

Podkladová studie

**Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí
pro období let 2013 až 2017**

MPSV

Obsah

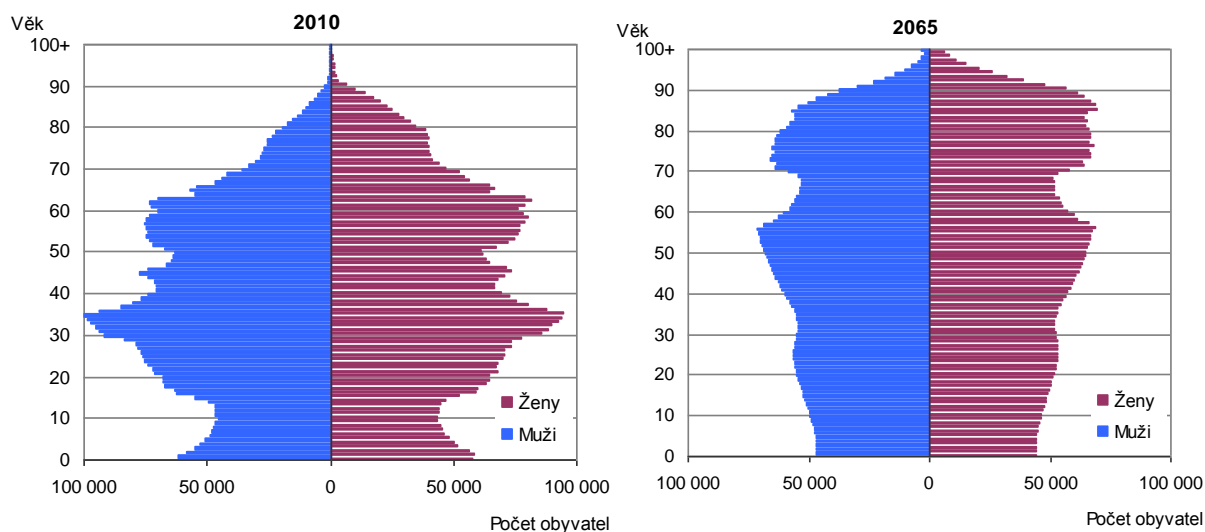
1. Demografické stárnutí v ČR	3
2. Celoživotní učení	6
Celoživotní učení a příprava na stárnutí	7
Oblast A: Příprava mladé populace na stárnutí	8
Oblast B: Vzdělávání starší populace pro uplatnění na trhu práce.....	9
Oblast C: Vzdělávání starší populace pro uplatnění v občanském životě.....	15
3. Zaměstnávání starších osob a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění	17
Důchodová reforma	17
Trh práce.....	20
Koncept age managementu.....	202
Implementace konceptu age managementu	23
4. Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce	26
Mediální kultura	26
Budování porozumění mezi generacemi	28
Role seniorů v jejich přirozeném prostředí.....	31
5. Kvalitní prostředí pro život seniorů	33
Prostředí a participace	33
Bydlení.....	35
Problematika seniorů a role institucí	37
Dobrovolnictví - pohled z evropského kontextu	39
Samota - její příčiny a důsledky	45
Veřejná doprava jako klíčový faktor mobility.....	47
6. Zdravé stárnutí	49
Význam zdravého životního stylu a prevence nemocí, aby občané mohli na základě znalostí a informací rozhodovat o svém životě.	50
Rozvoj zdravého prostředí přátelského všem generacím na úrovni obcí a regionů	51
Zvyšující se rozmanitost potřeb různých skupin občanů.....	52
Potřeba vzdělávání relevantních profesí v oblasti veřejného zdraví	53
Podpora výzkumu zdraví a zdravého stárnutí.....	53
7. Péče o seniory	55
Rozvoj systému péče o osoby s demencí, výcvikové programy a vzdělávání v této oblasti.....	57
Dlouhodobá péče s ohledem na zajištění kontinuity a místní i časové dostupnosti	58
Dostupnost a fungování sociálních služeb dle potřeb a životních situací seniorů.....	60
Podmínky pro pečující rodinné příslušníky a jejich účast na péči	62
Informační a komunikační technologie a služby asistovaného života v ČR.....	64
Sociální práce na obcích a riziko sociálního vyloučení starších osob a seniorů ve venkovských oblastech	66
Reference	68

Přílohy

1. Demografické stárnutí v ČR

Populace České republiky, stejně jako populace ostatních vyspělých zemí, stárne a podle dlouhodobých prognóz budoucího vývoje věkové struktury obyvatelstva bude podíl starších osob v populaci stále narůstat. K tomuto demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce, především v důsledku dlouhodobého zlepšování úmrtnostních poměrů, které je v moderních společnostech doprovázeno poklesem intenzity porodnosti. V České republice jsou tyto změny patrné zejména po roce 1990, kdy došlo v důsledku změny životního stylu k poklesu úhrnné míry plodnosti až na hranici 1,13 dítěte na jednu ženu, tj. výrazně pod úroveň přirozené reprodukce populace. Zároveň mezi roky 1990-2010 vzrostla díky zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva střední délka života při narození u mužů téměř o 7 let a u žen o 5 let (ČSÚ, 2012). Projekce obyvatelstva České republiky přitom předpokládají do budoucna zachování nízké úrovně plodnosti (na úrovni 1,5-1,8) i další pokles úmrtnosti zejména ve vyšším věku. Výsledkem těchto trendů bude významná změna věkové struktury obyvatelstva (graf 1) a v době, kdy současná silná generace třicátníků překročí důchodový věk, dojde k výraznému zvýšení zastoupení seniorů v populaci. Index závislosti, vyjádřený poměrem počtu osob ve věku 15-64 let a počtu osob ve věku na 65 let, který charakterizuje ekonomické zatížení produktivní složky obyvatelstva, poklesne mezi roky 2010 a 2065 z hodnoty 4,6 osob v produktivním věku na 1 osobu ve věku postproduktivním na hodnotu 1,7 (ČSÚ, 2009).

Graf 1: Věková struktura obyvatelstva ČR, 2010 a 2065



Zdroj: ČSÚ (2009), střední varianta projekce.

Z hlediska problematiky sociální a zdravotně-sociální péče o seniory lze předkládat, že pozornost budou zasluhovat zejména vyšší věkové skupiny seniorů. Zatímco pro českou populaci je růst podílu osob ve věku 80 a více let relativně novým jevem - teprve v roce 2010 tvořili lidé ve věku 80+ 3,6 % populace s očekávanou akcelerací růstu tohoto podílu v následujících letech (ČSÚ, 2009), řada Evropských zemí (zejm. severské země, Německo, Francie, Itálie, Velká Británie, Rakousko a Švýcarsko) se vyrovnává s nárůstem podílu starších seniorů v populaci již od 90. let 20. století (Eurostat, 2011), jejich zkušenostmi je tak možné se inspirovat.

Z demografických predikcí modelovaných pro Českou republiku vyplývá, že zvláště výrazně je předpokládán nárůst počtu osob ve starších věkových skupinách, tj. ve věku 85 a více let, který by se měl do roku 2066 zvýšit podle střední varianty projekce na 7,5násobek oproti stavu v roce 2009 (ČSÚ 2009).

Z tabulky 1 je patrné, že dynamický růst věkové skupiny 85+ lze očekávat již v následujících letech, mezi léty 2012 a 2017 by se měl počet seniorů ve věku 85+ zvýšit přibližně o 40 000 a jejich celkový počet přesáhne 200 000. Avšak růst co do velikosti, ovšem nikoliv tak rychlý, je predikován i pro věkovou skupinu 75 až 84 let. Z hlediska zastoupení mužů a žen ve vyšších věkových skupinách převažují díky vyšší hodnotě střední délky života ženy; střední délka života u osob ve věku 65 let byla v ČR v roce 2010 pro muže 15,5 roku a 19 let pro ženy (tabulka 2). Ve věkové skupině 85+ tvoří ženy dokonce 70 %, dodejme, že většina z nich je již ovdovělá.¹ Zajištění péče v případě zhoršeného zdravotního stavu tak bude ležet na bedrech nikoliv partnerů, ale dětí těchto seniorů, resp. seniorek,² terénních a pobytových služeb sociální péče.

Tab. 1: Věkové složení obyvatelstva podle věkových skupin, muži a ženy, k 1.1., střední varianta projekce do roku 2066, vybrané roky

Věková skupina	2012			2017			2025		
	počet	podíl na populaci ČR (v %)	podíl žen ve věkové skupině (v %)	počet	podíl na populaci ČR (v %)	podíl žen ve věkové skupině (v %)	počet	podíl na populaci ČR (v %)	podíl žen ve věkové skupině (v %)
65 až 74 let	996 996	9,4	55,6	1 229 841	11,5	54,9	1 247 517	11,5	53,8
75 až 84 let	542 467	5,1	62,6	572 354	5,3	61,0	867 757	8,0	59,0
85 + let	160 900	1,5	71,4	201 607	1,9	69,6	245 602	2,3	67,9

Zdroj: ČSÚ 2009

Prodlužování lidského života je v posledních letech, mj. v důsledku nyní již velmi nízké míry kojenecké úmrtnosti a úmrtnosti osob v mladším věku, vázáno především na pokles úmrtnosti starších věkových skupin (viz např. Rychtaříková, 2000). Projekce ČSÚ přepokládá, že k dalšímu nárůstu střední délky života při narození do roku 2065 nejvíce přispěje u mužů zlepšení úmrtnosti ve věku nad 60 let, u žen pak ve věkové skupině nad 80 let (ČSÚ, 2009). V souvislosti s poklesem úmrtnosti ve vyšším věku nabývá na aktuálnosti otázka kvality života ve stáří - není rostoucí střední délka života jen přibýváním let v nemoci?³ Snaha zmapovat kvalitu života ve stáří vedla k vytvoření demografického ukazatele zdravé délky života, který vyjadřuje průměrný počet let bez zdravotního omezení, resp. v dobrém zdravotním stavu, který zbývá v daném věku k dožití (Rychtaříková, 2006). Tento ukazatel publikuje např. Eurostat, a to od roku 2004 téměř pro všechny členské země EU. Data za Českou republiku pro roky 2005 a 2010 uvedená v tabulce 2 naznačují v tomto směru pozitivní vývoj, neboť s růstem střední délky života starších osob vzrostla i délka života ve zdraví a podíl let zbývajících k prožití v dobrém zdravotním stavu se zvýšil u mužů ve věku 65 let ze 46 na

¹ V roce 2010 bylo mezi ženami ve věkové skupině 85 a více let 82 % ovdovělých (ČSÚ 2011a, vlastní výpočty).

² Lze odhadovat, že rodinní příslušníci se na pomoci seniorům se sníženou soběstačností podílejí v 70-80 % (srov. EC, 2012 a MPSV, 2010). Data o využívání příspěvku na péči (PnP) pak dokládají, že vůbec nejčastěji jsou rodinnými pečovateli děti osoby s priznaným PnP a dále pak manželka či manžel (MPSV, 2010).

³ V této souvislosti byly formulovány tři teorie: 1) teorie komprese morbidity - střední délka života roste a snižuje se podíl let prožitých v nemoci; 2) teorie expanze morbidity - střední délka života roste a roky navíc jsou prožité ve špatném zdravotním stavu a 3) teorie dynamické rovnováhy - relativní podíl let strávených v nemoci se s nárůstem střední délky života nemění (viz např. Rychtaříková, 2006).

55 % a u žen ve stejném věku ze 40 na 47 %. Lepší hodnocení však umožní až dostupnost delší časové řady vývoje tohoto ukazatele.

Tab. 2: Střední délka života a délka života ve zdraví ve věku 65 let ČR, 1990-2010

	1990	1995	2000	2005	2010
střední délka života ve věku 65 let – muži	11,7	12,7	13,8	14,4	15,5
střední délka života ve věku 65 let – ženy	15,3	16,2	17,3	17,7	19,0
délka života ve zdraví ve věku 65 let – muži	-	-	-	6,5	8,5
délka života ve zdraví ve věku 65 let – ženy	-	-	-	7,0	8,8

Zdroj: Eurostat (2012)

V řadě evropských zemí se s prodlužující střední délkou života prodlužuje i délka života prožitá ve zdraví, nicméně naprosto nelze říci, že by se hodnoty těchto ukazatelů navzájem výrazně blížily. Z dostupných statistických dat (Eurostat, 2012) vyplývá, že zatímco se střední délka života pozvolna ale trvale zvyšuje téměř ve všech zemích EU, délka života prožitá ve zdraví lineárně vzestupnou tendenci většinou nevykazuje a mezi léty 2005 až 2010 se v řadě zemí EU dokonce snížila (týká se to např. Belgie, Bulharska, Dánska, Řecko, Rumunsko, Polsko a Slovensko). Nelze tak předpokládat, že déle žijící lidé budou automaticky svůj život prožívat i déle ve zdraví, mimo jiné se totiž ukazuje, že existují určité souvislosti mezi sociálně-ekonomickými poměry a délkou života prožitou ve zdraví (SZÚ⁴, 2006).

Dále je zřejmé, že rozdíl v délce života prožité ve zdraví je mezi ženami a muži menší než u střední délky života. Ženy tak sice žijí déle, ale roky navíc jsou prožity v takovém zdravotním stavu, který omezuje výkon každodenních aktivit (Rychtaříková, 2006). Tento trend platí i pro ČR, v níž se délka života prožitá ve zdraví u osob ve věku 65 let zvýšila mezi léty 2005 až 2010 téměř o dva roky shodně pro ženy i pro muže. Jelikož ale ženy žijí v průměru déle než muži (viz výše střední délka života), stráví muži ve zdraví v průměru 91,3 % svého života, ženy pouze 87,9 %.

⁴ Státní zdravotnický ústav

2. Celoživotní učení

Celoživotní učení představuje koncepční změnu v pojetí vzdělávání. Na rozšíření tohoto konceptu v rámci členských zemí EU mělo pozitivní vliv Memorandum o celoživotním učení, které bylo vydáno Evropskou komisí v říjnu 2000.⁵ Toto memorandum identifikovalo šest základních okruhů důležitých pro rozvoj celoživotního učení: (i) nové základní dovednosti pro všechny, (ii) více investic do lidských zdrojů, (iii) inovovat vyučování a učení, (iv) oceňovat učení, (v) přehodnotit poradenství, (vi) přiblížit učení domovu. Na tento dokument navázal v listopadu 2001 dokument „Making an European area of lifelong learning reality“,⁶ který konstatoval, že celoživotní učení se realizuje v podstatě po celou dobu života jednotlivce, od předškolního věku až po důchodový věk a že zahrnuje celé spektrum formálního, neformálního a informálního učení. Hlavní cíle celoživotního učení jsou zde vymezeny jako (a) aktivní občanství, (b) osobní rozvoj, (c) sociální inkluze, (d) zaměstnanost a je zdůrazněno uplatňování hlavních principů, které mají být určitou zárukou efektivního dosažení těchto cílů. Jedná se o to, že ten, kdo se učí, má být v centru pozornosti, má být respektován princip rovných příležitostí a zajištěna kvalita a relevantnost vzdělávacích příležitostí.

Z těchto cílů i základních principů vyšla vládou schválená Strategie celoživotního učení (usnesení vlády č. 761 z 11.7. 2007) a následně i Implementační plán Strategie celoživotního učení (usnesení vlády č.8 z 5.1.2009). V této strategii je celoživotní učení ve vazbě na to, v které fázi lidského života probíhá, rozděleno na dvě etapy, a sice na počáteční (primární, sekundární, terciární) a další vzdělávání. Mezníkem mezi těmito dvěma etapami je vstup na trh práce. Jiný pohled na strukturu celoživotního učení poskytuje aplikace kritéria, kde k učení dochází, aby se zdůraznila skutečnost, že tyto aktivity nemusí mít vždy organizovaný charakter, ale že k celoživotnímu učení dochází i při práci, pobytu v přírodě, na kulturních akcích apod. Z tohoto pohledu Strategie celoživotního učení dělí celoživotní učení na (a) formální vzdělávání, které je realizováno ve vzdělávacích institucích, zpravidla ve školách a jeho funkce, cíle, obsahy, organizační formy a způsoby hodnocení jsou vymezeny právními předpisy. Absolvování formálního vzdělání vede k dosažení určitého stupně vzdělání (základní, střední, vysokoškolské) a je potvrzeno příslušným dokumentem (vysvědčení, výuční list, diplom). Další součástí celoživotního učení je (b) neformální vzdělávání, které je obvykle poskytováno v zařízeních zaměstnavatelů, vzdělávacích institucích apod. a toto vzdělávání umožňuje získání určitých znalostí a dovedností, které jednotlivec uplatňuje v soukromém i profesním životě, ale nevede k dosažení určitého stupně vzdělání. Nutnou podmínkou je, aby toto vzdělávání probíhalo za účasti odborného lektora. Poslední složkou celoživotního učení je (c) informální učení, které je chápáno jako získávání znalostí a dovedností v rámci každodenních profesních i občanských aktivit, jedná se o vzdělávání neorganizované, nesystematické a institucionálně nekoordinované.

Je zřejmé, že pojem celoživotní učení vyjadřuje skutečnost, že nejde pouze o samotné učení, ale i o to, že člověk je připraven a ochoten se učit po celý svůj život, na různých místech a v různých situacích.⁷ Celoživotní učení předpokládá vzájemné doplňování a prolínání všech uvedených forem, kdy vstup do těchto jednotlivých forem by měl být umožněn bez ohledu na věk zájemce. Nezbytným předpokladem však není pouze nabídka možností adekvátní

⁵ Commission Memorandum of 30 October 2000 on lifelong learning [SEC(2000) 1832 final http://ec.europa.eu/education/policies/lll/lll_en.html

⁶ Communication from the Commission, Making a European Area of Lifelong Learning a Reality COM(2001) 678 final <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0678:FIN:EN:PDF>

⁷ V anglicky psaných materiálech je původní termín life-long learning (celoživotní učení) nahrazován termínem life-wide learning, jehož překlad učení se v celé šíři života je poněkud kostrbatý, a proto se v ČR zůstává u termínu celoživotní učení.

potřebám jednotlivých skupin obyvatelstva, ale i jejich zájem o to, dozvídat se a osvojovat si nové poznatky a dovednosti. Tento zájem, stejně jako umění učit se, je nezbytné podporovat již v raných fázích života jednotlivce, tedy zejména v počátečním vzdělávání. Pokud pozitivní vztah k učení není získán v mládí, ve vyšším věku bývá obvykle pozdě na změnu tohoto vztahu.

I. Celoživotní učení a příprava na stárnutí

Příprava na stárnutí musí prolínat všemi etapami celoživotního učení (počáteční, další) i všemi formami (formální, neformální, informální). V rámci počátečního vzdělávání je třeba, aby žáci, studenti získávali informace odpovídající jejich věku o procesu stárnutí, které je přirozenou složkou života každého jedince a aby v nich byl posilován princip úcty ke stáří a mezigenerační solidarity. Důležité je také zvyšovat úroveň vzdělanosti populace, neboť je statisticky prokázán vztah, že čím vyšší je dosažená úroveň vzdělání, tím vyšší je účast na dalším vzdělávání a nižší míra nezaměstnanosti. V ČR se v roce 2011 dále vzdělávala pouze 3 % populace se základním vzděláním ve věku 25-64 let. Z osob se středoškolským vzděláním se dále vzdělávalo 10 % a u osob s terciárním vzděláním to bylo 23 % (viz tab. 1 v příloze 1). V tomtéž roce čelilo nezaměstnanosti 22 % dospělé populace se základním vzděláním, 6 % populace se středoškolským vzděláním a 3 % populace s terciárním vzděláním (viz tab. 2 v příloze 1). Pozitivní je též vztah mezi dosaženou úrovní vzdělání a zdravotním stavem jednotlivce. Lidé s vyšší úrovní vzdělání jsou lépe informováni o zdravém životním stylu a jsou také ochotnější se těmito zásadami řídit (Cutler, LLeras-Muney, 2006). Dospělá populace musí mít možnost dosáhnout takové úrovně vzdělání, pro které má předpoklady, ale které nedosáhla v rámci počátečního vzdělávání. Je proto třeba dále rozvíjet možnosti ostatních forem studia na středních i vysokých školách.

Důležitou složkou dalšího vzdělávání je zejména vzdělávání, které nevede k získání vyšší úrovně vzdělání, ale k průběžnému doplňování znalostí a dovedností, vzhledem k tomu, že jejich zastarávání je zrychlováno vlivem technologického rozvoje. Nové znalosti a dovednosti, zejména ovládání informačních a komunikačních technologií se stává nezbytností pro uplatnění jak v profesním, tak občanském životě. Svědčí o tom i vzrůstající vybavenost domácností informační a komunikační technikou. V roce 2005 mělo v ČR počítač pouze 30 % domácností, zatímco v roce 2010 již 64 % a podíl domácností s vysokorychlostním internetem stoupl v tomto období více než 10x, z 5 % na 54 % (viz tab. 3 v příloze 1). Význam dalšího vzdělávání je posilován také prodlužující se délkou života populace a v souvislosti s tím i prodlužováním doby setrvání na trhu práce a zvyšováním statutární věkové hranice pro nárok na starobní důchod. Pro aktivní účast na trhu práce i na životě společnosti již nestačí znalosti a dovednosti získané v počátečním vzdělávání, ale snahou každého jedince by mělo být průběžné doplňování a získávání nových znalostí a dovedností.

Celoživotní učení však nekončí odchodem z trhu práce, je důležitou součástí života jednotlivce i nadále. Jeho význam se však mění, cílem je udržet intelektuální svěžest, získat nové znalosti a dovednosti dle individuálních zájmů a jejich prostřednictvím zvýšit aktivní podíl na občanském životě, přispět k socializaci jednotlivců, a tím i k větší spokojenosti s touto životní etapou a následně k duševnímu i fyzickému zdraví.

Vize celoživotního učení v rámci Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí by měla zahrnovat tři základní oblasti (A) přípravu mladé populace na stárnutí, (B) vzdělávání starší populace pro uplatnění na trhu práce, (C) vzdělávání starší populace pro uplatnění v občanském životě.

II. Oblast A: Příprava mladé populace na stárnutí

Vzdělávací programy upravit tak, aby se ve společnosti posílila mezigenerační solidarita

V české společnosti se na rozdíl od ekonomicky vyspělých zemí pohlíží na stáří spíše negativně. Svědčí o tom výsledky šetření v rámci EU, ve kterých byly zjišťovány názory populace na stárnutí (Eurobarometer, 2012). Česká populace je přesvědčena, že populace 55+ je vnímána spíše negativně a že užitečnost těchto lidí je pro společnost nízká v takových aktivitách jako je zaměstnání, spotřeba, dobrovolnictví, péče o postižené, vnoučata či schopnost finančně podporovat rodinu. Relativně vysoké procento populace se setkala s diskriminací ohledně věku přímo osobně nebo bylo jejím svědkem v uplynulých 2 letech, a to zejména v případě zaměstnání. Pozitivní je, že věková diskriminace ve vzdělávání není příliš rozšířená, resp., že je srovnatelná s průměrem EU-27. Hodnoty vybraných ukazatelů ilustruje následující tabulka 3, která pro srovnání situace v ČR uvádí i hodnoty průměru EU a hodnoty Německa, jako příkladu ekonomicky vyspělé země, která odráží názory jak populace, která nezažila, tak té, která zažila éru komunismu.

Tab. 3: Názory na populaci ve věku 55 let a více v ČR ve srovnání s průměrem EU-27 a Německem

názory na populaci 55 +	ČR	EU-27	Německo
populace 55+ je obecně vnímána zcela negativně	54 %	28 %	19 %
populace 55+ je prospěšná ve vybraných oblastech	55 %	70 %	78 %
podíl populace, která byla obětí nebo svědkem věkové diskriminace v posledních dvou letech v			
práci	36 %	20 %	18 %
vzdělávání	12 %	11 %	8 %
zdravotní péči	19 %	14 %	13 %
finančních službách	18 %	14 %	12 %
volnočasových aktivitách	8 %	8 %	7 %

Zdroj: Eurobarometer 2012

Celospolečenské klima, které není příliš vstřícné ke starší populaci, se projevuje i v tom, od kterého věku lidé předpokládají, že začíná stáří (Eurobarometer, 2012). V ČR je tato hranice umisťována do věku 59,5 let, zatímco průměr EU-27 je 63,9 let. V rámci EU-27 se názory v jednotlivých zemích poměrně výrazně liší, věková hranice je nejvyšší v případě Nizozemska (70,4 roky), nejnižší na Slovensku (57,7 let). Tento názor se potom odráží i v hodnocení sebe sama. Zatímco z českých respondentů se za staré považuje 22 %, v průměru EU to bylo pouze 16 % a v Nizozemsku dokonce pouze 9 %. Je zřejmé, že celospolečenské klima hraje velmi důležitou roli, že lidé v zemích, kde je toto klima příznivé, se cítí být mladými do vyššího věku. Nejméně příznivou hodnotu tohoto ukazatele vykázalo Maďarsko, kde se starými cítí 24 % respondentů. Změna ve vnímání starší populace i ve vnímání sama sebe je dlouhodobou záležitostí, a je proto třeba začít u mladé populace.

Neúcta ke stáří, k jeho potřebám i omezením se projevuje i v násilí na seniorech, a to jak v domácnostech, tak v některých případech i v ústavech sociální péče, domovech pro seniory apod. Ve vysokém věku u určité části populace ubývá fyzických sil, přátel, a tím i sociálních kontaktů a naopak přibývá různých zdravotních omezení, kdy se tyto osoby dostávají do závislosti na jiných. Toto nerovné postavení může vést až k násilí. Statistické údaje o podílu starších osob, které jsou vystavené násilí na této věkové skupině, nejsou k dispozici, nicméně odhady se pohybují v rovině 5-10 % (Martínková, 2009). Opět nelze než

opakovat, že pokud se úctě ke stáří a porozumění jeho potřebám a omezením nenaučí populace v mladém věku, ve vyšším věku se toho už obvykle nedosáhne.

Změny ve vzdělávacích programech (rámcové a školní vzdělávací programy) vyžadují poměrně dlouhou dobu přípravy a zejména podporu učitelů prostřednictvím příslušných „návodů“. Vzhledem k tomu, že informace o životním cyklu jednotlivce, výchova k úctě ke stáří by se měla prolínat vhodnými předměty, je třeba opatření směřovat především k vytipování těchto předmětů na jednotlivých stupních vzdělávání a k přípravě materiálů, které by byly pomůckou učitelů. V jiném případě zůstane tento cíl pouze na papíře a narazí u pedagogické veřejnosti na nepochopení, nezájem a odmítání.

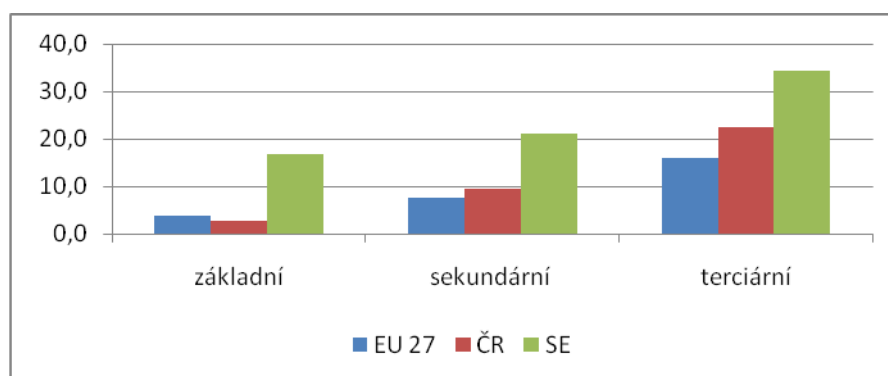
III. Oblast B: Vzdělávání starší populace pro uplatnění na trhu práce

Zvýšit připravenost populace dále se vzdělávat

Vzdělanější populace je ochotnější dále se vzdělávat. Populace, která dosáhla vyšších úrovní vzdělání, má obvykle také pozitivní vztah k dalšímu vzdělávání. Svědčí o tom zejména rozdíly v účasti na dalším vzdělávání podle dosažené úrovně vzdělání. Samozřejmě, že zde působí i další faktory, kterými je postavení na trhu práce (zaměstnaný/nezaměstnaný), odvětví, ve kterém je jednotlivce zaměstnán, profese, kterou zastává, rodinná situace, dostupnost vhodných kurzů apod. Nicméně dosažená úroveň počátečního vzdělání sehrává největší roli.

Zvyšování účasti ve vzdělávání s rostoucí úrovní dosaženého počátečního vzdělávání se prosazuje ve všech zemích. V ČR se v roce 2011 dále vzdělávaly pouze 3 % populace se základním vzděláním ve věku 25-64 let. O možnostech motivace a zapojení osob s touto úrovní vzdělání svědčí zejména údaje ze Švédska (SE), kde rozdíly v účasti na dalším vzdělávání nejsou mezi vzdělanostními skupinami tak markantní jako v ČR. Ve Švédsku se vzdělávalo celých 17 % populace se základním vzděláním (viz graf 2 a tab. 1 v příloze).

Graf 2: Účast populace ve věku 25-64 let na vzdělávání podle dosažené úrovně počátečního vzdělání v roce 2011 (%)



Zdroj: Eurostat

Důležité je, bez ohledu na dosažený stupeň vzdělání, aby se jednotlivce naučil učit se, aby poznal a osvojil si co nejefektivnější způsoby učení, které musí vycházet z jeho individuálních předpokladů. „Umění učit se znamená poznat svůj kognitivní styl, respektovat zkušenost a záměrně formovat strategie učení podle příslušných učebních cílů, k nimž si jako prostředek osvojení vybírá jedinec příslušné učební metody“ (Smékalová, 2006, s.10). Umění učit se si lidé osvojují v podstatě celý svůj život, v začátcích, tedy v průběhu počátečního vzdělávání, by k tomuto umění měla podstatným způsobem přispívat i škola. Učitelé by měli svým žákům/studentům pomáhat při hledání jejich strategií učení.

Opatření zaměřená na zvýšení připravenosti jednotlivců dále se vzdělávat by měla být zaměřena na zlepšování vzdělanostní úrovně populace. V rámci národních cílů strategie Evropa 2020 byl vymezen cíl zvýšit poměr vysokoškolsky vzdělaných lidí ve věku 30-34 let na 32 % a dosáhnout toho, aby podíl žáků předčasně opouštějících vzdělávací zařízení nepřesáhl 5,5 %. Současně by uplatňované pedagogické postupy, zejména na základních a středních školách, měly žákům/studentům pomáhat při uvědomění si a osvojení si základních strategií učení podle jejich individuálních předpokladů.

Podpořit účast jednotlivců na dalším formálním vzdělávání

Další vzdělávání je důležité pro aktivní účast na trhu práce alespoň do věku, kdy vzniká nárok na starobní důchod. Zvýšení kvalifikace, resp. úrovně dosaženého vzdělání, je možné dosáhnout účastí v ostatních formách vzdělávání na středních a vysokých školách. Doplnění si úrovně vzdělání je však časově velmi náročné, délka studia se v případě středního maturitního vzdělání obvykle pohybuje v rozpětí 4-5 let, v případě vysokoškolského vzdělání 5-6 let (u bakalářského 3-4 roky, u magisterského 2-3 roky). Tato skutečnost vede k tomu, že účast na dalších formách vzdělávání není příliš vysoká, nicméně možnosti a nabídka by měly být dále zachovány, případně rozšiřovány. Zvyšování úrovně vzdělání dospělých by mělo být podporováno jejich stávajícími zaměstnavateli. Současný zákoník práce (č. 262/2006) a související daňové předpisy však umožňují jako daňově uznatelnou položku vykázat pouze náklady, které souvisí s prohloubením kvalifikace zaměstnance, nikoli s jeho zvýšením. Zaměstnavatelé nejsou i proto obvykle ochotni umožnit svému zaměstnanci zvýšení kvalifikace studiem na střední či vysoké škole, neboť poskytování placeného volna souvisejícího s přípravou na zkoušky a s jejich vykonáním nemůže zahrnout do nákladů. Proto by bylo vhodné upravit příslušné právní předpisy a zvyšování kvalifikace postavit na roveň prohlubování kvalifikace. Podpora ze strany zaměstnavatele by měla pozitivní vliv nejen na účast ve formálním vzdělávání dospělé populace, ale i na míru jeho úspěšného ukončování.

Přestože ČR patří k zemím, kde z hlediska vzdělanostní struktury má více než 90 % populace alespoň středoškolské vzdělání, je pozitivní, že zájem o doplnění kvalifikace v dospělé populaci přetrvává. Průměrně v letech 2003-2011 ročně studovalo na středních školách v ostatních formách studia 35,7 tisíc dospělých. Největší zájem je o doplnění si maturity prostřednictvím nástavbového studia, které umožňuje těm, kteří získali výuční list v příbuzném oboru vzdělání, získat maturitní zkoušku během dvou až tříletého studia. Tento druh vzdělání se na celkovém počtu studujících podílel v průměru 66 %, střední vzdělávání s maturitní zkouškou cca 30 % (viz tab. 4 v příloze 1). Vzhledem k tomu, že studium při zaměstnání je nejen časově náročné a jeho dokončení je ovlivněno mnoha okolnostmi, je zřejmé, že ne všichni, kteří studium započali, ho také dokončí. V průměru ročně ukončilo středoškolské vzdělání 7,3 tisíce osob. Z hlediska druhu vzdělání se na počtu absolventů opět nejvíce podíleli absolventi nástavbového studia (73 %), následovaní absolventy maturitního studia (21 %). Je evidentní, že maturitní studium je pro zaměstnané osoby velmi náročné a že míra úspěšného ukončení je nižší než v případě nástavbového studia. Celkově lze míru úspěšnosti odhadnout na úrovni 50-75 %.

Vzhledem k délce období, po které lze očekávat návratnost investice do dalšího formálního vzdělání, která je daná zejména délkou období mezi ukončeným vzděláním a odchodem do důchodu, je věková struktura studentů vychýlená směrem k mladším věkovým skupinám. Skupina osob ve věku 40 a více let se na celkovém počtu studujících v ostatních formách studia podílí 14 %, zatímco věková skupina do 29 let 43 %.⁸

⁸ Větší vypovídací hodnotu by měl relativní ukazatel, tedy podíl studujících dané věkové skupiny na počtu těch v dané věkové skupině, kteří nemají příslušnou úroveň nebo obor daného vzdělání. Pro výpočet tohoto ukazatele však nejsou k dispozici dostatečně podrobná data.

Tab. 4: Studující v ostatních formách středoškolského studia podle věkových skupin ve školním roce 2010/2011

Počty studujících podle věkových skupin						
	do 24	25-29	30-34	35-39	40 a více	celkem
střední vzdělávání a střední vzdělávání s výučním listem	544	287	290	206	234	1 561
střední vzdělávání s maturitní zkouškou	2 955	1 764	1 852	1 791	1 225	9 587
nástavbové studium	5 374	4 495	5 306	6 011	3 618	24 804
celkem	8 873	6 546	7 448	8 008	5 077	35 952
Podíly studujících jednotlivých věkových skupin na celkovém počtu studujících						
střední vzdělávání a střední vzdělávání s výučním listem	34,8	18,4	18,6	13,2	15,0	100
střední vzdělávání s maturitní zkouškou	30,8	18,4	19,3	18,7	12,8	100
nástavbové studium	21,7	18,1	21,4	24,2	14,6	100
celkem	24,7	18,2	20,7	22,3	14,1	100

Zdroj: ÚIV: Ročenka školství, Výkonové ukazatele, vlastní propočty

Stejně jako v případě středoškolského vzdělání, roste i zájem o doplnění si terciárního vzdělání. Svědčí o tom vzrůstající počty studujících v ostatních formách vzdělávání na vyšších odborných školách (VOŠ) a v distanční a kombinované formě vzdělávání na vysokých školách (VŠ). Počty studujících v těchto formách se v roce 2011 zvýšily na VOŠ o 67 % oproti roku 2003, na VŠ se dokonce více jak zdvojnásobily. Rostou i počty absolventů, a to dokonce rychleji než počty studujících, což svědčí o tom, že určitá část těch, kteří začali studovat v denní formě studia, studium dokončují v ostatních formách. V případě VOŠ se počet absolventů v období 2003-2010 zdvojnásobil a v roce 2010 absolvovalo 1,7 tis. osob, v případě VŠ se počet absolventů v období 2003-2011 zečtyřnásobil a v roce 2011 absolvovalo 26 tis. osob (viz tab. 5 v příloze 1).

Z hlediska věkové struktury studujících na VŠ ve všech formách studia⁹ pochopitelně převažují mladí lidé do 24 let. Jak ukazuje tabulka 5, tato věková skupina se na celkovém počtu studujících podílela 65 %, populace ve věku 35 a více tvořila 10 % studujících na VŠ.¹⁰

Tab. 5: Studující na vysokých školách ve všech formách vzdělávání podle věku ve školním roce 2010/2011

	do 24 let	25-29	30-34	35-39	40 a více	celkem
počty	255 603	71 020	29 218	20 116	20 350	396 307
podíl	64,5	17,9	7,4	5,1	5,1	100,0

Zdroj: ÚIV: Ročenka školství, Výkonové ukazatele, vlastní propočty

Opatření by měla být zaměřena na podporu formálního studia dospělých, resp. podporu vytváření podmínek pro toto studium a jeho úspěšné dokončení. K tomu by mohla přispět i taková změna zákona o zaměstnanosti a návazných zákonů, která by umožnila chápat náklady zaměstnavatele spojené se zvyšováním kvalifikace zaměstnanců jako daňově uznatelnou položku, stejně tak jako umožnění i jednotlivcům odečítat od základu daně výdaje spojené se vzděláváním (školné).

⁹ Data vztahující se pouze ke studentům v distanční a kombinované formě nejsou k dispozici.

¹⁰ Data o věkové struktuře studujících pouze v ostatních formách studia nejsou k dispozici, stejně tak jako data o studujících na VOŠ dle věku.

Zvýšit účast dospělé populace na dalším neformálním vzdělávání a zvýšit jeho efektivitu

Význam dalšího vzdělávání pro uplatnění na trhu práce je všeobecně uznáván. EU si v rámci Lisabonské strategie vytyčila do roku 2010 dosáhnout toho, aby se v jednotlivých členských zemích vzdělávalo 12,5 % populace ve věku 25-64 let. Strategie Evropa 2020 již žádný cíl pro oblast dalšího vzdělávání nestanovuje, nicméně lze předpokládat, že zvyšování účasti na dalším vzdělávání bude dosaženo prostřednictvím cíle snížení předčasných odchodů ze vzdělávání a zvýšení podílu terciárně vzdělané populace, neboť, jak již bylo konstatováno dříve, účast na dalším vzdělávání je pozitivně ovlivňována dosaženou úrovní počátečního vzdělání.

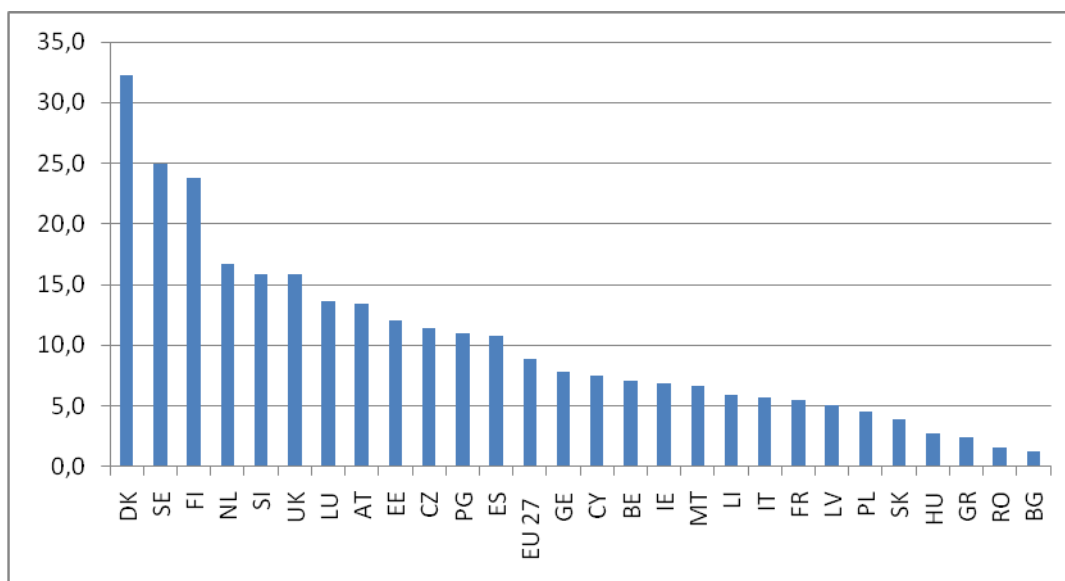
O nutnosti dalšího vzdělávání jsou přesvědčeni i jednotlivci, a to v zemích s nižší ekonomickou i vzdělanostní úrovní dokonce více než v zemích vyspělých s vysokým podílem terciárně vzdělané populace. V ČR je přesvědčeno o nutnosti během příštích pěti let aktualizovat své současné znalosti a dovednosti 87 % populace,¹¹ zatímco v Německu pouze 72 % (Kelly Services, 2009). Zodpovědnost za aktualizaci znalostí a dovedností nezbytných pro vykonávání příslušné pracovní činnosti má podle názoru 80 % Čechů nést zaměstnavatel společně se zaměstnancem, 15 % české populace přisuzuje tuto zodpovědnost výhradně zaměstnavateli. Pro srovnání lze uvést, že v Německu se 83 % populace domnívá, že zodpovědnost sdílí zaměstnavatel společně se zaměstnancem, pouze 9 % tuto zodpovědnost přisuzuje výhradně zaměstnavateli (Kelly Services, 2009). Výsledky tohoto šetření dokládají, že česká populace není ochotna nést zodpovědnost za úroveň znalostí a dovedností požadovaných na trhu práce sama, ale do značné míry spoléhá na svého zaměstnavatele, v případě nezaměstnanosti potom na stát, který zajišťuje možnosti rekvalifikací.

ČR v roce 2011 udělala ve srovnání s předchozím rokem významný pokrok v účasti dospělé populace ve věku 25-64 let na vzdělávání.¹² Jestliže se v roce 2010 účast na vzdělávání v ČR pohybovala pod průměrem EU-27 (viz tabulka 6 v příloze 1), v roce 2011 se dostala nad tento průměr, jak dokládá graf 3. V tomto roce se podle výsledků výběrového šetření pracovních sil, které vyjadřují účast populace na vzdělávání v posledních 4 týdnech předcházejících danému šetření, vzdělávalo 11,4 % populace ve věku 25-64 let, zatímco průměr EU-27 dosahoval pouze 8,9 %. Na tomto výrazném meziročním zvýšení v ČR o 2,9 p.b., se výrazně projevila podpora vzdělávání v podnicích spolufinancovaná z evropských strukturálních fondů (Programy Vzdělávejte se, Školení je šance). S ohledem na skutečnost, že tyto programy sledovaly jako jeden z cílů udržení zaměstnanosti v podnicích čelících poklesu poptávky po jejich produkci, lze předpokládat, že po ukončení této podpory účast na dalším vzdělávání opět poklesne směrem k úrovni z roku 2010 (7,5 %), neboť v období 2005-2010 se účast na vzdělávání meziročně zvyšovala v průměru o méně než 0,5 p.b.

¹¹ Jedná se o populaci účastníci se daného šetření.

¹² Je sledována účast jak na počátečním, tak dalším vzdělávání. Mezinárodní srovnání je proto pozitivně vychýleno v těch zemích, ve kterých je počáteční vzdělávání ukončováno ve vyšším věku, tedy v období po dosažení věku 25 let.

Graf 3: Účast populace ve věku 25-64 let na vzdělávání



Zdroj: Eurostat

Účast na vzdělávání klesá v závislosti na věku. Tento trend není specifickým ČR, ale prosazuje se ve všech zemích. V roce 2011 se v ČR vzdělávalo celkem 10 % populace ve věku 45-54 let, zatímco v následující desetileté věkové skupině 55-64 let již pouze 5,1 % populace; podíl vzdělávající se populace ve věku 55-69 dosahuje pouze 4,2 % (viz tab. 7 v příloze 1). Nižší účast na vzdělávání vyšších věkových skupin je ovlivněna celou řadou faktorů, mezi nejdůležitější patří ochota jednotlivce se vzdělávat, dosažená úroveň vzdělání, postavení na trhu práce, zastávaná profese, angažovanost podniků v této oblasti, návratnost investice, nabídka a dostupnost vhodných kurzů apod.

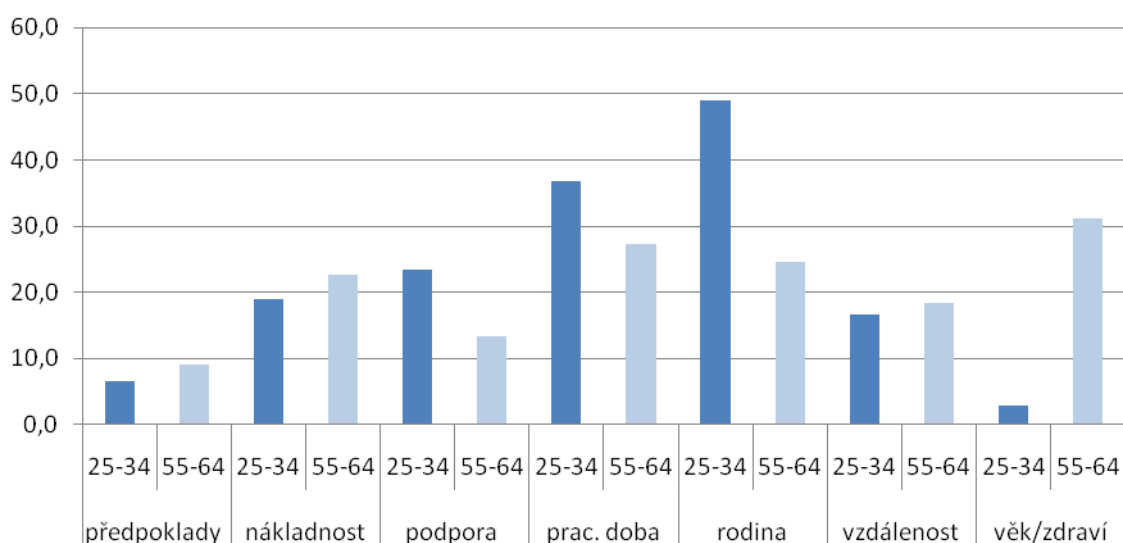
Na dalším profesním vzdělávání se podílí zejména vzdělávání organizované a financované podniky. ČR patří k zemím, ve kterých je podnikovému vzdělávání věnována poměrně velká pozornost. V roce 2005¹³ vzdělávalo své zaměstnance v ČR 72 % podniků, průměr EU-27 byl 60 %. Zatímco své zaměstnance v ČR vzdělávaly všechny podniky s počtem zaměstnanců nad 250 osob, u podniků s počtem zaměstnanců 10-49 osob dosahoval tento podíl pouze 66 % (NVF 2008). I v rámci podnikového vzdělávání platí, že zaměstnanci z vyšších věkových skupin se vzdělávají méně. V ČR se v roce 2005 účastnilo kurzů realizovaných zaměstnavatelem 67 % zaměstnanců bez ohledu na jejich věk, ale ve věkové skupině nad 55 let to bylo pouze 60 % zaměstnanců (viz tab. 8 v příloze 1). Projevuje se zde jak preference skupiny zaměstnanců ve věku 25-54 let ze strany podniků, tak rezervovaný přístup ke vzdělávání ze strany starších zaměstnanců a ze strany mladých zaměstnanců (do 25 let) přesvědčení, že jejich vzdělání je aktuální a není třeba je doplňovat.

Překážky účasti na dalším vzdělávání jsou vnímány odlišně jednotlivými věkovými skupinami. Osoby ve věku 55-64 let, které se nevzdělávají, ale chtěly by se vzdělávat, jako největší překážku pocítují věk a/nebo zdraví (31 %), dále problém kolize konání vzdělávacích kurzů s pracovní dobou (27 %) a povinnosti související s péčí o rodinu (25 %). Síla významu těchto dvou faktorů (kolize s pracovní dobou a péče o rodinu) je poměrně překvapivá, neboť lze předpokládat, že vzhledem k nastavení statutárního důchodového věku v době průzkumu je ve věkové skupině 55-64 let silné zastoupení populace mimo pracovní trh, zejména žen. Výsledky šetření však naznačují, že tato věková skupina byla v roce 2007 poměrně aktivní na

¹³ Aktuálnější data nejsou k dispozici.

pracovním trhu, což může být i důsledkem relativně silného ekonomického růstu.¹⁴ V době ekonomického útlumu může být však situace odlišná a vzhledem k tomu, že rostoucí nezaměstnanost postihuje především vyšší věkové skupiny, lze očekávat, že význam tohoto faktoru bude nižší. Péče o rodinu, resp. vlastní děti již nehraje v této věkové skupině velkou roli, je spojena spíše s péčí o vnoučata a staré rodiče. Vzhledem k obtížné dostupnosti odpovídajících služeb lze předpokládat, že význam tohoto faktoru zůstává více méně nezměněn. Pozitivní zprávou z tohoto šetření je poměrně silná sebedůvěra starší generace ve vlastní schopnosti - pouze 9 % populace ve věku 55-64 uvádí nedostatečné předpoklady jako důvod neúčasti v dalším vzdělávání. Ve srovnání např. s Německem je právě věk/zdraví a péče o rodinu v ČR 3-4krát závažnějším důvodem pro neúčast v dalším vzdělávání (viz tab. 9 v příloze 1).

Graf 4: Nejvýznamnější překážky v účasti na vzdělávání v ČR podle věkových skupin (2007, %)



Zdroj: Eurostat, AES

Účast na dalším vzdělávání souvisí s nabídkou vzdělávání, a to nejen z hlediska jejího rozsahu a věcného zaměření, ale i z hlediska dostupnosti ve smyslu časové náročnosti dosažení příslušného typu vzdělávání. Právě časovou náročnost docházky/dojížděky do vzdělávání uvedlo v roce 2007 jako překážku účasti na vzdělávání 18 % české populace ve věku 55-64 let.

Nabídka dalšího vzdělávání škol bude postupně zvyšována s tím, jak se snižuje počet mladé populace ve věku počátečního vzdělávání. Školy budou mít stále větší zájem o přitažení starší populace, aby bylo využito jak prostorového a přístrojového vybavení škol, tak jejich odborná kapacita. Tato iniciativa je podporována v rámci projektu Školy - centra celoživotního učení (NÚV¹⁵, 2012). Vysoké školy by se ve větší míře měly soustředit na zvýšení nabídky kurzů celoživotního učení a hledat studenty v doposud netradičních skupinách společnosti (MŠMT, 2013). Půjde o tvorbu nabídky krátkodobějších kurzů zaměřených na profesní vzdělávání.

Opatření by měla být zaměřena na podporu dalšího vzdělávání především v malých a středních podnicích, na podporu tvorby nabídky kurzů dalšího vzdělávání poskytovaného

¹⁴ V letech 2005-2008 se meziroční tempo růstu HDP pohybovalo mezi 6-7 %.

¹⁵ Národní ústav pro vzdělávání

středními a vysokými školami, na informační podporu nabídky dalšího vzdělávání z hlediska sladění nabídky dalšího vzdělávání s požadavky trhu práce, na odstraňování překážek v účasti na dalším vzdělávání, na změnu legislativy tak, aby jednotlivec mohl odečítat své náklady na další vzdělání z daňového základu.

IV. Oblast C: Vzdělávání starší populace pro uplatnění v občanském životě

Zvýšit dostupnost kurzů dalšího vzdělávání určených pro populaci mimo trh práce

Stáří je provázáno celou řadou mýtů, jedním z nich je i přesvědčení, že starší lidé se už nechtějí učit nic nového. Nevyhnutelnou součástí stárnutí je sice skutečnost, že se snižuje schopnost učit se nové věci a pamatovat si je, ale většina starších lidí je schopna a ochotna se nové věci učit a naučit, zpomaluje se však jejich reakční doba, a tudíž učení nových věcí trvá déle (Tošnerová, 2002).

Pro populaci starší 65 let další vzdělávání představuje obvykle spíše formu trávení volného času, nejde již o získávání znalostí a dovedností, které by tito lidé uplatnili na trhu práce. Nabyté znalosti a dovednosti jim usnadní a zpestří občanský život, umožní jim zdokonalit své zájmové aktivity a v neposlední řadě přispějí k navázání nových společenských kontaktů, neboť celá řada jedinců z této věkové skupiny již žije osamoceně. Vzdělávání v postproduktivním věku má pozitivní důsledky na různé charakteristiky této populace (psychická vyrovnanost, méně časté návštěvy u lékaře apod.), nicméně se jedná spíše o „dojmologii“ nepotvrzenou relevantními studiemi provedenými v ČR. Bylo by proto vhodné, takto zaměřené studie zpracovat. Stejně tak výzkum dosud nezmapoval, na jaké znalosti a dovednosti by se vzdělávání této populace mělo zaměřit. Nabídka je tvořena bez provedení předchozího výzkumu a obvykle intuitivně, nicméně je velmi rozmanitá.

Nabídka vzdělávacích programů a oborů univerzity třetího věku (U3V) na českých více než 20 vysokých školách obsahuje jak „osvědčené“ cykly populárně naučných fakultativních přednášek a doprovodných akcí pro „volný“ čas, tak i ucelené vzdělávací programy (nejčastěji dvou až tříleté), kurzy počítačové, cizojazyčné, kurzy na podporu fyzické a psychické kondice aj. (Šemberová, 2006). Šance na účast v U3V se liší ve vazbě na místo bydliště, možnosti jsou soustředěny do velkých měst, senioři na venkově tuto možnost obvykle nemají. Bylo by vhodné zkoumat, zda by ke zmírnění této nerovnováhy přispělo vytvoření virtuálních U3V, i když v tomto případě by došlo ke ztrátě či výraznému omezení socializačního vlivu U3V.

Velmi potřebná je nabídka krátkodobých kurzů zaměřená např. na vzdělávání v oblasti ICT a financí. V minulosti se s velkým zájmem setkaly dotované ICT kurzy určené starší populaci. Tyto kurzy by byly i nadále velmi užitečné, neboť je nezbytné věkové skupině v důchodovém věku podat pomocnou ruku pro omezení jejich digitální vyloučenosti. Zdaleka ne všichni senioři si potřebné dovednosti osvojili nebo mají děti či vnuky, kteří jsou ochotni a schopni se v tomto ohledu o své příbuzné postarat. Jde o překonávání bariér v aktivním využívání informačních a komunikačních technologií, a to nejen počítače a internetu, ale i mobilních telefonů, digitálních televizí, navigací apod. I když se situace v oblasti využívání internetu, a tím i počítačů ve starších věkových skupinách v ČR zlepšuje, stále se pohybujeme pod průměrem EU-27 (viz tab. 6)

Tab. 6: Jednotlivci používající internet (v %)

	2006				2010			
	16-74	45-54	55-64	65-74	16-74	45-54	55-64	65-74
EU-27	52,0	49,2	32,5	12,4	69,1	69,0	50,2	28,1
ČR	44,3	40,1	20,7	5,2	66,4	65,8	42,1	19,1
Německo	69,3	70,4	49,8	23,8	79,8	83,6	64,7	41,2

Zdroj: ČSÚ

V roce 2010 se podíl populace v ČR ve věku 65-74 let využívající internet zvýšil na téměř čtyřnásobek oproti roku 2006, na 19 % populace. Stále je to však výrazně méně než je průměr EU-27 (o 9 p.b.) a tento ukazatel přístupu k internetu nedosahuje ani poloviční úrovně Německa. V ČR stejně jako v ostatních zemích v současnosti představuje zlom ve využívání internetu věková hranice přibližně 55 let. Starší lidé neměli možnost osvojit si dovednosti nezbytné pro využívání ICT v počátečním vzdělávání a jedná se o skupinu, jejíž ekonomická aktivita klesá a s tím klesá i možnost či povinnost využívat internet v práci. Důležitou okolností, která ovlivňuje tuto aktivitu, je i vybavenost domácností nezbytnou technikou.

V ČR přibývá lidí, kteří mají exekuci na důchod.¹⁶ Česká správa sociálního zabezpečení evidovala letos na konci června přes 64 tisíc takových případů, tedy o skoro 3,5 tisíce více než koncem loňského roku. Proti roku 2000 se počet důchodů, na něž byla uvalena exekuce, zvýšil více než čtyřikrát. Za tuto nepříznivou situaci může nejen nedostatečná ochrana spotřebitelů, ale i důvěřivost starších lidí vůči různým akcím, která vyplývá z jejich nedostatečné finanční gramotnosti. Starší lidé se snadno nechávají přemluvit k nákupu drahého zboží, na které si berou úvěry, které pak nejsou schopni splácet.

Opatření státu by měla být zaměřena na podporu realizace dotovaných kurzů zaměřených na ICT, bezplatných kurzů zaměřených na finanční gramotnost, na udržení podpory U3V ze strany MŠMT, výzkum vzdělávacích potřeb osob, které již nemají zájem ani možnost návratu na pracovní trh, na zpracování a poskytování kurzů zaměřených na zjištěné potřeby, na výzkum o dopadech účasti starších osob na dalším vzdělávání na jednotlivé aspekty jejich života, výzkum zaměřený na zmapování poptávky po vzdělávání seniorů ve venkovských oblastech a na navržení možností, jak zajistit dostupnost kurzů pro seniory bydlící v těchto oblastech.

¹⁶ Jsou zde zahrnuty všechny důchody.

3. Zaměstnávání starších osob a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění

Důchodová reforma

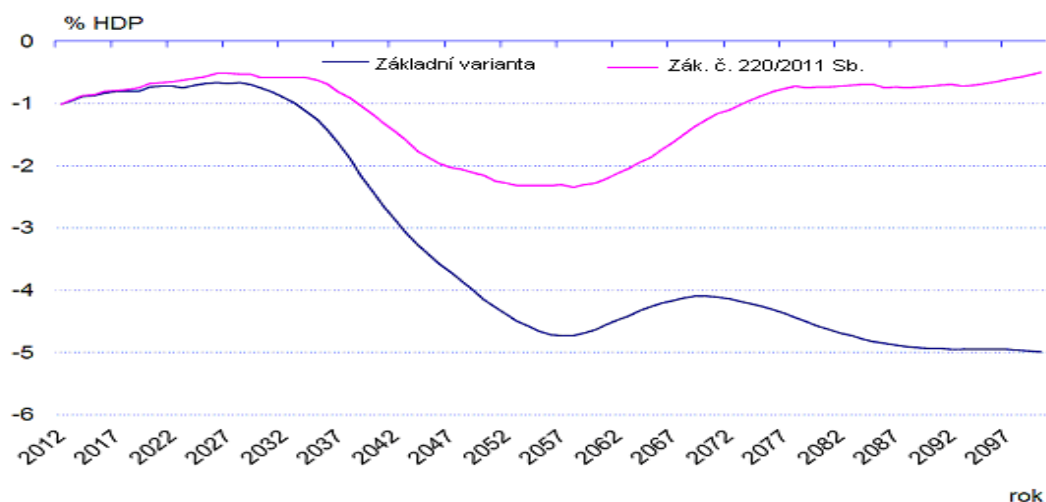
Demografické stárnutí (viz kap. 1) představuje významnou zátěž pro průběžně financované důchodové systémy, neboť se snižuje podíl osob platících pojistné k počtu osob pobírajících důchod. Na principu průběžného financování funguje i systém základního důchodového pojištění, tj. I. pilíř důchodového systému, v České republice.

Základní důchodové pojištění bylo zavedeno od roku 1996 zákonem č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění a od svého vzniku je postupně reformováno. Opatření provedená po roce 2000 zahrnovala m. j. redukcí finančních pobídek k předčasnému odchodu do důchodu a úpravy směřující k podpoře postupného odchodu do důchodu, došlo např. ke zvýšení procentní výměry starobního důchodu při odkladu odchodu do důchodu do vyššího věku, umožnění souběhu důchodu s příjmem z výdělečné činnosti bez omezení a zavedení přepočtu výše důchodu v takovém případě, zavedena byla i možnost pobírání částečného důchodu. Při současném nastavení parametrů základního důchodového pojištění je v České republice minimální rozdíl mezi skutečným průměrným věkem odchodu z trhu práce a věkovou hranicí pro odchod do důchodu nastavenou zákonem, na rozdíl od většiny členských zemí EU, kde časté předčasné odchody do důchodu výrazně snižují reálný věk odchodu do důchodu (European Commission, 2012).

Z hlediska redukce dopadů demografického stárnutí na finanční bilanci základního důchodového pojištění je významné zejména postupné zvyšování důchodového věku zavedené již zákonem č. 155/1995, o důchodovém pojištění. Podle poslední úpravy obsažené v zákoně č. 220/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, dojde ke sjednocení důchodového věku pro muže a ženy v roce 2041 při dosažení důchodového věku 66 let a 8 měsíců a dále se bude zvyšovat důchodový věk pro obě pohlaví o 2 měsíce ročně, a to bez stanovení cílové hodnoty důchodového věku. Nastavené tempo zvyšování důchodového věku podle propočtů MPSV v zásadě odpovídá očekávanému růstu střední délky života a průměrná doba strávená v důchodu po jeho sjednocení by neměla klesnout významněji pod 20 let (Vládní návrh..., 2011).

Přijetím zákona č. 220/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, a který upravil výpočet důchodu v reakci na nález Ústavního soudu (nález č. 135/2010 Sb.) a zavedl některé parametrické změny k posílení finanční stability I. pilíře (včetně výše uvedené úpravy důchodového věku), by mělo dojít k výraznému zlepšení bilance základního důchodového pojištění (graf 5).

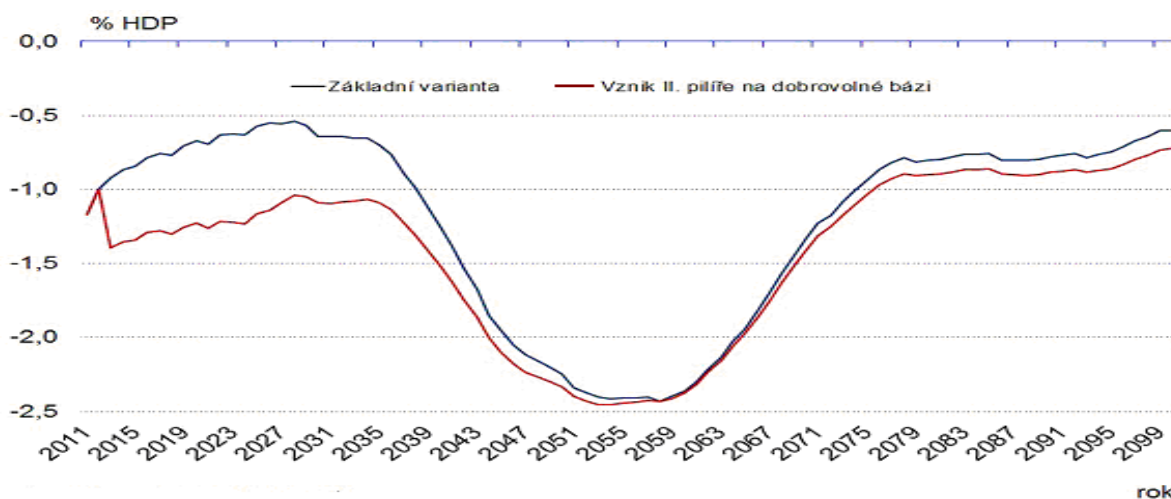
Graf 5: Bilance základního důchodového pojištění v % HDP, zákon č. 220/2011



Pozn.: Základní varianta - bez změn obsažených v zákoně č. 220/2011

Zdroj: MPSV (2012)

Graf 6: Bilance základního důchodového pojištění v % HDP, zavedení II. pilíře



Pozn.: Základní varianta - včetně zák. č. 220/2011, bez zavedení II. pilíře

Zdroj: MPSV (2012)

Komplexní změnu důchodového systému přináší důchodová reforma schválená v roce 2011.¹⁷ Obsahem reformy je zejména zavedení systému důchodového spoření, tj. II. pilíře důchodového systému, kdy od roku 2013 by měli mít občané možnost dobrovolného fondového penzijního spoření v podobě vyvedení 3 % sociálního pojištění na soukromé individuální účty vedené u penzijních společnostech za podmínky dodatečné vlastní platby ve výši 2 % ze základu pro výpočet odvodu na sociální pojištění. Zavedení druhého, fondového pilíře důchodového systému vytváří prostor pro individuální rozhodování pojištěnců o diverzifikaci zdrojů příjmů ve stáří. Výpočty MPSV předpokládají, že implementace II. pilíře

¹⁷ Dne 28. prosince 2011 byly ve Sbírce zákonů publikovány zákon č. 426/2011 Sb., o důchodovém spoření, zákon č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření a zákon č. 428/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o důchodovém spoření a zákona o doplňkovém penzijním spoření.

vyvolá jen mírné zhoršení bilance základního důchodového pojištění, a to zejména v přechodném období cca do roku 2040 (graf 6). V dlouhodobém horizontu by mělo zavedení fondového pilíře vést k diverzifikaci rizik a omezení dopadů demografického vývoje na průběžně financované základní důchodové pojištění (Výkonný tým, 2005; MPSV, 2012).

Změny provedené v rámci základního důchodového pojištění po roce 2000 znamenaly odstranění pobídek k předčasnému opuštění trhu práce a v zásadě všechny bariéry pro ekonomickou aktivitu po dosažení důchodového věku byly odstraněny. Stran časování odchodu do důchodu lze na základě v minulosti publikovaných analýz nastavení základního schématu důchodového zabezpečení hodnotit jako pojistně-matematicky neutrální (Výkonný tým, 2005). V souvislosti s pokračováním důchodové reformy je však třeba nastavení pečlivě monitorovat. Uvolnění regulace výdělečné činnosti v souběhu s pobíráním důchodu vedlo v České republice k širokému využívání tohoto institutu, zatímco přesluhování a nově zavedený institut částečného důchodu jsou využívány zřídka. Tato situace by měla být podrobena analýze s cílem zjistit, zda nepřináší deformaci trhu práce zejména s ohledem na nerovné postavení pracujících důchodců oproti pracovníkům v předdůchodovém věku. Výrazná preference práce v souběhu s důchodem pravděpodobně signalizuje vedle osobní preference občanů i vychýlení legislativní úpravy ve prospěch této možnosti. Může souviset i s tím, že důchodová dávka v České republice není zdaněna a osoba pracující v souběhu s pobíráním důchodu může pro účel zdanění příjmů z výdělečné činnosti využít slevy na dani na poplatníka (podle § 35 odst. 1 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů). Jako řešení se spíše než zrušení slevy na dani na poplatníka pro výdělečnou činnost v souběhu s pobíráním důchodu jeví zahrnutí příjmu ze státního důchodového systému do základu daně. Aktuální nastavení výše slevy na dani na poplatníka zajišťuje, že by byly zdaněny jen vysoké důchody a naprostá většina důchodců by proto daně z důchodové dávky neplatila.¹⁸

Při zvažování změn institutu souběhu starobního důchodu a výdělečné činnosti je třeba vzít v úvahu, že pracující důchodci představují nezanedbatelnou pracovní sílu a jde o značně heterogenní skupinu s ohledem jak na výši příjmu, tak na motivace. V roce 2010 celkově představovali téměř 5 % všech pracujících (ČSÚ, 2010). Z absolutního počtu 237,8 tisíc zaměstnaných představovali přitom 63 % důchodci ve starobním důchodu, 34 % důchodci s přiznaným prvním až třetím stupněm invalidity a 3 % byli důchodci pobírající výhradně pozůstalostní důchod. Velké rozdíly jsou v intenzitě pracovního zapojení důchodců podle úrovně dosaženého vzdělání. Ve skupině osob se základním vzděláním pracoval pouze každý padesátý starobní důchodce. Tento podíl rychle roste se zvyšující se úrovní vzdělání. Ve skupině vyučených dosahuje pět procent a ve skupině osob se středním vzděláním s maturitou podíl pracujících starobních důchodců je vyšší než osm procent. Razantně roste podíl pracujících starobních důchodců ve skupině s vysokoškolským vzděláním, ve které pracoval dokonce každý pátý starobní důchodce. V určité míře se zde projevil fakt, že podíl vysokoškoláků je ve skupině mladších důchodců vyšší než např. mezi osobami staršími sedmdesáti let. Uvedené rozdíly se projevují jak u mužů, tak i u žen. 63,5 tis. starobních důchodců (více než 42 %) pracovalo v roce 2010 ve vysoce kvalifikovaných profesích, zařazených do hlavní třídy vědečtí a odborní duševní pracovníci nebo do široké skupiny technických, zdravotnických a pedagogických pracovníků. Relativně často pracují i jako pomocní a nekvalifikovaní pracovníci (přes 14 %). Starobní důchodci často pokračují ve

¹⁸ Aktuální výše slevy na dani na poplatníka (podle § 35 odst. 1 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů) by vedla k tomu, že by byly zdaněny jen důchody přesahující v součtu s příjmy z výdělečné činnosti 165 800 Kč ročně. Naprostá většina důchodců by proto daně z důchodové dávky neplatila, pokud by nevykonávala výdělečnou činnost v souběhu s pobíráním dávky (kvantilové rozložení výše důchodů v roce 2010 ukazuje, že počet starobních důchodů přesahujících 12 801 Kč byl pouze 10 %). Vycházejí z daňových právních předpisů pro ten rok, by při zavedení zdanění důchodů nebyly zdaněny důchody do výše 13 800 Kč.

svých pracovních aktivitách jako podnikatelé, hlavně jako osoby samostatně výdělečně činné. Podíl těchto podnikatelů bez zaměstnanců představoval čtvrtinu všech pracujících, kteří souběžně pobírají starobní důchod. Prakticky každý druhý starobní důchodce pracoval na částečný úvazek (49,2 %). U žen jejich podíl dosahoval téměř 60 %, u mužů necelých 40 %.

Definitivní odchod z ekonomické aktivity je sice determinován především měnící se legislativní hranicí pro vznik nároku na starobní důchod, ale zvláště v některých profesích jej ovlivňuje i možnost dalšího aktivního působení po vzniku nároku na starobní důchod. V EU-27 činil průměrný věk definitivního odchodu z pracovního života v roce 2008 průměrně 61,4 roku. V naší republice to bylo 60,6 roku. Pro porovnání v Nizozemsku činil tento věk 63,2 a ve Švédsku dokonce 63,8 roku. V ČR muži končí své aktivní působení na trhu práce průměrně v 62,3 roku, tj. o čtvrt roku později než průměr EU-27. Ženy v České republice končí své aktivity podstatně dříve než ve většině členských zemí Evropské unie (59,0 roku v ČR, 60,8 roku v průměru za EU-27).

Trh práce

V ČR bylo průměrně zaměstnáno v roce 2011 celkem 4 904 000 osob. Z hlediska věku zaměstnanců lze konstatovat, že osoby od 50 do 64 let představovaly absolutně 1 268 700 zaměstnanců z tohoto počtu, což je více než 25 %. Přitom ze současné demografické situace vyplývá, že nejvíce zaměstnanců je v ČR ve věkové skupině 30-39 let (1 444 500 osob, tj. téměř 30 %) a druhá největší skupina je tvořena zaměstnanci ve věku 40-49 let (1 257 300 osob, tj. téměř 26 %) (VŠPS, ČSÚ, 2012). Zaměstnanci starší 65 let představují přibližně 1,5 % pracovní síly.

Cílem politiky zaměstnanosti ČR (Usnesení vlády ČR č. 434 ze dne 7.6.2010) a celé EU (strategie „Evropa 2020“) je zvýšení celkové míry zaměstnanosti ve věkové skupině 20-64 let na 75 %. Ve vztahu k věku je dílčím cílem vycházejícím ze strategie „Evropa 2020“ i zvýšení míry zaměstnanosti starších pracovníků 55-64 na 55 %, přitom ČR je v současné době na hodnotě 47,6 %, takže k danému cíli vede ještě poměrně dlouhá cesta. ČR zaujímá výsadní postavení v rámci EU v míře zaměstnanosti věkové skupiny 50-54 let, kde je za Švédskem na druhém místě s 84,7% mírou zaměstnanosti. U starších věkových skupin je však situace ve srovnání se státy EU horší, neboť u věkové skupiny 55-59 let je míra zaměstnanosti 69,3 %, to znamená 7. místo v EU. Ve Švédsku, které je i v tomto ukazateli na prvním místě, je přitom míra zaměstnanosti osob 55-59 let na hodnotě 82 %. Při srovnání zaměstnanosti v rámci států EU u následujících věkových skupin zjišťujeme, že pozice ČR je pod průměrem EU. U věkové skupiny 60-64 let je to 17. místo s hodnotou 25,8 % a u skupiny 65-69 let pak 16. místo s mírou zaměstnanosti 9,3 % (zdroj dat Eurostat database B, 2012).

Míra nezaměstnanosti starších osob se v období 2010-2011 pohybovala na úrovni průměrné míry nezaměstnanosti, problémem je však možnost znovunalezení nového zaměstnání, pokud ztratí svoji dosavadní práci (Kyzlinková, Kotrusová, 2011). Postoje zaměstnavatelů k této skupině pracovní síly jsou totiž velmi stereotypní v tom smyslu, že preferují osoby mladšího věku, u nichž předpokládají vyšší schopnost se učit, větší motivaci a dobrý zdravotní stav (Remr, Kotíková, 2007; Cimbáliková a kol., 2011).

Jednou z možných forem při řešení nezaměstnanosti je zahájení vlastního podnikání. Pilotní výzkum v této oblasti proběhl nedávno v ČR prostřednictvím evaluační studie české části mezinárodního projektu "Social Experimentation for Active Ageing" (VS/2010/0045) zaměřeného na podporu osob starších 50 let. Cílem české části projektu bylo realizovat a zhodnotit formou akčního výzkumu projekt malého rozsahu zaměřený na podporu podnikání nezaměstnaných starších 50 let. Cílovou populací projektu byli nezaměstnaní starší 50 let v okrese České Budějovice, kterým zbývá alespoň 2,5 roku do odchodu do důchodu, mají čistý trestní rejstřík a jsou z města České Budějovice nebo jeho okolí. Zkušenosti s realizací programu ukázaly, že pro specifickou kategorii osob může být podpora podnikání vhodnou

cestou řešení jejich situace (Hora, Suchanec, 2012). Jedná se sice o maximálně 10 % nezaměstnaných osob, ale vznikají tak zcela nová pracovní místa, která by bez počáteční podpory vůbec neexistovala. Podobné programy lze proto hodnotit jako přínosné.

V ČR nelze mluvit o uplatňování komplexu opatření efektivně podporujících zaměstnanost osob vyššího věku. Zákon o zaměstnanosti považuje osoby v předdůchodovém věku za rizikovou skupinu nezaměstnaných, jejichž návrat na trh práce po ztrátě zaměstnání je poměrně obtížný. V rámci programů aktivní politiky zaměstnanosti je tak nutno každoročně naplnit stanovený podíl uchazečů z rizikových skupin (25 %). Úřady práce mají stanoveny kvóty minimální účasti starších nezaměstnaných na rekvalifikacích. To však nemá jednoznačně pozitivní efekt, neboť kvóta může omezovat přístup jiných rizikových skupin. Také bývá obtížné kvótu naplnit, protože bez existence jiných opatření, která by motivovala k účasti na rekvalifikacích, neprojeví starší nezaměstnaní o tato školení zájem.

Z obecného pohledu se nabízejí dvě základní cesty vedoucí ke zvýšení zaměstnanosti starších osob a seniorů. První spočívá ve zvýšení míry ochranných opatření s ohledem na věk zaměstnanců, což představují např. iniciativy typu prodloužení výpovědní lhůty či návrh stanovit výši odstupného podle počtu odpracovaných let apod. Nicméně s ohledem na nutnost zachování relativní pružnosti trhu práce v ČR je třeba spíše zvýšit flexibilitu trhu práce a především posílit schopnost konkurence osob 50+ na tomto trhu.

Flexibilní formy práce jsou veškeré formy výkonu práce (více viz příloha 2), které nezapadají do tradičního modelu „od devíti do pěti, plný úvazek na dobu určitou“ (Svaz průmyslu a dopravy ČR, 2010). Dle doporučení Světové zdravotnické organizace (Ilmarinen, 2005) by zaměstnavatelé měli zabezpečit přiměřenou flexibilitu v práci a ve struktuře pracovního prostředí tak, aby pracovní prostředí vyhovovalo všem typům starších pracovníků. Pracovníci by se přitom měli podílet na přijímání rozhodnutí, která mají vliv na jejich práci. Pracovní opatření by mělo být dostatečně flexibilní na to, aby v případě potřeby zabezpečilo rozdělení práce, práci na částečný úvazek a období pracovní absence z osobních důvodů. Zatímco před dosažením statutárního důchodového věku naprostá většina pracovníků odmítá zkrácení pracovního úvazku, z pohledu zapojení osob v důchodovém věku na trhu práce jsou částečné pracovní úvazky typické (Remr, Kotíková, 2005).

Jak ukazují analýzy Kyzlinkové a Kotrusové (2011), Vidovičové (2012), osoby v důchodovém věku, které pracují na částečný úvazek, se po zdravotní stránce cítí lépe než ti, kteří nepracují, jsou v lepší psychické pohodě a nemají problémy se sociální izolací. Práce takové osoby většinou baví a jsou s ní spokojeny zejména pokud mají možnost pracovat omezený počet hodin. Práci na zkrácený úvazek v důchodovém věku lze v našich podmínkách považovat za těžko dostupné privilegium. Ačkoliv přání pracovat na zkrácený úvazek i během pobírání důchodu vyslovují tři čtvrtiny zaměstnanců v předdůchodovém věku, ve skutečnosti pracuje z těch, kteří jsou již v důchodu (ve věku 50-64 let), jen každý desátý. Důvodem je především přetrvávající nedostatečná nabídka částečných pracovních poměrů, o které nemají zájem jak zaměstnavatelé, tak většina pracujících (Kyzlinková, Kotrusová, 2011).

V členských zemích EU pracovalo ke konci roku 2011 18,8 % zaměstnaných na částečný úvazek ze zaměstnaných ve věkové skupině 20-64 let. Velkou tradici má takové zaměstnávání hlavně v Nizozemsku, které se v tomto ukazateli naprosto vyčleňuje a kde na částečný úvazek pracuje téměř polovina osob v produktivním věku. V nových členských zemích unie je práce na částečný úvazek již méně běžná a ve 12 zemích unie je její podíl nižší než 10 %. Přitom nejnižší míru vykazuje Česká republika (4,7 %), Slovensko (3,9 %) a Bulharsko (2,2 %). Ve věkové skupině 50-64 let se v ČR částečné úvazky vyskytují pouze v omezené míře - 5,6 %. To představuje třetí místo od konce v EU-27 (průměr v EU-20,2 % částečných úvazků). Práce na částečný úvazek je nejčastější v sektoru služeb (obchod, doprava a komunikace, finanční a jiné služby) (Eurostat database B, 2012).

V zemích EU lze identifikovat příklady dobré praxe, jak zapojit do implementace flexibilních forem práce při podpoře zaměstnanosti starších osob jak zaměstnance, tak zaměstnavatele. Zkušenosti ukazují, že je možno přesvědčit zaměstnavatele o důležitosti této problematiky a realizovat změnu „cestou zespodu“, nikoliv direktivními opatřeními. Opatření, z nichž se lze učit, byla implementována např. ve Slovinsku (specifické programy, poradci pracující se staršími klienty), Dánsku („neochraňuj pracovní místa, ochraňuj pracovní mobilitu“), Německu (poradenství, změna smýšlení zaměstnavatelů i zaměstnanců, názor - státní správa musí jít příkladem) (Flexicurity a aktivní stárnutí, sborník z mezinárodní konference, 2011)¹⁹ a hlavně využít koncepce age managementu (Ilmarinen, 2005). Skutečná koncepce aktivního stárnutí se uskutečňuje v rámci firem a organizací.

Koncept age managementu

Vedle podpory flexibility na trhu práce se jako klíčová pro zaměstnanost starších osob jeví systémová změna pohledu zaměstnavatelů a celé společnosti na starší pracovníky a seniory. Takovou změnu nabízí koncept age managementu, tedy řízení s ohledem na věk, schopnosti a potenciál pracovníků,²⁰ který vychází z praktické aplikace poznatků longitudinálního výzkumu podniknutého ve Finsku.²¹ K měření pracovní schopnosti byla zde sestavena nová epistemologická metoda - Work Ability Index (WAI), v českém překladu Index pracovní schopnosti. Prokázalo se, že tato metoda je dobrým nástrojem na předpovídání schopnosti zvládat práci a setrávat v pracovním životě (Tuomi, 1997, Tuomi a kol. 1998, Ilmarinen a kol. 1997, Ilmarinen a Tuomi 2004).²²

Výsledky výzkumu²³ ukázaly, že klíčovými hráči při ovlivňování pracovní schopnosti jsou manažeři a vedoucí pracovníci. Povědomí o věku a ochota najít „věková řešení“ zvyšovala pracovní schopnost mezi stárnoucími pracovníky a naopak nedostatek znalostí a připravenosti měly větší negativní vliv na pracovní schopnost než jiné faktory (Ilmarinen, Tuomi, Klockars, 1997). Tato zjištění se stala základem pro rozvoj konceptu age managementu (Ilmarinen, 2011). Výsledky po čtyřech a jedenácti letech sledování ukázaly, že zhruba 60 % pracovníků si udrželo svůj WAI na dobré nebo vynikající úrovni, zhruba 10 %

¹⁹ Jako dobré řešení se může jevit i zapojení služeb zaměstnanosti. Japonská praxe s vytvořením tzv. „Center stříbrných lidských zdrojů“ pro osoby starší 60 let s cílem stabilizace zaměstnanosti starších osob je úspěšným příkladem hodným následování. Každé takové centrum vyhledává pracovní příležitosti a jejich rozšíření během 24 let dosáhlo úctyhodného počtu 1 600 center v celé zemi, ve kterých se zaregistrovalo celkem 790 000 seniorů (Respekt institut, 2011).

²⁰ Koncept age managementu je v ČR poměrně novým pojmem. Základní informace o jeho metodách přinesl projekt OP LZZ „Strategie Age Managementu v České republice“, reg. č.: CZ.1.04/5.1.01/51.00079, který realizovala Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR, o.s. ve spolupráci s experty z Masarykovy univerzity, z Univerzity Palackého v Olomouci a z Úřadu práce České republiky, Krajské pobočky v Brně. Zahraničním partnerem projektu byl Finský institut pracovního zdraví (Finnish Institute of Occupational Health - FIOH, www.ttl.fi) se sídlem v Helsinkách, který se problematikou stárnoucích zaměstnanců zabývá již od 80. let minulého století a na podporu pracovní schopnosti realizoval řadu výzkumných záměrů. Důležitým výstupem realizovaného projektu (2010-2012) je přenesení metodiky v oblasti age managementu a konceptu pracovní schopnosti.

²¹ Výzkum probíhal na vzorku 6 500 státních zaměstnanců po dobu 28 let s počátkem v roce 1981 a navazujícími studiemi v letech 1985, 1992, 1997 a 2009 (Seitsamo at al., 2011). Cílem byl výzkum zdraví, funkční kapacity, pracovní schopnosti, pracovního prostředí a stresu pracovníků ve věku nad 45 let v důsledku stárnutí (Tuomi 1995 a Tuomi a kol. 1997).

²² Popis a ukázka WAI jsou uvedeny v příloze tohoto dokumentu.

²³ Historie výzkumu pracovní schopnosti může být popsána v následujících třech fázích: (1) 1980-1989, vznik a vývoj za pomoci longitudinálních studií, (2) 1990-1999, konceptualizace a implementace a (3) 2000-2009, představení a propagace na mezinárodní úrovni. Age management prošel podobným vývojem a kopíroval výsledky výzkumu pracovní schopnosti: (1) 1990-1999, odezvy na výzkum, konceptualizace, školení a (2) 2000-2009 případové studie, příklady dobré praxe a typologie (Ilmarinen, 2011).

zaznamenalo dokonce zlepšení, ale přibližně 30 % zaznamenalo během stárnutí dramatický pokles WAI. Práce samotná nezabránila poklesu pracovní schopnosti u třetiny respondentů nezávisle na povolání a pohlaví.

Díky řadě navazujících programů (viz příloha 3.1) se v letech 1998-2003 ve Finsku nejvíce ze všech zemí EU zlepšila míra zaměstnanosti ve věkové skupině 55-64 let, posunul se reálný věk odchodu do důchodu a snížila se věková diskriminace (Ilmarinen, 2008). Početné studie přispěly k poznání faktorů souvisejících s pracovní schopností a vysvětlily jejich působení na pracovní a osobní život (viz příloha 3.2). Všechny výše uvedené zkušenosti mohou být velmi inspirativní a široce využitelné v České republice, proto se jako vhodné jeví analyzovat existující výsledky výzkumů zaměřené na pracovní schopnost výzkumných pracovišť v Evropské unii a ve světě.

Implementace konceptu age managementu

K prosazení nového přístupu celé společnosti ke stárnutí je třeba spolupráce širokého spektra institucí a dalších aktérů. Pokud jde o koncept pracovní schopnosti či práce schopnosti (work ability), nejde již jen o zdravotní stav pracovníka, který se promítá do výkonu profese, v posledních desetiletích je znát odklon od medicínského pojetí a dominuje multidimenzionální pohled. Pracovní schopnost tedy může být nahlížena různými úhly pohledů: lékařství, psychologie či managementu. Pracovní schopnost je tak podle soudobého pojetí dána mnoha faktory pracovního života věku, které jsou spojeny jak s jedincem, tak i s pracovním místem, prací samotnou, se sociálním prostředím či společností obecně. Holistický model pracovní schopnosti zahrnuje mezi faktory působící na práce schopnost rodinné zázemí, působení blízké komunity i celé společnosti. Působení těchto faktorů je pak znázorněno v modelu zvaném Dům pracovní schopnosti (viz příloha 3.2).

Vzhledem k šíři tohoto konceptu je k přípravě jeho implementace třeba spolupráce týmu expertů složeného ze zástupců zaměstnavatelů, lékařů, sociologů, vzdělavatelů, demografů, ekonomů, úřadů práce, agentur práce a relevantních ministerstev, který může navrhnout a realizovat opatření ve všech oblastech jeho zaměření. V této oblasti již byly realizovány první aktivity (Kol, 2012).

Klíčová pozice při implementaci konceptu age managementu náleží bezesporu zaměstnavatelům. Ti se domnívají, že firemní kultura, personální politiky, postupy a procesy jsou ve zkoumaných firmách z hlediska věku nastaveny neutrálně a nediskriminačně. V praxi však byly zjištěny odchylky, zejména v procesu přijímání pracovníků a při jejich propouštění (Kol, 2012). Starší člověk jako uchazeč o práci má poměrně těžký úkol obstát, a to i díky zažitému stereotypu staršího pracovníka. Naopak, při propouštění zaměstnanců hraje u části zaměstnavatelů roli jisté sociální citění a tyto firmy se snaží starší pracovníky nepropouštět těsně před dosažením důchodového věku.

Projekt Equal „Třetí kariéra“ ukázal, že pouze 13 % zaměstnanců se s diskriminačním chováním vůči pracovníkům starším padesáti let nikdy nesetkalo. I když část zkušeností se záměrným znevýhodňováním této kategorie pracovníků je pouze zprostředkovaná (o nějakém takovém případě lidé vědí pouze z doslechu), zbývá stále více než polovina zaměstnanců, kteří se s touto formou věkové diskriminace setkali přímo, z toho 15 % ji zažilo samo na sobě. Pro větší rozšíření konceptu age managementu a změně postojů zaměstnavatelů ke stárnutí je třeba zajistit větší dostupnost odborných publikací odborné i široké veřejnosti²⁴ a zajistit propagaci výhod mezigenerační spolupráce na pracovišti.

²⁴ V současné době není v ČR k dispozici, mimo již dvou zmíněných publikací z projektu „Strategie Age Managementu v České republice“, žádná odborná literatura. Omezeně je dostupná pouze publikace: Ilmarinen, J. (2008): „Ako si predĺžiť aktívny život. Starnutie a kvalita pracovného života v Európskej únii.“

Zaměstnavatelé jsou málo informováni o užitečnosti programové práce se skupinou starších zaměstnanců. Zároveň nemají pocit, že jim chybí informace o problematice zaměstnávání lidí starších padesáti let, protože toto téma nevnímají jako problém a případnými specifiky starších pracovníků se nezabývají. Většina zaměstnavatelů rovněž nevidí možnou paralelu mezi prosperitou firmy a systematickou prací s touto věkovou kategorií. S věkovou strukturou zaměstnanců nějakým způsobem pracuje poměrně velká část firem. Sledování věkové struktury se projevuje především, i když ne systematicky, při přijímání zaměstnanců, zejména ve snaze nahradit pracovníky odcházející do důchodu a při sestavování a doplňování pracovních týmů (právě zde mohou mít šanci starší pracovníci). Důvodem práce s údaji o věkové struktuře zaměstnanců však není specifická potřeba práce s jednotlivými věkovými skupinami nebo zaměření se právě na zaměstnance starší padesáti let.

Zaměstnavatelé prohlašují, že jsou ochotni investovat, a v rámci svých stávajících programů také investují do zaměstnanců starších padesáti let, ovšem stejně jako do ostatních pracovníků. Otevřené programové zaměření na jednu věkovou skupinu by podle nich mohlo narušit zavedenou a deklarovanou politiku rovného přístupu ke všem zaměstnancům. Neutrálně nastavená personální politika, která otevřeně neupřednostňuje žádnou kategorii zaměstnanců, je považována za přednost firemní kultury a jen minimum zaměstnavatelů připouští pochybnosti, zda uplatňování strohé rovnosti bez ohledu na specifika jednotlivých skupin zaměstnanců není pro prosperitu firmy nevýhodné. Opačný přístup se začíná objevovat pouze u některých velkých nadnárodních firem.

Obdobně důležitou roli jako zaměstnavatelé mají při prosazování změny pohledu na pracovní schopnost v souvislosti se stárnutím i úřady práce a další orgány státní správy.

Práce poradců v systému úřadu práce je koncipována víceúrovňově. První úroveň tvoří poradenství při zprostředkování práce, druhou pak speciální poradenství, třetí úroveň je poradenství při rekvalifikacích a při využití nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Především na úrovni poradenství při zprostředkování a speciálním poradenství je třeba při práci s klientem vzít v úvahu individuální pracovní potenciál klienta.

Poradenské programy jsou v současnosti převážně orientovány na motivaci účastníků, rozvoj kompetencí uplatnitelných na trhu práce, osobnostní rozvoj účastníků, zvýšení jejich komunikačních dovedností a sebe prezentace. Zahrnují také moduly směřující k získání základních dovedností anebo rozvoji počítačové gramotnosti, zvýšení pracovní právního povědomí anebo finanční gramotnosti. V rámci poradenství se stárnoucím uchazečům poskytuje jen málo rad k tomu, jak při hledání práce přistupovat ke svému věku. Současná poradenská praxe spíše usiluje o to, aby si uchazeči osvojili techniky hledání zaměstnání; jejich postoj k hledání práce ve starším věku je „zapomeň na stáří a hledej práci“, ale postoj „stárnoucí zaměstnanci mohou být pro zaměstnavatele velmi výhodní, zejména vzhledem ke svým nashromážděným životním zkušenostem“ se objevuje zřídka - právě tento postoj má přitom velký motivační potenciál. Aplikace konceptu age managementu nabízí koncepční přístup s využitím modulu²⁵ určeného speciálně poradcům na úřadech práce.

Státní správa je velkým zaměstnavatelem v ČR a problém stárnoucích zaměstnanců se jí ve zvýšené míře týká již nyní a v budoucnosti se jí bude týkat stále více. Z tohoto důvodu je

Bratislava: Příroda, ISBN 978-80-07-01658-3, která byla vydána na Slovensku (v současné době je již vyprodána).

V prosinci minulého roku byla vydána FIOH úplně nová publikace Lundell, S. at al. (2011) *Ikävoimaa työhön* (v překladu „Síla věku na pracovišti“), FIOH, Helsinky, ISBN 978-952-261-097-3. Pozn. v současné době je publikace dostupná pouze ve finštině, nebyla zatím přeložena do angličtiny. Možnost překladu do českého jazyka byla předjednána s pracovníky FIOH, vedoucí projektu „Strategie Age Managementu v ČR“ Mgr. Ilonou Štorovou (e-mail: storova@agemanagement.cz).

²⁵ Age Management pro práci s cílovou skupinou 50+. Metodická příručka.

nutné zvýšit povědomí zejména vedoucích pracovníků a pracovníků HR oddělení o age managementu a konceptu pracovní schopnosti.

Koncept pracovní schopnosti či práce schopnosti (work ability) zahrnuje i zdravotní stav pracovníka, který se promítá do výkonu profese. Prosazení age managementu proto předpokládá i legislativní změny v této oblasti, to se týká především právní regulace pracovně-lékařské péče (viz příloha 3.3). Vzhledem k tomu, že podle legislativní úpravy je za posuzování pracovní schopnosti primárně odpovědný závodní lékař a ti se rekrutují převážně z odbornosti všeobecné lékařství, je nezbytně nutné se v cíli zvýšení znalosti u pracovních lékařů o pracovním zdraví zaměřit na jejich další edukaci v problematice posuzování pracovní schopnosti v závislosti nejen na zdravotním stavu vyšetřovaného pracovníka, ale také podle typu práce, kterou vykonává, a nezbytně také ve vztahu k jeho věku.

V současné době je i v ČR velkými evropskými podniky vyvíjen tlak na harmonizaci vzdělávání v pracovním lékařství za účelem zajištění přiměřeného standardu poskytování služeb podnikům ve všech zemích Evropské unie. To se promítá mj. do požadavků na odpovídající kvalifikaci pracovního lékaře definovanou v nových evropských směrniciích. Aktivita mají postupně zajistit, že rozdíly mezi členskými státy Evropské unie v ochraně zdraví při práci včetně služeb zdraví při práci budou minimální a v Evropě nebudou překážky pro vybudování a fungování společného trhu a pro zajištění sociální soudržnosti.

Je zřejmé, že zajištění musí pokrývat celý rozsah pracovně-lékařské péče (tedy i odbornou poradenskou činnost pro zaměstnavatele, zaměstnance a zástupce zaměstnanců), komplexní hodnocení jejich zdravotního stavu včetně provádění lékařských preventivních prohlídek a posuzování zdravotní způsobilosti k práci v konkrétních podmínkách zaměstnavatele. Pracovně-lékařské služby mají mít také podíl na zajištění první pomoci a zdravotní výchově zaměstnanců.

4. Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce

Lisabonská smlouva²⁶ (článek 3.3) staví boj proti diskriminaci a podporu mezigenerační solidarity jako jedny z os fungování Evropské unie. Z tohoto titulu lze považovat mezigenerační smír za základní prvek evropanství. Jeho kvalitu určuje vztah mezi věkovými skupinami na pozadí jedinečného historického a sociálního kontextu v dané společnosti, determinované ekonomickým a politickým programem národního státu. Mezigenerační solidarita bývá často vnímána jako okleštěný problém penzijních systémů a jejich udržitelnosti vis a vis měnícím se demografickým strukturám. Její význam je ovšem mnohem širší a stojí v podstatě u kořene většiny, ne-li všech systémů zmiňovaných v souvislosti se stárnutím evropských populací: sociální zabezpečení, systémy zdravotnictví, bydlení, zaměstnanost, již zmiňované penze. Eurobarometr 269/2009 se zaměřil na otázky kolem mezigeneračních vztahů a výsledky naznačují, že se jedná o oblast, kde je nutné usilovat o nastartování pozitivních změn. Například téměř 70 % populace EU-27 je přesvědčeno, že mladí a starší lidé se jen obtížně shodují na tom, co je pro společnost nejlepší, zhruba polovina se obává, že rostoucí podíl seniorů v populaci změní celkové směřování politického zájmu na úkor mladé generace, ale přesto 60 % viní média z přílišného zveličování mezigeneračního konfliktu. Nebo také jinými slovy, zhruba 40 % Evropanů je přesvědčeno, že mediální obraz hrozící generační války reálně odráží skutečnost. Tyto oblasti si proto zaslouží speciální pozornost při přípravě na výzvy stárnutí i v rámci české společnosti. Jak argumentujeme níže, existují přinejmenším tři oblasti či úrovně, které skrývají potenciál pro změnu: mediální kultura a prostory pro setkávání různých věkových skupin - v rodině, v komunitě a institucionální podpora těchto vztahů.

Mediální kultura

Podle Burtona a Jiráka (2001) prozrazují médiu sdílené stereotypy mnohé o společnosti, v níž působí. Jedná se o příslovečný koloběh, kde média odrážejí prostředí svého vlivu a sama jej zpětně rekonstruují. V důsledku toho principu jsou oprávněně považována za jeden z hlavních činitelů podílejících se na vytváření a strukturování naší každodennosti. I když média usilují o iluzi, že prezentované informace jsou věrným odrazem reality, předkládají pouze určitou reprezentaci, přičemž diváci či čtenáři v zásadě necítí potřebu tuto skutečnost kriticky reflektovat. V přístupu k druhým, kteří s námi sdílejí naši každodennost, se tak často odráží řada konstruovaných stereotypů a generalizací, které jsou důsledkem zkratkovitosti a konstruktivismu mediálního sdělení. Evers (1999) na základě přehledu literatury na téma senioři a média konstatovala, že média v reflexi současné kultury posilují negativní postoje a stereotypy ohledně stáří a starších lidí a hrají klíčovou roli v boji proti ageismu. Řada dalších studií z různých kulturních kontextů dochází k závěru, že senioři jsou v audiovizuálních médiích podreprezentováni vůči svému podílu v populaci, a jsou-li prezentováni, pak je to častěji v negativních souvislostech, jako je kriminalita nebo ekonomické problémy. Zároveň jsou často zobrazováni jako obecně slabí, bezmocní a nekompetentní lidé (viz např. Lee, Carpenter, Meyers, 2007; Rozanova, Northcott, McDaniel, 2006; Kessler, Rakoczy, Staudinger, 2004; Signorielli, 2001; Ross, 2001; de Luce, 2001; Krueger, 2001; Midwinter, 1991; Evers, 1999; Bazzini et al., 1997; Tam, 2010; a další). I senioři sami vnímají, že jejich mediální obraz posiluje nepravdivé stereotypy a ovlivňuje nevhodné chování ostatních vůči nim i v „reálném životě“ (Healey, Ross, 2002). Tato zjištění potvrzují i Douglas a Buck (2009:305), kteří říkají, že „mladší diváci mohou být závislí na televizi jako na zdroji informací o tom, co to znamená „stárnout“ a kvůli negativnímu prezentačnímu zkrácení

²⁶ Úřední věstník Evropské unie 2010/C 83/01.

mohou být motivováni nevstupovat do interakcí se staršími lidmi“. Zvláštní vliv médií na mladé a potřebu ohledu vůči sdělením určeným mladší generaci zmiňuje též rezoluce Rady Evropy o etice žurnalistiky (1003/1993, zejm. čl. 35). V českém kontextu na to poukázaly Vidovičová a Gregorová (2008) při výzkumu seniory percipovaných zdrojů ageismu. Zde byla audiovizuální média vnímána jako zdroj věkové diskriminace, jako kanál, skrze který se šíří demografická panika a který negativně ovlivňuje vztahy mezi generacemi. Negativní hodnocení seniorů mediální produkce a její spojování s diskriminací lze považovat za faktor v přímém rozporu s demokratickými a edukačními cíli médií veřejné služby. Seniori přitom patří k nejčastějším, byť zdaleka ne k nejspokojenějším konzumentům, zejména televizního a rádiového vysílání i tištěných médií (Pácl, 1993; Kuchařová, 2002).

Vedle obsahu sdělení bývají seniory kritizovány i formy a technická kvalita. V kvalitativním výzkumu Vidovičové a Gregorové (2008) je citována výtka na nedostatečné ohledy vůči fyzickým i mentálním potřebám seniorů: „Ještě vám řeknu o jedné diskriminaci, pokud ji chápu jako znevýhodnění, a to jsou dnešní pořady v televizi. Když se díváte na titulky, tak jsou stavěny tak, že už je starší člověk nerozliší, když posloucháte zvuk, tak ho vnímáte tak, že slyšíte zvuky, ale nerozumíte dobře vyjadřování. A nevíte, jestli je to proto, že jste stará nebo že je zvukový záznam špatně. A to je taky znevýhodnění a diskriminace, protože řada věcí, zejména od mladších režisérů a autorů je dělána pro mladé, i když má v sobě jádro, které by zajímalo i ty staré, ale je dělána tak, a nevím, jestli lajdácky nebo bezohledně, že starý člověk za chvíli od toho prostě vodejde. To je taky jeden druh diskriminace, tj. znevýhodnění stárí, že nebere nikdo zřetel na to, že my starší lidi už hůř vidíme, hůř slyšíme. A to vnímání toho, co by nám chtěli říct, je mizerně udělaný“ (ibid:27).

Technickou kvalitu vysílání jako formu boje proti diskriminaci pro vyloučením ohrožené skupiny zdůrazňuje též projekt a iniciativa Evropského parlamentu „Digital Television For All“.²⁷

Kleyman (1999 in Pearson, 2002) se obrací k novinářům s výzvou opustit přílišné setrvávání na takzvaném medicínském modelu stárnutí, aktualizujícím převážně patologie. Navrhuje se spíše zaměřit na dynamický, i když stále málo diskutovaný, fenomén masové dlouhověkosti, který nabízí velice vzrušující, dosud nevypovězené příběhy naší éry – povstání nové generace zmocněných, vitálních starších dospělých. Tento pohled je veřejnoprávními sdělovacími prostředky postupně adoptován, nicméně nelze očekávat, že novináři disponují neustále se vyvíjejícím expertním věděním, které je pro adekvátní pokrytí tohoto tématu nezbytné. Nabízí se proto možnost vytvoření platformy pro sdílení expertního vědění a novinářských dovedností a zdrojů a jednak revize a posílení vlivu etických standardů práce v žurnalistice.

Etický kodex novináře vydaný Syndikátem novinářů České republiky²⁸ v bodě 3. Důvěryhodnost, slušnost a serióznost zvyšuje autoritu médií, v odrážce h) uvádí požadavek, že novinář: „nesmí vytvářet ani ztvárňovat námět, který by podněcoval diskriminaci rasy, barvy pleti, náboženství, pohlaví nebo sexuální orientace“. Tento kodex, závazný pro členy syndikátu a k jehož dobrovolnému dodržování jsou vyzváni i všichni čeští a moravští novináři bez ohledu na jejich členství v syndikátu, byl naposledy aktualizován v roce 1999 a zákaz diskriminace na základě věku specificky nezmiňuje. Modernější a adekvátnější je Kodex České televize shrnující zásady naplňování veřejné služby v oblasti televizního vysílání. Tento kodex v článku 13 Zákaz diskriminace, v bodě 2 explicitně uvádí zákaz diskriminace na základě věku v provozu a při tvorbě programu.²⁹ Ostatní body se věnují především

²⁷ Stránka projektu Digital television for All <http://www.psp-dtv4all.org/> a souvisejícího workshopu: http://ec.europa.eu/information_society/newsroom/cf/itemdetail.cfm?item_id=6200

²⁸ <http://syndikat-novinaru.cz/1/5/36/etika/eticky-kodex>, staženo 2012-09-13.

²⁹ <http://img6.ceskatelevize.cz/boss/image/contents/kodex-ct/pdf/kodex-ct.pdf>, staženo 2012-09-13.

rovnoprávnosti na základě etnické/národnostní a genderové skladby populace a dále problematice přístupnosti, resp. bezbariérovosti. Obdobně s problematikou věku pracuje i kodex Českého rozhlasu.³⁰ V něm je také věnována speciální pozornost dětskému posluchači, a jeho výchově k demokracii a respektu k etnickým menšinám. Problém mezigeneračního smíru není řešen. Etické principy novinářské praxe jsou obvykle vyžadovány na dobrovolné bázi a s odvoláním na osobní etické hodnoty každého novináře a nejsou právně vymahatelné, s výjimkou zákazu diskriminace v provozu - tedy při výkonu zaměstnání, na které se vztahuje zákoník práce a související předpisy. Řada kodexů a etických doporučení pro novinářskou praxi v zahraničí často mimo objektivního zákazu diskriminace zároveň doporučuje (či vyžaduje), aby nebyl kladen nepotřebný důraz na osobní charakteristiky, jako je právě věk, pohlaví, etnicita, disabilita, apod.³¹ Tato praxe posilování věkového statusu aktéra je v českém kontextu velmi častá, jak o tom referovala Vidovičová a Sedláková (2005). Autorky uvádějí řadu příkladů, kde zdvojení informace o věku a dalších attributech stáří nemá objektivní informační hodnotu, např.: „Osmádesátiletou důchodkyni, jejíž pes v létě pokousal sedmiletou holčičku, v těchto dnech obvinili severomoravští policisté“; nebo: „(Jméno), pětadesátiletého brněnského ekonoma v penzi, vybralo jako zprostředkovatele řešení sporu v ostravské hutní firmě ministerstvo...“. Pro události, jako je napadení psem nebo mzdové vyjednávání, se zdá být identifikace aktéra jako starší osoby zcela samoúčelnou. Na tyto a další praktiky upozorňuje ve svém manuálu například The International Council on Active Aging. V rámci jejich kampaně mohou novináři a marketingoví experti načerpat inspiraci pro adekvátní formu a obsah při referování o problematice starších lidí.³² Podobný nástroj pro novináře poskytuje též projekt australské Bond univerzity, kde jsou vedle tipů na zajímavá témata k dispozici také testy pro měření vlastní citlivosti k tématu, zdroje pro fotografie, reportéry i editory apod.³³

Budování porozumění mezi generacemi

Dle zjištění Eurostatu (Eurobarometr 317) Česká republika, společně s Maďarskem, již dlouhodobě obsazuje první příčky v podílech percipované věkové diskriminace a ageismu ve svojí společnosti. Z velké části lze přitom problém ageismu považovat za problém mezigenerační, neboť tyto postoje jsou častější v mladších věkových skupinách než mezi seniory. A v souladu s tím, je ve vyšších věkových skupinách také více obětí věkově diferenciativního i diskriminačního chování. Přestože subjektivní pocity zážitku věkové diskriminace jsou přítomny i u mladých dospělých, síla negativního prožitku je silnější právě u seniorů. Na základě této percepce pak definujeme ageismus vůči seniorům jako společensky závažnější než v mladších věkových skupinách (Vidovičová, 2008; Vidovičová, Gregorová, 2008).

V českém kontextu sledujeme relativně pevné přesvědčení o nesourodosti „mladých“ a „starých“. Například výrok že „Mladí a staří lidé - to jsou dva zcela odlišné světy“ souhlasně podporuje 60 % dospělé populace, 70 % respondentů ve věku 18-29 let, 64 % sedmdesátníků a starších, ale jen něco přes padesát procent respondentů mezi 40. a 60. rokem (Vidovičová 2008: 146). Zatímco tedy střední generaci se zdá, že oba věkové kraje toho mají více společného, než by se jim mohlo zdát, sociální distance vnímaná jak nejmladší, tak i zároveň nejstarší generací, je poměrně silná. Až polovina respondentů ve věku 18-29 let také rozhodně souhlasí s výrokem: „pokud si můžu vybrat, nechci trávit moc času se starými lidmi“ a

³⁰ http://media.rozhlas.cz/_binary/00730694.pdf

³¹ viz například **Media Alliance Code of Ethics (Australia)** <http://www.alliance.org.au/code-of-ethics.html>

³² <http://www.changingthewayweage.com/Media-and-Marketers-support/toolkit.htm>

³³ <http://www.hss.bond.edu.au/agekit/Default.htm>. Další obdobný zdroj viz ICAA's Guidelines for effective communication with older adults. Published June 2011 by the International Council on Active Aging. Dostupné z: www.changingthewayweage.com

naznačuje tak intenzivní tendenci k věkové segregaci, jednomu z předpokládaných zdrojů věkové diskriminace a ageismu.

V britském výzkumu Age Concern (2005) pouze 50 % respondentů ve věku 25-34 let uvedlo, že má blízkého přítele mezi lidmi staršími 70 let. Naopak starší respondenti ve věku 65 až 74 let mají přítele ve věku mladším než 30 let v 70 % případů. V České republice jsou tato čísla o něco optimističtější. Že má nějakou blízkou osobu starší 70 let, uvedlo kolem 70 % mladších respondentů ve věku od 18 do 39 let. Zároveň i starší generace reflektuje ve svém okolí existenci blízké osoby mladší 30 let častěji, než je tomu v Británii, u šedesátníků to je téměř 90 %, u sedmdesátníků 83 %. Tyto podíly odráží především dozvuky relativně vysoké dětnosti jak generace seniorů, tak jejich nejstarších dětí, a tudíž především rodinné vazby mezi prarodiči a vnuky. Tato situace se ale výrazně mění v nastupujících generacích, ovlivněných jednak nižší porodností (menší počet vnuků na větší počet dlouhověkých prarodičů), oslabující stabilitou rodin (rozvody a nová partnerství) (Rychtaříková 2000) a narůstající geografické rozvolňování užších rodinných i obecně sociálních sítí v důsledku zvýšené rezidenční mobility (Phillipson, Biggs 1998; van Tilburg, Thomése 2010). Bez ohledu na věk a/nebo pozici v životním cyklu, se ani přes tyto změny potřeba jedince po ukotvení v určitých specializovaných sítí nezmenšuje. Mizející podpůrné, socializační a edukativní role jsou vyhledávány a nahrazovány z nových, často mimorodinných zdrojů (Beam, Chen, Greenberger 2002). V praktické rovině tak narůstá význam vztahů sousedských, komunitních, vztahů vznikajících (semi-) institucionalizovaně, například ve školách, při volnočasových a dobrovolnických aktivitách, případně v rozšířené rodině. Jejich význam je nesporný i tam, kde sice primární vazby existují a jsou místně blízké, ale ve kterých došlo z nějakého důvodu k odcizení a/nebo jsou narušeny. Zahraniční výzkumy ukazují, že přítomnost starších „mentorů“, resp. mimo rodičovských postav, se kterými mají mladiství vztah, který hodnotí jako důležitý, přispívá ke zmenšení rizika sociálně patologického chování, a to bez ohledu na jednání či hodnotové postoje vrstevnických skupin a/nebo rodičů. Zhruba polovinu těchto vztahů, jak uvádějí již citovaní Beam, Chen a Greenberger (2002), tvoří rodinní příslušníci (tety, strýcové, prarodiče) a druhou polovinu dospělí mimo rodinu, například učitelé, rodiče přátel, trenéři, představitelé církví a další.

Hale (1998) prokázala, že mladší i starší účastníci její studie, kteří se často stýkají se starými lidmi, měli vyšší skóre v testech znalostí o stáří a nižší skóre v testech stereotypů. Řada výzkumů se shoduje, že je možné předpokládat, že již i velmi raná intervence do posilování mezigeneračních vzájemných vztahů bude působit také jako prevence pozdějšího rozvoje stereotypů a rizika angažovanosti v diskriminačním chování. Kaplan a Larkin (2004) shrnují, že mezigenerační programy v mateřských školách a prvostupňovém školství jsou prospěšné jak pro děti, tak pro seniory. Mladší účastníci získávají více pozornosti a péče, senioři pocít, že jsou stále potřební a doceňováni. Studie, které autoři citují, prokázaly „tisíci efekt“ přítomnosti starší osoby ve třídě, tam, kde byli senioři součástí výuky, pozorovatelé zaznamenali méně hluku a vyrušování. Role profesionálních vychovatelů a seniorů dobrovolníků v mezigeneračních programech se navzájem nezdvojují, jsou komplementární. Zatímco vychovatelé plní především úkoly podle zadaného kurikula, senioři používají více „přirozeného“ chování rodinného typu a k dětem se vztahují méně formalizovaným způsobem. Aby byl potenciál seniorů pro vzdělávací tým plně vytěžen, je však doporučováno vytvořit určitý strukturální plán a ustanovit proces vzdělávání zaměstnanců (Larkin, Newman, 2001).³⁴

Institucionalizace mezigeneračních aktivit je také účinnou strategií pro stimulaci dětského přemýšlení o stárnutí a vývoji životní dráhy. Je záhodno, aby kurikula raných vzdělávacích programů zahrnovala představení komplexního věkového vývoje a průběhu

³⁴ Univerzita v Pittsburghu vydala celou sérii publikací pro tvorbu mezigeneračních programů v rámci projektu „Generations together“ (viz http://www.gt.pitt.edu/pub_entire.html#TOP)

životního cyklu včetně stáří, což je přirozený doplněk výchovy k multikulturalitě a genderové rovnosti. Prožitek vztahu získaného přímo ve výuce se stárnoucím jedincem se přitom jeví jako efektivnější nástroj než jen cílený přenos informací o stárnutí například pomocí obrazového nebo textového materiálu. Děti mladšího školního věku vykazují velmi komplexní, realistický pohled na proces stárnutí (Marks, Newman, Onawola, 1985 in Newman et al 1997). Jejich percepce fyzických znaků provázejících stárnutí (např. vrásky, berle) není a priori negativní, ale anticipace jejich vlastního stárnutí reflektuje negativní pohled na některé stavy spojené s tímto procesem, jako například samota, smutek (Newman, Faux, Larimer, 1997). Ve výzkumu starších žáků Lichtenstein a kolegové (2003) zjistili, že tito jen zřídka kdy identifikují specifické nemoci nebo omezení jako důvod pro změny, které pozorují jako součást stárnutí, a svoji vlastní budoucnost vidí pozitivněji než změny, které vidí u svých rodičů a dalších starších osob. V průběhu růstu a dospívání tak postupně vzniká jakési okno příležitostí pro formování, resp. korekci pohledu na to, co vše může představovat stárnutí a jaké jsou cesty pro maximalizaci jeho pozitivní formování. V tomto směru se nabízí například spojení mezigenerační výchovy s výchovou ke zdravému životnímu stylu a prevencí rizikového a sociálně patologického chování.

Britský projekt „Magic me“ je ukázkou možnosti, jak může umění sloužit jako společná platforma pro mezigenerační setkávání a učení, s cílem budování „silnější a bezpečnější komunity“.³⁵ V rámci projektů zastřešených touto iniciativou se sdružují lidé různých generací a kultur a podílejí se na společných divadelních představeních, fotografických kurzech, rukodělných dílnách, dekoraci autobusu při příležitosti Olympijských her apod. Jiným příkladem společného mezigeneračního tématu jsou otázky zabývající se životním prostředím. Ty mohou mít různou úroveň dosahu, od mezinárodních platforem, jako je například „Intergenerational Partnership for Sustainability“ (Mezigenerační partnerství pro udržitelný rozvoj),³⁶ po malé komunitní projekty „zahrádkářů“.³⁷ Jiným nesmírně zajímavým projektem je mezigenerační učení v kontextu nových technologií, kde se role vyučujícího, resp. mentora a vyučovaného, resp. žáka sice obrací, ovšem přitom nedochází k uzavření recipročních toků výměny informací a zkušeností. Jedná se de facto o vytvoření pouze nové platformy pro sdílení, která je potenciálně přitažlivější pro mladší jedince, kteří zde dostávají příležitost prokázat svoji „expertizu a dospělost“. O těchto faktorech diskutovala Szeman (2012) při představení maďarského projektu „Skype care“, v rámci kterého byla seniorům poskytnuta služba bezplatných videohovorů přes internetovou službu Skype a přidělen dobrovolník ve věku 16 let na zaučení práce s počítačem a pravidelnou výpomoc při komunikaci. Senioři zapojení do experimentálního projektu byli rekrutováni z recipientů psychologické pomoci v důsledku (opakovaných) pokusů o suicid a depresivních stavů, bez zkušenosti práce s PC a starší 80 let. V rámci evaluace projektu bylo konstatováno, že senioři, kteří původně chtěli komunikovat pouze s rodinou, časem začali vyhledávat kontakty na své staré přátele a v dalším kroku dokonce usilovali o rozšíření svých online sociálních sítí o nové známé. Míra jejich mentálních obtíží byla významně redukována, po 4 měsících se neopakovaly žádné pokusy o sebevraždy, snížil se pocit osamění, rozvinul se nový životní cíl a došlo ke zpestření variability denních aktivit. Mladí dobrovolníci přitom velmi pozitivně reflektovali možnost této spolupráce, s kterou pokračují i po skončení samotného projektu s cílem umožnit seniorům dále rozvíjet získané dovednosti práce s počítačem a využití internetu.

³⁵ <http://www.magicme.co.uk/>

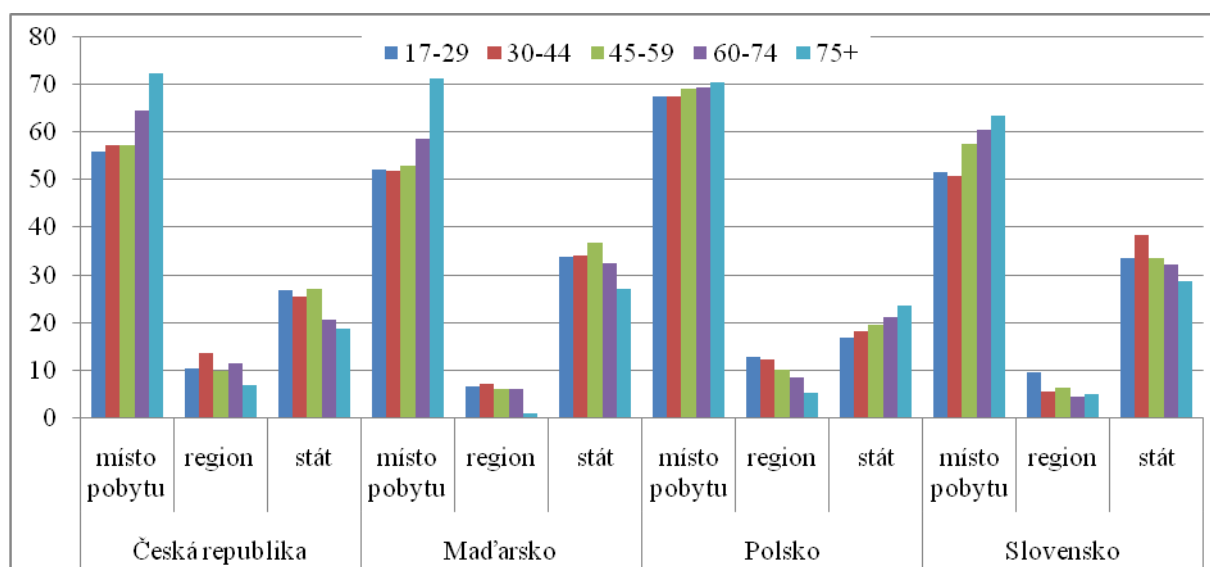
³⁶ <http://intergenerationalpartnership.wikispaces.com/>

³⁷ <http://www.theuglygardener.com/default.htm>

Role seniorů v jejich přirozeném prostředí

Princip subsidiarity je vyjádřením demokratické zásady, podle níž se má rozhodování a zodpovědnost ve veřejných záležitostech odehrávat na tom nejnižším stupni veřejné správy, který je nejbližší občanům. Budování společnosti přátelské každému věku a všem generacím k takovému veřejnému zájmu patří (Purkrábek 2001). Zohlednění principu subsidiarity v tomto kontextu podporují jednak „top - down“ tendence lokální agendy správy v oblastech, jako je politika zdravotní a sociální péče, a jednak i „bottom - up“ přístupy reflektující postupné zužování akčního rádiusu jedince s jeho narůstajícím věkem v kombinaci s narůstající disabilitou (Sýkorová 2007; Vidovičová, Petrová Kafková, 2012). Na velmi obecné rovině to ilustruje graf 7 níže. V něm jsou zachyceny subjektivní postoje přináležitosti k určitému geografickému celku v rozdělení podle věku respondenta a z grafu vyplývá, že s jeho rostoucím věkem přímo úměrně klesá velikost geografické oblasti, s kterou se identifikuje, a to ve všech sledovaných zemích. Zjištění lze tedy považovat, přinejmenším ve střední Evropě, za svého druhu konstantu.

Graf 7: Pocit přináležitosti ke geografickým celkům dle věku respondenta (v %)



Poznámka: V grafu jsou prezentovány pouze vybrané výsledky. V českém dotazníku byla otázka kladena následujícím způsobem: „K jakému z těchto zeměpisných útvarů pociťujete nejsilnější příslušnost?“. Místo nebo obec, kde žijete; Čechy, Morava nebo Slezsko; Česká republika; Evropa; Svět jako celek.

Zdroj: European Value Study 2008

Také ustálené vzorce denních aktivit jsou seniory obvykle realizovány v bezprostředním okolí (Myers, Huddy, 1985). Ve výzkumu „Kvalita života seniorů ve městech (2011)“ na otázku „Co děláte, když zrovna nejste doma?“ odpovědělo 30 % šedesátníků, ale už 46 % sedmdesátníků a 65 % osmdesátníků a starších „trávím obvykle většinu času v okolí“. Tyto argumenty nás vedou k přesvědčení, že lokální samospráva, díky svému bezprostřednímu vlivu na sociální i fyzické životní prostředí v komunitě, hraje nezaměnitelnou roli při budování věku přátelského prostředí. Je to právě lokální prostředí, které otvírá řadu příležitostí pro realizaci mezigeneračních projektů, vytváří příležitosti pro setkávání a sdílení jedinců různých generací a v různém věku. Navíc lokální samospráva, ať už na krajské nebo místní, obecní úrovni, je obvykle zřizovatelem a/nebo tím, kdo spolufinancuje a dohlíží nad nejrůznějšími platformami, v rámci kterých se mezigenerační projekty mohou realizovat - tedy oblasti školství, dobrovolnických center, zdravotnických center a center péče, preventivních programů

městské policie a řady dalších. Agendy lokálních samospráv také obvykle podporují projekty zdravých měst, mateřských center a podobně, skrze které mohou uplatňovat svoji sféru vlivu a například finanční nebo formální podporou a záštitou určovat směr a hodnotové cíle plánovaných a realizovaných aktivit. Silné provázání seniorů s lokálním prostředím a dostupní nástroje lokální samosprávy ve vzájemné kombinaci zaručují nejefektivnější realizaci vějíře programů a rozvoje potenciálu občanské společnosti v mezigeneračním dialogu. Mezi příklady dobré praxe je možné uvést například tzv. „Family point-y“ a „Senior point-y“, které explicitně rozvíjejí příležitosti pro mezigenerační setkávání a smysluplné činnosti prarodičů a vnuků. Tato iniciativa však není dostupná ve všech krajích a mimo velké aglomerace.

5. Kvalitní prostředí pro život seniorů

Světová zdravotnická organizace (WHO) propojuje myšlenku měst přátelských ke každému věku s ideou aktivního stárnutí. Ve městech, ale přeneseně i v obcích, v sídlech obecně, která jsou přátelská ke každému věku, jsou politiky, mechanismy a struktury nastaveny k tomu, aby umožňovaly lidem stárnout aktivně. Díky reorganizaci širokého spektra zdrojů a možností podporují a zároveň flexibilně odpovídají na potřeby a preference stárnoucích, respektují jejich rozhodnutí a volby životního stylu, chrání zranitelné a podporují jejich začlenění a přispění do všech oblastí společenského života (WHO 2007). Úspěšnost tohoto začlenění významně ovlivňuje kvalitu života seniorů v městském i mimoměstském prostředí. Podle WHO mají vlastnosti prostředí zásadní vliv i na další složky kvality života, jako je mobilita, nezávislost a schopnost „stárnout v místě“ (WHO 2007:12). Město, resp. místo přátelské ke stárnutí je dále takové, které poskytuje dostatečné podmínky pro zdraví, participaci a bezpečnost při zohlednění sociálních, osobních i ekonomických charakteristik jedince a jejich interakce s prostředím fyzickým (Plouffe, Kalache, 2010). Obytné a fyzické prostředí funguje jako významný mediátor a je stejně důležité jako prostředí sociální - orientace na fyzické a architektonické zlepšení prostoru musí být spojeno také s podporujícím prostředím společenským, které podněcuje k aktivní účasti, například formou participativního plánování, a zohlednění jak top-down, tak bottom-up rozhodovacích procesů (Lui, Everingham, Warburton 2009). Role obcí a městských částí, které mají největší vliv na úpravu okolí, je přitom klíčová.

Prostředí a participace

Přístup k užívání prostředí a především veřejného prostoru může být chápán jako možnost realizace základních občanských práv, jako základ občanské identity a začlenění do společnosti. Veřejný prostor je vlastnictví (nikoliv veřejné vlastnictví), které je otevřeno veřejnému užívání, prostor, kde se formuje „veřejnost“ a kde proto převládají sociální a kulturní pravidla veřejného chování (Mitchell, Staehli, 2009). Omezení přístupu k tomuto veřejnému prostoru, ať již symbolicky, či kvůli jeho nevhodnému designu, znamená omezení práv a „druhořadost“ v možnosti jejich uplatnění.

Na obecné rovině jsou tyto procesy dvoucestné. Prostředí, které vytváříme, zároveň svou podobou formuje naše prožívání pobývání v něm. Sennett (2006) uvádí termíny tzv. enabling a restricting space - tedy umožňující, podporující a naopak omezující prvky obytného prostředí, které povzbuzují nebo odrazují, či dokonce zabraňují vykonávání určitých aktivit či samotného pobytu. Pro kvalitní prostor pak volí termín „obyvatelného města“ (habitable city), které je otevřeno co nejširšímu spektru uživatelů a zároveň svou prostupností umožňuje jejich vzájemný kontakt a přispívá k sociální inkluzi. Také Musil (2008) definuje strukturální podmínky prostorového vyloučení a poukazuje na důležitost především dopravy jako předpokladu sociální inkluze (nejen seniorů). Nejde jen o městské prostředí, venkov a periferní oblasti mohou vyloučení násobit, mohou jej však také kompenzovat (srov. problematiku vnitřních periferií (Musil 2008)). Jako příklad lze uvést současný trend kumulování zdravotnických zařízení, který by měl být kompenzován jejich dopravní dostupností. Obě agendy jsou řešeny především na úrovni krajských samospráv a je tedy otázkou holistického přístupu k tvorbě veřejných politik, aby jednotlivé aspekty jejich implementace byly ve vzájemném souladu.

Dánský architekt Jan Gehl věnující se dlouhodobě inkluzivním městským prostorům zdůrazňuje negativní stránky příliš specializované péče zdůrazňující potřeby pouze jedné skupiny osob (mladých rodin s dětmi, studentů či seniorů) upozorňuje na rizika segregovaného prostředí a ukazuje základní principy tvorby veřejných prostranství, které vytváří nikoliv

pouze „města přátelská ke stáří“, ale města „přátelská všem skupinám“, pro všechny fáze života (Gehl 2000, 2012). Důraz klade především na zachování měřítka lidského těla a jeho schopností - překonávání vzdáleností, pohledu, tempa atp. Je však nutné prozkoumat konkrétní podmínky, za kterých je možné tyto principy uplatnit. A to jak při stavbě nových budov a generálních rekonstrukcích venkovních prostranství, tak při drobnějších úpravách. Mnoho z nich je dosažitelných drobnými designovými úpravami interiérů či exteriérů, které ovšem mohou jít i za hranice současných základních povinností stavitelů.

Design přátelský ke stárnutí předpokládá vhodnou úpravu vnějších prostor, a to především správnými povrchy (neklouzavé, bez nepřehledného či příliš složitého členění, které může vyvolávat závratě) s dostatečným počtem laviček s madly, či jiných míst k odpočinku, omezení schodů (případně jejich minimální výška a vybavení zábradlím) a jiných bariér a jejich dobré značení, nahrazení těžkých dveří dveřmi posuvnými, zohledňuje také problém nesrozumitelných technických zařízení a správného značení. Nekvalitní fyzické prostředí je jednou z hlavních příčin pádu či strachu z pádu (jež může mít pro osoby vyššího věku dlouhodobé, či fatální následky) a ovlivňuje pohyb osob v prostoru (Leland, Porell, Murphy, 2010; Novotná, Kalvach, Šnejdrová, 2005). Klíčovou roli jak u vnitřních, tak u vnějších prostor pak hraje vedle možnosti odpočinku především vybavení přístupnými toaletami. Základním pravidlem je především respektování tempa, které může být u starších osob sníženo - to je třeba zohlednit především při nastavování časů při překonávání vzdáleností, ať již je to zavírací mechanismus automatických posuvných nebo otočných dveří, jezdících schodů a plošin, tak především vhodné intervaly světelného značení doplněné zvukovým signálem, které umožní v dostatečném časovém intervalu bezpečné překonání vozovky. Otázka zvýšení kvality obytného prostředí je úzce spojena se zklidněním dopravy v obytném prostředí a preferencí pěší dopravy, ovšem se zachováním její dostatečné dostupnosti (WHO 2007). Manheimer (2007) upozorňuje také na další detaily, které je nutné studovat a zohlednit při projektování prostor přátelských stárnutí, jako je například termální komfort (spíše teplejší podlahy a chladnější horní části), vzory na podlaze, které nematou při pohybu a nevyvolávají závratě či motání hlavy, nastavení vhodné světelnosti a postupná změna intenzity atp.

Tyto nuance lze spolehlivě definovat pouze v interakci s (budoucími) uživateli prostoru, kteří nejlépe mohou definovat své potřeby, respektive anticipovat jejich změny a informovat tak rozhodnutí profesionálů z oblasti designu, stavebnictví, urbánního plánování apod. Jejich spolupráce může být formalizována v rámci tzv. participativního či kolaborativního plánování úprav prostoru. Tento proces vedený s cílem propojení laického a expertního vědění musí být podpořen dostatečnou informovaností a empowermentem znevýhodněných skupin, aby byla splněna podmínka inkluze jako předpokladu vykonávání základních práv (Bourdieu, 2010). Pro zapojení zejména znevýhodněných seniorů je často zapotřebí najít cesty překonání nižší úrovně vzdělání, nižšího sociálního a kulturního kapitálu, disability, ale i bariér samo-vyloučení (postoj „na mém názoru nezáleží“). Seniori potřebují explicitní podporu vyjádřením zájmu o jejich názor a expertní vědění, z titulu jejich každodenní zkušenosti s daným prostorem.

Laws (1997 in Peace, Holland, Kellaher 2006: 7) definoval klíčové oblasti obytného prostředí ovlivňující kvalitu života seniorů: 1) Dostupnost - tedy přístup na důležitá místa (především instituce, sousedství a byt, pracovní místo atp.) ovlivňuje základní občanský status (realizaci práv) a má také zásadní vliv na identitu a sebepojetí jedince. 2) Mobilita - a to nejen mezi různými sociálními pozicemi ve společnosti (tedy možnost realizovat různé společenské role či je měnit v průběhu života), ale též mobilita fyzická, schopnost překonávat vzdálenost. Oba tyto aspekty otevřené a inkluzivní společnosti jsou vzájemně propojeny a nedostatky v obou oblastech mohou ovlivňovat sociální pozici jedince, jeho vztahy k ostatním jedincům či skupinám a společnosti. 3) Motilita - která je obecně definována jako potenciál těla k pohybu.

Nedostatek tohoto potencialu, tedy nemožnost uplatnit jej na obecně uznávané míře, může vést k negativnímu označování seniorů. Příkladem je tzv. křehkost, jež je na jednu stranu zohledňována a její zahrnutí při plánování a designu vede k vytváření inkluzivního prostředí, ale může také sloužit k negativnímu označování a omezení a rovněž významně ovlivnit sebepojetí a občanskou identitu jedince. 4) Prostorová segregace - jako výsledek dysfunkce výše zmíněných bodů. Ta může mít za následek (či je spojena) se sociálním vyloučením - tedy omezeným či nerovným přístupem ke zdrojům (Mareš 2000).

Pozornost stejným aspektům by měla být věnována i u prostorů soukromých. V návaznosti na fenomenologickou perspektivu ve výzkumu stárnutí upozorňuje Manheimer (2009) na potřebu takového chápání k věku přátelského prostředí, které umožní zakoušet bydlení ne ve smyslu přístřeší, tedy (pouze) adekvátního a bezpečného bydlení, ale v hlubším smyslu příbytku, takového, který umožňuje osobní, intimní vztah k prostředí, hlubší prostoupení člověka a jeho nejbližšího okolí. Gerontosociologický teoretický model person-environment fit (shoda mezi osobností a prostředím) zdůrazňuje význam materiálního prostředí, které může sloužit jako zdroj emancipace a podpory, ale také jako zdroj bariér osobní autonomie (Phillips, 2005). Důležitá je pak zejména rovnováha mezi individuálními schopnostmi jedinců a možnostmi jejich prostředí, z nichž se odvíjí konkrétní kompetence stárnoucího člověka (Sýkorová, 2008). Jinými slovy, kompetence je výsledkem spolupůsobení, interakce individuálních charakteristik a vlastností prostředí.

Bydlení

Stárnutí je některými autory popisováno jako proces smršťování prostoru (shrinking of space) (např. Nair, 2005 aj.), tedy jako zmenšování akčního rádia jedince spojené se zvýšeným kontaktem s bezprostředním okolím. Podoba tohoto okolí se postupně stává pro kvalitu života seniora stále významnější, přičemž tento proces může být prostředím buď významně urychlen jestliže je prostředí výrazně bariérové, a to jak ve fyzickém, tak v sociálním smyslu, nebo naopak rozvolněn. Jedním z výrazných projevů tohoto smršťování prostoru je tzv. stárnutí v místě, tedy tendence a preference velké většiny populace zůstat i ve vysokém věku bydlet ve svém domově, ve známém prostředí, obklopen familiárními vazbami (Lanspery, 2002). Téměř všichni dotázaní v šetření Eurobarometru 247 (2008) v rámci EU-27 jsou přesvědčeni, že podpora služeb, které by umožňovaly starším lidem zůstat déle ve vlastním domově, je důležitým úkolem veřejných politik (v EU-27 souhlasí 91 % dotázaných, 61 % velmi). Poněkud překvapivě Česká republika uzavírá žebříček zemí v této otázce s „pouhými“ 79 % podpory. Za velmi důležité takové opatření považuje 36 % dotázaných Čechů, což je méně než polovina respondentů v Irsku nebo ve Francii. Můžeme spekulovat, že důvodem pro tyto rozdíly je určitá odlišnost v preferencích alokace veřejných prostředků, která však může být způsobena i určitou nedůvěrou ve variabilitu služeb pro seniory poskytovaných v místě bydliště. Z výzkumu „Kvalita života seniorů ve městech“ (2011) totiž zároveň vyplývá, že 91 % dotázaných seniorů by chtělo strávit zbytek života v domě či bytě, který aktuálně obývají. To však je možné pouze za předpokladu rozvinutých terénních služeb a věku přátelskému prostředí v bezprostředním okolí jejich bydliště.

Bydlení je považováno za ambivalentní oblast. Na jednu stranu se mluví o potřebě flexibilizace trhu s bydlením (jak předpokládá liberální ekonomický model) a změně neochoty obyvatel ČR se stěhovat, na druhou stranu je koncept bydlení identifikován jako vázanost k místu, které má svou ontologickou rovinu, je spojeno s pocitem ontologické jistoty či ontologického bezpečí v souvislosti s budováním a udržováním domova, a to nejen v bytě či domě, ale také v sousedství a širším okolí (Giddens, 1990). Předpokladem je jeho dostupnost a relativní stabilita. V posledních 20 letech došlo k významné socioekonomické změně, která na poli bydlení zatím nebyla zcela prozkoumána. Bydlení je základním právem a také integračním faktorem. Dynamická proměna trhu s bydlením v uplynulých 20 letech znamenala

pro řadu obyvatel možnost zakoupit byty do osobního vlastnictví za netržní ceny, zatímco jiným byla tato možnost upřena bez kompenzace (Lux, Mikeszová, 2011). Regulace nájemného sice vytvořila jakýsi časový polštář, nicméně zvedání nájmu zvláště v některých částech velkých měst, často obývaných nejstarší populací, znamená tlak na vystěhování (Pernes et al., 2010). Empirické studie ukazují, že pokud není senior nebo jeho partner/ka majitelem nemovitosti, percipuje 12 % seniorů ve městech velkou a dalších 30 % střední obavu, že by mohlo ze svého současného bydliště dostat výpověď. Jak je možné očekávat, není tato velká obava distribuována mezi seniory náhodně. Zřejmě nejmarkantnější jsou rozdíly dle pohlaví a věku respondentů. Zatímco muži ve věku 80 a více let mají velkou obavu ve 3 % případů, stejně staré ženy ve 13 %. Za subjektivně nejrizikovější je seniory vnímáno bydlení u soukromého majitele (velkou obavu má 21 %) a v městských/obecních bytech (16 %). Naopak, největší jistotu prožívají senioři, pokud bydlí ve vlastnictví někoho z rodiny. Přesto alespoň střední obavu prožívá 7 % těch, kteří bydlí u dětí, ať už svých nebo partnera(-ky), a 10 % těch, kteří bydlí u jiných příbuzných. Zřetelně je obava ze ztráty bydlení podmíněna příjmovou situací. Osoby v domácnostech s nejnižšími a středními příjmy mají až téměř pětkrát vyšší podíl závažných obav než členové vysokopříjmových domácností (12 %, resp. 14 % vs. 3 %). Počet osob v domácnosti, ani to, zda respondent má v současné době partnera, přitom obavy nijak výrazně nezmenšuje („Kvalita života seniorů ve městech“ 2011).

V zásadě se má za to, že vlastnické bydlení, které se podle některých studií týká 72 % českých seniorů, je méně rizikové než bydlení nájemní (Kendig, 1984). Přesto i vlastnictví představuje řadu výzev, zejména pro starší majitele (Burkhauser, Butrica, Wasylenko 1995). Vedle určité fyzické zátěže spojené s běžnou údržbou domu, jsou zde i rostoucí náklady na tuto údržbu a daňové odvody, které je nutné vykryt z důchodových příjmů.

S rostoucími podíly seniorů v populaci roste také tlak na možnosti bydlení propojených s různými stupni a formami péče, přičemž by byl zachován soulad mezi potřebou pomoci a požadavkem na zachování autonomie (Sýkorová, 2008). Nově je také potřeba zohlednit měnící se vzorce rodinného života, a to i v pozdějším věku (např. tzv. living apart together). Vedle tradičně pojímané rodiny se stávají důležitou oporou také tzv. families of choice, které ale nemusí nutně sdílet jednu domácnost (Karlsson, Borell, 2002). Zároveň dochází k rozvoji nových forem soužití, jako je například seniorská kohabitace, které pravděpodobně získají na frekvenci také v tuzemském prostředí. Tento trend lze považovat za doplňkový k nárůstu podílu jednočlenných domácností (srov. Sunega, Lux 2010). V současnosti je v ČR každá čtvrtá hospodařící domácnost domácností jednotlivce (27 %; ČSÚ 2010) a kohabitační, resp. tzv. cohousing projekty (Tichý, 2012) jsou sociálně, funkčně i urbanisticky výhodnými alternativami jak tyto potenciálně rizikové domácnosti přirozeným způsobem přiblížit a částečně vykryt nedostatek vhodného bydlení přizpůsobeného potřebám starších osob. Mezi výhodami takovýchto sídelních projektů bývají jmenovány především lepší fyzické, mentální, emocionální a spirituální zdraví obyvatel, přátelské vztahy a dostupný sociální kontakt, bezpečí, dostupnost a sdílené zdroje. Jak uvedl americký architekt Charles Durrett: „Cohousing je vědomě budované sousedské společenství, které klade důraz na hlouběji prožívané mezilidské vztahy a současně zachovává a podporuje osobní nezávislost. Cohousing tedy sdružuje privátní a společné bytové prostory. Každá rodina/pár/jednotlivec má k dispozici plně vybavenou bytovou jednotku (byt/dům) a současně přístup do společenských prostor - Společenského domu, v němž je umístěna velká kuchyň s jídelnou, prádelna, sušárna, knihovna, televizní místnost, herna pro děti, tělocvična nebo ateliéry. Společenský dům tvoří centrum sociálních aktivit. Architektura a urbanismus cohousingu podporují sdružování sousedů a sdílení aktivit, což je smyslem společenství. Výhody jsou ekonomické, ekologické i sociální.“ Cohousing je jednou z možných alternativ či experimentálních forem bydlení, které je možné vis a vis rostoucí heterogenitě seniorů a jejich potřeb rozvíjet. Někteří autoři se ovšem shodují, že určité rezervy existují i v legislativním a praktickém ošetření již

definovaných modelů bydlení významných pro vybrané skupiny seniorů, jako je například nedostatečná podpora a zajištění bydlení sociálního (Pernes et al. 2010; Lux et al., 2002).

Oblast bydlení je také oblastí s relativně dlouhým časovým rozpětím, jejíž řešení musí začínat již v relativně mladším věku, tj. která by měla být s větší intenzitou součástí přípravy na stáří. Změny v oblasti bydlení a úprava bytů patří doposud k poměrně opomíjeným oblastem a pokud lidé nějakou aktivitu v tomto směru vyvíjejí, omezuje se povětšinou pouze na obnovu předmětů usnadňujících chod domácnosti (Svobodová, n.a.). Různá šetření v české populaci se shodují, že přiměřené bydlení (levnější, v nižším patře, blíže rodině apod.) hledá pouze minimální podíl osob středního věku, podobně podceňovaná je i úprava bytu pro bezpečnější pohyb a činnosti, například instalováním madel v koupelně, odstraňováním prahů, výměnou zámků či plynových spotřebičů za elektrické. V šetření, o kterém referuje Svobodová (n.a.), se v zájmu snížení nákladů na bydlení do jiného bytu (do levnějšího či menšího bytu, k dětem apod.) přestěhovalo pouze 15 % respondentů, z nichž se pětina přestěhovala k dětem nebo jiným příbuzným a čtyři pětiny do přiměřeně levnějšího bytu (častěji se přitom jednalo o osoby žijící bez partnera a o lidi z větších obcí či měst, tj. s počtem obyvatel nad 5 000, kde je nabídka přiměřeného bydlení pro seniory pravděpodobně lepší než v malých obcích a na venkově). Ve druhém případě se přitom nejčastěji jednalo o byty nájemní (více než polovina případů), do bytů družstevních či v osobním vlastnictví se přestěhovala necelá třetina z těchto osob. Ve dvou třetinách případů byly „nové“ byty malé, s počtem místností maximálně 1+1, resp. 2+kk. Tuto tendenci sledujeme i na celoevropské úrovni, jak to potvrzuje již citovaný Eurobarometr 247 z roku 2008. Z podsouboru těch, kteří se po odchodu do důchodu přestěhovali, anebo to v souvislosti s přechodem do důchodu mají v plánu, většina uvedla, že (by) volili menší byt, ale chtějí zůstat v jejich současném sousedství, resp. oblasti. I v ČR tato varianta patří k nejvíce preferovaným, byť je celkový podíl mírně pod průměrem EU-27. Naopak, vyšší podíl oproti EU-27 jako celku mají Češi v přání či realizaci stěhování blíže k rodinným příslušníkům, což je model typický pro země bývalého východního bloku.

Z řečeného vyplývá, že i přes velkou heterogenitu seniorské populace, která by měla být leitmotivem všech diskusí v tomto kontextu, jsou určité principy sdílené téměř univerzálně. Jedná se především o potřebu bezpečí a pocitu jistoty v prostředí domova a sousedství, možnost výběru z alternativ a touha se na jejich definici a tvorbě také aktivně podílet. Zejména ve vyšším věku je potřeba klást větší důraz na zajištění participace relevantních aktérů, kooperaci mezi odborníky, širší osvětu ohledně potřeb seniorů v oblasti bydlení a kvalitního prostoru nejen k obývání, ale i obecněji k životu.

Problematika seniorů a role institucí

Z postojů zahrnutých v tabulce 7 je patrné, že řada institucí má v pohledu české veřejnosti jisté rezervy při řešení problémů ohledně stárnutí populace. I když nelze samozřejmě tyto postoje považovat za objektivní míru angažovanosti zmiňovaných institucí, nelze přehlédnout, jakým dojmem jejich zapojení v řešené otázce působí na veřejné mínění.

Tab. 7: Percipovaná role institucí při řešení otázky stárnutí populace (v %)

	(velmi) pozitivní	(velmi) negativní	žádnou roli
vláda	22	68	7
regionální a místní úřady	48	42	6
instituce Evropské unie	33	40	14
podniky	25	56	12
Odbory	52	24	13
sdělovací prostředky a novináři	49	35	10
organizace seniorů a jiné nevládní organizace	79	11	4
náboženské organizace a církve	62	18	11

Znění otázky: Mohl(a) byste mi, prosím, u každé z následujících institucí říci, zda si myslíte, že při řešení problémů ohledně stárnoucí populace v České republice hraje pozitivní, nebo negativní roli?

Pozn. Dopočet do 100 % tvoří odpovědi „nevím“.

Zdroj: Eurobarometr 378/2011, data za ČR

Jako nejméně aktivní v řešení problému stárnutí populace v České republice působí Evropské instituce, podniky a odbory. Tato trojice je nejčastěji viděna jako instituce s nulovým vlivem. Oproti tomu vláda, podniky a regionální samospráva jsou vnímány jako instituce, jejichž kroky vedou spíše negativním směrem. Ve stejném šetření bylo také zjištěno, že pouze 47 % Čechů věří, že senioři (55+) mají významnou roli v aktivitách v místní komunitě. Tento podíl se příliš neliší od ostatních zemí bývalého Varšavského bloku, nicméně průměr EU-27 pro stejný ukazatel je 70 %. A pouze 32 % dotázaných se domnívá, že by se jejich role v této oblasti měla zvýšit, a naopak 43 % by preferovalo současnou úroveň zapojení. Pokud postavíme tato dvě zjištění do vzájemné souvislosti, vyplyne nám - například konkrétně v případě místních komunit - že jejich vliv na řešení problému stárnutí je negativní a zároveň zapojení seniorů v tomto řešení je malé a snaha o jeho posílení ještě slabší. Česká republika v této oblasti představuje určitou výjimku z evropské sedmadvacítky, jak na to upozorňuje Eurobarometr 269/2009. Zatímco ve dvaceti šesti členských státech EU přinejmenším 85 % dotázaných souhlasí, že místní samospráva by měla podporovat organizace a iniciativy, které posilují vztahy mezi mladými a staršími lidmi, v ČR je to „pouze“ 79 %, respektive průměrný nesouhlas s tímto opatřením činil 7 procentních bodů, a v České republice je to téměř dva a půl krát více, vysokých 17 %. Senioři přitom sami vyjadřují zájem o dění ve svém okolí a využívají k tomu variabilitu kanálů (tabulka 8).

Tab. 8: Forma zájmu o dění v místě bydliště - městská populace 60 a více let (v %)

sleduji městský zpravodaj nebo zpravodaj městské části	68
sleduji informace v denním tisku, médiích	62
sleduji informace na Internetu	23
bavíme se o tom se sousedy	58
nesleduji, nezajímá mne to	12

Znění otázky: Jakou formou se zajímáte o dění v místě Vašeho bydliště, ve Vašem městě?

Zdroj: Kvalita života seniorů ve městech 2011. Možnost více odpovědí.

V pozadí nedostatečného zapojení seniorů do různých úrovní veřejné správy může být i stále přetrvávající ageismus v oblasti občanství podporovaný tzv. demografickou panikou. Typickým příkladem je obava, že seniorů je příliš mnoho a měli by mít omezenou možnost vstupovat do politiky a ovlivňovat dění ve společnosti, kterou v roce 2003 sdílelo 35 % a

v roce 2007 již 43 % respondentů. V nejmladších skupinách to bylo dokonce 52 % dotázaných (Vidovičová, 2008: 173). O tom, jaký vliv na formování těchto názorů má věková segregace, můžeme spekulovat, lze ovšem předpokládat, že naopak vyšší a viditelnější zapojení seniorů do veřejného života pomůže zvýraznit jejich přínos pro společnost jako celek a přispěje k odstranění těchto negativních postojů v populaci.

Rady seniorů jsou jednou z možností, jak přispět k posílení vlivu seniorů na otázky, které se přímo týkají jejich věkové skupiny, ale také jednou z možností jak využít zkušenosti seniorů pro tvorbu společnosti přátelské všem generacím a pro společnost bez bariér.

Dobrovolnictví - pohled z evropského kontextu

Americká Korporace pro národní a komunitní službu³⁸ (CNCS) definuje občanský život, respektive občanské zapojení (civic engagement) jako aktivity, které staví na kolektivních zdrojích, dovednostech, expertíze a vědomostech občanů, s cílem zlepšit kvalitu života v komunitě. Zahrnuje různé druhy zapojení, které lze obecně kategorizovat jako služby, sociální propojování, zapojování do skupin, připojování se k informacím a událostem a politické akce. I když jsou dobrovolnictví a účast ve volbách nejvýraznějšími příklady občanské angažovanosti, nejsou zdaleka jedinými aktivitami, jež pod tento pojem spadají. Patří sem i sousedská angažovanost a různé neformální aktivity, kdy se lidé sejdou, aby se společně věnovali řešení nějakého problému, který se jich dotýká, a to ať již s (organizační) pomocí nějaké instituce nebo bez ní. Tyto „problémy“ přitom mohou nabývat nespočetného množství podob, od potřeby zvýšit bezpečí na přechodech, přes řešení osamělosti starších sousedů, po potřeby zvyšovat své vzdělání nebo rozvíjet vlastní dovednosti. Zmiňovaná CNCS tyto aktivity nazývá důležitými motory lokálního občanského života. Nepřekvapí, že senioři jsou považováni za významný pohon tohoto příslovečného motoru, i když tendence k zapojení do občanského života je často celoživotním krédem, a ne něčím, do čeho člověk doroste ve vyšším věku. I z tohoto důvodu mají mezigenerační programy extrémní důležitost pro rozvoj občanské společnosti jako formy předávání pozitivních vzorců jednání mezi různými věkovými skupinami.

Alespoň nějakou formu aktivního zapojení v dobrovolnické práci ve výzkumu Eurostatu z roku 2011 (Eurobarometr 378) uvedlo 21 % respondentů dotazovaných v ČR. V zásadě neexistuje rozdíl v zapojení podle věku respondenta (tabulka 9). Je ovšem přirozené, že v některých oblastech jsou mladší respondenti zapojeni častěji než senioři - typickým příkladem jsou sportovní oddíly, a opačnou situaci správně očekáváme třeba u organizace na ochranu práv seniorů (viz též tabulka 10 dále). V průměru jsou o něco častěji angažováni muži (25 % vs. 19 % u žen), ale zároveň platí tradiční rozdělení dle genderových rolí: například sportovní organizace a politické strany jsou spíše doménou mužů, kdežto organizace církevní, charitativní, seniorské a vzdělávací/kulturní jsou spíše „ženskou“ záležitostí. Nepřekvapí ani závěr, že lidé s vyšším vzděláním se účastní dobrovolnické činnosti častěji. V rámci ČR je ve starší věkové skupině participace u osob s nejvyšším počtem let formálního vzdělání čtyřikrát vyšší než u osob na druhém konci vzdělanostní škály (38 % vs. 9 %).

³⁸ viz www.nationalservice.gov/pdf/factsheet_cha.pdf

Tab. 9: Podíl osob vykonávajících aktivně nějakou dobrovolnickou práci v určité organizaci dle věku respondenta (%)

věk	není zapojen v dobrovolnictví	vykonává dobrovolnickou práci
15-24	76	24
25-34	86	14
35-44	75	25
45-54	76	24
55-64	77	23
65+	81	19
celkem	79 % (N = 788)	21 % (N =215)

Zdroj: Eurobarometr 76.2 - 378 (2011), vlastní výpočty, Česká Republika

Jako hlavní důvod, proč v současnosti respondent žádnou dobrovolnickou práci nevykonává, je u seniorů nedostatek zájmu, kdežto u mladších respondentů nedostatek času, což nelze hodnotit jako pozitivní výsledky. V tabulce 10 můžeme vidět také významný rozdíl u kategorie „jiné“, která je silně nadhodnocena u starších generací. Můžeme pouze spekulovat, že v tomto případě se pravděpodobně jedná o explicitně nezjišťované důvody zdravotní.

Tab. 10: Hlavní důvod proč v současnosti nevykonává dobrovolnou práci dle věku respondenta (v %)

	15-54	55+
nemám zájem	38	44
nemám čas	60	36
nevím, jak postupovat	2	5
nevím, jak najít správnou organizaci, v níž bych mohl(a) využít svoje dovednosti nebo zkušenosti	6	7
finanční důvody (např. cestovní výdaje)	10	9
jiné (spontánně)	1	12
žádný důvod (spontánně)	5	6
nevím, bez odpovědi (spontánně)	4	3

Zdroj: Eurobarometr 76.2 - 378 (2011), vlastní výpočty, Česká Republika

Zdá se, že se česká společnost stále ještě potýká s důsledky přerušené tradice silné občanské společnosti, což se projevuje právě v relativně malých podílech populace zapojených v dobrovolnické činnosti. Zřetelný je tento rozdíl při srovnání mezi ČR a státy Evropské unie (tabulka 11).

Tab. 11: Dobrovolnické zapojení v organizacích - populace starší 55 let (v %)

	ČR	EU-27	EU-15
Sportovní oddíl nebo klub pro venkovní rekreační aktivity	4,8	6,7	9,3
Klub volného času pro seniory	4,5	4,6	5,6
Jiná dobrovolná práce	3,1	6,9	8,2
Odbory	2,5	2,2	2,7
Náboženská, církevní organizace	2,2	5,6	6,7
Politická strana nebo organizace	1,7	2,2	2,7
Charitativní organizace, organizace pro sociální pomoc	1,4	4,6	6,4
Sdružení pro vzdělávání, umění, hudbu nebo kulturu	1,1	5	7
Organizace na ochranu životního prostředí, na ochranu práv zvířat atd.	1,1	1,5	2,1
Obchodní nebo profesní sdružení	0,8	1,1	1,5
Jiné organizace zastupující zájmy specifických skupin, jako například žen, lidí s určitou sexuální orientací nebo místní zájmy	0,6	1,2	1,5
Sdružení spotřebitelů	0,3	0,6	0,9
Mezinárodní organizace například pro rozvojovou pomoc, ochranu lidských práv	0,3	1,4	2,2
Organizace na ochranu práv seniorů	0,3	1	1,4
Organizace prosazující zájmy pacientů, postižených atd.	0,3	1,5	2,1
Neví, bez odpovědi [spontánně]	0,6	1	0,6
Žádná z uvedených [spontánně]	78	71,7	65,6
Dělá dobrovolnickou práci - celkem	21	27,3	33,8

Otázka: Jste v současné době aktivním členem anebo pracujete dobrovolně pro některou z následujících organizací?

Pozn.: Možnost více odpovědí. Hodnoty pro jednotlivé organizace seřazeny sestupně podle podílů zjištěných v ČR.

Zdroj: Eurobarometr 76.2 - 378 (2011), vlastní výpočty.

Podíly dobrovolnický pracujících v různých organizacích zaznamenané v tabulce 11 jsou ze statistického hlediska velmi malé na to, aby umožňovaly zcela spolehlivé srovnání, přesto je však zřejmé, že existuje rozdíl mezi dobrovolnickou angažovaností seniorů v ČR a ve zbytku Evropy, a to především vůči EU-15.³⁹

Určitým důvodem tohoto stavu je kulturní specifikum české společnosti, do kterého je nutné zahrnout i dědictví komunistické epochy, která uzavírala lidi do soukromého prostoru rodin a odcizovala je prostoru veřejnému (Možný, 1999).

Podobné výsledky co do rozdílů mezi různými státy v Evropě přinesla starší studie SHARE (Hank, Erlinghagen, 2009) publikovaná též kanceláří EUROFOUND (Eurofound, 2011). Zde jsou významné rozdíly v zapojení seniorů do dobrovolnických činností v Evropě charakterizované jako zřejmý severo-jihní gradient. Na obecnou otázku v tomto výzkumu Evropanů starších 50 let „Angažoval(a) jste se v posledním měsíci v nějaké dobrovolnické nebo charitativní práci?“ odpovědělo kladně více než 20 % Švédů i Dánů, asi 13 % Němců a něco kolem tří procent Čechů, podobný podíl jako ve Španělsku a Řecku. Nejnižší podíl kladných odpovědí ze čtrnácti sledovaných států v rámci výzkumu SHARE uvádělo Polsko (2 %).

Jiný pohled na zapojení v dobrovolnických aktivitách poskytuje i rozsáhlá studie hodnot a postojů European Value Study (Rabušic & Hamanová, 2009). V tabulce 12 je vyjádřen podíl dobrovolníků podle jejich věku a oblasti, ve které se angažují.

³⁹ EU-15 zahrnuje následující státy: Belgie, Francie, Itálie, Lucembursko, Spolková republika Německo, Nizozemsko, Dánsko, Irsko a Velká Británie, Řecko, Portugalsko, Španělsko, Finsko, Rakousko a Švédsko.

Tab. 12: *Vykonáváte neplacenou dobrovolnou práci pro organizaci zabývající se... ? (v % dle věkové skupiny respondenta, data za rok 2008)*

	18-29	45-59	60+
zaměřenou na sport nebo zábavu	18	9	6
sociálními službami pro přestárlé, postižené nebo jinak znevýhodněné občany	2	5	5
náboženskou nebo církevní organizaci	2	4	5
vzděláváním, uměleckými, hudebními nebo kulturními aktivitami	5	5	4
organizace žen nebo ženské hnutí	1	3	3
odbory	2	5	2
činností v místě bydliště, chudobou, zaměstnaností, bydlením nebo rasovou snášenlivostí	1	1	2
ochranou životního prostředí, ekologické hnutí nebo pro organizaci zaměřenou na práva zvířat	5	4	2
práci s mládeží	5	4	2
politickou stranu nebo hnutí	1	2	1

Zdroj: *EVS (Rabušic, Hamanová, 2009)*

Z tabulky 12 je patrné, že neexistuje žádný jednoduchý věkově podmíněný vzorec, který by říkal, že senioři starší 60 let jsou méně nebo více aktivní než mladší kohorty. V zásadě záleží na typu zájmové činnosti dobrovolnické organizace. Při srovnání s daty z roku 1991 bychom však zjistili, že tyto podíly ve sledovaném období vesměs narůstaly, a to v zásadě proporcionálně ve všech sledovaných věkových kategoriích, což potvrzuje dříve vyjádřenou hypotézu, že dobrovolnictví a občanské zapojení je něco, do čeho dozrává nikoliv jedinec sám svým stárnutím, ale spíše společnost jako celek. Velice nízké podíly seniorů angažovaných v práci s mládeží, a naopak nízké podíly nejmladších respondentů angažovaných v sociálních službách pro seniory, podtrhují nutnost intenzivnější podpory těchto mezigeneračních aktivit.

Tabulka 13 ilustruje pozici dobrovolnické práce mezi ostatními denními činnostmi seniorů. Ve starším reprezentativním výzkumu seniorů starších 60 let „Život ve stáří“ (Kuchařová, 2002) se dotázaní mohli vyjádřit, jak často, tj. zda velmi často, často, občas, výjimečně nebo vůbec ne, se věnují vybranému spektru činností. Pokud sečteme první tři možnosti, tedy vynecháme podíly odpovědí „výjimečně“ a „vůbec ne“, získáme jakousi „hitparádu“ denních aktivit. Přední příčky zaujímá spíše pasivní zábava, naopak nejméně častou aktivitou je další vzdělávání (12 %) a právě dobrovolnictví, respektive zapojení ve veřejném životě.

Tab. 13: Intenzita činností seniorů (v %)

	občas až velmi často	výjimečně či vůbec ne
sledování televize	97	3
četba novin, časopisů	93	7
setkávání se s příbuznými, známými	91	9
četba knih	75	25
vycházky do přírody, sport	75	25
koničky, záliby (pokud zatím nezminěno)	75	25
práce na zahradě, chov domácích zvířat	68	32
pomoci dětem svým nebo dětem partnera	64	36
pomoc sousedům či známým	39	61
návštěva divadel, koncertů, výstav	27	73
dobrovolná práce v bydlišti či pro obecní úřad	24	76
činnost v zájmových organizacích	19	81
studium jazyků, návštěva odborných přednášek	12	88

Zdroj: (Kuchařová, 2002), vlastní výpočty. Zaokrouhleno.

Z výše citovaných zahraničních výzkumů vyplývají určité individuální charakteristiky zvyšující pravděpodobnost angažovanosti v občanské společnosti. Obecně je tendence k dobrovolnictví vyšší ve věkových skupinách mladších než 75 let, u lidí s lepším zdravotním stavem a vyšším vzděláním, a u lidí, kteří již nejsou zaměstnaní. Jak již bylo řečeno, jsou to častěji lidé s již určitou „volontérskou“ historií a lidé, jejichž známí a přátelé jsou také dobrovolníci. Zdá se, že i když řada budoucích seniorů vyjádří své přání či plány začít se věnovat společensky prospěšným činnostem po odchodu do důchodu, kdy získají více času, je samotný akt penzionování jen zřídka kdy startovacím momentem dobrovolnické kariéry. Zajímavé je, že studie nezaznamenaly žádné významné rozdíly mezi muži a ženami či mezi lidmi s různým rodinným statusem (Hank & Erlinghagen, 2009; Eurofound, 2011). Jiné studie poukazují na další jemné nuance, jako je přístup k internetu a jeho aktivní využívání jako zdroj lokálních informací, a na pevnější zapojení v sousedských sítích (např. obědy se sousedy, vzájemná výpomoc apod.) jako další z indikátorů častější angažovanosti ve veřejném, resp. sociálním životě komunity. Tyto individuální charakteristiky podkreslují význam strukturního nastavení společnosti a její význam při vytváření předpokladů pro rozvoj tohoto sektoru - především tedy investice do vzdělání a podpora (ne)formálních kanálů pro sdílení informací a jejich bezbariérovost v nejširším smyslu slova.

Podle posledních výzkumů je dobrovolnictví, vedle manželství, zaměstnání a uměřenosti v užívání alkoholu, tím, co na základě objektivních i subjektivních kritérií rozlišuje lidi, kteří stárnou takzvaně úspěšně, od lidí, kteří tuto definici nenaplní (Pruchno et al., 2010). Důvodem jsou jasné přínosy zapojení seniorů nejen pro komunitu, ale především pro ně samotné. Starší dobrovolníci hovoří o svojí práci jako o prostředku, jak využívat své schopnosti, udržet a rozvíjet sociální kontakty, snížit osamělost⁴⁰ a posilovat sebeúctu, jako o způsobu snižování závislosti na druhých a posilování vzájemné podpory. Grimm a kolegové (2007) shrnuli výsledky několika studií zabývajících vztahem mezi zdravím a dobrovolnickou prací. Kromě již výše nastíněných psycho-sociálních přínosů, jako je pocit životního smyslu a posilování sociálních sítí, které vedou ke sníženým hladinám stresu a výskytu depresí, existují i důkazy o snížení rizika somatických nemocí. V zásadě se jedná o uzavřený kruh, kdy dobrovolnická práce přispívá k prodloužení života ve zdraví a toto prodloužené zdraví

⁴⁰ Dle výzkumu českých seniorů se alespoň někdy cítí osamělých více než 44 % dotázaných starších 60 let, z toho téměř 12 % velmi často (Kuchařová, 2002).

umožňuje jedinci participovat na dobrovolnické práci déle a mít z ní větší užitek. Analyzované výzkumy se zároveň shodovaly na existenci jakéhosi „prahu dobrovolnictví“, za kterým se již pozitivní zdravotní efekty dále nezvyšují. Někteří autoři hovoří o práci pro dvě a více organizací, jíní o 100 a více hodinách dobrovolnických aktivit ročně a další je definují jako nejméně 40 hodin dobrovolnictví ročně. I přes toto omezení autoři na datech z různých amerických států jasně prokázali, že s rostoucí mírou občanské aktivity klesá výskyt kardiovaskulárních onemocnění mezi seniory a dokonce se snižuje věkově specifická míra úmrtnosti (Grimm, Spring, Dietz, 2007).

S ohledem na heterogenitu seniorské populace i na široké spektrum činností, které lze pod dobrovolnictví, respektive občanskou angažovanost zahrnout, lze bez nadsázky tvrdit, že se jedná o program doslova pro každého. Toto odvážné tvrzení vychází z faktu, že i ty svým charakterem nejvíce solitérní aktivity mají svoji přidanou hodnotu, jsou-li prováděny v kolektivu, přidáme-li jim sociální rozměr.⁴¹ Skutečnou otázkou tedy není, zda seniory v občanské angažovanosti ano či ne, ale jak správně spárovat daného seniora či seniorku s odpovídající formou aktivity, a to bez ohledu na to, očekáváme-li/nabízíme-li zapojení aktivní nebo pasivní.

Britská zkušenost vycházející z dlouhodobé historie dobrovolnictví i mezi seniory podtrhuje, že senioři sice často jako svůj motiv pro angažovanost uvádí, že „chtějí pomáhat, být užiteční a vrátit něco z toho, co dostali“, ale pokusy o zapojení seniorů nemohou spoléhat na tento jediný zdroj motivace. Nabídka aktivit by měla být prezentována jako fakt, že existují alternativy volnočasovým aktivitám typu individuálních koníčků a že je možné se podílet na úctyhodném cíli. Lze přitom očekávat (a respektovat), že každá nabídka bude hodnocena z pohledu vyváženosti zisků z aktivity a očekávaných časových investic. Zapojení v dobrovolnických aktivitách může poskytovat i adekvátní náhradu za placené zaměstnání, je-li ono považováno především za zdroj sociálních kontaktů, denní rutiny, struktury a vědomí vlastní hodnoty. Předpokladem ovšem je, že tato dobrovolnická aktivita bude stejně dobře organizovaná, manažersky zvládnutá a efektivní jako je obvykle výkon placeného zaměstnání. Pro řadu seniorů může být dostatečným motivem, že se jedná o účel, ve který věří, pro nějž jsou zapálení, jehož význam sami cítí, který je v souladu s jejich (např. náboženským) přesvědčením. Proto je důležité, aby tyto účely byly jasně a srozumitelně seniorům komunikovány. Příliš často se také předpokládá, uvádí dále Rutherford (2006), že senioři chtějí uplatňovat především zkušenosti nabyté v minulosti a přitom čas důchodu může být pro řadu z nich příležitostí si vyzkoušet něco nového. I to může být jedním z alternativních motivů, které vedou seniory k aktivnímu, ale i pasivnímu, občanskému zapojení a dobrovolnictví.

V tomto kontextu je zajímavé, že jen deset procent českých seniorů dotázaných ve výzkumu „Život ve stáří“ se vyjádřilo, že jsou členy nějaké organizace prosazující či obhajující zájmy starších občanů, dalších 42 % není členy, protože o žádné takové organizaci neví (a zde je potenciál pro změnu), nicméně zbývající necelá polovina není členy, protože o takové členství nemají zájem. Tomu pak odpovídá i přesvědčení 46 % českých seniorů, že sdružování starších občanů do organizací prosazujících jejich zájmy nemá smysl. I když je možné „čist“ tyto výsledky několika možnými způsoby, pro účely tohoto textu podtrhujeme ten dílčí vzkaz, že čeští senioři nejsou sebestřednou skupinou, která by měla výraznou tendenci se zajímat jen o své problémy a soustředit se jen na své věkově specifické zájmy. Čeští senioři jsou, a v rostoucí míře budou, velmi heterogenní skupinou s odlišnými zájmy, schopnostmi i zdroji. Občanská, sociální angažovanost a dobrovolnictví jsou jedním z nejlepších a nejuniverzálnějších způsobů, jak - přes tuto různorodost či právě díky ní - maximalizovat jejich užitek pro společnost, komunitu, i samotného jedince.

⁴¹ Například i čtení knihy nebo sledování televize se může stát sociální aktivitou, je-li prováděno ve dvou, tedy jako základ sociální interakce, máme-li si s kým o přečteném nebo o sledovaném pořadu popovídat. V křesťanství má sdílená aktivita dokonce silnou spirituální dimenzi (k tématu viz např. Atchley, 2009).

Samota - její příčiny a důsledky

Problém osamocení, tedy negativní nebo nepříjemné pocity z nedostatku kvality nebo kvantity sociálních vztahů a vazeb (Peplau, Perlman, 1982), patří mezi nejvýznamnější rizika staršího věku. Můžeme rozlišit jeho subjektivní a objektivní dimenzi, které se nemusí nutně překrývat. Pocit osamocení může nastat i v případě, že je člověk obklopen sociálními sítěmi, a naopak i člověk, který je sám, nebo má jen minimum kontaktů, nemusí nutně takové pocity prožívat. Jinak řečeno, je nutné odlišit od objektivní stav sociální izolace od zážitku samoty jako subjektivního stavu prožitku diskrepance buďto mezi kvalitou nebo počtem vztahů, které jedinec má a které by si přál mít. Někteří autoři tyto rozdíly označují jako emocionální a sociální samotu. Koncept osamocení obecně je úzce spojený s tématy, jako je rodinný život, sociální integrace, kvalita života a životní spokojenost (Jylhä, Saarenheimo, 2010). Jako takový má také velký přesah do oblasti duševního a fyzického zdraví. Empirické studie často poukazují na častou koincidenci osamocení a depresivních stavů (např. Rukuye at al., 2012), jejich kombinace se také vyskytuje mezi charakteristikami lidí, kteří se pokusí o sebevraždu (Lebret et al., 2006). Wiktorsson a kolegové (2010) dokonce prokázali u starších seniorů vliv pocitu samoty na riziko pokusu o sebevraždu nezávisle na depresi. U seniorů, kteří žijí nezávisle ve svém domácím prostředí, byly identifikovány tři nejvýznamnější prediktory osamocení: psychologické bariéry (tzv. self-efficacy, sebedůvěra, víra ve vlastní schopnosti); nedostatečné finanční zdroje a příležitosti pro sociální kontakty (environmentální bariéry) a zdravotní bariéry, jako například potíže s mobilitou apod. (Cohen-Mansfield, Parpura-Gill, 2007). S postupným zhoršováním zdraví, narůstající disabilitou a klesající funkční kapacitou ve vyšším věku (Kalvach et al. 2008) se tak také zvyšuje riziko nárůstu pocitu osamělosti. Pro mnohé se ovšem jedná o problém dočasný, resp. časově ohraničený, který lze redukovat posílením zdraví a rozšířením sociálních vazeb (Dykstra et al., 2005).

Jylhä a Saarenheimo (2010) shrnují řadu studií věnovaných frekvenci pocitu samoty a konstatují, že v USA a severní Evropě jsou výsledky získané v reprezentativních vzorcích populace velmi podobné bez ohledu na použitou metodologii dotazování a uvádí, že 5 až 10 procent starších lidí trpí samotou často a dalších 20 až 40 procent alespoň občas. V Evropě jižní jsou podíly o něco vyšší. Některé studie zaznamenávají postupný pokles, jiné spíše fluktuaci v intenzitě pocitu osamocení mezi seniory za posledních několik dekád.

V kontextu české společnosti se problému subjektivní samoty věnovalo hned několik sociologických šetření a jejich výsledky jsou shrnuty v tabulce 14, i když musíme upozornit na velmi omezenou možnost srovnání mezi citovanými zdroji z důvodu odlišných metodologií sběru dat, výsledky v zásadě reflektují zahraniční zkušenost.

Tab. 14: Subjektivní pocit osamění (populace starší 60 let - v %)

	1996	2002	2011*
velmi často	10	12	8
někdy	21	33	27
téměř ne	38	28	32
vůbec ne	31	27	33

* Poznámka: V souboru z roku 2011 byly odpovědi získávány formou škály od 1 („nikdy“) do 10 („stále“). V tabulce jsou odpovědi kolapsovány následujícím způsobem: 1, 2 = vůbec ne; 3,4,5 = téměř ne; 6,7,8 = někdy; 9,10 = velmi často.

Zdroj: Survey 50 + (1996) - vlastní výpočty, Kuchařová (2002), „Kvalita života seniorů ve městech“ (2011) - pouze vybraná městská populace.

Zvážíme li, že města, ve kterých se uskutečnil výzkum z roku 2011, mají dohromady něco přes 2,8 milionu obyvatel a z toho je přibližně 20 % seniorů a z nich se celkem 38 % cítí

alespoň někdy osamělí (tj. volilo na škále body 6 až 10), bude výsledkem tohoto výpočtu číslo 217 tisíc seniorů trpících pocitem osamění, a to pouze ve výběru 14 největších českých měst. Pokud bychom přijali předpoklad, že výběrové šetření v roce 2002 bylo reprezentativní pro celou populaci seniorů starších 60 let v ČR, došli bychom k výsledku téměř 870 tisíc osob s alespoň občasným pocitem osamění.

Jak jsme již nastínili v úvodu oddílu, nejedná se jen o samotný pocit osamění, který je sice sám o sobě sociálně závažným stavem, ale zejména o jeho prediktory a koreláty. Jinými slovy, tento pocit není v populaci seniorů distribuován náhodně, rovnoměrně, ale zasahuje některé sociální, resp. sociálně-demografické skupiny častěji než jiné. V městské populaci v rámci výzkumu „Kvalita života seniorů ve městech“ uvedlo intenzivní pocit samoty 31 % mužů ale již 43 % žen starších 60 let. Samota je také častější ve velmi vysokém věku, u osob s nižším vzděláním, s horší funkční kapacitou (sníženým IADL⁴²), u osob ve špatném zdravotním stavu, žijících osamocně, s nižšími příjmy a u osob ovdovělých. Nedostatek longitudinálních studií nám neumožňuje rozlišit mezi prvotními příčinami a případnými následky osamělosti. Nicméně z popsaného je zřejmé, že se jedná o závažný stav vyskytující se souběžně s řadou dalších rizikových faktorů sociálního vyloučení.

Vidovičová (2012) se ve stejném vzorku zaměřila na (ne)disponibilitu sousedské výpomoci v kontextu rychle se měnících, regenerujících městských center v České republice. K jejím závěrům patří, že (subjektivní) kvalita sousedských vztahů, které jsou stabilní a důvěryhodné, se výrazně podílí na kvalitě života seniora. (Ne)Spokojenost se sousedskými vztahy přispívá (respektive se vzájemně posiluje) s celkově negativním/pozitivním hodnocením sousedství (okolí bydliště) jako celku a je také součástí hodnocení celkových změn probíhajících v okolí - čím horší hodnocení sousedských vztahů, tím častější příklon k názoru, že změny, které v okolí probíhají, jsou k horšímu. Silně tak souvisí s obecnou spokojeností s prostředím kolem bydliště, se sousedstvím. Oproti běžné představě, že sousedství nemá v českém kontextu silnou odezvu a přestože sousedé nejsou jmenováni například mezi lidmi, od kterých očekáváme ve stáří výpomoc (Horowitz, 1985; Rabušic, Vidovičová, 2003; Sýkorová 2007), má jejich nepřítomnost ve stáří prokazatelně silný vliv na takové dimenze subjektivní kvality života, jako je právě například pocit osamělosti. Rostoucí dynamika v sídelním prostředí, pokračuje Vidovičová (2012), je zátěží zejména pro již dříve znevýhodněné křehké seniory. Zjištění, že pozitivní hodnocení sousedských vztahů klesá se zhoršujícím se IADL seniora, napovídá, že je nutné rozšířit „obzor“ zájmu při hodnocení kvality života i o seniorovo bezprostřední okolí vázané na jeho bydliště, na jeho sousedství.

Jylhä a Saarenheimo (2010) podávají přehled zdravotních důsledků osamocení zjištěných v epidemiologických studiích, patří mezi ně obecně horší zdravotní stav a mortalita, zejména zvýšený výskyt kardiovaskulárních onemocnění. Aniž by byly známy přímé vlivy, předpokládá se, že důvodem jsou především omezené zdroje, problémy se zvládnutím chronických stavů a menší podpora ze strany druhých lidí k lepším zdravotním návykům. Zdá se také, že samota má negativní vliv na neuroendokrinní a imunologické systémy, ovlivňuje zánětlivé markery a biologickou reakci na stress. Předpokládá se také, že samota hraje výraznou roli při rozvoji demencí a Alzheimerovy choroby. Kromě těchto objektivních zdravotních komplikací, pokračují autorky, existuje určitá tendence osamělých lidí vyhledávat zdravotnické služby častěji než u ostatních v obdobném zdravotním stavu a mají větší riziko přijetí do pečovatelské instituce. Nepřímým způsobem se tak pocit osamění podílí na zvyšování nákladů v sociálních službách a zdravotnických systémech.

⁴² IADL - Instrumental Activities of Daily Living - škála používaná k měření soběstačnosti v instrumentálních aktivitách běžného dne jako např. placení účtů, nákupy, úklid, praní prádla, příprava teplého jídla, dávkování léků a použití telefonu včetně vytočení čísla. Skóre 0 znamená úplnou nesamostatnost v těchto činnostech, skóre 7 plnou zdatnost. Za závislé arbitrárně definujeme respondenty s hodnotou indikátoru 3 a méně.

Veřejná doprava jako klíčový faktor mobility

Kvalita prostoru či místa hraje významnou roli v zachování kompetencí seniora, a tím přímo ovlivňuje kvalitu jeho života, proto by „prostředí (všech úrovní) mělo být chápáno jako klíčová komponenta a dynamický kontext kvality života ve stáří“ [Walker 2010: 580]. Možnost participace na prostředí, zejména vnějším, je podmíněna odpovídající úrovní mobility a takovou kvalitou prostředí, která ji bude umožňovat a násobit.

V rámci šetření „Kvalita života seniorů ve městech 2011“ byla věnována pozornost problematice mobility starší populace ve městech. Z výsledků vyplývá, že pouze 56 % dotázaných seniorů je nebo bylo v minulosti vlastníkem řidičského průkazu. Z tohoto podílu pouze 60 % řidičů stále pravidelně nebo občas řídí osobní automobil. V tomto kontextu je tedy zřejmé, že (městská) hromadná doprava (MHD) hraje v životě seniorů významnou roli při dosahování jim potřebné úrovně mobility. Na dotaz, jak často využívají prostředky MHD, odpovědělo pouze 10 % dotázaných, že nikdy. Naopak 24 % městských seniorů využívá MHD denně, 42 % s týdenní frekvencí, 13 % alespoň jednou měsíčně a zbývajících 12 % méně často.

Tab. 15: Dostupnost MHD pro seniory

	(rozhodně) souhlasím	(rozhodně) nesouhlasím	N
zastávku MHD mám blízko u domu	87	13	482
s ohledem na mé současné potřeby je veřejná doprava dobře organizovaná	88	12	473
jízdní řády jsou obvykle dobře čitelné	77	23	474
do vozů MHD se obvykle dobře nastupuje	75	25	479

Zdroj: Kvalita života seniorů ve městech - *QinCity1* (2011)

Přestože patří k frekventovaným uživatelům MHD, neznamená to, že jsou s kvalitami služeb vždy maximálně spokojeni. Tabulka výše poukazuje zejména na problémy s nečitelností jízdních řádů a bariéry ve vozidlech, s následnými problémy při nastupování. Prostředí MHD je také rizikové co do možných pádů. Obecně má s touto nepříjemnou a ve vyšším věku vysoce rizikovou událostí zkušenost téměř 30 % populace ve velkých městech. I když jsou nejčastější pády doma nebo na ulici (společně asi 85 %), zhruba osm procent se jich stane právě v prostředcích městské hromadné dopravy (Vidovičová 2012)

Také další výzkumy identifikovaly určitou nespokojenost seniorů s kvalitou veřejné dopravy. Schmeidler et al. (2009) například uvádí problém přeplněných vozidel, špatný infrastrukturální přístup, málo přesnosti či nedostatek tras. Mezi nejvýznamnějšími bariérami seniorské mobility pak cituje i bezohledné řidiče, vozidla na chodníku a negativní postoje vůči starým lidem. Schmeidler a kolegové (2009) dokonce považují tyto nedostatky za projevy ageismu a jako jeho nejzjevnější příklad uvádějí právě vztah řidičů a cestujících ke starším spolucestujícím. „Starší spolucestující jsou zde konfrontováni nejen s obtížně přístupným fyzickým prostředím, ale rovněž jim je ...řidiči i spolucestujícími dáváno najevo, že do tohoto prostředí nepatří, že jsou příliš pomalí, mají vysoké nároky, vyžadují pozornost (př. uvolnění míst k sezení apod.). ... Obecně řečeno, není starý člověk v silničním provozu vítaným účastníkem. Je to prostor, který není pro seniory s jejich častými omezenými schopnostmi pohybu zařízen. V tomto prostoru u nás dominuje rychlost, dravost a agresivita, což jsou vlastnosti, které rozhodně nejsou spojovány se stářím. Oprávněně se zde senioři mohou cítit ponižováni či diskriminováni“ (Schmeidler et al. 2009: 78). V podobné souvislosti o dopravních prostředcích hovoří i Vidovičová a Gregorová (2008) při reprodukci svědectví staršího muže o jím vnímaných projevech symbolické diskriminace: „Nebo já jedu v tramvaji, mám

zmačknutý tlačítko, ale protože to stejně ovládá řidič, tak když si nepospíší, tak už mě dávají všichni mladí okolo najevo, jsem zamrzlej blbec, kterej neumí ani otevřít dveře od tramvaje.“ (ibid: 34).

Při snaze o vylepšení mobility a zvýšení kvality životního prostředí je tak nutné uvažovat o bariérách psychologických (zvnitřněných), zdravotních, fyzických (v prostředí) a sociálních. V oblasti dopravy existuje několik projektů, které se zaměřují na jejich identifikaci a navrhnou cesty pro jejich překonání. Jejich výběrový přehled poskytuje příloha publikace Schmeidlera a kolegů (2009) a patří mezi ně například sociální taxislužba pro seniory,⁴³ zklidňování dopravy formou středních dělicích ostrůvků, zúžených vozovek v místech zastávek, protiskluzové povrchy, vozidla s nízkými plošinami, vhodné vybavení zastávek hromadné dopravy, úprava a čistota nástupišť a další. Zajištění bezpečnosti seniorů v dopravě, posílení jejich mobility, a tím zvýšení sociální inkluze a příležitostí pro aktivní stárnutí však má mnohem širší kontext zahrnující i velmi obecné předpoklady, jako je posilování zdraví, motoriky, schopnosti orientace, využívání pomůcek pro chůzi, bezpečná obuv a oblečení, celkový empowerment a zvyšování informovanosti o možnostech a službách poskytovaných v rámci systému veřejné dopravy pro osoby s postižením a/nebo sníženou mobilitou.

⁴³ Příklad z Chorvatska: <http://www.taxidobrava.com/> - jednotná cena pro jízdy po městě do 5 km, výborné spojení s domovem seniorů.

6. Zdravé stárnutí

Zdraví je zásadním předpokladem pro aktivní začlenění na trh práce či v oblasti dobrovolnictví (National Institute on Ageing 2011) a zdravý způsob stárnutí obyvatel je předpokladem rozvoje celé společnosti a kvality života jedince. Lidé se dožívají stále delšího života, což zvyšuje potenciál celé společnosti (viz kap. 1). Zlepšuje se také jejich zdravotní stav, s postupujícím věkem však stále klesají funkční schopnosti obyvatel, zvyšuje se prevalence chronických onemocnění a závislost na cizí pomoci (Freedman et al., 2004). Zdravé stárnutí zahrnuje celoživotní strategii a dlouhodobý proces zlepšování zdraví obyvatel s cílem zvýšení kvality jejich života.

V gerontologii se délka lidského života ilustrativně dělí na čtyři věky. Dětství a mládí je první, dospělost spojená s ekonomickou aktivitou je druhým věkem, za kterým následuje tzv. „třetí věk“. Ten začíná odchodem do starobního důchodu nebo se arbitrárně stanoví pro osoby starší 65 let. Poslední, „čtvrtý věk“ nastává v momentu, kdy je z dané kohorty naživu pouze polovina osob (někdy arbitrárně stanoveno od věku 85 let, Lindenberger 2010). Zatímco „třetí věk“ je spojen ještě s relativně vysokou mírou soběstačnosti a chronické nemoci tyto osoby zásadně neomezují v jejich aktivitách, ve „čtvrtém věku“ se již prevalence křehkých osob významně zvyšuje. Stanovení hranice mezi jednotlivými věky je však mnohdy mechanická, jelikož pro každého člověka není významný jeho věk kalendářní, ale spíše věk biologický. Ten lze významně ovlivnit právě celoživotní investicí do vlastního zdraví (více viz. Berlin Aging Study).

S demografickým vývojem a rostoucím podílem osob ve vyšších věkových skupinách (viz kap. 1) se v ČR pomalu mění struktura onemocnění a významně roste zátěž chronických onemocnění. To je charakteristické delším přežíváním s některým, či obvykle s více dlouhodobě léčenými zdravotními problémy. V roce 2008 trpělo nějakou chronickou nemocí 63 % populace v ČR. Nejčastěji se jednalo o problémy s páteří, hypertenzi a alergie. Ve srovnání s rokem 2002 se právě výskyt posledních dvou jmenovaných onemocnění poměrně výrazně zvýšil (ÚZIS, 2009). Jedná se tedy o nemoci s pomalou progresí, které především negativně ovlivňují kvalitu života. Stárnutí organismu s sebou také nese nové typy onemocnění, jejichž příkladem je Alzheimerova choroba.⁴⁴

Cílem zdravého stárnutí je umožnit stárnoucím lidem udržet vysokou kvalitu života, toho však nemůže být dosaženo pouze prostřednictvím izolované aktivity, ale vyžaduje to řadu opatření a přístupů jak na individuální, tak na společenské úrovni. Strategie a programy v rámci zdravého stárnutí by proto měly vytvořit podmínky a příležitosti pro starší, aby se mohli pravidelně věnovat fyzické aktivitě, zdravě se stravovat, nadále prohlubovat své sociální vztahy, účastnit se na smysluplných aktivitách a v neposlední řadě by měly zajistit finanční zabezpečení. Zdraví, sociální začleňování a participace jsou také velmi úzce propojeny (Tesch-Roemer 2012). Jedná se tedy o holistický přístup, který se zabývá jak duševním, tak fyzickým zdravím, jakož i multidisciplinární přístup, jehož součástí je snaha o zlepšení

⁴⁴ Nejnovější studie demence a Alzheimerovy choroby ukazují, že tomuto onemocnění předchází dlouhá, až dvacetiletá, presymptomatická fáze, kdy se toto onemocnění navenek neprojevuje, ačkoli dochází ke změnám v mozku a nervové soustavě. 10-20 % seniorů (ve věku 65 let) trpí mírnou kognitivní poruchou, která nezpůsobuje ztrátu soběstačnosti, některým z nich je pak diagnostikována tato porucha a přibližně polovině z těchto osob je později diagnostikována Alzheimerova choroba. Nová doporučení léčení a identifikace Alzheimerovy choroby vychází z existence tohoto kontinua, ve kterém nelze jednoznačně stanovit, kde Alzheimerova choroba začíná. Jedním z možností prevence, kterou může jedinec významně ovlivnit (kromě genetiky, úrazů a mírné kognitivní poruchy), je intelektuální aktivita a sociální integrace a interakce. Jelikož neexistuje žádný lék, který by tuto nemoc vyléčil, lze pouze mírnit příznaky, je aktivní přístup k životu a aktivní stárnutí jedním z hlavních nástrojů prevence onemocnění demencí.

sociálních determinant zdraví, jako jsou bezpečné životní prostředí, flexibilní důchodový systém a související politiky sociálního zabezpečení.

Význam zdravého životního stylu a prevence nemocí, aby občané mohli na základě znalostí a informací rozhodovat o svém životě.

Zdravé stárnutí také vyžaduje strukturální změnu paradigmatu, a to jak ve smyslu pohledu společnosti na starší obyvatele, tak ve smyslu vnímání vlastní role ve společnosti u stárnoucích obyvatel. Aktivní přístup k životu se jeví jako nejdůležitější aspekt. Zůstat fyzicky aktivní, vést zdravý životní styl, využívat preventivní zdravotní služby (např. screening), být aktivní v procesu léčby a stát se informovaným pacientem, který je schopen a ochoten se sám za sebe rozhodnout a v neposlední řadě být stále sociálně integrován do společnosti. Tyto aktivity musí být podpořeny ze strany státu, a to zejména vytvářením podmínek dostupné a kvalitní podpory zdraví a prevence, zajištěním relevantních zdravotních služeb včetně poskytování zdravotní péče v přirozeném prostředí pacienta. Problémem se také zdá být ageismus při poskytování zdravotní péče a problematika důstojnosti, zneužívání a lidská práva obecně. Cílem by mělo být vytvoření takových podmínek, kdy bude každému umožněno se rozhodnout v jakých podmínkách chce žít, nezávisle, či za podpory a pomoci.

Podpora zdravého životního stylu musí začít v dětství, neboť rané zkušenosti jsou důležitými faktory mnoha aspektů procesu stárnutí (Antonucci, Birditt, & Akiyama, 2009). Konkrétně se hlavně jedná o fyzickou aktivitu, zdravou stravu, nízkou spotřebu alkoholu a nekouření (WHO, 2012). Podpora v tomto směru by měla pokračovat v průběhu celého života až do pozdní dospělosti a poskytovat příležitosti a stimuly pro vzdělávání o zdraví a jeho podporu. Speciální důraz pak musí být kladen na starší občany, přitom specifickým problémem této populace je samota, jako rizikový faktor pro vznik fyzického nebo psychického onemocnění (Hawkley & Cacioppo, 2010). Se změnou struktury rodin a domácností je pro podporu zdravého životního stylu a zdravých podmínek stále významnější role komunity a prostředí ve škole a v zaměstnání (Huxhold, Mahne, & Naumann, 2010).

Podporu zdraví lze chápat jako proces umožňující lidem zvýšit jejich kontrolu nad svým zdravím a jeho determinanty, a tím zlepšovat své zdraví. Programy podporující zdravé stárnutí musí být rozmanité a musí obsahovat holistický přístup zahrnující fyzické, duševní i sociální potřeby zdraví starších občanů. Musí vycházet z ověřených metod a na základě existujících dat. Jejich součástí musí být komplexní hodnocení za použití více metod. Prvním z předpokladů změn směrem k aktivnímu stárnutí je informovanost obyvatel o těchto výsledcích výzkumů a předložení důkazů. Druhým předpokladem je ochota lidí měnit svůj životní styl.

Zatímco jsou si lidé obvykle vědomi, co je pro ně nejlepší, tak tomu často není v případě veřejné politiky, která má nastavit společenský systém a pravidla fungování. Vědecké důkazy navíc není jednoduché transformovat do jednotlivých veřejných politik. Na základě zkušeností z jiných států však lze některé úspěšné příklady převzít.⁴⁵

Zdravotní gramotnost musí být rozvíjena od útlého dětství až do seniorského věku. Starší občané stejně tak jako jiné generace musí mít dostatečné vědomosti o tom, jak udržovat své zdraví a předcházet onemocněním, zvláště těm chronickým, typickým pro vyšší věk. Za

⁴⁵ Zákony zakazující kouření v uzavřených veřejných prostorech zlepšily zdravotní a pracovní podmínky statisícům pracovníků v pohostinství. Znevýhodnění nezdravých potravin, informování spotřebitelů o možných negativních dopadech a další opatření v boji proti obezitě je také možné převzít ze zahraničí.

své zdraví je odpovědný především každý sám za sebe, stát však má povinnost zajistit dostupnou a kvalitní zdravotní péči odpovídající potřebám obyvatel.⁴⁶

Rozvoj zdravého prostředí přátelského všem generacím na úrovni obcí a regionů

Změna demografické struktury obyvatel (viz kap. 1) nebude mít vliv pouze na úrovni celostátní, ale i na život jedince, kde odpovědnost nese každý z nás. Dalším prostředím, které bude těmito změnami ovlivněno, je komunita, reprezentovaná v ČR samosprávou. Základním stupněm územní samosprávy je obec (případně městská část). V ČR navíc obce nebo jiné orgány samosprávy mohou vykonávat státní pravomoci v přenesené působnosti. Obec je podle zákona č. 128/2000 Sb., o obcích, základním územním samosprávným společenstvím občanů na územním celku, který je vymezen hranicí území obce. Obec podle zákona v rámci své samostatné působnosti také pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů. V rámci samostatné působnosti obec ve svém územním obvodu podle zákona o obcích pečuje v souladu s místními předpoklady a zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb občanů. Jde zejména o uspokojování potřeby bydlení, ochrany a rozvoje zdraví, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku.

Místní komunity jsou blíže lidem než stát a jsou schopny přizpůsobit národní politiku do podoby projektů a programů šitých na míru členům dané komunity. V současné době však obce čelí ekonomickým problémům. Veřejná správa v ČR se navíc vyznačuje velkým počtem malých obcí. Průměrný počet obyvatel na jednu obec (cca 1 600 obyvatel) je nejnižší v celé Evropské unii, a tak se pro řešení některých společných problémů doporučuje využít dobrovolné sdružování obcí (dobrovolný svazek obcí, Národní síť zdravých měst ČR, Svaz měst a obcí ČR, Místní agenda 21, Euroregiony). Výsledky výzkumů malých obcí v oblasti sociálních služeb ukazují, že vlastní sociální prostředí malé obce téměř nezřizují, čtvrtina obcí spolupracuje s charitativními organizacemi, ale v převážné většině se spoléhají na pomoc rodinných příslušníků. Tyto nejmenší obce mají problém s tím, najít někoho vzdělaného v této oblasti, náročné je i zpracovávání administrativy se službami spojenými (GaREP).

Změna chování lidí směrem ke zdravější životospřávě, vyšší fyzické aktivitě a podobně, je velmi obtížně dosažitelná. Sociální determinanty zdraví, které mají velký vliv na chování, často nemůže jednotlivec ovlivnit, je pod silným společenským tlakem a jedná na základě zvyků a tradic. Jakékoli iniciativy podpory zdraví tedy vyžadují integrovaný celospolečenský přístup a spolupráci napříč sektory, protože je nutné cílit i samotné sociální determinanty. Jelikož jsou takové projekty těžko realizovatelné na národní úrovni, začínají mnohdy právě na lokální, regionální úrovni. Příkladem může být program Světové zdravotnické organizace - Zdravá města.

⁴⁶ Cvičení na posílení svalové hmoty může posílit i křehké seniory, postačí cvičit třikrát týdně (Fiatarone et al., 1994). Cvičení zvyšuje celkovou kvalitu života i v jiných oblastech (koordinace, plánování nebo paměť), vhodné jsou i netradiční aktivity jako je jóga (hatha, iyengar jóga (Williams et al. 2009).

Mezi specifika starší populace patří osteoporóza (především u žen) a podvýživa. Výskyt osteoporózy je korelovaný se zlomeninami, jedna z nejčastějších příčin úmrtí této skupiny obyvatel. Zlomeninami krčku nohy stehenní trpí 80 % žen a Světová zdravotnická organizace odhaduje, že ve světě je více než 1,7 milionu těchto zlomenin. Ženy jsou ke zlomeninám náchylnější, jelikož během menopauzy dochází ke zvyšování křehkosti kostí. Primární prevence je vznik pevných kostí během celého života, což lze dosáhnout vyváženou stravou bohatou na vápník a fyzickou aktivitu. Podvýživa je způsobena především měnícími se potřebami těla stárnoucích lidí, kdy již nepotřebují tolik energetického přísunu, ale spíše stravu bohatou na stopové prvky. Ve stáří se také začíná projevovat celoživotní životospřáva. Některá degenerativní onemocnění, jako jsou novotvary, kardiovaskulární a cerebrovaskulární onemocnění, diabetes a již zmiňovaná osteoporóza jsou přímo ovlivněny obsahem naší stravy (WHO, 2002).

V rámci prevence psychického zdraví stárnoucí populace by se pozornost měla věnovat prevenci samoty a izolace (Gert a další 2009) a vhodným prostředím pro realizaci takových opatření je právě obec a místní komunita obecně. Zatímco incidence vážných forem deprese je ve starší populaci nízká, některé symptomy lehkých forem deprese se týkají 8-27 % starších osob (Lee 2006). Mnoha průvodním jevům vznikající deprese však může být předcházeno preventivními zásahy včetně fyzického pohybu, sociální aktivity a participace ve společnosti.

Zvyšující se rozmanitost potřeb různých skupin občanů

Programy a podpora zdraví na úrovni obcí by měly být vytvářeny ve spolupráci s nestátními organizacemi na základě vědeckých poznatků a faktů a s ohledem na rozdílné potřeby a heterogenitu, kterou starší věk přináší. To předpokládá podporu od centrálních orgánů státní správy. V tomto kontextu je třeba akcentovat i potřebu zvláštního přístupu k osobám s nízkými socioekonomickým statusem a k etnickým minoritám. Zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva je sice úzce spojeno s ekonomickým růstem a zvyšováním konkurenceschopnosti, stále však existují velké rozdíly mezi socioekonomickými skupinami, což narušuje soudržnost systému a vylučuje některé skupiny obyvatel (Mackenbach et al., 2008; Marmot, 2007). Stárnutí, změna demografické struktury obyvatel, soběstačnost a zdraví se totiž nerovnoměrně promítají v různých socioekonomických skupinách. Existují sociálně zranitelné skupiny (např. dlouhodobě nezaměstnaní, minority, migranti), kde tyto procesy mají zcela jiné důsledky. Zdraví starších migrantů je horší než u běžné starší populace. Zároveň mají vyšší míru nemocnosti a úmrtnosti (Larkin 2009). V programech podpory zdraví na úrovni místní samosprávy je proto třeba se zaměřit na intervence, které jsou citlivé s ohledem na specifické socioekonomické situace, prostředí a kultury, v nichž se nachází tyto zranitelné osoby.

Jako hlavní výzva současnosti v rámci poskytování zdravotních služeb v České republice se zdá být umožnění poskytování zdravotních a zejména ošetrovatelských služeb ve vlastním sociální prostředí pacienta a úhrada těchto služeb z veřejného zdravotního pojištění. V České republice neexistuje ucelený systém komunitního ošetrovatelství, ačkoli měl tento druh ošetrovatelské péče u nás tradici. Již absolventky první ošetrovatelské školy pracovaly v poradnách pro matky a dítě nebo v terénní dispenzární péči. V 70. letech minulého století byla zavedena tzv. geriatriká sestra. Tato specializace byla v 90. letech zrušena, ačkoli představovala jednu z typických činností komunitního ošetrovatelství. Částečně práci těchto sester převzaly Agentury domácí péče. Jejich funkce je však mírně odlišná, veškerou činnost indikuje lékař. Tyto sestry se soustředí vždy na jednotlivé pacienty, jejich rolí není vnímat a řešit problémy celé komunity.

Komunitní plánování začaly provádět obce a kraje. Komunitní plánování je podle MPSV „metoda, která umožňuje zpracovávat rozvojové materiály pro různé oblasti veřejného života na úrovni obce i kraje a která výrazně posiluje principy zastupitelské demokracie.“ Na základě aktuálních zjištění (Ondrušová 2011) však „střednědobé plány rozvoje sociálních služeb krajů na území ČR jsou velmi rozdílné ve formě, obsahu i způsobu zpracování.“

Samotné uchopení této problematiky legislativně také naráží na mnoho problémů. Poslední pokus o vytvoření samostatné legislativy ohledně dlouhodobé péče, který by vytvořil samostatný sektor, ve kterém by se potkávaly sektory zdravotní, sociální, komunitní i soukromý však neuspěl s jedinou výhradou, a totiž, že toto vše v současnosti již platná legislativa umožňuje a pokud to nefunguje, nemá jakákoli jiná právní norma sílu tento stav změnit. Nevyřčeným důvodem neúspěchu, který však může být daleko významnější, je, že podle důvodové a předkládací zprávy věcného záměru zákona o dlouhodobé péči změna předpokládala, že dojde ke zvýšení nároků na státní rozpočet o 2 mld. Kč.

Na první pohled se může zdát, že jakákoli nová úprava této oblasti vede ke zvýšení nároků na veřejné rozpočty. Jedná se však o investice do zdraví, které se pozitivně odráží na

ekonomickém růstu a sociální soudržnosti. Stát by měl vytvářet podmínky a podporovat programy zaměřující se na motivaci lidí ke zdravému životnímu stylu, využívání nabídky preventivních programů a motivy k převzetí odpovědnosti za svůj život, jehož kvalita je značně ovlivněna právě zdravotním stavem každého člověka. Měl by vytvořit prostor pro realizaci rostoucí kapacity osob ve „třetím“ věku, které ji mohou realizovat jak v reálné ekonomice (zaměstnání, dobrovolnictví), tak v ekonomice neformální (zahrádkaření, péče o děti a nesoběstačné, společenské kroužky atd.).

Potřeba vzdělávání relevantních profesí v oblasti veřejného zdraví

Mění se situace ve společnosti a zejména změně charakteru onemocnění související s demografickými změnami se musí přizpůsobit celý zdravotní systém. Nejen organizačně, ale i co se týče odborných znalostí a přístupu pracovníků v oblasti zdravotnictví. Současný model, kdy je pacient či klient pasivním příjemcem pomoci od formálního poskytovatele (přímá intervence lékaře, ošetrovatelský výkon zdravotní sestry, úkon v přímé péči sociálního pracovníka), se v realitě převažujících chronických onemocnění zdá zastaralý. Novým konceptuálním přístupem k péči je posílení (empowerment) role pacienta/klienta a jeho vlastní aktivní rozhodnutí (self-determination). Tento přístup se však nemůže omezovat pouze na pracovníky v přímé péči, ale musí být známý a používán i v rámci veřejné správy, na komunitní úrovni a obecně v celé společnosti. To se týká především neformálních pečujících, na jejichž bedrech spočívá nejvyšší podíl této práce. Jejich počet v ČR přesahuje 200 tisíc (Hrkal a další 2009).

V oblasti managementu chronických onemocnění je třeba zapojení pacienta do aktivit podpory zdraví a preventivních akcí. Aby se však tyto osoby mohly účastnit rozhodování ohledně léčby či změny životního stylu, musí rozumět možnostem, které mají. To samozřejmě významně zvýší jejich „compliance“ s léčbou a zvýší pravděpodobnost dlouhodobé změny životního stylu. Často se stává, že mnoho rozhodnutí spíše vyhovuje poskytovateli zdravotních služeb než samotnému příjemci, pacientovi. Některé zásahy (např. volba řešení rakoviny prostaty) má několik možností s různými výsledky a důsledky pro kvalitu života pacienta. Pokud je toto schopen lékař pacientovi vysvětlit a ve spolupráci s ním pak rozhodnout o správné léčbě, lze očekávat, že kvalita života pacientů se zvýší (Teutsch 2003).

Poučování pacientů a snaha ovlivnit jejich životní styl ze strany zdravotnických pracovníků vede ke změně jejich životního stylu (Viera a další 2008). U vyšších věkových kategorií je však pravděpodobnost poskytnutí těchto poučení nižší (Viera a další 2007). Každý poskytovatel vychází ze svého osobního nastavení hodnot, ale je nutné podpořit vzdělávací kurzy pro všechny poskytovatele, jak specificky přistupovat ke starším pacientům a klientům, jak je aktivizovat a motivovat. Problémem je často samotná komunikace. Zatímco v ČR zatím není problémem mezikulturní komunikace, s postupem času, spolu se stárnutím národnostních menšin (Němci, Poláci, Vietnamci, Ukrajinci či Rusové), se to také stane významným tématem. V současnosti je významným problémem komunikace s umírajícími a jejich rodinnými příbuznými či s doprovodem pacientů ve zdravotnických zařízeních, používání odborného a nesrozumitelného jazyka, medicínského žargonu a cizích slov. To vše znesnadňuje porozumění ze strany pacienta, a tedy snižuje jeho možnou „compliance“ léčby a úpravy životního stylu (Deuster a další 2008).

Podpora výzkumu zdraví a zdravého stárnutí

Stárnutí jako proces vytváří obrovský prostor pro vědu a výzkum, který by měl být směřován nejen na hledání cest, jak léčit zdravotní problémy, které jsou typické pro vyšší věkové skupiny, ale rovněž na výzkum stárnutí jako takového. Základní otázkou je, jak zajistit co nejzdravější proces stárnutí, jak je tento proces ovlivněn individuálními a jak společenskými proměnnými.

Věda a výzkum jsou hlavní hnací silou inovací nejen v praktickém životě, při poskytování zdravotních služeb, při identifikaci procesu vlivu stárnutí na člověka a společnost, při vytváření specifických produktů pro stárnoucí populaci, ale také pro veřejnou politiku. Koncept aktivního stárnutí obsahuje široké spektrum možných vědeckých a výzkumných témat. Stejně jako opatření v rámci aktivního stárnutí je třeba podnikat na celospolečenské úrovni (makroúroveň), na komunitní a obecní úrovni (střední úroveň) i na individuální úrovni každého člověka (mikro úroveň), existuje potřeba nového vědeckého výzkumu v těchto kategoriích.

Evropská unie publikovala „roadmap“ pro výzkum stárnutí (A Road Map for European Ageing Research, 2011). Jako centrální bod se zde prezentuje - Aktivní stárnutí během celého života. A na něj navazují - biogerontologie, stárnutí doma a ve vlastní komunitě, zdravé stárnutí, mentální zdraví a kapacita, inkluze a sociální participace, sociální zabezpečení a nerovnosti v průběhu stárnutí. Všechna tato témata jsou vysoce relevantní i pro ČR a podpora výzkumu na všech těchto úrovních je více než nutná. Její výsledky totiž ovlivní úspěšnost a možné inovace v oblasti zdravého a aktivního stárnutí. Lze konstatovat, že v současnosti je relativně obtížné získat dostatek informací o zdravém a aktivním stárnutí a tato oblast by měla být výzkumem do budoucna lépe pokryta. Mnoho výzkumů se specializuje na určité oblasti a na proces a důsledky stárnutí v něm nelze nahlédnout v celém komplexu.⁴⁷

⁴⁷ K dispozici jsou šetření s tematikou zdraví (např. Evropské výběrové šetření o zdraví - EHIS), která však nemají dostatečně velký vzorek a cílí celou populaci. Výběrové šetření pracovních sil (VŠPS) cílí na pracující populaci, aniž by se dále zaobíralo ekonomickou aktivitou (např. neformální péčí v domácnostech). Výběrové šetření SHARE se týká populace starší 50 let a je přímo určeno na vědecký výzkum stárnoucí populace. Nemá však dostatečnou zpětnou vazbu z praxe, především z pohledu poskytování zdravotních a sociálních služeb, zejména ohledně nákladovosti služeb, důsledků zdravotní a sociální politiky na kvalitu života stárnoucí populace a neposkytuje případné podklady pro nástroje aktivního stárnutí na střední úrovni, tedy relevantní nástroje pro obce a jejich zhodnocení.

7. Péče o seniory

System péče o seniory, kteří již potřebují nějaký druh pomoci při zvládnání sebeobsluhy a dalších každodenních činností, je v ČR zajišťován především skrze sociální a zdravotní služby.

V rámci systému sociálních služeb bylo k 30. 9. 2012 registrováno 2 324 sociálních služeb, jejichž jednou z cílových skupin jsou senioři. Z uvedeného počtu je 766 služeb poskytováno jako pobytové a 1 558 jako terénní či ambulantní, případně v obojí formě. Výhradně seniorům jsou určeny domovy pro seniory, kterých je v současné době 491, což představuje 9 % ze všech sociálních služeb a 29 % ze všech pobytových sociálních služeb.⁴⁸ Domovy pro seniory měly k 31. 12. 2011 souhrnnou kapacitu 37 616 lůžek, což je 52 % lůžek všech pobytových služeb (MPSV, 2012).

Z hlediska zajištění komplexní sociální péče o seniory však hrají důležitou roli i ambulantní a zejména terénní služby sociální péče (EC, 2012). Terénní služby, zvláště pak pečovatelská služba, umožňují seniorům setrvat v jejich domovech a známém sociálním prostředí navzdory zhoršujícím se schopnostem v oblasti sebeobsluhy a každodenní údržby domácnosti. To je významné především s ohledem na silnou vazbu českých seniorů na své bydliště. Podle dat SHARE z roku 2007 žilo 90 % osob ve věku 65+ ve stejném bytě či domě alespoň 20 let a v téže lokalitě dokonce 36 a více let (Kubalčíková, Havlíková, 2011). Terénní služby jsou rovněž výrazně levnější než pobytové služby. Zatímco v roce 2011 dosahovaly průměrné celkové měsíční náklady na jednoho klienta v domově pro seniory výše 21 070 Kč, v pečovatelské službě to bylo pouze 1 255 Kč (MPSV, 2012, vlastní dopočty).

Ambulantní služby sociální péče určené seniorům rovněž podporují setrvání seniora se sníženou soběstačností v jeho původním domově, umožňují totiž rodinným pečovatelům, kteří zajišťují péči o přibližně 80 % seniorů závislých na pomoci druhé osoby (EC, 2012), snáze kombinovat péči o seniora se zaměstnáním a dále pro pečující o osoby s vyššími stupni závislosti představují výrazný zdroj podpory v situacích, jako je nemoc pečujícího, potřeba odpočinku apod. (Triantafillou et al., 2010).

Sociální služby tak představují významnou pomoc při poskytování péče potřebným seniorům, nicméně jak je patrné z tabulky níže, dostupnost řady z nich je vzhledem k počtu seniorů 65+ nízká.

⁴⁸ zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb; <http://iregistr.mpsv.cz/>

Tab. 16: Služby sociální péče určené mj. seniorům - počet služeb a uživatelů, pokrytí populace 65+ jednotlivými druhy sociálních služeb, k 31. 12. 2011

druh sociální služby	počet sociálních služeb	počet uživatelů	pokrytí obyvatel 65+ (v %)**
osobní asistence	n.a.	4 366*	0,3
pečovatelská služba	n.a.	113 490*	6,7
tísňová péče	n.a.	2 595*	0,2
odlehčovací služby	n.a.	9 642*	0,6
centrum denních služeb	85	1 019	0,1
denní stacionář	245	2 941	0,2
týdenní stacionář	62	782	0,05
domov pro seniory	471	36 523	2,1
domov se zvláštním režimem	189	9 415	0,6

Poznámka: * počet uživatelů starších 18 let

** vypočítáno podle vzorce $x = (\text{počet uživatelů} / \text{počet osob 65+}) * 100$

Zdroj: MPSV, 2012 a vlastní dopočty

V oblasti zajištění dlouhodobé péče mají významnou úlohu rovněž zdravotní služby, a to jak v terénní (domácí zdravotní péče), tak pobytové formě (podrobně viz dále).

Podle údajů uvedených Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS, 2011a) poskytovalo ke konci roku 2010 v ČR službu domácí zdravotní péče 464 pracovišť, tuto službu využilo 143 tis. pacientů, z nich 79 % ve věku 65 let a více. Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pak bylo 7 398 lůžek ošetrovatelské následné péče v nemocnicích, 7 113 lůžek v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN) a 398 lůžek v hospicích, přičemž v LDN bylo v průběhu roku 2010 hospitalizováno 38 355 pacientů a v hospicích 3 592 (ÚZIS, 2011b). Podle statistik z roku 2010 (ÚZIS, 2011b) již několik let roste jak využití lůžek ošetrovatelské péče, tak také počet lůžek na odděleních následné ošetrovatelské péče v nemocnicích a počet lůžek vyčleněných pro sociální pobytové služby. Počet lůžek vyčleněných pro sociální pobytové služby se přitom zvýšil o 20 % oproti roku 2009. V roce 2010 poskytovalo tyto služby 79 zařízení ústavní péče na 1 438 lůžkách.

Výše popsané demografické trendy se začínají odrážet ve veřejných výdajích na zajištění péče o seniory. Podle údajů Eurostatu sestavených dle metodiky ESSPROS se výdaje na péči o seniory v ČR, zahrnující obecně výdaje na příspěvek na péči, ubytování a pomoc při vykonávání každodenních činností (v podmínkách ČR to představuje zejména výdaje na příspěvek na péči osobám po dosažení důchodového věku a výdaje zařízení poskytujících sociální služby cílové skupině klientů v seniorském věku, tj. například domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem), po období stagnace mezi léty 2003 a 2006 v intervalu 0,31 – 0,34 % HDP začaly v následujících letech (především v důsledku zavedení příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) postupně zvyšovat (v roce 2007 na 0,47 % HDP, v roce 2008 na 0,52 % HDP, v roce 2009 na 0,56 % HDP) na 0,57 % HDP v roce 2010. Růst veřejných výdajů je dále předpokládán zejména v souvislosti se zajišťováním dlouhodobé péče (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010).

Výsledky analýzy dat SHARE⁴⁹ (Kubalčíková, Havlíková, 2011) pro ČR poukazují na to, že podíl seniorů, jež jsou svým zdravotním stavem dlouhodobě omezováni při výkonu některé z každodenních činností, výrazně narůstá ve vyšších věkových skupinách. Zatímco ve věkové skupině 50 až 64 let bylo takových osob pouze 11 %, ve věkové skupině 75 + již 43

⁴⁹ The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Reprezentativní dotazníkové šetření pro populaci 50+ proběhlo v ČR na přelomu let 2006 a 2007.

%.⁵⁰ Také z údajů MPSV (2010) vyplynulo, že mezi osobami s přiznaným příspěvkem na péči (PnP) dominují osoby ve věku 76 a vyšším. Analýza počtu osob s přiznaným PnP ve vztahu k počtu seniorů ve věku 76+ pak ukazuje, že snížená soběstačnost byla v různém stupni uznána u 27 % seniorů z této věkové skupiny (MPSV, 2010; ČSÚ, 2011b - vlastní výpočty).

Statistická data a výzkumná šetření tak naznačují, že na pomoci druhých osob při vykonávání běžných denních aktivit začínají být čeští senioři závislí kolem věku 75 let, přičemž lze předpokládat, že z počátku se jedná jen o pomoc při výkonu některé z každodenních aktivit a potřeba intenzivnější péče přichází ještě ve vyšším věku, kdy se výrazně častěji vyskytují onemocnění typická pro tento věk: chronická kardiovaskulární onemocnění a onemocnění dýchacích cest (Blackman, Brodhurst and Convery 2001), trvalá omezení pohybového aparátu (Parker and Thorslund 2007), deprese (Copeland et al. 2004), geriatrická křehkost (Kalvach, Holmerová, 2008) a neurodegenerativní onemocnění, zejména pak Alzheimerova choroba (Alzheimer Europe, 2009; Fratiglioni et al. 2000).

Lze tedy očekávat, že důsledkem demografického stárnutí bude zvýšený nárůst požadavků na sociální a zdravotní péči, který s sebou může přinést i vyšší nároky na udržitelné fungování obou systémů. Na tuto situaci je nutné se připravit a realizovat kroky vedoucí k zefektivnění poskytování sociální a zdravotní péče.

Rozvoj systému péče o osoby s demencí, výcvikové programy a vzdělávání v této oblasti

Dle kvalifikovaného odhadu Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International je předpokládán nárůst počtu osob s onemocněním demence z 88 tisíc v roce 2000 na 227 tisíc v roce 2050 (cit. dle Válková, Kojesová, Holmerová, 2010), přičemž již v roce 2006 bylo odhadováno, že počet osob s demencí v ČR činí více než 123 000 (European Commission, 2009). Ačkoliv demencí netrpí pouze starší lidé, pravděpodobnost jejího vzniku podstatně s věkem vzrůstá⁵¹ a lze tak usuzovat, že zejména u věkové skupiny starších seniorů (85 +) budou zvýšené požadavky na zajištění odpovídající péče.

Nároky osob s demencí na péči se mění v závislosti na rozvoji jejich onemocnění. Podle *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA: podpora a péče lidem postiženým syndromem demence*⁵² ve stádiu počínající a mírné demence jsou nemocní relativně soběstační a potřebují pouze určitý dohled a dopomoc, nikoliv však nepřetržitě. V tomto stádiu postačuje pomoc zajišťovaná rodinnými příslušníky a pečovatelskou službou. Ve stádiu středně pokročilé až rozvinuté demence, které je provázeno omezenou soběstačností, dezorientací, potřebou pomoci v jednotlivých denních aktivitách a potřebou trvalého dohledu, je již poměrně obtížné zajistit odpovídající péči pouze s využitím rodinných pečovatelů a pečovatelské služby. Roste potřeba denních stacionářů a také zařízení s trvalým pobytem. V této fázi onemocnění může být péče poskytována v rámci pobytových sociálních služeb s odborně vyškoleným personálem. Stádium těžké demence již odpovídá potřebě zajištění zdravotní, resp. zdravotně sociální dlouhodobé péče. Terminální stádium pak jednoznačně vyžaduje kvalifikovanou zdravotní péči. Tuto zajišťují v rámci sociálních služeb domovy se zvláštním režimem⁵³ a v rámci zdravotnických služeb specializovaná pracoviště v rámci psychiatrických

⁵⁰ Tyto osoby pak nejčastěji byly svým zdravotním stavem omezeny v těchto aktivitách: práce spojené s údržbou domu a zahrady (30 %), obstarávání běžného nákupu (17 %), koupání (13 %), oblékání a obouvání (11 %), příprava teplého jídla (10 %) (Kubalčíková, Havlíková, 2011).

⁵¹ Prevalence onemocnění touto chorobou se výrazně zvyšuje od 85. roku věku: 85-89 let cca 20 %, 90-94 let 32 % a u věkové skupiny 95+ 31,6 % u mužů a 36 % u žen (Alzheimer Europe, 2009).

⁵² www.alzheimer.cz

⁵³ Nicméně tyto domovy jsou určeny i osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách. Z celkového počtu 217 zařízení tak bylo

léčeben a léčebny dlouhodobě nemocných. V průběhu všech fází onemocnění je důležité, aby osoby (rodinní příslušníci a profesionální personál) poskytující péči byly dostatečně obeznámeny se syndromem demence, komunikací s těmito pacienty a specifiky péče o ně. Současně je nezbytné během celého průběhu onemocnění dbát na respektování práv a důstojnosti osoby trpící demencí.

Péče o osoby trpící syndromem demence tedy zahrnuje jak rodinné pečující, tak sociální a zdravotní služby. Zajištění takové péče v odpovídajícím rozsahu a kvalitě tedy vyžaduje komplexní přístup a koordinovanou strategii. Mezinárodní společnost pro Alzheimerovu chorobu (Alzheimer's Disease International) již v roce 2009 formulovala doporučení pro národní vlády celého světa, aby uznaly demenci za prioritu v rámci své zdravotní politiky a aby vytvořily národní strategie poskytování služeb a podpory pro osoby s demencí a jejich rodiny (ADI, 2009). V lednu 2011 pak Evropský parlament přijal usnesení *o evropské iniciativě pro Alzheimerovu chorobu a jiné formy demence*, kterým mimo jiné vyzývá členské státy, aby vypracovaly národní dlouhodobé koncepce a akční plány v oblasti péče a prevence, které by předjímaly demografické trendy a řešily jejich sociálně-zdravotní důsledky. Zvýšená pozornost by měla být věnována i rodinám osob s demencí, které se o tyto nemocné starají. Cílem těchto akčních plánů má být zlepšení podmínek a kvality života pacientů postižených Alzheimerovou chorobou a jinými druhy demence i jejich rodinných příslušníků. Národní vlády mají rovněž vyčlenit odpovídající finanční zdroje potřebné k realizaci opatření navržených v těchto plánech.

Podle údajů zveřejněných Alzheimer Europe⁵⁴ národní akční plány péče o osoby s demencí a jejich rodinné příslušníky dosud přijaly tyto země EU: Anglie, Skotsko, Wales, Francie, Belgie, Nizozemí, Finsko, Norsko a Dánsko. Z těchto zemí byl pouze Finský akční plán schválen až po vyhlášení výše uvedeného usnesení Evropského parlamentu a může tak být inspirací, jak pracovat s prioritami vyhlášenými tímto usnesením. Finská národní strategie v oblasti Alzheimerovy choroby "National Memory Programme 2012-2020" stanovuje následující čtyři priority:⁵⁵

- 1) Podpora celoživotně zdravé mysli a prevence chorob souvisejících s pamětí. Zdraví mysli bude podporováno jak na osobní rovině, tak na rovině společnosti, a to včetně sociálních a zdravotních služeb a vzdělávání.
- 2) Podpora pozitivních postojů vůči lidem s demencí s cílem zajistit jejich základní lidská práva, včetně práva na nezávislost.
- 3) Dobrá péče a rehabilitace je chápána jako zásadní, stejně jako včasná diagnóza nemocí spojených s pamětí a jejich léčba. Zvláštní pozornost proto bude věnována celému systému péče a jeho kvalitě.
- 4) Podpora vysoce kvalitního výzkumu a kompetencí profesionálů, to znamená, že výzkum musí být adekvátně zajištěn zdroji tak, aby byl schopen podporovat výše zmíněné oblasti a zajistit jejich další rozvoj, včetně rozvoje znalostí a kompetencí zdravotnického personálu.

Dlouhodobá péče s ohledem na zajištění kontinuity a místní i časové dostupnosti

Dlouhodobá péče je obvykle definována jako spektrum zdravotních a sociálních služeb poskytovaných osobám, které jsou v důsledku chronického onemocnění nebo tělesného či duševního postižení dlouhodobě závislé na pomoci se základními každodenními činnostmi,

určeno pro seniory pouze 96 zařízení s celkovou kapacitou 4 621 lůžek (dle Registru poskytovatelů sociálních služeb, k 30.9.2012), což je kapacita pokrývající necelá 4 % odhadovaného počtu osob s demencí v roce 2006.

⁵⁴ <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Plans>

⁵⁵ <http://www.alzheimer-europe.org/EN/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Plans/Finland#fragment-1>

jako je hygiena, oblékání, schopnost použít toaletu, schopnost samostatně se najíst atd. (OECD, 2005).

S ohledem na výše popsaný trend demografického stárnutí se očekává i nárůst osob vyžadující dlouhodobou péči. Zatímco v roce 2007 bylo v ČR přibližně 258 000 nesoběstačných seniorů, lze předpokládat, že v roce 2060 stoupne jejich počet více než 2,5 krát, na 687 000 (European Communities, 2009). Současně s nárůstem potřených osob je predikován i růst finančních nákladů souvisejících s dlouhodobou péčí. Mezi léty 2007 a 2060 by se podle pomalého scénáře měly tyto náklady v ČR zvýšit o 166 % (z 0,2 % na 0,4 % HDP), podle rychlého scénáře dokonce o 244 %, na 0,5 % HDP (European Communities, 2009).

Dlouhodobá péče se nachází na hranici mezi zdravotní (služby dlouhodobé ošetrovatelské péče) a sociální péčí (sociální služby dlouhodobé péče), přičemž tuto péči a podporu často alespoň částečně poskytují neformální pečovatelé, například příbuzní či přátelé (OECD, 2011; Triantafyllou et al., 2010; Válková, Kojesová, Holmerová, 2010). V ČR se na zajištění dlouhodobé péče podílí celá škála sociálních a zdravotnických služeb, přičemž služby sociální péče jsou hrazeny zejména prostřednictvím příspěvku na péči a z veřejných zdrojů, zdravotní služby z veřejného zdravotního pojištění. Jak však upozorňuje řada autorů (např. Průša, 2011; Válková, Kojesová, Holmerová, 2010) tyto dva systémy - zdravotní a sociální - se dosud v oblasti zajištění dlouhodobé péče nepodařilo provázat a jejich činnost i organizaci koordinovat, což má za následek snížení kvality péče i nižší efektivitu, a to především z dlouhodobého hlediska. Detailní rozbor této situace diskutovaný v kontextu přístupů k dlouhodobé péči v různých zemích Evropy přináší *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR* (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010). V jeho rámci byly rovněž zformulovány základní principy, které by měly být respektovány při dalším rozvoji služeb pro seniory:

- respektování důstojnosti a autonomie seniorů;
- vzdělávání profesionálů poskytujících péči seniorům, úředníků státní správy a samospráv a rovněž samotných seniorů;
- respektovat princip subsidiarity, přičemž základní snahou by mělo být zajištění služeb pokud možno v domácím prostředí seniora a v podobě přizpůsobené jeho individuálním potřebám;
- zajištění kontinuity služeb;
- zlepšení kvality služeb v pobytových zařízeních;
- aplikace moderní geriatry a geriatricky modifikované medicíny;
- podpora rodinných pečujících.

Vytvoření funkčního a trvale udržitelného systému dlouhodobé péče patří mezi hlavní témata i evropské a mezinárodní agendy, nicméně obtížně bychom hledali jedno optimální řešení. Jak dokládá Marin et al. (2009), přestože je otázka dlouhodobé péče upravována řadou evropských strategických dokumentů,⁵⁶ nenalezli bychom v rámci sociální politiky EU žádnou jinou oblast, ve které by se členské státy více lišily. Různé rozdělení odpovědnosti (soukromá/rodinná - veřejná), různá organizace zdravotní a sociální péče a také rozdíly v definici hranice mezi zdravotní a sociální péčí vedou k velkým rozdílům, pokud jde o služby dlouhodobé péče, jejich organizaci a úlohu v systémech sociální ochrany jednotlivých členských států. Pojetí dlouhodobé péče sahá od universalistické koncepce založené na sociálních právech každého jedince, která je typická pro severské státy, až po minimalistické pojetí přítomné zejména v jihoevropských zemích, kde je veřejná dlouhodobá péče poskytována pouze tam, kde péči nemůže zajistit rodina či komunita a finanční prostředky osoby, která péči potřebuje,

⁵⁶ Evropská sociální charta, Evropská charta místní samosprávy, Rezoluce Rady Evropy, doporučení EU v rámci švédského předsednictví, podpora dlouhodobé péče zeměmi OECD, doporučení v rámci Zdraví 21 - Evropské strategie Světové zdravotní organizace.

nejdou dostatečné k zajištění péče poskytované podnikatelskými subjekty (Rothgang, Engelke, 2009).

V poslední době se však jeví, že ačkoliv přetrvává diverzita systémů zajišťujících dlouhodobou péči, přibližují se napříč různými státy strategické priority rozvoje těchto systémů. Podle výsledků dotazování uskutečněného ve 28 zemích OECD (OECD, 2011), považuje 85 % z nich za nejdůležitější prioritu zajištění fiskální a finanční udržitelnosti dlouhodobé péče. Na druhé příčce se umístily podpora a rozšíření domácí péče a rovněž zlepšení standardů kvality služeb poskytujících dlouhodobou péči, tyto oblasti vnímalo jako rovněž nejdůležitější 67 % zemí. Harmonizaci dlouhodobé péče se systémy zdravotní péče a podporu koordinované péče uvedlo jako nejdůležitější prioritu 52 % zemí. V neposlední řadě pak byla jako důležitá priorita vnímána podpora rozšíření neformální péče současně s podporou neformálních pečovatелů, a to včetně rodinných příslušníků; tento strategický cíl považovalo za nejdůležitější 29 % zemí, za důležité dalších 56 %.

Dostupnost a fungování sociálních služeb dle potřeb a životních situací seniorů

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

Stárnutí tak lze chápat jako proces, který v čase koinciduje se změnami funkčního a zdravotního stavu, změnami v rodinných a partnerských vztazích apod., což může ovlivnit dostupné formy uspokojování potřeb, např. v oblasti neformální pomoci a péče uskutečňované rodinnými příslušníky; nicméně je třeba zdůraznit, že formy uspokojení potřeb jsou také závislé na změnách v životním prostředí a dostupných službách (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008). Výzkum zaměřený na zjišťování představ samotných seniorů o tom, jaké parametry by měla naplňovat vhodná pomoc a péče, kterou by využili v situaci snížené soběstačnosti (Příhodová, Sýkorová, 2004), poukázal na to, že senioři usilují o to, aby byli co nejdéle v co největší míře soběstační, a silně odmítají nadměrnou a nevyžádanou pomoc. Další prioritou seniorů je jejich respektování jako autonomních a kompetentních osob, a to i v oblasti rozhodování o tom, zda a jakou pomoc potřebují. Vhodná pomoc by dále měla zohledňovat jejich individuální potřeby a možnosti, tak říkajíc být šita na míru, jak svým obsahem, tak časováním a cenou a měla by být kdykoliv k dispozici. Z hlediska volby mezi péčí rodiny, terénními a pobytovými službami dávali senioři přednost řešení jejich situace prostřednictvím pomoci a služeb poskytovaných v rámci jejich domácností, často kombinace péče rodiny s pečovatelskou službou. Pobytové služby byly seniory chápány jako východisko pro ty z nich, kteří jsou již velmi nemocní a nesoběstační, případně pro ty z nich, jimž pomoc z nějakého důvodu nemůže poskytnout jejich rodina.

Legitimita těchto potřeb a představ seniorů o jejich uspokojování je také formálně ve společnosti rozpoznána ve formě programových a ideových dokumentů,⁵⁷ ve kterých je obsažen - více či méně explicitní - požadavek respektu k jedinečnosti, důstojnosti a nezávis-

⁵⁷ Např. Vídeňský a Madridský akční plán 2002; Národní programy přípravy na stárnutí od roku 2003; Národní akční plány sociálního začleňování od roku 2004, Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009-2012.

losti seniora, požadavek spolupráce generací, součinnosti jedinců a institucí a spolupráce veřejného, neziskového a komerčního sektoru při jejich dosahování, přičemž rodina je chápána jako základní článek společnosti, který vytváří bezpečný prostor pro život seniorů. Uznání potřeb seniorů v oblasti sociální pomoci a péče i v lokálních a regionálních politikách odráží skutečnost, že cílová skupina „senioři“ je tematizována ve většině střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb krajů a obcí v ČR (Bareš, 2010).

Empirická šetření však dokládají, že implementace těchto strategických dokumentů a priorit v nich obsažených do praxe se v českých podmínkách ukazuje být dosti dlouhým až zdoluhavým procesem. Například Průša a kol. (2010: 16) na základě provedených výzkumů konstatují, že „současné evropské trendy projevující se v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů, se v naší zemi zatím uplatňují pouze ve velmi omezeném měřítku.“ Mezi další potíže patří tendence sociálních služeb kumulovat se ve větších obcích na úkor periferních oblastí (Bareš, 2009; Kubalčíková, 2011; Musil, 2006), nízká kapacita a dostupnost odlehčovacích služeb a tísňové služby (srov. tab. 16 výše), pomalý rozvoj ICT a asistivních technologií (viz dále) a nedostatečná podpora péče, která je poskytovaná rodinnými příslušníky (viz dále).

I když škálu nabízených sociálních služeb a jejich dostupnost nelze zatím považovat za optimální vzhledem k percipovaným potřebám seniorů, je třeba pozitivně ocenit zvyšování jejich kvality s využitím nástrojů, jako jsou Standardy kvality sociálních služeb a inspekce poskytování sociálních služeb (Musil a kol., 2009). Od ledna 2012 dále byly změnou zákona o sociálních službách uskutečněny první kroky směřující ke zvyšování kvality péče poskytované neformálními pečovateli z řad nikoliv příbuzných osob. Tito pečovatelé se nově nazývají *asistenti sociální péče* a mají povinnost s osobou, o níž pečují, uzavřít smlouvu vymezující jak rozsah, tak místo a čas pomoci. Lze předpokládat, že smluvní vymezení těchto skutečností tak poněkud usnadní kontrolu poskytované péče, jež byla do této doby velmi nesnadná, ba téměř nemožná (Musil a kol., 2011), a může tak být jedním z prostředků, kromě vzdělávání, jak zvýšit kvalitu neformální péče. Nutnost uzavření smlouvy s osobou, jíž je péče zajišťována, by však měla být pouze prvním krokem na cestě k zajištění kvality péče poskytované těmito poloformálními pečovateli. Například v Německu jsou zákonem předepsány pravidelné (četnost se zvyšuje se stupněm závislosti) podpůrně-kontrolní návštěvy profesionálním pečovatelem u osoby, které je péče poskytována rodinnými pečujícími v rámci systému, jež je obdobou našeho příspěvku na péči.⁵⁸ Ve Španělsku jsou od roku 2010 stanovena pravidla, která musí být splněna, aby vzniklo oprávnění k finančnímu příspěvku na péči poskytovanou v rodinném prostředí, jejichž cílem je zajistit kvalitu této péče (Triantafillou et al., 2010).

Jako klíčový faktor rozvoje sociálních služeb v ČR se ukazuje být současný systém jejich financování. Podle analýz Průši a kol. (2010) představuje závislost poskytovatelů služeb sociální péče na každoročním přiznání dotací hlavní důvod stagnace celého systému poskytování sociálních služeb. V rámci dotazníkového šetření mezi poskytovateli sociálních služeb (Průša a kol., 2010) se nedostatek financí umístil na prvním místě mezi nejčastějšími potížemi, s nimiž se poskytovatelé potýkají (41 % dotázaných). Na základě analýzy současného stavu a vybraných zahraničních modelů financování sociálních služeb doporučují Víšek a Průša (2012) provést v systému financování následující opatření: změny v systému příspěvku na péči, vytvoření podmínek pro uplatnění tržního principu v oblasti poskytování sociálních služeb⁵⁹ a systémové propojení oblastí plánování, registrace a financování sociálních služeb.

Závěrem dodejme, že zprávy z mezinárodních projektů zaměřených na péči o seniory dokládají, že tento sektor se velmi dynamicky rozvíjí, ať se již jedná o metody plánování

⁵⁸ <http://www.welfenpflege.de/pflegeberatungseinsatz-nach---37-3--sgb-xi.html>

⁵⁹ Předběžné výsledky mezinárodního projektu HELPS (2012) nicméně naznačují, že tento princip se při poskytování sociálních služeb určených pro seniory alespoň v prostoru stření Evropy prosazuje jen pozvolna.

péče, case management, posouzení potřeb pečovaných a pečujících (Triantafillou et al., 2010), inovativní praxe v oblasti podpory péče v domácím prostředí (EUROFAMCARE, 2006b), aktivizaci a sociální integraci seniorů (Q-AGEING, 2012), vývoj a aplikace ICT a AS (AAL JP, 2012) a tak dále; lze tak i v českém prostředí očekávat nejen změny v právě diskutovaném systému financování sociálních služeb, ale i v oblasti jejich poskytování.

Podmínky pro pečující rodinné příslušníky a jejich účast na péči

Výzkumy realizované v evropském prostředí dokládají, že rodinní pečovatelé mají nezastupitelnou roli v systému sociální péče o osoby se sníženou soběstačností, svou činností přispívají výrazně ke kvalitě života těchto osob a nezanedbatelnou měrou šetří veřejné výdaje (Anderson, Parent, 2000). Na základě výzkumu realizovaného v rámci zemí střední Evropy se jeví, že rodinní pečovatelé zajišťují sami, případně ve spolupráci s terénní sociální službou, péči přibližně o 80 % osob, které jsou kvůli svému zhoršenému zdravotnímu stavu závislé na pomoci druhých, pouze v Německu se rodinní pečovatelé podíleli na péči „jen“ ve 46 % případů (HELPS, 2012). Ačkoliv reprezentativní výzkumné šetření rodinných pečovatelů nebylo v ČR dosud realizováno, na základě administrativních dat příspěvku na péči a dat SHARE lze usuzovat, že se na péči podílejí u 70 a 80 % osob se sníženou soběstačností (srov. EC, 2012; HELPS, 2012; MPSV, 2010). Jelikož rodinní pečovatelé v ČR nepobírají žádnou mzdu a jejich odměna za péči se pohybuje maximálně ve výši příspěvku na péči (800 Kč až 12 000 Kč) a případně doplatku do životního minima v rámci systému hmotné nouze (max. 3 410 Kč), jestliže se kvůli péči o rodinného příslušníka museli vzdát zaměstnání, je zřejmé, že péči zajišťují výrazně levněji než pobytové služby sociální péče (v roce 2011 dosahovaly průměrné celkové měsíční náklady na jednoho klienta v domově pro seniory výše 21 070 Kč, dle HELPS, 2012). Kupříkladu ve Velké Británii tak rodinní pečovatelé ušetřili státnímu rozpočtu 119 miliard liber za rok (Carers UK, 2009).

Péči zajišťovanou rodinnými pečovateli lze rozdělit do tří hlavních skupin (Triantafillou, 2010):

- 1) osobní péče a činnosti spojené s rutinními aktivitami každodenního života (např. koupání, pomoc při jezení, oblékání);
- 2) domácí práce (např. uklízení, vaření, nakupování, praní);
- 3) zjišťování sociálního kontaktu a emoční podpory (naslouchat nebo jen být přítomen) a dále podporovat sociální inkluzi osob závislých na péči druhých, nebo činnosti zaměřené na pomoc s administrativními úkony (např. placení účtů, kontakt s úřady).

Ačkoliv jsou rodinní pečovatelé spojováni především s pomocí zajišťovanou v domácím prostředí, Milligan (2009) argumentuje, že i v situaci, kdy zdravotní stav rodinného příslušníka vyžaduje přechod z domácí péče do pobytového zařízení, je pro zachování kvality života seniora důležité, aby se jeho rodinní příslušníci mohli i nadále určitou měrou podílet na zajištění potřebné péče; k tomu ovšem musí být v těchto zařízeních vytvořeny vhodné podmínky.

Mezinárodní data dále dokládají, o jak náročnou činnost se v případě péče poskytované rodinnými pečovateli jedná. Ve Velké Británii poskytovalo 21 % pečovatelů péči v objemu 50 a více hodin týdně, přičemž 10 % ze všech rodinných pečovatelů trpělo v přímém důsledku stresu a fyzické náročnosti pečovatelské činnosti zhoršeným duševním a fyzickým zdravím (Carers UK, 2009). Sonda do života českých rodinných pečovatelů (Kroutilová, Nováková, Jandzíková, 2012) zaměřená na kvalitu života osob pečujících o osoby starší 18 let, kterým byl přiznán PnP ve III. a IV. stupni závislosti, přinesla podobné výsledky: 72 % dotázaných poskytovalo péči bez pravidelného odpočinku, 44 % se necítilo zdrávo a 35 % trpělo častěji

stavy smutku a deprese. K těmto výsledkům může přispívat také fakt, že 92 % dotázaných se alespoň někdy cítilo být na všechno samo.

Úroveň podpory rodinných pečovatelů v ČR je podle Michalíka (2010) spíše nízká, přičemž zejména upozorňuje na malou dostupnost (prostorovou i finanční) služeb respektive péče, na nevyhovující bytové podmínky pro domácí péči a riziko pádu pečující rodiny do chudoby v situaci, kdy je náročnost péče taková, že se pečující osoba musí vzdát své výdělečné činnosti. Rezignace na výdělečnou činnost během poskytování péče členu rodiny dále znamená pro nemalou část pečujících osob potíže s nalezením zaměstnání po ukončení péče, neboť spadají do rizikové skupiny na trhu práce 55+, potažmo jsou rodinní pečovatelé za svou péči „odměňováni“ trvale nižším starobním důchodem.⁶⁰ Nedostatečná je rovněž podpora ve formě příslušných vzdělávacích kurzů a specializovaného poradenství zaměřeného na bio-, psycho-, sociální- aspekty péče poskytované rodinnými příslušníky, včetně promýšlení vhodných a kreativních forem poskytování tohoto poradenství (srov. EUROFAMCARE, 2006a).

Ačkoliv tedy rodinní pečovatelé hrají klíčovou roli v systému dlouhodobé péče v ČR, jejich sociálně-ekonomický status je nejasný a rovněž v oblasti sociální práce nejsou rozpoznáni jako specifická cílová skupina zasluhující podporu (srov. Hubíková, 2012). Jako východisko pro nastavení společenské pozice a podpory rodinných pečovatelů by mohla posloužit Evropská charta rodinných pečovatelů,⁶¹ kterou Repková (2009) používá jako referenční rámec pro rozbor stavu podpory neformálních pečovatelů na Slovensku. Repková na základě tohoto dokumentu definuje podporu neformálních pečovatelů jako veřejný zájem a vymezuje i oblasti, jichž by se tato podpora měla především týkat (Repková, 2009: 17-19):

- 1) poskytnutí oficiálního statusu rodinným pečovatelům a zabezpečení jejich příjmu,
- 2) formální uznání rodinné péče v systému zdravotní a sociální ochrany,
- 3) podpora zaměstnanosti rodinných pečovatelů - podpora sladování péče a zaměstnání (flexibilní pracovní podmínky, zkrácené pracovní úvazky), zvýšená péče věnovaná uchazečům o zaměstnání, kteří se vrací po delší době pečovatelské činnosti zpět na trh práce, využívání evropských fondů k podpoře zaměstnanosti těchto pracovníků,
- 4) rozvoj terénních a ambulantních odlehčovacích služeb,
- 5) podpora informovanosti a občanských iniciativ sdružujících osoby se zdravotním postižením a jejich příbuzné.

Rovněž zpráva OECD (2005) zdůrazňuje, že rodinní pečující nemohou být považováni jen za samozřejmý zdroj péče, ale i oni vyžadují podporu, a to různými způsoby. Zpráva dále uvádí několik úspěšně implementovaných forem podpory rodinných pečujících, např.:

- národní strategie, definování potřeb pečujících, podpůrné služby (Austrálie, Velká Británie, USA),
- právo na posouzení potřeb pečujících (Velká Británie),
- respektive péče a služby, nárok na dovolenou v péči (dle místních podmínek),
- služby zaměřené na rodinné pečující (konzultace, edukace, psychologická podpora, supervize, svépomocné skupiny....),
- započtení doby pečování do penzijního systému (Německo, Velká Británie),
- finanční kompenzace za ušlou mzdu v době poskytování péče (Austrálie, Kanada, Irsko, Švédsko, Velká Británie).

⁶⁰ Statistická data pro ČR nemáme k dispozici, nicméně z reprezentativního výzkumu rodinných pečovatelů realizovaného v roce 2007 na Slovensku vyplynulo, že 47 % pečujících osob bylo ve věku 51-64 let (Repková, 2009), a lze se domnívat, že údaje za české pečovatele budou podobné.

⁶¹ <http://www.coface-eu.org/en/>

Dalším příkladem podpory zaměstnanosti rodinných pečovatелů, kromě těch uvedených výše, může být praxe zavedená v Německu (HELPS, 2012). Všechny zaměstnané osoby zde mají právo až na 10 dní neplaceného volna, aby mohli zajistit odpovídající péči o člena rodiny při náhle vzniklé potřebě péče. Dále osoby, které jsou zaměstnány ve firmách s alespoň 15 zaměstnanci, mají právo až na 6měsíční neplacené volno určené k péči o blízkého příbuzného v jeho domácnosti. Během této doby nemůže být zaměstnanec propuštěn a je „státním“ pojištěncem v rámci pojištění pro dlouhodobou péči.

Zajímavou praxí v oblasti informovanosti a vzdělávání rodinných pečovatелů je program uplatňovaný v rakouské spolkové zemi Burgenland (HELPS, 2012). Rodinní pečovatелé mají 2x ročně nárok na bezplatnou návštěvu profesionální zdravotní sestry, která se jednak specializuje na poradenství v oblasti domácí péče (dostupné služby, příspěvky, kompenzační pomůcky, vzdělávací kurzy atd.) a může tedy rodinnému pečovateli poradit v klidu jeho domova a na míru jeho potřebám. Dále je schopna kvalifikovaně poradit přímo v oblasti péče o danou osobu, včetně ukázky praktických postupů při jednotlivých úkonech péče. Tato praxe tak umožňuje pečujícímu konzultovat postup péče v kontextu měnícího se zdravotního stavu osoby, o kterou pečuje, a společně se zdravotní sestrou hledat takové postupy péče, které jsou pro danou osobu a v daných domácích podmínkách vhodné a proveditelné.

Informační a komunikační technologie (ICT) a služby asistovaného života (AS⁶²) v ČR

Nové ICT a služby asistovaného života představují podle Milligan (2009) způsob, jímž rozvinuté kapitalistické ekonomiky usilují o řešení celého spektra problémů souvisejících se zdravím. Vlády napříč severoamerickými a evropskými zeměmi prohlašují, že růst v oblasti využívání ICT a AS je klíčovým bodem jejich strategických programů zaměřených na zajištění péče stále rostoucího počtu seniorů (Department of Health, UK, 2008; Hogenbirk et al., 2005; Mort et al., 2008). Rovněž EU disponuje vlastním strategickým dokumentem, v roce 2007 přijala Evropská Komise *Akční plán pro důstojné stáří v informační společnosti*.⁶³

Podle Milligan (2009) zahrnují AS a ICT široké spektrum podpůrných zařízení a systémů, které jednak uschopňují jedince vykonávat činnosti, jichž by jinak vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebyli schopni, případně zvyšují jistotu a bezpečnost, s níž jsou tyto činnosti vykonávány, a dále umožňují včasnou diagnostiku zdravotního problému či ataky, zajišťují 24/7 monitoring v rámci domácího prostředí a zlepšují činnosti poskytované již zavedenými pečovatelskými a ošetrovatelskými službami.

Nezastupitelný význam pak asistivní technologie mají pro seniory, kteří žijí sami a např. v případě pádu či jiného akutního zdravotního problému pro ně může být nemožné zavolat si sami pomoc prostřednictvím běžných komunikačních technologií. Podle statistik Eurostatu (2012) žila v roce 2011 v ČR téměř třetina (32,4 %) z těch seniorů ve věku 65+, kteří nebyli klienty pobytových sociálních služeb, ve svém bytě či domě sama. Dostupnost tísňové péče, která jako jediná v českém systému sociálních služeb explicitně zahrnuje využívání ICT, tak může výrazně přispět k zachování dosavadní kvality jejich života a naopak.

Přínos těchto technologií je však očekáván mnohem širší (Bayer, Barlow, Curry, 2007; Overview, 2010). Kromě již zmíněného potenciálu AS a ICT zachovat kvalitu života a

⁶² Jednu z prvních ucelených definic poskytuje zákon o asistivních technologiích (USA) z roku 1998, který se odkazuje na **Asistivní (nebo také adaptivní) technologie**. Dle uvedeného zákona AT obvykle zahrnují výrobky, zařízení nebo vybavení, ať už běžně získané, modifikované nebo upravené, které se používají k udržení, zvýšení nebo zlepšení funkčních schopností osob se zdravotním postižením (zdroj: http://en.wikisource.org/wiki/Assistive_Technology_Act_of_1998#Sec._3.)

⁶³ http://ec.europa.eu/information_society/activities/einclusion/policy/ageing/action_plan/index_en.htm

nezávislost širokému spektru lidí, kteří by jinak nebyli schopni žít nezávisle ve svém bytě či domě, je kalkulován i ekonomický efekt. Jednotlivé vlády od těchto technologií očekávají, že povedou ke snížení počtu osob, o které bude nutné pečovat v pobytových zařízeních sociálních a zdravotních služeb, a tím bude redukován i růst finančních nákladů na zajištění této péče. Například v Německu by podle provedených analýz zavedení mobilního zdravotního monitoringu mělo umožnit dřívější propuštění pacienta z nemocnice a uspořit až 1,5 miliardy EUR ročně (Overview, 2010). Ministerstvo zdravotnictví Velké Británie zase odhaduje, že využívání ICT povede k redukci návštěv u praktických lékařů až o 40 %, počtu hospitalizací o 50 % a zkrácení doby hospitalizací také o 50 % (Overview, 2010).

Podle závěrů expertní skupiny, která připravovala *Koncepci rozvoje technologií a služeb asistovaného života pro seniory*, schválenou usnesením vlády ČR ze dne 19. 10. 2011, však je situace v ČR v této oblasti značně neuspokojivá, přičemž upozorňují zejména na tyto nedostatky:

- Oblast ICT a AS pro seniory spadá do působnosti různých rezortů, což může být při nedostatečné meziřesortní spolupráci překážkou pro sjednocení cílů politik v krátkodobém i dlouhodobém horizontu a pro efektivní vynakládání finančních prostředků.
- Kromě sociální služby tísňové péče nejsou v ČR implementovány další služby asistovaného života, které by napomohly seniorům v delším setrvání v jejich přirozeném domácím prostředí a zároveň zvyšovaly kvalitu jejich života.
- Služby TP jsou poskytovány roztržštěně, což má negativní důsledky:
 - o z územního hlediska - služba TP není rozložena rovnoměrně na celém území ČR,
 - o z hlediska poskytovatele - poskytovatelé služby TP vzájemně nespolupracují, sami o sobě často neví,
 - o z technického hlediska - není věnována dostatečná pozornost otázce standardizace, kdy by jednotlivá zařízení lokálních poskytovatelů v případě budoucího propojení potřebovala být navzájem přizpůsobena,
 - o z finančního hlediska - neefektivně vynakládané finanční zdroje ze státního rozpočtu jednotlivým lokálním poskytovatelům.

EU již od roku 2008 podporuje rozvoj ICT a AS pro seniory v jednotlivých členských státech, a sice prostřednictvím možnosti zapojit se do mezinárodního programu The Ambient Assisted Living Joint Programme (AAL JP). ALL JP je financován Evropskou komisí a je plánován na období 2008 až 2013. Hlavním cílem programu (AAL JP, 2012) je zvýšit kvalitu života starších lidí a posílit průmyslovou základnu v Evropě s využitím ICT, a to prostřednictvím podpory vytváření a poskytování:

- nových modelů poskytování služeb a péče, které zvýší nezávislost seniorů a podporu neformálních pečovatелů;
- nových možností pro seniory, jak zůstat aktivní a ve spojení s okolní společností, včetně podpory dobrovolnictví či vzájemné výpomoci;
- aktivních a důvěryhodných sítí, které budou poskytovat široké spektrum podpory formálním i neformálním pečovatелům a rovněž profesionálům.

Dosud se programu účastní 20 členských států EU a 3 asociované země, zatím bez účasti ČR. Partnerské státy vytvářejí každý rok společný program obsahující témata, na která se mají podávané projekty zaměřit. V rámci již zveřejněných 4 výzev bylo, či je realizováno 102 projektů, které zahrnují produkty, systémy a zboží, které byly vyvinuty během spolupráce stovek malých a středních firem, výzkumných a uživatelských organizací a dalších subjektů napříč Evropou (AAL JP, 2012). Například, výsledkem tříleté spolupráce 10 organizací ze Švédska, Německa, Rakouska, Řecka, Španělska a Itálie je *AGNES - vůči uživateli citlivý*

domácí systém pro úspěšné stárnutí v sítích propojené společnosti (ALL JP, 2012). AGNES poskytuje základní ICT platformu, aby bylo možno vytvořit a udržovat pro jednotlivé starší osoby snadno použitelné webové sociální sítě. Tato platforma je pak využívána ke stimulaci této starší osoby. Aktuální informace o aktivitách seniora a jeho subjektivním stavu jsou přenášeny do sítě a umožňují tak včasnou a na míru ušitou intervenci, pomoc a péči. Platforma tak umožňuje zlepšit a udržovat kvalitu života a nezávislosti seniorů žijících ve svých domovech a snížit náklady na zdravotní péči. Projekt je zaměřen na cílovou skupinu seniorů s onemocněními, jako jsou mírné kognitivní poruchy. Neformální pečovatelé, přátelé a rodinní příslušníci mají díky systému lepší přístup k informacím o daném senioru a jeho aktuálním stavu, mají možnost zůstat v kontaktu i na dálku a vzájemně sdílet své aktivity.

Sociální práce na obcích a riziko sociálního vyloučení starších osob a seniorů ve venkovských oblastech

Podle výsledků z posledního Sčítání lidu, domů a bytů 2011 (citováno dle HELPS, 2012) žilo 570 748 (tj. 34 %) seniorů ve věku 65+ ve velkých městech (tj. 50 000+ obyvatel), nicméně 45,2 % (757 218 osob) žilo v obcích do velikosti 5 000 obyvatel. Skutečnost, že téměř polovina osob starších 65 let žije na malých obcích a v oblastech venkovského typu přináší zvýšené riziko jejich sociálního vyloučení, a to zejména v situaci, kdy jsou tyto oblasti nedostatečně propojeny veřejnou dopravou s většími městy (srov. sociálně-demografickou sondu in Havlíková, 2010), a služby včetně těch sociálních se soustřeďují právě ve městech (Bareš, 2009; Kubalčíková, 2011). Potřeby seniorů žijících v těchto oblastech tak mohou mizet ze zorného úhlu jak praktiků, tak místních politiků.

Ačkoliv zákon o sociálních službách ukládá, případně umožňuje, obcím řadu činností směřujících ke zvýšení dostupnosti sociálních služeb a služeb sociální práce pro jejich občany, aktuální výzkumy (Musil a kol., 2012; Musil, Bareš, Havlíková, 2011) poukazují na to, že nejen výše zmíněná dostupnost sociálních služeb, ale i výkon samotné sociální práce na menších obcích (II. a I. typu) je značně omezen, či vůbec absentuje; na obcích III. typu jsou pak určité činnosti sociální práce realizovány, avšak po reformě, tj. od 1. 1. 2012, jejich praktický výkon namnoze provází nejistota, bezradnost a těkání mezi bezbřehostí a výrazně zúženým pojetím této agendy. Hrozí tak riziko, že jestliže se senioři žijící v malých obcích a na venkově octnou v obtížné životní situaci (např. zhoršení schopnosti vykonávat činnosti každodenního života, finanční potíže, osamělost, týrání), nebudou se mít na koho obrátit o pomoc a radu.

Pozorovaný stav je patrně částečně průvodním jevem rané fáze implementace sociální reformy, nicméně bezradnost sociálních pracovníků obcí III. typu, jak po reformě vykonávat sociální práci pro obec, a zejména dlouhodobá řídká až mizivá přítomnost sociální práce na obcích nižšího typu, poukazují na hlubší kořeny tohoto stavu. Ty tkví jednak v přetrvávajících potížích v oblasti profesionalizace oboru sociální práce v ČR (zejména vymezení cílů, činností, metod a podmínek výkonu profesionální sociální práce a jejich uplatňování v praxi, srov. tematická čísla profesního časopisu Sociální práce /Sociálna práca 2/ 2008 a 3/2009 a Musil, Bareš, Havlíková, 2011), a dále v nízké prestiži a významu této profese jak mezi zástupci ostatních pomáhajících profesí (Musil a kol. 2011), tak v očích veřejnosti a co je zvláště významné v očích místních samospráv (srov. sondu Kubalčíkové, 2010). Lze se tedy domnívat, že bez zvýšení prestiže a jasného legislativního vymezení cílů, činností, metod a podmínek výkonu profese sociálního pracovníka (Musil, Bareš, Havlíková, 2011) bude velmi obtížné zajistit seniorům ve venkovských lokalitách zlepšení jejich situace v oblasti dostupnosti kvalitního sociálního poradenství, činností sociální práce a nabídky sociálních služeb. Nutno podotknout, že nová legislativní úprava výkonu sociální práce by se neměla soustřeďovat pouze na sociální pracovníky, ale měla by zahrnovat i pracovníky v sociálních službách, např. „pečovatelky“ v rámci pečovatelské služby či v domovech pro seniory. Tito se totiž v

ČR stali nedílnou součástí praktického výkonu řady činností sociální práce, nicméně kvalifikační požadavky kladené zákonem o sociálních službách na tyto pracovníky takovým činnostem neodpovídají (Bareš, 2011; Havlíková, 2009).

Podle Locke a Winship (2005) nelze zcela jednoznačně říct, že by sociální práce ve venkovských oblastech představovala samostatný obor v rámci sociální práce, přesto však studiem dosavadních výzkumů realizovaných v USA dospěli k závěru, že sociální pracovníci působící v těchto oblastech a na malých městech by měli disponovat řadou specifických znalostí a dovedností. Především by měli být „universalisty“ v sociální práci, tj. znát problematiku všech cílových skupin a celou škálu metod intervence. Dále by se sociální práce v tomto prostředí měla zaměřovat nejen na individuální sociální práci, ale také na rozvoj místní komunity. Sociální pracovník by také měl znát všechny sociální služby v regionu, relevantní instituce a úřady v dané oblasti, umět s nimi efektivně jednat a pokud možno mít navázané i osobní kontakty. Rovněž dobrá znalost místních poměrů je žádoucí. Sociální práce na vesnicích a malých městech pak v neposlední řadě vyžaduje i specifické osobnostní rysy sociálního pracovníka, zejména schopnost sebeřízení, kreativitu a také odolnost vůči neformálním tlakům v rámci místní komunity.

Přestože je zřejmé, že profesionální výkon sociální práce na malých městech a ve venkovských lokalitách je žádoucí s ohledem na kvalitu života obyvatel žijících v těchto oblastech a naplňování jejich sociálních práv, leží téma sociální práce na obcích překvapivě mimo zájem výzkumníků a odborné publikační činnosti v českém (např. tomuto tématu nebylo dosud věnováno ani jedno číslo profesního časopisu Sociální práce/Sociálna práca), tak i mezinárodním prostředí (Plugh, 2003; Plugh, Cheers, 2010). Nicméně Plugh a Cheers (2010) jsou přesvědčeni, že tato oblast si výzkumné pozornosti zaslouhuje, jednak proto, že ve venkovských oblastech žije i v rozvinutých společnostech západního typu nezanedbatelná část populace, a dále proto, že analýza přístupů uplatňovaných v rámci sociální práce realizované na venkově by podle jejich názoru přinesla obohacení i pro samotný obor sociální práce, a to jak v oblasti teorie, tak metod.

Reference

AAL JT. (2012). „Catalogue of Projects 2012“, Ambient Assisted Living Joint Programme (AALJP),
online: http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2012/08/AALCatalogue2012_V7.pdf

ADI (2009): „World Alzheimer Report 2009“, London: Alzheimer’s Disease International.
on-line <http://www.alz.co.uk/research/world-report>

Age Concern: How Ageist is Britain? (2005). Online. Age Concern (Cit, 26.5.2007). Staženo
z <http://kar.kent.ac.uk/24312/1/HOWAGE~1.PDF>

Alzheimer Europe. (2009). „Prevalence of dementia in Europe“,
on-line <http://www.alzheimer-europe.org/ØEN/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe>

Anderson, M. - Parent, K. (2000). „Care in the Home: Public Responsibility - Private Roles?“,
Ontario: Queen’s University

Antonucci, T. C. - Birditt, K. S. - Akiyama, H. (2009). Convoys of social relations: An
interdisciplinary approach. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Putney & M. Silverstein (Eds.),
Handbook of theories of aging (2 ed., pp. 247-260). New York: Springer Publishing

Atchley, R. (2009). Spirituality and Aging. Baltimore: The Johns Hopkins UP. ISBN978-0-
8018-9119-9

Aylaz, R. - Aktürk, Ü. - Erci, B. - Oztürk, H. - Aslan, H. (2012). Relationship between
depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. Archives of
Gerontology and Geriatrics, Volume 55, Issue 3, November - December 2012, Pages 548–
554. <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006>

Bareš, P. (2009). „Regionální dostupnost sociálních služeb“, Praha: VÚPSV, v.v.i.

Bareš, P. (2010). „Priority krajů a obcí pro oblast sociálních služeb pro seniory a osoby se
zdravotním postižením“, In: Sociální práce/ Sociálna práca, č. 4, roč. 10, s. 76-84

Bareš, P. (2011). „Vybrané údaje o personálním zajištění sociálních služeb pro seniory a
osoby se zdravotním postižením“, In: Fórum sociální politiky, č. 2, roč. 5, s. 22-26

Bayer, S. - Barlow, J. - Curry, R. (2007). „Assessing the impact of a care innovation:
telecare“, In: Systems Dynamic Review, roč. 23, č. 1, s. 61-80

Bazzini, D. - McIntosh, W. - Smith, S. - Cook, S. - Hariss, C. The ageing woman in popular
film: Underrepresented, unattractive, unfriendly, and unintelligent. Sex Roles, 1997, roč. 36,
č. 7/8, s. 531-543. ISSN 0360-0025

Beam, M. R. - Chen, C. - Greenberger, E. (2002). The nature of adolescents’ relationships
with their “very important” nonparental adults. American Journal of Community Psychology,
30, 305-325

Blackman, T. - Brodhurst, S. - Convery, J. (2001). „Social Care and Social Exclusion: A Comparative study of Older People’s Care in Europe“, London: Palgrave

Burkhauser, R. V. - Butrica, B. A. - Wasylenko, M. J. (1995). Mobility Patterns of Older Homeowners Are Older Homeowners Trapped in Distressed Neighborhoods? *Research on Aging*, 17(4), 363-384

Burton, G. - Jiráček, J. (2001). Úvod do studia médií. Brno: Barrister & Principal. ISBN 8085947676

Carers UK. (2009). „Facts about carers“, In: Policy Briefing, June 2009, s. 11. online: http://www.carersuk.org/media/k2/attachments/Facts_about_Carers_2009.pdf

Cimbáliková a kol. Age Management. Komparativní analýza podmínek a přístupů využívaných v České republice a Finsku. Asociace institucí vzdělávaných dospělých ČR, 2011, ISBN 978-80-904531-2-8

Clemens Tesch-Roemer, Active Ageing and Quality of Life, United Nations Economic Commission for Europe, Geneva 2012

Cohen-Mansfield, J. - Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(02), 279–294. doi:10.1017/S1041610206004200

Copeland, J.R.M. - Beekman, A.T.F. - Braam, A.W. - Dewey, M.E. - Delespaul, P. - Fuhrer, R. - Hooijer, C. - Lawlor, B.A. - Kivela, S.-L. - Lobo. A. - Magnusson, H. - Mann, A.H. - Meller, I. - Prince, M.J. - Reischies, F. - Roelands, M. - Skoog, I. - Turrina, C. - deVries, M.W. - Wilson, K.C.M. (2004): „Depression among older people in Europe: the EURODEP studies“, In: *World Psychiatry*, roč. 3, č. 1, s. 45-49.

Cutler, D. M. - Lleras-Muney, A. Education and Health: Evaluating Theories and Evidence, NBER Working Paper No. 12352, 2006, Online [<http://www.nber.org/papers/w12352>]

Česká republika v Bílé knize o důchodových systémech v EU, tisková zpráva, 22.2.2012, MPSV ČR, dostupné na http://www.mpsv.cz/files/clanky/12548/tz_220212b.pdf

ČSÚ (2012). Informační technologie v domácnostech a mezi jednotlivci. Online [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/domacnosti_a_jednotlivci]

ČSÚ (2009). Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065 on-line <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

ČSÚ (2011a). Demografická ročenka ČR 2010 on-line <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4019-11>

ČSÚ (2011b). Statistická ročenka České republiky 2011 on-line <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/0001-11-2010>.

ČSÚ. Důchodci a jejich aktivita na trhu práce. Praha: 2010 [on-line] [cit. 29. 9. 2012] Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/77D200489915>

ČSÚ. Obyvatelstvo-roční časové řady. Praha: 2012 [on-line] [cit. 24. 9. 2012]
http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu

ČSÚ. Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065. Praha: 2009. [on-line] [cit. 24. 9. 2012] Dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4020-09>

De Luce, J. Silence at the newsstands. *Generations*, 2001, roč. 25, č. 3, s. 39 – 44. ISSN 0738-7806.

Department of Health, UK. (2008). „The Preventative Technology Grant“, online: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_5464107.

Deuster, L. - Christopher, S., Donovan, J. - Farrell, M. (2008). A method to quantify residents' jargon use during counseling of standardized patients about cancer screening. *Journal of General Internal Medicine*. Dec;23(12):1947-52.

Dykstra, P. - van Tilburg, T. - de Jong Gierveld, J. 2005. Changes in Older Adult Loneliness: Results From a Seven-Year Longitudinal Study. *RESEARCH ON AGING*, Vol. 27 No. 6, 725-747. DOI: 10.1177/0164027505279712

EHEMU (European Health Expectancy Unit). (2005). „Are we living longer, healthier lives in the EU? Disability-Free Life Expectancy (DFLE) in EU Countries from 1991 to 2003 based on the European Community Household Panel (ECHP)“, on-line http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_08_rep2_en.pdf

Eurobarometer 378 (2012). Active ageing.
Online [http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf]

Eurobarometr 247. (2008). „Family life and the needs of an ageing population“.

Eurobarometr 378. (2012). Active Ageing.
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf

EUROFAMCARE. (2006a). „Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage - The Trans-European Survey Report“, edited by EUROFAMCARE consortium.
online: <http://www.uke.de/extern/eurofamcare/publikationen.php?abs=8>

EUROFAMCARE. (2006a): „Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage - Examples of Good and Innovative Practices in Supporting Family Carers in Europe“, edited by EUROFAMCARE consortium.
online: <http://www.uke.de/extern/eurofamcare/publikationen.php?abs=8>

Eurofound. (2011). Older people and volunteering. Získáno 5. květen 2011, z EUROFOUND - European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2011/032/en/2/EF11032EN.pdf

European Commission (2012). Public Opinion. Special Eurobarometer No. 378.
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb_special_379_360_en.htm.

European Commission (EC). (2009). „C2-Health information: Table - Estimated number of people (2006) with dementia“, on-line http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/dissemination/echi/docs/dementia2_en.pdf

European Commission (EC). (2012). „Long-Term Care for the Elderly: Provisions and providers in 33 European countries“, Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission. (1999). New Paradigm in Ageing Policy. European Commission 1999 http://europa.eu.int./comm/employment_social/socprot/ageing/news/paradigm_en.htm

European Commission (2012). White Paper. An Agenda for Adequate, Safe and Sustainable Pensions. Brusel

European Communities. (2009). „The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)“, In: European Economy, č. 2, 2009, online: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf

Eurostat - TGM tables. Table: Healthy life years and life expectancy at age 65, by sex, on-line <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdph220>

Eurostat (2012). Table: Number of persons by sex, age groups, household composition and working status (1 000) [lfst_hhindws] online http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database?_piref458_1209540_458_211810_211810.node_code=lfst_hhindws

Eurostat Database A. [on-line] [cit. 24. 9. 2012] Dostupné z <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Eurostat Database B. [on-line] [cit. 7. 9. 2012] Dostupné z http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/employment_unemployment_lfs/data/database#

Eurostat, Active ageing and solidarity between generations, A statistical portrait of the European Union 2012, European Union, Belgium, 2011

Eurostat. (2011). „Statistics Explained: Population Projections“, on-line http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_projections

Eurostat. Online [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database]

Evers, H. (1999). Ageing and Mass Media. Wake up and smell the demographics: silver wave swells. Working papers. Tillburg, Academy of Journalism and Communication.

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Workforce diversity and Risk Assessment

Fiatarone, M. A. - O'Neill, E. F. - Ryan, N. D. - Clements, K. M. - Solares, G. R. - Nelson, M. E., et al. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. The New England Journal of Medicine, 330(25), pp. 1769-1775

Flexicurity a aktivní stárnutí. Sborník z mezinárodní konference. Evropská rozvojová agentura ve spolupráci s projektovými partnery. Praha, 2011

Fratiglioni, L. - Launer, L.J. - Andersen, K. - Breteler, M.M.B. - Copeland, J.R.M. - Dartigues, J.-F. - Lobo, A. - Martinez-Lage, J. - Soininen, H. - Hofman, A. (2000). „Incidence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts“, In: *Neurology*, roč. 54, č. 11, SUP5, S10-S15

Freedman, V. A. - Crimmins, E. - Schoeni, R. F. - Spillman, B. C. - Aykan, H. - Kramarow, E., et al. (2004). Resolving inconsistencies in trends in old-age disability: Report from a technical working group. *Demography*, 41(3), pp. 417-441.

Fukan, J. Zaměstnanost a nezaměstnanost v České republice a zemích EU s důrazem na skupinu osob nad 50 let věku. *Andragogika* 3/2011, Praha

GaREP, Identifikace kompetencí zatěžujících výkon veřejné správy se zvláštním přihlédnutím k malým obcím, Závěrečná zpráva, Brno, 2007

Grimm, R. - Spring, K. - Dietz, N. (2007). The Health benefits of Volunteering: A Review of Recent Research. Získáno 5. květen 2011, z http://www.nationalservice.gov/pdf/07_0506_hbr.pdf

Haber, D. *Health Promotion and Aging: Practical Applications for Health Professionals*, Springer publishing, 2010

Hale, N. (1998). Effects of age and interpersonal contact on stereotyping of the elderly. *Current Psychology*, 17(1), 28-38. doi:10.1007/s12144-998-1019-2

Hank, K. - Erlinghagen, M. (2009). Dynamics of Volunteering in Older Europeans. *The Gerontologist*, 50(2): 170-178

Havlíková, J. (2009). „Koexistence rozdílných pojetí sociální práce uvnitř jednoho zařízení“, In: *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 3, 2009, s. 59-68

Havlíková, J. (2010). „Sociodemografická analýza Znojemska“, Znojmo: Centrum sociálních služeb Znojmo, p.o.

Hawkey, L. C. - Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness managers: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), pp. 218-227

Healey, T. - Ross, K. (2002). "Growing Old Invisibly: Older Viewers Talk Television", *Media, Culture and Society*. 24, 4, 105-120

HELPS. (2012). „Social Services, Social and Health Care for Elderly - preliminary findings“, Unpublished working paper from transnational project „HELPS: Local Partnership Housing and Home-Care for the Elderly in Central European cities“, funded by the European Regional Development Fund (ERDF).

Hogenbirk, J.C. - Liboiron-Grenier, L. - Pong, R.W. - Young, N.L. (2005): „How Can Telehomecare Support Informal Care? Examining What is Known and Exploring the Potential“, Final Report for the Home and Continuing Health Care Policy Unit, Health

Canada. online: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2005-tele-home-domicile/index-eng.php>.

Hora, O. - Suchanec M. Podpora a rozvoj podnikání osob nad 50 let, evaluační studie sociálního experimentu formou akčního výzkumu, FÓRUM sociální politiky, 2/2012

Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. *Annual review of gerontology & geriatrics*, 5, 194-246

Hrkal, J. - Bareš, P. - Daňková, Š. - Malečková, R. - Roubal, T. - Prošková, E. Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče, MPSV, Praha, 2011

Hubíková, O. (2012). „Přímé platby za péči v kontextu nevyjasněného statusu neformální péče“, In: Sociální práce/ Sociálna práca, č. 4, 2012 - v tisku

Hussi, T. (2004). „The managerial relevance of maintenance of work ability - a Finnish Perspective“, The Research Institute of the Finnish Economy

Huxhold, O. - Mahne, K. - Naumann, D. (2010). Soziale Integration. In A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Eds.), *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)* (pp. 215-233). Stuttgart: Kohlhammer

Chi-Wai, L. - Everingham, J.-A. - Warburton, J. - Cuthill, M. - Bartlett, H. 2009. „What makes a community age-friendly: A review of international literature“. *Australasian Journal on Ageing* 28(3):116–121. Získáno říjen 2, 2012

Ilmarinen, J. (2008). „Ako si predĺžiť aktívny život. Starnutie a kvalita pracovného života v Európskej únii.“ Bratislava: Príroda, ISBN 978-80-07-01658-3

Ilmarinen, J. - Tuomi, K. - Klockars, M. (1997). „Changes in the work ability of active employees over 11-year period.“ *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 23: Suppl 1., 49-57

Ilmarinen, J. - Tuomi, K. (2004). „Past, present a future of work ability.“ In: Past, present and future work ability. Edited by J. Ilmarinen, S. Lehtinen. *People and Work Research Reports* 65. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 1-25

Ilmarinen, J. *Towards a Longer Worklife!* Finnish Institute of Occupation Health, 2005

Ilmarinen, J. (2011). 30 years' work ability and 20 years', *Age Management during the Life Course*, Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability, Tampere University Press and Authors, ISBN 978-951-44-8429-2

Jylhä, M. - Saarenheimo, M. 2010. „Loneliness and Ageing: Comparative Perspectives“ Pp. 317 – 328 in Dale Dannefer, Chris Phillipson (eds.) *The Sage handbook of social gerontology*. Los Angeles: Sage Publications

Kalvach, Z. - Holmerová, I. (2008). „Geriatrická křehkost - významný klinický fenomén“, In: *Medicína pro praxi*, roč. 5, č. 2, s. 66-69

Kalvach, Z. et al. (2008). *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 9788024724904

Kaplan, M. - Larkin, E. 2004. Launching Intergenerational Programs in Early Childhood Settings: A Comparison of Explicit Intervention with an Emergent Approach. *Early Childhood Education Journal* 31(3): 157-163

Kelly Services (2009). Tisková zpráva 5.5.2009

Kendig, H. L. (1984). Housing Tenure and Generational Equity. *Ageing & Society*, 4(03), 249-272

Kessler, E.-M. - Rakoczy, K. - Staudinger, U. The Portrayal of older people in prime time television series: the match with gerontological evidence. *Ageing and Society* 2004, roč. 24, č. 4, s. 531-552. ISSN 0144-686X

Kloimüller, I. (2011). „Fit for the Future” - the Austrian Program to Maintain Work Ability“, *Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability*, Tampere University Press and Authors, ISBN 978-951-44-8429-2

Kok, W. Facing the challenge. The Lisbon strategy for growth and employment European Commission, Bruxelles, 2004

Kol. (2011). „Age Management. Komparativní analýza přístupů a podmínek využívaných v České republice a ve Finsku.“ Praha: AIVD ČR, ISBN 978-80-904531-2-8

Kol. (2012). „Age Management pro práci s cílovou skupinou 50+.“ Metodická příručka. Praha: AIVD ČR, ISBN 978-80-904531-5-9

Kol. (2011). Analýza aktuálního stavu veřejné správy, Ministerstvo vnitra, dostupné z <http://www.mvcr.cz/clanek/analyza-aktualniho-stavu-verejne-spravy.aspx> (2.10.2012)

Kol. (2004). „Health and Functional Capacity in Finland.“ Baseline Results of the Health 2000 Health Examination Survey. National Public Health Institute, Helsinki 2004

Kol. (2007). „Postavení zaměstnanců nad padesát let na trhu práce“, výstup z projektu EQUAL Třetí kariéra. Podpora celoživotního učení a rovných příležitostí na trhu práce pro pracující nad 50 let, Expertis Praha, registrační číslo: CZ.04.4.09/3.1.00.4/0058

Kotrusová, M. Zvyšování flexibility u pracovní doby a pracovních podmínek jako jedna z možností podpory zvyšování zaměstnanosti starších osob. *Fórum sociální politiky*, 2009, roč. 3, č. 4, s. 13-19.

Kroutilová-Nováková, R. - Jandžíková, E. (2012). Kvalita života osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti“, In: *Fórum sociální politiky*, roč. 6, č. 2, s. 20-24

Kruger, B. How aging is covered in the print media. *Generations*, 2001, roč. 25, č. 3, s. 10 - 12. ISSN 0738-7806

Kubalčíková, K. (2007). „Expertíza pro cílovou skupinu Senioři“, Brno: FSS MU. online: http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/vyzkumuziv/vyzkumu_s.doc

Kubalčíková, K. (2010). „Analýza zadavatelů sociálních služeb Znojemska“, Znojmo: Centrum sociálních služeb Znojmo, p.o.

- Kubalčíková, K. (2011). „Analýza poskytovatelů sociálních služeb Znojemska“, Znojmo: Centrum sociálních služeb Znojmo, p.o.
- Kubalčíková, K. - Havlíková, J. (2011). „Towards Staying at Home. Could Domiciliary Services be a Possible Way?“, In: Czech and Slovak Social Work, č. 5, 2011, s. 3-16 (Special English Issue).
- Kuchařová, V. (2002). Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického výzkumu. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i; Socioklub
- Kuklová, D. Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel ve světle zákona č. 411/2005 Sb., Státní zdravotní ústav, 2007
- Kyzlinková, R. - Kotrusová, M. Zaměstnanost starších osob na částečný úvazek: role zdravotního stavu. In: Fórum sociální politiky, 3/2011, str. 7-14
- Lang, G. - Resch, K. - Hofer, K. Mental Health and Well-being in Older People - Making it Happen, Evropská komise, 2009,
online [http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/older_background.pdf]
- Lanspery, S. (2002). „Aging in Place“ Pp. 49-51 in David J. Ekerdt (ed.) Encyclopedia of Aging. New York: Macmillan Reference
- Larkin, E. - Newman, S. (2001). Benefits of intergenerational staffing in preschools. Educational Gerontology, 27(5):373-385
- Lebret, S. - Perret-Vaille, E. - Mulliez, A. - Gerbaud, L. - Jalenques, I. (2006). Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21(11), 1052-1059. doi:10.1002/gps.1605
- Lee, M. Promoting mental health and well-being in later life. Age Concern and Mental Health Foundation. 2006.
online [<http://www.mentalhealth.org.uk/publications/?entryid5=41185&char=P>]
- Lee, M. - Carpenter, M. - Meyers, L. Representation of Older Adults in Television Advertisements. Journal of Ageing Studies. 2007, č. 21, s. 23-30. ISSN 0890-4065
- Leland, N. - Porell, F. - Murphy, S. (2010). „Does Fall History Influence Residential Adjustments?“ The Gerontologist. 51(2): 190-200
- Lichtenstein, M. J. - Pruski, L. A. - Marshall, C. E. - Blalock, C. L. - Lee, S. - Plaetke, R. (2003). Sentence Completion to Assess Children's Views About Aging. The Gerontologist, 43(6), 839-848. doi:10.1093/geront/43.6.839
- Lindenberger, U. - Smith, J. - Mayer, K. U. - Baltes, P. B. (Eds.). Die Berliner Altersstudie (3rd ext. ed.). Berlin: Akademie Verlag. 2010
- Locke, B.L. - Winship, J. (2005). „Social Work in Rural America: Lessons from the Past and Trends for the Future“, In: Lohmann, N. a Lohmann, R. A. (eds): „Rural Social Work Practice“, New York: Columbia University Press, s. 3-24
- Lundell, S. at al (2011). „Ikävoimaa työhön“, FIOH, Helsinki, ISBN 978-952-261-097-3

- Lux, M. et al. (2002). Bydlení - věc veřejná. Sociální aspekty bydlení v České republice a zemích Evropské unie. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON)
- Lux, M. - Sunega, P. 2010. The future of housing systems after the transition - The case of the Czech Republic. *Communist and Post-Communist Studies*, 43(2), s. 221-231
- Mackenbach, J. P. - Stirb, I. - Roskam, A.-J. R. - Schaap, M. M. - Menvielle, G. - Leinsalu, M. et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine*, 358 (23), pp. 2468-2481
- Manheimer, R. (2009). „Creating Meaningful Senior-Friendly Spaces“. *Generations* 33(2):60–65. Získáno říjen 1, 2012
- Mareš, P. (2000). „Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení“. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review* 36(3):285-297
- Marin, B. - Leichsenring, K. - Rodrigues, R. - Huber, M. (2009): „Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union“, Background Paper to the Conference on Healthy and Dignified Ageing. Stockholm, 15-16 September 2009. online: http://www.se2009.eu/polopoly_fs/1.15230%21menu/standard/file/Discussion%20Paper-Who%20Cares3.pdf
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370, pp. 1153-1163
- Martinková, M. (2009). Špatné zacházení s osobami pokročilého věku - se zvláštním zřetelem k domácímu násilí. Online [<http://www.ok.cz/iksp/docs/362.pdf>]
- Merton, R. - Bateman, J. Mental Health Coordinating Council, Social Inclusion: Its importance to mental health, Rozelle, 2007 Online [<http://www.mhcc.org.au/images/uploaded/MHCC%20Social%20Inclusion%20booklet.pdf>]
- Midwinter, E. Out of focus: old age, the press and broad casting. 1. vyd. London: Centre for Policy on Ageing, 1991. 64 s. ISBN: 0904139816
- Michalík, J. (2010). „Malý právní průvodce pečujících“, Brno: Moravskoslezský kruh
- Mikeszová, M. - Lux, M. - Morisseau, A. (2009). Potenciální finanční nedostupnost nájemního bydlení po deregulaci nájemného - regionální perspektiva. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 45(2), s. 315-343
- Milligan, C. (2009). „There's No Place Like Home: Place and Care in an Ageing Society“, Farnham: Ashgate Publishing Limited
- Mort, M. - Milligan, C. - Roberts, C. - Moser, I. (eds) (2008). „Ageing, Technology and Home Care: New Actors, New Responsibilities“, Paris: Presses de l'École des mines, ISBN: 978-2-35671-004-8
- Možný, I. (1999). Proč tak snadno--: některé rodinné důvody sametové revoluce: sociologický esej. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 132 s. ISBN 9788074190131

MPSV. (2010). „Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči“. Praha: MPSV, Odbor sociálních služeb a sociálního začleňování

MPSV. Český důchodový systém v kontextu EU. Praha: 2012

MPSV. Přínosy důchodové reformy. [on-line] [cit. 25. 9. 2012]
Dostupné z <http://duchodovareforma.mpsv.cz/cs/84>

MŠMT (2012). Aktualizace dlouhodobého záměru rozvoje vysokých škol pro rok 2013
[<http://www.msmt.cz/file/22341>]

Musil, J. (2006). „Regionální a místní formy sociálního vyloučení a jak jim čelit - problém vnitřních periférií v ČR“, In: Sirovátka, T. (ed): „Sociální vyloučení a sociální politika“, Brno: Masarykova universita/ Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, s. 25-40.

Musil, L. - Bareš, P. - Havlíková, J. (eds) (2011). „Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR“, neveřejná závěrečná výzkumná zpráva z projektu MPSV č. HC 186/10, Praha: VÚPSV, v.v.i.

Musil, L. - Havlíková, J. - Hubíková, O. - Kubalčíková, K. (2012). „Výkon SPR na obcích se zvláštním zřetelem k pomoci osobám v HN - hypotézy“, nepublikovaný materiál, výzkumný projekt Pojetí sociální pomoci v rámci agendy dávek pomoci v hmotné nouzi po implementaci sociální reformy v ČR, VÚPSV, v.v.i.

Musil, L. - Hubíková, O. - Havlíková, J. - Kubalčíková, K. (2011). „Rozdílné pohledy sociálních pracovníků a posudkových lékařů na roli sociálního pracovníka v rámci řízení o přiznání příspěvku na péči“, Praha: VÚPSV, v.v.i.

Musil, L. - Kubalčíková, K. - Havlíková, J. - Hubíková, O. (2009). „Kvalita v sociálních službách: implementace nástroje řízení kvality na úrovni poskytovatelů sociálních služeb“. In: FÓRUM sociální politiky, roč. 3, č. 1 (2009), s. 14-19

Myers, M. - Huddy, L. (1985). „Evaluating physical capabilities in the elderly: the relationship between ADL self assessment and basic abilities.“ Canadian Journal on Aging 4: 189-200

Nair, K. (2005). The Physically Ageing Body and the Use of Space. In Andrews, G. J. - Phillips, D. R. (Eds.) Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice, s 110-117, New York: Routledge.

Nařízení vlády č. 114/ 2011 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání

Nařízení vlády č. 178/2001 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zaměstnanců při práci, v platném znění

National Institute on Ageing, Volunteering and Health for Aging Populations, Today's Research on Aging, Program Policy Implications, No. 21, 2011.
Online [<http://www.prb.org/pdf11/TodaysResearchAging21.pdf>]

Nešporová, O. - Svobodová, K. - Vidovičová, L. (2008). „Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru“. Praha: VÚPSV, v.v.i.

- Newman, S. - Faux, R. - Larimer, B. (1997). Children's views on aging: Their attitudes and values. *The Gerontologist*, 37(3), 412-7
- Novotná, E. - Kalvach, Z. - Šnejdrlová, M. (2005). Pády ve stáří a jejich prevence s náměty pro preventivní cvičení. Praha: Život 90
- NÚV (2012). Školy - centra celoživotního učení. Online [<http://www.nuov.cz/univ2k>]
- NVF (2008). „Ročenka konkurenceschopnosti České republiky 2007-2008“, Praha: Linde, 2009, 388 s. ISBN 978-80-86131-78-5.
- OECD (2005). „Long-Term Care for Older People“, Paris: OECD Publishing.
- OECD (2011). „Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care“, Paris: OECD Publishing.
- Ondrušová, I., Skříčková, Z., Špatenka, J., Marek, L. Analýza existujících Střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb, GI projekt o.p.s., 2011, online [http://www.mpsv.cz/files/clanky/11822/Analyza_v2.pdf]
- Overview of the European strategy in ICT for Ageing Well. (October, 2010). European Commission: Information society and Media
- Pácl, P. (1998). Senioři jako čtenáři, posluchači a diváci hromadných sdělovacích prostředků. *Sociologický časopis* 34 (3):339-346
- Parker, M.G. - Thorslund, M. (2007). „Health Trends in the Elderly Population: Getting Better and Getting Worse“, In: *The Gerontologist*, roč. 47, č. 2, s. 150-58
- Peace, S. M. - Kellaher, L. A. - Holland, C. - ESRC. Growing Older Programme. (2006). Environment and identity in later life. Open University Press
- Pearson, M. (2002). „The journalist's toolkit on ageing – helping shape media perceptions. Online: http://epublications.bond.edu.au/hss_pubs/242. Staženo 21.9.2012
- Peplau, L. - Perlma, D. (1982). Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. New York: John Willey
- Pernes, Z. a kol. (2010). Studie o dostupnosti přiměřeného nájemního bydlení seniorů v hlavním městě Praze. Praha: Rada seniorů ČR. www.rscr.cz/prispevky/Studie_2010.pdf
- Phillips, D. R. et al. (2005). Ageing and the Urban Environment. In Andrews, G. J. - Phillips, D. R. (Eds.). *Ageing and Place: Perspectives, Policy, Practice*, s. 147-163. London: Routledge.
- Phillipson, C. - Biggs, S. (1998). 'Modernity and Identity: themes and perspectives in the study of older adults, *Journal of Aging and Identity*, 3, 1, 1 1-23
- Phillipson, Ch. (2004). Urbanisation and Ageing: Towards a New Environmental Gerontology. *Ageing & Society*, 24(06), s. 963-972

Plouffe, L. - Kalache, A. (2010). „Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features that Promote Active Aging“. *Journal of Urban Health* 87(5):733–739. Získáno říjen 2, 2012

Prevence zdravotních rizik, VÚBP, v.v.i., Praha 2009

Pruchno, R. - Wilson-Genderson, M. - Rose, M. - Cartwright, F. (2010). *Successful Aging: Early Influences and Contemporary Characteristics*. *The Gerontologist* , 50(6): 821-833

Průša, L. (2011). „Model efektivního financování a poskytování dlouhodobé péče“, Praha: VÚPSV, v.v.i.

Příhodová, A. - Sýkorová, D. (2004). „Pomoc seniorům - její potřeba a zdroje“, In: *Sociální práce/ Sociálna práca*, č. 2, 2004, s. 84-94

Pugh, R. (2003). „Considering the Countryside: Is There a Case for Rural Social Work?“, In: *British Journal of Social Work*, roč. 33, č. 1, s. 67-85

Pugh, R. - Cheers, B. (2010). „Rural Social Work. An International Perspective“, Bristol: The Policy Press.

Purkrábek, M. Veřejný zájem a stárnutí. In: *Zdravotní politika a ekonomika*, sborník IZPE, 2001, č. 4

Q-AGEING (2012). „Toolbox of Tested Solutions Promoting Active Ageing at Local Level“. Online: http://www.qageing.eu/Q-AGEING_Toolbox_webx.pdf

Rabušic, L. - Hamanová, J. (2009). *Hodnoty a postoje v ČR 1991 - 2008*. Pramenná publikace European Values Study. Brno: Masarykova univerzita

Registr chorob z povolání KaPr

Remr, J. - Kotíková, J. *Podpora zaměstnávání starších osob*. Praha: VÚPSV, 2007, 705 s. ISBN 978-80-7416-001-1

Repková, K. (2009). „Podpora neformálně opatrojících osob jako veřejný zájem.“ In: *Fórum sociální politiky*, roč. 3, č. 6, s. 16-20

Respekt institut. *50+ Aktivně, fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. Respekt institut. 2011, ISBN 978-80-904153-2-4

Ross, K. *Media and Diversity in Europe's Ageing Society*. Good Practice Research Report. Working Paper. Coventry University. 2001

Rothgang, H. - Engelke, K. (2009). „Long-term care: How to organise affordable, sustainable long-term care given the constraints of collective versus individual arrangements and responsibilities“, Discussion paper. Peer Review, The Netherlands, 10-11 February 2009. online: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2008/how-to-organise-affordable-sustainable-long-term-care-given-the-constraints-of-collective-versus-individual-arrangements-and-responsibilities/discussion-paper>.

Rožanova, J. - Northcott, H. - McDaniel, S. Seniors and Portrayals of Intra-generational and Inter-Generational Inequality in the Globe and Mail. Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement, 2006, roč. 25, č. 4, s. 373-386. ISSN 0714-9808

Rutherford, J. (2006). A Golden Opportunity. A guide to attracting and retaining older volunteers. Získáno 5. 5 2011, z Volunteering England: <http://www.volunteering.org.uk/NR/rdonlyres/6E4C49A4-7C08-4DDA-8A25-8E48047E6021/0/AGoldenOpportunityNov06final.pdf>

Rychtaříková, J. (2006). „Zdravá délka života v současné české populaci“, In: Demografie, č. 3, 2006, s. 166-178

Rychtaříková, J. (2000). „Demographic transition or demographic shock in recent population development in the Czech Republic?“ Acta Universitatis Carolinae Geographica XXXV (1): 89-102

Rychtaříková, J. Naděje dožití ve zdraví. Demografie, roč. 42, č. 1, 2000, s. 41-48

Seitsamo, J. - von Bonsdorff, M.E. - Ilmarinen J. - von Bonsdorff, M.B. - Nygård, C.-H. - Rantanen, T. - Klockars, M. (2011). „Work ability and later-life health: A 28-year longitudinal study among Finnish municipal workers.“ Proceedings of the 4th Symposium on Work Ability, Tampere University Press and Authors, ISBN 978-951-44-8429-2

Sennett, R. (2006). „The Open City.“ Urban Age, listopad, 1-5

Schmeidler, K. et al. (2009). Problémy mobility stárnoucí populace. Brno: NOVOPRESS. ISBN 978-80-87342-05-3

Signorielli, N. Ageing on television: the picture in the nineties. Generations. (2001). Roč. 25, č. 3, s. 34 - 38. ISSN 0738-7806

Smékalová, L. (2006). Co znamená umět se učit?
Online [<http://www.paidagogos.net/issues/2006/2/2/article.html>]

Směrnice Ministerstva zdravotnictví č. 49/1967 Věst. MZd., o posuzování zdravotní způsobilosti k práci, ve znění pozdějších předpisů

Sunega, P. - Lux, M. (2010). Segmentace českých domácností a orientační prognóza počtu domácností ve vybraných právních formách bydlení a typech zástavby do roku 2020. Sociologický časopis/Czech Sociological Review 46 (1): 3-41

Svaz průmyslu a dopravy ČR. (2010). Starší pracovníci-příležitost pro podniky

Svobodová, K. (n.a.) Příprava na stáří a odchod do důchodu. [On-line]. Katedra demografie http://kdem.vse.cz/resources/relik09/Prispevky_PDF/Svobodova.pdf

Sýkorová, D. (2007). Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie. Praha: Sociologické nakladatelství

Sýkorová, D. (2008). „Prostor a věci v kontextu stáří“. Sociologický časopis / Czech Sociological Review 44(2):401-421

Sýkorová, D. (2010). Prostor (město) a stáří - znovuobjevované souvislosti. Sociální studia, 7(3), s. 117-126

Szeman, Z. (2012). Family strategies in eldercare in Hungary and the role of ICT: Skype Care. Příspěvek přednesený na IFA 11th Global Conference on Ageing, Praha 28. květen - 1. červen 2012

SZÚ. (2006). „Hodnocení zdravotního stavu: Vybrané ukazatele demografické a zdravotní statistiky“, Praha: Státní zdravotní ústav

Šemberová, J. (2006). Univerzita třetího věku jako součást celoživotního učení Online [http://au3v.vutbr.cz/zpravy.php]

Tam, C. Gender Differences in the Portrayal of Older People in Television Documentaries in Hong Kong, 1987-2006. [online] Generations Review, 2010, roč. 20, č.2 [cit. 2011-04-04]. Dostupné z: <http://www.britishgerontology.org/DB/gr-editions-2/generations-review/gender-differences-in-the-portrayal-of-older-peopl.html>. ISSN 0965-2000

Temelová, J. - Dvořáková, N. - Slezáková, A. (2010). Rezidenční spokojenost seniorů v proměňujících se čtvrtích Prahy. Sociální studia, 7(3), s. 95-113

Teutsch C. Patient-doctor communication. Medical Clinics of North America. 2003 Sep; 87(5):1115-45.

Tichý, D. (2012). Alternativy a experimenty v bydlení pro stárnoucí populaci. ERA 21, 12 (4): 34-41

Tošnerová, T. (2002). Ageismus - Průvodce stereotypy a mýty o stáří

Triantafyllou, J. - Naiditch, M. - Repkova, K. - Stiehr, K. - Carretero, S. - Emilsson, T. - Di Santo, P. - Bednarik, R. - Brichtova, L. - Ceruzzi, F. - Cordero, L. - Mastroyiannakis, T. - Ferrando, M. - Mingot, K. - Ritter, J. - Vlantonì, D. (2010). „Informal Care in the Long-term Care System: European Overview Paper“, Athens/Vienna: Interlinks. online http://www.euro-centre.org/data/1278594816_84909.pdf

Tuomi, K. - Ilmarinen, J. - Jakhola, A. et al. (1998). „Work Ability Index.“ Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, 2nd revised edition

Úmluva ILO č. 155/1981, o bezpečnosti a zdraví pracovníků a o pracovním prostředí (vyhláška MZV č. 20/1989 Sb.)

Úmluva ILO č. 161/1985, o závodních zdravotních službách (vyhláška MZV č. 145/1988 Sb.)

ÚZIS: Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR - EHIS CR (Chronické nemoci), Praha, 2009, ONLINE [http://www.uzis.cz/rychle-informace/evropske-vyberove-setreni-zdravotnim-stavu-cr-ehis-cr-chronicke-nemoci]

ÚZIS. (2011a). „Domácí zdravotní péče v České republice v roce 2010“. In: Aktuální informace, č. 16/2011

ÚZIS. (2011b). „Zdravotnická ročenka ČR 2010“. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

- Vágnerová, M. (2000). „Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky“. Praha: Portál
- Válková, M. - Kojesová, M. - Holmerová, I. (2010). „Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR“. Praha: MSPV
- van Tilburg, T. - Thomése, F. (2001). Societal dynamics in Personal Networks“ Pp. 215-225 in Dale Dannefer, Chris Phillipson (eds.). The SAGE Handbook of Social Gerontology. Los Angeles: SAGE. ISBN978-1-4129-3464-0
- Vidovičová, L. (2012). Pády seniorů v přirozeném prostředí: pohled do městské populace. Sociální služby. Odborný časopis Sociální služby, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 3, od s. 18-20, 2 s. ISSN 1803-7348
- Vidovičová, L. - Gregorová, E. (2008). My jsme si stáří nezavinil, čeká to každýho.... Povaha a prevence diskriminace seniorů v ČR. Praha: Život 90. ISBN: 978-80-254-3808-4
- Vidovičová, L. - Petrová-Kafková, M. (2012). Aktivity seniorů ve velkých městech: zdraví, prostor a subjektivní kvalita života. Sociologický časopis 5/2012 (v tisku)
- Vidovičová, L. Kdo jsou a kde pracují čeští pracující důchodci? Fórum sociální politiky, 3/2012, str. 8-1
- Vidovičová, L. - Gregorová, E. (2010). Nová města a staří lidé. Sociální studia, 7(3), s. 81-94
- Vidovičová, L. - Rabušic, L. (2003). Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
- Vidovičová, L. - Sedláková, R. (2005). Mediální analýza obrazu seniorů.[on-line]. Dostupné z: www.spvg.cz/doc/maos.pdf
- Vidovičová, L. (2008). Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti. Brno: Fakulta sociálních studií a Mezinárodní politologický ústav Masarykovy univerzity
- Vidovičová, L. (2011). „Sousedé jako (absentující) zdroj podpory pro stárnutí ve městě?“ Příspěvek přednesený na konferenci Třetí město, 4.-5. 11. 2011, Brno
- Viera AJ, Kshirsagar AV, Hinderliter AL. Lifestyle modification advice for lowering or controlling high blood pressure: Who's getting it? Journal of Clinical Hypertension, 11, (2007)
- Viera AJ, Kshirsagar AV, Hinderliter AL. Lifestyle Modifications to Lower or Control High Blood Pressure: Is Advice Associated With Action? The Behavioral Risk Factor Surveillance Survey, Journal of Clinical Hypertension, 11, 2008
- Víšek, P. - Průša, L. (2012). „Optimalizace sociálních služeb“, Praha: Národní centrum sociálních studií, o.p.s./ VÚSPV, v.v.i.
- Vládní návrh na vydání zákona, kterým se mění zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, sněmovní tisk č. 277/2011.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 342/1997 Sb., kterou se stanoví postup při uznávání nemocí z povolání a vydává seznam zdravotnických zařízení, která tyto nemoci uznávají, ve znění vyhlášky č. 38/2005 Sb.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 432/2003 Sb., kterou se stanoví podmínky pro zařazování prací do kategorií, limitní hodnoty ukazatelů biologických expozičních testů a náležitosti hlášení prací s azbestem a biologickými činiteli

Výkonný tým. Závěrečná zpráva. Praha: FNM, 2005.

Walker, A. (2010). „Ageing and quality of life in Europe.“ Pp. 571–586 in Dale Dannefer, Chris Phillipson (eds.). The SAGE Handbook of Social Gerontology. Los Angeles: SAGE. ISBN978-1-4129-3464-0

White Paper, An Agenda for Adequate, Safe and Sustainable Pensions, Brussels, 16.2.2012, COM (2012) 55 final, Eurostat

WHO, Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older persons, 2002, Geneva ONLINE [<http://www.who.int/nutrition/publications/olderpersons/en/index.html>]

Wiktorsson, S. - Runeson, B. - Skoog, I. - Ostling, S. - Waern, M. (2010). Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 18(1), 57-67

Williams, K. - Abildso, C. - Steinberg, L. - Doyle, E. - Epstein, B. - Smith, D. - Hobbs, G. - Gross, R. - Kelley, G. - Cooper, L. (2009). Evaluation of the effectiveness and efficacy of Iyengar yoga therapy on chronic low back pain. Spine, Sep 1;34(19):2066-76

World Health Organization, Good health adds life to years, Global brief for World Health Day, World Health Organization, Geneva, 2012

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, v platném znění

Zákon č. 95/2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,

Zákon č. 373/2011 o specifických zdravotních službách

Zupanič, M. (2011): „Swot analýza.“ Prostředky propagace aktivního stárnutí ve Slovinsku, „Flexicurity a Aktivní stárnutí“ Sborník z mezinárodní konference, Evropská rozvojová agentura ve spolupráci s projektovými partnery DENS – “Odlišné zkušenosti – nová řešení”, Praha

Datové soubory:

European Value Study 2008 - www.europeanvaluesstudy.eu

Eurobarometr 76.2 - 378 (2011)

http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf

Kvalita života seniorů ve městech 2011 - k projektu viz <http://starnuti.fss.muni.cz>

Survey 50+ (Grantová Agentura ČR projekt č. 403/95/0525)

Příloha 1

Tab. 1: Účast na dalším vzdělávání populace 25-64 let dle nejvyšší dosažené úrovně vzdělání v roce 2011(%)

	nejvyšší ukončené vzdělání		
	základní	sekundární	terciární
EU-27	3,9	7,6	16,0
Belgium	3,1	5,6	11,9
Bulgaria	:	1,3	1,6
Czech Republic	2,8	9,6	22,5
Denmark	23,4	29,6	41,1
Germany	3,1	6,9	12,1
Estonia	3,5	8,3	19,8
Ireland	2,8	5,9	10,4
Greece	0,4	2,9	4,7
Spain	4,6	11,4	19,3
France	2,5	4,8	9,5
Italy	1,2	7,3	14,2
Cyprus	1,3 ^u	5,1	14,0
Latvia	1,8	3,5	9,7
Lithuania	:	3,2	11,4
Luxembourg	4,5	13,8	19,0
Hungary	0,5	2,6	5,1
Malta	3,3	9,6	18,2
Netherlands	10,5	17,3	21,6
Austria	4,1	12,3	25,3
Poland	0,8	2,9	10,8
Portugal	7,5	13,8	21,1
Romania	0,3 ^u	1,5	3,9
Slovenia	3,3	14,2	27,8
Slovakia	:	2,8	9,8
Finland	10,7	21,2	32,1
Sweden	16,9	21,1	34,3
United Kingdom	7,2	13,4	23,9

Vysvětlivky: „:“ – nedostupná data, „u“ – nedůvěryhodná data

Zdroj: Eurostat

Tab. 2: Míra nezaměstnanosti podle nejvyšší úrovně dosaženého vzdělání populace ve věku 25-64 let (2011, %)

	základní	sekundární	terciární
EU-27	14,7	7,6	5,0
Belgium	12,1	5,7	3,4
Bulgaria	25,5	9,0	4,7
Czech Republic	21,6	5,7	2,6
Denmark	8,9	6,0	5,0
Germany	13,9	5,8	2,4
Estonia	26,4	11,9	7,9
Ireland	21,7	15,0	7,1
Greece	17,0	17,7	12,8
Spain	26,4	19,3	11,7
France	12,9	7,4	4,9
Italy	9,4	6,0	5,2
Cyprus	7,5	6,8	5,8
Latvia	25,8	16,0	6,4
Lithuania	37,3	17,7	5,6
Luxembourg	6,1 ^u	3,7	3,5
Hungary	23,1	9,6	3,9
Malta	7,4	:	:
Netherlands	5,4	3,8	2,8
Austria	7,1	3,2	2,3
Poland	16,9	8,7	4,5
Portugal	13,3	10,9	8,0
Romania	6,9	6,4	3,8
Slovenia	12,7	8,2	4,7
Slovakia	39,2	11,5	5,2
Finland	11,3	6,9	4,0
Sweden	11,0	4,6	3,9
United Kingdom	10,4	6,1	3,7

Vysvětlivky: „:“ – nedostupná data, „u“ – nedůvěryhodná data

Zdroj: Eurostat

Tab. 3: Vybavenost domácností počítačem a internetem (%)

	osobní počítač		internet		vysokorychlostní internet	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
EU-27	58,4	74,4	48,4	70,1	23,0	61,0
Belgie	:	76,7	50,2	72,7	40,6	70,0
Bulharsko	:	35,1	:	33,1	:	26,0
Česká republika	30,0	64,1	19,1	60,5	5,1	53,6
Dánsko	83,8	88,0	74,9	86,1	51,2	80,1
Estonsko	43,4	69,2	38,7	67,8	29,8	64,5
Finsko	64,0	82,0	54,1	80,5	36,1	75,8
Francie	:	76,4	:	73,6	:	66,8
Irsko	54,9	76,5	47,2	71,7	7,4	57,5
Itálie	45,7	64,8	38,6	59,0	12,9	48,9
Kypr	46,4	60,5	31,7	53,7	4,5	50,7
Litva	31,6	59,2	15,8	60,6	11,6	53,6
Lotyšsko	32,2	62,8	30,5	59,8	13,9	52,6
Lucembursko	74,5	90,2	64,6	90,3	33,4	70,3
Maďarsko	42,3	66,4	22,1	60,5	10,9	52,2
Malta	46,2	73,1	40,6	70,4	22,9	69,3
Německo	69,9	85,7	61,6	82,5	23,2	75,2
Nizozemsko	77,9	92,0	78,3	90,9	53,9	:
Polsko	40,1	69,0	30,4	63,4	15,6	56,8
Portugalsko	42,5	59,5	31,5	53,7	19,7	50,3
Rakousko	63,1	76,2	46,7	72,9	23,1	63,7
Rumunsko	:	47,9	:	42,2	:	22,8
Řecko	32,6	53,4	21,7	46,4	0,6	41,2
Slovensko	46,7	72,2	23,0	67,5	7,1	49,4
Slovinsko	61,2	70,5	48,2	68,1	19,4	62,0
Spojené království	70,0	82,6	60,2	79,6	31,5	:
Španělsko	54,6	68,7	35,5	59,1	20,8	57,4
Švédsko	79,7	89,5	72,5	88,3	40,2	82,6

Poznámka: Jednotlivé hodnoty představují procentní podíl domácností, ve kterých žije alespoň jedna osoba ve věku 16-74 let.

Vysvětlivka: „:“ – nedostupná data

Zdroj: ČSÚ - Informační technologie v domácnostech a mezi jednotlivci

Tab. 4: Studující a absolventi v jednotlivých druzích středoškolského vzdělávání

	2003/4	2004/5	2005/6	2006/7	2007/8	2008/9	2009/10	2010/11
počty studujících v jednotlivých druzích vzdělávání								
celkem	33 678	35 918	35 578	34 815	35 327	37 281	36 792	35 952
střední vzdělávání	39	62	85	136	57	120	115	145
střední vzdělávání s výučním listem	1 382	1 639	1 441	1 280	1 415	1 338	1 379	1 493
střední vzdělávání s maturitní zkouškou	10 174	10 632	10 216	10 881	10 594	10 611	10 477	10 366
nástavbové studium	22 083	23 585	23 836	22 518	23 261	25 212	24 821	23 948
podíly studujících v jednotlivých druzích vzdělávání								
střední vzdělávání	0,1	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4
střední vzdělávání s výučním listem	4,1	4,6	4,1	3,7	4,0	3,6	3,7	4,2
střední vzdělávání s maturitní zkouškou	30,2	29,6	28,7	31,3	30,0	28,5	28,5	28,8
nástavbové studium	65,6	65,7	67,0	64,7	65,8	67,6	67,5	66,6
celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
počty absolventů jednotlivých druhů vzdělávání								
střední vzdělávání	13	9	24	23	58	18	40	.
střední vzdělávání s výučním listem	535	507	444	473	456	470	323	.
střední vzdělávání s maturitní zkouškou	1 274	1 285	1 634	1 658	1 585	1 684	1 445	.
nástavbové studium	4 578	4 815	5 909	5 889	4 974	5 473	5 558	.
celkem	6 400	6 616	8 011	8 043	7 073	7 645	7 366	.
podíly absolventů jednotlivých druhů vzdělávání								
střední vzdělávání	0,2	0,1	0,3	0,3	0,8	0,2	0,5	.
střední vzdělávání s výučním listem	8,4	7,7	5,5	5,9	6,4	6,1	4,4	.
střední vzdělávání s maturitní zkouškou	19,9	19,4	20,4	20,6	22,4	22,0	19,6	.
nástavbové studium	71,5	72,8	73,8	73,2	70,3	71,6	75,5	.
celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	.

Zdroj: Vývojová ročenka školství 2003/4 - 2010/11, vlastní propočty

Tab. 5: Studující a absolventi v ostatních formách vzdělávání na VOŠ a v distanční a kombinované formě na VŠ

	2003/4	2004/5	2005/6	2006/7	2007/8	2008/9	2009/10	2010/11
studující								
VOŠ	5 131	4 726	4 911	4 954	6 479	7 268	8 068	8 566
VŠ	49 944	58 875	68 710	80 818	95 362	108 129	116 432	117 097
absolventi								
VOŠ	850	964	1 183	923	922	999	1 689	
VŠ	5 874	7 626	9 913	12 726	15 873	19 347	23 119	26 129

Zdroj: Vývojová ročenka školství 2003/4 - 2010/11, vlastní propočty

Tab. 6: Účast na vzdělávání populace ve věku 25-64 let (%)

GEO/TIME	2010	2011
EU-27	9,1	8,9
Belgium	7,2	7,1
Bulgaria	1,2	1,2
Czech Republic	7,5	11,4
Denmark	32,5	32,3
Germany	7,7	7,8
Estonia	10,9	12,0
Ireland	6,7	6,8
Greece	3,0	2,4
Spain	10,8	10,8
France	5,0	5,5
Italy	6,2	5,7
Cyprus	7,7	7,5
Latvia	5,0	5,0
Lithuania	4,0	5,9
Luxembourg	13,4	13,6
Hungary	2,8	2,7
Malta	6,2	6,6
Netherlands	16,6	16,7
Austria	13,7	13,4
Poland	5,3	4,5
Portugal	5,5	11,0
Romania	1,3	1,6
Slovenia	16,2	15,9
Slovakia	2,8	3,9
Finland	23,0	23,8
Sweden	24,5	25,0
United Kingdom	19,4	15,8

Zdroj: Eurostat

Tab. 7: Účast na vzdělávání podle věkových skupin v roce 2011 (%)

	25-74	45-54	55-64	55-69	55-74
EU-27	8,0	7,1	4,3	3,9	3,5
Belgium	6,3	6,1	3,9	3,3	2,9
Bulgaria	1,0	:	:	:	:
Czech Republic	10,6	10,0	5,1	4,2	4,2 ^u
Denmark	30,3	29,6	24,0	22,7	22,3
Germany	6,6	5,3	2,9	2,4	1,9
Estonia	10,6	8,6	4,6	3,9	3,6
Ireland	6,2	5,3	3,2	2,8	2,5
Greece	2,1	1,0	0,4	0,3	0,3
Spain	9,9	8,0	5,0	4,8	4,6
France	4,9	4,6	2,3	2,0	1,8
Italy	4,9	3,8	2,4	2,0	1,8
Cyprus	6,8	5,2	4,1	3,5	3,1
Latvia	4,3	3,2	2,2	1,6	1,3
Lithuania	5,1	3,7	2,1	1,7	1,5
Luxembourg	12,1	10,4	6,0	5,0	4,4
Hungary	2,4	1,0	0,5	0,4	0,3
Malta	5,9	4,8 ^u	3,2 ^u	3,1 ^u	2,8 ^u
Netherlands	15,0	14,6	8,4	7,4	6,7
Austria	12,0	10,9	6,5	5,8	5,2
Poland	4,0	2,2	0,8	0,7	0,6
Portugal	9,6	8,3	4,5	3,9	3,4
Romania	1,4	0,5	:	:	:
Slovenia	14,4	10,7	6,8	6,3	6,0
Slovakia	3,5	2,7	1,3	1,0	0,9
Finland	21,4	22,2	13,5	12,3	11,5
Sweden	23,1	23,2	17,2	16,0	15,5
United Kingdom	14,3	15,0	9,6	8,6	8,0

Vysvětlivky: „:“ – nedostupná data, u – nedůvěryhodná data

Zdroj: Eurostat

Tab. 8: Účast zaměstnanců v kurzech dalšího vzdělávání realizovaných zaměstnavatelem (%)

země	celkem	do 25 let	25-54	55 a více
Belgium	51	49	52	37
Bulgaria	33	39	34	21
Czech Republic	67	63	69	60
Denmark	37	32	38	38
Germany	39	34	41	27
Estonia	32	33	35	19
Greece	28	29	29	15
Spain	51	46	53	36
Italy	49	43	51	38
Cyprus	43	30	41	20
Latvia	27	30	28	14
Lithuania	28	32	29	16
Luxembourg	60	54	61	39
Hungary	23	18	25	13
Malta	52	55	53	39
Netherlands	39	31	43	27
Austria	38	42	39	25
Poland	36	32	37	23
Portugal	46	44	48	31
Romania	31	34	31	21
Slovenia	58	57	60	37
Slovakia	56	50	58	48
Finland	46	32	49	38
Sweden	51	44	54	41
United Kingdom	39	40	41	30
Norway	48	42	51	39

Zdroj: Eurostat

Tab. 9: Překážky v účasti na vzdělávání (2007, %)

	nemá předpoklady		příliš nákladné		není podpora od zaměstnavatele		kolize s pracovní dobou		péče o rodinu		časová nedosažitelnost		školní prostředí		věk/zdraví	
	25-34	55-64	25-34	55-64	25-34	55-64	25-34	55-64	25-34	55-64	25-34	55-64	25-34	55-64	25-34	55-64
EU-27	12,0	14,2	34,4	21,3	15,6	11,6	34,9	24,1	37,0	28,6	20,5	17,4	11,0	14,9	4,1	29,4
BE	5,5	5,3	12,4	6,5	11,8	3,4	30,4	3,8	30,9	8,2	10,5	5,5	2,4	1,6	4,3	36,4
BG	12,5	30,9	55,5	51,1	9,8	15,6	30,3	14,6	31,9	19,1	25,3	31,4	6,0	6,0	2,8	40,6
CZ	6,5	9,0	18,9	22,6	23,4	13,4	36,8	27,2	49,0	24,5	16,7	18,4	1,4	2,5	2,9	31,2
DE	30,4	12,8	43,0	14,0	32,4	20,8	33,0	14,0	31,1	8,8	14,9	9,3	11,1	2,9	4,8	7,8
EE	1,9	1,3	37,6	53,1	5,2	7,4	35,9	19,7	52,1	12,4	26,7	41,1	5,3	11,6	5,5	35,7
GR	6,8	17,5	38,0	28,7	13,1	4,4	44,1	27,7	32,6	52,1	21,2	14,7	10,0	19,5	1,2	48,5
ES	6,8	6,6	18,4	6,8	4,4	:	36,3	15,1	35,4	40,4	6,9	11,3	2,0	3,5	2,8	20,0
IT	18,6	22,9	31,2	21,2	17,0	11,0	46,4	27,7	45,1	42,7	18,8	16,3	13,6	19,7	8,5	45,6
CY	4,9	6,7	28,9	9,2	7,7	3,1	50,1	24,7	59,3	65,2	10,8	12,6	4,7	7,7	4,5	22,0
LV	9,4	6,6	59,9	51,2	31,7	22,5	39,1	13,2	48,2	25,3	24,5	12,7	12,2	7,2	1,2	40,7
LI	3,8	7,0	44,6	39,6	14,5	13,7	47,1	26,4	43,9	32,6	23,9	26,6	4,5	6,1	7,1	24,6
HU	16,3	12,9	46,4	35,8	39,8	50,4	56,7	50,6	40,5	27,3	32,3	28,7	16,0	18,2	3,7	63,9
NL	:	6,4	34,8	17,7	36,0	6,1	22,3	10,7	24,2	21,1	13,7	9,3	9,1	21,3	3,4	38,0
AT	5,8	10,0	37,3	21,6	24,0	3,3	45,0	21,4	40,2	38,2	20,2	27,1	1,3	9,2	2,6	15,0
PL	7,0	6,9	65,0	47,9	21,5	12,7	34,8	19,4	33,9	22,8	29,9	27,4	16,7	20	2,6	35,0
PT	19,7	3,8	29,6	18,2	18,3	17,0	37,4	14,0	31,1	26,2	34,4	43,4	5,6	3,5	1,1	13,7
RO	16,7	22,6	75,4	65,1	37,2	21,0	48,2	31,9	41,4	27,8	31,3	30,4	8,3	11,6	3,2	45,9
SI	7,8	4,1	51,3	31,1	20,2	6,1	55,0	35,0	36,8	32,0	22,2	28,5	5,7	5,0	4,7	30,3
SK	56,0	41,1	36,5	44,4	22,3	20,4	46,4	29,0	41,9	30,2	31,2	26,0	3,1	3,1	1,4	38,3
FI	13,6	7,5	27,9	18,5	22,1	13,2	36,9	25,9	32,1	17,8	25,5	21,6	10,2	8,6	8,9	28,7
SE	7,0	7,4	39,0	26,9	19,8	13,4	28,9	16,4	30,6	9,3	15,3	19,8	6,0	8,2	8,4	39,8
UK	21,9	16,8	44,9	24,2	15,7	16,5	37,1	32,0	54,2	28,3	34,8	21,7	22,5	19,5	4,7	22,6

Vysvětlivka: „:“ nedostupná data

Zdroj: Eurostat, AES (Adult Education Survey)

Nejčastěji používané druhy flexibilní organizace práce obecně:

- **Roční konta pracovní doby**

Při tomto uspořádání se zaměstnancům stanoví určitý počet pracovních hodin, který odpracují v průběhu 12 měsíců podle rozvrhu, který reaguje na potřeby podniku.

- **Stlačená pracovní doba**

Zaměstnanec pracuje na plný úvazek, ale má možnost odpracovat stanovený počet hodin za kratší dobu, než je pracovní týden. Výhodou pro zaměstnance je, že si může v pracovní den naplánovat další činnosti.

- **Pružné benefity**

Balíček nabízených penzijních a jiných benefitů umožňuje zaměstnanci “nakoupit” si benefity ze stanoveného seznamu. Může se jednat o dny volna navíc, o služby péče o děti či seniory, členství v posilovně atd. Tyto programy mohou zaměstnavateli uspořít náklady a zaměstnanci si mohou benefity zvolit podle svého. Některé programy umožňují i vzdání se benefitů výměnou za vyšší plat.

- **Pružné místo výkonu práce**

Zaměstnanec má možnost určitou dobu pracovat z domova či jiného místa mimo pracoviště.

- **Klouzavá pracovní doba**

Klouzavá pracovní doba umožňuje zaměstnanci zvolit si ve stanovené míře začátek a konec své pracovní doby.

- **Práce z domova**

Tato možnost se například upřednostňuje u pracovníků s některými druhy postižení.

- **Sdílení pracovního místa**

Při tomto uspořádání se o povinnosti a úkoly spojené s jedním pracovním místem na plný úvazek dělí dva či více zaměstnanců. Výhodou pro zaměstnavatele je, že si ve firmě udrží ceněné pracovníky s potřebnými dovednostmi a tato forma organizace práce často vede i k vyšší produktivitě.

- **Částečný úvazek**

Práce na částečný úvazek je v mnoha firmách již po mnoho let běžnou praxí, ale v kontextu sladování pracovního a osobního života může práce na částečný úvazek nabídnout zaměstnanci širší možnosti či pomoci zaměstnavateli udržet si pracovníky.

Stále častěji se částečné úvazky uplatňují i u pracovníků, kteří mají krátce před odchodem do starobního důchodu. Je to přínosné nejen pro zaměstnance, ale také je tak jednodušší postupně převést jeho/její pracovní odpovědnosti na jiného pracovníka.

- **Postupný odchod do starobního důchodu**

Jde o postup, kdy má zaměstnanec možnost pracovat na částečný úvazek, využít klouzavou pracovní dobu či pružné místo výkonu práce po určité období před odchodem do

starobního důchodu. Zaměstnanec tak může plynuleji přejít od práce na plný úvazek k období důchodu.

V mnoha případech může budoucí důchodce fungovat jako mentor méně zkušených spolupracovníků. Výhodou pro zaměstnavatele je hladší přenos odpovědností a lepší sdílení znalostí a zkušeností.

- Rozvržení práce v týmu

Rozvržení práce v týmu znamená, že se dohodne počet pracovníků a konkrétní kvalifikace, které budou během pracovního dne zapotřebí, a zaměstnanci poté mají možnost si kolektivně naplánovat pracovní den tak, aby těmto požadavkům vyhověli.

- Variabilní pracovní doba

Variabilní pracovní doba se podobá pracovní době klouzavé s tím rozdílem, že nemá žádný pevně stanovený čas, kdy je nutné být v práci, ani pevně stanovený počet pracovních hodin na dané časové období. Odpracovaná doba obvykle reaguje na aktuální potřeby firmy, což je velmi výhodné pro zaměstnavatele a zaměstnanec tak získává určitou míru flexibility.

- Dobrovolné zkrácení pracovní doby

Toto uspořádání dává pracovníkům možnost zkrátit si pracovní dobu výměnou za část příjmu. Mají možnost zkrátit si svůj plný úvazek obvykle až o 50 %, a to na konkrétní období, např. jeden rok. V některých případech může být toto období až 5 let. Zaměstnanec má záruku, že se po uplynutí tohoto období vrátí k původnímu plnému úvazku. Firmy mohou díky takovému uspořádání ušetřit v období zpomalení hospodářského růstu.

- Udržitelné strategie flexibilní organizace práce a skloubení práce s osobním životem

Úspěšnost flexibilní organizace práce konec konců spočívá ve vytvoření prostředí důvěry a odpovědnosti, ve kterém se tato flexibilita bere jako “prostě způsob, kterým tady u nás pracujeme”.

Zavádění udržitelné iniciativy, která podpoří skloubení práce s osobním životem, musí být citlivé a je třeba jasně určit klíčová práva a odpovědnosti jednotlivých aktérů. Chceme-li vytvořit prostředí důvěry, na kterém bude stát ta správná a udržitelná strategie pro skloubení práce s osobním životem, musí být taková iniciativa transparentní a přijímaná všemi stranami.

Význam flexibilních forem práce pro starší pracovníky:

Někteří z rostoucího počtu pracovníků, kteří odcházejí ze zaměstnání před dosažením důchodového věku, by mohli těžit z flexibilnějších forem organizace práce, které by jim pomohly přejít od práce na plný úvazek do období starobního důchodu a především najít nové uplatnění při ztrátě zaměstnání. Odchod ze zaměstnání je spíše pozitivní volbou pro pracovníky, kteří mohou těžit i z dalších výhod - včetně pracovníků, kteří u svého zaměstnavatele pracují delší dobu a je proto pravděpodobnější, že mají úspory a dostatek prostředků na penzi, případně pracovníci, kteří již splatili hypotéku na vlastní bydlení, resp. další závazky. Pracovníci se zdravotními problémy také spíše opouštějí zaměstnání předčasně, zejména muži s nízkým příjmem, ačkoliv v jejich případě je předčasný odchod do důchodu spíše důsledek nemožnosti dále pracovat než jejich vlastní pozitivní volba. U přechodu k flexibilní práci evidujeme stejné rozdíly. Starší pracovníci z příznivějšího prostředí spíše volí přechod k flexibilní práci než úplný odchod z pracovního trhu a je pravděpodobnější, že se právě tito pracovníci dostanou ke kvalitnější flexibilně organizované práci. Kvalita těchto forem práce se liší podle jednotlivých druhů. Samostatná výdělečná činnost je svou kvalitou nejvíce srovnatelná s prací na plný úvazek a na dobu neurčitou. Na dalším místě co do kvality

je dočasná práce, ačkoliv to platí spíše pro smlouvy na dobu určitou než pro občasnou práci brigádního typu či agenturní zaměstnávání. Mnohé výzkumy poukázaly na potřebu vytvořit politiky, které:

- pomohou starším pracovníkům se zdravotními problémy zůstat v práci;
- bojují s diskriminací na základě věku a zlepšují dovednosti starších pracujících;
- zlepšují finanční pobídky pro starší pracovníky, které je motivují k pokračující pracovní aktivitě, například vyššími daňovými úlevami či vyšší minimální mzdou;
- lépe regulují práci občasného a agenturního typu.

Příloha 3.1

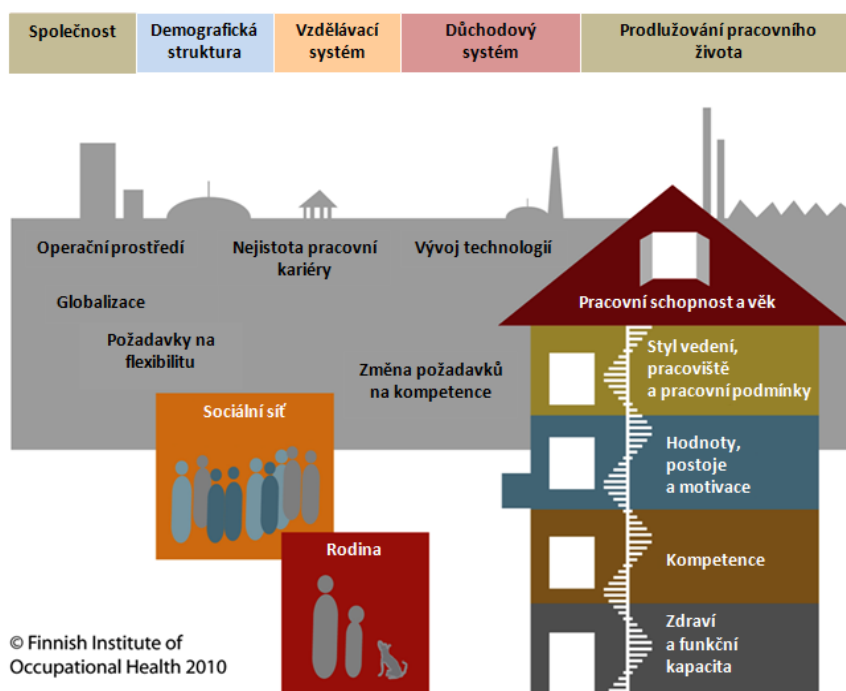
FIOH a Ministerstvo práce, Ministerstvo sociálních věcí a zdraví a Ministerstvo vzdělávání uskutečnily výzkumy a realizovaly následující národní rozvojové programy (Ilmarinen, 2008):

- Respekt ke stárnutí: program podpory pracovní schopnosti a pracovní pohody stárnoucích pracovníků (1990-1996, FIOH)
- Výbor pro stárnutí (1996, Ministerstvo práce)
- Národní program pro stárnoucí pracovníky (1998-2002, Ministerstvo sociálních věcí a zdraví). Jednou částí tohoto programu byl požadavek vyvinout školicí program Age Managementu ve spolupráci s institucemi, které se ve Finsku zabývají školením manažerů. Během tohoto národního programu bylo proškoleno zhruba tisíc manažerů a vedoucích pracovníků. Byl také vyvinut barometr pracovní schopnosti k tomu, aby bylo možno hodnotit aktivity týkající se pracovní schopnosti v podnicích a organizacích každý třetí rok. Zvláštní pozornost byla věnována malým a středním podnikům.
- Zvládání práce (2000-2003, Ministerstvo práce)
- Finský program rozvoje pracoviště TYKES (2004-2009, Ministerstvo práce)
- VETO: program podpory atraktivity pracovního života (2003-2007, Ministerstvo sociálních věcí a zdraví)
- KESTO: program pro trvale udržitelný rozvoj pracovní kariéry (2004-2007, FIOH)
- NOSTE: program pro zvýšení kvalifikace pracujících dospělých (2003-2007, Ministerstvo vzdělávání)

Příloha 3.2

Na základě toho FIOH vyvinul komplexní model pracovní schopnosti jako vědecké paradigma-Dům pracovní schopnosti. Faktory ovlivňující pracovní schopnost byly znázorněny jako dům se čtyřmi poschodími: (1) zdraví, (2) kompetence, (3) hodnoty a postoje a (4) práce. Prostředí vně domu bylo znázorněno také ve čtyřech okruzích: (1) rodina, (2) známí, (3) operační prostředí a (4) společnost, tedy různé její politiky a strategie. Model také zdůrazňuje, že první čtyři faktory ovlivňují pracovní schopnost na pracovišti denně, zatímco další čtyři vnější faktory mají na pracovní schopnost vliv, který není tak přímý a každodenní. Model byl testován na finské populaci v projektu „Zdraví 2000“. Výzkum probíhal od podzimu 2000 do jara 2001 na vzorku 9 922 osob a je podrobně popsán (k dispozici na webové adrese <http://www.terveys2000.fi>).

Obrázek 1: Model domu pracovní schopnosti (FIOH, 2010)

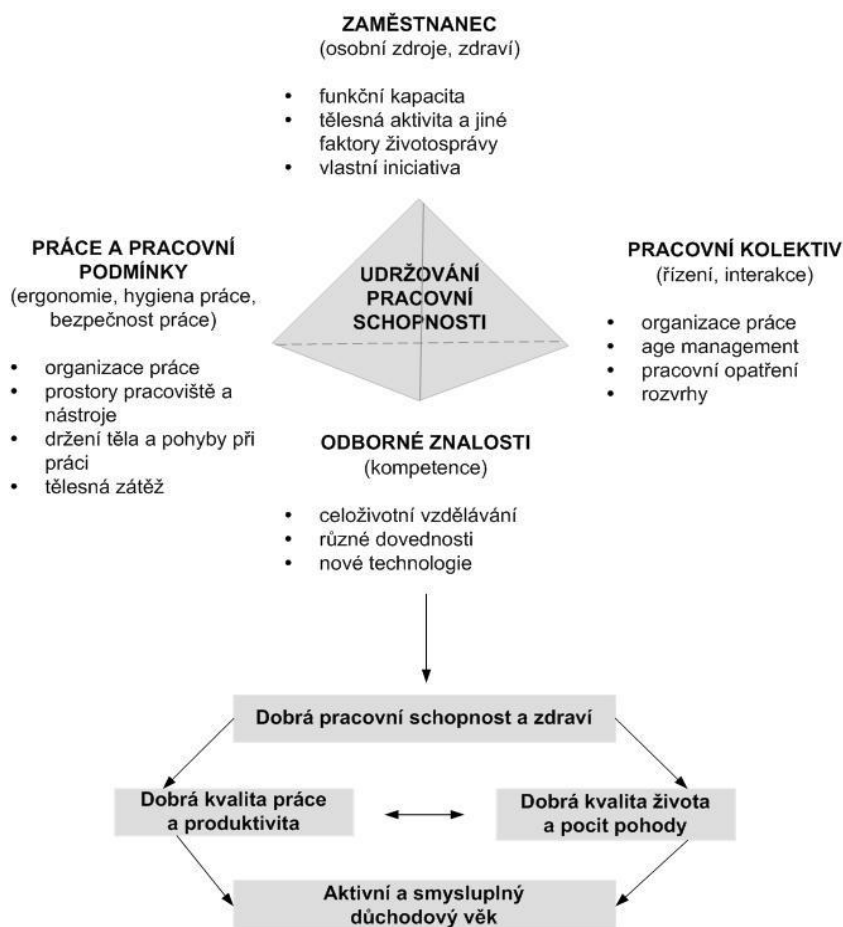


Dům pracovní schopnosti může být vnímán jako nový způsob znázornění pracovní schopnosti. Lze ho aplikovat při plánování výzkumných procesů a procesů rozvoje, při koncipování školení a vzdělávacích programů, při plánování kroků na podporu pracovní schopnosti a pohody, při tvorbě firemní strategie pracovní harmonie a při plánování legislativních kroků na podporu pracovní schopnosti a delší pracovní kariéry.

V Rakousku byl v rámci programu „Fit pro budoucnost“ testován model „Domu pracovní schopnosti“ ve dvaceti firmách (Kloimüller, 2011), v Austrálii byl testován na čtyřech firemních případech ve výzkumném centru s názvem „Byznys, práce a stárnutí“. V Nizozemsku se nástroj šetření vyvíjí v Lékařském centru v Rotterdamu. Mezinárodní vědecká komunita vyslovila potřebu standardizovaného nástroje umožňujícího zjišťování pracovní schopnosti, který bude navazovat na model Domu pracovní schopnosti (Ilmarinen, 2011).

Základní definice udržování pracovní schopnosti představuje metodické a cílevědomé opatření přijímané ve spolupráci mezi pracovníkem a zaměstnavatelem, ale i s dalšími organizacemi na trhu práce s cílem podpořit a posilnit pracovní schopnost a zdraví každého jedince v pracovním životě. Nejdůležitějšími praktickými cíli udržování pracovní schopnosti je zlepšení práce a pracovního prostředí, rozvíjení pracovního kolektivu a organizace práce, podpora zdraví a odborné kvalifikace pracovníků (Ilmarinen, 2008).

Obrázek 2: Základní model udržování pracovní schopnosti (Ilmarinen, 2008)



Mnohé studie prováděné v oblasti pracovní schopnosti, zdraví a motivace pracovní síly nad 45 let ukazují, že došlo k pozitivním výsledkům z hlediska zlepšení zdraví. Analýzy v oblasti pracovní schopnosti ukazují, že zachování pracovní schopnosti ve Finsku funguje, protože **zahrnuje relevantní řízení a prvky řízení**. Nejedná se jen o zdravotní program, ale jsou zahrnuta také opatření, která vedou k hospodářskému růstu (Hussi, 2004).

Příloha 3.3

Provádění závodní pracovně-lékařské péče PLP (někdy se ještě setkáváme s pojmem závodní preventivní péče - ZPP) se řídí závaznými legislativními předpisy. Její náplň vyplývá z Úmluvy Mezinárodní organizace práce č. 161/1985, o závodních zdravotních službách, vyhlášky č. 145/1988 Sb. a zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, zákoníku práce a dalších souvisejících předpisů.

Základní dokumenty kodifikující tuto oblast mají pochopitelně daleko širší záběr. V nich jsou obvykle speciální části (případně paragrafy) upravující oblast pracovně-lékařských služeb.

Zákon 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v § 40 definuje povinnost zajistit závodní pracovně-lékařskou péči (PLP) takto: „Organizace jsou povinny zajistit pro své zaměstnance závodní preventivní péči“. Organizacemi se pro tyto účely rozumí fyzické osoby podnikající

dle zvláštních předpisů a právnické osoby bez výjimky, tedy závodní preventivní péči jsou povinni zajistit i drobní zaměstnavatelé všech typů, pro všechny profese.

§ 18a) téhož zákona pak vymezuje úkol PLP takto: „Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví z práce a prevenci úrazů.

Problematikou ochrany zaměstnanců se zabývá také zákoník práce (zákon č. 65/1965 Sb, v platném znění), který definuje v § 133 povinnosti zaměstnavatele v zajišťování PLP zaměstnanců.

Zařízení PLP mají provádět také odbornou poradní činnost v otázkách ochrany a podpory zdraví a sociální pohody zaměstnanců, zjišťovat vlivy práce a pracovních podmínek na člověka při práci. Zvláštní důležitost mají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců. Ty jsou nově definovány v zákoně č. 373/2011, o specifických zdravotních službách (platnost od 1.4.2012), která v jeho části IV. definuje podmínky posudkové péče zejména ve vztahu k posuzování nemocí z povolání.

Posudková péče v intencích tohoto zákona je definována jako činnost ve zjišťování:

- zdravotní způsobilosti ke vzdělávání,
- zdravotní způsobilosti pro potřebu a na žádost správních orgánů,
- zdravotní způsobilosti na vyžádání pacientem,
- zdravotní způsobilosti k práci nebo k výkonu služby na základě pracovně-lékařské prohlídky,
- zdravotního stavu v souvislosti s nemocí z povolání nebo ohrožením nemocí z povolání,
- zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění a pro potřeby úřadu práce,
- zdravotního stavu pacienta pro jiné účely.

V současné době se na realizaci ochrany veřejného zdraví při práci podílí dvě koncepční místa. Můžeme je rozlišit podle zacílení této ochrany.

Je to v první řadě preventivní ochrana zdraví při práci, jejíž legislativa spočívá jednak na základních ustanoveních zákona 258/2000 Sb, o ochraně veřejného zdraví...“, který definuje požadavky na realizaci preventivních opatření s cílem zabezpečit prevenci ochrany zdraví v pracovním prostředí. Tuto prevenci spočívající v kontrolní/inspekční činnosti realizují v regionálním měřítku orgány ochrany veřejného zdraví - Krajské hygienické stanice. Vychází přitom z podkladů a dat, jejichž zisk je zákonnou povinností zaměstnavatelů, a dále dat ze šetření, která provádějí specializovaná laboratorní pracoviště - zejména zdravotní ústavy.

Tato oblast je tedy převážně zaměřena na posuzování stavu pracovního prostředí - pracovně nazývaného „kategorizace pracovišť“ a na následnou kontrolu tohoto stavu spolu s prevencí ochrany pracovníků potenciálně ohrožených pracovním onemocněním - nemocí z povolání. Tyto kompetence jsou soustředěny do rukou orgánů ochrany veřejného zdraví - odborných pracovníků z oblasti hygieny práce. I tato oblast je legislativně upravena jak v části posuzování pracovišť, tak v části posuzování a šetření chorob z povolání.

Druhým místem pochopitelně úzce spolupracujícím jsou zařízení pracovně-lékařských služeb (smluvní pracoviště), vykonávající tyto služby převážně přímo v daném smluvním podniku. Tato péče je sjednávána ve smyslu ustanovení § 269 odst. 2 zákona č. 513/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, v souladu se zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a zákonem č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, kterou objednateli ukládá zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 20/1966 Sb., ve znění zák. č. 548/1991 Sb. a směrnice Ministerstva zdravotnictví č. 49/1967, o posuzování zdravotní způsobilosti k práci v platném znění.

Tento systém je však prozatím málo kompatibilní s jinými evropskými systémy preventivní péče o zaměstnance. Zcela bez povšimnutí proto zatím zůstává (kromě jiného) velice specifická problematika posuzování pracovní způsobilosti starších pracovníků.

Naléhavost další právní úpravy pracovně-lékařské péče/služby je vyjádřena i v doporučení České lékařské společnosti J. E. Purkyně a je dána nejen skutečností, že od roku 1989 platí pro státy Evropské unie v oblasti bezpečnosti a zdraví při práci zásady Rámcové směrnice 89/391/EEC, která požaduje zajištění komplexu multidisciplinárních odborných služeb zdraví při práci (occupational health services, OHS), ale i tím, že nový zákon č. 373/2011, o specifických zdravotních službách (jenž nabyl platnost od 1.4.2012) pouze velmi stručně definuje podmínky posudkové péče zejména ve vztahu k posuzování nemocí z povolání.

V podnicích tuzemská zákonná úprava požaduje po zaměstnavatelích zajistit pracovně-lékařskou (dříve závodní preventivní) péči v souladu s Úmluvou Mezinárodní organizace práce č. 161. Jejím obsahem je však především prevence pracovních úrazů a nemocí z povolání a odborné poradenství v souvislosti s výkonem práce, jehož součástí je posuzování zdravotní způsobilosti k práci, je výrazně upozaděno. Jak již bylo naznačeno, pro pracovně-lékařskou péči v podnicích dosud platí ustanovení tří letitých zákonů (zák. č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu - §§ 18a, 35a a § 40; zák. č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění - § 35 a zák. č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví).

Samostatná právní úprava pracovně-lékařské péče, jejíž přijetí je již po desítky let předpokládáno v ustanovení § 40 zákona č. 20/1966 Sb., nebyla dosud připravena, a to ani po vstupu ČR do EU.

České hospodářství ztrácí ročně cca 22,5 miliardy Kč v nákladech na pracovní úrazy a 2,5 miliardy Kč v odhadovaných nákladech na nemoci z povolání. Podle zprávy o činnosti orgánů ochrany veřejného zdraví v oblasti ochrany zdraví při práci v letech neměla uvedenou péči zajištěnu v rozsahu vyžadovaném legislativou téměř polovina zaměstnavatelů. Problémy se zajištěním péče/služby přetrvávají zejména u malých a středních podniků, nově u agentur práce.

Neexistence speciální právní úpravy, která by komplexně stanovila požadavky na pracovně-lékařskou péči/službu a jejího poskytovatele, a to včetně specifických požadavků na zaměstnávání starších pracovníků (50+) tak znamená nejen absenci v plnění požadavků směrnic Evropských společenství, ale v blízké budoucnosti může ústit do negativních dopadů pro podnikání a rozvoj služeb.