

## KOMUNITNÍ ROZVOJ

témata: dle akreditace

- I. přednáška - představení struktury předmětu Komunitní rozvoj

(požadavky zakončení - seminární práce/volitelná seminární práce)

Pojem „komunita“ a jeho významy, přístupy, metody rozvoje komunity.

Role státní správy a samosprávných celků, institucí, organizací, jednotlivců a skupin.

Region jako zdroj naplňování potřeb obyvatel, rozvoj služeb. Lidé se specifickými potřebami, poskytování služeb ve vlastním sociálním prostředí člověka, síť služeb na komunitní úrovni.

(požadavky zakončení - seminární práce/volitelná seminární práce)

- II. přednáška - Metody komunitní práce, komunitní centrum a multifunkční komunitní centrum (formy a typy, současný rozvoj v ČR), začleňování, zvýšení sociálního kapitálu lidí ohrožených sociálním vyloučením pomocí metody sociální práce – komunitní práce

Mapování zdrojů komunity

- III. přednáška - Komunitní péče, profesionální zdravotní a sociální služby, neformální pečovatelé, jejich spolupráce, koordinace a provázanost. Komunitní Kapitál
- IV. přednáška – Komunitní plánování, zdravotně-sociální pomezí  
prezentace seminární práce (dvojice - čtveřice)

## Tématický celek č.1

### Vymezení komunity a její role v systému sociální a zdravotní péče

**CÍL kapitoly:** seznámit studenty se základními pojmy z oblasti komunitní péče, rolí jednotlivých aktérů a jejich vzájemnými vztahy v kontextu prostředí zdravotní a sociální péče.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** slovo „komunita“ má svůj základ v latinských slovech *communitas*, *communis*, tj. společenství, společný, ukazuje na sdílený prostor a čas lidí ve vztazích, zájmech, či práci. Jedná se o „sociální systém tvořený relativně stálými vazbami a vztahy mezi lidmi, kteří obývají nějaké společné místo a dlouhodobě v něm žijí“ (Hartl, 1997).

Komunitní hnutí a sociální práce v nich mají tradici v křesťanském prostředí Velké Británie a USA, kde vznikala jako reakce na průvodní jevy průmyslové revoluce. V důsledku industrializace a urbanizace přestaly být účinné původně používané mechanismy péče o potřebné v rámci komunity a sociální práce rozšířila ohnisko svého zájmu z paternalistického centralizovaného modelu směrem ke vzájemné interakci, sdílení odpovědnosti, posílení a zmocnění klienta k převzetí odpovědnosti za vlastní osud.

Pro diskurs v rámci předmětu komunitní rozvoj je hned v úvodu důležité vymezit používané pojmy a jejich význam.

Historicky bylo formulováno stovky definic pojmů komunita, první použití termínu „community“ je svázáno se vznikem center sociální pomoci v tzv. **settlementech** (komunitních centrech Toynbee), situovaných do okrajových čtvrtí Londýna a ostatních měst Velké Británie v poslední čtvrtině 19. století a později v USA (vznik komunitních center Hull House v Chicagu a Henry Street Settlements v New Yorku). Zakladatele komunitních center (ať to byl Samuel Barnett ve Velké Británii, nebo jím inspirovaná Jane Addams v USA) byli jednotní ve strategii pomoci **spojením** nabídky **zdravotní a sociální péče**. V prostředí Velké Británie byla myšlenka komunitní péče inkorporována do konceptu veřejného zdravotnictví NHS jako „Community health nursing“ nebo „home health nursing care“ (Bullough, 1990). Na území dnešní ČR má komunitní péče tradici spojenou se jménem Alice Masarykové, která založila v roce 1919 Československý červený kříž, a s pomocí amerických sester postupně školu ošetrovatelství i sociální práce. Během komunistického režimu v ČR byla komunitní péče udržována pouze v úzké oblasti péče prací terénních geriatrických sester a po roce 1989 pozici terénní zdravotní péče převzaly agentury Home Care.



Obrázek č. 1: Hull House Jane Addamsové <https://www.searchenginewatch.com/2013/09/06/google-doodle-honors-social-work-pioneer-jane-addams-and-hull-house-in-chicago/>

Důležitým faktorem pro vnímání pojmu komunita je i jeho vývoj v čase, ve kterém lze sledovat přesunutí důrazu charakteristických rysů komunity z původně nejdůležitějšího, kterým bylo fyzické sdílení společného prostoru, směrem k „přenesení váhy“ na stranu sdílení společných hodnot a zájmů.

Velký sociologický slovník popisuje **komunitu** jako:  
**společenství lidí, které spojuje sdílení prostoru a času nebo společné identity, je sociálním útvarem, charakterizovaným jednak zvláštním typem vnitřních sociálních vazeb mezi členy, jednak specifickým vymezením v rámci širšího sociálního prostředí.**

Komunitu je v odborném (citlivějším) dialogu třeba odlišit od **skupiny**, která je také společenským útvarem, propojujícím jedince a širší společnost, členství člověka ve skupině zdůrazňuje jeho podobnost (společné faktory) s ostatními členy skupiny. Skupina, nebo několik skupin může být součástí komunity, ne každá skupina je ale sama komunitou.

Skupiny lze členit podle různých kritérií, např. podle velikosti (malé/velké), podle vztahové vazby mezi svými členy (primární/sekundární), či podle stupně vytváření pozic jednotlivých členů (formální/neformální), aktuální příslušnosti (členské/referenční), či podle identifikace (**in-groups/out-groups**), další dělení poukazují na míru stálosti/exkluzivity členství (uzavřené/otevřené – zrušitelné/nezrušitelné) (Keller, 1994). Členové skupiny sdílí a vzájemně využívají své dovednosti a zkušenosti ve víře v pozitivní změnu, která vychází ze společného naladění a přesvědčení v rovný přístup ke zdrojům (zdraví, bohatství, blaha), právu a příležitostem.

Dalším frekventovaným pojmem, používaným v oblasti komunitní tematiky, je **společenství**, který má ve vztahu k pojmu komunita poněkud vágní hranice, oba pojmy ale můžeme používat „v zastoupení“ jednoho druhým, s tím vědomím, že společenství má více „vztahovější“ rozměr, zatímco pojem komunita je „odbornější“.

Všechny pojmy a termíny, dotýkající se komunity, skupin a jejich vzájemných interakcí mají ve svém základu kořen communis, což značí „něco“ společného, společenského - převedeno zpět z češtiny do latiny – sociálního. Jsou to právě společnosti a sociální struktury, které vytváří nástroje a prostředky, umožňující jednotlivcům, skupinám i celým komunitám redukovat, nebo zcela eliminovat různé projevy a formy **sociálního vyloučení a útlaku**.

Tradice evropské kultury, vyznávaných hodnot a principů demokracie (lidská práva, sociální spravedlnost, rovnost a respekt k odlišnosti a autonomii druhých) tvoří v současnosti základní podmínky pro proces **komunitního rozvoje**, ve kterém se spojují lidé v jednání ve věcech, které považují společně za důležité. Komunitní rozvoj pomáhá identifikovat, pojmenovávat, řídit a řešit společné problémy a příležitosti v propojení chodu veřejných institucí (samosprávy měst a obcí) a přijímání důležitých rozhodnutí zastupitelstvem (participativní rozhodování).

Základními pilíři, podpírajícími praxi komunitního rozvoje jsou: (také podle [SCDC](#) - Scottish community development centre – skotské národní a charitativní organizace podporující komunitní práci):

- sebeurčení (právo vlastní volby a rozhodování)
- zplnomocnění (právo volby, řízení, kontroly a využití prostředků k získání vlivu)
- společné jednání (skupiny a organizace – posílení vyjednávací síly)
- společná práce a vzájemné učení se (sdílení zkušeností živí růst a rozvoj komunity)

Zdroje poučení a souvislosti naplňování pojmů definujících základní pilíře komunitního rozvoje lze čerpat z kolébky komunitní práce - Velké Británie, např. v materiálu Státního tajemníka Jeho Veličenstva pro komunitní rozvoj: [Communities in control: real people, real power](#), tento materiál zmiňuje i další důležité termíny, jako např. **Grassroots** (místní organizace a jednotlivci, aktivní v řízení pozitivních změn) pro které je v procesu komunitního rozvoje charakteristické participativní řízení změn „zdola nahoru“.

Základním rysem komunity a zároveň podmínkou její existence a fungování jsou VZTAHY, jejich kvantita (množství a hustota vláken sítě) a kvalita (síla a schopnost vést a předávat informace). Vztahy jsou určeny tím, KDO s KÝM se setkává a propojuje, tvoří základy **sociálního kapitálu**:

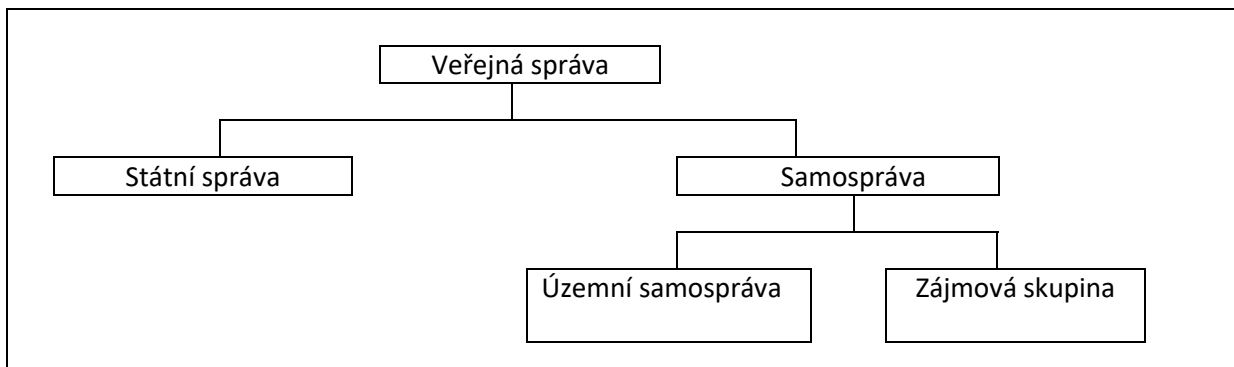
- pečující rodina a blízcí
- sousedé
- občanské spolky a iniciativy včetně církví
- dobrovolníci
- místní firmy a jejich sociální odpovědnost
- obce, instituce a organizace poskytující zdravotní a sociální péči a jednotlivci v nich.

Charakter komunity a vztahů v ní určuje prostředí (ať již virtuální, nebo reálné) KDE se lidé setkávají, a ve KTERÉM jsou schopni uspokojovat své potřeby a nabízet svou **pomoc ostatním**.

