

odborný časopis 

cena: 69 Kč / 3 €

sociální služby

Měli bychom
povolit tvorbu zisku
při poskytování
sociálních služeb?

Tábor hostil
účastníky konference
Zdravotní péče
v sociálních službách
v roce 2023

Terapie

Muzikoterapie a sociální služby

HARTMANN



Správná volba, která vám usnadní práci



Jednorázové produkty Vala® ušetří náklady i čas spojené s péčí o klienty

Co nabízejí produktové řady Vala®

Clean měkké žínky k hygieně klientů

Fit ochranné bryndáky

Comfort víceúčelové utěrky



Pro další informace volejte na bezplatnou linku **800 100 150**, navštivte www.hartmann.cz nebo kontaktujte svého obchodního zástupce HARTMANN-RICO.



odborný časopis

sociální služby

Obdobný časopis Sociální služby
Měsíčník vydávaný Asociací poskytovatelů
sociálních služeb ČR

Adresa: Vančurova 2904, 390 01 Tábor
Tel./fax: +420 381 213 332
www.socialnisluzby.eu, www.apsscr.cz
www.facebook.com/Socialnisluzby
IČO 604 458 31

Ročník: 25

Číslo: 3/2023 BŘEZEN

Cena: 69 Kč / 3 €

Roční předplatné: 690 Kč / 30 €

Objednávky: www.send.cz („Časopisy odborné“).

Členové APSS ČR objednávají časopis písemně,
e-mailem nebo telefonicky na adrese vydavatele
nebo redakce, případně na www.socialnisluzby.eu.

Vychází: V Táboře 10x ročně, 20. den v měsíci,
resp. nejbližší následující pracovní den

Redakce:

Šéfredaktorka: Ing. Petra Cibulková

sefiredaktor@apsscr.cz

+420 607 056 221

Zástupkyně šéfredaktorky: Mgr. Ivana Vlnová

redakce@apsscr.cz

+420 734 155 996

Jazyková korektura:

české texty: Mgr. Tamara Kajznerová a redakce

APSS SR: Mgr. Juliana Hanzová

ZPSS v SR: Mgr. Mária Grigová

Redakční rada:

Mgr. Petr Brázda

Ing. Petra Cibulková

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA

Ing. Renata Kainráthová

Ing. Daniela Lusková, MPA, MHA

Mgr. Alena Sakařová

Mgr. Andrea Tajanovská, DiS.

Mgr. Jan Vrbický

Grafické zpracování a tisk:

RUDI, a. s., Komenského 1839, 390 02 Tábor

Distribuce:

SEND Předplatné, s. r. o., Ve Žlíbku 1800/77,

hala A3, 193 00 Praha 9 – Horní Počernice,

www.send.cz, tel.: 225 985 225, GSM: 777 333 370,

fax: 225 341 425, e-mail: send@send.cz,

SMS: 605 202 115

Objednávky a distribuce na Slovensku:

MAGNET PRESS, SLOVAKIA, s. r. o.

P. O. Box 169, 830 00 Bratislava, Slovensko

Tel.: 00421/2/67201931-33 předplatne

e-mail: predplatne@press.sk, www.press.sk

Fotografie a ilustrace:

Není-li uvedeno jinak:

Pixabay a archivny autorů příspěvků

Foto na titulní straně:

iStock

Elektronická verze časopisu:

www.alza.cz

Příspěvky a inzerce:

Příspěvky mohou být redakčně upravovány a kráceny.

Inzerci, PR články a příspěvky do rubrik Stríčky

z domova a Pro inspiraci přijímá zástupkyně šéfredaktorky.

Za obsah inzerce a PR článků odpovídá zadavatel.

Přetiskování krátkých úryvků článků je možné pouze

s uvedením názvu, jména autora článku, ročníku,

čísla a strany. Přetiskování celých článků či jejich částí

přesahujících jeden odstavec je možné pouze se svolením

redakce. Uzávěrka je vždy 15. dne předchozího měsíce.

Další pokyny naleznete na www.socialnisluzby.eu.

Registrace:

Povoleno rozhodnutím MK ČR E 11018

ISSN 1803-7348

**Z obsahu čísla:**

- **Aktuality APSS ČR** 5
- **Institut vzdělávání APSS ČR:
Nabídka otevřených kurzů** 6
- **Muzikoterapie: Muzikoterapie a sociální služby** 10
- **Statistika: Měli bychom povolit tvorbu zisku
při poskytování sociálních služeb?** 12
- **Reportáž: Tábor hostil účastníky konference
Zdravotní péče v sociálních službách v roce 2023** 18
- **Právo: Příspěvková organizace
jako pachatel trestného činu** 22
- **Psychologie: Prevence duševních poruch
a jejich rehabilitace, 2. díl** 23
- **Sexualita: Systémové zavádění práce se sexualitou
v sociálních, školských a zdravotních zařízeních** 26
- **Praktické zkušenosti s elektrickou požární
signalizací v zařízení sociálních služeb** 29
- **Bazální stimulace: Proprioreceptivní stimulace
a Nástavbové prvky Bazální stimulace** 30
- **Studie: Tabu a předsudky v dlouhodobé péči, I. díl** 33
- **Veřejný ochránce práv:
Podpora přichozích z Ukrajiny se zdravotním
postížením a o ně pečujících osob** 34
- **Stríčky z domova** 39



SPECIÁLNÍ mobilní aplikace

SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Vážení členové Asociace,
milí kolegové,

abychom Vám i nadále
poskytovali rychlý, resp. ještě
rychlejší informační servis,
vyvinuli jsme pro Vás speciální
mobilní aplikaci SOCIÁLNÍ
SLUŽBY.

Aplikaci si můžete stáhnout dvojím způsobem:

1. v App Store (iPhone) nebo v Obchod
Google Play (Android).
Do vyhledávače zadejte „Sociální služby“;
2. prostřednictvím níže uvedeného QR kódu.

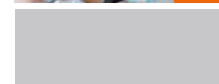
V případě technických problémů
a dalších dotazů
se obračejte na tajemnici APSS ČR
Ing. Gabrielu Chvalovou
na e-mailu: tajemnice@apsscr.cz.



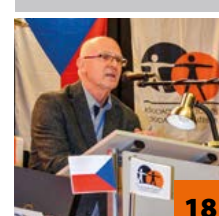




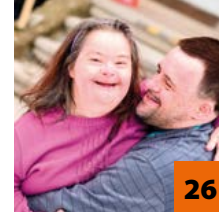
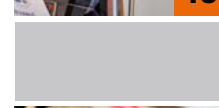
6



10



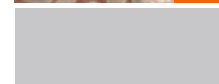
18



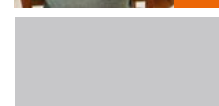
26



30



39





**CITÁTY
SLAVNÝCH**

**„Tvrdí se,
že plavání
podporuje držení
těla a ladné
pohyby, ale všimli
jste si někdy, jak
chodí kachna?“**

Woody Allen

(1935) – americký scenárista,
režisér, herec, komik, spisovatel,
dramatik a hudebník



ÚVODNÍK VICEPREZIDENTKY



V březnu 2020 vzniklo na Messengeru diskuzní fórum pro členy terénní sekce. V té době sloužilo hlavně k výměně informací v době covidu, a protože se tato forma komunikace osvědčila, pokračujeme v ní doposud. Je zajímavé pozorovat, jak vznikají virtuální přátelství, kdysi cizí lidé si najednou tykají... Také je zajímavé, nikoli už však tak radostné zjišťovat z diskuzí, jaká anarchie panuje v oblasti sociálních služeb.

Nedávno proběhla celkem vášnivá diskuze na téma: Lze mít ve smlouvě ujednání, že pokud klient do určité doby neodhlásí poskytování služby, budeme po něm chtít kompenzaci za ušlý příjem? Kromě vlastních názorů na danou problematiku začali jednotliví účastníci diskuze sdělovat svoje zkušenosti: jeden kraj tuto možnost akceptuje, další přísně zakazuje, jedna inspekce za takové ujednání hrozí postihem, další jej přejde mlčením... Tohle ale přece není možné! Pravidla musí být jednotná! Uprímně lituji poskytovatele, kteří mají působnost v několika krajích, protože si této byrokratické anarchie musí užít vrchovatě. Na starších webových stránkách MPSV v sekci Sociální služby bývala rubrika Nejčastější otázky a odpovědi. Zde byly zveřejněny otázky, které poskytovatelé na odbor 22 posílali. A protože odpovědi zajímaly i další poskytovatele, byly takto zveřejněny. Nejvíce byla zastoupena pečovatelská služba, získali jsme dokonce samostatnou rubriku, kde bylo možno zjistit například, jak je to s poskytováním služby bez úhrady, jaké jsou k tomu třeba doklady a kde je lze získat a spousta dalších užitečných rad. Naše rubrika tam byla až do února 2015, kdy jsme iniciovali jednání na ministerstvu a v rámci kulatého stolu předložili další porci dotazů a žádali na ně odpovědi. Naše iniciativa byla jaksi kontraproduktivní, neboť výsledek byl jediný – z webu zmizely i ty dosavadní dotazy, a přestože jsme několikrát žádali, aby se tato rubrika vrátila, nebyli jsme úspěšní. Asi není zájem, aby poskytovatelé a další subjekty měli jasno. Mám takový pocit, že to je vůbec strategie MPSV – zkoušeli jste na jeho webových stránkách dohledat nějaký dokument? Třeba metodický postup? Obdobný adrenalin je pátrat v Registru poskytovatelů sociálních služeb. To je fakt mazec. A to si já, naiva, myslím, že by právě ten nejvyšší nadřazený orgán měl být nejen metodickým guruem, ale hlavně by nám měl jít příkladem, zejména ve věcech, které po nás poskytovatelích sám vyžaduje – jako je například transparentnost webových stránek.

Ing. Renata Kainrátová,
viceprezidentka APSS ČR pro terénní služby

EDITORIAL



Milí čtenáři,

věděli jste, že díky římskému králi Numovi Pompiliovi je měsíc březen až třetím měsícem v roce? Původně byl totiž v římském kalendáři měsícem prvním, a to kvůli tomu, že zima byla obdobím bez měsíců. Ať se však na tento jarní měsíc podíváme astronomicky, nebo meteorologicky, nepopíratelným faktem je, že je to období, kdy se vše kolem nás probouzí, den se prodlužuje a po zimě je vše vidět tak nějak v jasnějších barvách. Za normálních okolností bych „juchala“ jako většina z vás (i když happy jak dva grepy jsem ve své podstatě každý den ☺), dnes bych se s vámi ovšem ráda podělila o osobní zkušenost mně velmi blízkého člověka, který již delší dobu využívá sociálních služeb, ale bylo bohužel zapotřebí i těch zdravotnických. Přestože si uvědomuji, že ne každý den musí být jako malovaný, neměli bychom zapomínat, že práce s lidmi často vyžaduje jistou dávku sebezapření, obzvlášť pokud je pacientem senior s lehkou formou demence, s omezeným pohybem, ne příliš komunikativní, takříkajíc svůj. Takového člověka, který je odkázaný na pomoc druhé osoby, mnohdy potěší i jen pouhé pohlázení či úsměv. V domově pro seniory, kde pobývá, pečovatelky nerozhodilo (alespoň to nijak nedávaly najevo), když si je během dne několikrát volal, že potřebuje jiné povlečení, jinak napolohovat, pomoc s obědem, tohle a tomto bylo špatně apod. Pečovatelky ochotně přišly a snažily se vyhovět i malichernostem, protože tyto malichernosti jsou právě velmi často jen voláním o pozornost, která klientům schází. Přestože práce v sociálních službách, obzvlášť v domovech pro seniory, není vůbec jednoduchá, je důležité zachovat si zdravý rozum a k těmto malichernostem přistupovat s jistou dávkou tolerance. Člověk totiž nikdy neví, kdy bude sociální služby ve svém životě potřebovat, a pracovníci v sociálních službách nejsou výjimkou.

Ing. Petra Cibulková,
šéfredaktorka

Kampaň Silné příběhy

děkuje všem lidem v pomáhajících profesích



Ilona SVOBODOVÁ

herečka, pedagožka
patronka Národní ceny sociálních služeb – Pečovatelka roku



V září 2022 odstartovala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR kampaň Silné příběhy, jejímž cílem je poděkovat a podpořit lidi pracující v pomáhajících profesích. Ti se v uplynulých měsících museli vypořádávat nejen s pandemií covidu-19. V regionálních kinech či na Facebooku jste se tak mohli setkávat s Jiřím Horeckým, prezidentem APSS ČR, a Ilonou Svobodovou, herečkou a patronkou Národní ceny sociálních služeb – Pečovatel/ka roku.

Lidé v pomáhajících profesích se neúnavně věnují těm nejohroženějším skupinám, seniorům, mladým lidem, ženám, mužům, ale i dětem. Jsou svědky lidských osudů s dobrými i smutnými konci, tím píší i své vlastní příběhy. **Děkujeme za vaši práci, vážíme si jí a vážíme si i vašich příběhů.**

Příběhy pečovatelů a pečovatelek si můžete přečíst na webu www.silnepribehy.cz, kam pravidelně přidáváme nové příspěvky. Na YouTube kanále můžete zhlédnout videospot <https://youtu.be/2zYAutr5HzA>.

Stalo se...

- Více než 70% úspěšnosti při zaměstnávání lidí s postižením by mohlo být dosaženo díky pracovním-rehabilitačním střediskům. Ukazují to výsledky projektu, který se zaměřil na pilotní ověření fungování pracovním-rehabilitačních středisek. Na konferenci v Kanceláři ombudsmana to potvrdili zástupci Asociace pracovní rehabilitace, organizace AGAPO a další odborníci v rámci panelové diskuze. Projekt v uplynulých třech letech ověřil možnosti vzniku a fungování středisek.
- Generální ředitel Úřadu práce ČR Viktor Najmon byl v úterý 14. února odvolán, v čele úřadu skončil s okamžitou platností. Důvodem je dlouhodobá nespokojenost s nejvyšším managementem ÚP. Úřad dočasně povede Karel Trpkoš, vrchní ředitel Sekce informačních technologií MPSV, a to do doby, než bude pozice obsazena na základě výběrového řízení.
- Růst důchodů o 400 Kč stejnou částkou všem a další růst nad tuto částku ve výši 2,3%. To jsou dva stěžejní parametry upravených pravidel pro červnovou mimořádnou valorizaci důchodů, které

v pondělí 20. února přijala per rollam vláda. Průměrný důchod by tak měl vzrůst o 760 Kč. Úpravu schválily obě komory Parlamentu ČR, čeká se na její schválení nově zvoleným prezidentem.

- MPSV může díky projektu „Standardizace procesů zabezpečení náhradní rodinné péče o děti“ aktivně podporovat zapojené kraje a mapovat jejich potřeby. Projekt vznikl k připravované kampani na podporu náhradní rodinné péče. Proces zprostředkování péčovské péče je složitý a komplikovaný, i to jsou důvody, proč v něm mnoho rodin nevytrvá.
- Poslanecká sněmovna schválila v pátek 24. února novelu zákona Lex Ukrajina, který upravuje podporu uprchlíků z Ukrajiny. Přinese lepší zacílení pomoci i zjednodušení administrativy. Humanitární dávka se nově naváže na životní minimum, bude možné o ni žádat pouze on-line a dostanou ji jen ti, co ji opravdu potřebují. Novelu musí ještě schválit Senát a podepsat prezident. Solidární příspěvek zůstane do letošního června nezměněn.

APSS ČR vás zve
na dvoudenní semináře:

Dvoudenní seminář pro ambulantní služby

11.–12. dubna, Hotel Luna,
Ledeč nad Sázavou

Dvoudenní seminář pro management organizací poskytujících sociální služby

27.–28. dubna,
Resort Darovanský dvůr, Bráso

Dvoudenní seminář pro zdravotnický management

11.–12. května, Hotel Sladovna,
Černá Hora

Plán odborných konferencí
APSS ČR 2023:

Změny v zákoníku práce a odměňování v roce 2023

11. dubna, KC Vavruška, Praha

Adiktologie 2023

18. dubna, KC Vavruška, Praha



Výživa a stravování v sociálních službách

25. dubna, KC Vavruška, Praha



Aktuální informace naleznete na
www.apsscr.cz, menu „Konference“
a na www.facebook.com/Socialnisluzby.

Nabídka Institutu vzdělávání APSS ČR



Nabídka kurzů na duben a květen 2023

Prohlédněte si aktuální nabídku kurzů
na období duben a květen.

Sledujte naše webové stránky
www.institutvzdelavani.cz.

Tam vždy najdete aktuální nabídku kurzů na celé pololetí.

Kontakt: Mgr. Magda Dohnalová, tel.: 724 940 126, e-mail institut@apsscr.cz.

PŘIJÍMÁME
OBJEDNÁVKY
NA KURZY
NA KLÍČ NA ROK
2023

KURZY PRO MANAŽERY - Praha

- 14. 4. 2023 Blackout - Jak se připravit na rozsáhlý výpadek dodávek elektrické energie
- 1. 6. 2023 Žena jako manažerka v sociálních službách

PRAHA, UZS, Na Pankráci 26, Praha 4 - Nusle

- 11. 4. 2023 Virtuální realita péče
- 12. 4. 2023 Konflikt a jeho řešení
- 13. 4. 2023 Praktický průvodce IP zejména v pečovatelských službách
- 14. 4. 2023 Blackout - Jak se připravit na rozsáhlý výpadek dodávek elektrické energie
- 25. 4. 2023 Emoce v obrazech
- 17. 5. 2023 Komunikace v obrazech se zaměřením na osoby s demencí
- 19. 5. 2023 Manipulativní jednání a jak se mu bránit
- 22. 5. 2023 Zahradka jako nástroj k aktivizaci uživatelů sociálních služeb
- 23. 5. 2023 Co nejdéle doma aneb Jak podpořit domácí péči
- 24. 5. 2023 Virtuální realita - demence
- 25. 5. 2023 Jejda, už Vám zase zaskočilo, paní Tichá! aneb Výživa u klientů s demencí
- 29. 5. 2023 Jak předcházet agresi, jak na ni reagovat, jak s ní pracovat následně

Tábor, Centrum Univerzita Tábor, Vančurova 2904, 390 01 Tábor

- 4. 4. 2023 Demence v obrazech
- 11. 4. 2023 Konflikt a jeho řešení
- 17. 4. 2023 Co nejdéle doma aneb Jak podpořit domácí péči
- 27. 4. 2023 Aby záda nebolela! aneb Pohybové zásady pro pracovníky sociálních služeb
- 3. 5. 2023 Základy práce s klientem s agresivním chováním
- 18. 5. 2023 Život s postižením v obrazech
- 22. 5. 2023 Zdrav. minimum pro pracovníky terénních a ambul. služeb - znalost, zkušenost, intuice
- 23. 5. 2023 Virtuální realita - demence
- 30. 5. 2023 Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta

BRNO, TC Academy, Křenová 71, 602 00 Brno

26. 4. 2023 Opatrovnictví a svéprávnost v sociálních službách
11. 5. 2023 Náměty na tvorbu individuálních plánů uživatelů sociálních služeb

Preferujete pohodlí a bezpečí své kanceláře nebo domova? Přihlaste se na on-line kurzy.

Datum	Téma
3. 4. 2023	Situační trauma a mimořádné události - v doprovázející roli pomáhajících profesí
4. 4. 2023	Přestaňte na mě křičet...! aneb Laskavý a pozitivní přístup ke klientovi
5. 4. 2023	Etika v obrazech ve službách sociální péče
13. 4. 2023	Úvod do vzpomínkových aktivit
13. 4. 2023	Emoce v obrazech
17. 4. 2023	Zahrada jako nástroj k aktivizaci uživatelů sociálních služeb
17. 4. 2023	Vyjednávání podmínek smlouvy a dojednání cíle spolupráce
19. 4. 2023	Procedurální standardy kvality v sociálních službách
21. 4. 2023	Revize vnitřních pravidel a postupů realizace sociální služby
25. 4. 2023	Nácvik komunikace s klienty vyžadujícími specifický přístup
26. 4. 2023	Nebojme se spirituality! Úvod do tématu naplňování spirit. potřeb klienta
27. 4. 2023	Konflikt a jeho řešení
28. 4. 2023	Manipulativní jednání a jak se mu bránit
2. 5. 2023	Sexualita lidí s poruchou autistického spektra
2. 5. 2023	Paliativní přístup a péče u lidí s demencí
3. 5. 2023	Komunikace v péči o umírající
4. 5. 2023	Náměty na tvorbu individuálních plánů uživatelů sociálních služeb
9. 5. 2023	Demence v obrazech
11. 5. 2023	Opatrovnictví a svéprávnost v sociálních službách
15. 5. 2023	Vývojové trauma - paměť těla a přítomnost
16. 5. 2023	Sexualita v seniorském věku
18. 5. 2023	Základy práce s riziky při poskytování sociálních služeb
24. 5. 2023	Odřel jsem si koleno, no a co? aneb Práce s riziky u cílové skupiny osob nad 65 let
25. 5. 2023	Hodnocení kvality sociální služby a zavádění změn
26. 5. 2023	Verbálně nekomunikující - úvod k metodám AAK
29. 5. 2023	Základy práce s klientem s agresivním chováním

ON-LINE KVALIFIKAČNÍ KURZ PRO PRACOVNÍKY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Přihlaste své nové zaměstnance na kurz v roce 2023!

Teoretická výuka probíhá on-line ve 13 školicích dnech. Praxe je splněna v rámci výkonu práce na pozici pracovníka v sociálních službách.

- Kvalifikační kurz: 2. 6. do 11. 9. 2023
- Ke školení bude třeba počítač (stolní nebo notebook), který má:
- funkční mikrofon
- funkční sluchátka nebo reproduktory
- funkční webkameru
- kvalitní internetové připojení

Přihláška: www.institutvzdelavani.cz / Otevřené kurzy / Kvalifikační kurz.

SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK MANAŽEREM Začínáme v červnu 2023!

Celkový rozsah akreditovaného kurzu je 112 hodin. Z toho 64 hodin je realizováno distanční (on-line) a 24 hodin prezenční formou (místo konání Tábor).

Záměrem kurzu je upevnit roli sociálních pracovníků ve vybraných tématech sociální práce v sociálních službách a posílit jejich profesní kompetence a praktické dovednosti.

Výběr témat:

Manažerské dovednosti, interní předpisy, ochrana práv, inspekce kvality, přiměřené riziko, hodnocení kvality a další.

Přihláška: www.institutvzdelavani.cz, záložka Otevřené kurzy - Kombinované studium pro SP.

Polohování, optimální hygiena i správně zvolená kosmetika

– základ péče o ležící klienty

Klienti trvale upoutaní na lůžko jsou vystaveni riziku vzniku dekubitů neboli proleženin, které mohou vážně poškodit jejich zdraví a přispět k celkovému zhoršení zdravotního stavu. Proto je u imobilních klientů klíčové dodržovat několik základních kroků, s jejichž pomocí je možné vzniku dekubitů předcházet. I zde totiž jednoznačně platí, že prevence je efektivnější a pro klienta šetrnější než následné řešení již vzniklého problému.

CO JSOU TO PROLEŽENINY A JAK VZNIKAJÍ?

Dekubity jsou v zásadě kožní defekty, které se na pokožce objevují v důsledku tření a přímého tlaku podložky na disponované části těla klienta. Nejčastěji se tak proleženiny objevují v oblasti zad, hýždí, ale dokonce i lýtek nebo na zadní straně paty.

