

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Proces deinstitutionalizace sociálních služeb  
pro seniory na Královéhradecku**

Diplomová práce

Autor: Bc. Monika Wohnerová

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Hradec Králové

2016

## Zadání diplomové práce

**Autor:** Monika Wohnerová

Studium: U14058

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

**Název diplomové práce:** **Proces deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku**

Název diplomové práce AJ: The Deinstitutionalization Process of Social Services for Seniors in the Hradec Králové Region

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Stručný obsah, popis tématu: Tato diplomová práce se bude zabývat fenoménem deinstitucionalizace, který představuje proces přechodu od velkých ústavních zařízení na menší jednotky umožňující individuální podporu klientům. Vedle samotného popisu daného jevu, jeho východiscích, zahraniční praxi, současném stavu v České republice a veřejněpolitických nástrojů, které ho mají podpořit, se bude práce zaměřovat také na identifikaci aktérů tohoto procesu či případných bariér, které brání úspěšnému realizování fenoménu deinstitucionalizace. Práce se zaměří na sociální služby pro seniory v regionu Královéhradecka. Zvolené metody a techniky: Data diplomové práce budou vycházet především ze studia dokumentů. Dále bude využito sekundární analýzy dat, expertních rozhovorů a též dotazování poskytovatelů sociálních služeb, jichž se tento proces týká, a to prostřednictvím kvalitativních polostrukturovaných rozhovorů.

EUROPEAN COMMISSION. *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care* [online]. European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009, 24 p.

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11112/transition.pdf>

MANSELL, Jim, Martin KNAPP, Julie BEADLE-BROWN a Jeni BEECHAM (Mansell et al.). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study* [online]. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 2007, 134 p. ISBN 978-1-902671-50-5. Dostupné z: [http://www.kent.ac.uk/tizard/research/research\\_projects/DECLOC\\_Volume\\_1\\_Exec\\_Summary.pdf](http://www.kent.ac.uk/tizard/research/research_projects/DECLOC_Volume_1_Exec_Summary.pdf)

MPSV. *Bílá kniha v sociálních službách* [online]. Praha, 2003, 52 s. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)

MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. Praha, 2007, 26 s. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)

NEKOLA, Martin, Arnošt VESELÝ a František OCHRANA. *Metody a metodologie v analýze a tvorbě veřejných politik*. In: Veselý, Arnošt a Martin Nekola (eds.). *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007, s. 141–156 ISBN 978-80-86429-75-5.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 14. 3. 2006, částka 37. ISSN 1211-1244.

Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Garantující                      Katedra sociální práce a sociální politiky,  
pracoviště:                      Ústav sociální práce

Vedoucí práce:                PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Oponent:                        Mgr. Ivana Příhonská

Datum zadání závěrečné práce:    28.11.2014

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Ústí nad Orlicí dne .....

Bc. Monika Wohnerová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala za odborné vedení mé diplomové práce a cenné rady PhDr. Martinu Smutkovi, Ph.D. Děkuji všem komunikačním partnerům za jejich ochotu podělit se se mnou o svoje názory a zkušenosti, čímž mi poskytli plno zajímavých a užitečných informací nezbytných pro výzkumnou část práce. Poděkování patří také mé rodině za velkou podporu při psaní diplomové práce a celém studiu.

## **Abstrakt**

WOHNEROVÁ, Monika. *Proces deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku*. Hradec Králové, 2016. 97 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Deinstitucionalizace sociálních služeb patří mezi nejvýraznější trendy v oblasti péče o seniory v posledních letech. Teoretická část se věnuje vymezení sociálních služeb a stáří, procesu deinstitucionalizace, jeho historii, praxi v zahraničí i u nás. Pozornost je dále věnována nástrojům podpory, rizikům, možným bariérám deinstitucionalizace a komunitnímu plánování na Královéhradecku. Práce si klade za cíl zjistit názory a zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na problematiku deinstitucionalizace sociálních služeb s deinstitucionalizací sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku a s ní souvisejícími aspekty. Na základě kvalitativních polostrukturovaných rozhovorů byly identifikovány kladné postoje respondentů k této problematice, finanční, legislativní, informační a další překážky v deinstitucionalizaci a rozporuplná role komunitního plánování jakožto prostředku, který by mohl tento trend podporovat. Vhodné by bylo nejenom řešit zjištěné potíže, ale též otevřít veřejnou diskusi o možnostech dlouhodobé péče o seniory, připravenosti prostředí pro staré osoby a kvalitě poskytovaných sociálních služeb v pobytových zařízeních.

Klíčová slova: Proces deinstitucionalizace, Sociální služby, Komunitní péče, Senioři.

## **Abstract**

WOHNEROVÁ, Monika. *The Deinstitutionalization Process of Social Services for Seniors in the Hradec Králové Region*. Hradec Králové, 2016. 97 p. Master Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Master Degree Thesis: PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Deinstitutionalization of social services is perceived to be the major trend in the field of the elderly caregiving over the last years. Theoretical part is focused on the determination of the concepts social services, age, deinstitutionalization process, its development and foreign as well as domestic practise. Subsequently, the attention is concentrated to the support tools, risks, hypothetical barriers of deinstitutionalization and community planning in the Hradec Králové region. The aim of this thesis is to detect opinions and experiences concerning the deinstitutionalization of social services for the elderly in the Hradec Králové region throughout the qualitative semi-structured interviews with social services providers, community planning participants and expert in the field of the deinstitutionalization. Positive attitudes to the deinstitutionalization issue, financial, legislative, information and other barriers of the deinstitutionalization were identified as well as a controversial role of the community planning as the mean which could have a potential to promote this trend. It seems to be convenient not merely resolve identified problems, but also to open a public discussion about possibilities of the long-term care of the elderly, readiness of the environment for the elderly and quality of provided social services in the residential care.

Keywords: The Deinstitutionalization process, Social services, Community care, Seniors.

# Obsah

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>10</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>14</b>
<b>1 Sociální služby a senioři .....</b>	<b>14</b>
1.1 Sociální služby .....	14
1.1.1 Aktéři sociálních služeb .....	15
1.1.2 Trh, stát a občanský sektor v kontextu poskytování sociálních služeb .....	16
1.1.3 Totální instituce .....	20
1.2 Stáří .....	23
1.2.1 Péče o seniory.....	24
1.2.2 Demografické stárnutí .....	26
1.3 Shrnutí kapitoly.....	27
<b>2 Deinstitutionalizace sociálních služeb.....</b>	<b>28</b>
2.1 Vymezení deinstitutionalizace.....	28
2.1.1 Rady pro realizaci deinstitutionalizace.....	30
2.1.2 Zásady a principy komunitní péče .....	31
2.2 Historický vývoj deinstitutionalizace .....	33
2.3 Péče o seniory v zahraničí se zaměřením na deinstitutionalizaci.....	35
2.4 Deinstitutionalizace v ČR.....	37
2.5 Podpora deinstitutionalizace.....	39
2.6 Rizika a překážky deinstitutionalizace .....	43
2.7 Shrnutí kapitoly.....	45
<b>3 Královéhradecko a komunitní plánování.....</b>	<b>47</b>
3.1 Komunitní plánování na Královéhradecku .....	47
3.2 Komunitní plány v kontextu deinstitutionalizace.....	50
3.3 Shrnutí kapitoly.....	52
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>53</b>
<b>4 Výzkumné šetření .....</b>	<b>53</b>
4.1 Cíl výzkumu .....	53
4.2 Metodologie výzkumného šetření .....	54



4.3	Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek .....	56
4.4	Výzkumný soubor a charakteristika komunikačních partnerů.....	57
4.5	Průběh výzkumu a analýza dat.....	59
4.6	Etické otázky a rizika výzkumné strategie .....	60
4.7	Popis a interpretace získaných informací dle vytyčených dílčích výzkumných otázek .....	61
4.8	Zodpovězení hlavní výzkumné otázky a doporučení do praxe .....	77
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>81</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>		<b>84</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>		<b>95</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>96</b>

## Seznam použitých zkratek

č.	číslo
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DVO	dílčí výzkumná otázka
EU	Evropská unie (European Union)
ibid.	ibidem (tamtéž)
mj.	mimo jiné
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	například
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organization for Economic Cooperation and Development)
OSN	Organizace Spojených Národů (UN - United Nations)
pozn.	poznámka
resp.	respektive
Sb.	Sbírka zákonů ČR
TO	tazatelská otázka
tzv.	takzvaný

## Úvod

Diplomová práce se zabývá procesem deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory. Deinstitucionalizace sociálních služeb je v současné době předmětem mnoha diskuzí. Prostor v odborné literatuře i v debatách laiků je věnován zejména transformaci pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, avšak přání mnoha seniorů setrvat ve svém domově a otázka demografického stárnutí přitahuje pozornost i k deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory. Její podstata má dvě roviny. Primárně jde o předcházení institucionalizace seniorů, jejichž stav nevyžaduje pobyt v ústavním zařízení. Tomu má pomoci především rozvinutá síť kvalitních ambulancí a terénních sociálních služeb, nezbytné je též podporovat neformální pečovatele a posilovat úlohu místní komunity, včetně dobrovolnictví. Druhá rovina se zaměřuje na pobytové sociální služby, kam by měly odcházet pouze osoby, jež potřebují velkou míru pomoci při sebeobsluze, a žádná jiná péče nepřichází v úvahu. V těchto zařízeních by měly být poskytovány služby podle individuálních potřeb seniorů a vnitřní prostory by se měly co nejvíce blížit jejich domácímu prostředí. Rezidenční zařízení, jež tyto podmínky nesplňují, by se měla restrukturalizovat a humanizovat.

Mně osobně přijde tato problematika velice zajímavá a důležitá s ohledem na aktuální kapacity jednotlivých služeb a zvyšování počtu seniorů, kteří budou potřebovat pomoc druhých lidí. V mém okolí navíc pozoruji čím dál více starých osob s nejrůznějšími potížemi a dokonce bych sama ráda v této oblasti do budoucna pracovala. Všechny tyto důvody mě vedly k tomu si toto téma zvolit jako svou závěrečnou práci.

Cílem mé diplomové práce je zjistit názory a zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na problematiku deinstitucionalizace sociálních služeb s deinstitucionalizací sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku a s ní souvisejícími aspekty. Dílčí výzkumné otázky jsou konkrétně zaměřeny na postoje respondentů, na jejich názory a zkušenosti s překážkami deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku či na roli komunitního plánování v tomto procesu.

Pro účely mého výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, která mi umožňuje získat hluboký a podrobný vhled do situace a reagovat na předem neočekávané podněty, což je, pro nepříliš prozkoumanou oblast jako je tato, značná výhoda. K získání odpovědí na výše uvedené dílčí výzkumné otázky jsem zvolila polostrukturované rozhovory s poskytovateli sociálních služeb pro seniory, účastníky komunitního plánování a expertem na problematiku deinstitucionalizace.

Zjištěné poznatky umožňují základní orientaci v této oblasti a přináší mj. odpověď na otázku, zda je tento trend vítán a podporován ze strany poskytovatelů sociálních služeb pro seniory a dalších aktérů komunitního plánování, jestli je vůbec přínosný pro seniory nebo se jedná pouze o následování světového trendu či jaké jsou překážky a bariéry v procesu deinstitucionalizace. To jsou dozajista důležité informace, které by našly své využití v praxi. Přínosné by mohly být pro poskytovatele sociálních služeb pro seniory, účastníky komunitního plánování nebo pro zákonodárce. Nepředpokládám však, že přímo tato práce pomůže např. zkvalitnit podporu deinstitucionalizace a odstranit případné překážky tohoto procesu, ale mohla by sloužit jako východisko pro další důkladné analýzy či kvantitativní šetření, která by přinesla tvrdá data, jež by již mohla mít skutečné dopady do reality.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. První z nich se věnuje vymezení základních pojmů a nastínění důležitých jevů či situací, bez nichž by bylo obtížné pochopit deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory a vůbec celou práci. Nechybí zde proto definování stáří, sociálních služeb, jejich aktérů či poskytovatelů. Kapitoly totální instituce, péče o seniory a demografické stárnutí jsou velmi důležité, jelikož tyto části textu přinášejí stěžejní argumenty pro uskutečňování procesu deinstitucionalizace. Prostřední oddíl teoretických poznatků se již zaměřuje na samotnou deinstitucionalizaci a představuje naplnění části cíle práce, taktéž přispívá k výzkumné části řadou otázek, jež z této kapitoly vyplývají. Vedle vysvětlení deinstitucionalizace je též vyložena její historie, zahraniční praxe péče o seniory vzhledem k tomuto trendu a samozřejmě k popisu vývoje, ústředních dokumentů, aktérů, podpory a překážek v českém kontextu. Třetí kapitola má za úkol přiblížit Královéhradecko, na nějž je práce zaměřena, a především komunitní

plánování v této oblasti jako jeden z možných důležitých nástrojů v ovlivňování procesu deinstitutionalizace. Z tohoto úseku vyplývá i jedna z výzkumných otázek.

Ve výzkumné části je nejprve vyložena metodologický postup a průběh výzkumu. Následuje analýza a interpretace získaných informací dle vytyčených dílčích výzkumných otázek. V závěru diplomové práce jsou shrnuty zjištěné výsledky výzkumného šetření, zhodnocena vybraná výzkumná strategie a navrhnuty další možnosti výzkumů, analýz či diskusí.

# I TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Sociální služby a senioři

Deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory je poměrně široký a složitý jev. Pro lepší porozumění celé práce začnu nejprve s vyložением několika základních pojmů a situací. Pro začátek se bude jednat především o sociální služby, u kterých se zaměřím vedle samotného vymezení též na jejich aktéry, poskytovatele a na negativa pobytových sociálních služeb pomocí optiky teorie totálních institucí. Důležitým bodem je i vysvětlení pojmu stáří, naznačení možných způsobů péče o nesoběstačné seniory či poukázání na problematiku demografického stárnutí obyvatel, jež s sebou přináší celou řadu potíží.

Všechny tyto informace umožňují vytvoření základního celistvého obrazu o sociálních službách, realizování péče o seniory a současných i možných budoucích úskalích této oblasti, což je důležité pro pochopení a zdůvodnění procesu deinstitucionalizace.

### 1.1 Sociální služby

Prvním termínem, který bych chtěla osvětlit, jsou **sociální služby**. Matoušek o nich říká, že *„jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“* (Matoušek, 2007, s. 9) Užší a stručnější formulaci tohoto pojmu přináší zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který sociální službou rozumí *„činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“* (Zákon č. 108/2006 Sb., §3 (a)). V rámci sociálních služeb můžeme rozlišovat sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Jako formy poskytování služeb tento zákon určuje služby pobytové (uživatel bydlí v zařízení, kde je sociální služba poskytována), ambulantní (uživatel

za službou dochází do zařízení, kde ovšem nebydlí) a terénní (služba je poskytována v přirozeném prostředí uživatele). (ibid., §32, §33)

Všechny služby obecně spojuje, že jsou nehmotné, spotřebovávají se okamžitě, jsou variabilní a nelze oddělit poskytování služby od její spotřeby. Sociální služby se však od těch „klasických“, jež jsou zajišťovány především v komerční sféře, liší například ve způsobu financování, svou závislostí na politických rozhodnutích, vazbou na legislativu, intimní povahou služeb, etickou a hodnotovou dimenzí, provázaností se sítěmi, které existují v místní komunitě, či tím, že rodina a jiné neformální společenství zde hrají významnou roli. (Molek, 2011, s. 10, 12) Podstata sociálních služeb je tvořena sedmi vůdčími principy uvedenými v dokumentu Bílá kniha v sociálních službách (MPSV, 2003), což jsou nezávislost a autonomie pro uživatele služeb, začlenění a integrace, respektování potřeb uživatelů i společnosti, partnerství, kvalita, rovnost bez diskriminace, tvorba standardů na národní úrovni a rozhodování na úrovni místní (ibid.).

Všechny tyto aspekty a charakteristiky stanovené v zákoně o sociálních službách a v Bílé knize se však vztahují výhradně ke službám, které spadají pod resort Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). Pouze na tyto služby se také budu nadále ve své práci zaměřovat. Existují ale i další služby, které svou činností odpovídají výše zmíněným definicím. Ty ovšem spadají do působnosti Ministerstva zdravotnictví, vnitra, spravedlnosti či pod Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. (Matoušek, 2007, s. 9–10)

### **1.1.1 Aktéři sociálních služeb**

Všechny zainteresované osoby a subjekty podílející se na poskytování sociálních služeb můžeme nazývat anglickým výrazem stakeholders (Matoušek, 2007, s. 15) Radíme mezi ně zřizovatele či zadavatele, poskytovatele i samotné uživatele služeb. **Zřizovatelem** v České republice může být obec a kraj, jež sociální služby zřizují jako své organizační složky nebo příspěvkové organizace, dále také MPSV i nestátní neziskové organizace. Zatímco u prvních třech jmenovaných subjektů jsou náklady sociální služby plně nebo alespoň částečně hrazeny z rozpočtu těchto subjektů, nezisková organizace nemá právní nárok na finance z veřejných rozpočtů, může

ovšem z těchto zdrojů obdržet dotace na svou činnost. Zřizovatelé jsou odpovědní za podobu poskytování služeb. (ibid., s. 12, 14) **Zadavatelé** se snaží zajistit dostatečnou kapacitu, kvalitu a dostupnost sociálních služeb, a to především za pomoci komunitního plánování sociálních služeb, které se skládá ze vzájemné komunikace mezi všemi stakeholders, zjišťování potřeb dané oblasti, vytváření plánů a strategií dalšího směřování sociálních služeb, určování priorit a spolufinancování stanovených aktivit. Zadavatelé a zřizovatelé se mohou překrývat, jelikož se může jednat o ty samé subjekty. (Scháněl, 2008, s. 9)

**Poskytovatelem** sociálních služeb jsou dle zákona o sociálních službách „*územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené složky státu nebo státní příspěvkové organizace, které jsou právnickými osobami*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §6). Poskytovatelé se kromě samotného výkonu služby a zajištění potřeb svých uživatelů podílejí také na komunitním plánování, kde představují požadavky svých klientů či spolupracují s dalšími poskytovateli a nezbytnými subjekty (Scháněl, 2008, s. 9). Všichni poskytovatelé musí mít oprávnění k poskytování sociálních služeb, které vzniká registrací. Veškeré podmínky pro registraci a pro samotné poskytování sociálních služeb jsou dopodrobna uvedeny v zákoně o sociálních službách. (Zákon č. 108/2006 Sb., §78–§100a)

**Klientem či uživatelem** rozumíme osobu, které jsou sociální služby poskytovány. V některých případech se tento člověk může označit i za zákazníka, jemuž je služba prodávána. (Matoušek, 2007, s. 14) Tyto osoby jsou klíčové, jelikož kvůli nim vůbec sociální služby existují, to ony určují poptávku a očekávají jistý standard jejich kvality.

### **1.1.2 Trh, stát a občanský sektor v kontextu poskytování sociálních služeb**

Národní hospodářství můžeme rozdělit do tří, resp. čtyř sektorů – stát a veřejné instituce, trh skládající se ze soukromých firem, komunita, do níž řadíme domácnosti či rodiny, a občanský sektor (někdy též nazývaný třetí sektor nebo nestátní neziskový sektor). Sociální služby mohou být dle této klasifikace poskytovány subjekty tržními, institucemi veřejné správy či jimi zřizovanými organizacemi i subjekty občanského



sektoru. Nejblíže k poskytování sociálních služeb mají svou povahou organizace občanské společnosti a poté i orgány státní správy a územní samosprávy. Komunitní sektor sociální služby tak, jak jsou vymezeny v zákoně o sociálních službách, neposkytuje vůbec. Mohou však vznikat iniciativy, které se podobají sociálním službám a doplňují tak jejich kapacity, avšak mají neformální charakter. (Bareš, 2013)

**Trh** patří do ziskového, soukromého a formálního sektoru (ibid., s. 34). Trh představuje samoregulační systém, ve kterém nabídka a poptávka, ztráta nebo dosažený zisk efektivněji alokují vzácné zdroje než jakýkoliv jiný známý regulační mechanismus. Podstatou tržního mechanismu je dobrovolná kupní smlouva mezi kupujícím a prodávajícím o směně zdrojů. Prostřednictvím trhu mohou jeho subjekty zjistit, co si lidé přejí a co je jim nabízeno, na základě těchto informací dokáže trh za pomoci cen koordinovat nabídku a poptávku těchto statků. Mezi přednosti trhu patří především schopnost maximalizovat ekonomickou efektivnost, sklon k inovacím, rychlé přizpůsobení se na změnu podmínek, opuštění neúspěšných aktivit či prosazování preferencí jednotlivců. K selhání trhu dochází, pokud jsou uplatněna jiná kritéria než kritéria ekonomické efektivnosti, mezi ně řadíme např. zmenšení nerovností v rozdělování statků, zachování institucionálních hodnot (zejména hodnota rodiny), kritérium lidské důstojnosti, kultivace a uplatnění lidského potenciálu nebo udržitelný způsob života. Druhým důvodem selhání trhu je nesplnění předpokladu existence ideálního tržního prostředí. To se stává při existenci veřejných statků a externalit, nedostatečné konkurenci na trhu či při měnících se preferencích účastníků tržní směny. (Potůček, 2010, s. 87–95)

Současný trh sociálních služeb není dostatečně rozvinutý, jelikož je zde monopolní postavení poskytovatelů sociálních služeb a převis poptávky po těchto službách nad jejich nabídkou, čímž chybí hybná síla, která by nutila poskytovatele k rozvoji a efektivnosti (Molek, 2011, s. 29). A vzhledem k přednostem a selháním typickým pro tento sektor jsou možnosti tržních subjektů působit v oblasti sociálních služeb spíše omezené (Bareš, 2013, s. 45). Avšak Molek tvrdí, že by společnost ve svém zájmu měla podporovat vznik, rozvoj a efektivnost trhu sociálních služeb, i když

tento trh musí být do jisté míry usměrňován státem, neboť např. ceny v sociálních službách jsou regulovány, což neodpovídá podstatě trhu. (Molek, 2011, s. 29)

**Stát** „představuje politickou formu organizace společnosti na určitém území, na kterém vykonává moc označovanou jako státní moc“ (Hendrych, Hoós, Jenei, Vass, 2010, s. 122). Stát a další veřejní instituce spadají do sektoru formálního, veřejného a neziskového (Bareš, 2013, s. 34). Přednosti státu oproti trhu se projevují tam, kde není primárním kritériem ekonomická efektivita, kde trh nefunguje dokonale nebo kde veřejné statky dominují nad těmi soukromými (Potůček, 2010, s. 96), což jsou všechno případy typické pro sféru sociálních služeb. Jako konkrétní příklady situací, kdy je stát efektivnější, Potůček uvádí přípravu a realizaci rozhodnutí politického charakteru, stav, kde transakční náklady tržního systému jsou neúměrně vysoké a intervence státu dokážou tyto náklady snížit, nebo zajištění kontinuity a stability žádaných služeb tam, kde selhává trh. Pokud se navíc státní moc decentralizuje, lépe vychází vstříc podmínkám a přáním individuálních občanů a dává více prostoru pro experimentování a hledání alternativních řešení potíží. Na druhou stranu selhání státu (resp. státní a veřejné správy) nastávají v oblasti fungování totalitárních politických systémů, přímé demokracie, reprezentativní demokracie, ve vlastním výkonu správy nebo ve funkci decentralizovaných soustav. (ibid., s. 96–100)

Ve sféře sociálních služeb hraje stát klíčovou a nezastupitelnou roli vyplývající z podstaty sociálního státu. Stát by měl zabezpečit, aby systém sociálních služeb respektoval důstojnost uživatelů, podporoval jejich nezávislost, umožňoval jim žít plným, bezpečným a relativně normálním životem v jejich domácnosti nebo zajistit minimální úroveň sociálních služeb pro jejich uživatele. Těchto cílů lze dosáhnout tím, že stát zabezpečí dostupnost sociálních služeb pro každého občana dle jeho individuálních potřeb, vytvoří podmínky pro vznik a fungování trhu sociálních služeb, posílí roli příjemce služby, bude se podílet na financování sociálních služeb nebo bude kontrolovat oblast sociálních služeb. (Molek, 2011, s. 26–30)

„**Občanský sektor** je institucionalizovaným vyjádřením života občanské společnosti. Tvoří jej organizace, které jsou formou dobrovolného sdružování občanů sdílejících společné hodnoty a ochotných spolupracovat na společném díle.“ (Potůček, 2010, s. 103) Tento sektor je specifický tím, že je nezávislý na státu, tudíž v tomto

významu je součástí sektoru soukromého, avšak zároveň jeho aktivity nejsou motivovány ziskem, ale uspokojováním zájmů komunity, v tomto smyslu ho lze tedy řadit do sektoru veřejného. Proto se o něm často mluví jako o třetím sektoru, v němž se vyskytují neziskové organizace, které se řídí podle jiných pravidel, než jsou zákony trhu nebo fungování státu a jeho institucí. (ibid., s. 103) Za organizace občanské společnosti považujeme ty, jež jsou institucionalizované, mají soukromou povahu, jsou tedy institucionálně oddělené od státní správy, nerozdělují zisk mezi své vlastníky či vedoucí pracovníky, jsou samosprávné, autonomní a dobrovolné (Frič, Bútora, 2010, s. 156).

