

Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy

Závěrečná zpráva projektu

Autorský tým: Mgr. Pavel Bareš, Mgr. Karolína Dobiášová,
PhDr. Hana Geissler, Mgr. Miriam Kotrusová, Ph.D.,
Prof. PhDr. Martin Potůček, CSc., MSc., PhDr. Ing. Vít Skála,
Mgr. Vladimíra Tomášková

Duben 2012

1. Obsah

1. OBSAH	1
2. SHRNU TÍ	4
3. ÚVOD	6
4. CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	8
5. METODOLOGICKÝ PŘÍSTUP	10
5.1. ANALÝZA DOKUMENTŮ A DAT	10
5.2. VLASTNÍ VÝZKUM	11
5.2.1. <i>Rozhovory</i>	12
5.2.2. <i>Ohniskové skupiny (Focus Groups)</i>	17
5.3. ANALÝZA DAT A TVORBA DOPORUČENÍ	18
5.4. SPOLUPRÁCE S PORADNÍM SBOREM	19
6. ZJIŠTĚNÉ POZNATKY	20
6.1. SENIOŘI	20
6.1.1. <i>Sociální situace a problémy seniorů</i>	20
6.1.2. <i>Využívání pomoci nejbližšího okolí</i>	21
6.1.3. <i>Pobírané sociální dávky</i>	21
6.1.4. <i>Využívání služeb, spokojenost s nimi a vztah k aktuálním potřebám</i>	22
6.1.5. <i>Hodnocení provázanosti jednotlivých forem služeb</i>	24
6.1.6. <i>Dostupnost služeb</i>	25
6.1.7. <i>Informovanost a způsob získávání informací</i>	26
6.1.8. <i>Shrnutí</i>	27
6.2. OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	29
6.2.1. <i>Senioři versus osoby se zdravotním postižením</i>	29
6.2.2. <i>Charakteristika skupiny respondentů se zdravotním postižením</i>	29
6.2.3. <i>Aktuální poptávka po sociálních službách u jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením</i>	31
6.2.4. <i>Využívání uvedených služeb, spokojenost s nimi a vztah k potřebám</i>	32
6.2.5. <i>Specifická situace osob se sluchovým a zrakovým postižením</i>	35
6.2.6. <i>Dostupnost terénních sociálních služeb</i>	37
6.2.7. <i>Využívání pomoci nejbližšího okolí</i>	39
6.2.8. <i>Návaznost sociálních služeb na služby zdravotní péče</i>	41
6.2.9. <i>Informovanost a způsob získávání informací</i>	42
6.2.10. <i>Shrnutí</i>	42
6.3. OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	45
6.3.1. <i>Charakteristika cílové skupiny osoby s duševním onemocněním</i>	45
6.3.2. <i>Aktuální situace a problémy osob s duševním onemocněním</i>	46
6.3.3. <i>Vztah vhodných sociálních služeb k aktuálním potřebám</i>	47
6.3.4. <i>Využívání, dostupnost a existence vhodných služeb</i>	48
6.3.5. <i>Podpora komunitních služeb</i>	50
6.3.6. <i>Propojení zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním</i>	52
6.3.7. <i>Získávání informací</i>	53
6.3.8. <i>Shrnutí</i>	54
6.4. RODINA, DĚTI A MLÁDEŽ V NEPŘÍZNIVÉ SOCIÁLNÍ SITUACI	56
6.4.1. <i>Charakteristika cílové skupiny</i>	57
6.4.2. <i>Využívání pomoci nejbližšího okolí</i>	59

6.4.3.	<i>Využívání služeb, spokojenost s nimi a vztah k aktuálním potřebám</i>	59
6.4.4.	<i>Hodnocení provázanosti jednotlivých forem služeb</i>	60
6.4.5.	<i>Dostupnost služeb</i>	61
6.4.6.	<i>Informovanost a způsob získávání informací</i>	63
6.4.7.	<i>Shrnutí</i>	65
6.5.	MIGRANTI A ETNICKÉ MENŠINY	67
6.5.1.	<i>Charakteristika stávající situace a kapacit MHMP a MČ k řešení problematiky</i>	67
6.5.2.	<i>Specifická situace cílové skupiny a důvody k využívání služeb</i>	68
6.5.3.	<i>Využívání pomoci nejbližšího okolí</i>	69
6.5.4.	<i>Využívání služeb, spokojenost s nimi a jejich vztah k aktuálním potřebám</i>	70
6.5.5.	<i>Hodnocení provázanosti jednotlivých forem služeb</i>	71
6.5.6.	<i>Dostupnost služeb</i>	72
6.5.7.	<i>Informovanost a způsob získávání informací</i>	73
6.5.8.	<i>Shrnutí</i>	73
6.6.	OSOBY BEZ PŘÍSTŘEŠÍ	75
6.6.1.	<i>Charakteristika stávající situace a kapacity MHMP a MČ k řešení problematiky</i>	75
6.6.2.	<i>Příčiny ztráty bydlení a situace předcházející využití sociálních služeb</i>	76
6.6.3.	<i>Využívání pomoci nejbližšího okolí</i>	77
6.6.4.	<i>Využívání služeb, jejich spokojenost s nimi a vztah k aktuálním potřebám</i>	77
6.6.5.	<i>Hodnocení provázanosti jednotlivých forem služeb</i>	79
6.6.6.	<i>Dostupnost služby</i>	79
6.6.7.	<i>Informovanost a způsob získávání informací</i>	80
6.6.8.	<i>Shrnutí</i>	80
6.7.	OSOBY ZÁVISLÉ NA NEALKOHOLOVÝCH DROGÁCH	82
6.7.1.	<i>Charakteristika stávající situace a kapacit MHMP a MČ k řešení problematiky</i>	82
6.7.2.	<i>Situace před vyhledáním služby a důvody k jejímu vyhledání</i>	85
6.7.3.	<i>Využívání pomoci nejbližšího okolí (příbuzných, známých atd.)</i>	85
6.7.4.	<i>Využívání služeb, spokojenost uživatelů s nimi a jejich dostupnost</i>	85
6.7.5.	<i>Interakce mezi jednotlivými zařízeními a organizacemi a schopnost stávající sítě služeb reagovat na potřeby klientů</i>	86
6.7.6.	<i>Informovanost a způsob získávání informací</i>	87
6.7.7.	<i>Shrnutí</i>	87
6.8.	OSOBY V KRIZI, OSOBY OHROŽENÉ TRESTNOU ČINNOSTÍ A DALŠÍ SKUPINY OSOB V NEPŘÍZIVÉ SOCIÁLNÍ SITUACI	89
6.8.1.	<i>Společná tematizace různých skupin osob v nepříznivé sociální situaci a okruh sledovaných skupin osob</i>	89
6.8.2.	<i>Charakteristika stávající situace a kapacit MHMP a MČ ve vztahu k dalším skupinám osob v nepříznivé sociální situaci</i>	89
6.8.3.	<i>Situace před vyhledáním služby a strategie vyrovnávání se se situací</i>	92
6.8.4.	<i>Poznatky o sociálních službách pro osoby spadající do cílové skupiny</i>	93
6.8.5.	<i>Shrnutí</i>	96
6.9.	SPOLEČNÁ SPECIFIKA OSOB PEČUJÍCÍCH	97
6.9.1.	<i>Charakteristika pečujících osob a motivace k pečování</i>	97
6.9.2.	<i>Základní aspekty péče</i>	99
6.9.3.	<i>Ztráty a přínosy pečování</i>	100
6.9.4.	<i>Profesní život a finanční stránka pečování</i>	101
6.9.5.	<i>Sociální služby pro pečující osoby</i>	105
6.9.6.	<i>Podpora ze strany úřadů, možnosti vzdělávání</i>	108
6.9.7.	<i>Informovanost</i>	108
6.9.8.	<i>Plány do budoucna</i>	109
6.9.9.	<i>Shrnutí</i>	110

6.10.	PODMÍNKY PRO POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB Z POHLEDU POSKYTOVATELŮ.....	112
6.10.1.	<i>Okruh sledovaných údajů</i>	112
6.10.2.	<i>Finanční zajištění činnosti organizace</i>	112
6.10.3.	<i>Další aspekty související se zajištěním provozu organizace</i>	116
6.10.4.	<i>Vztahy mezi jednotlivými aktéry</i>	118
6.10.5.	<i>Vybrané obecné charakteristiky systému sociálních služeb</i>	119
6.10.6.	<i>Shrnutí</i>	120
6.11.	SOCIÁLNÍ SLUŽBY V HMP Z POHLEDU PRACOVNÍKŮ MĚSTSKÝCH ČÁSTÍ	123
6.11.1.	<i>Účel dotazování a charakter získaných odpovědí</i>	123
6.11.2.	<i>Identifikace problémových oblastí</i>	123
6.11.3.	<i>Prioritní cílové skupiny</i>	125
6.11.4.	<i>Priority stanovené přímo ve vztahu k sociálním službám</i>	125
6.11.5.	<i>Vybrané kompetence městských částí: zřizování organizací poskytujících sociální služby, jejich poskytování a informování veřejnosti</i>	126
6.11.6.	<i>Spolupráce s dalšími aktéry a její vliv na síť sociálních služeb na území městské části</i>	127
6.11.7.	<i>Shrnutí</i>	129
6.12.	SOCIÁLNÍ SLUŽBY V HMP Z POHLEDU PRACOVNÍKŮ MHMP.....	130
6.12.1.	<i>Účel dotazování a charakter získaných odpovědí</i>	130
6.12.2.	<i>Významná východiska a předpoklady poskytování sociálních služeb na území HMP</i>	130
6.12.3.	<i>Identifikace problémových oblastí</i>	131
6.12.4.	<i>Prioritní cílové skupiny</i>	132
6.12.5.	<i>Reflexe priorit v oblasti sociálních služeb a v SPRSS</i>	132
6.12.6.	<i>Úloha organizací zřizovaných MHMP v síti sociálních služeb působících na území HMP</i>	134
6.12.7.	<i>Vliv dalších aktérů na poskytování sociálních služeb na území HMP</i>	134
6.12.8.	<i>Shrnutí</i>	135
7.	DOPORUČENÍ	137
8.	ZÁVĚR	162
9.	ZDROJE	163
10.	PŘÍLOHY	167
10.1.	<i>CÍLOVÉ SKUPINY ROZLIŠENÉ V TOMTO VÝZKUMU</i>	167
10.2.	<i>SCÉNÁŘE ROZHOVORŮ</i>	169
10.3.	<i>TEMATICKÉ ZAMĚŘENÍ OHNISKOVÝCH SKUPIN</i>	185

2. Shrnutí

Předložená „Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy“ byla vytvořena výzkumným týmem Centra pro sociální a ekonomické strategie FSV UK na základě zakázky Magistrátu hlavního města Prahy (MHMP) realizované v období září 2011 – duben 2012. Předmětem zadání bylo zmapování potřebnosti sociálních služeb z hlediska cílových skupin uživatelů sociálních služeb a porovnání zjištěné potřebnosti se současnou praxí poskytování sociálních služeb na území hlavního města Prahy (HMP). Toto zadání výzkumný tým transformoval do několika výzkumných otázek. Hlavní výzkumnou otázkou „*Jsou sociální problémy na území hl. města Prahy uspokojovány/řešeny nejvhodnějšími instituty?*“ pak doprovázely doplňující otázky: „*Co je příčinnou případných rozporů?*“ „*Jak vhodněji existující sociální problémy uspokojovat?*“

Pro výzkum byl zvolen normativní přístup, který reflektuje požadavky zadavatele a umožňuje realizačnímu týmu formulovat konkrétní návrhy řešení. V kapitole věnované metodologii jsou detailně popsány zvolené výzkumné strategie a techniky, způsob výběru respondentů, etické rozměry výzkumu i jeho limity. Výzkum má charakter kvalitativního explorativního zkoumání zkušeností, myšlenkových a kognitivních světů hlavních aktérů na poli sociálních služeb na území HMP, čemuž odpovídají i použité metody. Pro zajištění větší validity výsledků bylo využito poradního sboru, který byl složen z expertů z oblasti sociálních služeb, akademických pracovníků, zástupce magistrátu, městské části (MČ) a zástupce poskytovatelů.

Poznatky realizačního týmu byly konfrontovány, doplňovány o poznatky dalších autorů zabývajících se touto problematikou. Vlastní analýza pak byla zpracována především na základě zjištění vycházejících ze 104 polostrukturovaných rozhovorů a 5 ohniskových skupin. Realizační tým pracoval především se zástupci cílových skupin, osobami pečujícími, poskytovateli sociálních služeb, pracovníky samospráv a také s osobami, které by na sociální služby měly nárok, ale aktuálně je nevyužívaly. Tyto osoby byly pro účely analýzy označeny jako „potenciální uživatelé“. Pro zachycení širokého spektra poskytovaných služeb a specifických potřeb jednotlivých cílových skupin bylo 9 cílových skupin určených zadavatelem rozčleněno na 17 dílčích a přesněji ohraničených skupin osob. Toto podrobnější členění přispělo k tomu, že byly v rámci určité cílové skupiny dotázány osoby s různými charakteristikami a bylo tak možné zohlednit případné vnitroskupinové rozdíly.

Zjištěné poznatky jsou koncipovány primárně dle jednotlivých cílových skupin definovaných zadavatelem, což se ukázalo jako nezbytné členění, neboť situace a potřeby každé cílové skupiny se značně liší. Obecnější témata, která se prolínala jednotlivými cílovými skupinami, byla následně sledována v samostatných kapitolách věnovaných osobám pečujícím, poskytovatelům sociálních služeb, městským částem a MHMP. V závěru zprávy je uveden návrh dalších kroků (doporučení systémové povahy) které mají potenciál zásadnějším způsobem zlepšit situaci cílových skupin, řada konkrétních dílčích podnětů je však uvedena i v předchozích tematických kapitolách.

Závěrečná doporučení byla primárně koncipována podobně jako celá analýza, tj. dle jednotlivých cílových skupin a jsou pak doplněna o systémová doporučení v oblasti plánování sociálních služeb, financování sociálních služeb, administrativy spojené s poskytováním

sociálních služeb, lidskými zdroji v oblasti sociálních služeb, informovanosti a problematice bydlení, která se zásadní měrou prolínala prakticky všemi cílovými skupinami.

Některá doporučení se týkají pouze změn administrativních postupů a procesů, některá restrukturalizace podpory, objevují se však i doporučení, která jsou nad rámec kompetencí MHMP a týkají se např. změn legislativy. Tato doporučení byla po úvaze do analýzy též zařazena, byť jejich adresátem je jiný subjekt, než zadavatel analýzy. Tato doporučení však zasazují celou problematiku do širšího kontextu a zadavatel je může projednávat s odpovědnými institucemi. Při formulaci doporučení realizační tým usiloval o minimální dodatečné zatížení veřejných rozpočtů při naplňování navržených kroků. Existují však oblasti, které nebylo možné opomenout a které vyšší objem finančních prostředků vyžadují.

Napříč jednotlivými cílovými skupinami je možné sledovat vysokou poptávku po pobytových službách, která převyšuje stávající nabídku. Tato skutečnost je však v rozporu se zájmem uživatelů sociálních služeb pobývat co nejdéle v domácím prostředí. Větší rozvoj terénních a ambulantních služeb (v některých případech by stačila jen větší informovanost o těchto službách) by umožnil osobám setrvat v přirozeném prostředí a pobytové služby by využívaly pouze jedinci s vyšším stupněm závislosti. Odlehčení institucionálním pobytovým službám by přineslo též větší rozšíření finančně dostupného bydlení. Být se nejedná o sociální službu ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v současné době na území HMP chybí navazující článek pro osoby, jejichž situace byla ve stávajícím systému sociálních služeb stabilizována. Z tohoto důvodu dochází u některých osob k recidivě problémů, k jejich opakovanému návratu do pobytových služeb (např. do azylových domů), což značně stěžuje jejich začlenění do běžného života a zatěžuje kapacity jednotlivých pobytových zařízení.

Stávající poskytovatelé sociálních služeb jsou schopni ve prospěch cílových skupin spotřebovat výrazně více finančních prostředků, než je v současné době k dispozici. Především v oblasti osobní asistence je poptávka výrazně vyšší, než jsou disponibilní zdroje. Větším problémem, než absolutní výše poskytovaných prostředků, se však jeví způsob distribuce financí. Snížení administrativní náročnosti spojené s přidělováním prostředků, zvýšení transparentnosti rozdělovacích procesů u všech subjektů poskytujících dotace a především zavedení víceletého financování poskytovatelů sociálních služeb má potenciál výrazné stabilizace a dalšího rozvoje sociálních služeb na území HMP i bez dramatického navyšování zdrojů. Současná nejistota, kdy se podmínky každoročně mění a poskytovatelé neví, s jakým objemem prostředků budou disponovat v roce následujícím, brání jejich strategickému plánování a rozvoji.

Vyjasnění kompetencí a rozvoj spolupráce mezi MHMP a MČ, zavedení komunitního plánování pod jednotnou metodikou ve všech MČ a zajištění kvalitního vzdělávání jsou další z opatření, která minimálně zatíží veřejné rozpočty, ale mohou výrazně stávající systém zefektivnit.

Autorský tým doufá, že poznatky předložené v této analýze budou užitečným vodítkem pro odpovědné pracovníky při jejich úsilí o zkvalitnění a zefektivnění systému poskytování sociálních služeb na území hlavního města Prahy.

3. Úvod

Vývoj sociálních služeb reaguje na proměny celé společnosti. V chování lidí i institucí ovšem zaznamenáváme charakteristický rys: zažitě stereotypy chování brání rychlým změnám. Proto v procesu adaptace sociálních služeb na měnící se společenský kontext dochází ke zpoždění, k nerovnováhám, někdy i k růstu nepoměru mezi jejich aktuální nabídkou a legitimními reálnými potřebami občanů.

Sociálně demografický vývoj pražské populace je charakterizován především jejím stárnutím a pozvolným, leč patrným růstem sociálně patologických jevů a podílu sociálně problémových skupin. Specifickým problémem Prahy je růst počtu lidí bez přístřeší, přičemž 60 % těchto osob nemá na území hlavního města Prahy trvalé ani přechodné bydliště. S pokračujícím rozvolňováním rodinných vazeb lze stále méně spoléhat na rodinu jakožto základní článek sociální opory a pomoci nejbližším. V důsledku krize a následných restriktivních opatření roste i v Praze počet nezaměstnaných; více lidí než dříve se ocitá blízko hranice životního minima nebo i pod ní.

Poskytování sociálních služeb na území HMP současně determinují vztahy mezi dvěma spolupracujícími, nicméně zároveň značně autonomními články samosprávy – Magistrátem hlavního města Prahy a jednotlivými městskými částmi¹. Instituce poskytující sociální a (nejen) sociální služby pak představují pestrou paletu různých institucionálních forem, v níž hrají hlavní, ne vždy ovšem rovnoprávnou roli příspěvkové organizace a organizace neziskového sektoru. Problémem, na který často poukazují zástupci organizací neziskového sektoru, je jejich minimální finanční stabilita a nedostatečné financování.

Podle platné legislativní úpravy mohou v oblasti sociálních služeb působit i soukromoprávní subjekty. Možnosti dosahování zisku jsou v této oblasti poměrně výrazně omezené. I přesto ale začíná být oblast sociálních služeb vnímána jako oblast, v níž se mohou úspěšně prosadit i komerční subjekty. Role Magistrátu hlavního města Prahy a úřadů městských částí díky tomu ale neklesá, spíše naopak: jsou to právě MHMP a úřady městských částí, kdo by měly na svém území vyhodnocovat a koordinovat nabídku sociálních služeb, respektive plánovat jejich rozvoj na svém území. Pokud tak nečiní nebo jsou jejich snahy neúspěšné, dochází na jedné straně k neefektivnímu překrývání služeb, na druhé straně nemusí existovat dostatek služeb, které by uspokojily některé specifické potřeby občanů, navíc v situaci, kdy mnozí lidé o svých legitimních nárocích s ohledem na malou informovanost vůbec nevědí. Také v této oblasti by měly MHMP a úřady městských částí vystupovat aktivně. Mezi odborníky panuje shoda v tom, že velkým nedostatkem, který snižuje efektivitu takto neoptimálně fungující

¹ Podle Statutu hlavního města Prahy je Praha členěna na 22 správních obvodů a 57 městských částí. Při analýze dokumentů byly využity především informace týkající se 22 správních obvodů HMP, nicméně k dispozici byly i některé dílčí poznatky za některou z 57 městských částí. Pro účely individuálních i skupinových rozhovorů byli osloveni zástupci městských částí, které jsou v příslušném správním obvodu pověřeny MČ (tj. zástupce ÚMČ Praha 14 za správní obvod Praha 14 atd). Z hlediska této analýzy nicméně lze rozdíl mezi městskou částí a správním obvodem HMP vnímat jako nepodstatný a v dalším textu bude pro oba tyto „typy městských částí“ používáno jednotné označení „městská část“.

soustavy sociálních služeb, je kromě nedostatku zdrojů zejména nedostatečně rozvinuté komunitní plánování, respektive střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb.

Tento výzkum představuje pokus o analytické uchopení této složitě strukturované a dynamicky se vyvíjející problematiky způsobem, který umožní lepší porozumění jejím specifikům jako jednomu z nutných východisek pro odpovědné rozhodování. Pomůckou nám bylo především rozčlenění dotčené populace do několika základních cílových skupin a dále členění aktérů poskytujících služby na pečující osoby, institucionální poskytovatele sociálních služeb, městské části a posléze Magistrát HMP. Opírali jsme se jak o existující sociálně ekonomická data, kvantitativní výzkumy a studie, tak i o námi samotnými uplatněné kvalitativní metody – polostrukturované rozhovory a metodu ohniskových skupin.

Výzkum byl realizován na půdě oboru Veřejná a sociální politika, je proto přirozené, že vyústil do návrhu dalších kroků v systému poskytování sociálních služeb na území Prahy, uplatnitelných i ve vznikajícím Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb na území hlavního města Prahy.

4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Realizovaný výzkum reaguje na poptávku zadavatele MHMP získat poznatky převážně kvalitativního charakteru využitelné při vytváření Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na území HMP. Z toho vyplývají hlavní cíle navrhovaného výzkumu:

- a. **identifikovat** (zmapovat) **potřebnost konkrétních sociálních služeb** z hlediska cílových skupin uživatelů sociálních služeb,
- b. **porovnat zjištěnou potřebnost** se současnou **praxí** poskytování sociálních služeb na území HMP a
- c. na základě získaných poznatků **zpracovat návrh dalších kroků** v systému poskytování sociálních služeb na území HMP, které budou moci být implementovány do Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na území HMP.

Na základě těchto cílů výzkumu byla zformulována **hlavní výzkumná otázka** „*Jsou sociální problémy na území hl. města Prahy uspokojovány/řešeny nejvhodnějšími instituty?*“, kterou doprovází doplňující otázky: „*Co je příčinnou případných rozporů?*“ „*Jak vhodněji existující sociální problémy uspokojovat?*“

Tyto cíle reagují na zadání zadavatele: „*Výzkum zmapuje potřebnost sociálních služeb z hlediska cílových skupin uživatelů sociálních služeb a porovná zjištěnou potřebnost se současnou praxí poskytování sociálních služeb na území HMP*“ a to v následujících skupinách respondentů:

- 1) Uživatelé sociálních služeb
 - senioři
 - osoby se zdravotním postižením (tělesným, mentálním, zrakovým, sluchovým nebo kombinovaným)
 - osoby duševně nemocné
 - rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci
 - migranti a etnické menšiny
 - osoby bez přístřeší
 - osoby v krizi a ohrožené trestnou činností
 - osoby závislé na nealkoholových drogách
- 2) Osoby pečující
- 3) Poskytovatelé sociálních služeb
- 4) Pracovníci samospráv, pracovníci institucí, které se zabývají problematikou sociálních služeb

Hlavní úkoly, na které se tato analýza zaměřuje a které jsou obsaženy ve výše uvedených cílech:

1. Zjistit potřebnost konkrétních sociálních služeb z hlediska cílové skupiny uživatelů. Odpověď na otázku: Jaké druhy sociálních služeb jsou z hlediska jednotlivých cílových skupin službami prioritními (i vzhledem k jednotlivým úkonům uvnitř služby).

2. Zjistit povahu potřeb, případnou potřebnost konkrétních sociálních služeb, z hlediska osob pečujících.
3. U jednotlivých cílových skupin uživatelů sociálních služeb vyhodnotit prismaticem potřebnosti dostatečnost/nedostatečnost stávající sítě sociálních služeb na území HMP.
4. Popsat problematická místa v systému poskytování sociálních služeb a příčiny jejich výskytu na území HMP (s ohledem na místní dostupnost, případně data demograficko-statistického charakteru).
5. Identifikovat druhy sociálních služeb, které by mohly financovat městské části a druhy služeb, které by mohlo financovat HMP.
6. Zjistit, jakou podporu by uvítaly MČ při procesech plánování sociálních služeb na svém území ze strany HMP.
7. Navrhnout další kroky v systému poskytování sociálních služeb na území HMP.

5. Metodologický přístup

K předkládané studii přistoupili autoři normativně (Veselý, Nekola 2007: 144), analýza tak kromě popsání a vysvětlení zkoumaného problému obsahuje i jeho hodnocení a návrhy řešení. Tyto části tak, i přes snahu o maximální objektivitu a nestrannost, mohou být ovlivněny hodnotami a postoji autorů. Analýzu se autorský tým snažil směřovat tak, aby výsledkem byly poznatky využitelné při tvorbě reálné politiky (ibid.: 14-30).

Předkládaná analýza staví zejména na vlastním výzkumu. Současně ale používá i sekundární data a čerpá z poznatků shromážděných jinými autory v minulosti. Tyto zdroje jsou kombinovány a doplňovány, ale i systematicky porovnávány a konfrontovány. Závěry zprávy jsou tak určitou syntézou poznatků.

5.1. Analýza dokumentů a dat

Podrobná **rešerše a studium dokumentů** a dat se staly vstupní fází pro vlastní výzkum. Pozornost byla věnována zejména následujícím pramenům:

- Studiím poskytnutým MHMP – zejména pak kvantitativní studii opírající se o data z Registru poskytovatelů sociálních služeb „Sociální služby na území hlavního města Prahy v roce 2011“ (Janečková, H., Angelovská, O. 2011), kterou si nechal zpracovat MHMP v roce 2011, a „Výkazu financování a určování priorit v oblasti sociálních služeb v městských částech 1 až 22“, který zpracoval MHMP v roce 2011 na základě vlastního šetření;
- dalším studiím o jednotlivých cílových skupinách či vybraných fenoménech, které si nechal MHMP zpracovat v minulých letech;
- komunitním plánům vybraných městských částí;
- výzkumným zprávám o mapování potřeb uživatelů sociálních služeb v několika městských částech zpracovaných nestátní neziskovou organizací Agora Central Europe;
- výročním zprávám vybraných poskytovatelů působících na území hlavního města a webovým stránkám poskytovatelů sociálních služeb;
- zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který určuje základní rámec systému sociálních služeb a vymezuje i povinnosti samosprávných celků v této oblasti; dále pak zákonu č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze, který stanovuje správní uspořádání hlavního města a práva a povinnosti jednotlivých správních celků;
- veřejně-politickým dokumentům - strategiím, koncepcím a programům v různých oblastech sociální a zdravotní politiky hlavního města Prahy a České republiky
- a akademickým textům a studiím věnujícím pozornost nějaké z cílových skupin nebo obecně systému sociálních služeb.

Vymezení cílových skupin zadavatelem bylo užitečné pro strukturaci velkého okruhu osob, kterým jsou sociální služby určeny. Už vstupní fáze projektu však ukázala, že jednotlivé cílové skupiny jsou více či méně konstruktem, jehož aplikace při metodologickém uchopení výzkumu má i mnohá omezení.

Analýza dokumentů poukázala zejména na to, že zatímco některé cílové skupiny jsou velice dobře zmapované a o jejich situaci existuje mnoho poznatků a dat (např. osoby bez přístřeší),

o dalších je informací minimum (např. osoby s duševním onemocněním). Zatímco některé cílové skupiny je relativně snadné definovat a ohraničit např. pomocí demografických ukazatelů (např. senioři) nebo v případě cizinců pomocí pobytových statistik, u dalších lze jejich velikost jen odhadovat (např. osoby bez přístřeší či osoby se zdravotním postižením) a některé jsou kvantitativními ukazateli naprosto neuchopitelné (např. osoby v krizi). Některé skupiny lze považovat za cílové skupiny sociálních služeb jako celek (např. osoby závislé na návykových látkách či osoby bez přístřeší), u dalších ale toto automatické zahrnutí neplatí a je nutné pokusit se identifikovat², jaké osoby lze za (stávající či potenciální) uživatele sociálních služeb považovat. Zde se jedná např. o seniory, mezi nimiž je i velký podíl těch, kteří sociální služby nepotřebují a samotný věk jako kvalifikace potřebnosti nestačí. To stejné platí v případě cizinců a etnických menšin nebo rodin, mládeže a dětí, kde demografické údaje popisující tuto skupinu nevypovídají zcela přesně o tom, jak velká část se nalézá v nepříznivé sociální situaci. V neposlední řadě se skupiny překrývají, protože u osob v tíživých životních situacích a osob ohrožených sociálním vyloučením dochází často ke kumulaci handicapů. Např. senior tak může být současně osoba se zdravotním postižením, osoby bez přístřeší lze nalézt mezi uživateli návykových látek, rodinami v nepříznivé sociální situaci či osobami s duševním onemocněním, rodina může pečovat o zdravotně postižené dítě aj. Pro potřeby výzkumu byly cílové skupiny operacionalizovány (viz příloha 10.1).

Rozdíly se projeví také napříč městskými částmi. Zatímco některé v minulosti investovaly do zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb na svém území a mají zpracovaný komunitní plán sociálních služeb, jiné o potřebách svých obyvatel ví velmi málo a v této politice jim chybí jakýkoliv strategický dokument.

5.2. Vlastní výzkum

V souladu se zadáním zadavatele byla pro sběr primárních dat zvolena **kvalitativní výzkumná strategie**. Kvalitativní přístup díky osobnímu kontaktu výzkumníka s terémem umožňuje lépe porozumět zkoumanému problému, a to v co možná nejkompaktnější podobě včetně porozumění vztahů problému s dalšími souvisejícími aspekty (Silverman 2005, Kaufmann 2010). Její předností oproti kvantitativnímu přístupu je, že umožňuje problematiku zkoumat holisticky a do hloubky (Veselý, Nekola 2007: 43). Cílem kvalitativní výzkumné strategie je porozumění, nikoliv zobecnění získaných poznatků. Při požadavku na generalizaci je naopak nezastupitelný kvantitativní přístup.

Cílem výzkumu bylo zachytit perspektivu velmi odlišných skupin aktérů politiky sociálních služeb, což umožnilo vytvořit plastický obraz o fungování této politiky, jejích přednostech, stinných místech a možnostech rozvoje. Do výzkumu byly zahrnuty následující skupiny: zástupci zadavatelů sociálních služeb (ty reprezentovali pracovníci městských částí a MHMP), zástupci poskytovatelů sociálních služeb (zejména představitelé

² Možnosti takovéto identifikace jsou ale omezené, zpravidla jde jen o odhady, a různí autoři k nim mohou přistupovat rozdílně. V případě tohoto výzkumu byly např. mezi skupinu seniory zařazeny jen osoby starší 65 let pobírající příspěvek na péči alespoň v prvním stupni. Tazatelům bylo přitom doporučeno, aby se pro rozhovor pokusili vyhledat osoby starší 75 let. (Viz příloha 10.1)

neziskových organizací a příspěvkových organizací MHMP a městských částí) a **zástupci jejich uživatelů** (tedy zástupci jednotlivých výše vymezených cílových skupin). V posledním případě byli navíc rozlišeni **stávající a potenciální uživatelé sociálních služeb**, tedy ti, kteří, ač naplňují charakteristiky cílových skupin a jejich potřeby by je opravňovaly k využívání nějaké služby, sociální služby v této chvíli nevyužívají. Dalším sledovaným aktérem byla skupina „**pečujících osob**“. Krom toho, že tyto osoby mohou využívat jim určené specializované sociální služby, poskytují neformální podporu a pomoc osobám, které by jinak patrně byly nuceny využívat péče systému sociálních služeb (tj. institucionalizované formy podpory a pomoci).

Zvolené metody sběru dat byly dvě – osobní polostrukturovaný rozhovor (Veselý, Nekola 2007: 170-176) a **metoda ohniskové skupiny** (také focus group) (ibid.: 176-181). Metoda rozhovoru byla použita v úvodní fázi projektu, metoda focus group naopak sloužila k ověření a doplnění poznatků z realizovaných rozhovorů a byla tak použita v druhé polovině projektu.

5.2.1. Rozhovory

Polostrukturovaný osobní rozhovor byl zvolen jako metoda, jejíž použití vedlo k získání informací, které umožnily popsat a vysvětlit pozici různých aktérů v procesu poskytování a čerpání sociálních služeb na území hlavního města. V případě cílových skupin byla pozornost věnována i jejich potřebám, včetně těch neuspokojených a doposud neidentifikovaných. Cílem bylo nahlédnout na zkoumaný jev z různých perspektiv, které se spolupodílejí na fungování současného systému sociálních služeb a současně spoluvytvářejí rámec pro jeho další rozvoj.

Připraveno bylo celkem pět různých scénářů rozhovorů pro každou skupinu aktérů. Otázky reflektovaly rozdílné role a perspektivy aktérů, ústředním momentem všech však byla identifikace problémových míst v uspokojování potřeb osob ohrožených sociálním vyloučením, v nabídce sociálních služeb a v procesu plánování, řízení a financování celého systému. (Kompletní scénáře rozhovorů viz příloha č. 10.2.)

Počet respondentů stejně jako jejich rozložení mezi skupinami se do značné míry odvíjely již od zadání veřejné zakázky na provedení výzkumu. Konkrétní počty uskutečněných hloubkových polostrukturovaných rozhovorů jsou uvedeny v tabulce níže.

Tab. 1: Počet uskutečněných rozhovorů se zástupci jednotlivých aktérů

	Počet uskutečněných rozhovorů
Zástupci zadavatelů sociálních služeb (pracovníci městských částí a MHMP)	10
Poskytovatelé sociálních služeb	20
Současní uživatelé sociálních služeb	44
Potenciální uživatelé sociálních služeb	8
Pečující osoby	22
Celkem	104

Zatímco zástupci MČ a poskytovatelů služeb tvořili dvě relativně ohraničené a jasně vymezené skupiny (byť velká část poskytovatelů se zaměřuje dle registrovaných služeb na více cílových skupin, což znesnadňovalo jejich výběr), **volba respondentů** dalších tří skupin byla o poznání komplikovanější vzhledem k **velmi rozsáhlému a zároveň tematicky širokému záběru výzkumu**. Sociální služby mohou přispívat k řešení či překonání velmi různorodých životních situací a mohou být určeny širokému spektru osob. Zároveň může určitá osoba zakoušet různé životní situace a využívat různé sociální služby.

Pro účely výzkumu tak bylo v návaznosti na zadání vymezeno devět základních cílových skupin sociálních služeb. **Při výběru respondentů bylo cílem zajistit jejich dostatečnou variabilitu.** Definovány byly čtyři obecnější kategorie zahrnujících (zpravidla) více cílových skupin, mezi něž bylo rozděleno 70 rozhovorů. Nižší celkový počet rozhovorů byl stanoven u homogennějších skupin rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci (15) a senioři (15). Vyšší počet rozhovorů byl stanoven u různorodějších kategorií, kterými byly osoby se zdravotním postižením (20) a další cílové skupiny (20). Poté bylo u jednotlivých kategorií vyhodnoceno, jaké osoby je mohou reprezentovat z hlediska jejich obecného vztahu k oblasti sociálních služeb (tzn. jaké osoby v dané skupině lze řadit mezi stávající a potenciální uživatele a zda se v ní vyskytují také osoby pečující) a byly stanoveny počty pečujících osob a potenciálních a stávajících uživatelů sociálních služeb (viz tab. 2). Počet uskutečněných rozhovorů se od tohoto rozvržení mírně lišil v závislosti na tom, jak byli tazatelé úspěšnější při vyhledávání konkrétních respondentů (hodnoty v závorce v tab. 2).

Tab. 2: Počty rozhovorů podle obecnější kategorie a obecného vztahu k oblasti sociálních služeb (v závorce skutečně provedené počty rozhovorů)

Obecnější kategorie	Celkem	Osoby pečující	Potenciální uživatelé	Současní uživatelé	Cílové skupiny, které byly předmětem šetření
Rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci	15 (15)	3 (3)	2 (3)	10 (9)	rodiny s dětmi (11)
					děti opouštějící ústavní péči (2)
					ohrožené děti (pokud nejde o děti opouštějící ústavní péči) (2)
Senioři	15 (15)	7 (7)	2 (2)	6 (6)	senioři (15)
Osoby se zdravotním postižením	20 (24)	10 (12)	2 (1)	8 (11)	tělesně postižení (10)
					smyslově postižení (včetně mentálního postižení) (8)
					duševně postižení (2)
					chronicky nemocní (1)
					osoby jinak zdravotně postižené (0)
					osoby s kombinovaným postižením (3)
Další cílové skupiny	20 (20)	0 (0)	5 (2)	15 (18)	osoby v krizi (3)
					oběti trestné činnosti (včetně obětí obchodu s lidmi apod.; s výjimkou domácího násilí) (2)
					oběti domácího násilí (2)
					osoby závislé na návykových látkách (4)
					osoby bez přístřeší (4)
					migranti (bez ohledu na pobytový status) a etnické menšiny (3)
					osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách (1)
					osoby vedoucí rizikový způsob života (kriminalita, prostituce, v případě že není stěžejním důvodem využití sociální služby tak také užívání návykových látek apod.) (1)
Celkem	70 (74)	20 (22)	11 (8)	39 (44)	

V případě stávajících uživatelů sociálních služeb bylo potřebné dále specifikovat **okruh sociálních služeb**, které tyto osoby využívají. Důvodem byla především snaha zajistit, aby i vzorek sociálních služeb, k nimž se budou dotázání vyjadřovat patrně nejvíce, co možná nejlépe odrážel skutečnost, že mezi sociálními službami existuje řada významných rozdílů. Konkrétnější určení typů sociálních služeb a následně organizací, které je poskytují, bylo důležité také proto, že přes ně byli vyhledáváni respondenti reprezentující stávající uživatele sociálních služeb. **Výběr sociálních služeb byl proveden na základě kombinace těchto tří kritérií: druhu sociální služby, formy jejího poskytování a cílové skupiny**, na níž se služba zaměřuje. Následně byly takto vybrané sociální služby přiřazeny ke stávajícím uživatelům reprezentujícím jednotlivé sledované cílové skupiny (tab. 3). Stejně jako v předchozím kroku tato tabulka představovala klíč pro identifikování co možná nejširšího spektra respondentů s různými zkušenostmi se sociálními službami. Při samotné realizaci rozhovorů došlo ke drobným změnám v počtech uvedených v tabulce (viz hodnoty v závorce v tab. 2).

Tab. 3: Výběr uživatelů sociálních služeb dle typu a druhu služby

Obecný vztah k oblasti sociálních služeb a druhu sociálních služeb	Rodiny, děti, mládež	Senioři	Osoby se zdravotním postižením	Další cílové skupiny	Celkem
Celkem dotazovaných (součet)	15	15	20	20	70
Z toho:					
pečující osoby	3	7	10		20
potenciální uživatelé	2	2	2	5	11
současní uživatelé	10	6	8	15	39
z toho vyhledaných přes tyto doporučené služby (vše hodnoty):					
azylové domy	2			1	3
domy na půl cesty	2				2
telefonická krizová intervence	1				1
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	1				1
raná péče	1				1
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	1				1
odborné sociální poradenství	2	1	1	3	7
denní stacionář		1			1
domov pro seniory		1			1
sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče		1			1
pečovatelská služba		2			2
denní stacionář, případně centrum denních služeb			1		1
sociálně terapeutické dílny			1		1
domovy pro osoby se zdravotním postižením			1		1
chráněné bydlení			1		1
osobní asistence			1		1
podpora samostatného bydlení			1		1
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením			1		1
noclehárny nebo nízkoprahová denní centra				2	2
terapeutické komunity				1	1
domovy se zvláštním režimem				1	1
terénní programy				1	1
kontaktní centra				2	2
intervenční centra				1	1
krizová pomoc				2	2
sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi nebo nízkoprahová zařízení pro děti a mládež				1	1

Pro realizaci kvalitativního šetření bylo najato 13 terénních pracovníků. Podmínkou byla znalost systému sociálních služeb, praktická zkušenost s vedením kvalitativních rozhovorů, jejich kódováním a analýzou a ukončené minimálně bakalářské vzdělání oborů typu veřejná a sociální politika, sociologie apod. Hlavním úkolem spolupracovníků bylo vyhledání respondentů dle výše zmíněného klíče, vedení a přepis rozhovorů a jejich kódování. Před zahájením terénního výzkumu byli tazatelé instruováni, jak postupovat při zaznamenávání poznatků, i jak vhodně kontaktovat a komunikovat s různými cílovými skupinami.

Zástupci městských částí a zástupci poskytovatelů byli osloveni částečně na základě doporučení zadavatele, částečně formou expertního výběru členy realizačního týmu (z poskytovatelů konkrétních sociálních služeb byly vybrány zpravidla ty organizace, které jsou již v této oblasti etablované a mají delší historii na poli poskytování sociálních služeb). Cílem bylo, aby každý rozhovor se zástupcem městské části byl uskutečněn v jiné městské části, v případě poskytovatelů pak bylo sledováno, aby byly zahrnuty organizace s jinou právní formou, sídlící v jiných městských částech a poskytující různý typ služeb různým cílovým skupinám. Zástupci těchto dvou skupin byli většinou vstřícní a do výzkumu se ochotně zapojili.

V případě **vyhledávání respondentů z řad uživatelů a pečujících osob** byl tazatelům poskytnut seznam organizací poskytující dané typy služeb daným cílovým skupinám, prostřednictvím kterých mohli vyhledat vhodné respondenty. Cílem bylo vyhnout se situacím, kdy by výzkumný tým zatížil jednu organizaci různými požadavky na účast ve výzkumu. V případě identifikace potenciálních, ale i některých současných uživatelů, a pečujících osob byly využity také neformální kontakty členů týmu.

Popsaný postup si kladl za cíl získání poznatků o co nejširším spektru služeb a cílových skupin. V praxi se však ukázal být obtížně technicky proveditelný a v určitých ohledech také eticky sporný. Nebylo možné nalézt uživatele určitých služeb zejména z cílových skupin osoby v krizi (např. oběti trestných činů, domácího násilí aj.), rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci a osoby závislé na nealkoholových drogách. Tito klienti využívají často služby anonymně (např. telefonická krizová intervence) nebo byli poskytovatelé zavázáni jejich identitu udržet v anonymitě.

Jako vážnější překážku lze nicméně vnímat spíše etický rozměr kontaktování reprezentantů některých cílových skupin. Při vedení rozhovorů s osobami, které se nalézají v nepříznivé životní situaci, je nezbytný maximálně empatický přístup. A to tím více, je-li cílem rozhovoru získání informací, nikoliv snaha o pomoc, sdílení pocitů či jiná terapie. Tazatelé proto plně respektovali nejen rozhodnutí oslovených osob neúčastnit se tohoto výzkumu, ale také rozhodnutí dotázaných osob nevyjadřovat se k otázkám, které se jich výrazně týkaly. Nejvýznamněji se tato otázka ukazovala a byla také náležitě zohledněna u cílové skupiny osoby v krizi. Z tohoto důvodu byl počet rozhovorů s osobami zastupujícími tuto cílovou skupinu poněkud nižší, než bylo navrženo při rozhodování o vzorku dotazovaných osob.

Rozhovory byly vedeny na různých místech. V případě pracovníků městských částí a MHMP nejčastěji na úřadech, v případě poskytovatelů v jejich sídlech. Většina rozhovorů s uživateli a potenciálními uživateli služeb a s osobami pečujícími se uskutečnila u nich doma nebo

v zařízeních, jejichž služby využívali. Výjimkou však nebyly ani rozhovory v kavárnách či na jiných veřejných místech. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas stvrzující dobrovolné zapojení do výzkumu. Současně byla respondentům zaručena anonymita jejich výpovědí. Získané rozhovory byly následně doslovně přepsány.

Z hlediska využitelnosti rozhovorů se ukázaly jako problematické rozhovory s osobami s mentálním postižením. Ačkoliv byly pro tuto skupinu osob otázky upraveny a zjednodušeny, odpovědi přinesly jen málo informací o situaci této skupiny. V analýze tak byly využity zejména rozhovory s osobami pečujícími o tuto skupinu osob.

5.2.2. Ohniskové skupiny (Focus Groups)

Metoda ohniskové skupiny je kvalitativní výzkumnou metodou, „*kde zdrojem dat je skupinová interakce podporovaná aktivně zasahujícím moderátorem*“ (Veselý, Nekola 2007: 176, 179). Mezi její výhody patří schopnost objevovat nové souvislosti a perspektivy a poskytnout hlubší vhled do problematiky. Je vhodná zejména v případech, kdy je v procesu tvorby politiky nezbytné získat názory a zkušenosti různých aktérů (ibid.: 179). Cílem použití metody bylo ověření poznatků z rozhovorů a také doplnění chybějících informací a vysvětlení nejasností, u kterých rozhovory neposkytly jednoznačnou odpověď.

Celkem bylo **realizováno pět ohniskových skupin**. Na čtyřech z nich se setkali zástupci městských částí, zástupci poskytovatelů a zástupci cílových skupin. Každá skupina aktérů byla v dané skupině, která měla 8 - 12 účastníků, zastoupena přibližně stejným počtem reprezentantů. Na poslední ohniskové skupině se setkali členové poradního týmu.

Díky širokému záběru výzkumu se **každá ze čtyř ohniskových skupin zaměřila jen na určité cílové skupiny**. Cílem bylo, aby problematika jednotlivých cílových skupin mohla být diskutována do hloubky a aby docházelo k průsečíku ve zkušenostech jednotlivých účastníků diskuse: 1. Senioři, osoby bez přístřeší a osoby se zdravotním postižením; 2. Senioři, rodiny, mládež a děti v nepříznivé sociální situaci a osoby se zdravotním postižením; 3. Cizinci a etnické menšiny a osoby bez přístřeší a 4. Osoby závislé na nealkoholových drogách, osoby v krizi a ohrožené trestnou činností a rodiny, děti a mládež v krizi. Přizváni byli vždy zástupci organizací poskytující své služby primárně těmto skupinám a zástupci městských částí, pro které je typický vysoký výskyt vybraných cílových skupin (např. osoby bez přístřeší, migranti a etnické menšiny či osoby závislé na nealkoholových drogách) na jejich území.

Také pro účely ohniskových skupin byly sestaveny **scénáře** (viz příloha č. 10.3), podle kterých byla diskuse řízena. V případě prvních čtyř ohniskových skupin byly **diskutovány následující tematické okruhy**: poptávka a nabídka sociálních služeb, zajištění sociálních služeb a celková situace služeb v hlavním městě Praze. Pátá ohnisková skupina se zaměřila na obecnější aspekty průřezového charakteru typu stanovování priorit poskytování sociálních služeb, možnosti MHMP v reagování na naplňování potřeb jednotlivých cílových skupin a návrhy na zlepšení systému poskytování sociálních služeb.

Ohniskové skupiny se odehrály v prostorách Fakulty sociálních věd UK a byly nahrávány na diktafon. Všichni účastníci byli vstřícní a do výzkumné aktivity se ochotně zapojili. S přepisem diskusí bylo v analýze pracováno stejným způsobem jako s rozhovory a byly použity jako rovnocenný zdroj informací.

5.3. Analýza dat a tvorba doporučení

V analytické části byla využita **tematická analýza** (Ryan, Bernard 2003), tedy deduktivní strategie práce s kvalitativními daty. Na základě úvodní analýzy dokumentů a realizovaných rozhovorů byl sestaven seznam témat, která měla primárně vztah k zadání výzkumu, tedy potřebám cílových skupin a nabídce sociálních služeb, a témat, která se opakovaně objevovala a pro uspokojování potřeb a poskytování sociálních služeb se ukazovala být klíčová. Naopak, mnoho pozornosti nebylo věnováno analýze konkrétních životních příběhů respondentů.

Hlavními analyzovanými tématy byly specifické problémy a potřeby různých cílových skupin; využívání služeb, spokojenost s nimi a vztah k aktuálním potřebám; dostupnost sociálních služeb; provázanost sociálních služeb; informovanost; stanovování prioritních cílových skupin a plánování sociálních služeb; aspekty spojené se zřizováním organizací poskytujících sociální služby; poskytování sociálních služeb a zabezpečení chodu organizací; financování sociálních služeb; vzájemná spolupráce a vztahy aktérů a podněty pro zlepšení.

Pro každou skupinu byla sestavena samostatná sada kódů. Aby bylo možné na určité téma nahlédnout z perspektivy různých aktérů, byla průřezová témata v jednotlivých kódových sadách pojmenována stejně. To umožnilo např. porovnat, jak hodnotí informovanost o službách zástupci cílových skupin a jak stejné téma vnímají poskytovatelé či jak popisují poskytovatelé a zástupci městských částí společnou kooperaci. Pro kódování rozhovorů použili spolupracovníci MS Excel, data z něj byla následně exportována do programu NVivo 9, který byl využit k analýze užším výzkumným týmem.

Analýza byla provedena dle jednotlivých cílových skupin, každé skupině je věnována jedna kapitola této studie. V každé kapitole je pracováno paralelně s pohledy různých aktérů - současných a potenciálních uživatelů sociálních služeb, eventuálně pečujících osob a zástupců poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb. Struktury jednotlivých podkapitol se přitom částečně liší dle toho, jaká témata a poznatky se ukázaly být u jednotlivých cílových skupin relevantní.

Pro účely analýzy byly rozhovory anonymizovány. Při uvádění doslovných výpovědí respondentů je odkazováno vždy na to, kterou skupinu daná osoba zastupovala (zda šlo o uživatele či poskytovatele atd.), pořadí rozhovoru tazatele a který tazatel rozhovor prováděl (písmena *a* až *t*) (tedy např. „*poskytovatel 2a*“), popř. v které ohniskové skupině se daná výpověď objevila (např. „*uživatel fg4*“).

V neposlední řadě tato zpráva obsahuje **návrhy řešení** a příklady dobré praxe. Ty čerpají z poznatků z námi realizovaného kvalitativního výzkumu, ale také ze sekundárních dat. Kapitola obsahuje návrhy konkrétních kroků v systému poskytování sociálních služeb na území HMP, které mají potenciál zajistit zkvalitnění poskytování sociálních služeb. Centrem pozornosti byl klient (osoba v nepříznivé sociální situaci) a uspokojování jeho potřeb

v kontextu stávající ekonomické situace. Formulování doporučení ovlivňoval normativní přístup.

5.4. Spolupráce s poradním sborem

Pro zajištění větší validity výsledků výzkumu byl **celý výzkumný proces podroben auditu poradního sboru**, tzv. peer auditing (Hendl 2005). **Poradní sbor se skládal z expertů z oblasti sociálních služeb**, akademických pracovníků, zástupce MHMP, městské části a zástupce poskytovatelů. Během průběhu projektu se poradní výbor sešel dvakrát. Jeho role spočívala zejména v poskytnutí kritické zpětné vazby v různých fázích realizace projektu. Členové poradního sboru byli také účastníci poslední ohniskové skupiny, během projektu připomínkovali pracovní verze analýzy včetně závěrečné zprávy.

6. Zjištěné poznatky

6.1. Seniori

Cílová skupina seniori (vymezená v našem výzkumu zaměřeném na oblast sociálních služeb) zahrnuje pouze část osob starších 65 let. Počty uživatelů sociálních služeb mezi osobami staršími 65 let, tím spíše pak počty potenciálních uživatelů služeb v této věkové kategorii, však v rámci žádné ze statistických evidencí sledovány nejsou a velmi limitované jsou i možnosti odhadu počtu těchto osob. Určitým vodítkem v tomto směru mohou být specializované výzkumy mezi seniory. Výzkum provedený mezi pražskými seniory v roce 2008 (viz Pernes a kol. 2008: 26) ukázal, že sociální služby využívalo 19 % dotázaných seniorů. Tento údaj je však třeba chápat pouze jako orientační a v mnoha ohledech odrážel zaměření a metodiku příslušného konkrétního výzkumu. V tomto výzkumu totiž nebyly zohledněny některé faktory, které by podíl seniorů patrně zvýšily (např. nižší podíl osob ve věku 80 a více let ve zkoumaném vzorku), ani některé faktory, které by jej patrně mohly snížit (pojem sociální služba mohl být respondentem chápán širěji a jako sociální služby mohly být chápány i jiné druhy služeb). Současně je potřebné reflektovat, že uvedený podíl vypovídá o podílu stávajících uživatelů sociálních služeb z celkového počtu seniorů.

Seniori představují sociální skupinu, které jednotlivé městské části HMP v oblasti sociálních služeb věnují zvýšenou pozornost, a to jak vzhledem k měnící se demografické struktuře obyvatel, tak charakteru problémů, kterým seniori čelí. Mimo problémy s dostupností některých sociálních služeb se jedná zejména o problémy související s jejich bydlením (nemožnost výměny bytů u soukromých majitelů, nedostatek malometrážních bytů) a jeho financováním (vysoké tržní nájemné).

6.1.1. Sociální situace a problémy seniorů

Seniori v závislosti na svém zdravotním stavu preferují život ve své domácnosti. Zhruba 70 % zkoumaných seniorů nechce žít v domově seniorů nebo v domě s pečovatelskou službou. O život v pobytových zařízeních vyjadřují seniori zvýšený zájem spíše ve vyšším věku a v případě významné ztráty soběstačnosti (výskyt závažných onemocnění nebo zdravotních omezení) (Agora, 2008b).

Rovněž respondenti v námi realizovaném výzkumu potvrzovali přání co nejdéle bydlet ve svém domově se zajištěnou (běžnou) péčí (i za pomoci terénních sociálních služeb) a věnovat se svým zájmům bez omezení (nebát se navštívit výstavu či divadlo, docházet na přednášky univerzit třetího věku, v pořádku a bez potíží se dopravit k lékařům apod.) Jejich hlavní každodenní problémy totiž významně souvisí především s omezenou nebo bolestivou pohyblivostí a stupňujícími se zdravotními obtížemi. Každodenním problémem seniorů žijících ve vlastním domově se tedy stává zvládnutí rutinní péče o sebe a vlastní domácnost. Jak potvrzuje námi provedený výzkum tak poznatky z jiných výzkumných šetření (Agora 2008a: 11, Agora 2008b: 22-24, Pernes a kol. 2008: 38-39) seniori velmi výrazně pociťují společenskou izolaci, nedostatek doprovodu a asistence při zařizování osobních záležitostí, nedostatek informací a obavy o vlastní bezpečnost.

Námi dotazovaní senioři, žijící v zařízeních sociálních služeb rezidenčního typu, uváděli jako nejvážnější problémy společenskou izolaci a nedostatek aktivit (zejména ti, kteří jsou imobilní).

6.1.2. Využívání pomoci nejbližšího okolí

Senioři, kteří byli schopni zajišťovat péči o sebe sama (osobní hygiena apod.), hledali pomoc ve věcech spojených s chodem domácnosti nejprve u vlastních příbuzných, příp. sousedů. Teprve když už nebyli schopni tyto služby zajistit vlastními silami nebo s pomocí rodiny, obraceli se na některé ze zařízení sociálních služeb. Pomoc svých příbuzných využívali v případě organizačních záležitostí a spravování financí, komunikace s úřady a dopravy do zařízení sociálních služeb. Dotázaní senioři však také často uváděli, že nechtějí zatěžovat své příbuzné a o pomoc nepožádají i přesto, že pobírají příspěvek na péči.

V případě, že se rodina o seniora nemohla sama starat v rámci domácí péče, byli to právě nejbližší příbuzní, kteří vyřizovali umístění seniora do zařízení poskytujícího rezidenční sociální služby:

„To zařizoval všechno syn. On se informoval, nevím kde, že jo. Určitě na tom..na..na..na magistrátu no. Zatelefonoval sem [...], to jsme měli [...] a napsaly se žádosti o přijetí.“ (Uživatel 1p)

Přímá pomoc blízkých osob se u klientů rezidenčních služeb omezovala na rodinné návštěvy, zpravidla o víkendech. Avšak i tak jim mohli rodinní příslušníci aktivně pomáhat, např. tím, že je odvezou na lékařská vyšetření.

6.1.3. Pobírané sociální dávky

Podle výzkumu mezi pražskými seniory jsou hlavním zdrojem příjmů této sociální skupiny starobní důchody. Mezi nejčastější sociální dávky pobírané skupinou seniorů patří příspěvek na bydlení³ a příspěvek na péči, a to v různé výši dle stupně soběstačnosti (Pernes a kol. 2008: 9-12). Podíl starobních důchodců pobírajících příspěvek na péči je v HMP podprůměrný ve srovnání s ČR. V roce 2007 to bylo 4,7 % z celkového počtu starobních důchodců, zatímco v ČR dosáhl tento ukazatel 7,7 % (ibid.: 82). Autorky Janečková a Angelovská ukazují, že využívání sociálních služeb seniory nekoresponduje s počty příjemců příspěvku na péči - služby využívají i ti, kteří příspěvek na péči nemají, a naopak část těch, která dávku pobírá, ji neutrácí za služby. 40 % uživatelů pobytových služeb v hlavním městě nejsou příjemci příspěvku na péči. Diskrepance byla nalezena i v případě využívání terénních služeb: v některých městských částech převyšuje počet uživatelů terénních služeb počet příjemců příspěvků na péči až třicetkrát, jinde je naopak počet příjemců dané sociální dávky větší než počet uživatelů terénních služeb. Jedním z vysvětlení může být, že občané nakupují služby za hranicemi své městské části (Janečková, Angelovská 2011: 29-35).

³ Počet příjemců dávky je ve vztahu k příjmové situaci pražských seniorů velmi nízký, tj. své obligatorní nároky nevyužívají desetitisíce pražských starobních důchodců (Pernes a kol. 2008: 85).

Obecně řečeno, výše příspěvku na péči je důležitým faktorem využívání či nevyužívání sociálních služeb různého typu. Na jedné straně se ukazuje, že pokud by byl příspěvek na péči (zejména v nejnižším stupni) vyšší, soběstační seniori by využívali mnohem více terénních služeb než je tomu v současnosti. Na straně druhé, pokud člověk potřebuje více péče, je pobytové zařízení ve výsledku pro něj (a jeho rodinu) levnější (díky státním dotacím pobytovým zařízením). (Viz dále.)

6.1.4. Využívání služeb, spokojenost s nimi a vztah k aktuálním potřebám

K 30. 9. 2011 bylo v HMP celkem 125 organizací poskytujících služby pro seniory a 197 registrovaných služeb. Nejvíce služeb seniorům poskytují příspěvkové organizace a občanská sdružení. Terénní forma služby byla nejčastější (90), následují služby ambulantní (77) a pobytové (62) (Janečková, Angelovská 2011: 36). Největší poměr služeb (z celkového počtu služeb příslušného typu v ČR⁴) poskytovaných seniorům představovaly následující sociální služby: pečovatelská služba, domovy pro seniory, odborné sociální poradenství, odlehčovací služby, osobní asistence a sociálně aktivizační služby pro seniory.

Využívání sociálních služeb seniory je závislé na jejich preferencích a možnostech (mimo jiné na zdravotním stavu, soběstačnosti a finančních prostředcích). Pokud starší lidé žijí ve vlastní domácnosti, tak nejvíce využívají zejména terénní pečovatelské služby, které jim pomáhají zajistit nezbytnou péči o vlastní osobu a domácnost (dovoz obědů), příp. služby spočívající v zajištění doprovodu (např. k lékaři).

*„No ta pečovatelská služba, jednak nám jednou týdně uklízí tady a pečovatelská služba ta nám dá každé den, respektive ve všední dny nám dováže oběd.“
(Uživatel 1n)*

U seniorů převažuje celková spokojenost s využívanými službami (Pernes a kol. 2008: 27-28). Spokojenost klientů rezidenčních služeb úzce souvisí s jejich zdravotním stavem. Ti, kteří jsou imobilní, pociťují nedostatek sociálních kontaktů (např. nemohou sejít do společenské místnosti) a aktivit (např. postrádají pobyt na čerstvém vzduchu). Uživatelé sociálních služeb rezidenčního typu připouštějí, že personál dobře pečuje o zdravotní stav svých klientů a naplnění jejich základních potřeb, ale že málokdy je schopen naplnit přirozené potřeby lidského kontaktu.

„Jo, dávají mi to, co mi patří, ale nehýčkají mě. Nehýčkají mě, nehladěj mě. [...] No a kdybyste nepřišla vy, tak nepřišel nikdo. No a potom večer se musím starat, aby na mě nezapomněli.“ (Uživatel 4p)

⁴ Podíly byly vypočteny s využitím údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb (data platná k 11. 3. 2011, do vyhodnocení byly zařazeny pouze informace o službách, které byly aktivní k 1. 4. 2011). Poměr byl vypočten z počtu všech služeb příslušného typu, které v ČR působily. Uvedené informace se tak nevztahují přímo k situaci v HMP, ale lze je považovat za obecněji platné. Uváděné údaje tak na jedné straně poněkud limituje, že jde o spíše obecně předpokládanou souvislost mezi cílovou skupinou a sociální službou a v tomto ohledu se může situace na území HMP poněkud lišit. Na straně druhé, provedení tohoto výpočtu „pouze“ u služeb sídlících nebo působících na území HMP možné nebylo, protože u některých služeb byly počty takových služeb příliš nízké, výpočet poměrů z těchto hodnot by byl velmi nespolehlivý a získané údaje by mohly být zavádějící.

Poskytovatelé sociálních služeb pro seniory rovněž poukazovali na to, že hlavním faktorem úspěšného hodnocení spokojenosti klientů je především kvalitní personál.

Nejpalčivějším problémem vážícím se k poskytování sociálních služeb seniorům v hlavním městě je **nedostatečná kapacita lůžek v pobytových sociálních zařízeních**. Praha disponuje jen 3 615 lůžky, což je 17 lůžek na 1 000 obyvatel starších 65 let a to je v porovnání s 50 lůžky v jiných krajích velice málo (Janečková, Angelovská 2011: 23). To samozřejmě vede k nadprůměrnému množství neuspokojených žádostí o tyto služby. V HMP je jen 213 lůžek pro osoby s demencí v domovech se zvláštním režimem, dle odhadů autorek by jich bylo potřeba pětkrát více (ibid.: 28). Dalším aspektem neuspokojivé situace pobytových zařízení je jejich nerovnoměrné umístění ve městě.

Dalšími sociálními službami, u kterých je poptávka vyšší než nabídka, jsou **terénní služby** pro seniory (pečovatelská služba, osobní asistence aj.) a také **sociální poradenství** (Agora 2008a: 12-14, 2008b: 20-22, Kuchařová a kol. 2009: 46).

„Můj dojem je, že se strašně v Praze podceňuje terénní služba. Terénní služby všeho druhu. Že Praha se tak jako dlouhodobě upnula na pobytové služby, ať už pro seniory nebo pro osoby se zdravotním postižením. [...] Ti lidé by prostě potřebovali osobní pomoc, o kterou si ani netroufají kolikrát požádat, protože ty pečovatelské služby nemají dostatek kapacit, aby osobní služby poskytly, a že si potom preventivně žádají o pobytovou službu, kterou ani nepotřebují. [...] Mám tu zkušenost, že my jsme dochovali spoustu seniorů s velmi těžkým zdravotním postižením skoro až do smrti. [...] Že i s tím velmi těžkým zdravotním postižením v seniorském věku jim ta terénní služba stačila, pokud byla poskytována individualizovaně a kvalitně, [...] třeba a v kombinaci s „homecare“, tak to stačilo. Ti lidé nemuseli odcházet ani do ústavů, ale dokonce ani do zdravotnického zařízení. [...] To je hrozná škoda, protože to je nejlevnější způsob poskytování služeb, ty terénní služby.“ (Poskytovatel 3b)

Z uvedených souvislostí je zcela patrné, že v oblasti sociálních služeb určených pro seniory je **relativně velká nenaplněná (a snad také nenaplnitelná) poptávka jak po terénních tak pobytových sociálních službách**. Městské části jsou si této poptávky vědomy a vyjadřují zájem v nejbližší budoucnosti tyto služby rozvíjet. Týká se to zejména terénních služeb, domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem (MHMP 2011b: 116-119). Uvedené pořadí priorit vychází ze snahy udržet staršího člověka co nejdéle v jeho domácím prostředí a pomáhat mu prostřednictvím terénních služeb (tj. především pečovatelské služby). Nicméně **sami senioři často poptávali spíše pobytové sociální služby**, i když jejich zdravotní stav tomu neodpovídal. Vedly je k tomu takové důvody jako např. (finanční i jiná) nedostupnost terénních služeb, vysoký nájem v bytě, v němž bydlí, snaha přenechat svůj byt potomkům nebo přetrvávající přesvědčení, že v tomto věku jim mohou nejlépe pomoci právě pobytové služby. Dle reprezentativního šetření seniorů v Praze by si více než čtvrtina seniorů zvolila komplexní péči v některém ze zařízení poskytující dlouhodobý pobyt (Agora, 2008b: 27).

„Přátelé, my máme 1000 žádostí, ano. My, co jsme zdědili od Magistrátu před zákonem 108, máme 1000 žádostí, s těmi průběžně pracujeme. Aktuálních je prosím vás minimum, jo? Tedko aktuální, co chtěj nastoupit reálně, těch lidí je 30, ano.“

„To, že jsem tvrdil, že těch domovů důchodců je moc, to přijměte jako určitou hypotézu, kterou je třeba ověřit. A ověřit ji tím, že se fakticky zjistí, až se rozjedou terénní služby, tak kolik lidí, pro kolik lidí ty služby nebudou stačit, ano. Až pak se uvidí, ano... A já věřím tomu, že jich nebude moc...“ (Poskytovatel fg1)

Je možné vyslovit několik domněnek objasňujících velký zájem o pobytové služby ze strany seniorů nebo jejich blízkých. Zaprvé, že vlastně neznají jiné možnosti, jak své potřeby, nebo potřeby svých blízkých, uspokojit. Např. služby osobní asistence pro seniory nejsou dle některých respondentů v současné době vyhledávané v takové míře, v jaké by mohly (a odlehčily by tak přetíženým domovům pro seniory). Zadruhé, terénní služby jsou pro mnohé uživatele finančně nedostupné (viz níže).

“Problém u seniorů je ten, že chybí terénní služby a že chybí zařízení pro ležící a pro dementní. To chybí, ano? Ovšem takový ty důchodci, kteří jsou chodící a relativně zdraví, tak ty už dneska ani do domovů důchodců nechtějí, protože dneska převládá ten jako ekonomický kalkul, že ten důchod a příspěvek na péči pomáhá rodině hodně a [rodina] se dneska stará sama. My máme problémy [...] najít dneska uchazeče pro domov důchodců. My dneska chodíme a propagujeme náš domov, abysme získali klienty, kteří mají příspěvek na péči...” (Poskytovatel fg1)

Schopnost poskytovatelů sociálních služeb reagovat na měnící se potřeby cílové skupiny omezuje skutečnost, že druhy sociálních služeb jsou taxativně definovány. Není dost dobře možné reagovat na situaci, kdy se objeví nové potřeby seniorů. Poskytovatelé se sice snaží na ně reagovat, ale mnohdy jsou omezeni svými finančními a personálními možnostmi.

