály mezi rodinnými členy či blízkými osobami a jen menší část osob se zapojuje do formální péče prostřednictvím organizací nestátního neziskového sektoru. Navíc v sociálních službách dnes platí poměrně vysoké standardy kvality, což vyžaduje určité vzdělání osob v přímé péči, která je často psychicky i fyzicky poměrně náročná. Všechny tyto důvody přispívají k tomu, že s výjimkou domácího hospice měly všechny organizace se zapojením a sháněním dobrovolníků problémy a příliš je proto nevyužívaly.

„No, já teda, já vím, že třeba v zahraničí dobrovolnictví spočívá na tom a na tom a na tom. Ale já si myslím, že ještě asi u nás to pravé dobrovolnictví není. I když se říká, že jsou a tak dále. Ano, oni [dobrovolníci] jsou, ale já si myslím, že to ještě není tak úplně rozvinuté, protože každý nějakou tu korunu potřebuje. Prostě každý, přece to je normální, to je nenormální, aby někdo nepotřeboval korunu. To musí dělat člověk, který opravdu asi buď tedy má o to vyšší ještě nějaké to cítění nebo který je třeba vedle nějak zajištěn a přitom může toto dělat. Tak tam bych to jako bral. Jinak tady u nás to dobrovolnictví je v plenách, bych řekl. Máme dvě pracovnice, jednu

¹⁴ Podle údajů Ministerstva vnitra ČR byl přesný počet registrovaných občanských sdružení k 13. únoru 2008: 70 057. Dostupné z <http://www.mvcr.cz/rady/sdruzeni/index.html> (13.2.2008).

studentku, jednu důchodkyni, která třeba přijde, tak si popovídá. Takže jakoby jsou, a jsou výborné, všechno. Ale já mluvím obecně, že ještě si myslím, že to pořád není tak asi [rozvinuté]. Ne, že by tyhle dvě to nesplňovaly nebo někde jinde, že to nesplňují. To já nevím. Ale mám takový pocit, že to dobrovolnictví, jako v uvozovkách dobrovolnictví, že to ještě asi chvilku potrvá, než ta společnost někam dojde.” (J. Křížek, ředitel sdružení pro sociální a pečovatelské služby Digitus.)

Podobně se potýkají s **nezájmem dobrovolníků** i v dalších dvou organizacích poskytujících pečovatelské služby a rovněž v pobytovém středisku pro seniory. Přímá péče o nesoběstačné seniory je poměrně náročná, takže i pokud se občas nějaký dobrovolník vyskytnul a chtěl pro danou organizaci pracovat, jeho pomoc byla většinou pouze krátkodobá a skončila po několika dnech či měsících. Ve středisku komplexní péče o seniory se pokoušeli navázat spolupráci s místním dobrovolnickým centrem, ovšem neúspěšně. Dokonce i snaha iniciovat v rámci jedné organizace vzájemnou pomoc klientů se ukázala jako neúspěšná. Přestože služeb organizace využívají i poměrně aktivní senioři, kteří navštěvují různé výukové kurzy a univerzitu třetího věku, představa, že by mohli pomáhat tím, že by například navštěvovali nepohyblivé seniory v domácnostech či domě v pečovatelskou službou, se ukázala v praxi jako nereálná. Bohužel skutečně platí, že neplacené péči o neznámé seniory se mnoho lidí věnovat nechce, dokonce ani sami aktivnější senioři ne: *„Nemáme, nemáme dobrovolníky. ... Já vám něco řeknu k tomuhle. Ta snaha tady byla. Ale já musím říct, že ty aktivní senioři se trošku bojí kontaktu s těmi méně aktivními a třeba dementními seniory. Že se bojí, že na ně bude, na jejich psychiku, špatně působit ten kontakt tady s tím klientem. S tím jsem se třeba už tady také setkala, že jsme tady měli přednášku v přízemí v jídelně, přišli tam právě ti aktivní senioři, byli tam senioři z denního stacionáře, kteří tam třeba trošku pospávali, protože mají problémy v tělesné i psychické oblasti. A pak mi ti aktivní senioři řekli, že už sem na tu přednášku nepůjdou, že to na ně působilo nesmírně špatně, na jejich psychiku, když viděli, jak může někdo ve stáří dopadnout. ... Ještě řeknu jednu věc, že dokonce dobrovolnické centrum tady několikrát dělalo takovou propagační akci mezi uživateli těch sociálně aktivizačních služeb konkrétně na univerzitě. Takový, možná že to řeknu ošklivě, nábor aby dělali dobrovolníky. A nesetkali se nikdy s ohlasem ze strany těch našich seniorů. Myslím si, že snad jenom jedna klientka, vysokoškolsky vzdělaná, že byla několikrát za někým. Ta jediná snad se přihlásila a byla v domově důchodců. A pak tam taky přestala chodit, že to na ni taky nepůsobí dobře. Nevím. ... Samozřejmě, že když se tady někdo hlásí, třeba i zájemce o zaměstnání, tak mnohdy tady ti lidé nechávají na sebe kontakty, že kdyby se nám ozval někdo a nemůžeme třeba zabezpečit sociální službu v odpoledních nebo večerních hodinách, takže mnohdy jsme už ty kontakty předávali. Ale jestli to funguje, jak to potom dál funguje nebo jestli je to dobrovolné, o tom my už potom nemáme zpětnou vazbu.”* (ředitelka střediska komplexní péče o seniory) Tato zkušenost z praxe naznačuje, že je poměrně obtížné získat a organizovat dobrovolníky, kteří by se do pomoci seniorům zapojili na formální bázi, spolupracovali s organizací, dodržovali jí stanovená pravidla atd. Takoví lidé, kteří chtějí seniorům pomáhat, se uplatní spíše v neformálním sektoru, než že by formalizovali svoji činnost prostřednictvím organizace poskytující kvalifikované sociální služby.

Problémy se získáváním dobrovolníků jsou tím větší, když se organizace nachází ve vesnici, která čítá méně než jeden tisíc obyvatel, jak je tomu v případě pobytového střediska v Krabčicích. Dojíždění do vesnice mimo hlavní dopravní tepny vyžaduje finanční výdaje a při využití hromadné dopravy není člověk příliš časově flexibilní, což může případné dobrovolníky rovněž odradit. Jako nejsnazší cesta ke spolupráci s dobrovolníky se tak ve více organizacích ukázala možnost spolupracovat

se studenty a poskytovat jim praxe, které musí v rámci studia absolvovat. Ani tato forma však nebyla v organizacích doposud příliš rozvinutá, mnohdy byla spíše ve stádiu rozvah či příprav.

Skutečností zůstává, že pokud organizace **cíleně nepracuje na** programu pro **zapojení dobrovolníků** i jejich případného vzdělávání a profesního či osobního růstu, zájem ze strany dobrovolníků o práci v organizaci je spíše výjimečný. V tomto ohledu měl mezi zkoumanými organizacemi zcela specifické postavení domácí hospic, kterému se díky promyšlené strategii na zapojení dobrovolníků i osobě vyčleněné právě pro jejich koordinaci velmi dobře dařilo bezplatnou pomoc zajistit. Na rozdíl od ostatních organizací, které nespolupracovaly buď s žádnými nebo pouze několika dobrovolníky, domácí hospic má v databázi téměř stovku dobrovolníků. Práce dobrovolníků si váží, podporují ji a cíleně s dobrovolníky spolupracují podle možností a vzájemné domluvy. Nesnaží se přitom jejich práci pouze využívat, ale také jim něco dát, ať již v podobě získání zkušeností, osobního růstu či v příjemném pocitu z dobře vykonané a potřebné práce. *„Dobrovolníky školíme ... těch vyškolených máme v tuto chvíli téměř sto, přičemž těch aktivních je tak, já nevím, takových těch dennodenních asi 20. Ale pak jsou takoví, kteří pomáhají nárazově - jeden udělá vizitky, jeden něco odveze autem, jeden víme, že je na výstavě, jeden, že je na konferenci Každý rok běží roční cyklus zhruba se šesti přednáškami a dvěma víkendy. A na konci většinou je certifikováno kolem 20 dobrovolníků. A každý rok se vždycky další přihlásí, během toho roku se přihlásí do dalšího běhu, který začíná od září. A my si jich velmi vážíme. ... Ta spolupráce je myslím hodně, hodně důležitá. A ten dobrovolník musí cítit, že je součástíkou něčeho většího, protože jak jsme v terénu, tak se moc nevidíme.“* (M. Špínková, ředitelka domácího hospice Cesta domů.)

Do pomoci seniorům prostřednictvím formalizované péče v nestátním neziskovém sektoru se tedy dobrovolníci obecně příliš často nezapojují, ovšem pokud je organizace dostatečně velká a dobrovolníkům se cíleně věnuje, může dobrovolnictví i v této oblasti fungovat poměrně dobře. **Limitovaný podíl dobrovolnictví** je způsoben náročností péče o seniory i tím, že řada lidí se spíše uplatní v neformální pomoci seniorům v rámci rodiny či dalších osobních vazeb.