Občanský sektor reguluje lépe než stát a trh činnosti, jejichž cílem je získání financí prostřednictvím darů, dále jsou to aktivity, které negenerují žádný či pouze minimální zisk, vyžadují vcítění se do ostatních, ochotu pomoci jim a celistvý přístup, předpokládají efektivní okamžitou pomoc jednotlivcům a značnou důvěru na straně klientů, vyžadují dobrovolnou práci a jsou při nich uplatňována morální kritéria a osobní odpovědnosti ve vykonávané činnosti. Selhání organizací občanského sektoru je spojené s jejich nedostatečnou kapacitou pro řešení rozsáhlých úkolů, s absencí občanských iniciativ v oblastech, kde by jich bylo zapotřebí, se zvýšenou citlivostí na individuální charakteristiky účastníků, s byrokratizací činností a s nejistotou a nestabilitou občanského sektoru. Problematické může být i to, že někdy organizace občanské společnosti slouží jako zástěrka pro krytí ziskového motivu, jelikož v této sféře mohou být např. daňové úlevy a další zvýhodnění, které v komerčním sektoru nenajdeme. (Potůček, 2010, s. 106–108)

Velká část sociálních služeb je poskytována v rámci občanského sektoru, i když v ČR to není tak velké procento jako v západních zemích, jelikož u nás se silně angažuje stát prostřednictvím svých příspěvkových a rozpočtových organizací. Podobné je to i v dalších zemích střední a východní Evropy. (Frič, Bútora, 2010, s. 168)

Organizace trhu, státu a občanské společnosti spolu mohou v něčem spolupracovat a v jiné oblasti se naopak dostat do konfliktu. V současnosti se stát snaží regulovat sociální služby pomocí trhu, nikoli přímou veřejnoprávní regulací. Na jedné straně jsou uživatelům dány prostředky na nákup potřebné služby, čímž vzniká soutěž na

trhu, na druhou stranu dochází k soutěži mezi potencionálními poskytovateli o kontrakt, jež byl vypsán samosprávou. (Čáslava, 2009, s. 28) Stát a občanský sektor kooperují v identifikaci problému a jeho řešení, avšak do konfliktu se dostávají především proto, že zde existuje státní neziskový sektor, který představuje značnou konkurenci pro organizace občanské společnosti, a jemuž se stále dostává větší ochrany než ostatním institucím (Frič, Bútor, 2010, s. 170–172). Trh a občanský sektor spojují podobné problémy a omezení způsobené jejich soukromou iniciativou. Navíc mezi nimi může fungovat vztah v podobě sponzorství, kdy komerční firma přispívá na činnost neziskové organizace. Pokud však nefunguje zákonná regulace, mohou ziskové subjekty zneužívat obecně prospěšné činnosti a neziskové organizace, např. formou daňových úniků. (Potůček, 2010, s. 112–113)

Velmi často se dělení poskytovatelů sociálních služeb zjednodušuje na poskytovatele ze sektoru neziskového, což jsou právnické osoby, jež nebyly založeny či zřízeny za účelem podnikání, a poskytovatele sektoru ziskového, kteří sociální služby poskytují na tržním principu. V oblasti sociálních služeb je podíl neziskových organizací dominantní a pravděpodobně tomu tak bude i do budoucna, jelikož dosahovat cílů, kterými jsou zejména služba zákazníkovi a vzájemně výhodná směna, v konkurenčním prostředí trhu je velmi složité, spíše nemožné. (Molek, 2011, s. 19)

### **1.1.3 Totální instituce**

V návaznosti na sociální služby a problematiku jejich deinstitucionalizace nelze nezmínit koncept Ervinga Goffmana totální instituce (Goffman dle Keller, 2007), jenž upozorňuje na řadu problematických míst nejenom v pobytových sociálních službách, ale též např. ve výchovných ústavech, vězeních, kasárnách či psychiatrických léčebnách. Totální instituce jsou „*organizace, které vytvářejí pro své členy prostředí, jež se v zásadním ohledu liší od životního světa, tak jak je znám běžným občanům moderní společnosti*“ (Keller, 2007, s. 121). Jeden z hlavních rozdílů spočívá v tom, že větší počet jedinců žije na zcela či zdánlivě uzavřeném místě odříznuto od vnějšího světa, které představuje bydliště a zároveň i pracoviště, přičemž funguje dle předem daných formálních pravidel (ibid., s. 121).

Goffman vymezil pět skupin totálních institucí. První z nich jsou zařízení, jejichž účelem je pečovat o osoby, které se o sebe nedokáží dle názoru většinové společnosti sami postarat (např. staří lidé, osoby tělesně či mentálně handicapované, sirotci). Další skupinou jsou instituce „pečující“ o jedince, jež se nejen nedokáží sami o sebe postarat, ale mohou být dokonce i rizikové pro společnost (např. lidé trpící nakažlivými chorobami). Třetí typ organizace nevznikl pro blaho chovanců, ale na ochranu společnosti před nebezpečnými osobami (vězení, ústavy pro převýchovu nezletilých, agresivních šílenců apod.) Jiným případem jsou instituce, které zde jsou, aby mohla určitým způsobem fungovat společnost (např. kasárna, internátní školy, námořní lodě). Poslední skupinou jsou zařízení umožňující svým obyvatelům stáhnout se ze světa do chráněného prostředí (kláštery či azyly nejrůznějšího druhu). (ibid., s. 121) Pobytové sociální služby pro seniory patří do první skupiny totálních institucí, v případech, kdy se jedná např. o seniory trpící duševní poruchou, bychom je mohli zařadit i do druhé oblasti této klasifikace.

Primárním spojujícím rysem těchto institucí je, že pod jednou střechou, vždy za přítomnosti druhých osob a pod dozorem jedné autority je provozován spánek, práce i volnočasové aktivity, ačkoli v běžném životě tomu tak rozhodně není (ibid., s. 121). Toto sloučení aktivit do jednoho místa a absence soukromého prostoru je typická i pro rezidenční zařízení sociálních služeb, vždyť jejich uživatelé obvykle sdílí pokoj s jedním či více spolubydlícími. Být chvíli sám, mít čas a prostor pro své úvahy a myšlenky, je pro tyto osoby velmi složité ne-li přímo nemožné. (Vávrová, 2009, s. 17) Provádění všech činností dle předem stanoveného a pro všechny uživatele závazného rozvrhu je další charakteristikou totálních institucí (Keller, 2007, s. 122), kterou můžeme nalézt i u pobytových zařízení sociálních služeb. Pevně bývá stanovená doba jídla, doba vstávání i uléhání, konání hygieny, čas pro volnočasové aktivity apod. (Vávrová, 2009, s. 17), čímž se limitují možné oblasti osobního rozhodování (Keller, 2007, s. 123).

Totální instituce se snaží taktéž od vstupu jedinců do zařízení měnit, resp. potlačit jejich osobnost, koncepci sebe sama a jakékoli sebemenší projevy autonomního chování, oklešťují jejich sociální status a přebírají za své chovance veškerou zodpovědnost. Standardizací ve formě ostříhání, dezinfikování, přidělení čísla či ústavního stejnokroje se instituce snaží vytvarovat nově příchozí do podoby objektů,

kteře lze snadno vložit do předem připravené administrativy, kde budou rutinně fungovat. Tím mj. vznikají dvě oddělené skupiny stojící proti sobě – chovanci ústavů a personál, mezi nimiž existuje značná sociální distance. Příslušník aparátu organizace může disciplinovat jedince kdykoli a za cokoli, vyžaduje od chovanců absolutní respekt a disponuje celou řadou zákazů a sankcí, jež přibližují stav dospělého chovance pozici dítěte, které musí žádat svolení ke každé drobnosti. (Keller, 2007, s. 122–124)

Dalším rysem je oslabení či dokonce zpřetrhání rodinných, profesních, přátelských i občanských vazeb mezi osobami uvnitř zařízení a vnějším sociálním prostředím. Konkrétně u pobytových sociálních služeb pro seniory může docházet k latentní podpoře sociální smrti jejich uživatelů. (Vávrová, 2009, s. 17) *„Právě při dlouhodobém pobytu člověka v rezidenčních zařazeních, kdy není schopen vnějšího kontaktu se sociálním světem, bývá svým okolím považován za mrtvého dříve, než nás skutečně navždy opustí“* (ibid., s. 17).

Prováděné kroky, které se jeví problematicky, jsou zdůvodňovány především pragmatičností, dle Kellera se však jedná pouze o *„zpětné racionalizace snahy seřadit denní aktivity velkého počtu osob na malém prostoru při použití minima organizačních zdrojů“*. (Keller, 2007, s. 123)

Na druhou stranu je i celá řada odlišností v pobytových sociálních službách od totálních institucí, jak je popisuje Goffman. Například klienti již nejsou zamčení na pokojích či v budovách jako tomu bylo dříve, také mohou jít ven nebo je mohou navštívit jejich blízcí. Obvyklé již také není nošení uniformovaného oblečení. Je snaha, aby plánování a programování bylo prováděno dle individuálních potřeb každého klienta. Lidé si též smějí na svůj pokoj vzít, co chtějí, vybavit si ho dle svých přání a možností, aby se cítili co nejpříjemněji, avšak do společných prostor nesmějí zasahovat. Sinecká si však klade otázku, zda i přes mnohá zlepšení můžeme v tomto případě mluvit o domově, jak se tyto instituce často nazývají, jelikož mnoho charakteristických a negativních znaků totálních institucí stále přetrvává. (Sinecká, 2013, s. 46)

## 1.2 Stáří

Pokud nějakou osobu označíme jako **seniora**, máme tento pojem v našem povědomí spojen se stářím. Definovat **stáří** je však obtížné, jelikož jde o proces, jenž je značně obecný, špatně se vymezuje jeho začátek či jeho příznaky, má několik aspektů a u každého člověka se projevuje v různém věku a odlišným způsobem. Nejčastěji se o stáří mluví jako o změně stavu tělesného, psychického i sociálního (Baltes, 2009, s. 11). Pacovský a Heřmanová stáří a stárnutí definují jako „*specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.*“ (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 57) I přes tuto neurčitost se pro lepší chápání a práci s tímto pojmem i samotným faktickým procesem jako hranice stáří vymezuje kalendářní věk 75 let, který určila Světová zdravotnická organizace (WHO). Ta tuto mez stanovila dle toho, že právě v této době nejčastěji dochází ke skutečným zdravotním problémům, změnám potřeb i druhů aktivit, což potvrdil i výzkum provedený na našem území. (Kuchařová, 2002, s. 10) Pojmem senior ovšem označujeme i člověka, který se nachází pod touto věkovou mezí. Obvykle je tento termín spojen s nárokem osoby na starobní důchod. Ve své práci se budu nadále při nazývání osoby seniorem přiklánět ke druhé jmenované variantě.

Starým lidem přibývají zdravotní obtíže a ubývají síly všeho druhu, což má za následek větší míru zranitelnosti a závislosti na pomoci jiných osob (Kuchařová, 2002, s. 10). Ve vyšším věku se zejména v posledních desetiletích navíc objevuje i velký výskyt demencí narušujících činnost mozku, nejčastěji je demence způsobena Alzheimerovou chorobou. Postižení lidé mají v počátcích problémy s krátkodobou pamětí, později se zhoršuje i jejich vyjadřování, rozhodování, přichází zmatenost, změna osobnosti a nakonec úplná nesoběstačnost. Odhaduje se, že nějakou formou demence je postiženo více než sedm milionů lidí v Evropě. (Česká alzheimerovská společnost, 2016)

Stáří je často bráno negativně, tak tomu však nemusí být, jelikož s sebou může nést i jisté výhody jako jsou například větší vědomosti, schopnosti a dovednosti nasbírané celoživotními zkušenostmi. Starší lidé mají také větší životní spokojenost

a sebevědomí. V dnešní době se též zkvalitňuje zdravotní péče a celkové podmínky pro život, čímž se nejenom prodlužuje délka života, ale zachovávají se i dobré tělesné a duševní funkce člověka do relativně vysokého věku. (Baltes, 2009, s. 12–14) V současném moderním světě se na seniory nezapomíná, alespoň, co se týká veřejně politického prostoru. A až na pár osob, které stále ještě vidí stáří jako negativum a staré lidi jako přítěž společnosti, se dnes snažíme o pozitivní obraz stárnutí. Vytváří se národní programy a strategie (MPSV 2002, 2008, 2012a), pořádají se nejrůznější akce, kampaně a workshopy pro seniory či jejich blízké. Toto úsilí má za cíl nejenom udržet starší lidi aktivní s pozitivním myšlením, ale také jim vytvořit, co nejlepší podmínky pro co nejvyšší úroveň kvality jejich života. (Baltes, 2009, s. 14; Žumárová, 2012, s. 67–69)

### **1.2.1 Péče o seniory**

Senioři, kteří se již nedokáží postarat sami o sebe ve všech aspektech svého života, potřebují pomoc druhých lidí. Jednou z možností je pomoc neformálního pečovatele v přirozeném prostředí nemohoucího člověka. Tento typ „pomocníka“ není v dané oblasti profesionálem a obvykle se jedná o rodinného příslušníka nebo jinou blízkou osobu, například přítele či souseda. Senior spolu s pečovatelem neuzavírají žádnou smlouvu, která by jasně formulovala práva a povinnosti obou stran. (Triantafillou et al., 2010, s. 11) Nespornou výhodou je především fakt, že opečovávaný může zůstat doma, kde to zná a cítí se zde příjemně, což má pozitivní vliv nejenom na jeho psychický ale též i fyzický stav (Bartoňová, 2005, s. 33–34). Mezi přínosy můžeme zařadit také udržení sociálního kontaktu s okolím i menší systémovou nákladovost celé péče oproti výdajům na pobyt v rezidenčním zařízení (Colombo et al., 2011, s. 48).

Problém však může nastat tehdy, pokud senior nemá žádného důvěrného člověka ve své blízkosti, jenž by se o něj postaral, nebo tehdy, kdy tito lidé nemohou vlivem různých okolností (geografická vzdálenost, zaměstnání, špatný zdravotní stav, rodinné neshody) seniorovi péči poskytovat (Jeřábek, 2005, s. 18; Žumárová, 2012, s. 51). Ale i v momentě, kdy se najde vhodný neformální pečovatel a ujme se své role, není vyhráno. Tento typ péče s sebou přináší velkou fyzickou, psychickou,



emocionální i finanční zátěž pro pečující osobu, mnohdy doprovázenou problémy v rodině, ztrátou přátel a zaměstnání, sociální izolací i nedostatkem volného času. (Jeřábek a kol., 2013, s. 86; Colombo et al., 2011, s. 91, 97; Dobiášová, Kotrusová, Hošťálková, 2013, s. 5–6) Proto je potřeba těmto osobám pomáhat nejrůznějšími prostředky (dostatek informací, poradenství, výcvikové kurzy, finanční příspěvky, respitní a další sociální služby, vstřícnost zaměstnavatelů apod.) a ulevovat jim tak od jejich zátěže (Triantafillou et al., 2010, s. 9). Důležité je však tyto podporující mechanismy neustále rozvíjet a zlepšovat, protože jsou v mnohých aspektech nedostatečné (Kotrusová, Dobiášová, 2012, s. 7–8).

Druhou možností je formální péče, kterou provádějí kvalifikovaní a licencovaní odborníci, zpravidla zaměstnanci registrovaných sociálních či zdravotních služeb díky čemuž jejich práce spadá pod kontrolu státu nebo jím určených orgánů. (OECD, 2005, s. 17; Triantafillou et al., 2010, s. 11) V rámci dlouhodobé formální péče o seniory můžeme narazit na péči poskytovanou v pobytových zařízeních. Nejčastěji se jedná o instituce spadající do resortu Ministerstva zdravotnictví, jako jsou nemocnice následné péče, hospice, léčebny dlouhodobě nemocných (tzv. LDN), rehabilitační ústavy a další odborné léčebné ústavy (Hrkal a kol., 2011, s. 10–11), a o zařízení náležející k MPSV, na které se zaměřím dále. V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nalezneme mezi pobytovými institucemi nabízející dlouhodobou péči o starší osoby týdenní stacionáře, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (Zákon č. 108/2006 Sb., §47, §49, §50). Výhodou rezidenčních zařízení může být kontakt s kolektivem, celodenní dohled lékaře i pečovatelek a možnost uspokojovat téměř všechny potřeby na jednom místě. Na druhou stranu pobyt v ústavu znamená kromě celé řady negativ, jež s sebou přináší institucionalizace, jak bylo rozebráno v kapitole 1.1.3, také vysoké náklady na celkový provoz (Pavlová a kol., 2011, s. 45) a setkáváme se též s nedostatkem míst v pobytových službách pro závislé seniory (Kotrusová, Dobiášová, 2012, s. 5).

Dále mohou senioři využívat ambulantní a terénní sociální služby, do nichž řadíme osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby (můžou být i pobytové), centra denních služeb, denní stacionáře a sociálně aktivizační služby pro seniory (Zákon č. 108/2006 Sb., §39, §40, §41, §42, §44, §45, §46, §66). Právě tyto služby by se měly rozšiřovat, protože

dokážou oddálit nebo zcela zabránit odchodu seniorů do pobytových zařízení, přičemž poskytnou stejně kvalitní péči za stejnou cenu (European Commission, 2009, s. 6). Navíc mohou vypomoci neformálním pečovatelům při jejich těžké práci, v tom případě mluvíme o tzv. sdílené péči (Kotrusová, Dobiášová, 2012, s. 3).

Soudobým trendem v mnoha zemích je udržení starých lidí v jejich přirozeném prostředí a vyhnutí se všem neduhům pobytových zařízení, což odráží přání samotných seniorů (OECD, 2005; Průša, 2011, s. 10). Toho lze docílit zajištěním větší podpory neformálním pečovatelům, vytvořením kvalitní sítě ambulantních a terénních sociálních služeb, posílením úlohy dobrovolnictví a celé komunity, do níž senior patří a ve které chceme, aby zůstal (OECD, 2005, s. 21; MPSV, 2007a, s. 18; Kotrusová, Dobiášová, 2012, s. 6–8). Proto je souhrn těchto služeb často označován jako služby komunitního typu či komunitní péče, ne všechny služby však můžeme řadit do sektoru komunit dle vymezení z kapitoly 1.1.2. Pro účely výzkumu této práce budu komunitními službami chápat pouze ambulantní a terénní sociální služby podle zákona o sociálních službách.

### **1.2.2 Demografické stárnutí**

Populace vyspělých zemí stárnou. Důvodů je více. Jedním z nich je prodlužování délky života zásluhou lepší zdravotní péče, druhým poté nižší míra porodnosti nebo zásahy do přirozeného demografického vývoje světovými válkami (Žofka, 2006; Žumárová, 2012, s. 15–16) a populačními opatřeními. Tím dochází k tomu, že poměr seniorů vůči ekonomicky aktivním osobám ve společnosti se navyšuje. Zatímco v roce 2005 bylo v České republice 1,4 milionu osob starších 65 let, což představovalo zhruba 14 % celé české populace, tak rok 2015 již eviduje navýšení seniorů v této věkové kategorii o 400 tisíc. Predikce ČSÚ počítá s tím, že do roku 2050 poklesne počet obyvatel ČR na necelých 9,5 milionu obyvatel, avšak osob starších 65 let budou téměř 3 miliony, tudíž senioři budou tvořit skoro třetinu všech obyvatel naší země. Podobná situace nastane i u osob starších 80 let, kdy se jejich počet během 45 let takřka ztrojnásobí ze skoro 316 tisíc na více než 900 tisíc. (Průša, 2007, s. 17) Velmi podobná data předpovídá i OECD. Podle jejich údajů je ČR nad průměrem členských zemí této organizace, avšak ani zdaleka nemá nejhorší

výsledky. Ty můžeme nalézt u Japonska, Itálie, Švýcarska či Španělska. (OECD, 2005, s. 101)

Se zvyšováním počtu starších osob, přichází i růst lidí, kteří budou potřebovat pomoc někoho jiného. Tyto prognózy lze demonstrovat na příspěvku na péči, který v roce 2010 pobíralo přes 168 tisíc osob starších 76 let, avšak rok 2025 by měl přinést až 272 tisíc osob závislých na pomoci druhé osoby. (Průša a kol., 2010, s. 49) S tím přicházejí na mysl otázky o financování i podobě dlouhodobé péče o seniory, jelikož bude zapotřebí zvýšit stávající kapacity poskytovaných služeb, avšak zachovat, případně i zlepšit, kvalitu této péče (Comas-Herrera et al., 2010; Oien et al. 2012; dle Dobiášová, Kotrusová, Hošťálková, 2013, s. 2–3). Řešením by mohla být právě komunitní péče, jež úzce souvisí s procesem deinstitucionalizace.

### **1.3 Shrnutí kapitoly**

Na předcházejících stránkách došlo k vymezení sociálních služeb a jejich aktérů, konkrétně definování osoby zřizovatele, zadavatele, poskytovatele a uživatele či klienta. V rámci národního hospodářství mají svou podstatou k poskytování sociálních služeb nejbližše organizace občanské společnosti a dále sektor státu a veřejných institucí. S problematikou deinstitucionalizace sociálních služeb souvisí i teorie totálních institucí, která poukazuje na negativa pobytových zařízení. Těmi jsou zejména ztráta sociálních vazeb a rolí, izolace od běžné společnosti, absence soukromí a standardizovaná péče.

Druhá část kapitoly se zaměřovala na pojem stáří, jež s sebou přináší i sníženou soběstačnost, senioři poté potřebují pomoc druhých lidí. Tato péče může být poskytována neformálními pečovateli nebo formálními zdravotními a sociálními službami, a to buď v přirozeném prostředí starých osob či v nejrůznějších zařízeních. Senioři většinou chtějí zůstat ve svých domovech, to je možné pomocí terénních a ambulantních služeb nebo neformálních pečujících, příp. kombinací obou možností. Závěr byl věnován tématu demografického stárnutí obyvatel.

Tato kapitola slouží k vyjasnění základních pojmů a situací, které jsou důležité pro následující části textu, některé z nich jsou i východiskem pro další argumentování.

## 2 Deinstitutionalizace sociálních služeb

V následující podkapitole dojde k detailnímu vysvětlení už několikrát zmíněného klíčového pojmu deinstitutionalizace, který představuje podstatu samotné diplomové práce. Vedle definování tohoto termínu se zaměřím též na jeho dvouliniovost, hlavní důvody, proč by měl být uskutečňován, návody k jeho realizaci či na zásady a principy komunitní péče jakožto jednoho z výsledků, jehož má být deinstitutionalizací dosaženo. Následovat bude i vyjasnění historie tohoto procesu, nastínění podoby péče o seniory v zahraničí vzhledem k této problematice a vymezení deinstitutionalizace v České republice včetně vývoje, ústředních dokumentů, aktérů, způsobů podpory či možných překážek a problémů, které mohou nastat před i během provádění procesu deinstitutionalizace. Tyto poznatky slouží k objasnění celé šíře tématu deinstitutionalizace a umožňují tím, aby mohl být proveden vlastní výzkum.

### 2.1 Vymezení deinstitutionalizace

Deinstitutionalizaci lze popsat různě, například ve Slovníku sociální práce (Matoušek, 2008) je definována jako „*vlivný trend v soudobé sociální práci, který ve všech případech, kdy je to možné, prosazuje neústavní formy péče, jež jsou klientovi dobře dostupné a nevytrhují ho z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity*“ (ibid., s. 40). Dle Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb... je tento pojem „*používán ve smyslu přechodu směrem k poskytování sociálních služeb zaměřeném na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí*“. (MPSV, 2007a, s. 3–4) Za přirozené sociální prostředí považujeme rodinu a další sociální vazby k blízkým osobám, ať už se nacházejí v domácnosti potřebné osoby, na jejím pracovišti či jiných místech, kde tento člověk vykonává své obvyklé sociální aktivity. Jde o prostor, ke kterému má daná osoba jistý citový vztah (Vávrová, 2009, s. 13). Další veřejněpolitický dokument vidí deinstitutionalizaci jako „*proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby*

*byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne potřeby formalizované organizace-instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v péči v 'komunitě'". (MPSV, 2009, s. 3) Jak už vyplývá z názvu dokumentu MPSV, někdy je také tento proces nazýván termínem transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb (povětšinou také jenom „transformace sociálních služeb“)* (MPSV, 2007a).