„...ty doprovody do té sociální služby spadat mohou, a klienti by o to i stáli, zvláště třeba senioři, když jdou někam na úřad, nebo něco vyjednávat, ale v tuhle chvíli na to poradna absolutně nemá kapacitu.“ (Poskytovatel 3i)

6.1.5. Hodnocení provázanosti jednotlivých forem služeb

Samotní klienti sociálních služeb (senioři) nepociťovali s provázaností jednotlivých forem služeb problém. Např. pečovatelské služby zajišťují převozy klientů k lékařům i na rehabilitace. Komunikace mezi lékaři, pacienty a pečovatelskými službami dle respondentů také funguje relativně dobře. Poskytovatelé a zástupci městských částí však byli mnohem kritičtější. Upozorňovali na nedostatky v bytové politice (chybějící sociální byty) a na velmi problematickou provázanost sociálních a zdravotnických služeb (služeb následné péče). Zástupci hospiců v Praze poukazovali na to, že si musí zdravotnické služby zajišťovat samy, protože nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Na Praze 7 za tímto účelem zřídili „sociálně-ošetrovatelské centrum, za co jsme taky hrozně rádi, protože v podstatě pro klienty, pro seniory, kteří jdou z nemocnice, a potřebují takový ještě to,

tu rehabilitaci, nebo nějaký doléčení, nebo prostě se rodina nedokáže postarat, tak tam mohou prostě z té nemocnice, nemocnice jít” (zástupce MČ c1).

Obtížné možnosti pro provázání zdravotních a sociálních služeb významným způsobem limituje efektivnost služeb (vyřešení situace klienta a jeho návrat do „normálního“ života), do jisté míry nutí poskytovatele se pohybovat v prostoru mimo platnou právní úpravu a hlavně je v konečném důsledku ekonomicky náročnější.

6.1.6. Dostupnost služeb

Z hlediska různých typů dostupnosti, které byly v námi provedených rozhovorech sledovány (časová, kapacitní, místní, finanční), byla jako nejvíce problematická shledána **kapacitní a finanční dostupnost**.

Zástupci městských částí a poskytovatelů hodnotili jako nedostatečnou především **kapacitu pobytových služeb**. Zejména domovy pro seniory se potýkají s vysokým počtem podaných žádostí. Poskytovatelé však zároveň upozorňují, že faktických zájemců o umístění je mnohem méně, (více viz 6.1.4.) S přijetím nového zákona o sociálních službách a s tím související změnou jejich financování došlo i ke změně v charakteru uživatelů pobytových sociálních služeb. Snížil se zájem o umístění v domově pro seniory u klientů s vyšší soběstačností a zvýšil se zájem u seniorů s výrazně sníženou soběstačností, kterým jsou v podstatě tyto služby určeny. Dle následujícího vyjádření však některé domovy pro seniory na tuto situaci ještě dostatečně nezareagovaly přizpůsobením povahy nabízených služeb, tj. buď se transformovat na méně soběstačnou klientelu, nebo nabízet jiný typ služeb pro seniory s vyšší mírou soběstačnosti.

„Ne náhodou řeklo ministerstvo na počátku, že do, do domovu důchodců se počítá se třetími, čtvrtými stupni. Ovšem prosím vás, to jsou pololežící a ležící lidé. Na to my nejsme zařízení. [...] Ovšem to máte nároky i personální, čili platové, kvalifikační a ten Domov se musí zařídit úplně jinak pro ty ležící lidi, jo.”
(Poskytovatel fg1)

Absolutně nedostačující je v Praze kapacita zařízení pečujících o ležící osoby a osoby s demencí, tj. domovů se zvláštním režimem. Z celkového počtu lůžek v pobytových zařízeních je 213 lůžek v domovech se zvláštním režimem, což je pouhá jedna desetina procenta (0,1%) v přepočtu na počet obyvatel Prahy nad 65 let. (Výskyt demence je v této věkové kategorii odhadován na 8 – 10 %, ve věku nad 80 let má již demenci 30 – 50 % osob) (Janečková, Angelovská 2011: 27-28).

Senioři by využívali terénních i pečovatelských služeb ve větší míře (včetně obstarání jídla, úklidu atd.), pokud by měli dostatek financí nebo pokud by byly služby levnější či zdarma. Poskytovatelé poukazovali na to, že právě toto začíná být (zejména v poslední době) velkým problémem a že se může stát, že už „*nebude zajištěnej možná ani ten základní terénní servis, kterej chceme, aby byl v těch domácnostech*” (zástupce MČ fg1). „*Spousta lidí by potřebovalo asistenční službu [osobní asistenci] a bohužel prostě asistenční služba není věc, kterou prostě by si mohli dovolit*“ (zástupce MČ h2).

Problematická finanční dostupnost souvisí především s tím, že klienti musí platit za každou službu zvlášť (např. placení dopravy, doprovodu aj.) Z tohoto důvodu volili senioři jenom nejnezbytnější služby a nezbyvali jim prostředky např. na zaplacení doprovodu na vzdělávací a kulturní akce.

„No například, já bych chtěla například, já bych chtěla, já bych chtěla chodit, už teď jsem schopna chodit na tu univerzitu třetího věku. Já bych chtěla chodit na ty počítače, to je tam, tam kolem Malešic, říkám, je to tam na té konečné stanici 11, já to tam mam na internetu. Ale když já musím platit za stále doprovod, tak je to třeba půl dne, někdy je to třeba jako teda klidně i celý den. Ostatní věci jako teda by nebyly jako teda problémem, no ale dopravit se tam.“ (Uživatel 1t)

Výhrady měli zástupci cílové skupiny seniorů k časové dostupnosti, kdy některé služby nebyly poskytovány o víkendech. V některých případech byly sociální služby i **prostorově** nedostupné, a to vzhledem k **problémům spojených s cestou, resp. dojížděním** za sociální službou (např. schůdky, kluzké chodníky, chybějící nízkopodlažní autobusy aj.)

6.1.7. Informovanost a způsob získávání informací

Hodnotit informovanost je velmi těžké. Jiný pohled mají poskytovatelé, samotní klienti, jejich pečovatelé, MHMP, jiný městské části.

Z výsledků reprezentativního šetření mezi skupinou seniorů v Praze (Agora, 2008b) vyplývá, že tato cílová skupina není dostatečně informována o nabídce sociálních služeb. Klienti dotazovaní v rámci našeho šetření rovněž upozorňovali na to, že informací by mohlo být více a mohly by být poskytovány pro ně přístupnější formou. Informace o službách získává většina seniorů neformální cestou (známí, příbuzní), od lékařů, z hromadných sdělovacích prostředků a na úřadě příslušné městské části. Informace o rezidenční službě pro seniory poměrně často vyhledávají rodinní příslušníci.

Senioři preferují získávání informací písemnou formou (ne odkazem na web), např. prostřednictvím informačních letáků nebo v městských novinách např. formou pravidelné rubriky nebo infostránek. Informace navrhuji posílat nebo nějak „doprovít“ přímo k seniorům prostřednictvím terénních pracovníků, příp. sociálních pracovníků na příslušném městském úřadě.

Na horší informovanost o nabídce sociálních služeb poukazovali také pečovatelé. Týká se to zejména asistentských a odlehčovacích služeb.

„...lidé, kteří se dostanou do neočekávané situace téměř neví, že terénní služby jsou. Všichni jsou pořád zvyklí jen na ty domovy důchodců. Mají to tak zafixované z dřívějšíka. Když jim nastane ta situace; mají nějakého příbuzného ve špatném zdravotním stavu, tak to teprve začnou vyhledávat. Zjistí, že ta pobytová služba (přístup k ní), že to chvíli potrvá. Tak se začnou zajímat o ty jiné služby. Přes to poradenství pak jdou k asistenci a podobně. Musí si vyřídit příspěvek na péči, protože bez toho příspěvku se nikdo nedostane do těch pobytových služeb.“ (Poskytovatel 4g)

Odlišný přístup k informování nových klientů mají organizace, **u kterých poptávka výrazně převyšuje nabídku**. Ty nepotřebují získávat klienty, protože nejsou schopny jejich poptávku naplnit. Například domov pro seniory:

„U domova pro seniory to není tak, že bychom dělali nějakou kampaň, cíleně informovali o službách, to neděláme, protože realita je taková, že až na některá přechodná období roku, tak vlastně nemáme možnost tu službu takto nabízet, protože počítám, že by se ozvalo víc lidí, než jsme schopni uspokojit. Tam jakoby aktivní propagaci neděláme.“ (Poskytovatel 1i)

Způsobů, jak informovat potenciální klienty, je k dispozici celá řada a většinu z nich využívají jak poskytovatelé, tak městské části. Zjištění našeho výzkumu ukazují, že informace se ne vždy dostanou k těm, kteří je skutečně potřebují.

„Klienti často nevědí o všech službách, které existují a jakým způsobem se mohou využívat..., potom to často končí u obědů od pečovatelské služby.“ (Poskytovatel fg1)

Poskytovatelé upozorňují na situaci, že senioři často nemají dostatečné informace o tom, který typ služby je pro ně finančně výhodnější, zda terénní nebo pobytový. Informovanost veřejnosti o situaci seniorů je podle nich samotných nedostatečná, proto by cílovou skupinou pro šíření informací o problémech seniorů podle respondentů měla být široká veřejnost, nikoliv jen starší populace.

6.1.8. Shrnutí

Senioři jsou významnou cílovou skupinou sociálních služeb a s rostoucím věkem dožití se bude její význam dále zvyšovat. Tlak na oblast sociálních služeb určených pro seniory vyššího věku tak bude i v budoucnosti značný.

I když je nabídka různých sociálních služeb pro seniory poměrně široká, obecně lze konstatovat, že je nedostatečná. Neuspokojená poptávka se projevuje zejména v oblasti pobytových služeb (domovy pro seniory, příp. domovy se zvláštním režimem) a terénních služeb. Zatímco domovů se zvláštním režimem je obecně velmi málo a lze očekávat, že jejich potřebnost se bude i nadále zvyšovat s prodloužováním věku dožití, v případě domovů pro seniory lze vyslovit domněnku, že část neuspokojené poptávky souvisí s nedostatečným využíváním terénních sociálních služeb (z finančních důvodů, jejich špatné dostupnosti nebo nedostatku informací). Neuspokojená je dále poptávka po pečovatelské službě a osobní asistenci, které by dle seniorů měly být přístupné i ve večerních hodinách a o víkendech. Zcela chybějící sociální službou je tísňová péče, tj. možnost přivolat si v případě nutnosti okamžitě dočasnou pomoc či službu (Agora, 2008b). Uživatelům také chybí služba zajištění dopravy (do různých zařízení), která ale není sociální službou definovanou v zákoně o sociálních službách.

V případě využívaných sociálních služeb panuje mezi jejich uživateli celková spokojenost s jejich kvalitou a dostupností. Stěžejní důvody k nevyužívání sociálních služeb nebo jejich využívání v omezené míře z pohledu jejich (současných) uživatelů jsou následující:

- 1) **Nedostatečné finance na zaplacení sociálních služeb.** Uživatelé jsou nuceni využívání různých druhů sociálních služeb přizpůsobovat svým finančním možnostem. V případě příznivější ceny některých sociálních služeb nebo vyšších sociálních příspěvků by mnohem více využívali zejména pečovatelskou službu a osobní asistenci.
- 2) **Nedostatečná kapacita pobytových zařízení různého typu (zejména pro seniory, kteří trpí specifickými zdravotními problémy).** Zájem o služby domovů pro seniory je však nutné pravidelně ověřovat u jednotlivých žadatelů.
- 3) **Omezená časová kapacita** (otevírací doba, která úplně nevyhovuje každodenním potřebám uživatelů, např. nemožnost dovozu jídla o víkendu) a prostorová kapacita (související s problematickou dopravou za sociálními službami).
- 4) **Nedostatek volnočasových aktivit** zejména u nepohyblivých nebo hůře pohyblivých seniorů. V případě osob žijících v domácím prostředí je hlavním důvodem chybějících volnočasových aktivit nedostatek finančních prostředků na zaplacení asistence při dopravě, u osob žijících v rezidenčním bydlení nemožnost zúčastnit se společně organizovaných akcí. V jejich případě se ukazuje být velmi vhodným způsobem pomoc dobrovolníků, kteří se těmto osobám věnují.
- 5) **Nedostatečná informovanost** o možnostech využívání různých sociálních služeb, které by reagovaly na individuální životní situaci seniorů. Je nutné zvýšit povědomí jak samotných seniorů, tak jejich rodinných příslušníků, že větší využívání terénních služeb umožní seniorům zůstat ve svém domácím prostředí co nejdéle. Dle názorů poskytovatelů sociálních služeb je pro seniory nejvhodnějším způsobem poskytování informací kombinace písemné a ústní formy. Senioři by potřebovali získat komplexní informace na jednom místě (na městském úřadě nebo od terénního pracovníka, na kterého jsou již zvyklí). V případě písemné formy informací se také jako efektivní způsob jeví využívání městských tiskovin s rubrikou věnovanou seniorům, jejich potřebám a nabídce sociálních služeb.

Ze zjištění našeho i dalších výzkumů vyplývá, že je nutné přistoupit k řešení životní situace seniorů **komplexně, tj. i nad rámec sociálních služeb**, a to jak v případě **dopravní dostupnosti** sociálních služeb (včetně většího využívání nízkopodlažných autobusů, upravených chodníků v zimním období atd.), tak v případě otázky **bydlení seniorů**. Jako velmi akutní se ukazuje zejména bytová situace seniorů související se zvyšujícími se náklady a prakticky neexistujícím sektorem sociálního bydlení. Nalezení efektivnějšího řešení otázky bydlení seniorů by tak mohlo do jisté míry ulevit tlaku na rozšiřování nabídky pobytových služeb, což si zástupci městských částí velmi dobře uvědomují.

6.2. Osoby se zdravotním postižením

Zdravotní postižení zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života nejen osob, které jsou jím zasaženy, ale také jejich nejbližšího okolí. Ve většině případů je zdravotní postižení nezaviněné a neodstranitelné (nikoliv však neovlivnitelné), tudíž je třeba s ním počítat jako s doživotní, mnohdy i celoživotní záležitostí. Ve vztahu k osobám se zdravotním postižením je proto úkolem sociálních služeb vytvořit takové podmínky, které podpoří zachování, případně dosažení co nejvyšší možné kvality života zdravotně handicapovaných osob.

Česká republika v posledních dvaceti letech uskutečnila mnoho kroků pro zlepšení situace osob se zdravotním postižením. Přijala také několik mezinárodních dokumentů ošetřujících zajištění rovnoprávných životních podmínek osob se zdravotním postižením. Posledním takovým dokumentem je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která vstoupila v platnost v říjnu 2009. Následně byl vytvořen nový Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014 (dále NPVRP). Ten lze v současnosti považovat za jediný dokument představující určitý záměr toho, jak by se péče o osoby se zdravotním postižením měla v nejbližších letech vyvíjet na celorepublikové úrovni.

6.2.1. Senioři versus osoby se zdravotním postižením

Zdravotní postižení můžeme obecně dělit na vrozené a získané. Do skupiny osob se získaným postižením se mohou v průběhu svého života zařadit i senioři - tato skupina se pak částečně překrývá právě se skupinou osob se zdravotním postižením. Toto překrývání obou skupin analýzu potřebnosti sociálních služeb velmi komplikuje. Odpovídá tomu i nabídka služeb určeným těmto sociálním skupinám, kdy mnozí poskytovatelé služeb pro seniory nabízejí své služby i osobám se zdravotním postižením (a naopak). Dosud také neexistují přesné statistiky o přesných počtech uživatelů služeb obou skupin, protože ukazatelem potřebnosti služeb v jednotlivých městských částech jsou počty osob, které čerpají invalidní důchody, počty osob s přiznanými výhodami I. – III. stupně a počty osob, kterým byl přiznán příspěvek na péči (Janečková, Angelovská 2011: 14-16). Tyto ukazatele však nejsou evidovány s ohledem na to, zda jde o seniora nebo pouze o osobu se zdravotním postižením.

Zatímco u seniorů vznikne zdravotní postižení až ve vyšším věku, a je tedy potřeba zajistit kvalitní péči pro jejich důstojné dožití, pro osoby se zdravotním postižením nabývají sociální služby na významu často již v dětství či mládí, proto by je měly kromě péče o základní potřeby a domácnost podporovat i v procesu získávání vzdělání a následně v samotném pracovním procesu. Obecně je proto potřeba začít toto překrývání obou skupin více zohledňovat, zejména by měly být odlišeny jejich potřeby a podle nich přizpůsobena nabídka sociálních služeb v Praze.

6.2.2. Charakteristika skupiny respondentů se zdravotním postižením

To, jaké sociální služby jsou osobami se zdravotním postižením nejčastěji využívány, je determinováno konkrétním druhem zdravotního postižení a jeho rozsahem (stupněm). Ve výzkumu byly proto odděleny jednotlivé skupiny respondentů, aby bylo možno lépe zachytit specifičnost jejich aktuálních potřeb.

Do skupiny osob se zdravotním postižením byly zařazeny osoby s tělesným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby se zrakovým postižením, osoby se sluchovým postižením a osoby s kombinovaným postižením. Přesný počet osob s těmito druhy zdravotního postižení však není znám, protože dosud nebyla vytvořena ucelená evidence, ani není jasné, kolik procent osob se zdravotním postižením tvoří senioři (viz poznámka výše). Dostupné údaje jsou většinou jen přibližným odhadem. Obecně se uvádí, že zdravotní postižení má přibližně každý devátý až desátý občan ČR, což představuje 10 % populace. Z toho nejvíce osob má postižení tělesné a mentální⁵ (Novosad 2000: 16).

Tomuto zastoupení odpovídají i poznatky Městského centra sociálních služeb a prevence (MCSSP), které podle dostupných údajů uvádí následující počty obyvatel se zdravotním postižením žijících na území HMP: podíl osob se zrakovým postižením se pohybuje kolem 0,6 % (tj. cca 7000 osob), některé odhady uvádějí však až 1 %. Občané se sluchovým postižením jsou v pražské populaci zastoupeni také 1 % (tj. cca 11 700 osob). 3 % obyvatel mají mentální postižení (37 500 osob) a o něco více než 3 % obyvatel Prahy tvoří osoby na vozíku nebo s tělesným postižením (tedy více než 37 000 osob) (MCSSP 2005: 8). Sečteme-li uvedená procentuální zastoupení, dostaneme se k počtu přibližně 8 % osob se zdravotním postižením žijících na území HMP⁶.

Skutečný počet osob se zdravotním postižením žijících Praze je však pravděpodobně vyšší. Ve srovnání s mnoha jinými oblastmi ČR má Praha přes všechny nedostatky poměrně dobře rozvinutý systém sociálních služeb, což je pro některé osoby s postižením důvodem pro to, aby z místa původního bydliště odešly žít právě do hlavního města:

„Myslím si, že se sem jakoby stahují lidi z celé republiky, což se týká i osob se zdravotním postižením, protože je tady lepší dopravní obslužnost, všude se dostanou, služby občanské jsou dostupnější, studijní možnosti a tak dále a ti lidé tady pak rádi zůstávají...“ (Poskytovatel 3b)

Některé zdroje uvádějí, že také mezi studenty jsou tzv. „skrytí“ uživatelé sociálních služeb (Kozáková, Příbylová, Tomášková 2006). Mnozí z těchto skutečných či potenciálních uživatelů sociálních služeb nemají z různých důvodů změněné trvalé bydliště, přestože v hlavním městě žijí dlouhodobě. Příslušné statistiky je tak nezachycují. U všech těchto osob lze předpokládat zájem využívat sociální služby od profesionálních poskytovatelů, obzvláště jde-li o osoby, které v Praze nemají původní rodinu, která by jim potřebnou péči alespoň z části zajistila. Někdy je však trvalé bydliště v jiném kraji překážkou bránící využívání služeb poskytovaných na území HMP (ibid.)

⁵ Novosad uvádí, že podle odhadů žije v České republice asi 1,2 osob se zdravotním postižením, z toho 100 000 se zrakovým, 250 000 se sluchovým, 300 000 s tělesným a 300 000 s mentálním postižením. Dalších 150 000 osob trpí závažnými civilizačními a obdobnými interními nemocemi (ibid.)

⁶ Počet je opět třeba brát jen jako orientační, protože není zřejmé, zda a jak zde byly zohledněny osoby s kombinovaným postižením.

6.2.3. Aktuální poptávka po sociálních službách u jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením

K 30. 9. 2011 bylo v HMP celkem 190 poskytovatelů poskytujících služby pro osoby se zdravotním postižením a 306 registrovaných služeb. Nejčastější právní formou poskytovatelů je občanské sdružení, na druhém místě příspěvkové organizace a v neposlední řadě i církevní organizace a občanské poradenské středisko. Co se formy poskytovaných služeb týče, nejvíce jich má ambulantní (167) a terénní formu (149), 65 služeb je pobytových. Poskytování pobytových služeb je stejně jako v případě skupiny seniorů doménou příspěvkových organizací. Organizace poskytující služby osobám se zdravotním postižením často poskytují služby i seniorům či osobám s mentálním postižením, což vyplývá z faktu, že v případě těchto cílových skupin dochází k překryvu některých potřeb (Janečková, Angelovská 2011: 37-38).

Jak už bylo zmíněno výše, druhy využívaných sociálních služeb se liší podle typu a rozsahu postižení každého člověka. Přesto lze na základě našeho výzkumu zmínit jednu službu, o kterou projevovali zájem téměř všichni respondenti napříč jednotlivými definovanými skupinami osob se zdravotním postižením.⁷ Tou je **osobní asistence**. To, že osobní asistenci využívají lidé s různým typem zdravotního postižení, nám potvrdil jeden z poskytovatelů této služby:

„Zhruba 65 % našich klientů jsou senioři staršího věku, to jsou senioři od 65 let nahoru, zbylých 35 % tvoří především fyzicky znevýhodnění lidé, vozíčkáři, jsou tam i zrakově postižení lidé, lidé s mentálním postižením, s kombinovanými vadami a v podstatě jsou od raného dětského věku až do těch 65 let. Máme věkové rozvrstvení těch lidí. Děti do 18 let máme nejméně, tam je to zhruba 5 %, potom se postupně ten počet klientů zvyšuje až do toho seniorského věku...“
(Poskytovatel 2e)

Druhým často zmiňovaným typem služeb,⁸ o který mají lidé se zdravotním postižením zájem, byly služby **speciální bezbariérové přepravy a rozvoje bezbariérovosti pražské MHD**. O tyto služby projevovali zájem nejvíce respondenti s tělesným postižením, pečující o osoby s tělesným (kombinovaným) postižením a také osoby se zrakovým postižením.

Lidé s tělesným postižením dále často zmiňovali, že využívají (nebo by měli zájem využívat) **bezbariérové byty nebo chráněné bydlení**. O chráněné bydlení projevíli zájem také lidé s mentálním postižením nebo některé pečující osoby o lidi s mentálním postižením.

Pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením mají obrovský význam **služby různých denních center a institucí poskytujících vzdělání**: školou povinné děti

⁷ Výjimkou byli pouze respondenti se sluchovým postižením.

⁸ Přepavní služby nelze považovat za druh sociálních služeb podle zákona 108/2006 o sociálních službách, i když s nimi mají mnoho společného. Do výčtu byly zařazeny, protože byly respondenty často zmiňovány a také proto, že významně souvisejí s celkovou dostupností sociálních služeb.

s mentálním postižením často není možné integrovat do běžných škol, tato zařízení proto fungují jako prostředek pro získání úrovně vzdělání, kterou jejich handicap umožňuje⁹. Denní centra a vzdělávací instituce nabízejí dětem a dospělým s mentálním postižením také kontakt mimo prostředí vlastní rodiny a představují často jeho jedinou alternativu.

Osoby se zrakovým postižením kromě osobní asistence nejvíce využívaly specifických služeb, jako jsou **průvodcovské a předčitatelské služby**. Pro osoby se sluchovým postižením mají největší význam **tlumočnické služby**.

V mnoha případech respondenti napříč definovanými skupinami zmiňovali význam **rané péče** (využívají ji zejména rodiny s dětmi se zdravotním postižením), **odborného sociálního (případně právního) poradenství** a podpory **možností pracovního uplatnění** jednak osob se zdravotním postižením a na druhé straně i osob pečujících. Zájem využívat **pobytové sociální služby** určené osobám se zdravotním postižením projevily pouze pečující o osoby s těžkým mentálním nebo kombinovaným postižením (většinou mentálním a tělesným).

Některé zprávy uvádějí, že mezi největší problémy, se kterými se osoby se zdravotním postižením žijící v hlavním městě setkávají, patří zejména bariérovost jak venku na ulicích, tak v budovách či dopravních prostředcích, špatné možnosti parkování ve městě, omezené možnosti pracovního uplatnění a vzdělávání a nedostatečná integrace dětí se zdravotním handicapem (Agora 2008b: 13-14). Tyto údaje byly v našem výzkumu potvrzeny jen částečně: **potřebu zlepšovat bezbariérovou přístupnost různých veřejných míst a institucí** respondenti zmiňovali pouze okrajově. Důvodem může být jednak zlepšení bezbariérovosti prostředí Prahy v uplynulých letech, ale také to, že mnozí lidé se zdravotním postižením nejsou schopni se samostatně pohybovat, pokud nemají k dispozici jiné potřebné sociální služby (speciální přepravu, osobní asistenci atd.) To je zřejmě důvodem, proč právě terénní služby byly nejčastěji zmiňovaným tématem. Jejich význam však Agora následně potvrzuje, když uvádí, že jako preferovaný způsob řešení své situace naprostá většina osob se zdravotním postižením zmiňuje možnost žít samostatně ve své domácnosti za podpory terénních sociálních služeb a pomoci nejbližších (ibid.: 15).

6.2.4. Využívání uvedených služeb, spokojenost s nimi a vztah k potřebám

Osobní asistence je svou povahou vhodná pro široké spektrum uživatelů - dovede totiž pokrýt většinu činností, které si člověk se zdravotním postižením nedovede zajistit samostatně.¹⁰ Tato služba patří mezi tzv. terénní služby, které většina uživatelů služeb se zdravotním postižením upřednostňuje před službami pobytovými. (Např. Agora 2008b.) Vyplývalo to nejen ze sekundární analýzy dokumentů, tuto skutečnost zdůrazňovali i námi oslovení poskytovatelé sociálních služeb, kteří zároveň potvrzovali také to, že nejen nabídka

⁹ Zde se mimo jiné potvrzuje potřeba odlišování osob se zdravotním postižením podle typu postižení a podle věku.

¹⁰ Zahrnuje všechny činnosti od pomoci s oblékáním, běžnou hygienou a zajištění stravy po doprovod k lékaři, na úřad, do zaměstnání či do školy.

osobní asistence, ale i celková nabídka terénních služeb v Praze dlouhodobě nepokrývá jejich potřebu:

„Z veškerých zkušeností, které máme, tak tyto služby [služby osobní asistence] v Praze jsou naprosto nepokryté. [...] Nikde není tak obrovská poptávka po terénních službách a osobní asistenci jako tady. Je to podle mého hlavně z toho důvodu, že tady jsou velmi zaměstnaní lidé, chodí do práce, rodiny jsou daleko méně schopné se postarat o své členy rodiny, než je tomu na venkově či v regionech.“ (Poskytovatel 2e)

„Můj dojem je, že se strašně v Praze podceňuje terénní služba. Terénní služby všeho druhu. Že Praha se tak jako dlouhodobě upnula na pobytové služby, ať už pro seniory nebo pro osoby se zdravotním postižením [...] Ti lidé by prostě potřebovali osobní pomoc, o kterou si ani netroufají kolikrát požádat, protože ty pečovatelské služby nemají dostatek kapacit, aby osobní služby poskytl, a že si potom preventivně žádají o pobytovou službu, kterou ani nepotřebují.“ (Poskytovatel 3b)

Druhý z uvedených výroků částečně vysvětluje, proč stále narůstá počet žadatelů o pobytové služby, přestože různé výzkumy dokládají, že lidé s postižením by raději volili jiné typy služeb (Agora: ibid.) Ukazuje se, že hlavní příčinou je dostupnost těchto služeb (zejména kapacitní a finanční, viz kap. 6.2.6.)

Většina oslovených osob pečujících o **člověka s mentálním handicapem** využívala služeb **denních stacionářů** a zařízení poskytujících vhodné vzdělání osobám s tímto typem postižení. Právě tento typ služeb má v případě osob s mentálním postižením významnou úlohu: stacionář jim poskytuje možnost navazovat sociální kontakty a trávit čas s jinými lidmi než s rodinou nebo opatrovníky. Pro pečující osoby představují stacionáře také možnost – vedle již zmíněné osobní asistence - jak si od neustálého pečování alespoň na chvíli odpočinout, případně získat prostor pro obstarání běžných záležitostí¹¹. Péče o osobu s mentálním postižením je většinou nepřetržitá a náročná a jak dokládá následující citát, dosažení sebemenšího pokroku vyžaduje značnou trpělivost a výdrž:

„Je to hrozně těžký, nejhorsí je naučit postiženého nějaký základní úkony. Třeba na záchod. [...] To trvalo 3 roky. [...] No všechno, vlastně neustálý dohled. Při jídle, nakrmit, obléknout, dohlížet na něj, aby byla zavřená okna nebo i dveře. Kolikrát se stalo, že nám odešel - ale teď už to nejde - že vzal za kliku a prostě jsem ho viděla, jak mizí na ulici.“ (Pečující osoba 1m)

Respondenti poukazovali na problém, že nabídka denních stacionářů určených pro dospělé osoby s mentálním handicapem je v Praze velmi špatná a neexistuje téměř žádná možnost výběru:

¹¹ Problematika osob pečujících je více rozebrána v kap. 6.9.

„Spíš by měli začít spíš otvírat stacionáře pro dospělé než pro malé děti. Protože malé děti můžete umístit do školy [...], mají speciální školky, mají stacionáře, ale dospělí, po těch osmnácti letech, tak to je jak šafránu.“ (Pečující osoba 1o)

Zaznamenali jsme také případ, kdy rodiče vozili svého syna s těžkým kombinovaným postižením pravidelně do 100 km vzdáleného pobytového zařízení, protože v Praze nenašli žádnou vhodnou alternativu, jíž by mohl představovat právě denní stacionář v kombinaci např. s osobní asistencí (pečující osoba 2r).

Právě ve chvíli, kdy se o člověka s těžkým zdravotním postižením nemůže plně starat rodina, přichází u mnohých osob s mentálním, případně závažným tělesným postižením, v úvahu často jako jediná alternativa **ústavní péče**. Chráněné, případně komunitní bydlení a terénní služby, které ji mohou zastoupit, totiž zatím nedisponují dostatečnými kapacitami. Někteří respondenti se zdravotním postižením již měli s ústavní péčí zkušenosti v dětství. U žádného z oslovených respondentů (tím nyní nejsou míněni respondenti v seniorském věku!) nebylo zaznamenáno přání získat místo v zařízení tohoto typu: přáním respondenta, který v ústavní péči prožil dětství, bylo získat bezbariérový byt, kde by mohl samostatně - s využitím potřebné dopomoci - žít (uživatel 7o). Podobné přání zaznělo z úst i dalších respondentů, kteří však upozorňovali i na problémy s **dostupností bezbariérových bytů** v Praze:

„Ona by nejradši bydlela sama v bezbariérovém bytě, ale nevíme, jak to udělat. Ona tam sama bydlet nemůže a platit čtyřadvacet hodin asistenta, to taky nejde.“ (Pečující osoba 1l)

Jedna z respondentek, která již bezbariérový byt využívá, pak zmínila ještě další problémy, jimž musí někteří lidé, kteří bezbariérové byty potřebují, čelit:

„Nebydlíme zadarmo. My to máme dokonce dražší než třeba tady ten protější barák, který je družstevní, mají 3+1, jako já mám tady 3+1, a oni platí míň jak my tady. [...] My máme nadstandard, všechny bezbariérový... To je taky kravina – jak můžou invalidům udělat byty nadstandard. [...] Potom další věc, v koupelně máte madla, abyste se měla čeho chytit, když lezete do vany. Jenže já se toho nechytím, protože je to stejně vysoko a mě někdo do té vany musí stejně položit...“ (Uživatel 3m)

Uvedené problémy s dostupností bezbariérového bydlení znovu dokládají přímou souvislost s terénními službami a osobní asistencí. Ukazuje se zde nejen určitá provázanost obou služeb, ale dokonce i závislost jedné na druhé, protože bezbariérové či chráněné bydlení nemůže u lidí s těžším postižením bez podpory terénních služeb (anebo rodinných příslušníků) svůj účel dobře plnit¹².

¹² Do budoucna by bylo vhodné vypočítat celkové náklady na zajištění komplexní péče a bezbariérového bydlení pro jedince s těžším zdravotním postižením a porovnat je s náklady na jeho pobyt v ústavním zařízení. Tento krok však přesahuje rámec této analýzy.

Další využívanou a často zmiňovanou „službou“ byla **přeprava**. Tu nejvíce využívají – a využívat potřebují – **lidé s tělesným a zrakovým postižením**. I když se nejedná o sociální službu ve smyslu, jak ji definuje zákon o sociálních službách, asistovaná či bezbariérová přeprava má pro život lidí s tělesným či zrakovým postižením nezanedbatelný význam: např. mnozí lidé na vozíku by bez možnosti využít upravený dopravní prostředek měli velmi omezenou mobilitu.

V Praze mohou lidé se zdravotním postižením využívat dva základní způsoby přepravy¹³ – dopravu poskytovanou specializovanými přepravci anebo MHD. V případě první jmenované si někteří respondenti stěžovali na nedostačující kapacitu – speciální přepravu je potřeba objednávat velmi dlouho dopředu. V případě, že ji člověk s postižením potřebuje nenadále (např. pro cestu k lékaři), většinou neuspěje:

„A další věc, jak je ta doprava pro ty invalidy, ty mikrobusey, když zavoláte, že potřebujete zítra v tu a tu hodinu někam jet, k doktorovi nebo tak. Musíte to mít měsíc dopředu nahlášený. Vy se to dozvíte teď a potřebujete třeba za tejdén a ten tejdén to už je moc krátká doba?“ (Uživatel 3m)

Na tento problém upozornil také jeden z poskytovatelů služeb. (Poskytovatel 2e)

V souvislosti s bezbariérovostí MHD se respondenti často vyjadřovali ve smyslu, že stále jezdí příliš málo bezbariérových dopravních prostředků. Zaznamenán byl však i jeden možná dosud trochu opomíjený postřeh:

„Prostě mi to přijde takový úplně ujetý, že ty vozíčkáři - jestli si myslí, že v deset hodin už všichni spí nebo třeba že ty noční tramvaje už vůbec nejezdí bezbarierový, proč by člověk na vozíku si nemohl vyrazit někam večer do města? Takže když už je ta tramvaj psaná bezbariérově v jízdním řádě, tak by tam měla být ať se děje co se děje.“ (Uživatel 8o)

Lze předpokládat, že specializované přepravní služby nemohou zdaleka pokrýt potřeby všech handicapovaných obyvatel Prahy. Proto by při plánování rozvoje sociálních služeb měla být věnována pozornost také dalšímu rozvoji bezbariérové MHD, a to včetně rozšíření bezbariérových spojů do nočních hodin. Reálné možnosti dopravení se do místa poskytování služby de facto rozhodují o dostupnosti služby (platí to i o službách, kdy poskytovatel dochází ke klientovi). A samozřejmě i o dostupnosti jiných důležitých institucí, např. škol, úřadů a zdravotnických i kulturních zařízení.

6.2.5. Specifická situace osob se sluchovým a zrakovým postižením

Situace osob se zrakovým a sluchovým postižením je v mnoha směrech odlišná od osob s jiným druhem zdravotního postižení. Přestože využívají některé výše zmíněné služby (např. osobní asistenci), pro zajištění jejich plnohodnotného života jsou často důležitější jiné služby.

¹³ Třetí možnost představuje doprava vlastním přizpůsobeným automobilem, tu však nyní necháme stranou.

Pro **osoby se sluchovým postižením** jsou zásadní **tlumočnické služby**. Pokud nemají ještě jiné zdravotní postižení, nepotřebují často využívat žádné jiné sociální služby a v dospělosti jsou tito lidé plně soběstační. Problémy s nedostatečnou kapacitou tlumočnických služeb, na kterou oslovení respondenti upozorňovali, jsou však poměrně zásadní: jeden z respondentů upozornil, že pro mnohé neslyšící osoby je čeština v podstatě cizím jazykem a bez tlumočnicka jsou pro ně jak běžná komunikace, tak mnohé veřejně přístupné informace často naprosto nesrozumitelné.

„Informace ve znakovém jazyce musí být. Když jsou psané, je to v českém jazyce, je to prostě problém. Je to opravdu cizí jazyk pro neslyšící, a když si to přečtou, tak nemusí vědět. Jsou tam různé paragrafy nebo vůbec fráze těžké. Nemusejí pochopit, o čem to je.“ (Uživatel 10r)

Respondenti z řad osob se sluchovým postižením dále zmiňovali jednak nedostatek tlumočnicků a zároveň nejistotu, zda službu budou moci v daném roce využívat:

„Peníze prostě. [...] Máme omezení 75 %, 60 %, musí se hledat spoluúčast. Takže tenhle problém. My máme právo, je to v zákoně dané, že máme právo na bezplatné tlumočnické služby. Stoprocentně. A trvale, celý život by to mělo být trvale každý rok jasné, že dostaneme na toho tlumočnicka peníze.“ (Uživatel 10r)

Je třeba si uvědomit, že bez tlumočnických služeb pak neslyšící nemohou využívat jakékoliv jiné sociální služby, které by z různých důvodů mohli kdykoliv začít potřebovat:

„Díky tomu, že jsem neslyšící a používám jiný jazyk, tak mám ty komunikační bariéry každodenně, a proto potřebuju tlumočnicka. [...] Kdybych chtěl využít jinou sociální službu, opět budu potřebovat toho tlumočnicka, protože to je v českém jazyce. Toho tlumočnicka pokud nemám, tak nemůžu vlastně vůbec využívat jakýkoliv služby, jakýkoliv možnosti tady, co jsou.“ (Uživatel 10r)

Situace **osob se zrakovým postižením** je podobnější situaci ostatních skupin handicapovaných osob. Také ony využívají službu osobní asistence a stejně tak potřebují využívat **specifickou či bezbariérovou přepravu**, i když v trochu jiném významu: pro osoby se zrakovým postižením je důležité myslet na odstraňování bariér na zastávkách MHD a vytvoření funkčního navigačního a informačního systému. Jeden z respondentů např. zmiňoval opakované stížnosti nevidomých osob na nevhodně řešené tramvajové zastávky, na nichž je třeba vystupovat přímo do vozovky, jiný upozornil na potřebu funkčnosti již vytvořeného informačního systému:

„Mám takovou krabičku, a tu když zmáčknete, tak v autobuse se vám ozve - nahlásí vám číslo autobusu a směr, to je dobrý, ale musí to ten autobusák ráno zapnout. Anebo když jede kolem nákladák, tak to neslyšíte.“ (Uživatel 9o)

Jiný respondent pro změnu upozornil na potřebu doplnění přepravních služeb o asistovanou dopravu, podobně jako funguje pro osoby s tělesným postižením:

„Vzhledem k handicapu nemáme auto, já neřídím, ale doprava věcí je problém, na všechno si musíme brát taxíka, takže třeba nějaká pomoc sjednat si třeba nějakou dopravu.“ (Uživatel 10o)

Pro osoby se zrakovým postižením je příznačné také hojně využívání **průvodcovských a předčitatelských služeb**. Úkolem průvodce je nejen doprovázet nevidomého člověka na jeho cestách, průvodce jej často také učí znát cestu tak dobře, aby jí člověk, který je toho schopen, zvládl později projít samostatně¹⁴. Osobní asistence je však významnou službou pro ty osoby se zrakovým postižením, které nejsou schopny se pohybovat buď samostatně, nebo s pomocí vodícího psa a potřebují neustálý dohled nebo pomoc druhé osoby. Námi oslovení respondenti za tímto účelem a z finančních důvodů využívali většinou pomoci rodinných příslušníků a dobrovolníků (např. uživatel 10o).

6.2.6. Dostupnost terénních sociálních služeb

V Národním plánu vytváření rovných příležitostí je uvedeno, že naplňování závazků Úmluvy se zajistí mimo jiné tím, aby *„osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci“* (NPVRP 2010:16). Z výše uvedených informací vyplývá (a potvrzují to i předešlé výzkumy, např. Agora 2008b), že nejvýznamnějším problémem pro osoby se zdravotním postižením žijící v Praze je právě nedostupnost terénních sociálních služeb. Přičemž zde můžeme definovat dva základní problémy s dostupností těchto služeb: finanční a kapacitní.

Na pokrytí nákladů na služby využívají jejich uživatelé **příspěvek na péči**, což je v souladu s jeho účelem. Respondenti se však opakovaně vyjadřovali v tom smyslu, že již v samotném nastavení systému poskytování příspěvku na péči (zejména v jeho přiznávání a výši) spočívá největší příčina finanční nedostupnosti nabízených služeb:

„Musím si to tak rozvrhnout, aby mně ten příspěvek na ten měsíc de facto vystačil, nemůžu si zase nějak plánovat a pak zjistit, že 14 dní budu ležet v posteli a nikam se nedostanu. [...] Já z toho musím zaplatit tu moji asistentku a samozřejmě musím i manžela, protože on na úkor mě nepracuje, ačkoliv...“ (Uživatel 3m)

„Nemůžu syna vozit autem až sem [do stacionáře], protože bysme na to neměli. Myslím, že bysme pak měli ten rozpočet hodně napjatej, kdybych ještě užívala jinou službu. [...] Kdybych platila stacionář a ještě osobní asistenci, to by mi snad nestačil ani ten důchod k tomu. Tím pádem, že to bylo docela drahý, tak jsem to úplně zavrhla.“ (Pečující osoba 1o)

¹⁴ V tom se průvodcovské služby zásadně liší od osobní asistence a nelze tedy obě tyto služby zaměňovat ani sloučit.

„Já mám tak dejme tomu 30 hodin měsíčně a samozřejmě to pokrývám ze sociálního příspěvku [pozn. myslí příspěvek na péči], který je pro to určen, že. A v současné době, tedy v době, kdy ještě nežiji sama, [...], tak to zvládat jde. Jde to zvládat finančně, ale zanedlouho se budu stěhovat do bytu, kde budu žít sama, s tím, že mi do té domácnosti budou docházet asistenti, a tam podle předběžných propočtů to bude trošku, trošku na dřev. Takže jsem třeba zjistila, že to pravděpodobně vyjde na 16 tisíc měsíčně, což už je jakoby přes. No a tam ještě je jiné hledisko. A to to, že [...] chci pracovat, i když samozřejmě jde jenom o přivýdělek, a ne o plný úvazek.“ (Uživatel fg2)

Také poskytovatelé služeb potvrzovali neadekvátní nepoměr mezi cenou terénních sociálních služeb a výší příspěvku na péči:

„Příspěvek na péči v těch složitějších případech je málokdy dostačující [...] 24 hodinová služba osobní asistence je zhruba 650 hodin měsíčně. 650 hod/měs. x 100 Kč je 65 000 Kč [...] a maximální příspěvek na péči je 12 000 Kč. Tohle je opravdu mimořádný případ, to nastane málokdy. Ale častější je, že ten člověk má náročnost na služby 30 – 40 000 Kč měsíčně a dostává 12 000 Kč jako příspěvek. [...] A zdaleka je nemůže utratit jenom za služby naší organizace. Protože on potřebuje ještě další sociální služby.“ (Poskytovatel 2e)

Zřejmě se zde setkáváme s jedním z významných nedostatků současného nastavení systému financování sociálních služeb. Byť jde o systémovou záležitost, je potřeba zde tento problém zmínit, protože ve svém důsledku ovlivňuje celkovou situaci i chování všech aktuálních i potenciálních uživatelů služeb, pečujících osob a poskytovatelů služeb působících na území HMP. A je to evidentně také jedna z příčin, proč mnozí uživatelé služeb nevracejí poskytnuté finanční prostředky zpět do systému a poskytují je rodinným příslušníkům, kteří jim zajišťují převážnou nebo veškerou potřebnou péči. Jistě není v možnostech MHMP tento problém odstranit, vhodnými opatřeními lze však jeho důsledky zmírnit. (Např. dotováním hůře dostupných služeb nebo opatřeními podporujícími větší zapojení dobrovolníků do systému pomoci handicapovaným obyvatelům Prahy).

Druhou zásadní překážkou ztěžující dostupnost terénních sociálních služeb je jejich **nedostatečná kapacita**. Zde můžeme znovu připomenout již zmíněné problémy u tlumočnických služeb, denních stacionářů pro dospělé osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením anebo kapacitní nedostatečnost přepravních služeb. Výrazně se kapacitní nedostatečnost projevuje opět u osobní asistence.

Mohlo by se zdát, že o službu osobní asistence nebude příliš velký zájem, protože je finančně hůře dostupná. Skutečně jsme mezi poskytovateli zaznamenali jednoho, který nevnímá potřebu rozšířit kapacitu této služby (poskytovatel 2i). Jiní poskytovatelé však mají opačné zkušenosti:

„V té asistenci je to těžké, nemůžeme uspokojit všechny, je to odvislé od podpory státu a ve všem možném. Pokud nejsou spokojeni s konkrétním asistentem, tak tam samozřejmě vyhovíme vždycky. [...] V té asistenci by chtěli více hodin, než jim

můžeme poskytnout. [...] Myslím, že můžeme uspokojit tak dvacet [nových uchazečů] ze sta.“ (Poskytovatel 4g)

„Kdybychom dělali větší reklamu, tak bychom tak obrovský zájem v žádném případě nezvládli. V květnu a červnu jsme dělali 14 dnů reklamu na Praze 4. [...] Po těchto čtrnácti dnech jsme byli tak zavaleni požadavky lidí, že jsme museli jakoukoli aktivitu stopnout. Pro nás není problém zvýšit kapacitu na trojnásobek. [...] Nebyl by problém otevřít tady další dvě tři střediska a zaměstnat lidi. Problém je, že každá hodina, kterou tady odsloužíte, Vám generuje ztrátu řádově několika set korun, které na dotacích nedostanete. Což znamená, že v okamžiku, kdy bychom začali dělat reklamu a uspokojili klienty, kteří se nám ozvou, tak do půl roku je po nás. To prostě není možné.“ (Poskytovatel 2e)

Oba výroky opět dokládají to, co zde již bylo několikrát zmíněno: o terénní služby je sice velký zájem ze strany uživatelů, ale protože je často nemohou získat buď vůbec, nebo v potřebném rozsahu, vyplatí se jim (zejména finančně) místo nich využívat pobytové služby¹⁵ a nebo zůstat odkázán na péči rodiny a známých, pokud ti jsou schopni a ochotni potřebnou péči zajišťovat¹⁶.

6.2.7. Využívání pomoci nejbližšího okolí

Výše uvedené informace potvrzují další významný poznatek, který vyplynul z rozhovorů s osobami se zdravotním postižením, případně s pečujícími osobami. Mnozí respondenti by rádi více využívali sociálních služeb od profesionálních poskytovatelů, ale protože si to často nemohou dovolit (ať už z finančních nebo kapacitních důvodů), zůstávají v roli hlavních poskytovatelů potřebné péče rodinní příslušníci. V případě péče o děti je tato úloha přirozená a nezpochybnitelná, v případě péče o dospělé je někdy nutností, která může zbytečně bránit procesu **přirozeného osamostatňování** osob se zdravotním (zejména tělesným a kombinovaným) postižením v mladším věku (viz citace v kap. 6.2.4).

U každého mladého člověka je přirozená potřeba odpoutat se od péče rodičů. U osob, které mají zdravotní postižení, u něhož nedošlo ke ztrátě schopnosti běžného rozumového úsudku (nejen osoby s tělesným, ale i např. se zrakovým postižením), je tato potřeba stejná jako u kohokoliv jiného. Nedostatečné možnosti a zejména finanční nedostupnost alternativních služeb však toto osamostatnění komplikují nebo mu dokonce brání¹⁷.

„Jelikož asistenci jsme rok zkoušeli, ale to prostě stojí hodně peněz a to co jsem vydělala v cukrárně tak to jsme zaplatili za asistenci, takže jsem prostě zůstala doma a starám se o ni já. Asistenci má jen jednou za tejdén, aby nebyla pořád se mnou, protože nechce bejt jenom se mnou.“ (Pečující osoba 1l)

¹⁵ V různých výzkumech však už bylo prokázáno, že jsou pro stát ve svém důsledku mnohonásobně dražší, např. Kozáková, Příbylová, Tomášková: 2005).

¹⁶ Druhý citát také poukazuje na potíže poskytovatelů této služby, viz kap. 6.10.

¹⁷ A stejně tak může komplikovat situaci studentů, kteří v Praze studují bez přítomnosti vlastní rodiny.

Respondentka upozorňuje zároveň na to, že nutnost zajistit péči mnohdy znamená odchod ze zaměstnání. Ve výzkumu bylo skutečně zaznamenáno několik případů, kdy respondenti (pečující osoby) odešli ze zaměstnání proto, aby o svého handicapovaného příbuzného (nejčastěji potomka či partnera) mohli celodenně pečovat, protože se tento krok ukázal být jedinou nebo nejlepší možnou variantou. (Podrobněji je toto téma diskutováno v kap. 6.9.4. věnované pečujícím osobám.)

Péče poskytovaná vlastní rodinou má pro osoby s tělesným či pohybovým postižením primární význam. (U osob s těžším handicapem pak tato pomoc bývá doplňována ještě péčí ze strany známých a případně i osobních asistentů.) Někteří respondenti si vůbec neuměli představit situaci, že by podporu ve vlastní rodině neměli:

„Určitě, to je strašně důležitý tam (rodinné zázemí, přátelé), to když není a nefunguje to, tak člověk ani neumí si představit, kdybych byl třeba sám a stal se mi ten úraz, neměl nějakým způsobem to bydlení, [...] to musí být asi hrozný.“ (Uživatel 80)

Stejný uživatel však zároveň potvrdil potřebu existence alternativních možností náhrady rodinné péče:

„Myslím si, že kdyby to nebylo [osobní asistence], tak to by člověk musel řešit - jakoby zatěžovat strašně moc rodinu - což nechci, a musel bych být závislej na lidech, takhle je to prostě lepší nějak rozbít tu práci i na jiný lidi...“ (Uživatel 80)

Péče nejbližšího okolí má obrovský význam **u lidí s mentálním postižením**. Má-li člověk závažný mentální handicap, není schopen se samostatně pohybovat ve společnosti ani rozhodovat o základních životních záležitostech. Potřeba celoživotního dohledu je zde často nevyhnutelná.

Výzkum také mapoval situaci tzv. **potenciálních uživatelů služeb**, zejména důvody, proč žádné služby nevyužívali, byť by na ně vzhledem ke své životní situaci měli nárok¹⁸. Tím hlavním důvodem byl téměř vždy fakt, že jim péči v potřebném rozsahu zajišťuje jejich okolí. Jeden z respondentů dokonce v současnosti nepobírá žádné dávky, z nichž by služby případně mohl hradit. Příspěvek na péči mu nebyl přiznán, je tedy zcela závislý na péči svých rodičů. O situaci vypověděl:

„Prostě pokud by mi nepomohl někdo blízký nebo známý, tak bych se asi musel obrátit na nějakého oficiálního poskytovatele sociálních služeb a asi bych je musel platit. Pokud bych na to neměl z vlastních prostředků, což by se mohlo stát, tak bych samozřejmě zkusil zažádat o příspěvek na péči, ale nevím, jak by to dopadlo, když už jednou uznali, jako že nemám nárok, nevím. Samozřejmě otázka peněz je taky podstatná. Pokud bych na to neměl a žádný příspěvek bych nedostal, tak bych si tuto péči musel odpustit, což by mohlo nastat, není to sice pozitivní řešení,

¹⁸ Všichni oslovení respondenti v minulosti určité služby využívali.

ale vůbec bych se nedivil, kdyby v takové situaci už dneska někdo byl.“
(Potenciální uživatel 1b)

Tento výrok opět dokládá nedostatky v samotném nastavení systému poskytování příspěvku na péči: jak je možné, že respondent nemá nárok na příspěvek na péči, když pomoc evidentně potřebuje?¹⁹ Příklad upozorňuje na to, že někteří lidé ze systému neoprávněně vypadávají, ač by určité sociální služby (ať už v současnosti nebo v budoucnu) využívat potřebovali.

6.2.8. Návaznost sociálních služeb na služby zdravotní péče

Respondenti s tělesným postižením (anebo osoby o ně pečující) v souvislosti s využíváním služeb zmiňovali využívání léčebné rehabilitace, masáží anebo absolvování krátkodobých pobytů v zařízeních poskytujících rehabilitační péči. Potvrdil se tak náš předpoklad, že zejména v životě osob s tělesným postižením mají služby zdravotní péče nezastupitelnou úlohu, avšak jejich dostupnost může značně limitována dostupností některých sociálních služeb:

„Ty školy, lázně, všechny možný kroužky a to teď pro ty dospělý není. Já bych chtěla jet do lázní, ale tam ji nikdo nevezme. Muselo by to být s asistencí, ale tu zas nikdo neplatí. A jsou o hodně těžší. Když byly malé, tak jsme s nimi všude jezdili a všechno jsme zvládali, ale teď už na to nemáme dost sil.“ (Pečující osoba 1l)

„Když takový rekondiční pobyt třeba na tejdny stojí jednu osobu třeba 5 tisíc. A já musím mít ještě sebou pečovatele... A teď si vemte, toho asistenta tam musíte žít... A musíte ho tam zaplatit. Na celý ty tři tejdny, co jsou lázně. No to bych nezaplatila... Takže já, kdybych si chtěla přilepšit s lázněma, tak já na to nemám nárok. Já bych nezaplatila asistentku, která by se mnou byla v lázních.“ (Uživatel 3m)

Služby zdravotní péče (rehabilitace, lázeňské pobyty apod.) mohou mít pro život osob s postižením zásadní význam a mohou výrazně podporovat účinnost poskytnutých sociálně-politických opatření. Jednak osobám s postižením pomáhají udržovat pohybové schopnosti, a tudíž podporují jejich schopnost se o sebe alespoň částečně postarat. Mohou také udržovat, a nebo dokonce zlepšit schopnost pracovního uplatnění, v neposlední řadě mohou i zmírňovat následky zdravotního postižení nebo přidružené sekundární problémy (bolesti aj.) Běžně však služby zdravotní péče do systému služeb určených osobám se zdravotním postižením zahrnovány nejsou, a dlouhodobě chybí jejich propojení se sociálními službami (Tomášková 2008). Respondenti ve svých výpovědích potvrdili, že absence tohoto propojení může způsobovat další významné problémy komplikující dosažení uspokojivé kvality života osob se zdravotním postižením.

¹⁹ Respondent v rozhovoru mimo jiné uvedl, že kvůli zhoršené celkové motorice si není schopen např. uvařit nebo přenést jídlo. Také některé další činnosti vykonává obtížně a pomalu.

6.2.9. Informovanost a způsob získávání informací

Nejčastěji respondenti poukazovali na to, že najít všechny adekvátní informace a získat přehled o vhodných službách, je příliš náročné. Informace jsou roztržité, neexistují komplexní přehledy nabídky vhodných a možných služeb:

„Mám pocit, že to trochu funguje, ale zcela určitě není všechno pohromadě na jednom místě. Pokud by člověk hledal něco konkrétního, tak by určitě musel dlouho pátrat, co, kde a jak a od koho. [...] Není to tak jednoduše dostupné, jak by to mělo být. Ta situace by se určitě měla zlepšit.“ (Potenciální uživatel 1b).

V tomto tvrzení se respondent shoduje i s mnohými poskytovateli. Na problém upozornili také zástupci úřadů městských částí, když zmiňovali, že ani lékaři, jež často jako první přijdou do kontaktu s lidmi, kteří by potřebovali sociální služby, nemají vždy potřebný přehled a své pacienty na úřad posílají s naprosto mylnými informacemi (zástupci MČ fg2).

6.2.10. Shrnutí

Je třeba zdůraznit, že velmi často respondenti se zdravotním postižením v rozhovorech zmiňovali problémy, které vyplývají spíše z celkového nastavení systému poskytování sociálních služeb, než z politiky a přístupu MHMP. I když jsme se primárně zaměřovali spíše na situaci v Praze, zaznamenali jsme i **několik důležitých systémových nedostatků, které mohou situaci obyvatel Prahy značně ovlivňovat**. Nejvýznamnější z nich jsou následující tři:

- **Nelze slučovat potřeby osob se zdravotním postižením v seniorském věku s potřebami mladších osob se zdravotním postižením.** Z důvodu odlišnosti cílů poskytovaných služeb je potřeba odlišit osoby, u nichž je zdravotní postižení důsledkem vysokého věku, a ty, které ho získaly mnohem dříve: u těchto osob je třeba podpořit zapojení do vzdělávacího a pracovního procesu, případně jim v určitém životním období umožnit osamostatnění od původní rodiny.
- **Příspěvek na péči v mnoha případech nestačí k pokrytí potřebných sociálních služeb** ani v takovém rozsahu, který by uživatelům služeb umožnil vybrat si, zda budou využívat péče rodiny a známých nebo profesionálního poskytovatele. Proto se péče stále ujímají převážně rodinní příslušníci a příspěvek na péči se do systému nevrací.
- **Nabídka vhodných pracovních úvazků pro osoby se zdravotním postižením a pro pečující osoby je stále nedostačující** (chybí motivace zaměstnavatelů, zkrácené úvazky, sdílená pracovní místa, větší počet sociálních podniků apod.)

Mnohem více než na systémové nedostatky byla tato analýza zaměřena na problémy, jejichž odstranění či zmírnění je v možnostech MHMP i při platnosti současné legislativy. **Z tohoto pohledu se jako nejpalčivější téma ve vztahu k osobám se zdravotním postižením jeví podpora a další rozvoj terénních sociálních služeb.** Přitom je třeba respektovat, že to, o jaké druhy sociálních služeb mají osoby se zdravotním postižením největší zájem, závisí na konkrétním typu a stupni zdravotního postižení a do určité míry i na jejich věku.

Nejvíce respondentů projevovalo zájem o službu osobní asistence. Důvodem je její široké zaměření – tato služba je jako jedna z mála vhodná pro uživatele s různým typem i stupněm zdravotního postižení. Z rozhovorů s poskytovateli však vyplynulo, že služba na území HMP není kapacitně dostačující. Jednou z příčin je to, že je její **poskytování ztrátovou záležitostí**. Finanční dostupnost služby je vůbec velkým problémem. Respondenti shodně upozorňovali, že na pokrytí služby nemají dostatek finančních prostředků, protože z příspěvku na péči jsou schopni pokrýt jen velmi malou část nákladů. Někteří z uživatelů se jí museli dokonce vzdát. Většina ze zájemců o tuto službu z tohoto důvodu raději zůstává v péči vlastní rodiny, což zejména u mladších osob může bránit potřebnému osamostatnění a u dětí či starších osob vést naopak k přetížení pečujících rodinných příslušníků. Je tedy zřejmé, že **samotné navýšení kapacity služby osobní asistence by ke zlepšení situace nemuselo vést, pokud se zároveň nezlepší její finanční dostupnost.**

Z výsledků výzkumu dále vyplynulo, že **v Praze je nedostačující také nabídka bezbariérových bytů a vůbec bytů vhodných pro samostatné bydlení osob s tělesným, zrakovým, mentálním, a případně kombinovaným postižením.** Nabídka speciálních bytů by však měla odpovídat potřebám a nárokům jednotlivých osob v závislosti na typu jejich zdravotního postižení. (Např. pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením se nejvíce hodí komunitní typy bydlení.) Přitom je třeba brát v potaz, že lidé s těžším zdravotním postižením nemohou speciální byty využívat, pokud pro ně zůstávají nedostupné jiné druhy potřebných služeb (zejména zmiňovaná osobní asistence).

Velký význam pro zlepšení celkové dostupnosti služeb a běžných aktivit pro osoby s pohybovým, zrakovým a případně kombinovaným postižením má rozšíření kapacitních možností speciálních přepravních služeb a zároveň další rozvoj MHD. Ukázalo se, že kapacitní možnosti poskytovatelů specializovaných přepravních služeb stále neodpovídají poptávce, v případě MHD respondenti poukazovali na nedostatek bezbariérových spojů zejména v nočních hodinách, na špatnou přístupnost zastávek pro osoby se zrakovým postižením nebo na nefunkčnost speciálního informačního systému pro zrakově postižené cestující. Vhodné by bylo proto také zlepšení informovanosti zaměstnanců dopravního podniku o tom, jak by měli k osobám se zdravotním postižením přistupovat a cestování jim pokud možno usnadnit.

V případě osob s mentálním postižením je dalším výrazným problémem nedostatečná kapacita denních stacionářů, a to hlavně stacionářů **vhodných pro dospělé osoby.** Lidé s mentálním postižením potřebují často celoživotní dohled, denní stacionáře mohou intenzivní péči rodinných příslušníků doplnit a nabídnout podněty pro další rozvoj osob s tímto typem postižení, včetně podmínek pro jejich vzdělávání.

Dále je potřeba věnovat pozornost rozvoji specifických služeb pro osoby se zrakovým a sluchovým postižením. V případě skupiny osob se zrakovým postižením jde (kromě již zmíněné osobní asistence a přepravy) o průvodcovské služby, v případě osob se sluchovým postižením o tlumočnické služby. Ty by měly být rozvíjeny zejména s ohledem na to, že čeština v mluvené i psané podobě může být pro mnohé z nich v podstatě cizím jazykem.

Významně by celkovou situaci osob se zdravotním postižením zlepšila podpora informovanosti. Ta by měla být zaměřena jednak na samotné potenciální a skutečné uživatele sociálních služeb, zároveň by ale bylo vhodné podpořit také lepší informovanost veřejnosti. Lidé se zdravotním postižením postrádají zejména komplexní a aktuální přehled o existujících sociálních službách v Praze a jejich dostupnosti. Poměrně jednoduchým řešením by mohlo být např. vydání speciální informační brožury, uvedení těchto informací v dostupných pražských periodikách a zejména vytvoření speciálního informačního webu. Osoby se sluchovým postižením by vzhledem k charakteru svého handicapu uvítaly srozumitelné prezentování veřejně přístupných informací, např. formou videí, v nichž by informace sděloval tlumočnick do znakového jazyka.

Informovanost veřejnosti se sice v posledních desetiletích zlepšila, je však žádoucí v tomto trendu pokračovat. Lidé by měli mít alespoň základní povědomí o různých kompenzačních pomůckách, aby se nad nimi nepozastavovali a neuváděli jejich uživatele do nepříjemných situací. Užitečné by dále bylo seznámit je se základními způsoby, jak lidem s postižením vhodně pomoci v běžných situacích (nastoupit do tramvaje, překonat schody člověku na vozíku apod.), aby špatnou manipulací nezvyšovali riziko poruchy pomůcky nebo dokonce úrazu jejího uživatele.

Také je třeba – alespoň na komunitní úrovni - usilovat o propojení sociálních služeb se službami zdravotními. Zdravotní služby hrají v životě osob se zdravotním postižením (zejména tělesným) nezastupitelnou úlohu. Pomáhají jim udržovat i zlepšovat zdravotní stav a předcházet případným komplikacím. Tím pádem mohou snížit a někdy i oddálit závislost na službách sociálních. Dostupnost některých zdravotních služeb, jako je rehabilitace a lázeňská léčba, je však velmi omezena finanční nákladností těchto služeb a někdy i nedostupností sociálních služeb, které by klientům vůbec umožnily potřebné zdravotní služby využít. (Jde např. o potřebu zajištění osobního asistenta při léčebném pobytu.)

Rozvoj sociálních služeb je dále vhodné doplňovat odstraňováním různých bariér a zpřístupňováním co největšího množství veřejných institucí a prostor. Z výsledků výzkumu však vyplynulo, že za závažnější problémy jsou v současné situaci vnímána ostatní výše uvedená témata.

Jsme si plně vědomi toho, že situace některých osob by si zasloužila větší prostor (např. situace osob žijících v Praze bez původní rodiny nebo situace osob s kombinovaným postižením). Skupina osob se zdravotním postižením je však natolik různorodou a širokou skupinou, že v analýze nebylo možné postihnout veškeré otázky, kterým by bylo třeba věnovat pozornost. V této zprávě proto zmiňujeme pouze nejvýznamnější témata, která v rozhovorech zazněla. Pro získání konkrétnější představy o situaci osob s různým typem zdravotního postižení doporučujeme nahlédnout do jiných zpráv a zdrojů. Některé z nich jsou uvedeny v seznamu literatury.

6.3. Osoby s duševním onemocněním

6.3.1. Charakteristika cílové skupiny osoby s duševním onemocněním

Stejně jako u skupiny osob s tělesným nebo mentálním postižením, i u této cílové skupiny je vyčíslení její velikosti nesnadné. Autorky Janečková a Angelovská (2011: 51) odhadují, že v HMP může žít 40 – 60 tis. osob, které mají vážné duševní onemocnění. Jejich odhad potvrdil také jeden z námi oslovených poskytovatelů služeb určeným této cílové skupině:

„Ono se těžko říká přesně, pro kolik lidí by to bylo potřeba, a ty pohledy jsou různé, můžeme říct, že pro 3 – 5 % populace jsou potřeba nějaký zhruba takovýhle služby, který [...] poskytujeme. V rámci Prahy je to zhruba 60 000 lidí (tj. těch asi 5 %) a my v tuhle chvíli v rámci komunitní služby poskytujeme podporu asi 2 500 lidem, nejen [název organizace], ale všechny ty služby [všichni poskytovatelé těchto služeb na území Prahy].“ (Poskytovatel 2b)

V počtu hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních je kraj HMP nadprůměrný (v roce 2010 to bylo 640,9 hospitalizací na 100 000 obyvatel, v ČR pak 557,3), zejména pak ženy výrazně převyšují republikový průměr (ÚZIS 2011: 9)²⁰.

Osoby s duševním onemocněním bývají často přiřazovány pod skupinu osob se zdravotním postižením. Toto řazení je však pro analýzu jejich potřeb nevhodné. Byť je jejich situace v některých aspektech podobná (např. v tom, že často je jejich jediným příjmem invalidní důchod a že mívají velké potíže najít zaměstnání), jejich potřeby se poměrně zásadně liší a odpovídá tomu také zaměření poskytovatelů služeb:

„Občas se na nás obrací klienti, kteří nejsou naší cílovou skupinou, jsou to mentálně postižení. Ty my musíme odmítat, protože my se na ně nespécializujeme. Specifika péče o duševně nemocné a mentálně postižené jsou zásadně odlišné.“ (Poskytovatel 6g)

Pro osoby s duševním onemocněním je dále charakteristické, že stále **podléhají určité stigmatizaci**, kterou vnímají jak uživatelé služeb, tak poskytovatelé:

„Po bezdomovcích a drogově závislých jsme asi třetí na řadě neatraktivní skupina.“ (Poskytovatel 2b)

„Pro ty [lidi na vozíku] vlastně se dělaj všelijaký ty koncerty, akce, maj sponzory. Ale o těch z psychických... o těch lidech s psychickým problémama prostě nikdo nemluví. Prostě to jsou prostě blázni, který prostě nikdo nebere.“ (Uživatel 5r)

Skutečně jde o cílovou skupinu, která se na škále priority, kterou jí městské části připisují, pohybuje ve středu: netěší se tedy ani obzvlášť velkému zájmu, současně ale nepatří ani mezi

²⁰ ÚZIS: 2011, Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2010 [online]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010>

ty opomíjené (MHMP 2011b: 116-119). Pozornost si osoby s duševním onemocněním zcela jistě zaslouží, nelze totiž předpokládat, že by se jejich počet snižoval. Stále více z nich vyhledává zdravotnickou či sociální pomoc, navíc je trend současně doplněn růstem výskytu duševních onemocnění díky společenským jevům, jako jsou rostoucí nároky a stres v zaměstnání či rozpad rodinných vazeb (Janečková a Angelovská 2011: 51). Přitom je třeba vzít v úvahu všechny důsledky, které duševní onemocnění přináší, protože jde o „*vážné duševní onemocnění s dlouhodobým charakterem, často s celoživotními problémy, s poznamenáním na celý život*“ (poskytovatel 2b).

6.3.2. Aktuální situace a problémy osob s duševním onemocněním

K 30. 9. 2011 bylo v Praze celkem 48 poskytovatelů, kteří pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním registrovali 86 služeb. V poskytování pobytových služeb dominují příspěvkové organizace, terénní služby jsou naopak v režii občanských sdružení. Ambulantní forma služby je nejčastější (51), následují služby terénní (33) a pobytové (18) (Janečková, Angelovská 2011: 52, 55).

