

„Zmapování potřeb, spokojenosti a očekávání, včetně predikce vývoje, v oblasti sociálních služeb v Plzni 2020”

Výzkumná zpráva

Zadavatel: Odbor sociálních služeb Magistrátu města Plzně

Autoři zprávy: doc. PhDr. Jan Váně, Ph.D.; Mgr. Martina Štípková, PhD.; PhDr. František Kalvas, Ph.D.;
Mgr. Vojtěch Oliverius

© Katedra sociologie, Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň, březen 2020

Obsah

1. Úvod	3
TERMINOLOGIE A OBECNÉ CHARAKTERISTIKY ZKOUMANÉ POPULACE MĚSTA PLZNĚ	3
<i>Rodina</i>	4
<i>Osoba ohrožena vyloučením</i>	5
<i>Cizinec</i>	5
1.1 Metodologie	5
Fáze výzkumu	6
2. Zjištění: Problémy jednotlivých kategorií respondentů a zdroje pomoci	9
2.1 Senioři	10
2.2 Ohrožení sociálním vyloučením	14
2.3 Zdravotně postižení	17
2.4 Bezdomovci	21
2.5 Cizinci	25
2.6 Populace bez cílových charakteristik	28
3. Sociální služby	31
4. Nenaplněná poptávka po vybraných sociálních službách	35
5. Neformální pečující	39
6. Závěr	42
Příloha A. Dotazník	44
(viz externí příloha)	44
Příloha B. Srovnání demografického složení cílových skupin s reprezentativním výzkumem z roku 2016	45
Příloha C. Další problémy zmíněné respondenty z cílových skupin	50
C.1 Senioři	51
C2. Ohrožení sociálním vyloučením	52
C.3 Zdravotně postižení	52
C.4 Bezdomovci	53
C.5 Cizinci	53
C.6 Ostatní	54
Příloha D. Evaluace spokojenosti externích služeb	56
(viz externí příloha)	56

1. Úvod

Předkládaná zpráva je výsledkem výzkumu, který zadal Magistrát města Plzně, v daném případě zastoupený Odborem sociálních služeb MMP (dále jen OSS), realizátorem a řešitelem výzkumu je Katedra sociologie, Fakulty filozofické ZČU v Plzni.

OSS opakovaně usiluje o získávání relevantních, tzv. tvrdých dat, které mu mají pomoci při nastavování dlouhodobých záměrů. Získávaná data slouží k efektivnímu využívání prostředků při zajišťování pomoci osobám za účelem jejich sociálního začlenění nebo za účelem prevence vůči jejich možnému sociálnímu vyloučení. K úspěšnému plnění svého cíle potřebuje OSS data, na jejichž základě zpřesní či revokuje své strategické záměry. Stejně tak potřebuje data, která doloží míru úspěšnosti při realizaci svého poslání. Nejen souběh výše popsanych podnětů byl důvodem, proč OSS inicioval výzkum, který navazuje na předešlé studie. Navazující sociologické šetření zkoumá, zda, a jak se posunul vývoj potřeb občanů města Plzně v souvislosti se sociálními službami, aby tyto poznatky bylo možné využít při plánování a směřování sociálních služeb v dalším období.

V rámci výzkumu byly stanoveny následující cíle:

1. Analyzovat, zda v případě poskytovaných služeb pro cílové skupiny obyvatel senioři, zdravotně postižení, cizinci, osoby bez domova, sociálně vyloučené rodiny a ohrožená mládež neexistují potřeby, které jsou nedostatečně saturovány, nebo zcela unikají pohledu pracovníků a organizací spojených s OSS MMP.
2. Porovnat, zda, a případně jak se posunul vývoj potřeb občanů města Plzně
3. Posoudit priority v plánování pro další období

TERMINOLOGIE A OBECNÉ CHARAKTERISTIKY ZKOUMANÉ POPULACE MĚSTA PLZNĚ

Výzkum se zaměřoval, s ohledem na hlavní působnost OSS, na pět základních skupin, mezi které patří: (1) senioři, (2) zdravotně postižení, (3) cizinci, (4) osoby bez domova, (5) sociálně vyloučené rodiny a ohrožená mládež. Na počátku jakékoli analýzy je proto nezbytné definovat hranice předmětu zájmu a určit, co jednotlivými kategoriemi rozumíme. Opíráme se jak o legislativu, tak o některé studie, které se danou problematikou zabírají a z nichž jsme při přípravě výzkumu vycházeli.

Senior 65+

Podle návrhu zákona o seniorech z roku 2015 jsou za seniory považovány osoby české státní příslušnosti nebo osoby ostatních států s trvalým pobytem na území České republiky, které pobírají starobní důchod, anebo dovršily seniorský věk. Seniorský věk je dle návrhu zákona stanoven na 60

roků u žen a 63 roků u mužů. Podle Zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, má osoba nárok na starobní důchod v případě, že získala potřebnou dobu pojištění a dosáhla stanoveného věku.

Seniorem zároveň rozumíme osobu mladší 65 let, která ale pobírá důchod buď předčasný nebo invalidní. Dle Zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, má jedinec nárok na invalidní důchod v případě, že se stal invalidním následkem pracovního úrazu nebo se stal „invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na starobní důchod podle § 29, popřípadě, byl-li přiznán starobní důchod podle § 31, pokud nedosáhl důchodového věku“.

S ohledem na pozvolné zvyšování věku odchodu do důchodu a s ohledem na skutečnost, že zdravotní problémy se v populaci seniorů masověji začínou projevovat po 65 letech věku, stanovili jsme v našem dotazníku kategorii senior jako osobu, která dosáhla 65 let, nebo pobírá starobní, předčasný, či invalidní důchod.

Rodina

Rodina je definována jako nejdůležitější společenská skupina a instituce, která je základem sociální struktury a základní ekonomickou jednotkou. Hlavními funkcemi rodiny je zajištění reprodukce lidského biologického druhu a socializace potomstva, ale také přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje (Linhart a kol. 1996: 941–943).

V důsledku trendů druhé demografické tranzice se struktura rodiny velmi proměňuje a v tomto kontextu můžeme rozlišit tzv. úplné a neúplné rodiny. Úplná rodina představuje manželský pár buď s dětmi nebo bez dětí. Neúplné rodiny vznikají v důsledku rozvodovosti a jsou tvořeny rodičem s jedním nebo více nezaopatřenými dětmi, případně s dalšími členy (např. prarodiči) (ČSÚ 2004). Neúplnou rodinou se tak rozumí i rodina, kdy je jedinec vychováván družkou svého otce nebo druhem svojí matky.

Osoby zdravotně postižené

Podle MPSV rozumíme osobou zdravotně postiženou „osobu s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra“. Z hlediska zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je zdravotní postižení chápáno jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“. Na definování osoby se zdravotním postižením navazuje i zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, který definuje osobu se zdravotním postižením jako fyzickou osobu, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána jako invalidní v prvním, druhém nebo třetím stupni, či osoba zdravotně znevýhodněná.

Můžeme rozlišit 3 typy osob dle rozsahu jejich postižení, a to TP, ZTP a ZTP/P. Osoba má nárok na průkaz označený symbolem „TP“, pokud má středně těžké funkční postižení pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. U ZTP se jedná o těžké funkční postižení

pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. A průkaz ZTP/P je určen osobám se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Jako operacionalizace pro přiřazení některého z respondentů k této skupině sloužilo držení jednoho z výše popsanych průkazů.

Osoba ohrožená vyloučením

Osobami vyloučenými a ohroženými sociálním vyloučením rozumíme takové jedince, kteří jsou vyčleněni nebo ohroženi vyčleněním mimo běžný život ve společnosti a nemohou se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace. Jedná se o osoby definované zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách (Trličíková 2015). Jinak řečeno, jedinec má omezenou nebo dokonce žádnou možnost spotřebitelské volby, která je v konzumní společnosti jednou z forem svobody (Mareš 2000: 289).

Osoby ohrožené vyloučením jsou také jedinci, kteří jsou ohroženi příjmovou chudobou (s disponibilním příjmem pod hranicí chudoby), silnou materiální deprivací anebo žijí v domácnostech s velmi nízkou pracovní intenzitou z celkové populace (MPSV 2014). Společným znakem pro osoby chápané jako ohrožené vyloučením mohou být také kumulované sociální problémy, které se většinou týkají oblastí, jako jsou narušené nebo chybějící rodinné vazby, okruh sociálně začleněných přátel, narušené nebo chybějící vazby na trh práce nebo narušené/chybějící bytové zázemí či problémy se závislostí (Váně – Kalvas 2014, 2015).

V případě našeho šetření jsme jako operacionalizaci osoby ohrožené vyloučením stanovili hranici příjmu, který je nižší než minimální příjem nezbytný pro domácnost.

Cizinec

Cizince definujeme dle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, jako fyzickou osobu, která není státním občanem České republiky, a to včetně občana Evropské unie. Nabývání a pozbývání občanství ČR je ustanoveno zákonem č. 40/1993 Sb., o nabývání a pozbývání státního občanství České republiky. K 1. 1. 2014 vstoupil v platnost nový zákon č. 186/2013 Sb., o státním občanství České republiky. Kromě udělení státního občanství České republiky dává nová právní úprava možnost získat státní občanství České republiky i tzv. prohlášením, kdy po splnění zákonných podmínek má cizinec na nabytí státního občanství České republiky právní nárok (ČSÚ 2016). Pro operacionalizaci jsme stanovili občanství České republiky.

1.1 Metodologie

Hlavní pozornost dotazníkového šetření je zaměřena na skupiny, které jsou nejvíce a dlouhodobě vystaveny tlakům, které mají systémovou povahu. Aby mohla být rozvíjena účinná strategie pomoci a nastavení programů, zkoumali jsme sadu problémů, které se vyskytují v souvislosti s: (a) bydlením, (b) soběstačností jedince/rodiny a jeho/jejich zdravím, (c) osobní pohodou, (d) prací a financemi, (d) možnostmi a formami poskytování péče blízkým. Cílem bylo detekovat a určit, které problémy ve

zkoumané populaci dominují. Na základě jejich detekce pak lze přijímat účinné strategie pomoci, včetně stanovení preferencí při podpoře organizací zabývajících se příslušnou problematikou.

Fáze výzkumu

Hlavním cílem výzkumu byl sběr dat formou dotazníkového šetření. Tomu předcházela předvýzkum, který se skládal z následujících částí:

Vstupní pilotáž (realizována v prosinci 2019 - leden 2020) :

- (a) Obeznamení s terénem a příbuznými studiemi věnujícími se zkoumané problematice
- (b) Nestrukturované a následně polostrukturované rozhovory s odborníky z praxe (celkem 7 rozhovorů).

V návaznosti na první fázi a zkušenosti z předchozího reprezentativního výzkumu "Zmapování potřeb, spokojenosti a očekávání včetně predikce vývoje v oblasti sociálních služeb v Plzni", ve kterém bylo zjištěno, že existuje minimálně 7,2 % domácností, které využívají služeb spojených s organizacemi garantovanými OSS (Váně, Kalvas 2016; 40), jsme sběr dat realizovali dvěma způsoby s jedním typem dotazníku v délce 15 - 20 minut.

Prvním skupinu (vzorek) tvořili obyvatelé Plzně, spadající do jedné z OSS poptávaných skupin. Druhou skupinu (vzorek) tvořili respondenti, kteří byli vybráni dle kvót z obecné populace. Tento dvoufázový sběr byl zvolen proto, abychom garantovali reprezentativnost. V případě pouze kvótního dotazníkového šetření, ve kterém by byla zastoupena populace bez zacílení na zkoumané skupiny, by hrozilo nebezpečí, že míra odpovědí vztahujících se k problémům, jež zadavatele zajímají, by byla natolik nízká, že by nebylo možné vyvodit jakékoli relevantní závěry.

První kvótní dotazníkové šetření bylo provedeno metodou CAPI (osobní dotazování s podporou počítače) zaměřené na vzorek 400 lidí, kteří spadají do alespoň jedné ze zkoumaných uvedených kategorií. Sběr provádělo 18 vyškolených tazatelů rozdělených do 4 skupin podle oblasti sběru dat (ÚMO1, ÚMO2, ÚMO3, ÚMO4). V každé oblasti bylo sebráno 100 dotazníků. Kvóty pro jednotlivé kategorie byly nastaveny následovně: 240 seniorů, 40 cizinců, 40 zdravotně postižených, 40 bezdomovců a 40 vyloučených. Tento poměr byl zvolen z důvodu vyššího využívání služeb seniory a většímu zastoupení seniorů v populaci města Plzně, které je jedno z demograficky nejstarších měst v ČR. Z tohoto pohledu je kategorie senior oproti ostatním kategoriím dokonce poddimenzovaná, ale z hlediska analytické výpovědní hodnoty jsme v ostatních kategoriích potřebovali zastoupení alespoň 40 respondentů, jinak by kategorie postrádaly výpovědní hodnotu.

Cílem tohoto sběru bylo vyhodnocení počtu a druhu problémů (byl dotazován seznam 31 problémů) definovaných pro jednotlivé kategorie. Dále jsme usilovali o detekci způsobů vypořádávání se s danými problémy s ohledem na míru využívání a hodnocení sociálních služeb. **Do analýzy bylo zahrnuto 455 dotazníků oproti v dokumentaci stanoveným 400.** Velikost a zastoupení cílových skupin je popsáno v Tabulce 1.1.

Sběr probíhal od 11. 2. 2020 do 14. 2. 2020. Respondent mohl být, na základě prvních 11 screeningových otázek, přiřazen k více jak jedné z cílových skupin (senior, zdravotně postižený,

cizinec, vyloučený (osoba bez domova, bez dostatečných finančních zdrojů). Pokud respondent odpovídal více kategoriím v rámci terénního dotazování, byla tazatelem přiřazena tzv. preferovaná skupina respondenta.

Druhé kvótní dotazníkové šetření bylo provedeno metodou CAWI (internetové dotazování). Sběr dat pro Katedru sociologie prováděla firma Nielsen Admosphere a.s., která internetové dotazování prováděla na Českém národním panelu v době od 21. 2. 2020 do 1. 3. 2020. Během sběru dat byly dodržovány standardy ESOMAR (European Society for Opinion and Marketing Research) a SIMAR (Sdružení agentur pro výzkum trhu a veřejného mínění). Cílovou skupinou byla obecná populace Plzně nad 18 let, Plzeň - jih a Plzeň - sever. Respondenti z okresů Plzeň - jih a Plzeň - sever byli zahrnuti ze dvou důvodů. První důvodem je fakt, na který upozorňovala již předchozí zpráva, že je Plzeň - město spádovou oblastí a sociální služby tak mohou využívat i lidé z těchto oblastí (Váně, Kalvas 2016; 40). Druhým důvodem je potřeba dostatečné velikosti vzorku z důvodu zajištění reprezentativity. V rámci sběru byla dodržena reprezentativita, tzn., že výsledky můžeme zobecnit na celou populaci města Plzně. Celkem bylo dotázáno 256 respondentů, z čehož 229 bylo z Plzně.

Tabulka 1.1 Velikost vzorku a zastoupení cílových skupin

	Vzorek		Celkem
	Sběr v terénu s	Reprezentativní online	
	osobním dotazováním	panel	
Senioři	321	51	372
Ohrožení soc. vyl.	79	19	98
Zdr. postižení	55	9	64
Bezdomovci	57	4	61
Cizinci	57	10	67
Ostatní		172	172
Velikost vzorku celkem	455	256	

Pozn.: Celková velikost vzorku není součtem jednotlivých podsouborů, protože jeden respondent může spadat do více cílových skupin.

Tabulka 1.2 Respondenti z cílových skupin podle počtu kategorií, do kterých spadají (%).

Počet cílových charakteristik					
	1	2	3	Celkem	N
Senioři	78	20	2	100%	372
Ohrožení soc. vyl.	41	52	7	100%	98
Zdr. postižení	39	53	8	100%	64
Bezdomovci	59	41	0	100%	61
Cizinci	46	51	3	100%	67
Celkem	78	20	1	100%	539

Tabulka 1.3 Kombinace cílových charakteristik u respondentů, kteří spadají do více cílových skupin (absolutní počet).

	Senioři	Ohrožení soc. vyl.	Zdr. postižení	Bezdomovci	Cizinci
Senioři		45	31	7	5
Ohrožení soc. vyl.			6	0	14
Zdr. postižení				3	4
Bezdomovci					15

Pozn.: Do kategorie ohrožených soc. vyloučením zahrnujeme pouze bydlící respondenty, proto není žádný respondent, který by byl zároveň bezdomovec a ohrožený soc. vyloučením (i když naprostá většina bezdomovců má tak nízký příjem, že by do této kategorie spadali).

2. Zjištění: Problémy jednotlivých kategorií respondentů a zdroje pomoci

V dotazníku jsme respondentům předložili seznam 31 problémů (viz přílohu A) a požádali je, aby u každého uvedli, jestli se jich problém aktuálně týká, a pokud ne, tak jestli se jich pravděpodobně bude nebo nebude týkat do 2 let. Poté měli možnost uvést další problém formou otevřené odpovědi. Respondenti, kteří uvedli alespoň jeden problém, byli dotázáni na zdroje pomoci.

Pro každou z pěti cílových skupin jsme analyzovali tři otázky:

1. Kolik problémů respondenti v průměru uváděli? (Např.: Kolik problémů uvedl průměrný senior?) Spočítali jsme jednak celkový průměr dané skupiny a poté průměrný počet problémů pro dílčí segmenty dělení cílové skupiny - definované pohlavím, věkem a případně dalšími charakteristikami.

2. Jaká je četnost uvádění každého z problémů v dané cílové skupině? (Např.: Jak velké procento seniorů uvedlo, že má problém s pohybem po městě?). V níže prezentovaných grafech uvádíme pouze problémy, které jmenovalo alespoň 10 % respondentů z dané cílové skupiny. Ostatní jmenované problémy a problémy zaznamenané ve volných odpovědích jsou uvedené v příloze C.

3. Odkud čerpají pomoc ti, kteří uvedli alespoň jeden problém? Po označení problémů byli respondenti dotázáni, kdo jim s těmito problémy pomáhá, a vybírali jednu nebo více možností, které zahrnovaly příbuzné (manžel nebo partner, rodiče, děti, ostatní příbuzní), přátele, zdravotní služby, sociální služby, a zájmovou organizaci nebo spolek. Na základě odpovědí jsme rozlišili čtyři kategorie zdrojů pomoci: jen blízcí, blízcí a služby, jen služby a nikdo. Do blízkých počítáme všechny příbuzné, přátele a dobrovolnické spolky. Do služeb patří zdravotní a sociální služby. Většina respondentů ze všech cílových skupin kromě bezdomovců čerpá pomoc výhradně od blízkých. Nezanedbatelná část (19 a více procent) všech skupin, kromě zdravotně postižených, neuvedla žádný zdroj pomoci, přestože by ji potřebovali.

