

odborný časopis 

cena: 50 Kč / 2,3 €

sociální služby

Monika Marková
o mobilní hospicové péči

Využití práce
z domova ze strany
zaměstnavatele

Aktivizace

Senzorická stimulace jako aktivizační program nejen u seniorů



MoliCare® komplexní péče o pokožku namáhanou inkontinencí

Absorpční pomůcky **MoliCare®** a kosmetika **MoliCare® Skin** jsou navrženy tak, aby společně vytvořily tu nejlepší péči o pokožku namáhanou inkontinencí

Absorpce & Péče

MoliCare® Skin

Chrání pokožku před
problémy spojenými
s inkontinencí



MoliCare® Elastic
Zajišťuje aktivní ochranu
pokožky a pohodlí při nošení



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

Odborný 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: 22

Číslo: 11/2020 LISTOPAD

Cena: 50 Kč / 2,3 € (cena letních dvojčísél: 69 Kč / 3 €)

Roční předplatné: 538 Kč / 24,4 €

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 10× ročně, 20. den v měsíci,
resp. nejbližší následující pracovní den

Redakce:

Šéfredaktorka: Ing. Petra Cibulková

sefredaktor@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., MBA

JUDr. Vladimír Hort

Ing. Renata Kainráthová

Ing. Daniela Lusková, MPA

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:

Fotky & Foto a archivy autorů příspěvků

Foto na titulní straně:

Fotky & Foto

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.

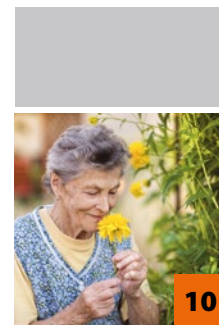
Registrace:

Povoleno rozhodnutím MK ČR E 11018

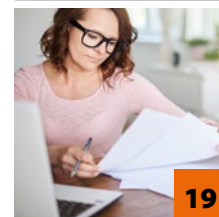
ISSN 1803-7348

Z obsahu čísla:

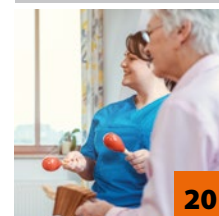
- **Aktuality APSS ČR** 5
- **Institut vzdělávání APSS ČR:
Nabídka otevřených kurzů** 7
- **Stalo se ...** 8
- **Senzorická stimulace: Senzorická stimulace
jako aktivizační program nejen u seniorů** 10
- **Statistika:
Vývoj výdajů na dávky státní sociální podpory** 16
- **Poradenství: Využití práce z domova (Home Office)
ze strany zaměstnavatele** 19
- **Terapie: Což takhle dát si hudbu
aneb Muzikoterapie v praxi, 2. díl** 20
- **Zdravotnictví: Depresivní poruchy ve stáří** 22
- **Veřejný ochránce práv: Mýty a fakta
u výkonu opatrovnictví, 2. díl** 25
- **Dobrá praxe: Specifika práce v nízkoprahovém
denním centru a noclehárně** 28
- **Tlumočení:
Situace českého znakového jazyka, 2. díl** 30
- **Terapie:
Aktivizační techniky u chorých s demencí, 3. díl** 34
- **Kinezioterapie: Kinezioterapie a její uplatnění
v sociálních službách, 3. díl** 40
- **Technologie: Napanikařte s aplikací Napanikař** 47
- **Zařízení certifikovaná Značkou kvality** 49
- **Stríčky z domova** 51



10



19



20



30



47



51

Dokonalé, viděte.

A co když někdy ne?



Obtížné životní situace mohou být zmírněny
prostřednictvím sociálních služeb.
Jejich poskytovateli jsou
veřejné a nestátní neziskové organizace.

Važme si jich. Sami je můžeme potřebovat.



www.muzemejepotrebovat.cz



fb.com/muzemejepotrebovat



**„Proti
trampotám
života dal Bůh
člověku tři věci
– naději, spánek
a smích.“**

Immanuel Kant
(1724–1804)
německý filozof



ÚVODNÍK VICEPREZIDENTKY



Milé kolegyně, kolegové, vážení čtenáři,

opět píší úvodník v době, která je v mnohém podobná té na jaře. Někdy mám pocit, že snad sleduji jen film, protože obrazy se tak rychle mění, že nevím, co už tady bylo a co je nové, ale scénář k filmu se opět nepovedl a je mnohem horší než ten na jaře. O někom, kdo je pozitivní na COVID-19, jsme slyšeli z médií, někteří zažili nákazu ve svých zařízeních, ale obecně větší část národa na jaře neznala osobně nikoho, kdo „ho“ měl. Nyní je to právě naopak. Každý už se s někým, kdo je, byl nebo se téměř vzápětí stal pozitivním, osobně zná. Žádné kategorie z hlediska věku, postavení, místa bydliště se nákaza nevyhýbá.

Doba je více než jindy hektická, mimořádná, nouzová. Je to obraz celé České republiky, ba celého světa. Spěch, rychlá rozhodnutí a jejich opravy a opravy oprav s vysvětlováním, proč zase jinak. Někdy mi to připomíná pohádku o Pyšné princezně a králi, který odvolal, co odvolal, a sliboval, co slibil...

Na druhou stranu si myslím, že nikdo z nás by nechtěl být v kůži našich předních politiků, odborníků či hygieniků! My máme zodpovědnost za své zaměstnance, kolegy, uživatele a jejich rodiny a za sebe sama a bohatě nám to stačí. Jsme více než rádi, že máme komu zatelefonovat, s kým se poradit. Díky naší asociaci si opět můžeme na jednom místě přečíst výtahy ze všeho aktuálního a vydaného jednotlivými ministerstvy. Děkujeme, asociace, že jsi s námi opět v 1. linii! Informuješ nás a radíš nám!

Nevím, zda si ve dnech současných či následujících najdete čas na čtení časopisů, a pokud ano, tak těžko předvídat, zda nepřeskočíte úvodník, protože budete hledat informace k nějaké akutně vypadající situaci. Nyní už mám pocit, že jsou akutní všechny a řešení mělo být naplánováno už včera, ale to jsme řešili něco jiného, v tu chvíli neodkladnějšího.

Nevadí!

I přesto vám chci sdělit, jak si práce každého z vás nesmírně vážím! Žádná pozice není více či méně důležitá. To, na čem nyní záleží více než kdy jindy, je váš tým. Tým lidí, kteří se i v těchto vypjatých dobách dokážou semknout, zůstanou odborníky i empatickými lidmi zároveň. Mají k sobě navzájem respekt a toleranci, protože každý současnou situaci vnímá jinak, má jiné osobní podmínky a možnosti. Všichni jsme jenom lidé...

Ale jak napsala Helen Kellerová (27. června 1880 – 1. června 1968), hluchoslepá americká spisovatelka, aktivistka a lektorka: „Samí toho zvládneme tak málo, ale když se spojíme, zvládneme cokoli.“

Mgr. Irena Lintnerová,
viceprezidentka APSS ČR pro ambulantní služby

EDITORIAL



Milí čtenáři,

psát v tomto roce editorial, který by se nevztahoval ke koronaviru, je téměř nadlidský úkol. Stal se naším společníkem, takřkajíc denním chlebem, a to už nejen kvůli mediální masáži, ale také proto, že čím dál více lidí je nebo bylo pozitivně testováno i v našem blízkém okolí. Co mě však napadá v tyto dny, kdy jsem přemýšlela, o čem budu psát, i vzhledem k některým článkům, které Vás v tomto listopadovém čísle čekají, a vzhledem k Dušičkám, jsou myšlenky o konci života, který si ne každý člověk může vybrat. Zřejmě každý by si přál odejít v klidu, bez bolesti, doma, v kruhu rodiny, v kruhu těch nejbližších. Onemocnění COVID-19 toto přání ztěžuje, ba dokonce mnohým ani neumožňuje. Je důležité hovořit, zejména v určitém stádiu života, o tématu odcházení. Ale nejen v důsledku koronaviru, ale také kvůli jiným nemocem, vysokému věku. A je také důležité nezapomínat na rodinu a blízké člověka, který ze života odchází, protože rodina je s námi, nebo by měla být, až do konce našich dní.

V tomto čísle si tak můžete přečíst rozhovor s předsedkyní Fóra mobilních hospiců Monikou Markovou, kdy právě práce hospiců umožňuje důstojné odcházení umírajících, ale podporuje i jejich rodiny. Zajímavou esej napsal také prezident APSS ČR Jiří Horecký, který se zamyslel nad hodnotou lidského života.

Pro tento měsíc jsem vybrala citát Immanuela Kanta: „Proti trampotám života dal Bůh člověku tři věci – naději, spánek a smích.“ Neztrácejme tyto tři věci kvůli aktuálnímu dění v celém světě, ale myslme na to, že až koronavirus nebude plnit stránky novin a naše životy, budeme muset žít jako před tím, vypořádávat se i s jinými těžkostmi a myslet na lepší zítřky. Protože jak praví české přísloví: „Naděje umírá poslední.“

Přeji Vám všem co nejvíce klidných dní!

Ing. Petra Cibulková
šéfredaktorka

Stanovisko APSS ČR k doporučení MPSV pro služby SAS a NZDM poskytovaných ambulantní formou rozšířit si registraci i na terénní formu, pokud chtějí v době pandemie využívat distanční formy komunikace

Světová pandemie COVID-19 a opatření, která jednotlivé státy v boji s touto nákazou přijaly, zásadním způsobem zasáhly do poskytování sociálních služeb. Nejen vlastními omezeními, ale také nutností změnit přístupy k některým postupům a použitým technologiím a nutností změnit náhledy na ně. Mimo jiné byla nastolena otázka dopadu použití nových komunikačních technologií na rozsah registrace dané sociální služby. Problém vyvstal v souvislosti s omezením provozu vybraných služeb, kde byly tyto služby charakterizovány také formou ve smyslu § 33 zákona o sociálních službách. I když v době působnosti daných opatření nebylo možné metodickému vedení MPSV cokoli v této věci vytknout, po odeznění omezujících opatření přetrvává část diskuze, a to směrem k použitým postupům a jejich dopadu na charakter a formu dané služby. Je také

pravda, že při původní konstrukci zákona bylo konsenzuálně přijato zjednodušené určování formy vazbou na určitý technický prostředek. Pokud se tedy například jedná o telefonickou krizovou intervenci, jedná se o terénní formu poskytování.

Nové pokroky v komunikačních technologiích a také doba každodenní praxe, která uběhla od přijetí zákona o sociálních službách, ovšem ukazují, že toto zjednodušení již dnes neobstojí. Důležité totiž je, jakým způsobem s tímto komunikačním prostředkem poskytovatel zachází. Zatímco v případě telefonické krizové intervence využívají pracovníci služby telefonní techniky, aby se za klientem dostali do míst, kde je mu potřeba pomoci, v případě ambulance nám tatáž technika přivádí klienta do pracovny a zde je s ním pracováno velmi podobně jako v situaci, kdy proti sobě klient a pracovník služby sedí reálně. I v běžném provozu bez omezení je s klienty doplňkově

komunikováno distančně (například sociální pracovník si také s klienty telefonuje). To nic nemění na skutečnosti, že se jedná o ambulantní sociální službu. Naopak poskytování služby terénní formou znamená vysílat pracovníky do přirozeného prostředí klientů i fyzicky, zajistit jejich dostupnost na území a tuto skutečnost deklarovat v rámci registrace. Tato informace se pak také objeví v Pověření a služba je povinná toto dodržovat. Změnit registraci na dobu, kdy je služba mocí výkonou omezena, je i z hlediska kapacit registračních orgánů nereálné. Institut změny registrace na dobu určitou navíc zákon nezná. Požadavek na doplnění registrace o terénní formu jen proto, že v nouzové situaci dočasně převáží využití výše zmíněné doplňkové komunikace, považujeme za věcně nesprávné řešení a bezdůvodné administrativní zatěžování poskytovatelů sociálních služeb.

NOVINKA

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vydává novou odbornou publikaci

Management a kvalita sociálních služeb

Kniha kolektivu autorů je pomocníkem a průvodcem všech manažerů v sociálních službách s ambicí obsáhnout alespoň podstatné oblasti a otázky, se kterými se právě manažeri potýkají. Zároveň se publikace věnuje kvalitě sociálních služeb, a to ze všech různých úhlů pohledu – určena je nejen pro manažery, ale i odborné pracovníky, kteří se kvalitou zabývají. Hlavním cílem autorů je zvýšit a zvyšovat kvalitu sociálních služeb v ČR a být oporou, ale i podporou manažerům v sociálních službách.

Objednávejte na:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
Vančurova 2904, 390 01 Tábor,
tel./fax: 381 213 332 provolba č. 6, e-mail: redakce@apsscr.cz
<http://shop-apsscr.alvepi.com/>



Cena: 349 Kč
Členové
APSS ČR:
269 Kč

Členové APSS ČR k 21. 10. 2020: 1 205 organizací a 2 682 registrovaných služeb

Jednání Prezidia APSS ČR

V úterý 15. září se v **SeneCura SeniorCentru Sliveneč** konalo jednání Prezidia APSS ČR. Prezident Asociace Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, přivítal na zářijovém jednání Prezidia přítomné členy a omluvil nepřítomné, zároveň poděkoval společnosti **SeneCura** a řediteli **SeneCura SeniorCentra Sliveneč** **Mgr. Lukáši Stárkovi, Ph.D., MBA, za poskytnutí záze-
mí, prostor a občerstvení.**

➤ Prezidium schválilo:

- stanovisko APSS ČR k doporučení MPSV ČR pro služby SAS a NZDM poskytovaných ambulantní formou.¹ Prostřednictvím viceprezidenta pro služby sociální prevence Michala Némce se na APSS ČR obrátilo několik organizací poskytujících služby SAS a NZDM. Tyto byly na jaře v době koronavirové pandemie uzavřeny a své služby poskytovaly online formou.