Z výzkumu vyplynulo, že zásadními otázkami, v nichž je podpora pro osoby s duševním onemocněním stěžejní, jsou: **sociálně dostupné, podporované či chráněné bydlení, možnost pracovního uplatnění** (na běžném trhu či v chráněném zaměstnání) a **finanční stránka** jejich života, která úzce souvisí s oběma předchozími. Na prioritě těchto tří otázek se vzácně shodovali všichni oslovení respondenti:

„Takže absence práce a zaměstnání, tím absence nějaké denní struktury a nějakého životního statusu a velmi nízký životní příjem. [...] Velký počet našich klientů žije často u rodičů, čímž zároveň vlastně jejich vlastní život a osamostatnění trpí.“ (Poskytovatel 2b)

Duševní onemocnění sice často znemožní postiženým osobám výkon jakékoliv pracovní činnosti, pokud se však lidé při zlepšení zdravotního stavu a jeho stabilizaci chtějí vrátit do zaměstnání, setkávají se s různými překážkami:

„Ráda bych šla třeba ráno do práce. Třeba na ty 4, i 6 hodin. Jako i na těch 8 hodin. [...] Když se jdu někam ptát, tak chtěj papíry od doktorů a když doktor napíše psychický problémy, tak vesměs řeknou, že se ozvou a nikdy se neozvou...“ (Uživatel 5r)

Možnost pracovního uplatnění je ovlivněna jak **stigmatizací** osob s duševním onemocněním, ale také **nedostatečnou informovaností** zaměstnavatelů o jejich potřebách, možnostech i povaze jejich onemocnění (viz dále). Významnou roli zde hraje také skutečnost, že nemoc propuká v mladším věku a může udeřit opakovaně:

„Tím, že většinou to propuká kolem dospívání nebo spíš zpočátku dospělosti, tak mají ti lidé právě problémy v tom, že často selžou v původním zaměstnání a důsledkem třeba i několika hospitalizací a vlastně selhávání v tom prvním i druhém zaměstnání, je vlastně to, že ztratí zaměstnání a dostanou invalidní důchod. [...] Tím, že ten invalidní důchod dostanou poměrně brzy, tak je často

velmi nízký. Dělali jsme takovou studii příjmů našich klientů, a ten příjem je vlastně na samém prahu, velmi nízký.“ (Poskytovatel 2b)

Duševní onemocnění je skutečně třetí nejčastější příčinou nově přiznaných invalidních důchodů, jedná se o 14 % nově přiznaných plných invalidních důchodů, v případě částečných důchodů pak o 10 % (Bruthansová, Jeřábková 2010, cit dle ibid.: 51). V HMP pak dle výpočtů cca 2 900 (14 %) osob pobírajících plný invalidní důchod tvoří osoby s psychiatrickým onemocněním a 1 400 (10 %) je hodnota v případě invalidního důchodu v I. a II. stupni (Hejzlar 2011, cit dle ibid.)

Výše uvedený citát však zároveň upozorňuje nejen na **problém závislosti na invalidním důchodu**, ale i na to, že mnozí lidé z této cílové skupiny žijí téměř pod hranicí životního minima. Invalidní důchod, právě proto, že byl přiznán brzy, totiž často na pokrytí životních nákladů nestačí, přitom však jeho výše neumožňuje požádat o dávky hmotné nouze, na což upozornil další respondent:

„Finanční a to, že nemůžu vlastně sehnat tu práci. [...] Když jsme byli na odboru sociálních věcí žádat o příspěvek na bydlení a na živobytí, tak nám řekli, že pro dva dospělé lidi je [hranice] pět tisíc [...], což my vlastně dáme dohromady s důchodama. A když vlastně zaplatíme nájem, to nikoho nezajímá, že nám nic nezůstává.“ (Uživatel 5r)

Zlepšit finanční situaci by mohlo jedině nalezení alespoň menšího pracovního úvazku, které je ale samo o sobě obtížné a navíc ještě u některých osob představuje riziko ztráty byť minimálního, ale stabilního příjmu z invalidního důchodu:

„Takže vlastně ten problém je zaměstnávání, možnost být někde zaměstnán, protože ten kdo má invalidní důchod, tak je tam ještě překážka, že kdyby je někde mohli zaměstnat [...], tak ztratí ten invalidní důchod, což je pro ně jediný příjem.“ (Poskytovatel 2b)

Poskytovatel dále uvedl, že často tito lidé nemají přiznané ani příspěvky na péči nebo je nemají adekvátně stanovené (poskytovatel 2b). Vysvětlit to lze např. tím, že systém jeho přidělování příliš nepředpokládá potřebnost příspěvku na péči u této cílové skupiny. Fyzická schopnost péče o sebe sama zůstává zachována, schopnost rozumového úsudku mnohdy také, proto v tomto směru osoby s duševním onemocněním nemusí kritéria pro přidělení splňovat. Přesto je zde ale pomoc jiné osoby či organizace nutná, protože duševní onemocnění ovlivní schopnost vykonávat základní životní úkony. Podobnou situaci však zákon o sociálních službách dostatečně nezohledňuje. Finanční situace osob s duševním onemocněním tak připomíná bludný kruh, z něhož se jen obtížně hledá cesta ven. Někdy proto dochází i k tomu, že se z osob v podobné situaci stanou osoby bez přístřeší.

6.3.3. Vztah vhodných sociálních služeb k aktuálním potřebám

Základním cílem sociálních služeb je v případě osob s duševním onemocněním **obnovení ztracených základních životních návyků** a dosažení stavu, že budou schopny postarat se o sebe sama a zajistit uspokojení svých základních potřeb:

„Společným znakem těch lidí je, že potřebují velkou míru podpory v každodenním životě, týkající se široké oblasti a stránek života. Od potřeby probudit znova hygienické návyky, sebeobsahu co se týče hygieny, tak podporu v sociální oblasti. Vyjednávání různých podpůrných dávek, příspěvku na bydlení a příspěvku na péči a podobně. [...] Potřebují se naučit vařit, potřebují se naučit chodit pravidelně do práce. [...] Víceméně oni vlastně chtějí pomoci v přípravě na běžný život. Chtějí mít jistotu, že se o sebe dokáží postarat třeba ve svém vlastním bydlení. Ve kterém teď nemůžou být, protože nedokáží zajistit ani svůj základní život ani provoz bytu.“ (Poskytovatel 6g)

Duševní onemocnění je ale specifické tím, že **ovlivňuje schopnost posoudit vlastní situaci**. V mnoha případech si duševně nemocní lidé vůbec nemusí uvědomovat, že potřebují pomoc. To klade další nároky na poskytovatele služeb, kteří musí uživatele služeb přesvědčit o tom, že péči skutečně potřebují:

„Člověk s duševním onemocněním ví, co mu je, že je na tom špatně, ale už nedojde k tomu, co potřebuje. Mnohdy si neuvědomuje, že potřebuje zlepšit třeba hygienickou péči, protože to je první brána ke kontaktu s ostatními lidmi a taky to může být ta poslední. Protože my musíme ty lidi hlavně motivovat, že tu péči chtějí. Vysvětlit jim, proč to chtějí a kam je to může dovést.“ (Poskytovatel 6g)

Jakmile si duševně nemocný člověk uvědomí závažnost svého stavu, začne sám usilovat o nalezení vhodných způsobů řešení. Služby, které lidé s duševním onemocněním využívají, jsou většinou zaměřené právě na zvládnání praktických činností. Kromě chráněného bydlení a podporovaného zaměstnávání, případně práce v chráněné dílně využívají i různé související služby, např. skupinové sezení s jinými lidmi s tímto onemocněním, navštěvování různých kroužků, jako je vaření a ruční práce, nebo využívají službu praní prádla (uživatel 5r). Kapacita těchto služeb – zejména prvních dvou jmenovaných – je však v Praze velmi nedostačující.

6.3.4. Využívání, dostupnost a existence vhodných služeb

Jak již bylo zmíněno výše, poskytovatelé jsou schopni zajistit služby pouze zlomku všech potřebných osob žijících v Praze²¹. **Kapacitní nedostatečnost služeb vhodných pro osoby s duševním onemocněním je jedním z nejvýraznějších aspektů komplikujících jejich dostupnost** pro obyvatele HMP. Poskytovatelé tuto situaci musí řešit jedině tak, že klienty odmítají nebo je posílají do jiných organizací, pokud vědí, že tam nabízejí vhodné služby a mají volné kapacity:

„Určitě nepokrýváme tu potřebnost. My ještě poměrně efektivně spolupracujeme s dalšími organizacemi, které pracují dále s touto celou skupinou, a tam jsme schopni si přeposílat ty klienty, kteří se k nám nedostanou, dál.“ (Poskytovatel 2b)

²¹ Připomeňme, že jde cca o 2 500 osob z předpokládaných 40 – 60 000.

„Odmítáme do služby chráněného bydlení, kde máme naplněnou kapacitu a jsou tam čekatelé. Jsme přesvědčeni, že bychom dokázali otevřít ještě jedno dvě bydlení, to znamená kolem 30 klientů a naplnilo by se. [...] My jsme schopni obstarat 50 % toho, co se po nás žádá. [...] V současné době žádné navíc.“ (Poskytovatel 6g)

Podobná situace je také v případě chráněných dílen:

„A hrozně málo je chráněných dílen. Nějakou chráněnou dílnu nebo nějakou chráněnou práci najít je velmi těžký. [...] Já mám podanou žádost, ale prostě... ono to je rozdělený, tady ty terapeutický chráněný dílny podle stavu pacienta, podle diagnóz. A jako čeká se, když se uvolní místo, který by odpovídalo té diagnóze.“ (Uživatel 5r)

Markantní převis poptávky nad nabídkou je dále v případě domovů se zvláštním režimem, které jsou v případě této cílové skupiny také velmi využívanou službou (Newton Solution Focused, a.s. 2009: 24). Dle městských částí jsou domovy se zvláštním režimem, tedy jedna z nejvýznamnějších sociálních služeb pro osoby s duševním postižením, jedna z nejproblematictějších co se územní a kapacitní dostupnosti na území HMP týče. Tato služba nicméně nepatřila mezi ty, u kterých městské části deklarovaly zájem je rozvíjet (MHMP 2011b: 116-119).

Poskytovatelé většinou nejsou schopni kapacitu svých služeb navýšit, protože často nedisponují potřebnými zdroji (viz kap. 6.10.) Upozorňovali však také na to, že zásadním problémem je celková poddimenzovanost služeb a jejich nevyváženost na celém území HMP:

„Obecně vím, i z konzultací s kolegy z jiných organizací [...], že služby jsou nedostatečné. Jsou nedostatečné kapacitně celkově, ale i co se týče rozložení Prahy. Kdybyste si vzali mapu Prahy, tak komunitní služby pro duševně nemocné se poskytují na 3-4 místech. Praha 8, Praha 11, Praha 6 a víc ne. Ostatní Praha resp. uživatelé, využívají tuhle těch center. Je to náročné pro nás i pro ně kvůli dopravě, je to neefektivní, to je velký problém.“ (Poskytovatel 6g)

Také jiné zdroje potvrzují, že co se týče územního rozložení, je nabídka služeb pro osoby s duševním onemocněním v Praze velmi nevyvážená (Janečková, Angelovská 2011: 52, 55)²².

Druhým významným aspektem komplikujícím dostupnost služeb pro osoby s duševním onemocněním je **finanční hledisko**. Nejde jen o to, že poskytovatelé nemají dostatek zdrojů na jejich rozšíření, oslovení respondenti opakovaně upozorňovali, že problémem je i již zmíněná nízká hranice příjmů jejich klientů. Poskytovatelé jsou tak někdy nuceni snižovat neúměrně úhrady, což zpětně ovlivňuje také jejich finanční situaci:

²² Je otázkou, zda v případě osob s duševním onemocněním je třeba důsledně trvat na vyváženém rozložení služeb, když např. oproti seniorům nebo osobám se zdravotním postižením jsou poměrně mobilní. Důležité však je zvětšit kapacitu potřebných služeb a zvýšení kapacity může mít za následek i jejich lepší dostupnost a rozložení. V případě podpory rozvoje menších komunitních zařízení je ale jejich rovnoměrné rozložení důležité.

„Úhrady jsou jenom podle zákona, to znamená ve službách chráněného bydlení a podpory samostatného bydlení. Jinak nikde nemáme, a to musím říct, že i v těchto službách jsou často slevy, protože oni na ně prostě finančně nedosáhnou.“ (Poskytovatel 2b)

Efektivitu poskytovaných služeb snižuje dále také **nedostupnost až absence tzv. následných služeb**, tj. služeb, které by mohly osoby s duševním onemocněním užívat poté, kdy opustí chráněné bydlení, ve kterém se připravily na samostatný život.

„Další věc, která je velmi podstatná [...], je ta, že [...] nejsou poskytované a neexistují následné služby poté, co odejdou po nás. To znamená v chráněném bydlení my ty lidi připravíme, jdou do podporovaného bydlení, jdou do svého bytu nebo si pronajmou byt, tam je nižší míra podpory, no a v momentě, kdy už ani tuto míru podpory nepotřebují, tak je potřeba nabídnout třeba sociální byty.“ (Poskytovatel 6g)

„My máme nastavené chráněné bydlení jako tréninkové na to, aby se ty lidi naučili samostatně fungovat v tom bytě, [...] a vyrovnat se s tím, že tam bydlím třeba sám. A ve chvíli, kdy ten trénink jakoby proběhne a můžou dál, můžou jít do svého, tak oni nemají kam. Za ten nízký životní příjem, který mají, si nejsou schopni pronajmout v Praze byt. Takže tam teda narážíme a pouštět vlastně ty lidi směrem na ubytovny, je i pro běžného člověka obtížné, a udržet si duševní zdraví někde na ubytovnách tak pro tyto lidi, kteří jsou ještě duševně zranitelnější, je to ještě obtížnější. Vracet se zpátky do původní rodiny je vlastně taky často složitost a získat běžné bydlení je těžké a nám se nedaří toto nějak zprovoznit.“ (Poskytovatel 2b)

Opět se zde dotýkáme otázky dostupnosti sociálního a podporovaného bydlení a otázky výše finančních příjmů této cílové skupiny. Druhý citát však zároveň naznačuje, že lidé s duševním onemocněním mohou v určité chvíli zůstat bez vlastního bydlení a mohou u nich buď znovu propuknout zdravotní problémy, nebo se mohou vlivem situace, v níž se nacházejí, ocitnout ve skupině osob bez přístřeší. S touto skupinou se osoby s duševním onemocněním někdy překrývají a právě jí se výrazně nedostává psychiatrické péče a péče jak o duševní, tak fyzické zdraví bývá problémem (Koncepce pro postupné řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2012 – 2020: 8). Také jiné zdroje potvrzují, že **sociální služby pro osoby, které spadají do více cílových skupin, jsou nedostatečné**. Dle nastavení legislativy se často poskytovatelé orientují jen na jednu skupinu, tzn. buď mají kompetence pracovat s osobami bez přístřeší nebo s duševně nemocnými. (Janečková, Angelovská 2011: 52). Chybějící terénní služby vhodné pro osoby bez přístřeší s duševním onemocněním pak další zdroj označuje přímo za deficit (Koncepce pro postupné řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2012 – 2020: 8).

6.3.5. Podpora komunitních služeb

Komunitní péči podle Programového prohlášení Asociace komunitních služeb pro duševní zdraví charakterizují tyto principy: čtyřicetihodinová dostupnost základní pomoci a celkově snadná dostupnost zdravotních a sociálních služeb, rychlé předání odpovídajícím

službám, návaznost péče, multidisciplinární spolupráce, individuální přístup, diskrétnost a účelnost nákladů²³.

Z předchozího textu vyplývá a potvrdily to i informace od poskytovatelů služeb, že jednou z příčin současného neuspokojivého stavu v Praze je právě absence komunitních služeb:

„Jsou tady v Praze 3-4 místa, kde se poskytují služby pro lidi s duševním onemocněním a všechny ostatní městské části musí docházet do těch 4. Správně by to mělo být rovnoměrně rozvrstveno a mělo by být jasné, že hlavní tíhu péče nesou komunitní služby a zdravotnické služby typu nějakého sanatoria, nebo i ty léčebny, ale v menší míře. [...] Lidé, kteří potřebují komunitní péči a už nepotřebují v takové míře akutní léčebnou péči, tak už nemusí ta léčebna tu kapacitu mít – komunitní služby by to zvládly i bez kapacity léčebny.“ (Poskytovatel 6g)

Také druhý poskytovatel hovořil o potřebě provést výrazné systémové změny a zmínil i potřebu omezit ústavní péči:

„My víme, že by v té oblasti bylo potřeba udělat nějaké velké a razantní změny systému psychiatrické péče, a v době, kdy by se ty změny začaly dít, tak tady budou obrovské nepokryté potřeby těch lidí. V tuhle chvíli teda musím říct, že díky tomu, že tady je psychiatrická léčebna, tak vlastně jakoby nějak svým způsobem saturuje část klientů, kteří by jinak u nás klepali na dveře. Ale tím nechci už rozpovídat téma psychiatrických léčení, protože tam bezesporu ty lidi by nemuseli být.“ (Poskytovatel 2b)

Trendem v zemích západní Evropy je přesun psychiatrických pacientů ze zařízení ústavního charakteru do komunitní péče a jejich integrace do společnosti. Odborná veřejnost však poukazuje na to, že tento přesun je v České republice problematický a klade nároky na reformu jak poskytování zdravotnických služeb, tak služeb sociálních a v neposlední řadě jejich provázanost a návaznost (Peč 2009, Peč a kol. 2006).

Problematičnost změn si oslovení poskytovatelé uvědomují. Dále však upozornili na to, že jako prioritní vnímají někdy jiné služby než ty, které jsou obecně podporovány:

„My máme pocit, že klíčové služby jsou ty, které nejsou tak dobře financované dneska jako některé, které si dovedeme představit, že když bude opravdu totální krize, tak v první řadě bychom odřizli služby jiné, než tyto financovatelné. Tak to jsou trošku jiné priority, byť myslím, že na úrovni Prahy se nám v poslední době vlastně dařilo toto líp vyjednávat. A mám pocit, že víc rozumějí těm službám, které poskytujeme.“ (Poskytovatel 2b)²⁴

²³ Programové prohlášení Asociace komunitních služeb pro duševní zdraví [online]. Dostupné z: <http://www.askos.cz/programove-prohlaseni.htm>.

²⁴ Za klíčové jsou považovány terénní a ambulantní služby, které uživatele podpoří ve zvládnání běžných denních činností a umožní jim setrvat v přirozeném prostředí.

Také autorky Janečková a Angelovská HMP chválí za postup správným směrem, když vzniká síť malých komunitních zařízení, které poskytují klientům zejména terénní a ambulantní služby a ti tak mohou žít ve svém prostředí. Tomuto trendu odpovídá cíl navržený jedním z poskytovatelů:

„Vypracovat systém komunitní péče pro lidi s duševním onemocněním a podporovat je finančně za účelem zřízení nových služeb, terénních, ambulantních i pobytových v rozsahu celého území Prahy.“ (Poskytovatel 6g)

6.3.6. Propojení zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním

Péče o osoby s duševním onemocněním sestává z péče zdravotní a sociální.²⁵ Obě tyto složky mají nezastupitelnou úlohu. Absence propojení zdravotní a sociální péče je v České republice dlouhodobým problémem (Tomášková 2008), který bývá někdy dokonce podceňován. Na nutnosti propojení obou složek péče se shodovali všichni oslovení poskytovatelé služeb. To, že zdravotní a sociální složka není propojená, totiž vede mnohdy k tomu, že jeden resort učiní opatření, které jde proti jinému opatření přijatému v rámci druhého resortu, což může dostat příjemce péče do ještě větších potíží:

„V současné době zdravotní pojišťovny přistoupily ke kroku, kdy odmítají platit pobyty v léčebnách na tzv. sociálních lůžkách. To jsou přesně ti klienti, kteří jsou v léčebně, tu zdravotnickou péči potřebují, ale ne v takové míře, aby museli být hospitalizováni v léčebně, ale nemohou jít jinam, neboť nefunguje komunitní systém, komunitní síť. Nejsou ty služby v takové míře, aby dokázaly uspokojit poptávku. Vzhledem k tomu, že se pojišťovna rozhodla neplatit tyto lůžka, tak ty léčebny budou ty lidi propouštět. Protože nemáme místa a nemáme další dvě chráněné bydlení, chráněné dílny atd., tak ti lidé nebudou mít kam jít. Budou na ulici, budou z nich bezdomovci. To je problém, který teďka může ohrožovat sociální služby. Pokud není koncepce komunitní péče a jedna část padne, to znamená ta zdravotní část, ta léčebna, tak je to velký problém i v té sociální oblasti...“ (Poskytovatel 6g)

V tom, že bez propojení zdravotních a sociálních služeb nemůže být pomoc dostatečně efektivní, se shodovali všichni ve výzkumu oslovení poskytovatelé. Další z nich také uvedl, že pokud jedna ze složek nebude fungovat tak, jak by měla, bude ta druhá dosahovat jen omezených výsledků. Také naznačil, že bez tohoto propojení nebude správně fungovat ani komunitní péče, která je na propojení různých složek podpory založena:

„Co nám bezesporu chybí, je lepší propojení zdravotních a sociálních služeb, kde prostě narážíme dneska i na legislativu a nemluvě na financování. A to myslím, že limituje efektivitu celého systému těch služeb. [...] Pokud to nebude fungovat [...],

²⁵ Otázka propojení zdravotní a sociální péče je nedílnou součástí komunitních typů péče, tudíž jde v této kapitole o rozšíření pohledu na problematiku komunitních služeb.

tak se těžko najde ta změna, a v ten moment sociální služby pro tuto cílovou skupinu budou dělat furt jen nějakou limitovanou práci, ale de facto ten výsledek se nemusí změnit. Bez jasné spolupráce se zdravotníma službama a propojení i v rámci těch týmů a v rámci té konkrétní práce s klientem se vlastně nepovede systém, kde by opravdu lidé s duševním onemocněním byli dostatečně sociálně začlenění.“ (Poskytovatel 2b)

Podle výpovědi druhého z respondentů, zákon o sociálních službách potřebnému propojení zdravotní a sociální péče zatím spíš brání a oba resorty tak jdou „od sebe“ (poskytovatel 6g). Duševní zdraví navíc nepatří ani mezi priority národní zdravotní politiky, jen 3,5 % z celkových výdajů na zdravotnictví jde na tuto oblast, což řadí Českou republiku na předposlední místo v EU (Hejzlar 2010: cit dle Janečková, Angelovská 2011: 54). Ač jde převážně o systémový problém, považovali jsme za důležité se zde o něm podrobněji zmínit, protože pod jeho vlivem by veškerá ostatní opatření učiněná ve prospěch zlepšení situace osob s duševním onemocněním nemusela dosáhnout požadovaného výsledku.

6.3.7. Získávání informací

Také zástupci cílové skupiny osob s duševním onemocněním velmi často zmiňovali potřebu zlepšit celkovou informovanost, a to ve dvou směrech: Za prvé by bylo vhodné **podpořit informovanost zaměstnavatelů**, která by mohla napomoci větší zaměstnanosti osob s duševním onemocněním. Respondenti se domnívají, že tato podpora je zatím velmi malá:

„Není podpora zaměstnavatelů a není hlavně osvěta, zaměstnavatelé vůbec netuší, proč by měli zaměstnávat lidi s duševním onemocněním nebo vůbec se zdravotním postižením, protože si myslím, že míra podpory nebo daňových úlev je nízká. Povědomí o potřebách zaměstnávat ty lidi je nulová.“ (Poskytovatel 6g)

Bylo by vhodné podpořit také **informovanost samotných osob s duševním onemocněním**, kterým často chybí základní povědomí o existujících možnostech podpory.

„Ta naše cílová skupina má nízké vědomí toho, co můžou i využít. Často to jsou i lidi, kteří nemají vůbec žádné dávky a nemají prostě ani finance na to, aby se užívali. Takže často u nás dostávají bazální informace k tomu, co je potřeba, kde je potřeba zažádat, aby neumřeli hladý.“ (Poskytovatel 2b)

Nejvíce informací získávají uživatelé služeb v současné době od jiných klientů, které potkají např. v léčebně (poskytovatel 2b). Uvíтали by, kdyby informace v podobě přehledu možností byly k dispozici např. u lékaře nebo na úřadech (uživatel 5r). Stejně tak důležité je informovat klienty o jejich právech, např. když jsou přijati k hospitalizaci v pobytovém zařízení:

„Ty psychiatrický léčebny by vlastně měly vlastně pacientům říkat, jaký vlastně maj práva. Protože vlastně hodně lidí, kteří se dostanou do psychiatrický léčebny, nezná svý práva.“ (Uživatel 5r)

6.3.8. Shrnutí

Osoby s duševním onemocněním bývají často přidružovány do skupiny osob se zdravotním postižením. Tato cílová skupina osob je sice poměrně heterogenní, z analýzy však vyplynulo, že potřeby a situace osob s duševním onemocněním jsou zásadně odlišné a jejich řazení do této cílové skupiny je proto nevyhovující. Celkový počet osob s duševním onemocněním žijících na území HMP nelze přesně stanovit, odhady však hovoří o skupině 40 – 60 tisíc osob. Vzhledem k nárokům, jež na každého člověka klade současný pracovní a životní styl **lze předpokládat, že procento osob trpících psychickými problémy bude dále narůstat.** Osoby s duševním onemocněním jsou však skupinou, která je **poznamenána přetrvávající stigmatizací** a která se zároveň (nebo možná i proto) obecně netěší zvláště velkému zájmu ze strany společnosti. Prvním cílem národní i komunální politiky by proto mělo být omezení stigmatizace této skupiny a tudíž i lepší informovanost o její situaci a potřebách.

Klíčové problémy, které byly u této cílové skupiny definovány, je vždy třeba řešit na národní úrovni. Většinu z nich lze však zároveň zmírnit opatřeními, která jsou v kompetenci MHMP. Situace osob s duševním onemocněním, které žijí na území HMP, je v současnosti nejvíce poznamenána: **nedostačující kapacitou potřebných sociálních služeb, zejména chráněného bydlení a podporovaného zaměstnávání, nedostatkem možností pracovního uplatnění na běžném trhu práce a neuspokojivou finanční situací.**

Neuspokojivá finanční situace je důsledkem časté závislosti na invalidním důchodu. Protože lidé s duševním onemocněním mívají velké potíže při hledání zaměstnání, popřípadě v akutním stadiu onemocnění pracovat vůbec nemohou, bývá jejich jediným zdrojem příjmů invalidní důchod. Ten je však často nízký, protože bývá přiznán poměrně brzy (duševní onemocnění propuká nejčastěji mezi 20 a 30 rokem života). Selhání v zaměstnání a stigmatizace pak zapříčiňují obtíže při snaze o návrat do pracovního života.

Zároveň i přes nízký invalidní důchod **mnozí lidé s duševním onemocněním nezískají dávky hmotné nouze**, protože důchod představuje minimální potřebnou příjmovou hranici. **A nezískají v mnoha případech ani příspěvek na péči**, a pokud tento příspěvek přidělen je, tak podle informací poskytovatelů bývá často neadekvátně stanovena jeho výše. Systém jeho přidělování příliš nepředpokládá jeho potřebnost u této cílové skupiny. (Fyzická schopnost péče o sebe sama zůstává zachována, přesto je zde ale často potřeba pomoc jiné osoby či organizace, protože duševní onemocnění ovlivní schopnost vykonávat základní životní úkony. Podobnou situaci však zákon o sociálních službách dostatečně nezohledňuje.) **Na úrovni systému sociálního zabezpečení by proto bylo třeba provést revizi přidělování invalidních důchodů, dávek hmotné nouze a příspěvku na péči** s ohledem na potřeby a schopnosti osob s duševním onemocněním a také s ohledem na to, že jim bývají invalidní důchody přidělovány v poměrně nízkém věku.

Z analýzy vyplynulo, že **na území HMP je celkově nedostatečná kapacita sociálních služeb** podporujících tuto cílovou skupinu. Je zde jen velmi málo poskytovatelů a z územního hlediska nejsou služby rovnoměrně rozmístěné. Nízká kapacita služeb má za následek, že lidé s duševním onemocněním jsou často hospitalizováni na psychiatrických odděleních různých léčeben a nemocnic jen proto, že není k dispozici jiná alternativa. **Závažným nedostatkem je**

pak velmi nízká kapacita tzv. následných služeb, kdy se lidé, kteří jsou z léčebny propuštěni, nemají kam obrátit. V HMP je totiž dlouhodobě nedostatek bytů pro nízkopříjmové skupiny obyvatel a domovů se zvláštním režimem. Pokud člověk není dostatečně stabilizovaný, nemá potřebnou sociální podporu a práci a jeho příjem mu nestačí na pokrytí nákladů na bydlení a živobytí, může se snadno stát osobou bez přístřeší. Pro osoby, které patří do dvou cílových skupin zároveň (např. právě pro osoby bez přístřeší s duševním onemocněním), však není téměř žádná nabídka služeb.

Pro dosažení efektivní péče o osoby s duševním onemocněním **je nutné podporovat rozvoj komunitních typů služeb**. Tyto služby je třeba podporovat jak na úrovni státní politiky, tak na úrovni politiky MHMP a jednotlivých městských částí. Komunitní služby jsou schopny zajistit téměř veškeré služby, které osoby s duševním onemocněním potřebují: Poskytnout jim podporu a pomoc při obnově základních schopností, jako je péče o sebe sama, péče o domácnost či komunikace s okolím, pomoci jim sehnat vhodné zaměstnání, popřípadě jim toto zaměstnání nabídnout. Mnohdy také mohou plně zastoupit hospitalizaci v psychiatrické léčebně či v nemocnici.

Zároveň je třeba učinit kroky ve prospěch propojení zdravotních a sociálních služeb, a to opět na celorepublikové i komunální úrovni. Zdravotní péče je nedílnou součástí péče o osoby s duševním onemocněním a každá ze složek výrazně ovlivňuje výsledky té druhé. Pokud jedna složka nefunguje, jak má, nemůže druhá dosahovat uspokojivých výsledků. Samotné sociální služby nemohou ovlivnit průběh onemocnění a zmírnit jeho příznaky, zdravotní péče zase není schopna poskytnout lidem s duševním onemocněním potřebnou pomoc při znovuzačleňování se do společnosti a osvojování základních životních návyků.

Situaci osob s duševním onemocněním by zlepšila také větší podpora informovanosti, která by měla být cílená na zaměstnavatele, veřejnost i samotné osoby s duševním onemocněním. Osoby s duševním onemocněním by uvítaly lepší informovanost o všech možnostech podpory, která se jim nabízí, a v případě hospitalizace postrádají informace o tom, jaká jsou jejich osobní práva. Zaměstnavatelé se často bojí osoby s duševním onemocněním zaměstnat právě kvůli jejich diagnóze. Oni ani veřejnost nemají o duševním onemocnění dostatečné informace, což přispívá ke stigmatizujícímu pohledu na tuto skupinu.

6.4. Rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci

Tato kapitola je zaměřena na problematiku rodin s dětmi, které se ocitají v nepříznivé sociální situaci. Tato cílová skupina patří k nejvíce heterogenním ze sledovaných skupin a v určitých aspektech u ní dochází k překryvům s cílovými skupinami osoby se zdravotním postižením a senioři. Pro zachování vnitřní integrity textu však nejsou v této kapitole aspekty vážící se k výše jmenovaným skupinám popisovány. Situaci seniorů, kteří v širším pojetí instituce rodiny do ní také patří, je věnována pozornost v kapitole 6.1 Senioři. Problematika péče (ať již o nemohoucího seniora, zdravotně postižené dítě či jiného člena rodiny), která chod rodiny a vztahy také významně ovlivňuje, je podrobněji rozebrána v kapitolách 6.9. a 6.2.

Rodiny v Praze jsou díky nízké zaměstnanosti, vyšší příjmové hladině a vyšší vzdělanostní úrovni z hlediska zabezpečení životní úrovně do velké míry soběstačné, chudoba je relativně ojedinělým jevem (Kuchařová a kol. 2009: 30-38). V demografických ukazatelích je Praha v porovnání s ostatními kraji specifická: definuje ji vysoký podíl jednočlenných domácností²⁶ a podprůměrné zastoupení jak úplných, tak neúplných, ve většině případů bezdětných rodin. V hlavním městě dále nalezneme nejnížší počet nezaopatřených dětí na domácnost, pouze necelých 30 % domácností vychovává alespoň jedno dítě oproti celorepublikovému průměru ve výši 35 % (Janečková, Angelovská 2011: 70). Stárnutí populace pak představuje pro HMP významné ohrožení (Kuchařová a kol. 2009: 20-21). Kolik rodin odpovídá zařazení mezi rodiny v nepříznivé sociální situaci, však není sledováno.

HMP má zpracovanou Koncepti rodinné politiky na roky 2009 – 2010, která v současné době prochází aktualizací. Má též vytvořený systém dotací, jehož prostřednictvím podporuje aktivity v oblasti náhradní rodinné péče, v oblasti prevence negativních jevů souvisejících s životem rodiny a sanace rodiny, volnočasové aktivity prorodinného charakteru aj. Napojení tohoto dotačního mechanismu na systém sociálních služeb je však velice volné. Na portálu pro sociální oblast HMP jsou dostupné odkazy na některá komunitní, rodinná a mateřská centra a další organizace věnující se rodinám. Nejedná se však o kompletní ani nějak komentovaný a podrobněji tříděný seznam.

I když ne všechny městské části mají jednoznačně stanovené prioritní cílové skupiny, rodina, děti a mládež patří k preferovanějším, neboť se jedná o statisticky relativně velkou skupinu osob. V mnohých MČ jsou však služby těmto cílovým skupinám poskytovány bez využití hlubších analýz (zjišťování potřeb cílových skupin v porovnání s dostupnou nabídkou služeb), jasně stanovených cílů a dlouhodobé koncepce.

Výzkumy potřeb uživatelů sociálních služeb, které byly realizovány v některých MČ, jmenují jako nejpalčivější problémy rodin žijících v HMP dopravní bezpečnost, návrat do zaměstnání po rodičovské dovolené, nedostatek volnočasových aktivit a hřišť zejména pro mládež,

²⁶ Podíl domácností jednotlivců na celkovém počtu hospodařících domácností byl v roce 2010 v Praze téměř 40 %, což je výrazně více než průměr v ostatních krajích ČR - v nich se tento podíl pohyboval v intervalu 23 – 29 % (ČSÚ 2011).

nedostatečná kapacita mateřských škol, riziko drog a ohrožení patologickými jevy či pobíhání psů v místech určených pro dětské hraní (Agora 2007, 2008a, 2008b).

Mezi služby, které uvedená cílová rodina čerpá nejvíce, patří **odborné sociální poradenství, pečovatelská služba, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, azylové domy a domy na půli cesty**⁴. V hodnocení územní a kapacitní dostupnosti služeb relevantních pro tuto cílovou skupinu ohodnotily MČ jako problematické azylové domy, jak bude podrobněji rozvedeno dále. I přes existující povědomí o deficitu této služby ji však MČ nezařadily mezi ty služby, které by nadále chtěly rozvíjet. Pro skupinu rodina, děti a mládež plánují městské části budovat zejména nízkoprahová zařízení (MHMP 2011b: 116-119).

V našem výzkumu se ve skupině rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci vyskytli následující respondenti: **matky, které pečují o postižené dítě či děti; matky samoživitelky; mladí lidé opouštějící institucionální péči pro děti; nízkopříjmové rodiny a ženy s dětmi, které byly nuceny kvůli problémům ve vztahu s partnerem opustit domov**. Jedná se tak o velice rozmanitou cílovou skupinu, která se v praxi rozpadá do několika podskupin. Např. i pouze podskupinu mladí lidé bez rodiny poskytovatelé sociálních služeb člení do ještě menších podskupin, protože zcela jiné potřeby, a tím i nutný specifický přístup vyžadují mladí lidé, kteří strávili dětství v zařízeních institucionální péče, a naopak ti, kteří vyrůstali v rodinách a z nejrůznějších důvodů se uchýlili k deviantnímu chování (např. trestné činnosti či užívání návykových látek).

Často se vyskytujícím znakem této skupiny byla **finanční a materiální nouze a vysoká závislost na systému státní sociální podpory a pomoci v hmotné nouzi**. Některé respondentky pobíraly rodičovský příspěvek, dvě z nich (matky v azylovém domě) navíc ještě přídavek na dítě, příspěvek na bydlení a dávky pomoci v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí). Rodiny pečující o dítě s postižením nebo o seniora měly k dispozici příspěvek na péči, vdovy a sirotci pak vdovský, respektive sirotčí důchod. Negativním jevem doprovázejícím špatnou finanční situaci této cílové skupiny je příležitostná nelegální práce a brigády, kterými někteří respondenti řeší svou obtížnou finanční situaci tak, aby jim nebyla odebrána či krácena sociální dávka při oficiálním příjvídělku. Dalšími aspekty, které představují překážku ekonomické aktivity je cena hlídání dětí předškolního věku a obecně nízká nabídka flexibilních forem práce, které by např. samoživitelkám umožnily skloubit práci s péčí o děti.

*„Jakmile si vyděláte 3 tisíce, tak už jdete o 6 tisíc dolů na sociálních dávkách.“
(Pečující osoba 4r)*

6.4.1. Charakteristika cílové skupiny

Problémy, kterým pražské rodiny čelí, se váží k charakteru HMP jako velkoměsta: Narůstá podíl sociálně problémových skupin, ohrožení představuje i vysoký podíl monofunkčních panelových sídlišť, roste kriminalita včetně organizovaného zločinu a sociálně patologických jevů obecně (drogy, prostituce atd.) a integrace skupin ohrožených sociální exkluzí do společnosti je nedostatečná (Kuchařová a kol. 2009: 75). Chápeme-li rodinu v širším slova smyslu, problémy představuje například i nedostatek služeb nejen pro děti a mládež, ale

i pro seniory či osoby se zdravotním postižením, o které rodiny musí pečovat. Přes všechno však někteří autoři zmiňují i určitá pozitiva: Doposud nedošlo k výrazné sociální diferenciaci obyvatelstva hlavního města a nevznikla sociálních ghetta významných rozměrů (ibid.: 74). Stejně tak podíl nezletilých a mladistvých v Praze na stíhaných a vyšetřovaných osobách za kriminalitu a dopravní nehody je méně jak poloviční v porovnání s celou ČR i všemi kraji (Janečková, Angelovská 2011: 71).

Rodiny s dětmi se stávají uživateli sociálních služeb jak z **nenadálých důvodů**, tak z dlouhodobějšího **působení** několika **nepříznivých faktorů**. Nenadálými důvody jsou např. narození zdravotně postiženého dítěte, neplánované těhotenství bez dostatečného sociálního a ekonomického zázemí, úmrtí jednoho z živitelů apod.

„... Kdyby se nestalo to, co se stalo, prostě to, že nám manžel umřel, tak my bysme fungovali normálně, byli bysme normální rodina. Taky bysme jezdili na ty super dovolené, děti by se mohly chlubit novými telefonama ve škole, ale bohužel, no. Zasáhla ta tragédie tak, jak zasáhla, a v současné chvíli jsme se dostali na tu druhou stranu toho ostrůvku, kde na jedné straně jste v pohodě a na druhý v háji. No takže teď zrovna my jsem v tom háji.“ (Uživatel 71)

Mezi dlouhodobě působící nepříznivé faktory patří i očekávání určitého životního standardu ve společnosti, které může zvláště rodiny s větším počtem dětí uvést do sociálně nepříznivé situace. Zvýšené náklady na péči o děti (hlídání, zájmová činnost, oblečení, cestovné atd.) a několikaletý výpadek jednoho z příjmů z důvodu rodičovské dovolené (zpravidla matky) může vést pod tlakem okolí k manželským problémům, zadlužení a až rozvodu a v neposlední řadě tak k využívání sociálních služeb typu odborné sociálního poradenství nebo azylový dům.

„... Slyšela jsem od okolí, že v podstatě třetí děcko je výsada hodně bohatých lidí nebo křesťanů nebo asociálů. Doktorka se mě rovnou ptala, jestli půjdu na potrat nebo ne.“ (Uživatel 18k)

Do systému sociálních služeb může být zapojena i rodina, která se rozhodne poskytnout náhradní rodinnou péči dětem bez vlastního zázemí (dětem z kojeneckého ústavu, z dětského domova, z nefunkční rodiny apod.) Stává se následně příjemcem dávek pěstounské péče, případně i dalších dávek a může využívat např. odborného sociálního poradenství.

Děti a mládež v nepříznivé sociální situaci se jako cílová skupina často rekrutují z rodin se špatným sociálním zázemím, které nevytváří dětem příznivé podmínky pro jejich rozvoj. Může se jednat o děti, které byly odebrány z původní rodiny a vyrůstaly v některém z ústavních zařízení, nebo i děti, které vyrůstaly ve vlastní rodině (někdy i ekonomicky dobře situované), ale byly vystaveny disharmonickému vztahu rodičů, jejich partnerské nestabilitě či jejich nezájmu. Dále pak ty děti, které se staly oběťmi fyzického či psychického násilí nebo sexuálního zneužívání apod. Při vstupu do dospělosti pak tito mladí dospělí vyhledávají různé sociální služby, od odborného sociálního poradenství přes domy na půli cesty až po sociální rehabilitaci.

„... Jsou to lidi, kteří žili v rodinách buď třeba extrémně sociálně slabých, [...] nebo jsou to lidé, kteří třeba materiálně na tom nejsou špatně, ale ta rodina se rozpadá, přichází tam noví a noví partneři, [...] to dítě s nima nevychází, posouvá se třeba od různých rodinných příslušníků, se stěhuje. U řady těchto rodin paralelně dochází k zanedbání toho dítěte nebo k nějakému týrání, zneužívání, fyzickému násilí. No a v tom dospělém věku nebo těsně před tou dospělostí to začne mít následky, že oni se v té společnosti, se jim nedaří se uchytit. Jo a to většinou je kombinace potom nějakých psychických, sociálních obtíží, ale zároveň i třeba finančních obtíží, to znamená třeba oni nic nemají, nemůžou už zůstat doma, ten domov už neexistuje, nemůžou třeba studovat, nemají kde bydlet, nemají peníze na to, aby bydleli, nejsou připraveni do zaměstnání, nejsou schopni chodit do zaměstnání.“ (Poskytovatel 2d)

Problémy rodin se stupňují v případě **součinnosti několika různých rizikových faktorů**. Příkladem může být neúplná rodina s nezaměstnaným živitelem či živitelkou či rodina se zdravotně postiženým dítětem.

V některých MČ je rozvinutá spolupráce mezi orgány sociálně-právní ochrany dětí, poskytovateli dávek hmotné nouze, školami a terénními pracovníky, díky čemuž se úspěšně daří zachycovat rodiny v rané fázi krize a relativně úspěšně problémy těchto rodin řešit. Úzká spolupráce mezi jednotlivými odbory a osobami a vysoká senzibilita terénních pracovníků jsou nezbytnými předpoklady pro funkčnost a efektivitu systému.

6.4.2. Využívání pomoci nejbližšího okolí

Rodiny, které se mohou obrátit na své **příbuzné** (manžel, manželka, prarodiče) a známé, využívají **primárně těchto zdrojů pomoci** a sociální služby přijdou na řadu až tehdy, kdy rodina vypomoci nemůže. Existuje však mnoho rodin, které žádné rodinné zázemí - právě díky krizím a problémům rodiny - nemají.

„Mámu nevím, kde mám teďka, táta je ve výkonu trestu a ségra je v dětském domově.“ (Uživatel 4l)

6.4.3. Využívání služeb, spokojenost s nimi a vztah k aktuálním potřebám

K 30. 9. 2011 bylo v HMP **116 poskytovatelů** poskytujících služby rodinám s dětmi a **166 registrovaných** odpovídajících **služeb**. Nejrozšířenější právní formou poskytovatelů těchto sociálních služeb jsou občanská sdružení. Ambulantní forma služby je nejčastější (107), následují služby terénní (90) a pobytové (22) (Janečková, Angelovská 2011: 72). Mezi sociálními službami, které by pražské rodiny uvítaly ve větší míře, jsou terénní práce s dětmi a mladými lidmi, sociálně preventivní programy pro rodiny a děti, nízkoprahové služby pro mládež či sociální byty. Preference rodin se pak částečně odlišovaly v různých městských částech (Agora 2008b: 33-34).

Námi dotázaní respondenti využívali služeb azylového domu, rané péče, odborného sociálního poradenství, domu na půli cesty, nízkoprahového zařízení pro děti a mládež, sociálně-aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi a dalších. S využívanými sociálními službami byli klienti převážně spokojeni a dle jejich výpovědi jim pomáhaly řešit problémy,

kterým čelí. Azylové domy úspěšně plní funkci bezprostřední první pomoci, jakmile se osoba (často např. matka s malým dítětem) ocitne v nepříznivé situaci. Výrazných **synergických efektů** je dosahováno, pokud je samotné **azylové bydlení či dům na půli cesty doprovázen i službou rané péče či odborným sociálním poradenstvím**. Problémem může být delší čekací lhůta na umístění v azylovém domě a omezený časový prostor pro pobyt bez funkčního navazujícího článku, kam by klienti přešli po alespoň částečné stabilizaci své situace. Více v kap. 6.4.4.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež plní z velké části **preventivní roli** a jsou cílovými skupinami aktivně vyhledávány a využívány. Důležitým zmíněným aspektem je poskytovat tuto službu v takovém rozsahu, která umožní mladým lidem samostatně nakládat se svým časem a samostatně řešit přicházející problémy. Cílem by nemělo být klienty opečovávat tak, aby se na službě stali závislími.

*„... Naším cílem [nízkoprahového klubu pro děti a mládež] není vlastně plně jako opečovat toho klienta. Že to budeme my, kdo mu vyplňuje ten volný čas, kdo ho neustále jako opečovává, nějak chrání, ale spíš, aby ten klient se sám naučil, kde ten, jak ten čas vyhledávat, jak ten čas volnej trávit, nebo jak ty situace řešit.“
(Poskytovatel fg3)*

U **sociálně-aktivizačních služeb** pro rodiny s dětmi je jak cílovými skupinami, tak poskytovateli pozitivně vnímáno, že jde o služby bezplatné, což je činí velice dostupnými. Pro rodiny s dětmi má i tato služba významný preventivní charakter a může napomoci řešit problémy již v raném stádiu. Služba přispívá k uchránění rodiny před dalšími propady, a tak předchází využívání dalších nákladnějších služeb, např. pobytových.

U služeb, kde je s klientem budován dlouhodobý vztah (zejména služby osobní asistence, ale i některých pobytových služeb), na klienty nepůsobí dobře častá fluktuace osob, se kterými jsou v kontaktu. Z toho důvodu není možné u těchto služeb v praxi ve větší míře využívat dobrovolníků, kteří u jedné organizace působí zpravidla jen krátkodobě. To činí službu finančně náročnější a klade větší důraz na ekonomickou stabilitu poskytovatelů asistenčních služeb.

„Abyste jim pomoh [klientům domu na půli cesty], tak musíte vytvořit velmi intimní prostředí, stabilní, vztahově stabilní. A přicházení a odcházení různých takových jako lidí [dobrovolníků], který tam choděj, aby se něco jako naučili a poznali, to to značně ruší.“ (Poskytovatel 2d)

Velice kladně byla hodnocena **vysoká profesionalita pracovníků neziskových organizací**, jejich ochota, vstřícnost a kvalitní pomoc. Někteří z respondentů již zaregistrovali obtížnou finanční situaci neziskových organizací poskytující sociální služby této cílové skupině a práce pracovníků si i navzdory tomu (např. zastaralému vybavení) velice cení.

6.4.4. Hodnocení provázanosti jednotlivých forem služeb

Provázanost jednotlivých služeb a jejich logická návaznost je pro celkový dopad na klienty **klíčová**. V některých oblastech se této provázanosti dosahuje lépe, např. azylové domy

a odborné sociální poradenství, v jiných oblastech hůře. Např. rodiny zdravotně postižených dětí řeší jak sociální otázky, tak otázky zdravotní a vzdělávací a nedostatek provázanosti jednotlivých služeb z důvodu různých resortních kompetencí pro ně představuje problém (viz kap. 6.2.8.)

Jak poskytovatelé služeb, tak klienti **pozitivně** hodnotili **provázanost pobytu v azylových domech a domech na půli cesty s dalšími službami** typu raná péče, odborné sociální poradenství nebo sociální rehabilitace. Tyto související služby pomáhají řešit kromě bydlení i další problémy klientů a služby se tak vzájemně doplňují a vytvářejí předpoklad pro budoucí začlenění klientů do běžného života.

“... Hodně lidí se nám hlásí do domu na půli cesty, kde třeba nemáme kapacitu, ale řekneme “no ale proč to hledáš?”, on řekne “no já nemám kde spát, nemám ani peníze, ani na azyl mě nevezmou, když ... jsem vyřazen z [evidence uchazečů o zaměstnání] úřadu práce.” A teď ta kolegyně může říct “Oukej, tak dobrý tady je rehabilitace, tak se zapiš jako do programu, na základě toho Tě ubytujou v ‘azylu’”. Takže takhle to funguje hrozně skvěle.” (Poskytovatel 2d)

Z uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že **značně problematický je deficit dostupného bydlení** navazujícího na časově omezené pobyty v **azylových domech**. Klienti pak „putují“ po jednotlivých azylových domech, což zvyšuje nákladnost systému sociálních služeb a v některých případech vede i k recidivě problémů u některých klientů. **Finančně dostupné sociální bydlení** je prvek, který je **poptáván** jak **poskytovateli**, tak **cílovými skupinami** a jeho systémová neexistence v HMP, respektive v ČR, způsobuje překážku začlenění sociálně vyloučených osob či osob vyloučením ohrožených do běžného života.

„Jde na denní centrum [osoba v nepříznivé situaci], dostane se na azylový dům, tam je stabilizovaný, tam zvládne svoji situaci, ale kam dál? Nemá nic dalšího. Protože žádné sociální bydlení není, nebo finančně dostupné..., potom třeba právě cestuje do jiného azylového domu a pak se zase vrací a je to zbytečně nákladné.” (Poskytovatel fg1)

Fungující vzájemné doporučení a odkazování jednotlivých poskytovatelů služeb na poskytovatele služeb navazujících je jednoznačně **pozitivním faktorem**. Pro cílové skupiny není zásadním problémem obracet se se svými požadavky na různé poskytovatele, protože roli informátorů plní dobře a klienty navádí na poskytovatele relevantních služeb.

6.4.5. Dostupnost služeb

Z uskutečněných rozhovorů vyplývá, že sociální služby poskytované rodinám s dětmi jsou až na výjimky **relativně finančně dostupné**. Jedná se o služby, které jsou pro klienty zdarma (např. sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, raná péče či odborné sociální poradenství) nebo je možné je pokrýt z poskytnutých sociálních dávek (např. ubytování v azylovém domě z příspěvku na bydlení, případně doplatku na bydlení v rámci dávek hmotné nouze). Dávky péčovské péče pokrývají základní životní potřeby péčovské rodiny.

Finančně méně dostupné jsou však např. služby osobní asistence, které slouží rodičům dětí se zdravotním postižením. I když tyto služby poskytuje poměrně široké spektrum poskytovatelů, disponibilní zdroje rodin (zahrnující často příspěvek na péči) jim nedovolují těchto služeb využívat v takovém rozsahu, v jakém by potřebovaly. Podrobněji viz kap. 6.2.6. a 6.9.4.

Finančně náročnější je také bydlení s doprovodnými službami, které pomáhají klientům zajišťovat běžné životní potřeby. Někteří představitelé cílových skupin i poskytovatelé tuto službu nazývají „**tréninkové byty**“:

„Tady vlastně tenhle azylový dům nabízí tréninkové byty. Ale to jsou tréninkové byty za 8 500, co stojí normální byty. Tak aby na to ta maminka měla, kde sebere 8 500? Když půjdu do práce, kde mi dají 10 000, tak platím 8 500, ale zbyde mi 1 500 korun. To není možné, aby se za to ten člověk uživil. Ještě s dítětem. Kde ještě musím zaplatit školku, koupit jídlo, tak to prostě není možné, ty byty jsou strašně drahý.“ (Uživatel 6I)

Jednotlivá zařízení jsou prostřednictvím MHD relativně **dobře prostorově dostupná**. **Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež** bývají využívána převážně občany dané městské části a dle poskytovatelů služeb i představitelů MČ by měla být **včetně terénních programů** pro děti a mládež poskytována **na každém sídlišti**. V současné době některé MČ takovýmto rozmístěním služeb na svém území již disponují. Podobně pak služby odborného sociálního poradenství, rané péče a sociální rehabilitace jsou k dispozici v téměř každé MČ. Pobytové služby (azylové domy, domy na půli cesty) jsou již koncentrovány pouze do některých MČ a jsou využívány osobami z různých městských částí. Díky MHD však prostorová dostupnost není problémem ani u těchto služeb, protože většina osob z této cílové skupiny je mobilní.

Časovou dostupnost služeb lze označit též za vcelku uspokojivou. Klienti jsou převážně spokojeni s otevírací dobou jednotlivých zařízení. Klienti někdy vyžadují větší rozsah poskytovaných služeb, ten ale dle poskytovatelů není vždy v jejich zájmu. V některých případech či lokalitách může být vhodné spolu s měnícími se potřebami cílových skupin měnit i časovou dostupnost služby.

„Možná by chtěli [mladí dospělí, aby nízkoprahový klub byl otevřený] vícero dní. Máme otevřeno třeba 3krát týdně ten klub, a 4krát týdně terén. Někteří klienti jakoby říkají, že by chtěli třeba, proč to není otevřený o víkendech... U nás jakoby v tomhle oboru nízkoprahových služeb, pracujeme i s tím, že asi nechceme, aby se ten klient na tý službě stal závislým. [...] Spíš, aby ten klient se sám naučil, [...] jak ten čas volně trávit, nebo jak ty situace řešit.“ (Poskytovatel fg3)

Některé respondentky upozorňovaly na fakt, že nemají možnost zajistit si hlídání dětí v době, kdy potřebují využít sociální službu ať už z finančních důvodů (nemožnosti zaplatit si hlídání doma) nebo proto, že dané zařízení poskytující sociální službu možnost hlídání dětí nenabízí.

Největší nedostatky v poskytování sociálních služeb pro rodiny s dětmi na území HMP zástupci cílových skupin, poskytovatelů i městských částí spatřují v nedostatečné kapacitě ubytovacích sociálních služeb, kterými jsou **azylové domy, domy na půli cesty a chráněné**

bydlení. Jejich klienty jsou převážně občané s trvalým bydlištěm na území HMP. Poskytovatelé neodmítají ani osoby mimopražské, ale těch je minimální množství a zpravidla to jsou osoby, které mají na Prahu určité vazby, např. zde vyrůstaly. Z důvodu omezených kapacit existují na místa v azylových domech pořadníky a čekací lhůty. To v praxi značně komplikuje pomoc potřebným, neboť velice často je služba azylového domu potřebná v krizové situaci, kdy je třeba řešit problémy prakticky okamžitě. I když statistiky žadatelů o místo v azylovém domě může zkreslovat skutečnost, že zájemci si obvykle podávají více žádostí do různých domů, aby měly větší pravděpodobnost rychlého příjmu, čekací lhůty na umístění jsou skutečností, na které se všechny skupiny respondentů shodují.

Kapacitní nedostupnost se projevuje i v nedostatku nabídky **sociálního bydlení**, ať už v podobě startovacích, malometrážních, bezbariérových bytů či možnosti bydlení s regulovaným nájmem. Některé MČ disponují omezeným množstvím bytů tohoto typu, poptávka však je několikanásobně vyšší.

„Malometrážní byty pro [...] ať už lidi, kteří startují do života, nebo lidi, kteří vlastně už jako jsou na druhé fázi svého života, tak asi ty malometrážní byty bych asi taky považoval za takový jako trošku bolavý místo...“ (Zástupce MČ 1c)

„Například v těch sociálních aktivizačních službách je problém s nedostatkem vhodných malých bytů, vhodných pro rodiny s dětmi, kde vlastně ještě stále dochází vlastně k rozdělování rodin z důvodů bytových, což je nejen protiústavní, ale i v rozporu s judikaturou Evropského soudu pro lidská práva.“ (Poskytovatel fg2)

Tréninkové bydlení doplněné odborným poradenstvím a sociální bydlení by měla plnit i roli určitých **mezičlánků mezi azylovými domy a samostatným na trhu dostupným bydlením** a podpořit tak osoby k návratu do běžného života. Z důvodu jejich deficitu (či i finanční nedostupnosti tréninkového bydlení, viz výše), pak některé osoby pobývají v azylových domech opakovaně, protože nemají jinou možnost bydlení. V neposlední řadě by mohly sociální byty částečně odlehčit i kapacitě azylových.

6.4.6. Informovanost a způsob získávání informací

Informovanost rodin s dětmi je možné rozdělit do dvou oblastí. Prvním okruhem jsou **informace o sociálních službách, poskytovatelích a nárocích na státní sociální podporu a pomoc**. Druhým okruhem je pak požadavek rodin (zejména rodin s postiženým dítětem nebo pěstounských rodin či rodin pečujících o seniora) na **praktické rady, zkušenosti a podněty, jak se o děti či seniory starat a řešit každodenní problémy**. Tomu by pak měl odpovídat i způsob, forma a rozsah předávaných informací. (Pro informovanost osob pečujících viz kap. 6.9.7.)

Osoby spadající do cílové skupiny rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci hledají často informace **na internetu**. Zde jsou tyto informace sice dosažitelné, někdy ale poměrně obtížně. Přínosem by bylo vytvoření jednoho rozcestníku, který by nabízel komplexní informace k jednotlivým situacím, ve kterých se člověk může ocitnout. Na tomto principu

funguje např. portál <http://www.postizenedeti.cz/>, který pozitivně hodnotilo několik respondentů.

„No ale ideální by vlastně bylo, kdyby existovala nějaká komplexní webová stránka s těma všema službami. Ono by to hodně ulehčilo v tom, že když ten člověk se dostane do takový mizerný situace, tak nemá v tu chvíli vlastně moc představu ze začátku, na koho se fakt obrátit nebo třeba na co má nárok, jaký má možnosti a kdyby taková komplexní stránka existovala, byly tam vlastně (služby a poskytovatelé) popsány a nějakým způsobem další kontakty na všechny tyhleto možný služby pro řešení tehletěch krizových situací. Tak to si myslím, že by hodně lidí ocenilo, včetně teda samozřejmě mě. A bylo by tam, aby si i lidi mohli sdělovat jakoby osobní zkušenosti ať už s jinou prací, ať už jinýma sociálníma službami. Ať už se sjevíma osobníma problémama, takový třeba fórum. Takže člověk taky vidí, že v tom není úplně sám. Přechází si, že i někdo jinej má takovouhle špatnou životní situaci, tak i to vám někdy může pomoci.“ (Uživatel 7I)

Větší publicita by měla být věnována **krizovým centřům**. Informace o umístění těchto zařízení, jejich **otevírací době a poskytovaných službách** by měly být snadno dostupné především v místech, kde je osoby ocitající se v krizové situaci hledají: na internetu, v telefonním seznamu, v čekárnách lékařů, na úřadech práce, na úřední desce úřadu městské části aj.

Podle Agory (2008b: 29-30) jsou pro rodiny zásadním zdrojem informací též **neformální sociální sítě**, což potvrzují i respondenti, kteří zmiňovali přínos osobního kontaktu a osobních doporučení. Význam sociálních kontaktů při předávání informací potvrzují i poskytovatelé služeb:

„Myslím si, že to hodně funguje v té komunitě [dětí] předávání informací o službě. Což může být někdy i na škodu, šíří se někdy fámy, konflikty...“ (Poskytovatel 3g)

„K nám chodí lidi, kteří se o nás dozvídají od známých, nebo jsou to opakované konzultace nebo se o nás dozvědí na internetu...“ (Poskytovatel 3i)

Další způsob získávání informací představují letáky umístěné na úřadech, v čekárnách lékařů apod. Ty poskytují cílové skupině **informace anonymně**, aniž by se musela vystavit (často nepříjemnému a obávanému) kontaktu se sociálním pracovníkem či pracovníkem organizace poskytující služby. I tištěné katalogy s kompletním adresářem poskytovatelů konkrétních služeb byly pro některé rodiny přínosem.

Městské části obvykle využívají celou paletu komunikačních kanálů. **Mezi jednotlivými MČ však existují značné rozdíly** a ne ve všech částech HMP jsou všechny způsoby distribuce informací využívány. Jedná se o zveřejňování informací na webových stránkách MČ, vytváření adresářů sociálních služeb, distribuci letáků s informacemi o službách konkrétních poskytovatelů, organizování veletrhů sociálních služeb, zveřejňování informací o průběhu plánování rozvoje sociálních služeb na území MČ apod.

Jak už bylo zmíněno výše, pozitivní hodnocení je spojeno s odkazováním poskytovatelů služeb na navazující služby. Dle respondentů takto dobře funguje např. raná péče. Jako vhodný kanál pro nasměrování potenciálních uživatelů na vhodnou službu se jeví i orgán vyplácející sociální dávky, v současné době úřady práce. Pracovníci úřadů práce se dostávají do kontaktu i s klienty, kteří, ač by nevyhledali pomoc kurátora či přímo poskytovatele sociální služby, žádají o sociální dávky. Pokud se během této interakce úředník dozví více o sociální situaci klienta, otevírá se mu příležitost zprostředkovat kontakt na vhodnou odbornou pomoc a odpovídajícího poskytovatele služby. Jeden z oslovených poskytovatelů sociálních služeb poskytuje přímo speciální semináře pro pracovníky zabývající se výplatou sociálních dávek s velice pozitivními výsledky:

„... To místo toho úřadu práce, těch sociálních dávek, tam se ty lidi s těma vobtížema koncentrujou, ale oni jim nepomáhají. Ale my jim můžem pomoct... A ted' jsou úplně nadšení [pracovníci úřadů práce], že my je pozvem na seminář. A pak nám přímo teda klienty posílají.“ (Poskytovatel 2d)

Pro klienty je však důležité dozvědět se nejen o dostupných poskytovatelích a službách, ale získat informace o **kvalitě** služeb. K tomu využívají právě neformální sítě, osobní doporučení nebo informace dalších rodičů na různých internetových portálech či setkáních (lázně, tábory apod.)

Z uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že informace o sociálních službách pro rodiny s dětmi jsou v Praze relativně dostupné, ale **nalezení prvního kontaktu je pro některé časově náročnější** a v některých případech to **může být i bariérou** pro jejich využívání. Existence jednotného přehledného portálu a výše uvedená široká paleta komunikačních kanálů může tuto bariéru odstranit. Po využití první služby se již klient zpravidla zorientuje a postupně se dozvídá o dalších možnostech a navazujících službách.

Co se informovanosti veřejnosti o situaci rodin a mládeže v tíživé sociální situaci týče, v rámci výzkumu jsme zaznamenali názory, že by bylo vhodné úspěšněji oponovat názoru, že péče o děti je „parazitování na sociálním systému“ a naopak mezi veřejností posilovat vědomí toho, že péče o děti je nezbytný předpoklad reprodukce společnosti. Rozvíjení tohoto pohledu je však již nad rámec této analýzy.

6.4.7. Shrnutí

Rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci **patří k jedné z nejširších** sledovaných skupin, která je **vnitřně značně heterogenní**. Zahrnuje např. děti opouštějící institucionální zařízení, jejichž největší potřebou je nabytí dovedností k začlenění do běžného života nebo svobodné matky - sociální služby využívají především ty, které se náhle ocitly v nepříznivé situaci a např. musí řešit problémy s bydlením. Dále do této skupiny patří i rodiny se zdravotně postiženými dětmi, které řeší především péči o tyto děti nebo služby nízkoprahových center využívají děti a mládež i z úplných rodin, někdy i ekonomicky relativně dobře zajištěných, atd. Společným znakem většiny osob z této cílové skupiny, tj. rodiny v nepříznivé sociální situaci je **vysoká závislost na systému státní sociální podpory případně i pomoci v hmotné nouzi**.

Na úrovni MČ patří rodiny, děti a mládež k **prioritním cílovým skupinám**. Přitom hranice mezi „běžnou“ rodinou a rodinou v nepříznivé sociální situaci není vždy zcela zřetelná a tak jako i u jiných cílových skupin je poměrně obtížné tuto cílovou skupinu kvantifikovat.

Mezi služby, které rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci obecně čerpají nejvíce, patří **odborné sociální poradenství, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, azylové domy a domy na půli cesty**. Jedná se o služby finančně relativně dobře dostupné, neboť jsou pro cílovou skupinu převážně zdarma, pobytové služby je možné pokrýt z obdržných dávek (státní sociální podpora, dávky hmotné nouze). **Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež** plní úspěšně **preventivní roli** a jejich rozšíření by spolu s terénními programy mělo dle respondentů pokrývat každé sídliště.

Jak uživatelé služeb, tak poskytovatelé se shodovali, že kapacita **azylových domů, domů na půli cesty a chráněných bydlení** je zcela **nedostatečná**. Síť azylových domů a domů na půli cesty **hraje klíčovou roli** při řešení kritické situace uživatelů (zvláště pokud je samotné azylové bydlení či dům na půli cesty doprovázen i službou rané péče či odborným sociálním poradenstvím), ale jejich stávající kapacita **nedokáže uspokojit** existující **poptávku** na území HMP. Na pobyt v azylovém domě často existují pořadníky, což vzhledem k obvyklé naléhavosti po této službě není vhodné. Vysoká poptávka po umístění do azylových domů je však částečně způsobena i **neexistencí navazujícího článku** cenově dostupného bydlení pro osoby, jejichž situace se již stabilizovala a mohly by azylový dům opustit. Z toho důvodu pak část uživatelů vyhledává azylové domy opakovaně a návrat do běžného života je pro ně z důvodu neexistence bytového zázemí značně obtížný. **Sociální byty** (ať již ve formě startovacích, malometrážních či jinak podporovaných bytů s regulovaným nájmem), které by mohly využít osoby opouštějící azylové domy, domy na půli cesty, či lidé nuceně z rozličných důvodů opustit stávající byt či dům (jedná se i o rodiny bez primárních zjevných obtíží, např. při neuváženém závazku hypotéky či kumulaci úvěrů, které převyšují pravidelné příjmy rodiny, např. po ztrátě zaměstnání či úmrtí jednoho z rodičů), **by přispěly k odlehčení stávající kapacity pobytových zařízení** pro tuto cílovou skupinu, zejména azylových domů.

Pro rodiny, děti a mládež je **primárním zdrojem informací internet**, kde by dle respondentů mělo být **snadno přístupných mnohem více informací o jednotlivých sociálních službách v HMP** než nyní. Nezanedbatelnou roli pak hraje i předávání informací především o kvalitně konkrétních službách prostřednictvím neformálních sítí.

6.5. Migranti a etnické menšiny

6.5.1. Charakteristika stávající situace a kapacit MHMP a MČ k řešení problematiky

Migranti²⁷ v České republice tvoří cca 4 % populace, přičemž jejich největší koncentrace je v hlavním městě, kde cizinci tvoří trojnásobek celorepublikového průměru, tedy 12 % obyvatel HMP (Pacíková, Klepková 2010). K 31. 12. 2011 legálně pobývalo na území HMP téměř 140 000 cizinců (Cizinci v České republice 2011). Nejčastěji jde o osoby přicházející z Ukrajiny, Slovenska, Vietnamu a Ruska. Cizinci jsou rozmístěni na území celého města, nicméně nejvíce se koncentrují v oblastech ubytoven, sídlišť a pracovních příležitostí (tržnice, stavby apod.) (Janečková, Angelovská 2011: 65). Různá lokace je typická dle typu ekonomické aktivity (nejvíce živnostníků je registrováno v Praze 4, nejvíce povolení k zaměstnání bylo vydáno v Praze 9 a Praze 5). Jednotlivé národnostní skupiny cizinců se také koncentrují v různých částech Prahy: V případě občanů Ukrajiny jde o Prahu 4, 9, 5 a 7, občané Ruska nejčastěji sídlí na Praze 2, 5 a 6 a občany Vietnamu lze nalézt na Praze 4 (12) a 7 (Pacíková, Klepková 2010, cit dle ibid.: 66). Problémovou podskupinou jsou i „nelegální“ migranti²⁸. Odhaduje se, že na území České republiky jich je od 50 000 do 300 000 (Drbohlav 2008). Celkový počet nelegálních migrantů na území HMP není znám.