Prostředí spoluutváří:

- sdílené hodnoty
- sdílený prostor a čas
- vzájemná důvěra a péče
- systém komunikace a společné zvyky (tradice)
- vlastní identita (společný původ)
- vize budoucnosti

Zásadním, pro koncepci komunitního rozvoje je role, ochota a vůle jednotlivých samosprávných celků (krajů, obcí s rozšířenou působností a menších obcí) - resp. jejich zástupců - v procesu vytváření sítě poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, informačních propojení a podpoře **sociálního kapitálu** společenství/komunity. Důležitým prvkem, ovlivňujícím komunitní rozvoj je soulad priorit vedení správních celků státu a zastupitelů samosprávných celků ve způsobu realizace sociální politiky a politického záměru - tedy jakési „společné nastavení“ v prosociálním smýšlení o obci a možnostech jejího rozvoje.



Obrázek č.2: Schéma veřejné správy: (Provazníková, 2009)

**Zdravotní a sociální péče** poskytovaná v komunitním prostředí - tedy ve směru k potřebným - stojí na provázanosti a komunikaci mezi zastupitelstvem obce, jednotlivými pečujícími odborníky (pečujícími profesionály), organizacemi, které je do komunity „vysílají“ a těmi, kdo pomoc potřebují a jejich blízkými. Prakticky to znamená, že pečující ve fungujícím systému „aktivně pátrají“ po těch, kdo pomoc potřebují (terénní sociální šetření a depistáže), a jsou schopni tuto péči ve spolupráci organizovat a poskytovat.

„**Sociální péče** je jednotlivci poskytována **na základě jeho potřeby** s cílem obnovit jeho suverenitu, reintegraci do společnosti a ochránit jej před sociální exkluzí.“ (Čabanová,2005)

Nástrojem sociální péče jsou sociální služby, ať už ve své formě asistenční, umožňující klientovi setrvat ve vlastním sociálním prostředí (pečovatelská služba, osobní asistence, stacionář), nebo ve formě rezidenční (DPS, DOZP).

V oblasti poskytování **zdravotní péče** v komunitním prostředí, spočívá indikace její potřeby na praktickém lékaři a ve sdílení informací o potřebě zdravotní složky péče o „společného klienta“ z výsledků terénního šetření sociálních pracovníků, popřípadě ve vlastní aktivitě pacienta, nebo jeho blízkých při zjišťování informací o možnostech zajištění zdravotní péče mimo instituci (např. poskytování paliativní péče prostřednictvím mobilních hospiců).

Komunita má v procesu poskytování péče zásadní roli, a to nejen jako její zprostředkovatel (např. sousedé si všimnou, že osamělého seniora déle neviděli, zajímají se proč, a pokud zjistí problém, zavolají pomoc), ale i jako společenství s vyšší vyjednávací silou, než samotný jedinec, a tedy potenciálem vyvolat společenskou změnu (např. v systému integrované péče - [SIPS](#)).

Spolupracujícími subjekty v poskytování zdravotní a sociální péče v komunitě jsou jedinci i instituce.

Objektem zájmu profesionálních pečujících (zdravotnických a sociálních pracovníků) jsou nejčastěji jedinci, či skupiny osob znevýhodněné v možnostech zapojení do:

- sociálních
- ekonomických
- politických aktivit majoritní společnosti

Důvodem tohoto znevýhodnění mohou být nejrůznější příčiny (např. chudoba a dlouhodobá nezaměstnanost, etnická příslušnost, národnostní minorita, genderová identita a orientace, duševní onemocnění, zdravotní hendikep, věk, nízká vzdělanost a snížená socio-kulturní kompetence, rizikový životní styl, osamělost).

Specifickou skupinou osob potřebných podpory komunity jsou sami pečující z řad laiků (rodinní příslušníci, osoby pečovanému blízké), jednotlivci z této skupiny pečujících jsou ve svém životě napříč kategoriemi a oblastmi znevýhodnění a ohrožení. Domácí i zahraniční studie (např. [rodinní pečující – COFACE](#)) ukazují potřebu zohlednit v sociální politice státu skutečnost, že odbornou péči potřebuje nejen ten, kdo péči přijímá, ale i ten, kdo ji poskytuje. V institucích i mobilních týmech již zhusta funguje pro pečující profesionály praxe supervize, avšak v oblasti péče o pečující laiky zatím zeje v terénu prostor zatím nenaplněný vhodnou komplexní pomocí.

Panoramatický pohled na problematiku laických pečovatелů, včetně explicitně uvedených oblastí jejich potřeb a systémových důsledků bariér a trvalého neuspokojování těchto potřeb nabízí [analýza](#) autorů Fondu dalšího vzdělávání (p.o. MPSV) z roku 2015. Tento materiál je hodný pozornosti! Kromě inspirace v použité literatuře nabízí i přehled hlavních aktérů - osob a institucí, které by měly a mohly být zainteresovány v procesu budování národního konceptu podpory neformální pečovatелů, který by se měl stát (spolu s reformou zdravotní péče a důchodového systému) jedním z pilířů sociální a ekonomické stability společnosti v budoucnu (období cca od roku 2030).

**V oblasti sociální** participují na poskytování péče v komunitním prostředí kromě organizací a jednotlivců (profesionálů a poskytovatelů sociálních služeb) zástupci institucí státní správy a samosprávných celků:

Úřady práce jako orgán státní správy vyplácející sociální dávky a další příspěvky a evidující žadatele o práci.

Krajské a Městské úřady obcí s rozšířenou působností (ORP) a obcí.  
Sociální odbory Městských úřadů (centra komunitního plánování, OSPOD).

Pobytová zařízení poskytující sociální služby ( DOZP, DPS, DZR, týdenní stacionáře).

Sociální lůžka u poskytovatelů zdravotní péče (většinou v LDN).

Denní stacionáře.

Profesionálové (jedinci) z oblasti sociální péče:

terénní sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách (zaměstnanci institucí/organizací - poskytovatelů sociálních služeb).

Psychoterapeutičtí pracovníci, psychologové, duchovní a profesionálové věnující se spirituální péči.

**V oblasti zdravotnictví** participují na poskytování péče v komunitním prostředí jedinci a instituce:

nemocnice a další poskytovatelé zdravotních služeb (LDN, Ergocentra, rehabilitační centra a střediska).

Ordinace praktických lékařů.

Agentury domácí péče.

Poskytovatelé terénní paliativní péče (hospice).

Zdravotničtí profesionálové (jedinci):

Praktičtí lékaři, lékaři-paliatři, lékaři dlouhodobé péče, lékaři onkologové, pediatři.

Všeobecné sestry, praktické sestry, zdravotně-sociální pracovníci, ergoterapeuté, fyzioterapeuté, porodní asistentky (zejména specialistky pro komunitní péči), psychiatrické sestry a další profesionálové z řad nelékařů.

**V oblasti péče o dítě** participují na poskytování péče pedagogové, psychologové, praktičtí lékaři pro děti a dorost, pediatrické sestry a sociální pracovníci obcí - OSPOD.

### **Oblasti průniku sociální a zdravotní péče**

V ideálním případě se jedná o dobře fungující síť služeb a informací o nich, jejímž „sítem nepropadne“ nikdo, kdo pomoc potřebuje. Tyto ideální případy do příkladů dobré praxe přináší svými dovednostmi a schopnostmi do (neideálního) systému lidé – jednotliví odborníci, (zdatní ve vyjednávání) kterým se podařilo přesvědčit zástupce měst, obcí a krajů o užitečnosti integrace jednotlivých složek systému zdravotní a sociální péče.

Neprovázanost, dvojkolejnost a fragmentace poskytování komplexní péče je problémem, kterým se v České republice dlouhodobě zabývají odborníci z řad poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, nejvyšší příslušné nejvyšší správní orgány (ministerstva) samosprávné celky (kraje a obce). Ti, kteří péči potřebují - samotní pacienti a klienti - se problémem koordinace a zajištěním jejich jednotlivých částí (sociální a zdravotní) zpravidla zabývají pouze když „řeší“ svůj problém/potřebu, nebo problém svých blízkých, a v této době se přirozeně soustředí na řešení konkrétní situace/potřeby, ne na **změnu systému**. Pokud situace/potřeba zanikne, nebo pomine, zanikne přirozeně i potřeba jednotlivce (v tomto diskurzu potenciálního voliče) řešit nesnáze spojené s koordinací a zajištěním péče na pomezí zdravotním a sociálním, což je jeden z důvodů, proč nevzniká koncentrovaný politický tlak na změnu systému ve smyslu integrace péče.

Část interaktivního mezioborového pole zdravotní a sociální péče se otevřelo počátkem roku 2018, kdy vešla **v platnost nová úhradová vyhláška a seznam zdravotnických výkonů, která umožňuje pojišťovněm** „nasmouvat“ mobilní specializovanou paliativní péči (MSPP), tuto multidisciplinární péči ([MTD](#)) realizují např. neziskové organizace v centrech pomoci seniorům, nebo tzv. mobilní hospice. Paliativní péče realizovaná v mobilních hospicích je zatím jedinou oblastí terénní zdravotní a sociální péče, poskytované jednomu klientovi/pacientovi, kde se daří koordinace jejich jednotlivých složek v souladu s potřebami klienta/pacienta a jeho blízkých.

Dalším příkladem mezioborové spolupráce odborníků zdravotní a sociální péče v **prevenci sociálního vyloučení** jsou aktivity dalších subjektů (kromě aktivit poskytovatelů přímé péče a orgánů státní správy samosprávy) – např. Asociace pracovní rehabilitace ČR v programu návratu osob v dlouhodobé pracovní neschopnosti/invaliditě na volný trh práce. Nabídka pomoci člověku znevýhodněnému na trhu práce cestou pracovní rehabilitace je zakotvena v zákoně o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. V procesu pracovní rehabilitace participují radou a pomocí klientovi/pacientovi jedinci i instituce: sociální pracovníci a zdravotně-sociální pracovníci v nemocnicích, sociálních odborech Městských úřadů, praktičtí lékaři, ÚP, Ergocentra): např. v možnosti nabídky [pracovní rehabilitace](#).