➤ Prezidium jmenovalo:

- Mgr. Danu Kopeckou do funkce předsedkyně sekce ambulantních služeb;
- PhDr. Petra Hrouzka, Ph.D., do funkce předsedy sekce adiktologických služeb.

➤ Prezidium jednalo o:

- mimořádných dotačních programech COVID; v době konání Prezidia se předpokládalo, že MPSV ČR opětovně vyhlásí dotační řízení na financování trvání zvýšených provozních výdajů a sanaci výpadku příjmů v souvislosti s přijímanými karanténními opatřeními, mimořádných opatření a krizových opatření v sociálních službách v důsledku epidemie COVID-19. Uznatelnými výpadky zdrojů jsou výpadky, které prokazatelně vznikly od 13. března 2020 do 30. září 2020. Požadavkem APSS ČR bylo prodloužení tohoto termínu do 10., případně 15. října 2020;
- platech a mzdách v roce 2021. Odbory požadují, aby u sociálních služeb a zdravotnických pracovníků došlo ke zvýšení základních platových tarifů o 15 %. Vláda ČR navrhuje od 1. ledna 2021 zrušení superhrubé mzdy. Jednání Tripartity k růstu platů a mezd ještě neproběhla.

Odbory navrhuje zvýšení zvláštních příplatků. Projednávány byly tři návrhy – navýšení o 25 %, 50 % nebo o 2 tisíce Kč. Na jednání tripartity nebyla shoda ohledně výše příplatků. Zaměstnavatelé

nesouhlasí se zvýšením příplatků, Asociace souhlasila s 25 %. Odbory preferují navýšení o 2 tisíce Kč plošně;

- novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Proběhlo poslední vypořádání rozporů a připomínek. Všechny rozpory Asociace byly vypořádány. Novela by měla být (dle předpokladů v době konání Prezidia) předložena vládě ČR v příštích dnech, resp. nejpozději v říjnu;
- novela prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. APSS ČR zaslala na MPSV ČR výzvu ke zvýšení úhrad. K výzvě se připojil Svaz měst a obcí a Asociace krajů České republiky. Argumentem ke zvýšení maximálních úhrad je mj. zvýšení cen potravin. Asociace připravila v této souvislosti dotazníkové šetření u poskytovatelů. Prezident APSS ČR požádá na plánovaném jednání ministryni Janu Maláčovou o vyjádření k této výzvě;
- novela zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Připomínky k novele bylo možné podávat do 11. září. Centra duševního zdraví se dostávají do zákona o sociálních službách i z toho důvodu, aby mohly být příjemcem státních dotací. Mělo by být umožněno čerpání příspěvku na péči u dětských zdravotních center. U odbornosti 913 MZ ČR navrhuje její zrušení, včetně kontraktační povinnosti a zrušení výjimky poskytování služeb bez oprávnění. Novela zákona uvádí poskytovatele sociálních služeb do stejného režimu jako všechny ostatní poskytovatele zdravotních služeb (oprávnění, výběrové řízení, podepsání/nepodepsání smlouvy s danou zdravotní pojišťovnou).

V rámci vnějšího připomínkového řízení Asociace odmítla vše, co se týkalo odbornosti 913. Viceprezident pro pobytové služby Ing. Jiří Procházka upozornil na problém v souvislosti s rušením lůžek v psychiatrických léčebnách. Klienti jsou umísťováni do

pobytových zařízení sociálních služeb, které však na péči o tyto klienty nejsou připraveny. Prezident Asociace na tuto problematiku upozornil na Radě vlády pro duševní zdraví;

- programu Valné hromady, která se uskutečnila 7. října v Táboře;
- mediální kampani, která by měla proběhnout v průběhu listopadu a prosince a jejímž cílem je zlepšit mínění veřejnosti o sociálních službách a zvýšit atraktivitu tohoto odvětví;
- návrhu viceprezidentky terénní sekce Ing. Renaty Kainráthové, aby APSS ČR iniciovala možnost zařazení pracovníků v terénních službách podle nařízení vlády č. 341/2017 Sb. do mimořádných příplatků. Prezident Asociace požádal o diskuzi tohoto návrhu v rámci terénní sekce, včetně posouzení všech možných dopadů;
- návrhu rozpočtu na rok 2021;
- volební a mandátní komisi; členové Prezidia navrhli složení volební a mandátní komise ke schválení Valné hromadě.

Prezidium bylo seznámeno:

- s termínem jednání prezidenta Asociace s VZP ČR, které bylo stanoveno na 16. října. Tématem bylo individuální posuzování bonifikací a zařazování praktických sester;
- s výsledky hospodaření za rok 2019;
- s návrhem změny stanov;
- s nominací na členy Kontrolní komise. Mandát končí dvěma členům Kontrolní komise – PhDr. Petru Němcovi, CSc., a Ing. Ludmile Derner, MBA. Oba budou znovu kandidovat na členy Kontrolní komise;
- s nominací na funkci viceprezidenta pro služby sociální prevence. Jihočeský kraj nominuje Michala Némce do funkce viceprezidenta pro služby sociální prevence;
- s programem Fóra investorů, které se konalo 22. září;
- s výzvou Jednoty pro deinstitucionalizaci (JDI). APSS ČR spolu s Národní radou osob se zdravotním postižením ČR a Radou seniorů ČR vydala stanovisko k deinstitucionalizaci sociálních služeb za podpory akademické obce;
- se stavem členské základny;
- s aktuálními zprávami o projektech, zakázkách a o sekcích;
- se zprávami z regionů;

Další jednání Prezidia se uskuteční 9.–10. prosince.

Redakční úprava: Ivana Vlnová



¹ viz str. 5, pozn. red.

ON-LINE KURZY

Absolvujte kurz z bezpečí své kanceláře nebo z pohodlí domova!

Vzdělávání přesouváme i do on-line prostředí

Vzhledem k epidemické situaci v České republice je v současné době omezena možnost vzdělávání. V našem Institutu se snažíme na tuto situaci reagovat, a mnoho našich kurzů tak můžete absolvovat distanční formou.

Podle stanoviska Ministerstva práce a sociálních věcí je možné pořádat distanční formou i **kurzy akreditované**. Kompletní nabídku těchto kurzů najdete vždy na našich webových stránkách www.institutvzdelavani.cz v záložce **Otevřené kurzy/Webináře**. Tuto nabídku průběžně rozšiřujeme, proto aktuálně vypsané kurzy hledejte na webových stránkách.

Dále pro Vás připravujeme kurzy na aktuální témata, která právě řešíte ve svých zařízeních, nebo témata, která jsou potřebná pro každodenní práci jak pracovníků ze sféry sociální, tak pracovníků z oblasti zdravotní.

Kurzy, které jsme připravili přímo pro on-line prostředí:

- Co si odnést pozitivního z náročného období (poučení se z úspěchů a chyb svých i druhých)
- Podpora psychické pohody klienta pobytového zařízení v době covidové
- Rodina jako partner v době covidové
- Komunikace a vedení zaměstnanců v druhé vlně pandemie
- Komunikace a podpora zaměstnanců v druhé vlně pandemie

- Zvládání stresové zátěže v druhé vlně pandemie
- Druhá vlna COVID v pobytových službách
- Druhá vlna COVID v terénních službách
- Návštěvy v pobytových zařízeních
- Vykazování odbornosti 913 na zdravotní pojišťovny
- Ošetřovatelská dokumentace v PZSS a vykazování
- Využití on-line nástrojů k vedení porad a školení
- Úhradová vyhláška 2021 (odbornost 913)
- Novela zák. práce. Jaké změny čekají zaměstnavatele?

Co k on-line výuce potřebujete:

- funkční mikrofon
- funkční sluchátka (sluchátka jsou lepší než reproduktory, protože nevytváří zvukovou vazbu a ozvěnu mezi mikrofonem a sluchátkem, nerušíte tak ostatní)
- funkční webkameru
- kvalitní internetové připojení

I přes limity, které on-line vzdělávání má, jsme schopni nabídnout interaktivní a přitažlivé kurzy. Kromě vzdělávací funkce mohou kurzy posloužit i ke sdílení zkušeností a dobré praxe v této těžké době.

PŘÍZNIVÁ
CENA



INSTITUT VZDĚLÁVÁNÍ
APSS ČR

Stalo se...

- Vláda ČR **usnesením č. 1028** nařídila po dobu trvání nouzového stavu poskytovatelům sociálních služeb přerušit poskytování sociálních služeb na základě uzavřené smlouvy s uživatelem podle § 91 zákona č. 108/2006 Sb. a zároveň přerušit poskytování služby v režimu individuálního plánování.
- Vláda ČR **usnesením č. 1029** zakázala po dobu trvání nouzového stavu všem osobám, kterým jsou poskytovány sociální služby podle § 49 a 50 zákona č. 108/2006 Sb. (DpS, DZR), vycházet mimo objekt či areál zařízení, ve kterém jim je poskytována sociální služba, s výjimkou uvedenou v daném usnesení.
- MPSV ČR **12. října** vydalo **doporučený postup č. 14** pro aplikaci krizového usnesení vlády ČR ohledně zákazu návštěv a zákazu vycházení v sociálních službách a doporučení pro aplikaci krizového usnesení vlády ČR týkající se přerušování poskytování na základě uzavřené smlouvy s uživatelem podle § 91 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- MPSV ČR **13. října** vydalo **doporučený postup č. 15**, který popisuje aplikaci uložení pracovní povinnosti studentům pro zajištění poskytování sociálních služeb a poskytování péče v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP).
- MZ ČR vydalo **19. října** mimořádné opatření, kterým nařizuje, aby všichni poskytovatelé sociálních služeb v zařízeních domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem a poskytovatelé sociálních služeb poskytujících odlehčovací služby v pobytové formě s účinností ode dne 21. října vyčlenili lůžka pro osoby, u kterých bylo prokázáno onemocnění COVID-19, a to vzhledem k aktuální epidemiologické situaci.
- Vláda ČR **usnesením č. 1079** zakázala s účinností od 22. října do 3. listopadu konání kongresů a vzdělávacích akcí.
- Premiér Andrej Babiš koncem října Poslanecké sněmovně PČR oficiálně navrhl zrušení superhrubé mzdy s tím, že by zaměstnanci od ledna příštího roku platili z příjmů do 140 tisíc korun měsíčně 15 % a z příjmů nad tuto částku 23 %.
- MZ ČR vydalo **2. listopadu** dvě nová mimořádná opatření ve věci plošného testování a povinnosti nošení respirátorů FFP2 v sociálních službách.
- MZ ČR rozšířilo **3. listopadu** mimořádným opatřením povinnost pravidelného testování zaměstnanců o testování v týdenních stacionářích, chráněném bydlení a při poskytování osobní asistence.
- Ve středu **4. listopadu** začala distribuce 3 milionů respirátorů třídy FFP2 do sociálních služeb.
- V týdnu od **2. do 8. listopadu** proběhl již třináctý ročník kampaně Týden rané péče. Vzhledem k omezením se mnoho plánovaných akcí přesunulo do online prostoru. Cílem kampaně je zlepšit povědomí široké veřejnosti o tom, čemu čelí rodiny vychovávající dítě s postižením a jak jim v jejich náročné situaci pomáhá raná péče. ■■

INZERCE

Ceník

Vybrané léčivé přípravky na recept: ceník a doplatky v lékárnách Dr.Max



Léčiva k terapii diabetu	Přibližný doplatek*	Doplatek Dr.Max
ACTRAPID PENFILL 100IU/ML INJ SOL 5X3ML	25,59 Kč	Bez doplatku
APIDRA 100 U/ML SOLOSTAR SDR INJ SOL 5X3ML	43,34 Kč	Bez doplatku
FIASP 100U/ML INJ SOL 5X3ML	178,25 Kč	Bez doplatku
HUMALOG 100 IU INJ SOL 5X3ML/300UT	72,65 Kč	Bez doplatku
HUMALOG KWIKPEN 100 IU/ML INJ SOL 5X3ML/300UT	167,30 Kč	Bez doplatku
HUMALOG KWIKPEN 200 JEDNOTEK/ML SDR INJ SOL 5X3ML	262,42 Kč	Bez doplatku
HUMALOG MIX 25 KWIKPEN 100 IU/M INJ SUS 5X3ML/300UT	130,28 Kč	Bez doplatku
HUMALOG MIX 50 KWIKPEN 100 IU/M INJ SUS 5X3ML/300UT	130,50 Kč	Bez doplatku
HUMULIN R CARTRIDGE 100IU/ML INJ SOL ZVL 5X3ML	21,94 Kč	Bez doplatku
LANTUS 100 IU/ML SOLOSTAR INJ SOL 5X3ML	289,96 Kč	Bez doplatku
LEVEMIR 100 U/ML (FLEXPEN) INJ SOL 5X3ML	492,00 Kč	Bez doplatku
LEVEMIR 100 U/ML (PENFILL) INJ SOL 5X3ML	499,85 Kč	Bez doplatku
NOVOMIX 30 FLEXPEN 100 U/ML INJ SUS 5X3ML	263,88 Kč	Bez doplatku
NOVOMIX 30 PENFILL 100 U/ML INJ SUS 5X3ML	184,20 Kč	Bez doplatku
NOVORAPID 100 U/ML INJ SOL 1X10ML	68,36 Kč	Bez doplatku
NOVORAPID FLEXPEN 100 U/ML INJ SOL 5X3ML	261,90 Kč	Bez doplatku
NOVORAPID PENFILL 100 U/ML INJ SOL 5X3ML	178,25 Kč	Bez doplatku
TOUJEO 300 JEDNOTEK/ML SDR INJ SOL 3X1.5ML	0,00 Kč	Bez doplatku
TRESIBA 200 JEDN/ML INJ.SOL.3X3ML/600UT FLEXTOUCH	227,49 Kč	Bez doplatku
XULTOPHY 100 JEDNOTEK/ML + 3,6 MG/ML INJ SOL 3X3MLX100UT/3,6MG/ML	470,39 Kč	Bez doplatku