Nejpočetnější etnickou menšinou²⁹ žijící v Praze jsou Romové³⁰. Odhady hovoří o tom, že na území HMP žije cca 13 000 – 22 000 Romů. Jedna třetina z nich žije v 6 lokalitách

²⁷ Existuje řada definic migrantů a v žádném případě se nejedná o homogenní skupinu. Dle definice OSN je např. migrantem každý člověk, který překročí mezinárodně uznávané hranice a zůstává v jiné zemi déle než rok. V této práci pod pojem migrant zařazujeme všechny cizince, kteří v České republice mají povolen dlouhodobý nebo trvalý pobyt, žadatele o azyl a azylanty.

²⁸ Nelegálním migrantem je osoba, která vstoupila do země nelegálně a na území ČR nadále zůstává, aniž by se spojila s úřady nebo podala žádost o mezinárodní ochranu nebo vstoupila na naše území legálně se všemi potřebnými dokumenty, ale překročila délku povoleného pobytu.

²⁹ Pojem etnická menšina je v této práci používán pro označení určité minoritní skupiny osob, která je od jiných skupin či od osob reprezentujících majoritu odlišena na základě etnicity. Pojmy etnicita a etnikum odkazují k odlišnostem příslušné skupiny osob na základě určitých společných charakteristik, respektive charakteristik, které jsou dané skupině osob jako společné připisovány buďto samotnými jejími příslušníky nebo jinými osobami. Jako nejvýznamnější znaky vymezující určitou etnickou skupinu jsou zpravidla chápány přihlášení se k dané etnické skupině (vnímání sebe sama jako jejího příslušníka), společný historický původ, jazyk, kultura, tradice či obývání určitého společného území. Používání většiny uvedených znaků je nicméně výrazně podmíněno společenským kontextem a jejich vymezení je také často velmi problematické.

Stěžejním hlediskem pro vymezení určité etnické skupiny je proto především otázka, zda se určitá osoba k této etnické skupině hlásí či nikoliv. Rozlišení etnické skupiny podle tohoto hlediska je metodologicky i eticky nejvhodnější. V některých případech ale může být prospěšné při vymezení etnické skupiny zohlednit i jiné významné aspekty. Pojem etnická menšina je proto v různých dokumentech používán odlišnými způsoby. V této práci bude používán jako obecný pojem zastřešující oba uvedené přístupy tak, aby bylo možné pracovat s širším okruhem datových zdrojů (např. s odhady počtu příslušníků určité menšiny apod.)

³⁰ Obtíže popsané v souvislosti s pojmem „etnická menšina“ platí i pro osoby považované za Romy, respektive pro etnickou skupinu označovanou jako romská menšina. Podobně jako ve studii organizací GAC a Nová škola o.p.s. (2006) bude jako Rom chápán jedinec, „který se za Roma sám považuje, aniž by se nutně k této příslušnosti za všech okolností (např. při sčítání lidu) hlásil, a/nebo je za Roma považován významnou částí svého okolí na základě skutečných či domnělých (antropologických, kulturních nebo sociálních) indikátorů.“ Autoři si přitom jsou vědomi omezení, která vyplývají z přijetí uvedené definice (srov. GAC, Nová škola o.p.s. 2006: 10).

s větším podílem Romů (Praha 3, 5, 8, 9 a dvě lokality na Praze 14). Tyto lokality ale nemají charakter sociálních ghett, převážně v nich bydlí starousedlíci. U jejich obyvatel však existuje silná lokální identita (Víšek a kol. 2008: 5-6). Vzhledem k početnosti této etnické menšiny, byli Romové menšinou nejčastěji zmiňovanou poskytovateli služeb a zástupci městských částí a rovněž byli nejvíce zastoupeni mezi uživateli služeb.

K 30. 9. 2011 bylo v HMP celkem 41 poskytovatelů poskytujících služby pro migranty a etnické menšiny a 54 odpovídajících registrovaných služeb. Většinu služeb migrantům a etnickým menšinám poskytují občanská sdružení. Ambulantní formu mělo 39 služeb, terénní formu pak 27 služeb a 7 služeb bylo pobytových (Janečková, Angelovská 2011: 69). Dvě nejčastěji poskytované sociální služby této skupině jsou odborné sociální poradenství a terénní programy⁴.

Migranti a etnické menšiny jsou cílovou skupinou, které městské části připisují nejmenší prioritu (MHMP 2011b: 116). Někteří dotázaní zástupci městských částí a MHMP se proto domnívali, že by problematika migrantů měla být řešena spíše na celopražské úrovni reprezentované MHMP. Naopak zástupci některých MČ vnímají potřebu integrovat cizince do společnosti a předcházet tak jejich sociálnímu vyloučení a podporují neziskové organizace na svém území v aktivitách zaměřených na tuto skupinu.

„Úzký vztah máme s Prahou 14, která nám dává speciální dotace, a ty v rámci sociálních služeb jsou ochotni zaplatit kurzy českého jazyka, takže třeba pro klienty z Prahy 14 děláme kurzy českého jazyka a to děláme na základě toho, že si to Praha 14 od nás objedná, zaplatí... jako zvláštní projektové aktivity...“
(Poskytovatel 1g)

6.5.2. Specifická situace cílové skupiny a důvody k využívání služeb

V souvislosti s ekonomickou krizí, která připravila řadu migrantů o práci, často i o bydlení a nezdá se, že i o legalitu pobytu, se jich mnoho ocitlo v obtížné sociální situaci. Nejčastěji řešili problémy související s hledáním zaměstnání a bydlení. **Negativním průvodním jevem, se kterým se často setkávají, je diskriminace a snaha domácího obyvatelstva zneužít jejich nejistého postavení, nedostatku kontaktů v rámci sociálních sítí a neznalosti místního prostředí.** Významnou překážkou v začlenění se do společnosti je také jazyková bariéra.

„Primárně je to jazyková bariéra, to znamená, že se nedomluví... česky nebo jiným jazykem, který by jim umožnil tu situaci aktivně vyřešit. A potom je to jakási neorientace se v tom, co dělat, jak, kam, kdy... To že prostě neví, jak tady fungují úřady, lhůty, písemný styk, mluvená komunikace...“ (Poskytovatel 1g)

Také Romové v obtížné sociální situaci se často setkávají s diskriminací a xenofobií společnosti z důvodu etnické příslušnosti. To se projevuje zejména v situaci, kdy hledají práci či bydlení.

„Jako přišli jsme za jedním pánem jenom na brigádu a on nám řekl na rovinu: „Já cigány neberu“. A bavit se s náma přes zavřenou bránu. Normálně jako přes plot, ale přes zavřený dveře, prostě hele já cigány neberu, čau.“ (Uživatel 2j)

Nejčastějšími problémy vážícími se k bydlení Romů v obtížné sociální situaci jsou přeplněnost bytu, vysoký nájem, hrozba vystěhování, neúspěšné hledání bytu, dům v nevyhovujícím stavu a bydlení bez smlouvy (Víšek a kol. 2008: 94-96). Tato zjištění potvrdily i výpovědi zástupců poskytovatelů a městských částí z našeho výzkumného vzorku:

„... Není výjimkou, kdy v malém bytě 1+1 nebo 2+1 bydlí 10 lidí.“ (Poskytovatel 5i)

„To ano, jenže Romy takhle nebytujete, protože [majitelé domů] Romy nechtějí.“ (Zástupce MČ 1e)

Z rozhovorů s poskytovateli vyplynulo také to, že Romy v obtížné sociální situaci sužují finanční problémy, zejména dluhy. Tento poznatek je v souladu s dříve provedenými výzkumy (Víšek a kol. 2008: 77).

„Ale na druhou stranu právě ta zadluženost a vůbec to zneužívání té neznalosti práva klientů, je to, co je často přivádí do ještě horší situace, než v jaké by museli být. Nevím, to je typický, klientka si půjčila 60 tisíc v březnu, nesplatila dvě splátky a už je z toho 240 tisíc, za půl roku. Zadluženost z našeho pohledu vede. To je snad 90 % našich klientů, když nepočítám ty cizince, tam to se neřeší, ale u těch ostatních cílových skupin, to je 90 % klientů, vždycky je tam zakázka na dluhy.“ (Poskytovatel 4i)

V lokalitách vyznačujících se větším počtem Romů v obtížné sociální situaci se jeví jako velmi závažná kumulace sociálně patologických jevů, jakými jsou nezaměstnanost a závislost na sociálních dávkách, alkoholismus, zadluženost, nevyhovující bydlení apod. Problémem je rovněž nízká úroveň dosaženého vzdělání, nedostatek kvalifikace a absence praxe. Je zde výrazně vyšší riziko, že pokud děti a mládež nebudou mít pozitivní vzory, přenesou se negativní vzorce chování na další generaci (Víšek a kol. 2008). Negativní důsledky většího počtu Romů v obtížné sociální situaci v jedné lokalitě a kumulace negativních sociálních jevů v rodině zmínil i jeden dotázaný mladistvý uživatel služeb z řad romské menšiny:

„Sestře je dvanáct, bydlím teda v takový oblasti, kde je hodně cikánů, teda hodně Romů a občas tam jsou nějaký ty konflikty. Co se týká rodiny [respondentovy vlastní rodiny], tak táta ten bydlí jinde, už jsou delší dobu rozvedený rodiče, a táta je nezaměstnaný, takže nás vlastně nijak nepodporuje, se s ním ani nevidáme. A taky docela dost pije, takže zřejmě jen tak práci nenajde, Ale jako takhle, když se tam můžou celý dny poflakovat [romští občané žijící v místě, kde je větší koncentrace Romů v obtížné sociální situaci], kolem nich se taky všichni celý den poflakuje, tak asi nevidí moc jako důvod něco měnit.“ (Uživatel 6j)

6.5.3. Využívání pomoci nejbližšího okolí

Jak vyplynulo z rozhovorů, migranti se v případě nouze či při snaze získat informace obraceli v první řadě na své příbuzné a známé. Pokud takovéto kontakty ale nemají, často se obracejí

na tzv. „zprostředkovatele“. Jako zprostředkovatele lze chápat firmy a jedince, kteří za úplatu pomáhají cizincům najít práci, vyřídit dokumenty k pobytu a další agendu spojenou s životem na cizím území. Zprostředkovatelé často využívají neinformovanosti cizinců ke stanovení nepříznivých pracovních podmínek, jako je nehrazení sociálního nebo zdravotního pojištění, práce bez pracovní smlouvy nebo stanovení nízkého platového ohodnocení (Pacíková, Klepková 2010: 39). Také Romové v obtížné sociální situaci využívají nejčastěji pomoc rodiny, než se rozhodnou zaměřit k nějakému poskytovateli sociální služby.

6.5.4. Využívání služeb, spokojenost s nimi a jejich vztah k aktuálním potřebám

Míra využívání sociálních služeb u migrantů souvisí zejména s jejich jazykovými znalostmi a s celkovou orientací v českém prostředí. **Migranti proto nejvíce vyhledávají sociální poradenskou činnost zahrnující i právní poradenství.** Dle dotázaných poskytovatelů, nejčastěji tato cílová skupina potřebuje řešit otázky týkající se pobytu na území České republiky (tzn. vyřízení dlouhodobého pobytu, přechodného pobytu, nebo i získání českého občanství, sloučení rodiny), dále pomoc při hledání práce, bydlení, vzdělávání a lékařské péče a pomoc při komunikaci s úřady, lékaři apod. Z pohledu uživatelů postrádají migranti vzhledem ke špatné nebo téměř žádné znalosti českého jazyka službu „doprovázení do institucí“, kdy by je sociální pracovník mohl doprovázet na úřady, do zdravotnických zařízení, do školy apod.

„V těch nemocnicích taky existuje ta diskriminace. A například já jsem nemocná a musím jít do nemocnice. Aby byla taková služba, abych já zavolala nějaké sociální službě, mohli byste mě přivést do nemocnice? Já tam nemůžu jít sama, nebo já bojím se naskočit na nějakého doktora, kterej bude na mě řvát, že cizinka, běž odsud. Aby s ní šel nějaký z té služby. Že provází tam.“ (Uživatel fg3)

Z důvodu diskriminace v zaměstnání či v oblasti hledání bydlení oceňují dotázaní migranti mediační služby poskytované nestátními neziskovými organizacemi. Jako příklad dobré praxe je možno zmínit služby kulturní mediace poskytované při vyřizování pobytu jednou neziskovou organizací na území HMP.

„Například naše organizace momentálně nabízí i takzvané služby kulturní mediace, což je taková jako novinka, ten koncept se my teprve snažíme nějak vydefinovat, přímo na oddělení pobytu cizinců odboru azylové a migrační politiky, kam si cizinci chodí vyřizovat povolení k pobytu. A máme tam kolem lidí z Mongolska, Sýrie, Běloruska a Vietnamu, takže tam pravidelnou dobu jsou a nabízí právě tlumočení, poradenství v těch daných jazycích, a jsou to takoví jako bych řekla miniprávníci, protože ta problematika je poměrně komplikovaná. A to mně přijde vhodné.“ (Poskytovatel fg3)

Nabídka různých kurzů pro cizince je poměrně široká, nicméně ani stávající počty kurzů nedokážou uspokojit současnou poptávku. Dle tvrzení jedné dotázané zastupující cílovou skupinu, zejména cizinci ze zemí mimo EU s dlouhodobým pobytem by ocenili větší nabídku kurzů se zaměřením na pracovní dovednosti či výuku jazyka.

Důvodem, proč někteří migranti nevyužívají sociální služby, je strach z jakéhokoliv kontaktu s institucí, kde jsou po nich požadovány doklady. Z tohoto důvodu by bylo vhodné rozšířit počet bezprahových³¹ zařízení pro tuto cílovou skupinu.

„Neptat u těch cizinců, který tam přijdou poprvý, neptat ani jméno, ani příjmení, ani kde pracujete, ani kde bydlíte, jenom říct, že my jsme takový, my máme služby takový, můžeme vám poradit s tímhle.“ (Uživatel fg3)

Dle dotázaných zástupců poskytovatelů sociálních služeb Romové v obtížné sociální situaci nejčastěji využívají sociální poradenství, zejména v otázce dluhové problematiky, zaměstnanosti a bydlení a otázkách obrany před diskriminací. Dále se jedná o terénní sociální služby, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež a osobní asistenci. Příslušníci této etnické menšiny upřednostňují služby poskytované romskými a proromskými neziskovými organizacemi, ke kterým mají důvěru (Zpráva o situaci romské menšiny v krajích v roce 2010: 342). Při práci s Romy v obtížné sociální situaci je tak doporučováno, co nejvíce zapojovat do práce v sociálních službách zástupce Romů (Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2010).

Z hlediska nabídky sociálních služeb je nedostatečná rovněž sociální práce v romských vyloučených lokalitách a podpora romského a proromského neziskového sektoru (Koncepce romské integrace na období 2010 – 2013, Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2010).

6.5.5. Hodnocení provázanosti jednotlivých forem služeb

Z hlediska provázanosti jednotlivých typů sociálních služeb pro migranty je nutno upozornit na skutečnost, že v této oblasti téměř absentují terénní služby, které by se zaměřovaly na lokality s větším počtem migrantů (pracoviště, kde je více zahraničních pracovníků, ubytovny apod.) (poskytovatel fg3). Z pohledu migrantů a poskytovatelů je rovněž důležitá návaznost organizací poskytujících sociální služby na instituce, jako jsou pracovní úřady nebo cizinecká policie. Některé neziskové organizace již reagují na tuto potřebu a mají např. své pracovníky v úřadovně cizinecké policie, kde pomáhají migrantům s vyplňováním formulářů či tlumočí. Zmíněna byla i návaznost na zdravotnická zařízení, kdy by cizinci přivítali pomoc s orientací ve zdravotnickém systému nebo službu „doprovázení“ do zdravotnických institucí (viz výše). Tato potřeba zůstává zatím nenaplněna.

U sociálních služeb zaměřených na Romy v obtížné sociální situaci byla zdůrazňována nutnost **provázanosti terénních a ambulantních služeb**. Poskytovatelé i zástupci cílové skupiny zmínili fungující provázanost nízkoprahových center pro děti a mládež se školami. Jako přínosné bylo hodnoceno i poskytování poradenství rodičům v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež, které navštěvují jejich děti (uživatel 6j).

³¹ Jedná se o služby, které jsou ještě přístupnější než služby nízkoprahové, protože na klienta kladou méně podmínek, aby mu mohla být služba poskytnuta, než zařízení nízkoprahová.

6.5.6. Dostupnost služeb

Pro migranty je v současném systému řada služeb nedostupná z titulu jejich pobytového statusu. Nárok na sociální služby dle zákona č. 108/2006 mají jen občané EU a z občanů tzv. třetích zemí (mimo EU) jen osoby, kterým byl udělen azyl (azylanti) a migranti s trvalým pobytem, který lze však získat až po pěti letech nepřetržitého legálního pobytu na území ČR. Ostatní migranti ze zemí mimo EU, kteří mají tzv. dlouhodobý pobyt, tento zákon nezohledňuje. Z celkového počtu migrantů na území HMP přitom spadá do této kategorie větší část legálních migrantů (ČSÚ 2011)³². Tato skupina migrantů byla přitom v našem výzkumu z pohledu dotázaných zástupců poskytovatelů služeb zmiňována jako nejpotřebnější kategorie cizinců. Zejména pak ti, kteří pobývají v ČR teprve krátkou dobu a neorientují se v novém prostředí. Většina služeb je ze stejného důvodu nedostupná i pro nelegální migranty.

„V tý běžný poradenský činnosti je těch klientů, kteří nespádají pod zákon o sociálních službách, víc, než těch, který spadají.“ (Poskytovatel 1g)

„A třeba pro nás takovou tou jako nejpotřebnější kategorií cizinců, jsou ti, kteří tady čerstvě přijedou, a mají třeba dlouhodobé vízum, nebo dlouhodobý pobyt, a těch se v to v podstatě vůbec nedotýká.“ (Poskytovatel fg3)

Jednou dotázanou uživatelkou bylo zmíněno, že v praxi pak vzhledem k relativnímu nedostatku služeb pro migranty (jednalo se o kurzy zvyšující pracovní dovednosti) jsou v řadě případů ve výhodě cizinci z EU a z cizinců ze „třetích zemí“ ti s trvalým pobytem či azylanti před cizinci s dlouhodobým pobytem nebo nelegálními cizinci (uživatel fg3).

Z pohledu prostorové dostupnosti je zejména pro Romy v obtížné sociální situaci podstatné, aby nabízené služby byly co nejlíže jejich bydlišti. Dle dotázaných poskytovatelů nejsou z hlediska sociálních služeb některá území HMP s vyššími počty Romů v obtížné sociální situaci nabídkou sociálních služeb pokryta, jedná se například o Smíchov.

Ve vztahu k Romům v obtížné sociální situaci poukazovali zástupci městských částí a poskytovatelé zejména na **nedostatek azylového bydlení, odborného sociálního poradenství a terénních programů.**

„Azylové bydlení v Praze je nedostatkové zboží, které tlačí lidi, nebo nahrává těm majitelům ubytoven, kteří chtějí třeba za jeden pokoj i 15 – 16 tisíc měsíčně. [...] A jakmile jsou Romové, tak to je téměř úplně neprůchodné.“ (Zástupce MČ 1e)

Také u některých **nízkoprahových zařízení pro děti a mládež** poskytovatelé zmínili kapacitní problémy související s nedostatečným počtem pracovníků, kteří by se mohli plnohodnotně věnovat všem návštěvníkům zařízení. Jedním respondentem (uživatel 6j), který žije v lokalitě s větším zastoupením Romů v obtížné sociální situaci, byla pozitivně

³² Pomoc těmto osobám může být hrazena v rámci projektů financovaných z Evropského integračního fondu, který se zaměřuje na legální migranty ze „třetích zemí“, kteří jsou v ČR déle než rok.

hodnocena možnost navštěvovat nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, kde má možnost využívat počítač a tiskárnu k přípravě do školy a doučování. Tento dotázaný navrhoval rozšíření aktivit centra o kurzy pro dospívající zaměřené na zvyšování kvalifikace za účelem lepšího uplatnění na trhu práce.

„Nebo prostě kroužky nějak specializovaný, aby pak člověk se moh líp uplatnit, třeba když si hledá práci.“ (Uživatel 6j)

6.5.7. Informovanost a způsob získávání informací

Nedostatek informací je jednou z hlavních bariér úspěšné integrace migrantů v hostitelské zemi (Pacíková, Klepková 2010: 38). Migrantů nejčastěji získávají informace prostřednictvím dalších migrantů, případně Čechů ze svého okolí. Někteří zástupci cílové skupiny a zástupci poskytovatelů uváděli **jako další zdroj informací internet**. Do budoucna může být k poskytování komplexních informací pro cizince využíváno plánované Integroční centrum Praha. Přestože se neziskové organizace zaměřující se na problematiku migrantů snaží informovat o nabízených službách, k velké části migrantů se tyto informace nedostanou. V této oblasti by pomohlo **rozšíření terénních služeb specificky zaměřených na tuto skupinu**.

„Tu informaci, kterou potřebuje ten cizinec, oni tu informaci nemají. Oni neznají, že tady existuje nějaký sociální služby, nějaký neziskové organizace, které tam pomáhají ti. Existuje nějaký, já nevím, nějaký kurzy tam, aspoň nějaké češtiny za minimální platbu. Oni o těch službách nic neznají.“ (Uživatel fg3)

Na rozdíl od skupiny migrantů, pro Romy v obtížné sociální situaci již existuje řada terénních programů. Terénní práce tak může být dle poskytovatelů rovněž informačním kanálem, i když poskytnuté informace mohou být jednostranně zaměřené jen na služby poskytované stejnou neziskovou organizací, která provozuje i služby terénní (zástupce MČ fg5). Osvědčenou metodou informování jsou i letáčky ve školách, na úřadech a dále různé veřejné akce.

„Od roku 2009 chodíme pravidelně do terénů, tzn. do ulic, do parků, na zastávky MHD a informujeme o nabídce klubu, o tom, že nějaké věci můžeme řešit přímo venku, pokud k tomu nejsou možnosti, odkazujeme na klub nebo na jiné služby a snažíme se i informovat na školách, máme navázanou spolupráci se ZŠ tady okolo a chodíme na ten učňák, máme webové stránky, máme facebook. Děláme akce, které jsou dost oblíbené tady na Žižkově, jezdí sem i lidi z Karlína nebo ze Smíchova. A v cílové skupině se to pak docela šíří, když má třeba nějaká akce úspěch, něco se podaří v klubu změnit, tak se to rychle rozkřikne. Velkou roli v tom hraje ten terén, který jsme začali spíš jako takovou informační službu, a od loňského října je registrovaný jako samostatná sociální služba.“ (Poskytovatel 5i)

6.5.8. Shrnutí

Do této cílové skupiny spadají jednak migranti (cizinci ze zemí EU, cizinci ze třetích zemí, kteří pobývají na území České republiky na základě dlouhodobého nebo trvalého pobytu, azylanti a žadatelé o azyl) a zároveň etnické menšiny (ve vztahu k sociálním službám zejména

Romové v obtížné sociální situaci). Při analýze potřeby sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu byly na jedné straně identifikovány podobné problémy obou podskupin, zejména diskriminace a xenofobie majoritní populace. Na druhé straně každá z těchto skupin čelí i odlišným obtížím vyžadujícím v rámci sociálních služeb specifické řešení.

Z hlediska rozvoje sociálních služeb pro migranty je významným problémem, že nárok na sociální služby dle zákona č. 108/2006 mají jen občané EU a z občanů tzv. třetích zemí (mimo EU) jen osoby, kterým byl udělen azyl (azylanti) a migranti s trvalým pobytem (až po pěti letech nepřetržitého legálního pobytu na území ČR). Ostatní migranti ze zemí mimo EU, kteří mají tzv. dlouhodobý pobyt, tento zákon nezohledňuje, přičemž tato skupina je identifikována jako nejpotřebnější kategorie cizinců. Jsou to zejména ti, kteří pobývají v ČR teprve krátkou dobu a neorientují se v novém prostředí. Zcela mimo záběr sociálních služeb stojí skupina ilegálních migrantů.

Migranti i etnické menšiny nejvíce využívají služby odborného poradenství. Stávající síť těchto organizací se současným personálním zabezpečením neodpovídá současné poptávce, chybí zejména poradenství v otázkách právního charakteru. Obě skupiny potřebují antidiskriminační poradenství a poradenství zaměřené na možnosti bydlení, zaměstnání a vzdělávání. Migranti navíc postrádají dostatek informací a pomoci v souvislosti s pobytem na území ČR (získání trvalého pobytu či českého občanství, sloučení rodiny apod.) a v oblasti lékařské péče. Romové v obtížné sociální situaci často potřebují dluhové poradenství a informace týkající se sociálních dávek.

Nedostatečná je terénní práce v lokalitách s větší koncentrací migrantů a Romů v obtížné sociální situaci. Ve vztahu k migrantům není dostatečně rozvinuta služba „doprovodu“ cizinců do institucí a tlumočnické a mediační služby.

V lokalitách s větší koncentrací Romů v obtížné sociální situaci je v současnosti k dispozici síť nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, ale tyto se ve větší míře zaměřují na děti. Doposud není zcela pokryta potřeba aktivit pro dospívající mládež (např. doučování a kurzů zaměřených na zvyšování kvalifikace za účelem lepšího uplatnění na trhu práce).

6.6. Osoby bez přístřeší

6.6.1. Charakteristika stávající situace a kapacity MHMP a MČ k řešení problematiky

Skupina osob bez přístřeší je velice heterogenní skupinou. Na jedné straně se nachází osoby bez přístřeší, které „přežívají“ ve veřejném prostoru, tj. zjevné bezdomovectví. Není možno ale zapomínat ani na ty, kterým ztráta domova akutně hrozí (neplatí nájemné, jsou předluženi, mají neutěšenou rodinnou situaci apod.) nebo již o domov přišli, ale zatím svoji tíživou sociální situaci skrývají a využívají možností mimo rámec sociálních služeb (přespávání u přátel a známých, v opuštěných prostorách apod.) – tzv. bezdomovectví skryté.

Dle posledního sčítání bezdomovců z roku 2010 žije v Praze asi 4 000 osob bez přístřeší, z nichž přibližně 1 500 osob tvoří tzv. „viditelní“ bezdomovci žijící na ulici, „neviditelní“ pak čítají kolem 2 500 osob. Počet osob bez přístřeší vykazuje rostoucí trend. 5 – 10 tisíc domácností lze považovat za ohrožené bezdomovectvím. Jedná se zejména o nezaměstnané, „osamělé“ seniory, zadlužené či neúplné rodiny s nezaopatřenými dětmi (Koncepte pro postupné řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2012 – 2020).

V HMP bylo k 30. 9. 2011 celkem 33 poskytovatelů poskytujících služby pro osoby bez přístřeší, kteří registrovali celkem 49 služeb. Co se právní formy týče, nejčastěji jde o občanská sdružení, v menším množství pak o církevní organizace a příspěvkové organizace. Ambulantní formu má 27 služeb, pobytovou 18 a terénních pak 11 (Janečková, Angelovská 2011: 60). Sociální služby, které jsou nejvíce využívány touto cílovou skupinou, jsou azylové domy, noclehárny, terénní programy, nízkoprahová denní centra a odborné sociální poradenství⁴.

Osoby bez přístřeší jsou cílovou skupinou, jejíž priorita je pro městské části podprůměrná. Azylové domy však jmenovali zástupci městských částí mezi službami, které považují za místně i kapacitně nedostatečné, tj. deficitu této významné služby pro cílovou skupinu osob bez přístřeší jsou si vědomi. I díky tomu, že v očích veřejnosti je bezdomovectví nahlíženo převážně optikou deviance, nepředstavují osoby bez přístřeší atraktivní cílovou skupinu pro pražské obvody v porovnání např. se seniory či rodinami a dětmi (MHMP 2011b: 116).

Negativní postoj některých městských částí vyplynul i z rozhovorů s poskytovateli či přímo se zástupci městských částí. Jedná se zejména o to, že některé městské části se brání vybudování zařízení sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu na svém území. Respektive nejsou ochotny řešit tuto problematiku jinak, než vytlačováním osob bez domova do jiných částí města. Zdráhavý přístup k plánování sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu je patrný i v případě, kdy na území dané městské části probíhá sociální plánování.

„Většinou to funguje tak, že pokud nás vyzvou k účasti na komunitním plánování, tak problematiku bezdomovectví nechtějí ve většině případů řešit, nechtějí rozvíjet ty služby na svém území, anebo deklarují, že ano, že chtějí rozvíjet, ale k naplnění té deklarace nikdy nedojde.“ (Poskytovatel 6i)

Jeden z dotázaných poskytovatelů také argumentoval, že tyto obavy nemají reálný podklad:

„Takže tam je potřeba ochota městských částí, aby povolily zřízení středisek pro lidi bez domova. Oni se obávají toho, že se tam natáhnou problémy, že tam přijde tato problémová skupina lidí, ale já mohu říci, že máme po Praze několik středisek, všude působíme v bytových zástavbách a nemáme problém. Umíme s těmi lidmi pracovat a když ti lidé po nás ty služby chtějí, tak musí samozřejmě zase splňovat podmínky, takže nemáme problémy. Je to jen taková planá obava. Městské části se brání tomu zřízení, ale my tu negativní zkušenost nemáme.“
(Poskytovatel 2a)

Na druhou stranu ty městské části, kde zařízení pro osoby bez přístřeší již existují, by uvítaly, aby se péče o tyto uživatele nekoncentrovala jen na jejich území.

„... v podstatě my vidíme úskalí v tom, že ostatní městské části to denní centrum v podstatě nemají, pouze Praha 2... kde je to, u Bulhara je denní centrum, takže my bychom preferovali, aby právě se to takto rozprostřelo ta koncentrace těch osob bez domova, aby nebyla tak silná, jako je u nás teď na, na Praze 7.“
(Zástupce MČ 1c)

Vzhledem k tomu, že jen 40 % osob bez přístřeší má trvalé bydliště v Praze (Koncepce pro postupné řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2012 – 2020), vzhledem k jejich tendenci migrovat a s ohledem na to, že neřešení této problematiky může vést k negativní kumulaci sociálně patologických jevů spojených s fenoménem bezdomovectví, jedná se dle zástupců městských částí i poskytovatelů o jednu z prioritních cílových skupin, jejíž situace by měla být řešena na celopražské úrovni (zástupce MHMP 3d).

6.6.2. Příčiny ztráty bydlení a situace předcházející využití sociálních služeb

Na počátku ztráty domova velmi často stojí chybějící rodinné vazby. Důvodem bývá rozpad původní rodiny či partnerství, často v souvislosti s jevy jako je rozvod či ovdovění. Většina dotázaných osob neměla buď žádnou rodinu nebo jen zcela nefunkční. Někteří dotázaní vyrůstali v zařízeních ústavní výchovy. Příčinou ztráty domova byla u některých dotázaných ztráta zaměstnání, a tím i nutného příjmu na zajištění bydlení, zadluženost a předluženost nebo špatný zdravotní stav (zejména duševní onemocnění a závislosti).

„Moje současná situace je taková, že jsem na ulici. Mám dítě, nemůžu s ním být, je u otce, hledám si práci, mám psychický problémy, příšerný. Sklony k sebevraždě a od toho se vlastně odvíjí všechno.“ (Uživatel 8m)

„Zrovna, tak samozřejmě, když se člověk dostane do nějaký dlouhodobý nezaměstnanosti, tak jednoho krásného dne zjistí se, že nemáte... na nájem. No tak prostě odejdete pod most. Nikam jinam, než pod most neodejdete. Já třeba nemám rodinu, proto jsem i tak dopad, ale prostě pokud nemáte rodinu, nebo nějakou mafii za sebou, tak prostě odejdete pod most, když si nemůžete jaksí pronajmout byt. Ale když si nemůžete pronajmout byt, tak prostě samozřejmě... chodíte v takovém divným oblečení, nikdo vás nezaměstná už jenom z toho důvodu, že vypadáte divně.“ (Uživatel fg2)

U dotazovaných z této cílové skupiny se opakovaně objevoval jev, kdy tyto osoby vyrůstaly v sociálně patologickém rodinném prostředí (rodiče alkoholici, domácí násilí, dlouhodobá nezaměstnanost aj.), a jejich současný stav byl výsledkem přenosu chudoby mezi generacemi, tzv. cyklus deprivace. Zároveň se u osob nacházejících se v této extrémní formě sociálního vyloučení téměř ve všech případech vyskytovala kombinace různých rizikových faktorů: závislost na alkoholových nebo nealkoholových návykových látkách, zdravotní handicap, duševní onemocnění, vyšší věk či příslušnost k národnostní menšině. I přes nouzi, kterou tyto osoby zakoušejí, většina z nich nepobírá žádné sociální dávky. Důvodů nastínili dotázaní respondenti několik: chybí jim doklady, nemají na ně nárok nebo o svém nároku vůbec nevědí či se z různých důvodů nechtějí vystavit kontaktu s pracovníky veřejné správy (např. neplatí alimenty, mají duševní nemoc nebo se bojí, že by tím připravili o dávky svojí rodinu). Potřebné osoby tak propadají síti sociální pomoci a vzniká tak bludný kruh, z něhož není bez pomoci z vnějšku úniku.

6.6.3. Využívání pomoci nejbližšího okolí

Jak vyplynulo z výpovědí dotázaných uživatelů, osoby, které se ocitnou bez přístřeší, často v počáteční fázi přespávají u příbuzných a známých. Nicméně většinou se jedná o provizorní a dočasné řešení, které nakonec vyústí v nutnost obrátit se na sociální služby.

6.6.4. Využívání služeb, jejich spokojenost s nimi a vztah k aktuálním potřebám

Z výzkumu vyplynulo, že sociální služby pro osoby bez přístřeší v HMP se snaží reagovat na aktuální potřeby této cílové skupiny a to i mimo rámec sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., (např. prádelny, hygienická zařízení, šatníky). Zároveň se ale ukázalo, že vzhledem k vysoké koncentraci osob bez přístřeší v HMP, poptávka po službách stále vysoce převyšuje jejich nabídku (poskytovatel 2a, 6i a poskytovatelé fg3). Někteří poskytovatelé (poskytovatel 2a a fg2) upozorňovali na to, že v souvislosti s ekonomickou krizí je možno očekávat další nárůst těchto osob, a tím i větší potřebu služeb.

Sociální služby pro osoby bez přístřeší v HMP byly uživateli hodnoceny vesměs pozitivně. Výtky z řad uživatelů v oblasti kvality služeb souvisely s tím, že zařízení navštěvovaly i osoby, které nesplňovaly daná pravidla zařízení (osoby pod vlivem návykových látek, duševně nemocní), a tím snižovaly kvalitu služby pro ostatní uživatele. Poskytovatelé na druhé straně upozorňovali na to, že mnohdy jsou nuceni přijmout i osobu, která zcela nesplňuje pravidla zařízení, protože pro ni neexistuje alternativní řešení (viz níže).

Poskytovatelé i uživatelé se shodli na naprostém nedostatku míst v azylových zařízeních a akutním nedostatku lůžek v noclehárnách v zimních měsících, která jsou pro tuto cílovou skupinu nezbytnou podmínkou pro přežití. Poskytovatelé uváděli, že problémem osob bez přístřeší je skutečnost, že někteří uživatelé jsou již natolik poznamenáni životem na ulici, že nedokážou přijmout ani jednoduchá pravidla nastavená zařízeními. Chybějícím článkem v systému péče o lidi bez přístřeší jsou proto jakási „bezprahová“ zařízení, která by mohli využívat i jedinci, kteří nesplňují pravidla pro poskytnutí nízkoprahových sociálních služeb (poskytovatel 2a). Sociální skupina, u které je nejméně pokryta poptávka po sociálních

službách, jsou osoby, u nichž se kumulují kromě bezdomovectví i další rizikové faktory, např. vyšší věk, špatný zdravotní stav (zejména duševní onemocnění), závislosti či příslušnost k národnostní menšině. Poskytovatelé upozorňují na fakt, že pro tyto osoby je v současném systému velmi obtížné najít odpovídající službu. Nedostatečná je zejména kapacita domovů se zvláštním režimem.

*„Azylový domy, tam člověk může být jenom zhruba určitéj čas, takže je přesouváme, kam se dá, a potom, když už jsme opravdu zoufalí, tak řešíme člověka i třeba tím, že ho nesprávně umístíme právě do psychiatrický léčebny, nebo do LDNky, kde opravdu nemá co dělat, ale, jo, stojí to hrozně moc peněz.“
(Poskytovatel fg1)*

Jak uváděli poskytovatelé i uživatelé, vzhledem ke specifickým životním podmínkám této cílové skupiny, které provází absence dokladů včetně průkazu zdravotního pojištění, neschopnost uhradit i minimální poplatky, nedostatečná hygiena, ale i omezeným komunikačním dovednostem či závislosti, jsou lidé bez přístřeší nežádoucími klienty zdravotnických zařízení. Z výše zmíněných důvodů je pro tuto skupinu nezbytná existence specifické bezprahové zdravotnické péče (ambulantní i mobilní), které je doposud v HMP nedostatek. Úplně chybí lůžková péče, psychiatrická a stomatologická péče. Přitom většina osob bez přístřeší z našeho vzorku trpěla nějakou nemocí (kožní onemocnění, psychiatrické onemocnění a závislosti). Také Koncepce pro postupné řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2012 – 2020 upozorňuje na špatný zdravotní stav bezdomovců a na to, že téměř dvě třetiny osob z této cílové skupiny trpí duševní nemocí.

Z pohledu uživatelů i poskytovatelů je nedostatečná nabídka hygienických center (umývárny, toalety) a prádelen, které jsou poskytovány mimo rámec zákona o sociálních službách.

*„Samozřejmě by bylo potřeba zřídit prádelny, hygienická centra, kde by se mohli vykoupat, součástí by měly být toalety, protože je to lidská potřeba, která by měla být pro tyto lidi dostupná a opět bychom předešli znečišťování veřejných prostranství atd. Je to tedy mimo sociální služby (hygienická centra, prádelny), ale bylo by to pro tuto skupinu potřeba. A opět by to prospělo veřejnosti. Ti lidé by chodili čistí. Když po nich chci změnu, musím jim dát nabídku, dostupnou službu.“
(Poskytovatel 2a)*

Dalším výrazně poddimenzovaným typem sociálních služeb se ukázala být pobytová zařízení dlouhodobějšího charakteru, která by navazovala na služby sociální prevence v případě, kdy je situace uživatele stabilizována. Jedná se zejména o tréninkové byty.

Důležitým prvkem v integraci osob bez přístřeší je jejich zapojení do pracovního procesu. V této souvislosti bylo pozitivně hodnoceno zřizování veřejně prospěšných pracovních míst, kde mohou uživatelé pracovat pod dohledem pracovníka sociálních služeb. Těchto míst je rovněž nedostatek.

Nepostradatelnou součástí péče o osoby bez přístřeší jsou terénní sociální služby poskytující péči i uživatelům, kteří se dosud nedostali k ambulantní formě služeb. V této souvislosti je

velkým přínosem pilotní projekt mobilní terénní služby Prahy 1, 4 a 5. Dle poskytovatelů je mobilní služba výrazně efektivnější než „pěší“ terénní pracovníci.

Z důvodu nedostatečného personálního zabezpečení není zcela pokryta potřeba odborného sociálního poradenství (včetně právního), které by se zaměřovalo na pomoc při uplatňování nároků na dávky hmotné nouze, řešení problémů zadluženosti či předluženosti nebo pomoc při stigmatizaci či laxním přístupu úředníků.

Rovněž nepokrytá je potřeba odborných sociálních poradenských služeb (včetně právního a dluhového poradenství) **zaměřených na osoby, kterým hrozí ztráta bydlení např. v důsledku ztráty zaměstnání, předluženosti či neutěšených rodinných vztahů.** V souvislosti s prevencí bezdomovectví byla zmiňována absence v zahraničí často uplatňovaného přístupu, kdy je snaha o co nejdelší udržení osob v jejich vlastním bydlení např. prostřednictvím poskytnutí pomoci při splácení nájemného nebo odpuštění části dluhů. A to za předem stanovených podmínek a pod dohledem sociálních pracovníků (poskytovatel 2a).

6.6.5. Hodnocení provázanosti jednotlivých forem služeb

Většina organizací poskytujících služby pro osoby bez přístřeší praktikuje tzv. integrační přístup, tj. jednotlivé služby jsou provázány, navazují na sebe a snaží se uživatele provést od terénních programů přes nízkoprahová denní centra, ubytování v noclehárnách až k azylovým domům a tréninkovým bytům.

Pro úspěšné začlenění osob bez přístřeší do běžného života a vymanění se ze závislosti na sociálních službách je nutná existence navazujícího cenově dostupného bydlení (malometrážní byty, startovací byty atd.) a aktivní politika zaměstnanosti.

Důležitá je návaznost sociálních služeb pro tuto skupinu na služby zdravotnické. Jedná se o situaci, kdy jsou osoby bez přístřeší propuštěny ze zdravotnických zařízení do „domácího“ doléčení. Takové osoby nesplňují požadavky na umístění v azylovém domě ani noclehárně a ocitají se v bezvýhodné situaci. V této souvislosti je velmi pozitivně přijímána skutečnost, že bude otevřen azylový dům s přechodnými ošetřovatelskými lůžky, která by měla sloužit pro osoby bez přístřeší propuštěné z nemocnice. Tato lůžka by měla dle poskytovatelů být k dispozici i pro nemocné osoby, které prošly bezprahovou ambulancí.

Poměrně negativní zkušenosti se ukazují při návaznosti sociálních služeb na úřady vyplácející dávky a na úřady práce, kdy nejen na uživatele, ale i na pracovníky služeb je úředníky pohlíženo negativně a prezíravě (uživatel fg2). Kritizován byl laxní a nevstřícný přístup k této cílové skupině. Z pohledu poskytovatelů sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu byl zmíněn i rozdílný přístup k vyřizování žádostí o dávky v hmotné nouzi mezi úřady různých městských částí (poskytovatelé a uživatel fg2).

6.6.6. Dostupnost služby

Pro řadu osob z této cílové skupiny jsou některé služby **finančně nedostupné**, kdy i velmi nízký poplatek může být u některých jednotlivců problémem.

„Akorát kdybych chtěla spát na tý noclehárně, za tu se platí a na to prostě nemám.“ (Uživatel 8m)

Dle uživatelů i poskytovatelů snižují **časovou dostupnost** i omezené otvírací doby jednotlivých zařízení (nizkoprahových denních center a nocleháren) či omezená doba pobytu v azylových domech (zákonem stanovená na maximálně jeden rok) za nedostatku návazných služeb.

„Co se týče našich uživatelů v pobytových službách, tam je jejich život ztížen nejistou budoucností. Oni jsou u nás v azylových domech, podle zákona je to po dobu jednoho roku – a co potom dál... Takže například staří lidé jsou u nás rok, ale potřebují trvalé nebo doživotní řešení. Je obtížné je umístit v domovech důchodců.“ (Poskytovatel 2a)

Prostorová dostupnost služeb souvisí i s jejich nerovnoměrným územním uspořádáním. Dle poskytovatelů je nedostatečně pokryta např. Praha 5, zejména okolí Anděla a Smíchovského nádraží, kde je vysoká koncentrace osob bez přístřeší.

Uživatelé i poskytovatelé upozorňovali především na celkový **nedostatek kapacity** azylových domů (viz výše). Zejména v zimních měsících jsou zcela nedostatečné kapacity nizkoprahových denních center a nocleháren, kdy osoby bez přístřeší čekají dlouhé fronty na přijetí a poskytovatelé musí volit provizorní řešení (např. „tzv. teplá židle“ apod.) (poskytovatel 2a).

Jak již bylo zmíněno výše, pro některé osoby z cílové skupiny jsou překážkou využití služby striktně nastavená pravidla pro přijetí (poskytovatel 2a).

6.6.7. Informovanost a způsob získávání informací

Dle většiny uživatelů i jednoho poskytovatele (poskytovatel 2a) jsou nejčastějším zdrojem informací o dostupných sociálních službách pro osoby bez přístřeší informace od lidí z jejich okolí (kamaráda, známého apod.), které však mohou být často zkreslené. Z tohoto důvodu jsou významným a nepostradatelným informačním kanálem terénní sociální pracovníci, kteří předávají informace uživatelům v jejich „přirozeném prostředí“. Dalším nejčastějším způsobem informování jsou vývěsní tabule, nástěnky či letáčky v zařízeních sociálních služeb či letáčky distribuované poskytovateli služeb na úřadech městských částí a na pražském Magistrátu (poskytovatelé 6i a 2a). Poskytovatel 2a uvedl, že k šíření informací využívají i média a pořádají veřejné akce typu happeningů. Dle poskytovatele 6i jsou pro šíření informací důležitá i poradenská a informační centra, kde jsou informace koncentrovány na jednom místě. Takovýchto center by dle jeho názoru bylo potřeba na území HMP více.

6.6.8. Shrnutí

Při plánování sociálních služeb zaměřených na cílovou skupinu osob bez přístřeší je nutno vycházet ze skutečnosti, že se jedná o heterogenní skupinu osob. Od těch, které „přežívají“ ve veřejném prostoru až po osoby, kterým ztráta domova akutně hrozí (neplatí nájemné, jsou předlužení nebo se nalézají v neutěšené rodinné situaci apod.)

Překážkou rozvoje sociálních služeb o osoby bez přístřeší jsou obavy a někdy i nechuť městských částí budovat zařízení sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu na jejich území. S ohledem na to, že jen 40 % osob bez přístřeší má trvalé bydliště v Praze (Konceptce pro postupné řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2012 – 2020), jsou osoby bez přístřeší vnímány jako prioritní cílová skupina, jejíž situace by měla být řešena na celopražské úrovni.

Významným pozitivním rysem v poskytování sociálních služeb osobám bez přístřeší je vzájemná spolupráce organizací, která přispívá k integritě systému a umožňuje klientům využívat navazující sociální služby poskytované různými poskytovateli.

Přestože je v současné době k dispozici pestrá paleta terénních i ambulantních sociálních služeb pro osoby bez přístřeší, poptávka stále vysoce převyšuje nabídku. Jedná se zejména o kapacitu azylového bydlení a denních center v zimních měsících. Nedostatečná je nabídka specifického azylového bydlení pro nemocné a staré osoby bez přístřeší. S ohledem na častou kumulaci rizikových faktorů u této cílové skupiny (duševní onemocnění, závislosti), byla identifikována nedostatečná kapacita domovů se zvláštním režimem. Pro úspěšné začleňování klientů azylového bydlení do společnosti, je potřebnou navazující službou podporované (tréninkové) bydlení, kde poptávka rovněž převyšuje nabídku.

Pro úspěšné začlenění osob bez přístřeší do běžného života a vymanění se ze závislosti na sociálních službách je nutná existence navazujícího cenově dostupného bydlení (malometrážní byty, startovací byty atd.) a aktivní politika zaměstnanosti.

Vzhledem ke skutečnosti, že některé osoby bez přístřeší jsou již natolik poznamenány životem na ulici, že nedokážou splnit ani jednoduchá pravidla nastavená nízkoprahovými zařízeními sociálních služeb, jsou chybějícím článkem v systému péče o tuto cílovou skupinu jakási „bezprahová“ zařízení.

V systému péče o osoby bez přístřeší jsou nezastupitelné terénní sociální služby poskytující péči a informace i uživatelům, kteří se dosud nedostali k ambulantní formě služeb. Z hlediska efektivity těchto terénních služeb není zatím dostatečně využívána možnost mobilní terénní péče, která poskytuje lepší možnosti pomoci než „pěší“ terénní pracovníci.

Významným prvkem v systému péče o osoby bez přístřeší by měla být prevence tohoto negativního společenského jevu. V této souvislosti je v současnosti nepokrytá potřeba odborných sociálních poradenských služeb (včetně právního a dluhového poradenství) zaměřených na osoby, kterým hrozí ztráta bydlení např. v důsledku ztráty zaměstnání, předluženosti či neutěšených rodinných vztahů.

S ohledem na ochranu veřejného zdraví je nutno upozornit i na nenaplněnou potřebu nízkoprahové zdravotní péče pro tuto skupinu.

6.7. Osoby závislé na nealkoholových drogách

6.7.1. Charakteristika stávající situace a kapacit MHMP a MČ k řešení problematiky

Drogová závislost je jedním z patologických jevů, kterým je HMP jako velkoměsto vystaveno více než ostatní kraje. Na tuto skutečnost poukázal i jeden ze dvou dotázaných zástupců MHMP, podle něhož „*problém Prahy je, že těch lidí je tady nakumulovaných trochu víc*“ [ve srovnání s jinými kraji], což do značné míry souvisí s tím, že tato cílová skupina zahrnuje i osoby, které nemají trvalý pobyt na území hlavního města Prahy (zástupce MHMP 3d). Vyšší zastoupení osob bez trvalého pobytu v HMP pak současně ztěžuje možnosti řešení problémů spojených s užíváním návykových látek (srov. také dále).

HMP je dlouhodobě kraj s největším počtem problémových uživatelů drog³³ – v roce 2010 to bylo 11 350 osob, což představovalo více než čtvrtinu problémových uživatelů drog v České republice. Nejvíce rozšířenými drogami v hlavním městě jsou pervitin (4 400), Subutex³⁴ (4 050) a heroin (2 900) (Mravčík a kol. 2011: 42).

Podle zprávy Hygienické stanice hlavního města Prahy (HS) 11,2 % léčených uživatelů drog bylo bez přístřeší, průsečík lze tedy nalézt i s cílovou skupinou bezdomovců. Věková skladba osob se liší od ČR – více osob je ve věkových kohortách 15 – 19 a 30 - 39 let. Nejvíce klientů kontaktních center v HMP pocházelo z věkové skupiny 30 – 34 let (Hygienická stanice hlavního města Prahy 2011). Dlouhodobě lze pozorovat mírný nárůst počtu těchto osob³⁵.

V HMP lze nalézt několik otevřených drogových scén, zejména v centru města, v Praze 2 a Praze 5. Existence otevřené drogové scény je spojena s problémovým užíváním drog a vede k rušení veřejného pořádku a stížnostem obyvatel a podnikatelů působících v daných lokalitách (Mravčík a kol. 2011: 44). Následným efektem rozšíření uživatelů drog je také existence drogové trestní činnosti. HMP je v tomto směru nejproblematictější ze všech krajů – v roce 2010 se 23 % všech drogových trestných činů uskutečnilo na území hlavního města (ibid.: 107).

Na citlivost obyvatel města na problematiku užívání návykových látek upozornil i zástupce MHMP, podle kterého obyvatelé mezi nejvýznamnější problémy Prahy řadí existenci osob závislých na návykových látkách a osob bez přístřeší.

³³ Definice problematického uživatele drog dle EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti) je: kdy se za něj považuje jedinec, který užívá návykové látky dlouhodobě nebo intravenózně.

³⁴ Postavení části uživatelů Subutexu je odlišné od postavení uživatelů obou zmiňovaných nealkoholových drog. Subutex představuje substituční psychotropní látku, která je podávána uživatelům opiátových omamných látek (tj. především heroinu), u nichž je indikována substituční terapie s cílem minimalizovat rizika spojená s užíváním opiátů dostupných na černém trhu. Přechod na užívání Subutexu je nicméně spíše předpokladem pro minimalizaci rizikového chování, jeho užívání ale automaticky neimplikuje, že k žádoucí změně dojde.

³⁵ Dle statistik Hygienické stanice hlavního města Prahy, zaznamenaly v 1. pololetí roku 2011 kontaktní centra 375 nových žadatelů o léčbu z řad uživatelů drog, což je o 6,9 % méně než v minulém roce. Incidence (tj. údaj o nově zaznamenaných uživatelích) na 100 000 obyvatel je však v hlavním městě nadprůměrná (29,8 v Praze, resp. 23,6 v ČR) (Hygienická stanice hl. m. Prahy 2011).

Podle téhož respondenta zároveň skutečnost, že uživatelé návykových látek nemají trvalý pobyt na území HMP, „dramaticky ovlivňuje spolupráci s městskými částmi na řešení této problematiky“. Z tohoto důvodu nemůže MHMP podle jeho názoru požadovat, aby byla tato problematika řešena na úrovni městských částí. Příčinou takového stanoviska, respektive přístupu MHMP je pak i to, že městské části mají podle respondenta jen omezené schopnosti tuto problematiku řešit.

Z popsanych důvodů dotázaný zástupce MHMP vnímal cílovou skupinu uživatelů návykových látek společně s osobami bez přístřeší (u nichž pozici městských částí a MHMP hodnotil podobně) jako hlavní prioritní cílové skupiny na celopražské úrovni³⁶ (zástupce MHMP 3d). Toto nastavení priorit bezpochyby souvisí také s možnostmi financování služeb pro osoby užívající návykové látky obecně (tj. nejen pro uživatele sociálních služeb, ale i preventivních programů pro školy apod., které Magistrát rovněž podporuje). Poskytovatelé služeb pro tyto osoby mohou kromě dotací na poskytování sociální služeb čerpat i prostředky, které poskytuje odbor zdravotnictví MHMP³⁷.

Zástupce jedné městské části poukázal na to, že díky existenci služeb pro osoby závislé na návykových látkách se (analogicky jako v případě osob bez přístřeší) počet této problémové skupiny osob na území městské části dále zvyšuje. Tato skutečnost snižuje ochotu městských částí tyto služby podporovat. Důsledkem je to, že se služby pro tuto cílovou skupinu soustřeďují pouze v některých městských částech, čímž se popsany problém ještě výrazněji vyostřuje. Zároveň tak vzniká značná nerovnováha, co se týče aktivity jednotlivých městských částí při řešení této problematiky (zástupce MČ 3h). Snahu o dosažení menší koncentrace služeb pouze do určitých městských částí limituje to, že „*tento typ služeb stejně jako některé služby pro bezdomovce jde provozovat jenom ve středových městských částech*“ (zástupce MHMP 3d). I přes tento limitující faktor je ale i podle názoru zástupce MHMP potřebné, aby služby pro uživatele návykových látek byly rozmístěny ve více městských částech.

Ze získaných odpovědí respondentů z řad zadavatelů sociálních služeb bylo patrné velmi podobné vnímání vztahu městské části a MHMP k problémům spojeným s užíváním návykových látek a možnostem jejich řešení ze strany městských částí a MHMP.

Zástupci MČ i MHMP se shodli v tom, že městské části odmítají poskytovat prostory a že MHMP nemá příliš možností tuto překážku účinného řešení problematiky překonat. Zástupce MHMP vnímal stávající kapacity poskytovatelů relevantních služeb jako dostačující

³⁶ Respondent zdůraznil, že pro stanovení priority cílových skupin z pozice MHMP nelze vycházet pouze z charakteristik cílové skupiny (přijatelnosti podpory cílové skupiny pro veřejnost, jejím statistickým zastoupením apod.), ale že z pozice MHMP je nutné tyto okolnosti vztahovat k možnostem a aktivitám vyvíjeným městskými částmi. Při obecném hodnocení podle charakteristik cílových skupin by patrně byly prioritními cílovými skupinami (podobně jako v případě městských částí) senioři a osoby se zdravotním postižením. Vzhledem k výraznému zaměření městských částí právě na tyto cílové skupiny je však z pozice MHMP potřebné jako prioritní vnímat obecně méně „prioritizované“ cílové skupiny.

³⁷ Organizační struktura magistrátu se během realizace výzkumu změnila. Zde je odkazováno na administrativní členění platné v době realizace výzkumu.

pro řešení problémů spojených s užíváním návykových látek, ale jejich odpovídajícímu využití podle něho zabraňovaly právě problémy s hledáním vhodného umístění příslušných zařízení na území HMP. V obecnější rovině lze tyto respondentem uváděné skutečnosti hodnotit tak, že pro řešení problematiky jsou stávající předpoklady sice vyhovující, ale nejsou dostatečně využívány.

Jak již bylo naznačeno, řešení problémů spojených s drogami vyžaduje součinnost různých resortů a tento přístup se dlouhodobě prosazuje jak na pražské, tak na národní³⁸ úrovni. Snahy o koordinaci aktivit různých resortů nicméně mohou komplikovat odlišná východiska a přístupy různých resortů (především resortu spravedlnosti či vnitra na straně jedné a resortů školství, zdravotnictví či sociálních věcí na straně druhé). Podle respondentky zastupující poskytovatele služeb pro osoby závislé nebo ohrožené závislostmi na návykových látkách „resorty spolu vůbec nekomunikují“ a mají často velmi odlišná základní východiska a protichůdné postoje k problematice:

„My máme ještě komplikovaný že v tý radě vlády [Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky - RVKPP] sedí ještě vnitra, který říká, že všichni jsme zloději a podvodníci a pomáháme těm feťákům. Problém je takový, že v současné době resorty mají pocit, že řídí RVKPP, že ten gard je udělanej naopak. To znamená, že nenechají si mluvit třeba do dotačních titulů, nebo to toho, v rámci svého ministerstva, ale velmi intenzivně mluví do dotačních titulů RVKPP a mají pocit že je to jejich právo a jejich moc, jo. Takže to si myslím že je jakoby nešťastnej stav. Máme samozřejmě výhodu oproti ostatním službám, že máme jeden dotační titul navíc právě z toho úřadu vlády, jo. To jako bezesporu výhoda je. [...] Máme své standardy, odborný, což si myslím že je velmi důležitý, jo, takže samozřejmě ta Rada sehrála velmi podstatnou roli, ale z hlediska financování, tím jak jako, myslím že zákon 108 [zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách] v tom udělal trochu zmatek, jo, ale stejně tak [zákon] 379 [zákon 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů], jo, vono to je jedno. Ty resorty si to prostě držej.“ (Poskytovatel 1d)

Z širokého okruhu programů a aktivit v oblasti protidrogové politiky se bude následující text zaměřovat již pouze na sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. K 30. 9. 2011 bylo v Praze 43 poskytovateli registrováno 61 služeb pro osoby závislé na nealkoholových drogách. Nejčastěji šlo o občanská sdružení, další právní formou byly příspěvkové organizace a občanská poradenská střediska. Ambulantní forma byla nejčastější (37 služeb), následovala forma terénní (21) a pobytová (7 služeb) (Janečková, Angelovská 2011: 64). Z údajů z Registru poskytovatelů vyplynulo, že sociálními službami, které jsou nejčastěji určeny osobám závislým na nealkoholových drogách, jsou kontaktní centra a terénní programy.

³⁸ Koordinačním orgánem na národní úrovni je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, viz <http://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/>.

Samostatnou oblast představuje financování sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu, více viz kap. 6.10.5.

6.7.2. Situace před vyhledáním služby a důvody k jejímu vyhledání

Cílová skupina uživatelů nealkoholových drog je velmi výrazně diferenciována. Zahrnuje na straně jedné osoby experimentující s drogami, jejich rekreační či pravidelné uživatele, problémové uživatele nealkoholových drog (např. injekční aplikace drog, rizikový životní styl apod.) či specifické skupiny uživatelů nealkoholových drog (matky s dětmi závislé na drogách, uživatele drog s problémy se zákonem apod.) a na druhé straně osoby léčící se z drogové závislosti (ambulantní či pobytovou formou), osoby využívající služeb následné péče (doléčovací programy) nebo partnery, rodinné příslušníky či blízké osoby uživatelů drog. S ohledem na to je spektrum potřeb spojených s užíváním drog velmi rozmanité a liší se u jednotlivých druhů služeb.

Uživatelé návykových látek (případně blízké osoby uživatelů návykových látek) nejenže se o existujících možnostech podpory a pomoci dozvídají různými cestami (tato otázka bude podrobněji rozebrána dále v textu), ale služby také vyhledávají z velice rozdílných důvodů.

Samotné rozhodnutí využít určitou (sociální) službu, případně dokonce změnit svůj životní styl (abstinovat, omezit rizikové chování, které užívání návykových látek provází) i motivace, které k němu vedly, samozřejmě záleží na uživateli samotném. Zároveň však odborníci přicházející do styku s touto klientelou jsou nebo by měli být schopni zprostředkovat kontakt na služby, které budou nejlépe odpovídat situaci a potřebám konkrétního klienta („matching“), respektive podporovat uživatele jejich služeb ke změně životního stylu či dokonce abstinenci (práce s motivací, využití „motivované fáze“ klienta k podpoře změny jeho životního stylu). V případě některých typů služeb (terapeutická komunita, služby následné péče) se tak na klientově rozhodnutí využít následně vyhledanou službu značnou měrou podílí právě předchozí úsilí pracovníků jiných služeb (jiného či téhož poskytovatele, nemusí se jednat pouze o pracovníky organizací poskytující sociální služby). U nízkoprahových služeb (kontaktní centra, terénní programy) záleží ochota klientů služby využívat především na atraktivitě nabízených služeb a jejich dostupnosti. Jako významný nedostatek se ukazovala absence služeb (nejen sociálních) pro osoby závislé na alkoholu.

6.7.3. Využívání pomoci nejbližšího okolí (příbuzných, známých atd.)

U dotázaných uživatelů drog byla zaznamenána i určitá forma podpory ze strany rodiny či blízkých (kteří nebyli sami uživateli drog). Jednoho z dotázaných tak finančně podporovala jeho matka i s vědomím, že poskytnuté finanční prostředky patrně respondent využije na koupi návykových látek. U dotázaných jsme nicméně zaznamenali také faktickou neexistenci vazeb na rodinu a nefunkční partnerské vztahy. Tyto modely vztahu s okolím lze u komunity uživatelů návykových látek považovat za běžnější.

6.7.4. Využívání služeb, spokojenost uživatelů s nimi a jejich dostupnost

Hodnocení služeb všemi respondenty bylo velice pozitivní. Souvisí to zjevně s tím, že poskytované služby cílové skupině patrně „mají co nabídnout“ a že organizace poskytující

služby pro tuto cílovou skupinu a jejich zaměstnanci představují pro uživatele návykových látek jedno z mála prostředí, v němž mohou uspokojit některé důležité potřeby navzdory svému životnímu stylu.

Je zřejmé, že v tomto směru sehrávají důležitou roli terénní práce a nízkoprahová zařízení - kontaktní centra. Neméně podstatné je, že činnost pracovníků nízkoprahových zařízení (respektive jimi poskytovaná podpora a pomoc) přispívá k informovanosti klientů o návazných službách (a získání realistických očekávání týkajících se těchto služeb) a může zlepšovat jejich postoje i ke službám, u nichž se již „od klienta chce více“, respektive může klienty motivovat k využití těchto služeb. Důležitým faktorem je také přístup pracovníků těchto organizací a jejich profesní kompetence:

„A co se týká personálu, já opravdu nemám problém. Ať už v Holešovicích nebo tady, tak se mi prostě nestalo, že bych měla prostě problém s personálem. Já si kolikrát říkám, že musej bejt zlatý... Občas si člověk navymejší hrozný věci, občas by hráblo z toho. Ale to si jakože stěžovat nemůžu.“ (Uživatel 3s)

Dostupnost služeb byla všemi čtyřmi uživateli hodnocena příznivě. Naproti tomu oba dotázaní poskytovatelé poukazovali na různé specifické nedostatky stávající sítě služeb pro tuto cílovou skupinu. Mezi hlavní nedostatky bylo možné řadit například obtížnou možnost oslovení nejmladších uživatelů návykových látek, schopnost působit na uzavřené drogové scéně či nedostatečnou kapacitu zařízení pro matky s dětmi, které jsou závislé na návykových látkách. Kapacita terénních programů a kontaktních center byla hodnocena jako naplněná až na hranici možností příslušných služeb, respektive zařízení.

6.7.5. Interakce mezi jednotlivými zařízeními a organizacemi a schopnost stávající sítě služeb reagovat na potřeby klientů

Hodnocení provázanosti služeb se od dotázaných uživatelů návykových látek získat nepodařilo. Z výše uvedeného hodnocení spokojenosti se službami bylo patrné, že dotázaným uživatelům umožňovaly existující služby uspokojit jejich potřeby.

Zatímco jeden z dotázaných poskytovatelů služeb pro tuto cílovou skupinu hodnotil návaznost různých dalších služeb kriticky, zástupkyně dalšího poskytovatele vnímala situaci odlišně. Důvodem byla především intenzivní komunikace mezi pracovníky jednotlivých zařízení její organizace (např. pracovníci terapeutických komunit tak získávali přehled o současné situaci na drogové scéně od pracovníků kontaktních center apod.) Díky tomu mohla organizace velmi pružně reagovat na aktuální trendy a služby co nejlépe uzpůsobovat aktuální potřebě. Podle respondentky se to následně projevovalo tím, že organizace mohla jejich klientům nabízet služby v takové podobě, v jaké je potřebovali (tedy pokud se jednalo o opodstatněné požadavky) a klienti byli také díky tomu s jejich službami spokojeni.

Respondentka přitom nehodnotila příznivě pouze interakce mezi jednotlivými zařízeními jejich vlastní organizace, ale také spolupráci s dalšími organizacemi zaměřujícími se na obdobnou klientelu.

Popsanou velice intenzivní interakci mezi různými zařízeními téže organizace a mezi jednotlivými organizacemi navzájem i jejich spolupráci s dalšími institucemi (např. OSPOD) lze bezpochyby vnímat jako dobrou praxi. Tato skutečnost se pozitivně promítá nejen do dobré provázanosti služeb a jejich schopnosti reagovat na potřeby klientů, ale umožňuje také klientům získat odpovídající informace o různých druzích služeb a usnadňuje jim „cestu“ od terénních programů a nízkoprahových zařízení směrem léčbě a doléčování, respektive od snahy o „pouhou“ minimalizaci rizik k abstinenci (jako úspěch samozřejmě nelze vnímat jen dosažení abstinence od drogy a dlouhotrvající abstinence, ale i posun k méně rizikovému užívání drogy, respektive delší setrvání u méně rizikového životního stylu).

Pozitivně respondentka vnímala i určité rozdíly v nasměrování služeb jejich organizace a dalších organizací zaměřujících se na stejnou cílovou skupinu, respektive skutečnost, že je tak možné oslovit různé věkové skupiny osob spadajících do cílové skupiny uživatelů nealkoholových drog. Nejzávažnější nedostatky v tomto směru spatřovala v neexistenci jakýchkoli služeb v okrajových částech hlavního města a v nemožnosti oslovit nejmladší uživatele, kteří se nepohybují na otevřené drogové scéně.

6.7.6. Informovanost a způsob získávání informací

V zásadě lze rozlišit dva způsoby získávání informací. Na straně jedné jde o situace, kdy kontakt na určitou sociální službu či jiné typy služeb zprostředkují instituce (např. sociální odbory městských úřadů apod.) či odborníci, u nichž může být tato činnost součástí výkonu jejich povolání (terénní sociální pracovníci, pracovníci ambulantních a pobytových sociálních služeb, terénní pracovníci z řad uživatelů drog zapojení do výměnných programů, lékaři různých specializací apod.) Druhou možností získání informací je pak situace, kdy kontakty zprostředkovává bezprostřední okolí uživatele návykové látky (rodina, partner či partnerka, další uživatelé, bývalí uživatelé apod.) Kromě osobního kontaktu je možné řadu informací získat z webových stránek poskytovatelů služeb, případně dalších relevantních institucí a také z různých letáků vytvářených těmito institucemi.

Zástupci poskytovatelů (nejen) sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu, v rozhovorech uvedli jako relevantní všechny tyto informační kanály. Zdůraznili roli samotných uživatelů a vzájemné předávání informací mezi nimi a také roli sociální práce v terénu. Zástupkyně poskytovatele zaměřujícího se na všechny výše uvedené cílové podskupiny jako významné informační kanály hodnotila i webové stránky poskytovatele i jiných organizací a letáky distribuované do dalších institucí. Význam těchto informačních kanálů nicméně nepřeceňovala.

Kontakt s terénními sociálními pracovníky i výměnu informací mezi uživateli jako zdroj informací uváděli i všichni čtyři dotázaní uživatelé, jeden z dotázaných se zmínil o tom, že řadu informací získal také z letáků vydávaných organizací poskytující služby pro uživatele drog.

