



Potřeby seniorů se sníženou soběstačností na Horšovskotýnysku

Zpráva ze sociologického šetření

V rámci projektu „Aktualizace komunitního střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na Horšovskotýnysku“.

Objednavatel: Centrum pro komunitní práci západní Čechy

Srpen 2019

Mgr. Ida Kaiserová, PhD.
Mgr. Petr Matoušek

Obsah:

1. Zadání	2
2. Metodologie a průběh šetření	3
3. Stáří	4
4. Deinstitutionalizace	6
5. Příspěvek na péči a problém využití	11
8. Služby sociální péče	13
9. Zdravotní péče	15
10. Základní analytická zjištění	17
11. Problematické okruhy	20
12. Závěr	22

Zadání

Podnět na ošetření tématu pečovatelské služby v regionu Horšovského Týna vzešel z úvodního mapování stávající sociální situace v regionu v rámci komunitního plánování sociálních služeb, dále byl projednán v pracovních skupinách a řídicí skupině.

Během přípravy šetření jsme se v diskusích s jeho zadavatelem - týmem KPSS z CpKP dotkli a rozebírali téma nabídky a poptávky služeb pro nesoběstačné seniory v daném regionu. Z jejich zkušeností a znalostí vyplývalo, že problém s nabídkou daných služeb, respektive jejich nedostatečností je úzce provázán s nedostatečně vyslovenou poptávkou po těchto službách. Součástí problému je také to, že není jasné, kdo má takovou poptávku vlastně artikulovat - senioři, poskytovatelé nebo obce, nebo sociální odbor ORP, nebo Plzeňský kraj? Tato nejasnost, kterou se ve svých procesech snaží reflektovat KPSS, se ukazuje jako možný neuralgický bod tohoto "gordického" uzlu nejasné poptávky a nabídky pečovatelských služeb především v malých, stárnoucích a vylidňujících se obcích horšovskotýnského regionu. Dalším tématem, které náš zadavatel vnímá jako uzlové, je současná praxe využívání státního příspěvku na péči. V souladu se zákonem je jeho čerpání individuální (aby umožnil svobodnou volbu každého klienta k využívání jím zvolené služby), z praxe je však známo, že příspěvek se stává součástí domácích rozpočtů a do systému organizované sociální péče se "nevrací", což spolu s nedostatečným financováním ze strany státu, krajů a obcí činí systém dlouhodobě neudržitelným.

Tyto otázky - otázku provázanosti nabídky a poptávky po pečovatelských službách a s ní související otázku využívání příspěvku na péči jsme se snažili zodpovědět v našem šetření.

Metodologie a průběh šetření

Proces komunitního plánování sociálních služeb lze vnímat jako specifický organizační nástroj výkonu *veřejné politiky* (které můžeme rozumět jako aktivitám vlády či jiných veřejných aktérů, které mají nějak ovlivňovat život společnosti).¹ Stejně tak do kontextu veřejných politik zařazujeme i teoretická či metodologická východiska našeho šetření.

Témata - problémy, která stojí v zadání našeho šetření, vnímáme jako problémy veřejných politik, které *můžeme stručně definovat jako určitou mezeru mezi stávající a normativně žádoucí situací, která má být překonána činností státu.*²

Přínosem sociálně vědního výzkumu by v takovém případě měla být produkce uceleného vědění o těchto problémech, jejich kontextu a možném legislativním i racionálním způsobu jejich řešení.

Úroveň analýzy, na které se snažíme k fenoménu pečovatelské služby a jejímu poskytování přiblížit, je rovinou vztahů mezi institucemi, jednotlivci a jejich vztahem k danému tématu. Je to zhruba takové zaměření, které odpovídá focusu pracovních skupin Komunitního plánování sociálních služeb na úrovni ORP.

Základními metodami užitými v tomto výzkumu jsou kvalitativní polostrukturované rozhovory a studium dokumentů.

Rozhovory byly uskutečněny 4 - s ředitelkou soukromé organizace poskytující služby domácí zdravotní péče a pečovatelské služby v regionu, s vedoucí sociálního odboru a vedoucí pečovatelské služby v daném ORP a se sociální pracovníci na jedné z dvojkových obcí v regionu.

Na rozhovory navazoval další výzkumný postup - studium dokumentů. Jednalo se o rešerše odborné literatury, strategické dokumenty veřejné a státní správy, zejména Plzeňského kraje a ministerstva práce a sociálních věcí. Při analýze struktur veřejné a státní správy, které souvisí s naším zadáním, jsme vycházeli z našich předchozích šetření, která jsme v rámci KPSS uskutečnili na Rokycansku.

¹ veřejná politika viz wikipedie: https://cs.wikipedia.org/wiki/Veřejná_politika

² Hirschmüller, Hoppe, 2011

Stáří

„Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří.“ (Haškovcová, 2010, s. 9)³.