3.5 Finanční zatížení seniorů jako odběratelů služeb

Sociální služby jsou obecně finančně značně nákladné, jejich plné poskytování komerční sférou je v současnosti nemyslitelné, protože na uhrazení služeb v plné výši vzhledem k nákladům velká část potenciálních klientů nemá prostředky. Navíc ve vyspělých společnostech je jedním z předpokladů, že stát blahobytu zajistí pro své obyvatele základní životní standardy, mezi které lze sociální a zdravotní služby rovněž zahrnout.

V případě **zdravotních služeb** je situace jasnější v tom, že by podle obecného přesvědčení většiny obyvatel (i představě o fungování sociálního státu) měly být poskytovány „zdarma“ z prostředků zdravotního pojištění, které musí mít každý člověk na území ČR. Na základě toho jsou základní zdravotní služby poskytovány bezplatně (nebo od 1.1.2008 v některých případech za symbolický poplatek 30 či 60 Kč). Využívání základní zdravotní péče tak není pro seniory příliš finančně zatěžující. I domácí zdravotní ošetření je těm, kterým ho lékaři určí, poskytováno zdarma. Zdravotní sestra pracující v terénu, V. Toušová měla zkušenost, že jejich služeb využívali pouze ti klienti, kterým je lékaři určili a tudíž za ně neplatili. Vzpomněla si pouze na jeden případ, kdy lékař odmítnul nevidomé pacientce službu v domácím

prostředí indikovat a rodina ji přesto využívala a hradila ji z vlastních zdrojů. Velmi obecně však lze říci, že zdravotní služby nepředstavují pro klienty z důvodu plného hrazení pojišťovnou přílišnou finanční zátěž.

U **sociálních služeb** je situace složitější a liší se podle různých okolností, typu i dostupnosti služeb. V nejobecnější rovině dnes platí, že služby **terénní a ambulantní** jsou pro klienty méně finančně zatěžující ve srovnání se službami rezidenčními. Tento výsledek ovšem odráží i fakt, že klienti v domácím prostředí nevyužívají tolik služeb v porovnání s těmi, kteří využívají ústavní péče. Tato skutečnost souvisí s několika faktory, mezi těmi nejdůležitějšími je to míra nesoběstačnosti, možnost využít zároveň neformální péči, dostupnost a kvalita terénních a ambulantních služeb. Finanční zatížení seniorů jako odběratelů terénních pečovatelských služeb se samozřejmě velmi liší dle toho, v jakém rozsahu klient služby užívá; většinou však není vzhledem k dotování sociálních služeb státem či obcemi příliš vysoké. Cenu udržuje i zákonné nařízení, že za základní pečovatelské služby nesmí registrovaný poskytovatel sociální služby vyžadovat od klientů více než 100 Kč za hodinu a pokud je čas nezbytný k zajištění vykonávaného úkonu kratší než hodina, výše úhrady se poměrně krátí.¹⁵ Na otázku po odhadu finančního zatížení klientů při platbách za poskytované pečovatelské služby odpověděl ředitel sdružení pro sociální a pečovatelské služby J. Křížek jasně „*Ne, ne. Tady si myslím, že tady je odpověď velice rychlá a jednoduchá. Já si myslím, že je to v žádném případě nezatěžuje. Já si myslím, že nikdo nemá tak nízký plat, aby dejme tomu 300, 500 Kč za měsíc nemohl vydat. Já chápu, že každý chce svým dětem dát a je to v pořádku. Ale myslím si, ... že v žádném případě je to nemůže zruinovat.*“ Průměrná platba klienta v této organizaci se pohybovala kolem 400 Kč měsíčně a vztahovala se na zajištění stravy a (nepříliš intenzivní) pečovatelské služby.

V. Karešová z pečovatelské služby farní Charity měla podobnou zkušenost, a to i přesto, že jejich organizace častěji poskytuje služby lidem s třetím a čtvrtým stupněm závislosti, tedy s těžkou či úplnou závislostí. Tam je potřeba intenzivní péče mnohem vyšší a klienti tak využívají více služeb. Pouze začátkem roku 2007 činilo nové zavedení příspěvku na péči pro některé klienty problém, protože museli čekat na jeho přiznání a nedostali ho hned na začátku roku. Během roku se však tato záležitost vyříkala, údajně ke spokojenosti žadatelů. „*Když lidé neměli peníze, to bylo zpočátku toho roku, než měli peníze, tak je to [platby za poskytované sociální služby] zatěžovalo hodně. Protože ti staří lidé ty důchody nemají vysoké. To jsou ještě ty nízké důchody. Takže šest, sedm tisíc důchodu. Když si mají zaplatit třeba nájem, že ano. Ty tři tisíce nebo čtyři, a ještě další ty poplatky, co mají mít. Tak ono jim na jídlo toho moc nezbude. A ještě když měli platit ty poplatky, tak to tedy bylo kruté. Měli jsme paní, že jsme jí radši dělali zadarmo, protože ta neměla ani na jídlo ... neměla na jídlo. Takže my jsme jí ještě nosili jídlo. My pečovatelky. Takže jsme jí poskytovali služby zadarmo. No ale to nemůžeme dělat vždycky, my se musíme taky uživit. Takže si myslím, že ti lidé na tom byli špatně. Teď mají ty příspěvky [tj. příspěvky na péči], tak si myslím, že zase na tom tak špatně nejsou, že teda ty poplatky platit můžou. No ale je pravda, kdyby jako měli, možná, nejsem si jistá, jestli, kdyby měli víc peněz, jestli by je dávali. Nevím. Tak jak je to postavené, třeba ty poplatky v tom zákoně, vybíráme ty poplatky podle zákona. A lidé ty příspěvky dostávají, tak si myslím, že zase takový žádný problém mít nemůžou. Možná je nevnímám. Jsou třeba místa, regiony, kde mají problémy, když jsem slyšela v televizi, s těmi příspěvky na péči, jak to někomu nedají, že ano. A tak jsem se divila, protože takový člověk by u nás tady v Berouně ten příspěvek měl a nemrklo by se ani okem. Tak já tady nemůžu říct, že*

¹⁵ Maximální výši úhrad za pobyt v zařízení sociálních služeb, poskytování úkonů sociálních služeb i stravu stanoví vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb.

tady by byly problémy s těmi lékaři, co to posuzují na tom posudkovém. Myslím, že to dělají velice až přívětivě bych řekla. Tak já ty problémy tady nevidím. Jinde je možná mají. Ale tady ti lidé, ty příspěvky na tu péči dostávají.“ S výjimkou počátku roku 2007 tak podle vedoucí této pečovatelské služby nemají většinou senioři problém poskytované terénní služby ze svých příjmů hradit. Je to ovšem jednoznačně způsobeno tím, že služby jsou státem i dalšími sponzory dotovány a klienti je neplatí v jejich plné výši. Reálné ceny vzhledem k vynaloženým nákladům mohou být v některých případech až několikanásobně vyšší. Například pražský domácí hospic financoval až do konce roku 2007 poskytované služby téměř výhradně z prostředků získaných z dotací a darů, takže klienti za ně nemuseli platit nic. Nově se od počátku roku 2008 rozhodli vybírat od umírajících klientů za poskytované služby 500 Kč měsíčně.

Ani ve středisku komplexní péče o seniory neměli údajně klienti s hrazením poplatků za poskytované služby problémy. Podle zkušenosti však poněkud vyšší finanční nároky mohou mít tělesně postižení senioři (na vozíčku), kteří jsou díky nižší míře soběstačnosti nuceni využívat služby intenzivněji, mnohdy několikrát denně. *„Tady mají [klienti, tj. tělesně postižení] převážně ten druhý stupeň a musím říct, že ta péče, kterou my poskytujeme, společně, teda ještě naproti máme speciální pečovatelskou službu, to je pan XY a ten k těm klientům dochází večer a v noci. Takže když dají [klienti] dohromady tyto dvě úhrady, tak jim kolikrát ani ten příspěvek [na péči] nestačí. A do toho nepočítáme tedy částku za oběd, za stravování. To nepočítám. To jenom jsou vyložené služby a máme teďko zrovna tady paní, kterou, to jsem už mluvila se sociální pracovníci, jestli by zažádala o zvýšení příspěvku, protože prostě nepokryje z těch čtyř tisíc služby. Ale to jsou výjimky. Jinak jim to stačí samozřejmě.“*

Obecně se ovšem vedoucí pracovníci organizací poskytující terénní a ambulantní služby seniorům na základě vlastních zkušeností domnívali, že placení využívaných služeb není pro klienty nijak výrazně zatěžující a až na některé výjimky jsou klienti schopni služby hradit bez větších problémů. Dle odhadů by si klienti více služeb neplatili ani pokud by měli víc peněz.