Proces hojení proleženin je často komplikován tím, že mohou v poškozené tkáni vznikat nekrózy a také zvýšené působení bakterií, které se může rozvinout až v infekci. Mortalita klientů s dekubitálním vředem je čtyřikrát vyšší než u stejné skupiny klientů bez vředu. Proto je naprosto klíčová důsledná prevence vzniku proleženin, což zahrnuje především několik následujících kroků. Správné polohování klienta, prováděné v dostatečně častých intervalech, dále svědomitá péče o pokožku klienta – což se netýká jen samotného mytí, ale také výběru vhodných kosmetických přípravků.

JAK NA SPRÁVNÉ POLOHOVÁNÍ KLIENTA?

V obecné rovině termín „polohování klienta“ znamená, že umísťujeme tělo do určité polohy tak, aby tato poloha neohrožovala zdraví klienta a klient sám se cítil pohodlně.

Čím méně je klient mobilní, a také čím je méně schopen se o sebe sám postarat (například sám změnit polohu těla), tím je potřebnější, aby se o správnou pozici těla postaral odborný personál. Na samotné technice polohování i na jeho frekvenci výrazně záleží, zda se podaří u klienta vzniku proleženin předejít, či nikoli.

Častými změnami polohy těla klienta totiž omezíme jeden z negativních faktorů, a tím je délka doby, po kterou je na určité místo pokožky vyvíjen nadměrný tlak.

JAKÉ DALŠÍ FAKTORY HRAJÍ ROLI?

V prevenci vzniku proleženin hrají roli i další faktory. Jedná se například o výběr vhodných inkontinenčních pomůcek, které zabrání, aby



byla pokožka vystavena působení moči a stolice a aby na ni působila nadměrná vlhkost. Druhým důležitým prvkem je zajistit klientovi vhodný pohyb (samozřejmě s ohledem na jeho aktuální zdravotní stav) a také rehabilitaci. Je dobré, aby se klient aktivně pohyboval, pokud to jeho situace alespoň trochu umožňuje. Při prevenci není samozřejmě dobré podceňovat ani působení okolních vlivů, jako je třeba teplota v místnosti nebo vlhkost vzduchu. Všechny tyto faktory mohou mít rozhodující vliv na to, zda se u klienta podaří předejít výskytu dekubitů, či nikoli.

SPRÁVNÁ HYGIENA A PÉČE O POKOŽKU KLIENTA

Obecně lze říct, že čím je naše pokožka starší, tím větší má tendenci ke tvorbě suchých partií, slábne a zjemňuje se. Proto je třeba k péči o ni zvolit vhodné kosmetické produkty, které budou obsahovat hydratační a vyživující látky a budou mít neutrální pH (5,5). To samozřejmě platí dvojnásob v případě imobilních klientů, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko. Jejich pokožka

je totiž oslabena ještě tlakem, který je na ni vyvíjen, a svou roli samozřejmě sehrává i možné působení látek, které vznikají při rozkladu moči a stolice.

Optimální kosmetická péče o ležící klienty nesmí být vůči pokožce agresivní. Proto by měla být ideálně bez jakékoli parfemace a měla by obsahovat vyživující složky, například kreatin, který pokožce zajistí potřebnou hloubkovou hydrataci.

K tomu postačí jen dodržovat následující doporučení:

- pravidelně vyměňujte absorpční pomůcky (nejpozději po 8 hodinách),
- použijte vlhčené ubrusy nebo čistící pěnu při každé výměně absorpční pomůcky, které umožňují čištění i bez nutnosti použití vody,
- nepoužívejte obyčejné parfémované kosmetické produkty, které dráždí citlivou kůži klienta,
- samozřejmostí je pravidelné koupání či sprchování, ideálně jednou denně,
- po vyčištění pokožky používejte speciální krém, aby se v pokožce udržela vlhkost a podpořil se ochranný kožní film.

KOSMETIKA PRO IMOBILNÍ KLIENTY – MOLICARE SKIN

Kosmetika MoliCare Skin je vhodná pro všechny typy kůže. K dispozici jsou tři řady – **tělová, modrá a růžová**. K péči o imobilní klienty a namáhanou pokožku je určena především modrá a růžová řada. **Modrá řada** obsahuje čistící pěnu na intimní partie, jemný vlasový šampón, šetrnou mycí emulzi a dále také vlhčené ubrusy. Ty jsou určeny k šetrné, ale přitom důkladné očistě intimních partií bez nutnosti použít tekoucí vodu. Tyto ubrusy jsou tak nenahraditelným pomocníkem každého, kdo pečuje o klienty upoutané na lůžko – ať už v domácím prostředí, nebo ve zdravotnickém zařízení.

V rámci **růžové řady** kosmetiky MoliCare Skin je k péči o citlivé partie určen především ochranný krém s obsahem zinku, který má protizánětlivé účinky, a dále ochranná pěna na pokožku, která obsahuje ureu a působí na ohrožených partiích.

i

Zaujaly Vás některé výrobky z řady MoliCare Skin nebo se chcete dozvědět ještě více o produktech? Zeptejte se svého obchodního zástupce HARTMANN-RICO nebo volejte bezplatnou telefonní linku 800 100 150. Všechny potřebné informace najdete také na webových stránkách hartmann.cz.

HARTMANN



Pomáhá. Pečuje. Chrání.

Bezpečná a šetrná péče v sociálních službách:

Bezpečná a šetrná manipulace – pomůcky, kinestetická mobilizace

Minulý příspěvek našeho cyklu zaměřeného na Bezpečnou a šetrnou péči v sociálních službách jsme se věnovali účelu samotné manipulace, zhodnocení schopností klienta/uživatele a zásadám fyzické manipulace. V tomto čísle již získané znalosti rozšíříme o možnost využití pomůcek a objasnění pojmu kinestetické mobilizace.

■ **Text: PhDr. Mgr. Jakub Jestřáb, MBA,**
lektor Institutu vzdělávání APSS ČR
a metodik zdravotně-sociálních služeb

Minimálním základem, který by měl ovládat každý pracovník v sociálních službách, je tzv. polohování, tedy systematické a pravidly se řídicí změny polohy klienta/uživatele. Tyto změny polohy realizujeme zejména jako prevenci, díky které ovlivníme vznik dekubitů a kloubních deformit či pneumonie. Mezi další přínosy řadíme regulaci svalového napětí, zlepšení oběhových funkcí nebo zvýšení bdělosti a pozornosti.

Aby bylo polohování smysluplné, je třeba dodržet základní zásady. Zaujímaná poloha musí být vždy ve všech segmentech pohyblivá a nebolestivá. Klientům/uživatelům, kteří jsou schopni polohu zaujmout sami, pouze dopomáháme. U klientů/uživatelů, kteří toto nezvládnou, celý proces přebíráme my – poloha klienta se mění každé 2 hodiny přes den a po 3 hodinách v noci. Nejčastěji se v sociálních službách můžeme setkat s polohou na zádech či boku.

Základním předpokladem polohování je lůžko. V praxi se můžeme setkat s různými typy lůžek, jež jsou mnohdy vysoce specializovaná (kupříkladu resuscitační lůžko atp.). Pro sociální služby nám však dostačuje základní, běžné lůžko, které je ideálně kombinací kovu s dřevem. Nejen pro nás jakožto profesionální pečující, ale i laiky v domácím prostředí je nezbytné, aby bylo lůžko polohovatelné. Tato drobnost nám totiž výrazně usnadní fyzickou manipulaci s klientem/uživatелеm. Pod polohovatelným lůžkem si představme zejména možnost nastavitelné výšky či polohování roštu (horní polovina těla a dolní končetiny). Základem lůžka by měly být taktéž tzv. postranice, které budeme moci při péči využít (pozor však na jejich nadužívání až zneužívání!). Lůžko by mělo být přístupné minimálně ze tří stran. Pro klienta/uživatele je podstatné, aby bylo umístěno tak, že zajistí klid a soukromí, současně nemá docházet k rušení světlem (ani denním, ani nočním) či prouděním vzduchu.

S lůžkem souvisí také matrace. Matraci, kterou zvolíme, bychom měli umístit do nepromokavého potahu, který lze snadno očistit a vydesinfikovat. Dnes lze pořídit i tzv. antidekubitální matrace či pasivní antidekubitální matrace, které však nenahrazují nezbytnost změny polohy.

Pro klienty/uživatele, kteří dokážou polohu změnit samostatně, jsou na trhu k dostání tzv. pomůcky usnadňující pohyb na lůžku. Základním doplňkem lůžka je tzv. hrazdička, která pomáhá při zvednutí z lehu do sedu nebo při posunu směrem nahoru. Při jejím využití navíc dochází k posílení svalstva. Druhým doplňkem je pak tzv. žebříček, který je možno užít jako oporu při ručkování a přitahování se.

Pozvánka na kurz

13. 3. 2023

Základy práce s klientem s agresivním chováním

PhDr. Mgr. Jakub Jestřáb, MBA
Praha

Další skupinou jsou poté pomůcky určené k úpravě a udržení polohy, které označujeme jako tzv. polohovací pomůcky. V zařízeních by tyto pomůcky měly být vyrobeny z příjemného a snadno dezinfikovatelného materiálu, aby se zabránilo přenosu nozokomiálních nákaz. Základem jsou tzv. kuličkové pomůcky, jež mají nejrůznější podoby (válce, kruhy, polštáře, klíny atp.), tvarované molitany, podložky a sedáky nebo návleky (loketní, patní, kotníkové atp.).

Pro nás jakožto pečující je zásadní správné využití pomůcek, které usnadňují samotnou manipulaci a přesuny. U těchto pomůcek došlo od doby, kdy personál využíval jen svou vlastní sílu, k velkému pokroku. Avšak i přes tento fakt zůstává nejdostupnějším a nejlevnějším prostředkem bavlněná podložka. Hojně využívané jsou v zařízeních sociálních služeb také tzv. rolovací podložky, kluzné podložky, prkna

na přesuny manipulační pásy nebo zvedáky a mnohé další.

Vybrané pomůcky lze získat na základě předepsaného „Poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku“ od lékaře. Nejčastěji a nejjednodušeji lze získat poukaz u praktického lékaře či tzv. specialistů (neurolog, ortoped, geriatr nebo rehabilitační lékař), jež mají široké možnosti preskripce. Předepsání některých pomůcek musí schválit revizní lékař zdravotní pojišťovny.

Nákladnější pomůcky lze získat také za využití tzv. příspěvku na zvláštní pomůcku v souladu se zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů v aktuálním znění. U této varianty je ovšem třeba doložit zdravotní postižení odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a počítat také se spoluúčastí.

Kromě využití samotných pomůcek jsou stále diskutovanější také koncepty, které by měly personálu usnadnit fyzickou manipulaci. V České republice se v současnosti setkáváme primárně s poznatkami, které předávají dále absolventi kurzů VIV-ARTE® KINĀSTHETIK-PLUS nebo Kinaesthetics Österreich.

U těchto konceptů je však nutné zmínit, že ač se jedná o koncepty celosvětově uznávané, jejich bezpečné užití je podmíněno absolvováním specifických kurzů, během nichž si účastníci osvojí fáze mobilizace a principy. Dohled nad realizací v zařízení by poté měl přebrat kompetentní zaměstnanec, nejlépe fyzioterapeut či absolvent/ka certifikovaného kurzu rehabilitačního ošetřovatelství.

Tři fáze kinestetické mobilizace jsou zahřátí, funkční trénink a zklidnění. V první fázi, označované jakožto zahřátí (v originále Warm-Up), se zaměřujeme na přípravu pohybu – pohybová rezerva, hybnost kloubu, svalové napětí atd. Ve druhé fázi, nazvané funkční trénink, uskutečňujeme pohyb za účelem jeho integrace do běžných denních činností. Třetí fáze (v originále Cool-Down) pak slouží pro dosažení nové pozice. Klient/uživatel rozkládá svou váhu a uvolňuje se. Důležité v této fázi je, aby personál pečlivě vyhodnotil rovnoměrné rozložení váhy v návaznosti na tzv. predilekční místa.

Při realizaci těchto fází se pracuje se šesti základními principy, které jsou: interakce, funkční anatomie, lidský pohyb, lidské funkce, námaha a okolí.

Muzikoterapie a sociální služby

Muzikoterapie je velmi inspirujícím terapeutickým oborem, který využívá hudební prvky ke konkrétním terapeutickým cílům. Tyto záměry mohou být z oblasti zdravotnictví, sociálních služeb či vzdělávání a rozvoje. Víme, že tyto oblasti se v mnohém prolínají a doplňují.

■ **Text: PhDr. Markéta Gerlichová, Ph.D.,**

odborná asistentka, fyzioterapeutka, speciální pedagožka, supervizorka a muzikoterapeutka, Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a VFN v Praze

➤ Co je muzikoterapie

Definicí muzikoterapie je mnoho – světová federace muzikoterapie WFMT (World Federation of Music Therapy) definuje muzikoterapii následujícím způsobem:

„Muzikoterapie je profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Výzkum, praxe, vzdělání a školení v klinické muzikoterapii vycházejí z profesionálních standardů v souladu s kulturním, společenským a politickým kontextem.“ (www.musictherapyworld.net, 2011)

Hudební aspekty a hudba jako taková v sobě obsahují mnohé z historie lidstva, touhu po kráse a smyslu života. Hudba ale navíc léčí, proto se obor muzikoterapie v dnešní době tak rychle rozvíjí. Muzikoterapie se tedy zabývá cílenými technikami a postupy tak, abychom dosáhli vytyčeného terapeutického cíle nebo preventivně přispěli k rozvoji člověka či předešli zdravotním komplikacím, popřípadě přispěli k rozvoji lidských vztahů, komunikace a kvality lidského života. Muzikoterapie může velmi obohatit sociální práci, klienty sociálních služeb i sociální pracovníky a další zaměstnance.

➤ Působení hudby na člověka

„Hudba je větší zjevení než všechna moudrost a filozofie.“ (Ludwig van Beethoven)

Působení hudby na člověka je mnohavrstevné a podstatné. Působí na nás komplexněji, než si uvědomujeme. Avšak ovlivňuje nás vždy, bez ohledu na vzdělání, kulturu, stav vědomí a zdravotní stav. Podle typu hudby můžeme pozorovat některé všeobecné vlastnosti, např. že dynamická hudba nás aktivuje, pomalá naopak relaxuje. Velkou roli hraje také naše tzv. hudební historie, zvláště pokud zazní hudba, kte-

rou máme propojenou s nějakou výraznou emocí. A to je i důvod, proč si ji pamatujeme.

Důležité okamžiky našeho života bývají doprovázeny hudbou (svatba, promoce, křest dítěte, slavnosti, ale také ukolébavky v raném dětství či zpěv v táborovém kruhu). Ale i každodenní rituály mohou být propojeny s některou písní, skladbou či melodií a díky pravidelnosti nám poskytují prožívání řádu věcí, který vede ke spokojenosti. Některé životní rituály si bez hudební složky neumíme ani představit. Významný vliv má na nás též úroveň hluku, kterému jsme vystaveni, podobně jako zvolený rytmus či tempo hudby. Důležitým aspektem je také nutnost pomlky, bez níž by žádná melodie nedávala smysl. Podobně i my potřebujeme mezi zvukem zažívat ticho, abychom mohli žít v harmonii a rovnováze.

Na fyziologické úrovni můžeme pozorovat a měřit, že jinak náš organismus reaguje na melodii či rytmus, který už zná, a jinak na zcela nový zvuk či harmonii.

Této objektivně naměřené vlastnosti našeho mozku se například využívá při terapii osob ve sníženém stavu vědomí (kóma, minimální kontakt apod.). Takové pacienty se snažíme přivést k vědomí písní, hudbou či hlasem, které před úrazem dobře znali, a díky „paměťovým stopám“ a plasticitě mozku je naděje, že se jejich úroveň vědomí opět zvýší.

➤ Muzikoterapie v praxi

Praktické využití muzikoterapie můžeme vidět taktéž ve třech zmíněných resortech (zdravotnictví, sociální službách i školství), její použití je velmi široké. Budeme-li hledat kvalitní vědecké důkazy, pak např. v Cochran Review databázi objevíme nejčastěji tyto cílové skupiny:

1. *Osoby po získaném poškození mozku* Muzikoterapie v neurorehabilitaci navazuje na užitečnou vlastnost mozku, neuroplasticitu, díky níž můžeme opět natrénovat dovednosti, jež po úraze či nemoci přestaly fungovat.

2. *Osoby s neurodegenerativními nemocemi* Muzikoterapii zaměřujeme na podporu těchto osob i jejich pečujících, udržování kondice a zachování důstojnosti a kvality života člověka.

3. *Osoby s poruchou autistického spektra (PAS)*

U těchto osob zaměřujeme muzikoterapeutické procesy na rozvoj, edukaci a nácvik sociálních dovedností.

4. Muzikoterapie v psychiatrii

Je zaměřena jak na léčbu deprese a schizofrenie – samozřejmě v součinnosti s lékaři a psychoterapeuty, tak i dalších nemocí. Vždy se pracuje na snížení konkrétních symptomů a na rozvíjení sociálních vztahů.

5. Onkologičtí pacienti

Působí na zlepšení kvality života, snižování obtěžujících symptomů a dodává sílu zvládnout léčbu.



Na fyziologické úrovni můžeme pozorovat a měřit, že jinak náš organismus reaguje na melodii či rytmus, který už zná, a jinak na zcela nový zvuk či harmonii.

6. Uživatelé paliativní péče

U této cílové skupiny muzikoterapie vede k dosahování dobré kvality života v daném období, zlepšování vztahů s nejbližšími osobami a k uvědomění si vděčnosti za dar života.

7. Děti předčasně narozené

Muzikoterapie se v tomto případě snaží o podporu miminka a jeho rodičů a budování důležitého vzájemného vztahu.

8. Děti a adolescenti s poruchou pozornosti a hyperaktivity (ADHD)

Zaměřujeme se na rytmické repetitivní techniky, jež vedou k motorické aktivitě střídané s uvolněním, trénink koncentrace a relaxace.

Muzikoterapii lze tedy směřovat na tělesné, psychické či sociální aspekty každého člověka bez ohledu na věk či zdravotní stav.

Na tělesné rovině můžeme trénovat kvalitu pohybu – např. po úraze rytmicky trénovat chůzi, pohyb ochrnuté ruky, rozsah kloubů apod. Nebo třeba pomoci aktivovat jedince, aby se víc pohyboval a předcházel tak kardiovaskulárním onemocněním či obezitě.



Na psychické úrovni můžeme pomoci jedinci vyrovnávat se s obtížnou životní situací. Např. muzikoterapeutickými technikami doprovodit jedince přes fáze odmítání, hněvu, smutku až k postupnému vyrovnávání se s novou životní situací. Techniky muzikoterapie mohou pomoci osvojit si vyjadřování emocí, zpracovávat je a naučit se s nimi dále pracovat.

V sociální rovině můžeme pracovat na zlepšení komunikace klientů ve skupině, v partnerské a rodinné komunikaci můžeme podpořit neverbální složky komunikace, což napomůže vzájemnému porozumění a kvalitě rodinných vztahů.

V oblasti školství můžeme pracovat na zlepšení atmosféry v dětském kolektivu, budování kvalitních vztahů mezi dětmi i jednotlivci k sobě samému. Preventivně lze také působit proti šikaně či snižovat dopady obtíží při specifických učebních potřebách dětí.

Muzikoterapii lze tedy směřovat na tělesné, psychické či sociální aspekty každého člověka bez ohledu na věk či zdravotní stav.

► Muzikoterapeutické modely, metody, přístupy

V dnešní době najdeme řadu muzikoterapeutických přístupů (modelů), např. Komunitní muzikoterapii, Nordoff-Robbins muzikoterapii, Neurologickou muzikoterapii, Vokální psychoterapii, Muzikoterapii zaměřenou na zdroje, Orffovu muzikoterapii apod.

Metodami se nejčastěji v muzikoterapii myslí hudební improvizace, hudební interpretace, receptivní muzikoterapie a psaní písní či komponování hudby.

Technikami zde myslíme konkrétní postupy muzikoterapeutického procesu v rámci muzikoterapeutické metody a směru. Např. v hudební improvizaci můžeme zvolit prozkoumávání hlasových možností, hraní si s hlasem tak, abychom směřovali ke zlepšení dechové kapacity a či ke zvyšování vlastního sebeuvědomění.

► Profese muzikoterapeut

Tento obor v sobě spojuje jak terapeutické znalosti a dovednosti, tak hudební. Studium muzikoterapie proto zahrnuje řadu aspektů výcviku, včetně sebezkušenostního tréninku.

V Evropě lze muzikoterapii studovat vysokoškolsky na mnoha univerzitách (ve Vídni např. od padesátých let 20. století). Naštěstí však již i v ČR lze vystudovat magisterský obor muzikoterapie, a to na Univerzitě Palackého, při Ústavu speciálně pedagogických studií Pedagogické fakulty.

Kromě tohoto studia nabízí Muzikoterapeutická asociace ČR, CZMTA (viz www.czmta.cz), mnohé kurzy, které jsou určeny pro různé profese – např. sociální pracovník, logoped, psycholog, fyzioterapeut, učitel hudby, speciální pedagog apod., který pak může tyto dovednosti přidat ke svému oboru a rozšířit působnost o prvky muzikoterapie. Jiné kurzy jsou určené pro každého, koho obor zajímá nebo kdo chce pracovat na svém seberozvoji. (Viz <http://www.czmta.cz/poznej-asociaci/garantovane-kurzy-seminare>.)

V naší zemi zatím není tato profese legislativně ukotvena. Ale odborné společnosti po celé Evropě na tomto cíli pracují. Např. v Británii se podařilo zařadit muzikoterapii mezi jiné pomáhající profese již v r. 1996, v Rakousku v r. 2004, v Estonsku od r. 2021 a další země budou následovat.

Muzikoterapii vidím jako obor budoucnosti, neboť může propojovat:

1. Objektivní vědecké poznatky, jež díky zobrazovacím metodám, jako jsou funkční magnetická rezonance (fMRI), pozitronová emisní tomografie (PET) či elektroencefalografie (EEG), potvrzují působení hudby na fyziologické úrovni.

2. Terapeutické zkušenosti, jež vycházejí nejčastěji z prostředí zdravotnictví, ale i sociálních služeb a např. speciální pedagogiky.

3. Působení umění na člověka a jeho kvalitu života.

4. Spirituální složku života a hledání smyslu vlastního života.

► Závěr

Muzikoterapie je terapeutický obor, který v resortu sociální práce může zkvalitnit život uživatelů sociálních služeb z různých cílových skupin. Působení hudby na člověka je komplexní a léčivé a uplatňuje se na mnoha úrovních. Podle našeho zaměření můžeme dohledat zajímavé studie a důkazy o účinnosti tohoto oboru, ale také zažít muzikoterapeutickou praxi ať už v nemocnicích, speciálních školách, nebo třeba v centrech sociálních služeb. V muzikoterapii existuje řada směrů, metod a technik. Z důvodu propojování vědy, umění a terapie je pravděpodobné, že se muzikoterapie bude stále více prosazovat a aplikovat.

► Prameny a literatura:

- Maratos A., Gold Ch., Wang X., Crawford M.: *Music therapy for depression, January 2009*
- Bradt J., Magee W. L., Dileo Ch., Wheeler B. L., McGilloway E.: *Music therapy for acquired brain injury, July 2010*
- Bradt J., Dileo Ch.: *Music therapy for end-of-life care, March 2011*
- Edwards, J (ed.): *The Oxford Handbook of Music Therapy, Oxford University Press, 2015*
- Geretsegger M., Elefant C., Mössler K., Gold Ch.: *Music therapy for people with autism spectrum disorder (Review), June 2014*
- Gerlichová, M.: *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest. 2.vyd. Praha: Grada, 2020*
- Mössler K., Chen X, Haldal T. O., Gold Ch.: *Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders, December 2011*
- Vink A. C., Bruinsma M. S., Scholten R. JPM.: *Music therapy for people with dementia, March 2011*
- Zhang F., Liu K., An P., You Ch., Teng L., Liu Q.: *Music therapy for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents, August 2012*

Měli bychom povolit tvorbu zisku při poskytování sociálních služeb?