Deinstitucionalizace má dva hlavní směry. Prvním z nich je transformace zařízení určených osobám se zdravotním postižením. Velké a nevhodné ústavy mají být zrušeny a tito lidé mají být začleněni do běžného života majoritní společnosti. Zdravotně postiženým se touto cestou snažíme zajistit rovnocenný život s jejich vrstevníky, klienti za pomoci komunitních služeb pracují, vzdělávají se a žijí v „klasických bytech“ v co největší míře, jakou jim umožňuje jejich postižení. Služby, jež jim pomáhají, jsou klientům poskytovány dle jejich individuálních potřeb a každý klient by v rámci svého zdravotního stavu měl mít právo se samostatně rozhodovat o věcech, které se ho týkají. (MPSV, 2007a, s. 13–17; MPSV, 2009, s. 8, 10)

Druhou větví je deinstitucionalizace sociálních služeb určených pro seniory. V této kategorii je též dán důraz k poskytování služeb vzhledem k individuálním potřebám uživatelů a k dodržování lidských práv. Na rozdíl od institucí, v nichž žijí lidé s postižením a které by se měly v co nejvyšším počtu rušit, není toto u sociálních služeb pro seniory pravděpodobné. Rezidenční zařízení zde pro seniory vždy budou, jelikož stav některých osob žádný jiný druh péče neumožňuje. Procesem transformace se snažíme prostory ústavních zařízení humanizovat a v rámci možností také restrukturalizovat, tedy přibližovat přirozenému prostředí klientů, což obnáší příjemné prostředí s menším počtem osob na pokoji, individuální péči a poskytování celé řady aktivit, z nichž si může senior vybrat apod. Vedle těchto změn v pobytových službách se však primárně snažíme o to, aby do této formy sociální služby odcházelo minimum seniorů, v případě, že se tak stane, tak až v momentě, kdy to bude vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nezbytné. Péče o tyto osoby by měla být zajištěna prostřednictvím služeb komunitního typu, pod kterými rozumíme péči rodiny, nejbližšího okolí, ambulantní a terénní zdravotně-sociální služby či nejrůznější kluby a organizace určené pro seniory a jejich aktivizaci. (MPSV, 2007a,

s. 17–18; Halásková, 2013, s. 92) Zjednodušeně řečeno **deinstitucionalizací sociálních služeb pro seniory usilujeme o prevenci institucionalizace za pomoci dostatečně rozvinuté sítě komunitních služeb, v nutném případě o pobyt v humanizovaném zařízení, které se co nejvíce přibližuje přirozenému prostředí seniora a poskytuje služby podle individuálních potřeb uživatelů.**

Deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory reflektuje současné tendence celé řady zemí spočívající v setrvání seniorů v jejich přirozeném prostředí za pomoci služeb komunitního typu (OECD, 2005; MPSV, 2007a, s. 18), jak již bylo zmíněno v kapitole 1.2.1. Mezi hlavní důvody, které podporují trend udržení seniora v domácím prostředí, a tedy i proces deinstitucionalizace, patří vyšší kvalita života uživatelů služeb a seniorů vůbec (vzhledem k tomu, že se snažíme o eliminaci negativ pobytových sociálních služeb jakožto totálních institucí), zlepšení pocitů též jejich rodiny či zaměstnanci služeb. Navíc náklady na poskytování tohoto typu služeb by měly být údajně srovnatelné nebo dokonce nižší než náklady na provoz ústavního zařízení, pokud vezmeme v úvahu, že potřeby klientů i kvalita poskytované péče zůstane srovnatelná. (European Commission, 2009, s. 6; Molek, 2007, s. 26) Tím by se mohl vyřešit problém zvyšování počtu potřebných osob, který vzniká v důsledku demografického stárnutí obyvatel, jak bylo řečeno v předešlé kapitole (Žumárová, 2012, s. 16).

V poslední době je větší pozornost věnována sociálním službám pro lidi se zdravotním postižením, kdy je vytvářen větší počet plánů a opatření, je uváděno více příkladů dobré praxe i publikováno více článků v odborných médiích (např. Šveřepa, 2012; Kostečka, Furmaníková, Štyvarová, 2010; Mansell et al., 2007; Národní centrum, 2013). Ve své práci se, jak už vyplývá ze samotného názvu, budu věnovat deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory, kterou lze oproti druhému směru mnohem obtížněji uchopit a vymezit, ať teoreticky, tak prakticky.

### **2.1.1 Rady pro realizaci deinstitucionalizace**

Britská organizace LUMOS zpracovala deset kroků vedoucích k deinstitucionalizaci. Prvním bodem je osvěta, která má příslušným aktérům vysvětlit, jak bude celý proces probíhat, jaké změny nastanou, jaké jsou úkoly všech zúčastněných nebo jaké

přínosy s sebou proces deinstitucionalizace přináší. Druhým krokem je řízení procesu, kdy se musí vytvořit veškeré plány, řídicí struktury, rozdělit jednotlivé úkoly, a to na národní i místní úrovni. Následuje národní analýza, místní analýzy a analýza instituce, plánování služeb, plánování přesunu zdrojů, příprava zaměstnanců, příprava a přestěhování klientů, logické plánování přesunu (poslední dva body se týkají zejména osob se zdravotním postižením, jež by se měly přemístit do vlastních či dokonce „klasických“ bytů, oproti tomu u seniorů, kteří jsou již v pobytové péči, se ve většině případů nepředpokládá stěhování zpátky do jejich původních domovů – pozn. autorky) a v neposlední řadě přichází na řadu sledování a monitorování procesu. Jednotlivé kroky nemusí být jasně formulovány, mohou se nejrůzněji prolínat či opakovat. (MPSV, 2012c, s. 4) Podmínkou zdárné provedení transformace je též aktivní spolupráce všech účastníků procesu, vzdělávání pracovníků sociálních služeb a finanční i metodická podpora státu a ostatních institucí (MPSV, 2007a, s. 5).

A jak lze poznat dobré provedení procesu deinstitucionalizace? Dle Národního centra podpory transformace sociálních služeb je znakem dobré praxe především dodržení základních zásad, jako jsou například zachování lidské důstojnosti, dodržování lidských práv a svobod, podpora rozvoje samostatnosti uživatelů služeb, poskytování služeb dle individuálně určených potřeb klientů a v náležité kvalitě. Dobrá praxe v deinstitucionalizaci ukazuje posun v tomto procesu, který znamená začlenění v komunitě a předcházení institucionalizace. Je také důležité, aby tento stav byl přenositelný, inspirativní pro další ústavy a životaschopný, tedy že potřebná podpora z komunitních zdrojů je v dostatečné míře a bude zde i do budoucna. Využívání potenciálu člověka i komunity je samozřejmostí. (Národní centrum, 2013, s. 66)

### **2.1.2 Zásady a principy komunitní péče**

Již bylo několikrát zmíněno, že deinstitucionalizace znamená přechod od péče institucionální k té komunitní. Tento proces by se měl držet určitých zásad. Mezi ně řadíme respektování práv, potřeb a požadavků uživatelů, tyto osoby musíme zahrnovat do rozhodování, které se jich týká, též mají právo hodnotit celý proces a služby, jež využívají. Důležité je předcházet potenciálnímu umístění

do institucionální péče a poskytovat kvalitní komunitní služby, které tento způsob péče nahradí. Dále bychom neměli zapomínat na rozvíjení lidských zdrojů, které zahrnuje vzdělávání nových pečovatелů, přeškolení a rekvalifikaci zaměstnanců stávajících rezidenčních zařízení. Efektivní využívání zdrojů, kontrola kvality, holistický přístup (celý proces musí být zohledněn napříč všemi relevantními politickými oblastmi jako je sociální politika, zdraví, vzdělávání atd.) a pokračování ve zvyšování povědomí veřejnosti o procesu deinstitucionalizace jsou zásady následující při přechodu od institucionální péče k péči komunitního typu. V neposlední řadě se mluví také o zavírání zařízení pobytového typu a omezení investic do zařízení stávajících. (European Commission, 2009, s. 19–20) To je nejenom podle mého názoru nereálné, protože ústavy budou i do budoucna potřebné, ať už vzhledem k lidem, pro které není komunitní péče vhodná, jelikož jejich stav je velmi závažný a tudíž neumožňuje pečovat o tuto osobu v jejím přirozeném prostředí, nebo k demografickému stárnutí obyvatel, díky čemuž bude potřebných lidí přibývat (Průša, 2009, s. 21–24).

Samotné komunitní služby mají definovány principy, které by měly naplňovat. V první řadě by měly být zaměřeny a přizpůsobeny individuálním potřebám každého člověka. Důležitá je podpora nejenom seniora, ale také jeho rodiny a přátel, aby byli i nadále součástí komunity. Služby jsou určeny pro všechny osoby, které vyžadují pomoc. Tyto principy musí být uplatňovány v každodenním styku s uživateli služeb. (Mansell et al., 2007, s. 3)

Tyto komunitně orientované služby si musejí vzájemně vycházet vstříc a být na sebe návazné. V případě, kdy se služby zdravotní či sociální, akutní a dlouhodobé, formální nebo neformální doplňují, mluvíme o tzv. konceptu kontinua. Díky této koordinaci a spolupráci všech druhů a typů služeb umožňující reflektovat různé potřeby jednotlivých klientů, může být seniorům poskytována kvalitnější péče, aby mohli žít co nejvíce plnohodnotným životem. Koncept kontinua dává důraz též na podporu neformálních pečovatелů, obvykle rodinných příslušníků starající se o své starší příbuzné, kteří by neměli být bráni jako samozřejmost, ale měla by jim být poskytována podpora. Možnou pomocí může být například využití respitní a pečovatelské služby či vstřícnost jejich zaměstnavatelů k tomu, že pečují o seniora. (OECD, 2005, s. 33–34, 46)



## 2.2 Historický vývoj deinstitucionalizace

O staré, nemohoucí a zdravotně postižené osoby se již od nepaměti starala rodina. Rodová solidarita byla později nahrazena solidaritou patriarchální. Postupem času tuto funkci převzala křesťanská charita, dále obce se svými špitály a chudobinci, svépomocná sdružení a nakonec se ve většině vyspělých zemí této odpovědnosti ujmul stát. (Kotous, Munková, Štefko, 2013, s. 16–24) Od počátku 19. století byla v Evropě pobytová zařízení brána jako ideální řešení pro osoby, které vyžadovaly intenzivní a dlouhodobou péči (nebo se tomu tak alespoň zdálo), ať už se jednalo o instituce obcí, církví či státu (Mansell et al., 2007, s. 1).

Dobrym příkladem tohoto typu zařízení a vůbec celé ideje péče o nesoběstačné osoby jsou v české historii tzv. Masarykovy domy – sociální ústavy hlavního města Prahy, jak zněl celý jejich oficiální název (dnešní Thomayerova nemocnice), které ve své době (období první republiky) představovaly vrchol kvalitní, moderní a nejlepší možné péče. Jednalo se celkem o 21 budov, které měly poskytnout komplexní a kvalitní péči o zestárlé, nemocné i postižené a přitom být naprosto soběstačné a nezávislé na okolním světě, což bylo zabezpečeno pomocí vlastního sadu, zahrady, prádelny, pekárny, farmy, knihovny či bazénu. Vše v objektu bylo promyšleno a využito do posledního detailu. Osoby, které mohly pracovat, tak činily a přispívaly k chodu celého systému. Tyto domy pro více než 2000 lidí byly otevřeny v roce 1928, avšak s nástupem německé okupace byly postupně přetvořeny na vojenský lazaret. (Mášová, 2000) K původnímu účelu se domy už nevrátily (ibid.), ale přesto u nás tradice uzavřených pobytových institucí pokračovala dlouhá léta (především díky socialismu).

Pobytová zařízení byla zakládána s dobrými úmysly, avšak nakonec se stala nástrojem segregace, omezování svobody, ukázkou moci a péčí, která nebyla mnohdy příliš kvalitní a především nebyla poskytována dle individuálních potřeb jednotlivých klientů. Po druhé světové válce se mnoho zemí vlivem faktorů jakými byly například výskyt skandálů v rezidenčních zařízeních, změna ideologie či vzestup normalizace odklánělo od poskytování péče ve velkých pobytových institucích a začalo vytvářet plány a opatření pro péči v komunitě. Od 60. let 20. století pak tyto tendence začaly sílit, avšak jednalo se hlavně o osoby se

zdravotním postižením. (Mansell et al., 2007, s. 1) Některé zdroje uvádí jako začátek deinstitucionalizace spíše 70. léta (MPSV, 2007a, s. 3). Prosazovat transformaci sociálních služeb se snažila zejména hnutí The Independent Living Movement, The Anti-Psychiatry Movement a Deinstitutionalisation and community living. (Mansell et al., 2007, s. 1)

Ve Spojených státech amerických je pojem deinstitucionalizace spojen především s psychiatrickými léčebnami, kdy po první fázi propouštění schopných osob do „klasického“ života přišlo rozšiřování a zkvalitňování komunitních služeb. V 90. letech minulého století se začala zavírat rezidenční zařízení ve větším množství, a tak bylo nutné síť komunitních služeb i nadále rozvíjet spolu s lepším přístupem těchto osob k bydlení i zaměstnávání s důrazem na jejich práva. (Koyanagi, 2007, s. 1)

U sociálních služeb pro seniory je to s transformací sociálních služeb trochu komplikovanější, přesto bych jako počátek tohoto procesu určila 80. léta 20. století a desetiletí následující, které představovalo zesílení pozornosti na problematiku seniorů. V tomto časovém období totiž vznikly primární dokumenty pro tuto oblast, jako jsou Vídeňský mezinárodní akční plán stárnutí (Vienna International Plan of Action on Aging) (UN, 1983), Montrealská deklarace (International Federation on Ageing the Montreal Declaration) (IFA, 1999) nebo Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 (Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing) (UN, 2002). (MPSV, 2007b, s. 3) Též začalo docházet k reformám v oblasti péče o seniory a k rozšiřování nabídky služeb poskytovaných v domácím prostředí seniorů (Pavolini, Ranci, 2008, s. 250; Saraceno, Keck, 2008, s. 41).

Tyto plány sice explicitně nemluví o deinstitucionalizaci, ale snaží se dosáhnout pozitivního obrazu stárnutí u veřejnosti, zkvalitňovat život seniorů prostřednictvím jejich celoživotního učení a vzdělávání, jejich účasti na trhu práce, zabraňování diskriminace nejenom na základě věku, ale též pohlaví, vylepšovat bytovou, sociální, environmentální či zdravotní politiku s ohledem na starší občany a demografické stárnutí, zapojovat seniory do sociálních, kulturních, politických a ekonomických aktivit, posilovat mezigenerační solidaritu, úlohu občanské společnosti i komunity.

V neposlední řadě deklaruje zajišťování kvalitní formální i neformální péči, jež bude dostatečně flexibilní a reflektující individuální potřeby seniorů s důrazem na roli komunity. Nezapomíná také na podporu neformálních pečovatелů, kteří jsou nedílnou součástí tohoto systému. (UN, 1983, 2002; MPSV, 2007b, 2008, 2012a) Všechny tyto cíle a opatření představují prevenci institucionalizace, což je primární ideou celého procesu transformace pobytových sociálních služeb pro seniory (Druhotně jde o humanizaci služeb, tedy lepší kvalita poskytovaných služeb a příjemnější prostředí rezidenčních zařízení.) (MPSV, 2007a, s. 18).

V každé zemi má péče o seniory trochu jinou podobu a evoluci, která se odvíjí od historického vývoje země a typu familialisace, a nelze zjednodušeně generalizovat (Pavolini, Ranci, 2008; Saraceno, Keck, 2008, s. 9). Česká republika je v těchto tendencích poněkud opožděna vlivem vládnoucí ideologie, která skončila až v roce 1989. A proto skoro vše, co se začalo v západním světě vyvíjet po druhé světové válce a v následujících dekáдах, se u nás objevilo až po sametové revoluci, tedy v 90. letech a na přelomu tisíciletí (MPSV, 2007a, s. 4).

### **2.3 Péče o seniory v zahraničí se zaměřením na deinstitucionalizaci**

Na území evropského kontinentu leží hned několik desítek států, natož potom v celém světě. Navíc nelze jednoduše srovnávat všechny státy, jelikož každá země má svá specifika a data poskytnutá z těchto států mají rozdílnou podobu (Saraceno, Keck, 2008, s. 42). Avšak zde není prostor na to, abych dopodrobna rozepisovala podobu systému, jenž má za úkol pečovat o seniory, proto provedu zjednodušený nástin jenom několika zemí. Bude se jednat především o státy evropské a pro usnadnění využiji typologii familialismu - defamilialismu a jeho modifikace (Leitner, 2003; Esping-Andersen, 1999; Saraceno, Keck, 2008).

První skupinou států jsou Skandinávské země, které se vyznačují defamilialismem, tedy značnou podporou státu prostřednictvím nejrůznějších veřejných služeb (Saraceno, Keck, 2008, s. 22), jež jsou poskytovány především v pobytových zařízeních, v nižší míře i v přirozeném prostředí seniorů. (OECD, 2005, s. 26, 43) Norsko a Švédsko mají oproti ostatním státům mnohem vyšší výdaje na sociální služby, ale i vyšší počet osob starších 80 let. Také se mohou prezentovat

samostatnými a velmi dobře zařízenými pokoji na rozdíl od jiných zemí. (ibid., s. 27) Můžeme usuzovat, že péče o seniory je prováděna na vysoké úrovni bez zatížení rodiny, avšak se značnou nákladovostí pro státní rozpočet, což může být velmi problematické do budoucna (ibid., s. 85). Proces deinstitucionalizace je uskutečňován humanizací a restrukturalizací, méně už prevencí institucionalizace. Ve Švédsku byl proces transformace dokonce zahrnut do relevantních zákonů (MPSV, 2007a, s. 11).

Další v řadě jsou státy tzv. konzervativní nebo korporativistické, mezi něž řadíme Německo, Rakousko, Nizozemí, Francii či Belgii. Pro ně je typické, že hlavní roli zde mají především finanční příspěvky od státu podporující neformální péči, avšak bez možné alternativy v podobě služby. Mluvíme o explicitním familialismu. Tento režim se snaží zachovávat stávající sociální rozdíly s důrazem na pečující ženu. (Saraceno, Keck, 2008, s. 22, 23; Leitner, 2003, s. 359) Pro Německo je typická péče rodinných pečovatelů, proto tu existuje i celá řada dávek pro tyto osoby. Vždyť na rozdíl od ostatních států je zde péče institucionální a domácí téměř na stejném počtu. (OECD, 2005, s. 28, 118; Pavolini, Ranci, 2008, s. 250) Navíc oproti Skandinávským zemím zde jasně převažují služby neziskových organizací a soukromých subjektů fungujících na tržním principu. (Henrikson, Smith, Zimmer, 2011, s. 478)

Velká Británie, Irsko a Spojené státy americké neposkytují příliš velkou podporu v péči o seniory. Tyto státy pomáhají pouze v případě, kdy nastane opravdová nouze. (Saraceno, Keck, 2008, s. 23) Na „ostrovech“ probíhá péče domácí i institucionální, ale větší důraz je dán na pobyťová zařízení (Pavolini, Ranci, 2008, s. 250).

Ve státech jižní Evropy je povinnost postarat se o seniora na rodině. Většinou nedochází k velké podpoře ze strany státu (Saraceno, Keck, 2008, s. 24), a proto je služeb pro seniory nedostatek, což vede k dlouhým čekacím lhůtám (European Commission, 2008, s. 5). Specifické jsou bývalé komunistické země, do nichž, vedle Baltických států, Maďarska, Slovinska a Slovenska, řadíme též Českou republiku (Saraceno, Keck, 2008, s. 22). Zde je situace rozdílná dle jednotlivých států. Ale i přes dlouhá léta institucionalizace, zde má nezastupitelné místo neformální

péče, i když se jí třeba nedostává tolik podpory, kolik by bylo zapotřebí (Colombo, 2011, s. 88; Kotrusová, Dobiášová, 2012; Průša, 2007, s. 21).

Výše uvedený přehled uvádí informace vzhledem k tomu, zda daná země či skupina zemí pomáhají seniorovi formou pobytové sociální služby či domácí péče. Otázkou ovšem zůstává kvalita poskytovaných služeb a podoba rezidenčních zařízení. Srovnání by však v tomto případě bylo velice zdlouhavé a obtížné vzhledem k dostupnosti dat i jejich rozdílnosti.

## **2.4 Deinstitutionalizace v ČR**

Jak je psáno výše, Česká republika vlivem socialistické ideologie začala věnovat větší pozornost otázkám seniorů a potřebě posilování významu komunitní péče až po roce 1989, kdy vzniklo také mnoho neziskových organizací, jež tuto myšlenku převáděly do praxe (EurActiv.cz, 2013). Na začátku nového milénia byl vytvořen první Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003–2007 (MPSV, 2002), který reflektuje základní poznatky a požadavky na život seniorů i jejich péči s důrazem na komunitní služby z mezinárodních dokumentů, které ve světě vznikly o mnoho let dříve (např. Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (Viedeň 1982), Mezinárodní plán stárnutí 2002 nebo Zásady OSN pro seniory (1991)) (ibid., s. 1). Na tento dokument navazuje další nesoucí název Kvalita života ve stáří neboli Národní program přípravy na stárnutí na období 2008–2012 (MPSV, 2008). (Žumárová, 2012, s. 19) Posledním počinem MPSV, jež je platný pro tuto chvíli, je Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 (MPSV, 2012a). K humanizaci a individualizaci poskytovaných sociálních služeb přispěl i vznik Standardů kvality sociálních služeb v roce 2002 a následně i zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který mj. zavádí příspěvek na péči, díky němuž si potřební lidé sami svobodně vyberou a následně nakoupí službu, jakou chtějí, a v míře, jež potřebují (MPSV, 2007a, s. 4, 5).

Stěžejním dokumentem, kde je pojem deinstitutionalizace explicitně vyjádřen, je však Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti (MPSV, 2007a). Složitě pojmenovaný

materiál byl vládou ČR schválen v únoru 2007 (EurActiv.cz, 2013). Tento dokument si za cíl nedává transformaci samotnou, jelikož přechod k humanizovaným a individualizovaným službám poskytovaných v přirozeném prostředí uživatelů je věcí přirozeného vývoje, která vychází z požadavku uživatelů, jejich rodin, odborníků i poskytovatelů samotných. Cílem je tedy „*podpora těch poskytovatelů sociálních služeb, jejichž zájmem je nabízet vysoce kvalitní služby na odborné úrovni. Stanovené cíle a opatření mají za úkol podpořit již probíhající změny a usnadnit poskytovatelům, kteří se rozhodou poskytovat sociální služby odpovídající individuálním potřebám uživatelů v jejich přirozeném prostředí, tyto změny provést.*“ (MPSV, 2007a, s. 3)

Mezi hlavní aktéry procesu deinstitucionalizace patří jednotliví poskytovatelé sociálních služeb, MPSV a kraje s obcemi. Každý z nich má odlišnou roli i pravomoce, důležité však je, aby vzájemně spolupracovali, čemuž by alespoň částečně měly přispět Standardy kvality a zákon o sociálních službách. MPSV má kompetence k formulování, ovlivňování a definování politik ze sociální oblasti, konkrétně předkládá návrhy zákonů či jiných norem spadajících působnosti sociálních služeb a jejich deinstitucionalizace. Také má na starosti alokaci zdrojů prostřednictvím dotačních řízení určených na podporu transformace. Krajské úřady zase vytváří střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, registrují sociální služby, kontrolují jejich kvalitu, spolufinancují je a někdy jsou i jejich zřizovatelem. Na poskytovatelích služeb je samotná pomoc uživatelům a uskutečňování procesu deinstitucionalizace. (Kostečka, Furmaníková, Štyvarová, 2010, s. 46–48)

Jedním z aktérů deinstitucionalizace v ČR je i Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, které vzniklo jako součást projektu Podpora transformace sociálních služeb. Tento orgán má sloužit ke vzdělávání, poskytování konzultací a podpoře účastníků transformačního procesu. (EurActiv.cz, 2013; MPSV, 2014, s. 11) Na jeho webových stránkách lze nalézt obecné informace, ale též podrobné záměry, manuály, vzor transformačního plánu či příklady dobrých praxí (Národní centrum, 2016).

## 2.5 Podpora deinstitucionalizace

Deinstitucionalizace, která se týká zejména humanizace pobytových sociálních služeb, by měla být dobře promyšlena a nachystána. Vyžaduje koordinované plánování organizačních, procesních a personálních změn. (Kostečka, Furmaníková, Štyvarová, 2010, s. 48) Tento mnohdy náročný proces si žádá i jistou podporu. Ta může mít vícero podob. Nejčastěji se jedná o poskytování informací, a to nejenom obecných, ale též jde o přímé poradenství, konzultace, metodickou podporu, analytické a metodické nástroje, jež pomáhají s tvorbou transformačního plánu, s prováděním hodnocení kvality a podmínek poskytování sociálních služeb v zařízení nebo s řízením celého procesu. Dále se využívá i vzdělávání relevantních osob, stáží, workshopů, supervizí, intervizí, posílení personálních kapacit, obeznámení veřejnosti a podpora veřejné diskuze o deinstitucionalizaci. Tyto nástroje vytváří a poskytuje především Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (Národní centrum, 2016). (Šveřepa, 2012, s. 469–476) Důležitá je také podpora finanční a legislativní. Zatímco první jmenovaná pomoc se může odehrávat na úrovni místní, krajské, národní či dokonce nadnárodní (v případě fondů EU), legislativní podpora je uskutečňována pouze na vyšších úrovních vládnutí.

Informační a legislativní podpora je obsažena i v klíčovém dokumentu Koncepce podpory transformace..., který obsahuje mj. i pět konkrétnějších cílů, jakými chce MPSV ve spolupráci s dalšími orgány poskytovatele podporovat v transformaci sociálních služeb. Tyto záměry jsou nadále rozpracovány do několika opatření.