Poněkud jiná situace panuje v případě **služeb rezidenčních**, kde jsou, alespoň dle jediného poskytovatele tohoto typu služeb zařazeného do výzkumu, pro velkou část klientů tyto služby značně finančně zatěžující a poměrně často se stává, že klient není schopen poskytované služby zaplatit. V pobytové středisku v Krabčicích je zhruba jedna čtvrtina klientů, kteří mají problémy s uhrazením pobytu a služeb a je u nich vedena pohledávka na nedoplatek. Vzhledem k tomu, že měsíční platby za pobyt, stravu a základní služby se pohybují kolem osmi tisíc, všichni, kteří pobírají starobní důchod nižší než průměr¹⁶ a nemají jiné finanční zdroje, se dostávají při hrazení pobytu a péče do problémů. Osoby s průměrným starobním důchodem bez dalších zdrojů mají zhruba na zaplacení základní částky. Poskytovatel služby je totiž ze zákona povinen ponechat klientovi pro jeho osobní potřebu asi 15 % příjmu, čímž se stane, že osoby s průměrným starobním důchodem mají na zaplacení částky ze starobního důchodu „jen tak tak“. Klienti s nižším důchodem ji musí doplácet z jiných zdrojů. Někteří mají úspory, jiným vypomůže rodina. Právě tam, kde chybí rodina i jakýkoli majetek, není možné od klientů plnou částku získat. Poskytovatel přitom dále vybírá v plné výši i příspěvek na péči, který je stanoven podle stupně závislosti, takže se předpokládá, že klientům, kteří mají tento příspěvek vyšší, se také nezbytně musí věnovat víc péče a poskytnout více služeb, protože jsou méně soběstační.

¹⁶ V roce 2007 činila hodnota průměrně vypláceného starobního důchodu cca 8 750 Kč.

Problémy s hrazením péče v pobytovém středisku odráží následující rozhovor:

Tazatelka: „Na kolik myslíte, že ty služby, protože jste říkal, že nejsou až tak levné, jsou pro ty klienty finančně zatěžující?“

Ředitel: „Velmi, velmi.“

Tazatelka: „Jsou tady nějací klienti, kteří si to třeba nemůžou dovolit, nemůžou uplatit? A tím pádem se to řeší jak?“

Ředitel: „Řada. ... Vždycky se snažíme to krytí té služby najít. Pokud mají služby fungovat, tak to musí tak být. Takže jednáme s rodinou, pokoušíme se tam tu dlužnou částku nějakým způsobem samozřejmě do toho rozpočtu si dodat, abychom to zvládli. Ale je tady i řada lidí, kteří na to nedosáhnou a nemají rodinu, tak to je prostě běh života. To tak je. Přece není, samozřejmě, že jsme instituce, samozřejmě, že se zodpovídáme z čerpání státních peněz. Ale já si nemůžu zodpovědět jako člověk to, že bych poslal někoho na ulici jenom proto, že prostě nemůže zaplatit. To prostě nejde. Je naším úkolem nějak to krytí na to sehnat. Buďto úsporou uvnitř toho systému nebo jinak. Nebo samozřejmě dotazovat, být neodbytný ve vztahu ke státní správě, k těm municipálním institucím, aby ty své občany podporovali. Ale to, že někdo nemůže tu službu zaplatit není důvodem pro to, abychom mu jí odmítli poskytnout. V žádném případě ne.“

Tazatelka: „Jak často se to stává, že ten člověk vlastně na to nemá?“

Ředitel: „No, poměrně často. Poměrně často. Já bych to teď neuměl z hlavy rychle procentuálně vyjádřit, kolik lidí tady nějakým způsobem ta jeho platba nestačí, ale myslím, že nebudu daleko od pravdy, když řeknu 20 až 30 procent. ... A i když třeba ta platba činí kolem těch 8 tisíc korun, on má důchod 6 tisíc korun, tak my mu přesto musíme z těch 6 tisíc korun těch 15 procent vyplatit.“

Tazatelka: „A tamto vám doplatí kdo? Rodina?“

Ředitel: „No nikdo. Rodina, když to jde. Když to nejde a ten člověk žádnou rodinu nemá, tak samozřejmě jednáme s úřady, chceme, aby nám to někdo uhradil, ale na to není žádný právní nárok. A my v podstatě ani morálně, ani nějak zákonem nemáme podloženo, že bychom mohli někoho odmítnout proto, že na službu nemá. To není důvod k odmítnutí. To tam nikde v tom zákoně nenajdete. To znamená, že je to problematické. Pak bychom museli jako v případě, že by to nějak výrazně zatěžovalo nebo ztěžovalo ten chod toho domova, tak musíme samozřejmě s naším hlavním donátorem, to znamená státem nebo s tím krajem toto vyjednávat...“

(Tazatelka: O. Nešporová; Ředitel: D. Michal)

Zatímco hrazení drobných služeb, ať již terénních nebo ambulantních, není pro seniory využívající sociální služby nestátního neziskového sektoru většinou výrazným problémem, při placení sociálně-pobytových služeb se mohou do finančních nesnází dostat častěji.

3.6 Rodina

Pomoc a péče je seniorům nejčastěji poskytována právě rodinnými členy, sociální služby působí spíše jako doplněk. Nejzjevnější je tento vztah v případě terénních a ambulantních služeb, ale v omezené míře může platit i v případě využívání služeb pobytových. Například u klientů terénního hospice jednoznačně platí, že o umírajícího klienta vždy pečuje v domácím prostředí nějaká osoba či osoby, nejčastěji

příbuzní, a pracovníci hospice zajišťují především kvalifikovaný dozor nad průběhem péče, poradenství a vykonávají odborné činnosti sociální i zdravotní, které blízký pečovatel nemůže zajistit. V případě pečovatelských služeb terénních je to nejčastěji tak, že klient nějaké rodinné členy má, ale ti nejsou z různých důvodů schopni se starat o seniora po celou dobu, proto část pokryjí tak, že si klient nakoupí služby od poskytovatelů. Nejčastěji se jedná o péči či pomoc v období, kdy jsou rodinní členové v zaměstnání. Podle zkušeností vedoucích pracovníků nestátních neziskových organizací poskytujících služby pro seniory má většina jejich klientů nějaké rodinné členy, kteří jsou schopni se o ně starat a kteří je v různé míře podporují. Pouze ve výjimečných případech žádný rodinný člen není nebo se nikdo starat nechce.

V případě **terénních služeb** je to tak, že současná pomoc rodiny je často nezbytná:

„No, máme méně spíš těch, kteří jsou sami, kteří nikoho nemají. Tak těch tolik zase není. Ted' já abych vám to tak spočítala. Tolik jich není. Ale je dost rodin, kde chodí rodina do práce a maminku nebo tatínka nechtějí dát do domova důchodců, nechtějí ho dát nikam. Takže tam my chodíme. Buď tou formou odlehčovací služby, že tam třeba přijdeme ráno v těch osm hodin nebo podle toho, jak jdou do práce. Ale oni většinou chtějí, abychom šli až od těch osmi. No a jsme tam tak do těch, do dvanácti, do dvou, podle toho, jak ta rodina [chce], jak se domluvíme. A nebo je to udělané tak, že třeba ta rodina jenom chce, abychom tam šli ráno zajistit toho člověka, toho dědečka nebo babičku, prostě jim udělat tu osobní hygienu, snídani, léky, obstarat je, smýt jim tam nádobí. A odejdeme. Pak tam jdeme na poledne, uděláme to samé při obědě. No, ale my tam ještě setrváváme, protože většinou ta rodina chce ještě, abychom tam byli chvíli, abychom si s nimi povídali, že ano. Takže kratší dobu než hodinu nikde nejsme.“ (V. Karešová, vedoucí pečovatelské služby farní Charity)

Jak je patrné z této citace, je to často právě rodina, která terénní služby pro klienta dojednává a která s poskytovateli služby komunikuje při objednávání služeb.

Vyskytují se však i senioři, kteří žádného příbuzného nemají, nebo bydlí daleko či se o něj nechce starat z jiných důvodů. Takové případy jsou údajně spíše výjimečné. Například vedoucí domu s pečovatelskou službou ve velkém českém městě odhadovala, že pouze zhruba 5 % klientů nemá žádného rodinného člena, který by jim pomáhal. I v takových případech však mohou pomáhat nepřibuzní blízcí (přátelé nebo věřící stejné církve atd.).