Častým argumentem pro neprostupnost informací mezi zdravotní a sociální oblastí v rámci péče poskytované jednomu pacientovi/klientovi je interpretace pojmů: ochrana osobních údajů, povinná mlčenlivost a vymezení pravidel nahlížení do zdravotnické dokumentace podle zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Tento zákon však sdílení péče o jednoho pacienta a přístup k informacím respektuje a ukládá poskytovateli zdravotní péče v §45, odst.2, písm. g) povinnost: „předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb **potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb** poskytovaných pacientovi.“

Následující tabulka ukazuje některé rozdíly v pojetí zdravotní a sociální péče. Zatímco fragmentovaná zdravotně-sociální péče je orientovaná spíše na řešení události ad hoc, či bez návaznosti jednotlivých složek, u koordinované zdravotně-sociální péče můžeme sledovat promyšlený systém **komplexní** péče o klienta.(Čabanová, 2005)

ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PĚČE	
FRAGMENTOVANÁ	KOORDINOVANÁ
Kolem potřeb zařízení	Organizovaná kolem potřeb klienta
Orientace na produkt	Orientace na proces
Nejasná odpovědnost za celistvost péče	Osoba/instituce odpovídají za klienta po dobu pobytu zcela (care/case management)
Spotřeba služeb ponechána na pacientovi (nebo na náhodě)	Spotřeba služeb koordinovaná (gate keeping)
Řada míst vstupu do systému	Jedno místo vstupu do systému
Sdílení informací dle uvážení poskytovatelů	Komunikační infrastruktura a pravidla umožňující rychlé sdílení informací
Rozmízení zodpovědnosti za plánování sítě, vznik zařízení náhodou	Mechanismy a zřetelná zodpovědnost za plánování sítě (s účastí relevantních subjektů)
Financování podporující konkurenci poskytovatelů	Systém financování neblokuje komunikaci a spolupráci poskytovatelů

tabulka č. 1: autor: J. Pfeiffer,(Čabanová,2005)



Pro ilustraci uvádím názvy konceptů integrované péče majoritně preferovaných, či v praxi kombinovaných ve vybraných evropských státech:

**Public health discourse** - model integrované péče v rámci veřejného zdravotnictví (Rakousko, Německo, Dánsko, Itálie)

**Managed care** (health system) – řízená péče (Velká Británie, Rakousko, Německo)

**Horizontal integration** (and/or **provider mix**) - slučování poskytovatelů na stejné úrovni (Rakousko, Německo, Řecko)

**Vertical integration** – řízení poskytovatelů centrálně, snadnější kontrola nákladů (Finsko, Itálie, Velká Británie)

**Seemles care/transmural care** - interakce a koordinace primární a sekundární péče, tzn. péče institucionální a péči mimo instituce – v terénu (Finsko)

**Gerontological coordination/networking** – např. lokální koordinační centra (Francie)

**Whole system approach** – holistická péče: model konceptu testován pouze jako jednotlivé projekty (Velká Británie)

**Person-centered approach** - na klienta orientovaná péče (Dánsko, Holandsko)

#### **SHRNUTÍ:**

Komunita a lidé, kteří ji tvoří, jsou unikátním a plastickým společenstvím. Kvalita a způsob vzájemné interakce uvnitř komunity i s okolním prostředím určuje zdraví společnosti ve smyslu bio-psycho-sociálním. Funkce komunity dala přirovnat k funkci buňky, která je součástí a podmínkou funkce celého systému (těla/obce), se kterým interaguje, vyměňuje si prvky a informace pro zajištění stability vnitřního prostředí i harmonie funkce celého systému.

#### **POJMY** k zapamatování:

Komunita jako společnost/společenství lidí, které spojuje společný prostor, zájem, omezení/limitace, práce, či jiná aktivita.

Domácí péče - forma zdravotní služby.

Pečovatelská služba - forma sociální služby.

Paliativní péče -komplexní, aktivní přístup, zaměřený na kvalitu života pacientů (a jejich rodin)s nevyléčitelným onemocněním.

## PROSTOR PRO ÚVAHU:

Demografové, lékaři, odborníci z oblasti sociální práce a statistici upozorňují na celospolečenské ohrožení v důsledku stárnutí populace, růstu indexu závislosti a nedostatků zdrojů (lidských, materiálních). Na základě výsledků analýz [restrukturalizace financování péče](#) a názoru odborníků jsou před námi v současnosti max. 3 roky (tzn. roky 2019,2020,2021) na navržení změny koncepce a strategie a zahájení implementace těchto změn. Je zřejmé, že tyto změny musí nastat a být podporovány i na politické úrovni.

Podle prof. L. Duška - ředitele ÚZIS se: „všechny státy Evropy se snaží připravit na tyto změny,

**je jistota, že tu bude o koho se starat. Jen aby bylo jasné, kdo se bude starat.“**

Možné cesty k řešení problémů a koncepční a politické změny se nabízí v oblastech:

- systém financování zdravotní a sociální péče
- zdroje a systémy realizace poskytování zdravotní a sociální péče
- podpora pečujících ve vlastním prostředí
- systém vzdělávání pečujících odborníků

## OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ:

Jaké faktory podmiňují koordinaci zdravotní a sociální péče v terénu?

(Podmínky fungování terénních sociálních služeb, agentur domácí péče, pečovatelských služeb, hospiců).



Obrázek č. 3. Koncept mobilního hospice sv. Zdislavy v Třebíči; [www.domacihospictrebic.cz](http://www.domacihospictrebic.cz)

Tématický celek č.2

### **Základní přístupy k rozvoji komunity, podpora rozvoje komunity v oblasti zdravotní a sociální práce**

Přístupy a možnosti rozvoje komunity vychází ze základního principu funkce společnosti a jednotlivce, a to že moc (kapacita) společenství daleko převyšuje moc (kapacitu) jednotlivce.

**CÍL** kapitoly: seznámit studenty s možnostmi přístupů a nástrojů pro rozvoj komunity a možnostmi podpory v oblasti komunitní práce propojováním zdravotních a sociálních složek péče.

Komunitní rozvoj je proces, směřující k pozitivním změnám života v komunitě s aktivním zapojením jejích jednotlivých členů, přičemž komunitní pracovník se sám vnímá jako člen komunity, který změny neplánuje a neřídí „shora“, ale zapojuje se do nich spolu s ostatními.

#### **KLÍČOVÁ SLOVA:**

Komunitní rozvoj je plánovaný a připravený proces postupných změn, směřujících ke zlepšení kvality života v komunitě.

Komunitní práce - metoda sociální práce.

Mapování komunity – vytváření sociální mapy komunitních zdrojů.

Jádrová skupina – seskupení přirozených autorit komunity. Úkoly a cíle: další rozhodování o taktice komunitního rozvoje a spolupráce s ostatními stakeholdery.

Komunitní centrum jako místo k setkání v obci.

Participace: aktivní podílení se na rozhodování, řízení a kontrole procesu.

Partnerství: rovnocenná pozice jednotlivých aktérů.

#### **Podpora rozvoje komunity v oblasti sociální práce**

Zásadní úlohu v rozvoji komunity v **oblasti sociální** hrají terénní sociální pracovníci, kteří na úrovni obce zajišťují poradenskou činnost, provádí plánované depistáže a šetření „ad hoc“ a spolupracují podle povahy řešeného problému s dalšími aktéry: poskytovateli terénních služeb i pobytovými zařízeními.

Jedním z nástrojů podpory komunitního rozvoje je komunitní práce - jako jedna z metod sociální práce, založená na principech participace a partnerství sociálního pracovníka a komunity.

Ambicí komunitní práce je „změna na úrovni místního společenství“ (Vašat, 2017).

Cílem komunitního rozvoje je „nastartování“ procesu pozitivních změn v komunitě, řešení problémů a zlepšování života v komunitě (reakce na potřeby komunity) při zapojení (pokud možno) všech členů společenství. Procesy k dosažení této „sociální změny“ (Hartl,1997) jsou dva základní:

- analýza sociální situace
- utváření vztahů

Úspěch rozvoje komunity závisí také na organizaci komunitní práce, míře podpory a otevřenosti samosprávného celku (zastupitelstva obce) pro její rozvoj.

Komunitní pracovník odhaluje prioritní sociální potřeby komunity, posiluje členy komunity v rozpoznání jejich potřeb, zvládání uspokojování těchto potřeb a vhodných cestách, které k uspokojení potřeb mohou vést. Podmínkou pozitivní změny jsou dobré vztahy mezi sociálním pracovníkem a komunitou a vztahy uvnitř komunity – mezi jedinci a skupinami.

Princip participace a partnerství v komunitě je možno rozvíjet a nechat růst pouze v prostředí nastolené a pěstované důvěry mezi komunitou a jejími jednotlivými členy a komunitním pracovníkem, který se stává jedním z členů komunity.

Proces pozitivních změn stojí na „přeladění“ z pasivního přijímání k aktivní

- participaci, přijetí
- odpovědnosti, a překonání pocitu bezmoci.

Komunitní práce může být organizována a je v praxi propojena ve třech základních úrovních:

- na úrovni práce s jednotlivcem
- rodinou, či jinou malou skupinou
- na úrovni komunity a změny systému: změn v sociální politice

A. Gojová tyto úrovně označuje jako: „mikro, mezo a makro praxe“. Podstatné pro změnu je „probuzení“ všech členů komunity a přizvání k aktivitám v rámci komunitního projektu.

Přístupy v sociální práci se historicky vyvíjely od metod

- případové práce
- skupinové práce
- komunitní práce

Komunitní práce je využívána zejména v sociální práci ve [vyloučených lokalitách](#).

- K navázání kontaktu se specifickými skupinami, které se ocitly na okraji zájmu společnosti, nebo v ní nemají přiměřenou pozici.
- K podpoře změny v lokální komunitě, kde se nahromadila řada problémů.
- Ke změně způsobu, jak veřejný sektor přistupuje k místním obyvatelům a řešení sociálních problémů ve směru k demokratizaci a větší efektivitě.
- K podpoře občanské společnosti.
- Zmírňování přílišné individualizace, atomizace a negativních dopadů moderních technologií na současnou společnost (Havrdová, 1998; Šťastná, 2016).

Prvotním hybatelem změn v komunitě se stává sociální pracovník, resp. komunitní pracovník, jeho osobnostní charakter a kompetence a schopnost “žít a pracovat“ v komunitě a pro komunitu - stát se na dobu měsíců/let jedním z členů společenství - jeho kompatibilita s komunitou.

Snaha komunitního pracovníka je:

- koordinovat aktivity (ne je řídit)
- informovat, doporučovat a podněcovat (ne radit)
- dávat příklad (ne přikazovat)
- naslouchat (ne poučovat)
- pomáhat uskutečňování nápadů lidí z komunity (ne organizovat)  
(Štegmánová, I.: prezentace Komunitní rozvoj)

Ideálem komunitního pracovníka je učinit sama sebe zbytečným – to se stane ve chvíli kdy probuzená komunita je aktivní, tvůrčí a je schopna řešit vše potřebné z vlastních zdrojů.

Příkladem dobré praxe práce komunitního pracovníka o oblastech a postupech jeho práce je publikace spoluautorek Z. Havrdové, J. Kosové J., J. Svobodové, A. Vomlelové.: [Mít život ve svých rukou](#). Komunitní prvek v sociální práci akcentuje navození změny nedirektivní – navození zevnitř systému (v tomto případě z komunity samé). Cílem komunitní práce je vytvoření prostředí pro získání dovedností, které je spolu s komunitou nutno dále přetvářet a převést na ni.