Respondenti, kteří uvedli, že využívají zdravotní nebo sociální služby, byli dále dotázáni, jaké služby to jsou (max. 4 služby). Z otevřených odpovědí byl zřejmý typ služby a/nebo její poskytovatel (organizace). V tabulkách uvádíme počty respondentů, které zmiňují konkrétní služby nebo jejich poskytovatele. Pod kategorií lékaři jsou zahrnuti specialisté i praktičtí lékaři. U domácí péče bylo v některých případech možné rozlišit, jestli se jedná o sociální službu (obvykle donášku jídla), nebo zdravotní službu. Ve třech případech byla odpověď jen „pečovatelka“ nebo „domácí péče.“

2.1 Senioři

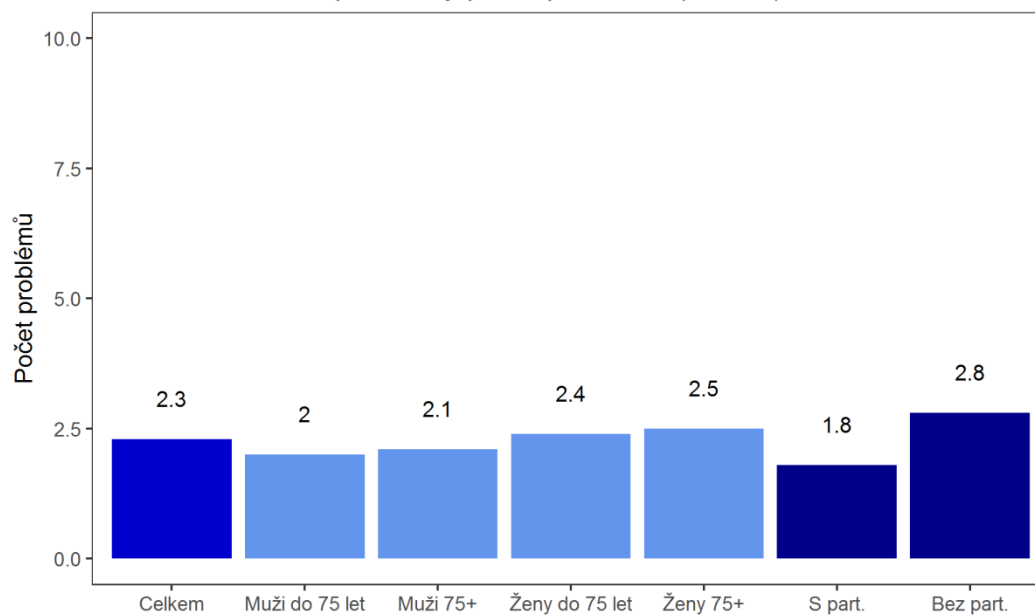
Z celkového počtu 372 seniorů jich 264, tedy 71%, uvedlo alespoň jeden problém. Graf 2.1.1 ukazuje, že senioři v průměru uváděli pouze 2,3 problémy (což je počet prakticky stejný jako ve skupině bez cílových charakteristik – viz Graf 2.6.1 v podkapitole 2.6). Průměrný senior tedy nemá více problémů než průměrný člověk nespádající do žádné rizikové skupiny. Senioři jsou ale velmi heterogenní skupina a vyšším počtem problémů jsou ohroženi zejména ti, u nichž se kombinuje více cílových charakteristik. Z Grafu 2.6.1 je zřejmé, že více ohroženi jsou senioři bez partnera/ky (v průměru uvedli 2,8 problémů). Naopak vyšší věk (75 a více let) sám o sobě (bez přihlédnutí ke zdravotnímu nebo rodinnému stavu) počet uvedených problémů výrazně nezvyšuje.

V dalších podkapitolách dále uvidíme, že více než tři problémy průměrně uváděly také seniorky s nízkým příjmem (viz Graf 2.2.1), starší muži a zejména ženy se zdravotním postižením (viz Graf 2.3.1) a senioři-bezdomovci (viz Graf 2.4.1). Z uvedeného je zřejmé, že kombinace věku nad 65 let s další cílovou charakteristikou více dopadá na ženy. To souvisí s tím, že ženy jsou častěji než muži ovdovělé a nemohou se tedy v těžké situaci opřít o pomoc partnera. Naopak muži, kteří kromě vyššího věku trpí navíc nízkým příjmem nebo zdravotním postižením, nebo jsou cizinci, obvykle podporu partnerky mají, a proto na ně tyto problémy nedopadají tak výrazně.

V grafu 2.1.2 vidíme, že s četností alespoň 10 % senioři uvedli celkem 11 problémů. Mezi nejčastěji uváděné problémy seniorů patří horší zdravotní stav, kvůli kterému potřebují pomoc méně často, než jednou týdně (15 % uvádí tento problém jako aktuální a další 2 % ho vidí jako reálný v následujících dvou letech). S naprosto stejnou četností uváděli nedostatek kontaktu s lidmi. Celkově ale můžeme konstatovat, že se uvedené problémy týkají jen malého segmentu seniorů.

Graf 2.1.3 ukazuje, že pokud mají problém, čerpají senioři pomoc zejména od blízkých. Nějakou sociální nebo zdravotní službu využívá 19% z nich, buď jako jediný zdroj pomoci (4 %), nebo v kombinaci s pomocí blízkých (15 %). 19% ale nikdo nepomáhá, přestože by to potřebovali. Ti, kteří využívají služby nejčastěji, uvedli služby lékařů, Senior expres, pečovatelskou službu a organizaci Totem.

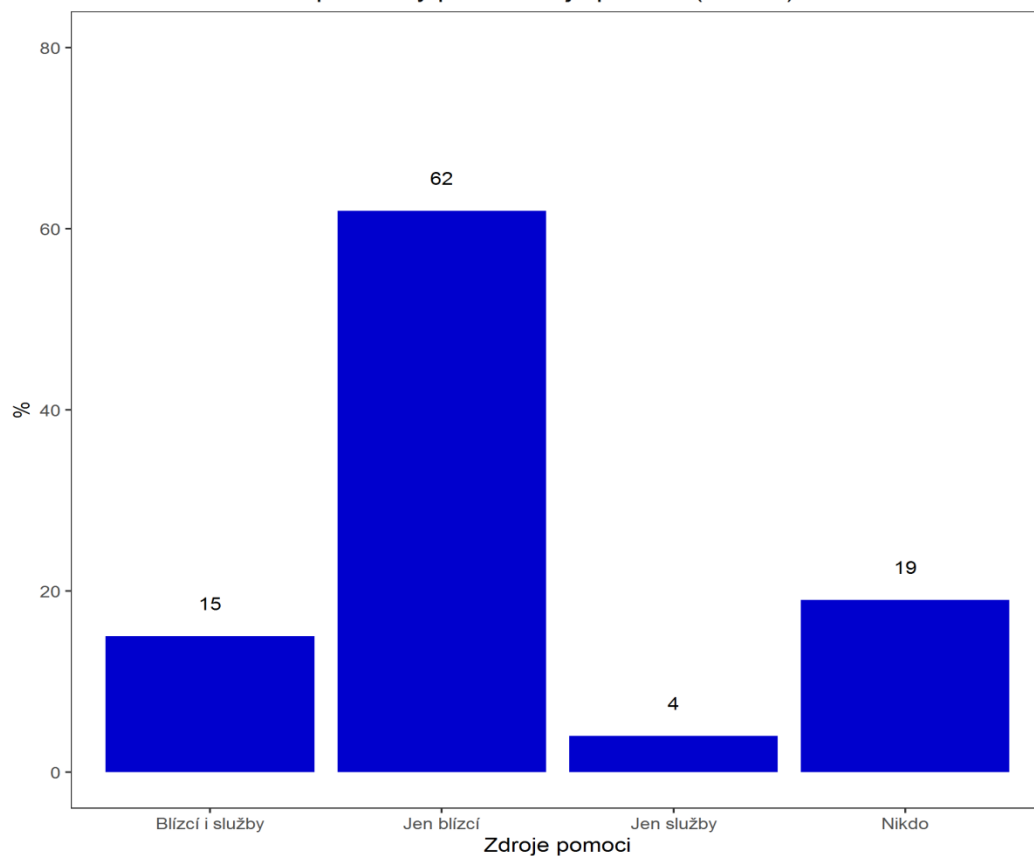
Graf 2.1.1 Senioři: průměrný počet problémů (N=372)



Graf 2.1.2 Senioři: nejčastější problémy (N=372)



Graf 2.1.3 Senioři s problémy podle zdroje pomoci (N=264)



Tabulka 2.1.1 Zdravotní a sociální služby a organizace, které uvedli senioři

	Počet respondentů
Služby	
Lékaři	15
Senior expres	7
Domácí péče zdravotní	4
Rehabilitace	3
Služby pro zrakově postižené	3
Domácí péče sociální	2
DZR	2
Aktivita pro seniory	3
Pedagogicko-psychologická poradna	1
Poskytovatelé	
Totem	4
Domovinka	2
TyfloCentrum	2

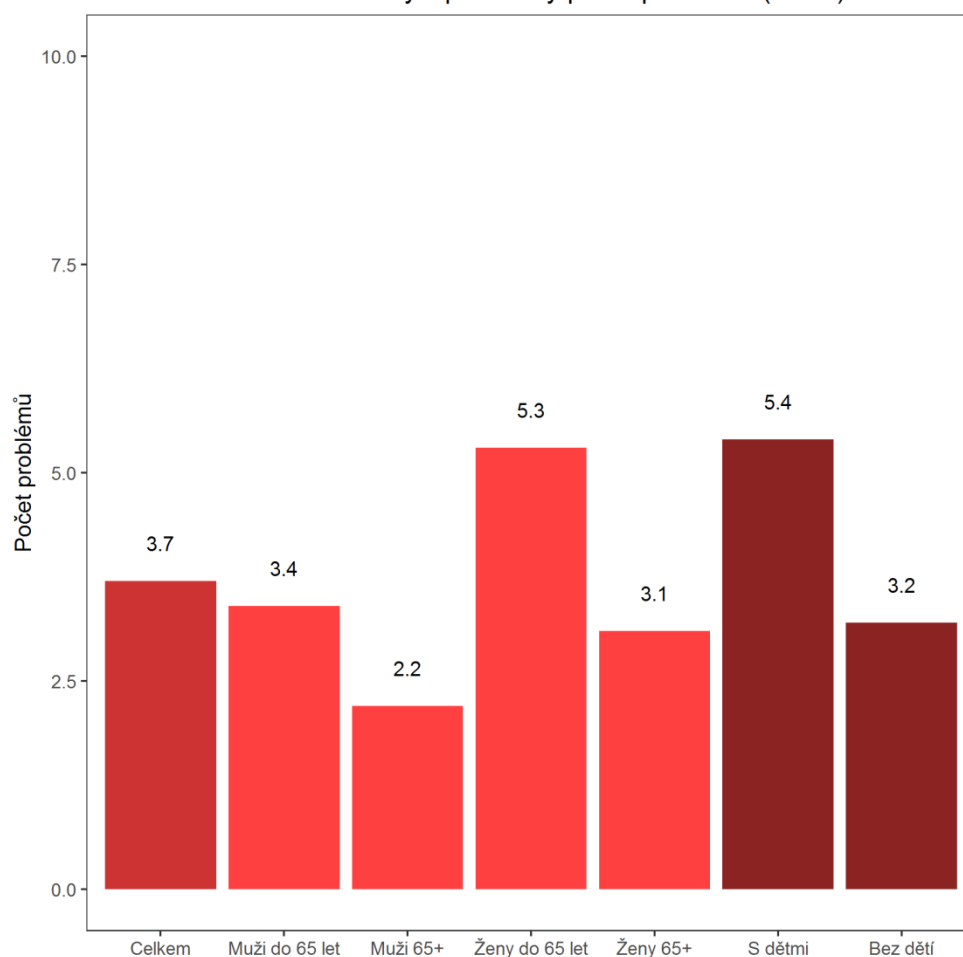
Charita	2
SONS	2
MÚSS	2
Člověk v tísni	1
Diakonie - Človíček	1
Svaz důchodců	1

2.2 Ohrožení sociálním vyloučením

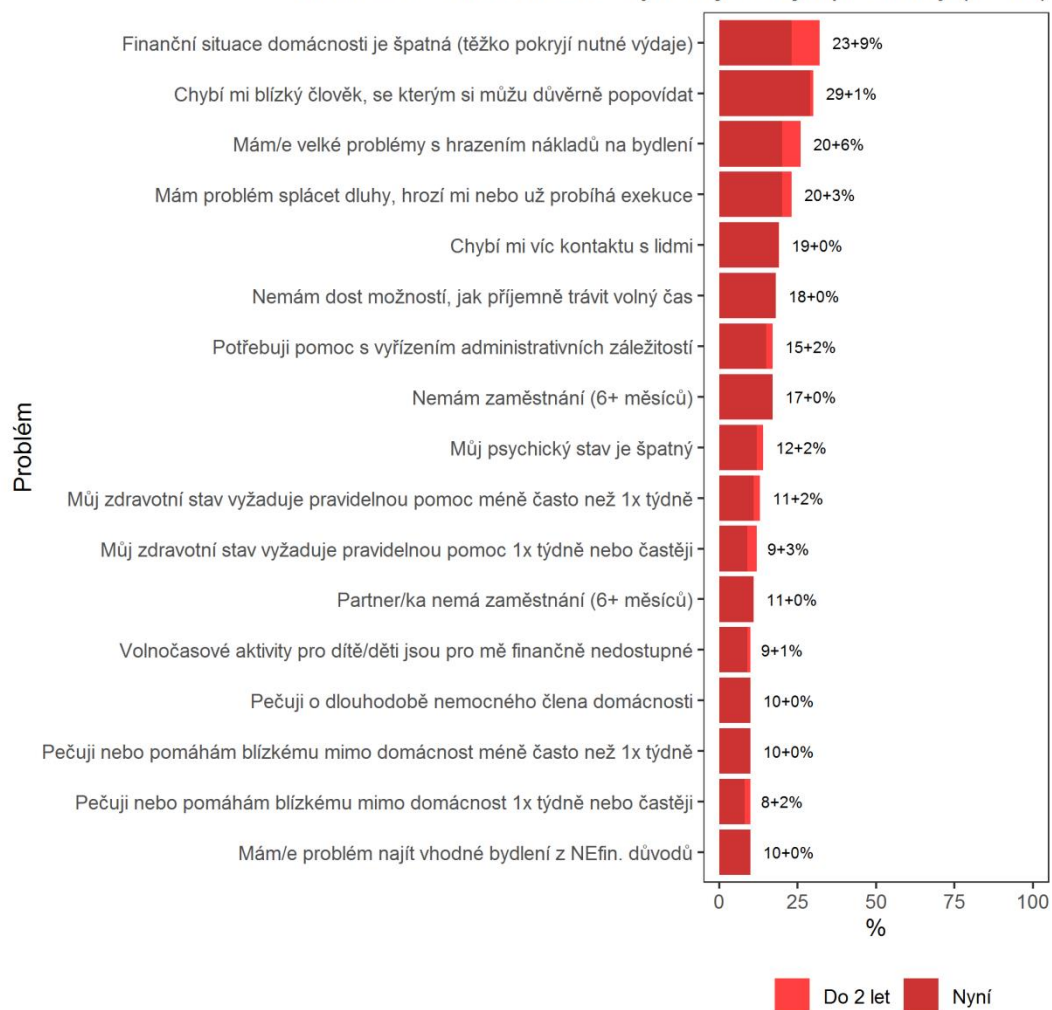
Lidé s nízkým příjmem, kteří se potýkají s rizikem sociálního vyloučení, jsme dotázali celkem 98 a 86% z nich (tj. 84 respondentů) uvedlo alespoň jeden problém. V průměru uváděli 3,7 problému (viz Graf 2.2.1). Při bližším pohledu ale vidíme velkou heterogenitu této skupiny. Výrazně více problémů (více než 5) uvedly ženy do 65 let a lidé, v jejichž domácnosti žijí děti. Senioři sice v porovnání s mladšími nízkopříjmovými domácnostmi nemají tolik problémů, ale v porovnání s průměrnou situací seniorů jsou více ohroženi, a to zejména ženy (viz diskusi v kap. 6.1).

Z Grafu 2.2.2. je zřejmé, že si respondenti z této skupiny nejčastěji stěžovali na špatnou finanční situaci domácnosti (23 % z nich aktuálně a 9 % to očekává do dvou let). Objektivně vzato víme, že se potýkají s nízkým příjmem. Tato čísla ukazují, kolik z nich subjektivně vnímá finanční situaci domácnosti jako natolik špatnou, že těžko pokryjí nutné výdaje. Více než 20 % respondentů uvedlo jako problém také osamělost (ať už absenci blízkého vztahu nebo málo kontaktu s lidmi), a další aspekty finančních problémů (problém s hrazením nákladů na bydlení a exekuce).

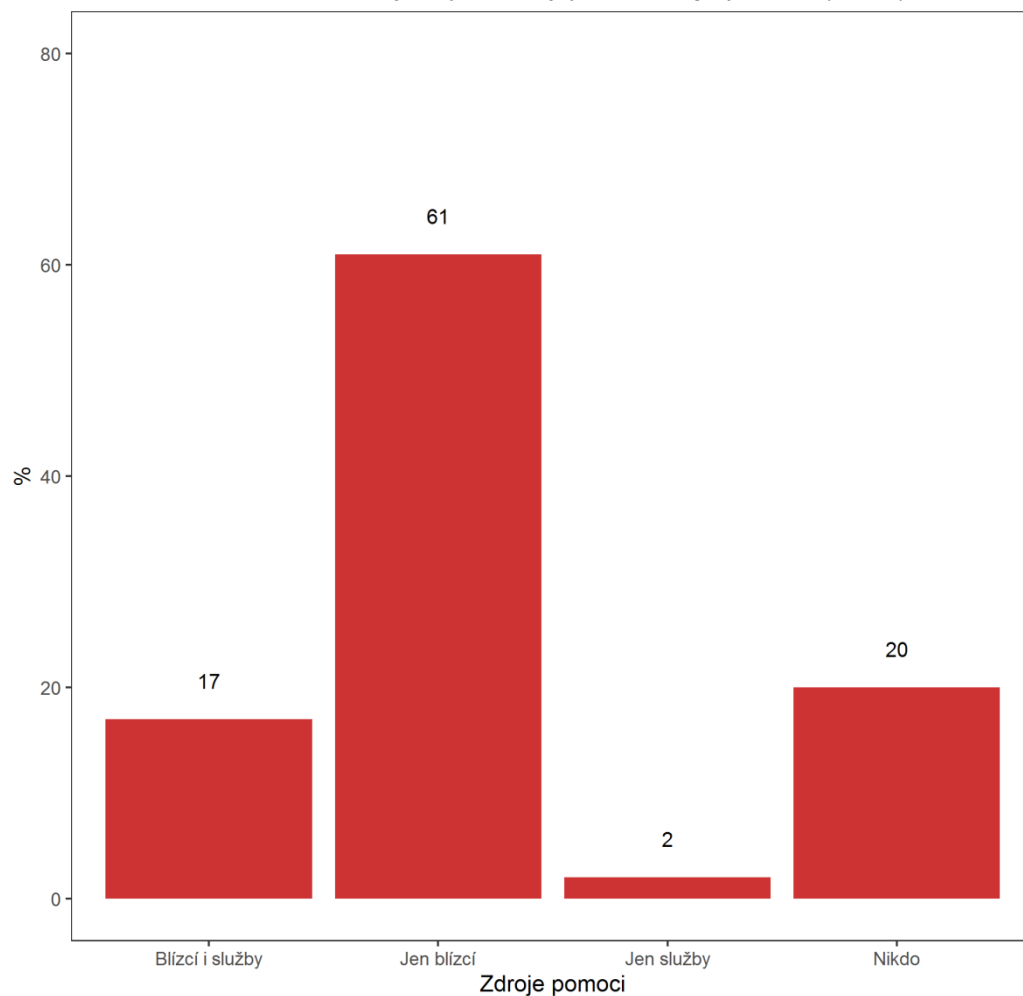
Graf 2.2.1 Ohrožení soc. vyl.: průměrný počet problémů (N=98)



Graf 2.2.2 Ohrožení soc. vyl.: nejčastější problémy (N=98)



Graf 2.2.3 Ohrožení soc. vyl. s problémy podle zdroje pomoci (N=84)