U **pobytových služeb** je situace o trochu jiná, protože tam se část klientů ocitá právě proto, že rodina z nějakých důvodů celodenně pečovat nemůže. Podle zkušeností pracovníků pobytového střediska v Krabčicích je to tak polovina klientů, kterým rodina dál velmi intenzivně pomáhá, navštěvuje je a v případě klientů s demencí úzce se střediskem spolupracuje. Další část se však o seniora zajímá méně a vyskytují se i tací, které za celý rok nikdo nepřijede navštívit. Někdy bohužel dochází k tomu, že rodina od umístění seniora do pobytového střediska očekává, že instituce za ni převezme veškeré povinnosti a zařídí naprosto vše, co senior potřebuje k důstojnému životu: *„Předávání odpovědnosti z rodiny na nás. To je takové, že ta rodina, když ten člověk sem přijde, maminka, kdokoliv, tak rodina očekává tak nějak potichu, že my zajistíme naprosto všechno. Tyhle věci se dají strašně těžko vyjednat, co teda ještě my zajistíme, co ještě jsme schopný zajistit a co už ne. A někdy třeba funguje taková komunikace v rodině, kdy jeden s druhým nemluví. My vyjednáváme tu službu s tím klientem plus třeba ještě s jedním rodinným příslušníkem. A ti další už nevědí, co se dál děje, tak pak vznikají takové [problémy]. ...“* (vedoucí sociální práce v pobytovém středisku). Podobný pocit měla i vedoucí pobytového střediska, jejíž výpověď byla sice opatrná, nicméně upozorňovala na skutečnost, že v některých

případech se rodina snaží umístěním seniora do pobytového střediska vyřešit právě to, aby se o něj nemusela sama vůbec starat. Vedle nesoběstačnosti tak charakterizovala klienty střediska právě nezájmem rodiny pečovat o seniora: „*No, já nechci to říct tak natvrdo, ale někdy mi to přijde - nezám rodiny. Že v podstatě jak už jsem říkala, že víceméně ta rodina je takovým tím nositelem té myšlenky, že vlastně by to pro toho člověka bylo lepší a dobré. A samozřejmě ti lidé jsou v určité situaci nevýhodné pro ně, těžké pro ně. A taky si myslím, že i mají hodně ohledy k té rodině, takže právě, jak už jsem řekla, jim vyhoví tady z těch důvodů. Takže někdy mi to přijde, že ta rodina jakoby přehodí vlastně tu starost na nás a - vy už se nějak postaráte a my vlastně s tím nechceme nic mít, protože my z různých důvodů nemůžeme. Ale někdy mi přijde, že skutečně, kdyby se víc chtělo, takže by to třeba i šlo.*“

Svědčí to o skutečnosti, že za nesoběstačného seniora rozhodují často právě jeho blízcí a rodinní členové, kteří se buď snaží pomáhat sami či s využitím nějakých terénních či ambulantních služeb, nebo pro něj sjednají pobytovou službu, kde jejich podíl na pomoci a péči nemusí být tak vysoký. To neznamená, že by se v tomto případě rodinní příslušníci přestali o své blízké starat, nicméně v některých případech to tak být může. To je při vyšší míře nesoběstačnosti a současném pobytu v domácím prostředí prakticky nemožné, tam je pomoc rodiny většinou esenciální a může být kombinována s využíváním sociálních a zdravotních služeb.

4. Problematické stránky péče o seniory

Při výzkumu v terénu byly odhaleny některé stránky, které činí v práci se seniory pracovníkům nestání sféry obtíže nebo které vidí jako obecnější problém v české společnosti ve vztahu k seniorům. Opakovaně si informátoři stěžovali na několik základních nedostatků:

- zanedbávání sociální oblasti a negativní pohled na seniory v české společnosti,
- paternalismus uplatňovaný vůči seniorům,
- nevhodné podmínky pro umírající,
- nedostatek kvalitních terénních služeb,
- nedostatek návazných rezidenčních (i krátkodobých) služeb pro klienty, jejichž zdravotní stav se náhle zhorší.

4.1 Senioři jako společenské téma

Na opomíjení sociální a případně i zdravotní oblasti a malé množství financí, které je jim údajně věnováno v porovnání s ostatními resorty nebo se zahraničím si stěžovalo více informátorů. Jejich výpovědi byly následující:

„Takový ten pohled potom, to nemyslím ani jako od státu, ale vůbec společnosti. Prostě pohled na tu sociální sféru. Já si pořád myslím, že ještě pořád to je, i na to ohodnocení finanční, to jsme úplně někde jinde než jsou ti ostatní. A jak jste mluvila třeba o tom zahraničí. Vždyť přece tam jsou [sociální] pracovníce ..., které si velmi dobře žijí. Ty jsou velice dobře ohodnocené. To není přece nic podřadného. To je samozřejmě, že nemusí třeba na to mít vysokou školu, ale to ještě neznamená, že to [práce v sociálních službách] je něco špatného, nebo že to je něco podřadného.

Myslím, že to je ještě u nás velmi nedocenené. ...v těch ostatních zemích taky jsou na nějaké úrovni, ale ta pracovnice je někdy na stejné úrovni jako je třeba ta střední vrstva nebo tak, kdežto tady je opravdu pod. To jsou směšné platy potom." (ředitel sdružení pro sociální a pečovatelské služby Jan Křížek)

„Jsem osoba, která má zkušenost jak se zdravotnictvím, tak se sociálním, a jsem si vědoma toho, že ty peníze vždycky tady v těch resortech nebudou. Bude jich málo, že ano, protože to je vždycky taková ta nadstavba. Ale ono bez toho to nejde. A to víte, že by bylo nejlepší, kdyby ty domovy důchodců, ty budou muset být, ne že nebudou muset být, bez těch se nikdy neobejdou, ale nikdo. Ale aby se ta péče přesunula trošku do těch domácností, to si myslím, že je pořád jako nekvalitní. Když tady máme ty pečovatelské služby a já nevím, ošetrovatelské, tak si myslím, že to pořád není dokonalé. Ne pořád, vůbec to není dokonalé, že to je pořád téměř stejné, že to je pořád ta pečovatelská na dovozu obědů a tak. Já bych to zrušila a vůbec bych to nepovažovala jako pečovatelský úkon. To, že dováží někdo obědy. To bych brala jako službu, jako technické služby a úklidové čety, takhle bych to brala. (V. Karešová, vedoucí pečovatelské služby farní Charity)

Ze druhé citace je navíc zřejmý důraz na terénní služby, které jsou podle zkušenosti vedoucí pečovatelské služby oblastí nedostatečně rozvinutou. Za závadu považuje i fakt, že pečovatelská služba běžně zahrnuje i úkony, které nejsou ošetrovatelského rázu a nezabývají se péčí o osobu, nýbrž péčí o domácnost klienta. Příмым důsledkem je podle zkušenosti vedoucí pečovatelské služby, V. Karešové degradování odbornosti pečovatelek, pokud se mají místo klientovi věnovat úklidu domácnosti. Navíc je dle její zkušenosti poměrně obtížné získat dnes pracovnice na pozice, které vyžadují určitou odbornost (sestavující ze sociálně-zdravotních vědomostí) a zároveň po nich pak požadovat, aby se namísto odbornější péče o klienty věnovaly vytírání podlah a mytí oken.

Obecnějším problémem je podle názorů některých informátorů celospolečenské **zanedbávání problematiky stáří a seniorů**, které je, mimo jiné, způsobeno současným tlakem na výkon a kultem mládí. Například vedoucí pobytového střediska pro seniory v Krabčicích je přesvědčená, že: *„Je fakt, že si myslím, že tahle problematika [seniorská], že se o ní moc nemluví. Vlastně ti mladí lidé dneska když si vezmete, tak je kult takového mládí, zdraví, aktivity. A vlastně ti senioři jsou jako odsouvání trošku vlastně na ten okraj. A není v tom žádná atraktivita nebo jak bych to řekla. Je to prostě takové hodně náročné psychicky a ne každý na to má [pečovat o nesoběstačné seniory]. Takže si myslím, i taková větší jako celospolečenská propagace téhle seniorské otázky, že by stála za to.*" Problémy v sociálních službách pro seniory tak podporují dva obecnější nedostatky, jednak tendence opomíjet sociální sféru a jednak celospolečenské zanedbávání problematiky stáří, seniorů a umírání. Tuto skutečnost podporují i výsledky jiných výzkumů, které upozornily například na nedostatečné zastoupení tematiky seniorů v masových médiích (tisk, rádio, TV) ve vztahu k počtu seniorů v populaci i na nevyváženou tematizaci a vysoký podíl negativního vyznění v příspěvcích o seniorech [Sokačová 2005; Vidovičová, Sedláková 2007].