Léčiva ovlivňující kardiovaskulární systém	Přibližný doplatek*	Doplatek Dr.Max
DETRALEX 500MG TBL FLM 180(2X90)	759,09 Kč	561,20 Kč
DETRALEX POR TBL FLM 120X500MG	525,00 Kč	374,00 Kč
PRESTARUM NEO COMBI 10 MG/2.5 POR TBL FLM 90	148,91 Kč	18,68 Kč
RILMENIDIN TEVA 1 MG TABLETY POR TBL NOB 90X1MG	57,97 Kč	Bez doplatku
TRIPLIXAM 10 MG/2,5 MG/10 MG POR TBL FLM 90	148,75 Kč	Bez doplatku

Léčiva k terapii onemocnění s obstrukcí dýchacích cest

COMBAIR 100/6MCG/DÁV INH SOL PSS 180 DÁVEK	159,60 Kč	Bez doplatku
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MIKROGRAMU INH SOL 1X60DAV	69,36 Kč	Bez doplatku
SYMBICORT TURBUHALER 200 MIKROG INH PLV 1X120DAV	56,36 Kč	Bez doplatku
ULTIBRO BREEZHALER 85 MCG/43 MCG INH PLV CPS DUR 30X1+INH	96,29 Kč	Bez doplatku

Protizánětlivá a protirevmatická léčiva

CONDROSULF 800 TBL OBD 30X800MG	223,54 Kč	131,66 Kč
---------------------------------	-----------	-----------

Výdej těchto léčivých přípravků je podmíněn předložením platného lékařského předpisu v lékárně. Tento ceník uvádí ceny vybraných léčivých přípravků, které jsou při výdeji vázány výhradně na lékařský předpis a u kterých je vyloučen volný prodej. Ceny jsou uváděny jako ceny pro konečného spotřebitele. V případě, kdy je lék předepsán tak, že je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, hradí pacient pouze doplatek, tedy rozdíl mezi cenou a úhradou pojišťovny.

*Přibližný doplatek v lékárně podle databáze Ministerstva zdravotnictví ČR dostupné na <https://www.mzcr.cz/leky.aspx> k 26. 9. 2020. Údaje v této databázi se mohou v průběhu platnosti tohoto ceníku změnit. U přípravků, kde nebyl přibližný doplatek v databázi Ministerstva zdravotnictví uveden, je uveden běžný doplatek v lékárnách Dr.Max (tzn. doplatek bez započítání slevy platné s Kartou výhod Dr.Max).

Uvedené ceny a doplatky platí pro držitele Karty výhod od 1. do 30. 11. 2020 nebo do vyprodání zásob. Lékárný Dr.Max si vyhrazují právo tyto ceny a doplatky kdykoliv upravit, zejména v návaznosti na změnu cen výrobce či změnu úhrady.

Vybírejte s rozvahou

LINET Group

Aneb jak poznat kvalitní a bezpečné lůžko

Lůžko patří jednoznačně k nejdůležitějšímu vybavení pokoje. Je místem, kde klient tráví většinu času, a zároveň je zásadním pomocníkem pro ošetřující personál. Pořízení a údržba lůžek tvoří významnou položku v rozpočtech. Přesto se stále častěji setkáváme při výběru lůžek s požadavky, které jdou proti současným trendům a někdy i platné legislativě.

B erme lůžko jako dlouhodobou investici, kterou je nutné důkladně zvážit. Klíčovým kritériem pro výběr elektricky polohovatelných lůžek by měla být bezpečnost, splnění zákonných norem (zejména ČSN EN 60601-2-52), a také jestli jejich funkčnost a přínos bude v souladu s informacemi, které výrobci deklarují.

klienta na lůžku, ale také pro bezpečnou práci s lůžkem!

B. POSTRANICE: BEZPEČNÉ NASTAVENÍ A SKLÁPĚNÍ

Postranice jsou klíčovým bezpečnostním prvkem každého elektricky polohovatelného lůžka. V současné době je k dispozici mnoho lůžek se systémem

nízké pozici zcela zablokuje prostor pod lůžkem, komplikuje přístup ke klientům a při manipulaci může hrozit zranění – skřípnutí nohy pečovatele mezi podlahou sklopenou postranicí. Vyklápění těchto postranic také může blokovat omezený prostor v pokoji (například stěna, stolek nebo další nábytek).

C. POJÍZDNOST A BRZDY LŮŽKA

Výběr mobilních nebo statických lůžek souvisí se zaměřením péče a zvyklostmi konkrétního zařízení. Mobilní lůžka nabízejí výhody nejen při přesunech lůžek s pacienty, ale i při přesunech lůžek samotných z různých důvodů, např. při důkladném úklidu. S mobilitou lůžka úzce souvisí brzdící systém a zajištění bezpečného a jednoduchého zabrzdění lůžka.

Ergonomicky tvar brzdy, jednoduché a bezpečné „sešlápnutí“ a zároveň bezpečnostní pojistka proti nechtěnému odbrzdění patří k základní výbavě bezpečného brzdového systému. Velkou výhodou nabízí možnost centrálního brzdění, které výrazně přispívá k prevenci úrazů v souvislosti s nezabrzdným lůžkem.

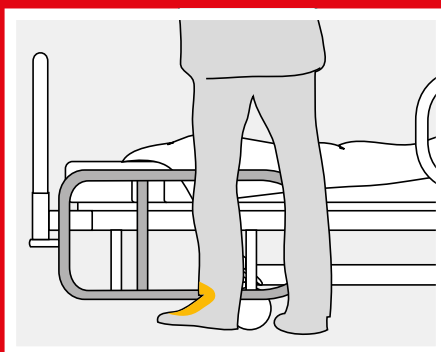
D. ZÁRUKA SERVISU, NÁHRADNÍCH DÍLŮ A DALŠÍCH SLUŽEB

Požadujte záruku servisu a dodávek náhradních dílů! Zároveň si ověřte, jestli zvolený dodavatel je spolehlivým partnerem a dokáže zajistit kvalitní a kontinuální servisní podporu. Pokud je servis nekvalitní nebo pomalý, dochází k opakování reklamací a dodatečným nákladům spojeným s výpadkem lůžka. Zjistěte, zda je v zásahové vzdálenosti dostupné servisní kontaktní místo a zda je dodavatel schopný zajistit uživatelské školení nebo zápůjčky náhradních lůžek.

Norma ČSN EN 60601-2-52

Ukazuje, jak řešit klíčové bezpečnostní parametry lůžek:

- *Problematiku složitých a obtížně popsatelných tvarů, mezer nebo otvorů a jejich často proměnným rozměrům*
- *Rozměry lůžek eliminující nebezpečí zachycení, s možností i smrtelného zranění pacienta*
- *Velký důraz je kladen také na stabilitu lůžek!*



NA CO SI DÁT POZOR

A. KONSTRUKCE LŮŽKA A VÝŠKOVÉ NASTAVENÍ

Proveďte si, jak funguje zdvihový mechanismus! Některá konstrukční řešení sice umožňují zdvih ve velkém rozsahu, ale na úkor celkové stability lůžka. U některých zdvihových mechanismů umístěných v čelech lůžka na středovém sloupku může dojít k nestabilitě na okrajích lůžka zejména v nejvyšší, vyšetřovací poloze. Nezapomeňte, že stabilita a pevnost konstrukce je základním předpokladem nejen pro bezpečný pobyt

dělených postranic, které jsou skvělým řešením pro bezpečnost a nejsou omezujícím prostředkem. Pozornost zaměřte na možnosti jejich nastavení. Zda je k dispozici bezpečnostní pojistka a jestli lze mechanismus jednoduše a ergonomicky ovládat – sklopit.

Polohování některých typů postranic umožňuje sklopný mechanismus, tzn., že se postranice nedá výškově nastavit (naproti tomu teleskopický mechanismus umožňuje různé výškové nastavení). Zároveň u některých typů při sklápění celou plochu postranic vyklápíte do prostoru vedle lůžka. Taková postranice ve spuštěném stavu, zejména při

Senzorická stimulace

jako aktivizační program nejen u seniorů

Pokud hovoříme o aktivizaci, a to nejen u seniorů, jejím cílem je poskytnout smysluplnou činnost, která napomáhá udržet seniora ve fyzické, psychické a mentální aktivitě, uvádí jej „do pohybu“. Aktivizační programy vycházejí z individuálních potřeb, možností a potenciálu každého seniora. Programy mohou být u zdravých seniorů zaměřeny preventivně nebo léčebně u seniorů s určitým deficitem (např. po cévní mozkové příhodě, u seniorů s různým stupněm syndromu demence apod.). Seniory můžeme aktivizovat individuálně nebo ve skupině, v domácím prostředí i v instituci. Při vytváření aktivizačního programu je vhodné zvážit aktuální možnosti a potřeby každého seniora.

▪ **Text: Mgr. Renáta Nentvichová Novotná,**
lektorka Institutu vzdělávání APSS ČR

Během života mnoho získáváme, ale i ztrácíme. S přibývajícím věkem můžeme prožívat větší množství změn a ztrát. Velmi často vnímáme jako první omezení smyslová, v tomto důsledku si pořizujeme první brýle, zvyšujeme hlasitost rádia a televize apod. Senzorická neboli smyslová stimulace (aktivizace) nám může napomoci zmíněný průběh zpomalit. Cílem senzorické stimulace je stimulovat jeden nebo více smyslů – zrak, sluch, čich, chuť a hmat – a nabudit tím mozek k činnosti. Smysly nám napomáhají získávat informace o tom, co se děje uvnitř našeho organismu a v jeho okolí. Informaci nejprve zachytíme smyslovým orgánem a poté ji uložíme do paměti. Senzorická stimulace má úzký vztah k paměti, může být součástí kognitivní rehabilitace i reminiscenčních aktivit.

Smyslová aktivizace může být pojímána jako samostatná aktivita, nebo celý koncept, jehož garantkou v ČR je Hana Vojtová, ředitelka Domova pro seniory Mistra Křišťana v Prachaticích.

Při vytváření programu senzorické stimulace je vhodné zvážit mnoho okolností. Obecně si při sestavování aktivizačního programu můžeme pokládat mnoho otázek, např.: pro jakou cílovou skupinu seniorů bude program určený, kdo jej povede, kde budou setkávání probíhat, v jakém čase, bude se jednat o setkání s jednotlivcem, nebo se skupinou, půjde o jednorázovou aktivitu, nebo pravidelnou, jak bude nastaven průběh setkání apod. Je nezbytné vycházet z individuálních možností seniorů, z jejich životních příběhů. Aktivita by měla nabídnout smysluplný program, který nebude zaměřený na výkon, ale na činnost, která bude zúčastněné bavit, podporovat jejich zájem a důstojnost.

Prakticky je vhodné zvážit, které aktivity jsou vhodnější dopoledne a které odpoledne, zde opět vycházíme z konkrétní znalosti návyků a zvyklostí jednotlivých seniorů. Čas, kdy se setkáváme, by měl být zvolen

tak, aby ponechal přiměřený čas po jídle, kdy mnoho seniorů odpočívá a není nastaveno na aktivní činnost. Pokud takový čas máme již jednou nastavený, měl by zůstat stabilní, aktivita tak získá na své pravidelnosti a stává se pro účastníky, ale i personál přehlednější (mohou podle toho plánovat další činnosti). Seniorům je aktivita nabídnuta, jedná se tedy o činnost dobrovolnou, nikoli povinnou. Během setkání je velmi cenná i účast těch seniorů, kteří nejsou výrazně aktivní, ale i jejich samotná přítomnost, sledování ostatních má svůj smysl. Činnosti by měly být uzpůsobeny tak, aby byly přiměřeně náročné, tzn., aby byl senior přirozeně motivován k aktivitě, aby mohl zažívat pocit radosti a naplnění. Podnětné prostředí, kde se aktivita odehrává, by mělo být pro zúčastněné příjemné, bezpečné, bez rušivých podnětů (např. rádio, televize, pohyb více pracovníků apod.). Aktivizační pracovník je hybnou silou celého setkání, zvažuje vhodnou skladbu a náročnost aktivit s ohledem na konkrétní účastníky, je kreativní, využívá vhodné pomůcky a v případě potřeby umí improvizovat (někdy se může stát, že osvědčené cvičení nezaujme).

Při skupinovém setkání je žádoucí zachovávat pevný zasedací pořádek. V úvodním setkání si senioři vybírají samostatně místa tak, aby se cítili příjemně, při každém dalším setkání již mají „své“ místo, které jim dává pocit, že do skupiny patří, že se s nimi „počítá“. V úvodu setkání je vhodné se společně přivítat, pokud je skupina menší a prostor to dovolí, osvědčilo se i podání ruky mezi účastníky. Zapojení rituálu napomáhá k větší soudržnosti skupiny, může jím být například zpěv písně, kterou si senioři sami zvolí. V hlavní části programu se věnujeme připravené aktivitě, při níž by měl být pracovník dostatečně flexibilní a měl by reagovat na jednotlivé účastníky, jejich podněty, podporovat je, motivovat a dávat jim dostatečný prostor pro jejich vstupy. V závěru je možné zhodnotit celý průběh setkání, ponechat prostor pro vyjádření zpětné vazby účastníků a rozloučení se.