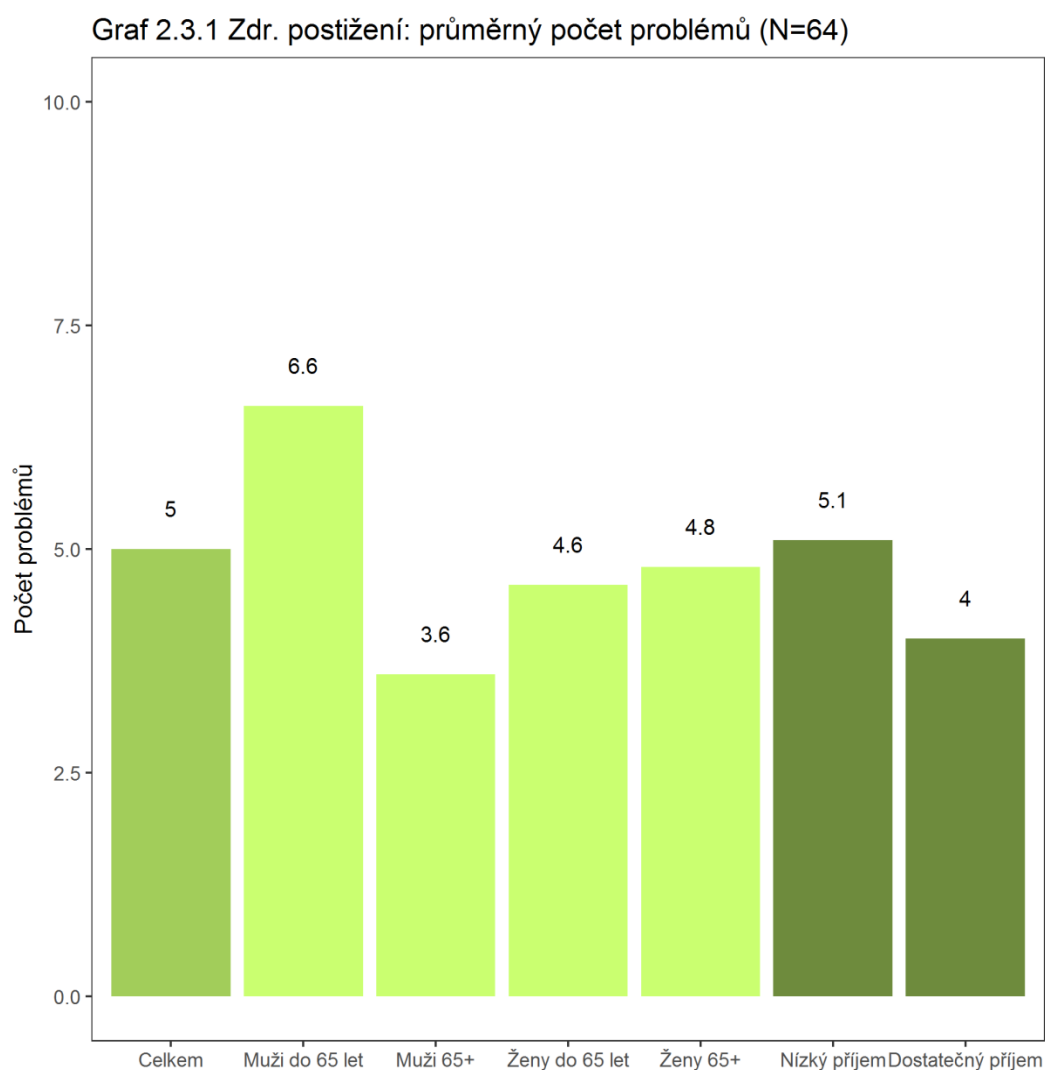
Tabulka 2.2.1 Zdravotní a sociální služby a organizace, které uvedli ohrožení sociálním vyloučením

	Počet respondentů
Služby	
Lékaři	2
DZR	2
Senior expres	2
Služby pro drogově závislé	2
Domácí péče zdravotní	1
Poskytovatelé	
Charita	1
Totem	1
K- centrum	1
Point14	1

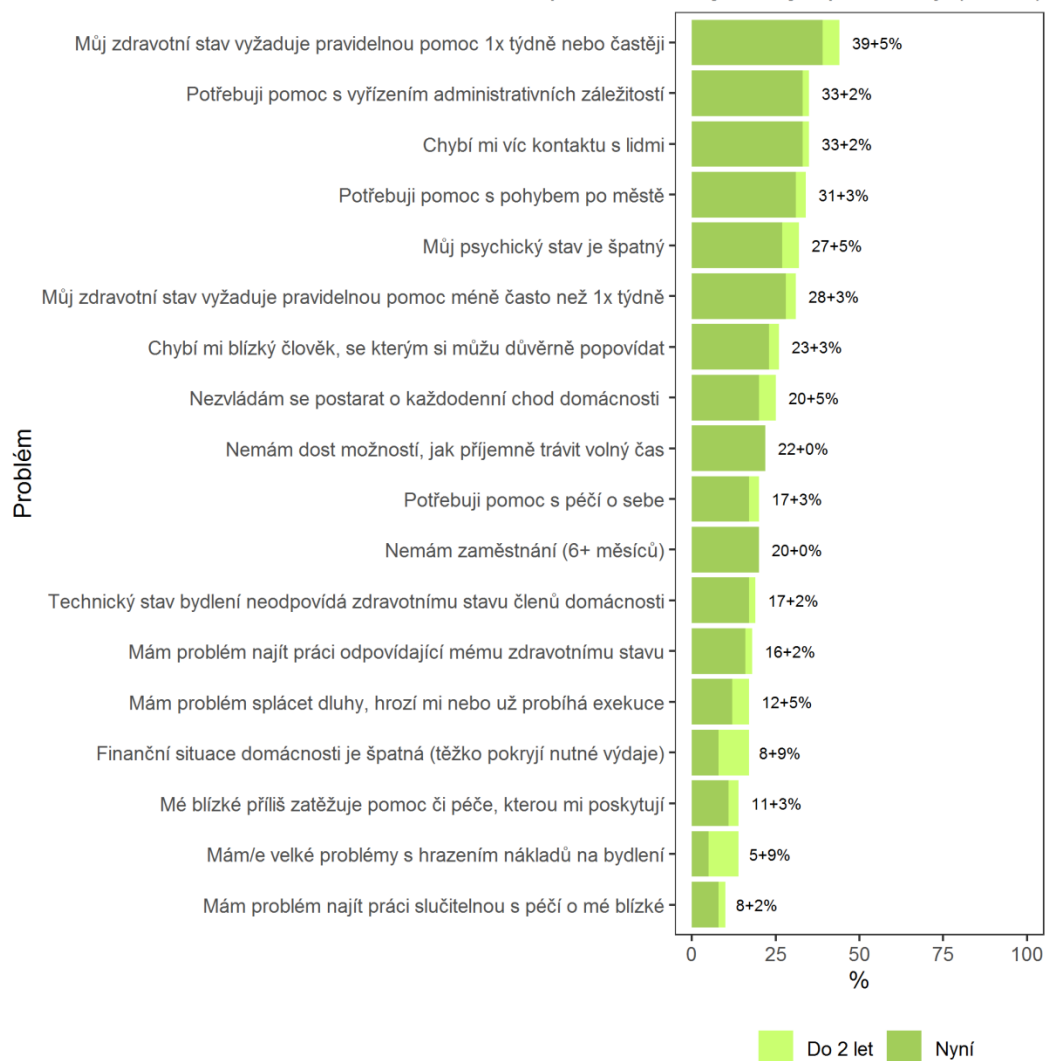
2.3 Zdravotně postižení

Z celkového počtu 64 zdravotně postižených jich 57, tedy 89 %, uvedlo alespoň jeden problém. Graf 2.3.1 ukazuje, že zdravotně postižení uváděli v průměru 5 problémů. Nad tento celkový průměr výrazněji vyčnívá jen skupina mužů mladších 65 let a výrazně nižší hodnotu mají naopak starší muži. Lze předpokládat, že mladší zdravotně postižení trpí zdravotním omezením dlouhodobě, zatímco u starších mužů vzniklo až ve vyšším věku a mohou se opřít o podporu blízkých a zdroje, které si vytvořili ještě v průběhu zdravého života.

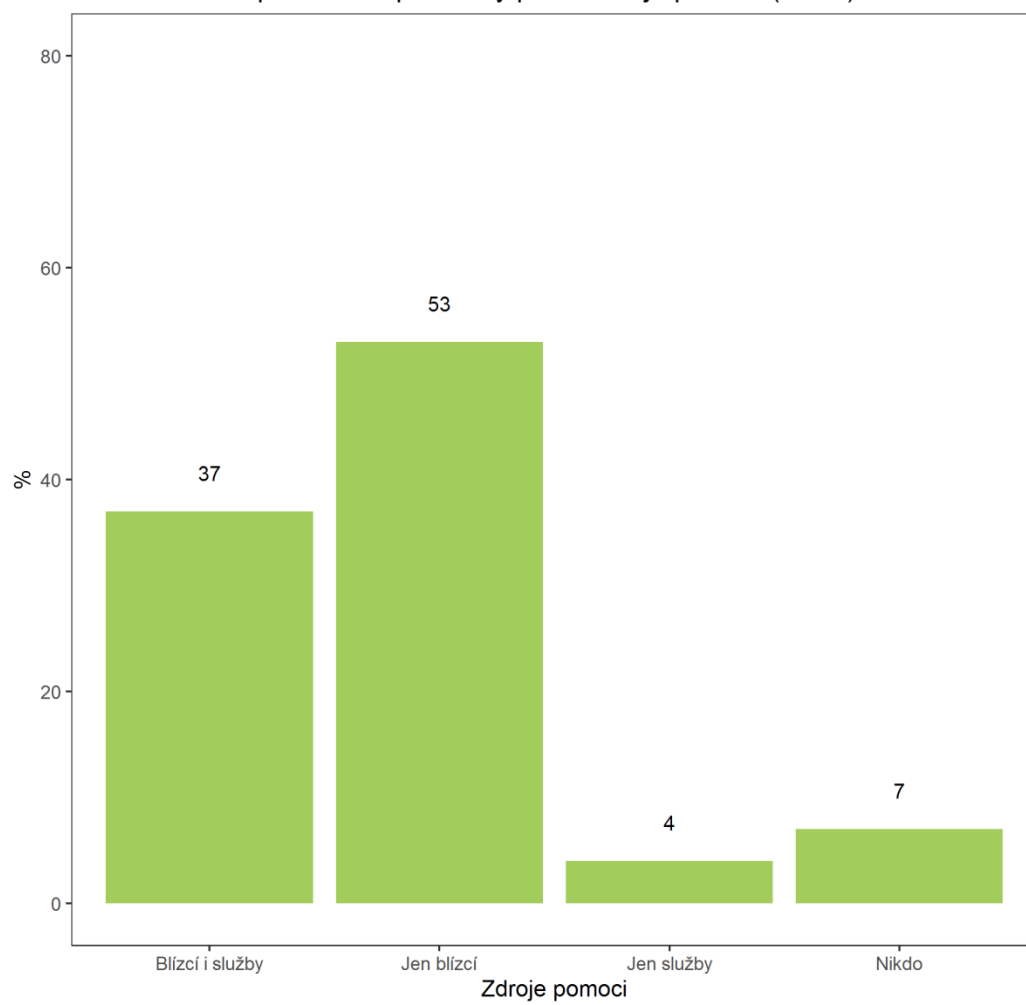
V Grafu 2.3.2 vidíme, že nejčastěji uváděným problémem je právě potřeba pravidelné pomoci kvůli jejich zdravotnímu stavu. Tu aktuálně potřebuje 39 % zdravotně postižených a dalších 5 % ji bude pravděpodobně potřebovat do dvou let. Více než 30 % zdravotně postižených uvedlo také potřebu pomoci s dalšími problémy (administrativní záležitosti, pohyb po městě, méně intenzivní zdravotní pomoc), nedostatek kontaktu s lidmi a špatný psychický stav.



Graf 2.3.2 Zdr. postižení: nejčastější problémy (N=64)



Graf 2.3.3 Zdr. postižení s problémy podle zdroje pomoci (N=57)

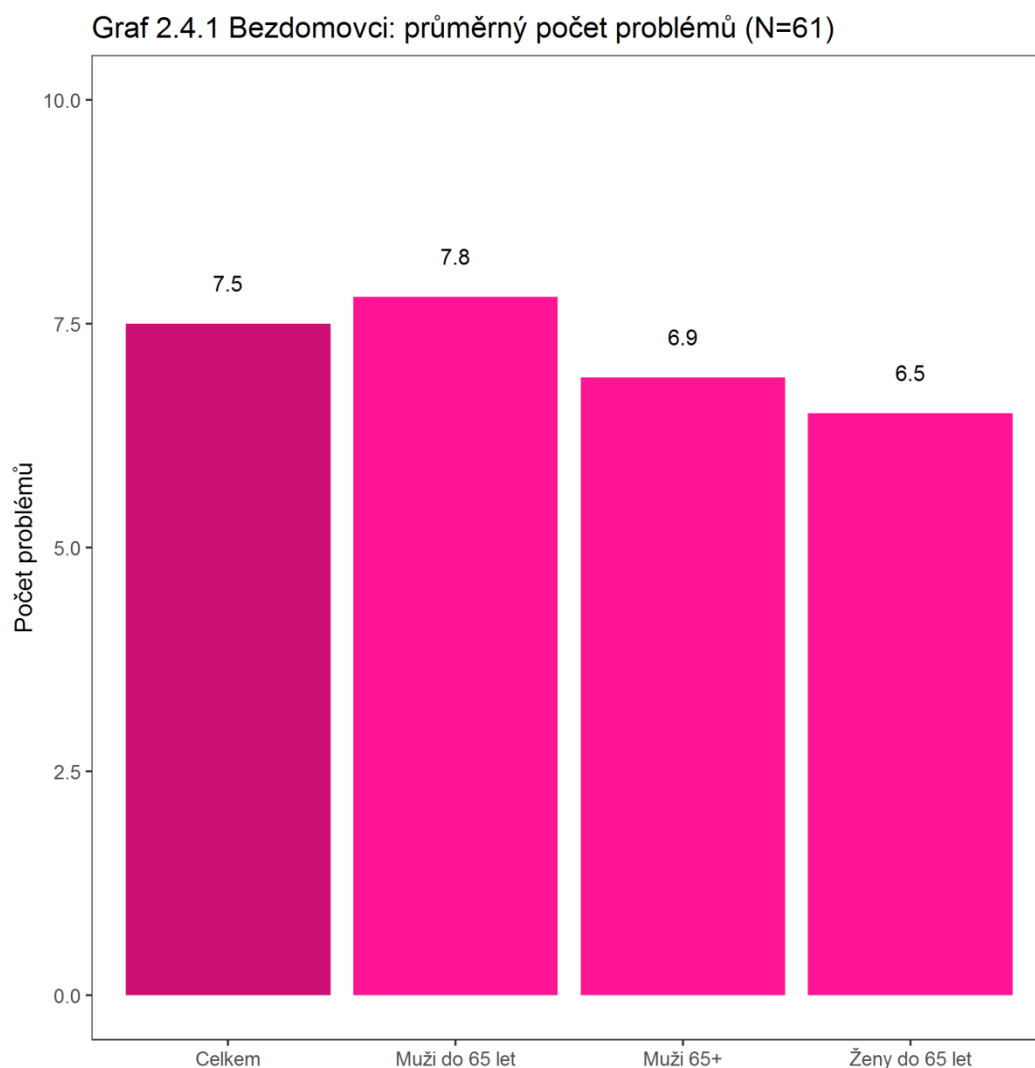


Tabulka 2.3.1 Zdravotní a sociální služby a organizace, které uvedli zdravotně postižení

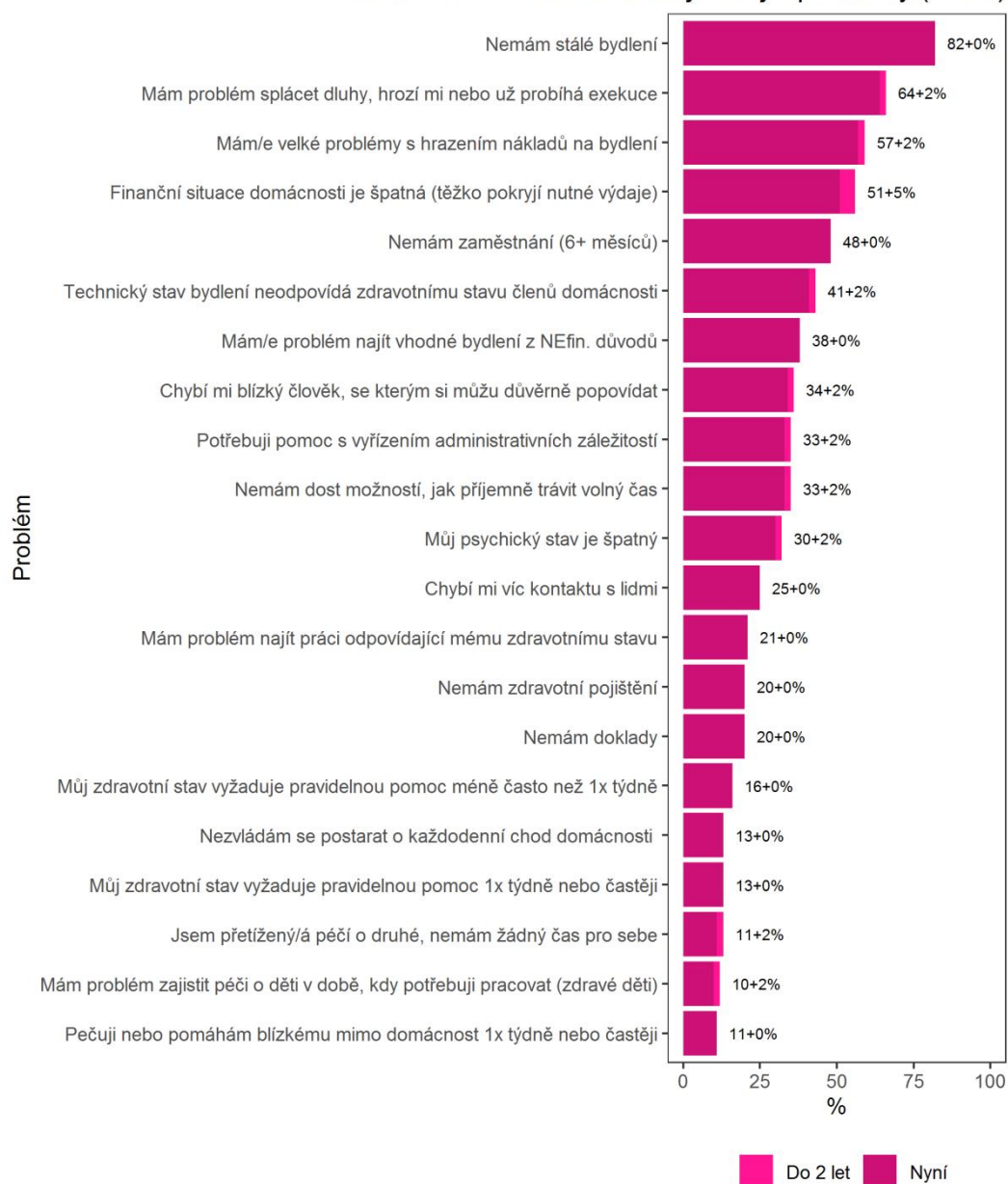
	Počet respondentů
Služby	
Domácí péče zdravotní	3
Lékaři	3
Domácí péče sociální	2
Rehabilitace	2
Senior expres	2
Služby pro zrakově postižené	2
Domácí péče (bez rozlišení)	1
Byt od města	1
Senior kapela	1
Služby pro drogově závislé	1
Poskytovatelé	
TyfloCentrum	2
Člověk v tísni	2
Charita	1
Totem	1
Ledovec	1
SONS	1
MÚSS	1
Point14	1
Stacionář FN Lochotín	1

2.4 Bezdomovci

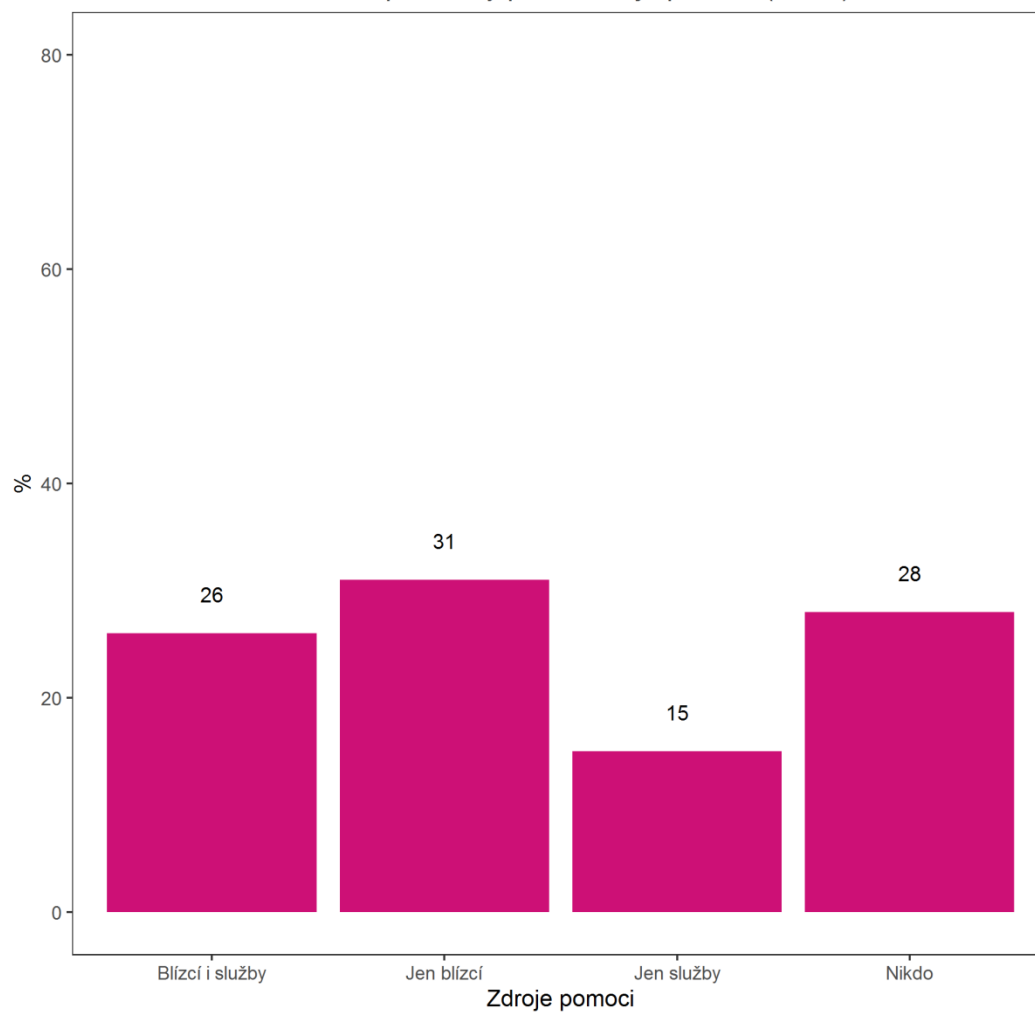
Všichni dotázaní bezdomovci (N=61) uvedli alespoň jeden problém. V grafu 2.4.1 vidíme, průměrný počet označených problémů byl v této skupině největší ze všech cílových skupin, a to 7,5. Průměrný počet uváděných problémů se v jednotlivých demografických skupinách bezdomovců příliš nelišil. Seznam problémů uvedených alespoň 10% bezdomovců je dlouhý a jednotlivé problémy jsou uváděny větším podílem respondentů než v ostatních skupinách (viz Graf 2.4.2.) Nejčastěji uváděným problémem byla – celkem očekávatelně – absence stálého bydlení, kterou uvedlo 82 % respondentů z této skupiny. Dvě třetiny bezdomovců mají dluhy, které nezvládají splácet a 59 % má problém i s hrazením nákladů na bydlení (cokoli si pod tím u bezdomovců můžeme představit) nebo ho do dvou let očekává. Financí se týkají i další dva problémy v pořadí podle četnosti (špatná finanční situace, dlouhodobá nezaměstnanost). Za zvláštní pozornost stojí také zjištění, že 38 % bezdomovců uvedlo, že mají problém najít bydlení z jiných než finančních důvodů (jeden z nich v otevřené odpovědi konkrétně uvedl, že neví, jak najít pronájem - viz přílohu C).



Graf 2.4.2 Bezdomovci: nejčastější problémy (N=61)



Graf 2.4.3 Bezdomovci s problémy podle zdroje pomoci (N=61)



Tabulka 2.4.1 Zdravotní a sociální služby a organizace, které uvedli bezdomovci

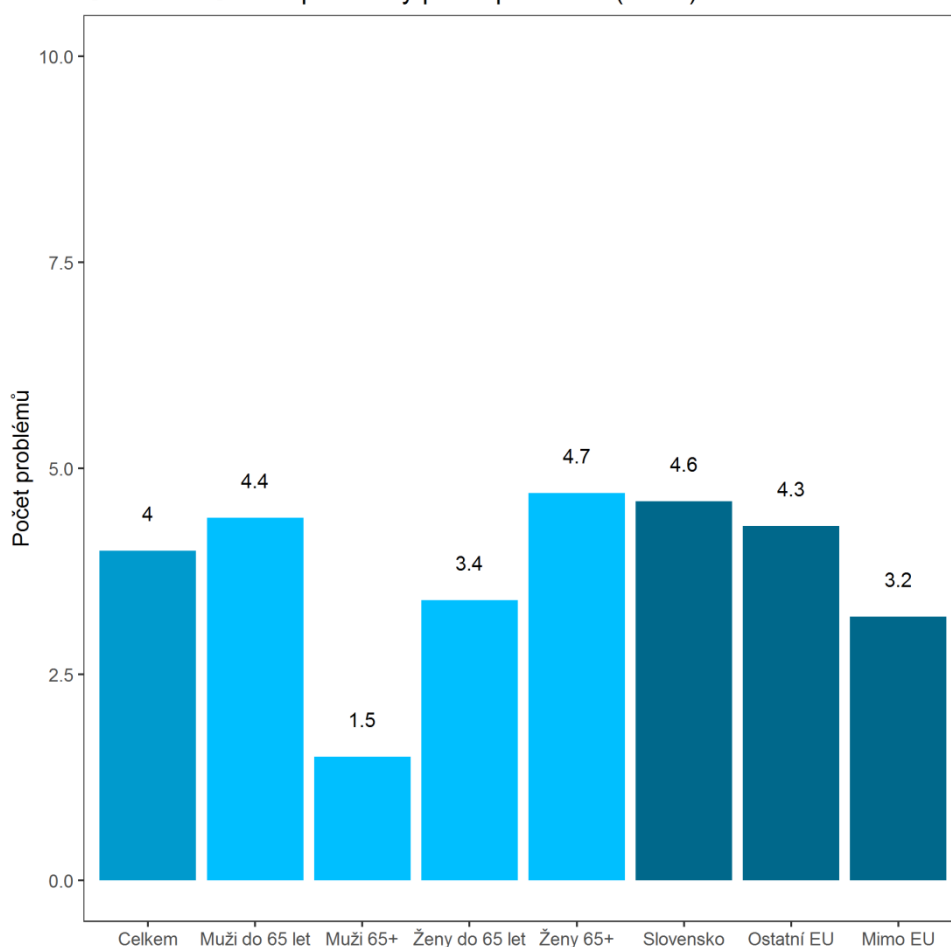
	Počet respondentů
Služby	
Potravinová pomoc	4
Azylový dům	3
Domácí péče sociální	2
Senior expres	1
Pomoc s úřady	1
Služby pro drogově závislé	1
Poskytovatelé	
Charita	8
SKP	3
Člověk v tísni	1
Kostel u Ježíška	1
Point14	1
OSPOD	1
Exodus	1

2.5 Cizinci

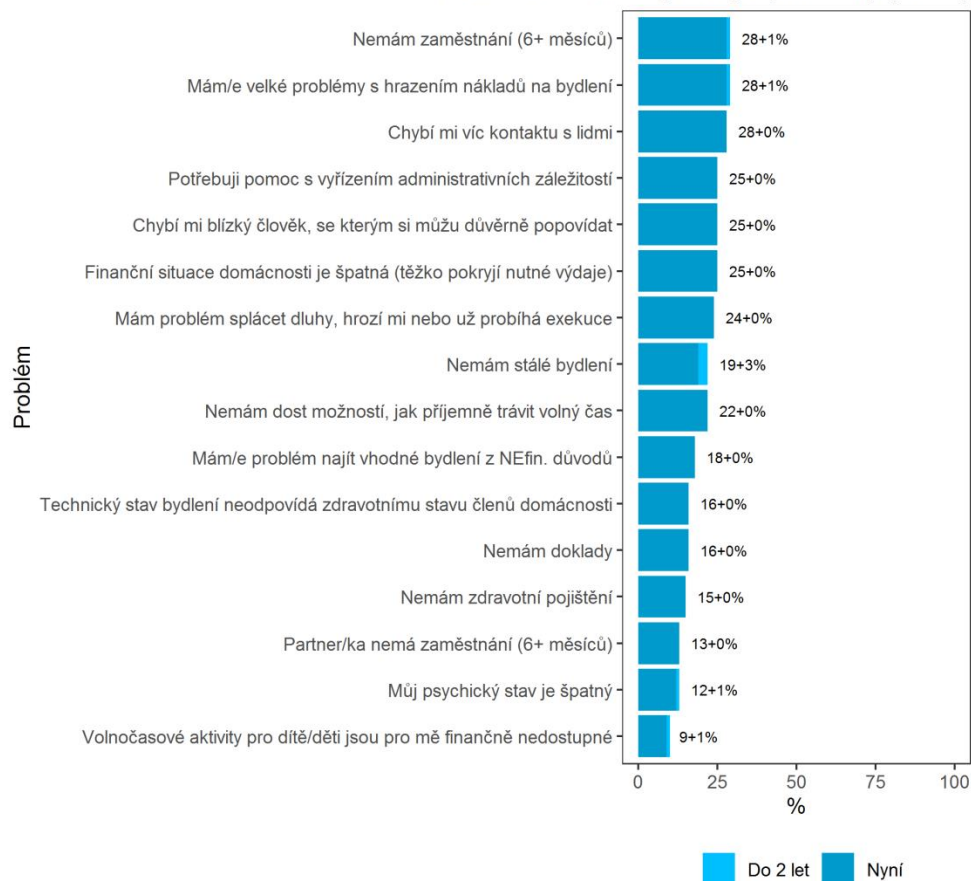
Z 67 dotazovaných cizinců jich 52, tedy 78 %, uvedlo nějaký problém. V grafu 2.5.1. vidíme, že cizinci z různých typů zemí se liší z hlediska počtu uváděných problémů. Jako celek v průměru uváděli 4 problémy, ale průměrný počet uvedených problémů byl nižší u cizinců ze zemí mimo EU (3,2 problémy) a vyšší u Slováků (4,6 problému).

Z grafu 2.5.2 je patrné, že nejčastěji zmiňovanými problémy cizinců jsou dlouhodobá nezaměstnanost, vysoké náklady na bydlení a nedostatek kontaktu s lidmi (všechny tři problémy uvedlo shodně 28 - 29 % z nich).

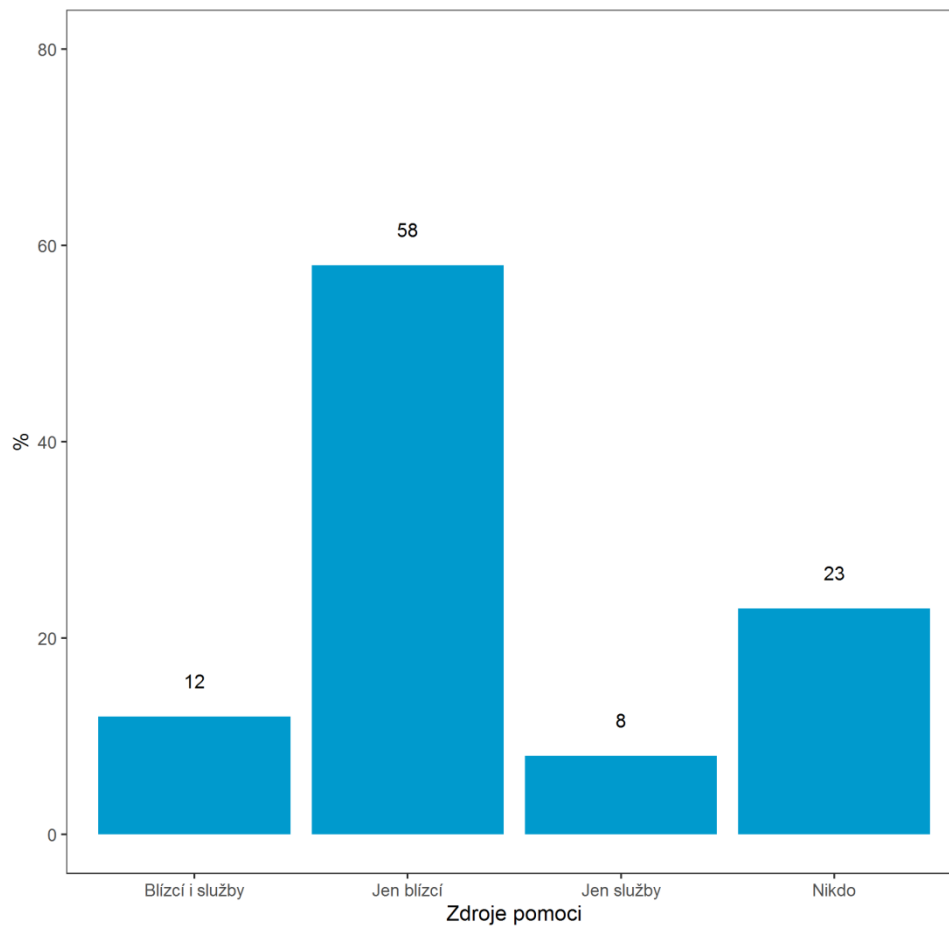
Graf 2.5.1 Cizinci: průměrný počet problémů (N=67)



Graf 2.5.2 Cizinci: nejčastější problémy (N=67)



Graf 2.5.3 Cizinci s problémy podle zdroje pomoci (N=52)



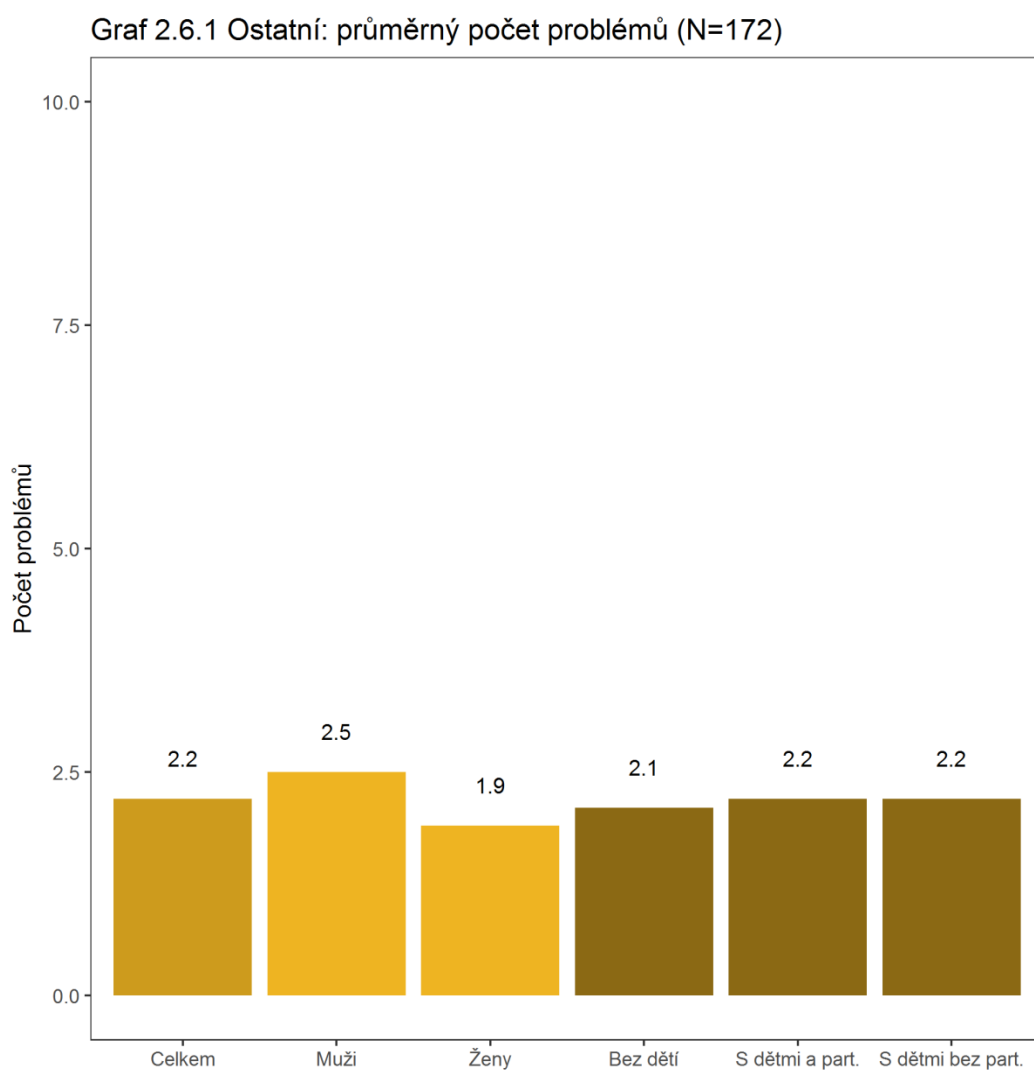
Tabulka 2.5.1 Zdravotní a sociální služby a organizace, které uvedli cizinci

	Počet respondentů
Služby	
Potravinová pomoc	2
Domácí péče sociální	1
Lékaři	1
Rehabilitace	1
Poskytovatelé	
Charita	5

2.6 Populace bez cílových charakteristik

Pro srovnání s ostatními skupinami prezentujeme stejné výsledky také pro tu část online panelu, která nespadá do žádné cílové skupiny. I tito respondenti obvykle uvedli alespoň jeden problém (106 ze 172 respondentů, tedy 62%). Podíl osob s problémy je ale nejnižší ze všech skupin a také průměrný počet uváděných problémů byl nejnižší ze všech skupin. V Grafu 2.6.1. vidíme, že uváděli v průměru kolem dvou problémů a tato hodnota je podobná i v jednotlivých sociodemografických skupinách. Nevymykají se ani rodiče samoživitelé, je ale třeba připomenout, že zde nejsou zastoupeny domácnosti samoživitelů s nízkým příjmem (ty jsou ve skupině ohrožených sociálním vyloučením).

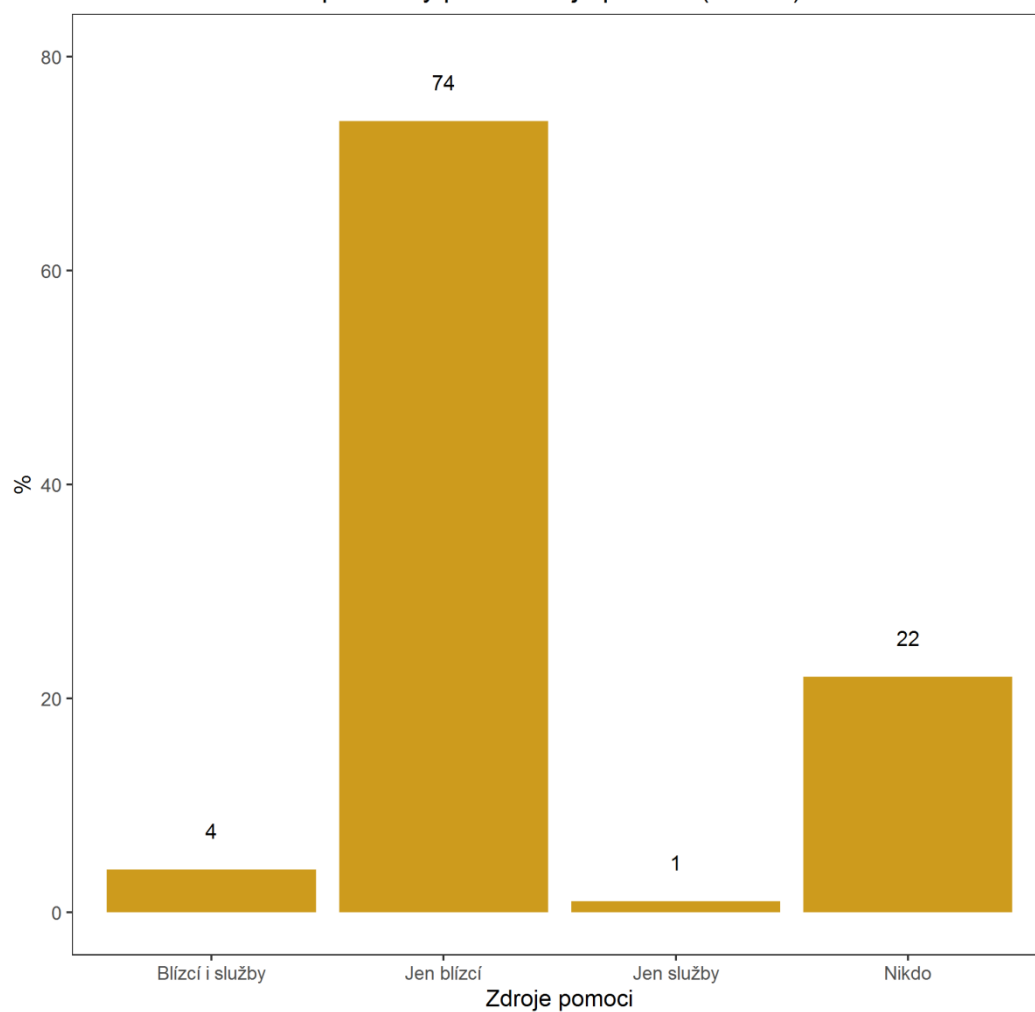
Mezi nejčastěji zmiňované problémy patří, jak ukazuje Graf 2.6.2, osamělost. Každý z jejích dvou aspektů (absence blízkého vztahu a nedostatek kontaktu s lidmi) zmínilo jako aktuální nebo reálný do dvou let 17 % respondentů.



Graf 2.6.2 Ostatní: nejčastější problémy (N=172)



Graf 2.6.3 Ostatní s problémy podle zdroje pomoci (N=106)



Tabulka 2.6.1 Zdravotní a sociální služby a organizace, které uvedli lidé bez cílových charakteristik

	Počet respondentů
Služby	
Domácí péče (bez rozlišení)	2
Lékaři	1
Poskytovatelé	
Domovinka	1

3. Sociální služby

V této kapitole shrneme informace o využívání a hodnocení sociálních služeb ze strany uživatelů. Stejně jako v předchozí kapitole rozlišujeme typy služeb a organizace (poskytovatele). Kvůli malému počtu uživatelů služeb ve vzorku (celkem 96 respondentů) pracujeme se všemi uživateli konkrétní služby nebo poskytovateli dohromady, bez ohledu na jejich příslušnost k cílovým skupinám.

V Tabulkách 3.1 a 3.2 uvádíme nejprve přehled všech vyjmenovaných služeb a poskytovatelů, a poté podrobnější analýzu frekvence využívání a hodnocení kvality. Nějaká služba byla zmíněna celkem 67x a zmínek o poskytovatelích bylo celkem 17.

Frekvenci využívání a hodnocení kvality analyzujeme u těch služeb a poskytovatelů, kteří byli zmíněni alespoň pětkrát. Celkem se jedná o 56 výpovědí. Ze služeb jde o služby lékařů, domácí péči, Senior expres (senioři hovoří výhradně o senior taxi) a potravinovou pomoc. Z organizací byla alespoň 5x zmíněna pouze Charita.

Protože počet uživatelů sociálních služeb ve vzorku je velmi malý, uvádíme pouze absolutní počty a ne procenta. Výsledky jsou spíše ilustrační. Průkaznější informaci o vnímané kvalitě služeb poskytne podrobnější šetření mezi uživateli konkrétních služeb.

Z Grafu 3.1 je zřejmé, že když už respondenti nějakou službu využívají, činí tak obvykle opakovaně. Pouze lékaře využívají méně často (1-4x v letech 2019 a 2020), u ostatních služeb jednoznačně převažuje častější využití ve sledovaném období.

V Grafu 3.2 pak vidíme, že jednoznačně převažují hodnocení 'Výborná' (poskytuje více, než respondent potřebuje) a 'Velmi dobrá' (řeší vše, co respondent potřebuje), celkem do těchto kategorií spadá 45 odpovědí z 65 (69 %). Některé služby jsou hodnoceny jen takto (Domácí zdravotní péče a Senior expres). Mnohem méně respondentů hodnotí služby jako 'Dobré' (řeší jen to podstatné), celkem jsme obdrželi 15 takových odpovědí z 65 (23 %). Jednoznačná menšina hodnocení je negativní, pouze 5 odpovědí z 65 (8 %) spadá do kategorií 'Špatná' (něco řeší, ale ne to podstatné) a 'Velmi špatná' (nic neřeší).

Celkem můžeme konstatovat, že cílové skupiny (senioři, cizinci, handicapovaní, ohrožení sociálním vyloučením a bezdomovci) překvapivě nevyužívají služby tak často, jak bychom čekali - pouze 96 respondentů z 455 (21%) uvedlo nějakou službu. Jako překvapivé to hodnotíme vzhledem k tomu, že se jedná o ty nejpotřebnější skupiny obyvatel. Avšak pokud již služby uvádí, využívají je často (5x a více za léta 2019 a 2020) a hodnotí je pozitivně (v drtivé většině jako výborné nebo velmi dobré).

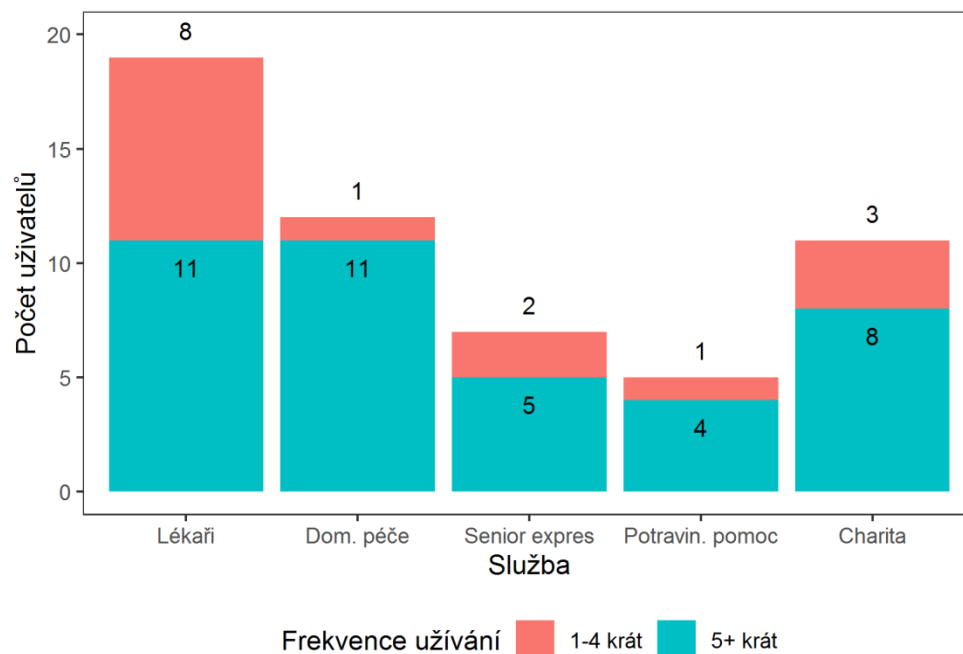
Tabulka 3.1 Typy služeb podle počtu respondentů, kteří je uvedli.

	Absolutní počet	%
Lékaři	19	20%
Domácí péče celkem	14	15%
V tom:		
Domácí péče (bez rozlišení)	3	3%
Domácí péče sociální	6	6%
Domácí péče zdravotní	5	5%
Senior expres	7	7%
Potravinová pomoc	5	5%
Rehabilitace	4	4%
Azylový dům	3	3%
DZR	3	3%
Služby pro drogově závislé	3	3%
Služby pro zrakově postižené	3	3%
Volný čas pro seniory	3	3%
Byt od města	1	1%
Pedagogicko-psychologická poradna	1	1%
Pomoc s úřady	1	1%
N (R, kteří uvedli soc. nebo zdr. službu jako zdroj pomoci)	96	

Tabulka 3.2 Organizace podle počtu respondentů, kteří je uvedli.

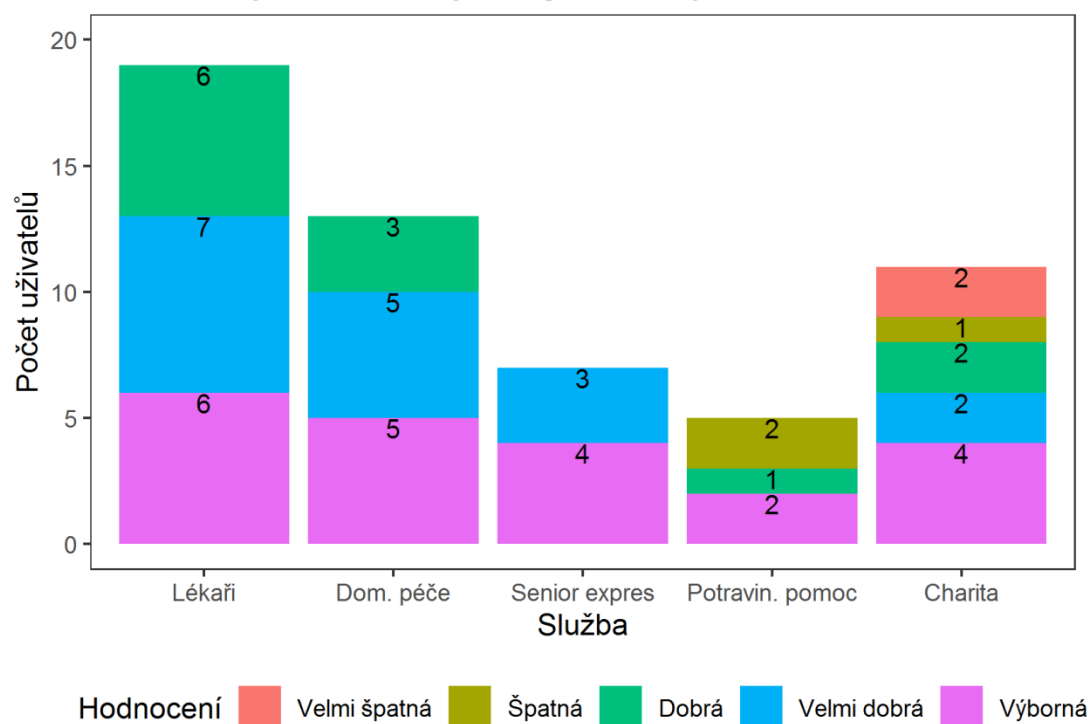
	Absolutní počet	%
Charita	11	11%
Totem	4	4%
Domovinka	3	3%
Člověk v tísni	3	3%
SKP	3	3%
MÚSS	2	2%
Point14	2	2%
SONS	2	2%
TyfloCentrum	2	2%
Diakonie - Človíček	1	1%
Exodus	1	1%
K centrum	1	1%
Kostel u Ježíška	1	1%
Ledovec	1	1%
OSPOD	1	1%
Svaz důchodců	1	1%
Stacionář FN Lochotín	1	1%

Graf 3.1 Vybrané služby a organizace podle frekvence užívání



Pozn.: U dvou z 56 výpovědí o těchto službách a organizaci chyběla informace o frekvenci užívání.

Graf 3.2 Vybrané služby a organizace podle hodnocení klientů



Pozn.: U jedné z 56 výpovědí o těchto službách a organizaci chyběla informace o frekvenci užívání.

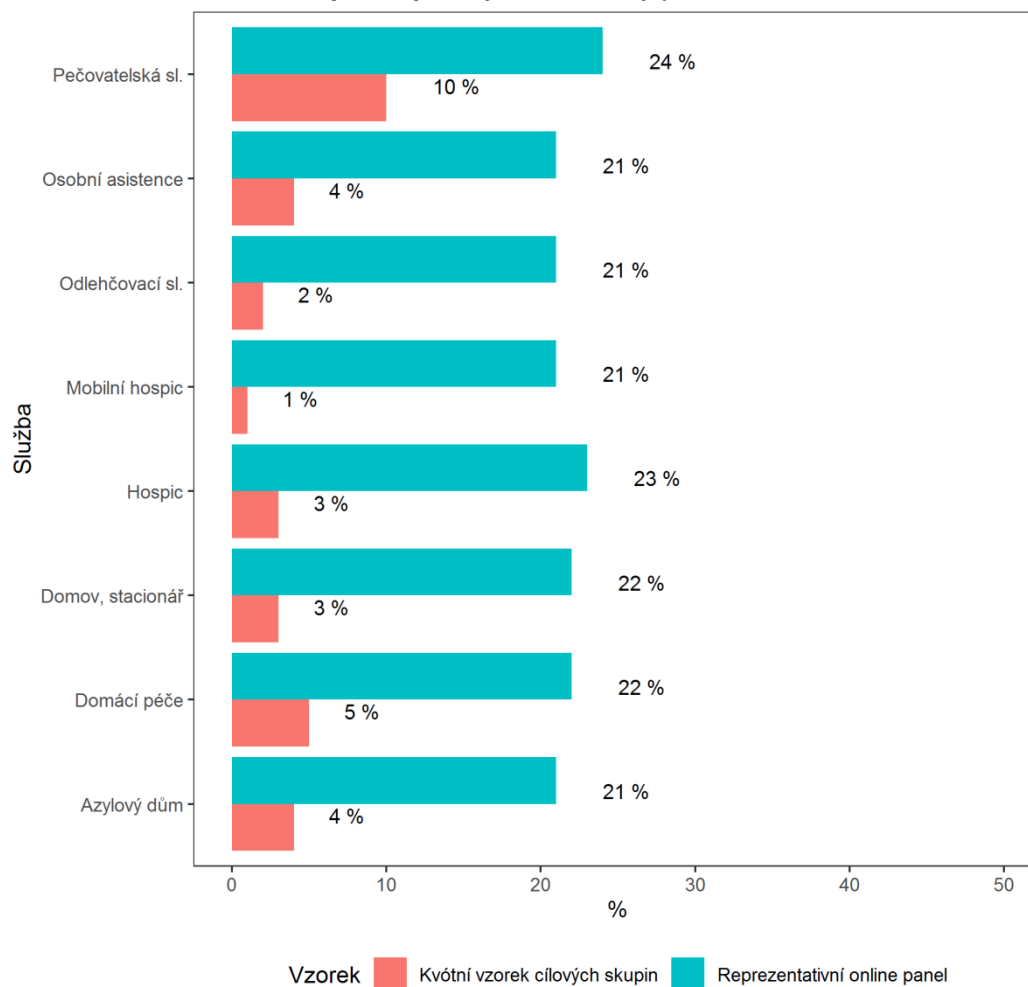
4. Nenaplněná poptávka po vybraných sociálních službách

U vybraných sociálních služeb jsme se zvlášť ptali, jestli se je respondenti v loňském roce pokoušeli zajistit pro sebe nebo své blízké a pokud ano, tak jak byli úspěšní. Respondenti, kteří službu nezajistili, uvedli, jestli to bylo z důvodu nedostatečné kapacity, nebo z jiného důvodu. Odpovědi jsme analyzovali zvlášť pro reprezentativní vzorek obyvatel Plzně a pro vzorek cílových skupin. Výsledky bohužel poukazují na problém s daty z online dotazování. Přestože znění otázky bylo stejné, jako při osobním dotazování, nepravděpodobně vysoké procento respondentů uvedlo, že se služby pokoušeli zajistit, ale nepovedlo se jim to z jiného důvodu, než je kapacita služby. Tento problém se týkal všech uvedených služeb. Graf 4.1 ukazuje, že když sečteme všechny respondenty, kteří uvádí, že službu chtěli využít nebo zajistit, vychází u online vzorku u každé služby přes 20 % respondentů, což je nepravděpodobné (zvláště u takových služeb jako je azylový dům). Naopak kvótní vzorek, i přes svoji nereprezentativnost, ukazuje hodnoty nižší a více heterogenní.

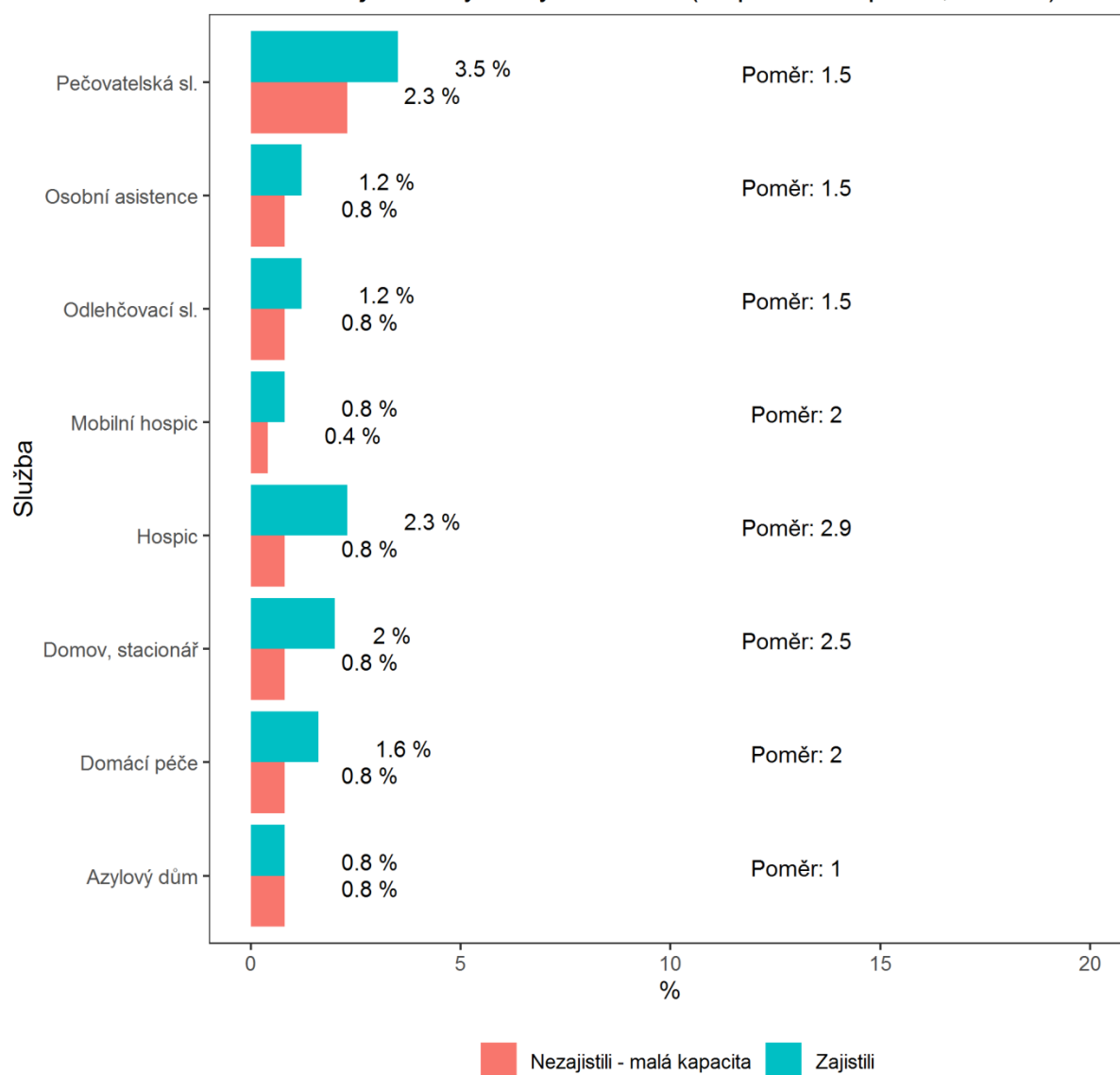
Kvůli tomuto problému jsme se rozhodli do analýzy kategorií „nevyužil z jiného důvodu“ nezařadit a v Grafech 4.2 a 4.3 uvádíme procento respondentů, kteří služby úspěšně zajistili, a procento respondentů, kteří službu chtěli zajistit, ale nepovedlo se jim to kvůli malé kapacitě služby. Obojí je počítáno z celku respondentů (včetně těch, kteří službu vůbec zajistit nepotřebovali), proto jsou procenta velmi malá. I tak ale poskytují užitečnou informaci o nenaplněné poptávce po službách.

Ve srovnání s reprezentativním panelem se ukazuje, že jen zlomek respondentů z kvótního šetření cílových skupin si nedokázal zajistit potřebné služby z důvodu malé kapacity. Služby jsou zřejmě dobře nastaveny v tom smyslu, že jsou k dispozici pro drtivou většinu obyvatel z nejpotřebnějších skupin (Graf 4.3). **Nicméně z Grafu 4.2 je zřejmé, že by služby určitě využilo více obyvatel, kdyby měly vyšší kapacitu.** Tedy, jen minimálně nejsou služby k dispozici pro ty nejpotřebnější skupiny obyvatel, byť v dalších skupinách obyvatel je o služby zájem, který převyšuje jejich kapacity, a na všechny se tak služeb nedostává.

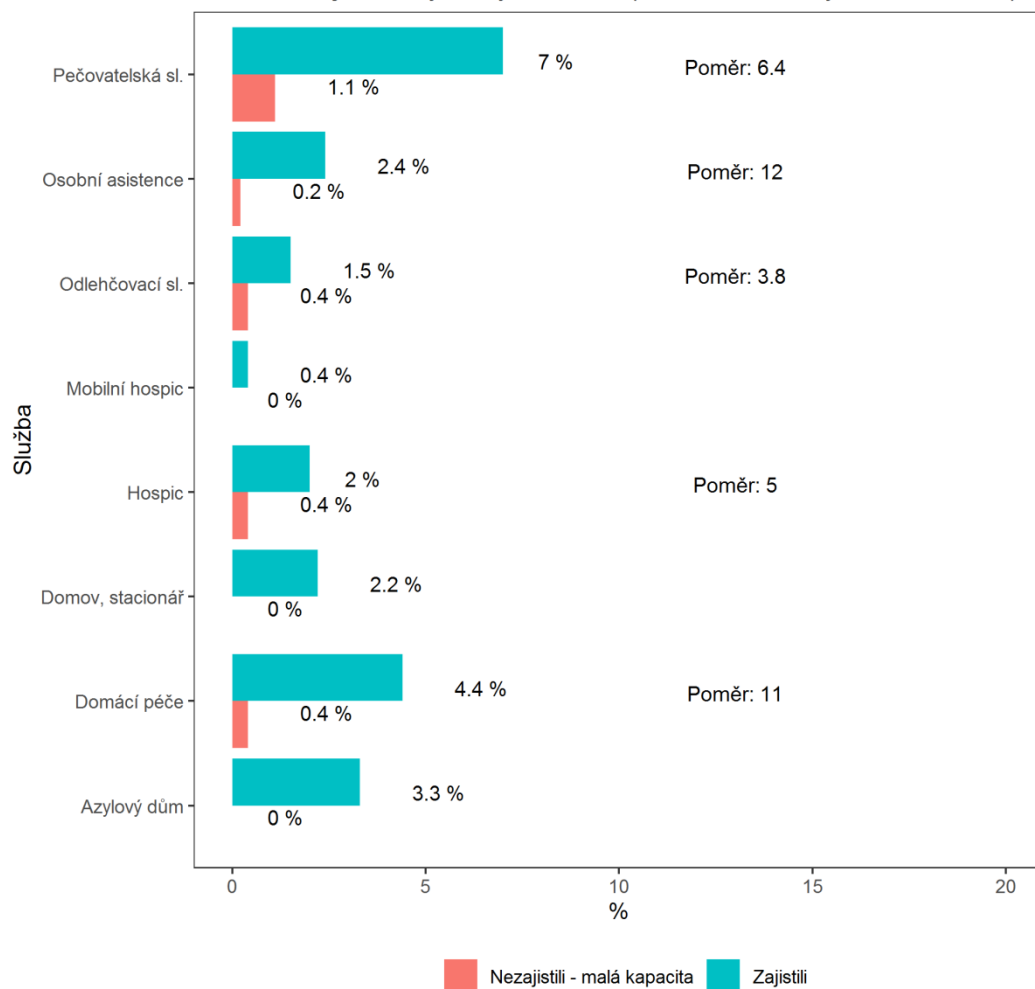
Graf 4.1 Zájem zajistit vybrané služby pro sebe nebo blízké



Graf 4.2 Zajištění vybraných služeb (Repr. online panel, N=256)



Graf 4.3 Zajištění vybraných služeb(Kvótní vz. cílových sk., N=455)



5. Neformální pečující

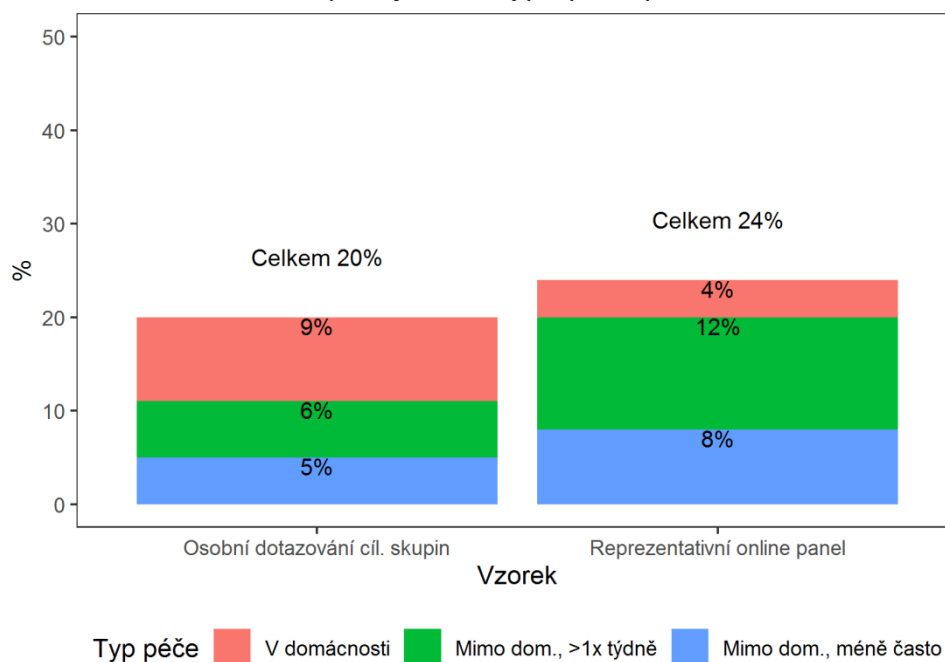
V seznamu problémů v dotazníku jsme se ptali, jestli respondenti pečují o některého člena své domácnosti nebo o blízkého mimo domácnost. U pečujících mimo domácnost jsme navíc rozlišili, jak často péči nebo pomoc poskytují. Pečující jsme podle toho rozdělili na tři kategorie intenzity péče: pečující o člena domácnosti, pečující mimo domácnost alespoň jednou týdně a pečující mimo domácnost méně často. Pokud respondent uvedl, že pečuje o více osob, zařadili jsme ho do kategorie s největší intenzitou péče (např. pokud pečuje v domácnosti i mimo domácnost, byl zařazen do kategorie péče v domácnosti). Respondentů, kteří pečují o více osob bylo ale málo na to, aby tvořili samostatnou kategorii (v každém vzorku jen 2 - 3 %, což činí 13 - 14 % z těch, kteří o někoho pečují). Pečující dále uváděli, o koho se starají (manžel/ka nebo partner/ka, rodič, dítě, někdo jiný). Samostatnou položkou v seznamu problémů byla i přetíženost péčí o druhé. Tu využíváme k hodnocení přetíženosti neformálních pečujících.

V analýze jsme nejdříve srovnali procento jednotlivých typů pečujících v obou vzorcích. Graf 5.1 ukazuje, že o někoho pečuje celkem 20 % respondentů ze vzorku cílových skupin a 24 % respondentů z reprezentativního vzorku obyvatel Plzně. Celkový podíl pečujících je tedy v obou vzorcích podobný. Liší se ale intenzita poskytované péče. Respondenti z cílových skupin častěji pečují o člena své domácnosti (9 %, což je téměř polovina všech pečujících z cílových skupin; v online vzorku tvoří pečující o člena domácnosti jen 4 % v online vzorku, což je jen šestina pečujících z online panelu).

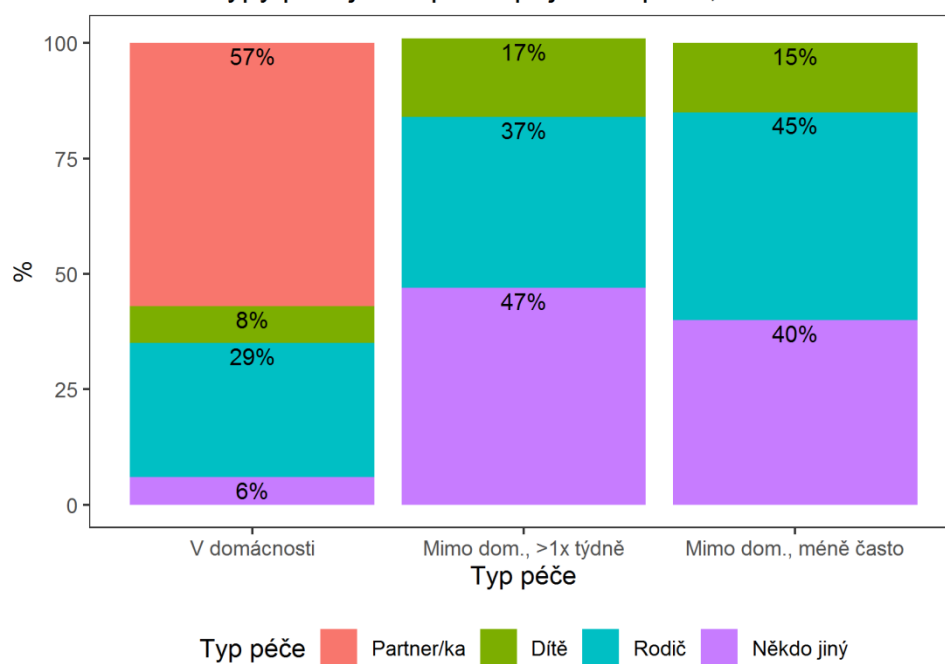
Pečující z obou datových zdrojů dále analyzujeme společně a dělíme je právě podle typu (intenzity) péče. Graf 5.2 ukazuje, o koho se pečující starají. Příjemcem péče ve stejné domácnosti je nejčastěji partner/ka (57 % případů) nebo rodič respondenta (29 % případů). Pokud se respondenti starají o někoho mimo domácnost, je to obvykle rodič nebo jiná osoba. O rodiče se stará 47 % respondentů, kteří poskytují pomoc mimo domácnost alespoň jednou týdně a 40 % těch, kteří pečují méně často. Péče o nemocné děti je výrazně méně častá. Děti tvoří 8 % příjemců péče ve stejné domácnosti, 17 % příjemců intenzivní péče mimo domácnost a 15 % příjemců občasné péče mimo domácnost.

Pečující také podrobněji zkoumáme z hlediska toho, jak je péče zatěžuje. Prověřovali jsme, jestli přetíženost péčí souvisí s pohlavím a věkem respondentů, příjmem domácnosti, přítomností dětí (do 13 let) v domácnosti, typem péče a typem vztahu k osobě, o kterou pečují. Ukázalo se, že z těchto možných faktorů má významný vliv na přetíženost péčí její typ (intenzita), příjemce péče a přítomnost dětí v domácnosti. Přetíženost péčí v těchto skupinách respondentů ukazuje Graf 5.3. Celkově uvádí přetíženost 21 % pečovatelů. Podíl přetížených je ale dvojnásobný mezi těmi, kteří pečují o někoho v domácnosti (41 % přetížených) a mezi těmi, kteří pečují o partnera/ku nebo manžela/ku (43 %). Tyto kategorie se ovšem z velké části překrývají. Zvýšené riziko přetížení se týká také pečovatelů, v jejichž domácnosti žijí závislé děti (33 % přetížených).

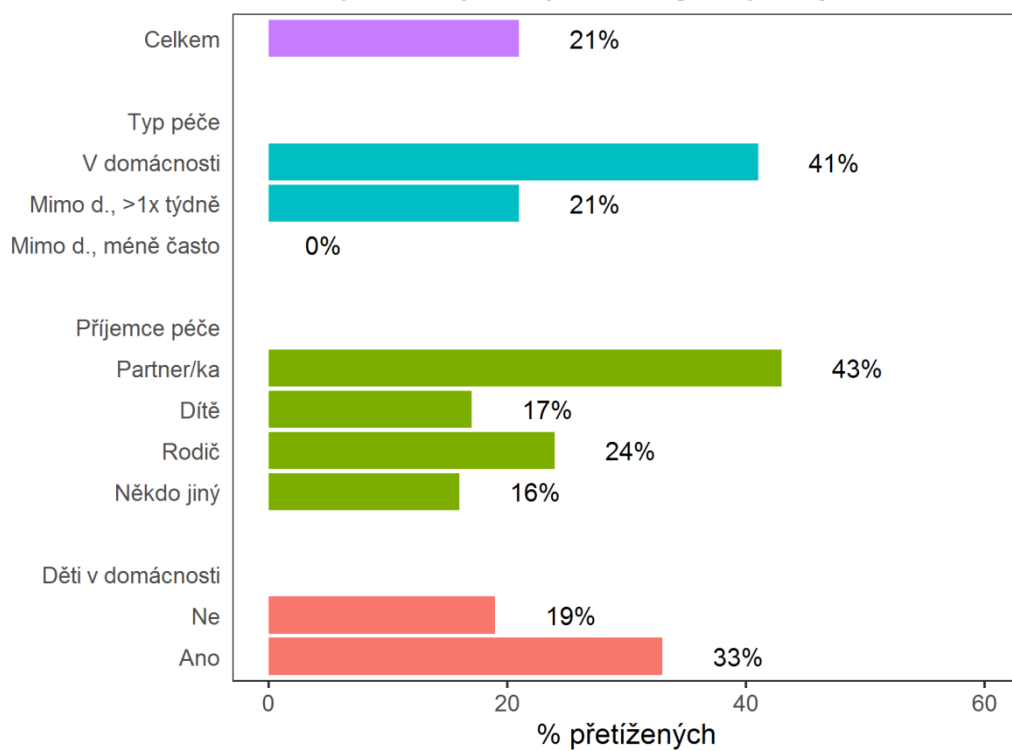
Graf 5.1 Procento pečujících a typů péče podle vzorku



Graf 5.2 Typy pečujících podle příjemce péče, N=99



Graf 5.3 Přetíženost péčí u vybraných kategorií pečujících, N=151



6. Závěr

Na základě získaných poznatků lze poukázat na několik zjištění, které mají z našeho pohledu důležitou výpovědní hodnotu a navozují potřebu dalších kroků. Dříve než k nim přistoupíme, shrňme si základní zjištění, která odpovídají na zadání zadavatele.

- (a) *Senioři* – z výsledků vyplývá, že nelze cílit na seniory plošně. Průměrný senior nemá více problémů než průměrný člověk nespádající do žádné rizikové skupiny. Samotný věk 65 a více let (nebo dokonce 75 a více let – viz graf 2.6.1) tedy automaticky neznamená, že daná osoba potřebuje nebo bude v blízké budoucnosti potřebovat pomoc. Senioři tvoří vnitřně různorodou skupinu. Přičemž platí, že potřebnost pomoci je vyšší u těch skupin, kdy se k vyššímu věku přidávají další rizikové charakteristiky. Nejvíce ohroženou skupinou seniorů jsou ti se zdravotním postižením/problémy (týká se to mužů i žen, ale žen výrazněji - viz Graf 2.3.1), seniorky s nízkými příjmy (viz Graf 2.2.1) a senioři i seniorky bez partnera (viz Graf 2.1.1). Absence partnerství zvyšuje riziko problémů u mužů i žen. Ženy se do této situace dostávají výrazně častěji (protože se obvykle dožívají vyššího věku než muži), proto jsou více viditelnou skupinou.
- (b) Vnitřně různorodou skupinou jsou i *lidé ohrožení sociálním vyloučením*, tj. jejichž domácnost má nižší než minimální příjem. Jako celek uvádějí vyšší průměrný počet problémů než populace bez rizikových charakteristik, ale výrazně ohroženější jsou mezi nimi zejména domácnosti s dětmi a také ženy v produktivním věku (což jsou z velké části se překrývající kategorie; viz Graf 2.2.1).
- (c) Nadále platí, že velmi rizikovou skupinou jsou *bezdomovci*. Z výsledků vyplývá, že jsou zcela (na rozdíl od ostatních skupin) odkázáni na pomoc, spojenou se sociálními službami. Ve výsledcích jsme doložili, že lidé bez domova uváděli v průměru největší počet problémů ze všech cílových skupin, které byly dotazovány. Jejich volání o pomoc by nemělo být bráno na lehkou váhu, protože nejčastěji uváděné příčiny (bez bydlení, finanční nouze) staví tyto jedince před problém, který bez pomoci vnějšího světa těžko zvládnou.
- (d) *Cizinci* - nejčastěji zmiňovanými problémy cizinců jsou dlouhodobá nezaměstnanost, vysoké náklady na bydlení a nedostatek kontaktu s lidmi (všechny tři problémy uvedlo shodně 28 - 29 % z nich). Tyto údaje byly získány v době těsně před propuknutím pandemie. Lze proto očekávat, že v případě utlumení ekonomiky budou zejména cizinci prvními, kteří pocítí nezaměstnanost a zmíněné problémy s nezaměstnaností a náklady na bydlení jen vzrostou.
- (e) Silnou, avšak skrytou skupinou jsou *neformálně pečující*, kteří tvoří téměř 21 % obyvatel Plzně. Jedná se o skupinu jedinců, kteří pečují o někoho blízkého (Graf 5.3.). Z výpovědí vyplývá, že se jedná o značně přetíženou skupinu, pro niž by posílení odlehčovacích služeb mohlo představovat výraznou úlevu. Nejde o to, aby sociální služby saturovaly celou péči této skupiny neformálně pečujících, ale aby míra zátěže získala únosnou podobu.
- (f) Z dostupných výsledků vyplývá, že pokud respondenti nějakou službu využívají, činí tak obvykle opakovaně a převažují hodnocení 'Výborná' (poskytuje více, než respondent

potřebuje) a 'Velmi dobrá'. Celkem můžeme konstatovat, že cílové skupiny (senioři, cizinci, handicapovaní, ohrožení sociálním vyloučením a bezdomovci) překvapivě nevyužívají služby tak často, jak bychom čekali - pouze 96 respondentů ze 455 (21 %) uvedlo nějakou službu. Jako překvapivé to hodnotíme vzhledem k tomu, že se jedná o ty nejpotřebnější skupiny obyvatel. Avšak pokud již služby uvádí, využívají je často (5x a více za léta 2019 a 2020) a hodnotí je pozitivně (v drtivé většině jako výborné nebo velmi dobré). Zdá se, že tedy dotčené skupiny spoléhají zejména na sebe, své blízké, nebo počítají s tím, že možné problémy budou řešit ad hoc. To, že stávající klienti služeb OSS deklarovali spokojenost, ještě neznamena, že se se daří saturovat většinu potřeb. **Abychom umožnili OSS zajistit detailnější zpětnou vazbu ohledně spokojenosti se službami, připravili jsme dotazník, který OSS umožní ověřit spokojenost s vybranými službami/organizacemi dle potřeb Magistrátu města Plzeň.** Dotazník je součástí předávané zprávy (viz příloha D). Průkaznější informaci o vnímané kvalitě služeb poskytne podrobnější šetření mezi uživateli konkrétních služeb. Evaluace kvality poskytovaných služeb zároveň poskytne i zpětnou vazbu pro určení intenzity poptávaných služeb. Získaná data pak mohou rozšířit zjištění této zprávy a umožnit cíleněji alokovat finanční prostředky a nastavení služeb

- (g) Ve srovnání s reprezentativním panelem se ukazuje, že jen zlomek respondentů z kvótního šetření cílových skupin si nedokázal zajistit potřebné služby z důvodu malé kapacity. Služby jsou zřejmě dobře nastaveny v tom smyslu, že jsou k dispozici pro drtivou většinu obyvatel z nejpotřebnějších skupin (Graf 4.3). **Nicméně z Grafu 4.2 je zřejmé, že by služby určité využilo více obyvatel, kdyby měly vyšší kapacitu.** Tedy, jen minimálně nejsou služby k dispozici pro ty nejpotřebnější skupiny obyvatel, byť v dalších skupinách obyvatel je o služby zájem, který převyšuje jejich kapacity, a na všechny se tak služeb nedostává.
- (h) Srovnání demografických výsledků mezi výzkumem z roku 2016 a 2020 detailně popisujeme v příloze B. Tato srovnání umožňují sledovat zkoumané skupiny a jejich proměny zejména s ohledem na věkovou strukturu (srov. např. grafy B2.2. a B2.3 - osoby se zdravotním postižením a osoby ohrožené sociálních vyloučením).
- (i) V příloze C. přibližujeme další problémy, které byly zmíněné respondenty z cílových skupin

Příloha A. Dotazník

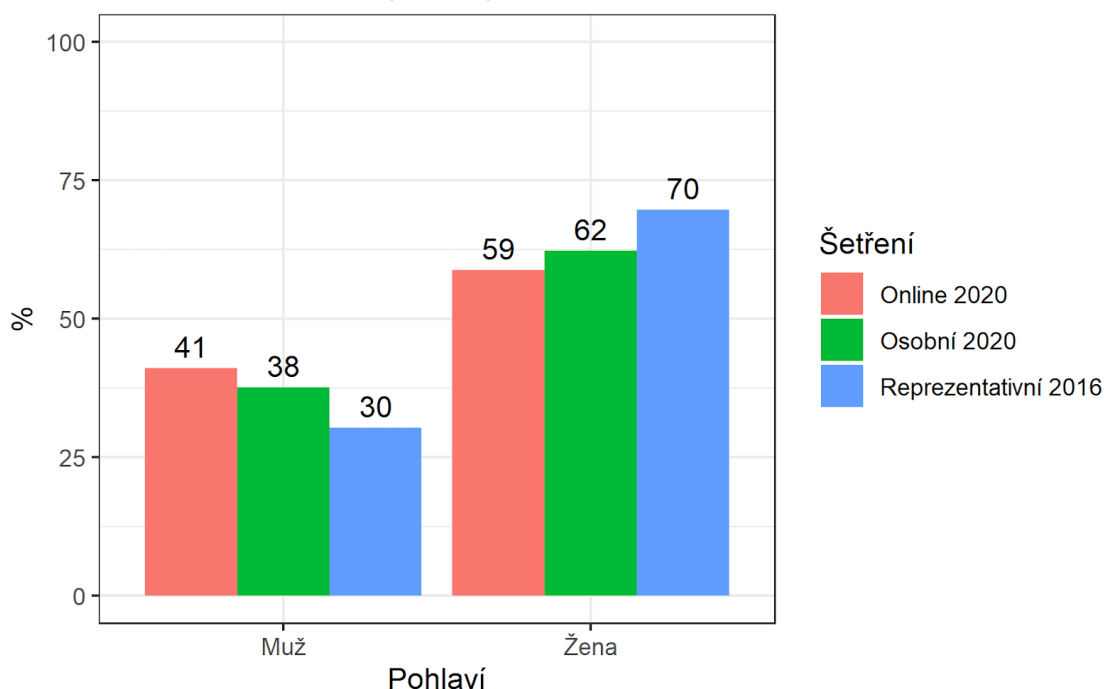
(viz externí příloha)

Příloha B. Srovnání demografického složení cílových skupin s reprezentativním výzkumem z roku 2016

Současné šetření je vzhledem k dohodnuté metodice jen v omezené míře srovnatelné s výzkumem hodnocení sociálních služeb provedeným v roce 2016. V roce 2016 byl proveden prostý náhodný výběr adresních bodů a na ně byli vysláni tazatelé, kteří měli za úkol kontaktovat osoby přítomné na adrese a z nich náhodně vybrat osoby pro dotazování. Takto byl dotázán vzorek osob, který co nejvěrněji reprezentoval obyvatelstvo Plzně (N=900). S tímto vzorkem budeme srovnávat současný výzkum. Způsob výběru na jednu stranu mírně nadreprezentoval osoby, které tráví více času doma, ať z vlastní vůle nebo kvůli svému stavu, ale zároveň princip náhodného výběru poskytl velmi přesný obraz plzeňské populace. Výběr byl tedy reprezentativní pro osoby, které se alespoň v odpoledních hodinách zdržují doma. Naproti tomu současné šetření v roce 2020 jednak využívá reprezentativní on-line panel (N=256), který je sice konstruovaný jako reprezentativní pro obecnou populaci, ale některé specifické skupiny obyvatel mají omezený přístup k internetu v takové míře, že je dost dobře reprezentovat nemůže (např. osoby bez domova). Hlavní část výzkumu se zaměřovala na osobní dotazování osob z vybraných skupin obyvatel (N=455), kvótním výběrem byli na ulici vybíráni a dotazováni senioři, zdravotně postižení, bezdomovci, cizinci a osoby ohrožené sociálním vyloučením. Tento vzorek tak reprezentuje jen vybrané skupiny, a to ještě tu jejich část, která se alespoň někdy během dne pohybuje ve veřejném prostoru.

Byť tedy není z principu možné jednotlivá šetření přímo srovnávat, můžeme alespoň porovnat strukturu vybraných skupin z hlediska pohlaví a věku. Tomuto srovnání se budeme tedy věnovat

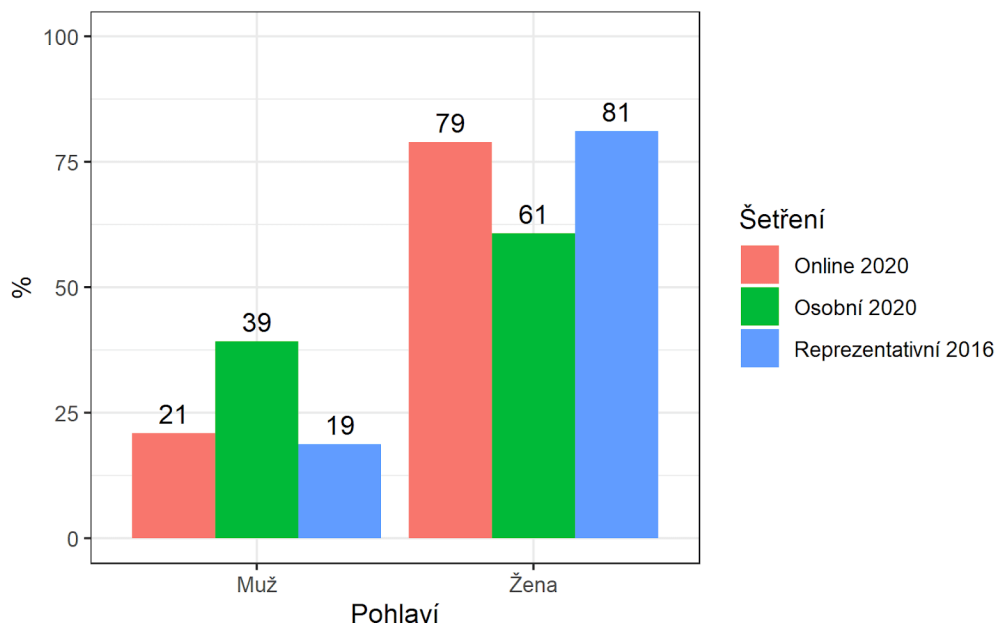
Graf B1.1: Senioři podle pohlaví



v této příloze. Toto srovnání může nabídnout klíč k vysvětlení některých rozdílů ve výsledcích obou výzkumů, neboť ukáže, že se v obou výzkumech liší struktura dotazovaných skupin. Dále toto srovnání poskytne možnost hlubšího vhledu do současných výsledků - neboť ukáže vnitřní strukturu skupin. Strukturu skupin v jednotlivých šetřeních srovnáme nejprve podle pohlaví a poté podle věku.

Vidíme, že pohlaví seniorů v obou současných šetřeních zhruba odpovídá reprezentativnímu šetření z roku 2016. U osob ohrožených sociálním vyloučením se s šetřením z roku 2016 shoduje reprezentativní online panel, ale v současném šetření provedeném osobním dotazováním je vyšší podíl mužů než v ostatních šetřeních. O důvodech nechceme spekulovat, pouze upozorňujeme,

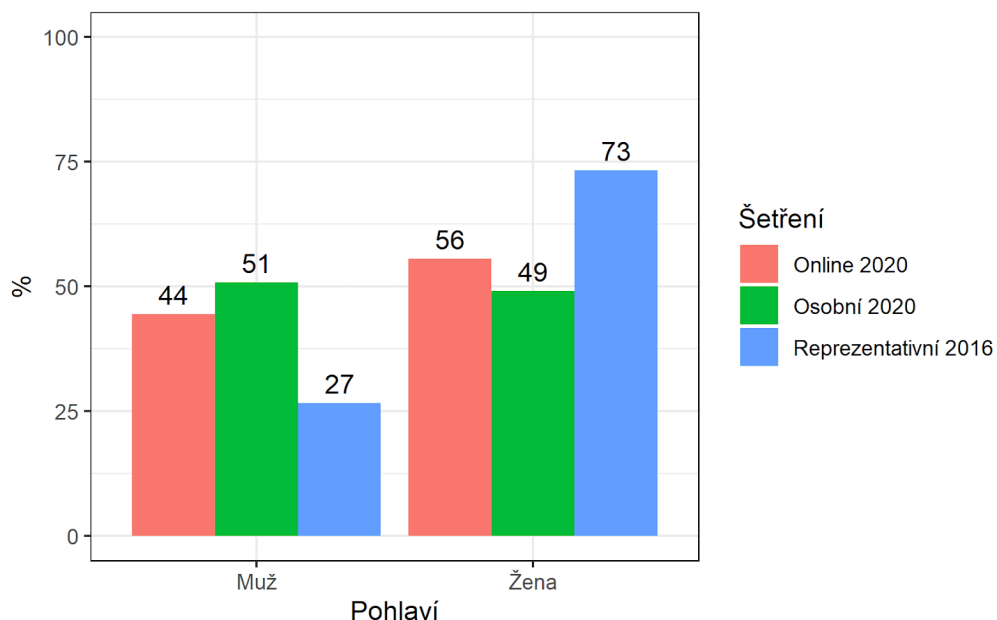
Graf B1.2: Ohrožení soc. vyl. podle pohlaví



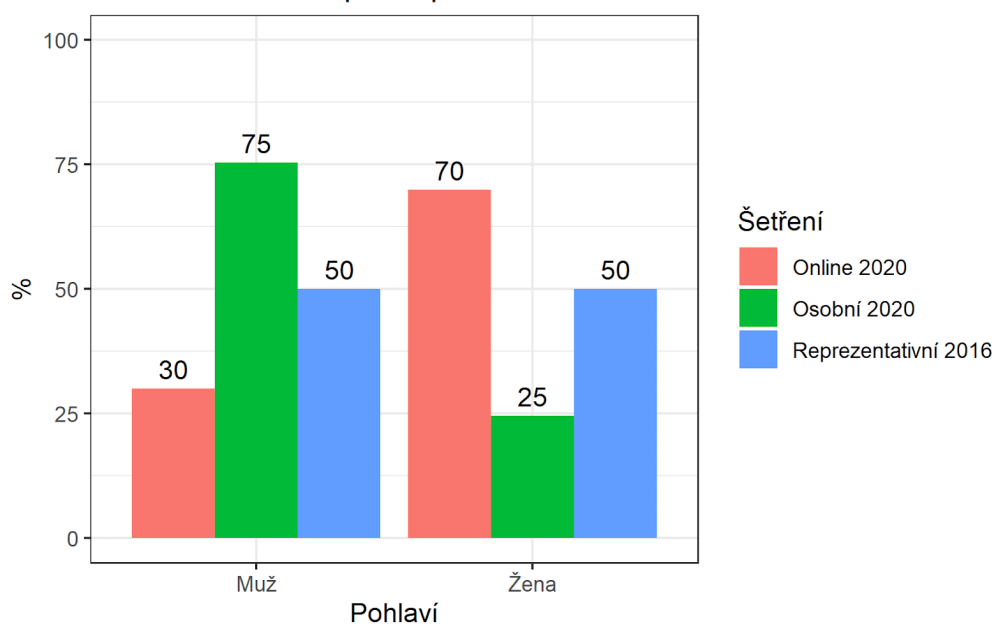
že zatímco v reprezentativních šetřeních za osoby ohrožené vyloučením mluví především ženy, ve vzorku pořízeném osobním dotazováním je podíl pohlaví mnohem vyrovnanější.

V případě handicapovaných osob je rozložení pohlaví v obou současných šetřeních zhruba vyrovnané, čímž se liší od šetření z roku 2016, kde téměř ¾ vzorku tvořily ženy. Jediným vysvětlením, které máme je, že ženy se dožívají vyššího věku a zároveň s věkem roste riziko zdravotních problémů. Proto se v roce 2016 při osobním dotazování v domácnosti respondenta může objevit vyšší podíl starších žen, neboť nemají žádné překážky v účasti na výzkumu. Metodiky současných šetření představovaly

Graf B1.3: Zdr. postižení podle pohlaví



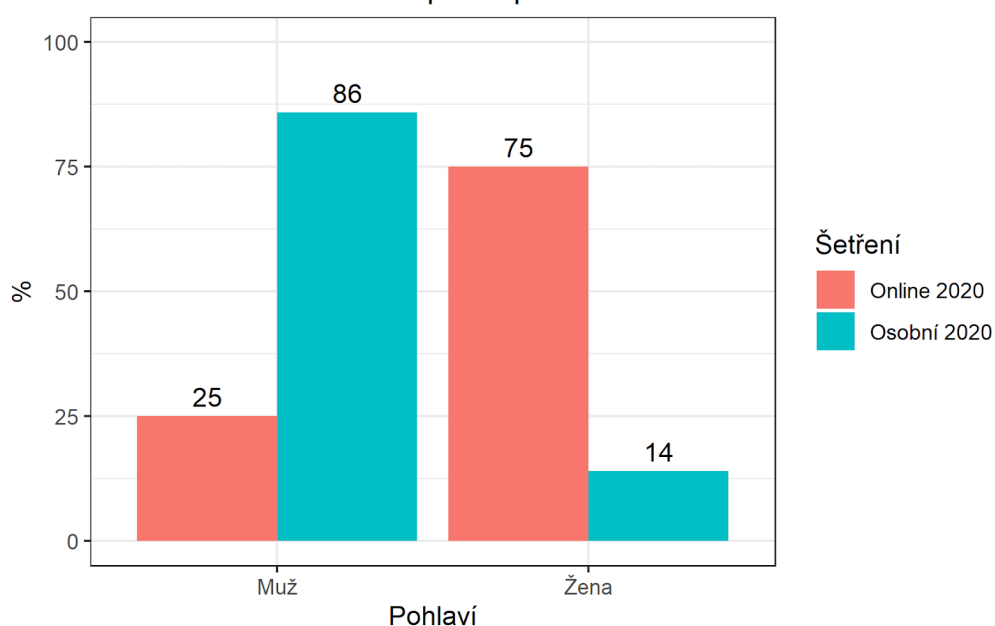
Graf B1.4: Cizinci podle pohlaví



překážku jednak v nutnosti aktivního pohybu ve veřejném prostoru a jednak v nutnosti internetového připojení. Obojí vede k tomu, že se výzkumu účastní spíše mladší kohorty zdravotně postižených, kde je poměr pohlaví vyrovnanější.