6.7.7. Shrnutí

V souladu se zadáním tohoto výzkumu byla cílová skupina vymezena jako osoby závislé na nealkoholových drogách. Toto vymezení se nicméně ukazovalo jako poměrně úzké, neboť

i poskytovatel služeb zaměřených na osoby závislé na nealkoholových drogách poukazoval na výrazné poddimenzování či přímo absenci služeb pro osoby závislé na alkoholu.

Další určující okolností týkající se poskytování služeb pro tuto cílovou skupinou bylo to, že městské části nejsou ochotné na svém území poskytovat prostory pro zajištění služeb pro osoby závislé na návykových látkách.

Významným obecnějším limitem poskytování sociálních služeb této cílové skupině je také to, že přístupy různých resortů k protidrogové politice se nedaří dostatečně koordinovat. Jednotlivé resorty mají odlišná východiska a přístupy k problematice. Díky tomu jednotlivé resorty spíše usilují o prosazování vlastních stanovisek v meziresortních radách, místo toho, aby byla účast v meziresortní radě chápána jako příležitost pro rozšíření vlastní perspektivy a překonání jednostranných hledisek uplatňovaných v příslušném resortu.

Spektrum služeb pro tuto cílovou skupinu lze nicméně vnímat jako velmi široké (nejedná se přitom pouze o sociální služby podle zákona o sociálních službách). Díky tomu mohou klienti využívat služeb nejlépe odpovídajících jejich situaci. Služby pro tuto cílovou skupinu jsou v různých ohledech komplementární (například z hlediska věkové skupiny, na kterou se zaměřují) a různé služby tak mohou oslovovat různé specifické skupiny osob. Tyto charakteristiky stávající sítě služeb umožňují to, že klienti mohou snáze „proplouvat“ jednotlivými službami – mohou přejít od využívání nízkoprahových služeb k léčbě, naopak v případě relapsu se nemusejí ocitnout zcela mimo systém. Z těchto důvodů nelze variabilitu služeb v této oblasti vnímat jako projev nehospodárnosti („zbytečný luxus“) nebo nedostatečné koordinace („duplicita“), ale jednotlivé služby mají v systému nezastupitelné místo.

Mezi službami zaměřenými na tuto cílovou skupinu mají významné místo terénní programy a nízkoprahová zařízení. V rámci terénních programů působí jako terénní pracovníci často i samotní uživatelé drog. Terénní poskytování a důraz na nízkoprahovost zvyšuje možnosti samotného dosažení i následného oslovení cílové skupiny.

Interakce mezi jednotlivými zařízeními téže organizace, různými organizacemi i organizacemi a dalšími institucemi (např. OSPOD) jsou velmi intenzivní. To zvyšuje provázanost jednotlivých služeb a efektivitu postupů usilujících o řešení problémů spojených s drogami.

Drogová závislost je jedním z patologických jevů, kterým je HMP jako velkoměsto vystaveno více než ostatní kraje. Na tuto skutečnost poukázal i jeden ze dvou dotázaných zástupců MHMP, podle něhož „*problém Prahy je, že těch lidí je tady nakumulovaných trochu víc*“ [ve srovnání s jinými kraji], což do značné míry souvisí s tím, že tato cílová skupina zahrnuje i osoby, které nemají trvalý pobyt na území hlavního města Prahy (zástupce MHMP 3d). Vyšší zastoupení osob bez trvalého pobytu v HMP pak současně ztěžuje možnosti řešení problémů spojených s užíváním návykových látek, (srov. také dále).

6.8. Osoby v krizi, osoby ohrožené trestnou činností a další skupiny osob v nepříznivé sociální situaci

6.8.1. Společná tematizace různých skupin osob v nepříznivé sociální situaci a okruh sledovaných skupin osob

V této kapitole je současně věnována pozornost více různým skupinám osob v nepříznivé sociální situaci. Důvodem jejich společného pojednání byl záměr sjednotit skupiny osob s některými podobnými charakteristikami do obecnější kategorie a snaha sledovat jejich společné charakteristiky v rámci jedné cílové skupiny.

Použití obecnější kategorie může předejít přílišné fragmentizaci sledovaných jevů a skupin sledovaných osob a lze si tak lépe udržet celkový přehled. Současně tento přístup usnadňuje zobecnění různých společných znaků skupin osob, které byly do této obecnější kategorie zařazeny.

Omezením zvoleného přístupu je především zúžení prostoru pro zachycení charakteristik a potřeb jednotlivých cílových skupin zařazených do této obecnější kategorie. Dalším omezením je, že může být obtížné najít znaky společné pro všechny skupiny, respektive u některých skupin osob může být velmi obtížné posoudit, zdali do příslušné obecnější kategorie spadají či nikoliv.

Jmenovité označení dvou vybraných skupin osob nemá naznačovat, že by ostatní skupiny zahrnutých osob byly méně významné, důvodem byla spíše snaha alespoň rámcově ilustrovat okruh osob zařazených do této cílové skupiny. Nicméně lze konstatovat, že tyto skupiny osob lze asi nejspíše identifikovat a lze k nim nejspíše přiřadit relevantní sociální služby.

Pro zařazení jednotlivých specifických cílových skupin do určité obecnější cílové skupiny neexistují žádná jednoznačná kritéria a lze k němu přistupovat různými způsoby. Pro účely této zprávy bude tato cílová skupina zahrnovat následující skupiny osob rozlišované v Registru poskytovatelů sociálních služeb:

- oběti domácího násilí,
- oběti obchodu s lidmi,
- oběti trestné činnosti,
- osoby komerčně zneužívané,
- osoby v krizi,
- osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy a
- pachatelé trestné činnosti.

6.8.2. Charakteristika stávající situace a kapacit MHMP a MČ ve vztahu k dalším skupinám osob v nepříznivé sociální situaci

Zatímco počty a situaci předchozích cílových skupin bylo možné charakterizovat na základě poměrně zřetelně ohraničeného okruhu údajů určitého typu (věk, ztráta bydlení nebo ohrožení

ztrátou bydlení apod.), u skupin osob sledovaných v této kapitole lze rozlišit minimálně tři diametrálně odlišné okruhy relevantních jevů (rozlišení pouze tří hlavních okruhů je bezpochyby velice schematické, nicméně pro potřeby rámcové charakteristiky současné situace cílové skupiny postačující)³⁹:

- kriminalita a trestná činnost (včetně obchodu s lidmi či ohrožování života a zdraví osob, s nimiž pachatel žije ve společné domácnosti – domácího násilí),
- sociálně patologické jevy, které nelze klasifikovat jako kriminální jednání (např. prostituce) a
- obtížné životní situace, díky nimž je osoba vystavena ohrožení života nebo zdraví⁴⁰.

První dva okruhy lze s vědomím určitého zjednodušení pojednat společně. Praha jako hlavní město patří v incidenci a závažnosti problémů se sociálně patologickými jevy k nejvíce zasaženým regionům díky anonymitě, kterou charakter velkoměsta skýtá. Obavy, že se člověk stane obětí kriminálního činu, jsou v HMP výraznější. Obava z ohrožení je i za dne u obyvatel Prahy silnější než v jiných velkých českých městech (Kuchařová a kol. 2009: 71). Z šetření Bezpečnost občanů 2007, které si nechala zpracovat městská část Praha 9, vyplývá, že největší pocit nebezpečí u občanů vzbuzuje nedostatečná pochůzková činnost městské policie a vyšší počty osob, které dotázaní spojovali s výskytem různých problémových jevů, tj. zejména cizinců, bezdomovců, opilců, obyvatel ubytoven a narkomanů.

Z dostupných statistických dat ale plyne, že incidence některých sociálně patologických jevů je v Praze nižší než v jiných krajích. (Např. v podílu počtu vykazání agresora z bytu v případě domácího násilí na obyvatele nepatří hlavní město mezi ty nejproblémovější kraje.) Nespornou výhodou je přítomnost dlouhodobě fungujících a etablovaných neziskových organizací pomáhajících skupinám osob zařazeným do této cílové skupiny. Nicméně mnoho z těchto služeb je poskytováno telefonicky, specifickým je i častější (ve srovnání s jinými kraji) poskytování služeb klientům z jiných krajů.

Kvantitativní analýza sociálních služeb na území HMP operovala s poněkud odlišnou definicí cílové skupiny osob v krizi⁴¹. Dále uvedené údaje o relevantních sociálních službách jsou proto orientační⁴².

³⁹ Dalším nežádoucím sociálním jevem, který je příznačný pro velmi specifický okruh osob, je existence sociálně vyloučených lokalit. Osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách nelze vnímat jako homogenní skupinu a lze je proto řadit k různým cílovým skupinám. V provedeném kvalitativním šetření byl dotázán pouze jeden reprezentant této skupiny osob, který byl současně příslušníkem etnické menšiny. Z tohoto důvodu byly jeho výpovědi vyhodnoceny v rámci části věnované migrantům a etnickým menšinám. Obecně sice platí, že osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách nelze automaticky ztotožňovat s příslušníky etnických menšin, v tomto konkrétním případě se nicméně jako vhodnější ukazoval postup, kdy byly výpovědi reprezentanta této skupiny osob analyzovány v rámci kapitoly o migrantech a etnických menšinách (kap. 6.5).

⁴⁰ Mohou je způsobit především různé hraniční situace jako např. úmrtí blízké osoby, sebevražedný pokus, násilné jednání jiné osoby, šikana či dlouhodobé působení stresu či nepříznivých podmínek. Za určitých podmínek či u psychicky více zranitelných osob ale mohou ke krizové životní situaci vést i události, které nejsou obecně vnímány jako takto závažné.

⁴¹ Kromě výše jmenovaných skupin osob zahrnovala také další dvě skupiny osob rozlišované v Registru poskytovatelů sociálních služeb: „osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče“

V Praze je registrováno celkem 104 organizací poskytujících služby pro cílovou skupinu osob v krizi (tak jak ji vymezily autorky studie⁴³) a 167 registrovaných služeb. Tyto služby jsou poskytovány zejména občanskými sdruženími a to nejčastěji v ambulanci formě (97), dále pak ve formě terénní (68) a pobytové (33). Polovina z poskytovaných služeb je zaměřena na osoby v krizi a rizikově žijící osoby. Třetina cílí na oběti domácího násilí a přibližně desetina na další skupiny, kterými jsou komerčně zneužívané osoby a pachatelé trestných činů (Janečková, Angelovská 2011: 73-74).

Nejvyšší poměr služeb, které byly poskytovány obětem domácího násilí (z celkového počtu služeb příslušného typu v ČR⁴), byl zjištěn u těchto sociálních služeb: intervenční centra, telefonická krizová pomoc, krizová pomoc a azylové domy. Z celkového počtu služeb daného typu se jich na oběti obchodu s lidmi nejvíce zaměřovala telefonická krizová pomoc a krizová pomoc. Na oběti trestných činů se zaměřovaly nejčastěji také tyto služby, kromě nich pak také sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a odborné sociální poradenství. Na osoby v krizi byly zacíleny zejména služby krizová pomoc, telefonická krizová pomoc, azylové domy a odborné sociální poradenství. Na rizikově žijící osoby jsou nejvíce zaměřeny terénní programy, kontaktní centra, telefonická krizová pomoc a terapeutické komunity. U pachatelů to pak je telefonická krizová pomoc, terénní programy, odborné sociální poradenství a sociální rehabilitace.

Osoby v krizi a osoby ohrožené trestnou činností se příliš netěší zájmu městských částí, neboť priorita, kterou jí městské části připisují, je podprůměrná (MHMP 2011b: 116). O nízké prioritě služeb pro tyto osoby vypovídaly i poznatky získané v kvalitativním výzkumu – od reprezentantů městských částí byla získána spíše obecná konstatování, zpravidla navíc spíše zaměřená na rodiny s dětmi v nepříznivé sociální situaci, než obecněji na osoby v krizi a další skupiny osob.

Ze dvou dotázaných zástupců MHMP vnímal jeden osoby v krizi a oběti trestných činů jako skupiny osob s nejvyšší prioritou. Podobně jako v případě cizinců, osob bez přístřeší a osob závislých na návykových látkách má tato skupina osob pro Magistrát vysokou prioritu především proto, aby se tak „vyvážilo“ přednostní zaměření městských částí na seniory, osoby se zdravotním postižením a rodiny s dětmi a síť sociálních služeb na území hlavního města Prahy mohla zahrnovat služby zaměřující se na všechny cílové skupiny.

Zástupce MHMP poukázal také na vysokou proměnlivost trendů jak v případě trestných činů, tak v případě faktorů, které mohou zapříčinit krizové životní situace. Pro účinnou pomoc

a „osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách. První z nich byla již sledována v rámci cílové skupiny „rodina, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci“, druhá v rámci cílové skupiny „migranti a národnostní menšiny“.

⁴² Do počtu hodnocených registrovaných služeb a jejich poskytovatelů tak patrně byla zahrnuta např. i služba domy na půl cesty, respektive její poskytovatelé. Zahrnuti tak mohli být i další poskytovatelé, respektive další registrované služby, které se zaměřovaly pouze na uvedenou skupinu osob. Nicméně s ohledem na jinak výrazný překryv obou definic cílové skupiny patrně lze odhadovat, že následující údaje by v zásadě platily i bez zařazení zmíněné skupiny osob.

⁴³ Tj. včetně služeb pro „osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče“ a „osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách“.

osobám, jichž se týkají uvedené situace, je tak podle respondenta nezbytnou podmínkou monitoring trendů v obou těchto oblastech. Současně je podle něho důležité, aby v rámci systému podpory služeb v této oblasti byla rozhodujícím kritériem kvalita poskytovaných služeb a nikoli počet podporovaných služeb působících v této oblasti. Při takovémto systému by podle respondenta bylo možné podporovat nikoliv obecné, ale vysoce specializované sociální služby:

„Odborné sociální poradenství je službou, která opravdu není potřeba, [není potřeba,] aby Praha měla prostě 70 poraden, ale je potřeba aby měla poradny pro neslyšící, pro zrakově postižený je potřeba aby měla poradny, pro cizince, pro oběti trestné činnosti a tak dále.“ (Zástupce MHMP 3d)

6.8.3. Situace před vyhledáním služby a strategie vyrovnávání se se situací

Situace osob zahrnutých do této cílové skupiny před vyhledáním sociální služby jsou velmi rozmanité a není možné identifikovat žádné obecnější společné znaky, které by bylo možné pozorovat u různých reprezentantů této cílové skupiny. Lze dokonce říci, že jedinými společnými charakteristikami, které postihují situace před vyhledáním služby v případě této cílové skupiny, jsou právě značná unikátnost situací, které připadají v úvahu, a v podstatě nemožnost jejich zobecnění. To samozřejmě vyplývá již ze samotné definice této cílové skupiny, jak byla popsána výše. V rámci kvalitativních rozhovorů byly zaznamenány tyto situace (pouze u některých však respondenti využili nějakou sociální službu), které bylo možné vnímat jako příznačné pro různé osoby zahrnuté do této cílové skupiny:

- týrání, domácí násilí,
- vedení soudního sporu a kontakt s orgány činnými v trestním řízení,
- prostituce,
- nepříznivá sociální situace (ztráta příjmu či bydlení), se kterou se dotyčný obtížně vyrovnává, případně je tato situace doprovázena psychickými potížemi,
- úmrtí blízké osoby,
- různé psychické potíže (deprese, sklony k sebevraždě, psychická choroba) s negativními dopady na život jedince (ataky nemoci, pokusy o sebevraždu) a
- kombinace různých rizikových faktorů či náhlá kumulace problémových situací.

U některých reprezentantů této cílové skupiny (v případě osoby s psychickým onemocněním a osoby poskytující komerční sexuální služby) byl zjištěn dlouhodobý **kontakt** s určitými typy služeb, respektive jejich „postupné sbližování“ s touto oblastí.

Zatímco v případě jedné týrané osoby bylo možné kontaktování poskytovatele sociálních služeb vnímat jako náhlé rozhodnutí v situaci, kdy dotázaná krizovou životní situaci přestala zvládat, v případě další oběti domácího násilí se jednalo spíše o postupně sílící kontakt s poskytovatelem sociálních služeb. Tato druhá respondentka již po určitou dobu využívala sociální služby poskytované telefonicky, následně se setkala s pracovnící sociální služby osobně a po tomto setkání začala využívat rezidenční sociální služby zaměřující se na řešení této situace.

U respondentky, kterou poškozovalo jednání osoby, se kterou vedla soudní spor, a respondentky, která se vyrovnávala s úmrtím své dcery, bylo patrné úsilí vyrovnat se situací **bez kontaktování sociální služby**. Zatímco v prvním případě byla patrná snaha hledat oporu spíše v rodinném zázemí, ve druhém případě ve druhém se respondentka místo vyhledání sociální služby sama snažila vnitřně vyrovnat s nastalou situací. V obou případech současně bylo zaznamenáno přesvědčení, že sociální služby jim při řešení jejich situace příliš pomoci nemohou.

Stejně tako jako okruh životních situací, které se týkají této cílové skupiny, je i okruh strategií, jimiž na ně různé osoby reagují, vysoce individuální. Výše uvedené skutečnosti je proto třeba vnímat pouze jako konkrétní příklady možných (nikoliv nutně obvyklých) reakcí na určitou situaci, které ilustroval provedený kvalitativní výzkum. Totéž platilo i v otázce využívání pomoci nejbližšího okolí – zatímco pro některé dotázané představovalo výraznou oporu právě jejich nejbližší okolí, někteří respondenti spoléhali především na vlastní vnitřní „zdroje“ a část respondentů se v tíživé životní situaci rozhodla využít některou z institucionalizovaných forem pomoci či podpory. V některých případech byly vztahy s osobami v nejbližším okolí jedince narušené či přímo způsobovaly některé potíže dotázané osoby.

6.8.4. Poznatky o sociálních službách pro osoby spadající do cílové skupiny

V této analýze není prostor pro charakteristiku služeb podle jednotlivých skupin osob zařazených do této cílové skupiny. Údaje o spokojenosti klientů se službami, dostupnosti služeb, hodnocení jejich návaznosti mezi sebou či informovanosti klientů o službách tak budou pojednány za celou cílovou skupinu. Při souhrnném zhodnocení se přirozeně vytratí informace o „vnitroskupinových“ rozdílech a specifikách jednotlivých skupin osob, respektive konkrétních, jednotlivými respondenty uváděných, službách. Na druhou stranu tak nebudou prezentovány rozdrobené a současně spíše dílčí poznatky (s ohledem na počet dotázaných zástupců jednotlivých skupin osob) za jednotlivé skupiny osob v nepříznivé sociální situaci.

Okruh služeb využívaných osobami reprezentujícími tuto cílovou skupinu je velmi rozmanitý. Podobně jako charakteristiky jednotlivých skupin osob spadajících do této cílové skupiny, se lišil i okruh vhodných (sociálních či jiných) služeb pro tyto osoby. Podstatnou otázkou tak v souvislosti s využíváním služeb a spokojeností s nimi je možnost nalezení služeb, které budou nejlépe odpovídat konkrétní situaci a konkrétním charakteristikám určité osoby.

Možnost služby reagovat odpovídající formou na potřeby klientů u této cílové skupiny daleko více (ve srovnání s jinými cílovými skupinami) závisí na úspěšném hledání a nalézání řešení jejich situace „na míru“, než v určitých univerzálně platných postupech (i když i takovéto hledání odpovídajícího řešení nadále představuje cílenou a systematickou aktivitu a opírá se

o různé konkrétní principy a postupy v závislosti na charakteru a zaměření sociální služby)⁴⁴. Z tohoto důvodu je využívání sociálních služeb a spokojenost se službami potřeba vnímat jako ještě více individuální záležitost než u jiných cílových skupin a poznatky o této cílové skupině získané z kvalitativního výzkumu představují spíše určité ilustrativní příklady, které často velice úzce souvisely s konkrétními charakteristikami, zakoušenými situacemi a zkušenostmi toho kterého osloveného respondenta.

Dvě respondentky, které sociální služby nevyužívaly, předpokládaly, že mají dostatečnou schopnost zvládnout situaci samy (respektive že se se situací musí samy vyrovnat) a současně neměly pocit, že by jim sociální služby mohly nabídnout pomoc, která by mohla nějak zásadněji přispět k řešení jejich situace. V případě jedné z těchto respondentek to patrně mohlo souviset i s její nízkou obeznameností s tím, jaké formy podpory a pomoci jí mohou sociální služby nabídnout, a patrně i s aktuálním prožíváním její krizové situace, jež by se volně dalo parafrázovat větou: „S tím se stejně musím nějak vypořádat sama.“ Naproti tomu u druhé respondentky byla situace odlišná. K samotnému řešení její situace by sociální služby přispět nijak výrazněji nemohly. Jejich využívání sice mohlo pro respondentku teoreticky znamenat určitou oporu, tu však nacházela ve svém přirozeném prostředí.

Mezi zástupci cílové skupiny bylo zaznamenáno využívání odborného sociálního poradenství, telefonické krizové pomoci, krizové pomoci, azylového bydlení, služeb denního centra, služeb pro osoby věnující se komerčním sexuálním službám, služeb pro osoby bez přístřeší a patrně i podpory samostatného bydlení (slovy respondentky „tréninkové bydlení“) a služeb sociální rehabilitace (slovy respondentky „Job klub“). Někteří respondenti sociální služby nevyužívali, ale uváděli jiné typy využívaných služeb (právní služby, psychologické služby, psychiatrická ambulance, psychiatrická léčebna), popřípadě různé služby poskytované uživatelům sociálních služeb (v případě osoby využívající služeb pro osoby psychicky nemocné) jako např. kroužky a rekvalifikační kurzy.

S využívanými službami vyjadřovali respondenti vesměs spokojenost. Kritické hodnocení ojedinele uvedli respondenti, kteří měli zkušenost s více různými službami. I v tomto případě však měli výhrady pouze k některé z jimi využitých služeb (zmíněn byl například přístup personálu určitého zařízení). I v těchto případech ale bylo celkové hodnocení služeb, s nimiž přišli do kontaktu, v zásadě pozitivní. Někteří respondenti současně reflektovali, že práce v organizacích s tímto zaměřením je náročná a také že často přímo z popisu práce zaměstnanců těchto organizací přímo plyne, že zaměstnanci nebudou moci vyjít vstříc všem požadavkům jejich klientů.

„I když občas byli takový protivný, zase člověk se tam chová nějak jakoby – je v tý psychóze, tak ho musej nějak okřiknout. [...] Já nevím, jakoby hlavně tak jakoby

⁴⁴ Uvedené tvrzení není myšleno tak, že by jiné (sociální) služby nereagovaly na individuální potřeby svých klientů, ale tak, že u jiných (sociálních) služeb lze v určitém směru předvídat okruh nejdůležitějších potřeb. Při úsilí o uspokojení velké části potřeb tak v případě jiných cílových skupin lze častěji či lépe využívat postupy, které se u dané cílové skupiny osvědčují obecně, a lze také více vycházet z dřívějších zkušeností nabytých při snaze o uspokojení potřeb jiných osob z dané cílové skupiny.

z té druhé strany by si člověk představoval něco jinak, ale jako tak obecně myslím, že dělaj to, co je v jejich silách, jakoby někdo je empatičtější, někdo se dovede víc vcítit, jakoby vnímá ty potřeby toho pacienta, někdo dělá jakoby jen tu svou práci.“ (Uživatel 4m)

Podle dotázaných respondentů služeb jimi využívané služby na jejich potřeby reagovaly odpovídajícím způsobem. V některých případech dotázaní uvedli, že jim určitá konkrétní služba nevyhovovala nebo ji nepovažovali z určitého pohledu za odpovídající. Nicméně i respondenti uvádějící tyto kritické hlasy poukázali na jiné služby, které jejich potřebám odpovídaly lépe. Za pozornost v této souvislosti stojí, že pro uživatele sociálních služeb z této cílové skupiny bylo příznačné využívání nebo zkušenost s využíváním většího počtu (nejen) sociálních služeb. Lze proto říci, že respondenti měli větší možnosti srovnání, popřípadě že měli relativně bohatou zkušenost s hledáními služby, která bude schopná na jejich potřeby reagovat nejlépe. Přičemž se jim jí - někdy přes určité nesnáze - podařilo nalézt.

Z některých provedených rozhovorů s reprezentanty této cílové skupiny bylo patrné, že díky určité službě velice často získávali kontakty na další sociální služby, které byly pro jejich životní situaci relevantní. Explicitně provázanost existujících služeb hodnotili jen někteří respondenti, zaznamenána přitom byla již výhradně pozitivní hodnocení provázanosti služeb, které se jich týkaly nebo mohly týkat: „*Já si myslím, že se to doplňuje úplně výborně*“ (uživatel 8m).

Při hodnocení dostupnosti služeb z vybraných hledisek byly mezi respondenty zaznamenány poměrně rozdílné názory. Finanční dostupnost byla všeobecně hodnocena jako dobrá, neboť u většiny služeb sociální prevence zákon o sociálních službách stanoví, že jsou bezplatné. Výjimku tvořily azylové domy, v nichž je pobyt hrazen částečně i klientem.

Při hodnocení časové dostupnosti byla zaznamenána velmi rozdílná stanoviska. Ta vyplývala jak z objektivních charakteristik (pořadník, obtížnost získání pobytu v azylovém domě), tak také ze spíše subjektivních očekávání jednotlivých dotázaných – zatímco někteří respondenti vnímali otvírací hodiny zařízení jako omezené, jiní vyjadřovali s otvíracími hodinami zařízení spokojenost. Některé ze služeb využívaných respondenty byly poskytovány non-stop.

Při hodnocení prostorové dostupnosti, byla pro některé respondenty delší dojíždka za službou překážkou, zatímco pro jiné nikoliv. Část respondentů pak konstatovala, že využívaná služba se nachází v blízkosti místa jejich pobytu, respektive že v Praze lze obecně možnost dojíždky vnímat jako dobrou a ani delší dojezdová vzdálenost tak není problém.

Kapacita a vybavenost navštěvovaných zařízení byly hodnoceny jen minimem dotázaných a výrazněji kritická stanoviska zaznamenána nebyla.

Okruh informačních kanálů, jimiž se osoby spadající do cílové skupiny dozvídaly o službě, byl velmi rozmanitý. Bylo mezi ně možno řadit zmínky o činnosti organizace v médiích, reputaci organizace, internet, informační letáky, příbuzné a blízké osoby klientů (příbuzné i blízké obecně nebo ty, kteří využili služeb organizace a měli s nimi pozitivní zkušenost),

zprostředkování informací o dalších službách téhož poskytovatele či odkázání na služby jiných organizací.

6.8.5. Shrnutí

Možnosti identifikace společných znaků pro tuto cílovou skupinu byly poměrně omezené. Důvodem byla značná různorodost osob řazených do této cílové skupiny i služeb, které jsou pro tyto osoby relevantní. I tak se ale ukázalo, že v HMP působí celá řada velmi specializovaných služeb, které jsou schopny potřeby osob v krizi, osob ohrožených trestnou činností a dalších osob ocitajících se v nepříznivé sociální situaci uspokojit.

Ačkoli se objevily i jisté výhrady k různým respondenty využívaným sociálním službám, v zásadě bylo možné konstatovat, že možnosti uspokojení potřeb z této cílové skupiny byly poměrně uspokojivé. Možnosti jejich uspokojení potřeb bezpochyby výrazně souvisely s tím, že v HMP se různé vysoce specializované služby (nejen sociální) soustřeďují a pro reprezentanty této cílové skupiny je tak k dispozici širší nabídka vysoce specializovaných služeb než v jiných krajích.

Zároveň bylo možné na základě zjištěných poznatků konstatovat, že v případě odborného sociálního poradenství mají větší uplatnění spíše specializované sociální služby, než obecně zaměřené poradny. I u této cílové skupiny se jako významný ukázal nedostatek azylových domů.

Z provedeného výzkumu vyplynula také velmi dobrá informovanost dotázaných o relevantních službách (nejen sociálních). Vysokou informovanost lze chápat jako výsledek úsilí velmi širokého spektra různých aktérů a ze své podstaty tak poněkud překračuje pouze okruh sociálních služeb podle zákona č. 108/2006, o sociálních službách. Kromě poskytovatelů sociálních služeb se na ní výraznou měrou podílejí také městské části, MHMP, poskytovatelé zdravotních služeb, služeb v resortu školství apod.

6.9. Společná specifika osob pečujících

Společenský vývoj přináší individualizaci, pokles sociální soudržnosti a oslabení instituce rodiny, a tím i snížení kapacity rodiny zabezpečit péči o závislé příbuzné. Navzdory tomu je mezigenerační solidarita, která je výrazem péče o osobu blízkou, v České republice stále na dobré úrovni (Přidalová 2007: 87). V posledních letech lze pozorovat rostoucí pozornost věnovanou této skupině osob v národních strategických dokumentech (např. „Národní program přípravy na stárnutí (NPPS) na období let 2003 - 2007“ a stejnojmenný dokument pro léta 2008 - 2012 či „Národní koncepce rodinné politiky 2005“), tak např. v legislativní úpravě důchodového pojištění vstřícnější k osobám pečujícím (více 6.9.4.) Strategické dokumenty kladou důraz zejména na možnosti sladění péče se zaměstnáním a rozvoji podpůrných služeb pro osoby pečující, dále pak zajištění ekonomické bezpečnosti pečujících rodin a v neposlední řadě vytvoření vstřícné a oceňující atmosféry (NPPS 2008 – 2012). Ke všem těmto aspektům se respondenti vyjádřili a jejich postoje a zkušenosti budou analyzovány dále.

Tato kapitola předkládá zjištění výzkumu, která se váží k životní situaci, specifickým problémům a potřebám pečujících osob. Skupina pečujících osob byla pro účely výzkumu definována jako „osoby, které poskytují podporu či pomoc osobám v obtížné sociální situaci, závislých na péči jiné osoby“. Naopak osoby opečovávané jsou vymezeny jako ty, „jimž pečující osoby poskytují podporu a pomoc“. Aspekty, které se váží k péči o osobu opečovávanou, nejčastěji o seniora či osobu s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením, jsou analyzovány v předchozích kapitolách týkajících se daných cílových skupin.

Výsledky kvalitativního výzkumu budou vztáhnuty a doplněny kvantitativními daty z šetření „Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením na území hlavního města Prahy“ z roku 2007 (Valenta a Michalík 2008), které je jedním z mála zdrojů informací o skupině pečujících osob v hlavním městě vůbec.

6.9.1. Charakteristika pečujících osob a motivace k pečování

Péče o závislou osobu byla v případě našich respondentů nejčastěji realizována v rámci příbuzenských vztahů. Dle šetření Valenty a Michalíka se příbuzenský vztah nachází mezi více než 90 % pečovateli a závislých osob (2008: 13). **V zásadě se objevily dva směry poskytování péče: rodiče pečující o dítě s postižením a děti pečující o své nemohoucí rodiče.** Většina osob pečujících byla vystavena jedné ze dvou nenadálých životních situací - narození dítěte s postižením nebo nemoci rodiče. Rozhodnutí pečovat o rodinného příslušníka pak bylo motivováno potřebou a nutností se o člověka blízkého postarat.

Ve všech případech respondentů z řad rodičů pečujících o své dítě se jednalo o matky a motivace pro péči byla nasnadě. **Žádná z matek nechtěla po porodu své dítě odložit do ústavní péče.** Pro všechny dotázané bylo naprostou samozřejmostí, že se **po porodu o dítě postarají samy:**

„Tak narodila se nám dcera, [...] která se narodila s postižením. Nečekalo se to, zjistilo se to až po narození a prostě dceru nikdy nedáme... Přestože se v porodnici ptali, jestli ji dáme do ústavu, tak ji nedáme.“ (Pečující osoba 4r)

„Tak narodilo se nám postižený dítě, takže to jiná volba nebyla.“ (Pečující osoba 2l)

V oslovených rodinách, které pečují o seniory, funguje jakási reciprocita vztahů, a když se rodiče dříve starali o dítě, stará se v případě potřeby i dítě o rodiče. Typickým pečovatelem je, stejně jako v případě rodičů pečujících o své děti, žena, nejčastěji dcera. Také Valenta a Michalík potvrzují dominanci žen v této oblasti - ty dle jejich výzkumu tvoří více než čtyři pětiny všech pečovatelů (2008: 6). Motivací k péči bylo zejména to, že se objevily potíže u někoho velmi blízkého, který jejich péči potřebuje, a současně vztahy byly natolik pevné, že by pomoc neodmítli. Dalším zdroje motivace pro osoby pečující o seniora byla snaha umožnit mu setrvat v jeho přirozeném prostředí, ve kterém se cítí psychicky dobře a na kterém často lpí.

„Takže tohle je jednoznačný, kór když potom vidíte, že ta mamka je šťastná, že může být doma, že jo. Čili opravdu prostě ten pobyt toho těžce zdravotně postiženého člověka v tom domácím prostředí, když je možný zachovat, tak je to úžasný, no.“ (Pečující osoba 2m)

Mezi respondenty se objevili i dva pečovatelé, kteří nebyli v příbuzenském vztahu s osobami, o které pečovali⁴⁵. V jednom případě se pečující osoba starala o svého kamaráda s tělesným postižením, v druhém pak respondentka s manželem přijali do pěstounské péče sedm dětí se smyslovým či mentálním postižením, většinou Romů. Motivace v obou případech byla naprosto nezištná a pramenila z osobního přesvědčení, že jde o správnou věc:

„To je v podstatě jediná věc jako v životě, kterou považuju za něco, co prostě musím udělat.“ (Pečující osoba 5o)

Obecně lze o motivaci pečujících osob říci následující: **Pečovatelství lze stěží považovat za plán či promyšlenou profesní volbu. Pečující osoby byly postaveny před nenadálou životní událost, ve které se na základě osobních pocitů a morálního přesvědčení rozhodly o závislou osobu pečovat.** Ač obecně nelze u pečujících osob vyloučit ani existenci zřejmých důvodů pro péči, ve vzorku respondentů zahrnutých do výzkumu se tyto motivy neobjevily.

Dalším zjištěním, které však také nelze zcela generalizovat, je, že v souboru respondentů bylo mnoho takových, kteří deklarovali svůj pozitivní vztah k této činnosti. Někteří respondenti byli vzděláni v oborech sociální práce či speciální pedagogika, jiní se už v minulosti setkali s péčí o závislou osobu ve své rodině či jim pomáhání podle jejich vyjádření dělalo radost.

⁴⁵ Dle Michalíka a Valenty nebylo v příbuzenském vztahu jen 4,4 % pečovatelů a závislých osob (2008: 13).

6.9.2. Základní aspekty péče

Základní aspekty péče jako je její intenzita, rozsah či organizace se liší případ od případu. **Identifikovat lze několik faktorů, které ovlivňují její podobu a dopad na osobu pečující.**

Prvním z nich je zcela přirozeně **zdravotní stav a z toho vyplývající potřeby závislé osoby**. Co se týče rozsahu péče, všichni respondenti zmínili starost o běžný chod domácnosti. Další úkony pečovatele však významně závisely na typu a stupni postižení (jiné nároky si klade tělesný, jiné mentální handicap) a věku dítěte, v případě seniorů pak schopnosti stále zvládnout určité úkony samostatně. Zatímco na jedné straně některé pečující osoby zajišťovaly pomoc se zvládnutím základních úkonů sebeobsluhy a takřka 24hodinový dohled, povinnosti jiných se skládaly např. „jen“ z přípravy pokrmů a udržování sociálního kontaktu. V případě péče o seniory často docházelo ke zhoršení jejich zdravotního stavu, čímž nároky na péči postupně narůstaly.

Významnou roli hrála také **podpora rodiny a participace dalších osob na péči**. V případě, že se osoba pečující o péči s někým dělila, významně jí to otevíralo možnosti pro vlastní seberealizaci (např. v pracovním životě), pěstování zálib či na odpočinek. Psychická podpora ze strany rodiny také byla vzpruhou pro náročnou práci. V našem vzorku respondentů pečujících o postižené dítě byly všechny rodiny s výjimkou jednoho případu funkční. (Tuto charakteristiku do výzkumu zahrnutých rodin však nelze jakkoliv generalizovat, protože postižení dítěte je pro partnerský vztah náročnou zkouškou a statisticky dochází často k jeho rozpadu.) Členové rodin dotázaných respondentů se o péči různým způsobem dělili nebo alespoň zajišťovali servis nezbytný pro chod domácnosti. Přesto však hlavní tíhu vždy nesli rodiče dítěte. Typicky byla hlavním pečovatelem matka, s dítětem zůstala doma či si jen drobně přivydělávala, a otec fungoval jako živitel a pomocník o večerech a víkendech. Dále participovali sourozenci, prarodiče a výjimečně i další příbuzní. V případě respondentky samoživitelky, která pečovala o své dítě s postižením, k žádné dělbě nedocházelo a situace této pečující osoby byla o to náročnější.

V případě seniorů se objevoval model hlavního pečovatele, který se o opatrování v menší míře dělil s dalšími rodinnými příslušníky, jejichž péče spočívala především v návštěvách opečovávaných osob či příležitostné pomoci např. s dopravou k lékaři.

Využívání sociálních služeb je dalším aspektem, který ovlivňoval podobu péče. Služby stejně jako pomoc rodiny ulehčují pečujícím osobám jejich břemeno a umožňují jim věnovat čas i jiným aktivitám než péči. V případě opečovávaných dětí jich většina trávila dny ve vzdělávacích zařízeních nebo zařízeních typu denní stacionář či chráněná dílna. Často využívanou a vděčnou službou, ač díky finanční nákladnosti dostupnou jen v omezeném množství, byla i osobní asistence. Obzvlášť pro pečující rodiče, kteří již měli dospělé dítě, se ale ukázalo obtížné nalezení vhodné sociální služby či zařízení, ve kterém by jejich potomci mohli smysluplně trávit čas. Asi polovina osob pečujících o seniory se o péči dělila s profesionálními pečovateli a respitní péčí. Mezi respondenty lze však nalézt i takové, kteří výše zmíněné služby využívali minimálně, což se odrazilo na intenzitě poskytované péče.

V neposlední řadě hrála roli i **bytová situace a přesuny mezi bydlištěm pečující osoby a osoby opečovávané či mezi bydlištěm a sociální službou**. V případě respondentů pečujících o své děti (až na jednu výjimku, kdy syn pobýval v týdenním stacionáři a péče tak byla realizována hlavně o víkendech), bydlely všechny opečovávané osoby s rodiči ve společné domácnosti. V případě pečovatelů starajících se o seniory jich přibližně polovina sdílela společnou domácnost a polovina do bytu pouze docházela. To při častých návštěvách však znamenalo časovou ztrátu způsobenou cestováním po hlavním městě.

Také doprava osob za službami či lékaři zvyšovala celkové nároky spojené s péčí o blízkou osobu. To bylo zvláště patrné v případech, kdy se pečující osoby snažily např. ještě pracovat, závislá osoba byla nepohyblivá, pečující osoba nevlastnila řidičský průkaz či veřejná doprava neumožňovala přesun opečovávané osoby. Rodiny osob pečujících o dítě s postižením trávily mnoho času dopravou dětí do zařízení. To bylo zvláště patrné u rodin, které bydlely na okraji hlavního města či v jeho okolí. V neposlední řadě je potřebné zmínit také to, že rodiče ve městě na dítě často museli hodiny čekat.

6.9.3. Ztráty a přínosy pečování

Všichni respondenti jmenovali jako **hlavní přínos péče ten, že opečovávaná osoba může žít v domácím prostředí a mít co nejvíce plnohodnotný život, a rodiče že mohou žít se svými dětmi**. I přesto, že pečovatelé někdy pochybovali, zda opečovávanému dávají maximum, a trápili se tím, že jim více pomoci nemohou, měli současně o své péči relativně dobré mínění. Přínosy péče viděli v tom, že mají jistotu, že opečovávaný dostane péči, kterou potřebuje, nebo že by se dítě bez péče rodiny vyvíjelo mnohem hůře. Zvláště osoby pečující o seniory zmiňovaly, že přínosem je to, že opečovávaná osoba ještě vůbec žije. Respondenti dále uváděli, že jim péče pomohla přehodnotit své životní priority a získali schopnost přenést se přes malicherné problémy.

O negativních dopadech a ztrátách, které péče představuje, se respondenti zpravidla rozhovořili více, což je v souladu s tím, co je v odborné literatuře označováno za „syndrom pečovatelské zátěže“ (Přidalová 2007: 93). **Jedním z nejvýznamnějších negativních dopadů péče je její psychická náročnost, neustálá vytíženost a „zaměstnání“ pečujících osob a nedostatek odpočinku a klidu**. Chybí zejména „čas no. Hlavně čas pro svou vlastní psychickou a fyzickou regeneraci“ (pečující osoba 1r). Východiskem z psychicky namáhavé činnosti byl čas, kdy mohou být samy doma a „nic nedělat“, dále pak také aktivity, které odvádí pozornost pečujících osob od pečovatelské činnosti (plavání, kurzy angličtiny apod.)

Časové nároky péče vedly ke ztrátě osobního života, přizpůsobení veškerého času opečovávané osobě a omezení zdánlivě běžných volnočasových aktivit jako je setkávání s přáteli, věnování se zálibám a koníčkům, kulturní vyžití nebo dovolená.

„To znamenalo zapomenout na nějaký cestování, zapomenout na dovolenou a veškerý volný čas věnovat teda zdravému sourozenci nebo vůbec servisu v té domácnosti, která fungovala. [...] On mi sebral tu bezprostřední svobodu, že já nemůžu jít, já musím vždycky být na telefonu, kdyby se něco dělo...“ (Pečující osoba 2r)

Rozhodnutí poskytovat péči v domácnosti mělo v některých případech za následek **omezení či zhoršení vztahů s rodinou**. Tito respondenti pak měli díky péči méně času na partnera, své děti či vnoučata. „*Takže dneska mým vnoučkům je 3 a půl a 5 a půl a já si uvědomuju, že vlastně o nich moc nevím*“ (pečující osoba 1a). Ve dvou případech měla péče dopad na partnerský vztah pečující osoby, v jednom případě si péče vyžádala „obět“ ve formě zhoršení vztahu s manželem, v druhém pak v podobě rozvodu s otcem dítěte.

„Můj osobní život je v háji, ale prostě zase na druhou stranu, jako s tím [...] člověkem do toho jde a jako to jsem si víceméně už uvědomovala dávno, že prostě si musím vybrat, buď budu mít manželství a dám ho pryč, [...] nebo se budu starat teda o něj.“ (Pečující osoba 2o)

Ač se pečující osoby staraly o své opečovávané rády a s láskou, **péče někdy vedla k vyhoření, pocitům sebelítosti a k redukci na řadu povinností**:

„Jako v tom, že mám postižený dítě já nevnímám žádný... To jako není obohacení, to ne prostě. Radši bych zdravý teda rozhodně.“ (Pečující osoba 5r)

„[O každodenní péči o své prarodiče v jejich samostatné domácnosti:] Třeba když tam jeden den nejdu, tak mám špatný pocit. A když tam jdu, tak mám pocit, že je to OK. Není to nějak jako, že bych odtamtad' odcházela nějak jako povznesená. To fakt ne.“ (Pečující osoba 2p)

Specifické problémy jsou spojeny s péčí o seniory. Zde byly pečující osoby vystaveny proměně zdravotního stavu milované osoby. Dalšími negativy, která byla v rozhovorech zmíněna, jsou **zdravotní následky péče z vysokého nasazení** nebo opuštění profesní kariéry (viz kap. 6.9.4.)

Valenta a Michalík popisují psychické stavy u pečujících osob následovně: Téměř 70 % pečujících osob trpí velkou únavou, u více než poloviny dochází k pocitům ztráty, vymizení či neexistence pozitivních prvků života a více než dvě pětiny osob uvádějí snížení klidu a vyrovnanosti. 36 % pečujících osob se cítilo být touto situací obohaceno, zatímco 48 % zastávalo opačný názor. 47 % respondentů pak uvedlo, že pečující osoby nepožívají ve společnosti respekt a uznání. 55 % respondentů také uvedlo, že díky péči se zvýšila jejich sociální izolace a 57 % dokládá, že se zhoršil i společenský život celé rodiny. Vztahy mezi členy rodiny se zhoršily u 21 % pečovateli. Ke zhoršení zdravotního stavu došlo u necelých 46 % osob pečujících (2008).

Stejně tak námi identifikované zdroje motivace pro péči a přínosy a ztráty, které tato činnost pro pečovatele znamená, korespondují s výsledky šetření Valenty a Michalíka. Největší přínos je v rovině osobní, tedy udělat pocitově správnou věc, která je v souladu s hodnotami pečovatele, největší ztrátou je pak ztráta svobody a společenských kontaktů (2008: 40-41).

6.9.4. Profesionální život a finanční stránka pečování

Svou finanční situaci hodnotila většina respondentů jako obstojnou. „*Nemam pocit, že bysme měli jako málo, ale není to žádný vyskakování. Prostě ale říkám, jsme schopný se uživit*

jako, to jako jo, to jsme“ (pečující osoba 2o). Opečovávané osoby ve většině případů pobíraly příspěvek na péči, některé dále pak příspěvek na provoz motorového vozidla⁴⁶ či v minulosti dostaly příspěvek na pořízení motorového vozidla. Respondenti byli vděční za příspěvek na péči, který jim umožňuje se o závislé osoby starat a dle slov jedné z respondentek „*mít relativně slušný život s postiženým dítětem“* (pečující osoba 4r). Některé pečující osoby však kriticky hodnotily kontrast mezi výší příspěvku na péči a náklady, které by stát zaplatil za institucionální péči. To koresponduje se zjištěním Valenty a Michalíka, že 54 % pečujících osob se domnívá, že převládá neochota státu finančně podporovat péči o zdravotně postiženého (2008: 37).

Příspěvek na péči, jehož smyslem je mimo jiné kompenzovat rodině výpadek (části) příjmu pečující osoby, respondenti nechápali jako své ohodnocení. Vzhledem k tomu, že péče probíhala zejména v rámci rodiny, respondenti ani nevnímali, že by za svou péči měli být nějak finančně ohodnoceni, péči brali jako samozřejmost.

Nemohoucí člen domácnosti znamená **nemalý dopad na finanční situaci rodiny**. Valenta a Michalík poukazují na to, že ve více než v polovině rodin se ekonomická úroveň pečováním snížila (2008: 30). Výlohy na péči (např. na vozík a další pomůcky, úpravu bytu, léky či hygienické potřeby aj.) výrazně zasahovaly do rozpočtu respondentů. Za relativně drahé považovali i sociální služby využívané závislými osobami jako stacionáře, osobní asistenci, pečovatelskou službu či respitní péči. Pečující osoby v souvislosti s poskytováním péče často utratily celý příspěvek na péči, eventuálně starobní důchod a další dávky. Zatímco rodiče pečující o své děti většinou vnímali výdaje nad rámec příspěvku na péči jako samozřejmé („*Bereme to ale tak, jakože jsme rodiče, a kdybychom měli studující dítě, tak ho taky živíme, že jo“* (pečující osoba 2r)), v případě péče o seniory se ze strany jejich dětí-pečovatelů častěji objevovalo pojmenování „finanční zátěž“, což může souviset se skutečností, že v rámci uplatňování mezigenerační solidarity je v České republice běžněji zažitý směr finanční podpory od rodičů k dětem.

Sociální služby představují pro rodiny pečující o závislého člena značný výdaj. Plné pokrytí péče osobním asistentem či stacionářem bylo pro dotázané osoby naprosto finančně nedostupné. Ukazuje se tedy, že v případě osoby se sníženou soběstačností, jsou v současném systému finančně dostupné dvě cesty: institucionální péče, kterou z většiny hradí stát, nebo právě péče rodinou, která dokáže zajistit kvalitní péči za cenu snížení životního standardu domácnosti. **Tento poznatek výzkumu vysvětluje důvody osob pobírajících příspěvek na péči, proč tuto dávku nevracejí zpět do systému.** Současně, je-li příspěvek na péči koncipován jako dávka, která dává osobě se sníženou soběstačností možnost volby, jakou péči si za ni zajistí, lze jeho ponechání v rodině považovat za legitimní volbu.

⁴⁶ Od roku 2012 je příspěvek na provoz motorového vozidla nahrazen tzv. příspěvkem na mobilitu.

„Když z těch dvanácti tisíc jenom, já nevím, pět až šest dáte na asistenci, když máte domácí rehabilitaci, tak na to, tak to to - kolik byste zaplatila asistenta, kterej je potřeba dvacetčtyři hodin denně, tak ho nezaplatíte, to ho nezaplatíte ani na tejdén za tyhle peníze.“ (Pečující osoba 03)

Jedním z nejvýznamnějších **tematizovaných problémů** spojených s péčí je **ztráta zaměstnání a nutnost napnout své síly právě do oblasti péče**. Přibližně třetině respondentů se dařilo skloubit pečování se zaměstnáním na částečný úvazek, ostatní péče pohlcovala natolik, že se ekonomické aktivity museli vzdát⁴⁷. Alespoň ve funkčních rodinách byl typický model, že žena na sebe převzala roli pečovatelky a partner byl hlavním živitelem.

Situaci pečujících osob lze vnímat jako **začarovaný kruh**: Aby se pečující osoby mohly věnovat ekonomické aktivitě, potřebují zajistit péči o osobu závislou. Ta je však často finančně či jinak nedostupná. Naopak mají-li příjmy z placeného zaměstnání, musejí je vynakládat na zajištění péče sociální službou. **Pečující osoby jsou tak postaveny před volbu, zda se věnovat péči nebo své profesní kariéře, která by se některým ani nevyplatila a pracovaly by tak zejména pro svou seberealizaci.**

Rozhodující veličinou ovlivňující přístup pečující osoby k ekonomické aktivitě je její věk. Zvláště mladí pečující často neztratili ambice na vlastní pracovní uplatnění a jeho deficitem trpěli. V návratu do zaměstnání alespoň na částečný úvazek pro sebe viděli psychickou úlevu a potřebnou seberealizaci jiným směrem. *„Co by mi pomohlo? Kdybych našla nějakou práci. Nebo práci, brigádu prostě. Něco prostě někam vypadnout. Myslím, že to by prostě pomohlo všem úplně nejvíc. Úplně všem. Pro rodinný klid rozhodně“* (pečující osoba 21). Několik ze starších pečovatelů již bylo ve starobním důchodu, pár z nich se jich rozhodlo kvůli péči opustit zaměstnání dříve (ne však nutně před dosažením důchodového věku), než plánovali, což komentovali většinou se smutkem.

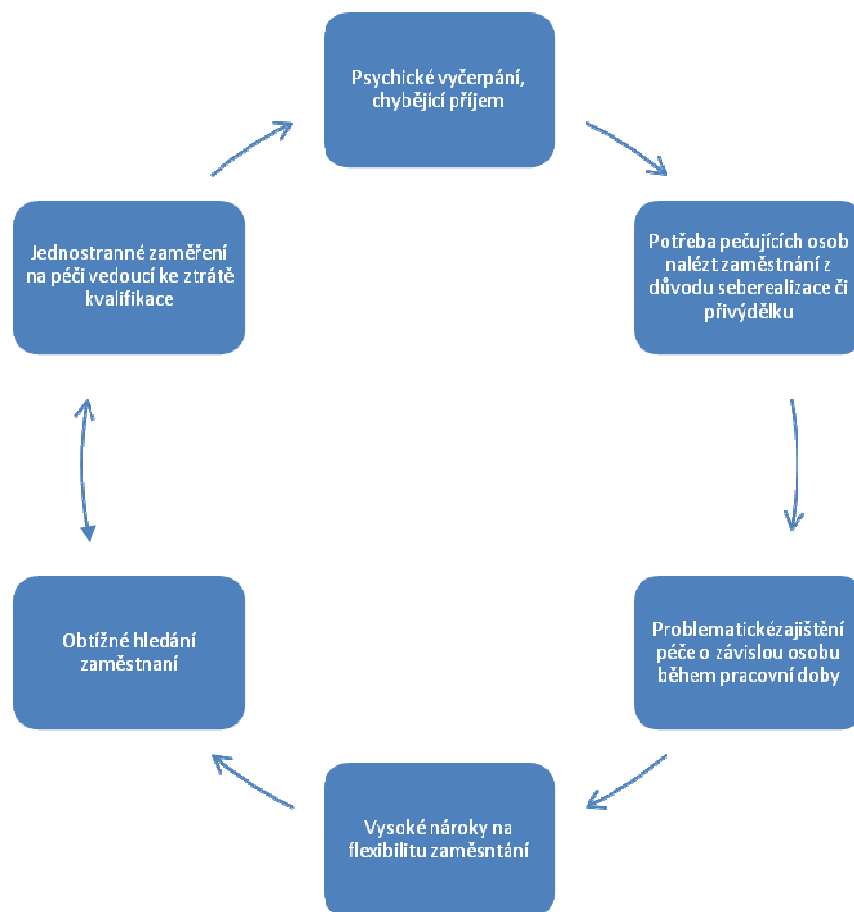
To, zda má osoba pečující možnost pracovat, je do velké míry ovlivněno skutečností, zda rodina nalezne pro závislou osobu vhodnou sociální službu či vzdělávací službu v případě dětí, a zda je ji schopna financovat. Roli hrají i možnosti a schopnost rodiny si rozdělit a logisticky zorganizovat péči tak, aby i pečující osoba mohla pracovat. Výraznou pomocí v tomto ohledu je dělba o péči s dalšími příbuznými. Všichni dotázaní, kteří pracovali, měli zajištěnou péči o závislou osobu (ať již sociální službou, příbuznými či jejich kombinací) a s touto péčí vyjadřovaly spokojenost. Neměli tak pocit, že by pracovali na úkor kvality péče o tuto osobu.

Mnoho pečujících osob by považovalo za ideální způsob řešení skloubení péče s jejich pracovním uplatněním, ať již kvůli kontaktu s lidmi, seberealizaci či přivýdělkem. Oslovení respondenti považovali za nereálné, že by zvládli (i hypoteticky) pracovat na plný úvazek. Částečné úvazky a flexibilní formy práce, které by pro pečující osoby byly ideální, však nejsou na českém trhu práce příliš rozšířené. Někteří respondenti uvedli, že při hledání

⁴⁷ Dle šetření Michalíka a Valenty nepracuje 71,5 % pečujících osob, 8,0 % pracuje na částečný úvazek a 17,8 % pak zvládá zaměstnání na plný úvazek (2008: 10).

zaměstnání neuspěli. V neposlední řadě je třeba dodat, že péče o závislou osobu může mít negativní dopad i na profesní kariéru partnera, který je hlavním živitelem. Opakovaně se totiž objevily situace (např. doprava závislé osoby k lékaři), kdy se živitel nemohl plně věnovat zaměstnání.

Situaci dotázaných respondentů v souvislosti s jejich ekonomickou aktivitou znázorňuje následující schéma:



Zdroj: Autorský tým

Studie Valenty a Michalíka dokresluje zjištění námi realizovaného kvalitativního výzkumu dalšími poznatky. Po 5 až 10 letech péče o osobu blízkou dochází u pečujících osob k nevratné ztrátě pracovních kompetencí, většina z nich považuje návrat k původní profesi za nemožný. Pečující osoby jsou ale ochotny podstoupit rekvalifikaci nebo vykonávat podřadnější práci, jen aby se mohly do zaměstnání vrátit. Třemi největšími překážkami návratu na trh práce pak jsou vysoký věk pečujících osob, péče o postiženého a nedostatek praxe (2008: 44-50).

Neposledním aspektem souvisejícím s možnostmi, respektive limity pracovního uplatnění pečujících osob je negativní dopad, který má dlouhodobé poskytování péče osobě blízké

(v případě rodičů pečujících o dítě s postižením i v řádu desítek let) na výpočet starobního důchodu⁴⁸.

„Budu jednou potrestaná tím, že jsem státu ušetřila čtyři pět milionů za to, že jsem dítě nedala nekompromisně ve třech letech do nějakého ústavu [...] Ale ten důchod prostě budu mít mizernej, protože za těch 15 let, co jsem byla doma, tak vlastně tam se mi nebude započítávat žádný výdělek, ale roky se mi počítaj, jo.“
(Pečující osoba 2r)

Profesionálně by se současní pečovatelé této činnosti v budoucnu věnovat nechtěli. Většina z nich se cítí vyčerpaná péčí o osobu blízkou a na péči o osobu mimo rodinný kruh by neměla sil.

6.9.5. Sociální služby pro pečující osoby

Přímou pomoc pečujícím osobám nabízí tři typy služeb tak, jak je definuje zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) Jde o základní sociální poradenství, odlehčovací služby (respitní péči) a ranou péči.

Odlehčovací služba, nejčastěji v její pobytové formě (tedy umístění opečovávané osoby na určitý časový úsek do institucionálního zařízení), byla využívána osobami pečujícími o seniory. Všichni respondenti, kteří službu využívali, s ní byli velice spokojeni a deklarovali, že jim služba poskytla potřebný odpočinek. **V případě péče o seniora, která často začíná pozvolna a se zhoršujícím se stavem se zintenzivňuje, vzniká potřeba pomoci v průběhu péče.** To potvrzují i zjištění o využívání respitní péče, díky které respondenti zvládali pečovat o seniora s vážným zdravotním postižením.

Na rozhodnutí, zda osoba pečující bude tuto službu využívat, se do velké míry spolupodílí i opečovávaná osoba. Osoby pečující často od využití služby upustí, pokud by osoba blízká špatně snášela přítomnost cizí osoby v domácnosti nebo (byť) krátkodobý pobyt v nějakém zařízení.

„[Vnučka pečující o své prarodiče:] Ty odlehčovací služby, to pro nás jako nejde, protože to znamená, že tam jako vstoupí někdo další.“ (Pečující osoba 2p)

Stížnosti na nedostatečnou nabídku této služby se neobjevily, respektive vyvstaly v souvislosti s otázkou nedostatečné kapacity lůžek v zařízeních ústavní péče. Odlehčovací

⁴⁸ Podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodové pojištění, se doba péče započítává jako doba pojištění u osob pečujících o dítě mladší 10 let alespoň v prvním stupni závislosti či v případě péče o osobu v II-IV. stupni závislosti, Pokud péče zasáhá do rozhodného období, považuje se v plném rozsahu za dobu vyloučenou. Od roku 2009 se postavení osob pečujících v důchodovém pojištění zlepšilo. Právní úprava umožňuje v období péče o závislou osobu započítávat místo vyloučené doby fiktivní příjem odvíjející se od částky příspěvku na péči o závislou osobu, příp. je možné tuto částku připočítat k výdělku, který byl skutečně dosažen při výdělečné činnosti „na zkrácený úvazek“ právě v důsledku souběžné péče o závislou osobu. Od roku 2010 pak je možné využít možnosti volby mezi vyloučenou dobou a příjmem z výdělečné činnosti v případě jejich souběhu.

Tato ustanovení však osobám, zejména pak rodičům pečujícím o dítě s postižením, které se péči věnují významnou část svého produktivního věku a jejich příjmy tak jsou nízké, stejně nezaručují vysokou výši starobního důchodu.

služby jsou často poskytovány zařízeními institucionální péče a v jistých případech tak mohou být, v rozporu se smyslem této služby, využívány i zájemci o umístění v ústavní péči. V případě jedné respondentky se lůžko v odlehčovací službě stalo trvalým řešením, zatímco rodina měla podanou žádost o trvalé umístění osoby blízké v ústavní péči ve stejném zařízení, ve kterém ale momentálně tento typ lůžka nebyl volný.

Raná péče byla využívána dvěma rodinami pečujícími o děti s kombinovaným postižením. Se službou byly pečující osoby maximálně spokojeny, protože jim mimo jiné poskytla informační a psychologickou podporu: „*My se na ně můžeme obracet, když něco potřebuju. Díky nim vím, jaké jsou tu možnosti školy, díky nim vím, jaké jsou tu možnosti plavání pro ni, díky nim vím, jaké jsou tu možnosti těch klubíků, znám ty ostatní matky a tak dále. Nejsem v tom sama*“ (pečující osoba 4r). V tomto kontextu vyjádřila respondentka znepokojení ohledně nedocení přínosu této služby ze strany MPSV a omezení finančních prostředků, které podle názoru respondentky ohrožuje již i samotnou existenci této služby. Zejména **u rodičů pečujících o dítě s postižením** se ukázaly být **naprosto stěžejní sociální služby poskytnuté v počátcích po narození** (event. úrazu) **dítěte**, které pomohly rodině se s danou situací vyrovnat, získat informace o postižení a zorientovat se v nabídce služeb.

V případě rané péče jedna respondentka poukázala na vhodnost jejího nabízení přímo v porodnici či u pediatra:

„Ona jako ta raná péče funguje na principu „vy si ji musíte vyhledat“. Samozřejmě to nefunguje tak, že první věc, co se vám narodí dítě, tak oni se vás zeptají, jestli dáte dítě do ústavu a ne „podívejte se, je tu raná péče“. Takže nám to trvalo asi 8 měsíců, než jsme jako vstoupili do rané péče.“ (Pečující osoba 4r)

Základní sociální poradenství jsou povinny dle výše jmenovaného zákona nabízet všechny organizace poskytující sociální služby. Většina respondentů v minulosti využívala (či v současnosti využívá) sociální poradenství zejména v organizacích poskytujících sociální služby osobám, o které pečují. Tato sociální služba však často nebyla chápána jako služba pro pečující osoby, a tak i přes její využívání respondenti často odpověděli záporně na otázku, zda nějakou sociální službu sami využívají. S poradenstvím měly pečující osoby převážně dobré zkušenosti a vyjadřovaly vděčnost všem osobám - ať již sociálním či zdravotnickým pracovníkům či úředníkům, kteří jim poskytli v souvislosti s pečováním pomoc a podporu.

V době výzkumu přibližně **polovina respondentů žádné sociální služby zaměřené na svou osobu nevyužívala**. Uváděným důvodem, proč někteří respondenti z řad osob pečujících o dítě s postižením už nyní žádnou službu nepotřebují, byla skutečnost, že péči mají již poměrně dobře zorganizovanou a vše potřebné si zjistili, když se jim dítě s postižením narodilo a v prvních letech jeho života. „*No, využívala jsem dřív hodně sociální poradenství ve stacionáři, kam chodil. A taky psychologické poradenství. [...] Už jsme to ale vyřešili. Našli jsme si s pomocí psychologičky i sami způsob, jak to zvládat*“ (pečující osoba 1r). To potvrzuje i význam služby rané péče a spokojenost respondentů s touto službou.

Některé pečující osoby ale zmínily, že ví, kam se mohou obrátit v případě potřeby o radu a podporu, a necítí se „ve vzduchoprázdnu“ (pečující osoba 1a). Zejména osoby

s vysokoškolským vzděláním pak hodnotily jako relativně snadné si v době informačních technologií potřebnou službu vyhledat. Nicméně **objevili se i ti, kteří se v možnostech, které mohou využívat, neorientovali**. Těm chyběl nějaký **záchytný kontaktní bod**, kam by se mohli v případě potřeby obrátit.

Většina rodičů pečujících o své děti nevěděla, že nějaké služby přímo pro ně existují. Osoby pečující o seniory měly o něco lepší přehled (minimálně o existenci respitní péče).

„Něco takovýdleho existuje? Možná jestli nabízejí nějaký psychologové, ale já nic nevyužívám. Vůbec ne. A ani nevím, že by něco takového existovalo.“ (Pečující osoba 2l)

Jedna respondentka poukázala na skutečnost, že pečující osoby jsou takříkajíc „upozaďovány“ a pozornost je zaměřena na opečovávané.

„Nikdo se nepozastavil zatím, jestli já něco potřebuju, oni to všichni berou takový ..., jako že já to, oni jsou všichni na to za ta léta zvyklý, že já to zvládnou.“ (Pečující osoba 1o)

Patrná byla také určitá odtažitost a skepse k využívání služeb určeným pečujícím osobám. Respondenti uváděli, že se spoléhají sami na sebe a jsou schopni řešit situace bez pomoci profesionálů. Někteří připustili, že vůbec nevědí, jak by taková služba měla vypadat. Její využívání by pochopitelně bylo podmíněno tím, že by v jejím průběhu byla zajištěna péče o závislou osobu. Většina pečujících osob nebyla schopna odpovědět na otázku, jaké služby by ony samy potřebovaly. Mezi pár podněty se objevily např. odborná pomoc při partnerských problémech způsobených právě pečováním nebo návod, jak se starým člověkem ve špatném zdravotním stavu mluvit o smrti.

Možnost setkat se s dalšími pečujícími osobami, jejichž životní situace je obdobná, a **popovídat si je pro pečující osoby velmi důležitá**. Rodiče dětí s postižením se dostávají do těchto neformálních sítí - díky společným aktivitám dětí a existenci většího množství svépomocných skupin - relativně snadněji než osoby pečující o seniora. Zvláště lázeňské a rekreační pobyty se stávají cenným místem pro sdílení zkušeností a výměnu informací mezi rodiči. Jedna respondentka pečující o seniora si takové místo našla v Gerontocentru, další však stále svépomocnou skupinu tohoto typu v Praze hledala.

Jak už bylo popsáno výše, pečující osoby jsou často velmi časově vytížené a psychicky vyčerpané. Jsou tak ochotny věnovat svůj volný čas zejména tomu, co je baví a hlavně u čeho si odpočinou. Využívání sociální služby (či dalších služeb) určených osobám pečujícím jim však se zábavou ani odpočinkem neasociuje. **Velkou pomocí tak je, pokud dobře fungují sociální služby určené těm, o které pečují. Ty zlepšují jejich časové možnosti a umožňují jejich seberealizaci v jiných oblastech (v profesním životě i ve volném čase).**

6.9.6. Podpora ze strany úřadů, možnosti vzdělávání

Zkušenost respondentů s úřady byla velmi rozmanitá a pohybovala se na škále, na jejímž jednom pólu byli respondenti maximálně spokojeni a jednání úředníků považovali za profesionální, a na druhém pak ti, kteří úřady a jejich zaměstnance považovali takřka za úhlavního nepřítel, v úřady ztratili důvěru a s jejich pomocí nepočítali. Hledat nějaké obecně platné zákonitosti v této oblasti tak není snadné. Vnímaná podpora ze strany úřadů je ovlivněna lidským faktorem na obou stranách.

Nejčastěji objevující se vztah k úřadům je možné shrnout následovně: Na úředníky si respondenti sice příliš nestěžovali, kritizovali ale nedostatek iniciativy a převahu spíše reaktivního přístupu před proaktivním (tj. zaměřením na řešení potíží, které už nastaly, namísto předcházení problematickým situacím). Stížnosti se objevovaly také u rychlosti (nebo spíše pozvolnosti), s jakou je vyřizována agenda spojená s příspěvkem na péči, nebo na necitlivé náznaky ze strany pracovníků veřejné správy, že pečující osoby mají eminentní zájem pouze o dávky.

O vzdělání byl mezi respondenty velmi malý zájem a většinou považovali své znalosti v důsledku mnohaleté péče za dostatečné či dokonce za převyšující jakékoliv možné vědomosti školitelů. Někteří z pečovatelů absolvovali např. psychologické kurzy v době, kdy začínali poskytovat péči osobě blízké. „*Ono toho zase není tolik se učit, když člověk vlastně se už pomalu šestnáct let o něj stará*“ (pečující osoba 20). Co naopak oceňovali, jsou odborné zdravotní semináře, přednášky a konference týkající se zdravotního postižení jejich závislé osoby. Někteří respondenti však připustili, zejména pak osoby pečující o seniory, že vzdělání v nějaké institucionalizované formě by jim ušetřilo čas vynaložený na pátrání po zdrojích a ten by mohli přesunout na péči o své blízké či o sebe. Pokud měli zájem o dozdělování, měli velmi jasnou představu o jeho podobě: Zájem projeвили o vzdělávání v sociálně právní oblasti či o nácvik konkrétních dovedností, jako je např. jízda s invalidním vozíkem.

6.9.7. Informovanost

Naprostá většina respondentů uvedla, že má dostatek informací potřebných k péči o závislou osobu.