Je to takový neradostný citát na úvod, ale velmi dobře shrnuje téma této studie. Stáří je životní etapa, která je spojována s určitým znevýhodněním. Například Tomeš (2001, s. 145)⁴ uvádí: „Stáří je přirozené, poslední období lidského života, ve kterém se pozvolna omezují (degenerují) funkce lidského organismu. Projevuje se to v postupném snižování schopnosti pracovat a aktivně reagovat na vnější svět.“ Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je stáří, též senescence, životním obdobím, kdy se zřetelněji objevuje poškození fyzických a psychických sil, oproti předešlým životním etapám (Haškovcová, 2010, s. 20). Stáří znamená určité omezení, ale rozhodně nelze napsat, že stáří rovná se automaticky bezmoc, odkázanost na pomoc druhých. Neplatí, že každý senior je nemocný, bezmocný, trpící demencí nebo má problémy s pohybovým aparátem (Matoušek, 2003, s. 226)⁵. Stáří je dynamická etapa, která je v mnoha odborných studiích spojována na straně jedné s odchodem do důchodu a na straně druhé se smrtí. V tomto časovém rozmezí se dějí s člověkem změny na úrovni fyzické, psychické, sociální, které nelze přesně časově vymezit, jsou individuální, jsou ovlivněné i místem pobytu, ne/fungujícími příbuzenskými vztahy apod. Zvyšující se střední délka života, stejně jako dostupnost kvalitní zdravotní péče a zvyšující se životní úroveň přispěly k tomu, že také v České republice vstupují do penzijního věku generace, které jsou relativně zdravé, vzdělané a sociálně zabezpečené. V důchodu stráví člověk průměrně 20 let života. Z tohoto důvodu je nutné mluvit i o různých etapách života ve stáří. Jednou z možných typologií je typologie dle věku: V současnosti se dá stáří rozdělit dle věkové kategorie na mladé seniory, jež jsou ve věku 65 až 74 let, kteří mají problémy s využitím volného času, aktivitami a seberealizací. Jako další kategorii můžeme uvést seniory ve věku 75 až 84 let jako staří senioři, u kterých se vyskytuje zejména problematika v oblasti adaptace, osamělosti a specifického stonání. Jako poslední skupinu definujeme osoby ve věku 85 a více let jako velmi staré seniory, kteří řeší problémy zabezpečení a zejména soběstačnosti (Kalvach a kol., 2004, s. 47)⁶.” Tato Kalvachova typologie však zdůrazňuje až příliš negativní stránky spojené se stářím.

Z našeho předchozího šetření na Rokycansku, které se týkalo aktivních seniorů, však vyplývá, že tzv. mladí senioři jsou často velmi aktivní. Ať už jako prarodiče, kdy se podílejí na péči o děti svých

³ HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. 2. vyd., podstatně přeprac. a dopl. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

⁴ TOMEŠ, I. Sociální politika : teorie a mezinárodní zkušenost. 2. vyd. Praha : SOCIOKLUB, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.

⁵ MATOUŠEK, O. a kol. Slovník sociální práce. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 288 s. ISBN 80- 7178-549-0.

⁶ KALVACH, Z. - ZADÁK Z. - JIRÁK, R. - ZAVÁZALOVÁ, H. - SUCHARDA, P. a kol. Geriatrie a gerontologie. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

pracovně vytížených dětí, nebo se sdružují v nejrůznějších zájmových organizacích, jako jsou Kluby seniorů, Zahrádkářský svaz, Sokol, hasiči či nejrůznější místní sdružení. Významnou součástí tzv. aktivního stáří jsou také vzdělávací aktivity, přednášky či přímo univerzita třetího věku. Pokud je senior ochoten se veřejných aktivit účastnit, je to výborná příležitost pro osvětu o sociálních službách, kterých bude moci využívat v období zhoršeného zdravotního stavu, samostatnosti atd. Nedostatečná obeznámenost s podstatou a fungováním sociálních (včetně pečovatelských) služeb se může v pozdějším věku stát bariérou k jejich efektivnímu využití.

Stáří je individuální proces, který je s přibývajícím potřebou pomoci velmi propojen s celkovou "kvalitou" regionu, přístupem k sociální i zdravotní péči, veřejnými službami a dopravní obslužností. Být klientem či uživatelem sociální služby může být i dnes ve venkovském regionu stigmatizující záležitost (selhala rodina) a sociální služby se potýkají s neochotou, neinformovaností a strachem tuto službu využít.

Deinstitucionalizace

Pojem deinstitucionalizace označuje proces, který se snaží o přechod od institucionální (ústavní) péče o nesoběstačné osoby k péči, která umožní setrvání v přirozeném prostředí klienta.⁷

Zatímco v západních zemích Evropy začal proces deinstitucionalizace již v 70. letech minulého století, podoba situace českých sociálních služeb byla silně ovlivněna socialistickým systémem řízení státu, kdy byla potlačena činnost neziskových organizací a občanských sdružení. (..) nebyly jasně definovány kompetence státu, krajů, okresů, obcí, ústavů či domovů. Péče byla za předchozího režimu dostupná pro všechny, kteří ji potřebovali, ale její podoba byla paternalisticko-direktivní, nebyla důsledně respektována lidská práva a důstojnost uživatelů.