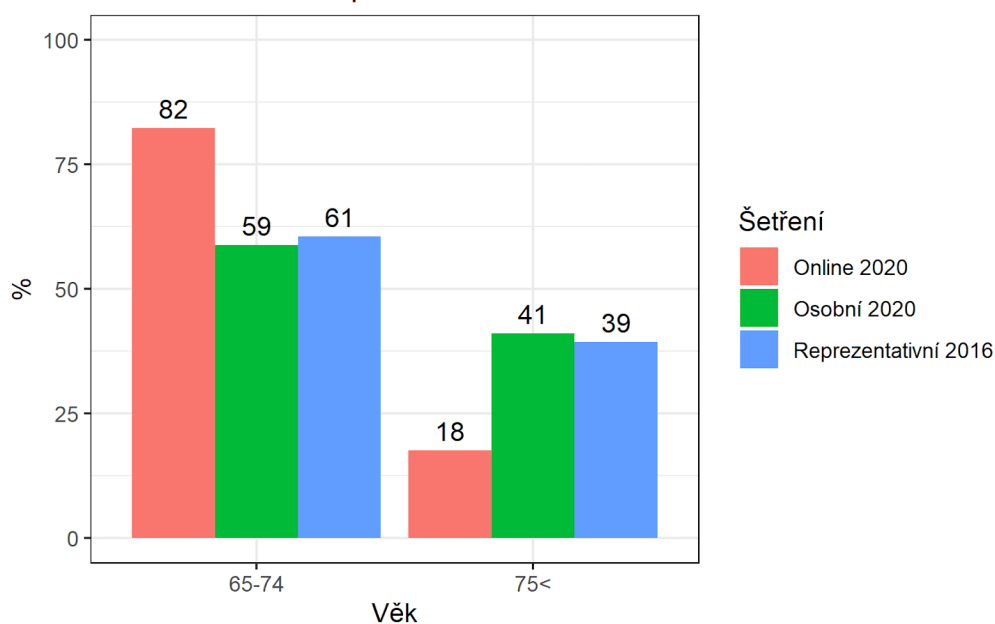
U skupiny cizinců vidíme opravdu velké rozdíly v podílu pohlaví mezi jednotlivými šetřeními (30 vs. 50 vs. 75 procentních bodů). Je to dáno tím, že skupina cizinců je v obou reprezentativních šetřeních nejmenší (osobní dotazování 2016 jich obsahuje 26, online dotazování 2020 jen 10). Jde o velmi špatně dosažitelnou skupinu a pokud je její zastoupení malé, může podíl pohlaví v tomto podsouboru vzorku velmi kolísat. Logicky: pokud je ve vzorku jen 10 cizinců a náhodou dotážeme muže místo

Graf B1.5: Bezdomovci podle pohlaví

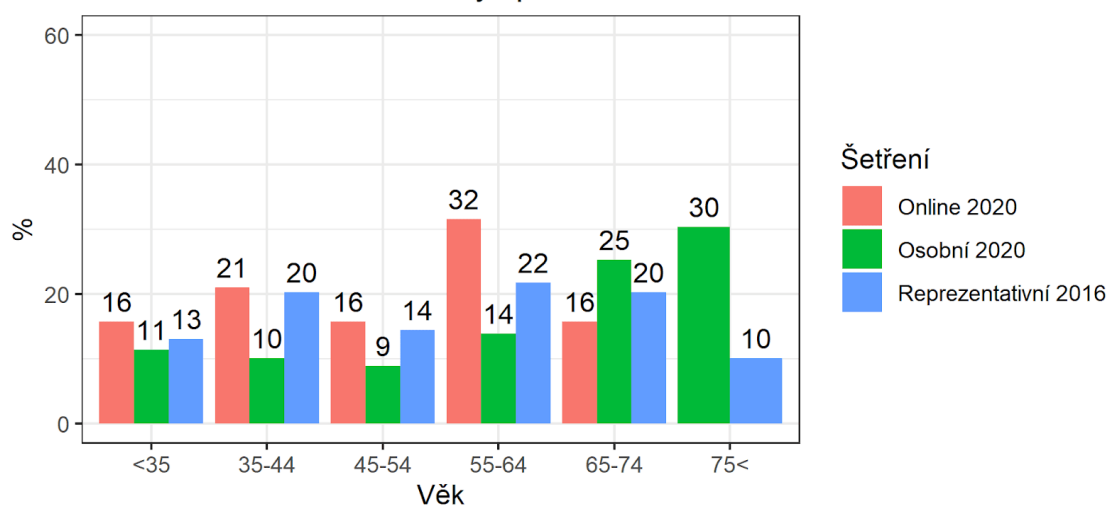


ženy, změní se poměr hned o 10 procentních bodů. Podobné vysvětlení platí i pro bezdomovce v online šetření. Jsou zde pouze 4 osoby, které se prohlašují za osoby bez domova - při tak malém zastoupení se může měnit podíl pohlaví jakkoli. Nicméně graf B1.5 nám alespoň ukazuje podíl pohlaví

Graf B2.1: Seniori podle věku



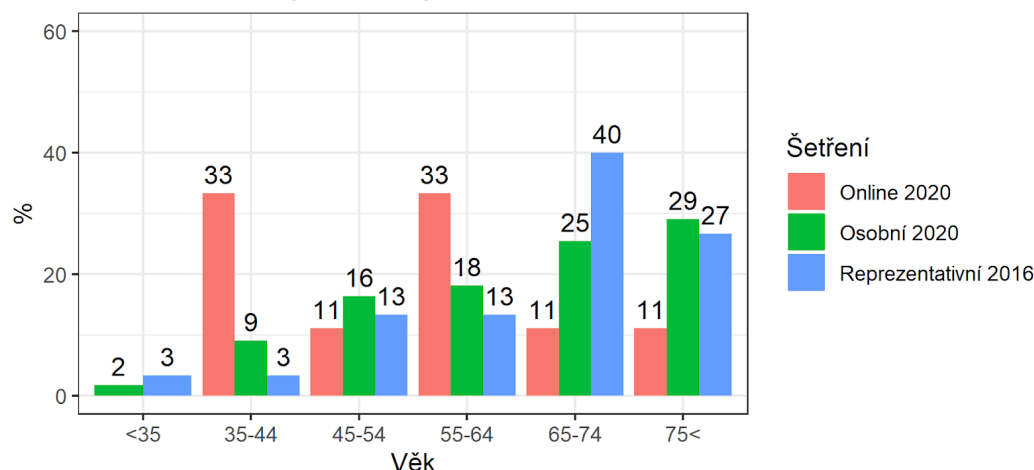
Graf B2.2: Ohrožení soc. vyl. podle věku



ve vzorku z osobního dotazování 2020. A tak vidíme, že mezi bezdomovci jednoznačně převažují muži. Nyní se podíváme na podíly věkových skupin.

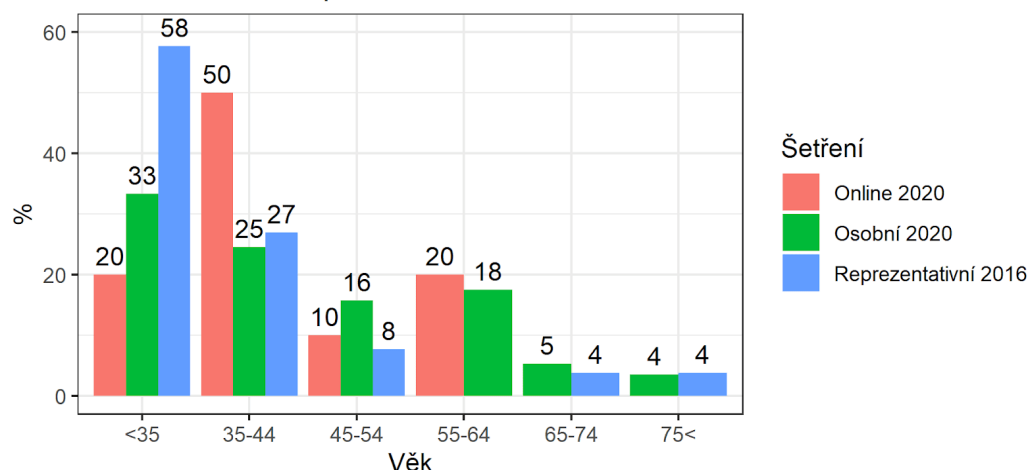
V případě seniorů a osob ohrožených sociálním vyloučením je věková struktura v obou osobních dotazováních velmi podobná, odlišuje se od nich ale struktura respondentů, realizovaná pomocí online dotazování. S věkem stoupá šance, že osoba nevyužívá připojení k internetu, tedy pokud byl zajištěn reprezentativní podíl osob nad 65 let, je jasné, že ve skupině seniorů (65+) budou především dominovat mladší osoby. Podobné srovnání vidíme i v případě osob ohrožených sociálním vyloučením, kde je v online dotazování jejich počet malý (19 osob), a tedy při dělení 19 osob do 6 kategorií není ani možné přesně kopírovat reprezentativní strukturu. Nicméně, také vidíme, že obě osobní dotazování se liší v nejstarší kategorii, která je v současném výzkumu nejpočetnější, ale v roce 2016 tomu tak nebylo. Z grafu B2.2 je tak patrné, že v současném vzorku se u respondentů kumulují dva problémy - vyšší věk a ohrožení sociálním vyloučením.

Graf B2.3: Zdr. postižení podle věku



V obou reprezentativních šetřeních (online 2020 a osobní 2016) je malé zastoupení jak zdravotně postižených, tak cizinců (v online 9 resp. 10, v osobním 30 resp. 26). Jak je vysvětleno výše, pokud takto malé podskupiny dělíme do 6 kategorií, není někdy ani možné dosáhnout reprezentativní distribuce, ale především je tato distribuce velmi zranitelná vůči náhodným chybám - odborně

Graf B2.4: Cizinci podle věku

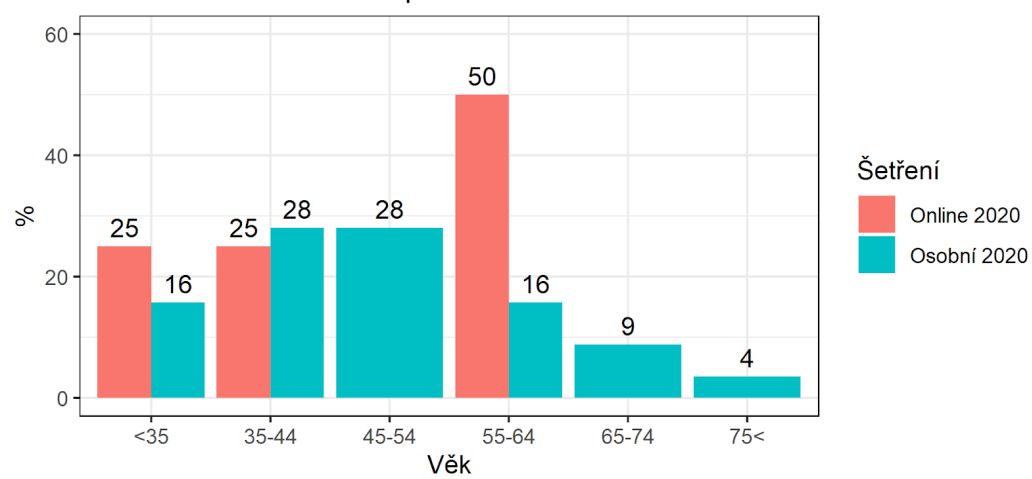


řečeno, při tak malém zastoupení a tak velkém počtu kategorií neplatí zákon velkých čísel.

Oba grafy (B2.3 a B2.4) nás tak informují, kde je těžiště těchto dvou skupin ve vzorku pořízeném osobním dotazováním v roce 2020. Vidíme, že zatímco cizinci jsou především mladší, zdravotně postižení se rekrutují především ze starších věkových kohort. Zde se ukazuje, že dochází kromě kombinace rizikového faktoru věku a sociálního vyloučení ještě ke kombinaci se zdravotním postižením.

V online šetření se objevují pouze 4 osoby bez domova, graf tedy pouze ukazuje, jaká je věková struktura vzorku těchto osob realizovaných osobním dotazováním. Vidíme, že jde především o osoby v mladším středním a středním věku (35-54 let představuje téměř 60 % skupiny osob bez domova).

Graf B2.5: Bezdomovci podle věku



Příloha C. Další problémy zmíněné respondenty z cílových skupin

V hlavním textu (kap. 2) jsme se zabývali problémy, které z nabízených možností vybralo alespoň 10 % respondentů z jednotlivých kategorií. V této příloze uvádíme zbývající problémy, které byly vybrány alespoň jednou (s četností menší než 10%) a také problémy, které respondenti uvedli v otevřených odpovědích.

C.1 Senioři

Výběr z možností s četností <10%

- Nemám stálé bydlení
- Technický stav bydlení neodpovídá zdravotnímu stavu členů domácnosti
- Mám/e velké problémy s hrazením nákladů na bydlení
- Mám/e problém najít vhodné bydlení z NEfin. důvodů
- Nemám doklady
- Nezvládám se postarat o každodenní chod domácnosti
- Potřebuji pomoc s péčí o sebe
- Mé blízké příliš zatěžuje pomoc či péče, kterou mi poskytují
- Nemám zdravotní pojištění
- Jsem přetížený/á péčí o druhé, nemám žádný čas pro sebe
- Volnočasové aktivity pro dítě/děti jsou pro mě finančně nedostupné
- Partner/ka nemá zaměstnání (6+ měsíců)
- Mám problém najít práci odpovídající mému zdravotnímu stavu
- Mám problém najít práci slučitelnou s péčí o mé blízké
- Mám problém splácet dluhy, hrozí mi nebo už probíhá exekuce
- Druhý rodič neplatí výživné
- Pečuji nebo pomáhám blízkému mimo domácnost 1x týdně nebo častěji
- Pečuji nebo pomáhám blízkému mimo domácnost méně často než 1x týdně

Otevřené odpovědi

- Rád by se pobavil, ale nemá kde, není vyžití, kultura chybí
- Zdravotní stav je špatný
- Zdravotní
- Matka 92 let má zlomenou nohu v krčku
- Zdravotní problémy
- Problém najít ubytovnu
- Vztah s manželem - stále uklízí a nadává mi
- Vyřizování administrativy přes PC
- Lidé mají být více skromní
- Bordel ve Skvrňanech
- Samota
- Důchod možná postupem času nebude stačit, ale dokud žijeme s manželkou dva tak se to dá.
- Administrativa přes PC
- Není dostatečná péče o vnoučata u její rodiny a není s nimi v kontaktu
- Musí chodit nakupovat, protože manželka je fixovaná na dům

- Obecně zdraví člověka
- Nevlastní syn, se kterým má problém s dědictvím, cukrovka
- Doprava (neslušný řidiči)
- Chybí policie, špatná starost o občany-hlavně pejskaře-špatně kosená tráva

C.2 Ohrožení sociálním vyloučením

Výběr z možností s četností <10%

- Nemám stálé bydlení
- Technický stav bydlení neodpovídá zdravotnímu stavu členů domácnosti
- Nemám doklady
- Nezvládám se postarat o každodenní chod domácnosti
- Potřebuji pomoc s pohybem po městě
- Potřebuji pomoc s péčí o sebe
- Mé blízké příliš zatěžuje pomoc či péče, kterou mi poskytují
- Nemám zdravotní pojištění
- Jsem přetížený/á péčí o druhé, nemám žádný čas pro sebe
- Mám problém najít práci odpovídající mému zdravotnímu stavu
- Mám problém najít práci slučitelnou s péčí o mé blízké
- Mám problém zajistit péči o děti v době, kdy potřebuji pracovat (zdravé děti)
- Mám problém zajistit péči o děti se zdr. problémem v době, kdy potřebuji pracovat
- Druhý rodič neplatí výživné

Otevřené odpovědi

- Možný zdravotní problémy, už to není, co bylo. A dostávám příspěvek na vyžití od dětí, už dospělých. Jinak by nevystačila - ty jsou ale v zahraničí
- Matka 92 let má zlomenou nohu v krčku
- Práce
- Šikana

C.3 Zdravotně postižení

Výběr z možností s četností <10%

- Nemám stálé bydlení
- Mám/e problém najít vhodné bydlení z NEfin. důvodů
- Nemám doklady
- Nemám zdravotní pojištění
- Jsem přetížený/á péčí o druhé, nemám žádný čas pro sebe
- Volnočasové aktivity pro dítě/děti jsou pro mě finančně nedostupné
- Partner/ka nemá zaměstnání (6+ měsíců)
- Mám problém zajistit péči o děti v době, kdy potřebuji pracovat (zdravé děti)
- Mám problém zajistit péči o děti se zdr. problémem v době, kdy potřebuji pracovat
- Druhý rodič neplatí výživné
- Pečuji o dlouhodobě nemocného člena domácnosti
- Pečuji nebo pomáhám blízkému mimo domácnost 1x týdně nebo častěji

- Pečuji nebo pomáhám blízkému mimo domácnost méně často než 1x týdně

Otevřené odpovědi

- Bezbariérový přístup, žlutý pruh u chodníku na nájezdu
- Epilepsie, bechtěrev
- Bolest
- Finance
- Samota
- Bolí nohy

C.4 Bezdomovci

Výběr z možností s četností <10%)

- Potřebuji pomoc s pohybem po městě
- Potřebuji pomoc s péčí o sebe
- Mé blízké příliš zatěžuje pomoc či péče, kterou mi poskytují
- Volnočasové aktivity pro dítě/děti jsou pro mě finančně nedostupné
- Partner/ka nemá zaměstnání (6+ měsíců)
- Mám problém najít práci slučitelnou s péčí o mé blízké
- Mám problém zajistit péči o děti se zdr. problémem v době, kdy potřebuji pracovat
- Druhý rodič neplatí výživné
- Pečuji o dlouhodobě nemocného člena domácnosti
- Pečuji nebo pomáhám blízkému mimo domácnost méně často než 1x týdně

Otevřené odpovědi

- Alkohol
- Málo drog
- Problém najít ubytovnu
- Sestra je v LDN
- Počasí
- Provozní bydlení pro bezdomovce
- Nemůžu bydlet. Neumím si zažádat o podnájem a kde hledat.

C.5 Cizinci

Výběr z možností s četností <10%

- Můj zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc 1x týdně nebo častěji
- Můj zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc méně často než 1x týdně
- Nezvládám se postarat o každodenní chod domácnosti
- Potřebuji pomoc s pohybem po městě
- Potřebuji pomoc s péčí o sebe
- Mé blízké příliš zatěžuje pomoc či péče, kterou mi poskytují
- Jsem přetížený/á péčí o druhé, nemám žádný čas pro sebe

- Mám problém najít práci odpovídající mému zdravotnímu stavu
- Mám problém najít práci slučitelnou s péčí o mé blízké
- Mám problém zajistit péči o děti v době, kdy potřebuji pracovat (zdravé děti)
- Mám problém zajistit péči o děti se zdr. problémem v době, kdy potřebuji pracovat
- Druhý rodič neplatí výživné
- Pečuji o dlouhodobě nemocného člena domácnosti
- Pečuji nebo pomáhám blízkému mimo domácnost 1x týdně nebo častěji
- Pečuji nebo pomáhám blízkému mimo domácnost méně často než 1x týdně

Otevřené odpovědi

- Alkohol
- Domov, práce
- Bydlení, konec smlouvy
- Málo lidí na úřadech, velké fronty
- Jsem cizinec a to je největší problém. Nerozumí mi tu.

C.6 Ostatní

Výběr z možností s četností <10%

- Nemám stálé bydlení
- Technický stav bydlení neodpovídá zdravotnímu stavu členů domácnosti
- Mám/e problém najít vhodné bydlení z NEfin. důvodů
- Můj zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc 1x týdně nebo častěji
- Můj zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc méně často než 1x týdně
- Potřebuji pomoc s vyřízením administrativních záležitostí
- Nemám doklady
- Nezvládám se postarat o každodenní chod domácnosti
- Potřebuji pomoc s pohybem po městě
- Potřebuji pomoc s péčí o sebe
- Mé blízké příliš zatěžuje pomoc či péče, kterou mi poskytují
- Nemám zdravotní pojištění
- Nemám zaměstnání (6+ měsíců)
- Mám problém najít práci odpovídající mému zdravotnímu stavu
- Mám problém najít práci slučitelnou s péčí o mé blízké
- Mám problém zajistit péči o děti v době, kdy potřebuji pracovat (zdravé děti)
- Mám problém zajistit péči o děti se zdr. problémem v době, kdy potřebuji pracovat
- Mám problém splácet dluhy, hrozí mi nebo už probíhá exekuce
- Druhý rodič neplatí výživné
- Pečuji o dlouhodobě nemocného člena domácnosti

Otevřené odpovědi

- Nemám partnera
- Nemoci
- Další bydlení

- Práce, vysoký věk
- Tchně po mrtvici, je však částečně soběstačná
- Začínající problémy s pracovní výdrží jako dříve, čas prostě člověk nezastaví

Příloha D. Evaluace spokojenosti externích služeb

(viz externí příloha)