„Těch je opravdu hodně. Jako musím říct, že rozhodně není pravda, že by ty informace nebyly. Informace jsou. Když se někam takhle dostanete, tak ty informace jsou. A když je chcete získat, tak je vždycky získáte.“ (Pečující osoba 21)

Většina respondentů přistupovala k získávání informací aktivně a byla zvyklá si je vyhledávat na internetu, v zákonech, časopisech a brožurách, na seminářích apod. Zásadním zdrojem byly svépomocné skupiny – včetně těch virtuálních v podobě webových portálů (např. www.postizenedeti.cz či www.pecujici.cz) a pro rodiče pečující o své děti pak návštěva lázní či rekreační pobyty s dětmi.

Zcela zásadní je dále informační podpora při zahájení péče. Chválu rodičů jako informačního zdroje si získala raná péče. Důležitým zdrojem informací byli i poskytovatelé

služeb, kteří na sebe odkazovali a doporučili klientům vhodnou následnou službu. Ne zcela konsistentně hodnotili respondenti informace podávané lékaři, (kriticky byli hodnoceni zejména praktičtí lékaři) a sociálními pracovníky na úřadech – zkušenosti pečujících osob byly pozitivní i negativní:

„Ne, tam se informace zásadně nepodávají. Tak v podstatě, když s něčím přijdete, že něco chcete, tak ano, tak vám řeknou, že to možný je a za jakých podmínek. Ale že by sami jako aktivně „a zkuste ještě tohle“, to ne. To nefunguje.“ (Pečující osoba 2l)

Pečující osoby by uvítaly, kdyby byly informace dostupné na jednom webu či například byly rozesílány elektronicky formou newsletteru. Problematickým úkolem se někdy stává se v množství informací zorientovat. Deficit respondenti cítili v oblasti dostupnosti informací o kvalitě služeb a také možnosti správně zhodnotit nabídku služeb bez doplňujících informací a referencí.

Většina pečujících osob by ocenila, kdyby společnost byla více informována o jejich problémech, možnostech vhodně pomoci na ulici či správné komunikaci s osobou se zdravotně postiženým, ve které je rovnocenným partnerem. Jak ale několik pečovatelů dodalo, situace se za poslední desetiletí velice změnila a jsou za to rádi. V neposlední řadě **by měla být společnost i více informovaná o situaci pečujících osob:**

„Mně by se líbilo, kdyby se víc mluvilo o situaci lidí, který pečují. Jak lidi, který pečují o děti, tak lidi, který pečují jakoby o seniory. A aby třeba prostě ta, no, to není profese, ale aby ta aktivita měla jakoby vyšší jako vyšší status ve společnosti. [...] Ale aby vopravdu jako lidi tu práci oceňovali.“ (Pečující osoba 2p)

6.9.8. Plány do budoucna

Výhled do budoucna je u mnoha pečovatelů spojen s velkou nejistotou. Specifické problémy se liší u rodičů pečujících o své dítě a naopak u dětí pečujících o svého rodiče. Co však spojuje všechny pečovatele, je jejich úsilí a přání zajistit pro své závislé osoby co nejlepší péči a v rámci možností co nejkvalitnější život.

Rodiče mladších dětí vůbec neuvažovali o tom, že by s péčí měli přestat, a v současnosti se soustředili na nalezení vhodných vzdělávacích a zdravotních institucí a sociálních služeb pro své potomky. Své síly napínali také do organizování aktivit (typu svépomocné skupiny, volnočasové aktivity aj.) pro stejně postižené děti a jejich rodiny.

Rodiče pečující o dospělé děti naopak měli obavy o zajištění péče v budoucnosti. Považovali za velice důležité, aby jejich děti nebyly závislé pouze na nich, ale aby se dál rozvíjely a našly prostředí, ve kterém obstojí a budou moci smysluplně vyplnit svůj čas. Mnozí ale současně připouštěli, že i když své děti milují, po dlouhodobé péči v řádech desítek let se cítí péčí unavení. Ve výpovědích se objevovaly také obavy a nejistota, co by se s dětmi stalo v případě jejich nemoci nebo úmrtí. A často si uvědomovali, že jiná možnost než ústavní

pobyt nebo využívání sociálních služeb typu dům s pečovatelskou službou nebo chráněné bydlení pravděpodobně nebude. Někteří rodiče dospělých dětí se již pokusili najít vhodné zařízení, kterému by péči předali. **Opakovaným problémem však byl nedostatek zařízení (zejména pro dospělé osoby s mentálním postižením) či chráněného a bezbariérového bydlení pro dospělé osoby s postižením** (více v kap. 6.2.)

Osoby pečující o seniory často žily pod tlakem nejistoty, jak rychle a do jaké míry se zdravotní stav závislé osoby zhorší. Většina respondentů **by ráda dále péči poskytovala, protože si uvědomovala její velký význam pro závislé osoby.** Také se u osob pečujících o seniory výrazněji objevovaly problémy, které se u osob pečujících o děti se zdravotním postižením nezdály být tak naléhavé. Šlo zejména o otázku velikosti a bezbariérovosti bydlení a samotné možnosti nastěhovat si osobu opečovávanou do své domácnosti. Vzhledem k tomu, že většina dotázaných pečovatelů z této skupiny byla již v předdůchodovém či důchodovém věku, mnozí si stěžovali na špatný zdravotní stav a fyzické a psychické vypětí, které pro ně péče představuje. **Někteří pečovatelé připustili, že pokud by se zdravotní stav osoby závislé na péči zhoršil a oni by nadále fyzicky nebo psychicky péči nezvládali, volbou by byla institucionální péče.**

6.9.9. Shrnutí

Na základě realizovaného výzkumu lze shrnout poznatky o pečujících osobách následovně. Nejčastěji se péče odehrávala mezi osobami v příbuzenském vztahu, typicky šlo o rodiče pečující o děti s postižením a děti pečující o své nemohoucí rodiče. V roli pečujících osob dominovaly ženy. Ač obecně nelze u pečujících osob vyloučit existenci zištných důvodů pro péči, v případě respondentů zahrnutých do výzkumu bylo rozhodnutí pečovat motivováno osobními pocity a morálním přesvědčením, které jim nedovolovalo odmítnout osobě blízké pomoc či ji umístit do zařízení institucionální péče.

Charakter péče jako je jeho intenzita, rozsah či organizace byl velmi individuální. Mezi faktory, které ovlivňovaly podobu péče a její dopad na osobu pečující, byl zdravotní stav a z toho vyplývající potřeby opečovávané osoby, podpora rodiny a participace dalších osob na péči; využívání sociálních služeb závislou osobou a v neposlední řadě bytová situace rodiny.

Hlavními jmenovanými přínosy péče byly ty, že opečovávaná osoba mohla žít v domácím prostředí a mít co nejvíce plnohodnotný život, a rodiče mohli žít se svými dětmi. Mezi objevujícími se negativy byly psychická náročnost činnosti a neustálá vytíženost, nedostatek odpočinku, pocit vyhoření, ztráta osobního a profesního života a zhoršení vztahů s rodinou, izolovanost a zdravotní následky z vysokého nasazení, které péče představuje.

Přibližně třetině respondentů se dařilo skloubit péči s pracovním uplatněním. Zvláště pečující osoby mladšího a středního věku by si ale přály mít možnost vedle pečování i pracovat, ať již kvůli kontaktu s lidmi, seberealizaci či příjvídělku. Tato možnost je do velké míry ovlivněna tím, zda je rodina schopna si péči rozdělit, najít vhodnou sociální či vzdělávací službu pro závislou osobu a je ji schopna financovat v rozsahu, který by umožnil pečující osobě nastoupit do zaměstnání.

Většina pečujících osob v minulosti využila sociální poradenství, odlehčovací službu využívaly zejména osoby pečující o seniory, ranou péči pak rodiče dětí s kombinovaným postižením. S využívanými službami byly pečující osoby spokojeny, případy neuspokojené poptávky byly zaznamenány výjimečně. Zásadní pomocí ale je, pokud dobře fungují sociální služby určené těm, o které pečují. Ty zlepšují časové možnosti pečujících a umožňují jejich seberealizaci v jiných oblastech (v profesním životě i ve volném čase).

Většina respondentů se vyjádřila, že má dostatek informací potřebných k péči o závislou osobu, a je proaktivní v jejich vyhledávání. U osob pečujících o dítě je informační podpora zásadní při zahájení péče, u pečujících o seniory, u kterých dochází se zhoršujícím se zdravotním stavem ke zvyšování intenzity péče, postupně rostou i nároky na služby.

Mezi problémy, se kterými se pečující osoby setkávají, je náročná doprava opečovávaných osob za službami; zejména u pečujících o seniora problematika bariérovosti bydlení a možnosti nastěhovat si osobu opečovávanou do své domácnosti; pomalý postup při vyřizování agendy spojené s příspěvkem na péči, nedostatek vhodných sociálních služeb (ať již ambulantních či institucionálních) zejména pro dospělé děti s mentálním postižením nebo obavy o zajištění péče o závislou osobu v případě nemoci či smrti pečovatele.

6.10. Podmínky pro poskytování sociálních služeb z pohledu poskytovatelů

6.10.1. Okruh sledovaných údajů

Záměrem této kapitoly je shrnutí vybraných poznatků získaných od zástupců poskytovatelů. Pozornost přitom bude soustředěna pouze na jejich hodnocení stávajících podmínek pro poskytování sociálních služeb. V kapitole tak již nebude věnována pozornost poznatkům vztahujícím se přímo k situaci cílových skupin (týkajícím se především informování klientů o službě a mapování jejich potřeb), které byly diskutovány v předchozích kapitolách.

V textu budou sledovány tyto hlavní okruhy témat, které utvářejí podmínky pro poskytování sociálních služeb:

- finanční zajištění činnosti organizace;
- jiné než finanční otázky spojené se zajištěním činnosti organizace (personální zajištění služby, možnosti využívání dobrovolníků, vzdělávání pracovníků, administrativa apod.);
- vztahy mezi jednotlivými aktéry poskytujícími sociální služby a jejich participace na tvorbě systému sociálních služeb a
- vybrané obecnější charakteristiky systému sociálních služeb (charakter vazby mezi potřebnostmi služby, její kvalitou a financováním).

6.10.2. Finanční zajištění činnosti organizace

Finanční prostředky organizace získávaly z veřejných zdrojů (MPSV, MHMP, městské části), ale významný byl i podíl prostředků z neveřejných zdrojů, zejména od soukromých dárců. Z odpovědí respondentů vyplynul také zájem rozšiřovat aktivity na poli individuálního a firemního fundraisingu. **Veřejné zdroje ve financování organizací nicméně jednoznačně převažovaly.** Bylo poukázáno také na to, že prostřednictvím soukromých dárců (nadace, firmy, jednotlivci) je snazší získat prostředky na aktivity realizované nad rámec sociálních služeb, než na vlastní sociální služby.

Nezanedbatelný vliv měly také **finance z evropských fondů.** Ty byly v případě pražských organizací využívány zejména v oblasti dalšího vzdělávání, (zatímco organizace působící i v jiných krajích je mohou využít i při financování vlastní činnosti organizace). Podle jednoho z respondentů byly tyto prostředky sice „vítanou vzpruhou“, ale **neřešily vnitřní deficit financování sociálních služeb.** U některých organizací část finančních prostředků pocházela z **vlastní činnosti**, i v těchto případech ale byla spíše doplňkovým příjmem a prostředky na zajištění provozu organizace musely být získávány z jiných zdrojů.

Podíl veřejných zdrojů na financování sociálních služeb se výrazně liší u jednotlivých typů služeb, jak vyplývá z vlastní analýzy Odboru zdravotnictví, sociální péče a prevence MHMP (OZS MHMP) nad daty MPSV (z OK systémy). Například v případě intervenčních center činí veřejné zdroje až 100 % veškerých příjmů. V případě azylových domů tvoří veřejné zdroje 73 %, 7 % příjmů tvoří dary, příspěvky a ostatní příjmy a 20 % jsou vlastní výnosy

a příjmy poskytovatelů. U domů na půli cesty tvoří dary, příspěvky a ostatní příjmy až 47 % příjmů a veřejné zdroje „pouze“ 43 % příjmů. U naprosté většiny sociálních služeb však veřejné zdroje tvoří přes tři čtvrtiny veškerých příjmů poskytovatelů a jsou tak pro jejich chod skutečně zásadní (MHMP 2011a).

U příspěvkové organizace a církevní právnické osoby se ukázalo, že se na jejich financování významnou měrou podílejí jejich **zřizovatelé** (v případě našeho výzkumu městská část či církev). Prostředky od zřizovatele ale samy na provoz organizace nedostačovaly a i tak bylo nezbytné zajištění dalších zdrojů financování. Přesto však finanční stránku fungování těchto organizací lze popsat jako jistější a stabilnější v porovnání s dalšími právnickými formami poskytovatelů sociálních služeb jako je občanské sdružení nebo obecně prospěšná společnost. Dle výpovědi respondentů lze usuzovat, že v případě potřeby je pro tyto organizace relativně snazší dosáhnout na finanční prostředky:

„V případě, kdy dochází ke zvýšené poptávce, žádáme o zvýšení rozpočtu. Musíme to samozřejmě zdůvodnit, proč, a ve většině případů nám je naše žádost pokryta.“ (Poskytovatel 6i)

V souvislosti se současnými možnostmi získávání finančních prostředků respondenti poukazovali na celou řadu zásadních problémů, které se do fungování jejich organizací promítaly velmi významným způsobem. Kromě objevujících se stížností na samotnou výši dostupných finančních prostředků a jejich klesající trend, respondenti zmiňovali obtíže týkající se celkového **nastavení systému financování sociálních služeb**. Zde je nicméně věnována pozornost pouze těm, které se nějak promítaly do možností finančního zajištění fungování organizace.

Nejvýznamnějším dopadem současného uspořádání financování systému sociálních služeb je dle respondentů **nejistota** spojená s pochybnostmi ohledně získání finančních prostředků na další rok. Tato **nejistota při zajišťování stability příjmů** se odvíjela především od jednorozhodného horizontu pro financování sociálních služeb z veřejných zdrojů. Roční horizont dotačních schémat ještě nemusí být sám o sobě překážkou snahy o zajištění kontinuity při poskytování služeb. Záleží totiž dále na tom, zda jsou možnosti organizace uspět v dotačním řízení, respektive výše v dotačním řízení získaných prostředků, v jednotlivých letech srovnatelné. Z vyjádření respondentů ale vyplynulo, že tak tomu v současnosti rozhodně není. Důvody výkyvů při čerpání dotací přitom respondenti jednoznačně spatřovali v **měnících se podmínkách pro poskytování dotací**.

„Financování ze zdrojů, které jdou dotačně (určené) na sociální služby, je nedostatečné... pro mě je ten proces rozdělování finančních prostředků na sociální služby úplně neprůhledný. Nerozumím tomu jak se rozhoduje kdo dostane ty prostředky a v jaké výši...“ (Poskytovatel 1g)

“Jsme třeba předloni měli slušný peníze, těsně před koncem roku, asi byly nějaký přebytky, tak nám začali dávat další a už jsem nevěděla co s nima, jo, nevěděla co s nima, s těma penězma. Pak byl velkej zlom, loňskej rok, úplně šílenej. To najednou prostě přišlo vo třetinu míň. [...] Letos se to trošku zlepšilo. Letos sme

plus minus tak jak potřebujem. Nemůžeme si vyskakovat, nežijeme v nějaký vatě, ale nemám úzkost, že nepřežijem. Kdybych věděla, že to tak bude příští rok, tak jsem fakt jako blahem bez sebe. Ale já vím, že příští rok to zase bude úplně jinak.”
(Poskytovatel 2d)

Nestabilita finančních prostředků z veřejných zdrojů představuje spíše obecnější charakteristiku systému financování systému sociálních služeb. Možnosti finančního zajištění provozu organizací však ovlivňovala velmi výrazně, neboť organizacím znemožňovala dlouhodobě strategicky plánovat a rozvíjet služby a zajišťovat kvalitní personál.

„My máme jednoleté granty od ministerstva od magistrátu a v tomhle tom se nedá plánovat nic. Nedá se plánovat vzdělávání, rozvoj služeb ani personální fungování.” (Poskytovatel 6g)

„My jsme závislí na dotacích. Takže finanční nejistota je velká... ty dotace byly špatné a teď prostě nevíte...máte to napůl zavřít nebo čekat, že se situace zlepší.”
(Poskytovatel 2g)

Finanční zajištění provozu organizace ale ovlivňovaly i další významné charakteristiky současného systému financování sociálních služeb. Mezi ty lze zařadit především všeobecně známý problém s cash flow, tj. střídání období nedostatku prostředků na začátku kalendářního roku a jejich urychlené utrácení na konci roku, zpoždování vydání rozhodnutí o přiznání dotace a zpožďující se platby zejména od MPSV. Jako další významný problém spadající do této kategorie bylo možné vnímat časovou náročnost administrativních činností spojených s obstaráváním financí.

„My se od září do března děsíme, kolik peněz dostaneme. Musíme si na přechodné období brát úvěry nebo půjčky, protože peníze dostaneme až v březnu.” (Poskytovatel 6g)

„Co bych si přál je, abych teď už věděl, kolik budeme mít peněz na příští rok, v reálu to budeme v lednu, v únoru a v březnu žít v nejistotě, někdy v dubnu se dozvíme, kolik zhruba bychom mohli dostat a v listopadu nám pak řekl, že je to jinak, v lepším případě víc, ale i z toho má člověk smíšený pocity, radost z toho, že jsme dostali víc, ale smutek, že jsme to nedostali dřív.” (Poskytovatel 1i)

„Problém takové to jednorocní financování a to překlenutí té doby, kdy nevíme, jestli na tu službu dostaneme finanční prostředky. Žádost se podává na podzim a výsledky jsou někdy v únoru, ale co máme dělat leden a únor s těmi lidmi. Když to předfinancujeme a pak zjistíme, že jsme nic nedostali, tak budeme řešit, z čeho to zaplatit.” (Poskytovatel 6i)

Patrná je také **nepříliš těsná vazba mezi potřebnostmi služby, její kvalitou a financováním**. Dle názorů některých poskytovatelů je v HMP nadbytečné množství poskytovatelů služeb, což vede k tomu, že se finanční prostředky mezi ně zbytečně rozměňují, ve výsledku jsou služby nekvalitní a potřeby klientů nejsou uspokojeny. Tento problém je patrný zejména u odborného sociálního poradenství, které musí dle zákona nabízet každá organizace

poskytující sociální služby. Aniž by však všechny organizace v praxi opravdu tuto službu poskytovaly, naprostá většina z nich žádá mimo jiné o finanční prostředky na tuto službu. Dalším systémovou příčinou může být příliš snadná možnost registrace sociální služby.

„Praha je přeslužbovaná. Ale přitom je tady prostě drobení mezi služby, který de facto, když tam ten uživatel s tou svojí základní potřebou přijde, tak uspokojen není, a nikdo, poté, co byl přijat zákon o sociálních službách a registrace se udělala prostě tak benevolentně, že dneska každé přijde s diplomem, a dostane registrace, a hned natáhne ruku na dotace.“ (Poskytovatel fg4)

„Všechny organizace mají zaregistrované odborné sociální poradenství, ale téměř žádná ho nedělá. Takže o ty dotace žádá v podstatě každá organizace, ale ty poradny, které ho opravdu dělají, protože my tady neděláme nic jiného, než to poradenství, oni to mají nalepené na nějakou jinou službu, tak vlastně se ty peníze rozmělní. A přitom oni ty klienty pak posílají k nám, protože si s tím nevědí rady.“ (Poskytovatel 3i)

Finanční aspekty provozu organizace lze sledovat u celé řady dalších významných otázek, nejen v souvislosti se samotným zajištěním dostatečného množství finančních prostředků. Především jde o samotné poskytování péče klientům organizace, při němž se organizace snaží dostát vlastní představě o odpovídajícím standardu poskytované služby, Standardům kvality sociálních služeb a případně i oborovým standardům či jinou skupinou subjektů vymezeným standardům. Poskytovatelé tak musejí být schopni plnit poměrně značné nároky na kvalitu poskytovaných služeb. Od toho se odvíjejí i další nároky, kterým musí organizace dostát, a to v oblasti přípravy, vzdělávání, případně supervize svých zaměstnanců.

Všechny tyto otázky je možné hodnotit nejen jako samostatná témata (k tomu více viz následující podkapitola 6.10.3), ale také právě se zřetelem na finanční situaci organizace. Dotázaní v tomto ohledu poukazovali na to, že **ač jsou celkové nároky na poskytovatele velmi vysoké, jejich zdroje jsou poměrně omezené a nejsou dostatečně stabilní.**

Na uvedený rozpor respondenti poukazovali nejen obecně, ale také konkrétně v případě finančních možností **ohodnocení personálu**. Jedná se o problém vyplývající z obecného nastavení systému sociálních služeb, kdy kvalifikační požadavky na sociálního pracovníka jsou vysoké, ale jejich mzdové tarify požadovaným nárokům neodpovídají. Kvůli nedostatečným prostředkům na mzdy proto bylo obtížné získat a udržet kvalifikované pracovníky, a to jak pracovníky přímé péče, tak další personál. Udržení proškolených pracovníků je přitom pro poskytovatele klíčové, protože vyhledávání a zaškolování nových pracovníků významně odčerpává jejich kapacity.

„K nám se sem hlásí spousta lidí, i mladých, kteří chtějí pro X [název organizace] jako poradci pracovat. Bohužel ten nedostatek peněz nám neumožňuje přijmout nového člověka na plný pracovní úvazek.“ (Poskytovatel 5g)

„Já si umím představit, že bych zaměstnával další lidi [...] třeba nějakého obchodního manažera, PR manažera a podobně. V současnosti to dělám všechno sám a nejde to samozřejmě stihnout.“ (Poskytovatel 6g)

Podle některých dotázaných bylo obtížné také zajišťování prostředků na další vzdělávání zaměstnanců, kde však na druhou stranu, dle některých poskytovatelů, sehrávají pozitivní roli dotace z ESF⁴⁹.

6.10.3. Další aspekty související se zajištěním provozu organizace

Kvalifikace zájemců o práci v organizaci byla většinou dotázaných hodnocena příznivě. Převládalo přesvědčení, že na trhu práce je k dispozici dostatek kvalifikovaných pracovníků. Možnosti výběru kvalifikovaných zájemců tak byly v případě uvolnění místa převážně hodnoceny jako dobré. Někteří respondenti poukázali na to, že vlivem ekonomické krize a propouštění v jiných sektorech, stoupl počet **velice kvalitních uchazečů** na pozice sociálních pracovníků.

Přesto se i poskytovatelé sociálních služeb setkávají s **fluktuací pracovníků**. Zvláště negativní je trend, kdy odcházejí zaškolení pracovníci po přibližně dvouleté činnosti u organizace. Nízké platové ohodnocení bude nejspíše pouze jedním z faktorů, proč tuto práci opouštějí. Podrobnější příčiny fluktuace zaměstnanců poskytovatelů sociálních služeb nebyly v rámci tohoto výzkumu zjišťovány, roli však mohou hrát i zmiňované jevy jako je přetěžování zaměstnanců zvyšující se riziko pro rozvoj tzv. syndromu vyhoření u pracovníků přímé péče.

*„Než se poradce zaškolí, aby byl jakž takž schopen sám pracovat, tak trvá rok, a i tak po tom roce ještě člověk pořád se zaučuje, zjišťuje spoustu informací, ...“
(Poskytovatel 3i)*

„Kolegyně z dalších dvou nízkoprahových klubů, [...], zjišťovali po klubech, proč a za jak dlouho lidi nejčastěji odchází, a zjistily, že nejčastěji se odchází zhruba po dvou letech práce, tedy v době, kdy ten člověk začíná dobře fungovat. Já co tady vidím, začínají ti lidé nejlépe fungovat po roce práce, někdo dřív, někdo déle. A on vám po roce, co to nějak začíná dávat, odchází. A vy celý ten proces absolvujete znovu, dáváte do něj energii, seznamujete ho, on to zjišťuje, dáváte peníze do jeho vzdělávání, už jsou na něj navázaní klienti, začíná dělat dobře tu svojí práci a najednou on odchází, ...“ (Poskytovatel 5i)

Většina dotázaných organizací využívala služeb **dobrovolníků**, některé však nikoliv. Ať už z důvodu administrativní náročnosti nebo nevhodnosti vykonávané práce. Obecně se ukázalo, že dobrovolníci nejsou příliš vhodní pro sociální služby, kde je navazován dlouhodobý osobní až intimní vztah s klientem, např. v asistenčních službách seniorům. V řadách dobrovolníků je výrazně vyšší fluktuace než u kmenových zaměstnanců a výměny pracovníků klienti nevnímají pozitivně.

⁴⁹ ESF = Evropský sociální fond, z něhož jsou v ČR poskytovány prostředky na vzdělávání pracovníků prostřednictvím operačního programu Praha Adaptabilita pro subjekty působící v Praze a prostřednictvím operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost pro ostatní subjekty.

„Protože zvláště u seniorů se asistent stává členem rodiny. A když potom každý měsíc se vystřídá, nebo co tři měsíce, tak je to pro toho seniora velmi bolestné. Odchází někdo, koho má rád. Ten dobrovolník nám není schopen garantovat, že bude chodit tak často, jak ten klient potřebuje a že bude chodit tak stabilně.“ (Poskytovatel 2e)

Naopak v jiných službách jsou dobrovolníci využíváni ve větší míře. Obvykle se však nepodílejí přímo na výkonu sociálních služeb, ale buď u nich asistují (např. pomoc s administrativou, dohledávání informací, právní expertíza apod.), nebo se podílejí na realizaci nadstavbových a volnočasových aktivit (např. víkendové výlety, kulturní akce, „aktivistické“ činnosti, doučování, ale částečně i fundraising (dobročinné obchody) apod.

“ Zaplať Pán Bůh, ty dobrovolníci neřeknou v osm hodin nashledanou, mě to nezajímá, neodejdou a jsou tady klidně do deseti.” (Poskytovatel 2c)

Dobrovolníky organizace získávali jak z řad studentů (povinné praxe u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb), tak z řad známých a přátel zaměstnanců, prostřednictvím inzerce na webových stránkách a na fakultách vysokých škol.

V souvislosti s **dalším vzděláváním pracovníků** bylo několika respondenty poukázáno na to, že podmínka absolvování akreditovaných kurzů vede k formalismu a „honně za hodinami“. Systém podle dotázaných přikládá větší význam vykazování účasti na akreditovaném vzdělávání, než samotnému výsledku vzdělávání. Kriticky byla hodnocena také úroveň vzdělávacích kurzů, které jsou akreditovány pro účely dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

„Je to zase hon za hodinami a za body. Nezohledňují se jiné, dejme tomu modernější způsoby vzdělávání, je to zase o tom, sehnat si nějaký papír s razítkem a číslem akreditace. Tu kvalitu vzdělávání a služby, na to to vůbec nemusí mít vliv.“ (Poskytovatel 3i)

„A přitom z toho, co ,moji‘ lidi musej umět, já nenajdu nic v těch akreditovanejch kurzech.“ (Poskytovatel 2d)

Respondenti také poukazovali na **administrativní zátěž**, a to především v souvislosti se systémem „vykazování“ objemu poskytovaných služeb, změnou jejich kapacity a žádostmi o dotace. V posledních letech přitom pozorovali rostoucí trend v objemu administrativních úkonů, které musí organizace vykonat. Finanční náklady spojené s administrativními činnostmi podle některých dotázaných poskytovatelů prodražovaly služby jejich organizace. Z hlediska žádostí o dotace jsou problematické zejména neustálé změny formulářů, neschopnost institucí státní správy předávat si informace elektronicky či nejednotná dokumentace v grantových řízeních jednotlivých odborů MHMP.

„Strašná složitost administrativy, obtížná srozumitelnost systému. Otázka „kolik to stojí“ zabere tři vteřiny, odpověď pravdivá je na dvě hodiny. [...] To je něco, co neustále řešíme, že tím, jak se mění ty finance, tak se mění i kapacita toho zařízení. Změna kapacity zařízení vyžaduje nové rozhodnutí. Takže je to taková

neustálá administrativa v tomhle směru. Já chápu, že ty kapacity jsou nějak nastavené, ale v podstatě je to problematické, z hlediska toho, že se to neustále, neustále mění.“ (Poskytovatel 6i)

„To je prostě, tady musí být člověk, který každý rok musí přečíst všechno tohle to [ukazuje stoh papírů], zvýrazňovačem si zvýraznit, protože to není, to se nemůže stát rutinou, že bychom každý rok vyplnili něco, a věděli, že je to v pořádku. Tady se mění data, termíny, seznamy příloh, kolonky, indikátory, údaje za roky předtím, roky dopředu. [...] Ty absurdní přílohy, to jsme skutečně 15 let neznali, to co se děje posledních 5 let, abychom si od státu na některých místech žádali potvrzení, že existujeme, ne starší šesti měsíců a na jiném místě je státu dávali, což [se nedělo] v době, kdy jsme neměli [...] internet a neměli jsme prostě elektronicky zpracované databáze. [...] Já nechápu, proč v hlavním městě, co odbor, to úplně jiný pravidla. [...] A v těch jiných městech to tak je, že všechny odbory se domluví, že když vyhlásují, tak vyhlásují v nějakém stejném časovém období, používají stejné formuláře, má to stejnou kulturu, to je vysačka kvality toho magistrátu.“ (Poskytovatel 2c)

Ve spolupráci s poskytovateli by bylo vhodné nastavit takový systém vykazování, který zajistí dostatečnou zpětnou vazbu pro poskytovatele příspěvku a přitom nebude způsobovat neadekvátní časovou zátěž pro poskytovatele služeb. Tyto aktivity již sice částečně probíhají, měla by jim však být věnována ještě výraznější pozornost. Vhodný způsob vykazování může celý systém výrazně zefektivnit a to nejen úsporou nákladů na administrativní zátěž, ale i optimalizací jednotlivých typů služeb.

6.10.4. Vztahy mezi jednotlivými aktéry

Oslovení poskyvatelů služeb **spolupracují s celou řadou organizací** s podobným a návazným zaměřením. Vedle pozitivních zkušeností a dopadů na jejich práci, kterou diverzita a relativní četnost poskytovatelů v hlavním městě přináší (např. výměna zkušeností, informovanost klientů, realizace společných projektů, na které mají větší šanci získat podporu, doplňování se při poskytování služeb apod.), zmiňovali někteří respondenti i negativní aspekty, kterými jsou např. výše popsané rozměňování prostředků díky systému financování, který není schopen odrážet kvalitu.

„Spolupracujeme, při klientské práci...takže pokud třeba víme, že naše organizace není schopna tomu člověku poskytnout nějaké konkrétní služby, tak se snažíme vyhledat nějaké jiné poskytovatele sociálních služeb, kteří by jim mohli nějaké služby nabídnou.“ (Poskytovatel 1g)

Poskyvatelé spolupracují s **jednotlivými MČ** i s **MHMP**, a to nejen v souvislostmi s žádostmi o dotace či vykazováním činnosti. Jedná se zejména o informování příslušných odborů o činnosti poskytovatele, kam pak pracovníci těchto odborů posílají klienty. Někteří poskyvatelé se účastní komunitního plánování. Tuto účast pak poskyvatelé hodnotili různě. Obecně se shodují, že je důležité, aby komunitní plánování fungovalo, aby stran samosprávních územních celků byly deklarovány prioritní oblasti a poskyvatelé tak věděli,

zda se s nimi v budoucnu jako s partnery počítá. K realizaci komunitního plánování jak na úrovni HMP, tak městských částí se však objevily určité výhrady.

„Pro tu naši cílovou skupinu, na těch komunitních plánováních, kde jsem byl, jsem neměl pocit, že by to bylo nějak zásadním způsobem přínosné, ale je tam určitě vidět ta snaha něco dělat a nějaké dílčí výsledky to přináší.“ (Poskytovatel 2i)

„Prostě cokoliv oni vyhlásej, tak mi se toho zúčastníme, aktivně chceme spolupracovat, a protože to pak skončí vniveč, tak jako vždyť chápete, my máme svý práce dost. [...] Tady na městské části to komunitní plánování bohužel nefunguje, [nefunguje] na úrovni magistrátu, ani na úrovni městské části, byť každý prostě někde prezentuje rádobu, že to tady funguje. Ale samozřejmě pro nás je to důležitý. Tady fungujeme a tady ty služby chceme nabízet lidem, který je potom, kteří je potřebují.“ (Poskytovatel 2c)

Magistrát a jeho přístup v posledních letech hodnotili respondenti **převážně kladně**, jako signál snahy o změnu k lepšímu. Komunikaci na celopražské úrovni respondenti vítají, v tuto chvíli probíhá zejména formou výměny zkušeností, nastavení systému standardů a hodnocení apod.

„Vnímám to, že magistrát, poslední dva, tři roky, zažívám relativně velký posun v otevřenosti magistrátu, probíhala jednání třeba kolem toho, jak se magistrát snažil nastavit nějaké parametry, směrné hodnoty pro nákladovost určitých služeb atd. Setkávali se poskytovatelé těch služeb na půdě magistrátu a měli jsme třeba možnost trochu ovlivňovat nastavení žádostí o dotace atd. Takže ten signál otevřenosti čteme, otázka druhá je, jak moc se v reálu daří ty věci dotahovat, protože do toho vstupují nejrůznější motivy a různá zadání se mění ze dne na den, poptávka z Rady, Zastupitelstva nebo z vedení magistrátu, že něco musí být do tří dnů, co samo o sobě by byl proces na půl roku.“ (Poskytovatel 1i)

Sledován byl i **vztah příspěvkových organizací MČ a MHMP a nestátních neziskových organizací (NNO)**. Jak už bylo zmíněno v 6.9.2, příspěvkové organizace se těší díky svému právnímu postavení větší finanční stabilitě. Zástupci NNO tuto skutečnost však někdy vnímali jako nerovnost v rozdělování finančních prostředků, která deformuje konkurenční prostředí a má dopad jak na objem a kvalitu sociálních služeb, které tyto organizace mohou poskytovat, tak ale např. i na odliv kvalifikovaných pracovníků do příspěvkových organizací, které mohou nabízet vyšší mzdové ohodnocení.

6.10.5. Vybrané obecné charakteristiky systému sociálních služeb

Kromě již diskutovaných charakteristik systému sociálních služeb, u kterých byl zřejmý jejich přímý dopad na fungování organizace (popřípadě byl i explicitně vyjádřen respondenty), byly zmíněny i některé jeho další obecnější rysy, které výrazným způsobem formovaly podmínky pro poskytování sociálních služeb.

Značnou výhodou stávajícího systému sociálních služeb podle jedné respondentky bylo, že poskytování sociálních služeb není omezeno jen na několik málo druhů služeb a poskytovatelé si sami mohou „nadefinovat“ službu. Nevýhodou takového nastavení

systému podle dotázané bylo to, že řada sociálních služeb nemá dostatečnou kvalitu. V tomto směru bylo opakovaně poukázáno také na nevyhovující nastavení systému inspekcí sociálních služeb (např. zbytečný důraz na formální náležitosti za cenu sledování zásadních atribut jako je kvalita poskytovaných služeb; nahlížení do dokumentací klientů, u kterých jsou poskytovatelé zákonem zavázáni mlčenlivostí; „dvojrole“ inspektorů, kteří se ve volném času věnují školení pracovníků organizací poskytujících sociální služby či nedostatečné personální kapacity inspekce sociálních služeb HMP na kontrolu velkého množství subjektů působících v HMP)

Pro **poskytovatele služeb pro cílovou skupinu osob závislých na návykových látkách** je pak významnou skutečností také to, že HMP má pro oblast drogové léčby a prevence samostatnou rozpočtovou kapitolu. Na tuto skutečnost poukázali jak zástupce MHMP (1d) a zástupce městské části (fg4), tak také zástupce poskytovatele (1d). Podle zástupce MHMP (1d) i poskytovatele (1d) to do značné míry souviselo s prioritami prosazenými dřívějšími politickými reprezentacemi Magistrátu a jejich snahou řešit právě oblast drogové léčby a prevence koordinovaně, napříč různými resorty.

Poskytovatelé služeb pro **osoby závislé na návykových látkách** nebo léčící se ze závislosti na nich tak mají oproti poskytovatelům jiných sociálních služeb možnost čerpat také dotace právě z této kapitoly rozpočtu MHMP. Pro poskytovatele těchto služeb je pak výhodou i to, že v rámci této rozpočtové kapitoly již **funguje víceleté financování** a přirozeně také to, že dotace na poskytování sociálních služeb nejsou pro jejich finanční zabezpečení tak nezbytnou položkou, jako je tomu u jiných poskytovatelů.

Tato situace nicméně může vyvolávat i určité napětí mezi poskytovateli různých sociálních služeb či mezi zástupci různých cílových skupin, neboť do oblasti drogové léčby a prevence je nasměrován poměrně velký objem finančních prostředků a ten je určen výrazně menšímu počtu subjektů poskytujících sociální služby, než je tomu u dotace na poskytování sociálních služeb. V tomto případě je ale třeba dodat i to, že tyto prostředky nejsou určeny pouze poskytovatelům sociálních služeb, ale také dalším subjektům, které realizují preventivní a léčebné programy v souvislosti s užíváním návykových látek. Poskytovatelé sociálních služeb pro osoby závislé na návykových látkách také díky tomuto dotačnímu systému méně žádají o dotace na poskytování sociálních služeb.

Podstatnou skutečností je také to, že poskytovatelé sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu mají obecně omezenější možnosti čerpat prostředky poskytované na sociální služby městskými částmi, které se v této problematice angažují výrazně méně než MHMP (ten do značné míry převzal za městské části zodpovědnost za řešení této problematiky). Z těchto důvodů rozhodně nelze uvedenou skutečnost automaticky vnímat tak, že poskytovatelé sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu jsou zvýhodněni oproti jiným poskytovatelům tím, že mohou využít čerpat finanční prostředky ze dvou dotačních schémat MHMP.

6.10.6. Shrnutí

Síť sociálních služeb na území HMP byla hodnocena poměrně příznivě, někteří respondenti poukázali na to, že poskytovatelů sociálních služeb působí na území HMP tolik, že **dostupné**

prostředky rozdělují mezi příliš mnoho subjektů, aniž by však přitom byla měřítkem kvalita poskytovaných služeb. Počáteční výhoda se tak ve výsledku obrací v neprospěch sociálních služeb poskytovaných na vysoké profesionální úrovni.

Z prostředků určených na financování sociálních služeb by se podle respondentů neměly financovat aktivity, které nemají charakter sociální služby, mezi něž lze řadit různé komunitní programy, činnost svépomocných skupin apod. Celkový objem prostředků dostupných na financování potřebných sociálních služeb se rozřедуje také tím, že část prostředků je vynakládána na službu odborné sociální poradenství, kterou mají některé organizace registrované jako „přidruženou“ službu k některé jejich jiné službě, avšak samotné poskytování sociálního poradenství není dostatečně odborně zajištěno.

Dotázaní poskytovatelé poukazovali na značné množství dalších problematických bodů, které ztěžovaly fungování jejich organizací. Mezi nejvýznamnější bylo možné řadit **značnou finanční nejistotu spojenou s jednoletým horizontem financováním** sociálních služeb a značnými nároky spojenými se získáváním finančních prostředků. Je nutné zdůraznit, že jak z celkového objemu prostředků, které jsou na území HMP na poskytování sociálních služeb vynakládány i z výpovědí jednotlivých poskytovatelů nevyplývá, že by byl zásadní problém v objemu poskytovaných finančních prostředků, byť samozřejmě téměř každý poskytovatel by byl schopen hospodařit s více penězi, než kolik má k dispozici. Zásadní výtky, a to prakticky u všech oslovených poskytovatelů, však byly na **systém rozdělování prostředků**, jeho **administrativní náročnost**, **nesystémovost**, **nepředvídatelnost**, **špatné časové rozložení vyplácení prostředků**, což velice výrazně **omezuje rozvoj** a **někdy i rozsah a kvalitu služeb** poskytovatelů. Od situace většiny sociálních služeb se v tomto směru poněkud odlišovaly služby zaměřené na osoby závislé na návykových látkách, jejichž poskytovatelé mohli využívat víceletá grantová schémata. Větší finanční jistotu měly příspěvkové organizace zřizované MHMP či městskými částmi.

Dalšími významnými problematickými body byla **nemožnost adekvátního ohodnocení pracovníků** a obtíže spojené s možnostmi **jejich „udržení“ v organizaci** a zajištění dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Míra **využívání práce dobrovolníků** jednotlivými poskytovateli se lišila v závislosti na náplni práce, typu služby a cílové skupině. Zatímco u některých typů služeb (např. osobní asistence seniorů či osob se zdravotním postižením) tato forma pomoci je díky kvalifikačním nárokům a žádoucí stabilitě pracovníků spíše nevhodná, zejména v případě podpůrné práce pro organizace v ní lze spatřovat potenciál. Zapojení dobrovolníků však stejně jako v případě zaměstnanců znamená náklady (jejich nalezení, zaškolení, organizace práce aj.) pro poskytovatele. Negativně byly vnímány také některé obecnější charakteristiky systému sociálních služeb (systém inspekcí sociálních služeb a hodnocení kvality poskytované služby apod.)

Jednotliví **poskytovatelé** spolu **poměrně úzce spolupracovali** a to ve prospěch klientů a kvality poskytovaných služeb. Vztahy mezi poskytovateli charakterizovaly **vzájemná komunikace**, **doplňování a návaznost** v poskytovaných službách i **participace** poskytovatelů **na plánování sociálních služeb** v HMP. Plánování sociálních služeb na úrovni MHMP i MČ hodnotili poskytovatelé jako důležitou podmínku pro efektivní poskytování

sociálních služeb na území HMP. Zástupci poskytovatelů, jejichž zřizovatelem nebyl ani MHMP ani městské části, upozorňovali také na **nerovné postavení jejich organizací** ve srovnání s poskytovateli sociálních služeb zřizovanými magistrátem nebo městskou částí.

6.11. Sociální služby v HMP z pohledu pracovníků městských částí

6.11.1. Účel dotazování a charakter získaných odpovědí

Poznatky o pohledu a činnosti městských částí, které se přímo týkaly jednotlivých cílových skupin, byly uvedeny již v příslušných tematických kapitolách. V této kapitole bude zprostředkována již pouze **souhrnná informace o pohledu zástupců městských částí na poskytování sociálních služeb na jejich území.**

Dále prezentovaná zjištění je třeba primárně vnímat jako **stanoviska konkrétních pracovníků městských částí.** Získané poznatky nemusely perspektivu městských částí přesně odrážet ve všech ohledech a mohly se do nich promítat i specifické zkušenosti a individuální stanoviska dotázaných pracovníků. Respondenti samozřejmě ve většině případů přímo charakterizovali přístup a zprostředkovali stanoviska městských částí k poskytování sociálních služeb. I přesto je ale potřebné reflektovat, že následující poznatky vycházejí primárně z výpovědí určitého pracovníka (případně určitých pracovníků) městské části a nelze je proto zcela mechanicky ztotožňovat s přístupem městských částí ke sledované problematice.

Ucelenější charakteristika přístupu samotných městských částí k sociálním službám by vyžadovala získání poznatků od více pracovníků městské části a také z dalších relevantních zdrojů, především ze střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb (dále jen „SPRSS“) zpracovaných městskými částmi. Podrobnější charakteristika přístupu městských částí k sociálním službám však ani nebyla cílem tohoto výzkumu - záměrem dotazování pracovníků městských částí byla **reflexe poskytování sociálních služeb z pozice osob, které reprezentovaly zadavatele sociálních služeb** (tedy ne podrobná charakteristika přístupu zadavatelů – městských částí).

6.11.2. Identifikace problémových oblastí

V rozhovorech se zástupci městských částí byla mimo jiné sledována **obecnější informace o nejvýraznějších problémových oblastech,** popřípadě hlavních rezervách, které jsou s poskytováním sociálních služeb pro různé skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením spojeny.

Při rozhovoru proto byly respondentům položeny obecněji formulované otázky, jejichž cílem bylo zachytit nejdůležitější problémy v této oblasti tak, jak je vnímají samotní respondenti. Úvodní otázky rozhovoru proto ještě nebyly explicitně vztaheny přímo k sociálním službám, ale zaměřovaly se obecněji na problémy týkající se osob ohrožených sociálním vyloučením a možnosti uspokojení jejich potřeb. Respondenti tak ve své odpovědi mohli zvolit perspektivu, která se pro hodnocení problémových oblastí či rezerv zdála nejvhodnější jim samotným.

Okruh uváděných problémových oblastí byl velmi široký. Většinou se týkaly konkrétních cílových skupin⁵⁰, někteří respondenti uváděli problémové situace týkající se více různých cílových skupin. Nejvíce problémových situací bylo diskutováno u cílových skupin osob bez přístřeší a seniorů. Opakovaně byly také zmiňovány problémové situace týkající se rodin s dětmi a etnických menšin⁵¹. Uváděny byly ale také problémové okruhy, které neměly výraznější vztah k žádné konkrétní cílové skupině.

Ve třech případech bylo poukázáno na rozdílné **kompetence pracovníků městského úřadu** zajišťujících samosprávní agendu a pracovníků zajišťující agendu státní správy v přenesené působnosti. Otázka rozdělení kompetencí mezi jednotlivými odbory úřadu městské části mohla vyvolávat určité tenze, jak bylo z některých vyjádření patrné, nicméně přímo jako problém hodnocena nebyla.

Jeden zástupce městské části zhodnotil obecně jako problém slabou vazbu mezi tím, jaké služby jsou identifikovány na určitém území jako potřebné, a **reálnými možnostmi uspokojování identifikovaných potřeb**. V odpovědi na přímý dotaz tazatele konstatoval, že hlavní důvod takové situace vidí v omezené možnosti financování potřebných služeb.

R: „Jakoukoliv potřebu, kterou zjistíte, ověříte si ji analýzou a zvolíte strategii (kam my jsme z různých důvodů v podstatě nedošli), musí být ta opatření provázána na rozpočet. My jsme už druhým rokem díky krizi ve fázi, kdy se rozpočet krátí. Těch důvodů je tedy několik. Můžeme navrhnout cokoliv, ale nikdo nám to nezaplatí.“

T: „Největší problém je tedy ve financích?“

R: „V důsledku ano. Jde i o to, jakým způsobem se pracuje s prioritami. Sociálka je vždycky na chvostu těch témat, která radnice, nebo veřejná správa řeší. To je vidět i na úrovni vlády a veřejné správy, tím myslím na úrovni samospráv. O kraji nemluvě.“ (Zástupce MČ 3e)

Další respondent vnímal jako nejvýraznější problém **nedostatečně rozvinutou síť služeb sociální prevence**. V této souvislosti respondent poukázal především na chybějící služby v oblasti dluhového poradenství a služby podporující klienty při hledání zaměstnání.

⁵⁰ Toto spojení bylo respondenty vnímáno spíše jako obecné označení určitých „typových“ skupin osob. V několika odpovědích některých respondentů tak sice spojení odkazovalo k určitým skupinám uživatelů sociálních služeb, častěji však bylo spojení používáno pro pojmenování šířeji určité obecněji vymezené skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách („osoby bez přístřeší“ apod.) Zaznamenány byly ale i případy, kdy byly pod spojení zahrnuty také zcela obecně vymezené skupiny osob („rodiny s dětmi“ apod.), u nichž nebylo explicitně vyjádřeno ani jinak naznačeno, že by se jednalo osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené.

⁵¹ Zatímco jeden respondent v této souvislosti hovořil o sociálně slabých Romech, další obecněji o příslušnicích etnických menšin. Uvedená kategorie etnické menšiny zahrnuje oba tyto případy, nicméně vztahuje se (poněkud úžeji) pouze k sociálně slabým příslušníkům etnických menšin. Zástupkyně další městské části zdůraznila, že etnickou příslušnost nevnímá jako stěžejní okolnost při poskytování podpory a pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci „u nás není nikdo [Róm], pouze občan, ať už je jakýkoliv. [...]“.

Služby pro určité cílové skupiny (především služby pro osoby bez přístřeší a služby pro osoby závislé na návykových látkách) **jsou na území HMP rozmístěny značně nerovnoměrně** a jejich uživatelé se v důsledku toho soustřeďují pouze v některých městských částech. To samozřejmě způsobuje řadu problémových situací, na které si občané příslušných městských částí stěžují:

„Podle našeho názoru je to poměrně složitý problém, kdy samozřejmě ten, kdo to dělá, ten má pocit, že dělá dost. Je tam riziko toho, že ta služba přitáhne problémovou klientelu na území té dotyčné městské části. Ty městské části, které tam ty služby mají, tak je vnímají jako zátěžové a chtějí je převést někam jinam. Hlavní město Praha má v tomhle omezené kapacity, protože má koordinační roli, ale nemá např. žádné prostory, kde by to mohlo fungovat. Už ta loď Hermes: to že je [noclehárna pro osoby bez přístřeší] na Vltavě (která nepatří žádné městské části) je toho důkazem. Nicméně, jestli já mohu mluvit za naší městskou část, tak si myslím, že my máme těch služeb tady poměrně dost.“ (Zástupce MČ 3h)

6.11.3. Prioritní cílové skupiny

Označení určitých cílových skupin jako prioritních může být podle některých zástupců městských částí poněkud **zavádějící**.

„Tady není žádná cílová skupina prioritní, tedy já o tom nevím, že by městská část si stanovila priority... Pro mě jako vedoucí jsou všechny cílové skupiny důležité stejně a každý z mých vedoucích považuje pravděpodobně tu svojí cílovou skupinu za prioritní.“ (Zástupce MČ 1h)

„[Ž]ivot přináší skutečně velmi, velmi zajímavé situace, takže jako těžko říct, vy nejste prioritní, my teďka řešíme děti, jo? Abychom řekli někomu, to ne, to prostě máme tady od toho lidi, a každej... tu, tu sféru si myslím, že docela pokrýváme. Celkem.“ (Zástupce MČ 1c)

Nicméně další reprezentanti městských částí vyjmenovali cílové skupiny, které jsou pro městskou část prioritní. **Mezi prioritní cílové skupiny byli řazeni senioři, osoby se zdravotním postižením a rodiny s dětmi.** Nabídka služeb pro tyto cílové skupiny byla hodnocena jako v podstatě dostačující

6.11.4. Priority stanovené přímo ve vztahu k sociálním službám

Ve výzkumu byla pozornost věnována také **prioritám rozvoje sociálních služeb a způsob jejich stanovení**. Ve vztahu k tomuto tématu byly využity poznatky získané rozhovorů, ohniskových skupin a materiálu Výkaz financování a určování priorit (MHMP 2011b). Uvedeny jsou zde přitom pouze vybrané stěžejní informace, pro hlubší rozbor této otázky lze doporučit informace o plánování rozvoje sociálních služeb, které zveřejňují městské části a Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb zpracované městskými částmi. Získané poznatky lze shrnout následovně:

- Mezi městskými částmi jsou zřetelné výrazné rozdíly co do celkového objemu prostředků alokovaných na poskytování sociálních služeb. Některé městské části

dokonce na poskytování sociálních služeb neposkytují žádné finanční prostředky (srov. MHMP 2011b: 102-112). Zásadně se liší i aktivita městských částí v oblasti plánování rozvoje sociálních služeb, respektive kvalita zpracovaných SPRSS (zástupce MHMP fg5).

- Priority týkající se přímo sociálních služeb **neuvedli zástupci tří městských částí**. To patrně souviselo i s výše nastíněnou reflexí negativních dopadů, které může mít stanovení určitých cílových skupin jako prioritních;
- Ostatní městské části měly ve svém plánu **priority formulovány nejednotně**. I přesto lze vysledovat určité společné znaky, k nimž lze přiřadit rozvoj služeb a podmínek pro rodiny s dětmi, rozvoj systému péče o seniory a zdravotně postižené osoby a prevenci ztráty bydlení;
- **Způsoby stanovení priorit byly velmi různorodé**. Při jejich formulaci byla využívána dotazníková šetření, činnost pracovních skupin apod. Navržené priority následně buďto schvalovala rada městské části nebo přímo vytvořená komise pro komunitní plánování.

6.11.5. Vybrané kompetence městských částí: zřizování organizací poskytujících sociální služby, jejich poskytování a informování veřejnosti

Pouze **jedna z osmi dotázaných městských částí nebyla ani zřizovatelem žádné organizace poskytující sociální služby ani jejich poskytovatelem**. Podle zástupce této městské části veškeré, na jejím území potřebné, sociální služby v dostatečné míře zajišťovaly jiné subjekty.

V šesti dotázaných městských částech byly poskytovány 1-4 druhy sociálních služeb městskou částí samotnou nebo organizací, jíž městská část zřizovala. Tyto formy zajištění služeb byly opakovaně zaznamenány u pečovatelské služby, domovů pro seniory, odlehčovacích služeb a denního stacionáře. V jednom případě byl uveden obsáhlý výčet téměř všech druhů sociálních služeb, nicméně je možné, že v tomto případě došlo k záměně služeb zřizovaných městskou částí za služby, které na území městské části působí.

Zástupci MČ se shodovali v tom, že **zřizování vlastní organizace nebo poskytování sociálních služeb městskou částí je jednoznačně výhodou**. Hlavní výhody respondenti spatřovali v záruce, že služba bude zajištěna bez závislosti na jiných subjektech, získání přehledu o financování služby, celkově lepších možnostech kontroly takovýchto služeb, možnosti rychle reagovat na měnící se potřeby občanů a zajištění dobré geografické dostupnosti služby. Jedinou uváděnou nevýhodou byly zvýšené finanční nároky, které provozování vlastních organizací či poskytování sociálních služeb na městskou část kladlo. Nároky na zaměstnance spojené se zřizováním sociálních služeb byly především komunikačního, kontrolního, metodického a koordinačního rázu. Jeden respondent připustil, že zřizování vlastní organizace, popřípadě poskytování služby vytváří určité administrativní nároky, jejich realizace je ale pracovní náplní zaměstnanců městské části a nevnímal ji proto jako problematickou.

Při informování veřejnosti o nabídce služeb a formách pomoci nabízených na území městských částí **byly využívány velmi různorodé informační kanály** - webové stránky, vytvářejí adresáře sociálních služeb, distribuují letáky s informacemi o službách konkrétních poskytovatelů, organizují veletrhy sociálních služeb, zveřejňují informace o průběhu plánování rozvoje sociálních služeb na území městské části apod.

6.11.6. Spolupráce s dalšími aktéry a její vliv na síť sociálních služeb na území městské části

Spolupráci s poskytovateli sociálních služeb hodnotili zástupci městských částí vesměs pozitivně. Pozitivně byla hodnocena především spolupráce s největšími poskytovateli sociálních služeb působícími na území HMP. Podle jednoho respondenta bylo důležité, že poskytovatelé mohou pomáhat osobám žádajícím městskou část o poskytnutí služeb, které nelze z pozice městské části zajistit.

„Spolupráce je velice dobrá. Pokud je případ, když se na mne obrátí klient, .., že potřebuje něco, ...

já vím, že to tu nemám, tak já vím komu zavolat..., ten mě pomůže se nakontaktovat na organizaci..“ (Zástupce MČ 1f)

Jako dobrá praxe se ukazovala neformální setkání zástupců úřadu městské části s poskytovateli, případně jejich návštěvy v zařízení sociálních služeb. To pomáhalo budovat přátelské vztahy mezi poskytovatelem a městskou částí a vytvářelo lepší podmínky pro užší vzájemnou spolupráci. Tyto neformální vazby byly současně i předpokladem pro operativnější překonávání různých problematických aspektů ve vztazích mezi městskými částmi a poskytovateli (viz dále). Skutečnost, že se spolupráce mezi poskytovateli a městskou částí rozvíjela pouze na neformálním základě, byla nicméně současně limitující: nebylo zaručeno její pokračování v případě personálních obměn (zástupce MČ 1c). I ve využívání této možnosti, respektive uplatňování takového přístupu, bylo nicméně možné mezi městskými částmi pozorovat velmi výrazné rozdíly.

Jedním z úskalí spolupráce s poskytovateli bylo neplnění všech podmínek smlouvy poskytovateli, jimž městská část poskytla dotace. Počet takovýchto případů patrně byl jen velmi nízký. Jako účinný prostředek umožňující tyto problémy napravit nebo jim předejít, byla zmiňována častější kontrola plnění závazků (především u menších poskytovatelů).

„Já bych řekla, že spolupráce řekněme s těmi úplně největšími poskytovateli, to znamená, těmi, kteří ty granty dostávají největší, tak je naprosto perfektní. Ovšem potom s takovými těmi řekněme drobnějšími, tak tam je problém v jejich přístupu. To znamená, že víc je musíme hlídat, víc musíme zjišťovat... S těmi drobnějšími jsou prostě opravdu problémy, ale nejsou to problémy nikterak závažné. Tam hlavně my musíme kontrolovat, aby oni dodržovali smlouvy, protože oni si myslí, že si ty peníze můžou dát, na co chtějí. No tak ne.“ (Zástupce MČ 5h)

Městské části podporovaly poskytovatele sociálních služeb prostřednictvím dotačních programů, pronájmem prostor, pravidelnými setkáními a podporou prezentace těchto subjektů na území městské části (letáky, veletrhy sociálních služeb apod.) Všeobecně tak bylo možné konstatovat, že spolupráce městských částí a poskytovatelů sociálních služeb v praxi nabývá celé řady různých forem a pokrývá různé významné oblasti. Na tomto místě je nicméně potřebné opětovně zdůraznit, že v aktivitě městských částí v této oblasti byly zjištěny značné rozdíly.

„Řekl bych, že je dobrá, ta spolupráce se v posledních letech hodně rozvíjí. Máme povědomí o tom, které služby jsou poskytovány. Velká část z nich od nás dostává finanční podporu. A myslím si, že s nimi spolupracujeme jak po té koncepční stránce tak i na úrovni těch individuálních případů.“ (Zástupce MČ 3h)

Spolupráci s jinými městskými částmi komplikovalo především nerovnoměrné rozvrstvení některých problémů a služeb, které je řeší (především služby pro osoby bez přístřeší a osoby závislé na návykových látkách - viz výše) na území HMP. Podle zástupců městských částí s nejvyššími počty služeb pro osoby bez přístřeší by měl MHMP výrazněji koordinovat aktivity městských částí v této oblasti a finanční prostředky by měl rozdělovat podle toho, jak městská část přispívá k zajištění těchto služeb na území HMP.

Spolupráci s MHMP vnímala většina dotázaných zástupců městských částí jako dobrou či dokonce výbornou. Oceňována byla především snaha MHMP koordinovat rozvoj sociálních služeb na území HMP a to, že zástupci městských částí byli přizváni na jednání týkající se tvorby střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb HMP. Příznivě byla hodnocena také odborná úroveň spolupráce mezi úředníky městských částí a MHMP. Negativně byly naopak hodnoceny možné politické vlivy.

Mezi překážky, které ztěžovaly spolupráci městských částí a MHMP, bylo jedním respondentem zařazeno samotné správní členění hlavního města Prahy a nedostatek (respektive nedostatečnost) mechanismů, které by komunikaci mezi městskými částmi a MHMP systematizovaly, formálně ukotvily a zajistily její pravidelnost.

„A potíž je prostě v tom, jak byl koncipovanej zákon o hlavním městě Praha, kdy Praha je zároveň kraj a zároveň obec. A to je prapůvod všech jako půtek, který jsou mezi městskými částmi a hlavním městem Prahou, protože jedním Praha řekne, já jsem kraj, a mě to jako nezajímá, dělejte si to, jak chcete, to je vaše věc. A když se ta městská část obrátí na město a řekne, možná potřebujeme něco dělat, tak oni řeknou, tak odpoví samozřejmě buď, že jsou krajem, a nebo v tu chvíli řeknou, fajn, tak my jsme obec, tak my si to vezmem, jo. A zas jako vezmou ten vítr z plachet tý městský části.“ (Zástupce MHMP fg5)

Jeden z dotázaných také konstatoval, že MHMP městským částem neposkytuje dostatečně jasné a prakticky využitelné informace o prioritě různých cílových skupin a sociálních služeb, z nichž by městské části mohly vycházet při tvorbě a implementaci svých vlastních SPRSS:

„Takže tam je to o tom, že spíš jako se musí prostě začít komunikovat, a dát najevo, co jsou takzvané celoměstské služby, [...] jako je třeba bezdomovectví, nebo pobytové služby. To jsou prostě služby celoměstského charakteru. A tam hlavní město řekne, my zafinancujeme, nevím třeba 80 %, a těch 20 %, to je na vás podle toho, jaké vy máte specifika. My to očekáváme, protože víme, že jednička má svoje [specifika], dvojka svoje, trojka svoje, jo...“ (Zástupce MHMP fg5)

6.11.7. Shrnutí

Z pohledu městských částí bylo možné na straně jedné identifikovat problémy, které bylo možné vnímat jako zcela zásadní, ačkoli se s nimi potýkaly pouze některé městské části, a na straně druhé problémy týkající se městských částí bez rozdílu.

V prvním případě tak bylo možné hovořit o tom, že některé městské části jsou enormně zatíženy poskytováním sociálních služeb pro některé cílové skupiny (především osoby bez přístřeší a osoby závislé na návykových látkách). Obecnějším problémem, který zasahoval městské části bez rozdílu, bylo to, že reálné možnosti podpory poskytování sociálních služeb na území městské části limitovalo omezené množství finančních prostředků. Dalším obecnějším problémem je to, že městským částem není ze strany MHMP jasné sděleno, které druhy sociálních služeb by měly na svém území podporovat, jaké jsou v tomto směru stěžejní priority MHMP.

Mezi dobré praxe naopak bylo možné řadit to, že některé městské části velmi úzce spolupracují s poskytovateli sociálních služeb působícími na jejich území, nebo skutečnost, že pracovníci některých městských částí úzce spolupracují s MHMP, v rámci odborných skupin, při přípravě Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb HMP apod. V obou těchto ohledech nicméně byly mezi městskými částmi zaznamenány výrazné rozdíly.

Zástupci městských částí hodnotili příznivě také to, že mohou být zřizovateli některých organizací poskytujících sociální služby nebo tyto služby přímo poskytovat. Tato skutečnost byla nicméně vnímána negativně poskytovateli, jejichž zřizovatelem nebyli MHMP nebo městské části.

6.12. Sociální služby v HMP z pohledu pracovníků MHMP

6.12.1. Účel dotazování a charakter získaných odpovědí

Cílem této kapitoly je obecnější shrnutí poznatků o činnosti MHMP a pohledu jeho pracovníků na oblast sociálních služeb a také přiblížení některých dalších důležitých okolností, které nebyly v žádné z předchozích kapitol uvedeny.

Hlubkové rozhovory byly provedeny se dvěma zástupci MHMP, další zástupci MHMP se zúčastnili ohniskové skupiny. **Charakter získaných odpovědí** se odvíjel od agendy, které se dotázaní věnovali, a od informací, které jim byly (zpravidla, ale ne výhradně, v souvislosti s jejich agendou) přístupné. I z tohoto důvodu byly některé získané odpovědi v určitých specifických ohledech poněkud odlišné. Podrobnější představu o přístupu MHMP k sociálním službám by měl v přehledné formě zprostředkovat přímo aktuálně platný SPRSS.

Cílem této kapitoly ale je především **doplnění výše uvedených souhrnných poznatků získaných od zástupců městských částí o další perspektivu**. Pro zástupce městských částí a zástupců MHMP je společné, že reprezentují pohledy zadavatelů sociálních služeb. Nicméně perspektiva zástupců obecní a krajské⁵² samosprávy je v mnohém odlišná.

6.12.2. Významná východiska a předpoklady poskytování sociálních služeb na území HMP

Podle zástupce MHMP by měla fungovat jakási “distribuční spravedlnost” – u některých služeb by tak bylo vhodnější, aby byly zajištěny v menších zařízeních (ta jsou dražší, ale jsou efektivnější), **zajištění určitých služeb nebo služeb pro určitou cílovou skupinu by se nemělo soustředit pouze v jedné městské části**. MHMP přitom nemá dostatečné mechanismy, kterými by mohl městské části v tomto směru nějak zavazovat. Disponuje sice pravomocí vydat vyhlášku, která by mohla městské části k nějakým úkonům v této oblasti, zavazovat, avšak takovýto „silový“ postup by patrně spíše poškodil vztahy mezi MHMP a městskými částmi a z hlediska možnosti dosažení cíle by mohl být kontraproduktivní.

Jako velkou výhodu je třeba vnímat značně samostatné postavení MHMP, kdy **MHMP je ve srovnání s dalšími kraji mnohem více „soběstačný“**. Tato soběstačnost spočívá jednak v odlišné proporcii dotací, kterými MHMP podporuje poskytovatele (přibližně 70 %), a dotací poskytovatelům od MPSV (přibližně 30 %) a jednak v tom, že financování sociálních služeb na území HMP není tak výrazně navázáno na evropské fondy (oproti jiným krajům, v nichž

⁵² Statut hlavního města Prahy je upraven samostatným právním předpisem (zákon č. 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze, ve znění pozdějších předpisů) a HMP lze současně chápat jako hlavní město ČR, kraj i obec. Statut hlavního města Prahy se tak poněkud liší od postavení jiných krajů. V širším pojetí lze nicméně pojmy krajská a obecní samospráva vnímat jako relevantní i pro označení působnosti Magistrátu hlavního města Prahy na straně jedné a úřadů městských částí HMP (dále jen „ÚMČ“) ve členění na 57 městských částí na straně druhé. Těchto 57 ÚMČ je samosprávných a reprezentují tak v HMP „nižší článek samosprávy“ i přesto, že z hlediska správního a územního uspořádání nejsou „samosprávnými obcemi“, ale „částmi obce“ se specifickým statutem.

může budoucí omezení tohoto zdroje prostředků velmi ohrozit stabilitu systému financování sociálních služeb).

Dotázaná pracovnice MHMP za významnou považovala také přetrvávající preferenci pobytových sociálních služeb, na níž již bylo v této analýze poukazováno při hodnocení situace seniorů a osob se zdravotním postižením (viz kap. 6.1.4, 6.2.4 a 6.2.6.) V tomto případě byla nicméně otázka diskutována obecněji, bez bližší specifikace cílové skupiny. Jako nejvýznamnější příčiny tohoto jevu respondentka uváděla snahu zájemců o pobytové sociální služby řešit tak svou nepříznivou bytovou situaci, (srov. kap. 6.1.4.), a také s ustálenou percepcí pobytových služeb, která přetrvala i po pádu komunistického režimu.

6.12.3. Identifikace problémových oblastí

Podle jednoho respondenta byl jedním ze dvou nejvýznamnějších problémů dosavadní **nekonceptní přístup k oblasti sociálních služeb**, respektive nedostatečná koordinace aktivit na území HMP. Druhý klíčový problém respondent viděl v **omezování prostředků**, které jsou na poskytování sociálních služeb z veřejných zdrojů vynakládány (v tomto druhém bodě se oba dotázaní shodovali).

V případě **osob se zdravotním postižením a rodin s dětmi** vnímal tento respondent jako problém to, že MHMP nemá zpracovaný koncepční přístup pro podporu služeb pro tyto osoby a přístup městských částí k řešení situace těchto osob je tak podle jeho názoru poměrně živelný.

Také v případě služeb pro **osoby závislé na návykových látkách** a služeb pro **osoby bez příštěří** by měl mít podle tohoto respondenta MHMP zpracovaný koncepční přístup k této problematice. Podporu těchto osob podle něho nemohou řešit přímo městské části, neboť tyto problémy nemusejí být na území určité městské části významné, ale pro MHMP je zajištění služeb pro tyto osoby velmi důležité. Současně se jedná o služby sociální prevence, které jsou poskytovány bez ohledu na místo trvalého bydliště. Spolupráci mezi městskými částmi a MHMP podle respondenta ztěžuje také nutnost poskytovat tyto služby občanům jiných krajů.

Podle dotázané pracovnice MHMP systém sociálně právní ochrany dětí dříve nereagoval dostatečně na situaci a potřeby **rodin s dětmi, které selhávají ve svých funkcích**. Situace se ale podle ní v posledním období zlepšila díky tomu vytvořením Koncepce rodinné politiky HMP. Tato koncepce podle respondentky přispěla ke zlepšení nabídky služeb pro fungující rodiny⁵³.

