



INSTITUT EVALUACÍ
A SOCIÁLNÍCH ANALÝZ

POTŘEBY SENIORŮ, PEČUJÍCÍCH A POSKYTOVATELŮ TERÉNNÍCH SLUŽEB Z HLEDISKA ICT

POTŘEBY SENIORŮ, PEČUJÍCÍCH A POSKYTOVATELŮ TERÉNNÍCH SLUŽEB Z HLEDISKA ICT

AUTOŘI ZPRÁVY

Kristýna Bernášková

Anna Francová

Jiří Schlanger

CITAČNÍ VZOR

Bernášková a kol. *Potřeby seniorů, pečujících a poskytovatelů terénních služeb z hlediska ICT*
č. *TL03000611*. Praha: INESAN, 2020.

Projekt „Inteligentní systém péče o seniory“ č. seniorů, pečujících a poskytovatelů terénních služeb z hlediska ICT je spolufinancován se státní podporou Technologické agentury ČR v rámci Programu ÉTA3.“

ZPRACOVATEL:

INESAN (Institut evaluací a sociálních analýz)

Heřmanova 22, 170 00 Praha 7

Tel: +420 220 190 597

E-mail: info@inesan.eu

Web: www.inesan.eu

ABSTRAKT

Tato souhrnná výzkumná zpráva za rok 2020 je jedním z výstupů projektu č. TL0300611 „Inteligentní systém péče o seniory“ řešeného v rámci veřejné soutěže ÉTA 3, konkrétně části projektu zaměřené na potřeby seniorů a poskytovatelů sociálních služeb z hlediska ICT. Hlavním cílem této zprávy je shrnout zjištění a výsledky této části projektu. V této zprávě byla výzkumná pozornost zaměřena na identifikaci populace seniorů využívajících ICT z hlediska péče a možnosti formální a neformální péče. Ve větším detailu se pak zpráva zaměřila na motivátory využívání těchto technologií a bariéry, které mohou využívání těchto technologií naopak bránit.

KLÍČOVÁ SLOVA

senioři; ICT; poskytování služeb; potřeby; terénní služby; asistivní technologie; stárnutí

OBSAH

1. ÚVOD	3
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ	3
2. METODOLOGIE VÝZKUMU	4
3. DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ V ČESKÉ REPUBLICE	5
4. POTŘEBA PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	8
5. NEFORMÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE A JEJÍ PODOBA.....	10
5.1 AUTONOMIE SENIORŮ	11
6. VYUŽÍVÁNÍ ICT SENIORY V ČR	12
6.1 DIGITÁLNÍ VYLOUČENÍ.....	16
7. MOTIVACE SENIORŮ VYUŽÍVAT ICT	18
7.1 BARIÉRY VYUŽÍVÁNÍ ICT.....	20
7.2 CHOVÁNÍ SENIORŮ PŘI VYUŽÍVÁNÍ ICT	20
8. ASISTIVNÍ TECHNOLOGIE V SOCIÁLNÍ PÉČI	23
8.1 ICT V SOCIÁLNÍ PÉČI V ČR	25
8.1.1 TÍŠŇOVÁ PÉČE	25
9. ZÁVĚR.....	27
10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	28

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věkové rozložení české populace.....	5
Graf 2: Počet žen a mužů v roce 2019 podle věkových skupin (údaj v tisících)	6
Graf 3: Vývoj podílu obyvatel 65+ v letech 2013-2019	6
Graf 4: Domácnosti v ČR s internetem podle věku	12
Graf 5: Osoby, které nikdy nepoužily internet podle věku	13
Graf 6: Četnost používání internetu podle věku	13
Graf 7: Domácnosti v ČR s internetem podle příjmové skupiny	14
Graf 8: Osoby, které používají chytrý mobilní telefon a internet v mobilu podle věku	15
Graf 9: Osoby podle věku využívající chytrý telefon, vývoj v letech	15
Graf 10: Využívání dalších zařízení, která lze ovládat prostřednictvím internetu nebo technologie Bluetooth připojit k dalším zařízením (nejedná se o telefon, počítač a tablet)	16
Graf 11: Vlastnictví mobilního telefonu u respondentů dotazníkového šetření.....	21
Graf 12: Druh mobilního telefonu u respondentů dotazníkového šetření	21
Graf 13: Používání mobilního telefonu u respondentů dotazníkového šetření.....	22
Graf 14: Počet klientů tísňové péče, vývoj v čase	26

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Sociální vs. digitální vyloučení	17
Tabulka 2: Tabulka 1 Příklady prvních 10 vysoce hodnocených ICT služeb ze šetření Christophorou a kol. (2016).....	19

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Index stáří v krajích v roce 2030	7
--	---

1. ÚVOD

Ukazuje se, že informační a komunikační technologie (dále jen „ICT“) a služby asistovaného života pro seniory (dále jen „AS“) mohou významným způsobem snížit negativní důsledky stárnutí populace tím, že umožní seniorům delší a nezávislý život v domácím prostředí. Jedinou sociální službou, která v současnosti využívá asistivní technologie, je tísňová péče. Kapacita těchto sociálních služeb je v současnosti cca pět tisíc klientů, což ani zdaleka nepokrývá potřebu cílové populace. Zároveň velmi málo těchto služeb poskytuje monitoring klientů i mimo byt, což může snižovat motivaci seniorů k účasti na aktivitách mimo domov.

Společenské změny (menší rodinné jednotky, rodinní příslušníci žijící daleko od sebe, zvýšené pracovní nároky) mohou vést k odklonu od neformální k institucionální péči – kombinace s výše zmíněným růstem osob ve věku nad 65 let, příp. nedostatkem kvalifikovaného personálu bude brzy představovat velkou výzvu, jak možnosti péče nastavit a jak co nejvíce podporovat neformální péči, aniž by došlo k přílišnému zahlcení rodinných příslušníků. K podpoře a snaze o zjišťování preferencí a potřeb neformálních pečujících mimo jiné i prostřednictvím ICT by mělo docházet nejen z důvodu, že starší osoby preferují zůstat co nejdéle v domácím prostředí, ale i z důvodu nižší finanční zátěže pro stát (Kok, Berden a Sadiraj, 2015).

1.1 VYMEZENÍ POJMŮ

INFORMAČNÍ A KOMUNIKAČNÍ TECHNOLOGIE (ICT)

Pod tento pojem je podle definice MPSV (2011) možné zahrnout veškeré technologie používané pro komunikaci a práci s informacemi – umožňují přenášení a přijímání informací, jejich vyhledávání a ukládání i jejich úpravu.

ASISTIVNÍ TECHNOLOGIE

Jde o výrobky, zařízení či vybavení, které se používá k udržení, zvýšení nebo zlepšení funkčních schopností jedince se zdravotním postižením. Zahrnují asistivní, rehabilitační a adaptivní pomůcky a zařízení, proces jejich výběru, umístění a následného užívání. Asistivní technologie umožňují lidem vykonávat činnosti, které by bez nich nemohli dělat či by s jejich vykonáváním měli velké potíže.

SLUŽBY ASISTOVANÉHO ŽIVOTA PRO SENIORY (AS)

Podle programu Ambient Assisted Living (2008) mohou tyto služby prodloužit období, ve kterém mohou lidé žít důstojně v prostředí prostřednictvím zvyšování autonomie a sebedůvěry, což umožní vykonávat každodenní činnosti. Dále tyto služby umožňují monitorovat stav starších nebo nemocných osob a poskytování péče za účelem zvyšování jejich bezpečnosti a ušetření nákladů na péči.

2. METODOLOGIE VÝZKUMU

Cílem souhrnné výzkumné zprávy bylo získání relevantních a validních dat, která se vztahují k výzkumnému záměru. Z tohoto důvodu byla realizována analýza sekundárních dat (desk research), která přinesla základní poznatky týkající se potřeb seniorů z hlediska ICT.

Analýza potřeb byla realizována v období od dubna do prosince 2020. Její realizaci významným způsobem ovlivnila pandemie Covid 19, kvůli které bylo upuštěno od provádění dotazníkového šetření mezi větším množstvím osob.

Data pro souhrnnou zprávu byla získávána především na základě podrobného desk research, v rámci kterého byla využita populační data z ČSSZ, ČSÚ a MPSV a odborné publikace, které se zkoumanou problematikou zabývají (viz seznam použité literatury).

Na základě závěrů sekundární analýzy bylo koncipováno primární výzkumné šetření, a to jak po stránce obsahové, kdy byly utvořeny jednotlivé koncepty, konstrukty a zvoleny relevantní indikátory jednotlivých jevů, tak i po stránce metodické, kdy byla připravena metodika sběru dat. Sběr primárních dat byl proveden v Česku v průběhu měsíců června, července a srpna 2020.

Zjištění z desk research byla doplněna informacemi získanými pomocí 8 rozhovorů se zástupci sociálních služeb (konkrétně pečovatelských služeb a domu s pečovatelskou službou), 5 rozhovorů s klienty pečovatelské služby (Doma ve Kdyni – centrum sociálních služeb, p. o.) a 5 rozhovorů s klienty domu s pečovatelskou službou (Rezidence RoSa). Dále bylo realizováno 5 telefonických rozhovorů s osobami staršími 65 let z blízkého okruhu členů realizačního týmu. Tyto rozhovory byly využity především pro identifikaci motivátorů využívání technologií a potřeb, které si klienti skrze tyto technologie naplňují. Ve zprávě jsou citace z rozhovorů označeny kurzívou. Zkratkou „Rp“ jsou označeny citace z rozhovorů s pracovníky sociálních služeb, „Rs“ pak citace z rozhovorů se seniory.

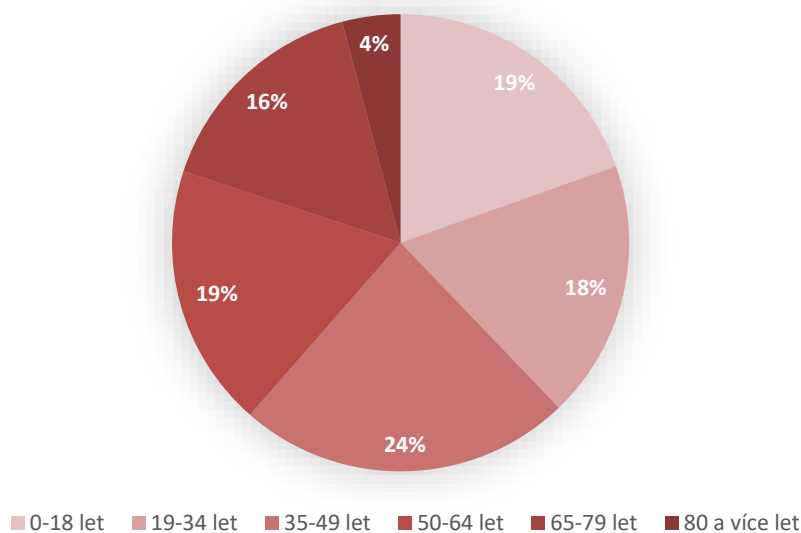
Mezi klienty dvou sociálních služeb (pečovatelské služby Doma ve Kdyni – centrum sociálních služeb, p. o.; N=22) a domu s pečovatelskou službou (Rezidence RoSa; N=55)) bylo následně realizováno dotazníkové šetření zaměřené na uživatelské chování při využívání mobilního telefonu. Celkem odpovědělo 77 klientů ve věku 65-90 let.

3. DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ V ČESKÉ REPUBLICCE

Podle Organizace spojených národů můžeme očekávat dvojnásobný nárůst počtu osob starších 60 let z 962 milionů v roce 2017 na 2,1 miliardy v roce 2050 (UN, 2017). Přestože se počet starších lidí v různých zemích liší, stále se jedná o globální fenomén. Je možné očekávat, že procento lidí starších 65 let se v roce 2050 zvýší v zemích OECD na 28 %, např. v Japonsku by mohlo jít až o 40 %. Počet osob vyžadujících nějakou formu péče by se v Evropské Unii mohl mezi lety 2007 a 2060 zvýšit o 115 %. Např. v USA je očekáváno, že v roce 2050 bude péči (rezidenční i domácí) potřebovat 27 milionů lidí; v roce 2000 to přitom bylo 13 milionů (HHS, 2003). Demografické prognózy předpokládají, že i v České republice se během příštích 20 let počet seniorů ve věku nad 75 let minimálně zdvojnásobí. Z toho přibližně čtvrtina až třetina bude ve špatném zdravotním stavu, a bude tedy vyžadovat nějakou formu dlouhodobé péče (MPSV, 2017).

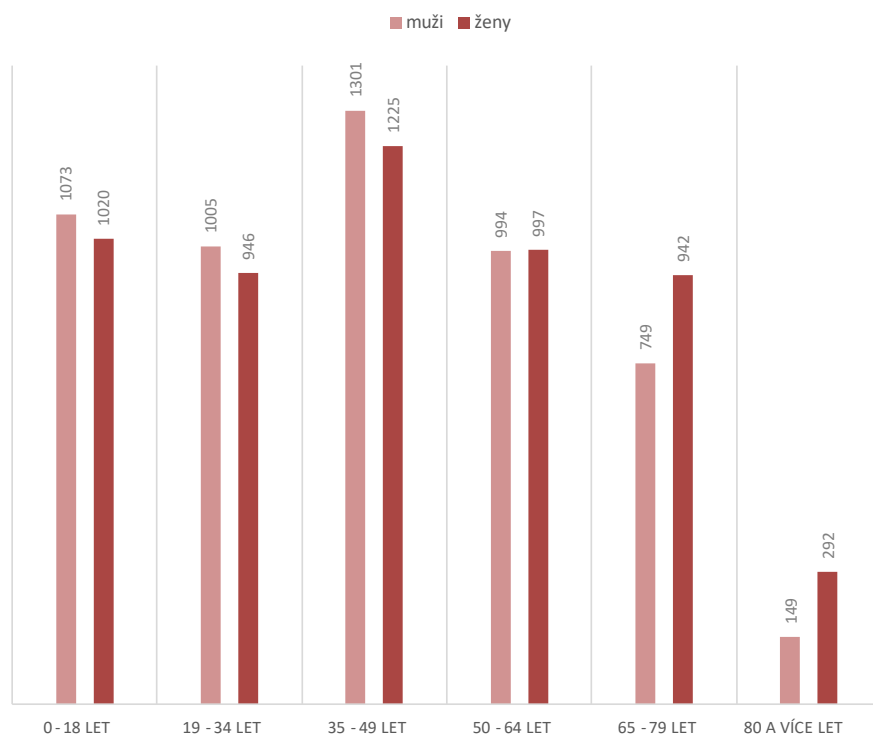
Podoby institucionální péče se liší nejen mezi jednotlivými státy, ale i v rámci jedné země (např. ambulantní péče, různé podoby lůžkové péče atd). V rámci EU je odhadováno, že v průměru 60 % péče je zastáváno neformálními pečujícími (WHO, 2012).

Graf 1: Věkové rozložení české populace



Zdroj: ČSÚ, Statistická ročenka České republiky 2020 (data z 31. 12. 2019)

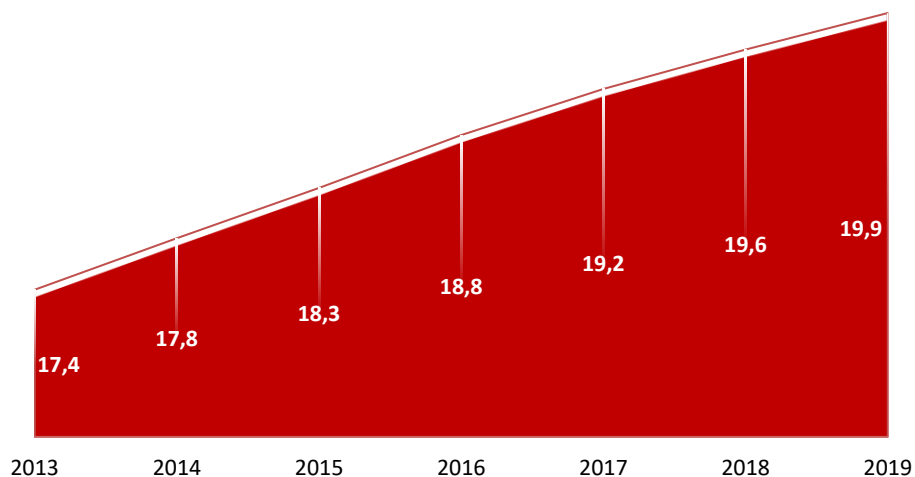
Graf 2: Počet žen a mužů v roce 2019 podle věkových skupin (údaj v tisících)



Zdroj: ČSÚ, Statistická ročenka České republiky 2020 (data z 31. 12. 2019)

Na základě statistických údajů od ČSÚ, MPSV a ČSZZ vidíme (viz Graf 1 a 2), že senioři tvoří téměř 20 % obyvatel ČR – obyvatel nad 65 let je přes 2 131 000, z toho je přes 440 tisíc starších 80 let. Charakteristické je, že ve skupinách nad 85 let je více než dvakrát více žen než mužů. Tato skupina je zároveň v největší míře závislá na péči okolí (viz dále).

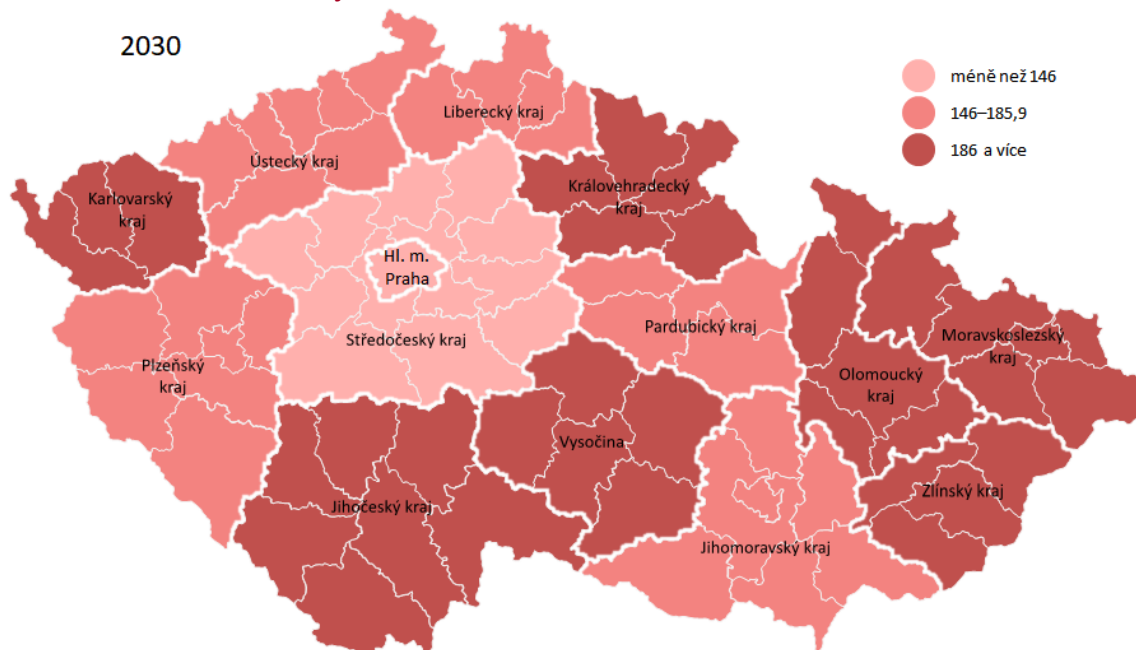
Graf 3: Vývoj podílu obyvatel 65+ v letech 2013-2019



Zdroj: ČSÚ, Statistická ročenka České republiky 2020 (data vždy k 31. 12.)

Trend stárnutí populace dokazuje i index stáří na rok 2030 (tedy předpokládaný počet seniorů na 100 dětí do 15 let). Ve všech krajích se předpokládá významně větší podíl seniorů než dětí, u sedmi krajů se pak předpokládá, že na 100 dětí bude více než 186 seniorů.

Obrázek 1: Index stáří v krajích v roce 2030



Zdroj dat: ČSÚ (2017). Vývoj obyvatelstva České republiky a ČSÚ (2013) Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050 a Projekce obyvatelstva v ČR do roku 2100 (střední varianta)
Pozn.: Index stáří určuje počet seniorů na 100 dětí (0-14 let)
Zpracování: INESAN

Podle dat ČSSZ (2020) byl počet příjemců důchodu v roce 2019 téměř 2 900 000, z toho počet starobních důchodců přes 2 500 000 (rozdíl tvoří důchody vdovské, sirotčí a invalidní). Počet invalidních důchodců v ČR je kolem 420 000, tj. více než 4 % obyvatel, z toho invalidní důchod třetího stupně čerpá přes 170 tisíc osob. Osoby se zdravotním postižením tvoří cca 13 % obyvatel ČR, z toho u 39 % jde o omezení vážné. Ve věku 65-79 let je podíl osob se zdravotním postižením 26 %, u starších 80 let je to už přes 50 %. Významným faktorem je, že osoby se zdravotním postižením tvoří ve větší míře jednočlennou domácnost oproti celostátnímu průměru. To samé platí i o osobách starších 80 let s velkým podílem vdovců a vdov.

4. POTŘEBA PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Potřeba péče se obecně týká zejména osob se zdravotním postižením různého typu (včetně chronických onemocnění) a seniorů (seniorský věk můžeme ztotožnit s věkem zákonného nároku na dávku starobního důchodu, tedy 65 let). Potřeby jednotlivých skupin se mnohdy zásadně liší – zatímco řada osob si vystačí s finanční podporou (ať již na přechodnou dobu překonání onemocnění nebo důsledku úrazu, nebo dlouhodobě), jiní vyžadují kromě podpory i periodickou péči v různém časovém rozsahu (od několika hodin týdně po asistenci po převážnou část dne). Samotný obsah potřeb se také liší – může jít o přímou péči s hygienou, polohováním nebo mobilitou, o organizaci péče a vyhledávání služeb, o jednání s úřady nebo rehabilitační podporu. Toto dokládají i výpovědi pracovníků pečovatelských služeb:

Rp: „Často pečovatelská služba působí jako rozvoz obědů, klienti jsou jinak celkem samostatní. Často jim pak chybí sociální kontakt, rodina na ně nemá čas.“

Je třeba vnímat, že potřeby se u každé osoby v čase mění v závislosti na prostředí, ve kterém žije i na zdravotním stavu. „Sociální“ diagnostika by tedy neměla být jednorázovou událostí a s měnícími se potřebami by se měl měnit i obsah a rozsah podpory a péče. Optimálním způsobem reakce na potřeby daného jedince je komunikace v dané komunitě mezi osobami blízkými, sociálními pracovníky působícími na daném území, registrujícím praktickým lékařem, případně dalšími odbornými lékaři.