Čas od času se objevují diskuze o tom, zda by soukromé (komerční) organizace poskytující sociální služby měly mít možnost vytvářet ze svých služeb zisk.

■ **Text: Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA, prezident APSS ČR**

V roce 2022 zpochybil evropský komisař Nicholas Schmit tvorbu zisku u soukromých společností poskytujících veřejné služby. „Myslím, že se momentálně nacházíme v době, kdy myšlenka skutečného neoliberalního kapitalismu ztrácí na přitažlivosti,“ řekl Schmit v rozhovoru pro EURACTIV s odkazem na neoliberalního ekonomu Milтона Friedmana. Friedman ve svém slavném eseji z roku 1970 prohlásil, že „společenskou odpovědností podniků je zvyšování jejich zisku“.

„Na tomto druhu sociálních služeb nelze vydělávat,“ řekl Schmit, který tvrdí, že soukromé podniky by neměly být náhradou za veřejné služby.¹

Proč soukromé společnosti v Evropě a vlastníci/investoři, kteří za nimi stojí, poskytují veřejné služby? Mělo by jim být umožněno dosahovat zisku při využívání veřejných prostředků? Dodejme jen to, že tyto poskytovatelé nevytvářejí zisk každý

rok, a pokud ano, zisk, kterého takto dosahují, představuje jistou formu splátky jejich počáteční investice.

Obecně podíl soukromého sektoru na veřejných službách roste – tento jev můžeme vidět zejména v sociálních službách. V Evropě najdeme některé země, kde dochází k tzv. marketizaci a privatizaci sociálních služeb, a to zejména v případě služeb dlouhodobé péče o seniory. Některé důkazy pro toto tvrzení můžeme najít ve zprávě KPMG, která byla vypracována pro Evropskou komisi v roce 2022.

V posledních třech desetiletích bylo možné pozorovat rostoucí podíl služeb poskytovaných prostřednictvím soukromých subjektů (komerčních i neziskových) – viz graf č. 1, 2 a 3. Současně se komerční poskytovatelé objevili nebo rozvíjeli své aktivity i v jiných členských státech Evropské unie, a to i tehdy, když v těchto státech neexistovala politika, která by rozvoj těchto subjektů podporovala.

Struktura poskytování dlouhodobé péče se mění (viz tabulka č. 1). Privatizace a marketizace jsou rostoucím trendem ve většině analyzovaných zemích EU – zejména pokud jde o poskytovatele rezidenčních a semirezidenčních služeb dlouhodobé péče. Podle údajů z analyzovaných

členských států roste podíl soukromých poskytovatelů, zatímco podíl veřejně vlastněných subjektů klesá. Například v Německu roste nejen počet domovů pro seniory v soukromém vlastnictví, ale také podíl poskytovatelů orientovaných na tvorbu zisku.

Soukromé komerční společnosti lze nalézt v rozsáhlém spektru veřejných služeb. Jmenujme jen ty nejběžnější, jako jsou veřejná doprava, poštovní služby, vodní a odpadové hospodářství, zdravotnictví, školství, kultura a sociální služby – zde zejména v dlouhodobé péči a v péči o děti.

Tyto služby mohou být poskytovány buď veřejnými poskytovateli (zřizovanými a řízenými pod politickou kontrolou státu, krajů, obcí či jiných veřejných subjektů), nebo soukromými společnostmi, a to buď neziskovými, nebo komerčními (které mohou být dále rozděleny na společnosti v soukromém vlastnictví nebo akciové společnosti). A známe i modely komerčních společností sdílených nebo plně vlastněných veřejným sektorem, které jsou zřizovateli nemocnic – například české kraje vlastní komerční nemocnice.

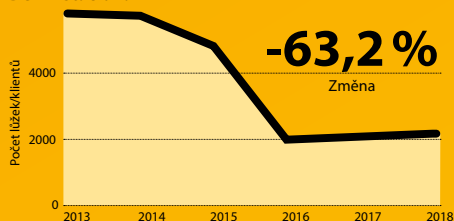
Proč tedy vůbec komerční společnosti poskytující a zajišťující veřejné služby máme?

Je to především ze dvou důvodů. Prvním – a z mého pohledu hlavním – důvodem je, že vlády selhávají v zajištění poskytování veřejných služeb pro své občany v požadovaném a potřebném objemu, struktuře

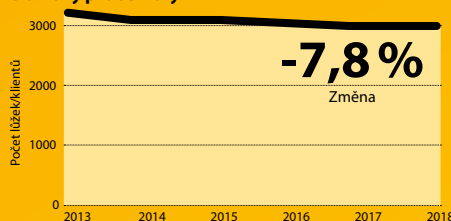
¹ <https://www.euractiv.com/section/economy-jobs/news/commissioner-schmit-you-cannot-make-money-on-social-services/>.

VEŘEJNÝ SEKTOR

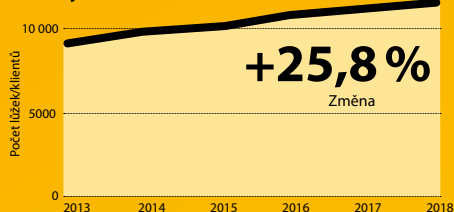
Denní stacionář



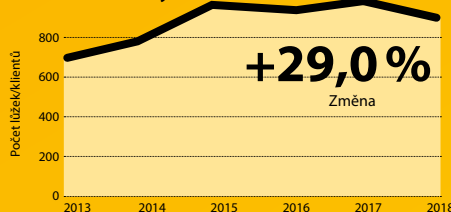
Domovy pro seniory



Domovy se zvláštním režimem



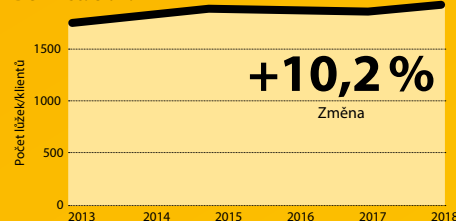
Odlehčovací služby



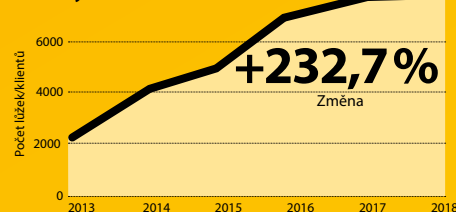
Graf č. 1: Vývoj kapacit ve veřejném sektoru dle jednotlivých služeb.
Zdroj: Analýza segmentu sociálních služeb, APSS ČR, 2020

SOUKROMÝ

Denní stacionář



Domovy se zvláštním režimem



Graf č. 2: Vývoj kapacit v soukromém sektoru dle jednotlivých služeb.
Zdroj: Analýza segmentu sociálních služeb, APSS ČR, 2020

a kvalitě. A to je politická volba. Nedávná pandemie covidu-19 ukázala, že zde nejde o peníze, ale o jejich směřování. Namísto do zdravotnictví a sociálních služeb byly peníze ve formě státní podpory více vynaloženy na podporu podnikání.

Dalším důvodem je, že veřejná správa vytváří adekvátní strategie jen velmi pomalu a procesy rozhodování a investic trvají roky. Neovlivňuje je primárně výsledek a daný cíl, ale spíše jiné vlivy, měnící se veřejné mínění, volby a prostředí. Veřejná správa a politické vedení při změnách a/nebo úpravách plánů, cílů a rozhodnutí nejsou flexibilní. A konečně veřejná správa rozhodně není efektivní.

Existují studie, které ukazují, že soukromé (a zejména komerční) společnosti umí budovat a začít poskytovat veřejné služby třikrát rychleji a jsou až o 300 % efektivnější/levnější. V některých případech také veřejným orgánům chybí investiční prostředky. Koneckonců také proto máme projekty partnerství mezi veřejným a soukromým sektorem. Na druhou stranu jsou veřejní poskytovatelé přímo či nepřímo řízení nebo alespoň ovlivňováni rozhodováním veřejnosti/politiků a neziskové organizace musí svůj případný zisk (ke kterému nedochází příliš často) investovat zpět do své hlavní činnosti.

Hlavním bodem kritiky komerčních společností je, kromě toho, zda je morální, aby na své činnosti, například zdravotní nebo sociální péči, vydělávaly (a dalo by se říci – pokud je to efektivnější, má smysl, aby vydělávaly), otázka kvality. A nejde ani tak o to, v jakém sektoru je kvalita obecně lepší, ale spíše o to, v jakém sektoru častěji slyšíme o různých skandálech, kriminálních případech spojených se zneužíváním

Druh	Podíl z celkového počtu lůžek služby	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Denní stacionáře	Veřejný sektor	69%	67%	63%	41%	40%	43%
	Soukromý sektor	11%	11%	13%	21%	25%	19%
	Neziskový sektor	21%	22%	25%	38%	35%	39%
Domovy pro seniory	Veřejný sektor	85%	84%	85%	83%	81%	81%
	Soukromý sektor	8%	9%	9%	10%	12%	13%
	Neziskový sektor	7%	7%	7%	7%	7%	6%
Domovy se zvláštním režimem	Veřejný sektor	77%	69%	66%	61%	60%	58%
	Soukromý sektor	19%	27%	31%	35%	36%	39%
	Neziskový sektor	4%	4%	4%	3%	3%	3%
Odlehčovací služby	Veřejný sektor	21%	22%	22%	23%	23%	21%

Tabulka č. 1: Sektorové rozdělení jednotlivých služeb.
Zdroj: Analýza segmentu sociálních služeb, APSS ČR, 2020

financí, podvody apod. (např. kauza Orpea, Francie 2022).

Netřeba dodávat, že tím, kdo je zodpovědný za regulaci a dohled nad kvalitou veřejných služeb (včetně sociálních služeb), je opět veřejná správa. Pokud tedy dojde na tyto smutné případy, jde o jejich druhé selhání, o selhání regulačních rámců, modelů kontroly atd.

Závěrem tedy položíme otázku: Existuje řešení? Určitým způsobem ano. Veřejná správa nepřestane (z mnoha důvodů) selhávat při zajišťování potřebného a přesného poskytování veřejných služeb svým občanům a voličům. Může definovat, zdokonalovat a zlepšovat regulační a kvalitativní rámce. Budoucnost veřejných služeb, a zejména služeb v oblasti sociálních služeb a služeb dlouhodobé péče o seniory, však nespočívá v otázce, zda máme mít veřejné, NEBO soukromé poskytovatele. Otázkou

je, co se má dít se ziskem a jaká výše zisku je přijatelná, resp. přiměřená. Pokud je zisk nebo část zisku reinvestována do zlepšení poskytovaných sociálních služeb, zůstává v sektoru sociálních služeb, a tudíž nedochází k jeho úniku. A o to jde především.

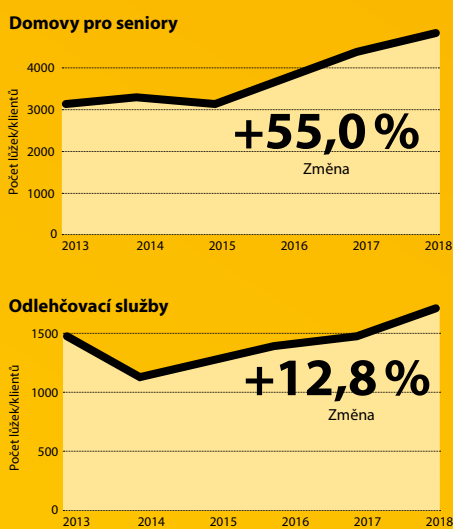
Budoucnost spočívá v rozumné a přijatelné kombinaci – veřejných a soukromých poskytovatelů (komerčních i neziskových) a ve vytvoření regulačního a kvalitativního rámce, který nám ušetří podobné budoucí diskuze a zajistí poskytování dobrých veřejných služeb.

Použitá literatura:

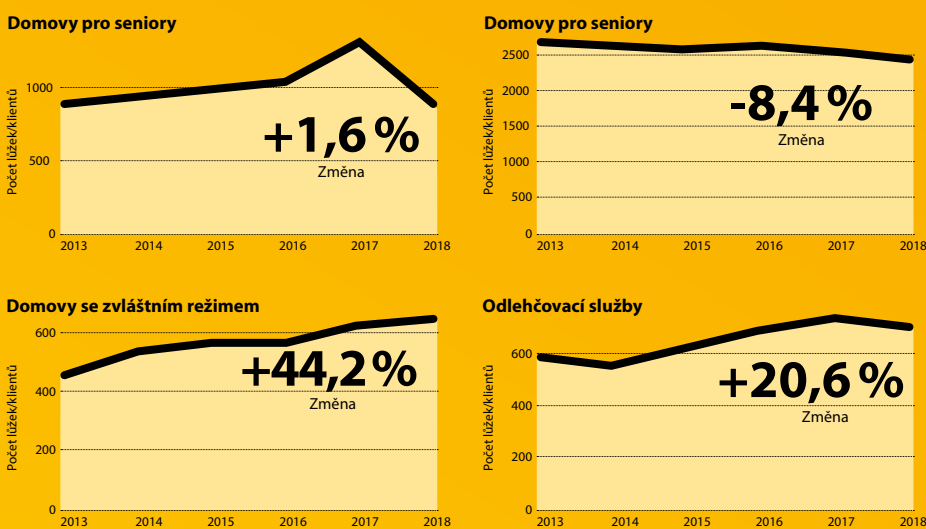
- *Final Report, Study on the long-term care supply and market in EU Member States, KPMG for European Commission, 2022.*
- *Analýza segmentu sociálních služeb, APSS ČR, 2020, ISBN: 978-80-88361-08-4.*



SEKTOR



NEZISKOVÝ SEKTOR



Graf č. 3: Vývoj kapacit v neziskovém sektoru dle jednotlivých služeb.
Zdroj: Analýza segmentu sociálních služeb, APSS ČR, 2020

Reflexivní zkoumání role emocí v sociální práci

Jak už bylo uvedeno v předchozím článku¹, je nezbytné uvažovat o reflexivitě a reflexivní praxi jako o nezbytnosti výkonu sociální práce v soudobé společnosti. V tomto textu, který navazuje na předchozí dva texty věnující se představení reflexivity v sociální práci a reflexivnímu já sociálního pracovníka, se budu věnovat reflexivnímu zacházení s emocemi v sociální práci.

■ **Text: Doc. Mgr. et Mgr. Kateřina Mikulcová (roz. Glumbíková), Ph.D.,** vysokoškolská pedagožka, Fakulta sociálních studií, Ostravská univerzita

V tomto kontextu lze reflexivitu chápat jako zkoumání role emocí v sociální práci v rámci kritického uvědomění si faktorů, které ovlivňují vytváření vědění v praxi.

Přístup zdůrazňuje dynamickou interakci mezi myšlenkami a pocity, jež umožní získat vhled do dané situace a faktorů, které ji ovlivňují. Emoce jsou tak vnímány jako důležitá součást praxe sociální práce (Miehls & Moffatt, 2000).

Emoce jsou psychicky a sociálně konstruované procesy zahrnující subjektivní zážitky libosti a nelibosti, provázené fyziologickými změnami (Hochschild, 1975). Praxe sociální práce v sociálních pracovnících emoce nutně vyvolává, jelikož se sociální pracovníci stávají svědky emočně vypjatých situací (Barlow & Hall, 2007). Častým jevem v sociální práci je rovněž setkávání se s osobami, které vyžadují určitou podporu pracovníka při zacházení s vlastními (silnými) emocemi (Ikenbuchi & Rasmussen, 2014).

Je přitom důležité uvést, že sociální pracovníci ve své praxi zažívají situace spojené s negativními emocemi, ale i s radostí. Řada výzkumů se věnuje odhalení druhů pocitů, které sociální pracovníci v praxi sociální práce zakouší. Tyto výzkumy referují o: bolesti, studu, vině, vzteku, bezmoci, znepokojení, nepohodlí, ohromení, ustarání, izolaci, šoku, rozrušení, strachu, ponížení či hněvu; či jejich kombinacích (Barlow & Hall, 2007).

Většina autorů se přitom shoduje na tom, že emoce nelze od sociální práce oddělit, neboť jsou její neoddělitelnou součástí (viz např. Sheppard & Charles, 2015). D'Crúzová et al. (2007) shrnuje výše uvedené tím, že emoce jsou složkou vybavy sociálního pracovníka, která umožňuje lepší porozumění konkrétní situaci i výkonu profese.

Morrison (2007) uvádí, že emoce jsou pro praxi sociální práce nezbytné pro:

- vyladění se na klienta a angažovanost pracovníka,
- určení zaměření pozornosti,
- rozšíření zdrojů informací,
- posouzení situace a rozhodování (včetně odhalení potřeb klientů a jejich očekávání),
- rychlost odpovědi a
- predikci budoucího chování klienta.

Morrison (2007) rovněž uvádí, že využívání emocí při práci s klienty je propojeno s větší otevřeností pracovníků k rozdílu a s využíváním zplnomocňujících přístupů v sociální práci. Využívání emocí v sociální práci má tedy přímý dopad na kvalitu pomoci poskytované pracovníkem.

Kapacita napojení na emoce druhého člověka je spojena se schopností reflexe a porozumění vlastním emocím. Bez toho, aby sociální pracovník uměl rozpoznat, jak fungují jeho vlastní emoce, nemůže poskytovat kvalitně sociální práci (Barlow & Hall, 2007; D' Cruz et al., 2007). Pro sociálního pracovníka se tak reflexe emocí stává jednak nástrojem porozumění vlastním emocím a jejich vlivům na praxi, jednak nástrojem pro zachování otevřenosti v úvahách při posuzování životní situace klienta (a vyhnutí se možné chybě). V neposlední řadě je reflexe emocí nástrojem pro korekci emočního vyjádření a vyladění se na klienta (viz např. Knott & Scragg, 2016).

V praxi sociální práce je klíčové uvědomit si, že emoční reakce, jako je např. strach a úzkost, mohou vést k zmatenosti a váhavosti v posuzování životní situace klienta, které může vyústit v chybné posouzení nebo rozhodnutí (Rustin, 2005). Úzkost totiž může vytvářet slepá místa vedoucí ke zkreslení a zpřeházení priorit. Ferguson (2005) v tomto kontextu uvádí, že sociální pracovníci se musí v praxi sociální práce snažit vysvětlit nevysvětlitelné, aby zůstali otevření a přístupní všem informacím a datům, se kterými je praxe sociální práce konfrontuje a které vedou ke vzniku emočních odpovědí.

Howe (2008) definuje šest charakteristik, které lze nalézt u emočně reflexivního sociálního pracovníka. Jedná se o:

- uvědomění si a průběžné sledování vlastních emocí,
- vnímání emocí druhých a poskytování zpětné vazby,
- využívání emocí k prohloubení vlastních úvah,
- pochopení a analýzu emočních stavů u sebe samého i u druhých,
- regulování a řízení emočních stavů u sebe samého i u druhých a
- přispívání a spolupráci na vzájemně obohacujících vztazích s druhými.

Vyjadřování emocí může podléhat regulaci – můžeme je zesilovat, nebo oslabovat. Ve zdravotní a sociální péči je od pracovníků očekáváno, že budou umět zvládat své emoce (Grandey, Foo, Groth & Goodwin, 2012). Tedy že budou schopni vykonávat emoční práci.

Profese, kde se realizuje emoční práce, mají tři společné charakteristiky:

- vyžadují kontakt tváří v tvář nebo přímý hlasový kontakt,
- vyžadují, aby pracovník vyvolal emoční stav u druhé osoby,
- umožňují zaměstnavateli skrze trénink nebo supervizi provádět určitou kontrolu nad emočními aktivitami zaměstnance (Hochschild, 1983).

Sociální práce má k uvedenému ještě jedno specifikum, není totiž regulována jen zaměstnavatelem, ale také zákonem.

Od pracovníků se tak očekává emoční práce ve smyslu vyjádření zájmu, obavy, sympatie a potlačení frustrace a úzkosti (Mann, 2005). Pracovníci jsou nuceni potlačovat zlobu a odpovídat na negativní emoce klientů pozitivně; musí tak svou expresi emocí předstírat, což může vést k odcizení od pravého já, neautenticitě, vyhoření a emoční únavě (Vannini & Franzese, 2008). Příliš mnoho, ale i příliš málo emocí může být v praxi sociální práce nahlíženo jako nežádoucí. Nevyjádření emocí v některých situacích může být klienty dokonce vnímáno jako nelidské; sociální pracovník se ale na druhou stranu nesmí nechat emocemi pohltit (O'Sullivan, 2011). Sociální pracovník se proto dostává do neustálého vyvažování mezi autenticitou a přijetím druhými lidmi (Vannini & Franzese, 2008).

¹ Vyšel v časopise Sociální služby, únor 2023, pozn. red.

Huntingtonova choroba

v pobytové sociální službě – příběhy z praxe

Použitá literatura:

- Barlow, C. & Hall, B. L. (2007). *What about Feelings? A Study of Emotion and Tension in Social Work Field Education*. *Social Work Education*, 26(4), 399–413.
- D'Cruz, H., Gillingham, P. & Melendez, S. (2007). *Reflexivity, its Meanings and Relevance for Social Work: A Critical Review of the Literature*. *The British Journal of Social Work*, 37(1), 73–90.
- Ferguson, H. (2005). *Working with Violence, the Emotions and the Psychosocial Dynamics of Child Protection: Reflections on the Victoria Climbié Case*. *Social work education*, 24(7), 781–795.
- Glumbíková, K. (2020). *Reflexivita v sociální práci s rodinami*. Praha: Grada.
- Grandey, A., Foo, S. C., Groth, M. & Goodwin, R. E. (2012). *Free to be you and me: A climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor [online]*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(1), 1–14.
- Hochschild, A. R. (1975). *The Sociology of Feeling and Emotion: Selected Possibilities*. *Sociological Inquiry*, 45(2), 280–307.
- Howe, D. (2008). *The Emotionally Intelligent Social Worker*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ikenbuchi, J. & Rasmunssen, B. M. (2014). *The Use of Emotions in Social Work Education*. *Journal of Teaching in Social Work*, 34(3), 285–301.
- Knott, CH. & Scragg, T. (2016). *Reflective Practice in Social Work*. London: Sage.
- Mann, S. (2005). *A Health-care Model of Emotional Labour*. *Journal of Health Organization and Management*, 19(5), 304–317.
- Miehs, D. & Moffatt, K. (2000). *Constructing Social Work Identity Based on the Reflexive Self*. *British Journal of Social Work*, 30(3), 339–348.
- Morrison, T. (2007). *Emotional Intelligence, Emotion and Social Work: Context, Characteristics, Complications and Contribution*. *British Journal of Social Work*, 37(2), 245–263.
- O'Sullivan, T. (2011). *Decision Making in Social Work*. New York: MacMillan Education UK.
- Rustin, M. (2005). *Conceptual Analysis of Critical Moments in Victoria Climbié's Life*. *Child and Family Social Work*, 10(1), 11–19.
- Sheppard, M. & Charles, M. (2015). *Head and Heart. An Examination between the Intellectual and Interpersonal in Social Work*. *British Journal of Social Work*, 46(6), 1837–1854.
- Vannini P. & Franzese, A. (2008). *The Authenticity of Self: Conceptualization, Personal Experience, and Practice*. *Sociology Compass*, 2(5), 1621–1637.