⁵³ Tvzení respondentky kontrastuje s výše uvedeným vyjádřením jiného zástupce MHMP. Zaznamenaný rozpor může odrážet odlišná subjektivní stanoviska autorů obou citovaných výroků. Především je ale odrazem toho, že i přes existenci koncepce rodinné politiky HMP může být nadále jen málo ujasněná koncepce podpory sociálních služeb poskytovaných rodinám, dětem a mládeži v nepříznivé sociální situaci. Zatímco první respondent hovořil právě o těchto službách, dotázaná pracovnice MHMP příznivě hodnotila služby pro fungující rodiny.

6.12.4. Prioritní cílové skupiny

Podle dotázaného zástupce MHMP lze rozlišit **dva přístupy při identifikaci prioritních cílových skupin z pozice Magistrátu:**

- skupiny osob, které lze považovat za prioritní takřkajíc „absolutně“ a
- skupiny osob, které lze vnímat jako prioritní při zohlednění významných kontextových souvislostí.

Zatímco v prvním případě poukazoval na „statistickou významnost“ příslušných cílových skupin a k cílovým skupinám v tomto pojetí přiřadil seniory a rodiny s dětmi, ve druhém případě poukazoval na skutečnost, že těmto cílovým skupinám se mohou věnovat a věnují poměrně výrazně městské části a MHMP by se tak měl především soustředit na cílové skupiny, kterým se městské části dostatečně věnovat nemohou, tj. konkrétně především osobám bez přístřeší a osobám závislým na návykových látkách. Podstatnou otázkou je bezpochyby také to, že sociální služby ve druhé kategorii jsou poskytovány i osobám, které nemusejí mít trvalé bydliště na území městské části, v níž je služba poskytována, a dokonce ani na území HMP. V rámci tohoto přístupu, při kterém priority MHMP mají především doplnit priority a možnosti působení městských částí, by se vedle těchto dvou cílových skupin jako prioritní skupiny osob měli chápat také cizinci, oběti trestných činů a osoby v krizi.

„To si myslím že z pohledu Magistrátu jsou ty skupiny, na které by se měl významně zaměřit, [...] ne kvůli tomu že by byly nejdůležitější, ale pro neschopnost jaksí tohleto řešit v zásadě z městské části. A dokonce nejenom řešit, ale dokonce ty služby i jakýmkoliv způsobem podporovat. I když to tak úplně neplatí pro oběti trestných činů, kde městské části nějakým třeba grantovým systémem můžou podpořit tu organizaci.“ (Zástupce MHMP 3d)

Shoda panovala také v názoru, že **cílovou skupinou, jíž není v současnosti věnována dostatečná pozornost, jsou osoby s duševním postižením.**

6.12.5. Reflexe priorit v oblasti sociálních služeb a v SPRSS

Krajům je zpracování plánu rozvoje sociálních služeb uloženo v zákoně o sociálních službách. Parametry doposud zpracovaných plánů⁵⁴ i vyjádření pracovníka MHMP ukazují, že **proces střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb měl doposud na magistrátní úrovni poměrně značné rezervy, především v jeho strategické části.** Tento proces se tak stabilizuje až v souvislosti s přípravou nového střednědobého plánu:

„[Předchozí zpracované] plány neříkaly o tom, kam by ta Praha měla v sociálních službách jít, jaké sociální služby chce podporovat, co vzkazuje poskytovatelům sociálních služeb na území hlavního města Prahy. Jestli chce něco rozvíjet, jestli chce něco doplňovat. Tyhleto plány tu ambici neměly, protože o to ze strany

⁵⁴ Viz

http://socialni.praha.eu/jnp/cz/komunitni_planovani/strednedoby_plan_rozvoje_socialnich_sluzeb/index.html.

hlavního města Prahy tady možná nebyl zájem nebo nebylo tady jakoby schopnost tu věc posunout dál. Ale teď tu situaci vnímám jakoby diametrálně odlišně. Teď je snaha, ale může to být i tím, že je stále málo peněz na ty sociální služby, to může být důvod pro určitě nádech k tomu aby jsme ty procesy jakoby zracionalizovali a dokázali usměrňovat v hlavním městě Praze. Takže teď vnímám tu situaci jako diametrálně odlišnou v tom, že Praha chce vytvořit solidní strategický materiál, který by ty věci, které jsem kritizoval u těch plánů předtím v podstatě plnil.“ (Zástupce MHMP 3d)

S ohledem na tuto situaci zástupce MHMP ve své odpovědi nijak nespécifikoval priority stávajícího plánu⁵⁵, ale uvedl, které oblasti by považoval za prioritní pro následující období.

Prioritní oblasti respondent charakterizoval následovně:

„Je to určitě podpora terénních ambulantních služeb, udržení toho člověka v přirozeném prostředí [...] [T]ahleta obecná priorita určitě a priorita ve smyslu jakoby pražským, to znamená oproti jiným plánům je se opravdu více zajímat o ty skupiny sociálně vyloučený, který tady některé skupiny jsou nakumulovány ve větším počtu než kdekoliv jinde v republice.“ (Zástupce MHMP 3d)

Po této obecné charakteristice nasměrování priorit respondent dále uvedl **konkrétní druhy sociálních služeb**, které by on sám považoval prioritní pro různé cílové skupiny:

“U každé té cílové skupiny se nechá mluvit o prioritních sociálních službách. U osob se zdravotním handicapem, seniorů to jsou určitě terénní - pečovatelská služba u seniorů, osobní asistence u osob s nějakým handicapem. To by měly být provázány samozřejmě, to by mělo být provázáno s nějakou tou sociální rehabilitací, jak tomu říkám já. U služeb se zdravotním postižením to znamená chráněné zaměstnání, aktivity prostě během dne, zároveň s těma věcmi bydlení, to znamená chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení u těch služeb s tím zdravotním postižením a podobně. A takhle by jsme mohli jet po každé té cílové skupině. U cizinců je to jistě dominantní nebo prostě u Romáků odborné sociální poradenství, které bysme měli těm cílovkám nabízet. Je to pro ně, terénní programy, pro tyhle dvě cílovky jsou třeba tyhle dvě služby jakoby podstatné, jo. Čili já věřím tomu, že u těch cílovek se nám podaří nadefinovat nějaké služby, které budou podstatné a na ně by se mělo tak koukat při těch rozdělování těch dotací.“ (Zástupce MHMP 3d)

Při identifikaci priorit na magistrátní úrovni je podle zástupce MHMP podstatná skutečnost, že řešení určitých pro MHMP prioritních témat nejsou ochotny nebo nemohou zajistit městské části. To se týká služeb pro osoby bez přístřeší a osoby závislé na návykových látkách.

⁵⁵ Viz tamtéž.

6.12.6. Úloha organizací zřizovaných MHMP v síti sociálních služeb působících na území HMP

Skutečnost, že **HMP je zřizovatelem organizací poskytujících sociální služby**, hodnotili oba zástupci MHMP příznivě. Jeden z dotázaných připustil, že kritická stanoviska k této otázce mohou být v určitých ohledech opodstatněná (riziko, že tyto organizace budou zvýhodněny oproti jiným poskytovatelům). Na druhou stranu (v tomto se shodovali oba dotázaní zastupující MHMP) považoval za „strategicky důležité“ tyto služby provozovat, a to pro případ, že poskytovatelé těchto služeb, které MHMP nezřizuje, ukončí nebo nějak výrazněji omezí svoji činnost.

Nespornou strategickou výhodou skutečnosti, že MHMP zřizuje organizace poskytující sociální služby, je, že **tyto organizace mohou garantovat udržitelnost poskytovaných služeb na daném území** (takováto garance by podle respondenta mělo platit minimálně v případě pobytových služeb sociální péče). V případě pobytových zařízení sociálních služeb je nicméně podle respondenta nevýhodou to, že jsou lokalizovány mimo území HMP. Další nevýhodou pak je, že se jedná o velká zařízení, v nichž je velký počet osob, což jde proti obecně žádoucímu trendu v sociálních službách (transformace, deinstitucionalizace, humanizace apod.)

„Já v tomhleto [...] jsem... v podstatě takovým ideovým jakoby sporu s lidma, který se motaj kolem podpory procesů a dělaj ve smyslu toho plánování a jsou to lidi, kterých si jinak jakoby vážím a všechno, a voni tvrděj, že když se rozdělujou finanční prostředky, tak když tam vstupujou organizace zřízený [obcemi či městskými částmi, kraji či Magistrátem, MPSV apod.], tak tam nastane jakejsi nerovnej pro-, kterej je, to je pravda. Prostě nerovný podmínky pro to, dosáhnout na finanční zdroje a tak dále. Že by to nemělo být, že by neměli zřizovat [organizace poskytující sociální služby] ti, kteří hodnotí. Ideově je to správně, ale obsahově, si myslím, že to je špatně, protože jakmile, jakmile ty kraje a ty obce nebudou tydlety strategický sociální péčový služby zřizovat, tak hrozí to, že padnou opravdu jako 'zu grunt'.“ (Zástupce MHMP 3d)

6.12.7. Vliv dalších aktérů na poskytování sociálních služeb na území HMP

Možnosti působení MHMP v oblasti sociálních služeb výrazně usnadňuje to, že **městské části do určité míry financují sociální služby ze svých rozpočtů a poskytují některé služby sociální péče** (pečovatelská služba, pobytové služby sociální péče). Zapojení městských částí do poskytování sociálních služeb vytváří lepší předpoklady pro zajištění udržitelnosti služeb (respektive její garanci), aniž by přitom MHMP přímo musel zajistit jejich poskytování. Z pohledu MHMP je také důležité, že městské části výrazně podporují provoz těchto organizací a snižuje se tak potřeba jejich finanční podpory MHMP.

Značnou komplikací naopak je **odlišné načasování plánovacích procesů MHMP a městských částí**. Některé městské části totiž rozvoj sociálních služeb na svém území již plánovaly v minulosti, avšak HMP jejich plány ve svých střednědobých plánech nijak nezohlednil. V současnosti naopak zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb HMP a některé městské části je již mají zpracované.

Odlíšné načasování **ztěžuje možnosti sladění SPRSS městských částí a Magistrátu a zajištění jejich skladebnosti**. Na tom se podílí také to, že MHMP nemá jasnou vizi pro oblast sociálních služeb jako celek nebo její různé podoblasti, na kterou by při plánování rozvoje sociálních služeb mohly dále navazovat městské části.

„Prvotně by bylo dobré, aby existovala nějaká jasná politika, nebo vize hlavního města Prahy, která bude říkat městským částem, co chceme, jako hlavní město, co nabízíme, a protože nabízíme toto, tak očekáváme toto. A to já myslím, že je jakoby základ.“ (Zástupce MHMP 3d)

Možnost dosažení tohoto stavu nicméně zásadním způsobem ztěžuje to, že některé městské části nemají zpracované SPRSS, kvalita těchto dokumentů se velice liší a některé městské části se v oblasti sociálních služeb angažují jen ve velmi omezené míře. Problémem je také to, že městské části odmítají na svém území poskytovat prostory pro provozování určitých typů sociálních služeb, ačkoli jejich poskytovatelé jsou ochotni tyto služby zajistit a MHMP zajišťování těchto služeb podporovat. Toto se týká služeb pro osoby bez přístřeší a pro osoby závislé na návykových látkách, které je vhodné a potřebné řešit z úrovně MHMP. Magistrát přitom nemá příliš možností tuto překážku účinného řešení problematiky překonat.

Podle dotázaného je problémem také to, že **grantová schémata městských částí jsou velmi různorodá**, některá respondent přímo označil jako „svěrázná“. **Pracovnice MHMP uvedla, že úřady městských částí neplní informační povinnost** (ve vztahu ke svým občanům), která je dána zákonem a „... do dneška se stává, že lidi odesílají, aniž by jim dali nějaký základní informace, mají dostupnost, adresáře, všechno, tak je přesto odesílají na Magistrát...“ (zástupce magistrátu 2h).

Zástupce magistrátu také poukázal na to, že **dlouhodobá snaha dalších krajů nepodporovat (či podporovat méně) poskytovatele služeb, kteří mají klienty z HMP**, vede i MHMP k preferenci takového přístupu.

Významnou okolností je také **zapojení poskytovatelů do pracovních skupin**. To vytváří **odbornou bázi, která prospívá kvalitě střednědobého plánování**, respektive lze od ní očekávat žádoucí vliv na odbornou stránku zpracovaného plánu.

6.12.8. Shrnutí

Zcela zásadním problémem byla podle některých pracovníků MHMP nejasnost kompetencí MHMP a městských částí, nedostatečná (a systematicky také nedostatečně ukotvená) spolupráce mezi městskými částmi a MHMP. Velmi zásadní limit pak představovalo také to, že některé městské části neměly zpracované SPRSS a/nebo sociální služby vůbec nepodporovaly nebo je podporovaly jen v omezené míře. V důsledku všech těchto skutečností lze hovořit o nemožnosti zajištění skladebnosti SPRSS městských částí se SPRSS HMP a o existenci závažných překážek komplikujících snahu o optimalizaci sítě sociálních služeb na území HMP. Konkrétními projevy této situace je to, že městské části nejsou ochotné na svém území provozovat některé druhy služby (to někdy platí dokonce i o sociálních službách obecně) nebo nejsou ochotné poskytovat prostory pro zajištění služeb pro některé

cílové skupiny (především osoby bez přístřeší a pro osoby závislé na návykových látkách). Možnosti MHMP tuto situaci ovlivnit jsou přitom velmi limitované.

Dalším významným limitem bylo to, že HMP doposud neměl vyjasněnou koncepci celkového přístupu k sociálním službám. To se ukazovalo jako velmi významná okolnost především v kontextu snižujících se prostředků, kterými může MHMP podporovat organizace poskytující sociální služby na území HMP.

Tato skutečnost se projevovala také tím, že na území HMP nebyly podle dotázaných doposud zajištěny služby pro všechny cílové skupiny uživatelů sociálních služeb. Mezi cílové skupiny, kterým nebyla doposud věnována dostatečná pozornost, bylo podle dotázaných zástupců MHMP možné řadit osoby s duševním postižením.

Poskytování sociálních služeb na území HMP komplikovala také spolupráce s dalšími kraji a spolupráce s městskými částmi. U jiných krajů byla patrná dlouhodobá snaha neposkytovat finanční podporu (respektive poskytovat nižší finanční podporu ve srovnání s jinými subjekty) poskytovatelům služeb, které mají klienty z HMP.

U městských částí se jako problém ukazovalo odlišné načasování plánovacích procesů MHMP a městských částí, ne vždy dostatečná kvalita SPRSS městských částí a absence těchto dokumentů v některých městských částech. Tyto skutečnosti vytvářely napětí mezi městskými částmi a MHMP a ztěžovaly možnosti vyjasnění koncepce poskytování sociálních služeb v jednotlivých městských částech, respektive pozici MHMP při podpoře služeb poskytovaných na území těchto městských částí. Podle dotázaných zástupců MHMP také grantová schémata některých městských částí pro podporu sociálních služeb neměla odpovídající kvalitu.

Naopak pozitivně zástupci MHMP hodnotili to, že některé městské části do určité míry financovaly sociální služby ze svých rozpočtů a poskytovaly některé služby sociální péče. Tato skutečnost měla z pohledu magistrátu příznivý vliv na charakter sítě sociálních služeb v HMP a snižovala finanční nároky na podporu sociálních služeb, které jsou kladeny na MHMP.

Zástupci MHMP hodnotili příznivě také to, že MHMP je zřizovatelem některých organizací poskytujících sociální služby na území HMP. Tato skutečnost byla naopak negativně vnímána poskytovateli, jejichž zřizovatelem nebyli MHMP nebo městské části. Příznivě bylo možné hodnotit také to, že poskytovatelé sociálních služeb se zapojují do procesů střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni HMP.

7. Doporučení

Stejně jako celá tato analýza, je i tato kapitola strukturována dle jednotlivých cílových skupin a následně jsou zpracována doporučení vážící se k samotnému systému sociálních služeb v HMP. Možnosti poskytování sociálních služeb na území HMP stejně jako situaci osob v nepříznivé životní situaci významně ovlivňuje národní sociální politika. Vliv MHMP na národní sociální politiku je pouze omezený. Při tvorbě doporučení nicméně nebylo možné osoby žijící v Praze od tohoto rámce oddělit a HMP s ním musí při tvorbě krajské a obecní politiky pracovat. V kapitole tak poukazujeme i na problémy cílových skupin a možnosti jejich řešení na národní úrovni.

Podobně dochází k řadě překryvů mezi zdravotní, bytovou, dopravní a vzdělávací politikou, politikou zaměstnanosti a v menší míře i s dalšími politikami hlavního města Prahy. Oproti předchozí skutečnosti, toto již nelze vnímat jako omezení možností řešení situace cílových skupin, za předpokladu, že uvedené politiky budou dostatečně vzájemně provázány a koordinovány.

Doporučení reagují na identifikované problémy a neuspokojené potřeby jednotlivých cílových skupin, ale i na systémové problémy, které námi realizovaný výzkum odhalil. Dotazované osoby uváděly velmi širokou škálu podnětů a návrhů, co vše by bylo možné na podporu osob v nepříznivé sociální situaci realizovat. Cílem této kapitoly je zejména shrnout prioritní opatření, která reagují na zásadní nedostatky. V menší míře uvádíme však i návrhy, které mají podpůrný a doplňkový charakter. i přesto, že některé návrhy jsou u různých cílových skupin obdobné, jsou pro přehlednost (i za cenu určitých duplicit) uvedeny u každé z těchto skupin.

7.1. Senioři

HMP v porovnání s ostatními kraji v České republice disponuje podprůměrným počtem lůžek v pobytových sociálních zařízeních. Tato zařízení evidují vysoký počet zájemců a v HMP existuje velká neuspokojená poptávka po této službě. Nedostatečné jsou zejména kapacity zařízení v případě vzniku vážné chronické nemoci (např. Alzheimerova či Parkinsonova choroba) či potřeby celodenní péče u nesoběstačných osob. Díky stárnutí populace lze v příštích desetiletích očekávat nárůst počtu osob, které budou potřebovat tento typ péče. Důvodem žádání o místo v pobytovém zařízení však nebývá jen snížená soběstačnost, ale i (finanční, časová i místní) nedostupnost či neznalost terénních služeb, vysoká cena bydlení a snaha tímto způsobem řešit svou bytovou situaci či spekulativní podání žádosti, které je způsobeno nejistotou ohledně zdravotního stavu a míry soběstačnosti v budoucnosti, ale také rozšířenému povědomí o dlouhé čekací době na místo v takové instituci.

Doporučení č.1

Zvýšit kapacitu domovů pro seniory poskytující služby osob (částečně či zcela) upoutaným na lůžko s vysokým stupněm závislosti.

Doporučení č.2

Zvýšit kapacitu domovů se zvláštním režimem pro osoby s demencí.

Doporučení č.3

Při mapování poptávky seniorů o pobytová zařízení více zohledňovat stupeň příspěvku na péči a míru aktuálnosti požadavků seniorů, tj. při hodnocení potřebnosti služeb vycházet z počtu seniorů, kteří mají zájem v krátkodobém horizontu do zařízení nastoupit.

Terénní služby se jeví jako vhodné zejména u osob s nižším stupněm závislosti. Seniorům umožňují setrvat v domácím prostředí, pro samosprávný celek jsou navíc finančně méně nákladné v porovnání s pobytovými službami. Pro samotné uživatele z řad seniorů však může intenzivní využívání terénních služeb představovat vyšší náklady než uhrazení pobytové služby. Dle poznatků realizovaného výzkumu jsou terénní služby pro mnoho seniorů finančně nedostupné a využívali by je více, pokud by byly levnější. (Omezené finanční možnosti jsou obecně u seniorů jednou z hlavních determinant dostupnosti sociálních služeb.) Nicméně stejně jako v případě pobytových služeb, i u pečovatelské služby či osobní asistence existuje v HMP vysoká neuspokojená poptávka ze strany této cílové skupiny.

Doporučení č.4

Rozvíjet terénní sociální služby (pečovatelskou službu a osobní asistenci) pro seniory, které by umožnily co největšímu podílu z nich setrvat v domácím prostředí. Cílem rozvoje terénních služeb by měl být stav, kdy by osoby s nižší mírou závislosti nevyhledávaly pobytové služby, ale zvládly žít i ve vyšším věku ve své domácnosti. Zajistit kapacitní i časovou dostupnost terénních služeb (např. poskytování služby i o víkendech, v případě osobní asistence i v noci).

Životní úroveň seniorů ovlivňuje i jejich bytová situace. Specifikem určitých částí HMP je nedostatek malometrážních bytů. V době vedení rozhovorů (listopad 2011) vyjádřili respondenti obavy nad postupnou deregulací nájemného a schopností seniorů zaplatit v nájemních bytech soukromých majitelů tržní nájem. Za strany seniorů přitom lze zaznamenat zájem a ochotu přestěhovat se do menšího bytu, jehož cena bude reflektovat jejich finanční možnosti. Nalezení efektivnějšího řešení otázky bydlení seniorů by tak mohlo do jisté míry ulevit tlaku na rozšiřování nabídky pobytových služeb.

Doporučení č. 5

Zvýšit nabídku finančně dostupného bydlení pro seniory (např. sociálního bydlení pro osoby s nízkým příjmem či malometrážních bytů).

Senioři často nejsou dostatečně informováni o nabídce služeb, které by mohli využívat a které by jim pomohly zvládat každodenní situace, které již nejsou schopni zvládat vlastními silami. Informace přitom musejí být zprostředkovány dané cílové skupině vhodnou formou. Informace by měly být seniorům zprostředkovány osobami, které jsou se seniory dlouhodobě v kontaktu a ti k nim mají důvěru (např. pracovníci pečovatelské služby či praktičtí lékaři). Jako otevřený zdroj informací by měly sloužit také úřady a jejich pracovníci, kteří jsou obecně považováni za kompetentní a plně informované osoby.

Doporučení č. 6

Zvýšit informovanost seniorů o nabídce dostupných sociálních služeb (zejména těch terénních) – písemnou formou (např. letáky v ordinacích, na úřadech apod., noviny s pravidelnou rubrikou pro seniory) a ústní formou (od praktického lékaře, od sociálního či terénního pracovníka (např. pracovníka pečovatelské služby).

Obzvláště senioři se sníženou mobilitou (často např. osoby žijící v pobytových službách) mají velice omezené možnosti sociálního vyžití a smysluplného trávení volného času, dostávají se tak do sociální izolace. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou pro tuto skupinu často obtížně dostupné. Důvodem je především chybějící vhodná doprava či finanční nedostupnost speciální dopravy, příp. osobní asistence. Obecně lze říci, že čím větší budou mít senioři možnosti dopravy do zařízení sociálních služeb, tím spíše je budou využívat.

Doporučení č. 7

Podporovat zlepšení dopravní dostupnosti sociálních služeb pro seniory se sníženou mobilitou (např. přispívat poskytovatelům sociálních služeb na zajištění dopravy za službou). Nadále zvyšovat podíl bezbariérových spojů.

7.2. Osoby se zdravotním postižením (OZP)

Tato cílová skupina zahrnuje osoby s postižením vrozeným a získaným. Do druhé skupiny osob se mohou v průběhu svého života zařadit i senioři, a tak dochází k překryvu této skupiny se skupinou OZP. Sloučení těchto skupin při tvorbě a implementaci sociální politiky však není vhodné, protože sociální služby by měly v případě každé skupiny sledovat odlišné cíle: Zatímco u seniorů vznikne zdravotní postižení až ve vyšším věku, a je tedy potřeba zajistit kvalitní péči pro jejich důstojné dožití, pro osoby se zdravotním postižením nabývají sociální služby na významu často již v dětství či mládí, proto by je měly kromě péče o základní potřeby a domácnost podporovat i v procesu získávání vzdělání a následně v samotném pracovním procesu.

Doporučení č. 1

Při tvorbě politik na národní, krajské i obecní úrovni je třeba systematicky rozlišovat, zda sociální služby pro osoby se zdravotním postižením mají za cíl umožnit důstojné dožití anebo podpořit v aktivní životní dráze např. při získání vzdělání, zapojení do pracovního procesu apod. Při tvorbě politiky by měly být odlišeny potřeby těchto dvou podskupin a podle nich přizpůsobena nabídka sociálních služeb mimo jiné i v HMP.

Z hlediska uchopení celé cílové skupiny, analýzy jejích potřeb a tvorby doporučení (či obecně politiky) představuje zásadní problém deficit dat a statistik popisujících její charakteristiky. Statistiky invalidních důchodů, počty osob pobírajících příspěvek na péči či těch s priznanými výhodami I. – III. stupně vypovídají vždy jen o určitém segmentu této skupiny a nepodávají

komplexní obraz, který by podpořil tvorbu specifických doporučení pro osoby s různým typem postižení.

Doporučení č. 2

Zavést evidenci OZP dle věku, typu postižení a potřeb z něj plynoucích, která by umožnila tvorbu politiky reagující na specifika osob s různým typem postižení.

Průřezovým problémem vážícím se k celé skupině OZP je nedostatečná propojenost a návaznost sociálních služeb, služeb zdravotních, vzdělávacích či služeb politiky zaměstnanosti. Příčina samotného problému často spočívá v samotném nastavení národních politik, ale samotným osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám způsobuje celou řadu problémů v každodenním životě. Jmenovat lze např. nedostatek zařízení poskytující dětem s postižením současně sociální, zdravotní a vzdělávací služby, což limituje jejich rodiče v ekonomické aktivitě, neboť nemohou dítě svěřit jedné instituci např. na celé dopoledne, ale musejí zajistit jejich přemísťování do několika zařízení. Dalším příkladem je nezahrnutí služeb zdravotní péče (např. lázní, rehabilitace) do systému služeb pro OZP. Ač tyto služby v určitých případech významně zvyšují kvalitu života osob (zachování pohyblivosti, snížení bolesti, udržení pracovního potenciálu), často si je nemohou dovolit, protože náklady na zajištění pobytu v rehabilitačním zařízení často přesahují finanční možnosti OZP zejména ve chvíli, kdy k absolvování léčebného pobytu potřebují osobního asistenta.

Doporučení č. 3

Zvýšit provázanost sociálních služeb a zejména zdravotních služeb. Na národní úrovni zvýšit kooperaci mezi jednotlivými resorty a zvážit společný dopad jednotlivých politik na situaci OZP. Systematicky koordinovat činnost odborů MHMP a jejich politik a klást důraz na jejich provázanost a synergické efekty.

Společnou charakteristikou osob, u kterých je postižení vrozené či získané jinak a dříve než ve stáří (s výjimkou osob s mentálním, případně kombinovaným postižením), je vědomá snaha o překonání každodenních úskalí, která postižení přináší, a snaha o co největší integraci do společnosti. V případě těchto OZP by proto víc než u jiných skupin měl být při plánování sociálních služeb kladen důraz na podporu jejich plného a aktivního zapojení do života. Tento cíl nabývá na významu také vzhledem ke specifickému postavení Prahy jako hlavního města, v němž jsou větší možnosti pracovního uplatnění a široká nabídka vzdělání. Skupina OZP, které do Prahy přicházejí právě za účelem získání vzdělání, pracovního uplatnění i osamostatnění, může být poměrně obsáhlá, proto by bylo vhodné zjistit velikost a potřeby OZP, které v Praze dlouhodobě žijí a nemají zde trvalé bydliště.

Doporučení č. 4

Zmapovat situaci osob se zdravotním postižením, které v Praze dlouhodobě žijí a nemají zde trvalé bydliště.

Důležitou životní potřebou a nedílnou součástí integrace jsou i možnosti vzdělání a zejména pracovního uplatnění, které jsou relativně omezené. Pracovní uplatnění také zlepšuje finanční

situaci osob a tak se i určité sociální a zdravotní služby stanou dostupnější. Z pohledu OZP je stěžejní dostatek pracovních míst umožňujících flexibilní formy zaměstnávání (lze ovlivnit spíše na národní úrovni). Z hlediska podpory ekonomické aktivity OZP je však pro HMP příležitostí příznivá ekonomická situace města a nízká nezaměstnanost.

Doporučení č. 5

Na národní úrovni otevřít diskusi o možnostech podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením (např. prostřednictvím podpory nabídky flexibilních forem zaměstnávání, podporou zakládání sociálních podniků - maximálně snížit byrokratickou zátěž pro jejich založení a provoz, daňovým zvýhodněním firem zaměstnávajících OZP aj.)

Doporučení č. 6

Na úřadech práce na území MHP zvýšit podporu hledání zaměstnání uchazečů z řad osob se zdravotním postižením a rozvíjet spolupráci se zaměstnavateli působícími v HMP

Podmínkou integrace osob se zdravotním postižením do společnosti je i umožnění jejich mobility. Co se bezbariérovosti MHD, institucí a venkovního prostředí týče, respondenti zaznamenali v posledních letech zlepšení. Přesto lze doporučit pokračování v tomto trendu. Problematická je např. stále možnost parkování v centru HMP. Pro osoby s těžším zdravotním postižením, jejichž mobilita je velmi omezená, je potřebnou, ale zejména z hlediska její kapacity nedostupnou službou specializovaná přeprava. Čekací doba je na ni v současné době příliš dlouhá a nelze jí využít v případě nenadálé akutní potřeby. Problematická je nejen přeprava osob, ale i větších předmětů či zavazadel (včetně invalidních vozíků), kde jsou OZP závislé na rodinách či přátelích či pro ni využívají taxi, které však uspokojování této potřeby neúměrně prodražuje.

Doporučení č. 7

Dále zlepšovat bezbariérovost MHD, veřejných institucí a venkovního prostředí. Zlepšit možnosti parkování pro osoby se zdravotním postižením v centru HMP.

Doporučení č. 8

Zvýšit kapacitu specializované přepravy pro OZP, zahrnout do ní pomoc s přepravou potřebných předmětů a zavazadel, a tak podpořit mobilitu osob s výrazně omezenou pohyblivostí.

7.2.1. Osoby s tělesným postižením

Jedním z nejzásadnějších problémů této cílové skupiny jsou nedostatečné možnosti dopomoci při zajištění základních úkonů mimo rodinu (mobilita, osobní péče atd.). Jde vůbec o základní životní potřebu ovlivňující kvalitu života v jakékoliv životní fázi, počínaje možnostmi získat vzdělání a následného pracovního uplatnění. Osamostatnění snižuje závislost na sociálních dávkách a také na rodině, což umožňuje pečujícím rodinným příslušníkům návrat do zaměstnání.

Základním předpokladem osamostatnění je možnost samostatného bydlení s podporou terénních sociálních služeb. Tento model života je však pro mnohé osoby se zdravotním postižením nedostupný právě díky nedostatku chráněného bydlení, bezbariérového bydlení apod. Nutností je však propojení s terénními službami, zejména s osobní asistencí. Respondenti ve výzkumu také poukazovali na nepřiměřeně vysoké nájemné bezbariérových bytů v HMP, které si spolu s nutnými sociálními službami nemohou dovolit.

Osobní asistence umožňuje osobám s postižením setrvat v přirozeném prostředí a vykonávat běžné činnosti. Jde nicméně o službu, které je v HMP nedostupná jak finančně, tak následně i kapacitně. Příčinou nedostatečné kapacity je nejspíše skutečnost, že poskytování této služby je díky zákonem stanovené maximální výši úhrady pro organizace ztrátové. I přes stanovené cenové stropy je však osobní asistence pro některé OZP nedostupná v takovém rozsahu, v jakém by ji potřebovaly. Vyplácená výše příspěvku na péči pro potřebné množství hodin osobní asistence nepostačuje. OZP tak ve výsledku tuto dávku neinvestují zpět do služeb, ale i v případě, kdy by o služby měly zájem, ji ponechávají v rodině, která dokáže poskytnout potřebnou péči levněji. V tomto kontextu se zdá být současná situace OZP „začarovaným kruhem“ a její řešení si žádá realizaci opatření na více úrovních.

Doporučení, jejichž příjemcem je MPSV:

Doporučení č. 1

Provést revizi přidělování a výše příspěvku na péči s ohledem na potřeby jednotlivých skupin OZP.

Doporučení č. 2

Otevřít diskusi o tom, zda je pro rozvoj sociální služby osobní asistence funkční stanovení maximální výše úhrady a nebylo by přínosné provést v jejím případě cenovou liberalizaci.

Doporučení, jejichž příjemcem je MHMP, MČ:

Doporučení č. 3

Podporovat rozvoj a navýšení kapacity terénních služeb pro osoby se zdravotním postižením, zejména pak osobní asistence.

Doporučení č. 4

Zvýšit kapacity chráněného bydlení a počtu bezbariérových bytů pro osoby se zdravotním postižením s regulovanou cenou reflektující finanční možnosti této cílové skupiny.

Doporučení č. 5

Zvýšit provázanost terénních služeb s bezbariérovým bydlením (např. oblasti s bezbariérovými byty by měly mít k dispozici pečovatelskou službu nebo osobní asistenci, stejně tak by asistenti měli být přítomni v komunitních formách bydlení aj.)

7.2.2. Osoby se zrakovým postižením

Situace osob se zrakovým postižením je v něčem podobná situaci osob s tělesným postižením. I u této cílové skupiny je jedna z nejvýznamnějších otázek spojena s možnostmi osamostatnění od původní rodiny. Ideální podporou je kombinace terénních sociálních služeb – zejména pak průvodcovských a předčitatelských služeb a osobní asistence, spolu se zajištěním vhodného samostatného bydlení (např. speciálně upravené byty). U obou uvedených sociálních služeb lze doporučit další rozvoj (viz doporučení výše).

Díky nemožnosti řídit motorová vozidla jsou osoby se zrakovým postižením závislé na veřejném dopravním systému či dopravě poskytované jiným subjektem. Pro mobilitu této skupiny je zásadní bezbariérovost stanic a funkčnost informačního systému a naváděcích prvků. I přes zlepšení těchto aspektů MHD v minulých letech, je její další rozvoj z pohledu potřeb osob se zrakovým postižením nezbytný.

Doporučení č. 1

Zvýšit celkovou přístupnost MHD pro osoby se zrakovým postižením, zejména pak zlepšit funkčnost informačního systému a bezbariérovost nástupních stanic.

Braillovo písmo neovládají všechny nevidomé osoby, ale mnohým může zpřístupnění základních popisů pomoci. Uvádění veřejně přístupných informací v tomto písmu podpoří integraci osob se zrakovým postižením do společnosti.

Doporučení č. 3

Uvádět informace ve veřejných institucích (školách, úřadech, v nemocnicích, v dopravních prostředcích, ale i v muzeích apod.) v Braillově písmu.

7.2.3. Osoby se sluchovým postižením

Část osob se sluchovým postižením je plně soběstačná a sociální služby nevyužívá. To se týká osob, které nemají jiné zdravotní postižení a nepotřebují tedy pomoc druhé osoby při zajištění běžných životních úkonů. Hlavními problémy osob se sluchovým postižením jsou možnost komunikace a dostupnosti informací. Legislativa jim zaručuje právo na bezplatné tlumočení v podrobně vymezených případech, možnost ho uplatňovat je však ovlivněna dostupností tlumočnických služeb.

Doporučení č. 1

Zvýšit kapacitu tlumočnických služeb tak, aby osoby se sluchovým postižením mohly využít svého práva na tlumočnicka ve všech situacích vymezených zákonem.

Pro mnohé osoby se sluchovým postižením je čeština cizím jazykem, a také složitější písemný text jim může být nesrozumitelný. Díky nedostatku informací také nemusejí mít osoby se sluchovým postižením možnost zjistit, jaké sociální služby mohou v případě potřeby využívat. Uvádění veřejně přístupných informací ve znakovém jazyce (např. formou informačních videí) podpoří integraci této skupiny osob do společnosti a zvýší dostupnost sociálních služeb.

Doporučení č. 2

Vytvořit komplexní a přehledný informační systém o sociálních službách, kde by byly informace zprostředkovány i ve znakovém jazyce.

7.2.4. Osoby s mentálním postižením

I v případě osob s mentálním postižením platí teze o nedostatku terénních služeb (zejména pak osobní asistence), vhodného samostatného bydlení a jejich propojenosti. Osoby s mentálním postižením často potřebují trvalý dohled, ale i možnost navazovat kontakty a socializovat se. Proto jsou vhodné komunitní formy bydlení (vyznačující se mimo jiné nepřetržitou dostupností základní pomoci, snadnou dostupností a provázaností zdravotních a sociálních služeb a účelností nákladů.) Nezbytné je ale propojení bydlení s terénními službami. Výzkum identifikoval nedostatečnou nabídku chráněného bydlení v HMP. Zejména osoby pečující (v případech, kdy už na péči nestačily či si přály ji omezit) nenacházely vhodné způsoby, jak by se dospělé dítě s mentálním nebo kombinovaným postižením mohlo v rámci svých možností osamostatnit.

Doporučení č. 1

Podporovat rozvoj a vznik nových zařízení typu chráněné bydlení pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Nemalá část osob s mentálním postižením žije v rodinách. Je proto potřebné zajistit také dobrou dostupnost sociálních služeb, podporujících pečující osoby (odlehčovací služby). V HMP je naprostý nedostatek zařízení pro dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením (na rozdíl od zařízení pro děti), tato služba je v současnosti prakticky nedostupná. Z hlediska potřeb pečujících osob je problematická také výše zmíněná finanční a kapacitní nedostupnost osobní asistence.

Doporučení č. 2

Zvýšit kapacitu stávajících či zřídit nové denní stacionáře pro dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením v HMP.

Chráněné dílny a obdobná zařízení umožňují osobám s mentálním postižením alespoň základní zapojení na trhu práce a využití jejich potenciálu. Jejich přínosem je také smysluplné využití volného času těchto osob. Stejně jako v případě chráněného bydlení a denních stacionářů, v HMP existuje neuspokojená poptávka i po tomto typu služby.

Doporučení č. 3

Podporovat rozvoj a vznik chráněných dílen a jiných zařízení umožňujících pracovní uplatnění, případně vzdělání osob s mentálním a kombinovaným postižením, které by umožnily alespoň základní zapojení na trhu práce a poskytly prostor pro navazování sociálních kontaktů.

7.3. Osoby s duševním onemocněním

Skupina osob s duševním onemocněním je často zcela nesprávně přiřazována k osobám se zdravotním, nejčastěji mentálním postižením, potřeby cílových skupin jsou však velmi odlišné. Zatímco znakem mentálního postižení je snížení rozumových schopností, duševní onemocnění prvotně ovlivňuje myšlení, prožívání, chování a vztah k ostatním lidem a je spojeno s psychiatrickými diagnózami. Při tvorbě politiky je tak vhodné skupiny maximálně rozlišovat.

Doporučení č. 1

Při tvorbě politik na národní, krajské i obecní úrovni systematicky rozlišovat mezi cílovými skupinami osoby s duševním onemocněním a osoby se zdravotním postižením, jejichž potřeby jsou odlišné a řešení jejich životní situací vyžaduje i jinou skladbu sociálních služeb.

Jedním z objevujících se znaků u skupiny osob s duševním onemocněním jsou velice nízké příjmy a život v chudobě. Osoby s duševním onemocněním jsou většinou závislé pouze na invalidním důchodu, který je jim často přiznáván poměrně brzy (nemoc propuká většinou v mládí), tudíž je nízký. V mnoha případech však přiznání invalidního důchodu znemožňuje dosažení na dávky hmotné nouze. Ani příspěvek na péči mnoho z nich nepobírá. Příčinou je nevhodné nastavení hodnotících kritérií pro jeho přiznání z hlediska specifík zdravotního stavu těchto osob.

Doporučení č. 2

Na národní úrovni (MPSV) provést revizi přiznávání a výše invalidních důchodů a příspěvku na péči osobám s duševním onemocněním s ohledem na potřeby této skupiny osob. Provést revizi systémů sociálního zabezpečení, státní sociální podpory a pomoci v hmotné nouzi, jež v případě osob s duševním onemocněním netvoří pevnou sociální síť, která by zabránila jejich propadu na samé dno společnosti.

Vzhledem k potřebě medikační léčby osob s duševním onemocněním a k tomu, že v některých případech je vhodná hospitalizace, je nezbytná propojenost zdravotních a sociálních služeb. Pokud po skončení hospitalizace nejsou k dispozici sociální služby, které by pomohly osobám s duševním onemocněním naučit se znovu zvládat základní životní úkony a péči o sebe sama, dochází často k recidivě. Sociální služby zase samy o sobě nemohou stabilizovat či mírnit projevy duševního onemocnění.

Doporučení č. 3

Zlepšit návaznost a propojenost zdravotních a sociálních služeb. Rozvíjet zejména sociální služby, které by byly k dispozici osobám s duševním onemocněním po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a podpořily je ve zvládnutí základních úkonů v běžném životě a při začlenění do společnosti.

Komunitní služby jsou touto skupinou obecně považovány za nejvhodnější typ služeb a představují levnější alternativu k hospitalizaci v psychiatrických léčebnách. V těch jsou často lidé s duševním onemocněním hospitalizováni jen proto, že pro ně neexistuje jiná možnost péče. Nákladnost komunitní péče je nižší v porovnání s pobytem ve zdravotnickém zařízení, osobám s duševním onemocněním také otevírá možnost pro začlenění do společnosti. Kapacita všech typů sociálních služeb (terénních, ambulantních i pobytových) je HMP naprosto poddimenzovaná ve vztahu k předpokládanému počtu osob s duševním onemocněním žijících v hlavním městě.

Osoby s duševním onemocněním potřebují asistenci a dohled při obstarávání základních životních úkonů do doby, než se jejich stav stabilizuje nebo než se je znovu naučí zvládat a vykonávat samostatně. Zvláštní otázkou představuje dostupnost vhodného podporovaného bydlení. Tím mohou být v případě osob s těžším onemocněním chráněné bydlení či domovy se zvláštním režimem. i v případě stabilizace jejich stavu (či opuštění psychiatrické léčebny) je zásadní dostupnost finančně dostupného tréninkového a sociálního bydlení (tedy bydlení s regulovaným nájmem ať již ve startovacím či malometrážním bytě). Díky nízkému příjmu, často chybějícímu rodinnému zázemí, deficitu zaměstnání, vysokým cenám tržního bydlení v HMP a díky naprosté nevhodnosti ubytoven z důvodu zranitelnosti osob s duševním onemocněním, nedostupnost vhodného bydlení zvyšuje ohroženost této skupiny bezdomovectvím.

Doporučení č. 4

Zvýšit kapacitu a rozvíjet terénní a ambulantní služby pro osoby s duševním postižením, zejm. sociální rehabilitaci, kvalitní odborné poradenství a asistenční služby.

Doporučení č. 5

Podporovat rozvoj a vznik podporovaného bydlení v podobě chráněného bydlení či tréninkových bytů pro osoby s duševním onemocněním. Zvýšit kapacitu míst v domovech se zvláštním režimem pro osoby s duševním onemocněním.

Doporučení č. 6

Zvýšit nabídku finančně dostupného bydlení pro osoby s duševním onemocněním opouštějící psychiatrické léčebny, chráněné bydlení, domovy se zvláštním režimem či tréninkové byty (např. sociálního bydlení v podobě startovacích či malometrážních bytů), aby se snížila ohroženost této skupiny osob bezdomovectvím a měly příležitost se znovu začlenit do společnosti.

Poskytovatelé služeb pro tuto cílovou skupinu nejsou také na území HMP rozmístěni rovnoměrně. Ačkoliv jsou osoby s duševním onemocněním poměrně mobilní, daleké dojíždění a místní nedostupnost služeb představuje překážku pro jejich využívání, což vyplývá mimo jiné i z povahy duševního onemocnění, které často brání vykonávat jakoukoliv běžnou činnost.

Doporučení č. 7

Při tvorbě a rozvoje sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním reflektovat územní rozložení nabídky služeb v HMP.

Z povahy duševních onemocnění vyplývá, že osoby s těmito nemocemi se vůbec nemusejí orientovat v běžných životních záležitostech. Nemají tedy často potřebný přehled o tom, jaké možnosti podpory mohou využívat. Zároveň často nedostanou potřebné informace o vlastních právech, což může být podpořeno i přetrvávajícím stigmatizačním pohledem na tuto cílovou skupinu.

Doporučení č. 8

Zlepšit informovanost osob s duševním onemocněním o vhodných možnostech podpory (dostupných sociálních službách či dávkách státní sociální podpory a pomoci v hmotné nouzi) a také o jejich právech obecně (např. při hospitalizaci v léčebně).

Kombinace následujících faktorů - nízké příjmy, nedostatek sociálních služeb, zejm. pak chráněného bydlení, spolu s charakterem hendikepu, kvůli kterému osoby s duševním onemocněním v určitém období svého života selhávají ve zvládnání běžných úkonů - vede k ohrožení bezdomovectvím a propadu těchto osob mezi osoby bez přístřeší. Nabídka služeb pro osoby s duševním onemocněním bez přístřeší v HMP téměř neexistuje. Nedostatek je terénních a ambulantních sociálních služeb, které by umožnily této specifické skupině uspokojit její potřeby, kapacitně nedostupné jsou i domovy se zvláštním režimem, které jsou pro tyto osoby vhodnější službou než azylové domy.

Doporučení č. 9

Zvýšit nabídku speciálních služeb pro osoby bez přístřeší s duševním onemocněním (např. zvýšit kapacitu domovů se zvláštním režimem, zvýšit dostupnost zdravotní péče a nabídku chráněného pracovního místa aj.)

Možnosti pracovního uplatnění osob s duševním onemocněním na běžném trhu práce jsou omezené. Významnou roli zde hraje skutečnost, že nemoc propuká v mladším věku – tedy v období studia, kdy dochází k přípravě na povolání, nebo v období prvních zaměstnání, ve kterých tyto osoby selžou. Nemoc navíc může udeřit opakovaně. Vzhledem k přetrvávající stigmatizaci, nedostatku pracovních zkušeností a pozitivních referencí a nízké informovanosti zaměstnavatelů mají osoby s duševním onemocněním velké potíže sehnat práci. (Možnou komplikací je i nízká nabídka zkrácených pracovních úvazků). Kapacitně nedostačuje ani nabídka chráněných pracovních míst pro tuto cílovou skupinu, která jsou ideální pro využití jejich pracovního potenciálu.

Doporučení č. 10

Podporovat rozvoj a vznik nových chráněných dílen a dalších forem podporovaného zaměstnání pro osoby s duševním onemocněním.

Doporučení č. 11

Na národní úrovni otevřít diskusi o možnostech podpory zaměstnávání osob s duševním onemocněním (např. prostřednictvím podpory nabídky flexibilních forem zaměstnávání, daňovým zvýhodněním firem zaměstnávajících osoby s duševním onemocněním, kampaní na de-stigmatizaci této skupiny osob, tvorbou vhodných rekvalifikačních programů s následným podporovaným zaměstnáním této skupiny atd.)

7.4. Rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci

I cílová skupina rodina, dětí a mládež v nepříznivé sociální situaci je vnitřně heterogenní, její příslušníci mají rozdílné potřeby a stejně tak čerpají rozdílné služby cílené na tuto skupinu. Jedním ze základních stabilizujících prvků, který pomáhá rodinám s dětmi v nepříznivé sociální situaci, je dostupné bydlení. Stávající záchytná síť azylových domů a domů na půli cesty nemá dostatečné kapacity přijmout všechny zájemce, což však může být způsobeno i neexistencí navazujícího článku (finančně dostupného bydlení) pro osoby, jejichž situace je již stabilizovaná a azylový dům by mohly opustit.

Sociální bydlení či tréninkové byty by měly představovat navazující článek za azylovým domem, kde by měl klient pobývat jen po dobu překlenutí krize. Po stabilizaci své situace by měl azylový dům opustit, což se však v současné době, i přes legislativní omezení, v praxi často neděje. Díky deficitu následných bytových možností v HMP dochází k opakovanému umístování osob z cílové skupiny do dalších azylových domů a vzniká tu fenomén tzv. „turistiky po azylových domech“. Existence navazujících ubytovacích možností pro rodiny s dětmi a mládež by vedla k odlehčení kapacity azylových domů. Jednou ze zásadních překážek pro rozvoj sociálního bydlení, již lze však řešit jen na národní úrovni, je absence legislativní úpravy této formy bydlení.

Doporučení č. 1

Zvýšit kapacitu azylových domů, aby je mohl využít každý, kdo se ocitne v krizové situaci (často svobodné matky) v okamžiku vzniku této situace, a je tak přímo ohrožen bezdomovectvím a sociálním vyloučením se všemi souvisejícími negativními aspekty (alkohol, drogy, prostituce, atd.)

Doporučení č. 2

Zvýšit kapacity tréninkových bytů, aby měli uživatelé azylových domů kam plynule přecházet a docházelo tak k progresivnímu řešení jejich situace.

Doporučení č. 3

Zvýšit nabídku finančně dostupného bydlení pro osoby opouštějící tréninkové byty (např. sociálního bydlení, startovacích či malometrážních bytů), aby se tyto osoby nevracely do azylových domů a měly příležitost se znovu začlenit do společnosti.

Významnou službou pro tuto cílovou skupinu je také odborné sociální poradenství. V kontextu vážnosti životních situací, ve kterých se osoby z této skupiny nalézají, je kvalitní poradenství základním předpokladem k jejich řešení. Obzvláště důležitá je provázanost pobytových a poradenských služeb, která však ne ve všech zařízeních funguje. Synergický efekt společného poskytování těchto služeb je však výrazný. Vzhledem k tomu, že každá organizace poskytující sociální služby je povinna poskytovat i sociální poradenství, dochází k distribuci finančních prostředků mezi velké množství poskytovatelů, dotační mechanismus HMP přitom kvalitu služby nezohledňuje.

Doporučení č. 4

Zvýšit provázanost pobytových a poradenských služeb, zlepšit kvalitu odborného sociálního poradenství poskytovaného v azylových domech.

Doporučení č. 5

Zohledňovat kvalitu poskytovaných služeb v dotačním mechanismu HMP pro financování sociálních služeb s cílem podpory specializovaného poradenství zaměřeného na určité (pod)skupiny, (např. právní, dluhové, psychologické poradenství, poradenství pro děti opouštějící ústavní péči, atd.)

7.5. Migranti a etnické menšiny

Největší a nenaplněná poptávka je u etnických menšin (zejména Romů v obtížné sociální situaci) po poradenství v otázkách dluhové problematiky, zaměstnanosti, bydlení a diskriminace. U migrantů zase po poradenství zaměřeném zejména na bydlení, zaměstnání, pobyt na území ČR (získání trvalého pobytu či českého občanství, sloučení rodiny, apod.), oblast lékařské péče, vzdělávání či antidiskriminační poradenství a právní pomoc při porozumění smlouvám (na zdravotní pojištění, nájemním, pracovním).

Doporučení č. 1

Vytvořit a rozvíjet odborné poradenství, zejména právní, vysoce se specializující na problémy skupiny migrantů a etnických menšin.

Díky špatné znalosti českého jazyka a nedostatečné orientaci v „českém prostředí“ se řada migrantů dostává do obtížných sociálních situací. Problematická je komunikace s institucemi (úřady, zdravotnická zařízení), ale i hledání práce či bydlení. Jednou ze základních bariér integrace do společnosti je nedostatek informací. Migranti sice hledají informace na internetu či je získávají prostřednictvím neformálních kontaktů, přesto lze jejich informovanost o sociálních službách označit za spíše horší.

Doporučení č. 2

Vytvořit a rozvíjet službu doprovázení migrantů, kdy by sociální pracovníci mohli pomáhat cizincům při komunikaci s úřady, ve zdravotnických zařízeních, apod.

Doporučení č. 3

Rozšířit nabídku kurzů českého jazyka pro migranty, zejména se zaměřením na lepší uplatnění na trhu práce.

Doporučení č. 4

Rozvíjet terénní služby pro migranty zaměřující se na zvyšování informovanosti o možnostech pomoci a nabídce sociálních služeb.

Také v případě romské menšiny v obtížné sociální situaci jsou terénní služby důležité pro jejich informovanost a zprostředkování nabídky sociálních služeb. Na rozdíl od migrantů však řada terénních programů zaměřených na tuto cílovou skupinu již existuje. Vhodnou službou pro tuto cílovou skupinu jsou i nízkoprahová zařízení pro děti a mládež. Většina z těchto zařízení se na území HMP zaměřuje na děti, naopak a na dospívající mládež jich je zaměřeno jen málo a nejsou zaměřena na podporu při vzdělání a přípravě jedince na vstup na trh práce.

V neposlední řadě je problémem špatná bytová situace romské menšiny (zejména pak přeplněnost bytů).

Doporučení č. 5

Budovat nízkoprahová zařízení pro děti a mládež v oblastech s větší koncentrací Romů v tíživé sociální situaci, která by poskytovala podporu zejména při studiu a přípravě pro uplatnění na trhu práce (např. doučování, kurzy, motivace aj.)

Doporučení č. 6

Zvýšit nabídku finančně dostupného bydlení pro nízkopříjmové rodiny (např. sociálního bydlení) odpovídající počtu členů žijících ve společné domácnosti.

7.6. Osoby bez přístřeší

Systémovým problémem poskytování služeb osobám bez přístřeší je neochota městských částí poskytovat na svém území prostory pro zajištění služeb pro tuto skupinu osob. Osoby bez přístřeší nepatří u městských částí mezi ty prioritní a atraktivní. Řešení situace této cílové skupiny komplikuje také skutečnost, že mnoho osob, které ji reprezentují, nemá hlášený trvalý pobyt na území dané MČ. Výsledkem této situace je značné zatížení těch městských částí, ve kterých jsou služby této skupině poskytovány. Poskytnutí prostor městskými částmi pro tento typ služeb je nevynutitelným předpokladem pro zlepšení situace. Příležitost MHMP se tak nalézá v partnerské spolupráci a současně také ve strategickém a finančním zaštitění poskytování sociálních služeb této cílové skupině v HMP.

Doporučení č. 1

Sjednat spolupráci mezi třemi hlavními stranami, tj. MHMP, městskými částmi a poskytovateli, jejímž cílem je dosáhnout dohody na zajištění prostor pro poskytování služeb pro cílovou skupinu osob bez přístřeší výměnou za garanci určité míry (spolu)financování služby ze strany MHMP.

Velmi málo pozornosti je v souvislosti s cílovou skupinou osob bez přístřeší věnováno službám prevence bezdomovectví, které by předcházely samotné ztrátě bydlení. Z hlediska veřejných výdajů přitom je prevence bezdomovectví levnější a efektivnější, než výdaje na celou řadu sociálních služeb, které je třeba osobě poskytnout, aby mohla uspokojit své základní lidské potřeby či se ideálně zcela reintegrovat do společnosti. Podpora tohoto typu služeb by také mohla být relativně přijatelná pro městské části.

Doporučení č. 2

Vytvořit a rozvíjet služby prevence bezdomovectví - všeobecně dostupné a inzerované kvalitní odborné sociální poradenství (včetně právního a dluhového) a další služby vedoucí k co nejdelšímu udržení osob ve stávajícím bytě (např. poskytnutí pomoci při žádosti o dávky na bydlení – příspěvek na bydlení a doplatek na bydlení, poskytnutí pomoci při splácení nájemného, odpouštění dluhů, apod. a to za předem stanovených podmínek a pod dohledem sociálních pracovníků.)

Stávající síť terénních a ambulantních sociálních služeb, které pomáhají osobám bez přístřeší řešit jejich aktuální situaci a problémy, lze označit až na výjimky za kvalitní, dostupnou a funkční. I přes existenci určitého přetlaku zájemců o tyto služby jej nelze v kontextu celkové nabídky sociálních služeb hodnotit jako tristní. Doporučit však lze udržení existence současné nabídky. Problematická je však kapacita sociálních služeb v zimních měsících, kdy významně chybí počet míst v denních centrech a noclehárnách.

Doporučení č. 3

Připravit plán, jak rychle a flexibilně zvýšit kapacitu nocleháren a denních center v zimních měsících v období, kdy počasí a mrazy ohrožují samotný život osob bez přístřeší. V případě této situace nabídku těchto sociálních služeb neodkladně navýšit.

Naopak velmi problematická je situace osob bez přístřeší s ohledem na dlouhodobé řešení jejich situace, podpory nalezení bydlení a jejich reintegrace do společnosti. Zde se projevuje obdobný problém jako u cílové skupiny rodiny, děti a mládež v nepříznivé sociální situaci. Zejména kapacita míst v azylových zařízeních je nedostatečná, naprostý deficit lze pozorovat u tréninkového bydlení, které je nezbytné pro vymanění se ze sociálních služeb a pro začlenění osob bez přístřeší do společnosti. Osoby bez přístřeší tak rotují mezi jednotlivými azylovými domy v HMP. Díky vysokým cenám bydlení v HMP se však navrací do azylových domů i z tréninkových bytů. Tyto nedostatky významně ohrožují obzvláště nemocné a staré osoby bez přístřeší.

Doporučení č. 4

Zvýšit kapacitu azylových domů zejména pro nemocné a staré pro osoby bez přístřeší a osoby ohrožené bezdomovectvím.

Doporučení č. 5

Zvýšit kapacity podporovaného („tréninkového bydlení“), aby měli uživatelé azylových domů kam plynule přecházet a docházelo tak k progresivnímu řešení jejich situace.

Doporučení č. 6

Zvýšit nabídku finančně dostupného bydlení pro osoby opouštějící tréninkové byty (např. sociálního bydlení, startovacích či malometrážních bytů), aby se tyto osoby nevracely do azylových domů a měly příležitost se znovu začlenit do společnosti.

Pozornost je také třeba věnovat průniku cílové skupiny osob bez přístřeší s osobami s duševním onemocněním a osobami závislými na návykových látkách. Ty nejenže často díky svému stavu na služby nízkoprahových center nedosahují, k úspěšnému řešení své tíživé situace potřebují ještě služby pro další cílové skupiny. Zatímco v případě osob závislých na nealkoholových drogách funguje síť terénních a ambulantních sociálních služeb relativně dobře, nabídka služeb pro osoby s duševním onemocněním bez přístřeší je nízká. Nedostatečnou kapacitu mají zejména domovy se zvláštním režimem.

Doporučení č. 7

Vybudovat speciální „bezprahová“ centra, která by poskytovala službu i osobám, které nesplňují požadavky pro nízkoprahová denní centra.

Doporučení č. 8

Zvýšit nabídku speciálních služeb pro osoby bez přístřeší s duševním onemocněním a závislými na návykových látkách (zejména např. zvýšit kapacitu domovů se zvláštním režimem)

Doporučení č. 9

Provozovat nízkoprahovou ambulanci, kde by byl kromě stále přítomného praktického lékaře alespoň několikrát v měsíci přítomen stomatolog, gynekolog a psychiatr s navazující dostatečnou kapacitou azylových lůžek.

Vhodné by bylo rozšiřovat i kapacitu zdravotních služeb a jejich provázanost se službami sociálními. V souvislosti s ochranou veřejného zdraví by bylo vhodné zřizovat více prádeln a hygienických center pro tuto cílovou skupinu, které jsou často poskytovány organizacemi nad rámec sociálních služeb. Možnost pro udržování osobní hygieny a čistoty je jednou ze základních prerekvizit změny jejich situace.

7.7. Osoby závislé na nealkoholových drogách

Sociální služby pro osoby závislé na nealkoholových drogách jsou v HMP dobře rozvinuté a fungující, ve výpovědích respondentů nezaznělo, že by nějaká z potřeb této cílové skupiny byla významně neuspokojována či opomíjena. V rámci výzkumu byla věnována pozornost zejména užší cílové skupině osob závislých na nealkoholových drogách, i tak se přitom ukázalo, že je to právě skupina osob závislých na alkoholu, pro kterou existuje v HMP nedostatečné množství sociálních služeb a která je potřebná. Pro řešení situace osob závislých na nealkoholových drogách i alkoholu je nezbytná provázanost sociálních a zdravotních služeb a tak i další spolupráce jednotlivých odborů MHMP.

Doporučení č. 1

Navýšit kapacitu preventivních, léčebných a resocializačních programů pro osoby závislé na alkoholu.

Systémovým problémem poskytování služeb osobám závislým na návykových látkách je (stejně jako v případě osob bez přístřeší) neochota městských částí poskytovat na svém území prostory pro zajištění služeb pro osoby závislé na návykových látkách. Tato skupina nepatří u městských částí mezi prioritní a atraktivní už také proto, že osoby závislé na návykových látkách často nemají hlášený trvalý pobyt na jejich území. Příležitost MHMP se tak stejně jako v případě osob bez přístřeší nalézá v partnerské spolupráci a současně také strategickém a finančním zaštitění poskytování sociálních služeb této cílové skupině v HMP.

Doporučení č. 2

Sjednat spolupráci mezi třemi hlavními stranami, tj. MHMP, městskými částmi a poskytovateli, jejímž cílem je dosáhnout dohody na zajištění prostor pro poskytování služeb pro cílovou skupinu osob závislých na nealkoholových drogách výměnou za garanci určité míry (spolu)financování služby ze strany MHMP.

7.8. Osoby v krizi, osoby ohrožené trestnou činností a další skupiny osob v nepříznivé sociální situaci

Jak už bylo popsáno v kap. 6.8.1., tato cílová skupina je velice heterogenní co se potřeb i čerpaných sociálních služeb týče. Významnou průřezovou službou pro tuto cílovou skupinu je odborné sociální poradenství. V kontextu vážnosti životních situací, ve kterých se osoby z této skupiny nalézají, je kvalitní poradenství základním předpokladem k jejich řešení. Dle poznatků realizovaného výzkumu neodpovídá kvalita této služby vždy potřebám současných i potenciálních uživatelů. Vzhledem k tomu, že každá organizace poskytující sociální služby je povinna poskytovat i sociální poradenství, dochází k distribuci finančních prostředků mezi velké množství poskytovatelů, dotační mechanismus HMP přitom kvalitu služby nezohledňuje.

Doporučení č. 1

Zohledňovat kvalitu poskytovaných služeb v dotačním mechanismu HMP pro financování sociálních služeb s cílem podpory menšího počtu organizací specializujících se na určité (pod)skupiny, jimž poskytují kvalitní odborné sociální poradenství.

7.9. Pečující osoby

Velkou podporu pro pečující osoby představují dostupné a kvalitní sociální, zdravotní a vzdělávací služby pro závislé osoby (viz doporučení u cílových skupin výše). Péče je po psychické i fyzické stránce velice náročná, pečovatelé tak oceňují sociální služby jak pro závislé osoby, tak pro sebe, které je podpoří v jejich aktivitě, umožní jim sdílet péči a zvýší časové možnosti pro vlastní odpočinek a seberealizaci. Nabídka sociálních služeb a možnosti sdílení péče ovlivňují zejména u osob pečujících o seniora rozhodnutí, zda a jak dlouho (do jakého stupně zhoršení zdravotního stavu) bude schopen o závislou osobu pečovat.

Sociálními službami, které mohou čerpat i pečující osoby, jsou odborné sociální poradenství, raná péče a odlehčovací služby. Všechny tyto služby hodnotili respondenti jako velice přínosné, lze proto doporučit jejich další podporu a zejména pak zvýšení informovanosti pečujících osob o těchto službách. Dobré povědomí o odlehčovacích službách mají osoby pečující o seniora, v případě osob pečujících o dítě s postižením je však informovanost o této službě horší.

Doporučení č. 1

Podporovat nadále službu raná péče a zlepšit informovanost rodin pečujících o dítě s postižením v počátcích péče (např. aktivním odkazem na tuto službu ve zdravotnických zařízeních typu porodnice, ambulance pediatra aj.)

Doporučení č. 2

Podporovat rozvoj odlehčovacích služeb a zvýšit informovanost pečujících osob o tomto způsobu jejich podpory (např. sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří poskytují služby závislé osobě, či zdravotnickými pracovníky atd.)

Jedním z nejvýznamnějších problémů spojených s péčí je ztráta zaměstnání a nutnost napnout své síly právě do oblasti péče. Zvláště mladí pečovatelé deficitem pracovního uplatnění trpí a rádi by pracovali alespoň na částečný úvazek ať již kvůli kontaktu s lidmi, seberealizaci či přivýdělku. Tato možnost je do velké míry ovlivněna tím, zda je rodina schopna si péči rozdělit, najít vhodnou sociální či vzdělávací službu pro závislou osobu a je-li jí schopna financovat v rozsahu, který by umožnil pečující osobě nastoupit do zaměstnání. Díky vysokým nákladům na pokrytí těchto služeb, vysokým nárokům na flexibilitu v zaměstnání a v neposlední řadě díky ztrátě kvalifikace způsobené obdobím ekonomické neaktivity v průběhu péče není pro pečující osoby snadné nalézt zaměstnání. V případě osob pečujících o osoby s vysokým stupněm závislosti, které péče vytěžuje takřka 24 hodin denně, pak nalézt pracovní uplatnění, které by se jim ekonomicky vyplatilo.

Doporučení č. 3

Na národní úrovni otevřít diskusi o možnostech podpory zaměstnávání pečujících osob (např. prostřednictvím podpory nabídky flexibilních forem zaměstnávání, daňovým zvýhodněním firem zaměstnávajících osoby pečující, tvorbou rekvalifikačních programů pro tuto cílovou skupinu s následným podporovaným zaměstnáním této skupiny aj.)

Jako určitou nespravedlnost stávajícího nastavení sociální politiky lze vnímat kontrast mezi finančním objemem, který stát hradí za pobyt osoby v zařízení institucionální péče, a podstatně nižší výší finanční podpory rodiny, která se rozhodne o osobu s vysokým stupněm závislosti pečovat. Za další systémovou nespravedlnost lze označit negativní vliv dlouhodobého poskytování péče na výši starobního důchodu. To je obzvláště markantní u rodičů dětí s postižením, kteří poskytováním péče stráví většinu svého produktivního života.

Doporučení č. 4

Na národní úrovni otevřít diskusi o možnostech finanční podpory pečujících osob (např. revizi přidělování a výše příspěvku na péči, úpravě důchodového systému aj.)

Možnost setkat se s dalšími pečujícími osobami, jejichž životní situace je obdobná, a sdílet své zkušenosti je pro pečující osoby velmi důležitá. Přispívá ke zvyšování informovanosti o nabídce sociálních a zdravotních služeb, způsobech řešení obtížných situací, ale i psychické pohodě pečujících osob. Rodiče dětí s postižením se dostávají do těchto neformálních sítí - díky společným aktivitám dětí a existenci většího množství svépomocných skupin - relativně snáze než osoby pečující o seniora.

Doporučení č. 5

Podporovat vznik a existenci svépomocných skupin, podporovat volnočasové i např. zdravotní aktivity, kde se závislé osoby a jejich rodiny mohou setkávat a sdílet své zkušenosti.

7.10. Systémová doporučení

Plánování sociálních služeb, koncepční činnost

Za hlavní systémový nedostatek sociálních služeb v HMP patří deficit plánování a koncepce. Sociální služby jsou tak v některých případech poskytovány živelně a bez sledování dlouhodobých cílů. Ze strany MHMP směrem k městským částem chybí jasný příslib toho, jaké cílové skupiny jsou prioritní a do jaké míry zaštití plánování a zadávání sociálních služeb z této úrovně. (Z výsledků realizovaného výzkumu vyplývá, že pro MHMP jsou prioritní zejména cílové skupiny osoby bez přístřeší, osoby závislé na návykových látkách, osoby v krizi a migranti a etnické menšiny. Tato skutečnost však není směrem k MČ jasně prezentována. a naopak, v případě jakých skupin a služeb se v budoucnu počítá s aktivitou a financováním městskými částmi. (Zde by mělo jít zejména o seniory, osoby se zdravotním a duševním postižením a rodiny, děti a mládež v tíživé sociální situaci.) Z hlediska poskytovatelů je problematické, že nevědí, jaké má MHMP priority a jaké služby plánuje v budoucnu zadávat a podporovat.

Doporučení č. 1

Vytvořit Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v HMP a stanovit cíle, jaké MHMP plánuje zadáváním sociálních služeb v dlouhodobém horizontu sledovat, jakou prioritu připisuje ze své úrovně jednotlivým cílovým skupinám a jaký typ sociálních služeb tak bude v budoucnu zadávat.