Tento trend potvrzují i zkušenosti dalších pracovníků v oblasti poskytování péče pro seniory. Vedoucí domu se zvláštním režimem, kde pobývají senioři s demencí, se o tomto problému zmínila jako o osobním názoru, kterým vysvětlovala i nedostatek míst pro seniory s demencí v rezidenčních službách: *„Můj osobní názor je ten, že v podstatě o tuhleto skupinu lidí, o tuhleto cílovou skupinu, není v podstatě moc zájem. A hodně je služeb třeba pro děti, pro mentálně postižené spoluobčany. To nějak jakoby už umíme a myslím, že ta společnost všeobecně, jako je pro ně těžké přijmout starého*

člověka, seniora. A ještě navíc starého člověka s demencí nebo s Alzheimerovou nemocí.“

Rezidenční střediska pro seniory se dokonce občas setkávají s **negativní odezvou** okolí na svoji činnost zapříčiněnou zvýšením koncentrace seniorů na jednom místě [viz též Nešporová, Svobodová 2006: 36-37]. I v Krabčicích se s negativními postoji obyvatel obce vůči středisku setkávají, přestože se proti nim snaží bojovat. O nepříznivém přijetí okolí se poněkud s ostychem zmínila vedoucí pobytového střediska s běžným režimem: „*mě třeba někdy trošičku vadí, ale to je tak jako trošku ze široka. Jak zařízení pro seniory nebo samotné seniory vnímá okolí. Myslím si, že pořád převládá takový názor, že vlastně domov důchodců nebo domov odpočinku je v podstatě taková ta poslední stanice, kde ti lidé prostě už jenom čekají na smrt. A třeba i takovým různým hanlivým způsobem se tomu přezdívá. Třeba babičkárna jsem slyšela nebo ... ten váš ústav. Takové jakoby hanlivé názvy, které mi připadá, že už neodpovídají dnešnímu trendu té péče. Že samozřejmě je to vývoj nebo asi to bude trvat ještě dlouho, ale že ta společnost víceméně má takové tendence tyhle lidi odsunout na okraj a tak nějak o nich moc nevědět. Takže i třeba my se snažíme vlastně o tu integraci. Máme tady obchod, ti lidé se vlastně normálně pohybují. Ale že možná to okolí, ne všichni je [seniory/klienty] vnímají úplně pozitivně. Takže třeba i takové - no jo, on je z toho domova důchodců nebo on je z toho ústavu. Takže to je takové, někdy mi je to trošku líto, protože si myslím, že v tom domově se skutečně snažíme, aby ti lidé prožívali takový ten život plnohodnotný.*“ Tato výpověď potvrzuje i skutečnost, že domovy rezidenční služby jsou částí populace stále vnímány spíše jako poslední řešení, když nelze zajistit pobyt seniora v přirozeném prostředí [viz též Kuchařová 1997].

4.2 Paternalistický přístup

Již výše jsme upozorňovali na poněkud nerovný vztah zdravotnického personálu a pacientů (viz kap. III.3.3), který se projevuje zejména v případě, že je pacient v seniorském věku nebo umírá. Lékař mnohdy nekomunikuje s pacientem o léčbě a rozhoduje za něj o jejím průběhu bez toho, aby pacientovi vysvětlil různé možnosti a jejich výhody či nedostatky. Na paternalistický charakter vztahu lékaře a pacienta v primární zdravotní péči v ČR upozorňovala například N. Křečková Tůmová [2003], která se ve svých výzkumech zdravotnického prostředí zaměřovala právě na sledování vztahových oblastí mezi pacientem a lékařem. Paternalistický přístup k seniorům je ovšem uplatňován i jinde než ve zdravotnické sféře, samozřejmě prostupuje i do oblasti sociálních služeb a dalších vztahů, například rodinných. V některých organizacích tento problém buď neřeší, protože ho vůbec nereflktují, nebo se o něm během rozhovorů pouze nezmínili, protože ho nepovažují v péči o seniory za klíčový. Naproti tomu v pobytovém středisku v Krabčicích, které se snaží poskytovat kvalitní péči, se s ním setkávají a snaží se ho řešit, na což upozornila vedoucí domova s běžnou péčí: „*Nikdy nejsem příliš spokojená s tím, jak se personál chová vlastně k těm lidem. Že vždycky se snažíme jakoby poučit ten personál, nebo když sem někdo [nový pracovník] nastupuje, o čem ta péče o ty seniory je. Že nejsme nemocniční zařízení, nemáme právo někomu něco nařizovat. Ten člověk vlastně zůstává tím, co byl doma, rozhoduje si o svém volném čase, o svých aktivitách, o tom, co bude celý den dělat, o režimu dne. Ponecháváme mu možnost volby. Informujeme ho o věcech, aby se mohl kvalifikovaně rozhodnout. Samozřejmě víte sama, že ten stav je kolikrát ovlivněn třeba nějakými problémy v psychické oblasti. Ti lidé už nejsou schopni nahlídnout třeba tu situaci tak, jak by měli, ale nicméně potom, když jim tu situaci vysvětlíme, pořád mají možnost volby. Takže takové to partnerství. Ale někdy*

mi připadá, že tady pořád převažuje takový ten, když to nazvu, ten paternalismus. Takový ten přístup - já ti to tady zorganizuji takhle, protože je to pro tebe takhle nejlepší. A to se tedy snažíme hodně tedka odstraňovat. Možná, že je to i trošičku tím, že zdravotní sestry, které tady pracují, mají přílišnou zodpovědnost za zdravotní stav těch lidí. A z hlediska toho, aby si ten člověk neublížil, tak třeba v tomhle směru někdy až přehánějí, že třeba to vyšetření je pro vás důležité, to byste měl dodržovat. Samozřejmě poučení ano, rizika samozřejmě ano, vysvětlit, ale pořád je tam ta volba. A to nám někdy působí problém. Ono je to možná i v tom, že očekávání té rodiny nás někdy zavazuje. I když si myslím, že to není úplně správné. I té rodině bychom měli vysvětlit, že naším partnerem je ten klient, ten senior, ne rodina. Samozřejmě rodina má určitou roli, vlastně jakoby zdroj informací, toho člověka hodně dobře znají, někdy na ně i docela hodně dá. Ale pořád by tu měl zůstat jako hlavní náš partner ten klient a ten klient vlastně si rozhoduje o tom, co a jak bude. A někdy je problém tohle té rodině vysvětlit." Často se tedy k seniorům přistupuje až příliš autoritativně a ochránářsky, činí se z nich osoby, které nejsou schopné se samostatně rozhodnout a volit, co je pro ně dobré a co ne. Vnucuje se jim určitý přístup a jsou za ně činěna rozhodnutí v dobré víře, že oni sami je učinit nemohou, a/nebo z přesvědčení, že jiní je učiní dobře, zatímco senior špatně. Podle této zkušenosti to někdy mohou být i blízcí seniora, kteří jsou zvyklí za něj rozhodovat a nenechají ho volit.

Namísto snahy vysvětlit seniorům různé možnosti a jejich důsledky za účelem ponechání rozhodnutí na nich je často záměrně omezována jejich informovanost, možnosti jim nejsou sdělovány a rovnou za ně volí někdo jiný.

4.3 Nevhodné podmínky pro umírající

Paternalistický přístup se bohužel promítá i do úplného konce života a umírání. I v této zásadní životní fázi často chybí komunikace, pacientovi nejsou sdělovány důležité informace o jeho zdravotním stavu a mnohdy ani jeho blízkým ne. Podmínky pro umírání v nemocnicích nejsou ideální, což je stav, který byl v západním anglosaském světě kritizován již od 60. let dvacátého století [Ariès 1976; Elias 1998; Kübler-Ross 1993; Sudnaw 1967]. Poskytování profesionální zdravotní péče ztrácí význam v případě, že člověk skutečně umírá a nedostává se mu lidského přijetí, personál s ním odmítá komunikovat atd. Zkušenost M. Špinkové, ředitelky domácího hospice, s poskytováním zdravotní péče umírajícím pacientům je velmi špatná. Podle jejího přesvědčení selhává v mnohých případech právě komunikace, pacient není o svém stavu řádně informován a v podstatě nemá možnost volby. Často umírá osamocen a v nepříjemných podmínkách, bez přítomnosti blízkých: „A tváří v tvář smrti bych řekla, že všechny ty problémy, které vlastně máme, které za sebou ta společnost nebo ten systém vleče, tak si myslím, že my je tady vlastně vidíme jako na dlani. Protože, když máte před sebou tři týdny, tak ten život vypadá jinak, ty priority vypadají jinak. To, když na vás je někdo zlý nebo hodný, tak je v jiném světle. A to si myslím, že jestli k něčemu ty hospice v tomhle pohledu mohou prospět, tak je to to, že opravdu vrhají trošku jiné světlo na profesionalitu, která směřuje k té kvalitě péče a na tu komunikaci. Jak moc je zásadní, jak moc může udělat, vyřešit. I při vysoce odborné péči, když nepečujete o dobrou komunikaci, tak to u toho umírajícího je vlastně fatální." Tato výpověď jasně ukazuje, že paternalistický přístup a absence komunikace provází seniory až do úplného konce života. V případě umírajících může mít fatální následky v tom, že se umírající nestačí ani rozloučit s rodinou, umírá v nedůstojných podmínkách atd. Přestože je poskytována zdravotní péče na výborné úrovni, chybějící sociální péče může vyvolávat značně nepříjemné situace: „Já si

myslím, že u toho umírání je to úplně jasné, většina seniorů umírá špatně. Smutně. Jsou bezostyšně přikurtovaní, vycévkovaní, nemají jinou možnost. Jednak k nim ti příbuzní chodí asi málo, jednak když umírají, tak jim řeknou - ona už vás babička nevnímá, tak už sem nechodte. Všechny tyhle průvodní jevy umírání dopadají na ty seniory určitě strašně špatně. A určitě na ně strašně špatně dopadá ten nedostatek komunitního života nebo plánování. Ono se o tom pořád mluví, ale realita je ta, že prostě jsou všichni v nějakých ústavech, strašně moc jich je v těch ústavech." (M. Špínková)

Problémem v tomto případě je i skutečnost, že v důsledku nedostatečně rozvinuté sítě terénních sociálních a zdravotních služeb dochází k tomu, že musí být senior umístěn v ústavní péči, ať již zdravotní či sociální.