V následujícím textu jsou uvedeny některé aktivity, při kterých lze zapojit jednotlivé

smysly. U většiny cvičení jde o propojení více smyslů zároveň se zaměřením na práci se vzpomínkami seniorů.

➤ Zraková stimulace

Jako pomůcku můžeme využít barevné karty, senioři v místnosti, na zahradě (podle toho, kde se setkání koná) hledají věci, které dané barvě odpovídají. Můžeme zvýšit náročnost tím, že zadáme počáteční písmeno daného předmětu nebo zúžíme skupinu předmětů pouze na ty, které můžeme vzít do ruky nebo si obléknout apod. Barvy mohou nahradit tvary – ve stejném scénáři účastníci podle zadání vyjmenovávají předměty, které odpovídají danému geometrickému tvaru. Těžší varianta může obsahovat zadanou barvu i tvar zároveň.

Oblíbená je Kimova hra (někteří ji znají ze skautských táborů), kdy předložíme před účastníky předměty, které jsou jim známé, a necháme je, aby si je prohlédli a zapamatovali. Poté předměty překryjeme (např. šátkem, ubrusem) a dotazujeme se, jaké předměty si účastníci pamatují. Můžeme opět změnit náročnost tím, že odstraníme nebo přidáme předmět tak, aby senioři tuto změnu neviděli, a dotazovat se, co bylo změněno. Kolik předmětů využijeme, závisí na schopnostech dané skupiny, jednotlivce.

Zde může být aktivizační pracovník velmi kreativní – může změnit něco na svém oblečení, účesu, případně něco změnit v místnosti a podpořit tak zrakovou pozornost účastníků.

Využíváme také obrazy, koláže, které si senioři po určitou dobu prohlížejí, následně tento podnět zakryjeme a dotazujeme se na věci, které byly viditelné na objektu. Můžeme také využívat různé tištěné materiály, kterých je v současné době nepřeberné množství.

Při zrakové stimulaci je vhodné zajistit seniorům dostatek času, aby předmět mohli vidět a zpracovat. Tento objekt by měl mít dostatečnou velikost, stejně jako písmo, a být přehledný (nezaměnitelný) pro všechny zúčastněné. Před aktivitou je vhodné připomenout, aby si senioři připravili

brýle, pokud je potřebují. V rámci zrakové stimulace je možné využívat i různé typy osvětlení pro vytvoření různých prožitků.

» Sluchová stimulace

Při rozeznávání zvuků můžeme v současné době využívat možnosti internetu (případně jiných audionahrávek), můžeme pouštět účastníkům různé skupiny zvuků – zvuky přírody, města, hudebních nástrojů, znělek různých pořadů (z minulosti) apod. Zvuky můžeme produkovat i v přímém kontaktu s účastníky, kdy mají zavřené oči a aktivizační pracovník vytvoří zvuk (např. škrtně zápalkou), který se senioři pokoušejí identifikovat.

V rámci sluchové stimulace v propojení s reminiscencí je možné věnovat pozornost poslechu částí písní, které mohou účastníci doplňovat a společně zpívat.

Osvědčilo se i sluchové pexeso, které je možné zakoupit jako specializovanou pomůcku nebo si je vyrobit samostatně (obsahem mohou být luštěniny, mouka, knoflíky apod.). Senioři také mohou poznávat pomocí sluchu jednotlivé materiály v neprůhledných obalech, např. skleničkách.

» Čichová stimulace

Neprůhledné skleničky můžeme využít i pro stimulaci čichu. Obsahem mohou

být různé druhy koření, vonné oleje, čisticí prostředky. Je nezbytné vytvořit takové podmínky, aby senioři obsah nemohli vdechnout, tzn. do víček udělat drobné otvory. Místo skleniček mohou v případě koření posloužit i látkové pytlíky, kde se vůně lépe uvolní poté, co senioři obsah prsty promnou. U seniorů na lůžku můžeme vyzkoušet aromalampu s vonnými oleji, které mohou stimulovat čichová centra, případně napomáhat celkové relaxaci.

Využívat můžeme čichové stimuly i v kombinaci se zrakem a se zaměřením na dlouhodobou paměť, např. čerstvě upečený chléb, vůně posekané trávy, květiny ze zahrady, bylinky apod. U některých seniorů mohou být čichové receptory oslabené, proto je vhodné vyzkoušet více vůní, případně i ve spojitosti se zrakem (průhledné skleničky, průhledné pytlíky).

» Chuťová stimulace

Ochutnávka různých potravin je velmi vítaným aktivizačním prvkem. Může jít o ochutnávku např. různých druhů sýrů, uzenin, ovoce, zeleniny a pochutin z nich vyrobených. Senioři mohou zkusit ochutnávat jak se zrakovou, tak i bez zrakové kontroly. Často se k chutím vážou různé vzpomínky, které je možné dále rozvíjet v rámci reminiscenčních aktivit.

» Hmatová stimulace

Při hmatové stimulaci můžeme využívat různé druhy látek, struktur, a to jak s využitím, tak i bez využití zraku. Je možné vytvořit hmatové pexeso (např. nalepením různých struktur látek na víčka od sklenic, vzorek by měl být výraznější, aby byl snadno rozpoznatelný rozdíl – např. manšestr a samet apod.).

Zapojit hmat můžeme, když do pytlíku, krabice, košíku umístíme předměty, které nejsou viditelné, a senior se pomocí hmatu snaží identifikovat, o jaké předměty se jedná.

Často je senzorká stimulace využívána v kombinaci, nikoliv izolovaně pro jeden smysl. Čím více smyslů je zapojeno v rámci jedné aktivity, tím výraznější může nastat propojení paměťových stop. Jedna z možností je multisenzorká stimulace neboli Snoezelen probíhající v místnosti, která nabízí motivující prostředí pomocí světelných a zvukových prvků, vůní, hudby. V některých domovech pro seniory mají upravené místnosti na základě znalosti životního příběhu seniora, např. s tapetou lesa, se zvukovým záznamem, který odpovídá zvukům v lese (štěbetání ptáků, vítr v korunách stromů apod.).

INZERCE

Bezdrátový tísňový systém pro sociální služby



HelpLivi



PŘIVOLÁNÍ POMOCI



EVIDENCE PRÁCE



ZABEZPEČENÍ BUDOVY



MONITOROVÁNÍ ODCHODŮ



Chcete se dozvědět více?

Podívejte se na www.helplivi.cz



„Cílem mobilního hospice je umožnit těžce nemocným a umírajícím lidem strávit závěr života ve vlastním sociálním prostředí,“

říká předsedkyně Fóra mobilních hospiců Monika Marková

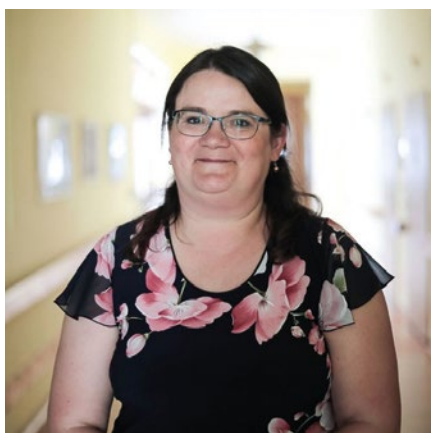
Každoročně druhá říjnová sobota, kdy se koná Světový den hospicové a paliativní péče (ten letošní připadl na 10. října), spojuje hospice a zařízení paliativní péče po celém světě. S předsedkyní Fóra mobilních hospiců Monikou Markovou jsme si povídali o mobilních hospicích, o tom, jak probíhá spolupráce s pobytovými zařízeními sociálních služeb i o tom, jaká jsou úskalí spolupráce mobilního hospice a domova pro seniory.

Co si vlastně představit pod pojmem mobilní hospic? Jaké všechny služby poskytuje svým klientům?

V žádném zákoně ani vyhlášce u nás nemáme jasně stanoveno, co je mobilní hospic. Takže struktury a způsob poskytování této péče jsou napříč republikou různé – od malých organizací poskytovatelů se dvěma sestrami a spolupracujícím paliatrem, sociálním pracovníkem a řadou dobrovolníků, které nemají smlouvu se zdravotními pojišťovnami a službu hradí výhradně z darů, dotací a příspěvků klientů, až po velké organizace často s více než pěti úvazky sester, několika lékaři, psychology, sociálními a dalšími podpůrnými pracovníky. Ti obvykle mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a tento zdroj jim hradí zhruba dvě třetiny nákladů na poskytovanou péči. Pokud budu dále hovořit o mobilním hospici, budu mít na mysli tyto organizace – splňující standardy Mobilní specializované paliativní péče (MSPP).

Bez ohledu na způsob poskytování je ale pro mobilní hospice společný cíl – umožnit těžce nemocným a umírajícím lidem strávit závěr života ve vlastním sociálním prostředí – nejčastěji tedy doma, ale poslední dobou stále častěji i v různých sociálních zařízeních. Tak, aby při zachování co nejvyšší kvality života – s kontrolovanou bolestí a dalšími symptomy – mohl nemocný člověk žít co neaktivnější život, uprostřed lidí, kteří ho znají, mají rádi, mezi svými věcmi, obrazy, zvířaty, svými knížkami a vzpomínkami. K tomu je samozřejmě bezpodmínečně nutná pravidelná kontrola symptomů, poskytnutí pohotovostní služby pro řešení nenadálých situací, emocionální i praktická podpora nejen nemocného, ale také jeho blízkých, především pečující osoby.

Mobilní hospice také většinou poskytují terénní odlehčovací službu a odborné sociální poradenství. Jednou ze služeb hospiců je i podpora pozůstalých v období truchlení.



Je těžké v současné době navázat spolupráci s lékařem paliatrem?

Je to rok od roku snazší, protože každým rokem atestuje minimálně desítky paliatrů. Pravda je, že řada z nich se připravuje na práci v konkrétní nemocnici nebo zařízení a že těch, kteří jsou ochotni dojet do sociálních zařízení v okruhu svého sídla, zatím moc není. Ale jsou takoví. Nicméně, každý mobilní hospic svého paliatra mít musí – je to podmínka k poskytování služby MSPP.

Pokud již mobilní hospic naváže spolupráci s domovem pro seniory, jak taková spolupráce probíhá? Existují nějaká úskalí této spolupráce, se kterými se musí ať na jedné, či druhé straně vypořádat?

Když jsme mapovali u nás ve Fóru mobilních hospiců, zda a jaké jsou zkušenosti našich členských organizací se spoluprací s domovy pro seniory – a budu říkat spíše s pobytovými sociálními zařízeními (za chvíli vysvětlím proč) –, zjistili jsme, že ty zkušenosti jsou různé. Od jednotlivých epizod spolupráce – kdy si péči mobilního hospice o svého blízkého vyžádala rodina, až po trvalou, smluvně jasně ošetřenou spolupráci, kterou často iniciovalo vedení jednotlivých pobytových zařízení. My z Litoměřic právě nyní pečujeme o třináctiletou

holčičku v domově pro osoby se zdravotním postižením do 26 let věku. Jedná se o dítě s velkým zdravotním i mentálním postižením, které má zdravotní komplikace, jež nejsou medicínsky řešitelné. Z nemocnice byla doporučena paliativní péče a sociální pracovníci tohoto domova napadlo kontaktovat náš hospic. Myslím, že pro tuto holčičku, také kvůli jejímu zrakovému postižení, je nesmírně cenné, že je ve vlastním sociálním prostředí, kde ji „tety“ jedenáct let znají, reagují na její podněty, dovedou přečíst nonverbální signály. Jsou tu známé zvuky a rituály. Proto si právě nyní osobně velmi silně uvědomuji, že i když primárně myslíme na seniory, musíme hovořit o paliativní péči ve všech pobytových sociálních zařízeních.

Ta úskalí jsou v zásadě dvě – kompetenční a finanční.

Musíme si uvědomit, že pokud mobilní hospic pečuje v rodině, na druhé straně je nemocný a jeho blízcí – většinou laici, navíc zasažení těžkým úkolem a situací, která je jedinečná a neopakovatelná a kterou se rozhodli zvládnout – posloužit svému blízkému až do konce jeho dní. Míra podpory a také kontroly, kterou od mobilního hospice dostávají, je veliká. Pokud poskytuje mobilní hospic péči v pobytovém zařízení, má na druhé straně pacienta, jeho rodinu, která se ale obvykle na péči nepodílí, nebo jen částečně, a také profesionály – zdravotníky. Je tedy třeba si jasně stanovit, jaké jsou kompetence například v podávání medikace, tzv. SOS medikace – tedy léků podaných při epizodách bolesti, dušnosti nebo dalších komplikacích. Jak se o nich referuje a jak se evidují.

S tím souvisí problematika, kterou nemusíme řešit, pečujeme-li doma. Totiž problematika dokumentace. Obvykle jsou dvě – ta domova a ta hospicová. Budeme používat dále obě? Mohou sestry domova používat tu hospicovou? Toto všechno je třeba na začátku stanovit, abychom předešli zbytečným nedorozuměním, ale také zatěžujícím duplicitám zápisů a podobně.

Dále je nutné péči dobře vykomunikovat s praktickým lékařem, který má konkrétní zařízení na starost, protože při péči mobilního hospice by již neměl vést léčbu on, ale lékař mobilního hospice.

Je třeba vyladit očekávání pacienta, rodiny i pečujícího týmu. Někdy je účelné

svolat tzv. rodinnou konferenci, které se účastní pracovníci pobytové služby, rodina nemocného a lékař, případně další pracovníci (psycholog, klíčová sestra) mobilního hospice. Cílem setkání je sladit vzájemná očekávání, poskytnout všem stejné informace, často se také objeví pro pacienta nebo rodinu důležité skutečnosti, které je třeba dořešit či uskutečnit (poslední přání).