Prvním pevným bodem je **zplnomocnění** komunity pro její rozvoj (empowerment).

Dalším krokem rozvoje komunity v rámci zplnomocnění je:

- kontrola nad životními podmínkami a
- zvýšení schopnosti lidí (individuální i skupinové)

Po nabytí určitého stupně sebedůvěry je možné rozvíjet potenciál společenství dále v **budování kapacity (capacity building)**, obrazem úspěchu v této oblasti je realizace záměrů pro komunitu důležitých, s použitím myšlenek jednotlivců, sdílených ve prospěch společenství.

Důležitým prostředím pro realizaci záměrů komunitního rozvoje je:

- propojení potřeb a zdrojů
- podpora skupinové solidarity a spolupráce
- podpora změn



Obrázek č.4: Komunitní centrum dostupné z:

<https://www.darujme.cz/vyzva/1200839?fbclid=IwAR0zau4vfcnvj7MP4N0pl-TaG5izqsRhXSsd-uUsv6tASOtUPDcmnPzNT7w> (cit. 21.12.2019)

Pro realizaci těchto záměrů je důležité SETKÁVÁNÍ se a plánování jejich realizace. Významnou roli v uskutečňování záměrů společenství kromě zplnomocnění a budování kapacity, je MOC, konkrétně moc v oblastech:

- sebeovládání a sebe-organizování  
(soulad myšlení, řeči a jednání, vyjednávání)
- skupiny (schopnost vést dialog)
- vztahu k úřadům a institucím  
(znalost principů práce úřadů etika, etiketa)
- kraje  
(financování)
- občanské společnosti („PR“)

V procesu rozvoje, realizace a hodnocení komunitní práce je užitečné krátké ohlédnutí do historie, ve které se komunitní práce rozvíjela jako sociální případová práce s postupným zařazováním prvků komunitních přístupů. Jejich zakladatelé považovali za důležité pro pomoc chudým znát jejich prostředí, rozumět jim a žít s nimi. Později sociální pracovníci pochopili, že „je nutné pracovat nejen s jednotlivci, kteří pomoc potřebují, s jejich rodinami a okolím, ale také s klíčovými představiteli komunity (Hartl, 1997). Komunitní prvek v sociální práci akcentuje navození změny nedirektivní, indukované zevnitř systému (v tomto případě z komunity samé).

Dalo by se říci, že jde o **změny prosazované zdola nahoru, ne shora dolů.**

V kontextu vzniku komunitní práce je třeba znovu připomenout historii sociální práce, která má profesní kořeny v 19. století v liberálním a reformátorském prostředí s křesťanskou tradicí Velké Británie a USA. V ohlédnutí za vznikem sociální práce je důležité zmínit jména manželů Barnettových (Samuel a Henriett – zakladatelů prvních **komunitních center** – settlementů Toynbee Hall v roce 1884), později byla myšlenka sociální práce a komunitních center „transplantována“ i do prostředí „settlementů“ chudinských čtvrtí amerických měst - nejdříve v New Yorku a Chicago, později v dalších). Zakladatelé settlementů považovali za důležité pro pomoc chudým znát jejich prostředí, rozumět jim a žít s nimi. Dalšími průkopníky/průkopnicemi sociální práce v USA byly osobnosti jako Mary Richmondová, která své úsilí cílila na situaci klienta a jeho rodinu. Octavia Hillová, která je spojena se vznikem klubů a dílen (dnes bychom o nich mluvili nejspíš také jako o komunitních centrech) a pozdější nobelistka Jane Addamsová, která byla zakladatelkou „Hull Housů“ – ústavů pro přistěhovalce s nabídkou pomoci a překlenutí období bez práce a tedy i trvalého přísunu peněz. Pro naši současnou praxi je dobré si povšimnout, že všechna pomoc potřebným již od dob svého vzniku byla komplexní a neoddělitelná ve své **zdravotní i sociální** složce. Podobný model centrálně řízeného programu, integrujícího zdravotní a sociální péči prostřednictvím NHS a tzv. welfare státu navrhl později pro Velkou Británii i lord Beveridge na základě své známé zprávy z roku 1942. Těžiště Beveridgeovy reformy spočívalo v definování a podpoře faktorů sociálního a fyzického zdraví, které se vzájemně ovlivňují a podmiňují (zdraví jednotlivce, rodiny, vzdělání a zaměstnanost, bydlení).

Sociální práce byla původně realizovaná v paternalistickém přístupu (2. 1/2 19 století), ve kterém je převažujícím postojem poslušnost uživatele služby poskytovateli. Postupem času se model péče „překlápěl“ do podoby **případové práce** (90. Léta 20. století), ve které převažuje snaha o kompenzaci problému uživatele. Jednou z metod případové práce, resp. její koordinací je i case management přístup, jehož základy se začaly formovat v polovině 20. Století v USA.

I když [case management](#) nemá v České republice dlouhodobou tradici, je jisté, že v řadě obcí je součástí výkonu sociální práce jako metoda koordinace případové práce, jejímž prostřednictvím sociální pracovník zjišťuje potřeby klienta a jeho rodiny, případně doporučuje a pomáhá organizovat navazující a doplňující další potřebné služby.

V **komunitním přístupu** převažuje vyjednávání, posílení, rozšíření kapacit a **zplnomocnění (empowerment)** klienta jako partnera a spolukonstruktéra plánu zachování, nebo zlepšení jeho situace.

Posloupnost procesů a koordinace jednotlivých služeb a možností se odráží a koriguje ve výsledcích vzájemné interakce vztahů, vzájemně se ovlivňujících procesů a sdílení informací mezi lidmi. Důležitou a neopominutelnou fází je rozvoj komunity, který je empiricky fázován v následně uvedených bodech:

- zapojování
- rozšiřování organizace (aktivní jedinci a skupiny)
- získávání nezávislosti/ zplnomocňování
- aktivovaná komunita

Možností lepšího propojení jednotlivých částí společenství je i vznik **komunitních center** jako propojení k poradenským a dalším službám. Komunitní centrum se může stát místem setkávání členů komunity a komunitních frakcí (matky s dětmi, senioři...).

Strategickým nástrojem pro rozvoj komunity je **komunitní projekt**, který je formulován samosprávným celkem na základě analýzy potřeb příslušné obce/ regionu.

Fáze vzniku a realizace komunitního projektu – vznik a realizace „stojí“ vždy na vůli a víře v úspěch hlavního manažera projektu (komunitního pracovníka), ale i u jeho víře plánovat a překlenout „nejhorší chvíle“ projektu. Proces komunitní práce začíná **MAPOVÁNÍM**, pokračuje **PLÁNOVÁNÍM**, které samo opět probíhá v několika etapách, dále je proces (v postupu obvyklém pro jakékoliv zavádění změny) **REALIZOVÁN** a **HODNOCEN**.

1/ **Příchod komunitního pracovníka do komunity** - jeho kompetencemi a nástroji podpory seberozvoje komunity a komunitní práce jsou:

- zplnomocňování
- oceňování
- podpora
- vzdělávání
- osobní příklad
- schopnost reflexe
- odchod v pravý čas (viz Štegmánová, I.: prezentace: Komunitní rozvoj)

Komunitní pracovník: koordinuje, doporučuje, informuje, jde příkladem, spojuje, naslouchá, napomáhá realizovat nápady lidí z komunity. První důležitou etapou je vytvoření mapy potřeb a zdrojů komunity (lidských, přírodních, společenských, dopravních, pracovních příležitosti), metodami mapování jsou:

- naslouchání
  - pozorování
  - dotazování
  - návštěvy a setkávání
- (viz. Matochová, A.: prezentace: Komunitní rozvoj)

2/ Na základě podrobného zmapování je možné začít připravovat a plánovat **proces změny**. Je třeba získat klíčové osoby a zaměřením na téma, které je konkrétní, lidé ho berou za své a jsou ochotni se pro něj angažovat. V dostupném časovém výhledu by mělo být možné dosáhnout hmatatelných výsledků a v plánu počítat i s jejich oslavou a prezentací.

3/ Po zmapování a přípravě přichází čas na konkrétní **realizaci**. Na základě již navázané spolupráce z předchozích fází je ustavena jádrová skupina a realizační tým.

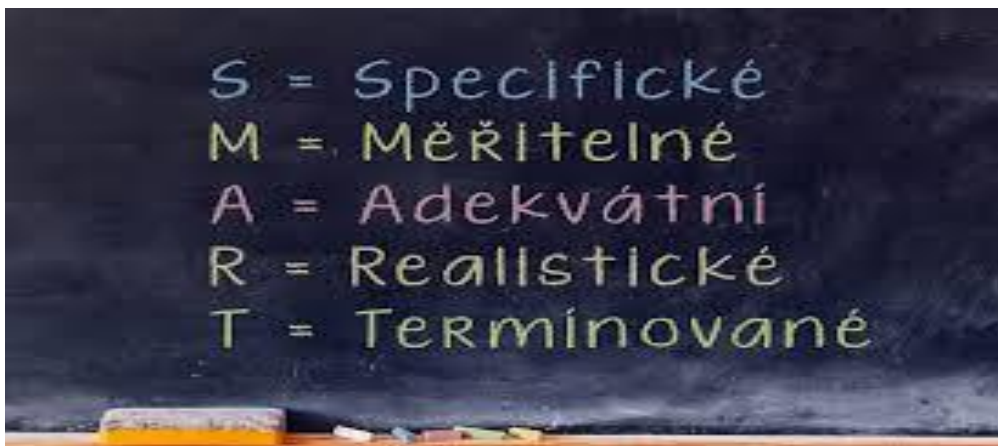
Fáze organizace a rozvoje komunity:

Vznik **jádrové skupiny** – což je skupina sestavená z přirozených autorit v komunitě – skupina zainteresovaných lidí, kteří mají potenciál podporovat změnu v místním společenství a nést odpovědnost za konkrétní kroky. Jádrovou skupinu by měli tvořit přirození lídři a lidé s autoritou v komunitě, důležité je i zastoupení všech „zájmových skupin“ a „klanů“ z lokality.

Jádrová skupina má obvykle cca 7 členů, je klíčovou strukturou pro tvorbu a formulaci vizí komunity, někdy je chápána jako „poradní orgán“ o něco širšího komunitního fóra.

**Komunitní projekt:** formulace vize, „kam“ by se měla komunita „posunout“ v rámci svého rozvoje.

Komunitní projekt by měl být konkrétní, s realizovatelným výsledkem v blízké budoucnosti (SMART).



Obrázek č.5: SMART dostupné z:

<https://www.google.com/search?biw=1164&bih=801&tbm=isch&sa=1&ei=zjMLXvDmB8OWkwXUxbzICw&q=smart+c%C3%ADle&oq=SMART+> (cit. 21.12.2019).