Huntingtonova choroba je pro mnohé z nás stále neskutečnou záhadou. Každý nemocný je jiný, každý příběh je jedinečný a každý takto nemocný se se svou nemocí a životem s ní potýká jinak a vždy ojediněle. Pro mnohé z nás to může být jeden z nemocných, který žije někde v sousedství a o němž vlastně ani pořádně nevíme, co ho trápí. Pro jiného je to pak osoba blízká, jejíž život nabral úplně jiný a neplánovaný směr. Vždy je to však osobní tragédie každého jednotlivce a obrovská touha bojovat až do poslední chvíle.

■ **Text: Mgr. Markéta Vlková,**
zástupce ředitele pro zdravotní úsek
a přímou péči, Domov Potoky – Domov se
zvláštním režimem

» Osobní příběhy nemocných

Všichni nemocní, kteří kdy prošli pobytovou sociální službou Domova Potoky, přicházeli již v pokročilých stádiích nemoci. Znali svou budoucnost, ale nikdy nebylo možno odhadnout, jak dlouhý bude který konkrétní čas, a jaký průběh bude nemoc tentokrát mít. Často bylo možno vidět slzy v očích těch nejbližších a vždy bylo možno zažít boj o budoucnost a touhu všech nemocných po co nejkvalitnějším životě.

Některé příběhy se zapsaly o něco tučnějším písmem do podvědomí všech zúčastněných, ale nikdy nebyl nikdo zapomenut. Byly to příběhy plné překvapení, smíchu i slz. Příběhy nevěšdní a ojedinělé. Příběhy, za kterými jsme vždy viděli konkrétního nemocného a vnímali jeho jedinečnost.

Pojďme si nyní společně připomenout některé z nich. Jsou používána pouze křestní jména, která však byla změněna. Zaměstnanci Domova Potoky a rodinní příslušníci za příběhy určitě uvidí konkrétní tváře a možná se slzami v očích, možná s lehkým úsměvem na tváři si připomenou nezapomenutelné chvíle, které bylo s těmito nemocnými možné prožít.

Anička byla první takto nemocnou, která v Domově Potoky byla. Do služby nastoupila v lednu roku 2012, avšak její problémy byly ještě natolik mírné, že v říjnu téhož roku odešla zpět do domácího prostředí, kde pečovala rodina a terénní pečovatelská služba.

Jelikož se však jedná o nemoc nevyzpytatelnou a mnohdy relativně rychlou, vrátila se Anička zpět do služby v červnu roku 2013. Nemoc se zatím projevovala především v oblasti motorických dovedností a schopností, avšak na první pohled byla

»»» 16

««« 15

přítomnost Huntingtonovy choroby čitelná a nepřehlédnutelná. Anička využívala služby Domova Potoky, avšak velmi pomáhala také rodina, která bydlela v blízkém městě. Aniččina snacha pracovala přímo v zařízení, a tak nebyl kontakt s rodinou nikdy přerušen. Anička si užívala svá vnoučata (celkem tři) a měla možnost pravidelně vídat také svého syna. Bohužel se jedná o nemoc dědičnou a riziko přenosu na rodinného příslušníka – dítě je zde 50 na 50. Syn byl nositelem zmutovaného chromozomu a nemoc se u něj začala projevovat již kolem třicátého roku života. Zda jsou jeho děti nemocné, nám známo není, neboť v době jeho onemocnění ještě nebylo možno provést genetické testy před dovršením plnoletosti a souhlas obou rodičů s testováním byl také nemožný.

Anička přišla do Domova Potoky ve věku 55 let, kdy měla již značné obtíže v celkové pohyblivosti a velmi těžce komunikovala. Jídlo jí však chutnalo, inkontinence přítomna nebyla a Anička měla možnost užívat si společenského života i svých blízkých plnými doušky.

Poměrně značné zhoršení nemoci přišlo na podzim roku 2015. Anička přešla z inkontinence I. stupně až do stupně III. Jídlo bylo nezbytné upravovat a dohlížet na celkový příjem stravy i tekutin. Mimořádné pohyby těla a problémy s koordinací se již natolik vyhroutily, že bylo nezbytné řešit molitanové mantinely do lůžka, aby si Anička neublížila. Pohyb byl stále obtížnější, verbální komunikace ze strany Aničky nulová, stravu bylo nutno mixovat a při podávání být hodně trpěliví, neboť polykání bylo také již značně obtížné.

Všichni jsme bojovali až do poslední chvíle, avšak boj s touto nemocí mívá bohužel vždy stejný konec. V říjnu roku 2016 Anička zemřela

Příběh Honzy, který byl dalším z řady klientů Domova Potoky, kteří trpěli Huntingtonovou chorobou, byl od prvního okamžiku jeho přijetí do služby poznamenán závažným stádiem choroby a téměř nulovou možností hybnosti.

Honza přišel do zařízení v prosinci roku 2016 a měl možnost oslavit Vánoce v duchu tradic a oslav, které jsou v Domově Potoky běžné. Od prvopočátku byl Honza upoután celodenně na lůžku a personál u něj obstarával veškeré úkony spojené se zajištěním základních životních potřeb. Zvýšená péče o hygienu byla samozřejmostí, polohování na lůžku a kontrola příjmu tekutin byla také na každodenním pořádku. U Honzy byla nastavena veškerá ošetrovatelská a zdravotní péče tak, abychom v co nejvyšší možné míře zabránili nepříjemným kožním projevům, které postihují nemocné

upoutané na lůžko a co nejvíce zachovali kvalitu života, která by odpovídala takto rozsáhlému postižení celého organismu.

Komunikace s Honzou byla z jeho strany omezena pouze na komunikaci neverbální, což znamenalo pro celý pečující tým vysokou dávku znalostí a dovedností v této oblasti a mnohem častější diskuze a rady nad jeho projevy a nad celkovým způsobem péče.

Během Honzova pobytu v našem zařízení došlo k dalšímu zhoršení nemoci, bylo proto nezbytné jej nechat hospitalizovat v nemocnici. Byl velmi kachektický (podvyživený) a ke všem komplikacím nemoci se přidalo také respirační onemocnění se zvýšenou tvorbou hlenu, které bylo obtížné komfortně zvládat. Jelikož zařízení mělo pozitivní zkušenost s Neurologickou klinikou – Centrem extrapyramidových onemocnění působícím na pracovišti 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Praze a s tamními lékaři vždy fungovala spolupráce bezproblémově, podařilo se hospitalizaci domluvit právě tam. Lékaři tohoto oddělení, a stejně tak ostatní zaměstnanci, mají s Huntingtonovou chorobou zkušenosti a s nemocnými umí pracovat tak, aby vždy dokázali nalézt to nejlepší řešení pro všechny strany. Právě ti všichni zvládli další zhoršení Honzovy nemoci a postarali se o něj.

Do Domova Potoky se Honza vrátil s výživovou pumpou, která zajišťovala podávání stravy enterální sondou (dále jen PEG) přímo do žaludku. Nebylo již možno podávat stravu běžnou (mixovanou) a příjem nezbytných složek potravy byl zajištěn podáváním na živiny bohatých výživových preparátů z řady Nutrison. Honza zůstal i nadále upoutaný na lůžku a jeho péče se zvýšila ještě o výživovou pumpu. Avšak nedocházelo již k jeho dalšímu hubnutí a stav se stabilizoval.

Jelikož Domov Potoky nemá ve svém vybavení zmíněnou pumpu pomáhající zajistit vhodné množství specializované a plnohodnotné potravy (v bolusových dávkách celodenně přímo do žaludku), došlo k zapůjčení tohoto přístroje z nemocnice v Praze, a Honza měl díky tomu možnost pokračovat v režimu, který byl během hospitalizace nastaven.

Nějaký čas vše fungovalo. Personál se naučil obsluhovat výživovou pumpu a naučil se pečovat o nemocného v terminálním stadiu nemoci. Další respirační onemocnění však nebylo možno zvládnout. Jelikož je tato komplikace u Huntingtonovy choroby poměrně častá, nebyl fatální konec Honzova života pro nikoho velkým překvapením.

Honza zemřel v únoru roku 2018, ve věku nedožitých 46 let.

Další z příběhů, o který se dnes chceme podělit, je **příběh Vaška**, který do našeho

zařízení přišel ve věku 70 let. Byl již poměrně letitým člověkem, který měl za sebou celý svůj pracovní i osobní život a do Domova Potoky přišel z jiné pobytové služby, z domova pro seniory, kde žil Vašek již řadu let a vždy byl spíše introvert, který měl rád samotu. Většinu svých dní trávil o samotě v pokoji, na společenských akcích byl pasivním divákem a nikdy nevyhledával a nedožadoval se pozornosti.

Nemoc se u něj začala projevovat až po 67. roce života. Byl tedy jedním z těch šťastnějších, jejichž život nebyl Huntingtonovou chorobou poznamenán. Někdy čas vše fungovalo a zaměstnanci domova pro seniory zvládali zvýšenou ošetrovatelskou i zdravotní péči, která postupně kvůli nemoci přicházela. Nakonec byly projevy nemoci již natolik zásadní, že si s ní současné zařízení nevědělo rady, a tak sociální pracovnice domova pro seniory oslovila naši službu a požádala o pomoc.

Naše sociální pracovnice vyrazila do zmíněného domova pro seniory a po zhlédnutí Vaška a zvážení celé situace rozhodla o Vaškově přijetí do Domova Potoky.

Jelikož Vašek přišel do našeho zařízení v pokročilém stadiu nemoci, byla i u něj veškerá péče zaměřena na zajištění základních životních potřeb. Nikoho z rodiny jsme neznali, nikdo o něj neprojevoval zájem a dny plynuly. Většinu času Vašek prospal a naši zaměstnanci pečovali tak, jak nejlépe uměli. Díky nastavené péči nedošlo u Vaška k žádným kožním projevům (dekubitům) souvisejícím s permanentním pobytem na lůžku, tekutiny byly podávány pomocí hrnku se savičkou a následně stříkačkou. Strava byla v mixované formě podávána našimi pracovníky.

Vašek zemřel v lednu roku 2019 ve věku nedožitých 72 let. Protože neměl nikoho blízkého a nikdo se o jeho život nezajímal, umíral sám a dalo by se říci, že v zapomnění. Jeho rodinou jsme však byli my a snažili jsme se o co nejvyšší komfort a klid, který k závěru jeho života patřil.

Jelikož se smrt stala nedílnou součástí našich životů, naučili jsme se s našimi pracovníky o smrti mluvit. Naučili jsme se pracovat s životními příběhy, naučili jsme se provázet, doprovázet a pomáhat nejen nemocným, ale také všem jejich blízkým. Naučili jsme se větší pokoře a naučili jsme se vážit si drobností a obyčejných věcí. Naučili jsme se pečovat o sebe sama, abychom mohli pečovat o druhé. Ke všemu tomu poznání nás přivedla právě tato nemoc a jednotlivé lidské osudy, které prožíváme s našimi nemocnými.

Vždyť už Euripides kdysi řekl: „Kdo ví, zda není život umíráním a smrt životem!“

Komplexní informační systém



pro poskytovatele pobytových,
ambulantních a terénních služeb

CYGNUS je univerzální, propracovaný a skvěle vyladěný systém. Denně se na něj spoléhá více než 1 200 poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb v Česku i na Slovensku.

- > Připojení odkudkoli díky cloudovému řešení
- > Provázanost důležitých informací a jejich snadné sdílení napříč organizací
- > Široké možnosti přizpůsobení a nastavení
- > Exporty dat do externích programů
- > **Webová aplikace Mobilní CYGNUS**
- > Aktualizace dle platné legislativy, vč. GDPR
- > Archivace a zálohování dat
- > Vysoké zabezpečení dat potvrzené certifikací ISO 27001
- > Telefonická a e-mailová podpora, bezplatné vzdělávání
- > Doplnkový hardware

*Informační systém
CYGNUS vám
pomáhá získat více
času na vaše klienty*



www.iscygnus.cz

stojíme při Vás

Tábor hostil účastníky konference Zdravotní péče v sociálních službách v roce 2023

Konference Zdravotní péče v sociálních službách patří mezi již tradiční konference pořádané Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR. V letošním roce se konala ve dnech 16.–17. února a sjela se opět celá řada odborníků, kteří sdíleli své zkušenosti s plným sálem účastníků v Hotelu Palcát v Táboře. Druhý konferenční den je rozdělen do dvou sekcí, kdy je možné si zvolit přednášky týkající se managementu nebo problematiky ošetrovatelství a paliativní péče v sociálních službách. Předělem dvou konferenčních dní byl galavečer, kde byla slavnostně předána ocenění Značka kvality v sociálních službách, Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách a akreditace Kvalitní Nutriční Péče.



Převzetí akreditace Kvalitní Nutriční Péče Domov pro seniory Bechyně

■ **Text: Ing. Petra Cibulková,**
šéfredaktorka

Konferenci zahájil a účastníky přivítal prezident APSS ČR Jiří Horecký, který zároveň představil hlavní nedostatky primární péče v sociálních službách v České republice. Ty asociace identifikovala na základě dotazníkového šetření, které probíhalo 4.–12. listopadu 2021 a jehož se zúčastnilo 204 poskytovatelů pobytových sociálních služeb (zástupci domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem a domovů pro osoby se zdravotním postižením). Z průzkumu vyplynulo, že pouze 5 % dotázaných poskytovatelů má s lékařem uzavřenou pracovní smlouvu, zbylých 95 % spolupracuje s externím zdravotnickým zařízením. Sehnat lékaře je totiž

všeobecně pro poskytovatele velmi těžké, protože většina z nich nechce se seniory pracovat. Proto poskytovatelé obvykle spolupracují s jedním až dvěma lékaři, kteří do zařízení pravidelně docházejí, a to zpravidla jednou týdně. V těchto případech však poskytovatelé narážejí na tyto problémy:

- lékaři nechťejí docházet do zařízení přímo, ale vyžadují, aby klienti docházeli do jejich ordinace;
- externí soukromí lékaři často provozují vlastní lékařskou praxi a z nedostatku času pak dochází k prodlevě při poskytování zdravotní péče a přetěžování praktických lékařů;
- spolupráce s externími soukromými/komerčními lékaři bývá velmi drahá (10 000–20 000 Kč měsíčně).

Tématu propojení sociální a zdravotní péče v pobytovém zařízení sociálních služeb se věnovala Daniela Lusková, viceprezidentka APSS ČR pro kvalitu sociálních služeb a ředitelka Domova U Biřičky, která připomněla, že pobytová zařízení sociálních služeb musí dodržovat kvalitu služeb, a to jak sociálních (zákon č. 108/2006 Sb. – § 2 a 88), tak i zdravotních (zákon č. 372/2011 Sb. – § 45, 47 a 98). Tyto systémy podle ní nutí poskytovatele systematicky se zamyslet nad určitou oblastí, kterou řeší, zpravidla totiž nabízejí nějaká řešení, pravidla, co by měl poskytovatel udělat. Připomněla také interní systém hodnocení kvality a bezpečí. Lze se opírat o dokumenty Ministerstva zdravotnictví, konkrétně o minimální požadavky (zveřejněné ve věstníku č. 13 z roku 2021), a metodický návod, jak provádět sebehodnocení v interním systému (zveřejněný ve věstníku č. 16 z roku 2015). Na závěr dopoledního programu prvního dne konference byla představena akreditační známka Kvalitní Nutriční péče, se kterou účastníky seznámil Marek Křibík, ředitel společnosti Nutriční péče. Tato známka poukazuje na slabá místa v poskytování nutriční péče a nabízí doporučení pro dlouhodobá zlepšení. Jejím získáním může poskytovatel sociálních služeb prezentovat odborně hodnocenou oblast stravování a výživy a zároveň zájemci o službu a jejich příbuzní získávají informaci, že je v daném zařízení poskytována kvalitní nutriční péče.

Odpolední program zahájil Libor Svět, zakladatel spolku OPORA, který shrnul problematiku poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, a to v historickém kontextu. Co se týče lékařské péče – historicky byli lékaři v pobytových sociálních službách zaměstnanci, poté se privatizovali a v současné době se v naprosté většině případů jedná o privátní lékaře a tato služba je zajišťována formou outsourcingu. Jak také Svět uvedl: „Po roce 1991 až do roku 2007 byla péče nelékařů v pobytových zařízeních sociálních služeb poskytována bez registrace (mimo zákon). Je až s podivem, že žádný případ nedospěl až k trestněprávnímu soudu.“ Jedním z přelomových roků byl leden 2007, kdy došlo k legalizaci (z pohledu práva) zdravotní péče poskytované v pobytových zařízeních (především péče nelékařů). Lékařů je

nedostatek, u praktických lékařů je dle Světa významná feminizace a současně vysoký věkový průměr. Také rozdělení lékařů mezi jednotlivými kraji je nerovnoměrné. K tomu přistupují ještě další hlediska, která péči o klienty pobytových sociálních služeb komplikují.

Jako další přednášející vystoupila Alena Sakařová, certifikátorka paliativního přístupu a lektorka Institutu vzdělávání APSS ČR, která představila hlavní důvody, proč by měla zařízení pobytových sociálních služeb certifikovat svůj paliativní přístup, kdy a jak vůbec začít (zda má na to zařízení připravené zaměstnance, ujasnit si v týmu, zda je toto téma pro zařízení důležité apod.) a jaké oblasti jsou pak v průběhu certifikace hodnocené.

Ředitelka pro oblast vzdělávání společnosti Freya Petra Hamerníková otevřela svojí přednáškou téma sexuality v sociálních službách. Oblast sexuality a vztahů je podle ní řešena ad hoc, a to až ve chvíli, kdy jsou potřeby klientem/klientkou komunikovány nebo když se objeví problém. Převládá totiž názor, že sexualita, intimita, vztahy pro některé klienty/klientky není vůbec tématem, že sexuální potřeby nemají. Proto Hamerníková doporučila mít práci se sexualitou systematicky ukotvenou, což následně zjednoduší práci personálu. Organizace Freya také navrhla a odzkoušela vhodný systém zavádění práce se sexualitou a vztahy v sociálních službách.

Závěr prvního dne konference patřil Ladislavu Kabelkovi, geriatrovi, paliatrovi, primáři v Domácím hospici sv. Zdislavy, který je zároveň iniciátorem vzdělávací organizace PALIARE – Institutu geriatrické a paliativní péče.

Předělem dvou konferenčních dní byl galavečer, kterým provázal moderátor Daniel Čechťický. V rámci oficiálních „ceremoniálů“ byla slavnostně předána ocenění Značka kvality v sociálních službách, Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách a akreditace Kvalitní Nutriční Péče. Úspěšnou certifikací v systému Značka kvality v sociálních službách prošel Domov pro seniory Pelhřimov, ocenění si převzala ředitelka domova Anna Hlavničková. Druhou částí oficiálního programu bylo předání ocenění úspěšné Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách, kterou prošel Domov pro seniory Krásné Březno (obhájil základní stupeň certifikace), certifikát si převzal ředitel domova Jaroslav Marek a zástupkyně ředitele a koordinátorka péče Ladislava Svatošová, a Domov pro seniory Kamenec, Slezská Ostrava (obhájil rozšířený stupeň certifikace), ocenění převzal ředitel domova Juraj Chomič a Radka Poláková, která vedla management paliativní péče. Závěrečnou „oficialitou“ bylo předání akreditací Kvalitní Nutriční Péče, kterou



Libor Svět

obdržel opět Domov pro seniory Kamenec, Slezská Ostrava. Pro certifikát spolu s ředitelem Jurajem Chomičem tentokrát přišla vedoucí ošetrovatelské a zdravotní péče Monika Marková. Druhým zařízením, které zdárně ukončilo pilotní projekt v rámci Kvalitní Nutriční Péče, byl Domov pro seniory Bechyně. Ocenění z rukou Marka Křibíka, ředitele Nutriční péče, převzala ředitelka domova Martina Smětáková a nutriční terapeutka Pavla Pechušková. Zbytek galavečera se nesl v duchu přátelské konverzace a tance, neméně důležitou součástí byl také bohatý raut.

Druhý konferenční den byl rozdělen do dvou sekcí, a to na sekci management pobytových sociálních služeb a sekci ošetrovatelské a paliativní péče v sociálních službách. V sekci manažerské zazněla témata jako *Moderní pojetí role praktického lé-*



Sekce management pobytových sociálních služeb

kaře v sociálních službách (Tomáš Hlaváček), *Úhrady ošetrovatelské péče v roce 2023* (Jiří Procházka), *Digitalizace zdravotní péče v ČR* (Miroslav Palát) či *Nejčastější chyby ve vykazování ošetrovatelské péče* (Alois Macek).

Pro účastníky ošetrovatelské a paliativní sekce byla připravena například témata *Zkušenosti se zaváděním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory* (Barbora Nejedlá), *Nová metodika fóra mobilních hospiců k zavádění paliativní péče v pobytových službách* (Karolína Pechová, Regina Slámová). Také zde byl představen projekt Sanitka přání, jehož cílem je splnit lidem, kteří nejsou schopni uskutečnit sami ani s dopomocí pečujících některá ze svých přání.

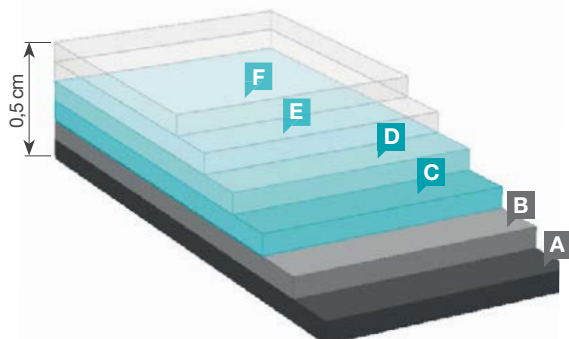
Všem účastníkům děkujeme za účast a těšíme se zase příští rok!



Převzetí ocenění Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách Domov pro seniory Kamenec, Slezská Ostrava

APLIKACE LITÉ PODLAHY PU FLOW

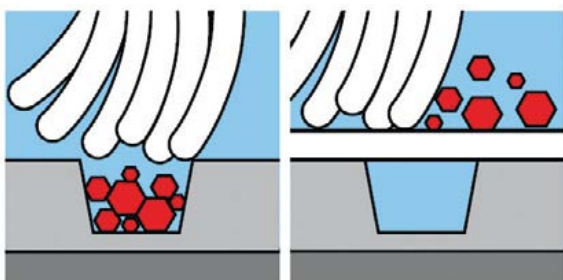
Totální změna podlahy během 3 dnů, bez nutnosti trhání původní podlahoviny, uzavření provozu, hluku a prachu. Litá podlaha je následně ošetřena CLEANLIFE permanentní úpravou, která trvale chrání povrch před otěrem, poškozením a bakteriální kontaminací.



- A** 1. vrstva srovnávací penetrace s křemičitým pískem
- B** 2. vrstva srovnávací penetrace již bez písku
- C** elastická polyuretanová stěrka
- D** finální dekor (barva dle výběru)
- E** 1. vrstva transparentního PU CLEANLIFE laku
- F** 2. vrstva transparentního PU CLEANLIFE laku

Vytrhat stávající podlahovinu není nutné. Máme řešení, kdy Vám za 3 dny dokážeme udělat novou podlahu - tu standardně umístíme na stávající povrch. Aplikace je možná na elastické podlahoviny, dřevěný podklad, betonový podklad nebo na kámen či dlažbu. Celý proces funguje bez velkého narušení provozu, v absolutní tichosti, bez nutnosti bourání a prachu. Litá polyuretanová podlaha je následně upravena dle vybrané barvy a vzoru včetně ošetření nejmodernější technologií permanentní ochranné vrstvy pro extrémně dlouhou ochranu.