Některé naše členské mobilní hospice referují i o potřebě podpory pečujících, a to jak ze zdravotního, tak sociálního úseku pobytové služby. Protože nemocní jsou v domovech většinou dlouhou dobu a mezi nimi a zaměstnanci vzniká silné pouto. Navíc očekávané úmrtí může být pro některé členy týmu opravdu velmi stresovou situací.

A nyní se přesouváme k těm finančním úskalím – jde o to dohodnout se, kdo a jak bude vykazovat pojišťovně. Pobytové služby v drtivé většině vykazují výkony v odbornosti 913, mobilní hospice v odbornosti 926 mají denní paušál, kde by už všechna další zdravotní péče měla být zahrnuta – např. požadujeme-li laboratorní služby, platíme je napřímo laboratoři. V úhradové vyhlášce je stanoveno, že tzv. extramurální péči smíme mít maximálně u 10 % nemocných vykazovaných konkrétní pojišťovně v daném kalendářním roce.

Setkala jsem se se třemi způsoby finančního řešení tohoto souběhu péče:

- mobilní hospic se dohodl s domovem pro seniory na základní denní sazbě, kterou mu převádí za provedené výkony sester;
- oba poskytovatelé účtují své pojišťovně, a buď se to vejde do povolených 10 % extramurální péče, nebo to budou řešit ex post;
- domov natolik stojí o to, aby mohl své obyvatele dochovat ve vlastním sociálním prostředí, že výkony svých sester pojišťovně neúčtuje.

Asi obě vnímáme, že tento stav není ideální a že by se tato situace měla řešit na úrovni obou klíčových ministerstev a zdravotních pojišťoven. Skutečně poskytnutá péče tak bude zaplacená, předejde se zbytečným hospitalizacím, výjezdům RZS a celý systém tak skutečně ušetří.

Kde podle vás dobře funguje spolupráce mezi mobilním hospicem a pobytovým zařízením v sociálních službách?

Myslím, že těch spoluprací je celá řada, a nerada bych se někoho dotkla tím, že ho vynechám, ale z informací, které já mám k dispozici, je tato spolupráce velmi dobře rozvinutá obecně na Vysočině. Vzorová je třeba Domácí hospicová péče Iris Oblastní charity Pelhřimov, pro kterou je poskytování péče v pobytových zařízeních pro seniory samozřejmostí.

Mnoho lidí pečuje o své blízké na konci jejich života také v jejich domácím prostředí. Co jim pro to, aby mohli poskytovat tuto péči v soukromí rodiny, nejvíc schází, a jak jim mohou služby mobilního hospice pomoci?

Bohužel na začátku jim velmi často schází ta základní informace – a totiž to, že jejich blízký je opravdu na konci a že je možné poskytovat mu péči doma. Řada pozůstalých vám pak řekne: „*Kdybychom věděli, že táta umírá, vzali bychom si ho domů mnohem dříve.*“ Myslím, že toto je apel hlavně na lékaře v nemocnicích, aby na to mysleli, že je celá řada rodin, které jsou připravené a chtějí pečovat doma. A s podporou domácího hospice je to velmi dobře možné i při velmi nestabilním stavu nemocného.

Další skutečnost, kterou rodina často neví, je možnost využít tzv. dlouhodobé ošetřovně – tzn. možnost pobírat sociální dávku pro péči o blízkou osobu po jejím propuštění z nemocnice, a to až po dobu 90 dní.¹ Zde je velká škoda, že tato dávka se vztahuje pouze na nemocné propouštěné z nemocnice. Řada našich pacientů je onkologicky nemocná a ve chvíli, kdy se začne velmi horšit jejich zdravotní stav, je zcela zbytečné přistupovat k hospitalizaci. Zároveň by ale právě v tuto chvíli tito pacienti potřebovali, aby s nimi jejich blízcí mohli zůstat doma s podporou dlouhodobého ošetřovně. Chybí tu však splnění podmínky bezprostřední sedmidenní hospitalizace. I tuto situaci se snažíme se zákonodárci řešit.

Z praktických věcí je často nutné dovybavit domácnost. Většina mobilních hospiců disponuje půjčovnou pomůcek, které pomohou v péči. Nejčastěji půjčovány jsou polohovací lůžka, toaletní židle a koncentrátoři kyslíku.

Rodiny jsou obvykle v situaci, kdy o někoho těžce nemocného pečují poprvé, takže potřebují naučit, jak pečovat – jak pomoci s hygienou, jak polohovat, pomáhat v sebeobsluze, a přitom chránit svá záda a vůbec sami sebe. I toto je personál mobilního hospice naučí.

Velikou podporou je stálá telefonická pohotovost. Takže kdykoli se děje něco, s čím si pečující neví rady, je zde zkušena zdravotní sestra, která buď vyřeší situaci po telefonu, nebo do rodiny jede. Také pravidelné lékařské vizity a téměř okamžité řešení všech zdravotních komplikací jsou pro rodinu velkou pomocí. V rodině zůstává přehledná dokumentace, kam zaznamenávají své poznatky a také podání medikace. Současně si vedou zdravotníci mobilního hospice dokumentaci v elektronické podobě tak, aby ji měli vždy dostupnou.

No a v neposlední řadě je pomocí pečujícím psychosociální a duchovní podpora.

To, že je tu také pro pečujícího někdo, koho pečující zajímá, kdo se ho zeptá, jak mu je, kdo mu naslouchá a poskytuje nejen ucho, ale i potřebnou radu a útěchu.

Jak je paliativní péče vnímána veřejností v České republice? Roste její informovanost o této službě?

Určitě roste, a to i proto, že jsou tu každým rokem noví pozůstalí, kteří mají s péčí mobilních hospiců a dalších poskytovatelů paliativní péče osobní zkušenost – jen mobilní hospice sdružené ve Fóru mobilních hospiců se vloni postarali o téměř 4 600 pacientů v domácím prostředí. I když je to těžká životní situace, hovoří o ní posléze většina pečujících jako o silném a dobrém období života. Právě proto, že na něj nejsou sami a mají v zádech profesionály, kteří je v jejich pozorné, láskyplné péči podpořili.

Původním vzděláním jste dětská zdravotní sestra. Co vás přivedlo k oboru, jakým je paliativní péče?

Tak byla to osobní zkušenost – umírání maminky. Je to už vlastně hrozně dávno, v roce 1993. Jí bylo 38, mně 17, když zemřela. A nebylo to vůbec hezké. Měla velmi silné bolesti, obrovský ascites, silnou dušnost. Na posledních 14 hodin života byla odvezena do nemocnice. Naštěstí už tenkrát tam mohl být táta s ní. Ale třeba podpora truchlícím dětem – jednomu bratrovi bylo tehdy teprve 10 let a dostal se pak do velkých malérů – nic takového nám nikdo nenabídl. Každý jsme se s tím vyrovnávali, jak jsme uměli. A já jsem se pak shodou okolností – nebo spíš Božím řízením ☺ – dozvěděla o otevírání prvního českého hospice Anežky České v Červeném Kostelci. A tak jsem tam 2. ledna 1996 nastoupila jako sestra u lůžka. A byla jsem nadšena tím přístupem cílícím na kvalitu života pacienta a jeho rodiny. Na řešení všech jeho obtíží, nejen zdravotních, ale i sociálních, duchovních, emočních... Viděla jsem, co se dá dělat pro podporu pozůstalých včetně dětí.

Doma jsem nadšeně vyprávěla tátovi o hospicové péči a on ještě s několika přáteli v roce 1997 založil Sdružení pro vybudování hospice v Litoměřicích. S velkou podporou MUDr. Marie Svatošové a dalších dobrých lidí byl ten náš hospic otevřen 2. 2. 2001 – takže nás čeká příští rok oslava 20 let provozu. Já stojím v jeho čele od června 2013. Lůžkovou hospicovou péči jsme od ledna 2014 rozšířili také o poskytování domácí neboli mobilní hospicové péče, poskytujeme podporu pečujícím i pozůstalým, a to i dětem.

A tu práci dětské zdravotní sestry jsem úplně neopustila. Právě nyní, když máme v péči mobilního hospice dítě, se i já

¹ Více o dlouhodobém ošetřovně si lze přečíst na webu ČSSZ, <https://www.cssz.cz/dlouhodobé-osetřovně>.

««« 13

zapojuji do služeb a držím pohotovosti na telefonu. Je to pro mě velmi důležité spojení s realitou.

Komunikace s pacientem i celou rodinou musí být velmi náročná. Při tomto povolání je proto důležitá i psychohygienu. Jak trávíte svůj volný čas?

Myslím, že pracovat v hospici může člověk, který vidí smysl právě v umožnění důstojného odchodu ze života. V podpoře

blízkých, aby to zvládli s něhou a laskavostí, kterou může dát jen nejbližší rodina. A právě, když se tohle daří, tak to nabíjí. Když vidíte nemocného, který byl v bolestech a s dušností včera propuštěn z nemocnice, jak dnes bez bolesti a se zapojeným koncentrátozem kyslíku odpočívá na zahradě. Když se obnoví stará přetřhaná pouta v rodinách. Tohle mě nabíjí. Ta ředitelská práce je náročná zase jinak, takže popravdě, já si dobijím baterky právě u těch pacientů a jejich blízkých. Ráda jdu do pří-

rody – tady u nás v Českém středohoří stačí vyjít pět minut z domu a máte před sebou nádherné scenérie našich vulkánů.

Obecně i u mě konkrétně pomáhá udržovat hezké vztahy ve svém okolí, vyjít si s přáteli, udělat si drobnou radost, naslouchat dětem, hladit kočku, něco tvořit, radovat se z maličkostí, meditovat, modlit se.

Děkuji za rozhovor.

Ing. Petra Cibulková, šéfredaktorka

Spolupráce domova pro seniory s mobilní hospicovou péčí

aneb Vzrostlý strom se těžce přesazuje a na nové podmínky si špatně zvyká

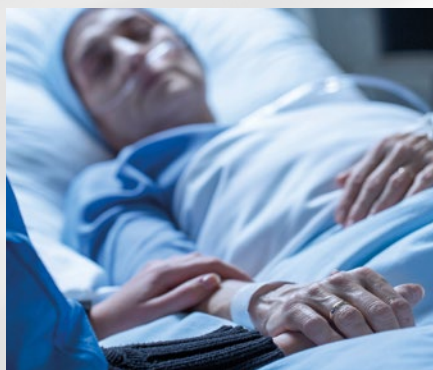
Tato myšlenka stála v našem zařízení na počátku rozhodnutí spolupracovat s mobilním hospicem. Jsme středně velké zařízení pro 109 osob a našim klientům poskytujeme služby domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Jako všechna podobná zařízení se snažíme vytvořit našim klientům skutečný domov, a tak jsme se často setkávali s tím, že nás klienti žádali, abychom je neposílali do nemocnice. Chtěli, aby mohli své zdravotní potíže řešit u nás, a jejich blízcí je v tom až na výjimky podporovali. Přesuny do nemocnice, zvykání si na nové osoby, nové prostředí, návraty zpět a po chvíli další hospitalizace, protože se zvyšujícím se věkem zdravotní potíže spíše přibývají, nejsou nic příjemného. Negativně působí na psychiku i člověka zdravého, člověk s demencí si hospitalizaci rozumem nezdůvodní a nese ji o to hůř. A co teprve pobyt v nemocnici ve chvíli, kdy je zřejmé, že již nebude přínosem, protože zdravotníci už ke zdraví nepomohou.

▪ **Text: Mgr. Bc. Petra Kratochvílová, DiS.,** ředitelka Domova pro seniory Pelhřimov; odborná korekce:

Bc. Michaela Koumarová, vedoucí Mobilní hospicové péče Iris, Oblastní charita Pelhřimov

Poskytovat péči nad rámec kompetencí pobytových sociálních služeb je pro zařízení rizikové. Přece jen lékaři v našich domovech trvale přítomni nejsou, některé domovy nemají nepřetržitě ve službě ani zdravotní sestry, a pečovat o člověka v posledních dnech života, kdy se zdravotní stav může kdykoliv zvrtnout a nastat akutní situace, přináší řadu okamžiků, během nichž je těžké jednoznačně rozhodnout, co ještě pracovníci domovů mohou a kdy už by měl být klient v nemocnici, v péči lékařů a specializovaných zdravotníků.

Pečovat o klienty ve spolupráci s mobilním hospicem se nám zdálo být výhodným řešením uspokojujícím obě strany. Klientům je umožněno zůstat v péči zařízení, kde se se všemi znají, kde se cítí doma a kde



jsou spokojeni. Pracovníci zase mají jistotu, že se mohou kdykoliv obrátit na odborníky, kteří jim v nenadálých situacích budou oporou a dokáží akutní situace nejen okamžitě řešit, ale též předvídat a instruovat jak personál, tak i klienta a jeho rodinu ohledně toho, co se může stát a jaké řešení zvolit.

Náš domov se rozhodl pro spolupráci s Mobilní hospicovou péčí Iris Oblastní charity Pelhřimov, která má v paliativní péči dlouholeté zkušenosti. Svoji spolupráci jsme postavili na myšlence, že jde především o člověka. O člověka slabého,

nemocného, umírajícího, který potřebuje nebyť na těžkou situaci sám. Ekonomické aspekty se v tomto kontextu jeví jako marginální a financování naší spolupráce se i v čase vyvíjelo. Na rozjezd posloužil grant Nadačního fondu Josefa Nováka a postupem času jsme nastavili způsob vykazování na zdravotní pojišťovny tak, aby se žádná ze spolupracujících stran necítila znevýhodněna, což též na vzájemných setkáváních reflektujeme. Chtěli jsme spolupráci stavět na tom, co nás spojuje, a ne na tom, co nás rozděluje. Ve spolupráci setrváváme již druhým rokem.