Plánování sociálních služeb je důležité z obdobných důvodů i na úrovni městských částí a mělo by navazovat na SPRSS HMP. Úroveň komunitního plánování u jednotlivých MČ je však velice rozdílná – některé mají plán zpracovaný na vysoké úrovni, jiné sociální služby zadávají bez plánu. Deficit komunitního plánování na této úrovni je bezpochyby ovlivněn chybějícím plánem na úrovni celopražské. Nelze však nezmínit výzkumem zaznamenané argumenty představitelů MČ, kterými oponovali smysl plánování. Tím byly zejména snižující se finanční prostředky, které dle jejich slov neumožňují sociální služby rozvíjet. Výzkumný tým ale zastává názor, že právě komunitní plán je užitečným nástrojem, jak limitované množství finančních prostředků rozdělovat efektivně. Komunitní plány jsou důležité také pro poskytovatele služeb v dané MČ, kteří mohou svou činnost dobře plánovat a organizovat jen v případě jasně vymezených priorit ze strany zadavatele.

Doporučení č. 2

Maximálně podporovat a povzbuzovat jednotlivé městské části v realizaci komunitního plánování. Městským částem poskytnout metodickou podporu, jak proces komunitního plánování správně realizovat a jaký výstup je vhodný a potřebný pro koncepční zadávání sociálních služeb v jejich správním obvodu.

U některých cílových skupin je vhodné, aby sociální služby byly poskytovány pokud možno v místě jejich bydliště, přílišné rozmístění na území celého města způsobuje pro uživatele jejich místní nedostupnost. U jiných cílových skupin, zejména těch, které jsou mobilní, nerovnoměrné rozmístění sociálních služeb nepředstavuje problém, u specifických služeb

poskytovaných úzkému množství osob v několika zařízeních se pak rovnoměrnost nevyplatí. Zde naopak určitá míra specializace poskytovatelů na určitou specifickou službu či skupinu může přispět ke zvýšení kvality dané služby.

Doporučení č. 3

Snažit se o rovnoměrný rozvoj sociálních služeb v HMP, u kterých jejich geografické rozmístění významně ovlivňuje dostupnost pro klienty. Při rozvoji sociálních služeb, u kterých jejich nerovnoměrné poskytování nemá markantní vliv na jejich dostupnost, sledovat především kritérium kvality.

Systém sociálních služeb v HMP se neobejde bez součinnosti odlišných aktérů – MHMP, MČ a poskytovatelů. Výměna informací, komunikace, spolupráce a budování partnerských vztahů by přispěly k efektivním a méně konfliktním procesům v plánování a poskytování sociálních služeb.

Doporučení č. 4

Vytvořit prostředí důvěry a spolupráce mezi MHMP a MČ vedoucí např. k dohodě mezi MČ a MHMP o poskytnutí prostor pro zajištění sociálních služeb pro organizace zajišťující sociální služby pro specifické skupiny osob, které není zájem provozovat. Zapojovat poskytovatele do plánování sociálních služeb na všech úrovních. Budovat partnerský vztah mezi všemi aktéry, předávat si navzájem informace a spolupracovat.

Zatímco zákon o sociálních službách spolu se zákonem o hlavním městě Praha vymezuje povinnosti Prahy jako kraje co se systému sociálních služeb týče jasně, městské části nejsou právně vůbec zavázány se této problematice věnovat. (Zákon o hlavním městě Praze je pouze k zřizování sociálních služeb *opravňuje*.) Problematická právní situace je zde způsobena specifickou správní úpravou hlavního města). Výsledkem je stav, kdy objem finančních prostředků a poskytovaných služeb na území jednotlivých MČ je velice nerovnoměrný a aktivita některých městských částí v oblasti sociálních služeb není příliš velká.

Doporučení č. 5

Iniciovat diskusi o právním ukotvení a rozsahu povinností městských částí ve vztahu k sociálním službám (mapování potřeb, plánování rozvoje sociálních služeb aj.)

Financování sociálních služeb

Financování sociálních služeb je jeden z nejvíce tematizovaných problémů. Samotný objem finančních prostředků na sociální služby vnímali nejproblematičtěji zástupci městských částí, které jsou v posledních letech nuceny výrazně šetřit, a tak se zmenšil i rozpočet na tuto oblast. Z řad poskytovatelů se také objevily stížnosti na samotnou výši dostupných finančních prostředků a jejich klesající trend, respondenti ale poukázali na několik stinných stránek týkajících se celkového nastavení systému financování sociálních služeb.

Nejvýznamnějším dopadem současného uspořádání financování systému sociálních služeb je nejistota spojená s pochybnostmi ohledně získání finančních prostředků na další rok. Tato nejistota při zajišťování stability příjmů se odvíjela především od jednoročního horizontu pro financování sociálních služeb z veřejných zdrojů. Finanční zajištění provozu organizací ovlivňuje střídání období nedostatku prostředků na začátku kalendářního roku, zpoždování vydání rozhodnutí o přiznání dotace a zpožďující se platby. Tento koloběh znamená pro organizace velkou nejistotu. Navíc se dle respondentů neustále mění podmínky pro poskytování dotací a následně tak i výše příjmů, které organizace v po sobě jdoucích letech obdrží. Tato nestabilita organizacím znemožňuje dlouhodobě strategicky plánovat, rozvíjet služby a zajišťovat kvalitní personál.

Doporučení č. 1

Zavést systém poskytování dotací ve víceletém horizontu, který by organizacím poskytujícím sociální služby umožnil dlouhodobě strategicky plánovat, rozvíjet služby a zajišťovat kvalitní personál.

Doporučení č. 2

Stabilizovat mechanismy pro financování sociálních služeb (např. pomocí udržení kontinuity podmínek, za kterých určitá organizace získá určitý obnos prostředků).

Dalším negativem systému financování sociálních služeb je nepříliš těsná vazba mezi potřebností služby, její kvalitou a financováním. Tento problém je patrný zejména u odborného sociálního poradenství, které musí dle zákona nabízet každá organizace poskytující sociální služby. Aniž by však všechny organizace v praxi opravdu tuto službu poskytovaly, naprostá většina z nich žádá mimo jiné o finanční prostředky na tuto službu. Celkově pak dochází k tomu, že se finanční prostředky rozměňují mezi vysoký počet organizací poskytující služby velmi rozličné kvality a potřeby klientů zůstávají neuspokojeny.

Doporučení č. 3

Zohledňovat kvalitu a potřebnost poskytovaných služeb v dotačním mechanismu HMP pro financování sociálních služeb.

V případě, že jsou v rozpočtových kapitolách na podporu sociálních služeb městských částí či MHMP na konci kalendářního roku přebytky, dochází k jejich rozdělení mezi organizace poskytující sociální služby s požadavkem na jejich urychlené vynaložení do konce kalendářního roku. Ač je toto jednání ze strany MČ a MHMP v kontextu nezbytného vypořádání s veřejnými rozpočty racionální, snižuje efektivitu ve využití těchto zdrojů, protože jsou často vynakládány nekonceptně a neefektivně.

Doporučení č. 4

Iniciovat diskusi o možnosti využití finančních prostředků přidělených zadavatelem služby organizacím poskytujícím sociálních služby na konci kalendářního roku v roce následujícím, s cílem zvýšení efektivity a účinnosti využití těchto prostředků.

Administrativa spojená s poskytováním sociálních služeb

Nároky na administrativu spojenou se systémem sociálních služeb do jisté míry vyplývají z legislativy. Dle respondentů z řad poskytovatelů neustále rostou nároky a požadavky administrativního charakteru a představují neefektivní utrácení zdrojů v systému, které by bylo možné investovat do rozvoje samotných sociálních služeb. Bylo by tedy vhodné, aby MHMP a MČ usilovaly o maximální zjednodušení implementace formálních nároků kladených legislativou.

Doporučení č. 1

Sjednotit podobu vyhlášení dotačních programů jednotlivých odborů MHMP (jednotné formuláře, jeden typ dokumentace aj.). Metodicky podpořit MČ s cílem o dosažení co největší podobnosti základního rámce dotačních programů vypisovaných MČ a administrativních požadavků a nároků kladených na poskytovatele sociálních služeb.

Doporučení č. 2

Udržet kontinuitu podoby zadávacích dokumentací k dotačním programům (usilovat o co nejmenší změny v podobě dokumentace, formulářů aj. v průběhu času).

Doporučení č. 3

Využívat elektronických databází dalších veřejných institucí pro ověřování informací o žadatelích o dotace. Vést evidenci žadatelů a v případě opětovného přihlášení pouze aktualizovat údaje v dříve odevzdané dokumentaci.

Lidské zdroje v systému sociálních služeb HMP

Kompetence sociálních pracovníků působících na městských částech a MHMP a jejich dalších zaměstnanců jsou často naprosto klíčové k řešení tíživé situace mnoha osob v nepříznivé sociální situaci: mezi jejich stěžejní agendy totiž patří např. poskytování informací žadatelům o podporu a pomoc, zprostředkování kontaktu na poskytovatele vhodných sociálních služeb, intervence ve prospěch uživatelů apod.

Doporučení č. 1

Vzdělávat úředníky a sociální pracovníky MHMP a MČ tak, aby byli schopni vhodně reagovat na rozmanité situace a problémy občanů a poskytovat úplné a správné informace o možnostech, jak danou tíživou situaci řešit.

Doporučení č. 2

Podporovat pracovníky MHMP a MČ v osobních návštěvách poskytovatelů sociálních služeb a získání vhledu z praxe na fungování organizací poskytujících sociální služby, podobu sociálních služeb a situace a problémy jejich uživatelů.

Výzkum identifikoval i několik oblastí, ve kterých selhávají veřejné kontrolní mechanismy a jejichž zlepšení by pomohlo zvýšit kvalitu stávající sítě sociálních služeb pro obyvatele HMP. Jde zejména o činnost inspekce sociálních služeb, která nemá na území HMP

odpovídající personální kapacitu. Dalším problémem zmiňovaným respondenty je věnování přílišné pozornosti formalitám a detailům a opomíjení prověření samotné kvality služby.

Doporučení č. 3

Zvážit úpravu metodiky provádění kontrol inspekcí sociálních služeb HMP tak, aby ve svém obsahu krom formálních náležitostí postihla i zhodnocení kvality poskytovaných služeb šetřenou organizací.

Více pozornosti veřejné správy by si zasloužila i kontrola akreditovaných vzdělávacích organizací poskytující další vzdělávání sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách, kterým zákon o sociálních službách nařizuje se dále vzdělávat. Mnozí poskytovatelé hodnotili kurzy jako málo přínosné, které je tak ve výsledku spíše zatěžovaly a další vzdělání mělo podobu formálního plnění povinností.

Doporučení č. 4

Iniciovat diskusi o zpřísnění kontrol kurzů dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, tak aby obsah vzdělávání byl kvalitní, užitečný a další vzdělávání nebylo pouze formální povinností.

Poskytování sociálních služeb klade velké nároky na pracovníky. U některých sociálních služeb však bylo možné zejména na podpůrné činnosti využívat dobrovolníky a rozvíjet aktivity, kterým by se poskytovatelé z důvodu omezených finančních a personálních zdrojů nemohli věnovat.

Doporučení č. 5

V případě sociálních služeb, kde to jejich charakteru vyhovuje a fluktuace osob nepředstavuje zásadní problém, podporovat zapojení dobrovolníků do aktivit podpůrného charakteru (např. zajišťování sociálního kontaktu osobám upoutaným na lůžko, podpora s PR a fundraisingem aj.)

Informovanost

Předpokladem k tomu, aby se klienti s žádostí o podporu a pomoc obraceli na sociální služby, je zajištění dobré informovanosti cílových skupin. Každá skupina je specifická, co se vhodných způsobů zprostředkování informací o službách týče, a proto je vhodné udržovat diverzitu komunikačních kanálů (terénní pracovníci, tiskoviny, internet aj.) Z hlediska MHMP by však bylo vhodné vytvořit komplexní a přehledný zdroj informací, a tak zastřešit informování obyvatel HMP.

Doporučení č. 1

Vytvořit intuitivní komplexní portál, který bude v přehledné podobě poskytovat informace jednotlivým cílovým skupinám a jejich rodinám o nabídce sociálních služeb, ale i obecně o možnostech řešení různých tíživých situací. Portál musí reflektovat rozdílnou úroveň počítačové gramotnosti různých skupin. Diskutovat lze i zařazení

sekce pro úředníky, poskytovatele, sociální pracovníky či odbornou veřejnost či funkci typu diskusních fór pro uživatele služeb.

Z hlediska cílových skupin by bylo vhodné zvýšit informovanost veřejnosti o jejich problémech a tím podpořit solidaritu, ochotu pomoci (finančně, materiálně, jako dobrovolník či v rámci neformálních vazeb) či se snažit působit proti negativní stigmatizaci některých skupin (zejm. pak osob bez přístřeší a osob s duševním onemocněním), která je překážkou jejich integrace do společnosti.

Doporučení č. 2**Podpořit obecnou informovanost veřejnosti o situaci jednotlivých cílových skupin (např. příspěvky v mediích, osvětové kampaně ve veřejných prostorech a prostranstvích, informace na internetu a úřadech, vzdělávací programy pro školy, podpora kulturních aktivit zabývajících se touto tematikou aj.)*****Bydlení***

Otázka dostupného bydlení stojí často na počátku vzniku tíživé situace cílových skupin a často také je příčinou nemožnosti tuto situaci řešit. V první fázi jde o nedostatečné kapacity chráněného bydlení, podporovaného bydlení či tréninkového bydlení, kde by se osoby v tíživé sociální situaci mohly připravit na návrat do normálního života. i když však již obdobným podpůrným bydlením projdou, zcela chybí možnosti, kam by mohly jít bydlet dále. Jak už bylo zmíněno výše, u většiny cílových skupin, nezávisle na další charakteristice, je problémem nedostatek finančních prostředků. V kontextu cenové hladiny nájmu v HMP je tak bydlení pro tyto skupiny obyvatel, z nichž mnozí začínají takřka od nuly, nemají podporu rodiny a nemají na co navázat,

Sociální služby podporují ohrožené či sociálně vyloučené osoby při překonávání nepříznivé sociální situace, jejich obecnějším cílem je nicméně podpora sociálního začlenění ohrožených či sociálně vyloučených osob do společnosti. Naplnění tohoto cíle přitom předpokládá, že uživatelé sociálních služeb (pokud ne všichni, tak určitá z nich) po určité době budou schopni uspokojovat většinu svých potřeb ve svém běžném životním prostředí (bez podpory sociálních služeb nebo jen s jejich minimální podporou, s podporou osob v jejich okolí či úplně bez podpory). To se týká i potřeby bydlení. Jako potřebné se proto ukazuje zajištění návazného bydlení pro některé skupiny uživatelů sociálních služeb. Zajištění této návaznosti může mít různé formy a pro různé skupiny osob se může význam jednotlivých forem lišit. V tomto směru lze přitom sledovat několik různých cílů: vytvoření alternativy k tržnímu, popřípadě i regulovanému nájemnému pro osoby s nízkými příjmy, vyčlenění určité části bytového fondu jako startovací byty, podpora výstavby malometrážních a bezbariérových bytů apod. Jednou ze zásadních překážek pro rozvoj sociálního bydlení, již lze však řešit jen na národní úrovni, je absence legislativní úpravy této formy bydlení.

Doporučení č. 1

Otevřít diskusi o možnostech budování a financování různých forem podpory bydlení pro osoby s nízkým příjmem, které však z důvodu své specifické minulosti či špatného zdravotního stavu nemají potenciál na to, aby se ihned plně osamostatnily a užívaly.

Doporučení č. 2

Iniciovat diskusi o možném zakotvení pojmu sociální bydlení do českého právního řádu.

8. Závěr

Tato zpráva představuje výsledky výzkumu potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy, realizovaného výzkumným týmem Centra pro sociální a ekonomické strategie FSV UK v období září 2011 – duben 2012. Vychází z kvalitativního explorativního zkoumání zkušeností, myšlenkových a kognitivních světů jejich hlavních aktérů – zástupců městských částí a Magistrátu, poskytovatelů sociálních služeb, pečujících osob i samotných uživatelů, členěných do několika cílových skupin. Pozornost je v ní věnována i tzv. potenciálním uživatelům, kteří by na služby měli nárok, nicméně jich nevyužívají.

Stručné shrnutí shromážděných poznatků obsahuje uvozující třetí kapitola této závěrečné zprávy. Souhrn doporučení pro řídicí praxi pak obsahuje kapitola 7.

Zvolený přístup, založený především na kvalitativních metodách, nabízí hlubší vhled do mikrosvěta aktuálních a potenciálních uživatelů na straně jedné a poskytovatelů a organizátorů na straně druhé, než jaký by bylo možno očekávat od kvantitativních empirických šetření. Vyhýbá se tak přílišnému zevšeobecňování, při němž se člověk se svojí nezaměnitelnou životní situací ztrácí v mase ostatních lidí, kteří také (ne)užívají, poskytují či organizují sociální služby. Na druhé straně je nutno mít na paměti i jeho limity. Ty spočívají jak v členění uživatelů do devíti skupin, které nemůže odrážet rozmanitost životních situací a potřeb obyvatel Prahy, tak i v omezeném počtu pracovníků institucí poskytovatelů a veřejné správy, kteří námi byli v průběhu výzkumu osloveni a odpověděli na naše otázky.

Náš výzkum zpřesnil mapu „neuralgických bodů“, ohrožení a rozvojových příležitostí poskytování sociálních služeb na území hlavního města Prahy. Zároveň jsme si vědomi, že cesta k lepšímu poznání této komplikované a neustále se vyvíjející problematiky je stále otevřená. Budeme proto vděčni za všechny kritické připomínky a podněty.

Uvědomujeme si, že pro zlepšení úrovně řízení a zvyšování kvality pražských sociálních služeb bude třeba (kromě odpovídající politické vůle) také dalšího - pokud možno permanentního – prohlubování jejich poznání. Sociální výzkum by měl být politickou a správní praxí vyhledávanou a užívanou pomůckou v rozhodování o tom, jakým směrem se vydat, aby město dokázalo v budoucnu poskytovat svým občanům sociální služby lépe a efektivněji, než tomu bylo doposud.

9. Zdroje

- Agora. 2007. *Mapování potřeb uživatelů sociálních služeb MČ Praha 9*. Praha: Agora.
- Agora. 2008a. *Mapování potřeb uživatelů sociálních služeb v MČ Praha 3*. Praha: Agora. [online] Dostupné z www: <http://www.praha3.cz/public/25/25/ae/23505_2477_analyzapotrebezivateluP3.pdf>.
- Agora. 2008b. *Souhrnná analýza potřeb uživatelů sociálních služeb. Sekundární analýza*. Praha: Agora. [online] Dostupné z www: <http://socialnipece.praha.eu/public/8a/e4/cc/170341_4_Souhrnna_analyza_potreb_uzivatelu_socialnich_sluzeb.pdf>.
- Agora. 2009. *Analýza potřeb poskytovatelů sociálních služeb v MČ Praha 8 za rok 2009*. Praha: Agora.
- Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti*. 2006. Praha: GAC spol. s r. o. a Nová škola o.p.s.
- Bašný, Z. a kol. 2003. *Koncepční východiska k systému péče o lidi s psychiatrickým onemocněním v Praze*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP.
- ČSÚ 2011. *Rychle roste počet domácností jednotlivců*. [online] Dostupné z www: <<http://czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/78E200316A95>>.
- ČSÚ 2012. *Cizinci v České republice 2011*. 2012. Praha: Český statistický úřad.
- Drbohlav, D. 2009. *Nelegální ekonomické aktivity migrantů*. Praha: Karolinum.
- Hendl, J. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hygienická stanice hlavního města Prahy. 2011. *Výroční zpráva Praha – 2010. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. Praha: Hygienická stanice hlavního města Prahy. [online] Dostupné z www: <<http://www.hygp Praha.cz/files/Praha%202010%20cb.pdf>>.
- Janečková, H., Angelovská, O. 2011. *Sociální služby na území hl. m. Prahy*. Studie zpracovaná pro Magistrát hl. m. Prahy. Interní dokument.
- Kaufmann, J. C. 2010. *Chápající rozhovor*. Praha: SLON.
- Komunitní plán rozvoje sociálních služeb v městské části Praha 12 v letech 2006 – 2014*. 2010. Praha: Praha: MČ Praha 12.
- Komunitní plán sociálních služeb na území městské části Praha 14. Aktualizace na období 2012 – 2014*. 2011. Praha: MČ Praha 14.

Koncepce pro postupné řešení problematiky bezdomovectví v Praze v letech 2012 – 2020. 2011. Praha: MHMP.

Koncepce rodinné politiky na roky 2009 – 2010. 2009. Praha: MHMP, odbor sociální péče a zdravotnictví.

Koncepce romské integrace na období 2010–2013. 2009. Praha: Úřad vlády České republiky. [online] Dostupné z www: <<http://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/koncepce-romske-integrace-na-obdobi-20102013-71187/>>.

Kozáková, H., Příbylová G., Tomášková, V. 2006. *Osobní asistence jako dostupná a nároková služba.* Praha: FSV UK. (Seminární práce).

Kuchařová, V. a kol. 2009. *Životní podmínky a potřeby rodin v hlavním městě Praze.* Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. [online] Dostupné z www: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_297.pdf>.

Macurová, M., Skříčková, Z. 2011. *Shrnující zpráva z průzkumu potřeb vybraných skupin obyvatel na Praze 13.* Praha: CpKP.

Magistrát hlavního města Prahy (MHMP). 2011a. *Příjmy a náklady organizací poskytujících sociální služby na území HMP.* Praha: MHMP. Interní materiál.

Magistrát hlavního města Prahy MHMP. 2011b. *Výkaz financování a určování priorit v oblasti sociálních služeb v městských částech Praha 1 až 22.* Praha: MHMP.

Městské centrum sociálních služeb a prevence. 2005. *Analýza poskytovatelů sociálních služeb působících na území hl. m. Prahy.* Praha: Městské centrum sociálních služeb a prevence, oddělení analýz a vzdělávání.

Mravčík a kol. 2011. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2010.* Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. [online] Dostupné z www: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2010>.

Národní koncepce rodinné politiky 2005. 2004. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online] Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce_rodina.pdf>.

Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 -2014. 2010. Praha: Vláda ČR. [online] Dostupné z www: <<http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvareni-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/>>.

Národní program přípravy na stárnutí na období 2003 – 2007. 2002. Praha: MPSV. [online] Dostupné z www: <<http://www.mpsv.cz/cs/2869>>.

Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 – 2012. 2007. Praha: MPSV. [online] Dostupné z www: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>.

- NEWTON Solution Focused. 2009. *Analýza možných variant transformace zřízených příspěvkových organizací – poskytovatelů pobytových sociálních služeb*. Praha: NEWTON.
- Novosad, L. 2000. *Základy speciálního poradenství. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.
- Pacíková, L., Klepková, J. 2010. *Průzkum sociální situace cizinců na území Hl. m. Prahy*. Praha: Poradna pro integraci, o.s., Organizace pro pomoc uprchlíkům, o.s. [online] Dostupné z [www: <http://docs.opu.cz/pruzkum_socialni%20situace%20cizincu.pdf>](http://docs.opu.cz/pruzkum_socialni%20situace%20cizincu.pdf).
- Pěč, O. a kol. 2006. *Situační analýza. Péče o duševně nemocné na území hl. města Prahy*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- Pěč, O. a kol. 2009. Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče pro vytvoření modelu služeb pro duševně nemocné v Praze. *Psychiatrie*, roč. 13, č. 1, s. 10 - 14.
- Pernes, Z., Vacek, L., Struhovský, V., Lipšer, M., Hřebejk, Z., Kalmus, J. 2008. *Statisticko-sociologická studie o postavení a životních podmínkách seniorů v hlavním městě Praze*. Praha: Centrum sociálních služeb. [online] Dostupné z [www: <http://socialnipece.praha.eu/jnp/cz/komunitni_planovani/dokumenty/analyzy_a_studie/statisticko_sociologicka_studie_o.html>](http://socialnipece.praha.eu/jnp/cz/komunitni_planovani/dokumenty/analyzy_a_studie/statisticko_sociologicka_studie_o.html).
- Plán udržitelného rozvoje sociálních služeb městské části Praha 5 2009-2012*. 2008. Praha: MČ Praha 5.
- Programové prohlášení Asociace komunitních služeb pro duševní zdraví*. 2010. [online] Dostupné z: <http://www.askos.cz/programove-prohlaseni.htm>.
- Přidalová, M. 2007. Motivy k péči o stárnoucí rodiče. *Sociální práce*, č. 3. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci.
- Ryan, G., Bernard, H. 2003. Techniques to Identify Themes. *Field Methods*, Vol. 15, No. 1. [online] Dostupné z [www: <http://www.engin.umich.edu/teaching/crltengin/engineering-education-research-resouces/ryan-and-bernard-techniques-to-identify-themes.pdf>](http://www.engin.umich.edu/teaching/crltengin/engineering-education-research-resouces/ryan-and-bernard-techniques-to-identify-themes.pdf).
- Silverman, D. 2005. *Doing Qualitative Research*. London: Sage.
- Střednědobý plán sociálních služeb hlavního města Prahy na rok 2008*. 2008. Praha: MHMP.
- Střednědobý plán sociálních služeb hlavního města Prahy na rok 2009*. 2008. Praha: MHMP.
- Střednědobý plán sociálních služeb hlavního města Prahy na rok 2010*. 2010. Praha: MHMP.
- Střednědobý plán sociálních služeb hlavního města Prahy na léta 2011 - 2013*. 2011. Praha: MHMP.

Tomášková, V. 2008. *Systém poskytování léčebné rehabilitační péče dospělým osobám se zdravotním postižením v ČR: souvislost zdravotně-rehabilitační péče, integrace a kvality života*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Diplomová práce, vedoucí: Ing. Mgr. Olga Angelovská.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. 2008. [online] Dostupné z [www: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>](http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf).

ÚZIS ČR. 2011. *Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2010*. Praha: ÚZIS ČR. [online] Dostupné z [www: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010>](http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010).

Valenta, M., Michalík, J. 2008. *Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením na území hlavního města Prahy*. Olomouc: Vcizp. [online] Dostupné z [www: <http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life-zprava-celek.pdf>](http://www.vcizp.cz/doc/vcizp-quality-life-zprava-celek.pdf).

Veselý, A., Nekola, M., eds. 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik*. Praha: SLON.

Víšek, P. a kol. 2008. *Zmapování a analýza sociální situace romské komunity na území hl. m. Prahy*. Praha: Socioklub. [online] Dostupné z [www: <http://www.praha7.cz/uploads/sources/socialni-oblast/495386ac1cd4703ae8c85c38f6ae4e_25390-Analyza-Roma-Praha.pdf>](http://www.praha7.cz/uploads/sources/socialni-oblast/495386ac1cd4703ae8c85c38f6ae4e_25390-Analyza-Roma-Praha.pdf).

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodové pojištění.

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

Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2010. 2011. Praha: Vláda České republiky 2011. [online] Dostupné z [www: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romske-mensiny-v-ceske-republice-za-rok-2010-88326/>](http://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romske-mensiny-v-ceske-republice-za-rok-2010-88326/).

10. Přílohy

10.1. Cílové skupiny rozlišené v tomto výzkumu

Obecnější kategorie*	Cílové skupiny, které byly předmětem šetření*	Významné charakteristiky cílové skupiny, přiblížení cílové skupiny
Senioři	Senioři	Osoby v seniorském věku, v rámci různých členění vnímány jako významné různé věkové hranice (např. od 65 let), v rámci šetření by se mělo jednat o osoby pobírající příspěvek na péči alespoň v prvním stupni, doporučujeme kontaktovat respondenty ve věku 75 či více let.
Osoby se zdravotním postižením	Osoby s tělesným postižením	Tělesné postižení, je velice často spojeno se sníženou mobilitou (využívání vozíku), může se nicméně jednat i o další tělesná postižení, která se netýkají dolních končetin. Mohlo být způsobeno úrazem, ale nejenom.
	Osoby s mentálním postižením	Trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku před narozením/ během porodu či raném období života (nejčastěji do 2 let věku).
	Osoby se smyslovým postižením	Postižení smyslových orgánů – zraku, sluchu.
	Osoby s duševním postižením	Duševní poruchy, může být spojeno s různými psychiatrickými diagnózami, psychiatrická diagnóza nicméně nemusí být podmínkou (duševní porucha mohla být úspěšně léčena apod.)
	Osoby s chronickým onemocněním	Různá omezení zdravotního stavu, která mají chronický charakter a výrazně ovlivňují životní situaci osoby – např. poruchy vnitřních orgánů, diabetes mellitus, chronická srdeční onemocnění apod.
	Osoby jinak zdravotně postižené	Zdravotní postižení, které výrazně ovlivňuje životní situaci osoby a nelze je přiřadit k žádné z uvedených skupin postižení.
	Osoby s kombinovaným postižením	Kombinace více různých typů postižení.
Rodiny, děti a mládež	Rodiny s dětmi	Rodiny s dětmi patří mezi cílovou skupinu tematizovanou v souvislosti s plánováním rozvoje sociálních služeb velice často. Nicméně přístupy k vymezení této skupiny mohou být velice různorodé. Mohou být sledovány užší skupiny ohrožených rodin, popřípadě rodin s ohroženým dítětem. Tato ohrožení jsou spojována především se zdravotním postižením dítěte, rizikovým životním stylem dítěte či jeho rodičů, výchovnými problémy, týráním či zneužíváním dítěte, domácím násilím apod. Při širším pojetí tohoto pojmu mohou být jako relevantní uvažovány i nízkopříjmové rodiny či obecně rodiny s malými dětmi. Klíčovou otázkou může být také to, zda je rodina nebo některý z jejich členů uživatelem sociálních služeb. V tomto výzkumu by měla být pozornost soustředěna především na ohrožené rodiny. Pro účely vyhledání potenciálních uživatelů sociálních služeb (pouze pro tyto účely) však mohou být vyhledány i obecněji rodiny s dětmi, nízkopříjmové rodiny apod.
	Děti opouštějící ústavní péči	Zletilé osoby opouštějící ústavní péči, které po opuštění zařízení povedou samostatný život nebo se na něj budou připravovat samy (např. během pobytu v domě na půl cesty), bez podpory jejich

		rodiny.
	Ohrožené děti (pokud nejde o děti opouštějící ústavní péči)	Děti se zdravotním postižením, děti, které vedou rizikový životní styl, děti rodičů, kteří vedou rizikový životní styl, děti s výchovnými problémy, týrané či zneužívané děti, děti ohrožené domácím násilím apod.
Další cílové skupiny	Osoby v krizi	Osoby v ohrožení života nebo jiné těživé životní situaci, která vyžaduje naléhavě psycho-sociální pomoc.
	Oběti trestné činnosti	Oběti trestné činnosti včetně obětí obchodu s lidmi apod.; s výjimkou domácího násilí.
	Oběti domácího násilí	Osoby ohrožované na zdraví či životě jinou osobou žijící ve společné domácnosti nebo jiným příslušníkem jejich rodiny.
	Osoby závislé na nealkoholových návykových látkách	Uživatelé nealkoholových návykových látek, osoby léčící se ze závislosti na nealkoholových návykových látkách.
	Osoby bez přístřeší	Osoby bez přístřeší nebo žijící v podmínkách, které nelze chápat jako adekvátní bydlení.
	Migranti a etnické menšiny	Migranti (bez ohledu na pobytový status) a etnické menšiny.
	Osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách	Osoby žijící v prostředí, ve kterém koncentrují různé negativní společenské jevy (snížená kvalita bydlení, dlouhodobá nezaměstnanost, problémy s placením nákladů spojených s bydlením, užívání návykových látek, trestná činnost, prostituce apod.)
	Osoby vedoucí rizikový způsob života	<p>Kriminalita, prostituce apod. Rizikový způsob života může provázet např. i užívání návykových látek, nicméně v rámci této skupiny by neměly být osloveny osoby, u kterých lze tuto skutečnost považovat za stěžejní charakteristiku nebo za hlavní důvod využívání určité sociální služby. Užívání návykových látek je spíše doprovodnou charakteristikou k dalším okolnostem, díky kterým se může osoba dostat např. do konfliktu se zákonem, fungováním společnosti apod.</p> <p>Tato cílová skupina je velmi podobná výše uvedené cílové skupině a situace osob v obou těchto skupinách může být velmi podobná. Oproti předchozí cílové skupině však v tomto případě nebyla pozornost zaměřena na význam sociálně vyloučené lokality, kde dotazovaný žije, ale způsobu života dotazované osoby. Odlišení této cílové skupiny by mělo přispět k tomu, že rizikový způsob života bude sledován i samostatně a nikoliv pouze ve vazbě na existenci sociálně vyloučených lokalit.</p>

10.2. Scénáře rozhovorů

Scénář rozhovoru pro zástupce městských částí

(v mírně modifikované podobě byl tento scénář využit i pro dva rozhovory s představiteli MHMP)

Dobrý den,

Krátké představení tazatele.

Krátké představení projektu, jeho účelu a cílů rozhovoru.

Podepsání informovaného souhlasu ve dvou kopiích, jednu z nich si ponechat.

Pracovní pozice, náplň práce respondenta (*Úvodní sekce, udrzte krátké*)

- Můžete mi, prosím, nejdříve říci, jak dlouho a na jakých pozicích v MČ pracujete?
- Můžete v krátkosti přiblížit Vaše pracovní zaměření? Jak se v rámci své agendy věnujete tématu sociálních služeb?

Problémové oblasti

- V kterých oblastech jsou podle Vás ve Vaší MČ v současnosti největší problémy vážící se k různým skupinám osob ohrožených sociálním vyloučením?
 - Jak hodnotíte stávající předpoklady pro jejich řešení (legislativní oblast, institucionální nástroje, kapacity pro jejich řešení, apod.)
- Kde vnímáte největší rezervy, co se týče možnosti uspokojení potřeb různých skupin osob ohrožených sociálním vyloučením? (Ať už jde o seniory, zdravotně postižené, rodiny v krizi, osoby bez přístřeší aj.)
 - Selhává nějakým způsobem systém sociálních služeb?
 - Popište nějaké další významné okolnosti, které vedou k tomu, že potřeby ohrožených osob nejsou naplněny.

Cílové skupiny

- Můžete se prosím nyní zaměřit na tři nejdůležitější skupiny osob v nepříznivé sociální situaci, které jsou pro Vaši MČ prioritní?
 - Jaký orgán rozhodl o prioritě těchto skupin osob, popřípadě na základě čeho byla stanovena?
 - Jak hodnotíte nabídku služeb (nejen těch sociálních) pro tyto osoby ve Vaší městské části?
 - Jakým způsobem MČ podporuje nabídku služeb pro Vámi uvedené skupiny osob, případně jaké další aktivity MČ vyvíjí s cílem podpořit jejich sociální začlenění?
- Uveďte, prosím, jednu či dvě cílové skupiny, pro které dle Vašeho názoru v současnosti neexistuje odpovídající nabídka sociálních služeb či jiných možností jejich podpory.
 - V jakých oblastech vidíte nejvýznamnější omezení týkající se vytvoření nabídky služeb pro tyto skupiny osob?
 - Jakým způsobem může ke zlepšení situace těchto osob přispět MČ?

Sociální služby

- Má Vaše MČ zkušenost se střednědobým plánováním rozvoje služeb?
- Můžete prosím alespoň zběžně nastínit, jaké hlavní priority má Vaše ÚMČ v oblasti sociálních služeb? (Může se jednat přímo o prioritní sociální služby, ale i o jiná opatření, mělo by se ale jednat o priority zakotvené ve střednědobém plánu, případně dalších dokumentech ÚMČ.)
- Uveďte, prosím, konkrétní druhy sociálních služeb (ve smyslu zákona o sociálních službách), které jsou pro úřad Vaší městské části prioritní. *(Otázku neklást v případě, že respondent konkrétní druhy sociálních služeb uvedl již po předchozí otázce.)*
 - Jaký orgán rozhodl o prioritě těchto služeb, popřípadě na základě čeho byla stanovena?
- Odpovídá podle Vás kapacita těchto služeb existujícím potřebám?
- Jak hodnotíte dostupnost těchto služeb pro jejich uživatele?
 - Mohou si dovolit případné úhrady za jejich poskytnutí?
 - Jak snadné či obtížné je za nimi docházet nebo se k nim dopravovat?
 - Vědí ti, kterým jsou určeny, o jejich existenci?
- Má podle Vás některý typ služeb ve Vaší MČ nedostatečnou kapacitu nebo zcela chybí? Uveďte prosím druhy služby, kterých seto týká nejvíce.
- Řekl(a) byste o některých typech služeb, že jsou pro jejich uživatele obtížně dostupné (z finančních důvodů, s ohledem na obtížnější dopravní dostupnost, nedostatek informací či nějaké jiné důvody)?

MČ jako zřizovatel či poskytovatel sociálních služeb

- Můžete, prosím, vyjmenovat všechny druhy sociálních služeb ve smyslu zákona o sociálních službách, které zajišťují organizace zřizované MČ, popřípadě které poskytuje přímo MČ?
- V čem spatřujete nejdůležitější výhody a nevýhody toho, že MČ je zřizovatelem organizace poskytující sociální služby nebo jejich poskytovatelem?
- Jaké nároky na zaměstnance Vaší MČ jsou s touto skutečností spojeny?

Vztah s poskytovateli

- Jak byste ohodnotil(a) spolupráci mezi MČ a poskytovateli sociálních služeb zajišťujících na území Vaší MČ chybějící či nedostatečně rozvinuté sociální služby?
- Jak se do vztahu mezi Vaší MČ a poskytovateli promítá agenda související s kontrolou využívání příspěvku na péči?
- Jak Vaše MČ podporuje tyto poskytovatele?
 - Má Vaše MČ zavedeny mechanismy pro podporu poskytovatelů formou dotací či grantů?
 - V jakém rozsahu podporují poskytovatele působící na území Vaší MČ magistrát (dále jen „MHMP“), MPSV, další MČ, případně jiní významní aktéři?
- Jak hodnotíte současné postavení poskytovatelů sociálních služeb?
 - Ať už obecně, s důrazem na „vnější podmínky“ – vyplývající např. ze zákona o sociálních službách, či s důrazem na vybrané druhy služeb, cílové skupiny.

Spolupráce MČ, MHMP a dalších aktérů

- Jak hodnotíte spolupráci mezi Vaší MČ a magistrátem?
 - Zapojuje se Vaše MČ do plánování rozvoje služeb na úrovni MHMP?
 - Jak hodnotíte výměnu informací mezi Vaší MČ a MHMP?
- Jak hodnotíte spolupráci s dalšími klíčovými aktéry (další MČ, kraje, MPSV, Úřad práce ČR apod.)?

- Jak vidíte situaci, kdy některé služby poskytují jen některé městské části a jiné je v uvozovkách neřeší? (Např. služby pro osoby bez přístřeší, osoby závislé na návykových látkách...)
- Podporujete služby, které jsou ve značné míře poskytovány i občanům jiných krajů (zejména méně časté druhy sociálních služeb)?
- A co Vaše podpora službám, které jsou určeny občanům z Vaší MČ v jiné městské části či jiném kraji?
- Existují nějaké problémové oblasti či překážky ztěžující spolupráci s některým z aktérů, o kterých jsme hovořili?
 - V čem by mohla být spolupráce zlepšena?
- Jaký vliv (zda vůbec nějaký) má podle Vás tato spolupráce na situaci cílových skupin a poskytovatelů sociálních služeb?

Hodnocení systému sociálních služeb, možnosti nápravy

- Jaké jsou z perspektivy MČ v tuto chvíli nejzásadnější problémy poskytování sociálních služeb v hl. m. Praze?
- Jak by bylo možné podle Vás situaci zlepšit?
- Máte nějaké další náměty týkající se role MČ při sociálním začleňování osob sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených?
- Je něco, co byste ještě rád(a) dodal(a), co si myslíte, že by ještě mělo zaznít?

Děkuji za Váš čas...

Scénář rozhovoru pro zástupce poskytovatelů sociálních služeb (dále jen „poskytovatelé“)

Dobrý den,

Krátké představení tazatele.

Krátké představení projektu, jeho účelu a cílů rozhovoru.

Podepsání informovaného souhlasu ve dvou kopiích, jednu z nich si ponechat.

Respondentova historie

- Jak dlouho a na jaké pozici ve Vaší organizaci pracujete?

Cílové skupiny

- Z Vašich webových stránek jsme se dozvěděli základní informace o Vaší organizaci, činnosti a klientech. Mohli bychom začít právě jimi? Mohl(a) byste popsat typického klienta (či klienty) Vaší organizace? Jaké problémy je trápí? Čím je ztížen jejich každodenní život?
- Jakými informačními kanály se dozvídají o Vaší organizaci a sociálních službách, které jim nabízíte?
- Přicházejí do Vaší organizace primárně ti, na které cílíte své sociální služby, nebo se na Vás obracejí i jiní klienti se speciálními požadavky?

Poskytované služby

- Jak se dozvídáte o potřebách potenciálních a stávajících klientů?
 - Jak se tyto informace promítají např. do zaměření Vašich služeb, způsobu práce s klienty apod.?
 - Jaká přání či požadavky vyslovují nejčastěji vaši klienti v souvislosti se službami, které Vaše organizace poskytuje?
- Máte pocit, že jsou klienti s Vašimi službami spokojeni?
 - Co na Vašich službách v současnosti nejvíce oceňují?
 - Co jim naopak v současnosti nejvíce chybí?
- Zhodnoťte prosím kapacitu poskytovaných služeb vzhledem k existující potřebě.
 - Jaké jsou čekací doby? Jste nuceni odmítnout žadatele o služby?
- Nakolik může Vaše organizace uspokojit požadavky klientů v odpovídajícím rozsahu (vzhledem k počtu žadatelů o službu, charakteru jejich žádostí apod.) a kvalitě při stávajících personálních kapacitách Vaší organizace?
- Jaká je územní působnost Vaší organizace (celorepubliková působnost, území hlavního města Prahy, území městské části). *Lze uvést odděleně za různé typy služeb, které organizace poskytuje.*

Odezva klientů, informovanost

- Je pro klienty důležité, zda své služby poskytujete v terénní, ambulantní či pobytové formě? Pokud ano, v jakém ohledu?

- Jak byste ohodnotil(a) informovanost nově přicházejících a potenciálních uživatelů o Vámi poskytovaných službách?

Fungování a chod organizace

- Už jsme se bavili o tom, jaké problémy mají klienti Vaší organizace. Co trápí Vás jako poskytovatele při zajišťování chodu Vaší organizace a poskytování služeb? S jakými problémy se setkáváte? *(Pokud respondent zmíní otázku financování, personálního zabezpečení, navažte otázkami níže.)*
- Jakým způsobem získáváte finance na Vaši činnost?
 - Jakým podílem se na Vašem financování podílejí různé subjekty?
 - Jak byste ve stručnosti ohodnotil(a) otázku financování Vaší organizace? Je snadné či obtížné získat prostředky? Nakolik je tento aspekt překážkou rozvoje organizace? *(Udržet relativně v krátkosti.)*
- Jak obtížné je získat kvalifikovaný personál pro Vaši organizaci?
 - Využíváte práci dobrovolníků? Pokud ano, přibližte prosím způsob jejich zapojení do fungování Vaší organizace a postup, jakým dobrovolníky získáváte (tj. zda dobrovolníci kontaktují organizaci sami, zda v tomto směru spolupracujete s dobrovolnickými organizacemi, školami, firmami, kdo má Ve Vaší organizaci práci s dobrovolníky na starost apod.).

Nabídka služeb v MČ a hlavním městě Praze

- Jak byste charakterizoval(a) nabídku služeb, na které se Vaše organizace zaměřuje, ve Vaší MČ, respektive v celém hlavním městě?
 - Jsou tyto služby dostupné klientům? Odpovídá kapacita existující potřebě?
- Využívají Vaše služby klienti z dalších městských částí či krajů? Pokud ano, v jakém rozsahu?
 - Z jakého důvodu? Hrají zde roli pořadníky či delší čekací doby?

Spolupráce s aktéry působícími v oblasti sociálních služeb

- Spolupracuje Vaše organizace s dalšími poskytovateli podobných sociálních služeb na území MČ či hlavního města Prahy? Pokud ano, při jakých činnostech či projektech? *Spolupráce může být hodnocena obecně, ale i v souvislosti s dalšími otázkami (např. okolností, kdo je zřizovatel dalších poskytovatelů, zda organizace spolupracují např. v rámci společně řešeného projektu apod.).*
- Spolupracuje Vaše organizace s aktéry veřejného sektoru, tj. Vaší či dalšími městskými částmi, MHMP, popřípadě dalšími klíčovými aktéry jako je MPSV? Jak?
 - Zapojuje se Vaše organizace do plánování rozvoje služeb jak na území MČ či celé Prahy?
 - Jakou máte zkušenost s tímto procesem?
- Spolupracuje Vaše organizace s dalšími aktéry jako jsou vzdělavatelé pracovníků působících ve Vašem oboru, rodiny či příbuzní klientů, donátoři, dobrovolníci, široká veřejnost..?

Hodnocení systému sociálních služeb, možnosti nápravy

- Jaké jsou z perspektivy Vaší organizace jako poskytovatele sociálních služeb v tuto chvíli nejzásadnější problémy vážící se k poskytování sociálních služeb v hl. m. Praze?
- Jak by bylo možné podle Vás situaci zlepšit?
- Co byste si nejvíce přál(a) v souvislosti s možnostmi poskytování Vašich služeb na dobu příštích 12 měsíců?
- Je něco, co byste ještě rád(a) dodal(a), nějaký podnět či námět, který by měl ještě zaznít?

Děkuji za Váš čas...

Scénář (návod pro vedení rozhovoru) pro současné uživatele služeb

Dobrý den,

Krátké představení tazatele.

Krátké představení projektu a cílů rozhovoru.

Podepsání informovaného souhlasu ve dvou kopiích, jednu z nich si ponechat.

A. Životní situace

(Navodit rozhovor --- jaká je respondentova sociální (životní) situace. U povídavých lidí citlivě vstoupit do řeči konkrétními doplňujícími otázkami, případně respondenta zastavit, aby respondent nemluvil hodinu pouze o své životní situaci. Tazatel by měl během max. 10 min. získat konkrétní obrázek o situaci respondenta a ten by měl být pozitivně naladěný na další hovor.)

- **Jak byste popsal(a) Vaši současnou životní (sociální) situaci?**
- **Co si myslíte, že je příčinou Vaší současné problematické situace?** *(Např. nevyhovující bydlení, rodinné problémy, zdravotní handicap,)?*
- **Jaké problémy musíte v této souvislosti řešit, jakým problémům čelíte?**
- **Pobíráte nějakou sociální dávku(y)?** Pokud ano, můžete je, prosím, jmenovat?

B. Péče

- **Můžete popsat, kterou/é sociální službu/y v současnosti využíváte nebo které jste dříve využíval?** *(Pozn. Pokud respondent nebude znát termín sociální služba, naved'te jej pomocí příkladů, dle cílových skupin a životní situace, kterou Vám popsal)*
- **Využíval jste nebo využíváte v současnosti nějakou jinou než sociální, např. zdravotnickou či vzdělávací, službu(y) a pokud ano, jakou?** *(Pozn. např. zdravotnickou – ošetrovatelská služba, rehabilitace, pravidelné návštěvy lékaře – např. psychiatrická péče, ortopedická péče, oční lékař, apod., nebo vzdělávací – speciální škola nebo jiné služby – např. mateřská centra, podporované zaměstnávání, ...)*
- **Pokud využíváte více služeb (jakýchkoliv), myslíte si, že se dobře doplňují, případně že na sebe navazují?**

C. Sociální služba, jak pomáhá řešit životní (sociální) situaci respondenta

- **Pomáhá/ ají Vám využívaná/é sociální služba/y dostatečně řešit Vaši situaci?** *(Poz. Případně v minulosti využívané)*
 - Týká se tato služba skutečných problémů, které potřebujete řešit? *(pozn. Je možno navést otázkami: Není využívaná služba jen náhrada či dílčí pomoc? Není ve skutečnosti na problémy respondent sám (či se svými blízkými...)?)*
 - Máte na uhrazení služby dostatečné prostředky? Z jakých zdrojů ji hradíte?

- Je pro Vás využívaná služba v dostupné vzdálenosti od místa bydliště, případně, máte zajištěn transport? *Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.*
- Má tato služba pro Vás vyhovující otvírací dobu, nebo můžete si zvolit čas, kdy budete tuto službu využívat? *Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.*
- **Domníváte se, že by bylo vhodné na Vámi využívané/ých službě/ách něco zlepšit? Pokud ano, mohl(a) byste uvést nějaké návrhy na zlepšení? (Pozn. Případně v minulosti využívané)**
 - Co třeba prostory, vybavení, ochota pracovníků?
- **Uvažoval(a) jste o tom, že byste potřeboval i nějakou další službu, případně jakou a proč?**
- **Pokuste se vysvětlit, co je příčinou toho, že takovouto službu doposud nevyužíváte?**

(Pozn. Nechte respondenta spontánně hovořit a v případě, že si nebude vědět rady, použijte návodné otázky níže)

 - Existuje nebo existovala vůbec takováto služba?
 - Máte na zaplacení takovéto služby prostředky?
 - Je tato služba pro Vás v dostupné vzdálenosti? *Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.*
 - Má tato služba pro Vás vyhovující otvírací dobu, nebo můžete si zvolit čas, kdy budete tuto službu využívat? *Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.*
 - Jsou tam volná místa? *Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.*
 - Je takováto služba dostatečně kvalitní?

D. Informovanost

- **Odkud jste se dozvěděl(a) o soc. službě, kterou využíváte, využíval(a) jste nebo byste chtěl(a) využívat?**
- **Máte dostatek informací o dalších službách, které by Vám pomohly řešit Vaši životní situaci?**
- **Jakou formu by podle vás měly mít informace o službách, které by Vám pomohly řešit Vaši situaci?**
- **Domníváte se, že by měla být veřejnost (a příp. lidé ve vašem okolí) o Vašem životním (sociálním) problému a o možnostech pomoci více informována? Jakým způsobem?**

E. Závěr

V jakých dalších oblastech Vašeho života byste přivítal pomoc? (Pozn. Může se jednat i o oblasti, které přesahují rámec sociálních služeb - například doprava po městě do zaměstnání, k lékaři apod. u zdravotně handicapovaných, sociální bydlení u lidí v krizi, aj.)

Popište pro Vás ideální řešení vaší životní, příp. sociální situace a jak by v tomto případě mohl vypadat váš všední den.

(Pozn. Pro tazatele: v případě bezradností dotazovaných konfrontujte s realitou konkrétního respondenta)

F. Socio-ekonomické ukazatele: (otázky, které byly již zodpovězeny, vyplní tazatel sám, ostatní společně s respondentem)

Pohlaví: muž žena

Věk :

Stav:

- svobodný/á
- vdaná/ženatý
- rozvedená/rozvedený
- druh/družka
- vdovec/vdova

Bydlení:

- doma
- rezidenční služba
- jiné:.....

Vzdělání:

- základní bez vyučení
- středoškolské s maturitou
- středoškolské bez maturity
- VŠ nebo VOŠ

Ekonomická aktivita (můžete označit více možností)

- ekonomicky neaktivní (důchodce -starobí, invalidní, na mateřské, studuje, apod.),
- zaměstnaný/á na plný úvazek,
- zaměstnaný/á na částečný úvazek,
- podniká,
- hledá si práci

Děkuji za Váš čas...

Scénář (návod pro vedení rozhovoru) pro potencionální uživatele služeb

Dobrý den,

Krátké představení tazatele.

Krátké představení projektu a cílů rozhovoru.

Podepsání informovaného souhlasu ve dvou kopiích, jednu z nich si ponechat.

G. Životní situace

(Navodit rozhovor --- jaká je respondentova sociální (životní) situace. U povídavých lidí citlivě vstoupit do řeči konkrétními doplňujícími otázkami, případně respondenta zastavit, aby respondent nemluvil hodinu pouze o své životní situaci. Tazatel by měl během max. 10 min. získat konkrétní obrázek o situaci respondenta a ten by měl být pozitivně naladěný na další hovor.)

- **Jak byste popsal(a) Vaši současnou životní (sociální) situaci?**
- **Co si myslíte, že je příčinou Vaší současné problematické situace?** (Např. nevyhovující bydlení, rodinné problémy, zdravotní handicap,)?
- **Jaké problémy musíte řešit, jakým problémům čelíte?**
- **Pobíráte nějakou sociální dávku(y) ? Pokud ano, můžete je, prosím, jmenovat?**

H. Řešení respondentovy životní (sociální) situace

- **Prosíme, popište, jak řešíte Vaši současnou situaci?**
- **Pomáhá Vám někdo? Jakým způsobem, jak často? A pod.**
- **V jakých dalších oblastech Vašeho života byste přivítal(a) pomoc? Co by Vám pomohlo, aby se Vám žilo lépe, případně co by Vám pomohlo řešit Vaše problémy?**
- **Uvažoval jste o tom, že byste mohl (a) využívat nějakou službu poskytovanou nějakou organizací?**
 - Pokud ano, jaký typ služby byste si představoval(a)? (sociální, zdravotní...)?
 - Pokud ne, proč?
- **Využíval(a) jste v minulosti nějakou/é takovou službu/y, která Vám pomáhala řešit Vaši životní (sociální) situaci?** (Pozn. Pokud respondent takovou službu nevyužíval, nebo se jednalo o jinou než sociální službu, pokračujte blokem D.)

I. Důvody opuštění sociální služby/eb, v minulosti využívané/ých

- **Mohl(a) byste, prosím, popsat, proč již nevyužíváte danou sociální službu/y?** (pozn. Nechte respondenta volně vyprávět a následně použijte nezodpovězené doplňující otázky)
 - Byly pro Vás problémem finance? Z jakých zdrojů jste ji hradil?
 - Byla pro Vás využívaná služba v dostupné vzdálenosti od místa bydliště, případně, měl jste zajištěn transport, apod.? (Pozn. Je nutno ptát se operativně dle typu služby. U některých služeb nebude otázka relevantní.)
 - Mohl jste si určit dobu, kdy jste mohl službu využívat, popřípadě byla služba otevřena, kdy jste potřeboval? (Pozn. Je nutno ptát se operativně dle typu služby. U některých služeb nebude otázka relevantní.) Zamyslete se nad tím, zda byla využívaná služba ve vyhovujících prostorách?
 - Bylo tam dostatečné vybavení?
 - Vyhovoval Vám tam program/aktivity?
 - Jací byli pracovníci poskytující danou službu/y, jaká byla jejich kvalifikace a byl jich dostatek?
 - Jaké bylo chování pracovníků, byli vstřícní?

J. Důvody současného nevyužívání služby

- **Víte o službách, které Vám mohou pomoci ve Vaší životní situaci? Kde byste hledal(a) informace o této pomoci?** (Pokud ví, pokračujte další otázkou, pokud ne přejděte k bloku E)
- **Proč v současnosti nevyužíváte žádnou službu poskytovanou nějakou organizací?** (Pozn. Nechte respondenta spontánně hovořit a v případě, že si nebude vědět rady, použijte návodné otázky níže)
 - Existuje nebo existovala vůbec pro Vás vhodná služba?
 - Máte na zaplacení takovéto služby prostředky?
 - Je potřebná služba pro Vás v dostupné vzdálenosti? Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.
 - Má tato služba pro Vás vyhovující otvírací dobu, nebo můžete si zvolit čas, kdy budete tuto službu využívat? Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.
 - Jsou tam volná místa? Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.
 - Je takováto služba dostatečně kvalitní?

K. Informovanost

- **Jaké a kde by měly být k dispozici informace o službách, které by Vám pomohly řešit Vaší životní (sociální) situaci?**
- **Domníváte se, že by měla být veřejnost (a příp. lidé ve vašem okolí) o Vašem životním (sociálním) problému a o možnostech pomoci více informována? Jakým způsobem?**

L. Závěr

Popište pro Vás **ideální** řešení vaší životní, příp. sociální situace a jak by v tomto případě mohl vypadat váš všední den.

A. (Pozn. pro tazatele: v případě bezradností dotazovaných konfrontujte s realitou konkrétního respondenta) **Socio-ekonomické ukazatele:** (otázky, které byly již zodpovězeny, vyplní tazatel sám, ostatní společně s respondentem)

Pohlaví:

- muž
- žena

Věk :

Stav:

- svobodný/á
- vdaná/ženatý
- rozvedená/rozvedený
- druh/družka
- vdovec/vdova

Bydlení:

- doma
- rezidenční služba
- jiné:.....

Vzdělání:

- základní bez vyučení
- středoškolské s maturitou
- středoškolské bez maturity
- VŠ nebo VOŠ

Ekonomická aktivita (*můžete označit více možností*)

o ekonomicky neaktivní (důchodce -starobí, invalidní, na mateřské, studuje, apod.),

o zaměstnaný/á na plný úvazek,

o zaměstnaný/á na částečný úvazek,

o podniká,

o hledá si práci

Děkuji za Váš čas...

Scénář (návod pro vedení rozhovoru) s pečovateli

Dobrý den,

Krátké představení tazatele.

Krátké představení projektu a cílů rozhovoru.

Podepsání informovaného souhlasu ve dvou kopiích, jednu z nich si ponechat.

B. Životní situace

Navodit rozhovor: jaká je respondentova sociální (životní) situace.

- **Jak byste popsal (a) Vaši současnou životní (sociální) situaci?**
- **Co je důvodem toho, že jste se začal (a) věnovat pečovatelské činnosti? (Motivace)**
- **Jakým způsobem se změnila Vaše životní (sociální, ekonomická) situace v okamžiku, kdy jste začal (a) pečovat?**
- **Vykonáváte ještě své původní povolání?**
 - Pokud ano, na plný nebo na částečný úvazek?

C. Poskytování péče

- **O koho pečujete? Jaký je Váš vztah k osobě, o kterou pečujete? (Pozn. příbuzenský - jaký, profesionální, jiný)**
- **Jak dlouho již pečujete a v jaké míře?**
- **V čem Vaše péče spočívá?**
- **Dělíte se o péči s nějakou jinou osobou? Pokud ano, s kým a jakým způsobem?**
- **Jakým způsobem jste za svou péči odměňován(a)? (Pozn. Příspěvek na péči nebo jiná forma mzdy nebo jiným způsobem nebo není odměňován?)**
- **Považujete výši své odměny za adekvátní výkonu Vaší práce/péče?**
 - **V čem, podle vás, spočívají největší přínosy Vaší práce/péče (pro Vás ale i pro osobu o kterou pečujete)?**
 - **V čem, podle vás, spočívají největší ztráty Vaší práce/péče (pro Vás ale i pro osobu o kterou pečujete)?**

D. Přístup k dalším sociálním službám – u klienta, o něhož pečuje

- **Využívá osoba, o kterou pečujete, nějaký typ služby (služeb) kromě toho, co mu poskytnete Vy, popřípadě jaké?**
- **Pokud nevyužívá. Potřebovala by osoba, o kterou pečujete, nějaký typ služby (služeb) kromě toho, co mu poskytnete Vy? Pokud ano, jakou službu?**

- **Pokud nevyužívá žádnou službu poskytovanou nějakou organizací, pokuste se vysvětlit proč?**
(Pozn. Nechte respondenta spontánně hovořit a v případě, že si nebude vědět rady, použijte návodné otázky níže)
 - Existuje nebo existovala vůbec takováto služba?
 - Má osoba, o kterou pečujete, na zaplacení takovéto služby prostředky?
 - Je tato služba pro Vás v dostupné vzdálenosti? *Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.*
 - Má tato služba pro Vás vyhovující otvírací dobu, nebo můžete si zvolit čas, kdy budete tuto službu využívat? *Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.*
 - Jsou tam volná místa? *Jen pokud je to vzhledem k typu služby aktuální.*
 - Je takováto služba dostatečně kvalitní?
- **Pokud využívá osoba, o kterou pečujete více služeb (jakýchkoliv), myslíte si, že se vzájemně dobře doplňují?**

E. Podpora pečovatele

- **Využíváte nějakou pomoc zaměřenou na Vás jako pečující osobu? V čem spočívá?**
 - Jak byste ohodnotil(a) význam této služby pro Vás?
 - Pokud ne, uvítal(a) byste nějakou pomoc? Jakou? (Pozn. pro tazatele - odlehčovací služby, osobní asistence, psychologické poradenství/pomoc psychologa, možnost pracovat na částečný úvazek v původním nebo profesně blízkém zaměstnání – legislativa by to mohla umožnit, včetně návratu do původního zaměstnání, poskytování péče jako náhradní doba pro účely uznání nároku na starobní důchod, vzdělávání,...)
- **Máte nějakou podporu ze strany úředníků příslušné městské části popřípadě Magistrátu? Pokud ano, jakou?**

F. Registrace pečovatelů jako asistentů sociální péče a vzdělávání

- **Byl(a) byste ochotný(á) se registrovat, pokud MPSV zavede registraci asistentů sociální péče?**
- **Měl(a) byste zájem o nějaké dobrovolné dozdělování své osoby jako pečovatele? Pokud ano, tak o jaké a v jakém rozsahu?**
- **Máte k dispozici jako pečovatel z různých zdrojů dostatek informací abyste věděl(a), jak se k osobě o kterou pečujete chovat, jak k ní přistupovat, jakou má psychologii a co dělat v případě krize? A kde jste tyto informace získal(a)? Pokud je nemáte, uvítal(a) byste je a jakou formou?**

G. Informovanost

- *(V případě, že respondent či osoba, o kterou pečujete, využívá nějakou službu (služby). Jak jste se dozvěděl(a) o službách, které využíváte? Vyhledal(a) jste je sám(a) aktivně nebo Vás na ně navedla nějaká jiná osoba/ organizace/ úřad?*
- **Máte dostatek informací o službách, které by Vám nebo osobě, o kterou pečujete, pomohly řešit Vaši životní (sociální) situaci?**
- **Jakou formu by podle vás měly mít tyto informace?**
- **Domníváte se, že by měla být veřejnost (a příp. lidé ve vašem okolí) o životním (sociálním) problému osoby, o kterou pečujete, a o možnostech pomoci více informována? Jakým způsobem?**

H. Výhled do budoucna

- **Chcete se poskytování péče věnovat i nadále, příp. se rekvalifikovat a vykonávat tento typ zaměstnání i profesionálně?** *(pozn. Pokud víte, že se respondent věnuje péči profesionálně, vynechte druhou část otázky)*
 - Pokud chcete pečovat i nadále, proč? (použijte v návaznosti
 - Pokud nechce již déle pečovat, proč?
- **Pokud nevykonává své předchozí zaměstnání. Chtěl(a) byste se vrátit ke svému původnímu zaměstnání? Myslíte si, že to bude ještě možné? (Proč ano/ne?) Co by Vám v návratu pomohlo?**

I. Závěr

- **V jakých dalších oblastech Vašeho života byste přivítal(a) pomoc? Co by Vám pomohlo, aby se Vám pečovalo lépe, případně co by pomohlo řešit Vaše problémy?**
- **Představte si ideální řešení situace pro Vás, jako pro pečující osobu a jak by v tomto případě mohl vypadat váš všední den.** *(Pozn. Pro tazatele: v případě bezradností dotazovaných konfrontujte s realitou konkrétního respondenta)*

J. Socio-ekonomické ukazatele:

(otázky, které byly již zodpovězeny, vyplní tazatel sám, ostatní společně s respondentem)

Pohlaví pečovatele: ○ muž ○ žena

Pohlaví osoby, o kterou pečuje: ○ muž ○ žena

Věk pečovatele:

Věk osoby, o kterou pečuje:

Stav pečovatele:

- svobodný/á
- vdaná/ženatý

- rozvedená/rozvedený
- druh/družka
- vdovec/vdova

Stav osoby, o kterou pečuje:

- svobodný/á
- vdaná/ženatý
- rozvedená/rozvedený
- druh/družka
- vdovec/vdova

Bydlení osoby, o kterou pečuje:

- doma
- rezidenční služba
- jiné:.....

Vzdělání pečovatele:

- základní bez vyučení
- středoškolské s maturitou
- středoškolské bez maturity
- VŠ nebo VOŠ

Ekonomická aktivita pečovatele (*můžete označit více možností*)

- ekonomicky neaktivní (důchodce -starobí, invalidní, na mateřské, studuje, apod.),
- zaměstnaný/á na plný úvazek,
- zaměstnaný/á na částečný úvazek,
- podniká,
- hledá si práci

Děkuji za Váš čas...

10.3. Tematické zaměření ohniskových skupin

Tematické zaměření prvních čtyř ohniskových skupin

Témata, která budou předmětem moderované diskuse, načrtávají okruhy otázek níže. Účastníci budou žádáni, aby při jejich zodpovídání vycházeli z vlastní zkušenosti a praxe ať již s užíváním sociálních služeb nebo zřizováním či poskytováním různého spektra těchto služeb určeným cílovým skupinám.

Tematický okruh I – poptávka a nabídka sociálních služeb

- Jaký je vztah mezi poptávkou po službách a jejich nabídkou? Existuje napětí mezi poptávkou a nabídkou služeb?
- Do jaké míry odpovídá spektrum služeb a jejich variabilita tomu, co klienti od služeb očekávají a co potřebují?
- Jak zlepšit informovanost potenciálních uživatelů sociálních služeb o jejich nárocích i o aktuální nabídce?

Tematický okruh II – zajištění sociálních služeb

- Jak vnímáte vzájemnou návaznost sociálních služeb mezi sebou a návaznost dalších služeb (např. zdravotních, vzdělávacích)?
- Jaké jsou vztahy mezi uživateli služeb, poskytovateli služeb a institucemi veřejného sektoru, zejména pak úřady městských částí hl. m. Prahy a Magistrátu hl. m. Prahy? Jaké jsou vztahy mezi jednotlivými městskými částmi a Magistrátem hlavního města Prahy? Jaké jsou Vaše zkušenosti se vzájemnou komunikací, výměnou informací a spoluprací těchto aktérů?
- Jak byste ohodnotil(a) finanční, prostorovou a časovou dostupnost sociálních služeb?

Tematický okruh III – celková situace sociálních služeb v hlavním městě Praze

- Jaké jsou silné stránky dosavadního systému sociálních služeb?
- Kde podle Vás existují zásadní problémy organizace a poskytování sociálních služeb?
- Jaké kroky by podle vás bylo potřebné učinit k výraznému zlepšení situace sociálních služeb ve výhledu tohoto desetiletí?

Tematické zaměření závěrečné ohniskové skupiny

Poznámka: V diskusi se samozřejmě nevyhneme ani expozici situace jednotlivých cílových skupin nebo poskytovatelů, nicméně cílem této závěrečné ohniskové skupiny bude nahlédnout situaci občanů ve vztahu ke kapacitám systému sociálních služeb na území HMP vcelku a v delší časové perspektivě.

1. Jak zlepšit informovanost poskytovatelů sociálních služeb o existenci potenciálních uživatelů sociálních služeb a informovanost potenciálních uživatelů o jejich nárocích a o službách, které by je měli uspokojit?
 - Výměna informací o poskytovatelích (mailing – listy)
 - Portál pro různé skupiny uživatelů – senioři nebudou moc používat
 - Linka sociální pomoci
 - Šířit informace přes terénní pracovníky
 - MPSV by mělo zpřístupnit sociálním pracovníkům více dat
2. Jak koordinovat stanovování priorit poskytování sociálních služeb na úrovni MHMP na jedné straně a jednotlivých městských částí na straně druhé?
 - Mělo by to dělat Centrum sociálních služeb – dříve bylo městské centrum prevence, které mělo analytické oddělení – to je však nyní rozprášeno
 - Centralizace je cesta?
 - Měla by být vize HMP, která bude představena MČ
 - Na každém správním obvodu je kontaktní osoba (22 osob)
 - HMP poslala dotazníky, kde se ptali na priority MČ
 - Je třeba, aby si to vzal za své sociální odbor HMP, což se zatím moc neděje
 - Priority se odvíjí od politické reprezentace
 - Nastavit minimální síť sociálních služeb
 - Chybí strategické rozhodnutí, co bude garantovat hlavní město a co si budou dofinancovávat MČ
 - Komunitní plánování se u nás neumí
3. Jakým způsobem má MHMP reagovat na naplňování potřeb cílových skupin (např. osob bez přístřeší, osob závislých na nealkoholových drogách, migrantů, osob v krizi), které městské části nepovažují za prioritní či v tvorbě politik z různých důvodů selhávají?
4. Jaké kroky je nutno učinit k výraznému zlepšení situace aktuálních i potenciálních uživatelů sociálních služeb ve výhledu tohoto desetiletí?