0 99,5 % MÉNĚ BAKTERIÍ



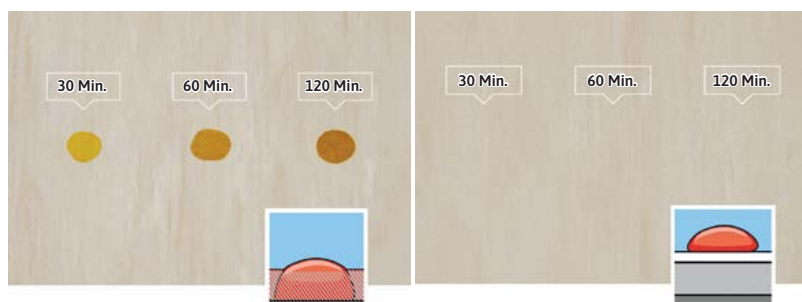
ŠPATNĚ

Bez povrchové úpravy se do otevřených spár dostávají nečistoty a bakterie.

SPRÁVNĚ

Permanentní povrchová úprava CLEANLIFE podlahu hermeticky uzavře.

JEDINEČNÁ ODOLNOST



BEZ POVRCHOVÉ ÚPRAVY

Dezinfekční prostředky a chemie pronikají do podlahy a zanechávají nezvratné škody.

S POVRCHOVOU ÚPRAVOU CLEANLIFE

Povrchová úprava zajišťuje vysokou odolnost proti dezinfekčním a chemickým látkám.

OBLAST POUŽITÍ

Nemocnice, lékařské praxe, domovy pro seniory, kadeřnické salony, autosalony, kanceláře. Zde musí být vše nejenom hygienicky čisté, ale také to musí dobře vypadat. Barevné dezinfekční prostředky nebo jodové preparáty způsobují často neodstranitelné skvrny a stopy. Právě v oblasti zdravotnictví nejsou dlouhé výpadky provozu nebo častá výměna podlahy v žádném případě přípustné.

VLASTNOSTI PERMANENTNÍ POVRCHOVÉ ÚPRAVY

Speciální 2K-polyuretanový nátěr na vodní bázi s mimořádně vysokou hustotou zesíťování a tím zvýšenou odolností proti barevným chemikáliím, migraci změkčovadel a chemikálií. Redukuje přilnavost nečistot a ulehčuje běžné čištění. Odolný ochranný film, vynikající elasticita. Vysoký podíl pevných částic. Nízké emise (EMICODE: EC2 R). Pro bezpečný provoz lze upravit protiskluznou třídu dle norem R9, R10 a R11. Působí antibakteriálně (testováno podle EN 16697 a ISO 22196) a antivirálně (testováno podle EN 16777 a ISO 21702).

VÝHODY PU FLOW

- rychlost realizace
- nízké hlukové zatížení prostoru
- žádné prachové zatížení
- ekologická varianta
- vysoce hygienická úprava
- žádné spáry



JAK PROBÍHÁ RENOVACE PODLAHY V DOMOVĚ?

Krátký rozhovor s paní Ing. Soňou Maškovou, ředitelkou Domova pro seniory Vrchlabí o aplikaci lité podlahy v kuchyňském provozu, která proběhla v závěru loňského roku.

Jaké byly cíle renovace podlahy ve Vaší organizaci? V čem byla současná podlaha nevyhovující?

V rámci možnosti dostupných finančních prostředků na provoz realizujeme každý rok potřebné opravy a údržby majetku, který nám zřizovatel svěřil do správy. Tak tomu bylo i v roce 2022, kdy se ke konci roku podařilo zrealizovat dlouhodobě plánovanou opravu podlahové krytiny v kuchyňském provozu včetně opravy odtokových žlabů. Dlažba i žlaby v kuchyni byly značně poškozené, jejich současný stav již nevyhovoval hygienickým ani bezpečnostním požadavkům.

Proč jste se rozhodli právě pro tento typ renovace (aplikace lité podlahy technologií PU Flow)?

Rozhodnutí renovovat podlahu obnášelo odstavit kuchyň na tři týdny, vystěhovat a uskladnit všechny kuchyňské přístroje a zařízení, zajistit vaření stravy pro klienty v náhradních prostorách a zajistit, aby bylo vše provedeno ve správném čase a správné kvalitě.

Pokud se rozhodnete podstoupit toto martyrium, potom byste rádi, aby výsledek stál za to. Vybírala jsem z různých, na našem trhu nabízených, podlahových krytin vhodných do kuchyňského provozu. Na základě zjištěných referencí a cílených návštěv jiných sociálních zařízení jsem po důkladném zvážení zvolila možnost lité podlahy s technologií PU Flow. Splňovala moji představu a požadavky na jednoduchou údržbu, bezpečnost a pružnost, důležité aspekty pro zaměstnance v kuchyni.



Jakým způsobem se Vám podařilo skloubit každodenní činnosti Vašich zaměstnanců a klientů s renovací podlahy?

Odstávka kuchyně nakonec trvala pět týdnů. Přípravné řemeslnické práce se neplánovaně prodloužily, ale díky flexibilitě a vstřícnosti zúčastněných firem, výborné spolupráci zaměstnanců bylo dílo dokonáno ke všeobecné spokojenosti.

Máte nějakou zpětnou vazbu od Vašich zaměstnanců, zda jim renovace podlahy pomohla při jejich práci apod.? Poznali rozdíl při údržbě a čištění podlahy? Myslíte, že se snížila hlučnost podlahy?

Z pohledu zaměstnanců kuchyně se nová podlaha mnohem lépe čistí a v čistotě lépe udržuje. Pracovníci mají menší obavy z uklouznutí, pružnost podlahy jim poskytuje komfortní pocit při chůzi. Z pohledu mého je důležitá bezpečnost a spokojenost zaměstnanců. Jako bonus vidím možnost velkého výběru barevných variant.

Jak jste celkově spokojeni s novou podlahou, co vidíte jako největší přínos? A je naopak něco, co byste změnili?

Uvidíme, co přinese čas a praxe, ale nyní je renovovaná podlaha přínosem nejenom pro zaměstnance kuchyně. Těším se na další spolupráci s firmou Pro CleanLife s.r.o.



Ing. Soňa Mašková, MBA
ředitelka domova

Prevence duševních poruch a jejich rehabilitace

2. díl

V této části našeho seriálu o psychiatrické rehabilitaci se zaměříme na sport a na další aktivity, např. návštěvy divadel, koncertů, naučných besed a hlavně četba.

■ **Text: MUDr. Helena Kučerová, HonDG,**
emeritní odborný psychiatr,
Hranice, okr. Přerov

➤ Sport

Sport je pro organismus nesmírně důležitý. Nepěstuje jen tělesnou stránku naší osobnosti, ale i tu duševní. Rozvíjí mnoho potřebných vlastností: odvahu, bojovnost i ohled na druhé, soutěživost i přátelství, překonávání bolesti a únavy, vytrvalost, schopnost se prosadit, ale nebýt přitom agresivní, a mnohé další (3, 4, 7). Skvěle to vystihují verše Rudyarda Kiplinga z básně Když (If): „*Když dokážeš přinutit své srdce a nerv a slachy, aby ti sloužily dlouho po tom, co jsou vyčerpané, a vydržet, když v tobě není nic než vůle, která jim říká: ‚Vydrž.‘*“ („*If you can force your heart and nerve and sinew to serve your turn long after they are gone, and so hold on, when there is nothing in you except the will which says to them: ‚Hold on.‘*“) U lidí nemocných pak tělesné cvičení všeobecně působí antidepressivně, a to i u pacientů s velkou depresí (dříve zvanou endogenní), jak dokládá řada studií (5, 6).

➤ Skupinové sporty

Skupinové sporty (košíková, házená, volejbal, fotbal, lední i pozemní hokej a další) kromě toho rozvíjejí komunikaci v týmu. Hráči se jeden bez druhého neobejdou, každý má svou jasně danou úlohu, kterou musí plnit, a zároveň musí respektovat role ostatních. Nikdo si nemůže dělat, co chce, neprohrává a nevíteží jen on sám, ale prohrávají nebo vítězí všichni. Je to jeden za všechny a všichni za jednoho. A takto to v životě chodí. Nejen ve sportovním družstvu, ale také v rodině nebo na pracovišti tvoří kolektiv jeden celek, který je více nebo méně úspěšný, ale přitom záleží na každém jednotlivci. Přináší to s sebou též dynamiku vnitřních vztahů v týmu, disciplínu všech členů, včetně různých druhů trestů pro ty, kteří ji porušují, a odměny pro jedince, kteří jsou pro kolektiv významní. Na druhé straně to však znamená i péči o členy slabší, kterým je třeba pomoci: v rodině typicky o děti, o starší generaci a o každého, kdo je nemocen.

Tyto zákonitosti se mohou zdát samozřejmostí, avšak v psychiatrické praxi se mnohdy setkáváme s týmy – s rodinami, kde to zdaleka takto harmonicky nefunguje (2). Jako příklad může sloužit rodina, kde je zvykem běžně pít alkohol. Scénářů je mnoho, od těch, kdy pije pouze jeden člen rodiny a ostatní tím trpí, až po ty, kdy pijí všichni. Není výjimkou, že otec přijde z práce, otevře si pivo, a ne jedno, po večeri si dá s maminkou trochu vínka, a když přijde děda nebo kamarád, tak se otevře slivovička nebo jiný tvrdý alkohol. A to s menšími obměnami téměř denně. Když se to provozuje mnoho let a vyrůstají v tom děti, není pak divu, že i děti mají rády alkohol. Když se pak u některého z dětí rozvine závislost, tak je postižený terčem velké kritiky celé rodiny, že dělá ostudu, opíjí se na veřejnosti, chodí za školu, nepracuje atd. Ostatní členové si však neuvědomují, že viníkem není jen on sám, ale i ostatní, a že v takovéto alkohol milující společnosti prostě nejdříve „odpadne“ ten nejslabší článek (než nakonec budou nějakým způsobem postiženi všichni). Jedná se o jasné selhání ve vztazích mezi členy rodiny a poruchu v jejich vzájemné komunikaci. V případě, že se závislý pacient rozhodne léčit, je třeba analyzovat a napravovat následky chybného fungování rodiny metodami psychiatrické rehabilitace, mimo jiné také účastí na sportovních hrách.

Sportovní hry jsou také velmi vhodné u pacientů se schizofrenií, u nichž však podstata léčby tkví především v tréninku komunikačních dovedností, které schizofrenie jakožto progredující choroba oslabuje. V naší ordinaci v Hranicích jsme se sestrou v průběhu 15 let vedly tři skupiny schizofrenních pacientů, kdy jsme používaly různé techniky, mimo jiné také jednoduché hry s míčem (3). Měly jsme k dispozici velkou čekárnu, takže jsme si to mohly dovolit. Pacienti měli tyto techniky rádi, vždy

se rozeběhali a rozveselili a také my jako terapeutky jsme pozorovaly pokrok v jejich chování.

➤ Biblioterapie (léčba knihou)

Prospěšnost lyžování, bruslení či dalších pohybových aktivit na čerstvém vzduchu není třeba zdůrazňovat. Když pak člověk přijde zvenku vysportovaný, vymrzlý a vyhladovělý do vyhřátého domova nebo turistické chaty v horách, není nad to dát si dobrou večeři a zasednout k zajímavé knížce. Čtení knih stále zůstává velmi oblíbené zejména u starší a střední generace, ale podle řady studií přestává být populární u generace mladší, která si zvykla na používání internetu v počítači nebo mobilu možná víc, než je zdravo. Ovšem i přes internet si lze vypůjčit knihy v elektronické formě (1). Nicméně držet knihu v ruce, rukou otáčet její stránky tam a někdy zase zpět, vidět v originále její ilustrace, to je přece jen něco jiného. Jak se zpívá ve známé písni: „*Je to paráda, lehnout si na záda a číst knížku.*“

Ale nejde pouze o příjemný pocit ze čtení, jde také o to, co nám takové čtení dá. Jsou to samozřejmě různé vědomosti a informace, které se dozvídáme, ale především si cvičíme myšlení a paměť, obnovujeme a rozšiřujeme slovní zásobu a trénujeme gramatické spojování slov ve věty. To si běžně neuvědomujeme, to můžeme pozorovat až u různých stavů, kdy jsou myšlení a řeč narušeny. Setkáváme se s tím u organických poruch mozku, zejména při afáziích po mozkových mrtvicích, u různých druhů demencí, ale také v pokročilejších stádiích schizofrenie. Po mozkových mrtvicích se často objevuje expresivní afázie, kdy pacient nemůže výraz pro určitý předmět nebo činnost vyslovit, ale umí ho napsat nebo nakreslit. Specifickým rehabilitačním cvičením řeči lze tuto poruchu významně zlepšit nebo i odstranit. U pacientů s různými druhy demencí pozorujeme jak neschopnost najít správný výraz, tak také poruchu v sestavování vět a zapamatování toho, co již bylo řečeno. U schizofrenie dochází k úbytku slovní zá-

Sportovní hry jsou také velmi vhodné u pacientů se schizofrenií, u nichž však podstata léčby tkví především v tréninku komunikačních dovedností, které schizofrenie jakožto progredující choroba oslabuje.



Kresba pacientky (36 let) s diagnózou schizoafektivní poruchy

soby jako celku i schopnosti vůbec myslet a mluvit ve větách: říkáme, že myšlení je „vychudlé“ (3).

Často však pacient nemá dosti sil, aby si četl sám, rychle se unaví nebo nerozumí textu. Při rehabilitaci těchto poruch tedy používáme metod značně jednodušších s pomocí kresby nebo předtištěných obrázků, a také různých slovních her, individuálně nebo ve skupině. V našich psychoterapeutických skupinách (3) jsme používali různé druhy těchto technik, kdy pacienti např. měli uhodnout předváděnou činnost, vyjmenovávali slova začínající nebo končící na nějaké písmeno, hledali různá synonyma. Lze vymyslet obrovskou škálu různých obměn, jak taková cvičení zpříjemnit a učinit zábavná. Ve všech uvedených pří-

padech, jakož i v mnoha dalších, je četba a práce s knihou nesmírně prospěšná, a to nejen při terapii, ale také jako prevence.

» Divadlo, koncerty, besedy

Návštěva divadla, koncertů nebo besed se zajímavými lidmi, cestovateli, autory knih, malíři apod. – to jsou aktivity vhodné pro rozptýlení v chladném období, kdy je brzy tma, což samo o sobě působí tísnivě. Je tedy dobře „jít mezi lidi“, ale nikoli do hospody na pivo a rum, nýbrž jít si poslechnout hudbu či zajímavé vyprávění nebo zhlédnout divadelní hru či operu. Zejména hudba je nesmírně léčivá, a to jak ta poslouchaná, tak zejména vlastní hraní na hudební nástroje a zpěv. Ale o tom zase někdy příště.

Čtení knih stále zůstává velmi oblíbené zejména u starší a střední generace, ale podle řady studií přestává být populární u generace mladší, která si zvykla na používání internetu v počítači nebo mobilu možná víc, než je zdravé.

Literatura:

1. Bookport, elektronická knihovna, provozuje www.grada.cz (knihy nejrůznějších žánrů z mnoha nakladatelství).
2. Kučerová H. *Psychická porucha jedince ve věci celé rodiny*. Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR, 2017; 27(2): 32–35.
3. Kučerová H. *Bolest v psychiatrii*. Praha: Galén, 2018.
4. Levitová A, Hošková B. *Zdravotně-kompenzační cvičení*. Praha: Grada Publishing, 2016.
5. Machado S. *Exercise in medicine: is there a dose-response for major depression*. J Psychiatry, 2017; 21(1): e112.
6. Rhyner KT, Watts A. *Exercise and depressive symptoms in older adults: a systematic meta-analytic review*. J Aging Physical Activity, 2016; 24(2): 234–246.
7. Yamamoto A. *Mechanismy hypalgie vyvolané cvičením*. Psychiatrie, 2018; 22(1):33-38.

Příspěvková organizace jako pachatel trestného činu

V aktuálním článku navazujeme na předchozí příspěvky publikované v odborném časopise Sociální služby, které se zabývaly pravidly hospodaření příspěvkových organizací a právní odpovědností ředitelů těchto organizací. Tentokrát bude pozornost zaměřena na trestní odpovědnost samotných příspěvkových organizací, především pak na její právní ideové základy, na potenciálně páchané trestné činy a na arzenál trestů, které za ně mohou trestní soudy uložit, jakož i na hranice trestání příspěvkových organizací.

■ **Text: JUDr. Libor Vašíček, Mgr. Matuš Baliač,**
Legal Partners, advokátní kancelář

» Trestní odpovědnost právnických osob

Silící společenský vliv právnických osob (zejména mezinárodních korporací), roz-

mach jejich nezákonných aktivit ohrožující hospodářskou stabilitu, zneužívání komplikovaných rozhodovacích procesů k páchaní trestné činnosti a s tím spojená nemožnost prosazení individuální trestní odpovědnosti byly hlavní argumenty, které přesvědčily zákonodárce o nutnosti zavést trestní odpovědnost právnických osob.

Z pohledu právní teorie je přitom právnícká osoba umělým výtvořem, fikcí bez vůle, která není způsobilá založit svou trestní odpovědnost vlastním zaviněným jednáním. Za účelem překlenutí tohoto teoretického problému byl vytvořen institut přičitatelnost. Právnícké osobě je tak trestný čin přičítán (hledí se ni jako na pachatele), je-li spáchán v jejím zájmu nebo v rámci její činnosti vymezené v základatelském dokumentu, tedy například i řízovací listině příspěvkové organizace. Právnícké osobě je však přičítán pouze ten trestný čin, který spáchal člen jejího statutárního, kontrolního nebo dozorčího orgánu, jiná osoba ve vedoucím postavení

»»» 24

««« 23

oprávněná za právnickou osobu jednat (na základě jiného předpisu, např. zaměstnanci, prokuristi nebo obchodní zástupci), zaměstnanec při plnění pracovních úkolů nebo osoba s rozhodujícím vlivem (v případě příspěvkových organizací zejména zřizovatel). Pouze tyto osoby z pohledu zákona o trestní odpovědnosti právnických osob nahrazují svým jednáním neexistující vůli právnické osoby. V případě zaměstnance je navíc přičitatelnost jeho jednání přičitatelná právnické osobě podmíněna udělením pokynu, opomenutím jeho úřední nebo nedostatečnou kontrolou jeho pracovní činnosti. Jedná se přitom o koncept souběžné nezávislé trestní odpovědnosti fyzických a právnických osob, což v praxi znamená, že pokud zaměstnanec i zaměstnavatel naplní znaky trestného činu, budou souzeni oba. Do dnešního dne přitom byly, dle informací z rejstříku trestů, trestními soudy odsouzeny stovky právnických osob, přičemž počet udělených trestů nadále stoupá.

» Trestné činy a tresty

Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob, má povahu doplňkového předpisu k trestnímu zákoníku (TZ) a trestnímu řádu. Výčet speciálních, právnickým osobám na míru ušitých trestných činů bychom v něm hledali marně – jeho současná podoba stanoví obecnou odpovědnost právnických osob za všechny trestné činy s výjimkou úplného výtčtu zločinů a přečinů, u nichž z principu nepřichází jejich trestní odpovědnost v úvahu, například trestný čin dvojího manželství či třeba opilství.

Je samozřejmě absurdní, aby byla právnická osoba odsouzena k trestu vězení nebo domácího (sídelního) vězení. Zřejmé rozdíly v charakteristických trestních i obecně definičních znacích právnických a fyzických osob tak činí systém trestů trestního zákoníku neúčelným pro právnickou osobu – pachatele. Právnická osoba je rovněž založena na jiných hodnotách, přičemž tou hlavní, kterou postihuje i speciální systém ukládání trestů, je výkon její činnosti. Kromě typického peněžitého trestu, trestu propadnutí majetku nebo zákazu činnosti, který mimochodem na právnickou osobu vzhledem k účelu jejího založení dopadá mnohem tvrději než na osobu fyzickou, zákon upravuje také specifické tresty zákazu přijímání dotací na dobu až 20 let nebo zveřejnění rozsudku. Rozhodně nejpřísnějším trestem, který může být právnické osobě uložen, je ekvivalent trestu smrti, trest zrušení právnické osoby. Ten ale může být trestním soudem uložen pouze právnickým osobám se sídlem v České republice, jejichž činnost spočívala zcela

nebo převážně v páčání trestných činů. Relativní vágnost tohoto ustanovení sice vedla několik dychtivých soudců ke snaze o systémové rušení trestaných společností, nicméně dnes již ustálená soudní praxe vyšších soudů ve spojení s důvodovou zprávou zákona vykládá toto ustanovení jako výjimečný trest k potírání organizovaného zločinu.

» Hranice ukládání trestů příspěvkovým organizacím

Osobní působnost zákona o trestní odpovědnosti právnických osob se stává zajímavou, když pomyslíme, že i samotná Česká republika a její územně samosprávné celky jsou právnickými osobami, respektive jsou za ně zákonem považovány. Znamená to tedy například, že dotační podvody vysoce postaveného ústavního činitele by mohly založit trestní odpovědnost státu potrestanou zákazem přijímání dotací či dokonce zrušením právnické osoby? Samozřejmě ne, ale právě snaha o zamezení absolutního výkladu tohoto ustanovení vedlo zákonodárce k výslovnému vynětí těchto dvou typů právnických osob z působnosti zákona o trestní odpovědnosti právnických osob. Kraje a obce nicméně zůstávají odpovědné při činnostech stojících mimo výkon veřejné moci.

Právnická osoba je rovněž založena na jiných hodnotách, přičemž tou hlavní, kterou postihuje i speciální systém ukládání trestů, je výkon její činnosti.

Oproti tomu trestní odpovědnost příspěvkových organizací založených obcí (krajem) není zákonem nijak limitována. Přichází tak v úvahu například situace, kdy škola, příspěvková organizace zřízená obcí, bude trestně stíhána za jednání svého ředi-

tele spočívající v přijímání peněžitých darů za ovlivňování rozhodnutí o přijetí žáka ke studiu, a to i přesto, že její zřizovatel by trestně odpovědným v typově podobné situaci, tedy přijímání úplatků při výkonu veřejné moci, nebyl. Kromě výše zmíněného trestného činu úplatkářství lze z činnosti příspěvkových organizací ještě uvažovat o spáchání trestných činů podvodu (§ 209 TZ), zpronevěry (§ 206 TZ), pletich při zadávání veřejné zakázky a při veřejné soutěži (§ 257 TZ), zkršlování údajů o stavu hospodaření a jmění (§ 254 TZ) aj.

Na rozdíl od podnikající právnické osoby bude trestní soud při ukládání trestu příspěvkové organizaci značně omezen. Bude totiž povinen zvážít přiměřenost trestu z hlediska jeho dopadu na ekonomický základ zřizovatele, který bude uložením trestu bezesporu, byť nepřímou, postižen. Příspěvkové organizaci tak není možné uložit trest, který by výrazně ovlivnil hospodaření obce-zřizovatele, protože by tím rovněž došlo k omezení ústavní garance územní samosprávy. Není radno opomenout ani institut přenesení trestní odpovědnosti na právního nástupce pachatele. Lze si tak představit situaci, kdy za trestný čin spáchaný zaměstnancem příspěvkové organizace bude v konečném důsledku odpovědný její zřizovatel či jiná příspěvková organizace daného zřizovatele, která se stala právním nástupcem organizace zaniklé. Je přitom nemyslitelné, aby trestní soud obci-zřizovateli zakázal naplňovat veřejné zakázky nebo vykonávat určitou činnost, tím výrazně omezil výkon její samostatné či přenesené působnosti a de facto tak trestal samotné občany.