Paliativní péči o klienta indikuje nejčastěji praktický lékař, někdy lékař specialista, případně lékař oddělení, kde byl klient hospitalizován. Právě zapojit lékaře, aby vůbec začali o přechodu z kurativní na paliativní péči přemýšlet, je jedním z důležitých východisek. V našem kraji se to daří právě díky osvětě vedení kraje a iniciativě jednotlivých nemocnic. Rozhodne-li paliatr na základě posouzení zdravotního stavu, že je klient skutečně vhodný do sdílené péče, je svolána rodinná rada. V domově je místnost určená právě pro setkávání pracovníků domova s rodinami. Blízcí klienta, lékař paliatr a sestra domova se tedy sejdou a vyjasní si stávající situaci a perspektivu nejbližší budoucnosti. Setkání se může účastnit i klient, v praxi to ale často již jeho zdravotní stav neumožňuje. Rodině jsou zodpovězeny všechny otázky, je nastaven plán paliativní péče a s tím jsou seznámeni jak zaměstnanci domova, tak zaměstnanci hospice. Plán většinou obsahuje informaci, že klient již nebude převážen do nemocnice, jsou stanovena pravidla pro ošetrovatelskou péči a nastavena medikace běžná i ta pro náhlé situace, která se vesměs vztahuje k řešení bolesti, nevolnosti a stavů neklidu.

Rodinám je od této chvíle umožněno být se svým blízkým vlastně bez omezení. Pokud v domově rodina být nechce, je s ní dohodnuta komunikace pro případ terminálního stavu, úmrtí, péče o tělo, přítomnost faráře a další důležité věci, které při komunikaci vyvstanou. Tato informace je předána personálu tak, aby přání klienta a rodin mohlo být dodržováno.

Senior zůstává klientem domova, který zajišťuje veškeré pečovatelské úkony a většinu úkonů ošetrovatelských, a stává se i pacientem mobilní hospicové péče v režimu 24/7, kdy je mu k dispozici lékař hospice a jeho ošetrovatelský personál, který dělá ty úkony, pro které sestry pracující v odbornosti 913 nemají kompetence. V našem domově se přitom nejedná o ojedinělé případy, sdílenou péči prošlo od začátku roku 2020 šestnáct osob, další tři potom byly z paliativní péče vráceny pro zlepšení stavu zpět ke svému praktickému lékaři. Dokážeme se postarat nejen o křehké seniory, péči jsme poskytovali onkologicky nemocným, lidem s ledvinovým a srdečním selháním i dalším.

Po každém úmrtí má personál i klienti možnost se rozloučit. Rozloučení je asi patnáctiminutový rituál, který probíhá v naší

kapli a může se jej účastnit i rodina. Smyšlem tohoto rozloučení je odpoutat se od zemřelého a předat jej vyšší moci. Dvakrát ročně v domově probíhají těž setkání – tzv. Pomněnky, kdy mohou lidé zavzpomínat na všechny své zemřelé blízké.

Jako vždy, když se zavádí něco nového, jsme si i my prošli určitým vývojem. Nyní již víme, že poskytování péče tímto způsobem nese větší nároky na zdravotní sestry a na komunikaci s rodinami. Obecně je třeba všechen personál vzdělat. Smrt není vždy hezká a rychlá, jak nám někdy ukazují filmy. Umírání bývá dlouhé v řádech dnů i týdnů, doprovází jej ztráta sil, nechutenství, bolesti, neklid, rozvoj dekubitů, zvracení, krvácení, poruchy dýchání. Personál musí tuto nehezkou stránku znát a zvládat, musí umět mluvit o těchto potížích s rodinami, musí mít především na umírajícího i rodinu čas. Mnoho času.

Součinnost s hospicem otevírá zdravotním sestrám prostor pro další rozvoj. Nejen v osobnostní rovině v oblasti sebepoznání, psychologie a komunikace, mají možnost se odborně rozvíjet v terapii bolesti, neklidu, zvládnání akutních stavů. Navzdory očekávání se nezdá, že bychom pro zajištění

paliativní péče potřebovali víc přístrojů. Vlastně jen častěji podáváme subkutánní infuze a zakoupili jsme dva koncentrátoři kyslíku. Tato péče není o přístrojích, je o lidech, jejich odbornosti a vůli se tomuto odvětví péče věnovat.

Žádné sociální ani zdravotní služby nejsou samospasitelné. Nemáme ambici stát se hospicem. Věříme, že pro každého člověka je nejlepší zemřít doma, ale víme, že někteří lidé prostě ve stáří být doma nemohou. Nemají třeba nikoho, kdo by se o ně postaral, nebo rodina tuto péči nezvládá. Klienti domovů pro seniory jsou konci života blíží než jiní, a myslíme, že právě proto v těchto zařízeních hospicová a paliativní péče musí mít své místo. Je třeba se k tomuto tématu postavit a neposílat klienty, pro které se domov stal skutečným domovem, umírat jinam, ale snažit se péči o ně zajistit v místě. Ne-li to možné svépomocí vlastního personálu a chceme-li, aby klient zbytečně netrpěl bolestí nebo jiným nekomfortem, který bychom třeba neuměli v sociálních službách zvládnout, pak je spolupráce s mobilními hospici cestou stejně tak lidskou, jako rozumnou.

INZERCE



ČESKÝ VÝROBCE ZDRAVOTNICKÝCH, MANIPULAČNÍCH VOZÍKŮ

Nový antimikrobiální povrch lakovaných vozíků!



V dnešní nelehké době je potřeba maximální podpora Vašich zařízení.

Zvolili jsme proto novou ochranu našich lakovaných vozíků s **antimikrobiálním povrchem**.



Povrch vozíků s tímto označením **zabraňuje** usídlování bakterií a hub na organickém laku a **ničí je!**

více se dozvíte
na www.klaro.cz



Rádi Vám vytvoříme nabídku na míru. Stačí nás jen kontaktovat přes naše webové stránky www.klaro.cz, na e-mailu klaro@klaro.cz nebo na telefonu +420 314 005 420.

Vývoj výdajů na dávky státní sociální podpory

Základním stavebním kamenem většiny dávek státní sociální podpory bylo od zavedení tohoto systému v roce 1995 až do roku 2006 životní minimum, a to jak pro stanovení hranic příjmu, do kterého bude dávka, jejíž výše je limitována výší příjmu rodiny, vyplácena, tak i k určení její výše. Od roku 2006 je většina dávek stanovena pevnou částkou, která ve většině případů nebyla do dnešních dnů upravována, reálná hodnota dávek se tak snižuje.

- **Text: doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.,** výzkumný pracovník, ředitel VÚPSV v letech 2001–2017;
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, prezident APSS ČR

Při realizaci státní sociální podpory je uplatňován princip státem organizované solidarity, a to ve dvou základních směrech¹ – od bezdětných k rodinám s dětmi a od vysokopříjmových k nízkopříjmovým rodinám. Tomuto rozdělení odpovídaly obecně i dva základní druhy dávek, které se k takovému účelu užívaly.

V první řadě šlo o univerzální nárokový příjem každého dítěte, jenž byl vyjádřením redistribučních procesů od bezdětných rodin ve prospěch rodin s dětmi. V současné době mají tuto podobu pouze rodičovský příspěvek a dávky péčovské péče, ostatní dávky, vč. přídatků na děti, jsou dnes již významně limitovány příjmovou situací rodiny/domácnosti.

Druhým typem dávek jsou příspěvky stanovené na základě testování skutečné celkové příjmové situace rodiny/domácnosti (means test). Jde o podporu rodiny do okamžiku, kdy dosáhne svými příjmy společensky dohodnuté hranice, přičemž po dosažení této hranice se dávka přestává úplně vyplácet (v minulosti u sociál-

ního příplatku a příspěvku na bydlení se s rostoucím příjmem výše dávek snižovala). V tomto případě se jedná o přerozdělení ve prospěch rodin s nízkým příjmem. V systému státní sociální podpory mají v současné době tento charakter přídavky na dítě, příspěvek na bydlení, porodné a pohřebné.

Vzájemná proporce výše těchto dávek a prostředků vkládaných do těchto řešení umožňuje realizovat mnoho variant státní podpory rodin s dětmi, ale především umožňuje jedním systémem uskutečnit diametrálně odlišné pojetí sociální politiky státu. Různým nastavením konstant systém umožňuje velmi účinně realizovat sociální politiku jak úsporného, tak i „štedrého“ charakteru, kdy prostřednictvím různé míry redistribučních procesů může být ve prospěch rodin s dětmi transferována různá výše prostředků. Změnou vah obou typů dávek je možné při stejném objemu vynakládaných prostředků provádět sociální politiku vysoce cílenou, příp. až plošnou.

Těto změny jsme byli svědky v uplynulém období, kdy se míra uplatňování obou principů výrazně změnila – posílila se ochranná funkce dávek především pro nízkopříjmové rodiny. Jedinou výjimku v tomto směru tvoří rodičovský příspěvek, který však v současné době má mj. za cíl přispět k zajištění situace mladých rodin s malými dětmi v důsledku nízké ochoty zaměstna-

vatelů zaměstnávat především ženy matky na zkrácené pracovní úvazky a tak odčerpat tyto ženy z pracovního trhu.

Vytvoření systému státní sociální podpory bylo svým pojetím, rozsahem i technickým řešením nejvýznamnějším transformačním opatřením v rekonstrukci systému sociálního zabezpečení v 1. polovině 90. let minulého století. Vedle změny konstrukce jednotlivých dávek došlo i ke změně jejich plátce, do té doby byly dávky vypláceny zaměstnavateli a okresními správami sociálního zabezpečení. Vzhledem k tomu, že přechod k adresnému systému je provázen sledováním a vyhodnocováním většího množství údajů, bylo nezbytné pověřit výplatou těchto dávek orgány státní správy².

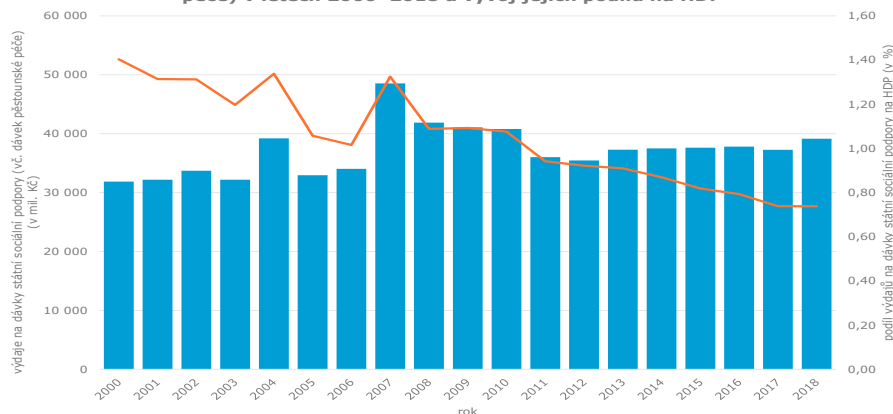
Dávky, které jsou dnes poskytovány v rámci systému státní sociální podpory, byly do roku 1995 poskytovány z různých sociálních systémů, jejich právní úprava byla nepřehledná a v řadě případů neodpovídala potřebám současného vývoje. V souvislosti s valorizačními úpravami byly proto v 1. polovině 90. let postupně měněny základní principy jejich konstrukce tak, aby zavedení systému státní sociální podpory do praxe bylo pokud možno co nejjednodušší. Cílem tohoto postupu bylo³:

- sjednotit dávky vyjadřující podporu státu občanům a rodinám s dětmi do jednoho komplexu, přičemž nově byly definovány v tomto systému ty dávky, které byly dříve součástí jiných systémů (systému nemocenského pojištění, důchodového zabezpečení a sociální péče);
- zavést nové sociální dávky reagující na dosud neřešené sociální situace, např. příspěvek na bydlení a příspěvek na dopravu;
- změnit koncepci dosavadních nejvýznamnějších peněžitých dávek vyplácených rodinám a navrhnout jejich přeměnu (v tomto smyslu se jednalo o přechod na diferenciaci přídatku na dítě podle věku dítěte a transformaci dřívějšího státního vyrovnávacího příspěvku do sociálního příplatku).

K základním principům systému státní sociální podpory patří⁴:

- komplexnost;
- jednotnost;
- sociální spravedlnost;
- skladebnost;
- valorizace;
- dostupnost;
- operativnost;
- nenáročnost.

Graf č. 1 Vývoj výdajů na dávky státní sociální podpory (vč. dávek péčovské péče) v letech 2000–2018 a vývoj jejich podílů na HDP



Zdroj: Vlastní zpracování na základě Základních ukazatelů z oblastí práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech. Praha: MPSV, 2005–2018. Informace o vyplacených dávkách v resortu MPSV ČR v prosinci 2019. Praha: MPSV, 2020.