- *Zvýšit informovanost o procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením a seniory.* (Např. příprava všeobecné mediální kampaně o procesu transformace; uspořádání dvou celostátních konferencí; vzdělávání zainteresovaných osob; provedení výzkumu a analýzy stavu institucionální péče v ČR.)
- *Vytvořit systém vertikální a horizontální spolupráce mezi všemi dotčenými subjekty (relevantními aktéry) procesu transformace institucionální péče (jedná se zejména o následující subjekty: státní správa a samospráva, poskytovatelé sociálních služeb, uživatelé sociálních služeb, sociální partneři).* (Např. zapracování problematiky deinstitucionalizace a humanizace služeb do

konceptu celoživotního vzdělávání úředníků regionální a místní správy; příprava systému poskytujícího metodickou podporu poskytovatelům a zadavatelům sociálních služeb; tvorba koordinační a externí platformy složené ze zástupců relevantních subjektů určené k podpoře procesu transformace; zmapování a průběžné informování o domácích a zahraničních příkladech dobré praxe; vytvoření systému podpory programů usnadňujících sociální začleňování v konkrétních komunitách.)

- *Podpora poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a dalších subjektů při transformaci institucionální péče zejména směrem k poskytování sociálních služeb v souladu s individuálními potřebami uživatelů služeb prostřednictvím dotačních programů.* (Např. zaměření dotačních programů tak, aby podporovaly rozvoj terénních a ambulantních služeb, které umožňují uživatelům setrvat v přirozeném prostředí; zaměření investičních dotačních programů na podporu výstavby pouze pobytových zařízení s humanizujícími prvky.)
- *Podporovat proces zkvalitňování životních podmínek uživatelů stávajících ústavních zařízení sociální péče.* (Např. podpora procesu zavádění standardů kvality do zařízení sociálních služeb; vytvoření metodiky individuálního posouzení situace uživatelů stávajících pobytových zařízení.)
- *Podpora naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí.* (Např. zrevidování náhledu na situace zbavování nebo omezování způsobilosti k právním úkonům, informování soudů a soudních znalců o procesech humanizace pobytových sociálních služeb a lidskoprávních aspektech s tím souvisejících; vytvoření vzdělávacího programu zaměřeného na kvalitní výkon funkce opatrovníka.) (MPSV, 2007a, s. 21–26)

MPSV také každý rok vydává závěrečné zprávy o plnění těchto systémových opatření (např. MPSV, 2012c, 2013, 2014).

Součástí této koncepce je i projekt MPSV Podpora transformace sociálních služeb financovaný ze státního rozpočtu ČR a Evropského sociálního fondu, jenž byl zahájen v dubnu 2009 a ukončen v roce 2013, kdy byl vystřídán novým projektem se stejným účelem s názvem Transformace sociálních služeb, který skončil v srpnu



2015 (EurActiv.cz, 2013; MPSV 2015b). Oba projekty mají za úkol finančně a organizačně pomoci poskytovatelům s uskutečňováním transformace sociálních služeb. (MPSV, 2014, s. 10–12) Posledního projektu se zúčastnilo 40 zařízení z celé ČR, v nichž proběhly vzdělávací programy, konzultace či supervize (MPSV, 2015b). V současnosti je možné žádat o podporu na tuto činnost z Integrovaného regionálního operačního programu a do konce roku 2015 zde byla i výzva č. 37 na podporu transformace z Operačního programu zaměstnanost (Národní centrum, 2015). Veškerá tato podpora je primárně určena sociálním službám pro osoby se zdravotním postižením. Projekty v takovémto měřítku, jež by se zaměřovaly na problematiku seniorů a deinstitucionalizaci, zatím neprobíhají. Většinou se jedná o drobnou, jednorázovou podporu od obce, kraje či státu (MPSV, 2011, s. 11–13; MPSV, 2013, s. 91).

Pro potřebu prvního projektu byl v roce 2009 vytvořen dokument Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče (EurActiv.cz, 2013). Cílem těchto kritérií je *„nastavit jasný rámec transformace vybraných zařízení služeb sociální péče na základě individuálně určených potřeb uživatelů, umožnit uživatelům sociálních služeb jejich aktivní zapojení se na trh práce a do společnosti a přispět k realizaci deinstitucionalizace pobytových zařízení sociálních služeb v České republice“* (MPSV, 2009, s. 6). Z této definice lze vyčíst, že je zaměřena především na osoby se zdravotním postižením, avšak uvedená kritéria je možné aplikovat i na sociální služby pro seniory.

Kritéria se primárně dělí na charakteristiky technické, jež jsou členěny na domácnosti uživatelů, zázemí pro ambulantní služby a denní programy, zázemí pro terénní služby, zázemí pro management a humanizaci, provozní, procedurální, personální a charakteristiky procesu transformace. V rámci těchto oddílů nalezneme rozpracované téměř vše. Jsou zde konkrétní čísla, procenta, rozměry, podoba vybavení nebo cílové skupiny. Také se tu dozvíme o průběhu poskytované péče, jednání s klienty, vzdělávání, hodnocení a řízení pracovníků, osvětě veřejnosti, provádění analýz na vícero úrovních a o mnohých dalších důležitých kritériích. Dokument dále radí poskytovatelům, aby v rámci deinstitucionalizace respektovali aspekty, kterými jsou zvyšování povědomí o transformaci a humanizaci služby, řízení procesu, analýzy na úrovni institucí, krajů a vlády, návrh alternativních služeb,

plánování přesunu zdrojů, příprava a přestěhování uživatelů i zaměstnanců, logistika a monitorování a vyhodnocování. (ibid.) Tyto informace pomáhají utvářet jasnější představu o konkrétních krocích pro osoby, jež se rozhodnou proces deinstitutionalizace ve svém zařízení realizovat.

Nejdůležitější podle některých nejsou v humanizování pobytových sociálních služeb konkrétní nástroje podpory, ale iniciační vliv ředitele nebo jiné „vysoce postavené“ osoby v instituci. Tento člověk musí mít vizi o humanizaci a transformaci zařízení, věřit jí a sdílet jí mezi ostatní, což je závislé na kvalitních interpersonálních dovednostech. Podstatná je srozumitelná, efektivní komunikace a schopnost argumentovat bez složitého vysvětlování. Lídr též musí sjednotit svou komunikaci a jednání, uvědomit si své limity a nebát se využít externích zdrojů, např. v podobě sdílení zkušeností s jinými poskytovateli služeb. Bez tohoto člověka by se proces deinstitutionalizace pravděpodobně neuskutečnil. (Furmaníková, Havrdová, Tollarová, Vrzáček, 2013, s. 53–58)

Důležitým nástrojem podpory deinstitutionalizace je i komunitní plánování (viz kapitola 3.1), díky němuž se v dané lokalitě vyjedná podoba sítě komunitních a pobytových sociálních služeb s důrazem na požadavky uživatelů a možnosti zadavatelů a poskytovatelů služeb. Podle takto vzniklého plánu by mělo i následně docházet k finanční a informační podpoře stanovených postupů a služeb. (Scháněl, 2008, s. 4) Zavedení příspěvku na péči lze také chápat jako podporující krok, i když velmi nepřímý, neboť příspěvek umožňuje zakoupení služby dle individuálních potřeb seniorů, a to může teoreticky podporovat ambulantní a terénní sociální služby. Příkladem je v tomto případě Německo a Rakousko. U těchto států poté, co zavedly příspěvek na péči jako základní nástroj financování sociálních služeb, došlo ke značnému rozšíření ambulantních sociálních služeb, ke zrušení pořadníků na umístění v rezidenčních zařízeních a ke vzniku několika desítek tisíc nových pracovních míst v oblasti služeb komunitního typu. (Průša, 2007, s. 19) U nás však příspěvek na péči nepřinesl takové razantní změny, ale potenciál zde dozajistě je.

Pro setrvání seniorů v jejich přirozeném prostředí je významné i vhodné bydlení, které by umožnilo starým lidem žít v jejich domácnostech i poté, co se změní míra jejich soběstačnosti. Důležitá jsou menší opatření, např. v podobě modelů služeb

k prevenci pádu, neklouzavé povrchy, vhodné lůžko s matrací, blízkost telefonu a léků, napojení na internet, instalace tísňové péče, až po ty výraznější úpravy jako jsou výtahy, schodolezy, odstranění prahů a rozšíření rámu dveří pro invalidní vozík po celém domě či bytě, bezbariérovost koupelny, toalety, kuchyně, včetně automatických spínačů na ochranu před požárem. Prostor k zlepšování do budoucna je zde zejména pro oblast informačních technologií. (Starostová, 2015) Touto tematikou se zabývá např. nadnárodní projekt Innovage, který chce zvýšit účinnost regionálních rozvojových politik a umožnit tak seniorům nezávislý, samostatný život v jejich domovech co nejdéle, a to i s přihlédnutím k ekologickým faktorům (Innovage, 2016).

## **2.6 Rizika a překážky deinstitucionalizace**

Deinstitucionalizace je složitý a komplexní proces, jenž s sebou nese celou řadu rizik a problémů, které mohou relevantní aktéry odrazovat od jeho implementace nebo tuto aktivitu přerušit v jejím průběhu. V případě sociálních služeb pro seniory můžeme potíže rozdělit do dvou kategorií. První oblastí jsou nesnáze, k nimž může docházet při snaze o předcházení institucionalizace u osob, jejichž zdravotní stav nevyžaduje umístění v rezidenčním zařízení. Druhou skupinou jsou problémy při humanizování stávajících pobytových služeb.

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb definovalo několik nejzávažnějších rizik, které při tomto procesu hrozí. K **prevenci institucionalizace** formou dobře rozvinuté sítě ambulantních a terénních sociálních služeb a podpory neformálních pečovatелů se vztahují zejména tyto rizika: postupné zhoršování zdravotního stavu; nedostatek peněz pro zřízení nových (komunitních) služeb; riziko zneužití uživatele, vč. možnosti zneužití osobních dat uživatelů (získání možných rychlých úvěrů, uzavírání nevýhodných smluv); zaměstnanci nevědí, jakou mají odpovědnost za chování uživatelů; nepravidelnost plateb (na kterých jsou komunitní služby většinou závislé). (Brathová, Mach, 2012, s. 35, 36) Problematické je v komunitních službách také propojení zdravotní a sociální péče, neboť tato činnost spadá pod dva finančně i personálně oddělené rezorty, a proto je obvykle

nekoncepčně poskytována dvěma institucemi (Kotrusová, Janečková, Angelovská, Dobiášová, 2012, s. 13).

Senioři také velmi často volí pobytové služby pod tíhou reálných okolností, ačkoli jejich přáním by bylo zůstat v přirozeném prostředí (Kuchařová, 2002, s. 42). Mezi tyto faktory patří např. podlehnutí tlaku rodiny, staří lidé nechtějí být rodině na obtíž nebo naopak nemají rodinu, která by se o ně mohla postarat, v neposlední řadě se jedná o seniory, jež jsou nesoběstační v takovém rozsahu, že vyžadují pomoc druhé osoby při všech životních úkonech. Dalšími důvody, kvůli kterým se staří lidé rozhodnou podat žádost do rezidenčních zařízení, je nízký počet informací o alternativních službách, obavy z finanční náročnosti těchto služeb či ze vstupu cizího člověka do jejich domácnosti, nedostatek pečovatelských služeb v seniorově okolí způsobený tím, že služby mají malé finanční, materiální a personální kapacity, senioři mohou být vyloučeni i z důvodu, že bydlí ve velké vzdálenosti od sídla terénní služby nebo v obci, kde je počet osob vyžadujících tuto službu příliš malý. (Veselá, 2003, s. 36–42)

Překážkami v **humanizaci** pobytových sociálních služeb pro seniory jsou zejména nedostatek finančních prostředků na uskutečnění tohoto kroku a odpor proti změně (MPSV, 2007a, s. 19), tato nelibost spočívá též v tlaku na setrvání stávajících podmínek, neboť se do současného stavu zařízení již tolik investovalo (Brathová, Mach, 2012, s. 36). Velkou bariérou je i celková kultura organizace, protože pokud se nezmění ta, tak se nemohou změnit ani samotní sociální pracovníci a jejich přístup (Furmaníková, Havrdová, Tollarová, Vrzáček, 2013, s. 50).

Rizika na straně zadavatelů, poskytovatelů a personálu služeb lze minimalizovat přesvědčováním, vzděláváním, sdílením zkušeností, kvalitním řízením procesu, managementem změny a plánováním rozvoje sociálních služeb v daném regionu metodou komunitního plánování. Kroky seniorů, které jsou zapříčiněny nedostatkem informací, nedostupností komunitních služeb a dalšími obavami, můžou zadavatelé a poskytovatelé sociálních služeb změnit, a to zlepšením informovanosti seniorů, jejich blízkých či lékařů a zkvalitněním sítě ambulantních a terénních služeb. Některé problémové oblasti může vyřešit politický aparát pomocí vhodné legislativy. Jisté okolnosti a rizika však nelze ovlivnit, ať už se to týká rodiny seniora, jeho

zdravotního stavu nebo třetích osob, jež mohou seniorův stav nemorálně využít. (MPSV, 2007, s. 19–20)

## 2.7 Shrnutí kapitoly

Deinstitucionalizaci můžeme chápat jako poskytování péče nesoběstačným osobám v jejich přirozeném prostředí, aby zde mohly setrvat a nebyly nuceny odcházet do pobytových zařízení. Proces transformace se vztahuje na sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory. V případě druhé cílové skupiny se snažíme o prevenci institucionalizace starých lidí pomocí ambulantních a terénních služeb a o individualizování péče ve stávajících pobytových sociálních službách a přiblížení těchto prostor domovům starých osob, tedy o jakousi humanizaci. Setrvání seniorů v jejich domácnostech má pozitivní vliv na jejich zdravotní stav a je to též přání starých lidí. Podle některých zdrojů je komunitní péče i systémově levnější, tudíž by mohla být přínosná s ohledem na nárůst závislých osob vlivem demografického stárnutí obyvatel. Dále jsou nastíněny i rady pro realizaci deinstitucionalizace, zásady a principy komunitní péče, přičemž důraz je dán zejména na návaznost všech forem a druhů péče, stručná historie tohoto procesu či míra institucionalizace péče o seniory ve vybraných zemích.

V České republice se tento trend začal objevovat až po roce 1989, klíčovým veřejněpolitickým dokumentem je Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb... z roku 2007, kde jsou uvedeny základní informace, cíle a opatření pro tuto oblast. Mezi aktéry lze řadit poskytovatele sociálních služeb, MPSV, kraje, obce a další organizace. Deinstitucionalizaci můžeme podporovat poskytnutím financí a informací, kvalitním legislativním zázemím, dobrou spoluprací všech zúčastněných subjektů či vhodnou úpravou domácností seniorů i vnějších prostor měst a obcí. Problémem může být např. resortní rozdělení systému dlouhodobé péče o seniory, tlak rodiny na odchod blízkého do pobytové služby, nedostatečná informovanost, finanční náročnost restrukturalizace ústavního zařízení či komunitních služeb pro jejich uživatele.

Tato kapitola přinesla ucelený přehled o deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory. Také mi z ní vyplynuly otázky, jaké postoje k deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory zastávají samotní poskytovatelé těchto služeb, účastníci komunitního plánování či expert na tuto problematiku a jaké překážky a bariéry v deinstitucionalizaci vidí tyto osoby.

### **3 Královéhradecko a komunitní plánování**

Královéhradecký kraj najdeme na severovýchodě Čech. Se svými přibližně 550 tisíci obyvateli patří mezi menší kraje u nás. Kraj se dělí na bývalé okresy Hradec Králové, Jičín, Náchod, Rychnov nad Kněžnou a Trutnov. Největším a zároveň ústředním městem je Hradec Králové, jehož populace čítá necelých 100 tisíc. (Královéhradecký kraj, 2010)

V roce 2010 byla kapacita domovů pro seniory na Královéhradecku přes 2 350 míst, 260 lůžek poskytovaly domovy se zvláštním režimem. Pečovatelská služba se mohla věnovat více než 4 700 klientům, další ambulantní (centra denních služeb, denní stacionáře) a terénní (tísňová péče) služby měly kapacitu zhruba 350 uživatelů. (ibid.) V roce 2011 bylo v celém Královéhradeckém kraji více než 92 000 osob starších 65 let (ČSÚ, 2011). Průměrný věk by se měl podle predikcí ČSÚ v tomto kraji v následujících 50 letech zvýšit téměř o 10 let, na 50,4 roků ze současných 41 (Královéhradecký kraj, 2010). Tím naroste i počet osob, jež budou potřebovat pomoc při sebeobsluze. Demografické stárnutí a s ním související problémy se tedy týkají i této lokality, na níž je zaměřena má práce. Komunitní plánování sociálních služeb by ze své podstaty mohlo být jedním z významných nástrojů pro řešení pravděpodobných budoucích potíží, jelikož může ovlivňovat deinstitucionalizaci sociálních služeb (Hloušek, 2007, s. 5).

#### **3.1 Komunitní plánování na Královéhradecku**

V Královéhradeckém kraji, stejně jako ve všech krajích ČR, pravidelně probíhá komunitní plánování sociálních služeb, které má sloužit k tomu, aby byla vytvořena funkční síť kvalitních a dobře dostupných sociálních služeb dle potřeb uživatelů. Základem je dialog mezi jeho účastníky, kterými jsou zadavatelé (obec či kraj), poskytovatelé služeb a jejich uživatelé, veřejnost a další organizace (např. nemocnice, školy, úřad práce, policie, nestátní neziskové organizace, etnické skupiny, občanské iniciativy). Ti se spolu snaží dohodnout na konkrétních postupech, jež povedou k dosažení daného cíle. (Scháněl, 2008, s. 4; MPSV, 2005) MPSV tuto aktivitu definuje jako „(o)tevřený proces zjišťování potřeb a zdrojů a hledání

*nejlepších řešení v oblasti sociálních služeb“* (MPSV, 2005). Mezi základní principy komunitního plánování patří důraz na partnerství a spolupráci, zapojení místní komunity, hledání nových lidských a finančních zdrojů, práce s informacemi, uskutečnitelný kompromis, zohlednění již vytvořené a osvědčené spolupráce, cykličnost a zejména potřeby, priority a směry rozvoje sociálních služeb jsou stanoveny lidmi, kteří v obci žijí (MPSV, 2005; Zatloukal, 2008, s. 29–30). Při tvorbě plánů musí být zohledněny faktory, jako jsou např. míra urbanizace, věková, kvalifikační, profesní a sociální struktura obyvatelstva na daném území, náboženská specifika jednotlivých regionů, struktura osídlení různých územních celků, velikost obcí, hustota obyvatelstva, míra realizace tradičních funkcí rodiny v péči o staré občany a nejrůznější sociologické změny probíhající ve společnosti, zejména pak rozpad vícegeneračních soužití rodin (Průša, 2011, s. 17).

Komunitní plánování má několik fází. Nejprve je nutné celé prostředí pro uskutečnění tohoto procesu **připravit**, to se děje prostřednictvím iniciační skupiny, která je odpovědná za veškeré přípravné činnosti, zajištění metodického vedení a politické podpory, oslovení veřejnosti a začlenění vlivných lidí z oblasti sociálních služeb, vytvoření harmonogramu celého procesu a též udržitelné řídicí struktury. Jako další přichází na řadu **analytická** fáze, jejímž úkolem je opatřit všechna relevantní data pro to, aby mohlo vlastní plánování začít. Informace získáváme pomocí sociodemografické analýzy, SWOT analýzy, analýzy potřeb uživatelů a dat od poskytovatelů. Nezbytné je si vždy říci, co a jakým způsobem potřebujeme zjistit, kdo požadovaná data sežene, do kdy a jak drahé to bude. Třetí fází je samotné **plánování**, jehož výstupem je návrh plánu, jenž obsahuje stanovené obecné cíle a konkrétní opatření vycházející ze zjištěných potřeb uživatelů služeb a z existujících možností a zdrojů, který je vytvořen v pracovních skupinách. Je nezbytné, aby finální verze plánu obsahovala zapracované připomínky veřejnosti a byla schválena politickou reprezentací dané oblasti. Poté se plán **implementuje**, kdy se vytvoří realizační plán většinou na období jednoho roku, naplňování v něm stanovených cílů se průběžně vyhodnocuje a na jeho podporu se nastavují různé systémy (např. informační servis, cílené vzdělávání), taktéž je potřeba pracovat s riziky a napravovat již zjištěné nedostatky. Závěrečnou fází je **evaluace**, která probíhá na základě předem stanovených indikátorů. Vedle zhodnocení toho, zda se podařilo



naplnit cíle a opatření, je též důležité objevit a odstranit slabá místa celého procesu. (Zatloukal, 2008)

Začátky komunitního plánování v Královéhradeckém kraji sahají do roku 1999, kdy se uskutečnila cesta do Velké Británie, která měla ukázat, jak taková praxe může fungovat. První fáze však započala až v roce 2002, kdy vedení krajského úřadu začalo přesvědčovat starosty v celém kraji o výhodách a nezbytnosti komunitního plánování sociálních služeb. Nejprve se i přes souhlas starostů nic nedělo, a tak krajský úřad delegoval Občanské poradenské středisko, které vedle zástupců veřejné správy na schůzky přizvalo i poskytovatele z řad neziskových organizací. Přes počáteční nesmělost nakonec v roce 2003 bylo 14 z 15 obcí s rozšířenou působností odhodláno komunitní plán vypracovat, proto byla zpracována analýza dostupnosti služeb na území celého kraje, jenž je v této oblasti značně rozdílný. V druhé fázi tohoto procesu Královéhradecký kraj poskytl finanční pomoc na průzkumy potřeb, metodickou podporu i na zapojování veřejnosti. Dále byla nutná existence týmu komunitních plánovačů, tudíž probíhaly vzdělávací semináře a později též i další cesta za poznáním do Velké Británie. Následovala situační analýza uživatelských potřeb, kterou každé město pojalo jinak, a mapování poskytovatelů sociálních služeb, z něhož vznikla ucelená databáze sociálních služeb pro celý kraj, v elektronické i tištěné formě. V roce 2004 mělo již 8 z 15 obcí schválený komunitní plán, a proto se přistoupilo ke krajskému komunitnímu plánu. (Hloušek, 2007, s. 2–8) Ten se sestavoval vzhledem k nehomogennímu území velmi obtížně, nakonec vznikl projekt Standardizace procesu komunitního plánování sociálních služeb v Královéhradeckém kraji, jenž měl za úkol sjednotit různou formu a obsah procesu v jednotlivých městech. První etapou mělo být budování týmů, dále měla následovat analytická část, fáze zapojování veřejnosti a nakonec etapa aktualizace komunitních plánů. Projekt tak, jak byl napsán, nebyl nikdy uskutečněn, zejména kvůli přijetí zákona o sociálních službách, který s sebou přinesl příspěvek na péči a tím i změnu ve financování sociálních služeb. (Hloušková, Hloušek, Čupelová, Oriniaková, Vaníček, 2007, s. 10–14)

Výstupem komunitního plánování v Královéhradeckém kraji bylo výzkumné šetření sociálních potřeb obyvatelstva, vznik adresáře poskytovatelů sociálních služeb dle spádovosti služeb na úrovni obcí druhého stupně, vytvoření komunikační strategie,

kteřá umožňuje dialog mezi poskytovateli, zadavateli, uživateli sociálních služeb a veřejností, a též sebehodnocení procesu komunitního plánování sociálních služeb. Jako nejčastější nedostatky vidí zástupci plánovacích týmů nízké zapojení uživatelů a veřejnosti, nezájem menších obcí o tento proces, nenaplánování činnosti pracovních skupin či nefunkční komunikaci mezi poskytovateli a zadavateli. Nejzávažnějšími problémy jsou velká vyčíženost aktérů komunitního plánování, nedostatečná politická podpora tohoto procesu od jeho zadavatele, nezájem veřejnosti a nejasná budoucnost této činnosti. (ibid., s. 16–44)

### **3.2 Komunitní plány v kontextu deinstitucionalizace**

Komunitní plánování na Královéhradecku má dva stupně. Prvním z nich je plánování na úrovni celého kraje. Výsledkem (relevantním pro tuto práci) je Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb: Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2011–2016 (Královéhradecký kraj, 2010). Ten hned na začátku stanovuje život v běžném prostředí jako jeden z hlavních principů, na němž by měl být vystavěn celý plán. Je zde deklarováno, že terénní a ambulantní služby mají u všech cílových skupin přednost před službami pobytovými. Konkrétně u seniorů je zapotřebí zvýšit investice do pečovatelské služby a zlepšit dostupnost služeb ambulantních, jako jsou centra denních služeb a denní stacionáře. U služeb pobytových není zapotřebí zvyšovat jejich kapacitu, která je prozatím dostatečná. Plán však upozorňuje na jednu zajímavou skutečnost. Terénní a ambulantní služby mají oproti službám ústavního typu nevýhody ve svém financování, ať už z jejich pohledu, kdy musí čelit u klientů nevoli platit za tyto služby vyšší částky, nebo z perspektivy seniorů, kterým není určen žádný limit peněz, jenž by jim měl po zaplacení služby zůstat pro jejich potřeby jako je tomu u pobytových služeb. (ibid., s. 3, 5, 25)

V posledních devíti letech můžeme pozorovat pokles uživatelů služeb s žádnou a lehkou závislostí, naopak služby více využívají osoby s těžkou a úplnou závislostí. V návaznosti na tento plán došlo ke zvýšení časové dostupnosti u některých pečovatelských služeb, k nárůstu pracovníků přímé péče, ke zvýšení dotací od obcí, Královéhradeckého kraje i MPSV (V roce 2007 činily dotace z veřejných rozpočtů

23,3 milionů Kč, v roce 2014 to bylo 97,2 milionů Kč.). Naopak se nedaří zvyšovat kapacitu center denních služeb a denních stacionářů pro seniory kvůli nízké poptávce. Mezi lety 2007 a 2014 se zvýšil počet pracovníků přímé péče v domovech pro seniory o 91 osob, v předminulém roce připadalo 36,9 těchto pracovníků na 100 lůžek, zatímco v roce 2009 to bylo 33,9 a dá se předpokládat, že tento trend bude pokračovat i do budoucna. Kapacity pobytových sociálních služeb pro seniory se během pěti let snížily o 16 lůžek, důležité však je, že v tomto období vzrostl ze 48 % na 59 % podíl uživatelů ve 3. a 4. stupni závislosti. (Zeman, 2015)

Druhým stupněm je komunitní plánování na úrovni jednotlivých měst. Například pro největší město v kraji je v současnosti základním dokumentem Strategický plán rozvoje města Hradec Králové do roku 2030 (Hradec Králové, 2013b), který vznikl jako aktualizace Strategického plánu rozvoje města Hradec Králové do roku 2020 (ibid., s. 5). Jedna z jeho klíčových oblastí Sociální oblast a zdraví obyvatel (ibid., s. 50–55) je nadále rozpracována v materiálu nesoucí název 4. plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb města Hradce Králové na období 2013–2015 (Hradec Králové, 2013a). Plán města si v podstatě klade v oblasti sociálních služeb pro seniory stejné cíle jako strategický plán pro celý kraj. Jde o zajištění dostatečných kapacit terénních a ambulantních služeb (pečovatelská služba, tísňová péče, odlehčovací služby, denní stacionáře, domácí zdravotní péče a domácí hospicová péče), zachování, případné navýšení, kapacit rezidenčních služeb, zaručení nebo dle potřeby vytvoření nových lůžek následné zdravotní péče a podpoření rozvoje aktivizačních programů a klubové činnosti pro seniory (ibid., s. 14–15).