V příštím vydání odborného časopisu Sociální služby se budeme opět věnovat tématu trestněprávní odpovědnosti právnických osob, tentokrát se zaměřením na compliance programy jako účinné nástroje k vyvinění právnické osoby z trestní odpovědnosti. ■

INZERCE

KONFERENCE

Jarní restart mysli

26. 4. 2023 / PRAHA

Zveme vás na konferenci, která vaši mysl připraví na jaro. Pojdme se zaměřit na to, co chceme zažít, jak tomu najít cestu a nastavme si hranice. Hlavním řečníkem této konference je p. Milena Steinmasslová, uznávaná herečka a dabérka, která bude mít hlavní blok, a to Sílu slova.

Registrujte se na www.scomp.cz





HelpLivi

Technologický pomocník pro klienty i personál

Více funkcí v jednom systému.
Jednoduchá instalace a nastavení.
Cenově dostupné řešení.



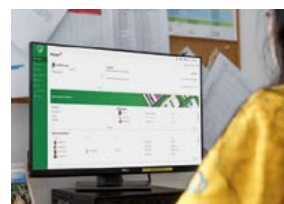
Automatická detekce rizik



Přivolání pomoci



Evidence péče



Pomůcky pro
efektivní péči

Předcházejte rizikovým situacím pomocí moderní technologie



Detekce opuštění lůžka



Detekce otevření dveří



Detekce opuštění objektu



Detekce teploty a vlhkosti



Detekce úniku vody



Detekce požáru

Pro více informací se podívejte na www.helplivi.cz



Systemové zavádění práce se sexualitou

v sociálních, školských a zdravotních zařízeních

Zkušenosti ukazují, že organizace s progresivním přístupem k tématu sexualitě stále hledají cesty, jak práci se sexualitou systémově uchopit.

■ **Text: Mgr. Lucie Šídová,**
výkonná ředitelka organizace Freya, z. s.,
a psychoterapeutka

Lidé, kteří žijí v zařízeních sociálních a zdravotních služeb, mají v mnoha případech omezený přístup k možnosti naplňovat svoji sexualitu a vztahy. Klienti a klientky ale mají zájem o sexualitě a vztazích mluvit, potřebují ovšem informace a nevědí, koho požádat o radu. Nevědí, jak navazovat vztahy a mají potřebu porozumět dalším tématům z oblasti sexuální výchovy.

Vnímají, že nemají dostatek soukromí, a vadí jim, že si do zařízení nemohou přivést partnera/partnerku či u nich nemohou přespát.

Zařízení, jež mohou být jedním z mála či jediným pomocným aktérem, však jen pomalu implementují práci se sexualitou do svých služeb. Situaci ovlivňuje fakt, že sexualita je velmi tabuizovaným tématem, které se osobně může dotýkat všech zúčastněných, tedy klientů/klientek, pracovníků/pracovnic zařízení v přímé péči, managementu a pečujících osob.

➤ Jak tedy práci se sexualitou v zařízeních zavést?

Pokud se vedení organizace rozhodne zavést práci se sexualitou a vztahy, musí počítat s časovou dotací a se zapojením svých pracovníků a pracovnic. Podpora vedení a jeho zapojení je nezbytnou součástí procesu systémového zavádění práce se sexualitou.

Jde o proces, kterému je potřeba se plně věnovat a který může trvat až rok. Záleží na kapacitě a možnostech organizace.

Na začátku je důležité si stanovit, kdy se téma začne intenzivněji řešit a kdo bude součástí týmu. Jinak se můžete dostat do pasti, kdy se téma sexualitě, kvůli času a jiným povinnostem, bude odsouvat na druhou kolej a nikdy na něj nebudete mít dostatek času.

V praxi jsme si všimli několika přístupů, které otvírají práci se sexualitou v zařízeních. Nejčastější jsou tyto:

- Téma řešení sexualitě vychází z potřeb personálu, ale nemá podporu vedení.
- Vedení vidí potřebu řešení tématu, ale personálu nedává dostatečnou podporu a oporu. Personál, který téma chce řešit, nemá dostatek kompetencí, a pokud se objeví problém, nesetkává se s podporou vedení.
- Vedení zařízení vnímá téma jako důležité, ale nemá personál, který by pomohl téma v zařízení ukotvit.

Proto, aby byl proces úspěšný, je důležité do něj zahrnout všechny strany, kterých se téma sexualitě v zařízení týká.

Pracujeme se všemi stranami trojúhelníku pomoci (viz obrázek č. 1), jehož středobodem je klient či klientka. Právě oni a jejich kvalita života jsou tím, k čemu naše činnost směřuje. Jednotné a konzistentní postupy v oblasti sexualitě a vztahů ulehčují řešení tématu sexualitě a vztahů. Podporu, pomoc a konzultaci však potřebují všichni, kteří jsou součástí trojúhelníku pomoci. Mezi nimi je nutná spolupráce a vzájemná podpora.



Obrázek č. 1: Trojúhelník pomoci znázorňuje, kterých osob se téma sexualitě v zařízení týká

➤ Proces systémového zavádění

Celý proces systémového zavádění je složen ze 7 základních kroků (viz obrázek č. 2, začínáme dole).

Pozor – v praxi se setkáváme s tím, že zařízení často začínají bodem 4, tedy tvorbou protokolu sexualitě, ale ještě předtím je důležité podniknout určité kroky.

Během celého procesu je důležitá komunikace v rámci organizace. Personál by měl vědět, co připravujete a jak se jich téma bude osobně dotýkat. Vhodně zvolená komunikace minimalizuje obavy personálu a klientů.

Pokud chcete systémově zavést práci se sexualitou v zařízení, je vhodné:

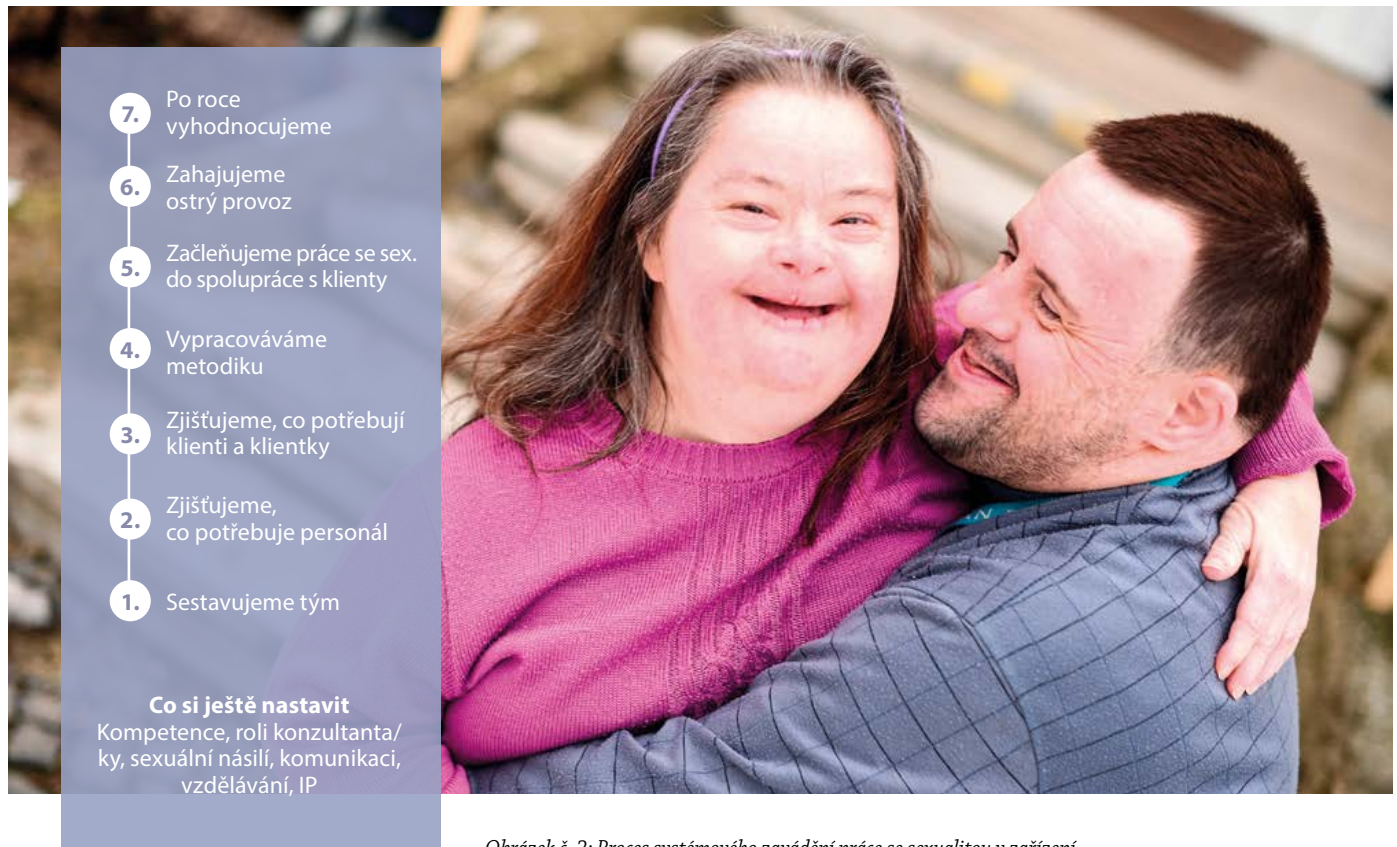
1. Sestavit podpůrný tým, který by společně téma sexualitě a vztahů zavedl do organizace. Důležitá je podpora ředitele/ředitelky, kteří celý proces zavádění podporují či vedou směrem, který je v souladu s filozofií organizace. Je důležité si nastavit vzájemnou komunikaci mezi týmem a ředitelem/ředitelkou, kterým jsou průběžné výsledky reportovány. Tým si připraví plán procesu a cíle, kam má v organizaci práce se sexualitou směřovat. Postupně řeší, diskutuje, nastavuje a vyhodnocuje celý proces. Stanoví také kompetence týmu a odpovědnosti za to, že celý proces bude nastaven.

2. Strukturovaně porozumět postojům a pohledu personálu, který témata v praxi řeší, a zjistit, co by mu pomohlo, aby s tématem sexualitě mohl lépe pracovat. Je možné vést s pracovníky/pracovnicemi rozhovory. Tím ukazujete, že je téma sexualitě běžným tématem, že se o něm dá mluvit. Dozvíte se, jak podpořit pracovníky a pracovnice, kteří téma zatím upozaďují. Zjistíte, jaké jsou jejich potřeby, obavy a strachy, se kterými pak můžete dále pracovat.

3. Porozumět potřebám klientely je dalším důležitým bodem. Pokud chcete zavést práci se sexualitou, potřebujete vědět, co chtějí a potřebují vaši klienti a klientky. Vaše představa může být úplně jiná než ta jejich. Ale i tento systém nastavujete pro klienty a klientky.

4. Vypracovat protokol/metodiku pro práci se sexualitou. Tým společně už nějaký čas pracuje, máte zmapovány potřeby organizace, personálu a klientely a teď je na řadě tvorba metodiky.

5. Zavedení práce se sexualitou do praxe organizace je důležitým



7. Po roce vyhodnocujeme
6. Zahajujeme ostrý provoz
5. Začleňujeme práci se sex. do spolupráce s klienty
4. Vypracováváme metodiku
3. Zjišťujeme, co potřebují klienti a klientky
2. Zjišťujeme, co potřebuje personál
1. Sestavujeme tým

Co si ještě nastavit

Kompetence, roli konzultanta/ky, sexuální násilí, komunikaci, vzdělávání, IP

Obrázek č. 2: Proces systémového zavádění práce se sexualitou v zařízení

krokem, který organizace často nedokončí. **Dalším krokem je seznámit s dokumentem pro práci se sexualitou pracovníky a pracovnice organizace, klienty a klientky a rodinné příslušníky či opatrovníky.** Také je nezbytné tento dokument napojit na další dokumenty v organizaci, aby byl proces kompaktní.

Je důležité si rozvrhnout, kdo v organizaci bude téma sexuality mít na starosti a kdo jej bude řešit v přímé péči s klienty a klientkami. Na tuto práci budou tito lidé potřebovat čas a prostor.

K větší kompetentnosti personálu jednoznačně přispívá vzdělávání v oblasti sexuality a vztahů.

6. Po nastavení systému následuje další krok – **představit a oslavit hotovou práci** a začít vše **testovat** v ostrém provozu. V této fázi činnost týmu, který zaváděl práci se sexualitou, nekončí. Doporučujeme, aby se nadále setkával a práci vyhodnocoval. Vhodné je také určit pracovníka/pracovnici, kteří budou nadále celý proces řídit, tzn. vyhodnocovat, kontrolovat, podporovat personál a rozvíjet práci se sexualitou v organizaci.

7. Asi po roce je vhodné **vyhodnotit, jak se práce se sexualitou daří**, a případně ji dle potřeb klientely a personálu inovovat.

Cílem zavedení práce se sexualitou je sociální, zdravotní či jiná služba, která je ote-

vřená a přátelská k sexualitě a vztahovosti lidí, je prostředím, které je příjemné, zdravé a bezpečné pro všechny. Klienti a klientky mohou otevřeně komunikovat či jinak projevat své potřeby týkající se sexuality a personál, který má podporu vedení organizace, je profesně připraven na ně reagovat a v této oblasti odborně spolupracovat.

» Výhody zavedeného systému práce se sexualitou v organizaci

Co získá management:

- spokojenější tým;
- méně problematických situací;
- méně konfliktů;
- zkvalitnění služeb;
- ucelený individuální plán a standardy – lepší výsledek při kontrolách;
- předejde se konfliktům s rodinnými příslušníky;
- zvýší se bezpečnost personálu;
- ochranu před sexuálním násilím díky stanoveným pravidlům a postupům;
- předejde se porušování práv klientů a klientek;
- předejde se sexuálnímu obtěžování klientů a klientek, nákaze pohlavně přenosnými nemocemi a nechtěnému otěhotnění.

Co získají pracovníci a pracovnice přímé péče:

- budou ve své práci spokojenější;
- ubude problematických situací při práci s klientelou;

- ubude konfliktů mezi kolegy a kolegyněmi díky jednotným postupům;
- jasné postupy při práci se sexualitou;
- předejde se obtěžování zaměstnanců/zaměstnankyň;
- úlevu díky vědomí, že mohou řešení náročnějších situací přenechat konzultantovi/konzultantce.

Co získají klienti/klientky:

- zvýší se jejich životní spokojenost;
- ubude problematických situací;
- ubude konfliktů;
- sníží se sexuální tenze;
- budou vědět, s kým řešit téma sexuality v zařízení;
- sníží se jejich stud a obava mluvit o těchto tématech;
- získají dovednosti a teoretické informace v této oblasti a zjistí, kde jsou hranice;
- zkvalitní vlastní život.

Organizace Freya byla založena v roce 2016 s cílem pomáhat lidem se zdravotním postižením, seniorům a seniorkám žít naplno.



Výrobky značky Klaro pro nemocnici nové generace

Jako přední výrobce zdravotnických vozíků, nábytku a dalšího vybavení pro zdravotnictví byla společnost Klaro, spol. s r. o. přizvána k účasti na významném projektu stavby nejmodernější nemocnice na Slovensku - v Bratislavě Borech. Nemocnici staví společnost Penta Hospitals CZ. V nemocnici budou uplatněny nejnovější technologie a inovativní procesy. Kvalita poskytované péče bude na evropské úrovni, s vysokým standardem léčby.



Designové novinky v naší nabídce

Naše produkty se snažíme nejen přizpůsobovat novým trendům a požadavkům, ale také nové trendy sami tvoříme. Proto jsme přišli s inovativním řešením ergonomického tlačného madla, které zásadním způsobem usnadňuje manipulaci s vozíky. Krytky madla je možné barevně sladit s ostatními prvky vozíku, jako jsou rohové nárazníky, chrániče rohů, čela zásuvek a krytky madel zásuvek. Madlo tedy společně s dalšími barevnými prvky tvoří nový designový a funkční celek.



Nové vozíky VAN a VAN MAX pro pečovatelský a obsluhu pokojů

Inovali jsme naši řadu vozíků pro pečovatelský a obsluhu pokojů v ubytovacích zařízeních včetně doplnění inovovaného příslušenství. Vozíky jsou nově nabízeny v univerzální šedé barvě vhodné do každého interiéru a opatřené antimikrobiální úpravou. Inovované příslušenství zahrnuje držák vaku, police a VAKO soupravu. Na vozíky je samozřejmě možné namontovat i jiné příslušenství z naší bohaté nabídky.



Rozšíření strojového parku společnosti Klaro

Od italského výrobce BLM GROUP jsme zakoupili plně automatizovanou ohýbačku trubek E-TURN 40 s vizuálním 3D programováním. Jedná se o součást modernizace našeho strojového vybavení. Tato investice nám pomůže při zefektivňování výrobního procesu, umožní nám produkovat nové typy výrobků a provádět nové složitější operace. Stroj patří mezi nejpokročilejší zařízení ve své třídě na evropském trhu.

V případě dotazů a požadavků se na nás neváhejte obrátit. Rádi Vám nabídneme individuální řešení a zašleme cenovou nabídku.

E-mail: klaro@klaro.cz
Telefon: +420 314 005 420
Mobil: +420 606 752 376
web: www.klaro.cz

Praktické zkušenosti s elektrickou požární signalizací v zařízení sociálních služeb

Na základě zákona č. 415/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 133/1985 Sb., o požární ochraně, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, by měla všechna zařízení poskytující sociální služby s ubytovací kapacitou nad 50 osob nainstalovat elektrickou požární signalizaci, a to od 1. prosince 2024. V zařízení sociálních služeb s ubytovací kapacitou do 50 klientů má provozovatel povinnost vybavit objekt autonomní detekcí a signalizací, pokud není vybaveno ochranou pomocí elektrické požární signalizace. Cílem je zvýšit úroveň požární ochrany a předcházet fatálním dopadům požárů, které se bohužel v těchto zařízeních v minulosti staly. Jistě si kladete otázku „Co to znamená a jaké jsou praktické dopady a úskalí instalace“. Na následujících řádcích se na ni pokusím odpovědět.

■ **Text: Ing. Pavel Fojtík, MBA,**
obchodní ředitel, Avalon

Zařízení autonomní detekce a signalizace, které je povinné v zařízeních do 50 ubytovaných klientů, je jednoduché zařízení, které upozorňuje na zdroj kouře či ohně v dané místnosti, kde je detektor nainstalován. Detektor má vlastní napájení nezávislé na elektrickém okruhu, svou vyhodnocovací jednotku a zařízení k vyhlášení poplachu (sirény). Autonomní detektory nejsou propojeny a neumí zavolat hasičský záchranný sbor, pouze upozorňují na nebezpečí v dosahu hlásiče daném silou použité signalizace (sirény). U tohoto typu signalizace jsou povinné pravidelné provozní zkoušky jednou ročně.

Propojením hlásičů do systému s řídicím a monitorujícím zařízením, které umí automaticky spustit požární poplach nebo jiné navazující zařízení, se dostáváme k problematice, která se týká zařízení v sociálních službách nad 50 ubytovaných klientů.

Ústředna elektrické požární signalizace (EPS) přijímá signály z detektorů požáru instalovaných ve střeženém objektu. Obvykle se umísťuje na vrátnici, recepci nebo v místnosti ostraha. Ústředna je připojena pomocí dálkového přenosu na hasičský záchranný sbor nebo ji nepřetržitě obsluhuje vyškolená dvoučlenná ostraha, která má v případě signálu požáru určitou dobu na prověření dané situace (kontrolu, zda opravdu hoří, nebo ne) a případně odvolání pláného poplachu. Obsluha je dodavatelem vyškolená po instalaci EPS a je vhodné toto školení opakovat každý rok. Pokud obsluha poplach nezruší, tak EPS přivolá pomocí zařízení dálkového přenosu jednotku požární ochrany. V případě, že není zajištěna

stálá obsluha, je jednotka požární ochrany přivolána neprodleně.

Za výjezd k planému poplachu si jednotka požární ochrany oprávněně účtuje částky v řádu několika desítek tisíc korun, proto je použití kvalitní ověřené technologie s dostupným servisem velmi důležité. Životnost kvalitní EPS převyšuje 10 let a dvakrát ročně musí být provedena provozní zkouška. Tu může provádět pouze osoba certifikovaná výrobcem systému. Je tedy nutné v případě výběrového řízení tyto náklady zařadit do výběrového řízení a dopředu kalkulovat cenu za havarijný výjezd servisního technika. V případě nestabilní technologie to může znamenat významné navýšení nákladů na pozáruční provoz.

Lze instalovat i bezdrátové systémy EPS. Samotná technologie je výrazně dražší oproti klasické instalaci, ale montáž je levnější. Vzhledem k našim zkušenostem bych velmi zvažil použití bezdrátové technologie. Neustálá výměna baterií a časté servisní výjezdy tuto technologii výrazně prodražují, a to bez ohledu na rušení a nestabilitu wifi sítě.

Na trhu jsou dostupné kvalitní systémy mnoha výrobců, např. značky Protec, Esser, Schrack, C-tec atd., a to včetně rozsáhlé servisní sítě.

Před zahájením projektu instalace elektrické požární signalizace je nutné zajistit stávající dokumentaci požárněbezpečnostního řešení (PBŘ). Tento dokument je nutné aktualizovat o technologii elektrické požární signalizace a schválit hasičským sborem. Naše zkušenosti s dostupností a aktuálností PBŘ nejsou u starších objektů dobré. V těchto případech totiž není dokumentace často vůbec dostupná nebo není aktuální. Časté stavební úpravy objektů bez aktualizace PBŘ znamenají vyšší pracnost a časo-

vou náročnost pro zhotovitele aktualizace PBŘ. Požárněbezpečnostní řešení stavby může zpracovávat pouze osoba, která má k tomu patřičné odborné oprávnění, a to dle zákona č. 360/1992 Sb., České národní rady o výkonu povolání autorizovaných architektů a o výkonu povolání autorizovaných inženýrů a techniků činných ve výstavbě.

Na základě schváleného PBŘ je vypracována projektová dokumentace, která bude podkladem pro výběrové řízení na zhotovitele EPS. Projektová dokumentace určí, jaké bude technické řešení, rozmístění hlásičů, vedení kabeláže a další detaily nutné pro nacenění technologie a pracnosti. Cena instalace EPS se pohybuje řádově ve statisících korun v závislosti na velikosti a složitosti střeženého objektu.

Realizace instalace EPS trvá obvykle několik týdnů. Na základě našich zkušeností lze projekt instalace EPS (od aktualizace PBŘ do uvedení do provozu) provést do 12 měsíců.

V případě, že vaše organizace nemá v rozpočtu dostatek finančních prostředků, doporučuji statutárním zástupcům okamžitě zahájit jednání se zřizovatelem na mimořádném řešení. Některé kraje již přistupují k situaci velmi aktivně, pomáhají s přípravou a alokují mimořádné prostředky ve svých rozpočtech. Kraje se také snaží vyjednávat s MPSV a dalšími orgány státní správy o financování. Finanční situace některých zařízení není příznivá a naplnění zákonné povinnosti může být pro některé statutární zástupce problémem. O případných osobních důsledcích v případě nesplnění povinnosti a požáru se škodami na majetku a životě je zcela zbytečné spekulovat. Je proto nutné konat.

Nezapomeňte ve svých zadávacích dokumentacích na možnost rozšířené záruky na systém až pět let a také na zákonnou povinnost pravidelných zkoušek EPS (dvakrát ročně) a zahrňte je do hodnotících kritérií a nákladů na celkové vlastnictví systému, a to alespoň na pět let. Významně tím snížíte finanční náročnost pro vaši organizaci. Mnoho času již nezbývá.