Legislativně byl proces deinstitucionalizace umožněn zákonem č.108/2006 Sb., jehož hlavním smyslem bylo opustit dosavadní paternalisticko-direktivní přístup, umožnit lidem zůstat rovnocennými členy společnosti, zajistit dostupnou a kvalitní péči a důsledně respektovat jejich důstojnost.⁸

Koncepce procesu deinstitucionalizace pod názvem "Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti"⁹ byla schválena usnesením Vlády ČR dne 21. 2. 2007 a stala se tak základem pro poskytování těchto služeb. Předpokládá zřizování a rozšiřování řady terénních a ambulantních služeb, které budou podporovat seniory v jejich přirozeném prostředí.¹⁰

⁷Deinstitucionalizace viz wikipedia:<https://cs.wikipedia.org/wiki/Deinstitucionalizace>

⁸Deinstitucionalizace viz wikipedia:<https://cs.wikipedia.org/wiki/Deinstitucionalizace>

⁹dostupné on-line na https://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

¹⁰ viz Koncepce podpory transformace, s18

Jeden z nejvíce citovaných dokumentů o stáří má motto "abychom přidali život rokům, které byly přidány životu". Jde o rezoluci OSN č. 46 z roku 1991, která upozorňuje na pět důležitých témat. Rezoluci cituje i MPSV na svých webových stránkách a uvádí, že:

Nezávislost

Senioři by měli

- mít přístup k odpovídající stravě, vodě, obydlí, oděvu a zdravotní péči na základě zajištění příjmu, podpory rodiny a společnosti a svépomoci;
- mít příležitost pracovat nebo mít přístup k jiným příležitostem zajišťujícím příjem;
- mít možnost účastnit se rozhodování, kdy a jak rychle bude probíhat jejich odchod z pracovního života;
- mít přístup k odpovídajícím vzdělávacím a výcvikovým programům;
- žít v prostředí, které je bezpečné a přizpůsobitelné osobním preferencím a měnícím se schopnostem;
- žít ve svém domově, jak nejdéle je to možné.

Zařazení do společnosti

Senioři by měli

- zůstat zařazení do společnosti, zúčastňovat se aktivně formulování a realizace politik, které přímo ovlivňují jejich blaho, a podílet se o své znalosti a schopnosti s mladšími generacemi;
- mít možnost hledat a rozvíjet příležitosti pro služby občanské společnosti a pracovat jako dobrovolníci na místech odpovídajících jejich zájmům a schopnostem;
- mít možnost vytvářet hnutí nebo asociace starých lidí.

Péče

Senioři by měli

- mít užitek z rodinné péče a péče a ochrany společnosti v souladu se systémem kulturních hodnot každé společnosti;
- mít přístup ke zdravotní péči, která by jim pomohla udržet nebo nabýt optimální úroveň tělesného, duševního a emočního zdraví a zabránit nebo zpozdit propuknutí nemoci;
- měli mít přístup k sociálním a právnickým službám, které by rozšířily jejich autonomii, ochranu a péči o ně;
- mít možnost využívat odpovídající úroveň institucionální péče zajišťující ochranu, rehabilitaci, sociální a duševní stimulaci v humánním a bezpečném prostředí;
- požívat lidských práv a základních svobod, až žijí v jakémkoli obydlí, zařízení sociální péče nebo léčebném zařízení, což zahrnuje i respektování jejich důstojnosti, víry, potřeb a soukromí a práv činit rozhodnutí o péči o ně a o kvalitě jejich života.

Seberealizace

Senioři by měli

- mít možnost využívat příležitosti k plnému rozvoji svých schopností;
- mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům společnosti.

Důstojnost

Senioři by měli

- žít v důstojnosti a bezpečí a nemělo by být využíváno jejich tělesné nebo duševní závislosti;
- Se seniory by mělo být dobře zacházeno bez ohledu na jejich věk, pohlaví, rasovou nebo etnickou příslušnost, postižení a další stav, a měli by být hodnoceni nezávisle na jejich ekonomickém přínosu.¹¹

Uvedená témata se stala základním rámcem pro poskytování služeb pro seniory, jak uvádí ve své analýze Kubalčíková¹² a cituje ze zásadní práce o přístupu k seniorům (Klerk 2001):

- (1) Sociální re-aktivace, tzn. podpora při formulaci vlastních zájmů, hledání řešení problémů na komunitní (lokální) úrovni, podpora sdružování a sebe-organizace skupin s podobnými potřebami.
- (2) Sociální prevence, ve smyslu prevence sociálního vyloučení, tzn. pomoc organizovaná tak, aby umožnila lidem setrvat v přirozeném prostředí a v co největší možné míře rozhodovat nezávisle o vlastním životě.
- (3) Individualizovaná pomoc a podpora, která pomáhá udržet nebo obnovit rovnováhu mezi jedincem a prostředím, v němž žije.

Tyto zásady se promítly do Národního akčního plánu, podporujícího aktivní stárnutí a též do Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, které uvádějí:

Senioři jsou jednou z ohrožených skupin v přístupu k účasti na životě společnosti, a to z důvodu kombinace různých negativních bariér, zejména horšího zdravotního stavu, nižších příjmů, nižší úrovně vzdělání, nedostatečné dopravní dostupnosti, ztíženému přístupu ke službám, výskytu věkové diskriminace a přetrvávajících společenských stereotypů ve stáří.¹³

Snaha zmírňovat toto ohrožení by měla být programovou součástí působení řady veřejných aktérů - samospráv, státu, krajských úřadů, neziskových organizací, vzdělávacích organizací a

¹¹ <https://www.mpsv.cz/cs/1111>

¹² Kubalčíková, K. (2006): Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně Expertíza pro CÍLOVOU skupinu „Senioři“

¹³ Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 - 2017, s. 30, dostupný on-line: https://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akni_plan_staruti_.pdf

dalších.....“zásadní je minimalizovat přetrvávající negativní postoje společnosti ke stárnutí. Stárnutí populace je většinou prezentováno pouze v kontextu zvyšujících se nákladů na zdravotní a sociální péči a rostoucích nároků na důchodový systém. Přínos seniorů není dostatečně zdůrazňován. ¹⁴” Koncepce procesu deinstitucionalizace pod názvem “Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti” ¹⁵ byla schválena usnesením Vlády ČR dne 21. 2. 2007 a stala se tak základem pro poskytování těchto služeb. Předpokládá zřizování a rozšiřování řady terénních a ambulantních služeb, které budou podporovat seniory v jejich přirozeném prostředí.¹⁶

Zde se dostáváme k jádru problematiky péče o seniory v analyzovaném prostoru. V kraji působí terénní sociální péče a stacionární sociální péče, (především pobytové služby) aniž by obce nějakým způsobem deklarovaly a sociální pracovníci věděli, jakou cestou se místní politici a odborná péče vydají. Budou i nadále podporovány pobytové služby, nebo naopak pečovatelská služba bude poskytována terénním způsobem v přirozeném prostoru seniorů? Došli jsme k podobnému zjištění, jako výzkum kolegyně Kubalčíkové, která uvádí: „obce prvního a druhého stupně v současné době vykazují pouze omezené kompetence pro naplnění očekávaných požadavků. ... Při zvažování možností poskytování sociálně-zdravotní péče pro seniory na lokální úrovni obce prvního a druhého stupně spíše než aktivního hráče představují pasivního pozorovatele dění „na hřišti“, který je v případě potřeby schopen zareagovat na podnět obce s rozšířenou působností.¹⁷ I v našem prostoru jsme spíše narazili na individuální příběhy osobní angažovanosti, než na jasnou a koncepční politiku obcí druhého či prvního stupně. Jsme tedy v situaci, kdy existují mezinárodní a národní dokumenty, ale na místní úrovni tyto dokumenty nemají praktické naplnění. Zároveň existuje velké množství textů o problematice přesunu péče z pobytové služby do terénních služeb, z nichž zde citujeme - např.: Je tedy nutno zamezit nepřiměřenému umístění seniorů do pobytových služeb, není-li to nezbytně nutné. (Dvořáčková, 2012 s. 23)¹⁸. „Jedná se o změnu, která přináší podstatně menší závislost na ústavní péči a zvýšení služeb zaměřených na udržení seniorů v rámci jejich přirozeného

¹⁴ Národní akční plán, s. 30

¹⁵ dostupné on-line na https://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

¹⁶ viz Koncepce podpory transformace, s18

¹⁷ KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Obce a jejich participace při poskytování péče o seniory se sníženou soběstačností Aktivní hráč, nebo přihlížející? Sociální práce/Sociální práce, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2013, roč. 13, č. 4, s. 54-65. ISSN 1213-6204.

¹⁸ DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

prostředí. (Mulhei, 2007, s. 36).¹⁹ „Sociální služby tak přicházejí za uživateli oproti době, kdy se uživatelé stěhovali za těmito službami. Mnozí uživatelé byli nuceni změnit místo trvalého bydliště, čímž docházelo k postupnému přetrhávání rodinných a sociálních vazeb. (Vávrová, 2009, s. 12, 13).²⁰ „Pro většinu starých lidí se jeví jako nejpříjemnější péče v jejich domácnosti. Přirozené prostředí má u seniorů nenahraditelnou úlohu v oblasti sociální, emocionální a zejména psychologické. Důvodem je, že se nemusí stresovat se změnou prostředí, cítí se příjemně a jsou šťastnější“ (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 46)²¹. Některé z výše uvedených textů jsou k pobytovým službám velmi kritické, ale jak upozorňuje Kubalčíková, pojetí deinstitutionalizace by nemělo a nemusí být pouze formální změna: „Existují dvě pojetí deinstitutionalizace, u prvního pojetí se ústavní péče jeví jako nevhodná a cílem je potlačit ji do pozadí v systému formální pomoci, oproti tomu terénní péče je vnímána jako dobré východisko, jelikož usiluje o setrvání seniora závislého na pomoci druhé osoby v domácnosti. Druhý pohled je vnímán jako systemický přístup k deinstitutionalizaci, jež představuje propojení a doplňování zdravotnických a sociálních služeb poskytovaných v domácnosti uživatele“²² (Kubalčíková, 2006, s. 17). Plzeňský kraj se k deinstitutionalizaci přihlásil velmi opatrným způsobem, kdy základní premisu deinstitutionalizace - péče v přirozeném prostředí klienta přeformuloval na modernizaci stávajících objektů: „Plzeňský kraj podporuje principy deinstitutionalizace, transformace a humanizace. Podporuje úpravy a modernizace stávajících objektů, ve kterých jsou poskytovány pobytové sociální služby s cílem přiblížit život klientů jejich přirozenému sociálnímu prostředí.“²³

Příspěvek na péči a problém využití

Příspěvek na péči je klíčovou součástí systému sociální péče. Je vyplácen s cílem poskytnout potřebné osobě možnost si službu, nutnou pro osobní asistenci objednat a zvolit sama. Tato premisa ale v praxi spíše nefunguje. Než se ale dostaneme k interpretaci výsledků analýzy, je nutné uvést základní údaje o příspěvku na péči. Legislativně je příspěvek vymezen Zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláškou č. 505/2006 Sb.

¹⁹ MULHEI, G., Et al. De-institutionalising and transforming children's services : a guide to good practice. 2007. 149 s. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8977/DE- INSTITUTIONALISING.pdf>

²⁰ VÁVROVÁ, S. Kontext transformace pobytových sociálních služeb. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati, 2009. 26 s. ISBN 978-80-7318-869-6. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8679/Kontext_transformace_pobytovych_socialnich_sluz_eb.pdf

²¹ HROZENSKÁ, M. - DVOŘÁČKOVÁ D. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a. s., 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

²² Kubalčíková, K. (2006): Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně Expertíza pro CÍLOVOU skupinu „Senioři“

²³ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2019 - 2021

Výše příspěvku je odstupňována dle míry závislosti osoby, jíž je vyplácen, do čtyř stupňů.

Tyto stupně jsou:

- a) 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

O míře závislosti rozhoduje úřad práce v součinnosti s lékařem a okresní správou sociálního zabezpečení.²⁴

Problém - využití

Jak jsme již výše uvedli, příspěvek na péči a jeho využití podléhá mnoha strategiím, jak s ním klienti naloží. Základním nedostatkem systému je jeho kontrola. Pečovatelská služba nemá ze zákona možnost zjistit, zda klientovi byl tento příspěvek přiznán a v jaké výši. Proto dochází k situacím, kdy příspěvek není využíván přímo na péči, tak jak by měl. Dochází k situačnímu dojednávání, které se ocitá mimo kontrolní mechanismy. Kontrola využívání prostředků na péči přísluší ze zákona příslušnému úřadu práce. Jak však uvádí i server příspěvek na péči[fn]:

„Kontroly provádí úřad práce jen u určité části příjemců. Ti jsou ke kontrole vybírání namátkově nebo na základě případného podezření na zneužívání dávky. Kontrola může být i neohlášená, většinou však probíhá po předchozí telefonické domluvě.“ Kontroly využívání probíhají tedy namátkově a nejsou kontrolováni všichni příjemci. Druhý problém nastává v případě kontroly kvality poskytovaných služeb. Ty totiž mohou poskytovat profesionální organizace, které jsou registrovány jako sociální služby, nebo osoby blízké a dále také osoby cizí-asistenti péče s uzavřenou smlouvou. Zatímco kontrola organizací a sociálních služeb je rámována fakturami, smlouvou a osobním plánem, kontrola poskytovaných služeb osobou blízkou probíhá v jiném režimu: „Pokud péči poskytuje osoba blízká, je způsob prokazování využití příspěvku diskutabilní. Ve většině rodin její příslušníci písemné vyúčtování např. za pomoc s hygienou či s oblékáním neprovádějí. Tuto skutečnost obvykle úřad práce respektuje a spokojí se pouze s verbální informací o tom, komu je částka příjemcem poskytována a v jaké výši. Příspěvek by měl být zcela využit na zajištění pomoci. To znamená, že celou částku by měli dostávat poskytovatelé pomoci uvedení ve spise.(fn)“ Zde se předpokládá rodinná solidarita a poskytování služeb ve stejném rozsahu a kvalitě, jako by to bylo u profesní organizace. Tento předpoklad je v mnoha případech problematický. Tímto odklonem a možností poskytovat finanční prostředky z příspěvku na péči osobě blízké dochází k tomu, že do systému sociálních služeb se tyto prostředky nevracejí, jak bylo v původním plánu při schvalování zákona.

²⁴ viz. Portál MPSV, Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

Jak uvádí Průša (2009, s. 9) toto může vést k existenčním problémům mnohých poskytovatelů, především terénního charakteru (fn).

Služby sociální péče

Pečovatelská služba je včleněna do systému sociálních služeb, jmenovitě do oblasti sociální péče. Nelze ji tedy vnímat jako osamocenou sociální službu, bez návaznosti na ostatní sociální služby v regionu a bez ukotvení do sociální politiky. V této kapitole představujeme pečovatelskou službu tak, jak ji definuje zákon o sociálních službách (fn).č 108/206 Sb. § 38 Pečovatelská služba.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnosti osob a v zařízeních sociálních služeb.

Služba obsahuje 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, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Služba se poskytuje za úhradu. Bez úhrady se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.²⁵

Dalšími druhy sociálních služeb, poskytovaných za úhradu, jsou:

- Osobní asistence
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Podpora samostatného bydlení
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní a týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem

²⁵ Viz znění zákona. Dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

- Chráněné bydlení
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních

Každý, kdo hodlá služby poskytovat, musí splňovat zásadní podmínky hygienického, technického, materiálního, personálního i odborného charakteru. Registrujícím orgánem jsou krajské úřady, přičemž registrace je nezbytnou podmínkou pro výkon činnosti. Proces registrace není komplikovaný, komplikované je zařazení sociální služby do systému základních služeb tak, aby organizace mohla na tuto službu čerpat dotace z MPSV. Každý poskytovatel je podroben kontrole plnění povinnosti odborné kvality dle Standardů kvality a to ze strany krajského úřadu a ze strany Inspekce poskytování sociálních služeb, která patří do gesce MPSV.

Z výše uvedeného soupisu sociálních služeb je patrné, že všechny sociální služby, které jsou zařazeny do skupiny sociální péče, jsou uplatnitelné v oblasti péče o seniory. Zadání studie se týká pouze pečovatelské služby, ale jako řešitelé na tomto místě upozorňujeme na nutnost provázanosti a koncepčnosti sociálních služeb pro seniory, která se v mnoha rozhovorech s komunikačními partnery ukázala jako problematická. Obecným problémem je, že v obcích existují domovy pro seniory a vedle nich jsou budovány terénní pečovatelské služby, aniž by spolu s jejich rozvojem docházelo ke snižování kapacity těchto pobytových služeb. Zatímco s rozvojem zdravotní péče dochází k rozvoji terénních zdravotních služeb a systém proplácení výkonů v terénu je poskytovateli prezentován v rozhovorech jako jednoduchý a přehledný, v oblasti sociální péče je situace nepřehledná v tom, že není zřejmé, jaké služby jsou pro region prioritní a jaké ne. V obcích není jasná koncepce, zda podporovat více poskytování sociálních služeb v přirozeném prostředí klienta, či zda jej umístit do pobytového zařízení.

Zdravotní péče

Tuto kapitolu zařazujeme zejména proto, aby bylo zřejmé, jak provázané a mnohdy překrývající se témata v péči o seniory mezi sociální péčí a zdravotní péčí jsou. Poskytování zdravotní péče upravuje Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

§ 10

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

(1) Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou

a) návštěvní služba,

b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.

(2) Ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze kromě zdravotní péče podle odstavce 1 poskytovat umělou plicní ventilaci a dialýzu.

(3) V rámci zdravotní péče podle odstavce 1 lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.

(4) Vlastním sociálním prostředím pacienta se pro účely tohoto zákona rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb⁹), zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, školská zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo školská zařízení pro preventivně-výchovnou péči nebo jiná obdobná zařízení, věznice pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, ústavy pro výkon zabezpečovací detence, zařízení pro zajištění cizinců¹⁰) a azylové zařízení¹¹).²⁶

Na tomto místě je vhodné upozornit na rozdíl v kvalifikaci a způsobu proplácení práce poskytované pracovníky v oblasti zdravotní a sociální péče. Zdravotní péče stojí na kvalifikovaných zdravotních sestrách, které mohou mnoho úkonů vykonávat samostatně a jejich role je jasně definována:

„Každá zdravotní sestra je „registrovaná“ tj. má způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, udělenou MZ ČR.“ Stejně tak výkony zdravotní péče jsou jasně ohraničeny rozhodnutím příslušného lékaře: „Výkony zdravotní péče jsou prováděny na základě ordinace praktického lékaře, případně na doporučení odborného lékaře (např. neurolog, dermatolog, chirurg, atp.) a dohody s praktickým lékařem.“ Z obou důvodů je zdravotní péče součástí zdravotního pojištění a je klientům poskytována zdarma, včetně dopravy.

Jak uvádí na svých webových stránkách poskytovatel zdravotnické péče, je rozsah služeb velmi široký, jsou zde uvedeny tyto úkony:

- Odběry biologického materiálu
- Aplikace injekcí
- Lokální ošetření
- Ošetření stomií
- Ošetření dalších typů stomií
- Aplikace infúzí
- Klyzma, výplach
- Cévkování
- Sledování fyziologických funkcí
- Rehabilitace

²⁶ Viz Zákon č.372/2011 Sb. Dostupné: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>

- Komplexní hygienická péče
- Péče o klienty umírající

Zdravotní péče má mobilní formu, která je běžně užívána, a lékaři ji doporučují. Veřejnost, včetně té venkovské nepovažuje návštěvu zdravotní služby v domácnosti za stigmatizující, jako tomu může být v případě návštěvy pečovatelské služby. Systém je pro klienty bezplatný a není třeba se tak starat o žádný příspěvek, vše domlouvá ošetřující lékař. Systém funguje i při jízdě do vzdálenějších lokalit, přestože jednání s pojišťovny není bezproblémové. Pokud jsme mluvili s lidmi ze zdravotní péče, velmi často zmiňovali propojení mezi pobytovou zdravotní péčí a terénní zdravotní péčí - spoluprací s nemocničním prostředím, obvodními lékaři. Celá služba byla součástí něčeho, co lze pojmenovat jako deinstitucionalizace léčebné péče, kde hospitalizace je posuzována a vážena a přistupuje se k ní v případě, že už není možné vykonávat terénní zdravotní péči v přirozeném prostředí klienta. Oproti tomu zde stojí systém terénní sociální/pečovatelské služby, který se opírá o pracovníky kvalifikované substandardně mimo systém odborného školství (často formou krátkých rekvalifikací), s nejasným financováním a správnými a odbornými kompetencemi.

Základní analytická zjištění

Následující analytická zjištění jsou velmi hrubým zmapováním toho, jakým problémům čelí terénní sociální služba ve zkoumané lokalitě. Design analýzy (nedostatek financí a času) a sběru dat (velmi malý počet respondentů) neumožnil analýzu tak, jak by z našeho, sociologického pohledu bylo zapotřebí. Na tomto místě si dovoluujeme upozornit především na vynikající analýzu Musila a kol., která velmi plastickým způsobem analyzuje problematiku týmů pečovatelské péče v městě Brně²⁷, a práce Kateřiny Kuibalčíkové, která přesným způsobem zaznamenává a analyzuje problematiku politiky malých obcí vůči sociálním službám²⁸. Stejně tak i studii Marhánkové o proměně stáří²⁹ a práce s aktivním seniorstvím v pobytových zařízeních³⁰. Jak výše uvedené autorky a autoři uvádějí, nejvhodnějším typem výzkumu sociálních témat je kvalitativní výzkum, který je velmi náročný na čas a sběr dat v příslušném terénu. Kubalčíková i Musil upozorňují na důležitost zkoumat menší území a jako jednotka jim připadá vhodná obec s rozšířenou působností (ORP).

²⁷ Musil, L., Hubíková, O., Kubalčíková, K. 2003a. Kultura poskytování osobních sociálních služeb: případová studie pečovatelské služby. Zpráva ze třetí fáze výzkumu. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.

²⁸ KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Obce a jejich participace při poskytování péče o seniory se sníženou soběstačností Aktivní hráč, nebo přihlížející? Sociální práce/Sociální práce, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2013, roč. 13, č. 4, s. 54-65. ISSN 1213-6204.

²⁹ Hasmanová Marhánková, Jaroslava (2014): „Aktivní stárnutí jako idea, nástroj a kapitál. Kde hledat kořeny úspěchu konceptu aktivního stárnutí?“ Sociální studia 11(3): 13-29.

³⁰ Hasmanová Marhánková, Jaroslava (2010): “Konstruování představ aktivního stárnutí v centrech pro seniory.” Sociologický časopis/Czech Sociological Review 46 (2): 211-234. IF: 0.652

Pokud bychom měli přidat náš názor, s uvedeným metodologickými přístupy se zcela ztotožňujeme, v rámci této studie nás velmi překvapilo množství opravdu nosných témat, která čekají na zpracování a jeví se nám důležitá nejen jako sociologická témata pro akademický výzkum, ale jako velmi závažná témata pro konstruování a domlouvání místní politiky - sociální a zdravotní pro konkrétní skupinu obyvatel - v tomto případě seniorů.

Financování

Problematika financování zazněla v rozhovorech velmi často. První problematický okruh byl především účtování dopravy do různých obcí. V praxi problém dopravného znamenal obtížnou situaci pro služby, které dojížděly do vzdálené obce za jedním klientem a nemohly poskytování služby nějak propojit s cestou do okolních obcí.

Dalším tématem v oblasti financování byla spoluúčast obcí. Většinou si služby stěžovaly na neznalost a malou ochotu k jednání ze strany starostů.

Třetím tématem, bylo porovnání způsobu financování služeb ve zdravotnictví a systému sociální péče. V rozhovoru byl sociální systém představen jako velmi náročný, jak v oblasti žádostí, tak i vyúčtování a následné kontroly.

Posledním bodem byl, jak výše uvedeno, příspěvek na péči, který nebyl vždy vrácen do systému sociálních služeb, ale sloužil k jiným účelům.