Další města, jež byla dříve okresní, komunitní plány buď nemají vůbec, nebo jsou v nich mnohem stručnější. Jičín v posledním zveřejněném komunitním plánu sociálních služeb (Plán rozvoje služeb na období let 2007–2010 (Vodák, 2006)) deklaruje zachovat a rozšířit kapacity pečovatelských služeb, domovinky pro staré a zdravotně postižené osoby (pečovatelská, ošetrovatelská a sociálně aktivizační služba) a domovů pro seniory na svém správním území (ibid.) Rychnov nad Kněžnou si ve svém Plánu rozvoje sociálních služeb města a regionu Rychnov nad Kněžnou na období let 2010–2013 (Plán rozvoje... 2010) určil jako druhou prioritu podporu setrvání seniorů v jejich přirozeném prostředí a pomoc rodinným pečovatelům

v jejich pracovním zapojení. V dlouhodobější vizi plánuje navýšení kapacity pečovatelské služby v celém regionu a zvážení možnosti vzniku pobytového zařízení pro seniory s neurologickými onemocněními v objektu Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou. (ibid., 22, 25) To Město Náchod v roce 2015 rozhodlo, že ke zpracování komunitního plánu sociálních služeb na příštích deset let teprve dojde (Město Náchod, 2015). V podobné situaci je i Trutnov, který si vytvoření Komunitního plánu sociálních služeb stanovil jako jedno z opatření ve Strategickém plánu rozvoje města Trutnova do roku 2025 (Berman Group, 2015).

I další obce s rozšířenou působností zpracovávají komunitní plány pro rozvoj sociálních služeb, účelem této kapitoly však není přinést podrobný přehled všech komunitních plánů na Královéhradecku, ale spíše nastínit jejich podobu a priority prostřednictvím vybraných zástupců.

### **3.3 Shrnutí kapitoly**

Poslední kapitola teoretické části přiblížila Královéhradecký kraj, na něhož je zaměřeno výzkumné šetření. Vedle několika stručných informací o věkovém složení kraje a kapacit sociálních služeb byl prostor věnován zejména komunitnímu plánování, které by mělo sloužit k vytvoření rozvinuté sítě kvalitních a dostupných sociálních služeb podle potřeb konkrétních cílových skupin. Došlo též k nastínění fází komunitního plánování, jeho vývoji, výsledků a problémů na Královéhradecku, včetně uvedení několika konkrétních komunitních plánů bývalých okresních měst a kraje se zaměřením na deinstitucionalizaci.

Jestliže přání seniorů je setrvat v jejich domovech, komunitní plánování by mělo tyto požadavky zaznamenat, vyjít jim vstříc a tím i podporovat deinstitucionalizaci. Většina komunitních plánů skutečně tyto tendence nějakým, alespoň minimálním, způsobem odráží ve svých cílech a opatřeních. Z toho vyplývá otázka, jaká je z pohledu poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na deinstitucionalizaci role komunitního plánování v deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku.

## II PRAKTICKÁ ČÁST

### 4 Výzkumné šetření

Deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory je velmi komplikovaný a široký proces, u něhož se těžko určuje začátek a konec, a jenž má mnoho aktérů. Všichni z nich určitým způsobem tento jev ovlivňují, ať už se jedná o příznivce či odpůrce. A právě z teoretické části vyplynula otázka, zda je tento proces zainteresovanými osobami opravdu souhlasně přijímán či nikoli, jestli jeho podpora vskutku vychází z přání seniorů setrvat v domácím prostředí a tlaku demografického stárnutí populace nebo jaké jsou jeho nedostatky ve skutečnosti. Ve svém výzkumu se konkrétně zaměřím pouze na Královéhradecký kraj a na poskytovatele sociálních služeb pro seniory, osoby účastníci se komunitního plánování a cenné informace poskytně i expert na tuto problematiku.

#### 4.1 Cíl výzkumu

**Cílem** mého výzkumu je zjistit názory a zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na problematiku deinstitucionalizace sociálních služeb s deinstitucionalizací sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku a s ní souvisejícími aspekty.

Z výzkumného cíle vyplývá i **hlavní výzkumná otázka**: Jaké mají názory a zkušenosti s deinstitucionalizací sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku a s ní souvisejícími aspekty poskytovatelé sociálních služeb pro seniory, účastníci komunitního plánování sociálních služeb a expert na problematiku deinstitucionalizace?

Hlavní výzkumnou otázku jsem rozdělila do čtyř **dílčích výzkumných otázek**:

1. Jaké postoje zastávají poskytovatelé sociálních služeb pro seniory, účastníci komunitního plánování a expert na problematiku deinstitucionalizace k deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku?

2. Jaké překážky a bariéry v deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku vidí poskytovatelé sociálních služeb pro seniory, účastníci komunitního plánování a expert na problematiku deinstitucionalizace?
3. Jaká je z pohledu poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na problematiku deinstitucionalizace role komunitního plánování v deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku?

## 4.2 Metodologie výzkumného šetření

Tato problematika by se dala zkoumat kvantitativní i kvalitativní metodou, já jsem si vybrala přístup **kvalitativní**. Tento diskurz je pro mou problematiku vhodný, jelikož poskytuje nejenom dostatečnou hloubku a podrobnost informací, ale též jistou volnost, pružnost a otevřenost k novým podnětům, na něž můžu v průběhu výzkumu neočekávaně narazit. Také mohu, na rozdíl od kvantitativního výzkumu, získat poznatky nad rámec dostupné literatury nebo mých domněnek a očekávání, což je vzhledem k nevelkému počtu provedených studií v oblasti deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory, velkou předností. (Hendl, 2005, s. 50–53) Kvalitativní přístup je založen na induktivní metodě, která spočívá ve sběru informací, ať už za pomoci pozorování či dotazování, v nichž se poté hledají vzorce či pravidelnosti, ze kterých teprve můžeme vytvářet ucelené obrazy nebo i celé teorie (Disman, 2002, s. 76).

Kvalitativní přístup úzce souvisí s normativně orientovanou metodologií, což znamená, že celá práce se odvíjí od mých hodnot a přesvědčení, stejně jako od hodnot mých respondentů, do výzkumu jsem zapojená a mohu ho tedy, i když neúmyslně, ovlivňovat (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007, s. 144). To lze zmírnit metodou *triangulace*, jež kombinuje více metod a přístupů. Tento koncept umožňuje získat na výzkum více různých náhledů, přidá to výsledkům hloubku a konzistenci. Dobré je porovnání s jinými studii, avšak se mi nepodařilo najít žádné výzkumy o deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku nebo z jiných krajů, proto jsem alespoň v teoretické části provedla pečlivé studium dokumentů (právní normy, veřejněpolitické dokumenty, odborné knihy, práce

a články, české i zahraniční výzkumy a relevantní statistická data), abych měla kvalitně zmapované různé aspekty a oblasti této problematiky. Využila jsem tak především triangulaci zdrojů dat, kdy jsem kvalitativní výzkum zaměřila na aktéry, kteří se ve svém postavení či pohledu na tuto problematiku liší. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 202–204)

Hlavním designem mého výzkumu, na němž je postavená i celá práce, je **případová studie** (Yin, 2003). Ta mi umožňuje do hloubky a zároveň ve své celistvosti a komplexnosti prozkoumat nepříliš probádaný proces deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory na Královehradecku. Tím, že se zaměřuji pouze na jednu oblast či problematiku, budu vycházet z **jednopřípadové studie (single-case study)**. (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007, s. 152) Tato metoda navíc zahrnuje využívání více různých metod sběru dat a dokonce i kombinování kvalitativního a kvantitativního přístupu (Yin, 2003, s. 13–14), což ve svém výzkumu nevyužiji.

Primární data jsem získala pomocí **polostrukurovaných rozhovorů** (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160) (nebo také rozhovor pomocí návodu (Hendl, 2005, s. 174) či chápaní rozhovor (Kaufmann, 2010)). Všechny tyto rozhovory, i přes odlišné názvy, mají stejné základy. Vždy jde o to, že si tazatel či výzkumník předem stanoví oblasti či přímo konkrétně formuluje otázky, na které chce znát odpovědi. Při samotném rozhovoru se poté tazatel ptá na dané otázky a oblasti, ty však nemusí být položeny doslovně či ve stanoveném pořadí. Jestliže to vyplývá ze situace a je to vhodné vzhledem k tématu, je možné nechat komunikačního partnera volně mluvit, pokud se jeho povídání stále vztahuje k dotazované problematice a sám v podstatě odpovídá na námi stanovené body, případně ho můžeme vést požadovaným směrem bez většího důrazu, který by narušil atmosféru rozhovoru. Výzkumník by však měl mít rozhovor ve svých rukou, důležité je též, aby ze strany tazatele bylo cítit zaujetí a empatie vůči dotazovanému a jeho povídání. Tento způsob dotazování umožňuje získat veškeré informace, které chceme, na druhou stranu však dává volnost, respondent se tedy nemusí cítit natolik svázaný a může mluvit otevřeněji, díky čemuž lze získat i užitečné a zajímavé informace, třeba i jiné než jsme očekávali, jak už bylo zmíněno výše u zdůvodnění, proč jsem dala přednost kvalitativnímu přístupu. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 160–163; Hendl, 2005, s. 174; Kaufmann, 2010, s. 52–63)

### 4.3 Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek

Dílčí výzkumné otázky jsem si pro účely kvalitativních polostrukturovaných rozhovorů transformovala do konkrétních tazatelských otázek. Při osobních rozhovorech byly pokládány i další doplňující otázky vyplývající z výpovědí komunikačních partnerů v případech, kdy si to žádal průběh interview a kdy rozprava respondentů přinášela zajímavé a relevantní informace.

Tabulka 1: Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek

<b>Hlavní výzkumná otázka:</b>	
<p>Jaké mají názory a zkušenosti s deinstitucionalizací sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku a s ní souvisejícími aspekty poskytovatelé sociálních služeb pro seniory, účastníci komunitního plánování sociálních služeb a expert na problematiku deinstitucionalizace?</p>	
<b>Dílčí výzkumná otázka (DVO)</b>	<b>Tazatelská otázka (TO)</b>
<p>DVO1: Jaké postoje zastávají poskytovatelé sociálních služeb pro seniory, účastníci komunitního plánování a expert na problematiku deinstitucionalizace k deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku?</p>	<p>TO1: Je podle Vašeho názoru deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory správnou cestou v poskytování péče seniorům?</p>
	<p>TO2: Jaké jsou podle Vás výhody a nevýhody deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory?</p>
	<p>TO3: Jaký je podle Vašeho názoru důvod, proč probíhá deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory?</p>



<p>DVO2: Jaké překážky a bariéry v deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku vidí poskytovatelé sociálních služeb pro seniory, účastníci komunitního plánování a expert na problematiku deinstitucionalizace?</p>	<p>TO4: Jaké překážky a bariéry při restrukturalizaci a humanizaci pobytových sociálních služeb pro seniory se dle Vašeho názoru mohou vyskytovat/vyskytují? S jakými máte osobní zkušenost?</p>
<p>DVO3: Jaká je z pohledu poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na problematiku deinstitucionalizace role komunitního plánování v deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku?</p>	<p>TO5: Jaké překážky a bariéry v rozvoji ambulantních a terénních sociálních služeb pro seniory se dle Vašeho názoru mohou vyskytovat/vyskytují? S jakými máte osobní zkušenost?</p> <p>TO6: Jaká je podle Vašeho názoru role komunitního plánování v deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory? Je něčím pro tuto oblast přínosné?</p>

Zdroj: autorka

#### 4.4 Výzkumný soubor a charakteristika komunikačních partnerů

V případě mé práce jsou výzkumným vzorkem poskytovatelé sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku a osoby účastnící se komunitního plánování na Královéhradecku. Pro hlubší a ucelenější informace je mezi respondenty i expert na problematiku deinstitucionalizace, jehož názory a informace mohou odrážet i zkušenosti jiných osob. Všechny respondenty jsem vybrala dle svého úsudku nebo též záměrným výběrem (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 73). V kategorii poskytovatelů

sociálních služeb pro seniory jsem se snažila o to, aby ve výběrovém souboru byly zastoupeny pobytové, ambulantní i terénní sociální služby. Žádná další specifická kritéria jsem si nestanovila. Šlo mi především o to, abych získala co nejvíce různých názorů či pohledů na deinstitucionalizaci. Velmi také záleželo na tom, jaká byla ochota oslovených jedinců a organizací poskytnout mi rozhovor. Oporou výběru mi byl Registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV (MPSV, 2015a), odkud jsem vybírala jednotlivé poskytovatele. S žádostí o rozhovor jsem se obrátila i na Asociaci poskytovatelů sociálních služeb, která mi však nevyhověla.

Tabulka níže uvádí základní informace o komunikačních partnerech. Uvedené charakteristiky jsou relativně stručné, a to především z důvodu zachování anonymity informantů. Na druhou stranu si myslím, že pro účely této práce není potřeba sdělovat žádné další specifikace.

Tabulka 2: Popis respondentů

Označení respondenta	Typ respondenta	Stručný popis
Respondent A (R_A)	Expert na problematiku deinstitucionalizace	Osoba se dlouhodobě zabývá deinstitucionalizací sociálních služeb, stojí v čele organizace podporující tento trend a má přehled o situaci v Královéhradeckém kraji.
Respondent B (R_B)	Účastník komunitního plánování na úrovni kraje	Osoba se znalostí sociálních služeb a komunitního plánování v Královéhradeckém kraji.
Respondent C (R_C)	Poskytovatel pobytové sociální služby – Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem	Příspěvková organizace kraje, bývalý okres Hradec Králové.

Respondent D (R_D)	Poskytovatel pobytové sociální služby – Domov pro seniory	Příspěvková organizace města, bývalý okres Trutnov.
Respondent E (R_E)	Poskytovatel pobytové sociální služby – Odlehčovací služba	Církevní právnická osoba, bývalý okres Náchod.
Respondent F (R_F)	Poskytovatel ambulanti sociální služby – Denní stacionář	Obecně prospěšná společnost, bývalý okres Hradec Králové.
Respondent G (R_G)	Poskytovatel terénní sociální služby – Pečovatelská služba	Církevní právnická osoba, bývalý okres Hradec Králové.
Respondent H (R_H)	Poskytovatel terénní sociální služby – Pečovatelská služba	Příspěvková organizace města, bývalý okres Rychnov nad Kněžnou.

Zdroj: autorka

#### 4.5 Průběh výzkumu a analýza dat

Data byla sebrána v srpnu 2015 a v únoru 2016. První etapa výzkumu sloužila především ke zmapování situace a testování otázek, druhá poté už jako regulérní výzkum. K oslovení poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na tuto problematiku došlo prostřednictvím elektronické či telefonické komunikace. Rozhovory se 6 respondenty proběhly osobně na jejich pracovišti a v kavárně, trvaly od 20 do 45 minut a byly nahrány na aplikaci diktafon v mobilním telefonu, aby byly zachyceny všechny informace. Relevantní pasáže byly poté doslovně přepsány, vynechány však byly jména osob, organizací či měst. Ostatní rozhovory (R\_D, R\_E) se vzhledem ke geografické

vzdálenosti či pracovnímu vytížení respondentů uskutečnily pouze elektronickou formou, přesněji písemně přes email.<sup>1</sup>

Při analýze dat jsem využila postup, který navrhli Miles a Huberman (Miles, Huberman, 1994) pro analýzu dat případové studie. Získaná data jsem nejdříve segmentovala do jednotlivých bloků podle toho, zda byly pro můj výzkum relevantní či nikoliv. Dále jsem tyto významné segmenty kódovala. Nejprve jsem se zaměřila na rozdělení úseků textu, tedy podle toho, kdo mluvil a o které oblasti apod. V druhé úrovni jsem kódované úseky slučovala podle témat. Z nich jsem nadále vybírala informace, které byly pro můj výzkum podstatné. (Hendl, 2005, s. 228–229) Také by se dalo říci, že analýza mnou získaných dat měla prvky tematické analýzy (Braun, Clarke, 2006), jelikož jsem v doslovných prepisech rozhovorů vyhledávala tematické oblasti a modely, jež se opakovaly u více respondentů. Z nich jsem poté vyvodila svá zjištění a provedla jejich interpretaci.

#### **4.6 Etické otázky a rizika výzkumné strategie**

Každý výzkum s sebou nese i etické otázky, kterými by se výzkumníci měli zabývat a pracovat s nimi. Mezi základní etické principy kvalitativního výzkumu patří důvěrnost, tedy neposkytnutí dat, jež by vedly k identifikaci respondentů, poučený souhlas a zpřístupnění práce účastníkům výzkumu. (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 43–50) V návaznosti na tyto zásady jsem vždy komunikační partnery poučila o předmětu daného výzkumu, účelu našeho rozhovoru, jeho průběhu a dobrovolnosti, což bylo stvrzeno podpisem informovaného souhlasu, který byl ve dvou kopiích, jeden určený pro respondenta a druhý pro mě jako výzkumníka (viz příloha 1). Pro zachování důvěrnosti nejsou v celé práci uvedena jména osob či organizací a dalších indicie, jež by mohly narušit anonymitu účastníků výzkumu. Výsledky práce budou zaslány respondentům, kteří o to projeví zájem.

Uvědomuji si, že i přes všechny výhody, kvůli kterým jsem si kvalitativní metodu zvolila, existují i nedostatky. U kvalitativního přístupu je to především problém generalizace (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007, s. 152), kdy takto málo případů nelze

---

<sup>1</sup> Přepisy osobních rozhovorů a písemné odpovědi respondentů jsou k dispozici na vyžádání.

vztahovat na celou oblast či dokonce na celý proces deinstitucionalizace. To jsem se snažila alespoň částečně odstranit právě využitím konceptu triangulace. I tak si však musíme uvědomit, že se jedná spíše o sondu do problému deinstitucionalizace a rozhodně ne o tvrdá data. Další věc, kterou nelze přejít bez povšimnutí je problém subjektivity (Disman, 2002, s. 293; Hendl, 2005, s. 52). Jak jsem již zmínila výše, celá práce odráží hodnoty mé a mých respondentů, stejně tak je problematické interpretování interpretací někoho jiného, které je však nedílnou součástí všech výzkumů, i když kvalitativní diskurz je k těmto neduhům náchylnější než přístup kvantitativní. Důležité je si všechny tyto rizika uvědomovat, už jenom tím se mi podaří alespoň některé nedostatky eliminovat.

#### **4.7 Popis a interpretace získaných informací dle vytyčených dílčích výzkumných otázek**

V této části textu dojde k popisu a interpretaci získaných a následně zanalyzovaných informací zjištěných prostřednictvím polostrukturovaných kvalitativních rozhovorů s výše uvedenými komunikačními partnery. Pro snadnější orientaci v problému bude kapitola členěna dle jednotlivých dílčích výzkumných otázek, z nichž vyplyne i odpověď na hlavní výzkumnou otázku, resp. dojde k naplnění cíle mého výzkumu, kterým je zjistit názory a zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na problematiku deinstitucionalizace sociálních služeb s deinstitucionalizací sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku a s ní souvisejícími aspekty.

Některá zjištění nelze vztahovat k více dotazovaným, neboť jednotlivé názory a připomínky byly zmíněny spíše ojediněle. Kvůli hloubce zjištění, o kterou mi jde v práci především, jsem je do interpretace však zařadila.

**Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jaké postoje zastávají poskytovatelé sociálních služeb pro seniory, účastníci komunitního plánování a expert na problematiku deinstitucionalizace k deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku?**

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, zda respondenti považují prevenci institucionalizace seniorů pomocí kvalitní sítě ambulantních a terénních sociálních služeb a humanizování současných pobytových zařízení určených této cílové skupině za správnou cestu v poskytování péče seniorům, či jaké v tomto procesu vidí výhody, a nevýhody nebo z jakého důvodu se o deinstitucionalizaci někteří aktéři snaží.