Rp: „Může se snadno stát, že se ta potřeba péče hodně změní, stačí když třeba senior upadne a pak se bojí některé věci dělat sám.“

Pomoc někoho druhého nejčastěji využívají lidé, jejichž zdravotní omezení zasahuje do několika oblastí. Může se jednat například o lidi po mozkové mrtvici, po úrazu s poraněním mozku nebo s vrozeným kombinovaným postižením. Podle očekávání využívají pomoc více senioři než mladší osoby se zdravotním postižením. To má patrně vliv i na to, že pomoc častěji vyhledávají ženy než muži se zdravotním postižením (56 % proti 46 %). Celkově pomoc druhé osoby využívá 52 % osob se zdravotním postižením. Pro 8 % ze všech osob se zdravotním postižením (91 000 osob) není poskytována pomoc dostatečná a potřebovali by pomoci více. Také 2 % lidí se zdravotním postižením (26 tisíc osob) by pomoc druhého člověka potřebovali, ale doposud žádnou pomoc nevyužívali. Celkem tak chybí pomoc 117 000, čili desetině osob se zdravotním postižením.

Více než polovině osob s postižením, které zatím pomoc nemají, ale potřebovaly by ji, by stačovala pomoc v rozsahu 1 až 3 hodin týdně. Dalších 37 % z nich by potřebovalo pomoc 4 až 7 hodin týdně. Lidé s postižením, kteří již pomoc dostávali, ale nebyla pro ně dostatečná, by v 37 % potřebovali navíc pomoc 4 až 7 hodin týdně a ve 29 % dodatečnou pomoc 8 až 20 hodin týdně. Téměř 600 tisíc osob se zdravotním

postižením využívá pomoc druhé osoby. V drtivé většině (96 %) se jedná o pomoc příbuzných. Velmi často je pak pomoc příbuzných doplněna ještě pomocí dalších osob, ať už známých a sousedů nebo profesionálů. Pětině lidí se zdravotním postižením, kteří využívají něčí pomoc, dochází pomáhat jejich známí nebo přátelé či sousedé, 14 % využívá pomoc od formálních poskytovatelů jako je pečovatelská služba, domácí ošetrovatelská péče nebo osobní asistence. Profesionální pečovatelé/asistenti se podílejí ve větší míře na pomoci nejmladším osobám se zdravotním postižením ve věku 15 až 34 let a pak na pomoci seniorům starším 80 let. Jen k 1 % lidí se zdravotním postižením chodí pomáhat dobrovolníci, zpravidla zprostředkování nějakou institucí, jelikož dobrovolnické organizace u nás se více zaměřují na pomoc v nemocnicích, léčebnách nebo sociálních zařízeních.

Většina osob se zdravotním postižením jsou lidé ve starobním důchodu a téměř třetina pobírá invalidní důchod. Z invalidních důchodců zhruba jedna třetina zároveň pracuje, mezi lidmi se zdravotním postižením pobírajícími starobní důchod je to spíše výjimkou. Pracuje tak pouze 19 % všech osob se zdravotním postižením, tedy 215 tisíc. Příspěvek na péči směřuje asi k 3,5 % populace, z nich registrované sociální služby využívá cca 30 % příjemců a je do nich alokováno cca 15 % objemu vyplacených finančních prostředků. Pod pětinu příjemců příspěvku žije v rezidenčních zařízeních sociálních služeb, cca osmina dalších využívá terénní službu. To znamená, že finanční podpora od státu směřuje jen k relativně malé části osob závislých na pomoci jiné osoby (senioři a OZP), na druhé straně, že 85 % objemu prostředků zůstává u jejich příjemců a mohly by saturovat neformální pečovatele.

Analytická zpráva (2018) z kvalitativního výzkumu projektu „*Pečovat a žít doma je normální – podpora neformálních pečovatелů*“, který byl zaměřen na neformální pečující Dobříšska, Sedlčanska a Hořovicka, se snaží popsat zkušenosti pečujících, co jim jejich situaci komplikuje a co by jim naopak pomohlo. Kromě dlouhodobého psychického a fyzického vyčerpání a nedostatku relevantních informací se pečující často potýkají s tím, že proces přidělování příspěvku na péči považují za netransparentní a zdlouhavý. Výše přiznaného příspěvku na péči podle nich mnohdy neodpovídá zdravotnímu stavu opečovávané osoby.

Na základě dokumentu *Současná struktura služeb dlouhodobé péče* (Horecký a Průša, 2019) je vidět, že v porovnání s ostatními evropskými zeměmi je v ČR kapacita sociálních služeb pod průměrem. Důvodem je zejména nedostatečná strategie na zvyšování kapacit sociálních služeb pro seniory (pobytové služby, terénní služby atd.) či jejich dovybudování. Pro zachování současné úrovně vybavenosti by se do roku 2050 musel počet míst v domovech pro seniory zvýšit z 35 596 míst v roce 2016 na 89 146 míst a největší nárůst by musel proběhnout do roku 2035. Alternativou je pak zvýšení (či zprovoznění) kapacit u alternativních služeb, např. pobytových zařízení komunitního typu.

5. NEFORMÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE A JEJÍ PODOBA

Na základě dokumentu Evropské komise „*Neformální péče v systému dlouhodobé péče*“ z roku 2010 nazýváme neformální péčí takovou péči, která je poskytována především rodinou, blízkými příbuznými, přáteli nebo sousedy. Neformální pečovatelé nejsou vázáni žádnou smlouvou, nejsou placeni (mají však často nárok na finanční podporu) a ani nejsou většinou přímo vyškoleni k poskytování péče. Podobně jako v případě formální péče i tito „pečovatelé“ vypomáhají se základními (osobní hygiena, oblékání) i instrumentálními (např. nákup) aktivitami každodenního života (Geissler a kol., 2015).

Neformální péče tvoří v zemích EU důležitou součást dlouhodobé péče, podle odhadů je až 80 % dlouhodobé péče v Evropě poskytováno neformálními pečovateli (Hoffmann & Rodrigues, 2010), kteří podle odhadů tvoří od 10 do 25 % celkové evropské populace. Jak však upozorňuje zpráva Evropské komise *Informal care in Europe* (Zigante, 2018), přestože na neformální péči je často nahlíženo jako na levný způsob, jak zabránit institucionalizaci a pobytu zdravotně znevýhodněných osob mimo domov, tento typ péče nemusí být nenákladný ani pro stát, ani pro samotné pečovatele (Rodrigues a kol., 2013). V současné době se začíná pozornost akademických institucí i národních politik zaměřovat více na vliv neformální péče na oblasti jako jsou zaměstnanost, zdraví a kvalita života (např. Brimblecombe a kol., 2018). Podle zprávy Evropské komise je aktuálně jednou z největších výzev formalizování neformální péče tak, aby zároveň mohlo docházet k jejímu hodnocení. Neformální péče může být někdy chápána jako jednoduché uspokojení základních životních potřeb, což ale neodpovídá komplexnímu vztahu opečovávaného s neformálním pečovatelem – v potaz by měla být brána i případná neadekvátní péče nebo péče, která neuspokojuje psychologické potřeby seniorů. Obývání společného prostoru pak může být i rizikovým faktorem výskytu fyzického týrání seniora. Tato zjištění naznačují důležitost formalizace péče, včetně finančního zajištění pečovatele, právního rámce, vzdělávání pečovatelů a snahy identifikovat jejich potřeby (např. potřebu podpůrné služby) co nejdříve.

Počet neformálních pečovatelů v ČR bývá odhadován na 250 tisíc (MPSV, 2017). Polovinu z těchto pečujících tvoří osoba blízká, ve 2/3 případů se jedná o ženu ve středním nebo raném důchodovém věku (Chaloupková Klímová, 2013). Přestože hraje v systému velkou roli, zdá se, že možnosti podpory (např. příspěvek na péči, nárok na zkrácení pracovní doby) jsou nedostačující. Jak MPSV zmiňuje (2017), podpora ze strany obce je velmi malá, potenciální pečovatelé nemají dostatek informací, chybí jejich systematické vzdělávání i psychologické poradenství. Podobně jako popisuje Evropská komise (2018), i u nás chybí formalizace péče – důvodem je zejména nedostatečná právní definice pečujících osob, které jsou definovány jen skrz osoby závislé.

Výsledky ze šetření v rámci projektu „Podpora neformálních pečovatelů“ (probíhající v letech 2018-2021) vyplývá, že nejčastější náplní péče je starost o domácnost (provádí 97 % pečujících osob), doprovod (97 %), vyhledávání služeb (88 %), jednání s úřady (88 %) a přímá péče (79 %).

Mezi negativní dopady neformální péče se nejčastěji uvádí (Šimoník, 2015) ztráta volného času (40 % respondentů ji pociťovalo velmi silně, vůbec ne pak jen 8 %), psychické vyčerpání (28 %), omezení sociálních kontaktů (31 %), omezení vlastních koníčků (28 %) a zhoršení finanční situace (23 %). Dalším negativním dopadem (Klímová Chaloupková, 2013) je těžké sloučení péče s pracovní aktivitou, kdy pečující často nemají možnost zkrácené nebo flexibilní pracovní doby a mohou z tohoto důvodu i opustit zaměstnání. Návrat do něj pak může být i po ukončení péče náročný.

5.1 AUTONOMIE SENIORŮ

Autonomii seniorů se v českém prostředí věnuje například Dana Sýkorová. Studie (2007) ukazuje, že senioři si s pojmem autonomie spojují hlavně zvládnutí každodenních činností bez pomoci druhých, podmíněně fyzickým zdravím a soběstačností. Jako další součást autonomie vnímají finanční soběstačnost a celkovou svobodu názoru a rozhodování. Jak vyplývá z výpovědí pracovníků v sociálních službách, tuto potřebu seniorů si pracovníci při poskytování péče uvědomují:

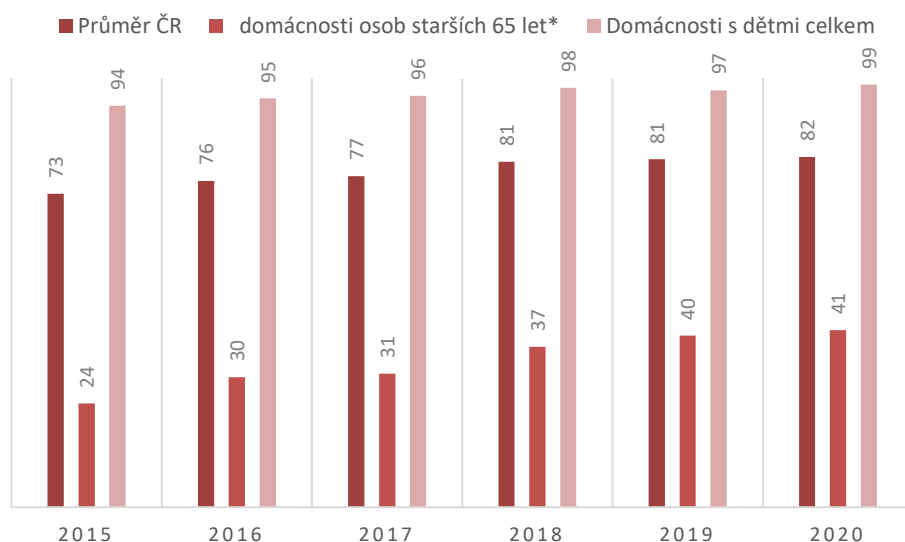
Rp: „Ta naše péče se pořád vyvíjí, pořád s klienty řešíme, co by chtěli a co ne, pro ně je to zásadní, aby si mohli říct.“

Samotní senioři by měli být vždy ti, kteří v maximální míře rozhodují o svém životě a službách, které využívají, a o kterých dostávají potřebné informace. Důležitým tématem je vliv personálu zdravotnických a sociálních zařízení na autonomii seniorů. Pokud je poskytovaná péče neosobní a seniorovi je tzv. „nalinkovaná“, může jí nejen pasivně akceptovat, ale i odmítat (Mullins & Hartley, 2002). Existuje řada studií, které sledují vliv autonomie na psychické zdraví seniorů. Bojorquez-Chapela a kol. (2012) například zjišťují, že nezávislost v běžném denním fungování je spojena s nižším rizikem výskytu depresivních symptomů. Podobně výzkum Chena a kol. (2007) ukazuje, že vyšší kontrola nad chodem zařízení vedla k nižšímu výskytu symptomů deprese.

6. VYUŽÍVÁNÍ ICT SENIORY V ČR

V roce 2020 je tomu 28 let od prvního připojení k internetu. Od té doby se množství jeho uživatelů výrazně zvedá. V roce 2000 internet využívalo jen 10 % osob, v roce 2010 využívalo cca 62 % osob, v roce 2020 už je tomu u 81 % osob. Významně roste především podíl osob starších 65 let, které využívají internet. EPTA (2019) však např. upozorňuje na rozdílné procento seniorů, kteří v Evropě využívají internet (od 82 % seniorů v Norsku po 23 % v Polsku), nedostatečnou digitální gramotnost starších osob v některých zemích, nutnost upravit stávající digitální infrastrukturu i vyřešení problému bezpečnosti související se sdílením dat. To platí i pro české prostředí – přestože stoupá počet osob nad 65 let, které v domácnosti používají internet (viz Graf 4), stále se jedná o významně menší procento osob než v západní a severní Evropě. Od 75 let věku podle průzkumů navíc procento lidí, kteří nikdy nepoužili internet až dvojnásobně stoupá (viz Graf 5).

Graf 4: Domácnosti v ČR s internetem podle věku

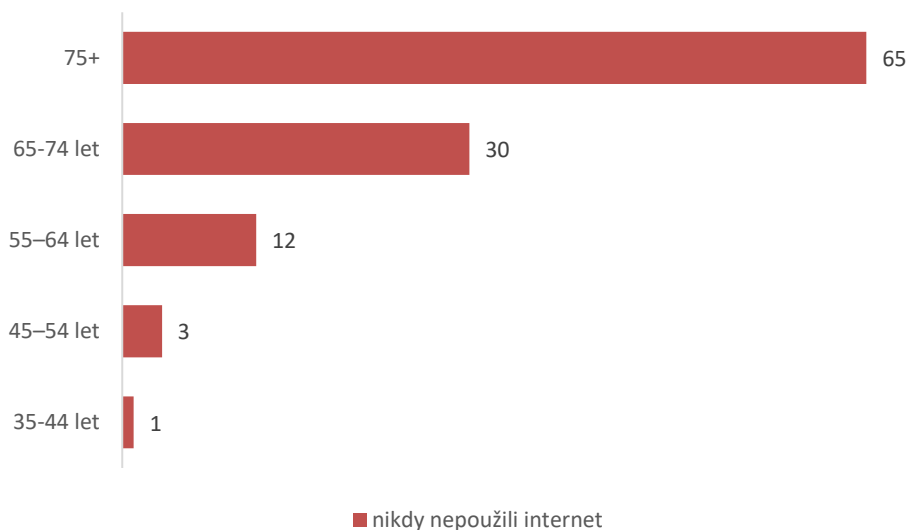


* Všechny osoby v domácnosti jsou starší 65 let.

Zdroj: ČSÚ, Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci - 2020

Zatímco o nejstarších seniorů (75 let a více) téměř dvě třetiny nikdy nevyužily internet, u mladších seniorů je tomu tak pouze u necelé třetiny a se snižujícím se věkem tento podíl významně klesá.

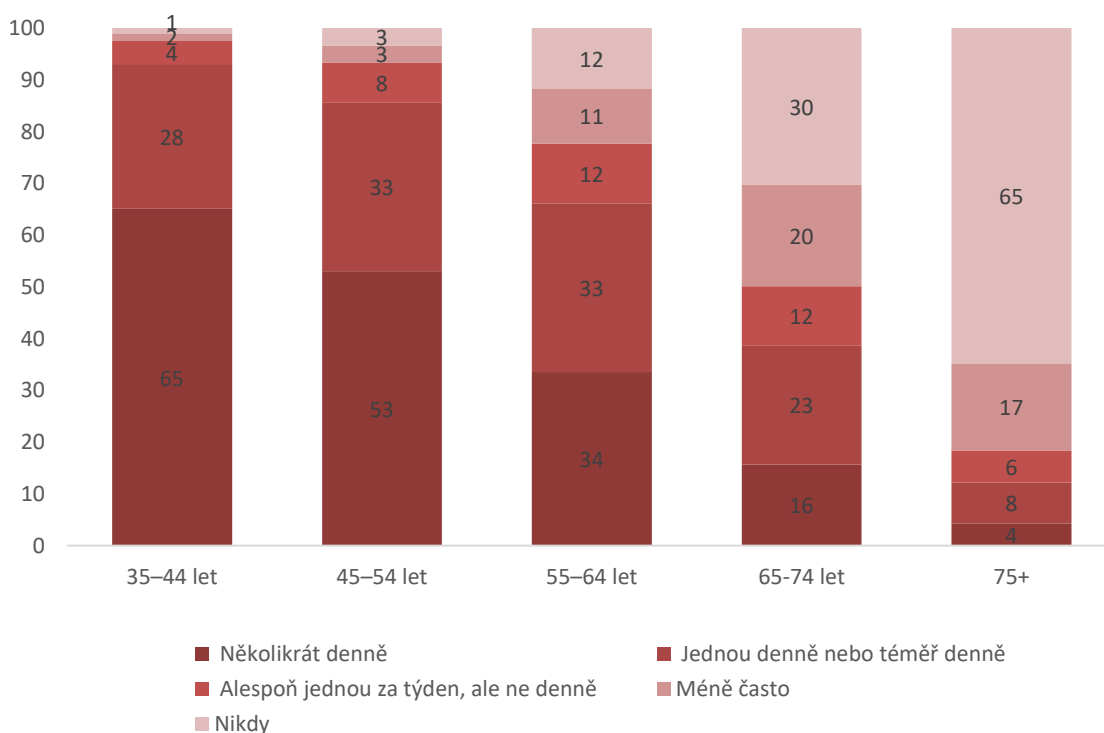
Graf 5: Osoby, které nikdy nepoužily internet podle věku



Zdroj: ČSÚ, Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci - 2020

Mladší ročníky také internet ve větší míře používají často. Zatímco ve věkové skupině do 54 let nadpoloviční většina uživatelů používá internet několikrát denně, 92 %, resp. 86 % pak používá internet denně či téměř denně u věkové skupiny 75+ je tomu tak pouze ve 12 % případech. Významně se také liší skupiny mladších a starších seniorů – několikrát denně používá internet čtyřikrát větší podíl mladších seniorů než seniorů starších.

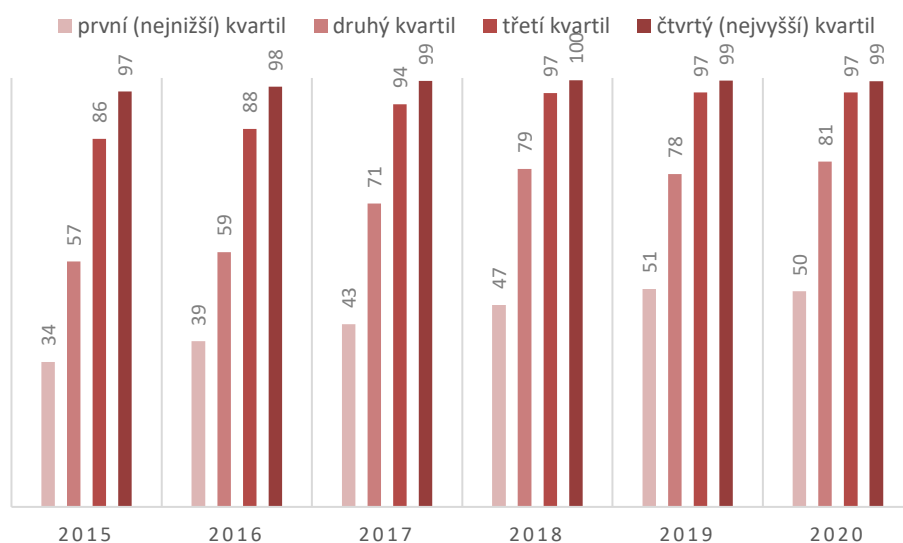
Graf 6: Četnost používání internetu podle věku



Zdroj: ČSÚ, Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci - 2020

Využívání ICT technologií je mimo jiné podmíněno i finanční náročností jejich pořízení. Toto je možné dobře prezentovat na podílu domácností s internetem podle příjmových skupin. V posledních pěti letech mají doma internet zaveden prakticky všechny domácnosti patřící mezi čtvrtinu nejbohatších domácností v ČR. U nízkopříjmových domácností je však internet zaveden cca v polovině případů.

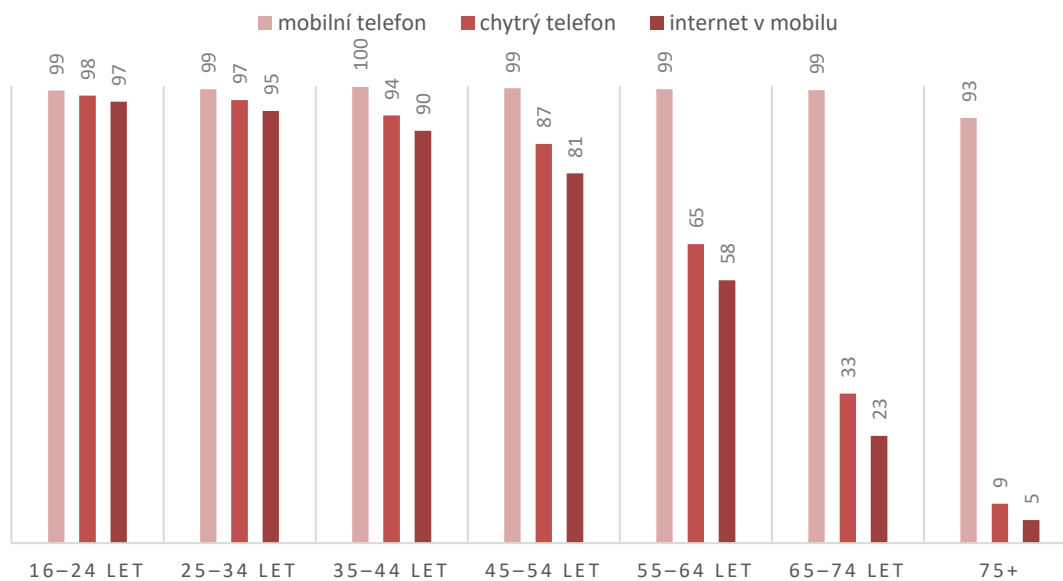
Graf 7: Domácnosti v ČR s internetem podle příjmové skupiny



Zdroj: ČSÚ, Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci - 2020

Podobný trend jako o využívání internetu je možné sledovat i u ostatních ICT. Naprostá většina populace má mobilní telefon. S klesajícím věkem také významným způsobem narůstá podíl těch, jejichž mobilní telefon je možné označit jako „chytrý“ (v tomto kontextu chytrý telefon chápeme jako mobilní telefon s operačním systémem). Mladší generace také ve větší míře využívají internetové připojení pomocí mobilního telefonu.

Graf 8: Osoby, které používají chytrý mobilní telefon a internet v mobilu podle věku

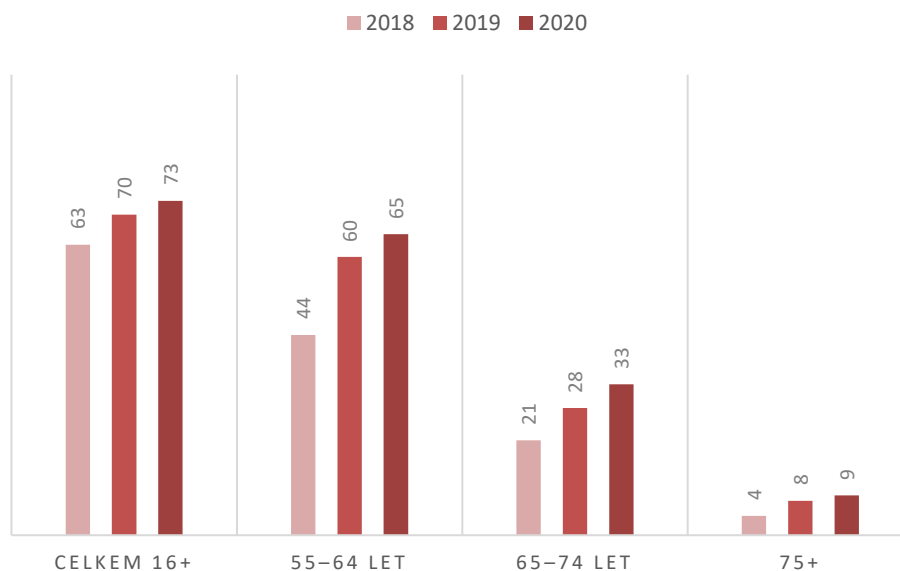


Chytrý telefon je v tomto smyslu chápán jako telefon se zabudovaným operačním systémem.

Zdroj: ČSÚ, Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci - 2020

V roce 2020 mělo chytrý mobilní telefon téměř tři čtvrtiny populace. U osob v předseniorském věku v posledních třech letech tento podíl prudce roste, dá se tedy předpokládat, že nastupující generace seniorů již bude tato zařízení využívat ve velké míře.

Graf 9: Osoby podle věku využívající chytrý telefon, vývoj v letech

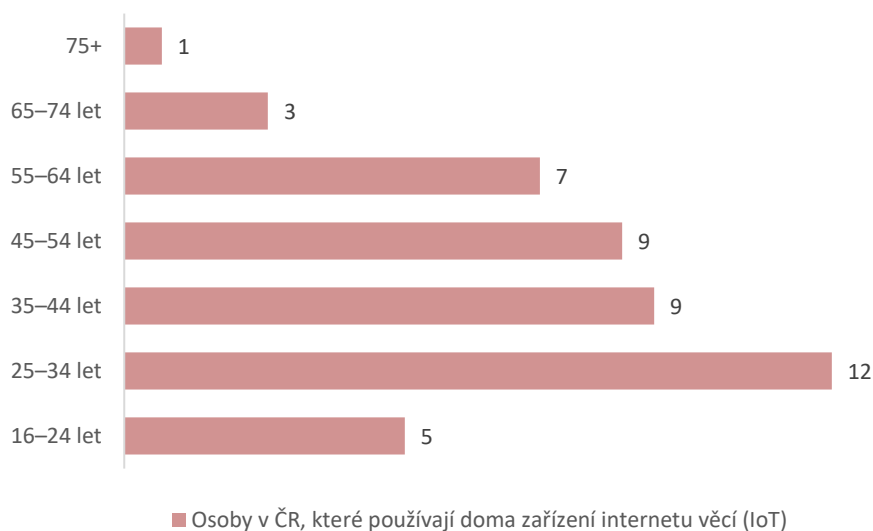


Zdroj: ČSÚ, Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci - 2020

Co se týká využívání ostatních ICT zařízení (například „chytré“ hodinky, reproduktory ovládané pomocí mobilního telefonu apod.), tato zařízení v největší míře využívají mladí dospělí (tedy osoby mezi 25 a 34 lety věku). To souvisí mimo jiné s již prezentovanou ekonomickou náročností pořízení těchto zařízení.

Nejčastějším důvodem, kvůli kterému tato zařízení lidé nevyužívají je podle jejich výpovědí to, že neměli potřebu tato zařízení používat, případně jsou pro ně příliš drahá.

Graf 10: Využívání dalších zařízení, která lze ovládat prostřednictvím internetu nebo technologie Bluetooth připojit k dalším zařízením (nejedná se o telefon, počítač a tablet)



Zdroj: ČSÚ, Využívání informačních a komunikačních technologií v domácnostech a mezi jednotlivci – 2020

6.1 DIGITÁLNÍ VYLOUČENÍ

Digitální vyloučení je možné chápat jako jeden z faktorů sociální exkluze. Tabulka níže popisuje vztah mezi digitálním a sociálním vyloučením. Mezi zásadní okolnosti, které ovlivňují digitální vyloučení patří finanční, časové a sociální zdroje, které mohou být ovlivněny například druhem vykonávané pracovní činnosti či charakteristikami domácnosti jednotlivce (např. osoby, které mají děti, vlastní ve větší míře počítač s přístupem k internetu (Tomcyk, 2015).

Podle MPSV (*Zpráva o stavu a výuce digitální gramotnosti*) absence digitální gramotnosti může prohlubovat sociální vyloučení. Osoby bez digitální gramotnosti mají horší přístup k informacím než osoby digitálně gramotné, které tedy z nových technologií těží ve větší míře. Tím se zároveň prohlubuje propast mezi těmito skupinami. (Pietrass, 2007). Absence digitální gramotnosti může vést k tzv. digitálnímu vyloučení.

Digitální vyloučení může být významné zvláště pro skupiny, které si zmiňované oblasti nemohou snadno zajistit jiným způsobem (např. pro špatně se pohybujícího obyvatele vesnice s jedním obchodem bude tento obchod jedinou možností přístupu na trh). Jednou z významných skupin ohrožených digitálním vyloučením jsou i senioři.

Tabulka 1: Sociální vs. digitální vyloučení

Sociální vyloučení	Digitální vyloučení
Zhoršení materiálních podmínek, nezaměstnanost	Nemožnost najít si zaměstnání v rychle se rozvíjejícím IT sektoru, nemožnost pracovat na pozicích, které vyžadují IT znalosti.
Omezení komunikace se společností	Nemožnost udržovat kontakt s příslušníky informační společnosti pomocí nástrojů, které jsou v této společnosti využívány (chat, email, diskusní fóra).
Omezení možnosti využívat veřejné služby	Omezení možnosti využívat služby e-governmentu (datová schránka, Portál občana, veřejné rejstříky apod.)
Diskriminace	Diskriminace na základě nedostatečné digitální gramotnosti osob, které nemají k ICT přístup.
Chybějící přístup k veřejnému trhu	Nemožnost nakupovat na internetu, porovnávat ceny v obchodech, nemožnost využívat služeb, jako například e-bankovníctví.
Omezení kulturního života	Nemožnost přístupu k digitální (digitalizované) tvorbě.

Zdroj: Tomcyk, 2015

7. MOTIVACE SENIORŮ VYUŽÍVAT ICT

Adaptace na ICT významně ovlivňují společnost – život člověka se do určité míry posunul do kyberprostoru. Aby se v tomto prostoru byl schopen orientovat, je nezbytné, aby byl digitálně gramotný. Vzhledem k rychlosti, se kterými se společnost adaptovala na informační a komunikační technologie zde dochází ke specifické mezigenerační situaci, kterou popisují Sak a Kolesárová (2021). v současnosti se setkávají generace, která již byla v důchodu před tím, než se ve společnosti začaly ICT ve větší míře používat s generací, která je „od kolébky“ zvyklá na práci s těmito technologiemi.

Jak argumentují Sak a Kolesárová (2021): „Na jedné straně příkopu je stará generace jako poslední generace gramotné kultury a na druhé straně příkopu je mladá generace jako první generace kyberkultury. Jedná se o historicky ojedinělou situaci, kdy generační propast je současně propastí věků.“

To potvrzuje i zjištění polského výzkumu (Tomczyk, 2015), který konstatuje, že v současnosti nemají starší lidé stejné dovednosti jako mladší generace. Významně to podle něj může ovlivnit pohled mladší generace na starší, která v této oblasti nemůže být nositelem rozsáhlých zkušeností a znalostí, což je tradiční role starší generace.

Jak je patrné z rozšíření ICT technologií, tato propast se postupem času snižuje, což je dáno tím, že do seniorské generace vstupují osoby, které již s ICT technologiemi mají ve větší míře zkušenosti, mají tyto technologie k dispozici apod. Zároveň jsou starší generace i nadále ovlivněny prostředím, ve kterém vyrůstaly. Na rozdíl od mladších generací tak internet a ICT technologie například v průměru v menší míře využívají pro vlastní socializaci či citové uspokojení.

Motivace hraje důležitou úlohu pro osvojování si nových dovedností, a to spolu s úrovní schopnosti učit se a s fyziologickým stavem organismu (Hartl, 1999). Motivy nejsou v celé skupině seniorů homogenní, liší se mimo jiné podle socioekonomického statusu jedince, úrovně jeho vzdělání i individuálních osobnostních charakteristik. Motivy se dále rozlišují na vnitřní, kdy v učení či osvojování si nových dovedností jedinec nalézá potěšení, a vnější, která je výsledkem tlaků okolí (Rabušic, 2008). Vnější motivy jsou u využívání ICT technologií často způsobeny tlakem okolí, který je dán tím, že tyto technologie se v dnešní společnosti staly běžnou součástí života a jsou využívány jako běžné nástroje komunikace. Senioři mohou být vystaveni tlaku ze strany mladší populace jejich dětí či vnoučat, která tyto technologie běžně využívá. Instituce a organizace zase často pomocí internetu či mobilních aplikací informují o svých službách, což jsou informace, které jsou pro seniory jinak obtížně dostupné (Vybíral, Hodis, 2014).

Vliv využívání informačních a komunikačních technologií (ICT) byl zkoumán i s ohledem na sociální interakce – systematické review z roku 2016 (Chen a Schulz) např. ukázalo, že díky nim senioři zůstali v kontaktu s okolním světem, získali sociální podporu a zvýšilo se jim sebevědomí. Možnost komunikace byla i na jedné z prvních příček v hodnotách a potřebách (viz Tabulka 2) ve vztahu k podobě ICT technologií, které byly na základě kvalitativního a kvantitativního šetření stanoveny jako důležité pro koncové uživatele (Christophorou a kol., 2016). Tyto hodnoty dobře odrážejí směr, kterým se aktuální ICT technologie pro seniory snaží jít – snažit se klienty udržet co nejdéle aktivní a samostatné v domácím prostředí.

Tabulka 2: Příklady prvních 10 vysoce hodnocených ICT služeb ze šetření Christophorou a kol. (2016)

Služba	Popis
Kontakty	Možnost uložení kontaktních údajů na rodinu, přátele a důležité služby.
Psaní zpráv	Možnost snadné komunikace mezi uživatelem a jeho kontakty.
Asistence s nákupem	Možnost vytvoření nákupního seznamu a jeho sdílení s neformálním pečovatelem, který může přidat chybějící položky.
Připomínání medikace a návštěv služeb	Poskytování informací o názvu, dávce a frekvenci užívání předepsané medikace nebo upozornění na blížící se návštěvu lékaře.
Budík	Možnost nastavení budíku na konkrétní hodiny.
Zobrazení rad	Rady od pečovatelů, které se týkají zdraví seniora.
Detekce pádů	Detekuje pád a upozorní pečovatele.
Detekce nebezpečných objektů	Detekuje nebezpečné překážky v prostředí, které by mohly způsobit pád.
Upozornění na nebezpečnou situaci	Upozorní např. na nutnost vypnutí sporáku po vaření.
Volání o pomoc	Upozornění pečovatele a případě potřeby.

Zdroj: Christophorou a kol. (2016)

Tato zjištění potvrzují i hloubkové rozhovory se seniory, kde možnost kontaktu byla jedním z nejdůležitějších motivátorů seniorů pro využívání ICT – v tomto případě konkrétně mobilního telefonu.

Rs: „Takhle mohu mít kontakt s vnučkou, i když kdoví kde lítá a já ji mohu zavolat, když chci.“

Služby typu detekce pádu či upozornění na nebezpečnou situaci pak senioři vyhodnocují jako podstatné především v případě, že se do podobné situace již v minulosti dostali. Pokud ne, nevnímají tyto služby jako tak podstatné.

Rs: „Nemusím se tolik bát, že upadnu a nedoplazím se k telefonu. Můžu si i tak zavolat pomoc.“

7.1 BARIÉRY VYUŽÍVÁNÍ ICT

Pro využívání ICT technologií byly definovány tři nezbytné faktory:

- 1. Strategické;** tzn. přístup k ICT technologií daný například ekonomickou náročností pořízení vybavení a dostupností webového připojení v lokalitě bydliště.
- 2. Instrumentální;** tzn. schopnost používání techniky a jednotlivých aplikací.
- 3. Mentální;** tzn. pochopení mechanismů a možnosti jejich používání v soukromém i profesním životě, tzv. digitální gramotnost.

Všechny tyto faktory jsou nezbytné pro zajištění ochoty jednotlivce zařízení používat. Například pokud pro jednotlivce je zařízení snadno ekonomicky dostupné, nemá problémy s jeho technickou obsluhou, ale nerozumí tomu, co by mu využívání takového zařízení přineslo, tak toto zařízení využívat nebude. To potvrdily i zjištění hloubkových rozhovorů:

Rs: „Ale dejte pokoj, co bych dělal s nějakým dalším zařízením, já jsem rád, že jsem se naučil s tím mobilem a nic jiného nepotřebuju.“

Rs: „Nechci žádný chytrý hodinky. Já mám svoje hodinky a ty mi stačí, nepotřebuju přece, aby mi to tady furt blikalo a pípalo.“

Snížení mentálních bariér je podle pracovníků v sociálních službách možné především skrze osobní příběhy. Senioři, kteří se již do krizové situace sami dostali si snadněji dokáží představit, co jim může využívání zařízení přinést. Tuto zkušenost je však zároveň možné prezentovat na reálných příbězích.

Rs: „Reálný příběh, který se stal, je dobrým motivátorem pro používání zařízení.“

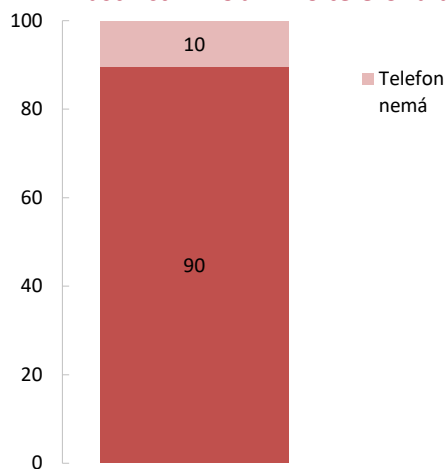
Další bariérou, především co se týká využívání SOS tlačítek nebo tísňové péče, je to, že senioři mohou vnímat zařízení, které monitoruje jejich životní funkce za stigmatizující.

Rp: „Klienti se mohou cítit označováni, když mají hodinky nebo náramek. Dost často je to ošklivé velké červené tlačítko.“

7.2 CHOVÁNÍ SENIORŮ PŘI VYUŽÍVÁNÍ ICT

V rámci dotazníkového šetření realizovaného pro potřeby této výzkumné zprávy bylo mimo jiné zjišťováno, jakým způsobem senioři s technologiemi (konkrétně s mobilním telefonem) zacházejí. Z respondentů dotazníkového šetření vyplynulo, že 90 % z nich vlastní mobilní telefon. To je mírně méně než populační průměr v těchto věkových kategoriích, což může být dáno větším podílem starších seniorů ve výběrovém vzorku.

Graf 11: Vlastnictví mobilního telefonu u respondentů dotazníkového šetření

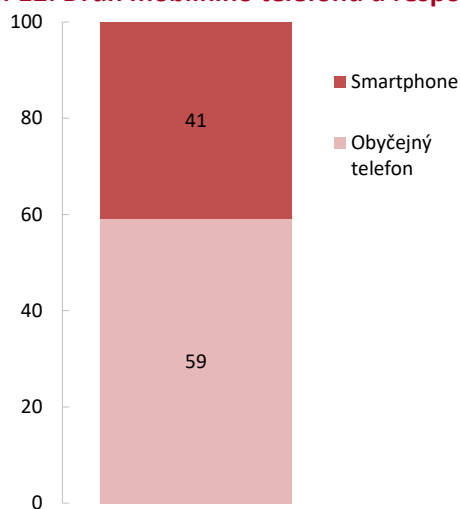


údaje jsou v procentech

Zdroj: INESAN, 2020 (N=77)

Respondenti měli ve větší míře obyčejný mobilní telefon než chytrý telefon (smartphone). Mobilní telefon téměř ve všech případech dostali od jiného rodinného příslušníka.

Graf 12: Druh mobilního telefonu u respondentů dotazníkového šetření



údaje jsou v procentech

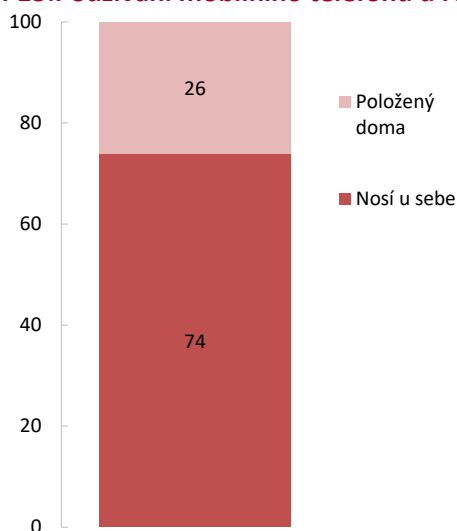
Zdroj: INESAN, 2020 (N=69)

Jak dokládá i výpověď pracovníka v sociálních službách, motivovat seniory, aby z používání mobilního telefonu přešli na chytrý telefon je zvláště u starších seniorů velmi obtížné.

Rp: „Někteří senioři chytrý telefon mít nechtějí a nebudou. Máme seniory, kteří nemají mobil vůbec a v žádném případě ho nechtějí.“

Respondenti z řad seniorů využívajících sociální služby mobilní telefon v největší míře používají ke komunikaci s okolím, především s ostatními rodinnými příslušníky. Téměř tři čtvrtiny respondentů nosí pravidelně mobil u sebe i když se pohybují ve vlastní domácnosti. Jen cca čtvrtina respondentů používá mobil spíše jako náhradu pevné linky a u sebe ho nosí pouze v případě, že jdou na delší dobu mimo domov.

Graf 13: Používání mobilního telefonu u respondentů dotazníkového šetření



údaje jsou v procentech

Zdroj: INESAN, 2020 (N=69)

Pracovníci sociálních služeb se mimo jiné vyjadřovali i k tomu, jak klienty motivovat k tomu, aby mobilní telefon nosili u sebe:

Rp: „Ochota mobil s sebou nosit? Nejlépe jim ho pověsit na krk. Jsou s mobilem poměrně nacvičení, protože rodina jim stále připomíná, jestli mobil mají nebo ne a hlídá to.“

8. ASISTIVNÍ TECHNOLOGIE V SOCIÁLNÍ PÉČI

V řadě publikovaných studií a doporučení se uvádí, že současný model poskytování zdravotních a sociálních služeb neodpovídá potřebám jejich uživatelů, je neefektivní, potýká se s limity zdrojů finančních i lidských. Proto byl *Projekt Podpora procesů v sociálních službách* původně iniciovaný sociálními partnery a realizovaný od roku 2010 Ministerstvem práce a sociálních věcí za podpory státního rozpočtu a OP zaměstnanost a lidské zdroje, obohacen v roce 2014 o tematiku asistivních technologií.

MPSV tehdy argumentovalo zejména potřebou vypořádat se s důsledky očekávaných podstatných změn demografického složení obyvatel ČR, tj. nárůstem osob vyžadujících péči na zdravotně – sociálním pomezí. V asistivních technologiích spatřovalo jeden z prostředků, který by měl pomoci tuto péči zvládnout v oblasti poskytování zdravotních a sociálních služeb a zejména ve vlastním prostředí s využitím neformálních pečovatелů.

Studie k této tematice byla dokončena v roce 2015 a značně překročila původní rámec. Stanovila definiční obor asistivních technologií a mapovala legislativní rámec, oblasti využití, subjekty, které se věnují vědě, výzkumu, vývoji aplikací, projekty realizované v ČR i v rámci EU. Věnovala se využití asistivních technologií v sociálních službách, zdravotních službách, v neformální péči a v domácím prostředí i ve prospěch osob se zdravotním postižením.

Studie ukázala možné způsoby hodnocení efektivity využití asistivních technologií včetně aplikaci těchto možností na řadu příkladů jejich využití u cílových skupin nebo služeb. Studie dále prezentuje tematické oblasti rozvoje asistivních technologií, výstupy dále využitelných projektů, srovnávací analýzu využití AT v ČR a EU, analýzu absorpční kapacity některých aktérů implementace asistivních technologií v ČR a analýzu využitelnosti finančních zdrojů veřejných rozpočtů, operačních programů a evropských fondů pro rozvoj asistivních technologií a inovací v ČR, která odpovídá stavu platnému v době uveřejnění studie.

Zásadní jsou závěrečná doporučení k úpravě legislativy, procesů, vzdělávání. Nejvíce podnětů směřuje do oblasti legislativy nepojistných sociálních dávek, sociálních služeb, zdravotních služeb a veřejného zdravotního pojištění. Zcela originální jsou obsažené návrhy na postup při určování přínosu asistivních technologií a služeb pro cílové skupiny a návrh na kategorizaci zdravotnických prostředků v míře dostatečně transparentní i pro laickou veřejnost.

Na tuto studii částečně navázala práce Ministerstva zdravotnictví na Národní strategii elektronického zdravotnictví na léta 2016-2020.

V oblasti péče je už delší dobu k dispozici řada zařízení, jejichž cílem je zajistit co nejdelší setrvání člověka (nejčastěji seniora) v domácím prostředí. Jedny z nejznámějších aplikací z oblasti elektronického zdravotnictví (tzv. *e-health*) jsou nástroje, které jsou schopny monitorovat základní zdravotní charakteristiky (krevní tlak, puls, hladinu cukru, hladinu kyslíku v krvi apod.). Tato zařízení mohou být nastavena tak, že sama vyvolají alarm vůči monitorované osobě (např. upozornění na nebezpečný trend změny hladiny cukru před glykemickým šokem) nebo na adresu pečující osoby či poskytovatele zdravotní péče. Kromě nich ale do oblasti e-health můžeme podle řadit i následující služby (EPTA, 2019):

- telecare (péče na dálku, pomáhající např. s detekcí pádů)
- telemedicina (nejčastěji prostřednictvím online konzultací s lékaři)
- mHealth (aplikace, které „diagnostikují“ uživatele, mohou také obsahovat např. ovládání automatického dávkování léků)
- telecoaching (konzultace prostřednictvím ICT)

V oblasti aktivního a asistovaného žití (tzv. *Active and Assisted Living*) se využívají asistivní technologie, nejčastěji tzv. SOS (tísňová) tlačítka, která v případě rizikové situace klienta propojují buď s dispečinkem tísňové péče, nebo s vybraným pečovatelem (včetně rodinného příslušníka). Primární funkcí je zde je monitoring a komunikace mezi klientem a pečujícím. Tímto se mohou zmírnit obavy pečujícího o stav klienta (mnohdy blízké osoby), který naopak může získat větší jistotu, že o jeho stavu mají osoby pečující informaci. Používání této technologie umožňuje klientovi vykonávání činností, ze kterých by mohl mít jinak obavu. Negativní změnu stavu může klient signalizovat aktivně (nejčastěji stisknutím tlačítka) nebo je možné vytvořit komunikační nástroj, který sám signalizuje lokalizaci, stav nebo událost odlišující se od stereotypu klienta (např. déletrvajícím nepohybem nebo podezřením na pád). Sekundární funkcí těchto zařízení je obecná podpora klienta, jelikož zařízení může zprostředkovávat řadu informací k dennímu plánu, medikaci, plánování zdravotní péče či sociálních služeb, mezilidské komunikaci apod.

V oblasti ICT v sociální péči tvoří i v zahraničí největší procento zařízení, která monitorují aktivitu uživatele (senzory, detektory, alarmové systémy, video zařízení nebo mobilní aplikace). Většina systémů inteligentní péče využívaných v zahraničí může být zařazena do jedné z následujících 3 kategorií:

- monitorování pohybu v bytě
- rozpoznání aktivit (pád apod.)
- monitorování životních funkcí, fyziologie, zdraví (hladina cukru, tlak)

Většina těchto zařízení je uživatelům nabízena v různých stupních – např. anglická společnost Taking Care umožňuje různou úroveň využívaných SOS náramků: základní náramek s alarmem, náramek detekující

pády doma/v zahradě, náramek s GPS alarmem (fungující kdekoliv) s možností nastavení alarmu v případě, že se senior dostal do určité zóny. Na náramku zároveň funguje tlačítko alarmu, kterým si může klient přivolat pomoc. V případě osob s demencí může být nastaveno i GPS trackování, které informuje policii, osobu blízkou nebo sociální službu v případě překročení určité vzdálenosti. Společnost Chubb nabízí taktéž různé druhy senzorů, pečovatel se může dozvědět o tom, že senior opustil lůžko a nevrátil se do určité vymezené doby, nebo o tom, zda seniora navštívila pečovatelka (prostřednictvím otisku prstu). Další firmy nabízejí propojení využívání tlačítka s jinými službami (např. doplňování léků, senzory v posteli nebo detektory tepla firmy Tynetep). Firma Apello podobně nabízí např. detektor potopy v bytě (tzv. flood detector) nebo detektor pohybu, který zjišťuje změnu ve zvycích – např. když senior přestává využívat kuchyň. Belgické Zembro umožňuje propojení senzoru s aplikací, kterou si pečující nainstalují na mobil – obsahuje i mód odposlechu, který umožní automatické propojení se seniorem v krizové situaci.

8.1 ICT V SOCIÁLNÍ PÉČI V ČR

Aktivity v oblasti ICT spadají v českém prostředí především do resortů Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), Ministerstva zdravotnictví (MZ). Dále Ministerstva průmyslu a obchodu (MPO), Ministerstva vnitra (MV) a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Většina resortů se zaměřuje na edukaci občanů pomocí dotačních projektů. V současné době není žádný výkon telemedicíny hrazen z veřejného zdravotního pojištění, jedinou sociální službou, kterou mohou registrovat poskytovatelé sociální péče, a tedy i žádat o veřejnou podporu při jejím poskytování je tísňová péče.

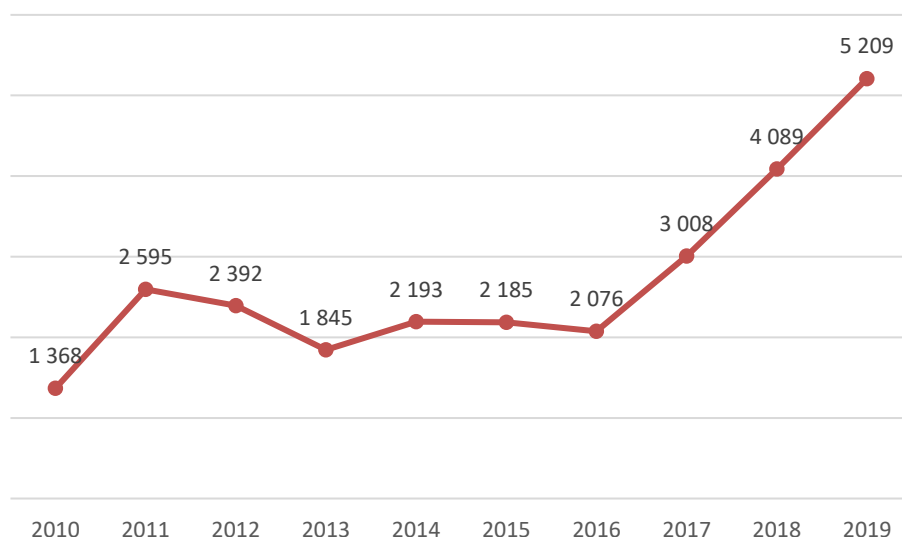
8.1.1 TÍSŇOVÁ PÉČE

Mezi sociální služby, vymezené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, byla zařazena také tísňová péče, která je dle § 41 výše zmíněného zákona definována jako *„...terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopnosti.“*

Celkem je tísňová péče v Česku v roce 2021 poskytována 15 sociálními službami v celkem devíti krajích, přičemž v šesti krajích ČR není tísňová služba dostupná vůbec (konkrétně v Moravskoslezském, Zlínském, Olomouckém, Pardubickém, Libereckém a Ústeckém). V roce 2017 to přitom bylo ještě 18 sociálních služeb, v té době byl stále 1 poskytovatel v Libereckém kraji. Klienty tísňové péče jsou ve významně větší míře ženy než muži (např. 57 % žen oproti 12 % mužům v roce 2017 – zbytek tvoří děti a mládež do 18 let), což může být mimo jiné způsobeno delší průměrnou dobou dožití.

Jednotliví poskytovatelé se ve způsobu poskytování tísňové péče však už podle šetření z roku 2015 (MPSV, 2015) velmi liší – někteří poskytovatelé mají centrální pult tísňové péče, u jiných funguje „zaměstnanec“ na telefonu. Liší se i samotná cílová klientela (někde jde obecně o osoby se zdravotním omezením včetně duševního onemocnění, někde je zaměřena spíše na seniory) a způsob využívané technologie. S rozvojem Smart a eHealth projektů začínají vznikat i projekty zaměřené na chytrou tísňovou péči. V prostředí sociálních služeb v ČR jde např. o projekt firmy Operátor ICT, jehož pilotní testování probíhalo od roku 2018 v Praze. Jeho součástí je SOS tlačítko a technologie telemedicíny, které monitorují základní životní funkce jako hladinu cukru v krvi nebo tlak. Podle zpráv z ledna 2021 se pilotní projekt zdařil, detailní informace však dosud nejsou dostupné.

Graf 14: Počet klientů tísňové péče, vývoj v čase



Zdroj: MPSV, Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2019

Jak vyplynulo z rozhovorů s poskytovateli sociální péče, pracovníci by uvítali větší možnosti využívání technologií i například při poskytování pečovatelské služby.

Rp: „Senioři se třeba bojí, když nepřijde pečující v čas, kdy jsou domluveni. V aplikaci by se mohl podívat, jestli je vše v pořádku, jestli je pečující na cestě.“

Rp: „My tady tísňovku máme, ale tu využívají už jenom ti, kteří se fakt moc nehýbou a nepoužívají to jako prevenci, to by se nám ale pro klienty moc hodilo.“

9. ZÁVĚR

Stárnutí obyvatelstva není samo o sobě negativní, je však nezbytné se na novou situaci přizpůsobit. Informační a komunikační technologie (ICT) mají potenciál snížit negativní důsledky stárnutí a umožnit seniorům delší a kvalitní život v jejich domácím prostředí. Rozvoj ICT zaměřených na skupinu starších osob tak může podpořit jak seniory, tak celou společnost v jejím dalším rozvoji.

Pracovníci v sociálních službách často nemají dostatek možností využívat v práci s klienty ICT technologie, což je mimo jiné dáno tím, že v současné době není žádný výkon telemedicíny hrazen z veřejného zdravotního pojištění a jedinou sociální službou, kterou mohou registrovat poskytovatelé sociální péče, a tedy i žádat o veřejnou podporu při jejím poskytování, je tísňová péče. Kapacita této služby však ani vzdáleně neodpovídá počtu seniorů, kteří by podobný druh péče mohli využívat. Do jiných sociálních služeb tedy ICT pronikají pouze velmi pomalu a na základě rozhodnutí individuálních zřizovatelů bez ucelené systémové koncepce a podpory.

Mladší senioři (65-74 let) využívají ICT technologie a jsou ve větší míře ochotni začít tato zařízení využívat než senioři starší 75 let. Využívání těchto zařízení také roste s výší příjmů a stupněm dosaženého vzdělání. Z hlediska potřeb seniorů při využívání ICT je největším motivátorem možnost kontaktu (především s rodinnými příslušníky prostřednictvím mobilního telefonu). Mobilní telefon nosí 74 % respondentů ve většině času u sebe, 26 % ho pak využívá spíše jako náhradu pevné linky a nechávají ho na jednom místě v bytě, sebou si ho berou pouze v případě, když jdou ven. U ostatních ICT (např. typu chytré hodinky) senioři ve velké míře nemusí chápat, v čem je pro ně využívání zařízení potenciálně přínosné. Tato zařízení však mohou přinášet benefity ve formě monitorování životních funkcí, možné detekce pádu, u osob s významnějším narušením paměti pak třeba i monitorování polohy v bytě i mimo něj.

Pokud mají senioři ICT zařízení využívat, je nutné, aby pro ně bylo snadno dostupné (mohli si ho snadno pořídit), bylo snadno ovladatelné (optimalizované na základě potřeb starší generace, která může mít například problém s jemnou motorikou nebo potíže se zrakovým vyhledáváním na obrazovce mobilního telefonu) a musí rozumět tomu, co jim konkrétně využívání takového zařízení přinese.

10. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Bojorquez-Chapela, I., Manrique-Espinoza, B. S., Mejía-Arango, S., Solís, M. M. T. R., & Salinas-Rodríguez, A. (2012). Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: evidence from a longitudinal study in Mexico. *Aging & mental health*, 16(4), 462-471.

Brimblecombe, N., Fernandez, J. L., Knapp, M., Rehill, A., & Wittenberg, R. (2018). Unpaid care in England: future patterns and potential support strategies.

ČSSZ. Důchodci v okresech a krajích ČR [online]. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení, 2020. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/statistiky/duchodova-statistika/duchodci-v-okresech-a-krajich-cr/duchodci-v-okresech-a-krajich-cr.htm>

ČSÚ. SLDB (Sčítání lidí, domů a bytů) 2011 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2012. Dostupné z: <https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=statistiky#katalog=30261>

ČSÚ. Senioři ze Sčítání lidu, domů a bytů - 2011 [online]. Praha: Český statistický úřad, 2013 [cit. 2020-07-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-ze-scitani-lidu-domu-a-bytu-2011-4lj0l7p2re#>

ČSÚ (2017). Vývoj obyvatelstva České republiky a ČSÚ (2013) Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050 a Projekce obyvatelstva v ČR do roku 2100 (střední varianta)

ČSÚ, Statistická ročenka České republiky 2020. [online]. Praha: Český statistický úřad, 2020. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/statisticka-rocenka-ceske-republiky-2020> (data z 31. 12. 2019)

ČSÚ. (2019) Výběrové šetření osob se zdravotním postižením - 2018

GEISLER, H., HOLEŇOVÁ, A., HOROVÁ, T., Jirát, D., Schlanger, D., & Solnářová, J. (2015). Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osoba bariérách pro poskytování neformální péče v ČR. FDV KOOPOLIS: další vzdělávání pod jednou střešou.

HARTL, P. Kompendium pedagogické psychologie dospělých. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 231 s. ISBN 80-7184-841-7.

Hoffmann, F., & Rodrigues, R. (2010). Informal carers: who takes care of them?.

Horecký, J., & Průša, L. (2019). Současná struktura služeb dlouhodobé péče a prognóza potřebnosti sociálních služeb 2019-2050. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

Chen, C. K., Zimmerman, S., Sloane, P. D., & Barrick, A. L. (2007). Assisted living policies promoting autonomy and their relationship to resident depressive symptoms. *The American journal of geriatric psychiatry*, 15(2), 122-129.

Klímová Chaloupková, J. (2013). Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob. *Data a výzkum-SDA Info*, 7(2), 107-123.

KLVAČOVÁ, Petra. 2017. Analýza zkušeností a potřeb neformálně pečujících v regionu ORP Dobříš, ORP Sedlčany a ORP Hořovice [online]. [citované 2018-04-06]. Dostupné z: http://www.cpkp.cz/index.php/component/joomdoc/dokumenty%20CpKP%20ST%C4%8C/Pecujici/2017_cpkp_analyza_potreb_neformalne_pecujicich.pdf/stahnout

Kok, L., Berden, C., & Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European journal of health economics*, 16(2), 119-131.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. (2011) *Koncepce rozvoje technologií a služeb asistovaného života pro seniory*. Praha: MPSV

MPSV. (2015) *Analýza stávajícího nastavení systému odchodu do důchodu* [online]. 1. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2020-09-27]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/23618/3_Duchodova_analyza.pdf

MPSV. (2015) *Možnosti využití asistivních technologií při poskytování sociálních služeb*. Praha: MPSV. Dostupné z: http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2016/03/V%C3%BDstup_2a.pdf

MPSV (2017) *Pečující osoby a neformální péče (Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025)*. Dostupné z: https://socialnipolitika.eu/2017/04/pecujici-osoby-a-neformalni-pecce-narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025/#_ftn1

MPSV, *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, 2019* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/34376/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2019.pdf

MPSV. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*

Mullins, L. C., & Hartley, T. M. (2002). Residents' autonomy: Nursing home personnel 's perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(2), 35–44.

PIETRASS. M. (2007). Digital Literacy Research from an International and Comparative Point of View , *Research in Comparative and International Education*, Volume 2, Number 1, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2304/rcie.2007.2.1.1>

RABUŠICOVÁ, M., RABUŠIC, L. (ed.). *Učíme se po celý život? O vzdělávání dospělých v České republice*. Brno: Masarykova Univerzita, 2008. 340 s. ISBN 978-80-210-4779-2.

Rodrigues, R., Schulmann, K., Schmidt, A., Kalavrezou, N., & Matsaganis, M. (2013). The indirect costs of long-term care. *Employment, Soc Aff Incl*, 1-42.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada, 2012. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.

Sýkorová, Dana. *Autonomie ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s., ISBN 978-80-86429-62-5.

Šimoník, P. (2015). *Podpora neformálních pečovatелů. Závěrečná zpráva z výzkumu. Výstupy projektu Podpora neformálních pečovatелů*.

TOMCZYK, Łukasz. (2015) Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií. Přeložil Joanna SZANIAWSKA. Praha: Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR, 2015. ISBN 978-80-904531-9-7.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Ageing 2017 - Highlights (ST/ESA/SER.A/397).

US Department of Health and Human Services. (2003). The future supply of long-term care workers in relation to the aging baby boom generation. Retrieved March, 31, 2005.

ÚZIS ČR. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2016: ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA ČR [online]. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016 [cit. 2018-07-24]. ISSN: 1210-8731. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani>

VYBÍRAL a HODIS. Vybrané aspekty motivace seniorů při práci s ICT. Trendy ve vzdělávání. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Katedra technické a informační výchovy, 2014, 7(1), 427-430. ISSN 1805-8949.

World Health Organization. (2012). Home care across Europe: current structure and future challenges. World Health Organization. Regional Office for Europe.

Zigante, V. (2018). Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality, EC, 4-38.

O INSTITUTU EVALUACÍ A SOCIÁLNÍCH ANALÝZ

INESAN (Institut evaluací a sociálních analýz) je první soukromý vědecko-výzkumný institut v oboru společenských věd založený v ČR. Jde o nezávislý subjekt, který byl založen podle pravidel stanovených Evropskou unií (Rámec Společenství pro státní podporu výzkumu, vývoje a inovací, 2014/C/198/01). Institut je výzkumnou organizací dle zákona č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu, experimentálního vývoje a inovací a je zapsán na Seznamu výzkumných organizací vedeném Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT). Cílem INESANu je provádět základní výzkum, aplikovaný výzkum nebo experimentální vývoj a šířit jejich výsledky prostřednictvím výuky, publikování nebo převodu technologií, přičemž veškerý zisk je zpětně investován do těchto činností.

Hlavními činnostmi, kterými se INESAN zabývá, jsou evaluace a sociální analýzy.

Evaluace jsou v INESANu chápány jako proces systematického sběru, zpracování a uspořádání informací, jehož cílem je racionální stanovení a objektivní měření hodnoty. Evaluace prováděné INESANem mají formu kontrolovaného šetření věcného základu (Merit) a přínosu (Worth) předmětu evaluace. Evaluace mohou zlepšit kvalitu a zvýšit účinnost prováděných programů či projektů, mohou optimalizovat proces jejich realizace a mohou přinést adekvátní a využitelnou zpětnou vazbu. V oblasti evaluací se INESAN specializuje na:

- metaevaluace (evaluace již provedených evaluací),
- evaluace intervenčních programů (hodnocení souboru opatření, jejichž cílem je změna či formování chování jednotlivců, společenských skupin či organizací).


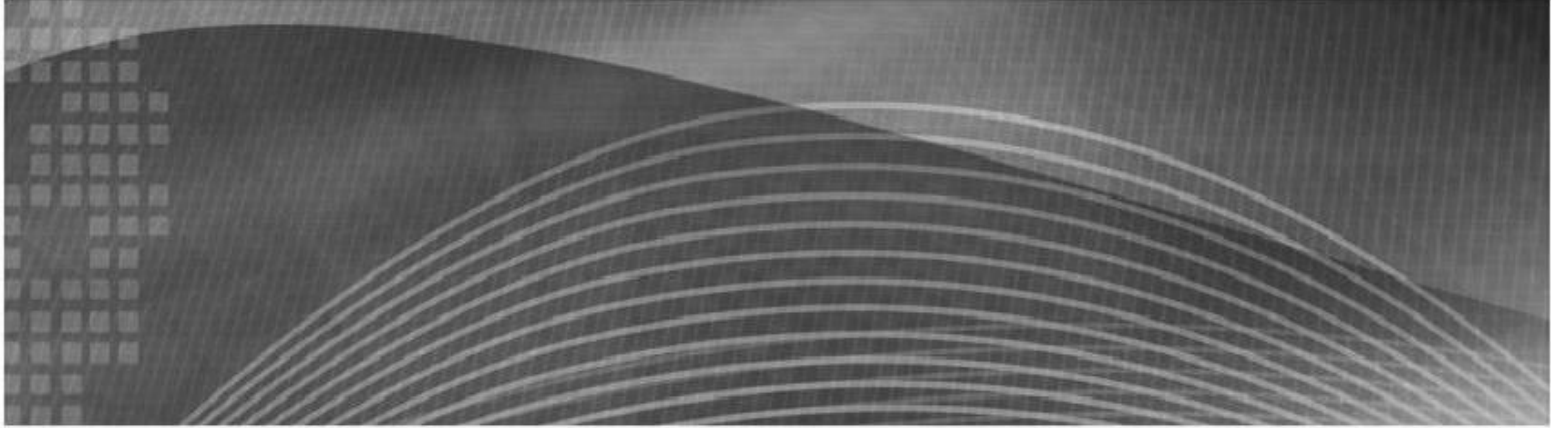
Sociální analýzy jsou cílené na společenské problémy v rámci vytyčených prioritních tematických oblastí. INESANem prováděné analýzy obvykle zahrnují celý soubor vzájemně provázaných výzkumných aktivit; tím se sociální analýzy odlišují od běžných výzkumů. V rámci realizace sociálních analýz se pracovníci INESANu zaměřují na zkoumání vzájemné interakce vybraného problému a jeho společenského kontextu, což umožňuje analyzované problémy detailně popsat a vyhodnotit. V oblasti sociálních analýz je realizován zejména:

- primární a sekundární výzkum,
- syntetizující, komparativní a analytické studie,
- případové studie.

Mezi tematické okruhy, jejichž výzkumem se INESAN zabývá, patří eticky odpovědné chování, manažerská studia, ICT, životní prostředí a sociální témata.

Díky svému zázemí v oblasti metodologie aplikovaného společenského vědního výzkumu INESAN poskytuje také zpracování výzkumných šetření a metodologických analýz. INESAN rovněž poskytuje odborné služby při tvorbě metodických nástrojů pro evaluaci, realizuje samotná evaluační šetření, podílí se na přípravě zadávací dokumentace, poskytuje peer-review jednotlivých dokumentů vztahujících se k evaluaci a k metodologii společenského vědního výzkumu.

Publikace, expertízy, odborná stanoviska a posudky, které INESAN vydává, nejsou ovlivněny postoji donorů a zadavatelů, nýbrž obsahují nezávislý pohled expertů INESAN.



POTŘEBY SENIORŮ, PEČUJÍCÍCH A POSKYTOVATELŮ TERÉNNÍCH SLUŽEB Z HLEDISKA ICT

Institut evaluací a sociálních analýz

Heřmanova 22, 170 00 Praha 7

Tel: +420 220 190 597

E-mail: info@inesan.eu

Web: www.inesan.eu

COPYRIGHT © INESAN 2020 Všechna práva vyhrazena.

Bez předchozího písemného souhlasu je zakázána jakákoli další publikace, přetištění nebo distribuce materiálu nebo části materiálu, a to včetně šíření prostřednictvím elektronické pošty, SMS zpráv nebo zahrnutí těchto materiálů nebo jejich části do jiných dokumentů.