4.4 Nedostatek kvalitních služeb

Vedoucí pracovníci organizací poskytujících služby pro seniory poměrně často upozorňovali na skutečnost, že některé služby chybí. Téměř vždy se však zmiňovali o těch službách, které neposkytovali. To znamená, že v případě, že poskytovali terénní služby, vnímali jako nedostatek hlavně absenci pobytových služeb, se kterou se setkávají v případě, kdy se stav jejich klientů zhorší natolik, že nemohou sami pobývat v domácím prostředí bez celodenní péče. Poskytovatel ústavní péče se naopak domníval, že jsou to především kvalitní terénní sociální služby pro seniory, které nejsou dostatečně rozvinuté. Ať tak či onak, okolnosti se samozřejmě regionálně liší. A svoji roli hraje i fakt špatné cílenosti některých služeb: v pobytových zařízeních jsou klienti, kterým by „stačila“ služba terénní, a klienti potřebující péči rezidenční jsou odkázáni na, pro ně již nedostačující, služby terénní či ambulantní. Dle čekací doby na umístění do ústavní péče však lze potvrdit, že tento typ služeb není dostatečně pokryt. S terénními službami je to poněkud problematictější, protože kde není nabídka, nemůže být ani poptávka, a tak lze poukazem na zvýšenou poptávku těžko poukázat na jejich nedostatečnou kapacitu či špatnou kvalitu. Zdá se, že kvalitní pečovatelské služby mohou častěji chybět spíše v odlehlejších vesnických lokalitách než ve velkých městech. Bylo by ovšem zapotřebí provést cílený výzkum, abychom mohli tuto hypotézu skutečně potvrdit.

Zkušenosti vedoucích pracovníků z terénu stran pokrytí nabídky potřebných služeb jsou následující.

„Jediné, co mě napadá ještě tady třeba v tom regionu, co tady si myslím, že není v pořádku, že sice my poskytujeme [služby] pro naše občany v XY [název města], ale že každou chvíli se objeví senioři nebo jejich rodinní příslušníci nebo nám telefonují z těch přilehlých obcí, kde ty služby si myslím nejsou tak dobře pokryty, jak je pokrýváme my. A je ten problém, že nemají nikoho, kdo by jim je tam poskytl. My samozřejmě na to reagujeme, protože můžeme poskytovat i v XY regionu, ale musí s námi obecní úřad navázat nějakou smlouvu, abychom mohli. A pokud se stane to, že se na nás někdo obrátí, my řekneme, aby obecní úřad, tak zatím tedy se na nás ještě nikdo v tom XY regionu neobrátil. Tak nevím, jak to funguje. A nebo neví vůbec ti lidé z toho regionu, že se mají obrátit na obecní úřad, že obecní úřad by jim měl zajistit sociální služby. Je to pro ně překvapení, obrací se na město XY jako na okresní město.“ (ředitelka střediska komplexní péče o seniory)

„Ale tady v XY [regionu] je katastrofální situace, protože vlastně trend je, jestli v tom děláte, tak to víte, tak trend je vlastně co nejdéle, aby ten člověk zůstal v přirozeném prostředí. O to my se snažíme, myslím, že máme tady docela dobrý by se dalo říct

tým, co se týče nejenom nás, ale i pečovatelek, hlavně pečovatelek teda, které doopravdy pro to dělají maximum. Ve většině případů, nemůžu o všech říct, ale ve většině případů ano. A když se snažíte, aby ti lidé zůstali doma co nejdéle, tak pak je nemáte kam dát, umístit. Pak už jsou na tom tak, že už na ně nestačíme ani my. My i spolupracujeme s domácí péčí [zdravotní]. Takže my s domácí péčí a už doopravdy jsou na tom tak [špatně], a pak je někam chcete, už na to zkrátka nestačíte a víte, že ten člověk by doma prostě už nemohl být a nemáte další umístění. Nemáte umístění, nejsou tady ošetřovatelská lůžka. Je tady hodně, máme problémy i s lidmi, kteří vlastně mají, ať je to stařecká demence nebo různá Alzheimerova nemoc nebo prostě vůbec jakákoliv demence. Tak pro ně tady není vytvořeno žádné umístění. To se, říkám, to jediné, že pořád se snažíme to třeba týden obvoláváme, než něco seženeme.“ (vedoucí pečovatelské služby střediska komplexní péče o seniory)

„[Senioři] opravdu prosedí ohromné doby a všechny ty fronty u doktorů, to je třeba myslím, že hrozně těžké. A spoustu těch věcí by šlo dělat tak, že by ty služby [byly kvalitnější a přizpůsobené]. Myslím, že kdyby existovaly, že by jim kolikrát třeba i ty děti je nakoupily, že ty děti mají peníze. To není tak, že jsou všichni senioři [chudí], oni i ti senioři mají peníze. To není tak, že máme tady chudé babičky a dědečky, kteří musejí trpět. Spíš, že to není dobře zorganizované a nemyslí se na ně. Mně někdo říkal, jak se pokusil sepsat seznam věcí, které seniorům ztěžují život. A jedna z těch věcí je, taky to znám, bankomat. Prostě si nemůžou vybrat peníze, protože tam nevidí. Já taky chodím tchýni vybírat peníze, protože to nevidí.“ (M. Špinková, ředitelka domácího hospice)

Specifické potřeby seniorů tak často nejsou reflektovány nebo na ně není vhodným způsobem reagováno. Služby jsou nabízeny pouze v omezené míře a kvalitě a mnohdy se stává, že o nich potenciální klienti stejně neví. Problematickou oblastí je v tomto případě i otázka financí. Seniorská populace je v důsledku výchovy a životní zkušenosti nepochybně spořivější v porovnání s populací mladších osob. Často má omezené finanční zdroje, protože většinou je hlavním nebo jediným příjmem seniora starobní důchod. Zájem o kvalitnější služby tak někdy může být při zjištění jejich ceny nižší, než by se předpokládalo v době jeho zjišťování před zavedením služby.¹⁷ Na druhou stranu však jistě existuje i skupina bohatších seniorů, kteří by si kvalitní služby chtěli zaplatit, ale narážejí na skutečnost, že se takové služby v jejich okolí nenabízejí.

¹⁷ To je příklad nově založených lůžek zdravotně sociálních služeb v nemocnicích. Klienti o ně deklarovali zájem, po jejich zavedení je však poptávka po nich poměrně nízká. Důvodem je jednoznačně jejich vyšší finanční nákladnost pro klienty v porovnání s běžným nemocničním lůžkem s pouze zdravotní péčí, za které se platí měsíčně zhruba pětina cena. S tímto problémem se na počátku roku 2008 potýkala např. nemocnice Rudolfa a Stefanie v Benešově.

Závěr

Prodlužování délky lidského života a neustálé zvyšování podílu osob seniorského věku, jež jde v České republice ruku v ruce spolu s poklesem porodnosti, vede k hledání odpovídajících opatření, pomocí nichž je a bude tato situace vhodně řešena. Z provedené demografické analýzy vyplynulo, že dosavadní **převaha poproduktivní složky** obyvatelstva nad složkou dětskou, která je u nás patrná od roku 1997, bude i do budoucna výrazně narůstat. Dalším důležitým faktorem je změna ve věkové struktuře subpopulace seniorů, jež bude charakterizována nárůstem podílu nejstarších seniorů (80+), kteří vyžadují intenzivnější zdravotní a sociální péči.

Vzhledem k vyšší intenzitě úmrtnosti mužů a vyšší naději dožití při narození u žen je seniorská populace značně feminizovaná. To, spolu s proměnou rodinných struktur, ovlivňuje řadu životních oblastí seniorů. V důsledku ztráty partnera čelí mnozí senioři, především pak ženy, riziku osamělosti, což se v případě nesoběstačnosti může odrazit ve **zvýšené potřebě po zabezpečení péče** jinými rodinnými příslušníky či institucemi. Institucionální zajištění rezidenční péče formou ubytování v domovech důchodců a domovech-penzionech pro důchodce (v nové terminologii domovech pro seniory) je v regionálním i celorepublikovém pohledu nedostatečné. I když se počet takových zařízení každým rokem zvyšuje, rostou i počty neuspokojených žádostí o pobyt. Dlouhodobě počet neuspokojených klientů dokonce převyšuje celkový počet všech disponibilních lůžek. Tento trend by bylo možné odvrátit či alespoň zmírnit podporou a rozšířením služeb terénních a ambulantních, které mohou doplňovat preferovanou péči rodinnou či ji nahradit tam, kde je nedostačující nebo zcela chybí.