**Realizační tým** – vzniká po ustavení jádrové skupiny a formulaci Komunitního projektu.

**Komunitní fórum** vzniká na základě předchozích setkání jádrové skupiny a jsou v něm zastoupeny přirozené autority komunity v jejích základních vrstvách, podle velikosti komunity má až 12 členů/zástupců komunity. Komunitní fórum formuluje vize rozvoje komunity. Pro komunitní práci je důležité nezapomínat na společné oslavy dílčích vítězství/dosažených cílů, které jsou motivací pro pokračování dalšího procesu rozvoje.

4/ **Fáze vyhodnocení** pomáhá jako zpětná vazba jednak směrem k hodnocení výsledků projektu ale také jako zpráva o fungování organizace. Může také ukazovat směr dalších aktivit komunitního rozvoje. Příkladem realizace zahrnutí dalšího komunitního rozvoje obce s podporou finančních prostředků z Evropských sociálních fondů OPZ fondů může být forma [tématického akčního plánu \(TAP\)](#).



**Obrázek č. 6: Počet sociálně vyloučených lokalit, dostupné z: <https://odbor-socialni.kraj-lbc.cz/oddeleni-socialni-prace/zalezitosti-narodnostnich-mensin-a-cizincu/analyzy-a-strategicke-dokumenty> (cit.21.12.2019).**

#### **POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ:**

Komunitní práce je plánovaný a připravený proces postupných změn, směřující k pozitivním změnám života v komunitě. Jedná se o metodu sociální práce, která je cíleným a promyšleným působením, zaměřeným na propojení potřeb a zdrojů komunity, zaměřeným na pozitivní změnu.

#### **komunitní práce je jednou z metod sociální práce**

Metoda komunitní práce je zpravidla uplatňovaná ve vyloučených lokalitách, nebo v sociální práci s lidmi osobami se specifickými potřebami, kterým hrozí **sociální vyloučení**.

## Podpora rozvoje komunity v oblasti péče o zdraví

Komplementárními oblastmi rozvoje komunity je péče o zdraví a zdravotnictví. Důležitým rozměrem aspektu poskytování zdravotní péče je kromě její kvality i její dostupnost (tedy aspekt kvantitativní). Dostupnost zdravotní péče na území ČR se velmi liší podle hodnocených parametrů, které jsou de facto zdroji, pojmenovanými v kategoriích odpovídajících typu (zdravotní) péče:

- počty specialistů lékařů (podle statistických dat chybí v některých krajích a obcích lékaři specialisté zejména v oborech: praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, dětský klinický psycholog, dětský psychiatr).
- počty agentur domácí péče
- počty zdravotníků nelékařů (absolutní i relativní počty nelékařů)
- dojezdové doby (záchranné služby, k praktickému lékaři a čekací doby na operace) stanoví nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.

Vyjednávání podmínek zajištění a dostupnosti zdravotní péče probíhají mezi zástupci samosprávných celků, plátcem zdravotní péče (regionální pobočky zdravotních pojišťoven) a poskytovatelem, či potenciálním poskytovatelem zdravotní péče. Významnou roli zde hraje informovanost komunity o jejich právech a schopnost vyvinout tlak na plátce péče (v tomto případě zdravotní pojišťovny), který má zákonnou povinnost potřebnou péči zajistit.

Žel: příklady špatné praxe ukazují, že optimální zajištění zdravotní péče v prostředí komunity často troskotá na blokadě informačního toku od potenciálních uživatelů péče směrem k plátcí péče, protože k těm, kteří péči potřebují, se informace o jejich oprávněném nároku nedostane, nebo nevědí, kde a ke komu by svůj požadavek měli vznést. V oblasti terénní zdravotní péče panuje množství mýtů, a to zejména v oblasti poskytování domácí péče, ve které indikujícím odborníkem je praktický lékař, poskytovatelem agentura domácí péče a plátcem zdravotní pojišťovna. Opakovaně je možné sledovat rezervovanost praktických lékařů indikovat domácí péči, protože se (mylně) domnívají, že náklady na tuto péči „jdou z jejich rozpočtu“. Ve skutečnosti je kaskáda realizace domácí péče následující: praktický lékař péči **indikuje**, agentura domácí péče **realizuje**, zdravotní pojišťovna výkon **uhradí**.

**SHRNUTÍ:** Komunitní práce je proces, směřující k pozitivním změnám života v komunitě s aktivním zapojením jejích jednotlivých členů, přičemž komunitní pracovník sám sebe vnímá jako jednoho z členů komunity, který změny neplánuje a neřídí „shora“, ale zapojuje se do nich spolu s ostatními.

Podpora rozvoje komunity v oblasti zdravotní a sociální práce má těžiště ve spolupráci a vzájemném vyjednávání zainteresovaných subjektů/institucí (např. v rámci komunitního plánování obce).

Kritickým momentem pro zajištění péče je (obzvláště v některých regionech) nedostatek odborníků, zejména zdravotníků. Řešení tohoto problému (např. nedostatek praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost, zubních lékařů) většinou probíhá v jednání/vyjednávání samosprávných celků, poskytovatelů péče a plátce péče (pojišťovnou).

Jednou z možných cest podpory a zachování kvality a dostupnosti zdravotní péče je možnost získání finančních prostředků z krajských dotačních a grantových programů, či hmotných úlev provozovateli zdravotnického zařízení/služby.

### **PROSTOR K ZAMYŠLENÍ:**

Možným inspirativním prostorem pro rozvoj komunitní zdravotní a sociální péče je britský model multidisciplinární [komunitní péče](#) a integrovaný systém služeb (ICS), přes jeho mnohé slabiny vyniká zejména v oblasti komunitní péče schopností funkčně propojit zdravotní a sociální péči v zájmu klienta/pacienta. [Komunitní péče ve Velké Británii](#) (příklad péče o duševní zdraví na komunitní úrovni) není zatížena bariérou dvojího typu financování jednotlivých složek péče, „provozní“ komplikace mohou působit odlišnosti rozdílnosti právních předpisů v jednotlivých správních celcích Spojeného království. Celkovému trendu odpovídá i změna názvu Ministerstva zdravotnictví UK na Ministerstvo zdravotnictví a sociálních věcí. Rozdíly oproti poskytování zdravotní a sociální péče v ČR a UK jsou samozřejmě nejen v systému poskytování péče, ale (v závislosti na něm) i v kompetencích a vzdělání jednotlivých aktérů – poskytovatelů terénní péče, ať již zdravotní, či sociální. Obdobným modelem jako ve velké Británii je v ČR doc. Kalvachem a Diakonií ČCE propagovaný a podporovaný systém integrovaných podpůrných služeb SIPS.

Dalšími příklady koordinace zdravotní a sociální péče je švédský model, s uplatněním principu ucelené rehabilitace (která v sobě zahrnuje i dlouhodobou péči) osob se zdravotním postižením a osob potřebujících zároveň péči zdravotní i sociální, ve kterém jsou základní koordinační jednotkou právě **obce**.

Francie má systém dlouhodobé péče a rehabilitační péče oddělený - jejich koordinaci v terénu umožňuje služba dlouhodobé asistence a zdravotně-sociální služby se sdružují ve formalizované **síti poskytovatelů**.

V Německu je koordinace mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb určena mírou kvality spolupráce mezi soukromým sektorem (který je většinovým realizátorem sociálních služeb) a státem, který je prostřednictvím systému platby zdravotního pojištění zajišťovatelem služeb zdravotnických. V systému **ucelené rehabilitace** (sociální, zdravotní, pedagogické) je německý model ve srovnání s českým efektivnější (což se m.j. projevuje i ve srovnání počtu invalidních důchodců evidovaných na ÚP, kterých je v ČR zdaleka nejvyšší počet v celé Evropě - okolo 400 000 osob).

**SHRNUTÍ:** základním předpokladem rozvoje komunity je nastolení prostředí sdílení a komunikační bezpečnosti v oblasti zdravotní a sociální péče.

### **PROSTOR PRO ÚVAHU:**

Pro téma seminární práce si zvolte lokalitu/obec, uvažujte, jak vytvoříte mapu zdrojů (které to budou).

### **Sociální a zdravotní péče, možnosti intervence na komunitní úrovni, sociální kapitál**

**CÍL** kapitoly: objasnit studentům strukturu a základní pravidla poskytování zdravotní a sociální péče na úrovni komunity. Role sociálního kapitálu.

V České republice je poskytování zdravotní a sociální péče deklarováno jako odvislé od **potřeb pacientů/klientů**. Regulativní roli při poskytování péče hraje resortní příslušnost převažujícího charakteru potřebné péče, a s tím související způsob financování. Nedostatečná spolupráce mezi rezorty zdravotních a sociálních služeb je na odborných fórech a platformách prezentováno opakovaně jako závažný problém. Typicky u seniorů – ale i u jiných věkových, či sociálním statutem determinovaných skupin obyvatelstva – se ukazuje, že je obtížné zajišťovat péči o ně v pobytových zařízeních sociální péče bez efektivní provázanosti se systémem péče zdravotní.

V praxi je sdílení péče o jednoho pacienta/ klienta realizováno buď v modelu institucionální péče – hospitalizací pacienta na lůžku dlouhodobé péče, nebo sociálním lůžku, kde se o pacienta, klienta „starají“ zdravotníci a sociální pracovníci, nebo zdravotně- sociální pracovníci. Možné je i oddělení/ „rozdělení“ péče v případě umístění klienta v pobytovém zařízení poskytovatele sociálních služeb, kde je potřeba služby zdravotní (výkonu) „pokryta“ zabezpečením úvazku/smlouvy s poskytovatelem zdravotních služeb (praktický lékař, všeobecná sestra) a plátcem péče (pojišťovnou).

V souvislosti s efektivním propojením poskytování obou typů péče (sociální i zdravotní) mohou vznikat aplikační problémy: co je efektivní, nemusí být ale v souladu se zákony. Dlouhodobě diskutovanou je otázka poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb. Nejmarkantněji se tato otázka odráží např. na [podávání léků v zařízeních sociálních služeb](#).

Dalším modelem sdílení péče o jednoho klienta je „terénní péče“, tedy péče v komunitě, ve vlastním sociálním prostředí pacienta/klienta. Po propuštění pacienta z nemocnice přebírá zdravotní část péče poskytovatel zdravotních služeb: agentura domácí péče (HOME CARE), přičemž zdravotnické výkony indikuje praktický lékař, provádí je všeobecné sestry (zaměstnanci agentury domácí péče) a tyto výkony jsou hrazeny plátcem péče (zdravotní pojišťovna). V případě potřeby sociální péče zajišťuje u stejného klienta poskytovatel sociální služby. V České republice je tato péče nekoordinovaná, jedním z důvodů je financování z různých zdrojů (resortů).