Typy pečovatelské služby

Díky rozhovorům jsme se dostali k více podobám toho, jak jsou na Horšovskotýnsku provozovány pečovatelské služby. Lze je považovat za modelové případy organizace pečovatelských služeb v nízké urbanizovaném prostředí. Vnímat jejich rozdílné podoby a analyzovat jejich důsledky považujeme za nutnou součást jakýchkoli úvah o jejich možném a plánovitém rozvoji.

Model č. 1

Kombinace zdravotní a sociální terénní služby. Soukromá organizace.

Zdravotní služby jsou zde předchůdcem sociálních a tvarují jejich podobu. Standardizovanost zdravotní profese, financování služby a administrativní zátěž jsou jiné a často zrcadlí nízkou efektivitu veřejné a státní správy ve věci sociálních služeb. Služby zdravotní a sociální jsou kombinovány v rámci organizace, nejsou však personálně propojeny. Jak vyplynulo z ostatních rozhovorů v jiných lokalitách, je to však zásadní otázka pro budoucí vývoj terénních služeb pečujících o seniory.

Model č. 2

Kombinace domu s pečovatelskou službou a terénní služby. Obec s rozšířenou působností.

Za provoz této služby zodpovídá sociální odbor obce s rozšířenou působností. Těžištěm služby je městský Dům s pečovatelskou službou, odkud do terénu odchází pečovatelky. Služba procházela letitou transformací, kdy musela vystavět “jiný” pohled na pečovatelskou službu. V předešlém období byla terénní pečovatelská služba primárně vnímána jako rozvoz obědů, připomínající někdy až svéráznou donáškovou službu z několika místních vývařoven.

Sociálnímu odboru se navzdory komplikovanému systému rozšířené působnosti podařilo ustát “splynutí” se samosprávou a snaží se samostatně určovat agendu pečovatelských služeb v menších obcích, které pod ORP spadají.

Snaží se být konkurenceschopná se soukromým poskytovatelem, který do oblasti zajíždí.

Oporu v odborných a právních úkonech odbor očekává od Plzeňského kraje.

Model č.3

Terénní služba v obci s pověřeným obecním úřadem.

Obec zřizuje pečovatelskou službu, zaměstnává několik pečovatelek. Za její chod je zodpovědná sociální pracovnice, která v rámci předchozí legislativy vyplácela sociální dávky. Obyvatelé v obci jsou na pečovatelské služby zvyklí a není problém ji v případě potřeby rozšířit na další klienty. Problémem jsou kapacity služby. Komplikovanější případy přenechává obecní pečovatelská služba soukromému poskytovateli. Jako svůj nadřazený státní úřad vnímá sociální pracovnice Plzeňský kraj.

Nositel možného rozšíření pečovatelských služeb

V daném území jsme se seznámili s fungováním třech typů pečovatelských služeb. Motivaci a ochotu služby rozšiřovat vnímáme u sociálního odboru ORP. Takovou strategii bychom také doporučili zformulovat a podpořit. Jak bylo výše zmíněno několikrát, ani obec s rozšířenou působností se neobejde bez jasně deklarovaných priorit Plzeňského kraje (uvedených ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji na období 2019 – 2021) a tomu odpovídajících finančních prostředků.

Problematické okruhy

Součástí našich zjištění jsou i další problémové okruhy, které zde zmiňujeme bez větší možnosti je dále rozpracovat. Toto rozpracování by mělo být součástí jiných šetření, nutných k lepšímu uchopení rozvoje služeb poskytovaných nesoběstačným seniorům na Horšovskotýnsku.

- Chybí analýza současného stavu sociálních služeb pro seniory, stejně tak i analýza potřeb seniorů v jednotlivých územích ORP.

- Krajská strategie 7/24 je na místní úrovni hodnocena jako nesrozumitelná, nedostatečně ekonomicky zabezpečená.
- Nesrozumitelně je hodnocena i finanční spoluúčast (deset procent) pokrytá z vlastních zdrojů či místní úrovně. Pečovatelské služby zřizované samosprávami jsou v přístupu ke spoluúčasti zvýhodněny.
- Chybí provázanost zdravotní a sociální služby, jejich návaznost (jediná výjimka je pečovatelská služba, která vznikla v organizaci poskytující zdravotní terénní péči).
- Z rozhovorů vyplývá, že pomoc je vnímána stále více jako materiální pomoc - jídlo, hygiena, úklid, než jako nemateriální aktivizační sociální pomoc.
- Sociální pracovníce na tzv. dvojkové obci velmi často personálně zajišťuje i místní pečovatelskou službu a dostává se tak do dilemat a střetů v rámci sociální práce.

Závěr

Během šetření se ukázalo, že schopnost poskytovat potřebné sociální služby úzce souvisí s celkovým systémovým nastavením. Obce ani poskytovatelé sociálních služeb se nemohou obejít bez jasně deklarovaných principů rozvoje sociálních služeb a od nich odvozených funkčních pravidel podpory. Debata o principech rozvoje sítě sociálních služeb by se měla stát součástí dialogu mezi jednotlivými účastníky komunitního plánování a Plzeňským krajem, který má v procesu významnou koordinační roli.