Z výsledků **reinterpretace výběrových šetření** prizmatem konceptu potřeb vyplývá, že vysoce preferované je především bydlení v domácím prostředí - tedy potřeba autonomie, soukromí a lásky. Přitom ale také dochází k využívání institucionální péče, která je sice prvotní volbou menšiny, ale zároveň je příslibem především relativně bezproblémového zajištění primárních fyziologických potřeb a bezpečí, jak ukazují závěry Kubalčíkové [2007a,b]. Tato volba však neprobíhá jen mezi domovem a pobytovou péčí, ale i mezi uspokojením jednotlivých potřeb obecně - ať již jako důsledek zmenšujících se možností, institucionálních rámců a dispozic nebo osobních přání. **Instituce** jsou definovány i chápány jako **odlišný zdroj saturace než neformální (primární) sítě**, a to přesto, že se v praxi často suplují. Pokud jsou ve vzájemném zastupování úspěšné, je otázkou, zda je lze skutečně vnímat jako nezaměnitelné. V případě, že je jejich zastupování neúspěšné, vyvolává tato skutečnost další otázky. Které potřeby zůstávají nesaturovány? Jaký dopad má neuspokojení určitých potřeb na kvalitu života seniora - klienta? Stručná analýza legislativního rámce naznačuje, že se jedná především o potřeby „vyššího“ řádu - jako je potřeba úcty a uznání a potřeba seberealizace. Zdá se také, že existují jakési „tabu-potřeby“, jako je sex (a potřeba intimity) a spánek, které nejsou v dostupných materiálech diskutovány.

Z provedeného **mezinárodního srovnání** vyplývá, že potřeby jsou zároveň univerzální (panhumánní) a zároveň kulturně a sociálně zasazené - stejně jako způsoby jejich saturace. Pro další zkoumání však zůstávají otevřené otázky, zda a jakou roli hraje věk, kohorta, kultura, sociální a národní stát a sociálně-demografický status ve formulování definice potřeb a jejich preferovaného naplnění.

Nový zákon o sociálních službách, platný v ČR od počátku roku 2007, umožnil všem subjektům (státním i nestátním) zaregistrovat se podle stanovených kritérií jako poskytovatelé určitého typu sociálních služeb. Význam nestátního neziskového

sektoru v péči o seniory vyniknul tím, že v oficiálním registru MPSV mezi poskytovateli sociálních služeb tvoří značný podíl právě obecně prospěšné společnosti a občanská sdružení. Náš **terénní výzkum v nestátních neziskových organizacích** poskytujících služby seniorům tak přinesl dílčí poznatky o problematice péče o seniory poskytované formální cestou, ale upozornil i na další obecnější problémy.

Poskytovatelé služeb z nestátního neziskového sektoru vnímali přijetí nového **zákona o sociálních službách** vesměs **pozitivně**. Přes drobné nedostatky kladně hodnotili především kategorizaci služeb a přesnější vymezení jejich obsahu. Nový zákon však poskytovatelům služeb způsobil zároveň i problémy v podobě zvýšené administrativní náročnosti spojené s registrací jednotlivých typů služeb. Dále bylo občas kritizováno adresování příspěvku na péči přímo osobě závislé na pomoci druhých. Dle některých poskytovatelů to může vést ke ztrátám financí původně určených pro sociální oblast. Ne vždy totiž nesoběstačné osoby příspěvek na péči do sociálních služeb investují. V sociální sféře byla s novým zákonem jasně vymezena pravidla, čímž došlo k výraznému zlepšení vztahů ke klientovi ve smyslu rovnocennosti a partnerského přístupu. Oproti tomu se zvýšila kritika služeb poskytovaných seniorům v oblasti zdravotnictví. Zde totiž rychle zastarávající legislativa neodpovídá současným trendům péče o seniorského klienta.

Při hodnocení nejdůležitějších potřeb seniorů se vedoucí pracovníci organizací poskytujících služby seniorům orientovali především podle svých praktických zkušeností. Nejvíce vyzdvihovaná byla zejména **potřeba sociálních kontaktů** v podobě komunikace a vztahů s dalšími lidmi. V psychosociální rovině to pak byla často zmiňovaná potřeba pocitu bezpečí, důstojnosti, vážnosti a respektu vůči osobě seniora bez ohledu na jeho zdravotní stav. Opakovaně byly zmiňovány i **základní biologické potřeby** spočívající především v zajištění jídla a hygieny. Vzhledem k odlišným možnostem a potenciálu se formální i neformální cesty saturace těchto potřeb mohou doplňovat i překrývat.

Nestátní neziskový sektor bývá obecně spojován s dobrovolnickým charakterem a orientací na blaho druhých a veřejný prospěch. Péče a pomoc seniorům je v hojně míře zajišťována neformálně, může být však i formalizována prostřednictvím nestátní neziskové sféry. Při zkoumání, jak se v ČR v péči o seniory uplatňují v rámci nestátního neziskového sektoru **dobrovolníci**, se ukázalo, že ve zkoumaných organizacích občanského sektoru (s výjimkou jediné) se nedařilo do péče o seniory dobrovolníky zapojit. Přesněji řečeno, dobrovolníci se sami vůbec nenabízeli a pokud ano, po krátké zkušenosti od svého záměru pomáhat méně soběstačným seniorům ustoupili. Problém nedostatečně rozvinutého dobrovolnictví však platí v ČR obecněji a sféra péče o seniory není výjimkou, spíše je zde ještě více patrný. Lepší výsledky nacházíme v organizacích, kde se práci s dobrovolníky cíleně věnují.

Naproti tomu se potvrzuje, že v péči a pomoci seniorům stále sehrává **klíčovou úlohu rodina a další neformální sítě**. Je to většinou nějaký člen rodiny nebo blízký, kdo pro seniora s omezenou soběstačností potřebné služby vyhledá a objedná. Senioři využívající terénní a ambulantní sociální služby by se bez další pomoci rodiny mnohdy neobešli. Podpora rodiny a blízkých se nicméně jeví jako vhodná i u osob v pobytových službách, kde rovněž doplňuje poskytované služby a přispívá ke spokojenosti seniorů.

Využívání sociálních služeb terénního charakteru v běžné míře není pro seniory podle zkušenosti poskytovatelů výrazně finančně zatěžující a až na výjimky si klienti mohou dovolit ze svého měsíčního příjmu tyto služby hradit. Častěji je pro ně ovšem náročné placení sociálních služeb pobytových, které nezřídka překračuje jejich měsíční příjem sestávající většinou ze starobního důchodu a sociálního příspěvku na péči.

Výzkum poukázal na některé problematické oblasti, se kterými se lze při péči o seniory v praxi setkat. Předně je **problematika seniorů** tématem, které není ve společnosti nahlíženo příliš pozitivně, a pokud je jí věnována pozornost například v médiích, získává jakýsi **negativní nádech**. S tím souvisí i **paternalistický přístup k seniorům** a snaha rozhodovat za ně, údajně v jejich prospěch. Zejména méně soběstační senioři jsou často stavěni do podřízené pozice, kdy o nich ostatní rozhodují. Tento přístup je typičtější pro oblast zdravotnictví, ale občas je uplatňován i v sociálních službách nebo přímo v rodině. Na to nepřímo navazuje i další problematická oblast, kterou je zajištění důstojné péče v konečné fázi života. Zlepšení stávajících **nevyhovujících podmínek pro umírající** vyžaduje překonání tabu umírání a smrti. S tím jsou spojeny i otázky míry informovanosti klienta (pacienta) o jeho zdravotním stavu, otázky volby prostředí (nemocnice/domov) a v neposlední řadě i otázka vyvážení lékařské „povinnosti léčit“ a lidské „mravní povinnosti doprovázet umírajícího“.

Na závěr připomínáme opakovaně zmiňovaná upozornění na **nedostatečně rozvinuté kvalitní terénní služby**, které by se náležitě věnovaly péči o klienta samotného a neomezovaly se toliko na jednu dílčí oblast sociálních služeb – např. zajišťování obědů. Právě terénní služby se přitom zdají být nejvhodnějším doplňkem péče o seniory zajišťované neformálními kanály. Pracovníci v terénních službách si ovšem stěžovali i na **nedostatek krátkodobých služeb pobytových**, kam by bylo možné klienta umístit v případě, že se jeho zdravotní stav rychle zhorší natolik, že nemůže pobývat v domácím prostředí bez soustavného dohledu. Potíže s obtížně dostupnými službami se ovšem nepochybně regionálně liší. U terénních a ambulantních služeb bývají znevýhodněni spíše lidé žijící v obcích s malým počtem obyvatel a daleko od větších obcí, kde náklady na dopravu neúměrně zvyšují cenu služeb nebo dokonce způsobí, že služba není dostupná vůbec. O nedostatku určitých služeb v některých regionech sice na základě našeho výzkumu nemůžeme podat vyčerpávající informace, zdá se ale, že se jedná o další významný problém, kterému se bude nutné nadále věnovat při zkvalitňování naplňování široké palety potřeb seniorů. A jak věříme, nestání nezisková sféra v tomto procesu nepochybně sehraje roli významného aktéra.