Celkový postoj komunikačních partnerů k deinstitucionalizaci byl u všech shodný. Každý dotazovaný zastává názor, že **setrvání seniora v přirozeném prostředí** je správný způsob péče o tyto osoby. *„Myslím si, že určitě je to správná cesta, že jako ten směr k tomu, že se zvyšuje dostupnost terénních služeb a ambulantních služeb a lidé můžou zůstat doma je krok správným směrem“* (R\_B). *„Tak já vzhledem k tomu, že tady strašně dlouho pracuju v týhle sféře terénních služeb, takže jednoznačně samozřejmě budu vždycky propagovat a prosazovat pobyt seniora v domácím prostředí, protože to má logiku. Na druhou stranu já ani snad nevím, proč se zkoumá tahlecta otázka, jako jestli doma anebo někde jinde, ať se zamyslí každý sám nad sebou, kde by chtěl strávit poslední jako nějakou fázi života, jestli v cizím anonymním prostředí, anebo jestli v tom, kde má tu svoji vlastní roztrhanou prosezenou židli, ale je jeho, a je to jeho domov. Tam prostě ty hluboko zapuštěný kořeny prostě jako asi těžko můžeme nějak přetnout, protože když je přetnem, tak je konec.“* (R\_F) Respondenti R\_C, R\_D, R\_F a R\_H však explicitně vyjádřili, že bez pobytových zařízení se (alespoň v současnosti) nelze obejít a naše společnost není na běžné setrvávání nesoběstačných seniorů v domácím prostředí zcela připravená. Taktéž v humanizování stávajících pobytových sociálních služeb jsou překážky. *„Ale zase už taky jsem změnila ten svůj postoj vůči tomu (pobytovým sociálním službám - pozn. autorky), že už vím, ano někdy to je potřeba, a jsou opravdu i případy, kdy ten klient zvolí tohleto a určitě je to tak dobře...“* (R\_H) *„Takže určitě je mu dobře doma, ale myslím, že to ještě furt nejde a ta společnost na to prostě není připravená“* (R\_C). *„Ano (je to správná cesta – pozn. autorky), ovšem je třeba myslet*

*na to, že teorie a praxe se bohužel nemusí vždy scházet. Je třeba podchytit detaily (myslet na vše).“ (R\_D) Expert na deinstitucionalizaci upozornil i na odlišnost situace osob s demencí, u kterých je vyžadována v jistých ohledech jiná a mnohdy i náročnější péče než u „klasických“ seniorů, jež potřebují pomoci se sebeobsluhou. „Myslím si, že do tý naší diskuze je to ještě jako jinej rozměr trošku k tomu celýmu, co my jsme si tady říkali, jako taková zjednodušeně řečeno péče o toho běžného seniora, kterej potřebuje nějak pomoc tak, jak na to byl ten systém do ted'ka zvyklej, a potom jako ty lidi, který prostě trpěj tou demencí“ (R\_A). Nutnost rezidenčních zařízení z důvodu velké náročnosti a komplikovanosti péče u seniorů s diagnózou některého typu demence zmínil i komunikační partner R\_G. „...pak se přidávaj s tím věkem jakoby hodně demence a alzheimer, parkinson a tyhle věci, který jsou ted'ka čím dál častější, a to prostě do určité míry je schopno jakoby terénní služba zvládnout, ale pak jakmile to překročí nějakou jakoby hranu, která není jakoby pevně uchopitelná, v tu chvíli tam je ten ústav nezbytný“ (R\_G).*

**Výhody deinstitucionalizace** sociálních služeb pro seniory lze podle výpovědí informantů rozdělit do dvou základních kategorií. Nejčastěji respondenti hovořili o přínosu pro samotného seniora. Individualizování péče dle konkrétních potřeb seniorů, případná restrukturalizace ústavních zařízení tak, aby se co nejvíce blížila domácímu prostředí jejich uživatelů, podle respondentů pomáhá cítit se seniorům lépe. Větší pozornost komunikačních partnerů však byla zaměřena na přínos setrvání seniora v jeho domácím prostředí, které má dle nich jednoznačně pozitivní vliv na jeho fyzický i psychický stav, napomáhá k zachování sociálních vazeb a rolí, přispívá k aktivizaci seniora, nutí ho organizovat si sám věci a dává mu možnost volby. *„Myslím si, že v zásadě platí to, že to přirozené prostředí samozřejmě stimuluje ty lidi v tom, aby udržovali se co nejvíc jakoby ve schopném stavu, podporuje to nějakou jejich sebeobslužnost, soběstačnost, i to, že zkrátka dobře se snaží žít tím životem, který žili předtím, a nejsou přesazeni do nějakýho cizího prostředí“ (R\_B). Oproti tomu odchod do pobytové sociální služby může člověku uškodit a jeho zdravotní stav i sociální status se velmi často značně zhorší. „Nepochybně mnoho i studií z dřívější doby bylo o tom, že přesazení jako stromu nekončí dobře. My máme tyhle zkušenosti třeba i při odchodu do domova důchodců z našeho denního stacionáře, že prostě během krátké doby ty lidi umíraj.*

*A my žasnem proč? Protože u nás jako to bylo, klient, kterej byl bezvadnej, kterej jako se ještě částečně o sebe uměl postarat, spolupracoval s náma velice dobře. (...) ...ten člověk tam ztratí absolutní kvalitu života...“ (R\_F)*

Podstatné jsou též zkušenosti respondentů o přání seniorů zůstat ve své domácnosti, které odráží výsledky výzkumů zmíněných v teoretické části. Velká část seniorů podle nich volí ústavní zařízení především kvůli tomu, aby neobtěžovali své rodiny, v některých případech dokonce rodina rozhoduje přímo za seniora. V tomto smyslu můžeme za výhodu deinstitucionalizace považovat též respektování přání seniorů. *„Už jste někdy viděla člověka, kterej by chtěl do důchod'áku? (...) ...a když to ti senioři říkaj, že teda chtěj, tak většinou je to v rovině ‚já nechci zatěžovat rodinu‘, to není otázka toho, že chtějí jít, žít tady na Nový Hradec mezi 350 prostě dalších jako, jo, v podstatě nemocničního prostředí, ale je to otázka, že nechtěj bejt přítěží pro svoji rodinu...“ (R\_A) „...jeho (seniorova – pozn. autorky) vůle tady v této situaci jako je podřadná, protože většinou o tom rozhodne rodina. Rozhodování rodiny je fenomén, kterej nikde není popsanej a je obrovskej.“ (R\_F)* Nezbytné je však zmínit, že ne všichni senioři šli do rezidenčního zařízení proti své vůli či svému přání a jsou zde spokojeni, jak dokládá i příklad poskytovatele pobytové sociální služby, *„...třeba jeden pán: ‚Já bych mohl bejt doma, ale byl jsem tam prostě smutnej, byl jsem tam sám, nikdo na mě nepromluvil, mně se tady líbí‘...“ (R\_C)*

Do druhé kategorie výhod spadají systémové otázky této problematiky. Deinstitucionalizace ve formě podpory komunitních služeb umožňuje reagovat na demografické stárnutí populace, které s sebou nese vyšší počet závislých osob, mnohem lépe než pobytová zařízení. Snadněji se navyšují kapacity terénních a ambulantních sociálních služeb oproti např. stavbě nových budov. Otázka také je, jaká bude jednou podoba měst či celých regionů, pokud budeme navyšování počtu potřebných seniorů řešit rezidenčními službami. *„...když na to (demografické stárnutí – pozn. autorky) budeme reagovat jako tou ústavní péčí, jak si jako ty lidi představujou, že to bude vypadat za pár let... (...) ...tady vybudujeme ústavy třeba pro milion lidí jako? A teď tam budou jako žít ty senioři? Prostě to je neudržitelnej koncept. To je naprosto neudržitelnej koncept to, že se o seniory budeme starat jako primárně tímhle způsobem.“ (R\_A)* V neposlední řadě se péče zajištěná komunitními



službami jeví jako levnější varianta, jak se o závislé seniory postarat, zejména díky podpoře rodiny, jež v těchto případech hraje důležitou úlohu a mnohdy nese značnou část či dokonce celou péči na svých bedrech. Její podpora a výpomoc seniorovi je někdy nezbytná pro setrvání těchto osob v jejich přirozeném prostředí, a to i v případech, kdy senior využívá terénní či ambulantní sociální služby. „...s ohledem na nějaký vývoj stárnutí populace je potřeba ten systém nastavit tak, aby byl dlouhodobě udržitelný, a samozřejmě deinstitucionalizace nebo podpora takového toho poskytování těch služeb v přirozeném prostředí přináší obrovskou výhodu v tom, že je tam určitá synergie, spolupráce rodiny a ty profesionální sociální služby, takže díky tomu v podstatě ta potřeba tý sociální služby je mnohem menší než v případě těch pobytových služeb... (...) ...a samozřejmě nárůst větší individualizace péče je samozřejmě je mnohem finančně náročnější v té pobytové službě než v kombinaci rodina a sociální služba.“ (R\_B)

Z poslední zmiňované výhody se může velmi snadno stát též **nevýhoda deinstitucionalizace**, neboť péče o seniora může být pro rodinu zatěžující, často ji nelze sladit se zaměstnáním a v dnešní individualizované společnosti, kde primární roli hrají peníze a úspěch, není obvyklé a snadné o nesoběstačného seniora pečovat. „...součinnost s rodinou je jedna ze stěžejních věcí, i když jako už máme ty zkušenosti, že prostě ne vždycky to prostě jde. Často teďka ty rodiny jsou takový, jaký jsou, hodně vytiženost, ať už děti, vnoučat, myslím tím pracovní, ale pak jakoby i svými rodinami, a neříkám, že ten senior je jakoby zatěžující, nicméně prostě není to zvykem...“ (R\_G) „...naše doba je byznysová a výkonová a zaměřená opravdu na prachy a tak... morální vztah dětí ke svým rodičům se dá jako totálně zdevastovat penězma, totálně“ (R\_F). V tom případě je nutné celou péči zajistit pouze pomocí terénních a ambulantních sociálních služeb, které ovšem v takovém rozsahu jsou stejně, v některých případech i více, finančně nákladné jako pobytové sociální služby, na čemž se shodli respondenti R\_B a R\_G. „...pokud ten uživatel v tom terénu potom potřebuje víc než 3 až 4 hodiny péče denně, tak se zase dostáváme do toho, že ta terénní péče jaksi ta její ekonomická výhodnost se stává jakoby nevýhodou...“ (R\_B)

Za další nevýhodu deinstitucionalizace lze považovat i riziko přetěžování neformálních pečovatелů, kdy jim nejsou poskytnuty dostupné komunitní služby či alespoň morální ocenění jejich těžké práce. Poskytování ambulantních a zejména terénních sociálních služeb je podle komunikačních partnerů R\_A, R\_B, R\_G a R\_H značně náročnější a klade větší nároky na dovednosti, zkušenosti a profesionalitu terénních pracovníků, jelikož si musí umět poradit v každé situaci a ve všech podmínkách. Dle názoru experta jsou ambulantní a terénní sociální služby, a s tím i jejich uživatelé, více zranitelné vůči omezování výdajů na sociální sféru, čímž je snižována jistota a určitá bezpečnost seniorů využívajících tuto formu služeb „...to, co se jí, vlastně i v zahraničí, vytýká samozřejmě jako nejvíc je, že činí v konečném důsledku ty uživatele zranitelnější, protože ty méně koncentrované služby se prostě líp jako omezují, což je bohužel teďka jako dobře vidět prostě v Británii, kde za poslední dobu jako velice osekali výdaje na sociální služby, a je něco jiného, když se jen tak jako někde zruší, prostě nevím, tři pečovatelky nebo jedno chráněný bydlení nebo nějaký stacionář, toho si těžko někdo všimne v podstatě. A něco jiného je zrušit domov důchodů nebo jakoukoliv jinou velkou instituci o více lůžkách, to už je prostě významnej prvek, že to budí velkou pozornost...“ (R\_A) Někteří respondenti též poukazovali na to, že ne pro všechny seniory je péče v jeho domácnosti nejvhodnější způsob, jak se o tohoto člověka starat, především s ohledem na jeho zdravotní stav nebo nepřístupnost terénu či velkou vzdálenost seniorova bydliště od „zázemí“ komunitních služeb.

**Důvody**, proč **deinstitucionalizace** (nejen) na Královéhradecku probíhá, se u jednotlivých komunikačních partnerů lišily. Větší část respondentů tento proces vnímá jako reakci na přání seniorů setrvat v jejich přirozeném prostředí či jako vývoj přístupu společnosti ke starým osobám, ke kvalitě jejich péče a svobodě volby, kde chtějí tito lidé své stáří strávit. „...to souvisí s nějakým vývojem společnosti, i s přístupem k těm lidem, v souvislosti i s těma právy jejich, ten člověk má vždycky volbu, vždycky se může rozhodnout... (...) ...možná to bylo jako ekonomicky spočítaný jakoby z té druhé strany, určitě taky, ale pro mě tam prioritu hraje asi ten přístup k tomu člověku, k těm jeho potřebám...“ (R\_H) Účastník komunitního plánování na úrovni kraje ovšem upozornil, že celý proces sice může vycházet z přání a potřeb seniorů, ale konkrétní kroky jsou iniciovány hlavně ze strany „výše“

postavených aktérů. Roli v tom může hrát jednak určitá, i když spekulativní, ekonomická výhodnost komunitních služeb, zejména však ideály humánnosti i špatně nastavená nabídka ambulantních a terénních služeb, která zatím zcela neodpovídá potřebám cílové skupiny. „...to jde spíš ze shora než zespoda, protože ten systém sociálních služeb trošku neumí respektovat potřeby těch lidí nebo respektive neumíme je zjišťovat, a i jakoby ty sociální služby někdy nedostatečně reagují na ty potřeby... (...) ...čím víc se terénní služby poskytují, tím více se po nich formuje poptávka, takže ten tlak jaksi čím dál tím víc půjde zespoda, protože prostě ta poptávka bude čím dál tím větší.“ (R\_B) Respondent R\_C vidí deinstitucionalizaci spíše jako moderní trend, který do naší země přišel ze zahraničí. V tomto s ním souhlasí i komunikační partner R\_D, který ještě doplnil, že pozornost ke komunitním službám může být obrácena též z důvodu nedostatku lůžek v domovech pro seniory.

Respondenti též mluvili, ať už samovolně či díky mým doplňujícím dotazům, které vyplývaly z hovoru, i nad rámec definovaných tazatelských otázek z předešlé kapitoly. Jednalo se zejména o informace o kapacitách jednotlivých služeb či podobě a fungování rezidenčních zařízení. Tyto zjištěné poznatky a názory jsou k tématu deinstitucionalizace a konkrétně svým smyslem k této dílčí výzkumné otázce relevantní, proto jsem se rozhodla je sem taktéž zařadit.

Polovina komunikačních partnerů vyslovila názor, že je nedostatek lůžek v pobytových sociálních službách, především pro osoby s demencí. „Kapacita není dostatečná – mnoho žadatelů, málo míst“ (R\_D). Expert na problematiku deinstitucionalizace však tomuto názoru oponuje, neboť prý lidé na dlouhých poradnicích obvykle ani nastoupit do zařízení nechtějí nebo mají žádost podanou do více pobytových služeb. „Jedna věc je, což teda většinou říkají i ty, který trousej tyhle čísla, že to vlastně nemá žádnou hodnotu, protože za prvý tam ty lidi ani nechtěj, mají to tam tzv. pro jistotu, za druhý to mají podaný do dvaceti různých, protože bůhví, kde se chytanou jako a tak. Takže když to přesejete, tak vlastně zjistíte, že jako tam nechce skoro nikdo jako reálně, aktuálně.“ (R\_A) Respondent R\_B zase poznamenal, že kapacita je z hlediska systému dostatečná, neboť část lůžek je obsazená osobami s druhým nebo dokonce prvním stupněm závislosti. Na druhou stranu nevyklučuje vzhledem ke stárnutí populace ani navýšení kapacity v této formě

služby. „...z hlediska systému je relativně lůžek dostatek, z hlediska člověka si myslím, že je to velmi jako, že asi jako někomu vyprávět, kdo tři čtvrtě roku musí řešit jako situaci nouzově, že jich je dostatek... Ale jinak si jako myslím, že v zásadě vývoj by měl směřovat k tomu: růst služby terénní, ale myslím si, že s ohledem na demografický vývoj se nevyhneme tomu, že jisté doplnění lůžek, zejména v některých regionech bude potřeba udělat.“ (R\_B)

K individualizování péče prostřednictvím např. navyšování personálu, úpravě prostředí ústavních zařízení a celkově k humanizaci pobytových sociálních služeb podle dotazovaných dochází. „Ve většině (zařízení – pozn. autorky) se situace zlepšila velmi výrazně.“ (R\_E). Nýbrž k přirozenému prostředí seniora to má stále daleko. „...nikdy to domov nebude. Nikdy ne.“ (R\_F)

Současné kapacity ambulantních a terénních sociálních služeb jsou podle většiny respondentů vzhledem k jejich poptávce dostatečné. S jejich stanoviskem se neztotožňuje informant R\_B. Podle něj sice nabídka komunitních služeb postačuje poptávce, nikoli ovšem skutečným potřebám seniorů. „Neexistuje žádná neuspokojená poptávka, to je jako potřeba říct, nicméně jestli jich je dostatek, myslím si, že ne... (...) ...máme ještě velký rezervy hlavně v některých regionech v tom udělat kvalitní nabídku tak, aby byly uspokojeny potřeby, nikoli jen poptávka, aby poptávka mohla se formovat podle potřeb, jo, to je jako velký úskalí.“ (R\_B) Kapacitní problémy mohou nastat ve večerních hodinách nebo o víkendech, kdy je potíží tyto služby personálně zajistit. „...jsme hlavně naráželi odpolední, večerní péče a víkendové. Tu péči prostě potřebují a moje kapacita nestačila a ty ostatní (služby – pozn. autorky) říkali v podstatě to samé no...“ (R\_G) S přihlédnutím k budoucímu předpokládanému vývoji však bude dle některých respondentů nutné jejich kapacity navyšovat.

### **Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 1**

Všichni respondenti považují deinstitucionalizaci, tedy primárně setrvání nesoběstačných seniorů v jejich přirozeném prostředí, případné humanizování stávajících pobytových služeb, za správnou cestu v péči o staré osoby. Většina z nich

však stále považuje ústavní zařízení za nezbytná vzhledem k nepřipravenosti naší společnosti nebo zdravotnímu stavu některých seniorů, zejména těch trpících různými druhy demence. Mezi výhody deinstitucionalizace sociálních služeb řadili komunikační partneři obzvláště pozitivní vliv domácího prostředí na člověka, dále také reflektování přání seniorů zůstat ve svém domově, pružnější reagování na demografické stárnutí populace a ekonomickou výhodnost ambulantních a terénních sociálních služeb oproti službám pobytovým, pouze však do jisté míry. Oproti tomu nevýhodou tohoto procesu může být vedle finanční zátěže, též neoceňování nebo přetěžování neformálních pečovateli a zranitelnost komunitních služeb vůči rozpočtovým škrtnům. Deinstitucionalizace probíhá, jelikož odráží přání a potřeby jednotlivých seniorů, podle jiných se jedná spíše o moderní trend. Důležitá je též poznámka účastníka komunitního plánování na úrovni kraje, že celý proces je podněcován především ze shora, a ne od samotných uživatelů služeb. Důraz na individuální péči v pobytových zařízeních a celkové tamní prostředí se za poslední léta mnohem zlepšilo, avšak stále jsou zde velké mezery. Názory respondentů na kapacity sociálních služeb se lišily, ale velká část z nich se shodla na tom, že lůžek v rezidenčních zařízeních je nedostatek a kapacity komunitních služeb nestačí zejména ve večerních hodinách a o víkendech.

## **Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaké překážky a bariéry v deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku vidí poskytovatelé sociálních služeb pro seniory, účastníci komunitního plánování a expert na problematiku deinstitucionalizace?**

Překážky bránící deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory lze členit na dvě skupiny. Komunikační partneři nejprve hovořili **o problémech**, jež mohou nastat, a vskutku nastávají, **při restrukturalizaci a humanizaci pobytových sociálních služeb** pro seniory na Královéhradecku. Nejčastěji se v jejich výpovědích jako úskalí jeví ekonomická stránka. Vyšší finanční částky by umožnily zlepšit prostory rezidenčních zařízení ze stavební podstaty i materiálním vybavením a zvýšit počet personálu, čímž by mohla být každému uživateli poskytována kvalitnější, individuálnější péče ve větším rozsahu. „*Je to otázka financí*“ (R\_B). „*Tak my se*

*snazíme tady tu péči individualizovat. (...) ...ale třeba narážíme na to, že nám chybí personál... (...) ...a pak jako ty holky v tý přímý péči tý práce maj hrozně moc, a i kdyby to chtěly dělat individuálně, tak to nemůžou prostě stihnout.“ (R\_C) Další bariéru vidí respondenti i v neochotě personálu a někdy též vedení. „No ona každá změna je těžká, každá změna jako svým způsobem bolí a třeba oni to můžou mít tak, že to obnáší pro ně víc práce...“ (R\_C) Potíží je i neustálé setrvávání pobytových služeb v tradičních, mnohdy velmi starých a nevyhovujících budovách, jakákoliv změna se v takovém případě setkává s nelibostí okolí. „...to lpění si tady na těch věcech jako tradičních, vůbec jako obava ze změny, lpění si na těch budovách, přestože jsou naprosto nevyhovující a je někdy smutný, že do různých budov se investuje, ať jsou to archivy, věci nebo muzea a podobný záležitosti, ale prostě investice, že byste řekli, že postavíte nověj důchodák a opustíte ten starej, tak je to prostě nepředstavitelný, jo, tak to trošku možná jako v tomhle brání jaksi tý humanizaci...“ (R\_B) Podle experta na deinstitucionalizaci je překážka také v tom, že pobytové služby se zaměřují více na materiální stránku a opomíjí, že s příchodem do ústavního zařízení zanikají sociální role a vazby seniora, čímž ztrácí podstatnou část své vlastní osobnosti. „...je tam jako ten klíčovej prvek toho, že ten ústav toho člověka připraví o ty sociální role a vazby... (...) ...pracovat se sociálníma rolema a sociálníma vazbama těch uživatelů, zabejvat se tím, co ten člověk pil, než přišel do toho ústavu, jak fungoval, a jak já to můžu udělat, aby mu tydlety věci zůstaly zachovaný. (...) A že by to měl bejt jako jeden z klíčovejch cílů tý péče tam...“ (R\_A)*

Druhou skupinou **překážek** jsou ty, které brání rozvoji **ambulantních a terénních sociálních služeb** pro seniory na Královéhradecku. Všichni respondenti označili jako problematickou finanční otázku. Jedni v tom smyslu, že větší ekonomická podpora od různých aktérů by pomohla nárůstu personálu a těchto služeb celkově. Druzí spíše poukazovali na to, že služby komunitního typu jsou pro své uživatele dražší nežli pobyt v rezidenčním zařízení. „...určitě nejsou finančně dostupný... (...) Tam si (senioři – pozn. autorky) zaplatí jakoby plno a ty služby, ty úkony jsou prostě hrozně, hrozně moc drahý.“ (R\_C) To může vést ke snížené poptávce po této formě služeb, čímž se brzdí i jejich rozvoj.

Někteří z komunikačních partnerů se pozastavovali i nad překážkami legislativního charakteru. V návaznosti na ekonomické hledisko jeden z informantů zmiňoval nejistotu financování komunitních služeb v důsledku přijetí zákona o sociálních službách a zavedení příspěvku na péči. Expert na deinstitucionalizaci dokonce hovořil o diskriminaci uživatelů ambulantních a terénních sociálních služeb, jelikož pobytová zařízení mají stanovenou částku, která musí seniorovi zbýt po zaplacení této služby, kdežto sazby komunitních služeb jsou stanoveny hodinově. Větší rozsah poskytované péče tak může být pro uživatele terénní či ambulantní služby velmi nákladný, někdy i nad jeho možnosti, proto senior často raději volí službu pobytovou, což dokládá i citace jednoho z respondentů. „...*ty klienti říkají, že by chtěli být doma, ale že by na to doma neměli peníze a tady (v domově pro seniory – pozn. autorky) my ty finance jakoby neřešíme, nebo neřešíme, není to pro nás vlastně kritérium, takže pak jdou prostě sem...*“ (R\_C) Poskytovatel pečovatelské služby vyslovil i pochyby nad legislativním řešením svéprávnosti seniorů. Tento institut je stále nedostatečně ustanoven v zákoně a vzhledem k jeho citlivé povaze je to problematické téma. „*Většina z nich (seniorů – pozn. autorky) totiž je svéprávná, i když na první pohled je vidět, že už je to tam špatně v té hlavě, ať už ta demence je nějakým způsobem diagnostikovaná lékařem nebo ne, a je potřeba s tím pracovat. Nicméně všichni se dost boje jakoby něco takového, jednak podat ten návrh, jednak pak to rozhodnutí trvá dlouho a jsou tam psychiatrické vyšetření a všechny tyhle věci, to je všechno na dlouhý lokte...*“ (R\_G) Otázka svéprávnosti se dozajista promítá i do pobytových sociálních služeb.