Hlavními principy péče poskytované v komunitě (ať již zdravotní, či sociální) jsou:

- mobilita služeb
- propojenost služeb
- péče ve vlastním prostředí pacientů
- orientace na lidská práva a potřeby pacientů

Problematikou funkčního modelu poskytování zdravotní a sociální péče a její reformou se dlouhodobě zabývají oba resorty, do jejichž působnosti poskytování péče spadá: Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Členy poradních skupin jsou zástupci nejen těchto subjektů, ale i odborníci z řad poskytovatelů péče, plátců péče (pojišťovny, obce a kraje) i soukromých subjektů. Změna demografických parametrů společnosti a vliv změn ve struktuře dílčích

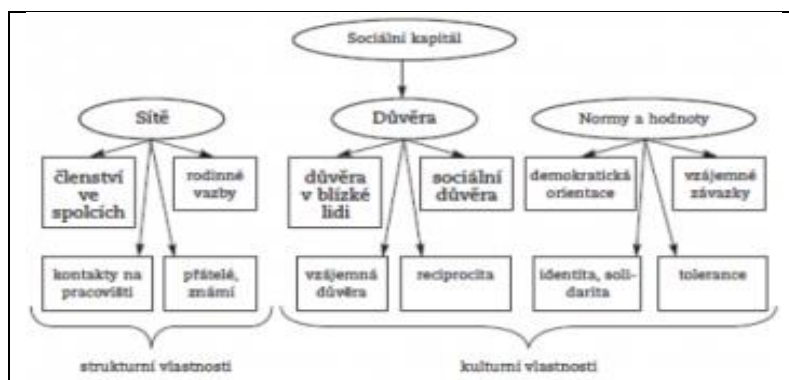
populací hodnocených podle různých kritérií a parametrů, vytváří požadavek komplexní reformy systému poskytování péče nejen na úrovni samosprávných celků a státu, ale i v evropském kontextu. Do prostředí komunity se promítají problémy vznikající v souvislosti s péčí [o migranty](#). Migrující osoby jsou rizikovou skupinou nejen z pohledu sociálního vyloučení, ale i z hlediska souvisejících hrozeb: omezeného přístupu ke zdravotní péči, vzdělání a na volný trh práce. Proto vyjednávání zlepšení podmínek péče zastřešuje hned několik ministerských rezortů a migrační a imigrační politiky státu, se (ne vždy) promítá na regionální úrovni.

Hlavní oblasti možných změn s těžištěm v **komunitě** formuloval koncem 80. Let 20 století tzv. Vídeňský dialog:

- de-sektorializace (tzn. prolomení bariér mezi rezorty, profesemi a odbornostmi)
- de-institucionalizace (omezení ústavních forem péče a přenesení důrazu na komunitní úroveň a do domácího prostředí)
- de-profesionalizaci (začlenění edukovaných laiků, členů pečujících rodin a sousedské výpomoci do systému péče)
- de-medicinalizaci (nadřazení kvality života a lidských aspektů medicínské vědě a boji s chorobami za každou cenu).

Je zřejmé, že všechny uvedené „de“ body apelují na posílení role komunity, komunitního kapitálu obcí a rodin. (viz prezentace Vachek, S.: Komunitní rozvoj). Možnosti transformace systému poskytování péče nabízí systémová podpora domácností jako producentů zdraví.

Stephen J. Kunitz – lékař a vědec z oblasti pomezí sociologie a veřejného zdravotnictví, emeritní profesor Univerzity v Rochesteru, upozorňuje na to, že **zdraví společností** a **komunit** by lépe pomohlo přiznání důležitosti **sociálním** silám, které formují vzorce zdraví a nemoci. Výzkumu determinant zdravé společnosti a jejích základních znaků v podmínkách globalizovaného světa, ve kterém lze v jednotlivých komunitách a společnostech pozorovat tolik rozdílů, že vědci často na oltář formulace nového paradigmatu obětují pozorované a sledované anomálie, které teprve když převáží, vytvoří opět nové paradigma. V interpretaci závěru výzkumných šetření jistě hraje roli ideologický kontext prostředí, ve kterém výzkum probíhá (Kunitz, 2007).



Obrázek č. 7: Model sociálního kapitálu podle Van Detha

**Komunitní kapitál** je kapitálem sociálním, který vnímáme ve dvou základních významech:

**Individuální sociální kapitál** jako zdroje, ke kterým má jedinec přístup díky kontaktům s druhými lidmi a členstvím ve skupinách, jde tedy o soukromý statek (známosti).

**Kolektivní sociální kapitál** jako zdroje uložené ve vztazích mezi lidmi, které společenství může využít k vyřešení dilemat kolektivního jednání, jde tedy o veřejný statek. (Skovajsa, 2010).

**Komunitní kapitál** – bohatství (lidé, sociální prostředí/kontakty, příroda, infrastruktura).

**Kapitál domácností** prostřednictvím sociálního kapitálu propojuje potřeby a možnosti jednotlivců a skupin (půjčky financí, náradí, práce, dlouhodobého majetku, barterový obchod, know-how, znalosti).

**lidský komunitní kapitál je hustota sociální sítě spolu se sdílenými hodnotami, normami a chápáním, které podporují spolupráci uvnitř a mezi skupinami a komunitami, aby byly schopny snadněji řešit své problémy.**

(definice OECD , 2007)

Pojmy, které vyjadřují podstatu komunitního kapitálu a jsou s ním zásadně jsou tedy:

- důvěra
- sdílené normy
- zodpovědnost (accountability)

Sítě jako struktura sociálních kontaktů a základ komunitního kapitálu mají jednotlivé vrstvy a vývojové fáze:

- sociální vazby/pouta (bonding capital) DĚTSTVÍ

„sociální lepidlo“ - emoční sycení a finanční podpora

- sociální mosty (bridging capital) DOSPĚLOST

„sociální olej“ – hledání práce, naplnění zájmů, sociálních potřeb

- sociální spojnice (links) IDEÁLY, získání postavení, vlivu a přístupu ke zdrojům

Komunitní kapitál můžeme nahlížet z pohledu rozdělení jednotlivých složek zdrojů

- přírodní (voda, nerosty, ovzduší, rostliny, zvěř)
- lidský (schopnosti jednotlivců, materiální a duchovní výbava, zdraví)
- sociální (vzájemná propojenost jednotlivců, schopnost komunikace, sdílení hodnot, společná vůle k cíli, obrana proti vetřelcům)
- infrastruktura (silnice, obchody, doprava, služby, vzdělávání)

## KLÍČOVÁ SLOVA a POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ:

**Sociální služba** je činnost, nebo soubor činností podle zákona č. 108/2004 Sb. o sociálních službách. Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů.

**Přirozené sociální prostředí** je rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.

Závažnost nesamostatnosti v některých aktivitách a činnostech, ve kterých z nějakého důvodu potřebují **osoby s určitým omezením k zabezpečení svých potřeb pomoc nebo asistenci druhých** kategorizujeme z administrativních důvodů jako (zdravotní)

- **postižení** (impairment), tedy tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí, nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby
- **omezení** (disability): omezení, nebo ztráta schopnosti provádět činnosti, které jsou považovány za běžné
- **znevýhodnění** (handicap): znevýhodnění dané osoby v důsledku disability, které brání naplnění očekávané role

**Multidisciplinární tým** sestává z odborníků ze sociální i zdravotní oblasti, zejména: všeobecných sester, sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči, ošetřujících lékařů. Tito pracovníci na základě svých kompetencí doporučují postup a řešení intervencemi v oblasti zdravotní péče pomocí metody Ošetřovatelského procesu, v péči sociální metodou Individuálních plánů. Důležitým krokem pro zahájení intervencí je souhlas klienta/pacienta.

Problematikou de-sektorializace a [integrace péče](#) (tzn.možnostmi prolomení bariér prolínání poskytované péče) se zabývala výzkumná zpráva, reflektující stav v oblasti poskytování péče na pomezí zdravotním a sociálním. (Janečková, Vepřková, 2017). Materiál se zabýval m.j. i bariérami, vznikajícími způsobem **financování** poskytované péče: „to“ zdravotní probíhá cestou plátce péče – tzn. úhradou péče zdravotními pojišťovnami podle pravidel úhradové vyhlášky a podmínek smlouvy, uzavřené mezi poskytovatelem zdravotní péče a jejím poskytovatelem.

**Financování** poskytované služeb sociálních probíhá vícezdrojově: primárním jsou zdroje prostředků MPSV, přerozdělované na úrovni samosprávných celků na základě registrace sociální služby krajským úřadem a zařazením do krajské sítě poskytovatelů sociálních služeb, možné zdroje financování služeb jsou často i z rozpočtů samosprávných celků a jimi rozdělovaných grantů.

**Zdravotní intervence** na úrovni komunity jsou realizovány na základě indikace praktického lékaře, propouštějícího nemocničního lékaře, lékaře psychiatra, gynekologa, či lékaře- paliatra. Intervence jsou realizovány zdravotníky v činnostech definovaných vyhláškou č. 55/2011 Sb. „o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků“ prostřednictvím institucí/organizací poskytujících terénní zdravotní péči (ambulance specialistů, agentury domácí péče, mobilní hospice, atd....).

**Sociální intervence** jsou poskytovány prostřednictvím zařízení/organizací poskytujících sociální péči na základě Individuálních plánů péče (diakonie, charity, chráněná bydlení, zařízení DZR, DPS, DOZP, ostatní terénní sociální služby).

Církevní zařízení: Charity a Diakonie v sobě často sdružují poskytování zdravotní a sociální péče.

Zásadní pro kvalitu poskytované péče je (kromě odborného obsahu) její forma. Která by měla být [multidisciplinární](#).

#### SHRNUTÍ:

Komunita a lidé, kteří ji tvoří, jsou unikátním a plastickým společenstvím. Kvalita a způsob vzájemné interakce uvnitř komunity i s okolním prostředím určuje zdraví společnosti ve smyslu bio-psycho-sociálním. V rámci komunity se setkávají odborníci, laici, lidé pomoc potřebující a lidé a instituce pomoc poskytující. V síti komunitní péče jsou na formální i neformální úrovni zjišťovány potřeby jednotlivců a skupin a prostřednictvím profesionálů i laiků hledány cesty pro naplnění/uspokojení těchto individuálních i skupinových potřeb.

Tradicí poskytování zdravotní a sociální péče „v jednom“, spojenou se jménem dcery prvního československého prezidenta – dr. Alicí Masarykovou, je Československý červený kříž.