Firma Avalon, s. r. o., se od roku 1995 zabývá projekcí, dovozem, distribucí, servisem a technickou podporou elektrické požární signalizace a slaboproudých systémů.

Proprioreceptivní stimulace a Nástavbové prvky Bazální stimulace

Proprioreceptivní vnímání, stejně jako kožní (somatické) a vestibulární vnímání, řadíme do trilogie bazálních smyslů, jejichž stimulace je důležitá pro podporu vývoje nebo obnovení motorických (pohybových) schopností člověka. Proto stimulujeme zejména ty uživatele, u kterých se mobilita zhoršuje.

■ **Text: PhDr. Karolína Maloň
Friedlová, Ph.D.**

certifikovaný lektor a auditor Basale
Stimulation®, ředitelka INSTITUTU Bazální
stimulace podle Prof. Dr. FRÖHLICHA

Příčinou zhoršené mobility může být zvyšující se věk, onemocnění, mozková cévní příhoda nebo úraz aj. **Somatický, proprioreceptivní a vestibulární smysl využíváme i jako bazální komunikační kanál** k navázání komunikace s těmi, kteří nevidí, neslyší nebo mají těžký stupeň demence či mentální retardace. V klinické intenzivní péči má stimulace bazálních smyslů nezastupitelný význam pro stimulaci vědomí u pacientů v kómatu.

Proprioreceptivní je systém hluboké somatické citlivosti. Je zajišťován proprioreceptory, které jsou uloženy ve svazech, kloubních pouzdrech, kůži nad klouby a ve šlachách. Tento systém umožňuje vnímání vzájemných poloh jednotlivých částí těla, postavení kloubů, kódování vzájemného pohybu jednotlivých částí těla a rozsahu pohybu v kloubech a odhaduje také sílu svalů během pohybu. Na proprioreceptory a receptory pro vnímání vibrací, které jsou uloženy v kůži (Vater Paciniho a Meissnerova tělíska), můžeme působit vibračními podněty.

Vibrační stimulace implementujeme do péče zejména s cílem zprostředkovat intenzivní vjemy z těla a připravit senzorycký organismus na vertikalizaci a mobilizaci. K vibrační stimulaci můžeme použít různé technické předměty (baterkové vibrátory, vibrující hračky, vibrující lehátka a sedátka, rezonanční desky, vibrační polštářky aj.) nebo můžeme provádět ruční vibrační stimulace na kloubech horních a dolních končetin.

U seniorů aplikujeme pouze manuální vibrační stimulace, baterkové vibrátory nepoužíváme, abychom zamezili mikrotraumatizaci kůže a podkoží, případně vazivového aparátu v okolí kloubů. Manuální vibrační stimulace kombinovaná se somatickou stimulací má výrazný efekt pro stimulaci vnímání těla a následně nácvik pohybových a sebeobslužných schopností.

Vibrační stimulaci lze integrovat také do celkové koupele. Pokud je celková koupel prováděna jako zklidňující nebo povzbuzující somatická stimulace dle konceptu Bazální stimulace, je možné během modulace končetin dvěma žínkami provést v okolí kloubů vždy lehkou vibrační stimulaci. Manuální vibrační stimulace vyžaduje správný nácvik, tato praktická dovednost se učí v certifikovaných kurzech Bazální stimulace.

Vibrační stimulace je i součástí muzikoterapie, protože hudební nástroje vytvářejí vibrace. Tělo klienta může být v kontaktu s muzikoterapeutickým nástrojem, aby klient mohl vnímat vibrace vytvářené hudebním nástrojem. Vibrační podněty jsou vytvářeny také při řeči nebo zpěvu, protože dochází k jemnému chvění hrudníku. Toho lze využít v péči a položit ruku uživatele na jeho vlastní hrudník. Může tak vnímat vibrace, které vytváří jeho vlastní hlas.

V péči o děti s kombinovaným postižením používáme i přímý kontakt hrudníku dítěte s hrudníkem terapeuta. Během této stimulace by oba měli být v pohodlné pozici, terapeut většinou sedí na zemi, v křesle nebo na lůžku za klientem, tělo klienta je opřené o tělo sedícího za ním. V této pozici může klient celým hrudníkem vnímat tlak hrudníku terapeuta a také vibrace, které jeho hrudník vydává, když terapeut hovoří nebo zpívá. Vibrační stimulace poskytuje dostatek informací, aby si člověk mohl uvě-

domovat sebe sama, podporuje vnímání tělesného schématu a rozvoj komunikačních schopností u lidí, u nichž není možná verbální komunikace.

Stimulaci bazálních smyslů kombinujeme se stimulací **nástavbových prvků konceptu, kterými jsou:**

- stimulace taktile-haptická (hmatová)
- stimulace olfaktorická (čichová)
- stimulace optická (zraková)
- stimulace auditivní (sluchová)
- stimulace orální (senzorky dutiny ústní a chuťových vjemů)

Bazální i nástavbové prvky se velmi úzce prolínají a jejich implementace do péče se odvíjí od potřeb uživatele a jeho stavu. **Pokud nástavbové prvky aplikujeme v kontextu autobiografické anamnézy uživatele, můžeme i člověku s těžkým stupněm demence poskytnout orientaci v nabízených aktivitách, a tím mu zajistit pocit jistoty a bezpečí.** Proto se snažíme k optické, sluchové i taktile-haptické stimulaci zajistit předměty, které uživatel zná. Nejlépe z jeho původní osobní domácnosti.

Přemístění člověka z domácího prostředí, jež je mu důvěrně známé, do prostředí zcela nového (do domova pro seniory nebo domova pro osoby se zdravotním postižením) může vyvolávat úzkost, strach a také agresivní chování uživatele. Je to proto, že se klient s demencí v novém prostředí vůbec neorientuje. Koncept Bazální stimulace umožňuje i člověku s demencí pochopit novou situaci, orientovat se i v neznámém prostředí a důvěřovat pečovatelskému personálu. Proto je nutné znát senzobiografickou anamnézu klienta a získat od rodiny jeho privátní věci a předměty. Integrace privátních věcí uživatele do nového neznámého prostředí domova navozuje zklidnění a také posiluje vnímání hodnoty klienta ze strany pečujícího personálu. Hodnotu a význam člověka lze zprostředkovat prezentací jeho života, biografického příběhu. Lze ji vyjádřit užitím osobních věcí, osobního prádla, povlečení, fotografií rodiny a také vytvořením tzv. „krabic (kufrů) vzpomínek“.

Vibrační stimulace implementujeme do péče zejména s cílem zprostředkovat intenzivní vjemy z těla a připravit senzorycký organismus na vertikalizaci a mobilizaci. K vibrační stimulaci můžeme použít různé technické předměty (baterkové vibrátory, vibrující hračky, vibrující lehátka a sedátka, rezonanční desky, vibrační polštářky aj.) nebo můžeme provádět ruční vibrační stimulace na kloubech horních a dolních končetin.



Obr. 1



Obr. 2



Obr. 3

Seniorům s demencí, kteří jsou dezorientováni místem a časem, je nutné pro orientaci v prostoru vytvářet tzv. „orientační záchytné body a vizuální mosty“. Do okolí umístíme předměty z jejich života, které jim umožní orientaci. Z toho důvodu je nutné předměty nebo obrázky umístit i na dveře pokoje nebo do lůžka či nad lůžko klienta.

Seniorům s demencí, kteří jsou dezorientováni místem a časem, je nutné pro orientaci v prostoru vytvářet tzv. „orientační záchytné body a vizuální mosty“. Do okolí umístíme předměty z jejich života, které jim umožní orientaci. Z toho důvodu je nutné předměty nebo obrázky umístit i na dveře pokoje nebo do lůžka či nad lůžko klienta.

Při aplikaci auditivních i optických podnětů je důležité zohlednit nejen biografii, ale také stav zrakového a sluchového vnímání klienta. Pokud má klient kompenzační pomůcky (sluchadlo nebo brýle), je potřeba, aby je měl nasazené. Nemalý význam má také periodické opakované vyšetření sluchu a zraku, které nám umožní zjistit, zda se stav klienta v oblasti sluchového a zrakového vnímání nezhoršil. Pokud ano, je nutné klientovi zajistit adekvátní kompenzační pomůcku.

Při optické stimulaci musíme brát také na zřetel, že oko seniora není schopno vnímat všechny odstíny barev. Dobře vnímatelné jsou syté barvy v základním odstínu. Nepoužíváme barvy tlumených odstínů, jako je šedá, béžová, světle modrá a světle růžová, neboť mohou být ve stáří vnímány jako barva bílá. Pokud má senior omezený sluchový vjem na jedno ucho, snažíme se situovat jeho lůžko i židli u stolu tak, aby byl uchem, kterým lépe slyší, do prostoru směrem k ostatním osobám, se kterými má navázat komunikaci. V opačném případě při nesprávné expozici lépe slyšícího ucha

do prostoru se jeví senior jako nekomunikativní a neadekvátně reagující. Příčinou jeho chování je to, že neslyší plnohodnotně, popřípadě vůbec, co mu říkáme.

Hmatová (taktilně-haptická) stimulace má velmi úzký vztah k somatickému vnímání, neboť receptory pro taktilní vnímání jsou umístěny v kůži a spolu s funkčními svaly ruky umožňují hmatový vjem. Stimulace ruky má nezastupitelné místo v konceptu Bazální stimulace. Ruka je spolu s ústy nejaktivnější částí těla. Aktivita ruky je geneticky programována a tato potřeba zůstává zachována celoživotně, tedy i ve vysokém věku. I imobilní klienti mohou mít velmi aktivní ruce, kterými pak tahají za zavedené katétry, trhají plenkové kalhotky, svlékají povlečení aj. V konceptu Bazální stimulace chápeme tyto aktivity jako symptom nedostatku taktilně-haptické stimulace, a proto do péče cíleně aplikujeme taktilní nabídky, nejlépe se zohledněním biografické anamnézy klienta.

Obrázek č. 1 znázorňuje využití přírodních materiálů, na které byla klientka zvyklá a má je ve svých haptických paměťových stopách. Klientka často chodila do lesa a sbírala šišky na topení. I když trpí těžkou demencí a je imobilní, přesto je schopna úchopu šišky, a dokonce řekne „šišky“.

Obrázek č. 2 prezentuje další možnou nabídku v kontextu její pracovní biografie. Pracovala jako mistrová na dílně a velmi často telefonovala. Nabídnutý telefon okamžitě uchopí do ruky a dává k uchu. Dru-

hou ruku se snaží položit na číselník. Důležité je nabídnout adekvátní nabídku z její doby (životní periody), jinak by nemohla tento předmět ve své haptické paměťové stopě rozpoznat a orientovat se v dané situaci. Proto je nutné získat telefonní aparát, se kterým skutečně pracovala.

Protože z biografické anamnézy odebrané od jejích dětí také víme, že paní měla doma kočku, velmi dobře reaguje na felinoterapii. Položíme-li její ruku na srst kočky, je schopna kočku velmi dlouho hladit (obrázek č. 3). Taktilně haptickou stimulaci považujeme v konceptu Bazální stimulace za významnou také proto, že přispívá k aktivizaci senzorycké i motorické projekční oblasti mozkové kůry. Pokud je tato část mozkové kůry destimulována, má to vliv na vnímání a vědomí člověka. Haptická stimulace proto podporuje také bdělost klientů.

Významným faktorem při aplikaci nastavbových prvků je kromě údajů z biografie klienta také **vlastní iniciativa a kreativita personálu**. Jak bude okolí uživatelů uzpůsobeno, jaké jim budou poskytovány optické, auditivní a haptické nabídky už záleží jen na poskytovatelích péče. Aplikaci olfaktorických (čichových), chuťových a somatických stimulačních nabídek s cílem udržet nebo navrátit funkci orofaciálních svalů, svalů jazyka, a udržet co nejdéle příjem potravy ústní formou se budeme věnovat v příštím čísle periodika.

Elastická prostěradla

KOMFORTNÍ • PREVENCE DEKUBITŮ • BAREVNĚ STÁLÁ • DLOUHÁ ŽIVOTNOST

Prostěradla jsou vhodná pro běžné i antidekubitní matrace, a to i aktivní. Jednoduše se povlékají a lze je prát na vyvářku.



smart



obálkový střih



NOVÁ BARVA



Tabu a předsudky v dlouhodobé péči

1. díl

Lidé během svého života čelí různým tabu a předsudkům, a to jak při svých činnostech, tak i v prostředí, kde se pohybují. Tyto tabu a předsudky můžeme sledovat také v segmentu dlouhodobé péče, proto se na identifikaci těch největších zaměřili odborníci z evropské asociace European Ageing Network (EAN). V některých případech může být jediným problémem, proč se s předsudky musíme vypořádávat, jen to, že se o nich lidé bojí mluvit a pojmenovat je. Odborná diskuze nad závěry studie *Taboos and prejudices in long-term care* tak může na jedné straně prolomit nebo odstranit některá tabu a předsudky, na druhé může přispět ke zlepšení poskytované péče a kvalitnějšímu životu příjemců péče.

■ **Text: Pracovní skupina European Ageing Network**

S předsudky a různými tabu se společnost potýká od nepaměti. Pokud hovoříme o předsudcích vůči seniorům, pak použijeme termín ageismus. Tento pojem poprvé použil v roce 1969 americký psychiatr Robert Neil Butler pro označení diskriminace na základě věku (tzv. věková diskriminace). Nejprve je však důležité si vysvětlit pojmy tabu a předsudky. **Předsudek** definujeme podle amerického psychologa Gordona Allporta jako „*přízeň, nebo nepřízeň, které provázejí předčasný úsudek o člověku, popř. věci*“. Pojem **tabu** používáme dle cambridgeského slovníku (2021) „*ve vztahu k předmětům, sloům nebo činnostem, o nichž se nehovoří nebo je o nich zakázáno hovořit z náboženských či společenských důvodů*“.

Odborníci EAN vybrali následující předsudky, se kterými se musejí seniori nejčastěji potýkat:

- Seniori potřebují ochranu, vedení a někdy i dohled.
- Seniori nemají ve společnosti žádné povinnosti.
- Seniori jsou bezcenní.
- Stáří je bezcenná poslední fáze života.
- Žít v domácím prostředí je zidealizované.
- Domácí péče je vždy lepší a levnější než péče v bytové sociální službě.



Studii si můžete stáhnout v AJ na webu EAN www.ean.care/en v sekci Publications (https://www.ean.care/media/fileman/Taboos_and_prejudices_in_LTC.pdf).

TABOOS AND PREJUDICES IN LONG-TERM CARE



Dr. Freek Lapré (Předseda), Nizozemsko
Megan Davies, Švýcarsko
Dr. Jiří Horecký, Česká republika
Aad Koster, Nizozemsko
Markus Mattersberger, Rakousko
Dr. Markus Leser, Švýcarsko
Dr. António Gouveia, Portugalsko

- Seniori nejsou produktivní.
- Seniori se často cítí osaměle.
- Seniori nepotřebují přizpůsobit prostředí, kde žijí, ani odlišnou péči a služby.
- V domovech pro seniory nemají seniori soukromí a nemohou sami o sobě rozhodovat.
- O lidi, kteří jsou závislí na péči druhé osoby, se starají jen vysoce vzdělaní odborníci.
- Stárnutí je nemoc.
- Seniori neumějí zacházet s technologiemi.
- Seniori již nejsou aktivní a nemohou se bavit.

Nejčastější tabu, která vycházejí ze studie EAN:

- zneužívání seniorů;
- smrt a vše, co s ní souvisí;
- láska/intimita mezi seniory;
- sexualita seniorů.

Cílem studie *Taboos and prejudices in long-term care*, jak již bylo řečeno, je vyvolat diskusi nad ožehavými tématy, která se nejčastěji objevují ve spojitosti s životem a péčí o seniory a dlouhodobou péčí, a zažitými předsudky. Do této diskuze je možné kromě odborníků přizvat i samotné seniory, jejich různá sdružení, sdružení odborných rad a profesionálů, v další fázi mohou být do diskuze přizváni také interní zainteresované subjekty, které se podílejí na péči o klienty dlouhodobé péče v konkrétním zařízení, ale i externí, jako jsou politici, novináři či pojišťovny.

Členové pracovní skupiny:

Freerk Lapré (předseda)
předseda ECREAS, Nizozemsko

Megan Davies
PhD kandidátka – CuraViva,
Univerzita v Basileji, Švýcarsko

Jiří Horecký
prezident EAN, Česká republika

Marcel Smeets
výkonný EU konzultant,
Nizozemsko

Aad Koster
viceprezident EAN,
Nizozemsko

Markus Mattersberger
generální ředitel Lebensweltheim,
Rakousko

Markus Leser
ředitel CuraViva, Švýcarsko

António Gouveia
generální ředitel Residências
Montepio, Portugalsko

V dalším díle článku se podíváme již na konkrétní předsudky a tabu.

Podpora příchozích z Ukrajiny se zdravotním postižením a o ně pečujících osob

Dne 24. února 2022 zahájily ruské ozbrojené síly rozsáhlou invazi na Ukrajinu. Od té doby uprchlo z Ukrajiny již více než 8 milionů lidí. Z toho se přes 480 tisíc uprchlíků uchýlilo do České republiky.¹

■ **Text: Mgr. Ivana Rejzková,**
právnička odboru sociálního zabezpečení,
Kancelář veřejného ochránce práv

Zdůvodu velikosti migrační vlny se Česká republika rozhodla nepustit příchozí z Ukrajiny do národního dávkového systému. Prostředky k úhradě základních životních potřeb jim poskytuje ve formě nově zavedené speciální dávky – tzv. humanitární dávky. Ubytování má většina uprchlíků zajištěné zdarma, a to buď v domácnostech či bytech fyzických osob, nebo zařízeních ve vlastnictví krajů a obcí či jiných právnických osob nebo podnikajících fyzických osob.² Příchozí z Ukrajiny mohou na našem území rovněž využívat veškeré sociální služby. Nemají-li dostatek finančních prostředků k jejich úhradě, poskytují se jim tyto služby bezplatně.³

Uvedený systém sociální pomoci bezesporu pomohl zvládnout prvotní nápor spojený s přílivem velkého množství uprchlíků z Ukrajiny. Postupem času se však ukázalo, že nepamatuje na všechny situace. Jednou z problematičtějších oblastí je i péče o osoby se zdravotním postižením. Protože jsou příchozí z Ukrajiny vyloučeni z českého dávkového systému, nemají nárok ani na příspěvek na péči. To představuje komplikaci nejen pro uprchlíky, kteří se kvůli svému zdravotnímu postižení nejsou

schopni o sebe samostatně postarat, ale i pro o ně pečující osoby.

Za dospělého poživitele příspěvku na péči, kteří jsou závislí na péči jiné osoby ve II. a vyšším stupni, hradí zdravotní pojištění stát. Také pečující o tyto osoby jsou z pohledu zdravotního pojištění státními pojištěnci. Kromě toho mohou také například požádat svého zaměstnavatele o úpravu nebo zkrácení pracovní doby tak, aby současně mohli poskytovat potřebnou péči a pomoc svému blízkému. Další výhodou je to, že se doba péče započítává jako doba pojištění pro důchod a také jako tzv. náhradní doba zaměstnání pro nárok na podporu v nezaměstnanosti.⁴

Žádnou z uvedených výhod dospělí příchozí z Ukrajiny, jimž jejich zdravotní stav neumožňuje plnou sebeobsluhu, ani o ně pečující osoby, nemají. Na tyto osoby se vztahuje stejný režim jako na ostatní příchozí. Po 150 dnech od udělení dočasné ochrany⁵ za ně stát přestává automaticky platit zdravotní pojištění (výjimka platí pouze pro osoby starší 65 let).⁶ Pokud po uplynutí této doby nespádají do některé z kategorií státních pojištěnců, musí si platit zdravotní pojištění sami. Zdravotní pojištění hradí stát například za lidi, kteří pečují o dítě do 7 let nebo o dvě a více dětí do 15 let, za studenty do 26 let nebo za osoby, které jsou v evidenci uchazečů o zaměstnání na Úřadu práce ČR.⁷ Posledně uvedená kategorie státních pojištěnců je

nejčastějším řešením i pro dlouhodobě nemocné držitele dočasné ochrany a pečující osoby, jimž náročnost péče brání ve výkonu zaměstnání.⁸

Jakkoli lze pochopit, že zákonodárce, patrně i s ohledem na dočasnost specifického pobytového oprávnění udělovaného uprchlíkům z Ukrajiny, nechtěl zavádět novou kategorii státních pojištěnců, přijaté řešení není možné považovat za systémové. Účelem evidence uchazečů o zaměstnání je vyhledávání vhodného zaměstnání osobě, která má zájem být zaměstnaná. Dlouhodobě vážně nemocní lidé a lidé, kteří o ně po podstatnou část dne či dokonce celodenně pečují, jen stěží daný účel naplní. Důvodem jejich evidence na úřadu práce je jen to, aby za ně hradil zdravotní pojištění stát. Vedení těchto osob v evidenci uchazečů o zaměstnání představuje zbytečnou administrativní zátěž jak pro úřad práce, tak i pro nemocné a pečující osoby. Jakmile budou příchozí z Ukrajiny vpuštěni do národního dávkového systému, předmětný problém se vyřeší. Pokud opatrovaný splní podmínky nároku na příspěvek na péči ve II. a vyšším stupni závislosti, bude on sám i o něj pečující osoba státním pojištěncem.

Absence nároku na příspěvek na péči působí obtíže také z hlediska zajištění náležité péče a dalších potřeb rodiny, v níž se nachází osoba se zdravotním postižením. Podle dostupných výzkumů ke konci roku 2022 příchozí z Ukrajiny pracovali nejčastěji za 100–150 Kč na hodinu⁹, což při standardní týdenní pracovní době činí v průměru cca 22 000 Kč měsíčně. Pokud náročnost

¹ The Operation Data Portal. Ukraine refugee situation. UNHCR [online]. Poslední změna 7. 2. 2022 [cit. 2023-02-14]. Dostupné z: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>.

² Výdaje na ubytování jsou ubytovatelům kompenzovány ve formě tzv. solidárního příspěvku a paušálních náhrad (srov. § 8 zákona č. 66/2022 Sb., o opatřeních v oblasti zaměstnanosti a oblasti sociálního zabezpečení v souvislosti s ozbrojeným konfliktem na území Ukrajiny vyvolaným invazí vojsk Ruské federace, ve znění pozdějších předpisů, a § 6e zákona č. 65/2022 Sb., o některých opatřeních v souvislosti s ozbrojeným konfliktem na území Ukrajiny vyvolaným invazí vojsk Ruské federace, ve znění pozdějších předpisů).

³ Ustanovení § 5 odst. 1 zákona č. 65/2022 Sb.

⁴ Srov. § 241 odst. 2 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, § 7 odst. 1 písm. g) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, § 5 odst. 2 písm. d) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, a § 41 odst. 2 a 3 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

⁵ Dočasná ochrana je pobytové oprávnění, které získají uprchlíci z Ukrajiny po příchozí na naše území. Na jeho základě mohou čerpat sociální pomoc v podobě bezplatného ubytování či humanitární dávky.

⁶ Srov. § 7 odst. 2 zákona č. 65/2022 Sb.

⁷ Srov. § 7 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

⁸ Viz Ministerstvo zdravotnictví. Informace o zdravotním pojištění pro uprchlíky z Ukrajiny s udělenou dočasnou ochranou (vízum za účelem strpení). [online]. Poslední aktualizace 28. 7. 2022 [cit. 2023-02-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-o-zdravotnim-pojisteni-pro-uprchliky-z-ukrajiny-s-udelenou-docasnou-ochranou-vizum-za-ucelem-strpeni/>.

⁹ Výzkum PAQ Research. Hlas Ukrajinců: Práce, bydlení, chudoba a znalost češtiny. [online] [cit. 2023-02-15]. Dostupné z <https://www.paqresearch.cz/post/ua-prace-bydleni-prijmy-jazyk>.

¹⁰ Srov. 6 odst. 3 zákona č. 66/2022 Sb.

¹¹ Srov. zejm. čl. 3 a 19 sdělení č. 10/2010 Sb. m. s., o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Podle čl. 10 ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů, je Česká republika touto úmluvou vázána.

¹² Sněmovní tisk č. 374, dostupný z <https://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=9&t=374>.

¹³ O zařazení pečujících do okruhu zranitelných osob se zasadil i veřejný ochránce práv (připomínky veřejného ochránce práv jsou dostupné na <https://odok.cz/portal/veklep/material/pripominky/KORNCMBKSKOG/>).

¹⁴ Ukrajinci budou žádat o stejné dávky jako Češi, ohlásil Jurečka. [online]. 1. 2. 2022 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-ukrajinci-budou-zadat-o-stejne-davky-jako-cesi-ohlasi-jurecka-224933>.

péče znemožňuje pečující osobě výkon zaměstnání, je rodina mnohdy závislá pouze na výplatě humanitární dávky. Ta se poskytuje ve výši 5 000 Kč měsíčně na osobu a od 7. měsíce se snižuje na 4 860 Kč pro dospělou osobu a 3 490 Kč pro dítě.¹⁰

Jak je patrné, i při zaměstnání na plný úvazek nejsou výdělky nijak vysoké. O to víc pak může být pro rodinu obtížné opatřit dostatečné prostředky na zajištění svých potřeb, pokud náročnost péče o vážně nemocného blízkého neumožňuje pečujícímu, který je často jediným živitelem rodiny, adekvátně se zapojit do pracovního procesu. To ve svém důsledku může vést i k tomu, že držitelé dočasné ochrany, kterým jejich zdravotní stav neumožňuje se o sebe samostatně postarat, jsou nuceni zvolit využití (bezplatné) sociální služby na místo péče v domácím prostředí. Tím však může být dotčeno právo na nezávislý způsob života, jež lidem se zdravotním postižením zaručuje Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením.¹¹

Aktuálně Parlament ČR projednává novelu zákona č. 66/2022 Sb., která upravuje sociální zabezpečení příchozích z Ukrajiny.¹² Návrh stanoví novou výši humanitární dávky, která se již od první splátky bude odvíjet od částek životního minima. Osobám invalidním, držitelům průkazu



ombudsman
veřejný ochránce práv

osvědčujícího zdravotní postižení, který byl vydán na Ukrajině, a osobám, jež byly okresní správou sociálního zabezpečení uznány osobou zdravotně postiženou (dále jen „osoba se zdravotním postižením“), se navrhuje navýšit humanitární dávku na 1,5násobek částky, která se poskytuje ostatním příchozím. Po 150 dnech od udělení dočasné ochrany se výše humanitární dávky dospělých držitelů dočasné ochrany bude snižovat na částku existenčního minima, neboť se předpokládá, že si již budou schopni, alespoň částečně, opatřit prostředky na svou obživu vlastním přičiněním, tedy zaměstnáním. Snižování se netýká osob, které se z objektivních důvodů nemohou zapojit do pracovního procesu. Mezi ně se řadí nejen osoby se zdravotním posti-

žením, ale i osoby, které o ně pečují.¹³ Novelou má také dojít k časovému zastropování poskytování bezplatného ubytování příchozím z Ukrajiny, a to na 150 dnů. Ani toto omezení nedopadá na držitele dočasné ochrany se zdravotním postižením a o pečující osoby. Ty budou moci i po uplynutí stanovené doby nadále využívat přidělené ubytování bezplatně.

Přestože lze mít i k nově upravenému systému sociální pomoci příchozím z Ukrajiny určité výhrady (nadále například není vhodně řešeno zdravotní pojištění osob se zdravotním postižením a osob, které o ně pečují), věřím, že z obecného pohledu navržené změny povedou ke zlepšení situace těchto lidí. Ministr práce a sociálních věcí již avizoval, že od příštího roku by příchozí z Ukrajiny měli být vpuštěni do národního dávkového systému.¹⁴ Tím by mělo dojít k odstranění problémů, s nimiž se tyto osoby v důsledku dvojkoľejnosti dávkové podpory potýkají.

Jak je patrné, i při zaměstnání na plný úvazek nejsou výdělky nijak vysoké. O to víc pak může být pro rodinu obtížné opatřit dostatečné prostředky na zajištění svých potřeb, pokud náročnost péče o vážně nemocného blízkého neumožňuje pečujícímu, který je často jediným živitelem rodiny, adekvátně se zapojit do pracovního procesu.

INZERCE

3. KONFERENCE PRAKTICKÉ GERIATRICKÉ PÉČE

▶ **21. - 22. 9. 2023**
Praha

▶ **Program** konference je sestaven speciálně **pro zdravotnický personál** v domovech seniorů, alzheimercentrech a domovech se speciálním režimem.

Více o konferenci: ▼

WWW.VSEOBECNYLEKAR.CZ

VŠEOBECNÝ
LÉKAŘ

PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO VÁŠ DOMOV

Naše společnost VŠEOBECNÝ LÉKAŘ poskytuje pravidelné služby praktického lékaře v domovech seniorů.

Poradna konceptu Bazální stimulace



Na dotazy čtenářů odpovídá

PhDr. Karolína Maloňová, Ph.D.,

certifikovaná lektorka
a supervizorka, jednatelka
INSTITUTU Bazální stimulace
podle Prof. Dr. FRÖHLICHA, s. r. o.

Dotaz:

Dobrý den,
naučila jsem se ve vašem kurzu stimulaci ruky. Chtěla bych si jen připomenout, kdy a u kterých klientů ji mám používat. Jsem pečovatelka v domově pro seniory a klíčový pracovník čtyř seniorů. Senioři jsou imobilní, někdy neklidní a mají demenci. Děkuji za odpověď.

J. P., pečovatelka, domov pro seniory

Odpověď:

Stimulace ruky má mnoho významů a dá se použít v péči o seniora s různými záměry. Tím, že stimulujeme ruku, dochází k stimulaci poměrně rozsáhlé části mozkové kůry, která je zodpovědná za senzorycké vnímání těla. Tato část mozkové kůry se nazývá senzorycký homunkulus. Zde zaujímá projekční oblast pro ruku poměrně velkou část, neboť kůže ruky má velké množství receptorů pro taktilní vnímání. Budete-li stimuloval ruku, stimulujete poměrně velkou projekční oblast v senzoryckém homunkulu. Následným efektem může být zvýšení pozornosti seniora. U seniorů s těžkým stupněm demence lze někdy pozorovat i zrakový kontakt s osobou, která stimulaci ruky provádí. Stimulaci ruky doporučujeme provádět také těm seniorům, jejichž ruce jsou velmi aktivní a vykonávají ne zcela příjemné činnosti (např. trháni plenkových kalhotek). Někdy stačí krátká stimulace ruky a aktivita ustane. Stimulaci ruky můžete aplikovat také jako přípravu na následnou požadovanou motorickou aktivitu ruky. Například má-li senior sám držet lžičku a přijímat potravu. V neposlední řadě je stimulace ruky velmi vhodným nonverbálním vyjádřením empatie. Proto tuto techniku používáme rovněž v paliativní péči při doprovodu při umírání.

Ukládáte data? A víte vlastně kam?

Vítám vás na stránkách nové rubriky, která bude věnována počítačovým a asistivním technologiím v sociálních službách. Technologickou poradnu pro vás bude připravovat PhDr. Jana Pšejová, projektová manažerka, Sociální služby města Kroměříže.

➤ O jakých datech je v tomto textu řeč?

Zjednodušeně řečeno, jde o všechna ta písmena a číslice, která ve vašich organizacích někdo naťuká do počítačů. K těm písmenům a číslicím přidejte fotografie a další obrázky, zvukové nahrávky, videa a vůbec všechno, co tvoříte. To všechno jsou data, která vaše organizace vytvořila, vlastní je a zodpovídá za ně.

➤ Proč je dobré vědět, kam „se“ data ukládají?

Možná nad tím někdy bude bádát nějaký vědecký tým a zjistí něco jiného, dneska se ale zdá, že bychom těžko hledali oblast služeb, která by shromažďovala širší škálu citlivých informací, než jsou právě sociální služby. Vezměte si jen informace o klientech. Řada organizací ochraňuje informace o celém životě. Osobní údaje, informace o sociální situaci, zdravotním stavu, financích, rodinných příslušnících. Jsou to celé dlouhé a důležité příběhy. K tomu přidejte další „běžnější“ agendy. Zaměstnanec, hospodaření organizace, dodavatelské vztahy a mnoho, mnoho dalších. U informací vytištěných na papíře už je dneska nemyslitelné, že by organizace neměla nastavená pravidla, která říkají, jak se ukládají a chrání. Používají se uzamykatelné kartotéky, skříňky, zamykají se dveře, existují pravidla pro skartaci.

Když ale dojde na elektronická data, často takovou jistotu nemáme. Zkuste si představit jednoduchý dokument. Třeba prezenční listinu na školení. Je vytvořen, jsou v něm vyplněna jména a data narození zaměstnanců, místo narození a kontakt. Nakonec je (s úlevou autora) uložena. Jistě, není na tom nic složitého. Stačí soubor pojmenovat a několika kliknutími uložit tam, kde ho budete umět najít.

➤ Kde mohou uložená data být?

Co je to „TAM“ ze závěrečné věty předchozího odstavce? Kde jsou skutečně umístěny pomyslné počítačové „kartotéky“, kterým s důvěrou svěřujete data? Kdekoliv je taková otázka položena, buď v zaměstnancích sociálních služeb přinejmenším údiv. Stává se i to, že je vnímána jako zbytečná. Zdá se to být totiž jasné. Informace jsou v počítači. Jenomže co to znamená?

Může to znamenat, že:

- jsou uložena opravdu přímo v počítačích, na kterých pracují jednotliví zaměstnanci;

- jsou ve společných úložištích, která mohou sloužit celé organizaci;
- jsou uložena na přenosných médiích, třeba externích discích;
- jsou ukládány do úložišť mimo organizaci a třeba i mimo ČR.

Už je asi zřejmé, že otázka v nadpisu není zbytečná. Možná teď může vypadat až znepokojivě, což je vlastně docela pozitivní, pokud to povede každého tvůrce informací, ale zejména management organizací k zamyšlení nad tím, jak to vlastně v organizaci je.

Citlivé informace si rozhodně zaslouží pečlivou ochranu. Ty, které jsou spojeny s klienty, jsou navíc jejich neoddelitelnou součástí a je potřeba se o ně stejně dobře postarat. Neměli bychom zapomínat ani na to, že informace tvoří významnou část bohatství každé organizace. Určitě se nechte zmást falešným pocitem, že „to jsou věci ajťáků a dodavatelů“. Za bezpečnost informací totiž vždycky zodpovídá management organizace, který to má mít prostě a jednoduše dobře vyřešené.

Dobrá znalost toho, kam „padají“ data organizace, je velmi, velmi důležitá, protože jen tak se o ně můžete dobře postarat, chránit po celou dobu jejich uchovávání a odstraňovat hned v okamžiku, kdy už není důvod k jejich ukládání. To vše samozřejmě v souladu s českou legislativou a potřebami organizace.

Na chvíli se ještě vraťme k naší prezenční listině, která může být vnímána jako banální dokument, na kterém „nic pozoruhodného není“. Její tvůrce možná ani nevnímá, že je na ní skupina lidí, které spojuje nějaký zájem, u každého člověka je jasný jeho věk a je k dispozici jeho kontakt. Kolik asi takových prezenčních listin leží dlouhé roky na nejrůznějších místech?

Každý způsob ukládání dat má určitě své výhody a nevýhody. Rozdělíme si je a popíšeme v dalších číslech časopisu. Aby to pro vás bylo užitečné, doporučuji malé cvičení. Není nijak náročné. Zkuste si na papír načrtnout, jaká data ukládáte a hlavně KAM. Jen tak pro sebe. A když budete rychlí, můžete si v několika minutách dopsat na druhou stranu papíru, kde tak asi všude můžou být údaje o vás na různých prezenčních listinách a jak byste chtěli, aby o ně bylo postaráno.

V příštím díle se už můžeme zaměřit na data na lokálních a přenosných discích.



Držitelé certifikátu Značka kvality v sociálních službách

www.znackakvality.info

Městské středisko sociálních služeb

Jedná se o terénní pečovatelskou službu, jejímž posláním je poskytovat a zajišťovat klientům podporu a pomoc takovým způsobem a v takovém rozsahu, aby mohli i nadále zůstat ve vlastním sociálním prostředí a zachovat si tak navyklý způsob života. Služba je poskytována na území města Písek a jeho městských částí. Služba je klientům k dispozici v časech:

PO–ČT: 6.30–20.00, 22.00–6.00, PÁ: 6.30–20.00, SO, NE, SV: 6.30–15.00.

V rámci fakultativních služeb nabízíme klientům možnost dopravy naším vozidlem a zejména zapůjčení kompenzačních pomůcek. Tato služba je zaměřena na podporu soběstačnosti klientů za pomoci rodiny.

Příklad dobré praxe:

Karta klienta – U všech klientů jsme kromě osobní složky s individuálním plánem zavedli i Kartu klienta, která obsahuje rychlý přehled důležitých informací o klientovi, jeho potřebách, nastavených službách a úkonech tak, aby při potřebě rychlé zastupitelnosti se každá pečovatelská rychle zorientovala. Karta je vedena tak, aby po jejím přečtení bylo možné úkon poskytnout co neefektivněji a okamžitě.

bách, nastavených službách a úkonech tak, aby při potřebě rychlé zastupitelnosti se každá pečovatelská rychle zorientovala. Karta je vedena tak, aby po jejím přečtení bylo možné úkon poskytnout co neefektivněji a okamžitě.



Městské středisko sociálních služeb
nábřeží 1. máje 2142
397 01 Písek

Certifikace:

Péče, individuální přístup a partnerství ★★★★★

Stravování ★★★★★

Bodové hodnocení 464 bodů

Celkové hodnocení ★★★★★

Centrum sociální pomoci Třinec, p. o. – služba Denní stacionář RADOST

Centrum sociální pomoci Třinec, p. o., poskytuje 5 sociálních služeb ve 2 budovách. V sídle organizace jsou poskytovány služby Denní stacionář PAPRSEK a Osobní asistence. V budově v ul. Čapkova jsou poskytovány služby Azylový dům pro rodiče s dětmi, Dům na půl cesty a Denní stacionář RADOST.

DS RADOST s kapacitou 35 osob je určen pro dospělé s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 18 do 45 let. Klientům nabízíme bezpečné, bezbariérové a velmi příjemné prostředí. Poskytujeme jim podporu dle jejich individuálních potřeb, vedeme je k soběstačnosti. V průběhu dne využívají snoezelen místnost, kreativní dílnu, cvičnou kuchyňku, cvičebnu, zahradu; k dispozici je i léčebná rehabilitace a svoz. Zapojujeme je do sportovních a společenských aktivit – hrajeme bowling, šipky, stolní fotbal, stolní hry, chodíme do knihovny, do kina, do divadla, na výlety, do restaurací, pořádáme turnaje apod.

Příklady dobré praxe:

Smysluplné využití zahrady – Společně s našimi klienty se staráme o zahradu, v níž máme k dispozici nový skleník, vyvýšené záhony, nový ovocný sad a spoustu okrasných stromů, dřevin a květin.

Díky aktivitám, které probíhají na zahradě, tráví klienti více času venku a mají možnost zapojit se a rozvíjet se v různých pracovních činnostech. Učí se nejen jednotlivým pracovním úkonům, ale i poznávání různých druhů bylin, zeleniny, ovoce, stromů a květin. Všechno, co si

na zahradě a ve skleníku vypěstujeme, společně zužitkujeme. Většinu „plodů“ naší zahrady použijeme v rámci aktivity „PROSTŘENO“, při níž se naši klienti učí ve své kuchyňce připravovat různá jídla a moučníky.

Zahradu je přínosem i pro klienty, kteří se nemohou takto aktivně zapojovat do pracovních a kuchařských prací. Byliny, květiny, ovoce, zeleninu jim nabízíme v rámci aktivizace smyslu – čichu, chuti, zraku a hmatu. Zahradu využívají zejména k relaxaci.



Centrum sociální pomoci Třinec, p. o.
– služba Denní stacionář RADOST
Čapkova 708
739 61 Třinec

Certifikace:

Prostorové dispozice a personální zajištění služby ★★★★★

Podpora integrace uživatelů do běžného života ★★★★★

Rozvoj individuálních kompetencí ★★★★★

Péče a stravování ★★★★★

Bodové hodnocení 923 bodů

Celkové hodnocení ★★★★★

Střípky z domova

Masopust v roce 2023

Sloup v Čechách – Každý rok pořádáme v našem domově masopust, ale letos poprvé jsme ho uspořádali společně ve spolu-



práci s obcí Sloup v Čechách. Naši uživatelé se podíleli na výzdobě a pečení výborných koláčů, kterých bylo přes 300 kusů. Masopustní průvod se konal v sobotu 4. února a vycházel z našeho domova. Masopustní veselí začalo přivítáním s hudbou, následovaly soutěže, tančilo se a průvod pokračoval venkovní částí přes zámecký park domova do dalších ulic obce. Za soutěže se získávaly diplomy a poháry, kdy jednou ze soutěží bylo také pojídání koláčů. Úsměvy na tváři vykouzlily našim uživatelům tradiční masky a do průvodu se také připojili poníci z Jezdecké stáje obce Sloup v Čechách. Celá akce byla doprovázena výborným občerstvením se zabíjačkovými dobrotami, domácím chlebem, škvarkovými plackami a sladkými zákusky. Uživatelé si odnesli spoustu zážitků a radosti. Za úžasnou atmosféru bychom tímto také chtěli poděkovat všem, kteří se na letošním masopustu podíleli.

*Nikola Tschertnerová,
sociální pracovnice Domova důchodců Sloup
v Čechách, p. o.*

Masopust v Pohodě byl plný barev, hudby a smíchu

Netolice – Ve velkém stylu se uskutečnil masopustní průvod v Domově pro seniory Pohoda. Hýřil barvami, hudbou, nechyběly výborné koláče, a především nádherné kostýmy. Do domova zavítali přátelé ze STROOM Dub, o. p. s., kteří rozšířili počet masek v průvodu. Krásné kostýmy na sebe oblékly nejen naše dámy pečovatelky, ale i vedení domova v čele s ředitelkou An-



dreou Tajanovskou. K tanci i poslechu přišel zahrát Ladislav Borovka, který provázel průvod celým domovem. Jeho hru na harmoniku ocenili tradičně všichni obyvatelé, někteří neváhali a pustili se i do tance. A protože k masopustnímu průvodu patří i dobrot, linula se chodbami vůně čerstvých koláčů. Dámy a pánové z Pohody ocenili průvod masek smíchem a nešetřili pochvalami.

*Leona Fröhlichová,
Domov pro seniory Pohoda*

Oslava 100. narozenin

Vrchlabí – Pátek 16. prosince 2022 se stal významným dnem v domově pro seniory Vrchlabí. Měli jsme to štěstí, že jsme



mohli připravit narozeninovou oslavu pro Johannu Žalskou, která ve společnosti svých blízkých oslavila krásné 100. narozeniny. Paní Johana, narozená v Bělé u Staré Paky jako jedna z pěti dětí, je i přes svůj úctyhodný věk vitální a neustále pohroužená do svých knížek. Toužila se stát učitelkou, ale pro nedostatek peněz nemohla jít na školu. Starala se o příjem pro svou rodinu, většinu života potom pracovala v textilním průmyslu. Když vzpomíná, tak nejraději na maminku a na svá dětská léta.

Johanně Žalské přejeme hodně sil do dalších dnů, aby si mohla přečíst ještě mnoho knih.

*Za celý kolektiv zaměstnanců domova
pro seniory Vrchlabí
Ing. Soňa Mašková, MBA, ředitelka*

Jak pracovat s tabletem?

Havířov – Senioři ze SeniorCentra SeneCura v Havířově pravidelně podnikají nejrůznější aktivity společně s dětmi ze Základní školy Moravská. V rámci tzv. Mezigeneračního propojování se naposledy učili ovládat moderní technologie. „Se Základní školou Moravská jsme spolupracovali již v době před covidovou pandemií. Jsme moc rádi, že jsme mohli společné aktivity opět obnovit,“ říká Roman Bigaj, ředitel SeneCura SeniorCentra Havířov s tím, že se daří setkávání organizovat dvakrát měsíčně.

Žáci si na setkání sami přinesli techniku. „Při hledání společných aktivit nám škola nabídla využití jejich učebny s počítači. Protože naši klienti jsou z části imobilní, dohodli jsme



se na variantě, že k nám přijdou s tablety. Vzhledem k nadšení našich klientů bychom chtěli realizovat počítačový koutek v přízemí našeho domova,“ popisuje Dagmar Puščáková, aktivizační pracovnice SeneCura SeniorCentra Havířov.

S používáním tabletů klientům pomohli žáci od první až po devátou třídu. Soustředili se především na práci s internetem a na ovládání jednotlivých aplikací díky dotykové obrazovce. Senioři měli možnost vyzkoušet si například mapové aplikace, kde si našli své bydliště nebo další místa významná pro jejich život. A protože do tabletu lze stáhnout celou řadu dalších aplikací, zkusili si i ty, jež jsou přínosné pro mladší i starší ročníky. Byly to třeba postřehové a naučné hry, u nichž ovládnutí probíhá jednoduchými pohyby prstů. V neposlední řadě lze na tabletu procvičit i kreativitu při malování.

Práce s počítači byla pro klienty obohacující, pro děti bylo naopak zajímavé sdílet vlastní zkušenosti. Důkazem úspěchu aktivity je i skutečnost, že jedna z klientek uvažuje o koupi tabletu.

Havířovský domov SeneCura je kromě mezigeneračního setkávání aktivní také v dobrovolnictví. Kromě spolupráce s organizací ADRA do SeniorCentra dochází studenti ze SŠ Havířov-Prostřední Suchá, SZŠ Karviná a SŠ Dakol. *Jana Barčáková*

Aromaterapie

Meziboří – Jedna z velmi příjemných aktivit v našem domově je aromaterapie. Uživatelům umožňuje relaxovat, harmo-



nizovat psychiku, podpořit koncentraci, zlepšit náladu a v neposlední řadě dodat potřebný odpočinek. Aromaterapie aktivně využívá sílu rostlin pro komplexní péči o tělo a duši.

*Blanka Beranová,
aktivizační pracovnice,
Domov sociálních služeb Meziboří, p. o.*

HARTMANN



MoliCare® Skin

Speciální kosmetika chrání pokožku před problémy spojenými s inkontinencí



Nutriskin Komplex vytváří na pokožce ochrannou vrstvu. Přispívá k lepší elasticitě kůže a zlepšuje buněčný metabolismus

Obsahuje:

- mandlový olej
- esenciální mastné kyseliny
- aminokyseliny
- kreatin



Emulze voda v oleji zajišťuje hloubkovou hydrataci pokožky. Vrstva přípravku vydrží i několik omytí vodou



Vyvážené pH 5,5 pro zdravou pokožku a ochranu před vnějšími vlivy



Odour Neutralizér obsažený v čisticích a ochranných produktech nabourává molekuly amoniaku, čímž **zápach nepřekrývá, ale zcela eliminuje**



Pro další informace volejte na bezplatnou linku **800 100 150**, navštivte **www.hartmann.cz** nebo kontaktujte svého obchodního zástupce HARTMANN-RICO.