Jednou z bariér v rozvoji ambulantních a terénních sociálních služeb je odcházení seniorů, jejichž stav to nevyžaduje, do pobytových zařízení. Skoro všichni komunikační partneři se domnívají, že senioři a jejich blízcí mají dobrou znalost o pobytových sociálních službách v jejich okolí, ale informovanost o alternativě v podobě komunitních služeb je na nízké úrovni. To může být jedním z faktorů, proč senioři stále volí ústavní zařízení. „...*ta informovanost je fakt jako velkej problém. Je to fakt to tradiční vnímání, jako vím, že to někdo takhle řešil...*“ (R\_B) Nedostatek informací o komunitních službách mají dle zkušeností informantů též lékaři. „...*mě zklamalo, že ty praktický doktoři prostě ty informace nemají a těm klientům je nedávají, protože sami kolikrát nevědí*“ (R\_C). Ti navíc doporučují seniorům

pobytová zařízení, ať už sociálního či zdravotního charakteru, důvěra k lékařům je navíc všeobecně silná, jak dokládá i zkušenost poskytovatele pečovatelské služby. „...třeba se dostáváme někdy do konfrontace s ošetřujícími a praktickými lékaři, anebo s lékaři v nemocnicích, kteří právě jakoby těm rodinám a těm našim klientům nebo potencionálním klientům tvrdí to ne. To potřebujete tu 24hodinovou péči. Tohle nejde. A kolikrát my to tak vidíme, že by to šlo, jo, úplně, a ne, prostě jakoby přesvědčej tu rodinu a ten vlastně zájemce odchází do domova pro seniory, byť my si myslíme, že by nemusel...“ (R\_H)

Senioři jsou často přijímáni do pobytových služeb, i když jejich nesoběstačnost ještě není na úrovni toho, že by byly vhodnými k užívání rezidenčních zařízení. To je dle účastníka komunitního plánování na úrovni kraje způsobeno zejména nedostatečnou sociální prací v domovech pro seniory či v domovech se zvláštním režimem. „...velkým úskalím je samozřejmě to, pokud pobytové služby přijímají klienty, kteří v uvozovkách v pobytové službě trošku nemaj, co dělat, to znamená není tam úplně jako závislost, nepracují s tím, jestli skutečně ten člověk jako vyčerpall všechny možnosti. To si myslím, že je jedna věc, že prostě tu sociální práci nedělaj...“ (R\_B)

Celkově pozice poskytovatelů pobytových sociálních služeb je velmi silná a neotřesitelná. „...vlastností těch ústavních služeb tak, jak jsou prostě velký a tradiční a tak, no tak prostě hrajou významnou roli v tý společnosti, ať už lokálně, kdy je poměrně jako honosný v leckterým tom regionálním kontextu bejt ředitel takhle velkého zařízení... (...) ...to je vlastně významná společenská role v tom mikro nějakým regionu, dejme tomu, no a pak maj samozřejmě velmi významnou prostě asociaci na tý celonárodní úrovni, která zastupuje velmi dobře jejich zájmy, no, což ty komunitní služby jako nemaj...“ (R\_A) Naše společnost si zakládá na tradičních institucích, automaticky předpokládá, že je o seniory v pobytových zařízeních dobře postaráno, nikdo se ve velkém rozsahu ani nesnaží zjišťovat skutečnou kvalitu tamní péče. A mechanismy kontroly nejsou podle experta dostatečně rozvinuté a relevantní aktéři nemají účinné prostředky k potrestání špatné péče. „Oni ty lidi na jednu stranu viděj to, že pečovatelky můžou od 8 do 5, protože pak jako už na to nejsou prachy, aby zajistili noční, takže to je vlastně pro tu rodinu náročný, že stacionář je takovej nebo onakej, stojí to peníze... Jo, jako tam ty negativa vlastně napřímo zažívaj, kdežto v tý ústavní péči prostě vezmete to, co je a ono to tak je, senior se tam jako



*umístí a je tam. A teď se jako předpokládá, že tam je o něj dobře postaráno a ten vnějšíkový dojem takovej vlatně jako je. Když se člověk vlastně začne zabývat tím (...) kolik maj skutečně na to, aby třeba udržovali hygienu, kolik jako vycházky, jednou za měsíc na půl hodiny, protože prostě toho jako víc nezvládnou personálně, že jo. A tohle se vlastně jako neví, takže to nenarušuje tu báječnou představu o tom, jak jsou ty ústavy super.“ (R\_A)*

Problematickým místem může být i spolupráce obcí a kraje, spolupodílení se na financování sociálních služeb, taktéž neprostupnost „trhu“ pro příchod nových poskytovatelů, čímž může stávajícím sociálním službám chybět i jistá motivace své aktivity zkvalitňovat, a resortní roztržitost služeb, kdy je nezbytné sladit spolučinnost sociální a zdravotní služby v domácnosti seniora. „...je tam jako potřeba i tý zdravotní péče a většinou jakoby to selhávalo na tomhle tom, že potom už nepostačovalo to, že dojíždí třeba jenom dvakrát denně, jo... Jsme se dostávali do problémů, že se ucpala permanentní cévka, a teď co? Tak jsme volali tu domácí péči: 'Ne, musí pán do nemocnice.' Tak jsme museli volat sanitku a ten imobilní klient kvůli tomu, aby propláchli cévku, musel do Rychnova a zpátky, jednou týdně, dvakrát týdně a pak vy už zvažujete, jestli tohle je dobrý prostě, jo... (...) ...určitě to jde, ale musí to bejt dobře jakoby promyšlený, nastartovaný, domluvený všechno, hlavně s těma návaznejma službama.“ (R\_H)

**Překážkou setrvání seniorů v jejich domácnosti** je též nevhodné bydlení. Bylo by žádoucí přizpůsobit (nejen vnitřní) prostředí potřebám a možnostem starých lidí, tedy bezbariérové byty, výtahy či moderní technologie, aby zde závislé osoby mohli žít mnohem déle. „...jednoho dne bude muset (...) někdo jako přestat říkat, že je málo malometrážních bytů pro seniory, tudíž potřebujeme stavět jako domy s pečovatelskou službou, a začít se zabývat tím, co teda udělat s těma bytama, aby jich bylo dost...“ (R\_A) Úskalím procesu deinstitucionalizace je podle většiny komunikačních partnerů také nedostatečná podpora neformálních pečovatелů, kteří hrají klíčovou roli v tom, aby jejich nesoběstačný blízký nemusel odejít do pobytového zařízení. „...stát by měl smeknout klobouk hluboko před lidmi, který pečují o své nemocné. Smeknout by měl, a on to nedělá. On naopak ještě jako hází klacky pod nohy a tak různě. I kolikrát by stačilo to morální ocenění, jo...“ (R\_F).

## **Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 2**

Překážkou v humanizování pobytových sociálních služeb je zejména nedostatek finančních prostředků, lpění si na tradičních, byť často nevyhovujících, zastaralých budovách a nepracování s původními sociálními rolemi a vazbami seniorů tak, aby byla jejich identita po příchodu do zařízení zachována co nejvíce.

V rozvoji ambulantních a terénních sociálních služeb jsou problémem taktéž finance. Ty by mohly plynout na zvyšování počtu personálu a vzniku nových služeb nebo na snížení ekonomického břemene pro jejich uživatele, pro něž je v současnosti vyšší objem péče poměrně drahý. Problém respondenti též spatřovali v nerovném nastavení legislativy pro pobytové a komunitní služby, díky čemuž jsou klienti ústavních zařízení ochráněni před výši nákladů na rozdíl od uživatelů např. pečovatelské služby. Mezerou v zákonu jeden z informantů označil i řešení svéprávnosti seniorů.

Častou potíží deinstitucionalizace je, že senioři odcházejí do rezidenčních zařízení, ačkoli nejsou ještě natolik závislí, aby tuto službu potřebovali. Jedním z důvodů, proč tomu tak je, může být také neinformovanost starých lidí a jejich blízkých o službách komunitního typu. Ta je i na straně lékařů, jež jsou často první, kdo seniorům radí, jak si v daných situacích poradit. Jako další příčiny označili komunikační partneři nedostatečnou sociální práci v ústavních zařízeních, silnou pozici pobytových sociálních služeb, tradicionalismus ve vybírání služby či nezjišťování a nezpochybňování kvality péče v rezidenčních zařízeních. Problémy mohou nastat při spolupráci kraje a obcí i jednotlivých navazujících služeb, které spadají do jiných resortů. Do budoucna je důležité řešit také vybavenost a přizpůsobivost prostředí na podmínky seniorů a podporu neformálních pečovatelů.

**Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jaká je z pohledu poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na problematiku deinstitucionalizace role komunitního plánování v deinstitucionalizaci sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku?**

Všichni respondenti si myslí, že komunitní plánování má potenciál být dobrým nástrojem pro zjišťování potřeb seniorů, vzájemnou komunikaci, spolupráci a kvalitní nastavení sociálních služeb podle požadavků cílových skupin. „...*jak říkám úzká spolupráce, aspoň v rámci komunitního plánování, nějakých kontaktů (...)* *My si přehazujeme klienty, když už ta kapacita nestačí, a nějak se doplňujem a o ty klienty se i dělíme a sdílíme i nějaký informace, který jsou nezbytný pro fungování.*“ (R\_G) Reálný přínos do praxe má však komunitní plánování pouze dle dvou informantů, kdy tento prostředek pomáhá zkvalitňovat síť sociálních služeb, rozvíjet služby komunitního typu a podporuje návaznost jednotlivých služeb. „*Já si myslím, že tady k tomu dochází (k reálným dopadům, pozn. autorky) ... (...) ...já si myslím, že tady to jako funguje, tohleto...*“ (R\_H) „...*záměrem tý pracovní skupiny je jedinec, jeho potřeby, terénní služby, ambulantní služby, návazný služby, tím myslím i třeba služby jako nebo projekty, to už jsou spíš takový projekty, který se týkaj třeba využití volného času těch seniorů, třeba i spolupráce s knihovnou, je to v podstatě jako dokonale zasítovaný, jo, takže i ta prostupnost je tam zřejmá od té domácnosti až přes ambulantní služby, přes služby třeba hospicový, přes služby odlehčovací, přes služby distanční, hlasový schránky... (...) ...takže tohleto zasítování, jak sociálních, zdravotních, tak návazných služeb v rámci toho komunitního plánování je naprosto super.*“ (R\_F)

Ostatní komunikační partneři jsou k tomuto nástroji více skeptičtí. Účastník komunitního plánování na úrovni kraje zastává názor, že celému procesu chybí garant, jenž by komunitní plánování někam směřoval a dohlížel na něj, často je totiž prováděno spíše formálně, tedy nezjišťují se skutečné potřeby seniorů. Zadavatelé se mohou dostávat do střetu, jelikož by měli vycházet vstříc uživatelům, avšak zároveň služby financují a chtějí mít náklady co nejmenší. „...*zjišťování potřeb kromě toho, že je velmi složitý, tak je dělaný už a priori formálně, často i tak, aby se nezjistilo, že nějaká potřeba je. To znamená, že ty obce a my vůbec nevíme o představách těch*

*lidi, velmi často tam projektují představy ty poskytovatelé... (...) Je tam v tom procesu nízká role zadavatele toho, kdo by měl vlastně ve střetu zájmů prosazovat ty lidi. Je tam ten střet zase, že zadavatel to má platit, čili se snaží zase jako ušetřit, takže jako v tomhle ty střety jako fungují, myslím si, že když se to dělá dobře a skutečně se ty lidi poslouchaj nebo se dobře vyhodnocujou data z těch služeb, tak si myslím, že jako ten proces může pomoci, protože, když je to dobře použitý, tak to může být dobrý komunikační nástroj i směrem jaksi k těm, který rozhodují...“ (R\_B)*

Jeden z respondentů zase hovořil o tom, že záměr komunitního plánování je dobrý, ale v současnosti nic výjimečného a přínosného nepřináší, nevidí zde žádnou jeho účinnost. *„Když se to zavádělo, tak to bylo jakoby hrozně zajímavé, tvořilo se, přemýšlelo se, teď je to taková věc, která se udržuje, protože je to aspoň jeden z mála způsobů jak to politikům jakoby říct, co děláme, co potřebujeme a kam by se to potřebovalo nasměrovat... (...) Efektivní to úplně není podle mě, ale znám města, kde jsou na tom hůř. Všichni dělaj komunitní plánování, ale...“ (R\_G).*

Poskytovatel pobytové sociální služby celé komunitní plánování považuje za zcela zbytečné. Podle něj se zde neřeší nic zásadního, nemá žádné reálné výsledky a dopady do praktického fungování, spíše se jedná o prostor, kde si poskytovatelé komunitních služeb stěžují, obviňují domov pro seniory z „krádeže“ klientů a ten se tak neustále musí obhajovat. *„...pro mě je to za trest tam chodit, protože prostě my jsme tam jediná pobytová služba, protože tady jiná pobytová služba ve městě není, a většinou jsou tam ty pečovatelské služby a oni jako maj neustále pocit, že jim krademe klienty a že ty klienti jdou radši k nám, než k nim. (...) No a jako já nemám pocit, že by jako to komunitní plánování k něčemu bylo, že bysme tam jako něco řešili, takže mně to přijde, že se tam neustále jako musíme obhajovat před těma ostatníma službama... (...) ...nevím, že by za ty tři roky, co tam chodím, se to změnilo, fakt nějaký nápad, o kterým bych si řekla, to je super, to jsme jako vymysleli... (...) Mně fakt přijde, že se tam všechno točí jenom dokola, a fakt jako mně to přijde, že je to taková umělá práce.“ (R\_C)*

Na rozdílné postavení pobytových sociálních služeb v komunitním plánování upozornil i expert na deinstitucionalizaci. Ten říká, že komunitní plánování vzniklo v návaznosti na nespokojenost ambulantních a terénních sociálních služeb se stávajícím systémem, tudíž tento nástroj má smysl zejména pro tyto služby, kdežto ústavní zařízení mají

natolik silnou pozici v naší společnosti, proto se nemusí bát úbytku klientů či nedostatku financí, pro ně je tedy tento nástroj jaksi zbytečný a nezajímavý. „...na komunitním plánování je od začátku strašně vtipný to, že komunitní plánování nepotřebuje ústavní služby a ústavní služby nepotřebují komunitní plánování. Ty si prostě žijou v tom systému samy... (...) ...oni ho fakt jako reálně nepotřebují. Ty služby jsou tak významný, že si žijou spokojeně, úplně bez něj.“ (R\_A) V věci efektivnosti a vlivu komunitního plánování odborník souhlasí se stanoviskem předešlých respondentů, že tento proces nemá nějaký zvláštní význam pro praxi sociálních služeb. „...předpokládám, že občas teda přispěje, jako že se někde něco zjistí, ale je otázka, jestli to má smysl nazývat komunitním plánováním nebo by se to třeba zjistilo tak jako tak, i bez vynaložení té energie a těch stamiliónů, co se tady za to utratily v posledních letech“ (R\_A).

### **Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 3**

Komunitní plánování může být významným nástrojem v podpoře deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory za podmínky, kdy funguje správně a má reálné dopady do praktického fungování. To se dle některých respondentů děje, podle jiných však nikoliv. Mezery jsou v mapování potřeb seniorů a nastavení sociálních služeb podle těchto zjištění. Problematické je též postavení poskytovatelů pobytových služeb, pro které nemá tento proces v podstatě žádný přínos, navíc se často dostávají do opozice komunitním službám, se kterými by měli spíše spolupracovat.

## **4.8 Zodpovězení hlavní výzkumné otázky a doporučení do praxe**

Hlavní výzkumná otázka zní: **Jaké mají názory a zkušenosti s deinstitucionalizací sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku a s ní souvisejícími aspekty poskytovatelé sociálních služeb pro seniory, účastníci komunitního plánování sociálních služeb a expert na problematiku deinstitucionalizace?** Jejím cílem bylo zjistit mínění jednotlivých komunikačních partnerů ohledně prevence

institucionalizace seniorů a humanizování stávajících pobytových sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu, jaké má podle nich deinstitucionalizace výhody a nevýhody, proč tento proces probíhá, jaké jsou její překážky či jakou roli hraje v deinstitucionalizaci komunitní plánování sociálních služeb. Některá stanoviska a zkušenosti informantů odpovídají informacím uvedeným v teoretické části práce, jiné jsou i nad rámec mnou využité a zpracované literatury.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že respondenti považují setrvání starých lidí v jejich přirozeném prostředí za správnou cestu v péči o seniory, i když ne vždy je to podle nich možné. Hlavním přínosem deinstitucionalizace je, že mohou závislé osoby zůstat ve svých domovech, což reflektuje přání samotných seniorů a také to má pozitivní vliv na jejich celkový zdravotní stav, dále se též o komunitní péči mluví jako o systémově levnější variantě, jak o seniory pečovat. Naopak nevýhodou může být finanční nákladnost pro uživatele ambulantních a terénních sociálních služeb, zranitelnost těchto forem služeb vůči rozpočtovým škrtnům a přetěžování neformálních pečovatелů. Proces deinstitucionalizace sociálních služeb je podle většiny informantů podnícen snahou plnit tužby seniorů setrvat ve svých domácnostech a poskytnout jim kvalitní péči, což souvisí s vývojem celé společnosti, pouze dva jedinci se domnívají, že se jedná spíše o jakýsi trend. Nepotvrdila se mi tak má skrytá domněnka, že by respondenti zastávali názor, že je tento proces vyvolán demografickým stárnutím populace. Z výpovědí informantů ohledně správnosti deinstitucionalizace, jejích výhod, limitů kapacit jednotlivých služeb a neúplně ideální podoby poskytované péče v pobytových zařízeních vyplývá i potřebnost deinstitucionalizaci uskutečňovat, nadále ji podporovat a pracovat na řadě věcí, abychom dospěly do bodu, kdy budou moci senioři využívat vysoce kvalitní služby dle svých skutečných přání a individuálních potřeb.

Podstatnou překážkou je dle respondentů ekonomické hledisko. Nedostatek finančních prostředků brání individualizování péče v ústavních zařízeních, restrukturalizování pobytových sociálních služeb a rozvoji ambulantních a terénních sociálních služeb. Jak zmínil jeden z respondentů, financí v sociálních službách nebude nikdy dostatek, ale dá se s nimi lépe pracovat, směřovat je správným směrem, některá ekonomická rizika a nevýhody v tomto případě lze ošetřit zákonem.

Během rozhovoru se objevila i narážka na příspěvek na péči, který by mohl svou povahou podporovat komunitní služby (Průša, 2007, s. 19), místo toho dle jednoho informanta přinesl spíše nejistotu financování této formy služeb. Rezidenční zařízení pro seniory se obvykle nestěhují do nových prostor, i když ty staré jsou mnohdy nevyhovující. Také se zde dostatečně nepracuje se zachováním sociálních rolí a vazeb seniorů.

Problémem je též nerovné nastavení legislativních podmínek pro uživatele pobytových služeb a služeb komunitních, kdy velký rozsah péče je pro seniora dostupnější právě v ústavních zařízeních. To může být významný faktor, proč nesoběstačné osoby volí poměrně často tuto variantu péče. Dále tomu může být z důvodu nedostatečné sociální práce v domovech pro seniory, tradičního vnímání pobytových služeb jako (jediného) správného řešení, jak závislému seniorovi poskytnout kvalitní péči, neinformovanosti o ambulantních a terénních sociálních službách, vlivu lékařů, kteří radí svým pacientům ústavní péči, či resortní roztržitosti systému dlouhodobé péče o seniory. Předčasný odchod starých lidí do pobytové služby může být také způsoben velkou zátěží neformálních pečovatelských nebo nevhodným bydlením, jenž neumožňuje závislé osobě zde pobývat.

Komunitní plánování má potenciál být dobrým nástrojem podporujícím deinstitucionalizaci, záleží však na tom, jak kvalitně je prováděno. Podle některých má skutečný vliv v praxi, podle jiných zůstává daleko za svými předpoklady a očekáváními. Pokud by komunitní plánování probíhalo tak, jak skutečně má, odráželo by touhu seniorů setrvat doma a velká podpora by směřovala zejména terénním a ambulantním službám, případně na navyšování počtu personálu, nikoli lůžek v pobytových zařízeních. Tyto informace odráží i většina komunitních plánů, jak bylo popsáno v kapitole 3.2, ale komunikační partneři byli spíše skeptičtí k reálným dopadům tohoto nástroje a jeho roli v podpoře deinstitucionalizace vůbec.

Aby se deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory mohla dále rozvíjet, je třeba se začít zabývat a diskutovat o celém spektru problémů a témat. Důležité je nejprve zajistit všem formám sociálních služeb stejné legislativní podmínky, především co se týká ochrany uživatelů služeb před vysokými náklady při vyšším rozsahu poskytované péče. Na vládní úrovni je potřeba též řešit resortní rozdělení

péče na zdravotní a sociální. Tuto roztříštěnost se snažil odstranit Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně-sociální péči (MPSV, 2012b), který byl však v roce 2012 Legislativní radou vlády ČR odmítnut, jelikož hrozilo, že by byl nový systém příliš ekonomicky nákladný pro samotné seniory (Háva, 2013, s. 14, 16). Otázka financí je velmi složitá, protože jejich nedostatek se objevuje snad ve všech oblastech veřejné politiky. S přibývajícím počtem závislých seniorů však nezbude příslušným aktérům nic jiného, než začít do terénních a ambulantních sociálních služeb investovat více peněz. K zamyšlení je i stávající podoba příspěvku na péči, který se často nevrací do systému sociálních služeb (Průša, 2007, s. 24), čímž komunitním službám, především z řad neziskových organizací, schází řada finančních prostředků, přestože je stát vydal.

Chybět by neměly ani rozsáhlá šetření kvality poskytované péče v pobytových sociálních službách, jakékoliv nedostatky by měly být penalizovány. Celkově by se mělo více mluvit o podobách ústavních zařízení a jejich dopadech na stav seniorů, což by pomohlo narušit tradiční vnímání společnosti o těchto službách jako primárním správném řešení péče o osoby se sníženou soběstačností. I když podle statistik Královéhradeckého kraje se v domovech pro seniory snižuje počet osob s nižší mírou závislosti (viz kapitola 3.2 - Zeman, 2015), přesto by bylo vhodné zde pozvednout úlohu sociální práce. Dalším opatřením by bylo zvýšit informovanost cílové skupiny a jejich blízkých osob o komunitních službách, včetně osvěty lékařů. Klíčová je úprava prostředí, ve kterém senioři doposud žijí, obce by měli rozšiřovat tzv. malometrážní byty, včetně zabudovaných moderních technologií, jež by umožnily nesoběstačným seniorům setrvat v jejich vlastním domově. Nezbytné je podporovat neformální pečovatele, ať už finančně, materiálně, informacemi nebo pomocí komunitních služeb, které jim mohou ulevit v jejich náročné situaci.

Aby mohlo komunitní plánování plnit svůj úkol a být užitečným nástrojem na podporu deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory, bylo by dobré odstranit nedostatky i tohoto procesu. Domnívám se, že některé z nich by šly eliminovat zavedením osoby, jež by na celý proces dohlížela a zastupovala by zájmy uživatelů v silnějším postavení než je tomu nyní.



## Závěr

Stáří je přirozený proces v lidském životě, který přináší mj. i sníženou soběstačnost seniorů. Ti jsou poté závislí na pomoci jiných lidí. Podle řady výzkumů je přání starých lidí zůstat ve svých domovech, nikoli odcházet do pobytových sociálních služeb a opouštět tak dobře známý a soukromý prostor. V posledních letech se i Česká republika snaží deinstitucionalizovat péči o tuto cílovou skupinu prostřednictvím ambulantních a zejména terénních sociálních služeb. V rámci aktuálnosti tohoto tématu jsem se zaměřila na stanoviska některých aktérů. Cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit názory a zkušenosti poskytovatelů sociálních služeb pro seniory, účastníků komunitního plánování a experta na problematiku deinstitucionalizace sociálních služeb s deinstitucionalizací sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku a s ní souvisejícími aspekty. K naplnění tohoto cíle došlo prostřednictvím hlavní a třech dílčích výzkumných otázek.

Podářilo se mi zjistit, že respondenti považují tento proces za správnou cestu v poskytování péče seniorům. Největší výhodu deinstitucionalizace vidí v přínosu pro seniory, kdy setrvání v jejich přirozeném prostředí je nejenom jejich přání, ale má to též pozitivní vliv na jejich zdravotní a sociální stav. Oproti tomu ústavní zařízení stále neposkytují dostatečně individualizovanou péči v prostředí blížícím se domovu, navíc zde senioři ztrácí své původní sociální role a vazby, což odráží teorii totální instituce. Nevýhodou deinstitucionalizace je zejména finanční zátěž pro osoby s vysokou mírou nesoběstačnosti, zranitelnost komunitních služeb vůči škrtkům ve veřejných rozpočtech a nucené přesunutí péče na neformální pečovatele bez jejich dostatečné podpory. Celý proces je dle komunikačních partnerů motivován primárně snahou poskytnout seniorům co nejkvalitnější péči a umožnit jim svobodně si zvolit, kde chtějí strávit stáří. Větší humanizaci stávajících pobytových sociálních služeb brání nedostatek financí. Tento faktor omezuje i rozvoj komunitních služeb spolu s legislativními překážkami, neinformovaností příslušných aktérů, tradičním vnímáním rezidenčních zařízení, nepostačující sociální prací v pobytových službách a roztržitosti systému dlouhodobé péče o seniory, kde nefunguje koncept kontinua. Pro setrvání seniorů v domácím prostředí je potřeba podporovat neformální pečovatele a přizpůsobovat bydlení i vnější prostředí seniorům a jejich možnostem.

Komunitní plánování jakožto nástroj, který by mohl podporovat deinstitucionalizaci, přinesl rozdílné reakce respondentů. Někteří jeho roli v této oblasti považují za přínosnou, většina spíše vidí dobrou ideu, ale nevýrazné reálné dopady.

Kvalitativní výzkumná strategie, jež jsem si zvolila, přinesla celé spektrum názorů a zkušeností, někdy značně rozdílných a protichůdných. Nicméně mým záměrem bylo ve výzkumném šetření získat co možná nejvíce pohledů od různých poskytovatelů sociálních služeb pro seniory a dalších aktérů, aby byly zachyceny všechny aspekty dotazované problematiky, třeba i ty ojedinělé. Polostrukturované rozhovory navíc poskytly hloubku jednotlivých zjištění a výhodná byla i volnost při setkání s informanty, což umožnilo doptávat se na zajímavé relevantní informace. Na druhou stranu tato výzkumná strategie mi nedovoluje výsledky generalizovat, čímž se trochu snižuje praktický přínos diplomové práce. Ten tedy spočívá zejména v podrobném a širokém přehledu zjištěných stanovisek a rozličných překážek deinstitucionalizace. Důkladná identifikace problému umožňuje následně řešit jeho nedostatky a potíže. Mé výsledky by proto mohly sloužit jako východisko pro navazující kvantitativní výzkumy, které by je ověřily a dodaly jim metodologickou sílu, poté by mohly být užitečné pro poskytovatele sociálních služeb pro seniory, účastníky komunitního plánování či pro zákonodárce.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že je potřeba nadále humanizovat stávající ústavní zařízení pro seniory a rozvíjet terénní a ambulantní sociální služby včetně dalších nástrojů pomáhajících seniorům zůstat ve svých domovech. Je však nutné pracovat s řadou překážek a omezení, z nichž některé jsou hluboce zakořeněny v myšlení společnosti, jiné zase vyžadují řešení na národní úrovni. Z analýzy rozhovorů dále vzešla otázka efektivnosti příspěvku na péči, kontrol kvality péče a sociální práce v pobytových zařízeních či komunitního plánování sociálních služeb na Královéhradecku, jež by si zasloužilo důkladnější identifikaci problematických míst.