Obrázek č. 8: ČSČK, dostupné z: <https://www.radio.cz/cz/rubrika/udalosti/cesky-cervený-kriz-slavi-sto-let> (cit. 21.12.2019)



Tématický celek č.4

### **Sociální a zdravotní péče na komunitní úrovni a její infrastruktura**

**CÍL** bloku kapitol: seznámit studenty s funkcí, prioritami, podmínkami zdravotní a sociální péče na komunitní úrovni a procesem vzniku sítě poskytovatelů sociální a zdravotní péče.

Klíčovou znalostí je rozlišení jednotlivých subjektů, aktivních na poli sociální a zdravotní péče, a jejich pozic a rolí v systému.

Komunitní úroveň způsobu poskytování (a přijímání) péče souvisí s politickým uspořádáním státu, potažmo samosprávného celku. Důležitým ovlivňujícím faktorem je forma poskytované péče a způsob jejího financování. Podmínky poskytování péče, a zejména plateb za poskytnutou péči se řídí pravidly správního resortu: tedy v případě poskytování zdravotní péče podmínkami úhrady péče jejím plátcem: tj. zdravotní pojišťovnou. V případě poskytování sociální péče je její financování tzv. „vícezdrojové“: z prostředků MPSV, samosprávných celků (kraje a ORP), rozpočtu samosprávných celků a dotačních a projektových programů.

#### **KLÍČOVÉ POJMY K ZAPAMATOVÁNÍ** - hlavní subjekty

**Právnícká osoba** je subjektem veřejnoprávní i soukromoprávní správy, je vybavena oprávněním (zákonem, akreditací, či smlouvou) rozhodovat, nebo konat ve vztahu k jiným osobám.

**Fyzická osoba** (občan) a neformalizovaná skupina osob může být klientem, uživatelem, účastníkem řízení, provozovatelem služby, ale i členem nátlakové skupiny s ambicí změny systému.

**Rodina** je historicky nejstarším prostředím jistoty pro děti, nemocné a lidi neschopné práce, s rozvojem dělby práce, urbanizace a tržní ekonomiky se velká rodina rozpadla a její funkci postupně nahradila **komunita**.

**Sousedská výpomoc**, později i „neorganizovaná filantropie organizací“ (Tomeš,2009), např. klášterů. V sousedské výpomoci se jedná o pomoc a aktivity neformální, neorganizované, většinou náhodné.

**Spolky a cechy** hrál a hrají ve svépomocných aktivitách formalizující a systematizující úlohu.

**Obce** vnáší řád do občanské solidarity, jsou veřejnoprávní korporací pečující o všestranný rozvoj svého území, mají svůj majetek a hospodaří podle svého rozpočtu.

**Obce** se podle rozsahu státní správy, kterou vykonávají a rozsahu působnosti, kterou mají dělí na:

- obce (obce I. stupně)
- obce s pověřeným obecním úřadem (obce II. stupně)
- obce s rozšířenou působností (obce III. stupně, bývají to větší města s velkým správním obvodem)

jsou tak mezičlánkem přenesené působnosti samosprávy mezi krajskými úřady a ostatními obecními úřady.

**Kraj** je územním společenstvím občanů s právem na samosprávu, je veřejnoprávní korporací

**Samostatná působnost** je plnění úkolů svěřených/uložených, zastupitelstvem nebo radou (v rozsahu působnosti svěřené státem). V případě Kraje je to oprávnění spravovat vlastními rozhodnutími věci týkající se dispozic s majetkem, rozpočtu, rozvoje, spolupráce s jinými samosprávnými celky (i jiných států). V případě obcí je hlavním znakem samostatné působnosti to, že obec spravuje své záležitosti samostatně, prostřednictvím zastupitelstva. Státní orgány a orgány krajů mohou do samostatné působnosti zasahovat, jen vyžaduje-li to ochrana zákona, a jen způsobem, který zákon stanoví. Rozsah samostatné působnosti může být omezen jen zákonem.

Samosprávnou působnost kraje si lze představit zejména na příkladech, jakými jsou:

- předkládání návrhů zákonů parlamentu a Ústavnímu soudu;
- vydávání vyhlášek kraje;
- zřizování výborů, volba a odvolávání jejich členů;
- rozhodování o spolupráci s jinými kraji a volba zástupců kraje do regionálních rad regionů a soudržnosti;
- schvalování programů rozvoje kraje, volba vlastních zástupců do jejich správ, rozpočet kraje;
- schvalování rozsahu dopravní obslužnosti;

Samosprávnou působnost obce si lze představit zejména úkoly zastupitelstva podle zákona o obcích:

- schvalovat program rozvoje obce;
- schvalovat rozpočet obce a účetní závěrku obce sestavenou k rozvahovému dni;
- zřizovat a rušit příspěvkové organizace a organizační složky obce, schvalovat jejich zřizovací listiny;
- vydávat obecně závazné vyhlášky obce;
- rozhodovat o vyhlášení místního referenda;
- navrhopvat změny katastrálních území uvnitř obce, schvalovat dohody o změně hranic obce a o slučování obcí;
- zřizovat a rušit výbory, volit jejich předsedy a další členy a odvolávat je z funkce;
- volit z řad členů zastupitelstva obce starostu, místostarosty a další členy rady obce (radní) a odvolávat je z funkce, stanovit počet členů rady obce;
- zřizovat a zrušovat obecní policii;
- rozhodovat o spolupráci obce s jinými obcemi a o formě této spolupráce;
- rozhodovat o zřízení a názvech částí obce, o názvech ulic a dalších veřejných prostranství, - udělovat a odnímat čestné občanství obce a ceny obce;

- rozhodovat o zrušení nařízení rady obce;
- další věci, které si podle zákona o obcích vyhradí.

**Přenesená působnost** je plnění úkolů svěřených/uložených státem v rozsahu stanoveném jednotlivými zákony. V případě kraje vykonává přenesenou působnost krajský úřad.

Přenesenou působnost **kraje** si lze představit zejména na příkladech, jakými jsou:

- přezkum rozhodnutí vydaných orgány obce v řízení podle zvláštních zákonů, pokud není tato působnost svěřena zvláštnímu orgánu nebo zákon nestanoví jinak;
- ukládání sankcí podle zákona
- poskytování odborné a metodické pomoci obcím;
- zabezpečení koordinace výstavby a provozu informačního systému kompatibilního se systémy státní správy;
- provádění kontroly přenesené působnosti obcí;
- zřízení funkce koordinátora pro romské záležitosti;

**Obce** v přenesené působnosti vykonávají státní správu, která byla jejich orgánům svěřena státem. Znamená to, že obce vykonávají tuto činnost jménem státu a plní jeho úkoly.

V přenesené působnosti obce:

- vydávají nařízení obce k provedení zákonů a přitom se řídí zákony a jinými právními předpisy;
- vykonávají veškerou jinou veřejnou správu, která je jim státem svěřena;
- řídí se zákony a dalšími předpisy;
- respektují usnesení vlády, směrnice ministerstev a opatření kontrolních orgánů (pozor: ani tyto směrnice a usnesení však nemohou ukládat obcím povinnosti, pokud nejsou zároveň takové povinnosti stanoveny zákonem).

Hlavní oblasti aktivit budovaných v rámci komunitních střednědobých akčních plánů se často odrážejí a propojují s hlavními oblastmi a podmínkami mezinárodního projektu Zdravá města – tento projekt v gesci WHO je systematicky zaměřen na kvalitu života, udržitelný rozvoj a zdraví. Jedním z důležitých znaků zdravých měst je síťování – networking a sdílení dobré praxe.

Dalšími aktéry, kteří ovlivňují, tvoří a realizují politiku poskytování zdravotní a sociální péče na úrovni komunity, a kteří jsou touto politikou zpětně ovlivňováni jsou:

Správní orgány státu:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Ministerstvo zdravotnictví
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (a školská zařízení) Česká správa sociálního zabezpečení a lékařská posudková služba
- Úřad práce ČR

V oblasti zdravotní a sociální péče participují na zajištění péče rezorty MZ i MPSV několika způsoby, které dosud nejsou ideálně koordinovány a zařízení a služby kombinující poskytování péče jsou spíše výjimkou a kapacitně nestačí potřebám praxe.

První možností je cesta tzv. **Intermediárních služeb** (formálně rezort MZ) tzn. (denní stacionáře a centra, mobilní týmy – např. v hospicové paliativní péči, sociální a zdravotně-sociální pracovníci, všeobecné sestry (zaměstnanci) praktického lékaře, či agentury domácí péče.). Další možnosti kombinace služeb jsou:

**Mezirezortní služby** (formálně rezort MPSV) tzn. nestátní neziskové organizace, zaměřené na služby

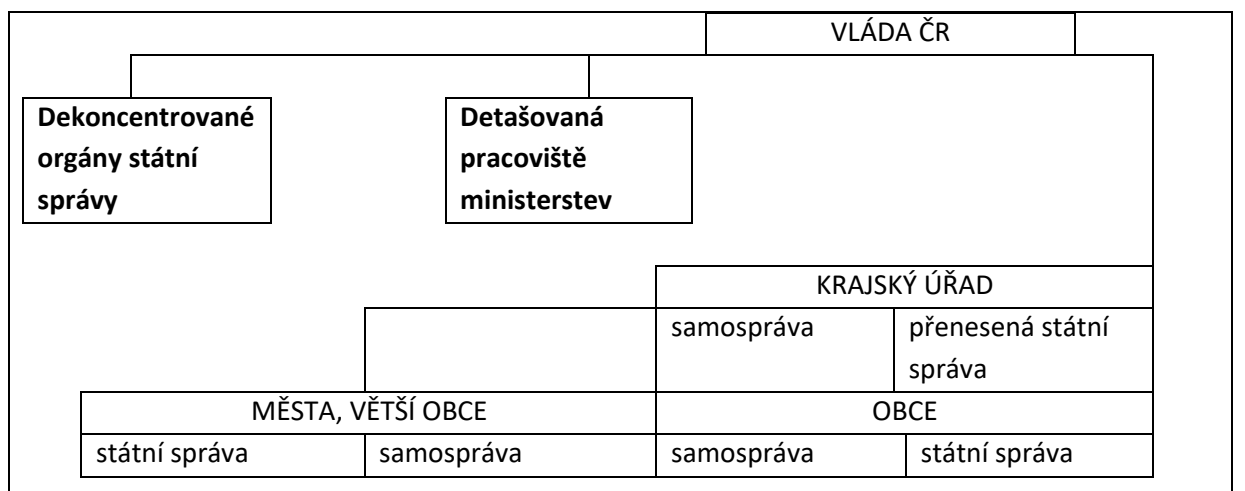
- rodinám, dětem a dospívajícím v rodině/ve škole
- psychosociální zdraví
- paliativní péči
- komunitní péče o lidi se speciálními potřebami, zejména osoby sociálně znevýhodněné, osoby bez domova, neintegrováné/separované romské rodiny, ohrožené závislostmi, seniory
- domácí péče
- péče o matku a dítě (komunitní péče v porodní asistenci).

Poslední variantou poskytování služeb z hlediska propojení možností poskytovatelů z různých rezortů je :

Kombinace funkčních celků, např. v zařízeních

- lůžkových (sociální lůžka v nemocnicích)
- intermediárních (psychiatrická péče)
- mezirezortních (pracovní rehabilitace v Ergocentrech nemocnic, [poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče v zařízeních poskytovatelů sociálních služeb](#))

V jednotlivých rezortech existuje možnost podpory dotačních programů a v souladu s panevropsky podporovanými vizemi a projekty tzv. Akčních plánů, např. NAPAN (národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc).



Obrázek č.9: Struktura veřejné správy v ČR od roku 2003 (Provazníková, 2009)

## **SHRNUTÍ:**

Komunita a lidé, kteří ji tvoří, jsou unikátním a plastickým společenstvím, které vzniká a utváří se v obci. Kvalita a způsob vzájemné interakce uvnitř komunity souvisí s širším okolím a politickým „nastavením“ správního celku, ve kterém komunita žije, Toto prostředí určuje zdraví společnosti ve smyslu bio-psycho-sociálním.

## **PROSTOR PRO ÚVAHU:**

Infrastruktura jsou stavební kameny systému (zdravotní a sociální péče), které dávají oporu celku. Žel: opora systému není vyvážená, protože ani její jednotlivé části (sociální a zdravotní) nejsou často funkčně provázány. Tam, kde se toto funkční „skloubení“ daří je na úrovni poskytování zdravotní a sociální péče „all in one“ a na fungující komunikaci se samosprávnými celky, často u paralelních poskytovatelů zdravotní a sociální péče (často církevní zařízení Charity a Diakonie), nezdídká dobrá a efektivní funkcionalita těchto služeb závisí na schopnosti komunikace a vyjednávání se subjekty samosprávných celků (MěÚ, starostové, KÚ, hejtmani.....).

Trendy([stárnutí populace](#)) a střední délka života a střední délka života ve zdraví (nejedná se tedy jen o předpoklad o kolik starých lidí (potenciálně závislých) bude třeba se starat, ale o zdraví pečujících, kteří budou s největší pravděpodobností v seniorském věku).

## **OTÁZKY K ZAMYŠLENÍ pro pilné studenty☺ - náměty volitelné seminární práce:**

Jak může obec postupovat v rozvoji a propojení sítě zdravotních a sociálních služeb?

Jaké položky budou v návrhu zřízení nových/podpory stávajících služeb v gesci jednotlivých správních subjektů?

Jak poznat, zda jde o přenesenou nebo samostatnou působnost obce?

Jako vodítko použijte rozvahu, o jakou záležitost se jedná. Pokud ani pak z toho není zřejmé, postupujte podle [§ 8 zákona o obcích](#) - podle něj musí každý zvláštní zákon, který upravuje působnost obcí říct, zda jde o přenesenou nebo samostatnou působnost. Pokud to neudělá, tak platí, že jde vždy o samostatnou působnost.

Jaká opatření byste navrhli pro reformu zdravotní a sociální péče?

Promyslete/napište jednotlivé oblasti, návaznost a důsledky změn.

## Použitá literatura a zdroje

- Bullough, B., Bullough, V.: Nursing in the community. The C.V. Mosby Company, Philadelphia:Toronto, 1990
- Birtha, M., Holm, K.: COFACE, Study on the challenges and needs of family carers in Europe. Who cares? Brussels:2017, dostupné z: [coface-eu.org](http://coface-eu.org) (cit 21.12.2019)
- Cabrnoc, M.: Kdo a kdy podává léky v sociálních zařízeních pobytových služeb? Bulletin asociace veřejně prospěšných organizací ČR 1/2018, str. 11
- Campbell, J., Davidson, G., McCusker, P., Jobling, H., Slater, T.: Community treatment orders and mental health social work: Issues for policy and practice in the UK and Ireland. International Journal of Law and Psychiatry, 64,2019 (230-237). Journal homepage: [elsevier.com/locate/ijlawpsy](http://elsevier.com/locate/ijlawpsy)
- Communities in control: Real people, real power, dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=V1EM5CSorY8C&pg=PA42&lpg=PA42&dq=Community+grassroots++in+Great+Britain&source> (cit.21.12.2019)
- Čabanová, A.: Zaměstnavatelé poradí politikům. Medical Tribune,5/2019, dostupné z: [medical+tribune+archiv&oq=medical+tribune&aqs=chrome.2.69i57j0l7.8832j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](http://medical+tribune+archiv&oq=medical+tribune&aqs=chrome.2.69i57j0l7.8832j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8) (cit.5.7.2019)
- Čabanová, B., Háva, P., Brůha, D., Břeňková, I., Štěpánková, I.: Analýza reformy ve zdravotnictví a sociálních službách. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005
- Čada, K. et al.: Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR, Praha: MPSV, 2015, dostupné z: [https://www.academia.edu/22175948/%C4%8Cada\\_K.\\_et\\_al\\_2015\\_Anal%C3%BDza\\_soci%C3%A1ln%C4%9B\\_vylou%C4%8Den%C3%BDch\\_lokalit\\_v\\_%C4%8CR.\\_Praha\\_MPSV](https://www.academia.edu/22175948/%C4%8Cada_K._et_al_2015_Anal%C3%BDza_soci%C3%A1ln%C4%9B_vylou%C4%8Den%C3%BDch_lokalit_v_%C4%8CR._Praha_MPSV)
- Dostál, J., Džambasov, P., Kotíková, J., Růcker, P.: Screening podmínek pracovní, léčebné, sociální a pedagogické rehabilitace v ČR. Materiál VÚPSV, v.v.i.: Praha, 2017
- Geissler, H., Holeňová, A., Horová, T., Jirát, D., Solnářová, D., Schlanger, T., Tomášková, V.: Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR. Projekt: podpora neformálních pečovatelů CZ1.04./3.1.00/C6.00002. FDV: Praha,2015
- Gojová, A.: Teorie a modely komunitní práce. Ostrava, Ostravská univerzita v Ostravě: ZSF, 2006
- Hartl, P.: Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997
- Havrdová, Z.: Interní materiály o komunitní práci pro studenty oboru „Sociální činnost v prostředí etnických minorit“. Evangelická akademie: Praha, 1998
- Havrdová, Z., Kosová, J., Svobodová, J., Vomlelová, A.: Mít život ve svých rukou. Metodika komunitní práce, Dobrá voda a Praha. OPLZZ: Český západ o.s., 2013
- Hrdá, K.: Multidisciplinární tým v akci, dostupné z: [https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/MDT\\_v\\_akci\\_A4\\_web.pdf](https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/MDT_v_akci_A4_web.pdf)

- Hubíková, O.: Case management zaměřený na životní situace dlouhodobé péče v sociální práci na obecních úřadech, VÚPSV, v.v.i.: Praha, 2018
- Janečková, M., Vepřková, R.: Integrace péče, reflexe stavu v ČR – zpráva z výzkumu (SVŠV č. 26035001)FHS UK: Praha, 2017
- Kalvach, Z. a kol.: Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb. Praha: Diakonie ČCE, 2014
- Keller, J.: Úvod do sociologie, Praha: Slon, 1994
- Kozlová, L.: Komunitní sociální práce, ZSF JČU: 2007
- Kunitz, Stephen, J.: The Health of populations, General Theories and particular realities, Oxford University Press:2007
- Majerová, V., Kostelecký, T., Sýkora, L. a kol: Sociální kapitál a rozvoj regionu: Příklad kraje Vysočina. Praha: Grada Publishing a.s., 2011
- Marková, M. a kol.: Komunitní ošetřovatelství pro sestry. Brno: NCONZO,2010
- Matoušek, O. a kol.: Základy sociální práce, vyd. 1. Praha: Portál, 2001
- Matoušek, O.: Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003
- Obce, města, regiony a sociální služby, autorský kolektiv. Praha: SOCIOKLUB, 1997
- Provazníková, R.: Financování měst, obcí a regionů. Praha: Grada Publishing, a.s.,2009
- Průša, L.: Poskytování ošetřovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v lůžkových zdravotnických zařízeních. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2009
- Role sociálního pracovníka v komunitní práci, MPSV 2014  
<https://www.mpsv.cz/files/clanky/23239/2ssp.pdf>
- Řepová, M.: Komunitní péče v UK a role klinických pracovníků v jejím řízení. Seminární práce k předmětu komunitní rozvoj, FHS UK, katedra řízení a supervize, 2019
- Skovajsa, M. a kol.: Občanský sektor, organizovaná občanská společnost v České republice Praha: Portál, 2010
- Šťastná, J.: Když se řekne komunitní práce. Praha: Karolinum, 2016
- Tématický akční plán pro oblast komunitní práce ve městě Konice 2019 – 2022. Projekt v rámci ESF OPZ, dostupné z: [www.socialni-zaclenovani.cz](http://www.socialni-zaclenovani.cz)
- Tomeš, I.: Sociální správa. Praha: Portál, 2009
- Tožička, T., Uhlová, S. Základy a principy komunitní práce. Praha: EDUCON, 2018

- Truhlářová, Z. Metody práce se skupinou, Univerzita Hradec králové: GAUDEAMUS, 2014 studijní text k sociální práci
- Scottish community development centre: What is community development? Dostupné z <https://www.scdc.org.uk/who/what-is-community-development> (cit.21.12.2019)
- Vašat, J: ,Metody komunitní sociální práce, UJEP, FSE,2019,http://inul.fse.ujep.cz/download.php?idx=1481
- Velký sociologický slovník, dostupné z: <https://www.scribd.com/document/367515469/Petrusek-a-Kol-Velk%C3%BD-Sociologick%C3%BD-Slovník-I-a-O-Cela-Kniha> (cit.21.12.2019)
- Zdravotní potřeby a strategie nelegálních migrantů pro přístup ke zdravotní péči, Informační list lidé: Projekt EU: NOWHERELAND,2010, www.nowhereland.info



### **Zákony a další právní předpisy týkající se dané problematiky**

zákon č. 129/2000 Sb. o krajích, v platném znění

zákon č. 128/200 Sb. o obcích, v platném znění

zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

zákon č. 48/20 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

zákon č. 96/2004 Sb. o získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání, v platném znění

zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v platném znění

zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, v platném znění

nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.

vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

### **Seznam použitých zkratk**

DOZP: domov pro osoby se zdravotním postižením

DPS: domovy pro seniory

DZR: domov se zvláštním režimem

MTD: multidisciplinární péče

MSPP: mobilní specializovaná paliativní péče

NHS: National Health Service

ORP: obec s rozšířenou působností

OSPOD: odbor sociálně-právní ochrany dětí

PR – public relations

ÚP – Úřad práce