Literatura

Ariès, Philippe. 1976 [1974]. *Western Attitudes toward Death: From Middle Ages to the Present*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.

Barvíková, Jana. 2005. „Rodinná péče a profesionální péče.“ In: Jeřábek, Hynek (ed.): *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, s. 58-70.

Coleman, Peter. 2004. *Is the religion friend of ageing?* Solihul: Leveson Centre.

Červenková, Anna - Bruthansová, Daniela - Pechanová, Marie. 2006. *Sociálně-zdravotní služby, poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách pro dlouhodobě nemocné se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV.

Dworkin, Gerald. 1998. *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Dzúrová, Dagmar. 2002 Regionální aspekty stárnutí české populace. *Demografie* 44 (1): 34-37.

Elias, Norbert. 1998 [1984]. *O osamělosti umírajících v našich dnech*. Praha: Nakladatelství Franze Kafky.

Fromm, Eric. 1950/2003. *Psychoanalýza a náboženství*. Praha: Aurora.

Fisher, Kath. n.d. *Max-Neef on Human Needs and Human-scale Development*. [online]. [cit. 2007-11-04]. Dostupné z: <http://www.celebrateempathy.com/Max-Neef.pdf>.

Geerlings, Sandra - Pot, Anne - Twisk, Jos - Deeg, Dorly. 2005. „Predicting transitions in the use of informal and professional care by older adults.“ *Ageing and Society* 25(1): 111-130.

Halík, Tomáš. 2002. *Co je bez chvění, není pevné*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.

Haškovcová, Helena. 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.

Hazan, Haim. 1994. *Construction and deconstruction of old age*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hudson, Margaret. 2002. „Elder abuse and neglect“. In: Ekerdt, David. (ed.). *Encyclopaedia of Aging. Vol 2*. New York: Macmillan, p. 405-411.

Hylena, Petr. 2007. *Formy zneužívání slabín seniorů vyplývajících ze stáří a odpovídající strategie sociální práce. Diplomová práce*. Brno: Pedagogická fakulta MU. Vedoucí práce: Mgr. Lenka Gulová, Ph.D.

- Ikels, Charlotte. 1994. „Age and well-being.“ Pp. 101-143 in Keith, Jannie. et al. 1994. *The Aging Experience: Diversity and Commonality Across Cultures*. Thousand Oaks: Sage.
- Johnson, Alison - Hickman Morris, Helen. 2001. *Understanding the needs of older people*. Solihul: Leveson Centre.
- Keith, Jannie. et al. 1994. *The Aging Experience: Diversity and Commonality Across Cultures*. Thousand Oaks: Sage.
- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti*. 2006. Praha: MPSV.
- Kopecká, Petra. 2002. Koncept kvality života seniorů v České republice. *Zdravotnictví v České republice* 5 (1-2): 71-75.
- Králová, Jarmila - Rážová, Eva. 2005. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: ANAG.
- Kubalčíková, Kateřina. 2007a. *Zpráva z předvýzkumu potřeb uživatelů pro cílovou skupinu „Senioři“* [online]. [cit. 2007-11-18]. Dostupné z: http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/expertiza_kubackova_seniori.doc
- Kubalčíková, Kateřina. 2007b. *Expertíza pro cílovou skupinu „Senioři“*. [online]. [cit. 2007-11-18]. Dostupné z: http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/vyzkumuziv/vyzkumu_s.doc.
- Kuchařová, Věra. 1997. „K problematice péče o starší generaci.“ In: Rabušic, Ladislav (Ed.): *Česká společnost a senioři*. Brno: ŠSS FF MU, s. 134-156.
- Kuchařová, Věra. 2002. *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. Praha: SOCIOKLUB – VÚPSV.
- Kübler-Ross, Elizabeth. 1993 [1969]. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica.
- Křečková Tůmová, Naděžda. 2003. *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky*.
- Long-Term Care Policies for Older People*. 2005. [online]. Paris: OECD. [cit. 12.9.2006]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/health> .
- Maslow, Abraham. 1943. A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. [online]. [cit. 2007-11-04]. Dostupné z: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>.
- Müller, Karel 2002. *Češi a občanská společnost*. Praha: Triton.
- Nakonečný, Milan. 1995. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Narayanasamy, Aru - Clisseett, Philips - Parumal, Logan - Thompson, Deborah, Annasamy, Sam - Edge, Richard. 2004. Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing* 48(1): 6-16.

Nešporová, Olga - Svobodová, Kamila 2006. *Nestátní sféra v oblasti podpory rodin a služeb pro rodiny*. Praha: VÚPSV.

Phillipson, Chris. 1998. *Reconstructing Old Age: New Agendas in Social Theory and Practice*. London: Sage.

Pichaud, Clément - Thaereau, Isabelle. 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál.

Populační vývoj České republiky 2000. 2001. Praha: KDGD PŘF UK.

Populační vývoj České republiky 1990 – 2002. 2002. Praha: KDGD PŘF UK.

Potůček, Martin 1997. *Nejen trh. Role trhu, státu a občanského sektoru v proměnách české společnosti*. Praha: SLON.

Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050. 2003. Praha: ČSÚ.

Randall, William - Kenyon, Gary. 2001. *Ordinary Wisdom: Biographical Aging and the Journey of Life*. Wesport: Praeger.

Rabušic, Ladislav. 1998. Jsou čeští senioři chudí? *Sociologický časopis* 34(3): 303-320.

Říčan, Pavel. 2006. Spiritualita jako klíč k osobnosti a lidským vztahům. *Československá psychologie* 50(2): 119-137 .

Sčítání lidu, domů a bytů k 1.3.2001. 2003. Praha: ČSÚ.

Sokačová, Linda et al. 2005. *Reprezentace seniorů v médiích*. Praha: Gender Studies.

Stuart-Hamilton, Ian. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.

Sudnow, David. 1967. *Passing on. The Social Organization of dying*. New Persey: Prentice-Hall.

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

Svobodová, Kamila. 2007. Gender a poskytování péče starším osobám. *Právo a rodina* 9 (2): 20-23.

Svobodová, Kamila. 2007. „Seniorská generace a její životní situace.“ In: Rychtaříková, Jitka - Kuchařová, Věra (eds.): *Partnerství, rodina a mezigenerační vztahy v české společnosti*. Praha: VÚPSV a PŘF UK.

Sýkorová, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Šiklová, Jiřina. n.d. Zápisník Jiřiny Šiklové: Staří lidé nejsou parazité. [on.-line]. *Elán plus*. [cit 2008-02-12]. Dostupné z: <http://elanplus.cz/elanplus/index.php?articleID=848>

- Šosová, Marta. 1999. Domácí péče a charitní domovy pokojného stáří. In: *Bydlení a životní podmínky seniorů*. Sborník přednášek ze semináře. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj.
- Teeri, Sari - Välimäki, Markyta - Katajisto, Jouko - Lieno-Kilpi, Helena. 2007. Maintaining the integrity of older patients in long-term institutions: relatives' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 16:918-927.
- Tošnerová, Tamara. 1998. *Sexualita ve stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. [on-line]. [cit. 2008-1-12]. Dostupné z: <http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml?x=212271>
- Tošnerová, Tamara. 2002. *Špatné zacházení se seniory*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti.
- Vajdová, Tereza. 2004. *Zpráva o neziskovém sektoru v České republice*. Praha: Rada vlády pro nestátní neziskové organizace.
- Vágnerová, Marie. 2000. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.
- Veselá, Jitka. 2003. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnosti*. Praha: VÚPSV.
- Vohralíková, Lenka - Rabušic, Ladislav. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV.
- Victor, Christina. 2005. *The Social Context of Ageing*. London, New York: Routledge.
- Vidovičová, Lucie - Rabušic, Ladislav. 2003. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu*. Brno: VÚPSV.
- Vidovičová, Lucie. 2006. „Podléhá česká veřejnost panice z demografie?“ Pp. 82-94 in Kocourková, Jiřina, Rabušic, Ladislav. (eds.). 2006. *Sňatek a rodina: zájem soukromý nebo veřejný? Proměny reprodukčního chování a možností rodinné politiky z hlediska postojů české veřejnosti*. Praha: Katedra demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze.
- Vidovičová, Lucie - Sedláková, Renata. 2007. „Neviditelná agenda aneb stáří a zdraví v českých médiích.“ *Fórum sociální politiky* 1 (3): 13-17.
- Vidovičová, Lucie - Lorman, Jan. 2008. *Život v domovech pro seniory 2007: Problémy týrání, zneužívání a zanedbávání péče v domovech pro seniory. Zpráva z výzkumu*. Praha: Úřad vlády ČR, Život 90.
- Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 1996*. (1998) Praha: ÚZIS ČR.