V návaznosti na výsledky výzkumného šetření by bylo nasnadě provést kvantitativní výzkum zacílený stejným směrem jako je tato práce. Prostor by měl být věnován i podrobné analýze legislativních a finančních překážek, nedostatků komunitního plánování, nastavení podpory neformální péče a práci obcí v oblasti úprav vnitřního i vnějšího přirozeného prostředí seniorů. Důležité je též začít veřejně debatovat, a to

i mezi širokou veřejností, o tématu dlouhodobé péče o nesoběstačné seniory, aby došlo k většímu povědomí v celé společnosti o jednotlivých eventualitách péče, jejich překážkách a přínosech. Cílem naší společnosti by mělo být vytvořit takové podmínky, aby byla seniorům poskytována kvalitní individualizovaná péče dle jejich skutečných přání a potřeb, k čemuž by otevřená diskuse měla přispět.

## Seznam použité literatury

BALTES, Paul B. Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In: GRUSS, Peter (ed.). *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 11–25. ISBN 978-80-7367-605-6.

BAREŠ, Pavel. *Sociální služby v České republice a význam institucí veřejné správy při jejich poskytování*. Praha, 2013, 274 s. Disertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Školitel Doc. PhDr. Arnošt Veselý, PhD.

BARTOŇOVÁ, Jitka. Modely rodinné péče o starého člověka. In: JEŘÁBEK, Hynek a kol. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. Praha: CESES UK FSV, 2005, s. 28–41 [cit. 2015-07-14]. ISSN 1801-1519.  
Dostupné z: [http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05\\_11\\_jerabek.pdf](http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf)

BERMAN GROUP. *Strategický plán rozvoje města Trutnova* [online]. Město Trutnov, 2015, 38 s. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.trutnov.cz/file/9834/>

BRATHOVÁ, Jana; MACH, Petr. *Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení* [online]. Praha: MPSV, Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012. 51 s. [cit. 2016-02-02].  
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14038/rizika.pdf>

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006, vol. 3, no. 2, p. 77–101. ISSN 1478-0887.

COLOMBO, Francesca et al. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care* [online]. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011. 324 p. [cit. 2015-07-10]. ISBN 978-92-64-09775-9.  
Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/oecd\\_helpwanted\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/oecd_helpwanted_en.pdf)

ČÁSLAVA, Pavel. Evropské proměny sociálních služeb (III. část). Reformy na národních úrovních. *Sociální služby*. 2009, roč. 11, č. 6, s. 28–29. ISSN 1803-7348.

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. *Alzheimerova choroba* [online]. 2016 [cit. 2016-03-04].  
Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Základní výsledky – kraje* [online]. Statistika. Sčítání lidu, domů a bytů. 2011. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=SLDB-ZAKL-KRAJE-kraje&zo=N&nahled=N&filtr=G~F\\_M~F\\_Z~F\\_R~F\\_P~\\_S~\\_null\\_null\\_&sp=N&katalog=30261&z=T&f=TABULKA&verze=-1&pvokc=100&pvoch=3085](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=SLDB-ZAKL-KRAJE-kraje&zo=N&nahled=N&filtr=G~F_M~F_Z~F_R~F_P~_S~_null_null_&sp=N&katalog=30261&z=T&f=TABULKA&verze=-1&pvokc=100&pvoch=3085)

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Dotisk 3. vyd. Praha: UK, Nakladatelství Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

DOBIÁŠOVÁ, Karolína; KOTRUSOVÁ, Miriam; HOŠŤÁLKOVÁ, Jitka. Dlouhodobá péče o seniory a osoby se zdravotním postižením perspektivou neformálních pečujících. *Zdravotnictví v České republice*. 2013, roč. 16, č. 2, s. 2 - 10. ISSN 1213-6050.

ESPING-ANDERSEN, G. *Social Foundations of Post-Industrial Economies*. Oxford: Oxford University Press, 1999. 218 p. ISBN 978-01-987-4200-5.

EURACTIV.CZ. *Transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením* [online]. Sociální politika, 2013 [cit. 2015-07-14]. Dostupné z: <http://www.euractiv.cz/socialni-politika/link-dossier/transformace-socialnich-sluzeb-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-000084>

EUROPEAN COMMISSION. *Long-term Care in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 16 p. ISBN 978-92-79-09572-6.

EUROPEAN COMMISSION. *Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care* [online]. European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2009. 24 p. [cit. 2015-07-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11112/transition.pdf>

FRIČ, Pavol; BÚTORA, Martin. Role občanského sektoru ve veřejné politice. In: POTŮČEK, Martin a kol. *Veřejná politika*. 1. vydání – dotisk. Praha: SLON, 2010, s. 153–186. ISBN 978-80-86429-50-2.

FURMANÍKOVÁ, Lada; HAVRDOVÁ, Zuzana; TOLLAROVÁ, Blanka; VRZÁČEK, Petr. K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb? *Sociální práce/Sociálna práca*. 2013, roč. 13, č. 1, s. 49–60. ISSN 1213-6204.

HALÁSKOVÁ, Renata. *Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace* [online]. Praha: VUPSV, v. v. i., 2013. 137 s. [cit. 2015-07-06]. ISBN 978-0-7416-118-6. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_354.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_354.pdf)

HÁVA, Petr. Diskurz reformy dlouhodobé péče v ČR v letech 2010 – 2012. *Zdravotnictví v České republice* [online]. 2013, roč. 16, č. 1, s. 13-22. [cit. 2015-03-03]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2013.pdf>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HENDRYCH, Dušan; HOÓS, János; JENEI, György; VASS, László. Politické instituce: stát, jeho uspořádání a role. In: POTŮČEK, Martin a kol. *Veřejná politika*. 1. vydání – dotisk. Praha: SLON, 2010, s. 121–132. ISBN 978-80-86429-50-2.

HENRIKSON, Lars Skov; SMITH, Steven Rathgeb; ZIMMER, Annette. At the Eve of Convergence? Transformations of Social Service Provision in Denmark, Germany, and the United States. *International Society for Third-Sector Research. Voluntas*. 2012, vol. 23, p. 458–501. ISSN 0957-8765. DOI 10.1007/s11266-011-9221-5.

HLOUŠEK, Jan. Nesmělé a nadšenecké začátky. In: HLOUŠEK, Jan; HLOUŠKOVÁ, Zuzana a kol. *Komunitní plánování sociálních služeb v Královéhradeckém kraji*. Hradec Králové: Občanské poradenské středisko, o. p. s., 2007, s. 2–9. ISBN 978-80-86701-10-3.

HLOUŠKOVÁ, Zuzana; HLOUŠEK, Jan; ČUPELOVÁ, Kateřina; ORINIÁKOVÁ, Pavla; VANÍČEK, Pavel. Standardizovaný průběh. In: HLOUŠEK, Jan; HLOUŠKOVÁ, Zuzana a kol. *Komunitní plánování sociálních služeb v Královéhradeckém kraji*. Hradec Králové: Občanské poradenské středisko, o. p. s., 2007, s. 10–44. ISBN 978-80-86701-10-3.

HRKAL, Jakub a kol. *Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče* [online]. 2011. 118 s. [cit. 2015-07-14]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analyza\\_kapacit.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11992/Analyza_kapacit.pdf)

HRADEC KRÁLOVÉ. *4. plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb města Hradce Králové na období 2013–2015* [online]. Statutární město Hradec Králové, 2013a. 68 s. [cit. 2015-07-15]. ISBN 978-80-87637-05-0. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategie-dokumenty/soc-sluzby/Revize\\_7-PlanSocialnichSluzebKralovehradecky2011-16.pdf](http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategie-dokumenty/soc-sluzby/Revize_7-PlanSocialnichSluzebKralovehradecky2011-16.pdf)

HRADEC KRÁLOVÉ. *Strategický plán rozvoje města Hradec Králové do roku 2030* [online]. 2013b. 70 s. [cit. 2015-07-15].

Dostupné z: <http://www.hradeckralove.org/file/353/>

INNOVAGE. *Aims and objectives* [online]. 2016. [cit. 2016-03-05].

Dostupné z: <http://www.innovage-project.eu/about>

INTERNATIONAL FEDERATION ON AGEING (IFA). *The Montreal Declaration (Montrealská deklarace)* [online]. Montréal, 1999. 5 p. [cit. 2015-07-06].

Dostupné z: [http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2012/11/057\\_IFA-Montreal-Declaration.pdf](http://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2012/11/057_IFA-Montreal-Declaration.pdf)

JEŘÁBEK, Hynek. Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty). In: JEŘÁBEK, Hynek a kol. *Rodinná péče o staré lidi* [online].

Praha: CESES UK FSV, 2005, s. 9–19 [cit. 2015-07-14]. ISSN 1801-1519.

Dostupné z: [http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05\\_11\\_jerabek.pdf](http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf)

JEŘÁBEK, Hynek a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd.

Praha: SLON, 2013. 317 s. ISBN 978-80-7419-117-6.

KAUFMANN, Jean-Claude. *Chápající rozhovor*. 1. vyd. Praha: SLON, 2010. 151 s. ISBN 978-80-7419-033-9.

KELLER, Jan. *Sociologie organizace a byrokracie*. 2. přeprac. vyd. Praha: SLON, 2007. 182 s. ISBN 978-80-86429-74-8.

KOSTEČKA, Jan; FURMANÍKOVÁ, Lada; ŠTYVAROVÁ, Dita. Management v transformujících se zařízeních sociálních služeb. *E+M Ekonomika a management*. 2010, roč. 10, č. 3, s. 45–61. ISSN 1212-3609.

KOTOUS, Jan; MUNKOVÁ, Gabriela; ŠTEFKO, Martin. *Obecné otázky sociální politiky*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. 169 s. ISBN 978-80-87439-08-1.

KOTRUSOVÁ, Miriam; DOBIÁŠOVÁ, Karolína. Česká republika na rozcestí mezi domácí a institucionální péčí o seniory. *Fórum sociální politiky*. 2012, roč. 6, č. 6, s. 2–8. ISSN 1802-5854.

KOTRUSOVÁ, Miriam; JANEČKOVÁ, Hana; ANGELOVSKÁ, Olga; DOBIÁŠOVÁ, Karolína. Potřeba sociálně-zdravotních služeb pro seniory v Praze. Reflexe současného stavu. *Zdravotnictví České republiky*. 2012, roč. 15, č. 2, s. 11–19. ISSN 1213-6050.

KOYANAGI, Chris. *Learnign From History: Deinstitutionalization of People with Mental Illnes As Precursor to Long-Term Care Reform*. Washington, D.C.: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, 2007. 28 p.

KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ. *Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb: Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2011–2016* [online]. 2010. 80 s. [cit. 2015-07-15].  
Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategicke-dokumenty/soc-sluzby/Revize\\_7-PlanSocialnichSluzebKralovehradecky2011-16.pdf](http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/strategicke-dokumenty/soc-sluzby/Revize_7-PlanSocialnichSluzebKralovehradecky2011-16.pdf)

KUCHAŘOVÁ, Věra. *Komplexní analýza sociálně ekonomických podmínek života ve stáří. Závěrečná zpráva o výzkumu* [online]. VÚPSV. Praha: Socioklub, 2002. 66 s. [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do\\_1503.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1503.pdf)

LEITNER, Sigrid. Varieties of Familialism. The caring function of the family in comparative perspective. *The Official Journal of the European Sociological Association*. European Societies 2003, vol. 5, no. 4, p. 353–375.

MANSELL, Jim; KNAPP, Martin; BEADLE-BROWN, Julie; BEECHAM, Jeni (Mansell et al.). *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study* [online]. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 2007. 134 p. [cit. 2015-07-11]. ISBN 978-1-902671-50-5. Dostupné z: [http://www.kent.ac.uk/tizard/research/research\\_projects/DECLOC\\_Volume\\_1\\_Exec\\_Summary.pdf](http://www.kent.ac.uk/tizard/research/research_projects/DECLOC_Volume_1_Exec_Summary.pdf)

MÁŠOVÁ, Hana. Masarykovy domy – velkorysý projekt řešení sociální péče v hlavním městě předválečné ČSR [online]. In: *Mladá fronta: Zdravotnictví a medicína*, 2000 [cit. 2015-06-20].  
Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/masarykovy-domovy-velkorysy-projekt-reseni-socialni-pece-v-hlavn-126339>

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MĚSTO NÁCHOD. *Náchod připravuje komunitní plán a koncepci školství na příštích deset let* [online]. 2015. [cit. 2016-02-10].  
Dostupné z: <http://mestonachod.cz/mesto-nachod/zpravodajsky-servis/aktuality/aktualita.asp?id=3261>



MILES, Matthew B.; HUBERMAN, A. Michael. *Qualitative data analysis. An Expanded sourcebook*. London: SAGE Publication, 1994. 338 p. ISBN 978-0-8039-5540-0.

MOLEK, Jan. *Řízení organizací sociálních služeb, vybrané problémy* [online]. 1. vyd. Praha: VUPSV, v. v. i., 2011. 254 s. [cit. 2016-02-07]. ISBN 978-80-7416-083-7. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_332.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_332.pdf)

MPSV. *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007* [online]. Praha, 2002. 16 s. Poslední aktualizace 16. 6. 2008 [cit. 2015-06-17]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2869>

MPSV. *Bílá kniha v sociálních službách* [online]. Praha, 2003. 52 s. [cit. 2015-01-30]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)

MPSV. *Komunitní plánování – věc veřejná (přůvodce)* [online]. Praha, 2005. [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/847>

MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. Praha, 2007a. 26 s. [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)

MPSV. *Report on the Implementation of the UNECE Regional Implementation Strategy (RIS) for the Madrid International Action Plan on Ageing in the Czech Republic*. [online]. Praha, 2007b. 33 s. [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/4085/Report\\_RIS\\_CzechRepublic.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/4085/Report_RIS_CzechRepublic.pdf)

MPSV. *Kvalita života ve stáří: Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 60 s. [cit. 2015-06-17]. ISBN 978-80-86878-65-2. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti\\_cz\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf)

MPSV. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče* [online]. Praha, 2009. 35 s. [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf)

MPSV. *Zpráva o plnění systémových opatření v oblasti „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za rok 2010* [online]. Praha, 2011. 39 s. [cit. 2016-02-01].

Dostupné z:

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/10639/Zprava\\_o\\_plneni\\_za\\_rok\\_2010.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10639/Zprava_o_plneni_za_rok_2010.pdf)

MPSV. *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online]. Praha, 2012a. 27 s. [cit. 2015-06-17].

Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze\\_NS.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13099/Teze_NS.pdf)

MPSV. *Návrh: Věcný záměr zákona o dlouhodobé zdravotně – sociální péči* [online]. Praha, 2012b, 36 s. [cit. 2016-03-03]. Dostupné z:

[http://www.mpsv.cz/files/clanky/13536/Navrh\\_vecneho\\_reseni\\_problematiky\\_LTC.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13536/Navrh_vecneho_reseni_problematiky_LTC.pdf)

MPSV. *Zpráva o plnění systémových opatření v oblasti „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za rok 2011* [online]. Praha, 2012c. 135 s. [cit. 2015-06-17].

Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/12906/zprava\\_o\\_plneni\\_2011.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/12906/zprava_o_plneni_2011.pdf)

MPSV. *Zpráva plnění systémových opatření v oblasti „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za rok 2012* [online]. Praha, 2013. 147 s. [cit. 2015-06-17]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/17690/zprava\\_transformace\\_2012.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/17690/zprava_transformace_2012.pdf)

MPSV. *Zpráva plnění úkolů procesu „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za rok 2013* [online]. Praha, 2014. 78 s. [cit. 2015-06-17].

Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/17691/zprava\\_transformace\\_2013.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/17691/zprava_transformace_2013.pdf)

MPSV. *Registr poskytovatelů sociálních služeb: Královéhradecký kraj* [online].

Praha, 2015a. [cit. 2015-07-15]. Dostupné z:

[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1437034912193\\_26](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1437034912193_26)

MPSV. *Transformace sociálních služeb* [online]. Praha, 2015b. [cit. 2016-02-01].

Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>

NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (NÁRODNÍ CENTRUM). *Jak na to – příklady dobré praxe v deinstitucionalizaci*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2013. 76 s. ISBN 978-80-7421-045-7.

NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (NÁRODNÍ CENTRUM). *Podpora transformace; zájem o podporu z OPZ a IROP* [online]. Praha, 2015 [cit. 2016-02-01].

Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/podpora-transformace/zajem-o-podporu-z-opz-a-irop/>

NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (NÁRODNÍ CENTRUM) [online]. Praha, 2016 [cit. 2016-02-01].

Dostupné z: <http://www.trass.cz/>

NEKOLA, Martin; VESELÝ, Arnošt; OCHRANA, František. *Metody a metodologie v analýze a tvorbě veřejných politik*. In: VESELÝ, Arnošt; NEKOLA, Martin, eds. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. 1. vyd. Praha: SLON, 2007, s. 141–156. ISBN 978-80-86429-75-5.

OECD. *Long-Term Care for Older People* [online]. Paris: OECD Publishing, 2005. 137 p. [cit. 2015-07-06]. ISBN 92-64-00848-9.

Dostupné z: [http://www.euro.centre.org/data/1216815268\\_61772.pdf](http://www.euro.centre.org/data/1216815268_61772.pdf)

PACOVSKÝ, Vladimír; HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. 298 s. ISBN 08-044-81.

PAVLOKOVÁ, Kateřina; KVAČEK, Jan; ROUBAL, Tomáš; DVORNÁKOVÁ, Táňa; HRKAL, Jakub; GOŠ, Robert (Pavloková a kol.). *Finanční toky ve veřejných a soukromých rozpočtech v dlouhodobé péči* [online]. 2011. 63 s. [cit. 2015-07-13].

Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11994/Financni\\_toky.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/11994/Financni_toky.pdf)

PAVOLINI, Emmanuele; RANCI, Constanzo. *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*. *Journal of European Social Policy*. SAGE, 2008, vol. 18, no. 3, p. 246–259. ISSN 0958-9287.

*Plán rozvoje sociálních služeb města a regionu Rychnova nad Kněžnou na období let 2010–2013* [online]. 2010. 87 s. [cit. 2016-02-10].

Dostupné z: [http://www.rychnov-city.cz/vismo/dokumenty2.asp?id\\_org=14410&id=1682&n=plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-mesta-a-regionu-rychnov-nad-kneznou-na-obdobi-let-2010-2013&p1=1588](http://www.rychnov-city.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=14410&id=1682&n=plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-mesta-a-regionu-rychnov-nad-kneznou-na-obdobi-let-2010-2013&p1=1588)

POTŮČEK, Martin. Trh, stát a občanský sektor jako regulátory života společnosti. In: POTŮČEK, Martin a kol. *Veřejná politika*. 1. vydání – dotisk. Praha: SLON, 2010, s. 85–120. ISBN 978-80-86429-50-2.

PRŮŠA, Ladislav. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty* [online]. Praha: VUPSV, v. v. i., 2007. 38 s. [cit. 2015-07-13]. ISBN 978-80-87007-73-0. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_245.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_245.pdf)

PRŮŠA, Ladislav. Projekce potřeby služeb sociální péče do roku 2025. *Fórum sociální politiky*. 2009, roč. 3, č. 5, s. 21–24. ISSN 1802-5854.

PRŮŠA, Ladislav a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením* [online]. Praha: VUPSV, v. v. i., 2010. 244 s. [cit. 2015-07-13]. ISBN 978-80-7416-048-6. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_313.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_313.pdf)

PRŮŠA, Ladislav. *Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče* [online]. Praha: VUPSV, v. v. i., 2011. 60 s. [cit. 2015-07-13]. ISBN 978-80-7416-097-4. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_340.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_340.pdf)

SARACENO, Chiara; KECK, Wolfgang. *The Institutional Framework of Intergenerational Family Obligations in Europe: A Conceptual and Methodological Overview* [online]. Berlin, 2008. 87 p. [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: [http://www.multilinks-project.eu/wp-content/uploads/2009/04/Report\\_Saraceno\\_Keck\\_Nov081.pdf](http://www.multilinks-project.eu/wp-content/uploads/2009/04/Report_Saraceno_Keck_Nov081.pdf)

SCHÁNĚL, Martin. Historie a současný stav plánování sociálních služeb v Královéhradeckém kraji. In: HLOUŠEK, Jan; HLOUŠKOVÁ, Zuzana; SCHÁNĚL, Martin; ZEMAN, Jiří. *Plánování sociálních služeb ve venkovském území*. Hradec Králové: Občanské poradenské středisko, o. p. s., 2008, s. 4–10. ISBN 978-80-86701-12-7.

SINECKÁ, Jitka Nelb. Nahlédnutí za zeď: Deinstitutionalizace lidí s autismem za komunismu a po roce 1989 v narativech rodičů. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2013, roč. 13, č. 1, s. 37–48. ISSN 1213-6204.

STAROSTOVÁ, Olga. *Proč jsou významné včasné úpravy bydlení seniorů se sníženou soběstačností?* [online]. Diakonie ČCE, 2015. 6 s. [cit. 2016-03-04]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/data/011/001347.pdf>

ŠVAŘÍČEK, Roma; ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVEŘEPA, Milan. Podpora transformace sociálních služeb pro lidi s postižením. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana; LEVICKÁ, Katarína. *Od teorie k praxi, od praxe k teorii*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012, s. 467–476. ISBN 978-80-7435-138-9.

TRIANAFILLOU, Judy et al. Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper* [online]. Project Interlinks. Athesn/Vienna, 2010. 67 p. [cit. 2015-07-14]. Dostupné z: [http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5\\_Overview\\_FINAL\\_04\\_11.pdf](http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/WP5_Overview_FINAL_04_11.pdf)

UNITED NATIONS (UN). *Vienna International Plan of Action on Aging (Viedeňský mezinárodní akční plán stárnutí)* [online]. New York, 1983. 50 p. [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: <http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>

UNITED NATIONS (UN). *United Nations Principles for Older Persons (Zásady OSN pro seniory)* [online]. 1991. 2 p. [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: <http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/olderpersons.pdf>

UNITED NATIONS (UN). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing (Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002)* [online]. New York, 2002. 50 p. [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: [http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid\\_plan.pdf](http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf)

VÁVROVÁ, Soňa. Deinstitutionalizace pobytových sociálních služeb jako posun v kvalitě a dostupnosti. In: VÁVROVÁ, Soňa; HOZOVÁ, Leona; MARÁŠKOVÁ, Ivana; NOVÁKOVÁ, Radana. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb*. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati, 2009, s. 8–26. ISBN 978-80-7318-869-6.

VESELÁ, Jitka. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnosti* [online]. Praha: VUPSV, v. v. i., 2003. 50 s. [cit. 2016-02-02]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/slusen.pdf>

VODÁK, Rostislav. *Plán rozvoje sociálních služeb na období let 2007–2010, správní území města Jičín* [online]. Jičín: Město Jičín, odbor sociálních věcí a zdravotnictví, 2006, 63 s. [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <https://www.mujiicin.cz/komunitni-plan-soc-sluzeb/ds-21384>

YIN, Robert K. *Case Study Research: Design and Methods*. 3rd ed. London: Sage, 2003. 181 p. ISBN 0-7619-2553-8.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 14. 3. 2006, částka 37. ISSN 1211-1244.

Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ZATLOUKAL, Leoš. *Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 188 s. [cit. 2016-02-16].

Dostupné z: <http://dalet.cz/Clanky/KPSS-kniha.pdf>

ZEMAN, Jiří. *Zpráva o naplňování střednědobého plánu sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2011–2016*. Hradec Králové: Krajský úřad Královéhradeckého kraje, odbor sociálních věcí, oddělení analýz, koncepcí a financování, 2015. 35 s.

ŽOFKA, Jan. *KOMENTÁŘ: Socioekonomické dopady demografického stárnutí* [online]. Demografie, 2006 [cit. 2015-06-17].

Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=383](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=383)

ŽUMÁROVÁ, Monika. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. 1. vyd. Prešov: Akcent print, 2012. 179 s. ISBN 978-80-89295-43-2.

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1: Transformace dílčích výzkumných otázek do tazatelských otázek.....	56
Tabulka 2: Popis respondentů.....	58

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Informovaný souhlas



# Přílohy

## Příloha 1: Informovaný souhlas

### INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ROZHOVOREM

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a a srozuměn/a s podstatou, cílem a obsahem diplomové práce studentky Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové Moniky Wohnerové na téma: Proces deinstitucionalizace sociálních služeb pro seniory na Královéhradecku.

Souhlasím s účastí na tomto rozhovoru. Dávám své svolení, aby materiál, který autorce poskytnu, byl použit za účelem sepsání diplomové práce, popř. odborného článku a pro jakékoliv další odborné publikace a prezentace vycházející z této práce.

Souhlasím se způsobem, jakým bude zachovávána důvěrnost a jakým bude zacházeno s mými osobními údaji během výzkumu i po jeho skončení.

Souhlasím s nahráváním rozhovoru, analýzou výsledného zvukového záznamu či jeho přepisem. Dávám souhlas k tomu, že autorka může v diplomové práci citovat informace, které jí poskytnu.

Rozumím tomu, že má účast na rozhovoru je dobrovolná a pokud se v průběhu rozhovoru objeví pro mne obtížná témata, mohu odmítnout odpovědět nebo rozhovor kdykoliv ukončit.

Jsem si vědom/a, že je tento informovaný souhlas vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží moje osoba a druhý autorka práce.

Datum rozhovoru:

Jméno:

Podpis: