

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Diplomová práce**

**2019**

**Martina Slavíková**

**UNIVERZITA KARLOVA**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Integrace zdravotních a sociálních služeb**

Diplomová práce

Autor práce: Martina Slavíková

Studijní program: Sociologie

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Olga Angelovská

Rok obhajoby: 2019

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 30. 4. 2019

Martina Slavíková

## **Bibliografický záznam**

SLAVÍKOVÁ, Martina. Integrace zdravotních a sociálních služeb. Praha, 2019. 117 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Ing. Olga Angelovská.

**Rozsah práce:** 261 954 znaků s mezerami

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá integrací zdravotních a sociálních služeb a problematikou s ní spojenou. Podklady pro integraci služeb vychází z legislativy týkající se poskytování zdravotních a sociálních služeb a ze strategických dokumentů zdravotní a sociální politiky státu a kraje. Práce poukazuje na náročné financování služeb, které souvisí s demografickými změnami, resortismem a s chybějícím vymezením zdravotně sociální péče. Součástí práce je představení jednotlivých aktérů, kteří se podílí na procesu integrace zdravotních a sociálních služeb. Prostřednictvím případové studie byl zmapován stav integrace zdravotních a sociálních služeb v Lounech. Klíčovými aktéry integrace služeb na komunální úrovni je obec a liniový pracovníci ve zdravotních a sociálních službách, kteří jsou respondenty kvalitativního výzkumu této práce. Na základě zjištěných skutečností byla posouzena struktura a provázanost zdravotních a sociálních služeb v Lounech a zároveň byly identifikovány faktory ovlivňující implementaci integrace služeb na komunální úrovni. S liniovými pracovníky byla řešena problematika poskytování zdravotních a sociálních služeb, uplatnění komunitní sestry v obci, význam komunitního plánování, přínos rozvoje komunitní péče a vznik Komunitního centra zdravotních a sociálních služeb v Lounech.

## **Annotation**

The thesis deals with the integration of health and social services and the issues associated with it. The basis for the integration of services is based on legislation concerning the provision of health and social services and on strategic documents of health and social policy of the state and the region. The thesis highlights the demanding financing of services related to demographic changes, departmentalism and the missing definition of health and social care. Part of the work is the introduction of the different actors who are involved in the process of integration of health and social services. The case study mapped the state of integration of health and social services in Louny. The key actors in the integration of services at the municipal level are the municipality and street-level bureaucrats in health and social services who are respondents to the qualitative research of this work. Based on the findings, the structure and interconnection of health and social services in Louny was assessed and factors influencing the implementation of services integration at the municipal level were identified. The issue of the provision of health and social services, the application of a community nurse in the municipality, the importance of community planning, the

contribution of community care development and the establishment of the Community Center for Health and Social Services in Louny were addressed with street-level bureaucrats.

### **Klíčová slova**

Integrace, implementace, komunitní péče, komunitní plánování, liniový pracovník, obec, sociální služby, zdravotní služby.

### **Keywords**

Integration, implementation, community care, community planning, street-level bureaucrats, municipality, social services, health services.

### **Title/název práce**

Integration of health and social services

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Ing. Olze Angelovské za odborné rady a za vstřícnost při osobních konzultacích, respondentům za jejich důvěru a čas se mnou strávený a své rodině, která pro mě byla největší motivací.

## Obsah

Úvod .....	3
1 Současný stav na poli poskytování zdravotní a sociální péče .....	5
2 Teoretická východiska .....	10
2.1 Byrokracie .....	10
2.2 Teorie liniových pracovníků .....	11
2.2.1 Principy jednání liniových pracovníků .....	12
2.2.2 Faktory ovlivňující rozhodování liniových pracovníků .....	13
2.2.3 Význam pracovních podmínek liniových pracovníků .....	14
2.3 Implementace .....	15
2.4 Liniovní pracovníci ve zdravotních a sociálních službách .....	16
3 Integrace .....	20
3.1 Druhy péče v poskytovaných službách .....	21
3.1.1 Zdravotní péče .....	22
3.1.2 Sociální péče .....	25
3.1.3 Komunitní péče .....	27
3.2 Problematika integrace zdravotních a sociálních služeb .....	28
3.2.1 Resortismus .....	28
3.2.2 Financování služeb .....	30
3.2.3 Vymezení zdravotně sociální péče .....	33
3.3 Aktéři integrace zdravotních a sociálních služeb .....	37
3.3.1 Aktéři ve zdravotních službách .....	37
3.3.2 Ministerstvo zdravotnictví .....	38
3.3.3 Zdravotní pojišťovny .....	39
3.3.4 Aktéři v sociálních službách .....	40
3.3.5 Ministerstvo práce a sociálních věcí .....	42
3.3.6 Úřad práce .....	42
3.3.7 Uživatel .....	43
3.3.8 Neformální pečující .....	44
3.3.9 Obec .....	46
4 Metodologie výzkumu .....	50
5 Případová studie .....	53
5.1 Aktuální stav zdravotních a sociálních služeb na komunální úrovni .....	53



5.1.1	Strategické dokumenty zdravotní a sociální politiky České republiky.....	53
5.1.2	Strategické dokumenty zdravotní a sociální politiky Ústeckého kraje.....	56
5.1.3	Strategické dokumenty zdravotní a sociální politiky v Lounech.....	61
5.1.4	Zdravotní a sociální služby v Lounech .....	63
5.2	Provázanost zdravotních a sociálních služeb .....	72
5.2.1	V jaké podobě existuje vzájemná spolupráce jednotlivých aktérů na komunální úrovni?.....	72
5.2.2	Jak linioví pracovníci vnímají integraci služeb?.....	75
5.3	Faktory bránící integraci služeb .....	79
5.3.1	Na jaké problémy naráží linioví pracovníci ve zdravotních a sociálních službách při poskytování péče? .....	79
5.3.2	Jaká je role rodiny při poskytování péče z pohledu liniových pracovníků? .....	87
5.3.3	Jak linioví pracovníci vnímají roli obce při poskytování zdravotních a sociálních služeb? .....	90
5.4	Shrnutí výsledků případové studie: .....	93
	Závěr.....	99
	Summary.....	104
	Použitá literatura.....	105
	Teze Diplomové práce.....	112

## Úvod

Ve své práci se zabývám integrací zdravotních a sociálních služeb, jelikož jejich vzájemné propojení považuji za smysluplné a vhodné jak pro současnou tak i pro budoucí populaci České republiky. Ve své práci se zaměřuji na poskytování zdravotní a sociální péče osobám s kombinací potřeb zdravotních a sociálních. Pro klienty využívající obě služby zároveň je příznačný zhoršený zdravotní stav, který má současně vliv na jejich zvládání péče o sebe a svou domácnost. Zabývám se integrací služeb na komunální úrovni, obec je v rámci své samostatné působnosti schopná služby rozvíjet a podporovat tak, aby reflektovaly potřeby obyvatel. Všichni, kdo jsou v obci zainteresováni na fungování služeb, mají společnou motivaci pro jejich budování. Integrovaná péče s multidisciplinárním přesahem umožní rozvíjet kvalitu péče a to svou komplexností, která v samotném důsledku zvýší efektivitu celého systému péče.

Organizace a návaznost péče má dle mého mínění významný vliv na koncovou efektivitu vynaložených prostředků na péči. S organizací péče souvisí také multidisciplinární spolupráce, která umožňuje komplexní péči a podporuje individuální přístup k řešení potřeb pacientů. Medicína využívá moderní diagnostické metody, přístroje, léky a chirurgické postupy, kterými lze u pacientů dosáhnout uzdravení. Ačkoliv u pacientů dochází ke zlepšení jejich zdravotního stavu, v mnoha případech se stává, že na konci pacientovi hospitalizace nedošlo k úplnému znovunabytí soběstačnosti a i přes poskytovanou péči u pacientů přetrvávají jak potřeby zdravotní tak také ty sociální. Velmi často bývají zmiňovány obtíže rodinných příslušníků při zajišťování následné péče pro své členy po prodělané nemoci, která ovlivnila jejich soběstačnost. Akutní fáze nemoci pacienti přečkají v nemocničním zařízení, které však nemá dostatečně velkou kapacitu pro poskytování péče osobám, jejichž zdravotní stav je stabilizován, avšak jejich sociální zázemí nedovoluje, aby byli propuštěni do domácího ošetřování. V souvislosti s péčí o nemocného člena rodiny se často hovoří o tzv. sendvičové generaci, pro kterou je typické, že jejich domácnost pečuje o své členy ze dvou generací, tedy o své děti a zároveň o své rodiče či prarodiče. Organizace a realizace takové péče je nesmírně náročná, jak finančně, časově tak také psychicky. Cílem podpory integrace zdravotních a sociálních služeb na komunální úrovni je vytvořit v terénu zázemí pro pečující rodiny a umožnit tak návrat klientů zpět do domácího prostředí. Návrat části klientů zpět do domácí péče, uvolní místa v pobytových zařízeních, celkově tak dojde k lepší dostupnosti systémem péče. Vzhledem k demografickým ukazatelům je podpora rozvoje komunitní péče jednou z možností jak do budoucna zajistit kvalitní dostupnou péči široké

veřejnosti. Komunitní péče je komplex poskytovaných služeb napříč obory, jedná se o poskytování deinstitutionalizované péče, která vykazuje stejnou kvalitu jako péče poskytovaná v pobytových zařízeních.

V tezi diplomové práce, se zaměřuji zvláště na význam a uplatnění komunitní sestry, její role při integraci služeb však byla ovlivněna změnami v tomto oboru specializačního vzdělávání, proto jí v diplomové práci není věnováno tolik pozornosti, jak bylo původně zamýšleno. Významnou součástí této práce jsou poznatky získané od liniových pracovníků, dle mého mínění je podstatné poskytovat takovou péči, která je adekvátní aktuálnímu stavu uživatele služeb, proto považuji liniové pracovníky za cenný zdroj informací, jelikož jsou uživatelům nejbližší. Mezioborová spolupráce a vzájemná komunikace liniových pracovníků umožňuje poskytovat komplexní péči. Péči, která bude navazovat na již poskytnutou, bude dále rozvíjena, podporována a jejímž cílem bude dosáhnout maximálně možné soběstačnosti jedince, v závislosti na jeho aktuálním stavu a jeho individuálních možnostech. Zároveň však u pacientů, u kterých již nelze očekávat zlepšení stavu umožní zajistit důstojné podmínky pro život s adekvátně vynaloženými prostředky z veřejných financí.

Mojí snahou je vytvořit ucelený přehled o procesu integrace zdravotních a sociálních služeb, specifikovat roli jednotlivých aktérů, kteří se na ní podílejí a představit problematiku s ní spojenou. Na příkladu obce s rozšířenou působností, prostřednictvím případové studie zmapuji provázanost zdravotních a sociálních služeb a identifikuji faktory ovlivňující implementaci integrace služeb na komunální úrovni.

# 1 Současný stav na poli poskytování zdravotní a sociální péče

Ve své práci se zabývám problematikou poskytování kombinace zdravotních a sociálních služeb lidem se ztrátou soběstačnosti způsobenou zhoršeným zdravotním stavem. Koncovými uživateli obou služeb zároveň jsou nejčastěji lidé, jejichž zdravotní stav dlouhodobě komplikuje dosavadní běžný život a dochází tak ke vzniku mnoha potřeb, které lze v současnosti uspokojovat různými službami. V současnosti jsou zdravotní i sociální služby nabízeny formou pobytovou či terénní. Při jejich výběru hraje roli mnoho faktorů, nelze opominout závažnost zdravotního stavu, dlouhodobost péče, rodinné a finanční zázemí, ale také dostupnost služeb a jejich podpora ze strany obce. V souvislosti s poskytováním zdravotní a sociální péče se hovoří o integraci služeb, která by pro uživatele, ale také poskytovatele služeb měla své opodstatnění. Podstatu integrovaných služeb spatřuji v provázanosti péče, která umožní poskytovat komplexní péči odpovídající aktuálnímu stavu jedince a jeho potřebám.

V současnosti jsou zdravotní služby v gesci Ministerstva zdravotnictví a sociální služby v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí. Při realizaci služeb je často zmiňován resortismus jako příčina nesouladu při poskytování kombinace služeb u konečných uživatelů.<sup>1</sup> Při poskytování přímé péče dochází ke splynutí zdravotních a sociálních potřeb jedince a v praxi je pak tudíž nelze od sebe oddělovat. V konečném důsledku je od sebe péče oddělována finančními toky z resortních zdrojů. Zdravotní a sociální služby jsou veřejně poskytovanou službou, podléhají rozsáhlé legislativě, jsou financovány v rámci odvodů na zdravotní pojištění a ze státního rozpočtu. Nejčastěji zmiňovanou problematikou těchto služeb jsou nedostatečné kapacity, nedostatek personálu v přímé péči a nedostatek financí na provoz.<sup>2</sup>

Do budoucna existuje předpoklad ještě většího navýšení finančních prostředků a to z důvodu změn v demografickém vývoji obyvatel ČR. Dle údajů ČSÚ: „*Osoby starší 65 let tvoří v současnosti přibližně jednu sedminu všech obyvatel, do roku 2050 by se podle střední varianty jejich podíl přiblížil až k jedné třetině, která by znamenala jejich absolutní počet skoro 3 mil., oproti dnešním 1,4 mil. Výsledkem vysoké varianty je dokonce překročení 3,3*

---

<sup>1</sup> JANEČKOVÁ, M., VEPŘKOVÁ, R. Integrace péče- reflexe stavu v ČR. Zpráva z výzkumu. [online]. 2017. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: [https://cello-ilk.fhs.cuni.cz/CEL-11-version1-vyzkumna\\_zprava\\_integrace\\_pece.pdf](https://cello-ilk.fhs.cuni.cz/CEL-11-version1-vyzkumna_zprava_integrace_pece.pdf)

<sup>2</sup> FRIEDRICH, L., Zdravotní péče v segmentu lůžkové péče v roce 2019 a dále z pohledu SZP ČR. [online]. 2018. Svaz zdravotních pojišťoven. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: [http://www.inmed.eu/prezentac\\_e/4\\_3.pdf](http://www.inmed.eu/prezentac_e/4_3.pdf)

*mil v horizontu projekce, nízká předpokládá s jejich počtem pod 2,7 mil.*“<sup>3</sup> Stárnutí populace s sebou do budoucna ponese zvyšující se nároky na péči o občany, kteří již nebudou schopni si sami vlastními silami zajistit péči. Z demografického hlediska stárnutí populace znamená zvyšování počtu osob ve věku nad 60 let oproti velikosti mladších věkových skupin na určitém území. Zvyšuje se tak podíl starších osob v populaci. V důsledku stárnutí populace vzniká nepoměr mezi ekonomicky aktivními obyvateli země a těmi neaktivními, závislými. Ekonomická náročnost provozu společnosti zůstává na bedrech ekonomicky aktivních.

Seniory lze považovat za nejpočetnější skupinu uživatelů zdravotních a sociálních služeb, jejich zájmy hájí Rada seniorů ČR, která poukazuje na zhoršující se postavení seniorů ve společnosti, na nedostatečnou výši penzí, která má vliv na dostupnost bydlení, léků a zdravotních pomůcek. Rada seniorů ve svém programu<sup>4</sup> prezentuje doporučení týkající se ochrany zdraví a zdravého stárnutí. Problematika psychicky nemocných seniorů cílí na podporu duševního zdraví ve stáří. Dále Rada seniorů doporučuje přijmout zákon o sociálně-zdravotních službách, který podpoří rozvoj geriatrické péče, za další významnou část péče o seniory považuje rozvoj terénních pečovatelských služeb a služeb paliativní péče.

První den v měsíci říjnu je celosvětově uznáván jako Mezinárodní den seniorů, k tomuto dni loni vydalo MPSV společně s Ministerstvem financí prohlášení o udržitelnosti důchodového systému a sociálních služeb v ČR. Dle Ministerstva financí není současný systém financování důchodů a sociálních služeb dlouhodobě udržitelný, do budoucna bude nezbytné prosadit reformu financování, jelikož: „*Roční výdaje na sociální služby a příspěvky na péči by se do poloviny století mohly zvýšit z nynějších asi 45 miliard na 580 miliard korun.*“<sup>5</sup> MPSV vidí řešení v nových odvodech na péči, na kterých by se spolupodílel občan a jeho zaměstnavatel podobně jako je tomu v současnosti u sociálního pojištění. Také upozorňuje na vyšší míru finanční spoluúčasti občanů a jejich rodin na úhradě za pobyt v domovech pro seniory.

Důsledky stárnutí populace lze spatřovat nejen v nárůstu výdajů na zdravotní a sociální péči,

---

<sup>3</sup> Projekce obyvatelstva České republiky. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20538390/4025rra.pdf/9142790b-9517-463c-860b-8fc78897f30d?version=1.0>

<sup>4</sup> Střednědobý program Rady seniorů České republiky na léta 2017 – 2021. [online]. 2017. Rada seniorů české republiky. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <http://www.rscr.cz/wp-content/uploads/2017/05/Program-RS-C%CB%87R-na-4.pdf>

<sup>5</sup> Bez reformy je systém penzí neudržitelný, tvrdí ministerstva financí a práce. [online]. 2018. Česká televize. ČT 24. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/ekonomika/2610215-bez-reformy-je-system-penzi-neudrzitelny-tvrdi-ministerstva-financi-a-prace>

ale také ve změnách na trhu práce, kdy do budoucna bude zapotřebí většího množství personálu v pomáhajících profesích. Ani bytové politice se důsledky stárnutí populace nevyhnu, v současnosti tvoří seniorky početnou skupinu osaměle žijících osob a to z důvodu vyšší délky dožití než u mužů. Jak také dokládá publikace Život žen a mužů v Evropě zpracovaná na základě sebraných dat členských zemí EU, podíl starších žen žijících samostatně (40,1%) byl dvakrát vyšší než mužů (19,7%). Publikace také uvádí rozdíl v očekávané délce života mužů a žen, kdy ženy ve všech členských státech žijí déle než muži.<sup>6</sup>

Za dalším růstem nákladů na péči stojí také zvyšující se ceny zdravotních výkonů, které vykazují poskytovatelé služeb zdravotním pojišťovněm a profesionalizace péče. Personální zázemí v těchto službách tvoří lékaři, zdravotní sestry, jiní nelékařští pracovníci, ošetrovatelský personál, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Pracovníci musí dokládat odbornou způsobilost pro výkon povolání v těchto službách, odbornost a výše vzdělání mají vliv na jejich finanční ohodnocení. Finanční ohodnocení pracovníků ve zdravotních a sociálních službách je řešeno dlouhodobě navyšováním platů, přesto přetrvává nedostatek personálu pro přímou péči u obou služeb. Nepříliš často se hovoří o rozšiřování kompetencí zdravotních sester, zvláště ve srovnávání s jinými Evropskými zeměmi mají tuzemské sestry méně kompetencí pro samostatnou práci. V rozšíření kompetencí sester lze spatřovat jistý potenciál do budoucna. Pracovníky v přímé péči považují za základní stavební kámen služeb, jsou v nejužším kontaktu s uživateli služeb, mají jejich důvěru a největší přehled o jejich potřebách. Dle mého mínění mají linioví pracovníci ve zdravotních a sociálních službách významné postavení, proto je ve své práci považují za hlavní zdroj informací, které pomohou hledat silné a slabé stránky stávajícího systému péče, který povede k jejich inovaci prostřednictvím integrace služeb.

Aby bylo možné i s omezenými zdroji zachovat důstojný život lidem, spoléhajícím na pomoc druhých, je třeba vytvářet taková opatření, která do budoucna podpoří efektivitu péče a zároveň zachovají její kvalitu. Za jedno z takových opatření považují právě integraci zdravotních a sociálních služeb. Jedná se o vytvoření kontinua mezi dvěma druhy služeb. Holistický přístup v medicíně a ošetrovatelství měl vliv na rozvoj přístupu ke klientům jako celku. Tento komplexní přístup k pacientům přinesl změnu ve vnímání lidských potřeb

---

<sup>6</sup> Život žen a mužů v Evropě. Statistický obraz. [online]. 2017. Český statistický úřad. Eurostat. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/staticke/cz/app\\_estat/zeny\\_muzy/CZ\\_CS\\_womenmen\\_core\\_v1.0/bloc-1a.html?lang=cs](https://www.czso.cz/staticke/cz/app_estat/zeny_muzy/CZ_CS_womenmen_core_v1.0/bloc-1a.html?lang=cs) Long-term Care. [online]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

ovlivněných nemocí. Provázanost potřeb zdravotních a sociálních je zvláště patrná u dlouhodobě nemocných klientů, proto za účelem zachování kvality péče nelze od sebe tyto dvě části péče již oddělovat.

Právě z tohoto důvodu OECD podporuje program rozvoje Long term care LTC, který zahrnuje péči o sociální potřeby jedince společně s potřebami zdravotními. OECD se odkazuje na stárnutí populace a nárůst počtu některých diagnóz jako např. demence, které člověka činí závislým na pomoci druhé osoby na dlouhou dobu.<sup>7</sup> Tématu dlouhodobé péče se v ČR věnuje geriatrická společnost, která specifikuje potřeby dlouhodobě nemocných, definuje kritéria soběstačnosti a nesoběstačnosti ve stáří, neopomíjí vliv demografického vývoje společnosti na budoucí náklady spojené s poskytováním služeb nemohoucím osobám.

V současnosti je přijetí jedince do zařízení poskytující jemu adekvátní péči velmi často podmíněno kapacitou lůžek. Nárůst počtu osob vyžadujících kombinaci služeb a s ním spojený nárůst nákladů na péči byl v minulosti reflektován zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb. Tento zákon v § 52 definuje sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, jako jsou např. oddělení sociálních lůžek. Zdravotní služby naopak mohou být poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb, je tomu tak v případě, že tyto zařízení mají uzavřenou smlouvu o poskytování péče se zdravotní pojišťovnou. Nejčastěji jsou to Domovy pro seniory.

Péče vyžadující kombinaci služeb může být poskytována pobytovými službami či terénními. V současnosti je více podporován trend péče poskytované klientům v jejich domácím prostředí. Tento trend je prosazován mimo jiné i za účelem rozložení nákladů na péči mezi stát a rodinu. V případě, že se jedinec rozhodne využít služeb domácí péče a vrátit se do vlastního sociálního prostředí, má možnost čerpat příspěvek na péči ve výši, která je dána stupněm závislosti žadatele. Na poli podpory neformální péče dochází ke změnám ve prospěch pečujících rodin. V posledních letech došlo k navyšování částek příspěvku na péči, dále bylo prosazeno zavedení dlouhodobého ošetrového, což je nová dávka nemocenského pojištění, která slouží jako podpora rodinám pečujícím o svého člena, který se vrací do domácího prostředí po hospitalizaci kvůli závažnému onemocnění či úrazu.

Podporu neformální péče lze posilovat rozvojem komunitní péče. Komunitní péči lze definovat jako ucelené spektrum zdravotní a sociální péče a jiných služeb poskytovaných

---

<sup>7</sup> Long-term Care. Key issues in long term care policy. [online]. 2018. OECD. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

občanům na území obce. Role obce je v tomto případě velmi důležitá, jelikož se podílí na utváření podmínek pro rozvoj a fungování zdravotní a sociální péče na svém území. Rozvinutý systém komunitní péče je úspěšně realizován v Nizozemí. Buurtzorg model jsou služby domácí péče, které vnímají klienta jako celistvou bytost vyžadující komplexní péči a individuální přístup.<sup>8</sup> Také současná vláda ve svém programovém prohlášení podporuje rozvoj komunitní péče. „Připravíme koncepci dlouhodobé péče s cílem podpořit domácí péči a posílíme smluvní volnost mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče v mantinelech stanovených zákonem a pod kontrolou státu.“<sup>9</sup> Programové prohlášení vlády týkající se zdravotnictví dále uvádí jako prioritu podporu primární péče, prevence a zdravého životního stylu občanů. Vláda vnímá chronická onemocnění a stárnutí populace jako hrozbu, které musí české zdravotnictví čelit.

Téma integrace zdravotních a sociálních služeb považují za aktuální, mnoho let její věnována pozornost obou resortů, avšak dosud nedošlo k prosazení žádného zásadního rozhodnutí, které by přestalo oddělovat část zdravotní a část sociální v přímé péči. Zájem řešit problematiku kombinované zdravotní a sociální péče je jak na úrovni poskytovatelů služeb a jejich uživatelů, ale je to taktéž téma řešené na celostátní a celoevropské úrovni. V polovině roku 2018 se na MZ konala schůzka expertů WHO s ministrem Vojtěchem a jeho náměstkou, při které zaznělo, že po vzájemné dohodě bude WHO spolupracovat s Českou republikou na rozvoji primární péče a integraci zdravotních a sociálních služeb. ČR tak chce při spolupráci využít zkušeností organizace působící po celém světě.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Buurtzorg International - Official Site. [online]. 2018. Buurtzorg.[cit. 2018-10-25]. Dostupné z: Buurtzorg <https://www.buurtzorg.com/>

<sup>9</sup> Programové prohlášení vlády. [online]. 2018. Vláda České republiky. [cit. 2018-11-05]. <https://www.vlada.cz/cz/jednani-vlady/programove-prohlaseni-vlady-162319/#Zdravotnictvi>

<sup>10</sup> Experti světové zdravotnické organizace navštívili Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. 2018. Medical Tribune CZ. [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/43545-experti-svetove-zdravotnicke-organizace-navstivili-ministerstvo-zdravotnictvi-cr>



## 2 Teoretická východiska

Pro zdravotní a sociální služby je společné, že jejich činnost je vykonávána pracovníky, kteří jsou v přímém kontaktu s uživateli služeb. Role pracovníků ve zdravotních a sociálních službách je velmi náročná, důraz je kladen na jejich komunikační dovednosti, ale také na odborné znalosti a dovednosti. Často jsou vystaveni různým konfrontacím jak ze strany uživatelů a jejich rodin tak také ze strany svých nadřízených. Pracovníci v těchto službách získávají od klientů velké množství informací o jejich soukromí, v mnoha případech řeší velmi intimní problémy a zvláště při poskytování přímé péče je nezbytná vzájemná důvěra a respekt. Linioví pracovníci ve zdravotních a sociálních službách mají moc rozhodovat, volnost v rozhodování s sebou přináší i váhu odpovědnosti za každý případ, kterému se pracovník věnuje. Služby poskytované napříč zdravotním a sociálním systémem jsou poskytovány různými pracovníky, jejichž odborné zaměření se liší, poradenská činnost či administrativní klade na pracovníky jiné nároky, než kterým jsou vystaveni pracovníci v přímé péči. Ve své práci se zaměřuji na liniové pracovníky právě proto, že mají k uživatelům služeb nejbližší a v procesu integrace služeb tak hrají velmi významnou roli.

### 2.1 Byrokracie

Pro fungování služeb je kromě zaměstnanců zapotřebí mít stanovené postupy a pravidla, která jsou z velké části dána legislativou. Poskytování zdravotních a sociálních služeb podléhá rozsáhlé legislativě, která určuje podmínky, zásady, postupy, druhy a formy péče. Celý aparát služeb je velmi složitý, vyžaduje jasně vymezená pravidla, systém kontrol a nezbytná je taktéž hierarchie jednotlivých pracovníků. Zdravotní a sociální služby jsou spravovány organizacemi, v jejichž řízení se uplatňují principy byrokracie.

Byrokracie je představována jako uspořádání osob a funkcí v organizaci do nějakého hierarchického systému nadřízenosti a podřízenosti. Dle Webera jsou známkami byrokracie: „*uspořádaný systém pravidel, hierarchicky členěný neosobní řád, ve kterém jsou jasně rozděleny kompetence a přiřazeny funkce, přesně definovány povinnosti a odpovědnosti. V hierarchické pyramidě jsou podřízení odpovědní ze své činnosti nadřízeným.*“<sup>11</sup> Weberova analýza byrokracie klade důraz na formální vztahy v rámci organizace. Složitost systému poskytování služeb a množství aktérů podílejících se na jejich realizaci přispívají k rozvoji

---

<sup>11</sup> JANDOUREK, J. Úvod do sociologie. Praha: Portál, 2009. s. 88. ISBN 978-80-7367-644-5.

byrokracie, ačkoliv je soustavně kritizována. Rozdělení kompetencí, odpovědnosti a stanovení kontrolních pravidel je v byrokratickém aparátu samozřejmostí. Autonomie při rozhodování jedince je eliminována nastavenými pravidly. Horák představuje byrokracii reprezentovanou státními i nestátními organizacemi jako: „ (...) „svět předpověditelnosti a efektivity“, ve kterém vedoucí a manažeři organizací kontrolují ty, kteří vytvářejí statky a služby. Produkce a distribuce statků a služeb je zde plánována a kontrolována administrativou velkých organizací. Každá z nich (ať již soukromá, či veřejná) je ovládána na základě sady organizačních pravidel. Ta ustavují jednak kvalifikaci pracovníků zaměstnaných k vykonávání různých prací a zároveň definují jejich povinnosti.“<sup>12</sup>

Jak uvádí Keller Weberovým přesvědčením je, že byrokratizace správního systému je nezbytným doprovodným jevem moderních masových demokracií v protikladu k demokratické samosprávě malých, sociálně homogenních celků minulosti. Dále Weber za podstatné pro formování byrokracie považuje rozvoj peněžního hospodářství, existence výběru daní umožnila poskytovat úředníkům stálý plat.<sup>13</sup>

Byrokracie je častým cílem kritiky nejen ze strany občanů, kterým leckdy komplikuje život, ale také ze strany odborné veřejnosti. Byrokracii bývá často vytýkáno velké množství pravidel a kumulace moci v rukou úředníků. V současnosti jsou také úředníci pod drobnohledem kvůli konfliktům zájmů, klientelismu a protekcionismu. Legislativa upravuje působení úředníků zákonem č. 312/2002 Sb., zákon o úřednících územních samosprávných celků, dále zákon č. 234/2014 Sb., o státní službě nařizuje úřednickou zkoušku.

## 2.2 Teorie liniových pracovníků

Lipsky se ve své práci Street Level Bureaucracy zabývá řadovými zaměstnanci a jejich rolí ve státních organizacích. „Street-level byrokraté“ představují všechny ty pracovníky veřejných služeb, kteří při výkonu své práce jednají přímo s občany a mají poměrně rozsáhlou svobodu v rozhodování (diskreci), kterou využívají při řešení konkrétních problémů. Kromě sociálních pracovníků, kteří jsou předmětem našeho zájmu, je možné za

---

<sup>12</sup> HORÁK, P., HORÁKOVÁ, M. Role liniových pracovníků ve veřejné politice. [online]. 2009. Praha: Sociologický ústav AV ČR, Sociologický časopis. [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: [http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6857/ssoar-2009-2-horak\\_et\\_al-role\\_liniovych\\_pracovniku\\_ve\\_verejne.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6857/ssoar-2009-2-horak_et_al-role_liniovych_pracovniku_ve_verejne.pdf?sequence=1)

<sup>13</sup> KELLER, J. Sociologie organizace a byrokracie. Vyd.2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-74-8.

*street-level byrokraty považovat i „učitele, policisty a další zákon prosazující zaměstnance, soudce, právníky a jiné zaměstnance soudů, zdravotníky a další státní zaměstnance, kteří mají přístup k vládním programům a poskytují v jeho rámci služby“<sup>14</sup>*

### 2.2.1 Principy jednání liniových pracovníků

Lipsky ve své práci rozděluje jednotlivé liniové pracovníky do skupin podle jejich jednání s klienty. Horák ve své publikaci vycházející z Lipskyho Street-Level Bureaucracy uvádí, že: „Prvním typem je **byrokratické**, neosobní chování, které se vyznačuje dodržováním předem stanovených zákonných a organizačních pravidel a norem. Na straně druhé můžeme identifikovat **profesionální**, na životní situaci klienta zaměřené individuální chování. To spočívá v dodržování norem dané profese, které mohou být vůči pravidlům organizace či zákona v protikladu.“<sup>15</sup> V odborných publikacích je dále popisován třetí typ jednání, který je kombinací profesionálního a byrokratického stylu jednání s klienty tzv. **byroprofesionalismus**. „Předpokládá se, že byrokratická administrativa na jedné straně zaručí sociální nestrannost institucí sociální politiky a profesionalismus na straně druhé zajistí využití hodnotných znalostí v průběhu poskytování jednotlivých služeb veřejnosti. Nejde přitom ani o čistý autonomní profesionalismus ani o převládání principu byrokratické hierarchie, ale o spojení obou prvků.“<sup>16</sup>

Klíčové při rozlišování jednotlivých přístupů je vnímání autonomie a nastavených norem a pravidel jednotlivými pracovníky. Význam autonomie převažuje u profesionálů, kteří ji považují za základní podmínku nezbytnou při jednání s klienty. Profesionálové na základě osobní odpovědnosti vyplývající z jejich dosavadních zkušeností a kompetencí, jednají s klienty s cílem dosáhnout nejlepšího možného stavu i za podmínek využití neformálních způsobů jednání. Naopak byrokraté se striktně drží formálních pravidel, které jsou dány organizační strukturou, stanovenými normami, které jsou často podmíněny zákonem. Z toho lze usuzovat, že flexibilita profesionálů při jednání s klienty bude větší oproti byrokratům. Oba přístupy vycházejí z odlišných principů, proto mezi nimi může docházet ke konfliktům. Profesionálové podléhají kontrole ve vzájemné interakci s kolegy, za vhodnou metodu lze

---

<sup>14</sup> HORÁK, P., HORÁKOVÁ, M. Role liniových pracovníků ve veřejné politice. [online]. 2009. Praha: Sociologický ústav AV ČR, Sociologický časopis. [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: [http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6857/ssoar-2009-2-horak\\_et\\_al-role\\_liniovych\\_pracovniku\\_ve\\_verejne.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6857/ssoar-2009-2-horak_et_al-role_liniovych_pracovniku_ve_verejne.pdf?sequence=1)

<sup>15</sup> tamtéž

<sup>16</sup> tamtéž

považovat supervizi. U profesionálů je taktéž nezbytná sebereflexe, která je podmíněna jejich autonomií. Byrokraté podléhají kontrole dané organizační strukturou, tato hierarchie se nejčastěji děje prostřednictvím kontroly ze strany nadřízených k podřízeným pracovníkům. Profesionálové využívají při jednání s klienty svých dovedností a znalostí, které získali profesní přípravou. Tyto znalosti jim umožňují lépe reflektovat individuální potřeby svých klientů. Byrokraté dodržují formální pravidla a procedury dané zákony a nařízením organizací, které potlačují jejich vlastní úsudek.

### 2.2.2 Faktory ovlivňující rozhodování liniových pracovníků

Dle Lipskyho existuje mnoho faktorů, které ovlivňují rozhodování liniových pracovníků, tyto pracovníci se pohybují ve společnosti svých kolegů, klientů, jsou v interakci s pracovníky z jiných organizací a podléhají kontrole svých nadřízených. Jejich pracovní podmínky ovlivňuje organizace, pro kterou pracují, komunita, ve které služby poskytují a legislativa, která dává legitimitu poskytovaným činnostem.

**Vlastnosti jednotlivých pracovníků** hrají významnou roli při poskytování zdravotních a sociálních služeb. Od pracovníka v těchto službách se očekává, že bude komunikativní, organizačně zdatný, schopný se rozhodovat a nést odpovědnost za poskytovanou péči. Empatie, laskavost a trpělivost patří mezi osobnostní předpoklady pro výkon povolání ve zdravotních a sociálních službách.

Liniový pracovník je ve většině případů součástí týmu, **kolegové a pracovníci z jiných organizací** mají taktéž vliv na jeho jednání, jsou ve vzájemné interakci, předávají si zkušenosti, vzájemně se ovlivňují. I tento faktor nelze opominout stejně jako vliv **kontroly**, jak již bylo zmíněno u obou druhů liniových pracovníků se druh kontroly liší. Lipsky dokládá, že kontrola liniových pracovníků je obtížná a to právě z důvodu jejich čteného a bezprostředního kontaktu s klienty a mírou jejich autonomie, která jim dává moc rozhodovat.

Kolektiv spolupracovníků se sdružuje ve větší organizaci, která má své cíle a kulturu. Pro liniové pracovníky je důležitá motivace, kterou lze podporovat, stanovením si splnitelných **cílů**. Zázemí je pro pracovníky vytvářeno **kulturou organizace**, tato kultura určuje co je a co není přijatelné při poskytování služeb klientům. Ve zdravotních a sociálních službách se za tímto účelem používají kodexy, které obsahují normy a etické přístupy při poskytování péče.

Kompetence liniových pracovníků ve zdravotních a sociálních službách jsou dány **legislativou**. Zákony a vyhlášky ve zdravotních a sociálních službách určují hierarchii a odpovědnost jednotlivých pracovníků, pravidla pro poskytování péče a také určují systém **kontrol** a doporučení pro poskytování bezpečných služeb.

Dalším velmi důležitým faktorem ovlivňujícím působení liniových pracovníků je koncový uživatel, **klient**. Vzájemná interakce mezi pracovníkem a klientem vytváří atmosféru spolupráce, motivuje pracovníka k individuálnímu přístupu ke klientovi a podporuje jeho flexibilitu v řešení individuálních potřeb klienta a jeho rodiny.

### 2.2.3 Význam pracovních podmínek liniových pracovníků

Lipsky dále ve své teorii poukazuje na význam pracovních podmínek liniových pracovníků, které významně ovlivňují jejich působení ve službách. Za závažné považuje **nedostatečné zdroje**, zvláště zdůrazňuje nedostatek času a informací. S nedostatečnými zdroji souvisí **rostoucí poptávka po službách**, Lipsky potvrzuje skutečnost, že s rozšířením veřejných služeb roste jejich využívání, klienti budou požadovat stále více informací a služeb, což v samotném důsledku vede ke zlepšení podmínek klientů i pracovníků. Avšak nelze opominout, že opatření prováděná za účelem podpory služeb jako např. prodlužování doby poskytované služby ne vždy vede k jejímu zlepšení, stejně jako navyšování finančních prostředků by mělo být spíše použito na doplňkové služby. Dále si Lipsky pokládá otázku, zdali podstatné zvýšení veřejných rozpočtů může snížit pracovní zatížení a tlaky na pracovníky natolik, aby se to dotklo způsobu práce s klienty, pokud jiné pracovní podmínky zůstávají stejné.<sup>17</sup>

Podle Lipskyho (1980) jsou **nejasné, nejednoznačné či protichůdné cíle** stanovené organizací dalším zásadním problémem při poskytování služeb stejně jako **obtížně měřitelné až neměřitelné výkony pracovníků** v těchto službách.<sup>18</sup> Významnou roli hraje také **nedobrovolnost klientů**, motivace klientů ke spolupráci má významný vliv na konečnou efektivitu poskytované péče. Ve zdravotních a sociálních službách lze předpokládat, že většina uživatelů služeb vzhledem ke svému zhoršenému zdravotnímu

---

<sup>17</sup> RAŠOVSKÝ, M. Vliv pracovních podmínek na rozhodování pracovníků kontrolního oddělení státní správy. 2009. Magisterská diplomová práce. Masarykova Univerzita Brno. Fakulta sociálních studií

<sup>18</sup> LIPSKÝ, M., Street-Level bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public services. [online]. 2018. Masarykova univerzita Brno. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1423/jaro2018/SPR803/um/05\\_Lipsky.pdf](https://is.muni.cz/el/1423/jaro2018/SPR803/um/05_Lipsky.pdf)

stavu je dobrovolným klientem.

## 2.3 Implementace

Role liniových pracovníků je zvláště významná v procesu implementace politik zdola nahoru (bottom-up). Implementace veřejné politiky je Howlitem a Rameshem představována jako jedna z fází modelu veřejně politického procesu.<sup>19</sup> V této fázi se jedná o realizaci konkrétní veřejné politiky od jejího přijetí po dobu její platnosti. Implementace je podstatnou součástí procesu tvorby veřejných politik během, kterých se jednotlivé veřejné politiky formují vlivem prostředí a interakcemi se zúčastněnými aktéry. Potůček uvádí: „*Mluvíme-li o implementaci konkrétní politiky, máme na mysli vše, co nějakým způsobem souvisí s realizací cílů, které byly zformulovány ve fázi koncipování dané politiky, a to včetně výběru způsobů, prostředků, resp. nástrojů jejich realizace.*“<sup>20</sup>

Veselý a Nekola popisují implementaci jako cestu, na níž je nezbytné se vydat s konkrétními úmysly, které podpoří dosažení cíle navrhované veřejné politiky. „*Ve fázi implementace rozhodnutí, resp. politiky, se uvádí v život celkový záměr a cíl daného rozhodnutí za účelem dosažení žádoucích výsledků, naplňujících tento cíl.*“<sup>21</sup>

Pro realizaci veřejných politik v praxi je nezbytné vědět odkud kam, od koho ke komu budou delegovány dílčí úkony, kým budou řízeny a na jakém základě budou požadavky nezbytné pro naplnění cílů vymáhány. V odborné literatuře se setkáváme s různými teoretickými modely, které rozpracovávají podstatu jejich uplatňování v praxi.

Implementace založená na přístupu zdola nahoru (bottom-up), dala prostor lokálním aktérům, kteří jsou v první implementační linii. Jak dodává Potůček, tento model vyžaduje vyjednávání, spolupráci a důvěru zúčastněných aktérů, dále za nepřímé nástroje implementace považuje spontánnost, koordinaci a učení.<sup>22</sup> Vznik tohoto přístupu byl podmíněn kritikou nedostatečně definovaných politik, což mělo za následek selhávání při jejich zavádění. Tento přístup se zakládá na participaci těch, kteří jsou přímými vykonavateli opatření vycházejících z implementované policy.

Opakem je implementace založená na přístupu shora dolů (top-down), která je řízena

---

<sup>19</sup> RAŠOVSKÝ, M. Vliv pracovních podmínek na rozhodování pracovníků kontrolního oddělení státní správy. 2009. Magisterská diplomová práce. Masarykova Univerzita Brno. Fakulta sociálních studií

<sup>20</sup> POTŮČEK, M. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-86429-50-2.

<sup>21</sup> NEKOLA, M., VESELÝ, A. *Analýza a tvorba veřejných politik, přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007 ISBN 978-80-86429-75-5.

<sup>22</sup> POTŮČEK, M. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-86429-50-2.

„shora“, tedy z centra moci, stát (vláda) představuje hlavního regulátora. K zavádění veřejných politik do praxe se tak děje prostřednictvím úředních dokumentů. Na tomto přístupu stojí Autoritativní model implementace, který vyžaduje hierarchickou strukturu, uplatňuje direktivní řízení, plánování, kontrolu a odpovědnost. Pro tento přístup, jak uvádí Veselý s Nekolou, je nezbytné, aby politiky obsahovaly jasně definované cíle a politické nástroje, kterými lze dosáhnout stanovených cílů. V případě nedostatečně specifikovaných cílů politiky přístup shora dolů snadno selhává. Pro efektivní implementaci je dále nezbytné zajištění dostatečných kapacit zdrojů pro realizátory, zahrnující finanční a lidské zdroje, legální autority, autonomie a potřebné znalosti.<sup>23</sup>

## 2.4 Linioví pracovníci ve zdravotních a sociálních službách

### Lékař

Odbornou způsobilost k výkonu profese lékaře poskytující péči ve zdravotnickém zařízení definuje zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře a farmaceuta. V rámci specializačního vzdělávání získávají lékaři kompetence pro poskytování odborné péče v různých medicínských oborech. Pro rozvoj komunitní péče v obci je významné zvláště působení všeobecných praktických lékařů, kteří v obci zajišťují poskytování primární péče.

### Zdravotní sestra

Všeobecné zdravotní sestry nejčastěji působí v zařízeních poskytujících lůžkovou a ambulantní péči, uplatňují se také v zařízeních sociální péče a lze je také potkat v terénu při poskytování domácí péče. Současný vzdělávací systém sester zná také **praktickou sestru**, která se od všeobecné sestry liší mírou dosaženého vzdělání a z něj vyplývajících kompetencí. Při některých činnostech pracuje pod odborným dohledem všeobecné sestry. Za účelem získání znalostí a dovedností při poskytování zdravotní péče osobám v domácím prostředí se zdravotní sestry specializovaly v oboru komunitní ošetrovatelská péče. Absolventky, **komunitní sestry** působí jako poskytovatel primární, integrované a preventivní ošetrovatelské péče osobám ve vlastním sociálním prostředí, bez odborného

---

<sup>23</sup> NEKOLA, M., VESELÝ, A. Analýza a tvorba veřejných politik, přístupy, metody a praxe. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007 ISBN 978-80-86429-75-5.

dohledu smí komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci jedince či skupiny z hlediska koordinace poskytované zdravotní a sociální péče, dále může komplexně analyzovat zdravotní a sociální situaci pacientů a osob blízkých z hlediska ošetrovatelské péče a poskytovat poradenské služby. Tato specializace je v současnosti nahrazena specializačním oborem Sestra pro domácí a hospicovou péči a Sestra pro péči v geriatрии.<sup>24</sup> Ke změnám došlo na základě spolupráce MZ a profesních sdružení, odborných společností, odborových organizací a zástupců vzdělávacích zařízení, které původní obsah specializačního programu komunitního ošetrovatelství již považují za nevyhovující. Odborníky je tato problematika vnímána jako velmi rozsáhlá, proto na jejich doporučení došlo k rozdělení do dvou oborů, tak aby vzdělávání nebylo příliš obecné, ale více zaměřené na konkrétní péči. Změny reflektují důsledky stárnutí populace a vysoký podíl chronicky nemocných lidí v ČR oproti jiným zemím EU.<sup>25</sup>

Sestra se specializací v oboru **Domácí a hospicová péče** bude zvládat poskytovat domácí péči u dlouhodobě nemocných pacientů a u pacientů nevyлéčitelně nemocných včetně hospicové péče pacientům v terminálním stavu.

Sestra se specializací v oboru **Ošetrovatelská péče v geriatрии** bude zajišťovat péči geriatrickým pacientům s postižením pohybového aparátu s onemocněním neurologickým, psychiatrickým, endokrinologickým a jiným.

Dle mého mínění rozdělení oboru komunitní sestry na dvě specializace, snížilo význam komunitní sestry jako case managera. Ačkoliv i tyto specializace ve svém důsledku nebrání uplatnění sester na poli plánování komunitních služeb v obci, původní obecnější zaměření komunitní sestry spíše podporovalo její význam při rozvíjení komunitní péče. Změny provedené v profesní působnosti komunitní sestry oslabily její význam pro tuto diplomovou práci.

## **Ošetrovatel**

Za další významnou postavu ošetrovatelského týmu považují ošetrovatele, kteří svou odbornost a kompetence získávají absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetrovatel. Činnost ošetrovatelů taktéž jako u zdravotních sester vychází

---

<sup>24</sup> Návrh nařízení vlády. [online]. 2018. Úřad vlády České republiky. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/veklep-detail?pid=KORNAY6D974D>

<sup>25</sup> Komunitní sestru nahradí geriatrická sestra a sestra pro domácí péči. [online]. 2018. Revue pro sociální politiku a výzkum. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/07/komunitni-sestru-nahradi-geriatricka-sestra-a-sestra-pro-domaci-a-hospicovou-peci/>



z vyhlášky č. 55/2011 Sb. Tato vyhláška specifikuje základní ošetrovatelskou péči, která je ošetrovateli poskytována, jedná se o takovou péči, která je poskytována: „ *pacientům, kterým jejich zdravotní stav nebo léčebný a diagnostický postup umožňuje běžné aktivity denního života, jejichž riziko ohrožení základních životních funkcí, zejména dýchání, krevního oběhu, vědomí a vylučování, je minimální, a kteří jsou bez patologických změn psychického stavu, pokud není dále uvedeno jinak, (...)*“<sup>26</sup> Pod přímým vedením všeobecné sestry, asistuje při odborných výkonech. Má znalosti a dovednosti, které využívá při ošetrovatelské péči uspokojující biologické, psychologické a sociální potřeby pacientů. Pracují se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení. Podílí se, pod přímým vedením všeobecné sestry, na neodkladné, léčebné, diagnostické, rehabilitační a paliativní péči.<sup>27</sup>

### **Zdravotně-sociální pracovník**

Na pomezí zdravotních a sociálních služeb stojí zdravotně-sociální pracovník, který se zaměřuje na péči zajišťující sociální potřeby pacientů. Provádí sociální prevenci, depistážní činnost, provádí sociální šetření, posuzuje životní situaci pacienta ve vztahu k onemocnění, navrhuje sociální opatření a zajišťuje sociálně právní poradenství.<sup>28</sup>

### **Nelékařští zdravotní pracovníci**

Tyto profese specifikuje zákon č. 96/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Ve zdravotních službách pracují kromě všeobecné a praktické sestry, ošetrovatelky a zdravotně-sociálních pracovníků také ergoterapeuti, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti, kliničtí psychologové a logopedi. Tyto specialisté mají zvláštní význam při poskytování multidisciplinární péče. Znalosti a dovednosti každého specialisty se zaměřují na specifickou potřebu jedince, pokud dojde k propojení a návaznosti všech odborností je klientovi poskytnuta komplexní péče.

---

<sup>26</sup> Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

<sup>27</sup> Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu. [online]. 2018. MZČR. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/18118058-Vzdelavaci-program-akreditovaneho-kvalifikacniho-kurzu-osetrovatel.html>

<sup>28</sup> Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

## **Sociální pracovník**

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 část 8. specifikuje povolání sociálního pracovníka. „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“<sup>29</sup> Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je zdravotní, morální a odborná způsobilost.

## **Pracovník v sociálních službách**

Pracovník v sociálních službách vykonává přímou obslužnou péči o osoby v zařízeních sociálních služeb, která spočívá v pomoci při osobní hygieně, oblékání, manipulaci s pomůckami a prádlem. Podporuje nácvik jednoduchých denních činností, rozvíjí samostatnost klientů. Organizuje volnočasové aktivity a vytváří společenské kontakty. V terénu provádí pečovatelskou činnost v přímém styku s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, vykonává komplexní péči o jejich domácnost, provádí osobní asistenci a zabezpečuje komplexní koordinovanou pečovatelskou činnost. Pod vedením sociálního pracovníka provádí sociální depistáž. Odbornou způsobilost k výkonu povolání pracovníka v sociálních službách lze získat absolvováním akreditovaného kvalifikačního kursu.

## **Sociální pracovník Úřadu práce**

Pro vyřízení žádosti příspěvku na péči je nutné kontaktovat Úřad práce. Sociální pracovník Úřadu práce provádí sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí žadatele, během kterého se zaměřuje na zvládání běžných úkonů. Posuzuje, zdali je žadatel schopen si připravovat stravu, obléknout se, zvládá hygienu či péči o domácnost, dále se zaměřuje na zvládání chůze a komunikace. Zjištěné informace slouží jako podklad pro vypracování záznamu ze sociálního šetření, který se společně s nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb dokládá za účelem posouzení stupně závislosti žadatele okresní správě

---

<sup>29</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. 2018. MPSV. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

sociálního zabezpečení.<sup>30</sup>

### 3 Integrace

Termín integrace se ve veřejném sektoru objevuje poměrně často, asi nejznámější je jeho spojení se záchranným systémem, který má v Čechách letitou tradici a jeho funkčnost se prezentuje při každé větší nehodě s větším počtem účastníků. Hasičský záchranný sbor definuje integrovaný záchranný systém jako: „*efektivní systém vazeb, pravidel spolupráce a koordinace záchranných a bezpečnostních složek, orgánů státní správy a samosprávy, fyzických a právnických osob při společném provádění záchranných a likvidačních prací a přípravě na mimořádné události. Tak aby stručně řečeno „nikdo nebyl opomenut, kdo pomoci může a vzájemně si nikdo z nich nepřekážel.“*<sup>31</sup> Základními složkami integrovaného záchranného systému jsou hasiči, policie a zdravotní záchranná služba, její činnost vymezuje zákon o integrovaném záchranném systému č. 239/2000 Sb. Důvodem pro vznik integrovaného záchranného systému byla každodenní spolupráce složek při řešení událostí jako havárie, dopravní nehody, požáry. Nezbytnost spolupráce dala za vznik systému koordinovaných činností. Jednotlivé složky mají vlastní náplň práce, liší se jejich pravomoci a vybavení. Aby systém fungoval v praxi, bylo nezbytné zajistit vzájemnou komunikaci, stanovit postupy a hierarchii zasahujících složek.

Integrace zdravotních a sociálních služeb se od záchranného systému liší v mnoha ohledech, kombinace služeb zdravotních a sociálních se týká spíše následné a dlouhodobé péče. Podstata však zůstává stejná, cílem je zajistit propojení a návaznost jednotlivých segmentů péče, s cílem dosáhnout přínosu např. ve zvýšení kvality a efektivity péče, snížení či rozložení nákladů na péči, zajištění dostupnosti péče v zařízeních či v domácím prostředí.

Integraci týkající se poskytování zdravotních a sociálních služeb odborná literatura popisuje jako: „*systematickou snahu o propojení a spolupráci uvnitř a mezi sektory léčby a péče skrze zajištění vazeb a plynulého přechodu pacientů v různých místech a fázích kontinua péče, tj.*

---

<sup>30</sup> Příspěvek na péči. [online]. 2018. MPSV. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

<sup>31</sup>Integrovaný záchranný systém. [online]. 2018. Hasičský záchranný sbor. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranný-systém.aspx>

*mezi primární/sekundární a specializovanou péčí, mezi ambulantní, domácí zdravotní, komunitní a institucionální péčí a mezi akutní péčí, dlouhodobou péčí a sociálními službami apod. za účelem dosahování lepších výsledků (klinických výsledků, zkušenosti, efektivity) a zkušeností pacientů.*“<sup>32</sup>

Proces integrace je dlouhodobou záležitostí, vyžaduje finanční a lidské zdroje. Nezbytná je vzájemná komunikace mezi jednotlivými profesemi a poskytovateli. Pro dosažení integrace je nezbytné vzájemné učení, společné přístupy a dohody.<sup>33</sup>

### **3.1 Druhy péče v poskytovaných službách**

Původní rozdělení péče na zdravotní, která je poskytována výhradně ve zdravotnickém zařízení a sociální, která je poskytována v pobytových zařízeních sociální péče se začala komplikovat s přibývajícím počtem dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, jejichž stav již nevyžadoval akutní lůžkovou péči, ale přesto nedosahoval takového zlepšení, aby se o sebe pacient postaral sám doma. Na opak v zařízeních poskytujících sociální péči dochází u klientů ke zhoršování zdravotního stavu z důvodu zhoršujícího se chronického onemocnění či pouze vlivem stáří, které na uživatele služeb doléhá. Vzájemné prohazování pacientů mezi jednotlivými zařízeními v závislosti na aktuálním stavu jedince, lze prostřednictvím integrace služeb řešit a v závěru lze očekávat zvýšený komfort klienta společně se zvýšenou efektivitou poskytovaných služeb. Také v terénu fungují na sobě nezávislé služby zaměřující se na zdravotní či sociální služby, avšak v rámci poskytování terénních služeb došlo k posunu a to především díky vzniku Center zdravotní a sociální péče, které poskytují svým klientům současně obě péče.

---

<sup>32</sup> JANEČKOVÁ, M., VEPŘKOVÁ, R., Integrace péče- reflexe stavu v ČR. [online]. 2016. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: [https://www.cello-iloc.fhs.cuni.cz/CEL-144-version1-vyzkumna\\_zprava\\_integrace\\_pez\\_e.pdf](https://www.cello-iloc.fhs.cuni.cz/CEL-144-version1-vyzkumna_zprava_integrace_pez_e.pdf)

<sup>33</sup> Souhrnný dokument. Analýza a následná syntéza všech existujících dokumentů k LTC a reflexe připravované nebo realizované změny v souvisejících segmentech. [online]. 2015. MPSV. Podpora procesů v sociálních službách. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <http://www.podporaprocessu.cz/wp-content/uploads/2013/01/SOUHRNN%C3%9D-DOKUMENT-anal%C3%BDza-a-n%C3%A1sledn%C3%A1-synt%C3%A9za-v%C5%A1ech-existuj%C3%ADc%C3%ADch-dokument%C5%AF-k-LTC-a-reflexe-p%C5%99ipravovan%C3%A9-nebo-realizovan%C3%A9-zm%C4%9Bny-v-souvisej%C3%ADc%C3%ADch-segmentech.pdf>

### 3.1.1 Zdravotní péče

Zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění zajišťuje pojištěncům péči preventivní, diagnostickou, léčebnou, dispenzární, posudkovou, léčebně rehabilitační, lázeňskou léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou a paliativní. Péče je poskytována formou ambulantní, lůžkovou a terénní. Všechny formy nabízené péče specifikuje zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách.

**Následná lůžková péče:** *„je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí.“<sup>34</sup>*

**Dlouhodobá lůžková péče:** *„je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.“<sup>35</sup>*

**Paliativní péče** mírní bolest, ale neodstraňuje příčinu choroby je taková péče: *„jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.“<sup>36</sup>* Úhrada za tuto péči je specifikována v kapitole 720 vyhlášky 143/2018 Sb. obsahující seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, paliativní péči lze poskytovat službou domácí zdravotní péče, jejíž úhrada je popsána v kapitole 925, nebo ji lze poskytovat ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.

**Ošetrovatelské péče,** jejímž účelem je: *„udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s*

---

<sup>34</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<sup>35</sup> tamtéž

<sup>36</sup> tamtéž

*těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti.*“<sup>37</sup>

**Domácí péče** je nejčastěji indikována lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství. Péče je poskytována ve vlastním sociálním prostředí pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, lidem v terminálním stadiu života, lidem tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na pomoci druhé osoby.<sup>38</sup> Kapitola 925 vyhlášky 143/2018 Sb. obsahující seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami specifikuje úkony zdravotní sestry v domácí zdravotní péči. Jedná se o administrativní činnost, ošetrovací návštěvy, fyzické asistence při poskytování domácí zdravotní péče, vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí, odběry biologického materiálu, aplikaci ordinované parenterální terapie, léčbu bolesti, ošetření stomií, lokální ošetření, provádění klyzma, výplachů, laváží, ošetřování a zavádění permanentních katétrů, aplikaci inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.v., i.m., a jiné, nácvik a zaučování aplikace inzulínu, péči o pacienty v terminálním stavu.<sup>39</sup>

V souvislosti s poskytováním domácí péče, byla konfrontována Všeobecná zdravotní pojišťovna Českou asociací sester z důvodu nastavení bonusového Programu AKORD. V dopise odeslaném na MZ ČAS upozorňuje na to, že jedním z bodů Programu AKORD je finanční bonifikace praktických lékařů, v případě, že nepřekročí limit tzv. započitatelné péče. Do započitatelné péče spadá také domácí zdravotní péče kapitola 925, ČAS se domnívá, že prostřednictvím programu dochází k vytváření tlaku na lékaře, kteří jsou tak v zájmu splnění podmínek pro získání finanční odměny, motivováni k úsporám. V řadě případů tak dochází ze strany praktických lékařů k omezování předepisování domácí péče klientům, kteří na ní mají nárok.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> tamtéž

<sup>38</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

<sup>39</sup> Vyhláška 143/2018 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-143>

<sup>40</sup> Přípis ČAS- program AKORD. [online]. 2018. Česká asociace sester. Sekce domácí péče. [cit. 2018-12-10].

Dostupné z: [https://casdp.cz/\\_files/200000164-7dab28dae/P%C5%99%C3%ADpis%20%C4%8C%C5%A0%20program%20AKORD\\_k.pdf](https://casdp.cz/_files/200000164-7dab28dae/P%C5%99%C3%ADpis%20%C4%8C%C5%A0%20program%20AKORD_k.pdf)

**Primární péče** je zákonem o zdravotních službách definována jako ambulantní péče: „jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel.“<sup>41</sup> Praktický lékař bývá velmi často první osobou, která je kontaktována jedincem se zdravotními potížemi, které mají vliv na zvládnání běžných činností. V pravomoci praktického lékaře je předepisovat potřebné zdravotní pomůcky, posuzovat zdravotní způsobilost pro čerpání příspěvku na péči a taktéž ze své působnosti potvrzuje poukazy pro domácí péči a vyjadřuje se k žádostem o sociální pobyt jedince v zařízeních sociální služeb. Při nastavování dlouhodobé péče u klientů s kombinací zdravotních a sociálních potřeb se v současnosti prosazuje medicínský **obor geriatric**. Specializační vzdělávání v oboru geriatric se zaměřuje na komplexní péči o osoby ve vyšším věku, kombinuje znalosti z mnoha medicínských oborů. Specialista v geriatric má být schopen: „zhodnotit zdravotní stav a sociální situaci pacienta, navrhnout a realizovat efektivní diagnostické a terapeutické postupy a preventivní opatření. Vzhledem k obvyklé polymorbiditě, interdisciplinárnímu charakteru zdravotních poruch a postižení ve vyšším věku musí mít geriatric dostatečně hluboké znalosti nejen z vlastního oboru, ale i dalších oborů – vnitřního lékařství, rehabilitačního lékařství, neurologie, gerontopsychiatric, ortopedie, včetně traumatologie, posudkového lékařství a dalších.“<sup>42</sup>

Další významnou odborností podílející se na integraci zdravotních a sociálních služeb v současnosti jsou **psychiatři**. V rámci reformy psychiatrické péče vznikly na území ČR první Centra duševního zdraví. Tyto Centra podpoří přesun psychiatrických pacientů z pobytových zařízení do domácího prostředí. Klientům těchto Center bude umožněno podstupovat léčbu tak, aby i nadále zůstávali ve svém přirozeném prostředí, nebyli vyloučeni ze společnosti a nedocházelo u nich ke zbytečným hospitalizacím. Služby v těchto centrech zajišťují zdravotní a sociální pracovníci, včetně peer konzultantů, lidí s osobními zkušenostmi s duševním onemocněním, centra poskytují denní, ambulantní, terénní a krizovou službu. Oba Ministři dotčených resortů potvrzují přínos těchto center nejenom v posílení meziresortní komunikace a spolupráce při řešení sociálně-zdravotního pomezí, ale

---

<sup>41</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

<sup>42</sup> Vzdělávací program geriatric. [online]. 2018. Česká gerontologická společnost. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <http://cggs.cz/cz/program/>

také v přínosu pro kvalitu poskytované péče a jejího pozitivního dopadu na finanční stránku péče.<sup>43</sup> Hlavní cílovou skupinou těchto Center jsou lidé s bipolární afektivní poruchou a schizofrenií, do budoucna budou týmy posilovány o specialisty se zaměřením na děti, osoby se závislostmi a na starší osoby s duševním onemocněním jako je Alzheimerova choroba a demence. Vznik a rozvoj těchto Center bude mít významný vliv na komunitní péči v obci.

### **Poskytování sociálních služeb v zařízeních zdravotních služeb**

Organizaci péče o pacienty nevyžadující akutní lůžkovou péči si jednotlivá nemocniční zařízení zajišťují sami dle vlastních kapacit s ohledem na svou velikost a zaměření. Ta zdravotnická zařízení provozující lůžka dlouhodobé péče mohou na základě zákona o sociálních službách požádat o **registraci sociálních služeb** a saturovat tak finanční deficit spojený s nákladností péče u dlouhodobě nemocných klientů. § 52 pojednávající o sociálních službách poskytovaných ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se říká, že: „*Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.*“<sup>44</sup>

Základními činnostmi služby je tak poskytovat pacientům ubytování, stravu, pomoc při hygieně, pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, dále je pacientům zprostředkováván kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv. První část činností je totožná s tím, co je běžně pacientům zajišťováno v rámci hospitalizace, u dlouhodobých hospitalizací však úhrady zdravotních pojišťoven nedostačovaly na pokrytí všech nákladů, proto došlo ke změnám ve způsobu financování.

### **3.1.2 Sociální péče**

Služby sociální péče jsou jedním z druhů nabízených sociálních služeb, tyto služby jsou

---

<sup>43</sup> Prvních pět Center duševního zdraví se otevřelo pacientům. [online]. 2019. Strategie reformy psychiatrické péče. Projektový blog Strategické projektové kanceláře MZ. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz>

<sup>44</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. 2018. MPSV. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)



nabízeny formou ambulantní, terénní a pobytovou. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách specifikuje služby sociální péče, jako služby, které pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, cílem je podpořit život v jejich přirozeném prostředí a umožnit jim zapojit se do běžného života. Pokud již nejsou tyto osoby kvůli svému stavu schopny soběstačnosti, mají jim služby zajistit důstojné prostředí a zacházení. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy a ubytování, aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.<sup>45</sup>

#### **Poskytování zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb/**

V § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou odkazy ke zvláštním právním předpisům upravujícím rozsah a podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče o osoby, kterým se poskytují pobytové služby v zařízeních sociálních služeb. Ošetrovatelská a rehabilitační péče je těmto osobám poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení, kteří mají stejnou odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání jako pracovníci ve zdravotnických zařízeních.

Poskytování zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb umožňuje odbornost 913, Všeobecná sestra v sociálních službách, která umožňuje vykazovat pouze ošetrovatelskou péči v rozsahu zdravotních výkonů, které jsou stanoveny zákonem o veřejném zdravotním pojištění. V případě, že stav klienta vyžaduje zdravotní péči nad rámec sjednané úhrady dané odborností 913, hradí poskytovatel zvýšené náklady na péči z vlastních zdrojů, které pak nedostačují na vlastní provoz. Zástupci poskytovatelů služeb v roce 2017 dosáhli navýšení hodnot bodu u odbornosti 913, jak dokládá zpráva MZ: *„Poskytovatelé v odbornosti 913 (ošetrovatelská péče) mají plánován 23% nárůst průměrné úhrady na unikátního pojištěnce oproti roku 2016 a je očekáván další cca 2% růst počtu unikátních pojištěnců. Nárůst úhrad zohledňuje slib MZ navýšit úhrady o 250 mil. Kč (cca*

---

<sup>45</sup> Tamtéž

20 %) oproti roku 2016 pro tento dlouhodobě podfinancovaný segment.“<sup>46</sup>

Činnosti související s pobytem, hygienou, stravováním, aktivizací pacienta, pomocí při zvládnání běžných úkonů při péči o vlastní osobu, včetně dohledu nad dodržováním léčebného režimu nepatří mezi hrazené zdravotní služby bez ohledu na fakt, že je provádí kvalifikovaný zdravotnický pracovník.<sup>47</sup> Takto VZP od sebe striktně odděluje péči zdravotní a sociální, což lze považovat za jednu z bariér integrace zdravotní a sociální péče na úrovni financování.

### 3.1.3 Komunitní péče

Komunitní péče v sobě zahrnuje spektrum služeb, nejčastěji se jedná o služby zdravotní, sociální, vzdělávací a výchovné, ale také ochranné a preventivní. Specifické pro takovéto služby je, že jsou poskytovány na určitém území skupině obyvatel a jejich obsah se odvíjí od potřeb dané komunity. Občanskou komunitu lze charakterizovat jako soužití osob ve společném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity.<sup>48</sup> Hartl popisuje komunitu jako určitou část společnosti, ve které probíhá společenský život. Vývoj komunity je utvářen skupinovým rozhodováním či sankcemi a vším, co vyjadřuje společnou loajalitu a symbolizuje kolektivní identitu určité skupiny obyvatel.<sup>49</sup>

Významnou součástí komunitní péče je péče primární. Tato péče je představována praktickými lékaři, kteří jsou první, koho obyvatelé kontaktují v případě svých zdravotních obtíží. Praktičtí lékaři zastávají v komunitě významnou roli, jelikož jsou u zdroje informací o zdravotním stavu obyvatel dané komunity. Jejich role je také významná při organizování preventivních a screeningových vyšetřeních, které mohou včas odhalit onemocnění a zabránit tak zhoršujícímu se zdravotnímu stavu jedince. Významná je taktéž dispenzární péče u chronicky nemocných obyvatel, která může zabránit vzniku komplikací spojených s primárním onemocněním. Nezbytnou součástí komunitní péče je také péče poskytovaná

---

<sup>46</sup>Úhradová vyhláška pro rok 2017 přidá do systému veřejného zdravotního pojištění 13 miliard. [online]. 2016. MZČR. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-2017-prida-do-systemu-verejneho-zdravotniho-pojisteni-13-milia\\_12802\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-2017-prida-do-systemu-verejneho-zdravotniho-pojisteni-13-milia_12802_1.html)

<sup>47</sup> Úhrada zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb. [online]. 2015. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/uhrada-zdravotnich-sluzeb-v-pobytovych-zarizenich-socialnich-sluzeb>

<sup>48</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. s. 254. ISBN 978-80-7367-502-8.

<sup>49</sup> HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. s.36. ISBN 80-85850-45-1.

v domácím prostředí jedince, která je zajišťována terénními službami.

Rozvoj komunitní péče podporuje také Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, která si klade za cíl zajistit přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí. Smyslem je docílit změny v poskytování péče, podpořit autonomii jedince při rozhodování kde a jakou péči bude využívat.<sup>50</sup>

Obce mohou na základě decentralizace státní moci hospodařit s finančními prostředky a prostřednictvím volených zástupců vytvářet zázemí pro své občany a určovat priority jejich zájmů. Komunitní péče nabízí obci možnost jak získat přehled o zdravotním stavu komunity, umožní získat informace o potřebách svých obyvatel a na základě těchto zjištění mohou být navržena opatření, která budou následně realizována. Komunitní péče poskytuje nejen přímou péči, ale také se zaměřuje na podporu projektů podporující zdraví v komunitě. Komunitní péče má usilovat o zajištění prevence a podpory zdravého životního stylu obyvatel a vytvářet zázemí pro obyvatele vyžadující dlouhodobou zdravotně sociální péči. Integrované zdravotně sociální služby by měly být samozřejmou součástí komunitní péče.

## **3.2 Problematika integrace zdravotních a sociálních služeb**

### **3.2.1 Resortismus**

Jak již bylo zmíněno, obě složky péče jsou spravovány dvěma na sobě nezávislými institucemi MZ a MPSV. Ministerstvo zdravotnictví zpracovalo mapu strategických dokumentů, které zahrnují širokou oblast působnosti. Strategické dokumenty se tak týkají oblasti zdravotních služeb, poskytovatelů zdravotních služeb v přímé řídicí působnosti, ochrany veřejného zdraví, zdravotního pojištění atd. Na vrcholu strategických dokumentů je dokument **Zdraví 2020**, národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí je souhrnem opatření pro rozvoj zdraví v ČR.

Za účelem řešení problematiky spojené s poskytováním služeb v praxi byly zakládány meziřesortní skupiny, které se kromě financování služeb zabývaly kvalitou poskytovaných

---

<sup>50</sup> Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025. [online]. 2015. MPSV. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

služeb, návazností služeb, personálním zázemím a dostupností služeb. V současnosti mají oba resorty své zástupce v meziresortní skupině zaměřující se na hledání konsensu v otázkách zdravotně sociálního pomezí, tato skupina má dvě podskupiny, jedna se zaměřuje terénní zdravotně sociální služby a druhá se týká institucionálních služeb. Ministr zdravotnictví Vojtěch sám uvedl, že v loňském roce skupina příliš aktivní nebyla a přislíbil větší angažovanost ze strany MZ. Za MZ navrhuje novou formu úhrady za zdravotní péči, kdy stávající systém ohodnocení péče dle odbornosti 913 by nahradila paušální úhrada zdravotních služeb v lůžkových zařízeních dlouhodobé zdravotně sociální péče, také se zmiňuje o potřebě stanovit odpovídající úhradu za domácí dlouhodobou péči. Za klíčové považuje ukotvení dlouhodobé péče v zákoně, kdy je nutné nově definovat dlouhodobou péči v zákoně o zdravotních službách tak, že bude poskytována výhradně v komplexu se sociálními službami.<sup>51</sup> Finanční náročnost poskytování dlouhodobé péče vyžaduje komplexní řešení. Jelikož při poskytování dlouhodobé péče od sebe nelze oddělovat část zdravotní a část sociální je nezbytné vytvářet podmínky pro jejich integraci. Svaz zdravotních pojišťoven upozorňuje na nárůst celkového podílu lůžkové péče na nákladech ve zdravotnictví a dále upozorňuje na neznalost počtu občanů hospitalizovaných na zdravotnických lůžkách následné péče jen proto, že není k dispozici sociální lůžko, domov důchodců či vlastní rodinné zázemí.<sup>52</sup>

Zásadním strategickým dokumentem, který popisuje, rozpracovává a navrhuje způsoby řešení problematiky týkající se sociálních služeb v České republice je **Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025.** „*Účelem této strategie je nastavit systém sociálních služeb, tak aby odpovídal potřebám lidí v nepříznivé situaci a následně uživatelům sociálních služeb, a umožnil jim žít v jejich přirozeném prostředí, pokud je to možné s využitím neformální péče.*“<sup>53</sup> Dokument určuje rámec pro fungování všech, kteří se podílí na poskytování sociálních služeb napříč regiony. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 představuje dokument, který zahrnuje palčivé oblasti sociálních služeb. Struktura dokumentu je rozdělena na tematické okruhy tak, aby byly konkretizovány

---

<sup>51</sup> MZ a MPSV letos slíbily lepší spolupráci na zdravotně sociálním pomezí. Na vizích se zatím neshodnou. [online]. 2019. Zdravotnický deník. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/02/mz-mps-v-letos-slibily-lepsi-spolupraci-zdravotne-socialnim-pomezim-vizich-se-zatim-neshodnou/>

<sup>52</sup> FRIEDRICH. L., Zdravotní péče v segmentu lůžkové péče v roce 2019 a dále z pohledu SZP ČR. [online]. 2018. Svaz zdravotních pojišťoven. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: [http://www.inmed.eu/prezentac/e/4\\_3.pdf](http://www.inmed.eu/prezentac/e/4_3.pdf)

<sup>53</sup> Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025. [online]. 2015. MPSV. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

jednotlivé cíle. Specifické cíle byly ustaveny na základě provedených analýz, ze kterých mimo jiné vyplynulo, že nedostatečně ošetřené financování poskytování zdravotní péče v sociálních zařízeních a sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních vede ke zhoršení kvality péče a taktéž potvrdilo, že činnost pečujících osob je pro osoby závislé na péči druhých nepostradatelná.

V dokumentu jsou rozpracovány jednotlivé strategické cíle, které se zaměřují na podporu rozvoje komunitní a integrované péče, podporu meziresortní spolupráce a zlepšování podmínek pro poskytování neformální péče. Dalšími významnými cíli strategie je zajistit dlouhodobou udržitelnost financování sociálních služeb, sledování kvality služeb, vytváření sítě sociálních služeb a také upravit registrační podmínky pro vznik nových sociálních služeb.

Z vyjádření a ze zpracovaných dokumentů MZ a MPSV je zřejmé směřování stejným směrem, oblast zdravotně sociálního pomezí je zakomponována do priorit obou resortů. Oba resorty také shodně řeší financování služeb. V současnosti zástupci MPSV v meziresortní skupině narážejí na neshody v oblasti navrhovaných změn MZ týkající se registrace poskytovatelů zdravotní péče v sociálních službách, kdy MPSV chce hájit zájmy těchto poskytovatelů tak, aby pro ně nové zavedení povinné registrace dle zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. nebylo likvidační.<sup>54</sup>

### **3.2.2 Financování služeb**

#### **Financování zdravotních služeb**

V současnosti jsou obě služby financovány z různých zdrojů. Zdravotní služby jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, kdy jednotlivé zdravotní pojišťovny spravují fondy, ze kterých jsou následně hrazeny druhy poskytnutých služeb. Hlavním zdrojem příjmů systému zdravotního pojištění jsou povinné příspěvky, které jsou odváděny především z mezd. V roce 2018 činily výdaje na zdravotní péči 7,3% HDP.

Ve shrnutí Hospodářského přehledu České republiky pro rok 2018, který vydala OECD, se k financování zdravotní péče uvádí, že z důvodu stárnutí populace se v ČR očekává zvýšení

---

<sup>54</sup> MZ a MPSV letos slíbily lepší spolupráci na zdravotně sociálním pomezí. Na vizích se zatím neshodnou. [online]. 2019. Zdravotnický deník. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/02/mz-mps-v-letos-slibily-lepsi-spolupraci-zdravotne-socialnim-pomezim-vizich-se-zatim-neshodnou/>

výdajů na zdravotní a dlouhodobou péči v nadcházejících desetiletí. „, *Financování důchodů, zdravotní péče a dlouhodobé péče v současné době zaujímá více než 43 % státního rozpočtu. Za předpokladu že poměr velikostí rozpočtu ve vztahu k HDP zůstane konstantní (kolem 35 %), budou projektované sociální výdaje v roce 2060 zaujímat více než 75 % rozpočtu.*“<sup>55</sup>

OECD ve své zprávě upozorňuje na chybějící ukazatele kvality péče a výsledků v řízení a regulaci systému zdravotní péče, za významný problém také považuje regulace prostřednictvím Úhradové vyhlášky, která stanovuje většinu cen a omezení rozsahu činností poskytovatelů zdravotní péče a tím brání vyjednávání mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovny. Proces vyjednávání dle OECD by pomohl snížit neefektivitu v poskytování služeb. Podpora konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovny a soukromým financováním by pomohla zlepšit kvalitu, účinnost a zároveň by se tak snížila závislost na veřejných financích. Dále OECD doporučuje zavést klasifikační systém DRG, který by měl být použit pro stanovení cen zdravotnických služeb, a zároveň by měl nemocnice motivovat k lepším výkonům. Dále by se měla optimalizovat ambulantní péče a podpořit jednodenní chirurgie, která by zkrátila délku pobytu a snížila výdaje. Za velmi problematické OECD považuje současné neefektivní poskytování primární péče, jejíž výkonosti brání nedostatečná koordinace v přístupu k péči, praktičtí lékaři by měli být hlavními koordinátory péče. Kritice čelí přístup veřejnosti k odborné péči bez předchozí konzultace u praktického lékaře, nedostatečné definování vzájemných povinností ambulantních specialistů a praktických lékařů a taktéž současné nastavení úhradových mechanismů v oblasti léčby chronických onemocnění.

Z doporučení OECD vyplývá, že za účelem zvýšení příjmů je třeba rozšířit daňový základ, zdanit všechny druhy zdrojů příjmů tak, aby přispívaly k financování zdravotních služeb a sociálního zabezpečení, postupně zvyšovat příspěvky OSVČ a nastavit rozumnou výši spoluúčasti pacientů.<sup>56</sup>

Otázkou financování zdravotní péče v sociálních službách se zabývá také Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, která navrhuje financování zdravotní péče úhradou za ošetřovatelský den, jednalo by se o paušální platby oproti současnému stavu plateb za poskytnuté úkony.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> Hospodářské přehledy. OECD. Česká republika. Shrnutí. [online]. 2018. OECD. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/Prehled\\_2018\\_Hospodarsky-prehled-OECD-CR-shrnuti%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/Prehled_2018_Hospodarsky-prehled-OECD-CR-shrnuti%20(1).pdf)

<sup>56</sup> tamtéž

<sup>57</sup> Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025. [online]. 2015. MPSV. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

## Financování sociálních služeb

Sociální služby stejně jako zdravotní služby budou z důvodu stárnutí populace do budoucna vyžadovat navýšení nákladů na jejich provoz. V současnosti je financování sociálních služeb více zdrojové. Stát poskytuje prostřednictvím MPSV dotace z veřejného rozpočtu jednotlivým krajům, popřípadě poskytovatelům služeb, další finance mohou být čerpány z rozpočtu územních samospráv či z prostředků Evropské Unie. U pobytových sociálních služeb poskytujících zároveň zdravotní péči dochází k úhradám z veřejného zdravotního pojištění. Osoby vyžadující sociální péči mohou žádat o příspěvek na péči, který se člení do 4 stupňů dle závislosti na pomoci druhé osoby. U 1. stupně závislosti se vyplácí příspěvek ve výši 880 Kč, 2. stupeň 4 400 Kč, 3. stupeň 8 800 Kč, 4. stupeň tj. úplná závislost na péči je ohodnocena částkou 13 200 Kč pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb, v případě, že péči poskytuje neformálně pečující, činí příspěvek 19 200 Kč. Zákon dále upravuje čerpání příspěvku na péči v případě hospitalizace, kdy dochází k jeho pozastavení. Osobám se zdravotním postižením je vydáván průkaz osoby se zdravotním postižením, ze systému sociálního zabezpečení je těmto osobám vyplácen invalidní důchod či poskytovány dávky formou příspěvku na mobilitu a na zvláštní pomůcku.

Úhrady za poskytnutí stravy a péče v pobytových zařízeních sociálních služeb jsou stanoveny vyhláškou č. 505/2006 Sb., výše úhrad je regulována tak, aby služby byly pro uživatele finančně dostupné. Vyhláška dále vyjmenovává činnosti, za které je od uživatele požadována úhrada. Maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních činí 180 Kč za den za úkony a 150 Kč za celodenní stravu. Výše úhrad se může navyšovat v případě, že jsou smlouvou sjednány činnosti, které budou klientovi poskytovány navíc. K úhradě nákladů za poskytované služby se využívá příspěvek na péči, který je určen k náhradě nákladů za péči, úhradu za pobyt a stravu si klient hradí z důchodu či úspor. Poskytovatel má také právo požadovat finanční spoluúčast rodiny na úhradě za poskytované služby.

V současnosti vyžaduje pobyt v zařízení sociálních služeb oproti pobytu ve zdravotnickém zařízení finanční spoluúčast klienta, tudíž je pro klienta a jeho rodinu výhodnější pobyt ve zdravotnickém zařízení. Ve své zprávě tento poznatek komentuje také OECD, která doporučuje: „*Slad'te úhradové systémy pro dlouhodobou péči v oblasti zdravotní a sociální*

*péče pomoci koordinace využívání spoluúčasti.*“<sup>58</sup>

O problematice financování sociálních služeb se zmiňuje také Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, která upozorňuje na nedostatečné vymezení role rodiny a neformálně pečujících osob. Z důvodu vysokých nároků na státní rozpočet bude nezbytné rozložit náklady na péči mezi stát a rodinu. Do budoucna je potřeba změnit roli státu v péči o potřebné, podporu neformální péče a komunitní péče považují za správný směr, který umožní vynakládat prostředky na péči efektivněji. Taktéž je zmiňována problematika využívání příspěvku na péči, pouze třetina osob ho využívá k nákupu sociálních služeb.<sup>59</sup>

Velkým problémem je také financování jednotlivých sociálních služeb, velké kritice čelí jednoleté a nenárokové financování, které neumožňuje poskytovatelům sociálních služeb dlouhodobě plánovat a spíše způsobuje nejistotu. Za účelem financování sociálních služeb se v současnosti využívá vyrovnávací platba. **Vyrovňovací platba** vychází z předpisů Evropské unie, jedná se o platbu z veřejných rozpočtů. Je poskytována poskytovatelům registrovaných sociálních služeb za účelem pokrytí nákladů veřejně prospěšných služeb tak, aby byly finančně a kapacitně dostupné. Smyslem vyrovnávací platby je zajistit transparentnost při rozdělování veřejných prostředků, zohlednit individuální potřeby služeb, jejich potřebnost a finanční stabilitu.<sup>60</sup>

### 3.2.3 Vymezení zdravotně sociální péče

K propojování zdravotní a sociální péče v současnosti dochází v různých typech zařízení, která se liší mírou poskytované zdravotní péče odvíjející se od závažnosti a fáze nemoci klienta. Stárnutí populace v kombinaci s moderními medicínskými technologiemi, postupy a léčivy prodloužilo život lidem s chronickými onemocněními a umožnilo přežít lidem s diagnózami dříve obtížně řešitelnými. Nastal však problém s doléčováním těchto pacientů po uplynutí akutní fáze nemoci. Délka rekonvalescence pacienta je velmi individuální, a její délka ji samozřejmě prodražuje. Problematikou dlouhodobé péče, její specifikací a realizací v praxi se dlouhodobě zabývá Doc. Holmerová, specialista na geriatrii u nás. V roce 2010

---

<sup>58</sup> Hospodářské přehledy. OECD. Česká republika. Shrnutí. [online]. 2018. OECD. [cit. 2019-02-12].

Dostupné z: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/Prehled\\_2018\\_Hospodarsky-prehled-OECD-CR-shrnuti%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/Prehled_2018_Hospodarsky-prehled-OECD-CR-shrnuti%20(1).pdf)

<sup>59</sup> Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025. [online]. 2015. MPSV. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

<sup>60</sup> Co je to vyrovnávací platba. [online]. 2015. Informační portál o poskytování a financování sociálních služeb. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://www.pfss.cz/co-je-to-vyrovnavaci-platba-i-cast/>



byl vydán za podpory MPSV dokument **Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR**, který hodnotil tehdejší situaci v poskytování sociálně zdravotní péče o seniory a na základě analýzy navrhnul systémové změny v oblasti dlouhodobé péče o seniory. Dokument představuje nesoběstačnost jako faktor mající významný vliv na kvalitu života jedince. Jako nejčastější příčiny vzniku nesoběstačnosti jsou uváděny onemocnění pohybového systému, diabetes, kardiovaskulární onemocnění, následky traumat, cévních mozkových příhod a v přibývajících případech také neurodegenerativní onemocnění způsobující demenci.

Dokument vymezuje dvě složky péče, a to péči osobní a ošetrovatelskou. Osobní péče spadá pod sociální služby a je zaměřená na dlouhodobé poskytování pomoci se základními činnostmi každodenního života, které jsou specifikované v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 9 a posuzují stupeň závislosti u žadatelů o příspěvek na péči. Mezi hodnocené činnosti patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Ošetrovatelská péče je péčí spadající legislativou pod zdravotní služby, je indikována lékařem na základě zdravotního stavu jedince a je hrazena ze systému zdravotního pojištění. Odbornost ošetrovatelské péče a jednotlivých výkonů spadá do působnosti zdravotních sester či ošetrovatelek dle získaných kompetencí.<sup>61</sup> Z toho vyplývá, že: *„Dlouhodobá (zdravotně sociální) péče je myšlena pouze ta část péče a uživatelů sociálních a zdravotních služeb, zejména pobytových, potřebující zdravotní a sociální péči současně, tj. obě složky LTC. Hovoříme-li o dlouhodobé péči, nejedná se o sociální péči, například asistenční službu ani o klienty pobytových sociálních služeb potřebujících osobní péči bez ošetrovatelské péče.“*<sup>62</sup>

V dokumentu je odbornou veřejností legislativní ukotvení principu poskytování dlouhodobé péče, long term care, považováno za podmínku pro nastavení služeb tak, aby byly dlouhodobě udržitelné, odpovídaly potřebám uživatelů a zároveň i nadále rozvíjely svou

---

<sup>61</sup> Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. [online]. 2010. MPSV. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob\\_a\\_pece\\_CR.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob_a_pece_CR.pdf)

<sup>62</sup> Souhrnný dokument. Analýza a následná syntéza všech existujících dokumentů k LTC a reflexe připravované nebo realizované změny v souvisejících segmentech. [online]. 2015. MPSV. Podpora procesů v sociálních službách. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/SOUHRNN%C3%9D-DOKUMENT-anal%C3%BDza-a-n%C3%A1sledn%C3%A1-synt%C3%A9za-v%C5%A1ech-existuj%C3%ADc%C3%ADch-dokument%C5%AF-k-LTC-a-reflexe-p%C5%99ipravovan%C3%A9-nebo-realizovan%C3%A9-zm%C4%9Bny-v-souvisej%C3%ADc%C3%ADch-segmentech.pdf>

kvalitu.

Ani o dalších 5 let později, nebylo ještě jasně legislativně vymezeno co je zdravotně sociální péče, co je zdravotně sociální služba a kdo poskytuje zdravotně sociální služby. Jak dokládá **Souhrnný dokument analýzy LTC** z roku 2015 „*V ČR dosud nebyla problematika zdravotně sociální péče a koordinace, integrace či spolupráce sociálních a zdravotních služeb koncepčně a legislativně řešena. Problémy v této oblasti byly a dosud jsou řešeny zejména dílčími legislativními a metodickými úpravami vyvolanými tlaky a požadavky z praxe....*“<sup>63</sup>

O další rok později v roce 2016 pracovní skupina MZ A MPSV prezentovala záměr nově vznikajícího zákona o sociálně zdravotní péči. Za jeden z hlavních problémů pracovní skupina považovala nedostatečnou propojenost služeb na sociálně zdravotním pomezí, která vede k problémům v oblasti kvality, ke zhoršené dostupnosti zdravotní péče v sociálních službách a zvyšuje tlak na veřejné rozpočty kvůli úhradám za péči. Cílem navrhovaného zákona bylo vymezení zdravotně sociálních služeb, sjednocení poskytování dlouhodobé péče, podpora její dostupnosti a maximalizace efektivity při využívání finančních zdrojů, tak aby nabídka služeb adekvátně reagovala na potřeby klientů. Podmínkou pro fungování nově navrhovaných změn bylo dle členů pracovního týmu navýšení finančních prostředků a změna v úhradě péče pojišťovny, z plateb za výkon přejít k paušálním platbám.<sup>64</sup>

Meziresortní pracovní skupina k řešení problematiky sociálně zdravotního pomezí připravila definici dlouhodobé zdravotně-sociální péče ve znění: „*Dlouhodobá zdravotně sociální péče vychází z potřeb osob, jejichž dlouhodobý zdravotní stav, snížené funkční a kognitivní schopnosti a nepříznivá sociální situace (definovaná v § 3, odst. b), zákona o sociálních službách) vyžadují poskytování zdravotních a sociálních služeb v jejich přirozeném sociálním prostředí nebo prostředí institucionálním. Dlouhodobá zdravotně sociální péče je*

---

<sup>63</sup> Souhrnný dokument. Analýza a následná syntéza všech existujících dokumentů k LTC a reflexe připravované nebo realizované změny v souvisejících segmentech. [online]. 2015. MPSV. Podpora procesů v sociálních službách. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <http://www.podporaprocessu.cz/wp-content/uploads/2013/01/SOUHRNN%C3%9D-DOKUMENT-anal%C3%BDza-a-n%C3%A1sledn%C3%A1-synt%C3%A9za-v%C5%A1lech-existuj%C3%ADch-dokument%C5%AF-k-LTC-a-reflexe-p%C5%99ipravovan%C3%A9-nebo-realizovan%C3%A9-zm%C4%9Bny-v-souvisej%C3%ADch-segmentech.pdf>

<sup>64</sup> Změnový zákon o sociálně zdravotním pomezí je skoro hotov, čeká na schválení ministrů. [online]. 2016. Zdravotnický deník. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/04/zmenovy-zakon-o-socialne-zdravotnim-pomezí-je-skoro-hotov-ceka-na-schvaleni-ministru/>

*poskytovaná profesionálně a zahrnuje spektrum zdravotních a sociálních služeb. Dlouhodobá zdravotně sociální péče může být poskytována i neformálně prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných pečujících.*“<sup>65</sup> Jako možné způsoby řešení navrhuje pracovní skupina podporu komunitní péče, podporu poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí klienta, rozvoj terénních a ambulantních služeb a péče, podporu vzniku nového typu pobytové služby, zaměřené na zdravotně sociální potřeby klienta a podporu tzv. „sdílené péče“, kdy stát podporuje stanovenou sociální politikou kombinaci formální a neformální péče ve snaze udržet osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci v jejich přirozeném prostředí.<sup>66</sup>

Ke změnám v legislativním ukotvení termínu dlouhodobá péče do současnosti nedošlo. Na dříve specifikovanou problematiku zdravotně sociální péče v současnosti navazuje další pracovní skupina MZ a MPSV zaměřující se taktéž na problematiku zdravotně sociálního pomezí, jak již bylo zmíněno v kapitole 3.2.1.

**Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025** taktéž upozorňuje na problematiku sociálně zdravotního pomezí, kdy její autoři taktéž kritizují nepropojenost systémů zajišťujících sociální a zdravotní potřeby klientů. Příčinu autoři dokumentu spatřují v institucionální rozdrobenosti péče, která vede ke vzniku značných nerovností v péči o klienty se srovnatelnými potřebami, která je poskytována ve zdravotních a sociálních službách. Nedochozí ke koordinovanému kontinuálnímu přechodu uživatelů mezi systémem péče zdravotním a sociálním. Odlišné způsoby financování péče mají vliv na čerpání péče, pro rodiny a uživatele služeb je výhodnější pobyt ve zdravotnickém zařízení, jak po stránce finanční spoluúčasti tak také ze strany kvality poskytované péče, čehož si je vědoma i současná mezíresortní skupina, která poukazuje na netransparentnost úhrad za péči od klientů.<sup>67</sup>

V současnosti není definována role rodiny a neformální péče, neexistují kritéria pro

---

<sup>65</sup> Problematika nastavení služeb na sociálně zdravotním pomezí. [online]. 2015. Podpora procesů v sociálních službách. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/34715133-Problematika-nastaveni-sluzeb-na-socialne-zdravotnim-pomezim-10-brezna-mgr-david-pospisil-mgr-jan-vrbicky.html>

<sup>66</sup> tamtéž

<sup>67</sup> MZ a MPSV letos slíbily lepší spolupráci na zdravotně sociálním pomezí. Na vizích se zatím neshodnou. [online]. 2019. Zdravotnický deník. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/02/mz-mps-v-letos-slibily-lepsi-spolupraci-zdravotne-socialnim-pomezim-vizich-se-zatim-neshodnou/>

hodnocení kvality péče poskytované v domácím prostředí. Chybí komplexní přístup k řešení individuálních potřeb jedinců, za tímto účelem je navrhováno využití case managementu a case managerů.<sup>68</sup>

Ze závěrů autorů Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 vyplývá, že při vytváření opatření podporujících komplexnost péče dochází k paradoxu, když: „*ve vztahu k cílové skupině dochází k integrativnímu pojetí politiky, ovšem na úrovni poskytovatelů je zdravotní a sociální péče i nadále oddělována. Snahy o přesnější definování, co je zdravotní a co již sociální, se vzhledem k velké šíři specifických individuálních potřeb v praxi ukazují jako nereálné a neúčelné a nová opatření by měla vést jiným směrem.*“<sup>69</sup>

### 3.3 Aktéři integrace zdravotních a sociálních služeb

Integrace se týká dvou druhů služeb, každá spadá pod jiný resort. Každý z resortů si utváří vlastní legislativu. Ministerstvo zdravotnictví spravuje zdravotní služby, sociální služby spadají do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí. V rámci decentralizace státní moci je dalším významným aktérem při integraci služeb kraj či obec, jejichž fungování, povinnosti a odpovědnost je taktéž upravena zákony. Aktéry integrace služeb jsou samozřejmě také ti, komu je péče poskytována, ti kdo ji poskytují, proplácejí a ti, kteří určují pravidla pro jejich poskytování.

#### 3.3.1 Aktéři ve zdravotních službách

Listina základních práv a svobod článek 31. říká, že: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“<sup>70</sup> Zdravotní péče je občanům České republiky poskytována ve zdravotnických zařízeních, jako jsou nemocnice, polikliniky, ordinace praktických a odborných lékařů, ale také v terénu prostřednictvím záchranné služby. Hlavním legislativním dokumentem, který udává pravidla pro fungování zdravotních služeb je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Tento zákon specifikuje poskytovatele služeb,

---

<sup>68</sup> Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025. [online]. 2015. MPSV. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

<sup>69</sup> tamtéž

<sup>70</sup> Listina základních práv a svobod. [online]. 1992. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

práva a povinnosti pacientů, zdravotnických pracovníků a poskytovatelů služeb. Upřesňuje druhy a formy zdravotní péče včetně hospicové, udává pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace a zpracování osobních údajů. Nedílnou součástí zákona je také část o hodnocení kvality a bezpečí služeb.

Zdravotní služby zákon definuje jako poskytování zdravotní péče zdravotními pracovníky a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Také zahrnují konzultační služby k posouzení léčebného postupu, přepravu pacientů včetně poskytování zdravotnické záchranné služby a další činnosti odběrové a transfuzní.

Zdravotní služby akutní lůžkové péče jsou poskytovány nemocnicemi a Fakultními nemocnicemi, následná a dlouhodobá péče je poskytována Nemocnicemi následné péče, Léčebnami pro dlouhodobě nemocné (LDN), Léčebnami tuberkulózy a respiračních nemocí (TRN), Psychiatrickými léčebnami, Rehabilitačními ústavy, Ostatními odbornými léčebnými ústavami, Dětskými psychiatrickými léčebnami, Ostatními dětskými odbornými léčebnými ústavami, Dětskými ozdravovkami a Hospici.

### **3.3.2 Ministerstvo zdravotnictví**

MZ je ústředním orgánem státní správy, v jeho čele stojí Ministr, který je členem vlády. Působnost MZ je dána Kompetenčním zákonem, zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky. Činnost Ministerstva se dělí do sekcí, existuje sekce organizačních věcí státní služby, sekce ekonomiky a zdravotního pojištění, sekce legislativy a práva, sekce zdravotní péče a sekce ochrany a podpory veřejného zdraví. Jednotlivé sekce mají své odbory a ty se rozdělují na oddělení, která spravují agendu, která jim náleží. Jedním z oddělení Odboru zdravotních služeb je také oddělení zdravotně sociálních služeb. MZ kontroluje poskytování zdravotních služeb, ochraňuje veřejné zdraví, podporuje zdravotnickou výzkumnou činnost, spravuje zdravotní pojištění, zdravotnický informační systém, podporuje rozvoj léčiv a prostředků zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčbu.<sup>71</sup> Mezi organizace v přímé působnosti MZ patří Krajské hygienické stanice, Fakultní nemocnice, Psychiatrické nemocnice, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky a další.

---

<sup>71</sup> Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky. [online]. 2018. Zákony online. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s147&q147=all>

MZ je také tvůrcem legislativy týkající se zdravotnictví, pro uživatele služeb se zdravotním omezením je za jisté přínosem, loni schválená novela zákona o zdravotním pojištění, která přinesla nový systém úhrad zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz a hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Nová úprava zajistí dostupnost širšího spektra plně hrazených zdravotnických prostředků všem pacientům bez ohledu na jejich sociální status, pozitivní změnou je také, že nové zdravotnické prostředky budou zařazovány do systému úhrad každý měsíc, což podpoří jejich dostupnost. Ministerstvo si od novely slibuje posílení transparentnosti při čerpání zdravotnických prostředků na poukaz a díky členění úhradových skupin a nastavení limitu úhrady dojde také k úsporám systému.<sup>72</sup>

### 3.3.3 Zdravotní pojišťovny

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, je legislativní dokument udávající pravidla pro veřejné zdravotní pojištění, určuje rozsah a podmínky úhrady zdravotních služeb, stanovuje cenu a úhradu léčiv.

Hrazení zdravotního pojištění je povinné pro všechny obyvatele České republiky, systém pojištění funguje na principu solidarity. Plátcem pojistného jsou zaměstnanci, zaměstnavatelé, OSVČ a stát, který poskytuje úhradu za děti, důchodce, ženy na rodičovské a mateřské dovolené a za další pojištěnce, kteří jsou uvedeni v § 7, poskytovatelé zdravotních služeb vykazují poskytované služby bodovými hodnotami zdravotních výkonů. Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se každoročně sjednávají v dohodovacím řízení, kterého se účastní zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, zástupci ostatních zdravotních pojišťoven a profesní sdružení smluvních poskytovatelů. Stát je v tomto řízení zastoupen Ministerstvem zdravotnictví.<sup>73</sup> Na podzim 2018 byly prezentovány výsledky 4. ročníku studie Národohospodářské fakulty VŠE v Praze, která vyhodnotila finanční situaci zdravotních pojišťoven. Studie na základě vybraných ukazatelů vyhodnotila, v jaké finanční kondici se jednotlivé zdravotní pojišťovny v současnosti nacházejí. Index zdraví zdravotních pojišťoven byl hodnocen na základě

---

<sup>72</sup> ŠTĚPANYOVÁ, G. Poslanecká sněmovna schválila nová pravidla pro poukazové zdravotnické prostředky. [online]. 2018. MZCR. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/poslanecka-snemovna-schvalila-nova-pravidla-pro-poukazove-zdravotnicke-prostredk\\_16071\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/poslanecka-snemovna-schvalila-nova-pravidla-pro-poukazove-zdravotnicke-prostredk_16071_1.html)

<sup>73</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

těchto ukazatelů: počet pojištěnců na jednoho zaměstnance pojišťovny, ukazatel kumulovaného rozdílu příjmů a výdajů za 5 po sobě jdoucích let, jak se ukazatel kumulovaného rozdílu příjmů a výdajů změní, když ho přepočteme na jednoho pojištěnce, relativní nárůst výdajů, indikátor výdajů na preventivní péči, ukazatel peněžních prostředků přepočtených na 1 pojištěnce, finanční zásoba zdravotních pojišťoven na bankovních účtech základního fondu zdravotního pojištění vyjádřená ve dnech výdajů na péči.

Autoři studie uvádějí, že: *„kvůli demografickému vývoji bude nárůst výdajů na zdravotní péči do roku 2060 jeden z nejvyšších v Evropské unii, kdy u nás podíl výdajů na zdravotnictví na HDP vzroste o dvacet procent, zatímco průměr EU bude jen 11 procent. Komplikací je i velká závislost na veřejných prostředcích – 12 procent jde z veřejných rozpočtů a 70 procent z veřejného pojištění, to systém činí extrémně závislým na ekonomickém cyklu. Do budoucna bude potřeba zapojit další, tedy soukromé, zdroje a zvyšovat vnitřní efektivitu systému, kdy nyní máme například vysokou míru nadužívání služeb ve zdravotnictví nebo nízkou míru prevence obyvatel, ...“<sup>74</sup>*

### 3.3.4 Aktéři v sociálních službách

Sociální služby jsou činnosti, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Historie poskytování sociálních služeb sahá ještě do dob před revolucí v roce 1989, po tomto roce postupně docházelo k transformaci sociálních služeb. Cíle a přínos transformace služeb je vyjádřen v dokumentu vydaném MPSV v roce 2009 Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče, který byl zpracován za podpory Evropského sociálního fondu. Transformace sociálních služeb je popisována jako: *„souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.“<sup>75</sup>*

Cílem transformace sociálních služeb bylo renovovat péči o zdravotně a mentálně postižené osoby, které byli za komunistického režimu umisťováni do velkokapacitních zařízení a

---

<sup>74</sup> Národohospodářská fakulta VŠE v Praze vyhodnotila finanční situaci zdravotních pojišťoven. [online]. 2018. Vysoká škola ekonomická Praha. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://nf.vse.cz/aktuality/narodohospodarska-fakulta-vse-v-praze-vyhodnotila-financni-situaci-zdravotnich-pojistoven/>

<sup>75</sup> Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. [online]. 2009. MPSV. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf)

péče o ně byla zcela institucionalizována. Vznik a rozvoj neziskových organizací po revoluci pomáhal strukturovat změny v péči o tyto osoby. Na základě inspirací severskými a jinými západními zeměmi docházelo postupně k prosazování komunitní péče o takto postižené občany. Cílem transformace služeb bylo humanizovat prostředí, ve kterém jsou sociální služby poskytovány a to zvláště snížením kapacit nově budovaných zařízení, která budou při poskytování služeb respektovat individuální potřeby uživatelů. Nedílnou součástí transformace sociálních služeb byla také snaha vytvořit dostupnou síť sociálních služeb na komunální úrovni, ke které přispěla reforma veřejné správy, kdy došlo ke zrušení okresních úřadů a k převedení sociálních služeb do režimu samostatné působnosti samosprávných obcí a krajů.<sup>76</sup>

Významným legislativním dokumentem určujícím pravidla a podmínky pro poskytování sociálních služeb je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který definuje základní druhy a formy sociálních služeb. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy poskytovaných sociálních služeb jsou pobytové, terénní nebo ambulantní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.<sup>77</sup>

Poskytovatelem sociálních služeb v České republice mohou být příspěvkové organizace spravované obcí či státem, ale také nestátní neziskové organizace, představovány občanskými sdruženími, obecně prospěšnými společnostmi a církevními právníckými osobami. Často zmiňovaným problémem poskytovatelů sociálních služeb je vysoká míra administrativy, Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025 ve svých opatřeních navrhuje odstranit duplicitní vykazování a snížení administrativní zátěže.<sup>78</sup>

Služby sociální péče, které využívají osoby se zdravotním omezením, jsou osobní asistence, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem,

---

<sup>76</sup>VÍŠEK, P., PRŮŠA, L., Optimalizace sociálních služeb. [online]. 2012. Praha, Národní centrum sociálních studií, o.p.s., Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.[cit. 2019-03-29]. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_343.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf)

<sup>77</sup> tamtéž

<sup>78</sup>Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025. [online]. 2015. MPSV. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>



chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. U všech jmenovaných druhů služeb je ve znění definice zmínka o zhoršeném zdravotním stavu uživatele.

### 3.3.5 Ministerstvo práce a sociálních věcí

MPSV je dalším ústředním orgánem státní správy, jehož činnost se zaměřuje na sociální politiku, sociální pojištění, zaměstnanost, pracovněprávní legislativu, bezpečnost a ochranu zdraví při práci, genderovou problematiku, evropskou integraci a oblast čerpání finanční pomoci z fondů Evropské unie. MPSV zajišťuje agendu spojenou s důchodovým, nemocenským a sociálním pojištěním, státní sociální podporu a pomoc v hmotné nouzi, dále se zabývá ochranou práv dětí a seniorů a poskytováním sociálních služeb. Mezi organizace v přímé působnosti MPSV patří Úřad práce České republiky, Česká správa sociálního zabezpečení, Státní úřad inspekce práce a Úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí. Pole působnosti MPSV je velmi široké a spadá pod mnoho zákonů např. zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., zákon o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb., zákon o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb., zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

### 3.3.6 Úřad práce

Úřad práce, oddělení sociálních služeb, vybavuje žadatelům příspěvek na péči. *„Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.“*<sup>79</sup>

Pro vyřízení příspěvku na péči je nutné podat písemnou žádost na k tomu určeném tiskopisu, který je dostupný na pobočkách Úřadu práce. Vyplněná žádost se podává na pracovišti dle místa trvalého pobytu žadatele o příspěvek. Příslušná pobočka Úřadu práce provádí sociální

---

<sup>79</sup> Příspěvek na péči. [online]. 2018. MPSV. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života jedince v jeho přirozeném sociálním prostředí. Následně se odesílá žádost Okresní správě sociálního zabezpečení pro posouzení stupně závislosti jedince. Okresní správa sociálního zabezpečení vychází ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb jedince, popřípadě z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Po vyhodnocení pak pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o přiznání či nepřiznání příspěvku na péči.

### 3.3.7 Uživatel

Nejdůležitějším aktérem integrace zdravotních a sociálních služeb je sám jejich uživatel. Zákon o zdravotních službách č. 372/ 2011 Sb. definuje uživatele jako fyzickou osobu, které je poskytována zdravotní péče za účelem udržení, obnovení či zlepšení zdravotního stavu, popřípadě zmírňováno utrpení.<sup>80</sup> Uživatelem zdravotních služeb je pacient, v sociálních službách se pro uživatele používá termín klient. Práva pacientů a klientů sociálních služeb vychází z Listiny základních práv a svobod. Pacienti jsou se svými právy seznámeni na počátku hospitalizace, v sociálních službách jsou klienti se svými právy seznámeni při uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby. Práva dbají na zajištění kvality poskytované péče, na dostupnost informací, na možnost rozhodovat se a na zachování důstojnosti a soukromí.

Uživatel sociálních služeb je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách fyzická osoba v nepříznivé sociální situaci, za nepříznivou sociální situaci je považováno oslabení nebo ztráta schopnosti řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením a to z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů. Sociální služby jsou poskytovány osobám, které postrádají schopnost zvládat základní životní potřeby, tento stav specifikuje vyhláška č. 505/2006 Sb., která říká že: „ *Za neschopnost zvládnutí základní životní potřeby se považuje stav, kdy porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké,*

---

<sup>80</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2019-04-03]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

*kdy i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelném standardu. Za neschopnost zvládnutí základní životní potřeby se považuje rovněž stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu.*<sup>81</sup>

Uživatelé sociálních služeb jsou velmi často osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby, za tímto účelem je jim poskytován příspěvek na péči, který pro mnohé uživatele nabízí možnost zůstat ve svém domácím prostředí. Kontrolu využívání příspěvku na péči provádí zaměstnanci krajské pobočky Úřadu práce či zaměstnanci ministerstva, jejich pravomoc jim umožňuje vstupovat po předložení služebního průkazu se zvláštním povolením do domácnosti za účelem provedení sociálního šetření. Dále zákon stanoví povinnost příjemce příspěvku: *„prokázat, že byl příspěvek využit k zajištění pomoci, a to způsobem, který osvědčí využití příspěvku, nebo dokladem o vyplacení příspěvku fyzickým nebo právnickým osobám, které poskytují pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, uvedeným v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášeným podle § 21 odst. 1 písm. d) nebo § 21 odst. 2 písm. c), a to nejvýše 1 rok zpětně.*<sup>82</sup>

Cílovým uživatelem integrovaných služeb je tedy dlouhodobě nemocný člověk, jehož soběstačnost je omezena zdravotním stavem, který je proměnlivý vzhledem k progresi onemocnění či postupujícímu stáří.

### **3.3.8 Neformální pečující**

Volba pacienta, kde bude nadále v rekonvalescenci, není vždy pouze jeho autonomní rozhodnutí, je ovlivněno mnoha faktory, ať už se v první řadě jedná o aktuální zdravotní stav jedince a prognózu jeho nemoci, významnou roli hraje dostupnost zdravotní či sociální péče a také rodinné a finanční zázemí. V případě, že se pacient rozhodne využít služeb domácí péče a vrátit se do vlastního sociálního prostředí, bývá nezbytná ochota a spolupráce ze strany rodiny.

Neformální péče je nejčastěji představována rodinnou péčí, kdy se jedinec navrácí do svého

---

<sup>81</sup>Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

<sup>82</sup> tamtéž

původního sociálního prostředí, ve kterém má vytvořené dlouhodobé sociální vazby. Z analýzy Volno na péči a podpora pečujících osob na trhu práce v České republice a v zahraničí vyplývá, že přijetí pečovatelského závazku velmi často vede k opuštění trhu práce a to z důvodu nízké nabídky částečných úvazků a flexibilních forem práce a z důvodu nevstřícnosti zaměstnavatelů vůči rodinným potřebám zaměstnance.<sup>83</sup> Což má za následek zhoršení ekonomické situace rodiny, popřípadě je to důvodem pro umístění rodinného člena do pobytového zařízení.

Podpora pečujících osob a rodin je dalším významným cílem Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025. Za problematické je v současnosti považováno sociálně finanční zabezpečení pečujících osob, chybějící zázemí pro pečující rodiny, podpora jejich informovanosti a vzdělávání prostřednictvím zdravotních a sociálních služeb.

V současnosti stát podporuje neformální péči vyplácením příspěvku na péči, pečujícím osobám jsou garantována práva jako zdravotní a sociální pojištění. Na poli podpory neformální péče dochází ke změnám ve prospěch pečujících rodin. V posledních letech došlo k navyšování částek příspěvku na péči, dále bylo prosazeno zavedení dlouhodobého ošetrovného, což je nová dávka nemocenského pojištění.

**Dlouhodobé ošetrovné** je určeno pro případy, kdy se pacienti vyžadující dlouhodobou péči, navracejí po propuštění z nemocnice zpět do domácího prostředí. V případě, že bude nutné nepřetržitě pečovat o jiného člena rodiny po dobu alespoň 30 dnů, bude možné požádat o dávku na dobu až 90 dnů od ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Nárok na dávku je podmíněn péčí o člena rodiny, u kterého došlo ke zhoršení zdravotního stavu a následně vedlo k hospitalizaci alespoň na dobu 7 dní, další podmínkou je potvrzení od zdravotního zařízení, které dokládá, že zdravotní stav propuštěného člena rodiny do domácího prostředí vyžaduje celodenní poskytování dlouhodobé péče po dobu minimálně 30 dní. Tato dávka pomůže rodinám překlenout období bezprostředně po propuštění z nemocnice. Lze ji využít pro rekonvalescenci, či v případě ireverzibility stavu umožní rodinám překlenout období, než se uvolní místo v zařízení poskytujících dlouhodobou zdravotní či sociální péči. Tato novela zákona umožní rodinám zvládnout tíživou rodinnou situaci, tím že jim umožní čerpat finanční prostředky z nemocenského pojištění. Pečujícímu náleží náhrada ztráty příjmu z výdělečné činnosti 60% denního vyměřovacího základu. Dále

---

<sup>83</sup> GEISSLER, H., Volno na péči a podpora pečujících osob na trhu práce v České republice a v zahraničí. [online]. 2016. Diakonie Českobratrské církve evangelické. MPSV. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000165.pdf?seek=1489066973>

je mu zákonem garantováno, že nemůže dostat výpověď a navrátí se na stejné pracovní místo.<sup>84</sup>

### 3.3.9 Obec

Kompetence obce a její samostatná působnost je dána zákonem č. 128/2000 Sb., o obcích, správu obcí zajišťuje Krajský úřad, jehož povinnosti jsou dány zákonem č. 129/2000 Sb., o krajích, na který navazuje zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Kraj v samostatné či přenesené působnosti může rozhodovat o záležitostech na svém území, což mu bylo umožněno na základě decentralizace státní moci. Nástroji pro realizaci zdravotní politiky kraje jsou kompetence dané legislativou tj. zákony o zdravotních službách a zdravotnické záchranné službě. Dále v přenesené působnosti Krajský úřad rozhoduje o udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb, organizuje řízení se zdravotními pojišťovny, vyřizuje stížnosti na poskytovatele zdravotních služeb, přezkoumává zdravotní posudky vydávané poskytovateli zdravotních služeb na svém území. Do samostatné působnosti kraje patří záležitosti, které jsou v zájmu kraje a jeho občanů. Role obce při zajišťování zdravotní a sociální péče specifikuje zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, který říká, že: „*Obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Jde především o uspokojování potřeby bydlení, ochrany a rozvoje zdraví, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku.*“<sup>85</sup>

#### **Role obce při zajišťování sociálních služeb**

Obec má významnou roli při zajišťování dostupnosti sociálních služeb, jejich financování a provozování. V řadě případů je obec poskytovatelem sociálních služeb nebo zřizovatelem organizace poskytující tyto služby. Povinnosti spojené s provozováním sociálních služeb a jejich financováním konkretizuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v § 94 se uvádí, že obec zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob

---

<sup>84</sup>Poslanci schválili dlouhodobé ošetřovné. Pomůže při péči o člena rodiny. [online]. 2017. Tisková zpráva. MPSV. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z:

[https://www.mpsv.cz/files/clanky/31003/TZ\\_-\\_Poslanci\\_schvalili\\_dlouhodobu\\_osetrovne\\_2\\_.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/31003/TZ_-_Poslanci_schvalili_dlouhodobu_osetrovne_2_.pdf)

<sup>85</sup> Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení). [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2000-128/>

na svém území, zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování sociálních služeb na svém území, spolupracuje s dalšími obcemi, kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám, popřípadě zprostředkování kontaktu mezi poskytovatelem a osobou, může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s krajem, poskytovateli sociálních služeb na území obce a za účasti osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, spolupracuje s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje, za tím účelem sděluje kraji informace o potřebách poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na území obce, o možnostech uspokojování těchto potřeb prostřednictvím sociálních služeb a o jejich dostupných zdrojích, spolupracuje s krajem při určování sítě sociálních služeb na území kraj, za tím účelem sděluje kraji informace o kapacitě sociálních služeb, které jsou potřebné pro zajištění potřeb osob na území obce a spoluvytváří podmínky pro zajištění potřeb těchto osob.<sup>86</sup>

### **Komunitní plánování sociálních služeb**

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. zavedl do praxe pojem rozvoj sociálních služeb, který je v zákoně definován jako: „*výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis způsobu zpracování plánu, popis a analýza existujících zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb.*“<sup>87</sup>

Prostředky z obecních samospráv jsou součástí stanoveného podílu spolufinancování služeb. V Metodice MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a hlavnímu městu Praze pro rok 2019 zní doporučení, že: „*S ohledem na skutečnost, že mezi obcemi existuje velmi různorodá míra podílu na úhradě nákladů služeb, doporučujeme v rámci procesu plánování sociálních služeb na krajské úrovni ve spolupráci s místní samosprávou sjednotit tento podíl, resp. účelně nastavit financování tak, aby určité druhy služeb (s ohledem i na jejich cílové skupiny) byly financovány pouze ze státního/krajského rozpočtu a obce se tak*

---

<sup>86</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. 2018. MPSV. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

<sup>87</sup>tamtéž

*mohly zaměřit na (spolu)financování stanoveného okruhu služeb s lokální/místní působností, a to jednotným způsobem v rámci kraje.*“<sup>88</sup> V Metodice je také popsán způsob výpočtu finanční podpory jednotlivým službám.

Pilát ve své publikaci uvádí, že účastníci komunitního plánování utvářejí triádu, tato triáda je tvořena uživateli, poskytovateli a zadavateli. Všichni tři se společně podílí na udržení a rozvoji služeb, účast každého z nich je podmíněna jeho nezastupitelnou rolí v rámci celého projektu. Všichni účastníci mají rovné postavení, smyslem jejich jednání je dojít ke konsensu, aby byla naplněna podstata fungování sociálních služeb v komunitě.<sup>89</sup>

Komunitní plánování sociálních služeb má v České republice mnohaletou tradici, v mnoha obcích fungují již ve svém 4. období. V současnosti je důraz kladen na vytváření sítě poskytovatelů péče na daném území obcí a krajů a to zvláště z finančních a personálních důvodů. Základní síť sociálních služeb deklaruje krajem vymezený, řízený a financovaný soubor činností poskytovaných v rámci sociálních služeb. V Ústeckém kraji se v rámci rozvoje sociálních služeb vybuduje taková síť, která bude: *„postupně kultivována a bude nastavena základní síť v rozsahu žádoucích kapacit služeb a kapacit personálního zajištění (počty úvazků), včetně vazby mezi kapacitou služby (počet uživatelů, intervencí, lůžek apod.) a počtem úvazků pracovníků (zejména v přímé péči). Analyzováním sítě bude síť „očišťena“ od poskytovatelů, kteří nebudou splňovat kritéria potřebnosti, efektivity a nákladovosti. Na základě systematického analyzování a vyhodnocování nákladovosti jednotlivých sociálních služeb je možné nastavit optimální (obvyklé) náklady a výnosy služeb pro výpočet finanční dotace kraje.*“<sup>90</sup>

### **Role obce při zajišťování zdravotních služeb**

Role obce při zajišťování dostupnosti zdravotní péče svým občanům je limitována rolí zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny mají významné postavení na poli poskytování zdravotní péče, podle zákona č. 48/1997 Sb. je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti.

---

<sup>88</sup> Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a hlavnímu městu Praze pro rok 2019. [online]. 2018. MPSV. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/33881/Metodika\\_Ministerstva\\_prace\\_a\\_socialnich\\_veci\\_pro\\_poskytovani\\_dotaci\\_ze\\_statniho\\_rozpoctu\\_krajum\\_a\\_hlavnimu\\_mestu\\_Praze\\_pro\\_rok\\_2019.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/33881/Metodika_Ministerstva_prace_a_socialnich_veci_pro_poskytovani_dotaci_ze_statniho_rozpoctu_krajum_a_hlavnimu_mestu_Praze_pro_rok_2019.pdf)

<sup>89</sup> PILÁT, M. Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi. Praha: Portál. 2015. s.55. ISBN 978-80-262-0932-4.

<sup>90</sup> Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2019. [online]. 2018. Krajský úřad Ústeckého kraje odbor sociálních věcí [cit. 2019-03-30] Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1727239](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1727239)

Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Než dojde k uzavření smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a konkrétním poskytovatelem koná se výběrové řízení. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uzavřít smlouvu s uchazečem pouze tehdy, bylo-li uzavření takové smlouvy ve výběrovém řízení doporučeno.<sup>91</sup>

Tvorba zdravotní politiky v obci má být v kontextu té krajské. Obec by se měla aktivně podílet na vytváření podkladů pro strategii podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v kraji, tak aby pro své občany využila možnosti přesvědčit kraj o jejich potřebách. Strategie určuje priority, ke kterým bude směřována podpora, ty by se měly shodovat s potřebami obyvatel jednotlivých částí kraje.

### **Role obce v komunitní péči**

Pro rozvoj komunitní péče v obci je nezbytná participace občanů. Soužití v komunitě je ovlivňováno altruistickým chováním jejích obyvatel. Altruismus neboli poskytování pomoci druhým, aniž by iniciátor byl nucen podporu poskytnout, je základem pro uplatnění solidarity v komunitě. Komunitu tvoří jednotlivé rodiny, jejich stabilita a funkčnost je nezbytným předpokladem pro mezigenerační solidaritu. Solidarita a osobní odpovědnost jedince je předpokladem pro uplatnění principu subsidiarity při vytváření sociální politiky v obci. Princip subsidiarity v sociální politice vyžaduje participaci občanů a decentralizaci státní správy. Rozhodování se děje na komunální úrovni, odpovědnost je z větší míry přenesena na obyvatele komunity. Princip subsidiarity umožní obcím rozložit náklady na péči, ale pouze za předpokladu, že rodinné zázemí obyvatel komunity je stabilní a je z jejich strany vůle se o své členy postarat a zároveň existuje podpora ze strany obce a státu, která jim pomůže toto těžké životní období překonat.

Podpora a rozvoj komunitní péče cílí na oba druhy služeb, ale také na význam rodiny při péči o své členy. Je nezbytné usilovat o zajištění prevence a podpory zdravého životního stylu obyvatel. Zároveň je potřebné podporovat služby, které jsou schopné poskytovat kvalitní péči, která bude odpovídat potřebám svých obyvatel. Obec musí nabádat ke společné komunikaci a spolupráci všechny kdo se účastní procesu poskytování péče a jako řádný hospodář nakládat s omezenými zdroji tak, aby bylo dosaženo maximální efektivity

---

<sup>91</sup> Výběrová řízení. Poskytovatelé. [online]. 2018. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/vyberova-řízení>



vynaložených prostředků.

## 4 Metodologie výzkumu

Pro zpracování této práce bylo nezbytné provést sekundární analýzu dokumentů, za účelem získání dat o současném stavu a podmínkách pro integraci služeb. Dokumenty používanými k analýze byly legislativní veřejněpolitické dokumenty tj. zákony a vyhlášky obsahující informace o podmínkách poskytování péče, nezbytném zázemí pro péči a profesních předpokladech poskytovatelů. Dalšími dokumenty byly strategické veřejněpolitické dokumenty vydané jednotlivými ministerskými resorty, Ústeckým krajem a Městským úřadem v Lounech. Také byly jako zdroje informací využívány výzkumné veřejněpolitické dokumenty zaměřující se na význam dlouhodobé péče a také deklarativní a advokační veřejněpolitické dokumenty prezentující priority jednotlivých resortů. Pro ucelenost práce byly také využívány statistické údaje z ČSÚ a ÚZIS.

Za účelem zpracování případové studie jsem zvolila kvalitativní metodu výzkumu, která je vhodná pro získání rozmanitého množství informací o tématu, se všemi možnými souvislostmi a dopady. Jako techniku sběru dat jsem využila polostrukturované rozhovory, které mi umožnily flexibilně reagovat na odpovědi respondentů a popřípadě se v průběhu rozhovoru hlouběji zabývat různými aspekty, které souvisely s daným tématem, ačkoliv se z prvopočátku tak nemusely jevit. Struktura rozhovorů byla použita u všech respondentů stejná, konkrétní otázky se mírně lišily podle skupiny respondentů. Ke sběru dat došlo v severočeském městě Louny. V Lounech je v současnosti uplatňován již 4. komunitní plán sociálních služeb, město se nepotýká s žádnými velkými sociálními problémy, které by muselo na svém území řešit, jeho působnost spadá pod Ústecký kraj. Louny jsou také místem, kde jsem před lety sbírala data pro svou bakalářskou práci. Jelikož moje předchozí zkušenost se spoluprací s místními organizacemi poskytujícími zdravotní a sociální služby byla dobrá, rozhodla jsem se je opět oslovit.

Jako respondenti byli osloveni linioví pracovníci zdravotních a sociálních služeb v Lounech, celkem bylo provedeno 21 rozhovorů ve 4 organizacích poskytující zdravotní péči a ve 4 sociálních službách. Z toho byly 3 služby pobytové, z nichž 2 poskytují zároveň služby zdravotní a sociální. Dva rozhovory byly vedeny s úředníky z Městského úřadu Odboru sociálně zdravotního. Za zdravotní služby byla navázána spolupráce s ordinací odborného lékaře, zastoupená zdravotní sestrou, domácí zdravotní péče zastoupená zdravotní sestrou, Dětská psychiatrická nemocnice zastoupená zdravotní sestrou a zdravotně-sociálním

pracovníkem a Nemocnice Louny, oddělení sociálních lůžek zastoupených zdravotně sociálním pracovníkem. Tři z pěti respondentů oslovených pro spolupráci na projektu pracují v oboru psychiatrie, byli osloveni záměrně a to z důvodu reformy psychiatrické péče, která pro svou realizaci bude vyžadovat integraci služeb a rozvoj komunitní péče. Ze sociálních služeb se zúčastnili zástupci Městské pečovatelské služby, sociální pracovník, pracovníci v sociálních službách a sociální pracovník působící v Terénním programu, Domov pro seniory zastoupený sociálním pracovníkem a dvě neziskové organizace poskytující sociální služby, ve kterých byly vedeny rozhovory s pracovníky v sociálních službách.

**Tabulka č. 1: Přehled respondentů**

Sociální služby	Zdravotní a sociální služby	Zdravotní služby	Odbor sociálních věcí a zdravotnictví
Terénní programy (MPS)	Sociální lůžka	Psychiatrická ambulance	úředník R1, R2
<i>sociální pracovník R9</i>	<i>zdravotně sociální pracovník R4</i>	<i>zdravotní sestra R21</i>	
Městská pečovatelská služba Louny	Domov pro seniory Louny	Domácí zdravotní péče	
<i>sociální pracovník R20</i>	<i>sociální pracovník R5</i>	<i>zdravotní sestra R13</i>	
<i>pečovatelky R11, R12, R14, R15, R16, R17, R18, R19</i>		Dětská psychiatrická nemocnice	
CSZP		<i>zdravotní sestra R8</i>	
<i>sociální pracovník - R3</i>		<i>zdravotně sociální pracovník R7</i>	
Svaz tělesně postižených Louny			
<i>pracovníci v sociálních službách R6, R10</i>			

Zdroj: vlastní data

## **Cíle a formulace výzkumných otázek:**

### **Hlavní cíl:**

Hlavním cílem mé práce je zmapovat provázanost zdravotních a sociálních služeb a identifikovat faktory ovlivňující implementaci integrace služeb na komunální úrovni.

### **Dílčí cíl č. 1:**

Zmapovat aktuální stav zdravotních a sociálních služeb na komunální úrovni- případová studie.

Otázky:

Jakým způsobem reflektuje struktura zdravotních a sociálních služeb na komunální úrovni

strategie zdravotní a sociální politiky vyšších územních celků?

Odráží na komunální úrovni struktura nabízených služeb potřeby klientů?

**Dílčí cíl č. 2:**

Zmapovat provázanost zdravotních a sociálních služeb na komunální úrovni.

Otázky:

V jaké podobě existuje vzájemná spolupráce jednotlivých aktérů na komunální úrovni?

Jak linioví pracovníci vnímají integraci služeb?

**Dílčí cíl č. 3:**

Identifikovat faktory, které brání integraci zdravotních a sociálních služeb na komunální úrovni.

Otázky:

Na jaké problémy naráží linioví pracovníci ve zdravotních a sociálních službách při poskytování péče?

Jaká je role rodiny při poskytování péče z pohledu liniových pracovníků?

Jak linioví pracovníci vnímají roli obce při poskytování zdravotních a sociálních služeb?

## **5 Případová studie**

Případová studie se zaměřuje na proces integrace zdravotních a sociálních služeb v obci s rozšířenou působností tj. v Lounech, jejichž samostatná a přenesená působnost je dle zákona o obcích č.128/2000 Sb. dohlížena Krajským úřadem Ústeckého kraje, kdy postupy a podmínky kontrol působností dále specifikuje zákon o krajích č.129/2000 Sb. Kraj v samostatné působnosti hospodaří se svým majetkem, pečuje o rozvoj svého území a o potřeby svých občanů, za tímto účelem navrhuje opatření a vytváří podmínky pro spokojený život svých obyvatel.

### **5.1 Aktuální stav zdravotních a sociálních služeb na komunální úrovni**

V první části případové studie se zaměřuji na strategické dokumenty zdravotní a sociální politiky, na specifika vybrané lokality a na její současný stav v oblasti poskytování zdravotních a sociálních služeb.

#### **5.1.1 Strategické dokumenty zdravotní a sociální politiky České republiky**

Na krajské úrovni jsou v pravidelných intervalech zpracovávány střednědobé plány sociálních služeb, jejichž vznik je podmíněn zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 95 písm. d). Podpora zdraví občanů a zajištění zdravotní péče obyvatelům regionu je taktéž nezbytnou součástí strategií rozvoje krajů. Cílem těchto dokumentů je reflektovat současné a přetrvávající potřeby obyvatel regionu, vytvářet dlouhodobé zázemí pro své obyvatele a maximálně podporovat jejich zdraví a společenské uplatnění. Ministerstvo zdravotnictví se prostřednictvím strategických dokumentů snaží vytvářet soudržnou politiku, která mapuje zdravotní infrastrukturu její potřeby a územní dostupnost péče. Některé strategické dokumenty ve zdravotnictví jsou vytvářeny za účelem vymezení aktivit podporovaných v oblasti zdravotní infrastruktury z prostředků Evropských strukturálních a investičních fondů.

#### **Strategické dokumenty zdravotní politiky České republiky**

Strategické dokumenty pro oblast zdravotnictví v ČR v současnosti navazují na nadnárodní dokumenty vydávané WHO a EU. Vycházejí z Ústavy ČR a zákonů vztahujících se ke

zdravotnictví. Na vrcholu strategických dokumentů věnujících se problematice zdravotní politiky v České republice je dokument **Zdraví 2020**, Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí je souhrnem opatření pro rozvoj zdraví v ČR. Tento dokument vychází ze strategie WHO Zdraví 2020 a navazuje na Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – **Zdraví 21**. Účelem Národní strategie je především stabilizace systému prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Rozpracovává vizi systému veřejného zdraví jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů na všech úrovních společnosti a je tedy určena nejen institucím veřejné správy, ale také všem ostatním složkám, jedincům, komunitám, neziskovému a soukromému sektoru, vzdělávacím, vědeckým a dalším institucím.<sup>92</sup>

Akční plány dokumentu Zdraví 2020 se týkají těchto oblastí: podpory pohybové aktivity, oblast správné výživy a stravovacích návyků, duševního zdraví, omezování zdravotně rizikového chování, snižování rizik ze životního a pracovního prostředí, zvládání infekčních onemocnění, rozvoj programů zdravotního screeningu, zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné a dlouhodobé, návazné a domácí péče, zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, vzdělávání zdravotnických pracovníků, elektronizace zdravotnictví, rozvoj zdravotní gramotnosti, rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva.<sup>93</sup> Strategickými cíli Zdraví 2020 je zlepšit zdraví obyvatel a současně snížit nerovnosti v oblasti zdraví, dále posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a zapojit do tohoto procesu širokou veřejnost.

## Strategické dokumenty sociální politiky České republiky

Zásadním strategickým dokumentem, který popisuje, rozpracovává a navrhuje způsoby řešení problematiky týkající se sociálních služeb v České republice je **Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025.** „*Účelem této strategie je nastavit systém sociálních služeb, tak aby odpovídal potřebám lidí v nepříznivé situaci a následně uživatelům sociálních služeb, a umožnil jim žít v jejich přirozeném prostředí, pokud je to možné s*

---

<sup>92</sup> Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. [online]. 2018. MZČR. [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci\\_8690\\_3016\\_5.html](https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html)

<sup>93</sup> Strategická mapa Ministerstva zdravotnictví. [online]. 2018. MZČR. [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/czx/strategicke-mapy-ministerstva/strategicka-mapa-mzdr>

*využitím neformální péče.*<sup>94</sup> Dokument určuje rámec pro fungování všech, kteří se podílí na poskytování sociálních služeb napříč regiony. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025 představuje dokument, který zahrnuje palčivé oblasti sociálních služeb. Struktura dokumentu je rozdělena na tematické okruhy tak, aby byly konkretizovány jednotlivé cíle. Specifické cíle byly ustaveny na základě provedených analýz, ze kterých vyplynulo, že činnost pečujících osob je pro osoby závislé na péči druhých nepostradatelná, proces deinstitucionalizace a transformace je různými aktéry rozdílně chápán a následně realizován v praxi, mzdy pracovníků působících v sociálních službách jsou nižší, než je republikový průměr, a jejich prestiž je také nízká, to může spolu s neustále se zvyšujícími požadavky na tyto pracovníky vést k destabilizaci tohoto sektoru. Problematické se jeví více zdrojové financování, kdy při nevhodně nastavených řídicích a kontrolních procesech se komplikuje činnost poskytovatelů sociálních služeb. Nedostatečně ošetřené financování poskytování zdravotní péče v sociálních zařízeních a sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních vede ke zhoršení kvality péče.<sup>95</sup>

Ze strategického dokumentu Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025, vychází **Akční plán rozvoje sociálních služeb na období 2017 – 2018**, který specifikuje strategické a specifické cíle prostřednictvím, kterých dojde k naplnění vize o fungující flexibilní síti sociálních služeb pomáhající řešit potřeby lidí nacházejících se v nepříznivé sociální situaci. Pro tuto diplomovou práci zabývající se integrací zdravotních a sociálních služeb mají zvláštní význam tyto strategické cíle:

**Zajistit přechod od institucionálního modelu péče k podpoře osob v přirozeném prostředí.**

Specifický cíl A.1: Vytvořit a realizovat plán přechodu od ústavní péče k podpoře v komunitě s pomocí terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb komunitního typu.

Specifický cíl A.2: Vytvořit podmínky pro zajištění potřebných kapacit sociálních služeb komunitního typu terénní, ambulantní i pobytové formy.

Specifický cíl A.3: Zajistit ochranu práv a kvality života lidí v ústavních pobytových službách po dobu přechodu od ústavní péče v péči poskytované v komunitě.

---

<sup>94</sup> Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025 [online]. 2015. MPSV. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

<sup>95</sup> tamtéž

**Prostřednictvím dostupných sociálních a zdravotních služeb naplňovat potřeby uživatelů/pacientů.**

Specifický cíl C.1: Zákonně vymezit konkrétní druhy/parametry sociálních služeb, jejichž součástí je zdravotní péče ve vztahu k potřebám uživatelů.

Specifický cíl C.2: Vymezit kompetence aktérů v oblasti sociálních služeb, jejichž součástí jsou zdravotní služby.

Specifický cíl C.3: Zajistit personální zdroje pro sociální služby, jejichž součástí je zdravotní péče.

Specifický cíl C.4: Zajistit personální zdroje sociálních pracovníků působících ve zdravotnictví a podpořit multidisciplinární přístup v rámci case managementu.

**Zlepšit postavení pečujících osob a pečující rodiny.**

Specifický cíl D.1: Zvýšit sociálně-finanční zabezpečení pečujících osob.

Specifický cíl D.2: Zvýšit podporu pečujících osob prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb.

Specifický cíl D.3: Zlepšit informovanost a vzdělávání pečujících osob, opečovávaných osob a veřejnosti.

Specifický cíl D.4: Zvýšit podporu neformálních pečovatelů ze strany veřejné správy.<sup>96</sup>

Další cíle v dokumentu se zabývají financováním služeb, podporou jejich kvality a vytvářením široké sítě služeb využívající střednědobé plánování a spolupráci na všech úrovních moci. S podporou kvality služeb také úzce souvisí rozvoj sociální práce a profese sociálního pracovníka. Dokument dále doporučuje revidovat stávající sociální služby a zaměřit se na podporu spolupráce při vyjednávání o rozvoji sociálních služeb.

## **5.1.2 Strategické dokumenty zdravotní a sociální politiky Ústeckého kraje**

### **Sociálně demografická analýza Ústeckého kraje**

Ústecký kraj se svou rozlohou 6,8 % České republiky řadí na 7 místo v pořadí velikosti krajů.

---

<sup>96</sup>Akční plán rozvoje sociálních služeb na období 2017-2018. [online]. 2018. MPSV. Sociální práce a sociální služby. [cit. 2018-10-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/29620>

Ústecký kraj je rozdělen do sedmi okresů (Děčín, Chomutov, Litoměřice, Louny, Most, Teplice a Ústí nad Labem), které se dále člení na 354 obcí nejrůznější velikosti, z toho je 59 obcí se statutem města.<sup>97</sup> Z nejnovějších údajů ČSÚ vyplývá, že na konci roku 2018 žilo na území kraje 820 434 obyvatel, což činí oproti roku 2017 pokles o 646 obyvatel.<sup>98</sup> Dostupné dokumenty uvádí data do konce roku 2017, novější jsem nenalezla. V roce 2017 v Ústeckém kraji žilo 821 080 obyvatel, z nichž 154 560 bylo lidí ve věku 65 a více, což oproti roku 2016 činilo přírůstek o 4 222 osob. Průmyslová činnost z minulosti měla a dosud má nepříznivý dopad na kvalitu životního prostředí. S kvalitou života také souvisí nezaměstnanost a větší množství vyloučených lokalit oproti okolním krajům. Ústecký kraj má dlouhodobě nejvyšší podíl domácností s nejnižšími příjmy. V kraji je taktéž vysoký podíl osob bez dokončeného vzdělání, v porovnání s ostatními kraji na území Ústeckého kraje žije nejmenší počet absolventů vysokých škol. Vzdělanostní struktura obyvatel je dlouhodobě ovlivněna předchozím zaměřením kraje na těžký průmysl. Střední délka života je v Ústeckém kraji nejnižší, přetrvává vysoká úmrtnost, mezi nejčastější příčiny úmrtí v kraji jsou selhání oběhové soustavy a novotvary. V kraji je také vysoká míra hospitalizací. Porodnost v kraji nepatrně roste avšak z dlouhodobého hlediska má stále mírně klesající tendence, která je také ovlivněna vysokým počtem potratů. V kraji na konci roku 2017 působilo 19 nemocnic, které provozovali 5322 lůžek, na území kraje bylo také k dispozici 3372 lůžek v domovech pro seniory.<sup>99</sup>

## Strategické dokumenty zdravotní politiky Ústeckého kraje

Ústecký kraj pro svou zdravotní politiku vychází z několika strategických dokumentů **Strategie podpory zdraví a rozvoje zdravotních služeb v Ústeckém kraji na období 2015-2020**, který se zabývá fungováním, dostupností a kvalitou zdravotních služeb. Dalším dokumentem je **Plán pokrytí území Ústeckého kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby**. Třetí dílčí oblastí péče je reforma psychiatrické péče

---

<sup>97</sup>Statistická ročenka Ústeckého kraje 2018. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2019-01-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61165702/33008518.pdf/44dc0af7-406c-4266-bfa7-8b3f169d23f8?version=1.15>

<sup>98</sup>Vybrané ukazatele v Ústeckém kraji a jeho okresech v 1. až 3. čtvrtletí 2018. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61165746/33008618q3c1.pdf/d89c9891-f04a-46c6-bf6c-7163fcad1b97?version=1.1>

<sup>99</sup>Strategie rozvoje Ústeckého kraje do roku 2027. Podrobný analytický profil kraje. [online]. 2016. SPF Group, v.o.s. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1724625](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1724625)



schválená MZ v roce 2013, která je zaznamenána v dokumentu **Strategie reformy psychiatrické péče**. Téma zdravotnictví je také zahrnuto do **Strategie rozvoje Ústeckého kraje do roku 2027**, který uvádí, že populace Ústeckého kraje vykazuje mnoho nepříznivých charakteristik, které mají vliv na poptávku po zdravotní péči. Střední délka života je v Ústeckém kraji nejkratší mezi kraji ČR, což znamená, že obyvatelé se zde v průměru dožívají nejméně let. To souvisí mj. se zhoršeným zdravotním stavem populace kraje. Při zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva se kraj zaměří na tyto oblasti: správná výživa, pohybová aktivita, duševní zdraví, rizikové chování, screening a osvěta, snižování nerovností. Podpora rozvoje zdravotních služeb se ve spolupráci s Krajskou zdravotní zaměřují na oblasti personálního zabezpečení zdravotních služeb, rozvoj zdravotních služeb a jejich dostupnosti a vybavenosti a na vědu a výzkum.<sup>100</sup>

## Strategické dokumenty sociální politiky Ústeckého kraje

**Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2014 – 2017** určil cíle jako, zlepšit informovanost obyvatel Ústeckého kraje o možnostech pomoci a poskytovaných sociálních službách, kdy prioritou bylo propagovat význam Katalogu sociálních služeb v Ústeckém kraji. Zabývat se potřebnostmi sociálních služeb a zjišťováním efektivity poskytovaných sociálních služeb v kraji, tak aby byly vynaloženy prostředky na ty služby, po kterých existuje skutečná poptávka. Podpořit implementaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v kraji a plánování rozvoje sociálních služeb na místní a krajské úrovni, ke které má sloužit komunitní plánování. Podporovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb v kraji naplňováním standardů kvality sociálních služeb, podporovat deinstitucionalizaci služeb a současně bránit sociálnímu vyloučení uživatelů služeb. Podpořit aktivity zvyšující možnosti návaznosti v poskytovaných sociálních službách a aktivity zvyšující možnosti uživatelů v zajištění vhodného bydlení, motivovat obce k podílení se na vytváření koncepce bydlení na komunální úrovni, i přes absenci právní úpravy sociálního bydlení. Rozvíjet zapojování dobrovolníků v oblasti sociálních služeb. Na Lounsku je podle názoru pracovní skupiny kapacita nabízených služeb odpovídající aktuální poptávce uživatelů služeb. Dostupnost služeb se zhoršuje v závislosti na vzdálenosti od

---

<sup>100</sup> Strategie rozvoje Ústeckého kraje do roku 2027. Podrobný analytický profil kraje.[online]. 2016. SPF Group, v.o.s. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1724625](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1724625)

nejbližšího města.<sup>101</sup>

**Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2016 - 2018** si kladl cíle jako, podpořit implementaci střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v kraji a plánování rozvoje sociálních služeb na místní a krajské úrovni. Podporovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb v kraji. Odklon od institucionálního poskytování sociálních služeb k deinstitucionalizaci. Průběžné analyzování potřebnosti sociálních služeb a zjišťování efektivity poskytovaných sociálních služeb v kraji. Zlepšit informovanost obyvatel Ústeckého kraje o možnostech pomoci a poskytovaných sociálních službách. Rozvíjet zapojování dobrovolníků v oblasti sociálních služeb. Výše jmenované cíle se shodují s cíli stanovenými pro rozvoj sociálních služeb v období 2014-2017. Novinkou v plánu rozvoje je zacílení na vytvoření základní sítě sociálních služeb. Základní síť sociálních služeb deklaruje krajem vymezený, řízený a financovaný soubor činností poskytovaných v rámci sociálních služeb. „*Síť bude postupně kultivována a bude nastavena základní síť v rozsahu žádoucích kapacit služeb a kapacit personálního zajištění (počty úvazků), včetně vazby mezi kapacitou služby (počet uživatelů, intervencí, lůžek apod.) a počtem úvazků pracovníků (zejména v přímé péči). Analyzováním sítě bude síť „očištěna“ od poskytovatelů, kteří nebudou splňovat kritéria potřebnosti, efektivity a nákladovosti. Na základě systematického analyzování a vyhodnocování nákladovosti jednotlivých sociálních služeb je možné nastavit optimální (obvyklé) náklady a výnosy služeb pro výpočet finanční dotace kraje.*“<sup>102</sup>

Služby sociální péče a odborného sociálního poradenství jsou pro uživatele dostupné, o něco hůře dostupné jsou služby pro osoby se specifickými potřebami (nevidomý, neslyšící). Pro oblast Lounska i pro toto období přetrvává zhoršená dostupnost terénních služeb v okrajových částech regionu. Chybí služby pro specifické cílové skupiny, zejména pro osoby s psychiatrickými diagnózami.

Navazujícím strategickým dokumentem je **Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na rok 2019** vytvořený za účelem aktualizace sítě sociálních služeb v regionu. V tomto dokumentu se uvádí, že služby sociální péče na Lounsku jsou zastoupeny

---

<sup>101</sup> Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2014 – 2017. [online]. 2014. Podpora plánování a transformace sociálních služeb v Ústeckém kraji. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: <http://www.krcentrum.cz/files/ST-EDN-DOB--PL-N-ROZVOJE-SOC.SLU-EB--K---2014-7.pdf>

<sup>102</sup> Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2016-2018. [online]. 2015. Krajský úřad Ústeckého kraje. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1691227](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1691227)

rovnoměrně a nabídka sociálních služeb odpovídá poptávce v této oblasti. Pečovatelská služba je zajišťována i v okrajových částech Lounska až na výjimku Podbořanska. O spolupráci neziskové organizace působící v Lounech s domácí péčí v Podbořanech se zmiňuje v průběhu rozhovoru jedna z respondentek. Jako problematická je na Lounsku vyhodnocená nízká kapacita služeb pro psychiatrické pacienty, v rámci reformy psychiatrické péče bude podpořen vznik Centra duševního zdraví, dále je plánováno v roce 2018 zřízení služby chráněného bydlení v Petrohradě pro cílovou skupinu osob s duševním chronickým onemocněním. Nedostatečné jsou také kapacity v nabízené péči pro osoby s kombinací zdravotně sociálních potřeb, které nedosahují věku 65 let, a tudíž nemohou být umístěni do pobytových zařízení pro seniory. Oblast služeb sociální prevence a poradenství jsou rovnoměrně zastoupena v Lounech a Žatci, obtížně dostupné jsou pro osoby ze vzdálenějších obcí regionu, i v tomto druhu služeb bude cíleno na osoby s duševním chronickým onemocněním.<sup>103</sup>

**Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2019-2021** dále dokládá, že na Lounsku: „K 30. 09. 2018 činila míra nezaměstnanosti 4,6 %. Velmi problematický je nedostatek „levného“ bydlení a vysoký počet obyvatel žijících na ubytovnách nebo v drahých podnájmech. Neustále se zvyšuje počet seniorů, kteří mají různé problémy – zdravotní, finanční i bytové.“<sup>104</sup> Dokument dále obsahuje obdobné informace, jako jsou obsaženy v Akčním plánu rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na rok 2019, navíc popisuje sníženou kapacitu služeb sociální péče (odlehčovací služby a chráněné bydlení), která je dána nedostatečným personálním zázemím těchto služeb.

Ústecký kraj vytvořil portfolio dokumentů, které na sebe chronologicky navazují, obsahově jsou si podobné. Ke zpracování koncepcí se využívají statistická data, která vyhodnocují a porovnávají zdravotní stav obyvatel daného regionu či vyhodnocují sociální stav a potřeby obyvatel. Cíle se mění v souvislosti se změnami v demografickém vývoji na daném území a v závislosti na finančních zdrojích poskytovaných státem či EU. Doba, na kterou jsou strategické dokumenty v Ústeckém kraji plánovány, se u jednotlivých dokumentů liší. Opakovanou agendou v oblasti zdravotnictví je podpora zdraví společnosti, kvalita a

---

<sup>103</sup> Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2019. [online]. 2018. Krajský úřad Ústeckého kraje odbor sociálních věcí [cit. 2019-02-22] Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1727239](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1727239)

<sup>104</sup> Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2019-2021. [online]. 2018. Krajský úřad Ústeckého kraje. Odbor sociálních věcí. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1730711](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1730711)

dostupnost péče. Nejčastější agendou sociální oblasti je kvalita služeb, jejich dostupnost a deinstitucionalizace služeb.

### 5.1.3 Strategické dokumenty zdravotní a sociální politiky v Lounech

#### Sociálně demografická analýza Loun

Královské město Louny bylo založeno Přemyslovci ve 13. století, je územní samosprávnou jednotkou, jedná se o obec s rozšířenou působností. Rozkládá se na úpatí Českého středohoří, protéká jimi řeka Ohře. Suché a teplé podnebí ovlivnilo rozvoj zemědělství v kraji. Louny a okolí jsou zemědělským regionem s průmyslovou výrobou. Mezi největší zaměstnavatele kromě zemědělských družstev patřil Lounský pivovar, mlékárna a masokombinát. Mezi největší současné zaměstnavatele na území města patří továrny s letitou tradicí Legios, Elektroporcelán Louny, Praga Louny, SEKO Aerospace Louny a nově vybudovaná průmyslová zóna, ve které sídlí převážně zahraniční společnosti. Nezaměstnanost v Lounech patří v rámci celého Severočeského kraje k těm nižším. A to z důvodu vytvoření průmyslové zóny Triangle, která se nachází mezi městy Louny, Žatec a Chomutov a poměrně dobré dostupnosti hlavního města Prahy. Ke zpracování jsem využila dostupná data ČSÚ, ve kterých se uvádí, že k 1. lednu 2018 žilo v Lounech 18 446 obyvatel, z toho 8813 mužů a 9633 žen, průměrný věk mužů činil 40,1 let u žen to bylo 43,7 let průměr obou pohlaví byl 42 let.<sup>105</sup> Z dalších údajů ČSÚ vyplývá, že ke konci roku 2017 žilo v Lounech 3002 dětí ve věku do 14 let, 11 941 obyvatel v produktivním věku a 3503 obyvatel starších 65 let. Podstatným údajem pro plánování zdravotních a sociálních služeb je index stáří, kterým lze charakterizovat proces demografického stárnutí populace. Index stáří vyjadřuje, kolik je v populaci obyvatel ve věku 60 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let. Index stáří ČR činil v roce 2017 121,4, oproti tomu index stáří lounských obyvatel v roce 2017, činil 116,7. V Lounech dochází k nárůstu průměrného věku obyvatel, v roce 2008 byl průměrný věk 39,8 let oproti tomu v roce 2017 již 42 let. Naděje dožití u mužů v Lounech

---

<sup>105</sup> Počet obyvatel v obcích 1.1. 2018. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61546986/13007218.pdf/1d52a859-3564-48e4-a816-45352d519a59?version=1.0>

činí 73,29 let a u žen 79,94 let.<sup>106</sup> Za posledních 10 let se v Lounech téměř každý rok narodilo více jak 200 dětí, největší pokles porodnosti byl zaznamenán v roce 2012, kdy počet narozených dětí klesl pod 170.<sup>107</sup>

## Strategické dokumenty zdravotní a sociální politiky v Lounech

Samostatný dokument zabývající se zdravotní politikou v Lounech neexistuje, občanům je dostupný pouze katalog zdravotnických služeb v Lounech a okolí. Počet zdravotních služeb na území Loun je regulován zdravotními pojišťovnami, které s poskytovateli uzavírají smlouvy. Odbor sociálních věcí a zdravotnictví MÚ Louny mimo jiné zabezpečuje agendu související s problematikou zdravotnictví ve městě, zajišťuje fungování ambulantní pohotovostní péče pro děti a dospělé, vyřizuje žádosti o označení vozidel přepravující osobu těžce pohybově postiženou, zajišťuje prodej zdravotních tiskopisů, také vyřizuje přestupky na úseku zdravotnictví.

Je patrný nepoměr mezi strategickými dokumenty zdravotní a sociální politiky obce. Na rozdíl od zdravotní politiky je v oblasti sociální politiky v obci vytvořen již **4. Komunitní plán sociální péče města Loun na období 2017- 2021**, který zpracoval Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu Louny. Komunitní plán se zaměřuje na oblast zabývající se problematikou seniorů, zdravotně postižených, rodin s dětmi, mládeže a občanů v krizi. Komunitní plán si klade za cíl umožnit lidem důstojný život doma co nejdéle, nabídnout jim péči a podporu v oblastech, kde si to sami přejí, vytvářet a rozšiřovat síť služeb tak, aby se vyhovělo novým, dosud neřešeným potřebám a požadavkům lidí ve všech oblastech sociální pomoci, usilovat o vyváženost služeb směrem od péče institucionální k péči komunitní, usilovat o poskytování služeb v co nejvyšší kvalitě a to dle standardů kvality, postupně zajistit rovné podmínky pro kvalitní poskytovatele služeb s cílem co nejlépe využívat dostupné finanční zdroje na realizaci cílů a opatření komunitního plánu.<sup>108</sup> V komunitním plánu jsou zahrnuty také zdravotní služby, které jsou na území města

---

<sup>106</sup> Úmrtnostní tabulky za okresy a naděje dožití ve správních obvodech ORP- 2015-2017. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni-tabulky-za-okresy-a-nadeje-dozeni-ve-spravnich-obvodech-orp-2013-2017>

<sup>107</sup> Demografická ročenka měst. [online]. 2017. Český statistický úřad. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61566216/13006618279.pdf/7a29e486-e249-4b0b-b58c-541b8818a84e?version=1.0>

<sup>108</sup> 4. Komunitní plán sociální péče města Loun na období 2017- 2021. [online]. 2016. Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Městský úřad Louny. [cit. 2019-03-02].

Dostupné z:

file:///C:/Users/Acer/Downloads/4.\_komunitni\_plan\_2017\_2021\_schvaleny\_rm\_20.2.2017%20(6).pdf

poskytovány, přímo jsou zmíněny domácí péče Medika, sociální lůžka v Nemocnici Louny a další služby poskytující specializované poradenství pro zdravotně postižené. Na základě toho lze usuzovat, že spolupráce a komunikace mezi těmito organizacemi je dobrá, a že tvůrci komunitního plánu jsou si vědomi nezbytnosti vzájemné kooperace, která posiluje možnost integrace služeb.

#### **5.1.4 Zdravotní a sociální služby v Lounech**

Rozvoj zdravotních a sociálních služeb v Ústeckém kraji je, jak již bylo zmíněno, podporován vytvářením střednědobých plánů rozvoje, na jejichž vytváření se také podílí zástupci jednotlivých obcí. Sdílení informací o potřebách obyvatel jednotlivých částí kraje pomáhá utvářet dostupnou a kvalitní síť služeb. Dostupnost zdravotní a sociální péče v Lounech významně ovlivňuje kvalitu života obyvatel ve městě.

#### **Zdravotní služby v Lounech**

Katalog zdravotnických služeb města Louny a okolí aktualizovaný ke konci roku 2018 uvádí, že na území města jsou dostupné ambulance dětských a praktických lékařů včetně ambulance odborných lékařů specializujících se na interní a chirurgické obory, oční, kožní, stomatologii, gynekologii, urologii, nefrologii, neurologii, orthopedii, otorinolaryngologii, alergologii, psychologii, psychiatrii, rehabilitaci, fyzioterapii, logopedii, plicní, diabetologii, hematologii a imunologii. Většina odborných ambulancí, odběrové místnosti, laboratoře, RTG a CT se nacházejí na lounské poliklinice, další ambulance jsou rozmístěny v různých částech města, taktéž 6 lékáren.<sup>109</sup>

Na území města je provozováno dialyzační středisko Fresenius Medical Care se sídlem v areálu Nemocnice Louny. Lůžková péče je ve městě zajišťována Nemocnicí Louny, a.s., která je soukromé zdravotnické zařízení, které poskytuje péči na lůžkách následné péče a sociálních lůžkách. Ve stejném areálu je Ministerstvem zdravotnictví provozována dětská psychiatrická nemocnice. V terénu je poskytována služba domácí zdravotní péče, do terénu se chystá zapojit své pracovníky také psychiatrická nemocnice v rámci reformy psychiatrické péče. Akutní lůžková péče ve městě poskytována není, za touto péčí musí lounští obyvatelé dojíždět do přilehlých měst jako Žatec, Most, Chomutov, Slaný. V případě

---

<sup>109</sup>Katalog sociálních služeb ve městě Louny. [online]. 2018. Městský úřad Louny. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <https://www.mulouny.cz/cs/mesto/komunitni-planovani/katalog-sluzeb-socialni-pece-ve-meste-louny.html>

akutních obtíží mohou obyvatelé využít služeb zdravotnické záchranné služby popřípadě dětskou pohotovost, pohotovost pro dospělé a zubní pohotovost. Na území města se nenachází žádná dopravní zdravotní služba.

Za účelem získání podkladů pro zpracování případové studie byli osloveni linioví pracovníci Dětské psychiatrické nemocnice, psychiatrické ambulance pro dospělé, Agentury domácí péče a Sociálních lůžek.

## Dětská psychiatrická nemocnice Louny

Nemocnice poskytuje léčebnou a diagnostickou péči v oboru dětská a dorostová psychiatrie. V současnosti se na pracovišti velmi často léčí dětské pacienti, co se sebepoškozují, také přibývá dívek s mentální anorexií, velmi časté jsou také diagnózy poruch chování jako např. ADHD. Vyšší kapacity by také uvítala dětská psychiatrická nemocnice, kdy respondenti uváděli jako příčinu vyššího tlaku na lůžka chybějící návaznost péče. 8R: „...*mi tu máme docela dost dětí, který by tady ani nemusely být, ale protože nejsou ty návazný organizace, že jo, třeba ty výchovný ústavy nebo takový, my máme spoustu dětí s výchovnejma problémama a ne s tou psychiatrickou diagnózou, že jo, ale protože ty děti není kde dát a kde léčit tak sou u nás, já si myslím, že kdyby byla rozvinutá větší síť těch zařízení pro tyhle ty poruchy chování, že jo, takový ty zařízení adiktologickýho typu, zařízení etopedickýho typu, že by potom ta kapacita postačovala, no, teď je to málo.*“ V zařízení jsou hospitalizované děti z celé České republiky, přicházejí z domácího prostředí, ale také z Dětských domovů a Diagnostických ústavů. Do domácí péče se navrací více jak polovina dětí. Před ukončením hospitalizace se schází zástupci nemocnice, OSPOD, zástupci organizace, do které bude dítě umístěno, popřípadě rodiče dítěte, cílem schůzky je naplánovat následnou péči dítěte. Dětská psychiatrická nemocnice taktéž uvádí dlouhé čekací doby na umístění dítěte do Dětského domova či jiného zařízení, jako nejčastější důvod prodlužování hospitalizace uvádí náročnou administrativu, nedostatečné kapacity zařízení, narůstající počty hospitalizovaných dětí, dlouhé soudní procesy a v některých případech brání umístění dítěte také jeho diagnóza. Dětská psychiatrická nemocnice je zapojena do reformy psychiatrické péče, v současnosti funguje v nemocnici 50 lůžek, cílem je zredukovat jejich počet o 15%. V rámci přenesení péče do ambulantních zařízení budou vznikat mobilní pracovní týmy, které budou tvořit sestry specialistky v oboru psychiatrie a lékaři, za tímto účelem již mají téměř všechny sestry dokončenou specializaci v oboru.

## Psychiatrická ambulance pro dospělé

Poskytuje ambulantní péči pro dospělé s diagnózami jako schizofrenie, demence, deprese, úzkosti, reakce na stres, různé závislosti a mentální retardace. Kapacita ambulance by v současnosti potřebovala navýšit a to z důvodu dlouhodobé absence psychiatra, jehož prozatím nikdo nezastupuje. Nárůst pacientů se závažnějšími zdravotními obtížemi nepozorují. U dementních pacientů vyžadujících kombinaci služeb, zjišťují v rámci anamnézy sociální zázemí jedince a popřípadě pečujícím rodinám předávají kontakt na sociální služby působící v Lounech a okolí. Jako problematické se v ambulanci jeví dlouhé čekací doby klientů. Aktivně se personál ambulance do reformy psychiatrické péče nezapojuje.

## Agentura domácí péče

Domácí péče poskytuje zdravotní služby v terénu nepřetržitě, kapacita služby je dostačující taktéž agentura nepociťuje nárůst pacientů se závažnějšími zdravotními obtížemi, psychiatrické pacienty ve své databázi nemají. Do podzimu 2018 poskytovala agentura v přílehlé vesnici také pečovatelskou službu, provoz však byl ukončen z důvodu nesplnění podmínek pro provozování registrované sociální služby. Impulsem pro založení pečovatelské služby byla osobní zkušenost a podpora ze strany obce Ročov. 13R: „*Vedlo mě k tomu to, že třeba na Ročově tam třeba ty lidi vůbec neměli šanci, mít třeba nějakou pečovatelskou službu, protože to je daleko, městská pečovatelská tak daleko nejezdí a tyhlesť druhý, ty soukromí tam jako taky nechtěj moc jezdit, že jo. Já dneska vim proč, protože ta úhrada jim nepokreje to kolik oni projedou. My jsme vlastně to dělali idealisticky, protože první pečovatelka bydlí na Ročově.*“ Náročná administrativa, kterou neměl kdo zpracovávat, byla jedním z důvodů pro ukončení činnosti. 13R: „*Jako problém je ten, že my máme třeba sociální pracovníci zaměstnanou na 0,15 úvazku, což sem si myslela, že postačuje, (...) ale na to musí bejt právě jako sociální pracovník, kterej vlastně v podstatě musí vést celou tu dokumentaci, která je tak složitá, na základě těch předepsanejch postupů, papír absolutně na všechno, takže my vlastně tahle ta sociální pracovnice by mi to tady v tom pracovním úseku vůbec, to by vůbec nestíhala udělat, takže by tady musela bejt vlastně já nevím 8 hodin denně, ta pečovatelská služba co máme vlastně tak 2 roky je prodělečná a my jí dotujeme tady z tý naší firmy z tý zdravotní péče a ještě navíc, kdyby jsme měli zaměstnávat sociální pracovníci, což je vysokoškolskej člověk, že jo, vzdělanej, tak prostě není to únosný, není to únosný, vůbec.*“ V souvislosti s personálem se také respondentka zmiňovala



o obtížích sehnat pro svou agenturu zdravotní sestru s praxí.

## Sociální lůžka – Nemocnice Louny

Oddělení sociálních lůžek nabízí sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče. Péče na sociálních lůžkách je nejčastěji poskytována klientům s diagnózami jako cévní mozková příhoda, zlomeniny krčku a onkologicky nemocným pacientům. 4R: *Oni vlastně ty sociální lůžka jsou takový, jsou takovej neříkám přestupní stanice pro lidi který nemůžou odejít z nemocnice domů, nemaj vyřízenou žádost do domova pro seniory a nelze jim tu péči v takové míře poskytnout doma, takže oni tady defakto čekají do doby než jim je vyřízena nějaká další sociální služba trvalýho charakteru.* “ Na lůžkách sociální péče je kapacita dlouhodobě nedostačující, což odpovídá celorepublikovému trendu, taktéž je tam patrný nárůst počtu klientů se závažnějšími zdravotními problémy, který způsobuje tlak na lůžka poskytující akutní péči. Smlouva o poskytování péče je s klienty uzavírána na 1 rok, podmínkou jejího prodloužení je podání žádosti o přijetí do Domova pro seniory. Z rozhovoru vyplynulo, že klienti se do domácího prostředí navracejí minimálně, 4R: *„ (...) mluvím i za kolegyni, která má na starosti lůžka následný péče, tak 50% lidí z těch kteří odcházejí do domova pro seniory, by mohla jít domu a mohla využívat služeb domácí péče, kdyby prostě měli bezbariérovou koupelnu a vůbec bezbarierový prostředí doma. Mezi, opravdu v 90% to ztroskotá tady na tom. Na tom, že nejsou schopni potom toho člověka doma vykoupat, nejsou schopný ho vzít na ten záchod, protože neprojedou dveřma.*“ Délku hospitalizace klientů prodlužují dlouhé čekací doby na umístění do Domovů pro seniory, roli při umístování klientů seniorského věku do pobytového zařízení hraje také jeho vzdálenost od původního bydliště. *„ (...) klient do té doby než přijde nějaký zdravotní problém a než si uvědomí, že nemůže tak si tu žádost nevyřídí, že jo, a když potom přijde ten zdravotní problém a je tady u nás v nemocnici tak až najednou potřebuje tu pomoc, péči a chce do toho domova pro seniory, tak najednou, prostě vyřeší tu žádost (...)*“

## Sociální služby v Lounech

Katalog sociálních služeb ve městě Louny uvádí kontakty na jednotlivé služby, které se liší svým zaměřením.<sup>110</sup> Na seniory se zaměřují sociální služby Městské pečovatelské služby

---

<sup>110</sup>Katalog sociálních služeb ve městě Louny. [online]. 2018. Městský úřad Louny. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.mulouny.cz/cs/mesto/komunitni-planovani/katalog-sluzeb-socialni-pece-ve-meste-louny.html>

s denním stacionářem Louny, Senior klub, Domov pro seniory U pramene Louny. Na osoby se zdravotním postižením cílí Centrum služeb pro zdravotně postižené Louny, Svaz tělesně postižených v ČR obě organizace taktéž zřizují půjčovnu kompenzačních pomůcek. Sociální začlenění osob se zdravotním znevýhodněním v Lounech podporuje Sociálně terapeutická dílna Jeroným, dále jsou na území města poskytovány služby pro nevidomé a neslyšící. Další skupinou jsou osoby v krizi, které mohou v Lounech využít služeb Červeného kříže, Azylový dům, Centra krizové intervence – Vavřinec, Spirála, Most k naději, dále poradny manželská, dluhová, adiktologická a v neposlední řadě terénní programy. Služby pro rodiny, děti a mládí zahrnují pedagogicko-psychologické poradenství, podporu náhradní rodinné péče, volnočasové aktivity pro děti a mládež organizované zájmovými spolky. Za účelem získání podkladů pro zpracování případové studie byli osloveni linioví pracovníci Městské pečovatelské služby, Domovu pro seniory, Centra služeb pro osoby zdravotně postižené, oblastní organizace Svazu tělesně postižených a pracovník Terénních programů MPS.

### Městská pečovatelská služba s denním stacionářem Louny

Městská pečovatelská služba s denním stacionářem je příspěvková organizace obce. Respondenti jako nejčastěji prováděné úkony uváděli úklid domácnosti, nákupy, pomoc při osobní hygieně a pochůzky. Prostřednictvím pochůzek pečovatelky zařizují svým klientům co je třeba, nejčastěji jim zprostředkovávají recepty na léky, které následně vyzvedávají z lékárny, také klientům pomáhají se zařizováním záležitostí na úřadech. 15R: „*No většinou jsou nasmlouvaný takový věci, který sami nejsou schopný zvládnout.* Většina zaměstnanců MPS zajišťující pečovatelské služby se shodla, že současná kapacita služby odpovídá poptávce, v několika případech oslovení respondenti nevěděli s odkazem k vedoucím pracovníkům, kteří přijímají žádosti o poskytování služeb, ale spíše se klonili k variantě, že kapacita odpovídá. Jedna z respondentek se domnívala, že by poptávka mohla být dokonce větší, kdyby informovanost seniorů o nabízených službách byla větší. 11R: „*Jako vesměs se to zvyšuje ta poptávka vždycky od toho zří do toho jara (...)*“ Většina z oslovených respondentů se nedomnívá, že by v současnosti docházelo k nárůstu klientů se zdravotními obtížemi, zhoršení soběstačnosti svých klientů popřípadě jejich zdravotní stav připisují stáří a v některých případech uvádí úrazy jako prvopočátek zhoršení zdravotního stavu. 12R: „*To bych neřekla, že dochází k nárůstu, protože ty klienti jsou, vždycky maj nějaký zdravotní problém, proto požádaj o tu naši pomoc, (...), že by to něk extra narůstalo ne.*“ Z rozhovorů

vyplývalo, že někteří klienti a jejich rodiny by ocenili 24 hodinovou dostupnost péče, popřípadě by uvítali dostupnost pobytového zařízení pro kratší pobyty. Dále byla komentována dostupnost služeb pro klienty jako pedikúra, kadeřnice, senior taxi a různé společenské aktivity pro seniory. Dalším zmiňovaným problémem byl zdravotní stav klientů a s ním související dostupnost specialistů např. očního a zubního lékařství v obci. Zhoršený zdravotní stav klientů uvádí pečovatelky jako velmi časté téma hovoru, také komentovaly množství léků, kteří jejich klienti užívají. 17R: *„Takhle, jako službu určitě třeba by chtěli, aby jsme tam chodili, protože my máme pracovní dobu 8 hodin a oni potřebují péči i odpoledne, přes noc, takže spíš nějaký takovýhle zařízení, kdyby třeba, když ty lidi nebo ta rodina co se o ně stará a potřebují jet na služební cestu nebo někam si odjet tak toho rodiče jednoho nebo oba rodiče nemaj kam dát nebo, aby tam třeba někdo přišel, vyměnil plenku, dal léky, je tady jedna ještě ta služba přesně nevím jak funguje, nikdy sem po tom něk nepídila, ale myslím si, že to by tu bylo určitě potřeba. Třeba sem se setkala s jedním pánem, kterej potřeboval někam odjet a nevěděl kam má dát maminku, která prostě potřebovala, aby na ní někdo dohlížel, dal jí léky, aby třeba vlastně se jí něco nestalo, nebo aby tam někdo byl, kdyby se jí něco stalo, tak tohle určitě.“* V rámci rozhovorů byla také opakovaně zmiňována nízká informovanost obyvatel o tom jaké služby pečovatelská služba nabízí. 11R: *„(...) dokud to nepotřebují, anebo když o tom slyší tak ani pořádně nevědí, co to vlastně obnáší, co všechno zatím může být, že se vůbec dělaj ty nákupy, že se dělaj ty úklidy, že sou ty pochůzky, že můžou spoustu věcí zařídit, že tam je i ta, ta společnost, jako jo, že se necejtěj osamocenej, že se někdo se na ně vůbec přijde podívat, zjistit jestli něco nepotřebuje.“*

## Domov pro seniory Louny

V současnosti prochází zařízení dlouhodobou rekonstrukcí, která omezila jeho provoz. Kapacita domovu byla zcela zaplněna již před rekonstrukcí, v rámci rekonstrukce se neplánuje navýšení počtu lůžek, ale jedná se o rekonstrukci vnitřního vybavení, kuchyně a výtahů. Dochází k nárůstu počtu klientů s psychiatrickými diagnózami, které jsou umístěni na oddělení se zvláštním režimem, převážně se jedná o schizofreniky a osoby s Alzheimerovou chorobou. Respondentka poukazuje na problémy soužití osob s těmito diagnózami. 5R: *„(...) lidi s tou Alzheimerovou chorobou ty mají rádi jakoby společnost, vyhledávají se, jsou rádi jakoby pospolu, ale zase ty schizofrenici, ty chtějí být sami. Rozčilujou, rozčilujou je jakoby lidi, který s nima chtěj bejt. (...) takže tam se to trošičku jakoby pere a chtělo by to spíš založit oddělení jako pro ty psychiatrický zvlášť a pro lidi*

s Alzheimerovou chorobou.“ Oddělení se zvláštním režimem se snaží svým klientům vytvářet podmínky blízké jejich domovu, pohyb umístěných klientů je omezen z bezpečnostních důvodů. Dále se respondentka zmiňovala, že během šetření u osob žádající o přijetí do Domova pro seniory se často setkává s tím, že lidé nechtějí, aby k nim docházela pečovatelka. 5R: „(...) někdo má třeba obavy, aby neviděli to soukromí jejich, jako aby jim do toho nezasahovali, ale hodně často se s tím setkám, že nechtěj.“ Šetření se zaměřuje na získání informací o schopnostech žadatele, zprávu o zdravotním stavu žadatele dokládá praktický lékař, šetření se účastní také někdo z rodiny. 5R: „ (...) já i chci, aby byli u toho šetření. A protože ten člověk, když tam jsem tak třeba řekne, že všechno zvládá, ale od tý rodiny se dozvíte, protože oni si neradi přiznávají, že něco nedokážou, něco nemůžou a ta rodina vám to řekne přesně tak jak to je.“

### Centrum služeb pro osoby zdravotně postižené Louny

Je obecně prospěšná společnost poskytující terénní pečovatelskou službu, terénní odlehčovací služby, poradenské služby pro zdravotně postižené a seniory, poradenství pro pečující rodiny, dluhovou poradnu a půjčovnu kompenzačních pomůcek. Centrum se zaměřuje na poskytování péče obyvatelům žijících ve vesnicích v okolí Loun. Kapacita terénních služeb by se z pohledu respondentky mohla navýšit, v poradenských službách je kapacita dostačující, taktéž se domnívá, že dochází k nárůstu počtu klientů se zdravotními obtížemi. Obtížně se také organizaci zajišťuje personál, 3R: „(...)sehnat dobrou a spolehlivou pečovatelku, taky už není tak jednoduchý, tak jak se mění situace na trhu práce, tak už, už je to složitější sehnat někoho spolehlivého.“ První kontakt je nejčastěji navázán s rodinou, když hledá pomoc se zajištěním péče a pomůcek pro svého nemohoucího člena. 3R: „(...)myslím si, že oni přeceňují ty své možnosti, nezvládají, nezvládají takovou tu základní, nezvládají ty techniky, jo, manipulační techniky, ošetrovatelský dovednosti jim chybí, zbytečně se nadřou. Co si budem povídat ta péče je fyzicky i psychicky náročná, takže oni, oni vyhoří, že jo. Zjistí, že ta péče je nad jejich síly a hledají pomoc.“ Tyto zkušenosti vedly organizaci k realizaci projektu ucelené podpory pečujících rodin, která spočívá v nácviku ošetrovatelských technik přímo v domácnosti klienta a seznámení s pomůckami vhodnými pro dlouhodobou péči.

## Svaz tělesně postižených Louny

Je nezisková organizace poskytující ambulantní služby v Lounech a okolí. Zaměřuje se na odborné sociální poradenství, sociálně aktivizační služby pro zdravotně postižené a seniory, také provozuje Senior taxi. Obdobně jako Centrum služeb pro zdravotně postižené provozuje půjčovnu kompenzačních pomůcek, jejíž sortiment je oproti nabídce Centra větší. Kapacita služby odpovídá poptávce, z pohledu respondentů dochází k nárůstu počtu klientů se zdravotními obtížemi, které souvisí se stářím. Klienty organizace jsou lidé po úrazech, senioři a jejich rodiny, využívají především poradenské služby a zapůjčují si kompenzační pomůcky. 10R: „*Tady my se setkáváme s tím, že si přijdou půjčit schodolez, protože babička bydlí ve 4 patře bez výtahu a oni prostě potřebují s ní jet k doktoru, jo protože doktor za nima nepřijde, třeba v tu dobu, že jo, když je to specialista a oni říkají, my jí musíme prostě něk dostat dolů, protože ona už to sama nesejde, (...)*“ Organizace se na území města snaží prosazovat zájmy hendikepovaných spoluobčanů, poukazují na bariéry bránící dostupnosti lékařské péče z důvodu přesouvání odborných ambulancí z Lounské polikliniky do hůře přístupných budov. Upozorňuje na chybějící chráněné bydlení, které by pomáhalo osobám s hendikepem získat potřebné dovednosti pro znovunabytí soběstačnosti a zároveň by umožnilo rodinám vybudovat bezbariérové bydlení. 6R: „*(...) chráněný bydlení pro zdravotně postižený, že jo, to tady v Lounskym okrese vlastně nebo v místě není, že jo a klienti většinou chtějí zůstat ve spojení, když tady někde mají poblíž rodinu, že jo nebo něco takovýho, tak samozřejmě chtějí zůstat v kontaktu a nechtějí jít 100 km někde kde to ubytování třeba je, (...)*“ Pracovníci se také setkávají s nízkou informovaností obyvatel o sociálních službách a s poptávkou po odlehčovacích službách. 10R: „*Jako dokavad' člověk nic nepotřebuje, tak se o to až tak nestará. Já tady v těch službách jsem dvacet jedna, dvacet let, takže člověk jako to bere automaticky. A třeba včera mě zrovna volala paní, (...) která je natolik vyčerpaná ze svého manžela, kterej je nemocnej, že prostě už jako, fakt ted' už jako už je na kraji svého psychickýho zhroucení a ted' teprve řeší jako, kam toho manžela aspoň na tejdén prostě dát na odlehčovačky, že jo.*“ Organizace by ráda rozšířila pracovní úvazky stávajícím zaměstnancům, ale prozatím Kraj žádosti nevyhověl. Ve spolupráci s Úřadem práce v Lounech vytváří organizace pracovní místa pro evidované žadatele o zaměstnání, bohužel fluktuace těchto pracovníků je velká, svou roli hraje také mzdové ohodnocení. Organizace taktéž zvažovala zřízení chráněné dílny, ale od tohoto záměru odstoupila. Za účelem rozvoje nabízených služeb se zaměstnanci organizace každoročně účastní supervize.

## Terénní programy při MPS v Lounech

Terénní programy je služba poskytovaná osobám v krizi, jejíž naplní je základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí. Služba je v Lounech poměrně nová, funguje rok a půl, klientela se postupně rozrůstá, jedná se o osoby ze sociálně slabších poměrů a zdravotně postižené. Služba se snaží ve městě prezentovat prostřednictvím informačních letáčků, tak aby se lépe zapsala do povědomí obyvatel Loun a okolí. Pro své klienty by respondentka uvítala asistenci pro zrakově postižené a službu zaměřenou na sociální rehabilitaci. U svých klientů leckdy postrádá motivaci pro spolupráci. 9R: „(...)když třeba klient vstoupí do služby dobrovolně a já mu vysvětlím co mu můžu nabídnout a co mu to vlastně v tom životě přinese, konkrétně, tak přesto potom se setkávám s tím, že třeba klient od služby odstoupí byť nemá ten problém vyřešený, jo anebo musím neustále tomu klientovi připomínat důvod té spolupráce, i když ho zná, ale v podstatě ho povzbuzovat, takže asi ta motivace je největší problém.“

## Městská samospráva

Významné pro osoby využívající zdravotní a sociální služby jsou také instituce zprostředkovávající finanční podporu uživatelů služeb. V Lounech mohou obyvatelé podat žádost o poskytnutí příspěvku na péči na pobočce **Úřadu práce** či požádat o dávky v hmotné nouzi. Svou pobočku v Lounech má také **Okresní správa sociálního zabezpečení** a několik **zdravotních pojišťoven**. Správu zdravotních a sociálních služeb v Lounech vykonává Odbor sociálních věcí a zdravotnictví MÚ Louny, jehož dva zaměstnanci se také stali respondenty.

## Odbor sociálních věcí a zdravotnictví MÚ Louny

Zajišťuje výkon státní správy a samosprávy v sociální oblasti. Zabezpečuje oblast sociální péče, sociálně-právní ochrany dětí, sociální prevence, ochrany práv příslušníků menšin, prevence kriminality, drogové problematiky a zdravotnictví. Jak respondentka popisuje 1R: „(...) neskutečným způsobem přibyla administrativa na úkor práce s lidma a teď by takovým tím garantem, takovou tu garanci svým způsobem si myslím, že má tendenci přebrat stát, protože ten má absolutní kontrolu (...)“ Na podporu informovanosti občanů o poskytovaných službách ve městě odbor každoročně aktualizuje Katalog zdravotních a

sociálních služeb. Na odboru jsou si vědomi nedostatku zubních, očních a dětských lékařů, jak k tomu dodává respondent 2R: „(...) ačkoliv pojišťovna tvrdí, že jako ten počet je tady odpovídající, tak jako pacienti si stěžují, že jako dlouho to trvá od doby objednání do doby ošetření. (...) Role pojišťoven, právě tam je to všechno, to že ta pojišťovna má poslední slovo a když ta pojišťovna toho lékaře nebude platit, tak jako on nebude mít asi zájem a zase město není tak bohatý, (...).“ Jelikož v Lounech není dostupná akutní péče, prosadilo vedení Loun zřízení zubní pohotovosti a pohotovosti pro dospělé, 2R: „(...) po jako dlouhých jednáních se podařilo tu službu znovu zřídit, tak aby lidi teda měli kam jít v sobotu, v neděli, když vlastně tady není nemocnice. Takže tady to město dotuje poměrně velkejma prostředkama a to jsou částky kolem dvou milionů teď teda na základě toho, že kraj taky to dotuje, takže kraj ted'ko to zvýšil, takže na město přibude trošku ta částka menší, což je jako dobrý ale v tom samotným začátku to město stálo teda velký prostředky a byla velká snaha to tady udržet, aby ta zdravotnická péče tady nějaká byla.“

V rámci komunitního plánování se taktéž řeší kapacity sociálních služeb 1R: „(...) nevím, jak dlouho třeba budou dostačovat kapacity pečovatelské služby, protože vlastně neustále se zvyšuje počet osob, které potřebují pečovatelskou službu v terénu venku, jo z druhý strany i to hodně navazuje, na nedostatek pobytových služeb a tam jsme taky v péči, protože vlastně není možný úplně je třeba ty lidi včas vzít z terénu a dát je do pobytovky, protože prostě nejsou volný místa (...).“ V souvislosti s integrací zdravotních a sociálních služeb se také respondentka zmínila o zdravotních službách, které si registrují sociální služby a o centrech duševního zdraví, jejichž provoz souvisí s reformou psychiatrické péče.

## **5.2 Provázanost zdravotních a sociálních služeb**

Druhá část případové studie se zaměřuje na provázanost zdravotních a sociálních služeb, na jejich vzájemnou spolupráci a na vnímání integrace služeb liniovými pracovníky.

### **5.2.1 V jaké podobě existuje vzájemná spolupráce jednotlivých aktérů na komunální úrovni?**

Z rozhovorů vyplynulo, že oslovené organizace se vzájemně znají, většina z nich má svého zástupce v komunitním plánování. Péče některých organizací na sebe navazují, jejich dostupnost má význam pro plynulý přechod klientů mezi pracovišti. Mimo to, že spolupracují a komunikují mezi sebou tak jsou také často v kontaktu s pracovníky odborů

Městského úřadu, Úřadu práce a OSSZ. Nezbytná je také spolupráce a komunikace s rodinou, zvláště na počátku sjednávání služeb. Další kontakt s rodinou se odvíjí od její participace na péči o svého člena. Podrobněji bude tato problematika popsána ve třetí části této případové studie.

Klienti terénních a ambulantních služeb užívají současně služby domácí zdravotní péče a služeb Městské pečovatelské služby, k problémům či nedorozuměním dochází zřídka. 9R: „*No spíš v komunikaci bych řekla, jo, že třeba pečovatelka neposkytla potřebný informace nebo já, protože jsme si nedomysleli ty důsledky, který to může mít zase na tu druhou službu, jo, vzájemně, takže komunikační bych řekla bariéry.*“ Za velmi dobrou považují spolupráci terénních zdravotních a sociálních služeb také oslovení úředníci, kteří se s jednotlivými zástupci těchto služeb setkávají na schůzkách komunitního plánování.

Koordinace zdravotních a sociálních služeb v současnosti spočívá především ve zprostředkování informací o potřebách klientů mezi praktickým lékařem, klientem, Agenturou domácí péče a Městskou pečovatelskou službou. 19R: „*(...) většinou to posílá paní doktorka a zařizuje tu Mediky ona, my jako osobně né, my jako je nevoláme, (...)*“ Komunikaci za Městskou pečovatelskou službu zprostředkovává sociální pracovník, který získává podklady a informace od jednotlivých pečovatelek.

Městská pečovatelská služba často zprostředkovává přístup do bytu sestrám z Agentury domácí péče, i za tímto účelem je nezbytná koordinace péče. Pokud pečovatelky nezajišťují zdravotníkům vstup do bytu, jsou jejich vzájemná setkání u klienta spíše náhodná. Nejčastěji je třeba komunikovat ohledně zprostředkování léků klientům. 19R: „*Tak většinou nám řeknou, jako třeba, když nejsou, že potřebujou objednat léky, protože dělaj i přípravu léků, že jo to mi neděláme, takže oni nám napíšou ten lísteček, že ta komunikace tam je, (...)*“ Činnosti pracovníků zdravotní služby a pečovatelské služby vykonávané v domácnosti klienta jsou v současnosti na sobě nezávislé. 17R: „*Třeba jsem byla u jedné paní, která měla mít převaz, takže já sem jí připravovala jídlo a mezi tím přijela paní z Mediky a převázala jí nohu, než sem jí ohřála oběd.*“

V současnosti si každá organizace zachovává svou autonomii při práci s klienty, v případě potřeby a zájmu klienta jsou mu všechny oslovené organizace ochotny zprostředkovat služby další organizace. Vzájemná spolupráce a komunikace je podporována ze strany obce, která organizace zapojuje do komunitního plánování. Vzájemnou spolupráci služeb zdravotních a sociálních dokládá jedna z respondentek: 13R: „*(...) ted' jsme měli pána, přišel z nemocnice, volali pečovatelky z městský pečovatelský služby, že má injekce, Clexane se mu píchal, že jo,*



*takže jo, jo jo sme tam, večer tam príjdem a udeláme to, bych to od doktora ani nevěděla, protože ten doktor není zrovna ve dvě hodiny odpoledne doktor není v ordinaci už, že jo, komu to já mám říct, nikomu, správně já jako sestra bych tam vůbec neměla jít, když to doktor mi nedoporučí, no ale praxe je zase praxe a praxe je jiná, že jo, on by nedostal svoji dávku, protože já bych čekala na ráno na doktora, nedej bože, kdyby by ten doktor měl odpolední druhej den, tak já bych se mu dovolala až v jednu odpoledne, ten člověk by vlastně 24 hodin neměl svoji dávku, jo, takže většinou maj propouštěcí zprávy, tam je to napsaný, takže oni nám to ukážou, no ale zrovna tady k to mu pánovi nás vlastně jakoby pozvala pečovatelka, že jo, protože tam přišla, jeho přivezli a viděla injekce tak zavolala, no.“*

K tématu registrace sociálních služeb Agenturami domácí péče se dokázalo vyjádřit pouze pár respondentů, většina o této činnosti neví. Respondenty to bylo dáváno do souvislostí s komplexností péče a s rozdělením kompetencí. 3R: „(...) co se týká Mediky tak oni říkají, že jako právě v těch zdravotních službách jako často ty lidi potřebují nejenom teda nějaký to zdravotnický ošetření, ale potřebují vykoupat, potřebují dovézt nákup a potřebují zajistit nějaký pochůzky a zdá se jim to efektivnější, když jsou někde na venkově třeba a zajistí to jedna, teda jedna ta ženská všechno, že jo. Nebude nikoho, nikdo nikoho ošetřovat, ošetřovat, já nevím proleženinu, opruzeninu, když vidí tak jako, že první je potřeba, první je potřeba ho vykoupat, dát do pořádku a pak může, může začít dělat, takže to si myslím, že byl důvod, důvod tady Mediky.“ 4R: „(...) Nebo třeba nemůže ta pečovatelka podat léky a šup a musíme zase Mediku, že jo do toho angažovat a ta Medika, aby tam mohla jet podat ty léky tak potřebuje mít nesmyslný papír vypsanej od obvodního lékaře že jo.“

O tom zdali má význam zahrnovat do komunitního plánování sociálních služeb také služby zdravotní, oslovení úředníci nepochybovali, významu sdílených informací jsou si na Odboru vědomi. 1R: „My jsme tam třeba Mediku zahrnuli, ale právě proto, že ta Medika velmi často měla informace, který byly potřeba a hlavně měla tendence jako spolupracovat a opravdu jako ona je z mého pohledu opravdu velmi křehká hranice tý péče co ten člověk vlastně potřebuje, že jo, že to není jenom votom píchnout injekci, ale že se musíte komplexně řešit někdy i právě s podporou sociálních služeb. Takže, určitě ano, protože spoustu zdravotních služeb si mimochodem registrují sociální služby (...)“ Většina respondentů napříč službami se taktéž domnívá, že je to přínosné. 19R: „Myslím si, že jo, protože většinou se stane, že ten zdravotní stav třeba toho, toho klienta se zhorší, jo a asi by to mělo bejt propojený, protože tam se to stane ze dne na den, (...) protože mi tohle neděláme zdravotní služby, musíte si to s někým zpětně domluvit, kdo se o to postará.“ Respondenti, kteří zastávali opačný

názor, argumentovali odlišným zaměřením služeb. 10R: „*Tam bych řekla, že asi každá, jsme každéj trošku jako zaškatulkovanej jinde, že jo, asi ne, no.*“

### **5.2.2 Jak linioví pracovníci vnímají integraci služeb?**

Z rozhovorů vyplynulo, že většina liniových pracovníků se s pojmem integrace zdravotních a sociálních služeb vůbec neseetkala. 17R: „*Jako, že by jsme měli spolupracovat? Propojit? Něco takovýho?*“ 14R: „*No tak já si myslím, zdravotní to je, to se nás moc netýká, my vlastně ty sociální služby tak poskytovat lidem a pomoci jim tom aby mohli zůstat co nejdýl doma aby nemuseli být v ústavech, po ústavech a prostě byli v tom domácím prostředí, takže v tom jim pomáháme, aby tam byli co nejdýl v tom domácím prostředí.*“ Asi největší povědomí o integraci služeb panuje mezi pracovníky, kterých se týká reforma psychiatrické péče. 8R: „*My jak jsme do té transformace zapojení tak tam to bylo v podstatě, návaznost na ty sociální služby, že jo, ta transformace v podstatě znamená, že mi do budoucna se měla snížit ta kapacita pro ty zdravotní lůžka, že jo a mělo by se to spíš integrovat do těch sociálních a do těch komunitních center, do té rodiny, že jo, do těch, do sociálních zařízení jako sou domovy se zvláštním režimem a takovýhle, že jo, že spíš jako než aby byli dlouhodobě v těch psychiatrických léčebnách tak chráněný bydlení a takový a to už jsou sociální služby, takže já si myslím, že se na tom hodně pracuje, že jako ta naše republika se do toho docela jako dost opřela.*“ Téma integrace zdravotních a sociálních služeb nebylo příliš známo ani úředníkům MÚ z Odboru sociálně zdravotního, integraci služeb považují za činnost, která má podporovat dostupnost služeb a také byla dáována do souvislostí se zdravotně postiženými občany a jejich potřebami na odstraňování bariér ve městě.

Za účelem získání dalších informací bylo nezbytné respondentům nastínit, čeho se může integrace služeb týkat. M: „*(...), když si představíte, že by se propojila domácí zdravotní péče a pečovatelská služba (...).*“

Na otázku, zdali by někteří respondenti uvítali propojení služeb, nepanovala jednoznačná shoda. Část respondentů to nepovažuje za nutné a ani v tom nevidí přínos. 9R: „*Popravdě řečeno nevidím, protože pokud ten klient má zajištěnou, jak zdravotnickou tak pečovatelskou péči tak je jedno jestli jí pracovníci poskytují v jeden moment nebo každéj zvlášť, spíš tam pak může dojít k tomu, že třeba zdravotník může po pečovatelce požadovat nějaký informace a obráceně, ale to jde vyřešit možná jakoby nějakým, nějakou krátkou schůzkou nebo konzultací a není nutný tam pravidelně poskytovat tu péči současně, nebo aspoň takhle já si to myslím.*“ Také se respondenti v souvislosti s odmítáním integrace služeb zmiňovali o tom,

že jejich klienti nevyžadují každodenní zdravotnickou péči. 15R: „*Já si nemyslím, že by zaznamenali až nějak velkou změnu, protože oni nám stejně leckdy říkají sestřičky, jo takže já si myslím, že by to tam ani nepostřehli.*“ Lišil se také názor na zachování soukromí klientů, kdy někteří respondenti se domnívají, že s propojením služeb by se zvýšil počet osob vstupujících do domácnosti, druzí naopak považují za přínosné, když do domácnosti vstupují pracovníci, kteří spadají pod jednu organizaci. 4R: „*Oni totiž, když by to byli dva lidé z jedné instituce tak by tam ta spolupráce byla podle mě taková lepší, než když tam přijdou jeden zástupce jedné organizace a druhý zástupce organizace, ten řekne svůj názor, ten řekne svůj názor a ten klient tam potom stojí sám a má si vybrat a neví, jo.*“

Ti, kteří považují integraci služeb za přínosnou, uváděli komplexnost péče jako její největší přínos. V současnosti sestry poskytující domácí zdravotní péči provedou u klientů základní hygienu, pokud je to třeba, např. v případě ošetřování defektů či ran na kůži, ačkoliv jí má klient nasmlouvanou u pečovatelské služby. Chybí vzájemná koordinace péče, kdy se v jeden den pár hodin po sobě může klient koupat pokaždé s jinou službou. V rámci integrace služeb by se takovýmto situacím mohlo předcházet, jak dokládá zkušenost Agentury domácí péče, která dříve provozovala také pečovatelskou službu. 13R: „*Pečovatelka si dělala svoje a sestřička tam přišla a udělala zdravotní výkon a i to fungovalo tak, že třeba, když tam přišla sestra na převaz tak, tak ten člověk byl vykoupán, připraven, že jo, že teda ona přišla udělala si svůj zdravotní úkon svůj, a fungovalo to moc dobře. (...) v podstatě šlo o to, že se soustřeďovali ty požadavky tady a jako já sem věděla, že teda tam chodí naše pečovatelka, a když bylo potřeba na vyžádání doktora něco zdravotního tak tam jela ta sestra, že jo, samozřejmě mohli se spojit, říct hele já tam budu v tu a tu dobu tak aby, aby když ten člověk nemohl jít otevřít (...)*“

Respondentky z řad pečovatelské služby by ocenily posílení zázemí zdravotníků, kteří by v případě potřeby zasáhli. 11R: „*No někdy, když potřebujete rychlej zásah a jednat tak asi jo, protože když potom máte obvolat plno lidí a dovolat se kdo tam dorazí, kdo tam přijde, kdo tam píchne nebo tak, tak jsme si říkali, že by nebylo od věci mít někdy takovou jakoby zdravotní sestřičku tady mít. Bylo by fajn, kdyby měl někdo takovej kurz.*“

Také se domnívají, že by pro klienty a jejich rodiny bylo přínosné, kdyby nemuseli kontaktovat více organizací, ale pouze jednu, která by pokryla jejich potřeby širší nabídkou svých služeb, vidí v tom také administrativní úlevu. Sdílené informace o potřebách a aktuálním stavu klientů by umožnily předcházet různým komplikacím péče nebo zhoršování zdravotního stavu klientů. 16R: „*Asi by jsme o tom klientovi víc věděli, bylo by to takový*

všechno z jedny ruky, byly by ty informace, snazší, rychlejší a hlavně jak to říct, dostávalo by se to k nám přímo dejme tomu od toho konkrétního člověka protože, když třeba, když to teda ještě spojím s tou Medikou, mě se třeba kolikrát stalo, že ten klient mi vyličil situaci úplně jinak, než třeba byla, a když sem se třeba za dva, tři dny se sestřičkou z Mediky tam setkala, tak sem zjistila, že věc se má úplně jinak, jo, takže ty lidi, né všechno hned pochopí anebo si to přeberou tak ňák k obrazu svému, jo anebo prostě už viděj i ty katastrofální myšlenky a už sdělují jako takový všecko skreslený a zobrazený, myslím si, že asi jako co se týká komunikace, bylo by to všechno jednodušší, no, bylo by to, že by jsme si tak ňák jako vyšli hned vstříc a věděli by jsme na čem jsme.“ Respondenti také považují za efektivnější řízení z jednoho centra.

Organizace vnímají svou roli v procesu integrace různě, některé ji spatřují v poradenské činnosti, ve zprostředkovávání informací 13R: „(...) hele podívejte se támhle, zdá se mi, že tam má něco, třeba otevřenou ránu, nebo když já tam přijdu zavázat ruku, tak já samozřejmě toho člověka jako zdravotník, jako neprohlídnu celýho, že jo, proč jako, jo ale oni, když třeba je mejou nebo něco tak zjistěj, že někde má něco, tak řeknou, většinou řeknou nám to, zrovna tak jako mi třeba řekneme hele má tam tohle tak stačí, když to budete mazat tímhle, když se umeje a třeba než půjdete domu, tak mu to ještě namažte, (...)“ a v propojování všech zúčastněných organizací. 9R: „No tak možná s tím zprostředkováním, protože já vlastně nebo terénní programy já vnímám jako takovej, takovej most, mezi mezi mnou a tou daší službou a toho klienta tam přes ten most dovedu, že jo, protože ty klienti mnohdy neví jakoby kde ten svůj problém řešit, (...)“

Na otázku zdali lze v současných podmínkách realizovat integraci terénních zdravotních a sociálních služeb neodpovídali respondenti jednotně. Představitelé pečovatelské služby, kteří se domnívají, že lze integraci realizovat poukazovali na nezbytnost vzájemné spolupráce, předávání informací a centralizaci organizace pod jedno vedení. 15R: „Hele, já si myslím, že všechno de když se chce, takže jako teď jde o to, jakým způsobem by se to zase zeshora že jo organizovalo a tak. Takže to si tak nějak nedokážu, nevidím do toho, takže si to nedokážu představit, ale myslím si, že by to rozhodně fungovalo, když by to mělo správnou štábní kulturu.“

Odpůrci z řad pečovatelské služby poukazovali na složitost koordinovat velký počet lidí a odkazovali ke stávajícímu fungujícímu stavu. 20R: „Nevím, jak by to probíhalo ta integrace. Jeden čas, to je tak pět let, čtyry roky zpátky, jo, to možná ještě dýl se měla integrovat právě pečovatelská služba a domov důchodců, se mělo spojit a byli z toho všichni špatný, nevěděli

*jak to bude probíhat a všichni z toho měli hlavu v pejru, no a nakonec to nedopadlo, zůstalo to oddělený a byli všichni rádi, takže asi možná jako nevím integrace asi je dobrá integrace, ale když si jí každé dělá, každé to svý řemeslo, jako, tak pak asi je to k prospěchu. Je fakt, že je dobrý to propojit, aby to, protože ta péče, já když to vidím na těch seniorech tak je to potřebný, obojí, leckdy je potřeba obojí těch služeb, ale není to, ale u všech, takže možná kdyby to rozčlenění, jako, když jdete do masny tak si taky jdete pro maso nebo pak můžete jít do supermarketu, kde nakoupíte všechno, ale záleží pak na tom, jestli to maso v tom supermarketu je stejně kvalitní jako z tý masny.“*

Respondenti z řad zdravotních služeb a ostatních sociálních služeb se shodovali v názoru na prospěšnost integrace a realizaci dávali do souvislostí s financováním a náročnou administrativou. 3R: *„Naše pečovatelky nesmějí aplikovat, nesmějí aplikovat injekce, nesmí ošetřovat, ošetřovat proleženiny, bércový vředy, nesmí, nesmí ordinovat léky a takovýchle věci, takže jako ta integrace by byla dobrá věc, ale myslím, že tam jako je velkej problém co se týká administrativy a všech těch různých povolení. My sme dokonce uvažovali, že bychom si zaregistrovali jako jako domácí zdravotní péče, a když jsem zjistila co to je povinností a jaký je, jaký vlastně požadavky se kladou a vůbec není jistý jestli bychom dostali, dostali smlouvu s pojišťovnami.“*

Z řad úředníků není integrace zdravotních a sociálních služeb v obci aktuální téma. 1R: *„(...) já nemám potřebu do toho vstupovat, protože sem necejtila potřebu z venku. Jo takže, takže asi neintegrujeme, protože oni v podstatě spolu tady ty služby jsou a oni spolupracují, jo takže pak není potřeba vůbec do toho vůbec jako vstupovat a strkat a dělat jim tam nějaký nový systémy v tom.“*

Mezi zmiňované bariéry integrace služeb z pohledu liniových pracovníků patří náročná administrativa a nedostatečné personální a finanční zázemí služeb. 3R: *„Já bych řekla, že je to legislativní chaos a spousta požadavků. Taková ta administrativní zátěž kolem toho, jak v těch zdravotních službách tak i v těch sociálních službách.“*

Názory na zřízení Komunitního centra zdravotních a sociálních služeb v Lounech se rozcházejí. Někteří respondenti Centrum považovali za užitečný projekt a viděli v něm přínos. 6R: *„(...)nemusely by bejt ty služby duplicitní, mohly by se domlouvat a mohlo by to fungovat.“* 4R: *„Že by, ty lidi by měli prostě služby na jednom místě. Jako, že komplexně.“* Během rozhovoru se jedna z respondentek zmínila, že v Lounech se o založení komunitního centra již jednalo, ale město nakonec dalo přednost jinému projektu.

Jiní ho za přínosný nepovažují. 12 R: *„Hm, no, asi jo, ale myslím si, že to co teď je tady*

v Lounech myslím si, že je dostačující, je tady jakoby ta pečovatelská služba, funguje tady vlastně i ta jedna soukromá, (...), je tady i ta Medika, takže si myslím, že to je dostačující, no, jestli něco navíc, nevím, nevím.“ Někteří respondenti si nedokázali představit, jak by provoz centra fungoval. 20 R: „No nevím jak by to vypadalo v praxi právě, vůbec si to nedokážu představit, třeba jak sem říkala, klienta propustí z nemocnice, nemá žádnou rodinu, kdo by ho měl oslovit, nebo kdo by se o něm dozvěděl, že je v tý nemocnici, takhle my víme, že náš klient je v nemocnici a má se nějak den vrátit nebo tam zavolám, že jo a zeptám se na jeho zdravotní stav pokud můžou říknou, když to nejde neříknou, ale kdy ho propustěj říknou, no tak asi v tu chvíli bych asi já měla oslovit někoho jinýho, že takhle by to fungovalo, jo a aby on pak dořešil to okolí, ale já už pak bych neměla zpětnou vazbu nejspíš, jak to dopadlo, takže si to radši obvolám sama, takže nevím jakoby. Nevím, já si to fakt nedovedu představit, jak by to fungovalo, jak by to, kdo by to, jak by musel.“

Z pozice úředníků je postoj ke zřízení komunitního centra spíše odmítavý, ačkoliv jsou si vědomi jistých úspor zvláště v provozních nákladech. 1R: „Jako jestliže, takhle tady sou ty poskytovatelé služeb a spolupracujou spolu dobře a všichni avizujou, že velice dobře spolupracujou, tak pak si myslím, že by se dotoho neměly dávat další kroky zhůry a říct bude třeba levnější, když bude jeden management, jo pořád to budou dvě oddělený věci i když spolu spolupracujou, co i kdyby byly stejný, takže já si myslím, že sem neslyšela potřebu toho sloučení tady. Asi kdyby to tu chybělo tak by nad tím někdo začal uvažovat, nebo to nefungovalo tak by nad tím někdo začal uvažovat a třeba by to tak udělali, protože i když to vezmu tak domov pro seniory má zároveň zdravotní péči, jo všechno by se dalo, ale ale ta úvaha ta teda komunitního plánu nevěšela nebo sem jí neslyšela (...).“

### **5.3 Faktory bránící integraci služeb**

Poslední část případové studie se zaměřuje na aktéry, kteří ovlivňují integraci služeb a na faktory, které jí brání, dále je řešena problematika poskytování zdravotních a sociálních služeb, tak jak ji vnímají sami linioví pracovníci.

#### **5.3.1 Na jaké problémy naráží linioví pracovníci ve zdravotních a sociálních službách při poskytování péče?**

Respondentky ze sociálních služeb se shodly, že jsou sociální služby nedostatečně financované. V oblasti hrazení zdravotní a sociální péče byl znát rozdíl ve vnímání

problematiky mezi příspěvkovými organizacemi a neziskovými organizacemi. Od respondentů z neziskových organizací opakovaně zaznělo, že jejich finanční zázemí je nedostatečné a nejisté, což má vliv na jejich personální zázemí. 10R: „(...) *Tak jako, když to vezmu tak sociální pracovník jako takovej, tak my jsme neziskovka takže my vlastně ty lidi třeba nemáme z čeho platit, že jo, protože prostě ten sociální pracovník má plat, kterej by jsme mu chtěli dát, ale my na něj nedosáhnem, že jo.*“, Také má vliv na jejich rozvoj. 6R: „*Určitě jsou to chybějící služby, který třeba by se daly zaregistrovat, ale z důvodu financí vlastně člověk se drží zpátky anebo vůbec s těma službama nepřijde, jako podporovaný bydlení, chráněný bydlení pro zdravotně postižený, že jo, to tady v Lounském okrese vlastně nebo v místě není, (...)*“ A v konečném důsledku také vliv na samotnou existenci. 6R: „(...) *finance v sociálních službách chyběj dlouhodobě, ty vlastně, ty co poskytují péči nebo, i my tady v těch kancelářích, že jo, tak jsou nedohodnoceny v dnešní době, jako myslím si, že v sociálních službách ty peníze chyběj a hlavně mě třeba vadí osobně to, že zkraje roku do dubna vlastně nemáme na vejplaty, nemáme na nájem, ty finance, čekáme hrozně dlouho než ten dotační titul, systém uvolní ty peníze. Takže jako my děláme žádosti někdy v září a jako první peníze nám choděj na účet březem duben o městě ani nemluvim, protože dneska je 9. července a na peníze z města na sociální služby čekáme ještě teď.*“ Na problematiku související s dotačním financováním sociálních služeb poukazuje další z respondentek. 9R: „*To je složitý, prostě u nás je to složitý a myslím si, že není vůbec šťastný, že se vychází z toho, že vlastně vy dáváte návrh na dotaci z toho předchozího roku, že jo, přičemž vy nemůžete očekávat co nastane, takže se mnohdy stane, že ten rozpočet je buď naddimenzovanej anebo naopak je podprůměrnej, no a hlavně je problém, že na dotace se čeká třeba do půli roku, že jo, nebo do května nebo nevim jak to fungovalo, a vy musíte ale svoji činnost vyvíjet od ledna, že jo, celej rok takže někdy je to na doraz bez peněz pak přijde teda dotace možná a to si nemyslím, že je dobře no.*“

V souvislosti s financováním se respondentky z neziskových organizací zmiňovaly o dorovnávací platbě, v názorech na její přínos se rozcházely. Obě se však shodují, že celý proces související s žádostí je velmi náročný, pouze jedna z nich však uvedla, že si tím jejich služba finančně pomohla. 3R: „*A co se týká financování nás jako poskytovatelů, tak já musím říct, že to, ten systém vyrovnávací platby nebyl vůbec jednoduchej, ale nám jako neziskové organizaci to pomohlo, my jsme na tom teďka už druhý rok výrazně lépe, než jsme na tom byli. Je to administrativně náročný zpracovat ten rozpočet, dodržet všechny ty podmínky, který tam jsou je náročný, zas na druhý straně pro nás ten systém je demotivující,*

*protože my máme stanovenou určitou strop těch nákladů, který můžeme vynaložit při určité kapacitě a my bychom třeba dokázali a byli jsme zvyklí schánět i další, zdroje i mimo, mimo ty veřejný rozpočty a dokázali jsme si sehnat granty, dary, ze kterých jsme financovali a byli jsme schopni dofinancovat a přilepšit těm pečovatelkám a to nemůžeme, protože narazíme na ten strop a v momentě, kdy seženeme peníze navíc, tak je pak, přesáhneme tu hranici té vyrovnávací platby tak jí vracíme do rozpočtu. Takže pro nás je důležitý hlídat prostě si ty, ty hranice a nepřecházet je, takže v podstatě i když by nám třeba některý z těch dárců nebo těch našich partnerů dokázal dát víc tak mi to nechceme, abychom nepřekročili vyrovnávací platbu a vlastně peníze bychom vrátili, nikoliv vám, ale do státního rozpočtu.“*

Respondenti z pobytových zařízení, ve kterých se poskytuje zdravotní a sociální péče, mají přehled o úhradách za péči, která se skládá z několika složek, část proplácí zdravotní pojišťovny, část je doplácena z příspěvku na péči a svůj finanční podíl zde mají také klienti. Existenční problémy organizací, ve kterých respondenti pracují, nepocítují. O hospodaření organizací nemají přehled, ohledně hospodaření mě odkazovali k vedení.

Oslovení zdravotníci odkazovali v souvislosti s financováním zdravotní péče nejčastěji ke zdravotním pojišťovnám, 13R: *„(...) tam není žádný problém, vyúčtujete zdravotní péči, pošlete jim to a oni vám, za měsíc pošlou peníze, pak přijde občas nějaká kontrola, (...).“* Štědrost zdravotního systému byla komentována jednou z respondentek. 7R: *„Tak já si myslím, že v dnešní době mají hrazený úplně všechno takže některým bych klidně nechala uhradit si věci sami co sem u nás chodí nějaký pacienti, ale myslím si, že jako náš stát to má dobře zařízený a je hrazeno úplně všechno tady u nás třeba, zrovna, tady se neplatí vůbec nic. Nebo takhle, platěj kapesný dětem, dávaj. Jinak mají služby hrazený pojišťovnou úplně veškerý všechno.“* Další respondentka na základě vlastních zkušeností komentovala rozdíly ve financování služeb, 8R: *„No já bych řekla, že sociální péče je dnes hrazená líp než péče zdravotní.(...) to zdravotnictví je tragédie, zvláště třeba tady u nás ty děti mají poruchy chování, že jo, takže zničí všechno, dveře, co, co prostě mají nějaký afekt, všechno zničí, a není dostatek prostředků na to, aby se to jako tady jako zlepšovalo to prostředí pro ně, jako, opravdu jako, ty platby od těch pojišťoven, stačí jenom na ty zaměstnance, na takovej ten běžnej provoz, ale aby, aby se to tak nějak zlepšovalo, to v těch sociálních službách, to ty sociální služby jsou o krok dál.“*

Další pozornost byla věnována problematice příspěvku na péči. Respondenti svým klientům zprostředkovávají informace o možnosti čerpání příspěvku na péči a v případě zájmu klientům pomáhají s potřebnou administrativou. 12R: *„(...)myslím si, že těch peněz je jakoby*



*málo mezi těma lidma, že hodně jakoby se styděj, bojeje, nevědi, jakoby, jak si zažádat o ty peníze (...).“* Názor na výši příspěvku se lišil, někteří ho považovali za dostačující jiní ne, také si pečovatelky všímají rozdílů ve výších příspěvků, které vždy nepovažují za odpovídající zdravotnímu stavu klienta. 19R: *„Jako já co mám zkušenosti nebo tak jako sem slyšela to asi všechny kolegyně, musím říct, že nevím hodnocení příspěvků jak se dělá, to asi víte, když se v tom pohybujete tak někdo, musím říct, že sem měla klientku, který bylo přes 90 a zdravotně na tom nebyla dobře a brala 800 korun a zase jiný, který to tak zase brali 8000 korun a byli na tom řekla bych stejně, vyrovnaně zdravotně, nevím, to posuzování tohodle zdravotního stavu asi to maj všechny tady pečovatelky, který k tomu příjdou, že to zdravotní, nebo to posuzování těch příspěvků na tu péči nevím na jaký úrovni to probíhá a asi to nevědi ani ty klienti, možná, že by to, nevím, nevím to je jediný o co mi jako příjdeme s tím do styku jinak tyhlety peníze mi jinak jako nevidíme, že jo, (...).“* Obdobnou zkušenost dokládá další z respondentek pečovatelské služby, 16R: *„ (...)ale vím, že si třeba osobně stěžujou, (...)že ta paní, který je 90 let a žádá si o příspěvek a má úplně ten nejnižší stupeň a opravdu ledviny pryč, srdce pryč všechno a chodit nemohla 92 let a dávali jsme žádost a stejně jí řekli, že na to nemá nárok, stejně jí dali 800 korun, jo, tak jak máte ty starý paní vysvětlit, že, že prostě na ten příspěvek větší na péči nemá, nemá nárok, (...).“* Taktéž byla zmíněna snadná zneužitelnost příspěvku na péči, kdy tyto finanční prostředky nejsou využívány v zájmu osoby, které náleží.

V rámci financování sociálních služeb se někteří respondenti zmiňovali o nedostatečném finančním ohodnocení zaměstnanců, taktéž komentovali náročnost profese. 20R: *„ (...) ty služby jsou podhodnoceny jsou, když to vidím jakoby pečovatelky, tak určitě by měly dostat větší ohodnocení, protože (...) oni dělaj práci, která tomu člověku usnadňuje ten život, ten průběh toho, co může bejt doma, kolikrát si popovídaj, že jo to jim stačí, anebo zase jim ty nákupy oddřou, (...) ta pečovatelka o tom taky musí přemyslet, tahat ty starosti, jejich starosti, myslím, že by to mohlo být víc ohodnoceny, protože ty holky to prostě dělaj srdcem.“* Nízké finanční ohodnocení zaměstnanců sociálních služeb má dle respondentů vliv na jejich nedostatek. 15R: *„ (...)bylo by i mnohem víc zájemců o tadlectu práci pakliže by byla dobře placená, tak si myslím, že i těch ženskejch, který by do toho šli by bylo mnohem víc, protože leckdy jsou tak tlačeny opravdu finančně ty rodiny jo, že ty ženský musej dělat práci třeba i která je nebaví, ale protože za to mají víc peněz jo, takže už jenom tady z toho důvodu by bylo potřeba jako tam přispět trochu, trošku větší měrou.“*

Respondenti působící v pobytových zařízeních považují za problematické, že péče spadá pod

dva resorty, 4R: „(...)pořád je prosazována ta zdravotní péče před tou sociální. (...)nejsou těm klientům zachovány takový ty jejich práva, protože přece jenom v tý sociální službě jsou ty práva takový to, mít soukromí, mít možnost rozhodnout se, to neříkám, že ten klient nemá v tý nemocnici, ale pořád je tam tlačenej něčím, podle nákejch pravidel toho zdravotnictví, jo a já si myslím, že pořád je v tý sociální službě, to je v tý nemocnici ta sociální služba je pořád svým způsobem zdravotní péče akorát to má název ta sociální. Já nevím, jestli to dobře, jako vám říkám jo, ale prostě v nemocnici ten klient dostane dietu číslo 9 a musí jí respektovat, když to v tý sociální službě si může vybrat já to nechci, ale těžko se to tady prosadí, jo pořád je to bráný z toho zdravotního hlediska, to mě vadí, (...).“ Resortismus byl zmiňován respondentkami také v souvislosti s reformou psychiatrické péče, pro kterou je návaznost a prostupnost systémem zdravotní a sociální péče klíčová.

Rozdělení kompetencí jako faktor ovlivňující mezioborovou spolupráci zmiňovali jak zdravotníci tak i pracovníci ze sociálních služeb. R5: „(...)já jako sociální pracovník vlastně do zdravotního vůbec nemám jakoby přístup, ale když někdo ztratí průkazku pojištěnce tak vlastně zažádáme o průkazku, ale jinak já jako sociální pracovník s diplomovanou zdravotní sestrou nemám ten kontakt takový.“ Se striktním dodržováním kompetencí jsem se také setkávala u respondentek z Městské pečovatelské služby. 16R: „(...) léky většinou těm klientům nadávkuje třeba na celý týden dopředu, protože my nemůžeme bohužel ani tady to nachystat (...).“ U jednoho zdravotníka jsem se setkala s tvrzením, že 13R: „(...) Pečovatelka nemusí vědět vůbec nic, akorát, že pán se jmenuje, (...), ta musí vědět jak ho má oslovovat, kde ho najde, kde bydlí a jinak v podstatě co, co jako u něj bude dělat, že jo.“ Avšak dodává, že v případě zdravotních omezení klienta by si mezi sebou měli zdravotníci a pracovníci v sociálních službách potřebné informace předat. Jak dokládá i další z respondentů 5R: „(...) on si každé dělá to svý a když potřebujeme tak si jako ty informace předáváme.“ Negativní zkušenost s absencí sdílení informací o zdravotním stavu klienta zmiňuje jedna z respondentek pečovatelské služby. 11R: „(...) aby jsme věděli jeho ten zdravotní stav, třeba teď se nám stalo zrovna tady s tím klientem, kdy se nenasnídal a byl kolaps. On se měl nasnídat a my jsme nevěděli, že začíná brát inzulin, pustili ho z nemocnice, rozumíte a my jsme nevěděli ten jeho zdravotní stav a našla tam paní pečovatelka toho klienta jakoby opravdu už ve špatném stavu, kdy se volala rychlá a my jsme nevěděli, tam by možná by byla dobrá ta spolupráce, aby nám jakoby dali vědět, i když my nemáme právo jakoby zasahovat do zdravotního stavu, no my tam chodíme jako pečovatelská služba, ale pak vás to zaskočí, když paní pečovatelka musí reagovat, že jo a musí toho zdravotníka volat

*ať je to ten nebo ten, že jo ten lékařskej institut. “*

Jako další velký problém je ze strany liniových pracovníků v sociálních službách vnímána náročná administrativa spojená s poskytováním služeb. 5R: *„Spousta tiskopisů. Místo toho, aby jsme se věnovali lidem, protože ty lidi si rádi povídaj, potřebujou vyslechnout, tak vlastně my strávíme strašnou, strašnou dobu jakoby u těch papírů, který musej bejt a to hlavně pro inspekci. “* Také byla komentována časová náročnost zpracovávání statistik, 6R: *„ (...) no takže z 300 000 požadavku mě dali 7 tisíc asi devět set. (...) těch sedm a půl tisíce mě za to fakt nestojí, trávit tři hodiny nebo čtyři hodiny na žádosti, fakt ne, to člověka pak akorát otráví, našťve jako vemte si, že v únoru děláte jednu statistiku na MPSV, do 30. června děláte statistiku přes OK systém a teď dokonce července, kdy je doba dovolenejch musíte podat průběžný vyúčtování sociálních služeb a ještě statistiku do katalogu sociálních služeb Ústeckýho kraje, oni nejsou schopný si to převzít z toho OK systému z MPSV, jako a furt jsou to jedny a ty samí čísla akorát v jinejch otázkách, v jinejch položkách, v jinejch tabulkách takže stejně se tím musíte zabývat a strávíte na tom spoustu času (...).“*

Administrativní náročnost byla také jedním z důvodů, proč Agentura domácí péče ukončila činnost pečovatelské služby. 13R: *„Tady jde o to, že pečovatelskou službu mi prostě nemůžeme, nemůžeme zajistit na základě těch všech požadavků administrativních prostě to nejde, to nejde, a myslim si, že tenhle ten zákon, kterej vzniknul, kde je tisíc papírů, který v podstatě se motaj okolo jednoho a je to slovíčkaření, (...), ale myslim si, že na základě toho zákona o sociálních službách skončí všechny tyhle ty malý, který ještě neskončily, skončej i si myslim, že už to nebude nikdy dělat třeba Obecní úřad, kterej míval taky pečovatelky pro svoje občany, jestliže to bude spojený tady s tou administrativou nikdo to nebude dělat, nikdo, je to, je to zoufalství. “* (...) jsou agentury, který podle mě zůstanou na tom trhu zůstanou agentury, který mají zázemí, ekonomku, sociální pracovníky, prostě tyhle ty všechny lidi, jo a ty tam zůstanou, protože, ty dokážou splnit to co se po nich chce jako na základě toho zákona, ale my malý, který si to děláme všechno, jo, tak to nejsme schopný. “

Dle respondentky také náročná administrativa brání flexibilně reagovat na aktuální potřeby klienta. 13R: *„A pak třeba jsme tam měli nesrovnalosti, že jsme tam měli napsáno, že se bude dvakrát v týdnu mýt podlaha a mohlo, jeden den, se myla podlaha a druhý den tam měla pečovatelku a oni jí všechno sebrali, tak tam měla, že byla nakoupit, a kde to je, a kde to je ve změně smlouvy a já říkám, jak ve změně smlouvy, no to musíte mít, ale jako dodatek smlouvy, že se to tam jako dělalo, že se nedělalo tohle, ale dělalo se tohle, takže jako, podle takovejhle těch blbostí sem usoudila, že sociální pracovníci na celý úvazek by tady měla co*

*dělat, jenom proto, aby splnila tyhle ty písenný všechny požadavky, jo takže, to prostě, to prostě opravdu zaměstnává, to je umělá zaměstnanost, tohleh to.“*

Z rozhovoru vyplynulo že, byrokracie navyšuje náklady na personální zázemí a tím zatěžuje poskytovatele služeb. R13: *„ (...) víte co, tak něco jsme chtěli, no tak, v tý praktický stránce to nesehalo, to mám takovej pocit, že co jsme chtěli dělat jsme udělali, no ale tohle to, to ať si to dělaj ty, který maj někoho kdo jim to dělat bude, no víte jak by mě to štvalo, když tady vlastně sestry choděj, pracujou, aby vydělaly peníze a peníze co vydělaj, nebo z pojištění, že pojišťovny nám platěj, že jo a ted' tady budu, tady budu, tady není vlastně nikdo, kdo by si na sebe nevydělal a já tady budu žít, že to takhle řeknu, já tady budu žít, kolik bych jí musela dát, 20 čistýho, nebo 27 hrubýho měsíčně za to, že tu sedí a vyplňuje takovýhle ptákoviny, tak to ne, kdyby to mělo nějaký přínos, kdyby to bylo prostě, my jsme soukromníci, my jako musíme koukat, že jo, ale, ale, to je, to je úplně zbytečnej člověk, úplně zbytečný, kdyby, je něco jinýho, kdyby byl problém dále v tý práci, tam u těch lidí a muselo se to nějak administrativně ošetřit, aby ten problém zmizel, tak bych to chápala, ty papíry, ale když něco funguje, (...)jako my jsme to dělali jak jsme nejlíp uměli, nakonec proč jsme to dělali, to všechno je v pohodě, všechno je perfektní, jo tu samotnou péči a tohle okolo, to je úplně zbytečný, jako tím, že já budu mít jeden kus papíru, tím to nezlepší vztah tý pečovatelky a toho klienta, nezlepší.“*

Respondentkami také bylo upozorňováno na nezbytnost podporovat osvětu ve společnosti, zdůrazňovat význam sociálních služeb a budovat prestiž pracovníků v sociálních službách. I1R: *„ (...) , aby uměli ohodnotit tu sociální službu, vůbec jako takovou. Mělo by se myslet víc na ty klienty a i na ty zaměstnance, který tu práci vykonávaj, tam by to teda fakt mělo bejt ohodnocený, myslim si, že i ta spolupráce s nimi, že by se to mělo i jakoby víc o tom mluvit, víc to zveřejňovat, jo aby věděli, že všichni jednou ze stárnem, všichni jednou, budeme taky mít nějaký dny, kdy budeme potřebovat pomoc, aby věděli, že ty služby existujou, že ta možnost tady je, aby vám někdo pomohl, aby nebyli bezradný nebo nevěděli si co a jak.“* Význam sociálních služeb dle respondentů oceňují klienti až v momentě, kdy je potřebují, do té doby se o ně příliš nezajímají. 6R: *„ (...) jako nemyslim si, že by lidi neměli ty informace, mají ty informace akorát, že když je nepotřebujou tak se o to nezajímaj a pak když teda to potřebujou tak najednou zjistěj, že třeba ta služba tady zrovna chybí, není, že jo, nebo maj naplněnou kapacitu (...).“*

Dále byla jako problematická uváděna nízká flexibilita pečovatelské služby vůči potřebám svých klientů. 4R: *„A možná trošku aby ta pečovatelská služba poskytovala takový víc ty*

služby šitý na míru než ty striktní co má, třeba co má naplánovaný (...)“ Jako příklad uváděla respondentka vlastní zkušenost. 4R: „*Ted'kon sem narazila na problém, manželskej pár, pani tady u nás v nemocnici zemřela, neměli děti, neměli nikoho příbuznýho, pán sem přišel vyřizovat všechny věci ohledně tý, ohledně toho vyřizování toho pohřbu, přišel si sem pro pozůstalost po pani a zhroutil se tady, nebyl schopnej sám dojít na tu pohřební službu a já říkám, ale vy máte přece pečovatelku tak jí zavolejte a poproste paní pečovatelku jestli by nebyla třeba schopná ted'kons ne, ale až třeba dojedete domu, zejtra, že by vás doprovodila na pohřební službu a on řekl, ale já ale nemám telefon na paní pečovatelku, já jí volat nesmím, jo. (...) A momentálně já jsem nemohla se sebrat a ted'kon hned s nim jít, prostě ho doprovodit, takže jsme museli volat vedoucí těch pečovatelek ta teda kontaktovala tu pečovatelku, chápu, že asi na ní nemaj telefon, oni by jí asi senioři třeba volali přes i večer že jo. Ale zase by se to dalo vyřešit, že by pečovatelka měla služební telefon, což by si vypnula, že jo, když není v práci, ale, no to je, mě to přišlo takový nesmyslný, že pán má pečovatelku, je sám a když jí konkrétně opravdu momentálně potřebuje tak vlastně není dostupná. Že musí čekat, až mu třeba přijde umejt dopoledne druhej den to nádobí, aby jí řekl, že mu zemřela manželka a že potřebuje jít něco vyřídit na tu pohřební službu a že potřebuje doprovodit, protože se na to necejtí.“*

Jako problematické se také jeví nedostatečná podpora neformálně pečujících. 3R: „*Já si myslím, že by bylo dobrý, kdyby v rámci zákona o sociálních službách byla definovaná i další cílová skupina a to jsou ty právě rodiny pečujících, v momentě kdy člověk má zajištěnou péči rodiny když dobře funguje rodina případně jako má možnost se obrátit na nějakou terénní službu tak může zůstat poměrně dlouho v domácím prostředí velmi často až do úplného konce. A myslím si, že ta kvalita života v té rodině, v tom známém prostředí může být daleko větší než, než někde, nechci říct někde na odklad'áku, někde, někde na sociálním lůžku a podobně, a já sem zaujatá, já se přiznám já tyhle ty zařízení moc nemusím, já jsem velkým propagátorem té domácí péče a pokud to aspoň trochu jde a funguje rodina tak se to dá skoordínovat.“* S podporou pečujících rodin také souvisí vytváření technického zázemí v domácím prostředí klientů, které v Lounech podporují půjčovny kompenzačních pomůcek. 6R: „*(...) člověku se stane úraz a půl roku bude ležet v nemocnici, že jo, a ted' přijde domu, v nemocnici mu pomůcky nenapišou, protože je hospitalizovanej, přijde domu a doma nemá polohovací postel, doma nemá nic, upravenej byt nic, protože teda jako mu to nikdo neschválí, (...) takže už tohle to by mělo bejt i od těch lékařů si myslím, nebo to je daný, ale ten systém je nastavenej tak, že ten lékař nemůže tu pomůcku napsat dřív než ten člověk není*

*doma. Jo takže ta rodina i byt' by chtěla třeba mu tu pomůcku zajistit přes zdravotní pojišťovnu, aby teda za ní nemuseli platit, že jo jako, tak bohužel to nejde, protože jim to nikdo nenapíše. Takže pak nastupují právě ty půjčovny těch kompenzačních pomůcek, kde si teda za nějaký servisní poplatek tu pomůcku můžou pučit a pak maj čas na to, aby si to vyřídili, jo takže jako třeba ten smysl těch půjčoven jako sociální službu vidím velice dobře jako jo, jako smysluplnou.“*

Terénní pracovníci upozorňovali na vliv počasí a také by uvítali zjednodušení přesunů po obci mezi jednotlivými klienty. 14R: *„Možná bych spíš, mi přijde taková ta dostupnost nebo ta, k těm klientům, když je máme ve městě, máme jich několik a vlastně můžeme používat jen MHD, která prostě nejezdí nějak pravidelně a tím, že mi mezi těma lidma chodíme tak třeba, že to je kolikrát třeba časově náročný, jako zbytečně dlouhý ten přesun, ale to není, jako že by jsme šli pomalu, ale, že ty lidi jsou daleko, ale zase vim, že to není chyba, že se snaží nám je vždycky dát v okruhu, jenže jak ty lidi, třeba jdou do nemocnice nebo někdo zemře, nebo tak dále, tak, takže máme jiný lidi a zase ty lidi už jsou zvyklí takže tam nechtěj dávat někoho do toho okolí jinýho, protože ty lidi jsou zvyklí, ale je to takový komplikovaný mi přijde, ale jako zas jak to vyřešit, to taky těžko říct, na kole, v zimě už by to taky nešlo na kole, takový mi to přijde kolikrát, že třeba když máme ty lidi takhle daleko, (...).“*

Během některých rozhovorů s respondentkami z pečovatelské služby jsme narazily na problematiku míry profesionality při práci s klientem, kdy respondentky uváděly, že jsou jedinými blízkými svých klientů, tudíž je klienti oslovují pro radu s věcmi, o kterých se nechtějí rozhodovat sami. Pečovatelky často disponují větším množstvím informací o službách nabízených v Lounech než jejich klienti. 16R: *„Určitě, vlastní názor, to je takový ošemetný, samozřejmě můžu jí poradit, jak to cejtím, jak si myslí, že by to mohlo bejt dobře, nesmím jí nic jakoby vnucovat, takže když vím, že jí něco neprospěje nebo už vidím, co se potom stane, tak jí doporučím a upozorním jí, (...).“*

### **5.3.2 Jaká je role rodiny při poskytování péče z pohledu liniových pracovníků?**

Respondenti se shodují, že role rodiny je významná, často je rodina první, kdo kontaktuje sociální službu s prosbou o informace. Bohužel také uvádí, že spolupráce rodin s poskytovateli zdravotních a sociálních služeb není samozřejmá. 11R: *„Podívejte se, to je individuální, co si budeme nalhávat. Jsou rodiny, kde to fakt funguje úplně suprově, ale jsou*

rodiny, kde to vážne anebo nemaj ani príbuzný a tak jsou šťastný, že maj nákou organizaci nebo sousedu, souseda, přátele, jo, nebo někoho okolo sebe, kdo jim pomůže, ale jako, že rodina to je individuální.“ Spolupráce se také liší podle toho, v jaké se nachází fázi. Častější je dle respondentů spolupráce rodin na počátku hospitalizace či při uzavírání smlouvy o službách, následně pak v některých případech zájem rodiny o spolupráci a participaci na péči o svého člena opadá. 7R: „Z mejch zkušeností jako sociálního pracovníka, když sem s nima u příjmu tak bych řekla, tak 70% že jakoby spolupracuje, ale tam je to o tom, že musej, protože musej přijet a musej podepsat ty papíry, ale když to vezmu ze stránky jakoby terapii třeba co tady dělaj psychologové nebo pohovory s lékařema tak už si myslim, že to takový není, to bych tipla tak jakoby z mího pohledu 50%, možná, jestli ještě jakoby nepřeháním, ale určitě to není tak jak by to mělo být.“

Respondentkou z pečovatelské služby byla zmíněna problematika autonomie klienta, kdy mají rodiny tendence rozhodovat o potřebách svých členů. 12 R: „Někdy, někde rodina má jiný přání než klient (...), někdy je problém, že chtěj něco jinýho pro rodiče než chtěj oni sami, no, takže tady jsou takový kritéria, že vždycky prostě klient je ta babička nebo dědeček tak a ty maj mít vždycky jakoby pravdu a má to být podle nich, i přesto, že je to prostě špatně a rodina si to nepřaje, takže klienti jsou oni a tak jak oni si to přejou tak to musí bejt, né jak si to přeje dcera, no. Někdy je to těžký no.“ Za problematiku dále považují finanční dostupnost služeb. 14R: „(...) máme hodně klientů, který by třeba chtěli něco víc a nemůžou, protože ta rodina by to nechtěla, protože by museli platit víc za naše služby. Takže jako ta rodina hlavně kouká na peníze. Ani ne tak ty klienti, přímo klienti, ale ta rodina.“

Pečovatelky svůj význam pro klienty vidí nejenom v odvedení činností v domácnosti klienta, ale zvláště si uvědomují, že jsou pro mnohé klienty jedinými blízkými lidmi, se kterými jsou pravidelně v kontaktu. R17: „(...)že jsme prostě takový empatický, že s těma lidma prostě umíme promluvit, protože to není jenom o tý péči, že jim uklidíte, nakoupíte, nebo něco, ale že s nima mluvíte, protože většinou ty lidi jsou sami a oni si chtěj hlavně povídat, to je prostě pro ně stejně to nejdůležitější. Takže si myslím, že to všechno zvládneme dobře.“ Při péči o osoby, které mají širší rodinné zázemí vidí respondenti přínos v odlehčení rodinám. 13R: „(...) že ta pečovatelka je tam dobrá proto, aby odlehčila třeba tý rodině, že jo, že teda mladý, když tam přijdou tak nemusej honem vytírat, utírat prach a támhle to, mejt nádobí, to všechno maj oni vlastně hotový nebo babičku vykoupanou, oni tam můžou přijít a můžou si s ní popovídat, udělat si kafe a ten čas si užít normálně a né, aby zběsile tam lítali s prachovkou, (...).“

Důvody, proč se rodiny nezapojují do péče se různí. Často byly respondenty zmiňovány problematické vztahy v rodinách, které vyústily v to, že se příbuzní nevidají, někteří klienti nemají žádné blízké příbuzné a zůstali sami, bohužel jsou i takové případy, kdy děti nejeví zájem o své stárnoucí rodiče. Problematická spolupráce bývá také způsobená sníženou inteligencí pečujících, kdy sami pečující nerozumí tomu co, jak a proč mají u svého člena zajistit. Rodiny také často odradí obavy, že se doma o nemocného nezvládnou postarat. 4R: „(...)spíš je to v povědomí těch lidí, kteří, když viděj nemocnýho člověka v posteli tak se na něj bojejí sáhnout.“ Další významnou roli hraje velká vzdálenost mezi bydlišti rodin a v neposlední řadě pracovní vytížení rodin. 15R: „Ono v dnešní době je to hodně složitý, protože doba je hektická, každej zaměstnavatel chce, aby jeho zaměstnanec byl flexibilní nebo stále v dosahu, že jo po ruce. Ještě maj svý rodiny, maj děti, můžou bydlet daleko, dostanou se sem třeba opravdu jednou za měsíc jo, nemaj takový možnosti. A dneska opravdu každej zaměstnavatel chce, aby ten zaměstnanec mu vyhověl kdykoliv, takže toho času je málo.“ Obtížné také bývá jednání s rodinami klientů, leckdy dochází ke konfliktům, jeden z nich sdílela během rozhovoru respondentka ze sociálních lůžek. 4R: „R: Stalo se mi jen tak pro zajímavost, že jsem jedný rodině pro relativně mladou ženu padesátiletou, nabídla že, s klientama do pětadesáti let je to horší s umístěním se zdravotním postižením. Tak jsem jim nabídla, aby, ona se zvládla obsloužit na lůžku, ležela, že jí zajistíme domácí péči a jestli by si jí rodina nevezala domů a skoro byla stížnost jako k ombudsmance, co sem si dovolila jim říci, tím že jí si mají vzít domu takhle nemocnou hodně. Přitom paní měla jenom amputovanou nohu. Takže ta péče doma jde zajistit, určitě, a jde zajistit i když jsou tam bariéry, nemusí přeci ten klient celý do koupelny, jde přeci umýt i na lůžku, jo ale ty lidi to nepochopí.“

Jak dokládá zkušenost jedné z respondentek pobyt v zařízení zdravotních a sociálních služeb je v samotném důsledku pro mnohé rodiny výhodnější, ačkoliv si klienti na péči přispívají. 4R: „Myslím si, že když dojde k tomu přesunu na to sociální lůžko a ta rodina, vlastně nebo ten klient je postavenej před tu, před to kolik tady bude hradit, tak si nějak uvědomí, brání se tomu, řeknou, ale mi ho sem dáme jenom na 14 dní na měsíc, protože mi si ho potom vezmeme domu, ale potom na jednou zjistí, že ta služba ačkoliv, tady zaplatí 11 000 je defakto pro ně strašně levnou záležitostí a ten člověk tady zůstává opravdu až do doby než jde někam do domova pro seniory. Takže defakto ten člověk tady u nás ze svého to financuje, že jo jedenáctitisícema měsíčně když to doma si vezmete, že za těch jedenáct tisíc, by musel ještě zaplatit nájem, ještě pečovatelku, která v průměru bere 90 - 100 korun na hodinu, jo,



*takže jemu by ani s příspěvkem na péči prostě ty finance nestačily, na to zajistit si doma tu domácí péči.“*

### **5.3.3 Jak linioví pracovníci vnímají roli obce při poskytování zdravotních a sociálních služeb?**

Většina oslovených respondentů se domnívá, že jejich působení v obci je vnímáno pozitivně, jednotlivci se vyjadřovali ve smyslu, že to sami nedokáží posoudit a část z nich odkazovala k vedení. Zdali existuje ze strany obce zájem o fungování organizace, ve které pracují, se odpovědi respondentů lišily podle statutu organizace. Soukromé zdravotní služby a neziskové organizace zaměřující se na poradenskou a aktivizační činnost cítí ze strany obce nejmenší zájem. R10: *„ (...) teda abych jim nekřivdila, tak ted' se Louny trošičku poslední rok rozhejbaly, ale jako předtím asi dva roky, já sem tu teda ted' pátým rokem, tak před tím to byla docela jako bída, a jako můžu říct, že spíš házely klacky pod nohy, když se to tak veme, jak financema teda tak taky tím, i když můžu říct, že dost zastupitelů využilo náš, naše služby ať kompenzační pomůcky třeba tak i toho seniora, ale vlastně jako ted', ale ted' jako už to trošičku funguje líp, no.“* Respondentka následně dodala, že od doby, kdy se jejich zástupce účastní komunitního plánování tak se jejich postavení zlepšuje. Nebránili by se ani stát se příspěvkovou organizací obce nebo se k ní připojit.

Soukromé zdravotní služby na rozdíl od neziskových organizací jsou na obci finančně nezávislé, spolupráci se však nebrání. 21R: *„ (...) všechno co chceme tak si uděláme sami jakoby nic jakoby od obce nebo od města nechceme, nepotřebujeme, ale jako samozřejmě, kdyby byla nějaká nabídka tak určitě ta spolupráce by byla, jako.“* Jejich finanční nezávislost jim umožňuje zachovat si svou autonomii, na rozdíl od neziskové organizace by nepovažovali za přínosné, kdyby byli příspěvkovou organizací obce, jak dokládá komentář jedné z respondentek. 13R: *„ Je to o tom, že my tu práci děláme jak my uznáme za vhodný, (...) materiál si taky kupujeme, my si koupíme co chceme, co víme, že funguje a né, že nám někdo něco přidělí, (...) já s tím můžu hospodařit jak jako uznám za vhodný (...).“*

Ostatní organizace si na nezájem obce nestěžovali, u některých z nich svou roli sehrál statut příspěvkové organizace obce, která má povinnost se o ně starat. U ostatních byly ku prospěchu dobré vztahy se zástupci obce z Odboru sociálně zdravotního a také jejich angažovanost při komunitním plánování. 3R: *„ I nás podporují, nejenom nejenom nějakou, ta spolupráce je dobrá ať už s Odborem sociálních věcí, se sociálkou, v rámci komisí komunitního plánování dalších třeba pracovních skupin jako se aktivně zúčastňujeme. A ta*

*spolupráce je velmi dobrá, aspoň si myslím, i co se týká teda příspěvku od města tak, tak když se tady rozhlídnete, tak jednak dostáváme peníze na provozní náklady a na dofinancování těch služeb a pak, díky teda, díky teda penězům z loterií, které město rozděljuje nejenom na provozní náklady ale i na investice tak jsme schopný to tady jako velmi, velmi, velmi vylepšit, takže i toho technickýho zázemí tady (...).*“

Sama obec je také aktivní a podporuje vybrané projekty. 8 R: *„Já si myslím, že dobře, protože mi každé rok žádáme město v rámci takovýho dotačního programu o příspěvky a oni nám vždycky vyhoví. A loni jsme třeba tady dělali budky pro ptáčky, jo dělali naši klienti a ty se tady roznesly do parku lounskýho a letos budou dělat budky pro veverky, oni nás vždycky osloví, co by jsme jako potřebovali, jo. Městská knihovna nám každé tejdén připravuje zajímavěj program pro děti, městská knihovna to je zrovna příspěvková organizace města Louny, že jo, když třeba potom děti jdou na výstaviště tak tam jdou za zlevněný vstupný, jako jo, já si myslím, že ta spolupráce je moc dobrá.“* Obdobnou zkušenost má také respondentka z jiné organizace. 9 R: *„No tak to byl vlastně podnět, že jo, z obce, aby ta služba tady potom Vavřinci vznikla nebo držela se dál, takže určitě jo.“*

Roli obce jako opatrovníka zmiňuje další respondentka, v tom to případě je zájem a spolupráce ze strany obce nezbytná. 21R: *„(...) potřeba to je, protože poskytujeme třeba, že jo, ochrannou léčbu u některých pacientů a to v podstatě, se musí komunikovat i se soudem i třeba někdy, někdy město je jako opatrovník některých klientů takže ta spolupráce tam je a je to nutný, je to prostě potřeba jinak to nejde takže, myslím si, že jako město určitě tuhle ambulanci potřebuje, ale nějak zvlášť jí asi nepodporuje.“*

Respondenti se často vyjadřovali, že kontakt s obcí za organizaci vykonává její ředitel, který má tak možnost ovlivňovat sociální politiku popřípadě zdravotní politiku v obci. Sami se se zástupci obce nesetkávají, svou možnost jak ovlivňovat zdravotní a sociální politiku obce spatřují v komunitním plánování. 3R: *„Díky komunitnímu plánování tak určitě. Podílíme se, jsme furt schopný se domluvit a v podstatě třeba když vezmu, když vezmu právní poradenství, nebo vůbec celý to dluhový poradenství tak to bylo na základě poptávky a na základě diskuze v rámci těch pracovních skupin, takže my jsme to chytili nejenom v té naší hlavní cílové skupině lidí s postižením a seniorů, ale i kolegové z dalších sociálních služeb, měli podobný zkušenosti, takže pak jsme koordinovali třeba tu dluhovou poradnu a i další služby nebo doplňkový aktivity, který máme mi, který maj ostatní poskytovatelé, (...) takže jako když někdo přijde tak jsme schopný si mezi sebou si ty klienty odkázat na potřebnou službu, takže myslím že spolupráce velmi dobrá.“*

Respondenti byli dále tázáni ohledně rozvoje komunitní péče v obci. Z prvních rozhovorů vyplynulo, že respondenti se s pojmem komunitní péče příliš často nesetkávají, nejčastěji ji dávali do souvislostí s komunitní prací s romskými občany. Za účelem získání informací byla v rozhovorech respondentům definována komunitní péče jako ucelené spektrum zdravotní a sociální péče a jiných služeb poskytovaných občanům na území města. Rozvoj komunitní péče všichni považovali za správný, obec by jí měla rozvíjet a podporovat. 9R: *„No protože se právě zjistí ta potřeba, jaký služby tady chyběj anebo ty, který tady fungujou, jestli nepotřebujou nějak rozšířit činnost, nebo, nebo hlouběji poskytovat, a tak, jako, protože ty potřeby těch lidí se vyvíjej tak se musej vyvíjet i nabídky těch služeb.“* Jak zmiňovaly respondentky z řad psychiatrického oboru je rozvoj komunitní péče nezbytný pro uskutečnění reformy psychiatrické péče, ačkoliv dodávaly, že současná společnost má vůči psychiatrickým pacientům předsudky. Za vhodný způsob rozvoje komunitní péče považují respondenti komunitní plánování, které má v obci dlouhou tradici. 1R: *„My jsme v podstatě udělali to, že v roce 2006 jsme začali komunitně plánovat, (...) v podstatě jsme nějakým politikům tady našim vysvětlovali, že by bylo potřeba, aby to nebylo roztržštěný a že by to bylo dobrý a Ústí začalo komunitně plánovat, tak jsme si udělali kurz, (...) Takže jsme vlastně ve dva šest začali komunitně plánovat a vlastně jsme svolali všechny aktéry, kteří tady byli ve hře, podle samozřejmě toho vzoru (...) uživatel, poskytovatel, a zadavatel takže my jsme se postavili samozřejmě jako obec do role zadavatele, všechny jsme je sezvali a začali jsme se s nima bavit o tom, že by jsme teda nějakým způsobem komunitně plánovali, což se teda velice zadařilo, celkem ty organizace nebyly vůbec proti a začali jsme, rozjeli jsme teda skupiny, a začali jsme komunitně plánovat. Takže první komunitní plán byl schválený v roce 2007. Samozřejmě to bylo velmi neučesaný, bylo to takový, mělo to takový velký porodní bolesti a tak, ale myslím si, že dneska v období čtvrtého komunitního plánu, už jsme tady celkem, všichni v souladu, myslím i s vedením, teda.“*

V návaznosti na rozvoj komunitní péče byli respondenti tázáni na roli Komunitní sestry v obci, část respondentů se s pojmem nikdy nesetkala a nedovedli si její funkci představit. Komunitní sestru jsem prezentovala jako osobu sdružující zdravotní a sociální služby, pohybující se v terénu, která by působila při Městském úřadu.

Respondenti by od komunitní sestry očekávali odbornost v posuzování individuálních případů, komunikativnost, sběr a zprostředkovávání informací napříč zdravotními a sociálními službami a jejich prezentaci veřejnosti. 21R: *„Představuju si to jako nákou empatickou komunikativní sestru, která by prostě měla informace o všem, dalo by se ji*

*zavolat, no a pak ona by třeba dokázala nějaký materiály dostat ještě do podvědomí lidí kam, že jo taj ty klienti choděj k obvodním lékařům, ke specialistům prostě všude, a aby se to dostalo víc do podvědomí teda lidí.“* Dále byl zmiňován její přínos při zprostředkovávání následné péče pacientům bez rodinného zázemí. 20R: *„Tak vhodný by to určitě bylo, že by třeba komunikovala, třeba když se propustí nějaký klient z nemocnice a nemá nikoho, na koho by se mohl obrátit je dezorientovanej tak aby, aby mu pomohla se zorientovat a pomohla mu něco vykomunikovat, aby to bylo všechno v pořádku, že by na to měla prostě ten prostor a čas, aby mohla dojít k tomu lékaři a následně k dalšímu.“* Respondenti se také domnívali, že by se její pohled na potřeby klientů lišil od úředníků. 10R: *„Asi tím že ona by dokázala zase vyhodnotit ty situace v těch rodinách jinak než, než ten pracovník, třeba tý obce nebo toho městskýho úřadu, zase z hlediska třeba toho zdravotního, že by pak dokázala doporučit ta péče, jestli je to teda jenom o tom, o tý péči jakoby pečovatelský nebo jestli už se tam potřebujou udělat i nějaký jakoby ty zdravotnický úkony.“*

Téměř třetina respondentů však v postu komunitní sestry žádný přínos nevidí. 17R: *„Nevim, asi možná moje první myšlenka je, že je to zbytečný, sestra někde v kanceláři.“* Respondenti uváděli, že při Městském úřadě podobnou pozici zastává koordinátorka komunitního plánování, jiní vidí alternativu v integraci služeb. 15R: *„Ono jakoby veškerý tydlety služby spolupracovaly a opravdu byly řízený z jednoho místa, byly sloučený, tak by možná ani nebyla potřeba komunitní sestra.“* Ze strany úředníků byl postoj také odmítavý. 1R: *„(...) myslím, že komunitní sestra je tady zbytečná nehledě na to, že tady se fakt dobře spolupracuje, my se setkáváme (...) v rámci komunitních plánů a jsme vlastně přátelé jo s těma poskytovatelama služeb (...) tady jsou ještě taky sociální pracovníci obce, jo, tady mám vlastně tři vedle mě, takže si myslí, že pokud by bylo něco potřeba tak ty to bez jakýchkoliv problémů udělali. To myslím si, že ne, že by to byla zase zbytečná další mezičlánek.“*

#### **5.4 Shrnutí výsledků případové studie:**

V první části případové studie jsem zmapovala zdravotní a sociální služby působící v Lounech, představila jsem strategie zdravotní a sociální politiky Ústeckého kraje a zmínila potřeby klientů prezentované liniovými pracovníky. V současnosti se žádná ze služeb nepotýká s nezájmem ze strany klientů. Nedostatečné lůžkové kapacity mají pobytová zařízení, kapacity terénních služeb odpovídají poptávce klientů. Tlak na lůžka je v zařízeních

často způsoben nedostatečnou návazností služeb, prodlužují se tak čekací doby klientů, což se týká také zdravotní ambulantní péče především v oboru očního, zubního, dětského a psychiatrického lékařství.

Úředníci z MÚ Louny Odboru věcí sociálních a zdravotních v rozhovorech uvedli, že zástupci města jednají pravidelně s krajem o výši finančních příspěvků určených na provozování pohotovostních služeb v Lounech. Kromě financování zdravotních služeb ve městě je aktuálně řešen problém se zajištěním zdravotnické dopravy od července 2019, kdy Krajská zdravotní hodlá ukončit své působení v Lounech. Jak již bylo zmíněno, Louny na svém území nemají nemocniční zařízení s akutními lůžky, proto je nedostupnost zdravotnické dopravy pro obyvatele města vážným problémem. Další v současnosti řešený problém je omezený provoz onkologické péče v nemocnici v Chomutově, pacienti budou moci využívat onkologické péče v krajském městě, tedy v Ústí nad Labem, což pro pacienty představuje o více jak 20 km delší cestu.<sup>111</sup>

Zhoršený zdravotní stav klientů zdravotních a sociálních služeb byl velmi často respondenty hodnocen v souvislosti se stářím. V současnosti osoby se závažnými zdravotními obtížemi v obci nevyužívají služeb MPS, ale dávají přednost pobytovým zařízením zdravotních a sociálních služeb. MPS je v současnosti využívána jako podpůrná služba klientům, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný a u kterých dochází k degenerativním změnám způsobených stářím.

Horší dostupnost odlehčovacích služeb a chráněného bydlení na Lounsku, je zmiňována ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2019-2021 také na ni během rozhovorů upozorňovali sami respondenti. Horší dostupnost péče vnímají také lidé dojíždějící za péčí do obce z okolních vesnic a zdravotně hendikepovaní obyvatelé, pro které je obtížné překonávat technické bariéry ordinací působících mimo polikliniku. Někteří klienti a jejich rodiny by ocenili, kdyby za nimi domů docházel lékař. V současnosti není mezi klienty patrná zvyšující se poptávka po integrovaných službách, lidé vyžadující náročnější péči jsou převážně umístovány do pobytových zařízení.

Naplňování strategických cílů z plánu rozvoje sociálních služeb na období 2017 – 2018 v oblastech deinstitucionalizace péče, prostupnosti zdravotních a sociálních služeb a podpoře pečujících rodin se na území města věnují organizace jednotlivě. Deinstitucionalizace péče se v Lounech chystá pouze v rámci reformy psychiatrické péče. Na změny se připravují

---

<sup>111</sup> Zdravotnictví na Lounsku jeden problém za druhým. Týdeník Lounska. Press. 2019. roč. 24. č. 9. s.1.

pouze v nemocničním zařízení, žádné jiné pracoviště pečující o psychiatricky nemocné se reformy zatím neúčastní. Kapacity terénních služeb se v současnosti nenavýšují, snaha Agentury domácí péče poskytovat současně zdravotní a sociální péči se nezdařila, do budoucna kvůli náročné administrativě a přísným podmínkám registrace o ni znovu neuvažují. Potenciál rozvoje sociálních služeb vidí někteří respondenti ve vybudování chráněného bydlení, se kterým souvisí také podpora sociální rehabilitace klientů. Realizace tohoto projektu by klientům usnadnila přechod z ústavní péče do domácí. Rozvoj komunitní péče v obci považují respondenti napříč službami za správný, kromě komunitního plánování však respondenty nenapadalo jak ji dále rozvíjet. Vytvoření komunitního centra zdravotních a sociálních služeb považuje většina respondentů za přínosnou ideu, většina se s ní také setkala poprvé. Návrh na uplatnění komunitní sestry působící při Městském úřadu, jako case managera byl přijímán rozporuplně, nepanovala jednoznačná shoda o jejím přínosu.

Podporovat prostupnost zdravotních a sociálních služeb v Lounech se daří prostřednictvím vzájemné spolupráce jednotlivých organizací působících ve městě. Tato spolupráce je doložena v komunitním plánu města, kdy v něm svoje místo má také zástupce Agentury domácí péče a sociálně-zdravotní pracovnice z oddělení sociálních lůžek.

Na podporu neformálně pečujících, zlepšení jejich informovanosti a na jejich vzdělávání se v Lounech zaměřuje Centrum služeb zdravotně postižených. Projekt podpory vznikl jako reakce na předchozí zkušenosti s pečujícími rodinami a bude spočívat v odborném poradenství a v praktickém nácviku ošetrovatelských postupů, který bude realizován v domácnosti na rozdíl od předchozích akcí pořádaných v zázemí organizace.

Na základě nashromážděných dat se domnívám, že struktura zdravotních a sociálních služeb v Lounech ve větší míře odpovídá současné poptávce ze strany klientů. Taktéž se domnívám, že struktura nabízených služeb z větší části reflektuje strategie zdravotní a sociální politiky Ústeckého kraje. Největší propast je dle mého mínění v prostupnosti zdravotních a sociálních služeb, která tak brání větší míře deinstitucionalizace péče.

Ve druhé části případové studie zaměřené na integraci služeb, bylo podstatné zjištění, že linioví pracovníci ve zdravotních a sociálních službách integraci neznají, pokud se s pojmem setkají v běžném životě, dávají ho do souvislosti se začleňováním minorit či zdravotně postižených do společnosti. Při posuzování přínosu integrace služeb hrály svou roli individuální vlastnosti každého respondenta a jejich osobní zkušenosti. Lišilo se vnímání integrace služeb respondenty z pobytových služeb a respondentů terénních sociálních služeb.

Pozitivně hodnotili integraci služeb respondenti z pobytových služeb, kteří pečují o klienty vyžadující náročnější péči, která je kombinací služeb zdravotních a sociálních. Také respondenti ze zdravotních služeb integraci služeb přijímali pozitivně, zvláště proto, že by návaznost a koordinovanost služeb podporovala efektivitu jejich práce.

Pro mnohé respondentky z řad pečovatelské služby je zcela nepochopitelné propojování služeb, které spolu dle jejich mínění vůbec nesouvisí, což je pochopitelné zvláště v případech, kdy se ve většině případů setkávají s klienty, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný. Negativní reakce sebou přinášela také interpretace integrace, jako propojování pečovatelské služby a domácí zdravotní péče, kdy některé respondentky ji odmítaly z důvodu rozšíření kolektivu o další kolegy a ztráty jisté autonomie při práci. Proti integraci je také fakt, že služby na sobě nezávisle fungují bez větších problémů již dlouhá léta. Jelikož respondenti považují vzájemnou spolupráci a komunikaci za velmi dobrou nepovažují slučování služeb za potřebné, co potřebují pro své klienty, to jsou schopni jim zajistit.

Provázanost zdravotních a sociálních služeb ve městě podporuje komunitní plánování, které obec organizuje již řadu let. Většina z oslovených respondentů se účastní komunitního plánování, jak již bylo zmíněno, účastní se ho i zástupci některých zdravotních služeb. Možnost podílet se na vytváření komunitního plánu města považují respondenti za přínosné. Mimo komunitní plánování spolu jednotlivé organizace komunikují ohledně řešení potřeb svých klientů. Velkou roli zde hraje ochota poskytovatelů služeb při zprostředkovávání záležitostí svých klientů, často na sebe jednotlivé služby navazují, popřípadě se doplňují.

Třetí část případové studie se zabývá problémy, na které naráží linioví pracovníci ve službách a na význam rodiny a obce při integraci služeb. Na základě zjištění byly vyhodnoceny faktory bránící integraci služeb v Lounech.

Velmi často komentovali linioví pracovníci problémy s financováním služeb a náročnou administrativu. Z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že způsob financování služby má významný vliv na zachování její autonomie, na její rozvoj a na její hospodárnost. Soukromá zařízení poskytující přímou péči v terénu se užívají dobře, zdravotníci si na platby od pojišťoven nestěžovali ani na administrativu s ní spojenou. Největší obavy o svou existenci měla nezisková organizace poskytující odborné poradenství a sociálně aktivizační služby pro seniory a zdravotně postižené. Jedinečnost v obci si tato organizace zajišťuje provozováním senior taxi a půjčovnou kompenzačních pomůcek. Což jsou služby nabízené

nad rámec Městské pečovatelské služby, která je příspěvkovou organizací obce. MPS a ostatní příspěvkové organizace finančně nestrádají, linioví pracovníci ze strany zřizovatele nepocítují tlak na vyšší efektivitu služeb. Respondentky z pečovatelské služby komentovaly své nedostatečné platové ohodnocení. Oslovení úředníci dávali do souvislosti finanční zázemí sociálních služeb s rolí kraje při rozdělování financí.

V současnosti je největší tlak ze strany státu vyvíjen na kvalitu péče. Kvalita péče je dána legislativou, která dává za vznik velkému množství byrokracie a administrativy. Náročná administrativa je jedním z faktorů, které negativně ovlivňují integraci služeb. Administrativu a byrokracii nejvíce kritizovali respondenti v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, byla také důvodem pro ukončení poskytování sociálních služeb Agenturou domácí péče. Resortismus byl považován za problematický zvláště respondenty z pobytových zařízení. Za problematické dále respondenti uváděli rozdělení kompetencí při poskytování péče, které je dáno legislativou a v některých případech omezuje mezioborovou spolupráci. Jako obtížné se jeví také udržení profesionality při jednání s klienty, zvláště v případech kdy klienti nemají nikoho blízkého. Nedostatečná informovanost obyvatel obce o existujících službách a jejich činnostech byla vysvětlována tím, že se o ně obyvatelé nezajímají, dokud je nepotřebují. V současnosti je pro klienty obtížné získat ucelené informace, v případě potřeby je třeba kontaktovat každou službu zvlášť. Ku prospěchu občanů je, že služby se vzájemně podporují, v případě potřeby doporučují klientům i služby konkurenční. Na prvním místě jsou potřeby a přání klientů. Sociální služby distribuují informační letáky, obec investuje prostředky do katalogů služeb, také jsou pořádány jednotlivými službami workshopy. Informační materiál je předáván do ambulancí, na úřady, do knihovny, také je dostupný na webových stránkách organizací a na stránkách Městského úřadu. Zdravotníci své služby nijak zvlášť neprezentují, jak sami uváděli, není to třeba, jelikož poptávka po jejich službách je stále veliká. Nedostatečné kapacity také dle respondentů souvisí s nedostatečnou návazností služeb.

Nízká flexibilita pečovatelské služby vůči potřebám klientů, byla také opakovaně zmiňována, kdy se respondenti setkávají v praxi s tím, že potřeby klientů se objevují po uplynutí 8 hodinové pracovní doby, klienti a jejich rodiny postrádají dostupnost nepřetržitě 24 hodinové sociální péče. S flexibilitou také souvisí přesuny pečovatelek mezi jednotlivými klienty, pečovatelky používají MHD, popřípadě chodí pěšky za jakéhokoliv počasí. Vzdálenosti mezi bydlišti jednotlivých klientů, omezují schopnost pečovatelky reagovat na náhle vzniklou potřebu svého klienta. S poskytováním péče v domácím prostředí také



souvisí nedostatečná podpora neformálně pečujících.

Pro integraci služeb je významné působení rodin. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že v současnosti není samozřejmé, že se rodiny podílí na péči o svého člena. Některé rodiny spoléhají na pobytová zařízení, osobně se na péči podílet nechtějí. Rodiny, které by se chtěly podílet na péči, často odradí finanční a časová náročnost péče, také naráží na bariéry v domácnosti a na nedostatečné pokrytí potřeb pečujících rodin nabízenými službami.

Dalším významným aktérem integrace služeb je obec, která se podílí na vytváření zdravotní a sociální politiky obce. Zájem ze strany obce o působení organizací dle respondentů existuje, největší výtky vůči obci měli respondenti z neziskové organizace, od obce očekávají větší finanční zázemí a větší zájem o službu jako takovou. Obec podporuje komunitní plánování, zaměstnanci obce, kteří ho mají na starosti, aktivně komunikují se všemi účastníky. Liší se ambice organizací, více inovací plánují neziskové organizace, které tak chtějí flexibilně reagovat na potřeby svých klientů.

Faktory, které brání integraci zdravotních a sociálních služeb v Lounech

1. V terénu není poptávka po integrovaných službách.
2. Neznalost liniových pracovníků, linioví pracovníci neznají integraci, mají nízké povědomí o komunitní péči.
3. Linioví pracovníci mají obavy ze změny.
4. Linioví pracovníci mají obavy ze ztráty autonomie.
5. Nezájem obyvatel, obyvatelé se o působení služeb nezajímají, dokud je nepotřebují. (neexistuje zájem o přípravu na stáří či nemoc)
6. Neochota rodin podílet se na péči.
7. Nedostatečná podpora pečujících rodin.
8. Nezájem ze strany obce, kromě komunitního plánování, ve kterém má obec letitou praxi, nemá jiné ambice, necítí poptávku po integrovaných službách ze strany obyvatel ani ze strany poskytovatelů služeb.
9. Ze strany obce není vyvíjen tlak na efektivitu služeb, které jsou jejich příspěvkovou organizací.
10. Náročná administrativa při poskytování sociálních služeb.

## **Závěr**

Ve své diplomové práci jsem představila problematiku integrace zdravotních a sociálních služeb, popsala jednotlivé aktéry, kteří se na ní podílejí a zmínila strategické dokumenty a legislativu, která souvisí s poskytováním zdravotní a sociální péče. V případové studii jsem zmapovala zdravotní a sociální služby poskytované v obci s rozšířenou působností, dále jsem zmapovala provázanost těchto služeb a identifikovala faktory, které ovlivňují implementaci integrace služeb na komunální úrovni.

Hlavním zdrojem informací pro zpracování případové studie byli linioví pracovníci ve zdravotních a sociálních službách. Potvrdilo se, že role liniových pracovníků je klíčová nejenom pro získávání informací o stávajícím fungování služeb a potřebách jejich klientů, ale také pro jejich schopnost ovlivňovat strukturu služeb prostřednictvím svého působení v obci a podílením se na tvorbě a realizaci komunitního plánu města.

V případové studii bylo prokázáno, že celorepublikové a regionální strategické dokumenty zdravotní a sociální politiky odpovídají skutečnému stavu zdravotních a sociálních služeb v obci s rozšířenou působností. Navrhovaná opatření v těchto strategiích např. podpora neformálně pečujících či dostupnost odlehčovacích služeb odpovídá současným potřebám uživatelů služeb v obci. Reforma psychiatrické péče a s ní související deinstitucionalizace péče, stejně jako předchozí zmiňovaná opatření v praxi naráží na řadu faktorů, které ovlivňují jejich implementaci. Ve své práci jsem se zaměřila na identifikaci faktorů ovlivňujících implementaci integrace zdravotních a sociálních služeb na komunální úrovni, v případové studii se mi podařilo identifikovat následující faktory.

Pro úspěšnou implementaci integrace služeb je nutné specifikovat uživatele integrovaných zdravotně sociálních služeb. Již v průběhu rozhovorů s respondenty, byl patrný rozdíl ve vnímání významu integrovaných služeb mezi pracovníky působícími v pobytových zařízeních zdravotních a sociálních služeb a respondenty ze zdravotních služeb, oproti respondentkám z Městské pečovatelské služby. První skupina respondentů význam integrace vnímala mnohem pozitivněji na rozdíl od respondentek z Městské pečovatelské služby, které se převážně setkávají s klienty, kteří jsou sice staří, ale jejich zdravotní stav je ve většině případů dobrý, tudíž propojení služeb vnímaly jako zbytečné.

Jelikož se zdravotní a sociální péče poskytuje ve formě pobytové i terénní, liší se problematika jejich integrace. V pobytových zařízeních zdravotních a sociálních služeb jsou oba typy péče poskytovány současně, jejich hrazení je dvou resortní a doposud nebyla nalezena shoda na jiném řešení. Jak uváděla jedna z respondentek v pobytových zařízeních

je zdravotní péče nadřazena péči sociální, prioritou je udržet či zlepšovat zdravotní stav jedince, a to leckdy i na úkor jeho sociálních potřeb např. autonomie při rozhodování se o stravě. Z rozhovorů s respondenty z pobytových zařízení vyplynulo, že poptávka po těchto službách je velká a zdravotní stav klientů vyžaduje náročnější péči, přesto se respondenti domnívají, že by někteří z jejich klientů mohli pobývat v domácí péči, kdyby proto měli zázemí.

Faktor zázemí hraje významnou roli při poskytování terénní péče, která se zaměřuje na klienty žijící ve svém sociálním prostředí, tedy doma. Musí však z jejich strany existovat poptávka po integrovaných službách. Jak již bylo zmíněno, v Lounech tato poptávka chybí, což má za následek, že není vyvíjen tlak na její další rozvoj. Nízká poptávka po integrovaných službách, je podmíněna ochotou rodin podílet se na péči o svého člena, existují případy, kdy se rodina odmítá postarat nebo o možnostech využití terénních služeb vůbec neví. V praxi se však respondenti také setkávají s ochotou rodin podílet se na péči, ale velmi často je pro rodiny problematické vybudovat doma bezbariérové zázemí, časová a finanční náročnost péče hraje také svou roli. V Lounech žijí lidé na sídlištích v panelových domech nebo v rodinných domech vystavěných ve 20. století, dispozičně neodpovídají bezbariérovému bydlení. V nových výstavbách žijí převážně mladé rodiny s dětmi, pro které je prioritou výdělečná činnost, která jim umožní splácet úvěr na bydlení a zajistit péči dětem. Podpora neformálně pečujících existuje ve formě finančních příspěvků na péči, dávek pro osoby zdravotně postižené, zdravotních poukazů na kompenzační pomůcky, v Lounech je také podpora neformálně pečujících realizována prostřednictvím poradenských služeb včetně zprostředkovávání zdravotních pomůcek půjčovnou. Nízké povědomí občanů o sociálních službách společně s malou participací občanů na péči o své blízké brání rozvoji integrovaných terénních služeb v obci.

Pro utváření zázemí pro terénní péči jsou velmi důležití také linioví pracovníci ve zdravotních a sociálních službách, kdy za významné považují zjištění, že linioví pracovníci se s pojmem integrace služeb v praxi neseškávají a tudíž ji nepovažují za přínosnou. Pro některé představuje integrace služeb zbytečnou reorganizaci toho co v Lounech dobře a dlouhá léta funguje, jiní v ní spatřují přínos zvláště pro své nemocné klienty. Významným faktorem ovlivňujícím implementaci integrovaných služeb je její neznalost mezi liniovými pracovníky, důležité pro úspěch je, aby porozuměli co je smyslem integrovaných služeb, jaký to pro ně jako pro zaměstnance bude mít přínos, ale také jako pro obyvatele města. Je důležité podporovat jejich motivaci ke změnám, jak respondentky z pečovatelské služby

uváděly, přesunují se po městě pouze pěšky nebo prostřednictvím městské hromadné dopravy, sami uznaly, že leckdy je náročné si pochůzky organizovat a větší flexibilita by pro ně byla přínosem, té lze v některých případech dosáhnout sdílením automobilu, který využívá domácí zdravotní péče. Pečovatelky dále uváděly, že by propojenost služeb uvítaly, zvláště v případech kdy jejich klienti mají zřejmé zdravotní obtíže.

Jako další faktor ovlivňující implementaci integrace služeb se jeví nedostatečná návaznost služeb a chybějící koordinace péče. Cílem koordinace péče by mělo být poskytování adekvátní péče aktuálním potřebám jedince, svou roli zde hrají kompetence jednotlivých složek péče. Kompetence pracovníků ve zdravotních a sociálních službách mají významný vliv na hierarchii pracovníků podílejících se na poskytování péče, s hierarchií souvisí také role case managerů. V případové studii byla zmíněna komunitní sestra jako case manager, avšak její role nebyla liniovými pracovníky přijata zcela kladně, a to převážně z důvodu neopodstatněnosti jejího působení v obci. Role case managera je významná také při plánování návaznosti služeb a při přechodu mezi jednotlivými pracovišti. Nedostatečná návaznost služeb byla komentována s ohledem na dlouhé čekací doby na umístění do pobytových zařízení. Za faktor ovlivňující implementaci integrovaných služeb lze taktéž považovat nedostatečné kapacity pobytových zařízení, které tak mohou směřovat své potenciální klienty k využívání terénní péče a tak podporovat jejich rozvoj. Současná kapacita terénních služeb odpovídá poptávce, kdyby došlo k náhlému navýšení počtu klientů v domácnostech, trvalo by delší dobu zajistit jim adekvátní péči a to vzhledem k nedostatku zdravotních sester na trhu práce a nízkému mzdovému ohodnocení pečovatelek. Dostatečné personální a finanční zázemí terénních služeb významně podporuje deinstitucionalizaci služeb, která je uvedena jako jeden z cílů strategických dokumentů Ústeckého kraje.

Terénní péči v současnosti v Lounech poskytuje Agentura domácí péče a Městská pečovatelská služba, v případě potřeby spolu komunikují, vzájemně spolupracují ve prospěch klienta. Ochota komunikovat a spolupracovat je i v ostatních oslovených organizacích, které si zachovávají svou autonomii, ale v případě potřeby se neváhají zapojit do řešení konkrétních potřeb klientů napříč službami. Městské pečovatelské službě byla vytýkána nedostatečná flexibilita v řešení potřeb klientů a jejich rodin, řešením by bylo prodloužení pracovní doby, či nepřetržitý provoz, které nabízí služby domácí zdravotní péče. Větší flexibility služeb lze dosáhnout prostřednictvím integrace služeb. Komplexní přístup k řešení individuálních potřeb klientů by v samotném důsledku vytvořil flexibilní službu, která by dokázala, alespoň částečně nahradit chybějící odlehčovací služby. V současnosti

v Lounech neexistuje žádná organizace nabízející integrované služby, lounské Agentuře domácí péče se nepodařilo tento projekt dlouhodobě udržet a to z důvodu administrativní náročnosti a nárocích na kvalitu poskytování sociálních služeb. Stávající síť zdravotních a sociálních služeb v Lounech je další z faktorů ovlivňující implementaci integrace služeb.

Dalším klíčovým aktérem integrace služeb na komunální úrovni je obec. V Lounech, v obci s rozšířenou působností spravuje problematiku zdravotních a sociálních služeb Odbor sociálních věcí a zdravotnictví při Městském úřadu, agenda je dána kompetencemi odboru, dále je odbor zpracovatelem komunitních plánů, ve kterých reflektují požadavky obyvatel města a poskytovatelů služeb. Vliv na agendu mají také jednotlivý zastupitelé města a představitelé politických stran působících v obci, ale také mimo ni. Obec se potýká s nedostatkem zubních lékařů a pediatriů což je celorepublikový problém. Dlouhodobě je napříč společností v Lounech řešena chybějící akutní lůžková péče, za kterou je nutno dojíždět do okolních měst. V současnosti není v plánu v Lounech budovat tento typ zdravotních služeb. Strategický dokument pro rozvoj zdravotních služeb v Lounech neexistuje, lounští lékaři se aktivně podílí na komunální politice, někteří působí i v městském zastupitelstvu. Město Louny má již 4. komunitní plán, na jeho vzniku se podíleli i oslovení respondenti. Z rozhovorů vyplynulo, že do budoucna se změny v organizaci zdravotních a sociálních služeb nechystají, stávající stav je úředníky hodnocen jako velmi dobrý, vzájemná spolupráce jako výborná, což bylo doloženo svědectvím i ostatních respondentů. Impulzem pro změnu by s největší pravděpodobností byla poptávka ze strany občanů a doložená finanční úspora obce. V současnosti obec zřizuje Městskou pečovatelskou službu a na provoz přispívá osloveným neziskovým organizacím. Myšlenka zřízení Komunitního centra zdravotních a sociálních služeb byla v Lounech před lety zvažována, projekt nebyl realizován, ze strany obce v současnosti žádný podobný projekt v plánu není. Dle oslovených liniových pracovníků by Komunitní centrum zdravotních a sociálních služeb své uplatnění našlo, největší jeho přednost vidí ve zprostředkovávání ucelených informací a poskytování komplexní péče.

Působení obce je významným faktorem ovlivňujícím implementaci integrace služeb. Obec jako řádný hospodář má spravovat finanční, lidské či nemovité zdroje, tak aby vybudoval zázemí pro své občany, důraz by měl být kladen na kvalitu a efektivitu péče, nejenom na její dostupnost, také by neměla být přehlížena duplicita služeb. Obec má mít vize o své budoucnosti a o budoucnosti svých občanů, je v jejím zájmu podporovat osvětu, motivovat obyvatele ke zdravému životnímu stylu, vštěpovat obyvatelům nutnost přípravy na stáří.

Prostřednictvím rozvoje komunitní péče lze ve městě dosáhnout optimálního rozložení služeb tak, aby jejich nabídka vyhovovala obyvatelům napříč generacemi. Úspěšná budoucnost obce je v rozvoji komunitní péče, která bude podporovat primární zdravotní péči zaměřenou na preventivní programy, bude rozvíjet dispenzární péči předcházející nežádoucím komplikacím onemocnění, to vše v kombinaci s integrovanými terénními zdravotně sociálními službami, které umožní obyvatelům s omezenou soběstačností setrávat v domácím prostředí. Benefitem integrované péče pro klienta a jeho rodinu je dosažení maximální možné komplexnosti péče, komplexnost péče podpoří její kvalitu a zároveň se odrazí ve vyšší efektivitě služby a to tak, že zabrání vzniku nežádoucích událostí např. pádům, proležením či dekompenzací onemocnění typu diabetes nebo hypertenze, jejichž vznik péči prodlužuje a prodražuje.

V integraci terénních zdravotních a sociálních služeb existuje prostor pro rozvoj jak kvality a efektivity péče, ale také pro rozvoj společenské odpovědnosti a participace občanů na péči o své blízké. Potenciál pro nastartování změn v poskytování péče v Lounech vidím v reformě psychiatrické péče, která má v plánu do roku 2030 zrušit třetinu lůžkové kapacity a pacienty převést na ambulantní péči. Lze předpokládat, že i v Lounech bude do budoucna ze strany těchto psychiatrických pacientů vytvářena poptávka po integrovaných službách. Pokud nedojde k vytvoření Centra duševního zdraví v Lounech, bude služby těmto klientům nezbytné zajistit stávajícími organizacemi, které budou nuceny navýšit své kapacity a přizpůsobit se potřebám klientů. V současnosti jsou nejbližší Lounům Centra duševního zdraví v Chomutově a Petrohradě. Vytvoření Komunitního centra zdravotních a sociálních služeb v Lounech by umožnilo poskytovat péči osobám s různými typy onemocnění a potřeb, pokrylo by tak širší spektrum klientely než Centrum duševního zdraví zaměřující se na psychiatrické pacienty.

## **Summary**

In my thesis I deal with the integration of health and social services. I introduced the issue of two/double departmental service management and their financing, there. In addition, I described the various actors involved in the integration of services, mentioned strategic documents and legislation related to the provision of health and social care. In the case study, I mapped the health and social services provided in Louny, through street-level bureaucrats I gained information about the interconnection of services in Louny and about the factors that affect the implementation of integration of services in the town. For successful implementation of integration, it is necessary to specify the users of integrated health and social services, to create a home base for them, to provide a flexible range of services and at the same time to support the informally caring families. The lack of demand for integrated services is linked to other factors such as ignorance of citizens and low participation in caring for close relatives. Street-level bureaucrats in health and social services do not know the integration of services, they do not encounter it in practice, this factor has an impact on the motivation of street-level bureaucrats to make changes in the provision of care. An important factor is also the existing network of health and social services in Louny, when individual organizations communicate with each other and they consider cooperation to be very good. The possibility of developing sees in improvement of continuity and coordination of care services. A community nurse was introduced as a case manager. Insufficient capacity of residential institutions can be considered as a factor supporting the implementation of field services integration. The municipality, as one of the main actors, is of crucial importance in providing services to its residents. In Louny, community planning has been in place for many years, including representatives of some health services. The operation of the municipality is an important factor influencing the implementation of the integration of services. In the case study, community care and the creation of the Community Center for Health and Social Services in Louny were discussed, as well as the ongoing reform of psychiatric care.

## Použitá literatura

Akční plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2019. [online]. 2018. Krajský úřad Ústeckého kraje odbor sociálních věcí [cit. 2019-03-30] Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1727239](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1727239)

Akční plán rozvoje sociálních služeb na období 2017-2018. [online]. 2018. MPSV. Sociální práce a sociální služby. [cit. 2018-10-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/29620>

Bez reformy je systém penzí neudržitelný, tvrdí ministerstva financí a práce. [online]. 2018. Česká televize. ČT 24. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/ekonomika/2610215-bez-reformy-je-system-penzi-neudrzitelny-tvrdi-ministerstva-financi-a-prace>

Buurtzorg International - Official Site. [online]. 2018. Buurtzorg.[cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <https://www.buurtzorg.com/>

Co je to vyrovnávací platba. [online]. 2015. Informační portál o poskytování a financování sociálních služeb. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://www.pfss.cz/co-je-to-vyrovnavaci-platba-i-cast/>

Demografická ročenka měst. [online]. 2017. Český statistický úřad. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61566216/13006618279.pdf/7a29e486-e249-4b0b-b58c-541b8818a84e?version=1.0>

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice. [online]. 2010. MPSV. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob\\_a\\_pece\\_CR.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob_a_pece_CR.pdf)

Experti světové zdravotnické organizace navštívili Ministerstvo zdravotnictví ČR. [online]. 2018. Medical Tribune CZ. [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/43545-experti-svetove-zdravotnicke-organizace-navstivili-ministerstvo-zdravotnictvi-cr>

FRIEDRICH. L., Zdravotní péče v segmentu lůžkové péče v roce 2019 a dále z pohledu SZP ČR. [online]. 2018. Svaz zdravotních pojišťoven. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: [http://www.inmed.eu/prezentace/4\\_3.pdf](http://www.inmed.eu/prezentace/4_3.pdf)

GEISLER. H., Volno na péči a podpora pečujících osob na trhu práce v České republice a v zahraničí. [online]. 2016. Diakonie Českobratrské církve evangelické. MPSV. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000165.pdf?seek=1489066973>

HORÁK, P., HORÁKOVÁ, M. *Role liniových pracovníků ve veřejné politice*. [online]. 2009. Praha: Sociologický ústav AV ČR, Sociologický časopis. [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: [http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6857/ssoar-2009-2-horak\\_et\\_al-role\\_liniovych\\_pracovniku\\_ve\\_verejne.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6857/ssoar-2009-2-horak_et_al-role_liniovych_pracovniku_ve_verejne.pdf?sequence=1)



Hospodářské přehledy. OECD. Česká republika. Shrnutí. [online]. 2018. OECD. [cit. 2019-02-12].

Dostupné z: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/Prehled\\_2018\\_Hospodarsky-prehled-OECD-CR-shrnuti%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/Prehled_2018_Hospodarsky-prehled-OECD-CR-shrnuti%20(1).pdf)

Integrovaný záchranný systém. [online]. 2018. Hasičský záchranný sbor. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/integrovaný-zachranny-system.aspx>

JANEČKOVÁ, M., VEPŘKOVÁ, R., Integrace péče- reflexe stavu v ČR. [online]. 2016. Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. [cit. 2018-12-05].

Dostupné z: [https://www.cello-ilc.fhs.cuni.cz/CEL-144-version1-vyzkumna\\_zprava\\_integrace\\_pece.pdf](https://www.cello-ilc.fhs.cuni.cz/CEL-144-version1-vyzkumna_zprava_integrace_pece.pdf)

Katalog zdravotnických služeb města Louny a okolí. [online]. 2018. Městský úřad Louny. [cit. 2019-01-25].

Dostupné z: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/katalog\\_zdravotnickych\\_sluzeb\\_30.11.2018.pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/katalog_zdravotnickych_sluzeb_30.11.2018.pdf)

Katalog sociálních služeb ve městě Louny. [online]. 2018. Městský úřad Louny. [cit. 2019-03-02]. Dostupné z: <https://www.mulouny.cz/cs/mesto/komunitni-planovani/katalog-sluzeb-socialni-pece-ve-meste-louny.html>

Komunitní sestru nahradí geriatrická sestra a sestra pro domácí péči. [online]. 2018. Revue pro sociální politiku a výzkum. [cit. 2019-01-25].

Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/07/komunitni-sestru-nahradi-geriatricka-sestra-a-sestra-pro-domaci-a-hospicovou-peci/>

4. Komunitní plán sociální péče města Loun na období 2017- 2021. [online]. 2016. Odbor sociálních věcí a zdravotnictví Městský úřad Louny. [cit. 2018-11-25].

Dostupné z: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/4.\\_komunitni\\_plan\\_2017\\_2021\\_schvaleny\\_rm\\_20.2.2017%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/4._komunitni_plan_2017_2021_schvaleny_rm_20.2.2017%20(6).pdf)

Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. [online]. 2009. MPSV. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z:

[https://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny\\_postup\\_3\\_2009.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf)

Listina základních práv a svobod. [online]. 1992. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky. [cit. 2019-03-25].

Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

LIPSKY, M., Street-Level bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public services. [online]. 2018. Masarykova univerzita Brno. [cit. 2018-11-25].

Dostupné z: [https://is.muni.cz/el/1423/jaro2018/SPR803/um/05\\_Lipsky.pdf](https://is.muni.cz/el/1423/jaro2018/SPR803/um/05_Lipsky.pdf)

Long-term Care. Key issues in long term care policy. [online]. 2018. OECD. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

Metodika MPSV pro poskytování dotací ze státního rozpočtu krajům a hlavnímu městu Praze pro rok 2019. [online]. 2018. MPSV. [cit. 2019-03-30].

Dostupné z:

[https://www.mpsv.cz/files/clanky/33881/Metodika\\_Ministerstva\\_prace\\_a\\_socialnich\\_veci\\_pro\\_poskytovani\\_dotaci\\_ze\\_statniho\\_rozpoctu\\_krajum\\_a\\_hlavniemu\\_mestu\\_Praze\\_pro\\_rok\\_2019.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/33881/Metodika_Ministerstva_prace_a_socialnich_veci_pro_poskytovani_dotaci_ze_statniho_rozpoctu_krajum_a_hlavniemu_mestu_Praze_pro_rok_2019.pdf)

MZ a MPSV letos slíbily lepší spolupráci na zdravotně sociálním pomezí. Na vizích se zatím neshodnou. [online]. 2019. Zdravotnický deník. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/02/mz-mpsv-letos-slibily-lepsi-spolupraci-zdravotne-socialnim-pomezim-vizich-se-zatim-neshodnou/>

Národní akční plán zabývající se stárnutím populace na období let 2013-2017. [online]. 2012. MPSV. [cit. 2018-10-25].

Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III\\_vlada\\_\\_Akni\\_plan\\_staruti\\_.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akni_plan_staruti_.pdf)

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025. [online]. 2015. MPSV. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

Návrh nařízení vlády. [online]. 2018. Úřad vlády České republiky. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/veklep-detail?pid=KORNAY6D974D>

Národohospodářská fakulta VŠE v Praze vyhodnotila finanční situaci zdravotních pojišťoven. [online]. 2018. Vysoká škola ekonomická Praha. [cit. 2019-03-29]. Dostupné z: <https://nf.vse.cz/aktuality/narodohospodarska-fakulta-vse-v-praze-vyhodnotila-financi-situaci-zdravotnich-pojistoven/>

NOVÁKOVÁ, Z., Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond 2017. [online]. 2018. Národní zdravotnický informační systém – ekonomické zpravodajství. [cit. 2019-02-12].

Dostupné z: [file:///C:/Users/Acer/Downloads/nzis\\_rep\\_2018\\_E01\\_luzkovy\\_fond\\_2017.pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/nzis_rep_2018_E01_luzkovy_fond_2017.pdf)

Počet obyvatel v obcích 1.1. 2018. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/61546986/13007218.pdf/1d52a859-3564-48e4-a816-45352d519a59?version=1.0>

Poslanci schválili dlouhodobé ošetřovné. Pomůže při péči o člena rodiny. [online]. 2017. Tisková zpráva. MPSV. [cit. 2019-03-30].

Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/31003/TZ\\_-\\_Poslanci\\_schvalili\\_dlouhodobu\\_osetrovne\\_2\\_.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/31003/TZ_-_Poslanci_schvalili_dlouhodobu_osetrovne_2_.pdf)

POSPÍŠIL, D., VRBICKÝ, J., Problematika nastavení služeb na sociálně zdravotním pomezí. [online]. 2015. Podpora procesů v sociálních službách. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <http://podporaprocessu.cz/wp-content/uploads/2015/03/Problematika-nastaven%C3%AD-slu%C5%BEeb-na-soci%C3%A1ln%C4%9B-zdravotn%C3%ADm-pomez%C3%AD-1.pdf>

Prvních pět Center duševního zdraví se otevřelo pacientům. [online]. 2019. Strategie reformy psychiatrické péče. Projektový blog Strategické projektové kanceláře MZ. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>

Programové prohlášení vlády. [online]. 2018. Vláda České republiky. [cit. 2018-11-05]. <https://www.vlada.cz/cz/jednani-vlady/programove-prohlaseni-vlady-162319/#Zdravotnictvi>

Projekce obyvatelstva České republiky. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20538390/4025rra.pdf/9142790b-9517-463c-860b-8fc78897f30d?version=1.0>

Příspěvek na péči. [online]. 2018. MPSV. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

Přípis ČAS- program AKORD. [online]. 2018. Česká asociace sester. Sekce domácí péče. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: [https://casdp.cz/\\_files/200000164-7dab28dae/P%C5%99%C3%ADpis%20%C4%8CAS%20-%20program%20AKORD\\_k.pdf](https://casdp.cz/_files/200000164-7dab28dae/P%C5%99%C3%ADpis%20%C4%8CAS%20-%20program%20AKORD_k.pdf)

Souhrnný dokument. Analýza a následná syntéza všech existujících dokumentů k LTC a reflexe připravované nebo realizované změny v souvisejících segmentech. [online]. 2015. MPSV. Podpora procesů v sociálních službách. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <http://www.podporaprocessu.cz/wp-content/uploads/2013/01/SOUHRNN%C3%9D-DOKUMENT-anal%C3%BDza-a-n%C3%A1sledn%C3%A1-synt%C3%A9za-v%C5%A1ech-existuj%C3%ADc%C3%ADch-dokument%C5%AF-k-LTC-a-reflexe-p%C5%99ipravovan%C3%A9-nebo-realizovan%C3%A9-zm%C4%9Bny-v-souvisej%C3%ADc%C3%ADch-segmentech.pdf>

Statistická ročenka Ústeckého kraje 2018. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2019-01-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61165702/33008518.pdf/44dc0af7-406c-4266-bfa7-8b3f169d23f8?version=1.15>

Strategická mapa Ministerstva zdravotnictví. [online]. 2018. MZČR. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/czx/strategie-mapy-ministerstva/strategicka-mapa-mzdr>

Strategie rozvoje Ústeckého kraje do roku 2027. Podrobný analytický profil kraje.[online]. 2016. SPF Group, v.o.s. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1724625](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1724625)

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2014 – 2017. [online]. 2014. Podpora plánování a transformace sociálních služeb v Ústeckém kraji. [cit.

2019-02-22]. Dostupné z: <http://www.krcentrum.cz/files/ST-EDN-DOB--PL-N-ROZVOJE-SOC.SLU-EB--K---2014-7.pdf>

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2016-2018. [online]. 2015. Krajský úřad Ústeckého kraje. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1691227](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1691227)

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2019-2021 . [online]. 2018. Krajský úřad Ústeckého kraje. Odbor sociálních věcí. [cit. 2019-02-22]. Dostupné z: [https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id\\_org=450018&id\\_dokumenty=1730711](https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1730711)

Střednědobý program Rady seniorů České republiky na léta 2017 – 2021. [online]. 2017. Rada seniorů české republiky. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: <http://www.rscr.cz/wp-content/uploads/2017/05/Program-RS-C%CB%87R-na-4.pdf>

ŠTĚPANYOVÁ, G. Poslanecká sněmovna schválila nová pravidla pro poukazové zdravotnické prostředky. [online]. 2018. MZCR. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/poslanecka-snemovna-schvalila-nova-pravidla-pro-poukazove-zdravotnicke-prostredk\\_16071\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/poslanecka-snemovna-schvalila-nova-pravidla-pro-poukazove-zdravotnicke-prostredk_16071_1.html)

Úhradová vyhláška pro rok 2017 přidá do systému veřejného zdravotního pojištění 13 miliard. [online]. 2016. MZČR. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-2017-prida-do-systemu-verejneho-zdravotniho-pojisteni-13-milia\\_12802\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/uhradova-vyhlaska-2017-prida-do-systemu-verejneho-zdravotniho-pojisteni-13-milia_12802_1.html)

Úhrada zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb. [online]. 2015. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/uhrada-zdravotnich-sluzeb-v-pobytovyh-zarizenich-socialnich-sluzeb>

Úmrtnostní tabulky za okresy a naděje dožití ve správních obvodech ORP- 2015-2017. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2019-02-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni-tabulky-za-okresy-a-nadeje-doziti-ve-spravnich-obvodech-orp-2013-2017>

VÍŠEK, P., PRŮŠA, L., Optimalizace sociálních služeb. [online]. 2012. Praha, Národní centrum sociálních studií, o.p.s., Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i.[cit. 2019-03-29]. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_343.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf)

Vybrané ukazatele v Ústeckém kraji a jeho okresech v 1. až 3. čtvrtletí 2018. [online]. 2018. Český statistický úřad. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61165746/33008618q3c1.pdf/d89c9891-f04a-46c6-bf6c-7163fcad1b97?version=1.1>

Výběrová řízení. Poskytovatelé. [online]. 2018. Všeobecná zdravotní pojišťovna České

republiky. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/vyberovazeni>

Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Vyhláška 143/2018 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovým hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-143>

Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Vzdělávací program akreditovaného kvalifikačního kurzu. [online]. 2018. MZČR. [cit. 2018-11-25]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/18118058-Vzdelavaci-program-akreditovaneho-kvalifikacniho-kurzu-osetrovatel.html>

Vzdělávací program geriatric. [online]. 2018. Česká gerontologická společnost. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: <http://cggs.cz/cz/program/>

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení). [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2019-03-30]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2000-128/>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. [online]. 2018. Zákony pro lidi. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky. [online]. 2018. Zákony online. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s147&q147=all>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. 2018. MPSV. [cit. 2018-12-05]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. [online]. 2018. MZČR. [cit. 2019-01-05]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci\\_8690\\_3016\\_5.html](https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html)

Změnový zákon o sociálně zdravotním pomezí je skoro hotov, čeká na schválení ministrů. [online]. 2016. Zdravotnický deník. [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/04/zmenovy-zakon-o-socialne-zdravotnim-pomezí-je-skoro-hotov-ceka-na-schvaleni-ministru/>

Život žen a mužů v Evropě. Statistický obraz. [online]. 2017. Český statistický úřad. Eurostat. [cit. 2018-10-25]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/staticke/cz/app\\_estat/zeny\\_muzi/CZ\\_CS\\_womenmen\\_core\\_v1.0/bloc-1a.html?lang=cs](https://www.czso.cz/staticke/cz/app_estat/zeny_muzi/CZ_CS_womenmen_core_v1.0/bloc-1a.html?lang=cs) Long-term Care. [online]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>

HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. s. 36. ISBN 80-85850-45-1.

JANDOUREK, J. *Úvod do sociologie*. Praha: Portál, 2009. s.88. ISBN 978-80-7367-644-5.

KELLER, J. *Sociologie organizace a byrokracie*. Vyd.2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-74-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. s.254. ISBN 978-80-7367-502-8.

NEKOLA, M., VESELÝ, A. *Analýza a tvorba veřejných politik, přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007 s. 313. ISBN 978-80-86429-75-5.

POTŮČEK, M. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. s. 42 ISBN 978-80-86429-50-2.

POTŮČEK, M. *Veřejná politika*. Praha: C.H. Beck, 2016. s.113. ISBN 978-80-7400-591-6.

PILÁT, M. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 2015. s. 55. ISBN 978-80-262-0932-4.

RAŠOVSKÝ, M., Vliv pracovních podmínek na rozhodování pracovníků kontrolního oddělení státní správy. 2009. Magisterská diplomová práce. Masarykova Univerzita Brno. Fakulta sociálních studií

## **Teze Diplomové práce**

**Jméno studenta/studentky:** Bc. Martina Slavíková, DiS

**Název v jazyce práce:** Integrace zdravotních a sociálních služeb

**Název v anglickém jazyce:** Integration of health and social services

**Klíčová slova:** integrace, zdravotní služby, sociální služby, komunitní sestra, linioví pracovník, komunitní plánování

**Klíčová slova anglicky:** integration, health services, social services, community nurse, street-level bureaucracies, community planning

**Akademický rok vypsání:** 2017/2018

**Jazyk práce:** Český

**Typ práce:** diplomová práce

**Ústav:** Katedra veřejné a sociální politiky

**Vedoucí / školitel:** Ing., Mgr. Olga Angelovská

**Obor práce:** Veřejná a sociální politika

### **Teze diplomové práce (výzkumný projekt):**

**A. vymezení výzkumného problému,** návaznost na jiné práce – současnou úroveň domácích a zahraničních poznatků (jejich podrobnější zdůvodnění a přehled lze uvést v části D. teoretická východiska), formulace a zdůvodnění výběru výzkumného problému. Na konci tohoto odstavce se pokuste formulovat výzkumný problém jednou větou.

Ve své práci se budu zabývat integrací zdravotních a sociálních služeb a problematikou s ní spojenou. V současnosti pracuji jako zdravotní sestra na neurologickém oddělení, na kterém jsou převážně hospitalizováni pacienti po mozkové příhodě. Právě pro takto postižené klienty je integrace zdravotních a sociálních služeb velmi vhodná. Za další impulz pro integraci služeb také považuji demografické stárnutí populace, které sebou do budoucna přináší problémy s dostupností a finanční náročností poskytovaných služeb. Demografické změny, finanční a kvalifikační náročnost poskytování zdravotních a sociálních služeb si žádá dynamický přístup při plánování komunitní péče. Jako možného prostředníka pro integraci zdravotních a sociálních služeb představím postavu komunitní sestry, která jakožto liniový pracovník se svou kvalifikací a kompetencemi může hrát podstatnou roli v rámci inovace komunitního plánu v obci s rozšířenou působností. Při poskytování zdravotních a sociálních

služeb je nutné splňovat podmínky stanovené zákony. Jelikož každá ze služeb spadá pod jiný Ministerský resort, cíle a potřeby obou zainteresovaných stran se mohou v různých případech rozcházet. Vzájemná spolupráce umožní vytvářet taková meziresortní opatření, která povedou k efektivní integraci služeb. V současnosti si každá ze služeb udržuje svou autonomii, která je podporována financováním z resortu, pod který spadá. Alokace finančních prostředků na integrované služby se jeví jako nezbytná součást diskuze o integraci zdravotních a sociálních služeb. Za vhodné prostředí pro realizaci integrace služeb považují jednotlivé obce, které tak mohou vytvářet komunitní plány odpovídající potřebám svých obyvatel.

### **B. Cíle diplomové práce (jejich přímá souvislost s formulovaným výzkumným problémem)**

Představit roli komunitní sestry a její možné uplatnění v rámci integrace zdravotních a sociálních služeb v obci s rozšířenou působností. Ráda bych poskytla nový pohled na roli komunitní sestry, jako na významného člena při tvorbě a realizaci komunitního plánu v Lounech. Ve své práci chci vyzdvihnout její kompetence, dovednosti a zkušenosti, na jejichž základě je schopná identifikovat zdravotní a sociální potřeby jedince, vyhodnotit je a následně vytvořit plán péče, který by byl realizován v rámci integrovaných zdravotně sociálních služeb.

### **C. Výzkumné otázky**

Jaká je současná situace v integraci zdravotních a sociálních služeb v ČR? Jaké jsou překážky na straně MZ a MPSV, které brání integraci zdravotních a sociálních služeb?

Jaké je dosavadní uplatnění komunitní sestry v praxi? Jaký je význam komunitní sestry a ostatních liniových pracovníků ve zdravotních a sociálních službách pro úspěšnou integraci obou služeb?

Jaký má význam komunitní plánování sociálních služeb pro integraci zdravotních a sociálních služeb v obci s rozšířenou působností?



#### **D. Teoretická východiska**

Součástí této části může být také konceptuální rámec, analytické modely reprezentující hlavní komponenty výzkumného problému a jeho sociálního, ekonomického a politického kontextu

A jelikož se jedná o poskytování služeb, které jsou realizovány prostřednictvím liniových pracovníků, budu ve své práci vycházet z Lipskyho Street-Level Bureaucracy. Lipsky se ve své práci Street Level Bureaucracy zabývá řadovými zaměstnanci a jejich rolí ve státních organizacích. Považují se za ně ti pracovníci veřejných služeb, kteří při výkonu své práce jednají přímo s občany a mají možnost svobodného rozhodování, na jehož základě řeší konkrétní problémy. Lipsky ve své práci rozděluje jednotlivé liniové pracovníky do skupin podle jejich jednání s klienty. První skupina je specifická byrokratickým neosobním chováním, které se vyznačuje dodržováním předem stanovených zákonných a organizačních pravidel a norem. Druhá se vyznačuje profesionálním, na životní situaci orientovaným individuálním chováním. Avšak dodržování norem dané profese, může být v protikladu platných pravidel organizace či zákona. V odborných publikacích je dále popisován třetí typ jednání, který je kombinací profesionálního a byrokratického stylu jednání s klienty tzv. byroprofesionalismus. Lipsky ve své práci uvádí, že chování liniových pracovníků je ovlivněno jejich pracovními podmínkami. Nedostatečné zdroje, náročné a nejednoznačné pracovní podmínky ovlivňují jejich jednání. Na základě nejasných nebo protichůdných požadavků vyšších instancí jsou tak vystaveni dilematům, které se jednotliví pracovníci snaží vyřešit uplatněním vlastních strategií při kontaktu s klientem. Což dokládá že, ne vždy jsou cíle jednotlivých zaměstnanců a státu ve shodě. Neustále narůstající požadavky ze strany státu, ale také ze strany klientů, jsou pro liniové pracovníky vyčerpávající. Velmi často se tak pracovníci ocitnou mezi mlýnskými kameny a jejich svoboda v rozhodování se odvíjí od osobního vnímání konkrétních případů. Ve zdravotních a sociálních službách jde především o uspokojování potřeb uživatelů. Jak již bylo zmíněno, tyto potřeby se liší, proto se pro plánování a následnou realizaci péče používají individuální plány. Autonomie v rozhodování, plánování a následné realizaci péče je jednou z nejvýznamnějších kompetencí pracovníků ve zdravotních a sociálních službách. Svoboda v rozhodování sebou nese i váhu odpovědnosti za každý případ, který dotyčný pracovník řeší. Udržení kvality a efektivity poskytovaných služeb může narážet na limity dané státem, za podstatný limit považují nedostatečné finanční zázemí těchto služeb a nedostatečné množství zaměstnanců. Přetíženost stávajících zaměstnanců je pak jasným důsledkem. Problematické také může být

hodnocení dosažených výsledků poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Péče o pacienty či klienty sociálních služeb se nedá zcela kvantifikovat.

## **E. Výzkumný plán**

Výběr a zdůvodnění metod, zdroje dat

Problematika integrace zdravotních a sociálních služeb se dotýká dvou resortů a to resortu Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Pro mou práci bude nezbytné vycházet z legislativy vypracované pro oba zmiňované resorty. Za resort Ministerstva zdravotnictví nesmím opomenout Sbírku zákonů č. 55 Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a Zákon č. 96/2004 Sb., který pojednává o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Za resort MPSV se jedná hlavně o Zákon o sociálních službách 108/2006. Dalším významným zdrojem informací je Zákon o obcích č. 128/2000 Sb., Zákon o krajích 129/2000 Sb., dále Zákon o podpoře regionálního rozvoje č. 248/2000 Sb.

Zdrojem informací pro mou práci budou také metodiky pro plánování sociálních služeb zpracované MPSV. Za zdravotní resort budu čerpat ze zdrojů o komunitním ošetřovatelství a péči.

Podstatným zdrojem informací pro mou práci budou polostandardizované rozhovory s liniiovými pracovníky zdravotních a sociálních služeb v obci s rozšířenou působností. Hodlám oslovit dvě zdravotní sestry z domácí péče, dvě pečovatelky z Pečovatelské služby, dále zdravotně-sociálního pracovníka ze Sociálních lůžek v Nemocnici Louny, sociálního pracovníka v Domově pro seniory, dva členy pracovní skupiny spolupodílející se na vytváření komunitního plánu sociálních služeb v Lounech. Dále bych chtěla oslovit dva klienty zdravotních a sociálních služeb, u kterých jsou obě služby poskytovány souběžně.

Výstupem mé práce bude návrh uplatnění komunitní sestry při integraci zdravotních a sociálních služeb a její uplatnění při tvorbě a následné realizaci komunitního plánu v obci s rozšířenou působností.

## **F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat**

HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Učebnice pro obor sociální práce. ISBN 80-85850-45-1.

HENDRYCH, Dušan. *Správní věda: teorie veřejné správy*. 4., aktualiz. vyd. Praha:

Wolters Kluwer, 2014. ISBN 978-80-7478-561-0.

HORÁK, Pavel., HORÁKOVÁ Markéta. *Role liniových pracovníků ve veřejné politice*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2009, Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2009, Vol. 45, No. 2. [online]. [cit. 2016-12-18]. Dostupné z: [http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6857/ssoar-2009-2-horak\\_et\\_al-role\\_liniovych\\_pracovniku\\_ve\\_verejne.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/6857/ssoar-2009-2-horak_et_al-role_liniovych_pracovniku_ve_verejne.pdf?sequence=1)

JANDOUREK, Jan. *Úvod do sociologie*, Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-644-5.

Komunitní plánování (2012): O komunitním plánování [online]. [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: [http://www.komunitniplanovani.com/kp-o-komunitni-planovani\\_2/](http://www.komunitniplanovani.com/kp-o-komunitni-planovani_2/)

KRÁTKÁ, Anna., *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2008, 161 s. ISBN 978-80-7318-726-2. [online]. [cit. 2016-12-12]. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/18677/kratka\\_osetrovatelstvi.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/18677/kratka_osetrovatelstvi.pdf?sequence=1)

LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation, c1980. ISBN 0-87154-524-1.

Listina základních práv a svobod. [online]. [cit. 2016-11-30]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MPSV (2006): Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. [online]. [cit. 2016-11-15]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

MPSV, *Příspěvek na péči* [online]. [cit. 2016-11-25]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

PILÁT, Miroslav. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0932-4.

VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: TRITON, 2007. ISBN 978-8-7254-997-9.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit. 2016-12-5]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o

zdravotních službách). [online]. [cit. 2016-11-25]. Dostupné z:  
<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>

### **G. Předběžná náplň práce v anglickém jazyce**

In my work I will deal with the integration of health and social services. I will describe the current state of integration of health and social services and the issue of inter-ministerial measures necessary for the successful integration of these services. As a possible mediator for the integration of health and social services, I will introduce the character of a community nurse who, as a line worker with her qualifications and competencies, can play a significant role in the innovation of a community plan in a municipality with extended competence. In my work, I want to highlight her competencies, skills and experience, on the basis of which she is able to identify the health and social needs of an individual, to evaluate it and subsequently to create a care plan that would be implemented within integrated health and social services. Also essential are other line workers who provide health or social services and from whom can also be obtained information useful for the effective integration of these services. The successful integration of health and social services, in my opinion, can be achieved through community planning of social services, so I want to pay enough attention to these in my work. For the collection of information I will use standardized interviews with line workers employed in health and social services in a municipality with extended competence. The output of my work will be the proposal of the community nurse to integrate health and social services and its application in the creation and subsequent implementation of the community plan in a municipality with extended competence.

### **H. Podpisy studenta a vedoucího práce**