Výdaje na dávky státní sociální podpory a ostatní státní dávky⁵ vzrostly od roku 2000 do roku 2019 cca 1,2krát, přičemž v průběhu tohoto období lze jejich vývoj charakterizovat několika tendencemi:

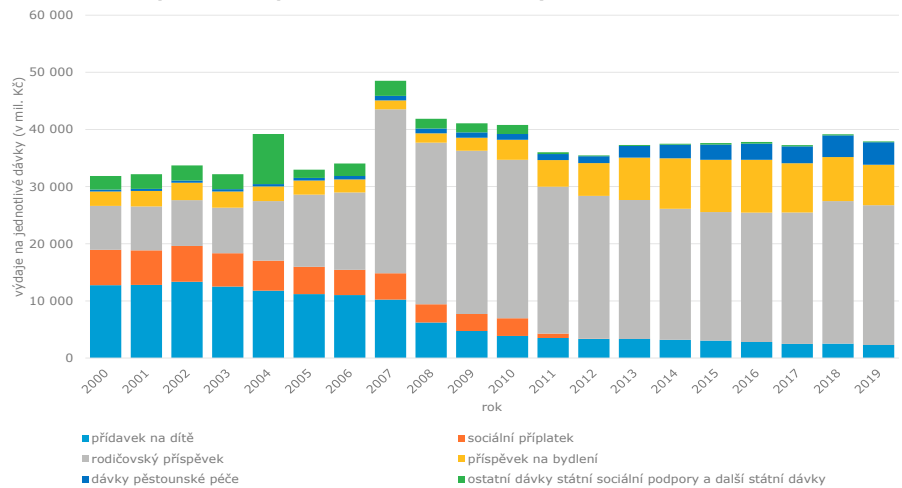
- po zavedení systému státní sociální podpory výdaje na tyto dávky pravidelně rostly především v důsledku jejich automatické valorizace v souvislosti se zvyšováním částek životního minima;
- výrazný nárůst výdajů v roce 2007 je způsoben změnou podmínek pro čerpání rodičovského příspěvku a výraznou změnou výše jeho částek (výdaje na tyto dávky vzrostly v letech 2000–2019 cca 3,2krát);
- následný pokles těchto výdajů souvisí především s významným zpříšňováním podmínek vztahujících se k některým sociálním dávkám (zejména přídávku na děti, sociálnímu příplatku a porodnému).

Podíl výdajů na dávky státní sociální podpory a ostatní státní dávky na HDP se po celé období snižuje, v letech 2000–2018 klesl z 1,46 % na 0,74 % (viz graf č. 1).

Ve struktuře výdajů na dávky státní sociální podpory došlo v letech 2000–2019 k významným změnám. Výrazně klesl objem výdajů na přídavek na dítě a sociální příplatek (od 1. 1. 2012 byl sociální příplatek zrušen), naopak výrazně narostly výdaje na rodičovský příspěvek a na příspěvek na bydlení (viz graf č. 2).

Graf č. 2

Vývoj výdajů na jednotlivé dávky státní sociální podpory, dávky péčovské péče a na další státní dávky v letech 2000–2019



Zdroj: Vlastní zpracování na základě Základních ukazatelů z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech. Praha: MPSV, 2005–2019. Informace o vyplacených dávkách v resortu MPSV ČR v prosinci 2019. Praha: MPSV, 2020.

Tyto údaje jasně dokladují výraznou změnu v pohledu státu na podporu rodin s dětmi prostřednictvím sociálních dávek, v současné době je preferována podpora rodin s dětmi prostřednictvím daňového systému. V letošním roce činí sleva na dítě:

- za 1. dítě 15 204 Kč ročně, tedy 1 267 Kč měsíčně;
- za 2. dítě 19 404 Kč ročně, tedy 1 617 Kč měsíčně;
- za každé další dítě 24 204 Kč ročně, tedy 2 017 Kč měsíčně.

To znamená, že např. rodič se třemi dětmi si každý měsíc odečte z daní 4 901 Kč.

Je tedy zřejmé, že i nadále jsou platné závěry, které byly učiněny při realizaci rozborů a analýz ve 2. polovině 90. let minulého století, tedy, že je potřebné komplexně analyzovat všechny souvislosti a možnosti propojení sociálního a daňového systému. S politováním je nutno konstatovat, že po roce 2006, kdy došlo k zásadním změnám v konstrukci, žádná taková analýza nebyla zpracována.

¹ viz: KREBS, V. a kol. Sociální politika. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2007. ISBN 978-80-7357-585-4.

² Po zrušení okresních úřadů vyplácely dávky státní sociální podpory od 1. 1. 2003 do 31. 3. 2004 obecní úřady obsí s rozšířenou působností v sídlech bývalých okresních úřadů, od 1. 4. 2004 vyplácí tyto dávky opět orgány státní správy – úřady práce.

³ viz: KEPKOVÁ, M. Státní sociální podpora. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-5-1.

⁴ viz: DLOUHÝ, J. Vzájemné vazby systému daní a dávek v České republice. Praha: SOCIOKLUB, 1997. ISBN 80-902260-6-X.

⁵ Těmito dávkami se rozumí jednorázový příspěvek (vyplácen v roce 2004), sociální příspěvek k vyrovnání cen tepelné energie (vyplácen do roku 2000), sociální příplatek k vyrovnání cen nájemného (vyplácen do roku 2001), příspěvek na péči o dítě v zařízení (vyplácen v letech 2005–2006) a příspěvek na školní pomůcky (vyplácen v letech 2006–2007). Hlavním důvodem, proč dochází k společnému sledování výdajů na tyto dávky s dávkami státní sociální podpory, je skutečnost, že tyto dávky byly vypláceny společně s těmito dávkami státními orgány (od roku 1995 okresními úřady, od roku 2004 úřady práce). Dávky péčovské péče jsou od ledna 2013 samostatně upraveny zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně právní ochraně dětí, v platném znění.

INZERCE

invista

Váš profesionální partner v oblasti návrhu a realizace ochrany stěn a odolného nábytku

- **Acrowall** – ochrana stěn
- **Acrodoors** – dveře, které vydrží
- **Acrocabinet** – odolný nábytek

INVISTA Craft, **více než 25 let zkušeností** s interiéry v sociálních službách a ve zdravotnictví

www.invista.cz

PeHa-fix

– volba číslo 1 u českých lékárníků

Obvazy nebo také obinadla jsou tradiční součástí každodenní praktické medicíny. Pomáhají nám nejenom při ošetření drobných i rozsáhlých poranění při fixaci krytí ale i k fixaci zraněné části těla a jejich využití je ještě mnohem širší. Na trhu je dostupných mnoho obinadel s různým účelem použití a také jejich kvalita se u jednotlivých výrobců liší. Proto je důležité si to správné obinadlo pečlivě vybrat.

Na přelomu roku 2019 a 2020 probíhal již třetím rokem v ČR průzkum pro zaměstnance lékáren, známý pod názvem První volba lékárníka 2020. Zapojilo se do něj celkem 691 zaměstnanců lékáren. V tomto průzkumu v kategorii „Obvazový materiál“ jednoznačně zvítězilo superelastické fixační obinadlo

PeHa-fix® značky HARTMANN a stalo se tak **1. volbou lékárníků v této kategorii.**

PROČ JE OBINADLO PEHA-FIX® TAK OBLÍBENÉ?

Velká obliba obinadel PeHa-fix je dána jejich vlastnostmi: vysokou elasticitou

s tažností až 125 %, která umožňuje aplikaci i na těch částech těla, kde by jiný materiál správně nedržel nebo by bránil v pohybu (např. klouby a kónické části těla) a také měkkým a prodyšným materiálem umožňujícím příjemné nošení.

Obinadla PeHa-fix jsou nabízena v 5-ti šířkových velikostech a různých druzích balení, od balení po jednom kuse až po velká balení pro zdravotnická a ošetrovatelská zařízení, ambulance a nemocnice. Obinadlo PeHa-fix je preskripční a plně hrazené, doktor jej tedy může předepsat bez doplatku.



O krok dál
pro zdraví

i

Chcete se dozvědět více o obvazových materiálech? Neváhejte kontaktovat svého obchodního zástupce HARTMANN, volejte linku 800 100 150 nebo navštivte webové stránky lekarnahartmann.cz.

Využití práce z domova ze strany zaměstnavatele

Práce z domova je stále častějším a žádanějším benefitem, který oceňují zaměstnanci i zaměstnavatelé. Aktuální pandemie COVID-19 pak možnosti a výhody práce mimo pracoviště zaměstnavatele zřetelně ukazuje.



▪ **Text: JUDr. Vladimír Hort,**
právník APSS ČR

Zákonodárce bohužel nevyužil prostor v aktuální novele zákoníku práce provedené zákonem č. 285/2020 Sb. k tomu, aby upravil její základní specifika, a tak poskytnul zaměstnavatelům jasná (a funkční) pravidla pro nastavení této formy práce. Vychází zřejmě z předpokladu, že zákonem neupravené záležitosti naplní účastníci vzájemnou dohodou, a to i za případného použití nepojmenované (tzv. inominátní) smlouvy podle § 1746 odst. 2 občanského zákoníku a také ústavní zásady „co není zakázáno, je dovoleno“.

Úpravu tzv. **domáckých zaměstnanců** obsahuje ustanovení § 317 zákoníku práce, podle něhož na pracovněprávní vztahy zaměstnance, který nepracuje na pracovišti zaměstnavatele, ale podle dohodnutých podmínek pro něj vykonává sjednanou práci v pracovní době, kterou si sám rozvrhne, se vztahuje právní úprava zákoníku práce. Místem výkonu práce nemusí být nutně bydliště zaměstnance, ale i jiné místo, včetně místa v zahraničí (tzv. „Teleworking“). Pokud zaměstnanec pracuje z bydliště, užívá se pojem „Home Working“, příp. „Home Office“.

Zaměstnanci pracující mimo pracoviště zaměstnavatele mohou k provádění sjednaných prací a úkolů používat vlastní nářadí, výpočetní techniku, pracovní pomůcky (kancelářské aj.) nebo jiné věci. To je třeba dohodnout v pracovní smlouvě, resp. v jejím dodatku nebo i v samostatné doho-

dě (již zmíněné „inominátní“), kde by mělo být obsaženo také určení výše náhrad, které zaměstnavatel poskytne zaměstnanci za použití jeho nářadí, zařízení apod. k výkonu práce. Může se jednat o paušální částky, které zahrnují jak náhradu za opotřebení těchto předmětů, tak i za spotřebu energie k provozu strojů, zařízení výpočetní techniky a také k osvětlení pracoviště. U těchto zaměstnanců se předpokládá osobní výkon práce, přestože u nich je prakticky vyloučena soustavná kontrola, zda vykonávají sjednané práce bez pomoci cizích osob, zejména rodinných příslušníků.

Rozsah práce, který zaměstnavatel určuje, by neměl přesáhnout množství práce, jaké podle konkrétních norem spotřeby práce odpovídá týdenní pracovní době obecně stanovené pro výkon prací tohoto druhu. **Pracovní doba je i pro tyto zaměstnance nejvýše 40 hodin týdně.** Vzhledem k tomu, že tito zaměstnanci mají možnost přizpůsobovat si svou pracovní dobu osobním časovým možností, není nutné jim zajišťovat náhradu mzdy/platu při všech osobních překážkách v práci. Těmto zaměstnancům se poskytuje náhrada ušlé mzdy/platu ve výši průměrného výdělku jen při překážkách v práci, které jsou uvedeny v nařízení vlády č. 590/006 Sb.

Jelikož se na tyto zaměstnance nevztahuje ustanovení zákoníku práce o rozvržení pracovní doby, nemohou uplatňovat nárok na příplatek nebo náhradu mzdy/platu za práci v neděli nebo ve svátek. V důsledku osobního výkonu práce odpovídá za případnou způsobenou škodu zaměstnavateli samotný zaměstnanec

podle pracovněprávních předpisů jako zaměstnanci v obvyklém pracovním poměru, i kdyby škodu způsobila jiná osoba (např. rodinný příslušník apod.).

Zaměstnavatelé, kteří hodlají nikoliv jednorázově využít tuto formu práce, by měli zvážit vytvoření **vnitřního předpisu**, který by blíže upravoval možnost čerpání a podmínky fungování Home Office. Obsahovat by měl mj.:

- specifikaci, kteří zaměstnanci mohou této formy práce využívat a jak často;
- ujednání upravující využívání pracovních pomůcek a případnou odpovědnost za svěřené hodnoty;
- způsob evidence pracovní doby;
- způsob předávání úkolů a pokynů k práci, kontroly a vyhodnocování výsledků práce;
- otázku náhrady výdajů příslušejících zaměstnanci v souvislosti s výkonem práce (např. za využití či opotřebení vlastního PC, tiskárny aj., náklady na služby spojené s výkonem práce, jako je energie, internetové připojení apod.); vhodná zde bude úhrada formou sjednaného paušálu;
- pravidla chování práce z domova a informace o BOZP.

Konkrétní **dohoda** s dotčeným zaměstnancem by pak měla obsahovat tyto náležitosti včetně údaje, zda je uzavírána na dobu určitou. Pokud tento údaj nebude v dohodě uveden, platí, že byla uzavřena na dobu neurčitou a bude nutné doplnit pravidlo o jejím ukončení jak ze strany zaměstnavatele, tak i zaměstnance. Trvání dohody může být prodloužováno nebo může být dohoda opakována bez omezení, jaké platí u uzavírání pracovních poměrů na dobu určitou (tzv. „zákaz neomezeného řetězení pracovních poměrů“).

Protože se zpravidla mění místo výkonu práce, je nezbytné uzavřít **dodatek** pracovní smlouvy obsahující tuto změnu. To však není nutné, pokud pracoviště zaměstnavatele a místo výkonu práce zaměstnance v režimu Home Office splývají (např. tehdy, pokud obě místa leží v téže obci, které bylo v pracovní smlouvě sjednáno jako místo výkonu práce).

Platí, že zaměstnavatel nemůže zaměstnance k práci z domova nutit a musí se s ním na jeho zavedení i fungování vždy dohodnout. Zaměstnanec na výkon práce v režimu Home Office také nemá nárok, který by si na zaměstnavateli mohl vynucovat. Vše je o vzájemné dohodě obou stran.

Což takhle dát si hudbu

aneb Muzikoterapie v praxi

2. díl



Ve druhém dílu série článků o muzikoterapii se seznámíte s možnostmi využití muzikoterapie u lidí s mentálním postižením.

▪ **Text: Mgr. Tomáš Vacek,**
muzikoterapeut, psychoterapeut

Při definování mentálního postižení můžeme vycházet z popisu mentální retardace, kterou Světová zdravotnická organizace definuje jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.“ (MKN-10). Z výše uvedené definice je zřejmé, že se jedná o medicínské vnímání mentálního postižení. Ten jej ve zkratce hodnotí jako „vývojovou poruchu, která negativně zasáhla rozvoj rozumových schopností, a tím i celkovou kvalitu úsudku...“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Donedávna přetrvával při péči o osoby s mentálním postižením ústavní přístup, kdy se nedbalo na individuální potřeby klientů. Tato skutečnost se však mění. Více dochází ke srovnávání potřeb osob s mentálním postižením s intaktní společností. Tato skutečnost je zřejmá v obecném principu při práci s touto cílovou skupinou. Hlavní úsilí směřuje k integraci osob s mentálním postižením do běžné populace, aby mohly využívat běžně dostupné služby. Soustředí se také na poskytování takové podpory, která je zapotřebí pro dosažení co

největší samostatnosti. Klade se důraz na to, co chce klient, podporuje se ve schopnostech rozhodovat se a řídit svůj život (Matoušek a kol., 2010). Stejně tendence samozřejmě nalezneme i v muzikoterapii.

U osob s mentálním postižením se nejčastěji využívá **skupinová muzikoterapie**. Méně častou je **individuální muzikoterapie**, která se spíše volí v případě, že klient není z nějakého důvodu schopný pracovat ve skupině (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012) či v případě hlubokého mentálního postižení nebo dalšího kombinovaného postižení. Roli zde samozřejmě hrají i finance. Skupinová muzikoterapie je pro poskytovatele sociálních služeb výhodnější. S individuální muzikoterapií se můžeme setkat zejména v případě osob s hlubším mentálním postižením.

V posledních letech se objevuje zajímavý fenomén **komunitní muzikoterapie**. Nejedná se přímo o nástroj pro práci s komunitou, ale o volný teoretický koncept. Nemá přímo stanovenou metodickou základnu (Wood, 2016). Důležitá je systémovost prováděných aktivit, spoluúčast všech zúčast-

ných stran, aktivita ke změně, orientovanost na zdroje člověka, vznik sociálních vazeb mezi lidmi a komunitami, sociální aktivismus, zaměření na sociálně-hudební procesy, komunitu, individualitu a rozdílnost (Stige, Pavlicevic, Ansdell, 2016).

V českém prostředí se setkáváme s komunitní muzikoterapií nejčastěji ve formě různorodých festivalů pořádaných domovy pro osoby se zdravotním postižením a dalšími poskytovateli sociálních služeb. Dále se jedná o charitativní koncerty známých interpretů v přirozeném prostředí klientů. Klienti domovů případně vyjíždějí na komerční hudební festivaly.

Použité metody a techniky muzikoterapie u klientů s lehkým mentálním postižením jsou poměrně shodné jako u ostatních cílových skupin. U osob s hlubokým mentálním postižením se muzikoterapie kombinuje s konceptem multisenzorické stimulace Snoezelen (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Muzikoterapie u osob s mentálním postižením přináší samozřejmě svá specifika. Při práci se potýkáme s různorodými bariérami v komunikaci. První z nich mohou být vady řeči. Dále také neschopnost pojmenovávat prožívané skutečnosti. Vyjadřování je většinou na elementární úrovni. Klienti potřebují velkou podporu, aby dokázali dosáhnout změny, protože jejich vlastní zdroje sil z různých důvodů nestačí (Portner, 2008). Při práci je tedy nutné využívat různorodé techniky a metody, jež usnadňují terapeutický proces. Může se jednat o piktogramy, karty emocí, techniky z ostatních expresivních terapií atd.

Využití muzikoterapie při práci s lidmi s mentálním postižením představuje specifický způsob, jakým mohou tyto lidé řešit obtíže ve svém životě (Bunt, Hoskyns a Swami, 2002). Klient může skrze hudební zážitek zkoumat a prohlubovat své zkušenosti se sebou samým a světem kolem sebe (Steele in Bunt, Hoskyns a Swami, 2002). Jak už bylo řečeno výše, verbální komunikace může být pro některé osoby s mentálním postižením problematická. Hudební médium nabízí neverbální možnost tera-

Využití muzikoterapie při práci s lidmi s mentálním postižením představuje specifický způsob, jakým mohou tyto lidé řešit obtíže ve svém životě.

Muzikoterapie představuje jednu z možností terapeutické práce s lidmi s mentálním postižením.

peutického kontaktu. Vytváří také emocionální a symbolické prostředí pro práci s pocity a myšlenkami klienta, se kterými se tak může bezpečně pracovat (Bunt, Hoskyns a Swami, 2002). Hudba v rámci muzikoterapie slouží také k dalším účelům, jako jsou rehabilitace, fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, rehabilitace a udržení kognitivních funkcí (Gerlichová, 2014).

V rámci muzikoterapie, nejen s lidmi s mentálním postižením, dochází k hledání svobodného bytí a autentického žití člověka. Muzikoterapie směřuje k nalézání pravé podstaty našeho existování, které by mělo být shodné s naším osobním přesvědčením. Terapie by měla probíhat v prostředí autentických, otevřených a opravdových vztahů. Dochází tak k odkrývání možností naší existence a pochopení naší minulosti (Čálek, 2004).

Muzikoterapie představuje jednu z možností terapeutické práce s lidmi s men-

tálním postižením. Přináší jim možnost vyjádřit se bezpečným způsobem, který je pro ně navíc zábavný. Vytváří bezpečné prostředí pro jejich rozvoj nejen v oblasti tělesné, ale i duševní.

Zdroje:

- BRUSCIA, Kenneth E., *Defining Music Therapy*, Barcelona, 2013. ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=3117673>.
- BUNT, Leslie, Sarah HOSKYNs a Sangeeta SWAMI. *The Handbook of Music Therapy [online]*. London, New York: Routledge, 2002 [cit. 2020-10-08]. ISBN 9781317798590. Dostupné z: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/knav/detail.action?docID=1501555>.
- ČÁLEK, Oldřich. *Skupinová daseinsanalýza: [možnost být sebou]*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-539-6.
- F70-F79 – *Mentální retardace*. MKN-10 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistik ČR, 2020 [cit. 2020-09-28]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>
- GERLICHOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4581-7.
- VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. *Psyché (Grada)*. ISBN 978-80-247-3829-1.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- STIGE, Brynjulf, Marcedés PAVLICEVIC, & Gary ANSDELL. *Where Music Helps: Community Music Therapy in Action and Reflection*, Routledge, Abingdon. 2016. Available from: ProQuest Ebook Central. [23 December 2018].
- PÖRTNER, Marlis. *Psychoterapie pro lidi s mentálním postižením na základě přístupu zaměřeného na člověka. Kvalita v praxi [online]*. Praha: QUIP - společnost pro změnu, 2008 [cit. 2020-10-04]. Dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/004/000534.pdf?seek=1204208494>
- WOOD, Stuart. *A Matrix for Community Music Therapy Practice*, Barcelona Publishers, 2016. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/natl-ebooks/detail.action?docID=4544688>.

INZERCE



Nálevové čaje Biogena pro hromadné stravování

- široká nabídka příchutí
- pečlivě vybrané kombinace ovoce a bylin
- snadná a rychlá příprava

Více informací na bezplatné zákaznické lince 800 627 653 nebo na www.agfoods.eu.

ag foods
experience & innovation

Depresivní poruchy ve stáří

Deprese je široký pojem zahrnující celou řadu různých onemocnění. U seniorů může mít odlišný průběh než u mladších nemocných a příznaky jsou často méně nápadné a připisované životní situaci. Pokud pojmem podezření na depresivní poruchu, je potřeba vyhledat odbornou pomoc. Lehčí stavy je možné řešit cestou praktického lékaře, těžší depresivní poruchy by měl léčit psychiatr. Nejzávažnější formy deprese vyžadují hospitalizaci, někdy i bez souhlasu pacienta. Spolupráce lékaře s pečující osobou je nenahraditelná – jak z hlediska získání objektivních informací o stavu pacienta, tak v pomoci s dodržováním léčebného režimu.



▪ **Text: MUDr. Václava van der Meijs,**
anatomický ústav 2. lékařské Fakulty
Univerzity Karlovy, psychiatrické
oddělení ÚVN Praha

Deprese, tedy **pokles nálady**, je jedním z nejčastějších příznaků, se kterými se psychiatr setkává. Pokud se přidají další příznaky, jako je **zvýšená únava, snížená schopnost prožívat radost** nebo **ztráta zájmu o okolí a aktivity**, mluvíme o depresivním syndromu. Mezi jeho další příznaky patří (1):

- ztráta sebedůvěry a sebeúcty;
- výčitky a sebeobviňování;
- porucha soustředění (často subj. vnímána jako neschopnost myslet nebo pamatovat si);
- zpomalení psychomotorického tempa, nebo naopak neklid;
- poruchy spánku;
- změny chuti k jídlu;
- myšlenky na smrt a na sebevraždu.

Samotný depresivní syndrom může mít celou řadu příčin a diagnostický závěr by měl různorodost depresivních poruch re-

flektovat, nejedná se tedy o jednu diagnózu. Pro přehled o složitosti problematiky shrnuje zjednodušeně různé možné varianty depresivních poruch tabulka č. 1.

Depresivní porucha pak může vznikat souběžně (např. u poruch osobnosti) nebo být komplikací dalších onemocnění (např. Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci).

Podle statistiky UZIS z roku 2018 bylo 116 341 nemocných (2) s diagnostikovanou depresivní poruchou, toto číslo ale nezahrnuje všechny možné varianty deprese a nepočítá s jedinci, kteří nevyhledali pomoc. Obecně se údaje o výskytu depresivních poruch v populaci velmi různí.

➤ Hloubka depresivní poruchy

Podle počtu a **závažnosti přítomných příznaků** dělíme depresivní epizody na **lehké, středně těžké a těžké**. Nejzávažnější formou deprese je těžká deprese s tzv. **psychotickými příznaky**, kdy nemocný postupně ztrácí kontakt s realitou. Nejčastěji se jedná o bludná přesvědčení o vlastní neschopnosti, vině apod., časté jsou i tzv. hypochondrické bludy, tedy mylná a nevývratná přesvědčení o přítomnosti tělesné nemoci nebo zohavení. Vzácněji se mohou

objevit i halucinace, tedy vjemy, které nemají reálný podklad. Příkladem mohou být čichové halucinace vlastního zápachu.

Těžká deprese a deprese s psychotickými příznaky jsou formy vyžadující téměř vždy hospitalizaci, vzhledem k tomu, že se jedná o diagnózy s velkým rizikem sebevražedného jednání.

➤ Zvláštnosti deprese ve stáří

U starších pacientů může být diagnostika depresivní poruchy obtížná z několika důvodů. Obraz depresivní poruchy se s rostoucím věkem mění, modifikuje ho přítomnost dalších onemocnění, chronická bolest, ale i změna životního stylu a životní ztráty. Právě životní situaci seniora jsou příznaky často mylně připisovány, často totiž nejsou příčinou, ale jen spouštěčem depresivní poruchy.

Rizikové faktory pro vznik deprese v seniu tedy zahrnují i situace, které jsou u mladších pacientů vzácnější. Obecně jsou to tyto (3):

- ženské pohlaví;
- věk nad 60 let;
- již přítomné duševní onemocnění;
- přítomnost tělesného onemocnění, zejména s chronickým průběhem;
- nadužívání nebo zneužívání alkoholu a léků;
- bolest a zhoršená pohyblivost;
- sociální izolace;
- ztráta partnera;
- očekávaný konec života.

➤ Projevy depresivní poruchy v seniu

Jedním z nejvýznamnějších faktorů, které komplikují rozpoznání deprese u starších pacientů, je výrazně odlišný klinický obraz. Část pacientů i s těžší depresí nespĺňuje klasická diagnostická kritéria pro depresivní poruchu, někdy naopak dominují příznaky, které se u mladších nemocných nevyskytují (3).

Většina seniorů si **nestěžuje na smutek a sklíčenost**, chybí plačtivost a lítostivost. Snížení energie a unavitelnost jsou často připisovány tělesnému stavu. Velmi častou stížností depresivního seniora je porucha paměti – ve skutečnosti depresí podmíněná porucha soustředění. Oproti syndromu demence (zejména při Alzheimerově nemoci) si depresivní pacient svůj deficit uvědomuje, často pak v testových metodách úlohy vzdává a sám sebe hodnotí jako neschopného. V extrémní formě pak může velmi těžká deprese působit až dojemem demence (tzv. pseudodemence), nicméně při správné te-

Tabulka č. 1: Varianty depresivních poruch

Diagnóza	Základní charakteristiky
F06.3 Organická porucha nálady	Deprese je následkem tělesného onemocnění
F20.4 Postschizofrenní deprese	Deprese vzniká po epizodě schizofrenie a některé z příznaků schizofrenie dále přetrvávají.
F25 Schizoafektivní porucha	Jsou přítomné příznaky deprese současně s příznaky schizofrenie po dobu 2 týdnů.
F32 Depresivní fáze	Plně vyjádřená deprese trvá alespoň 2 týdny nebo je závažná
F33 Periodická depresivní porucha	Depresivní fáze, které se opakují.
F31 Deprese při bipolární afektivní poruše	Depresivní fáze střídané hypománií nebo mánií.
F34.1 Dystymie	Pokles nálady není dostatečně závažný pro dg. depresivní fáze, nicméně trvá 2 roky buď kontinuálně nebo jen s malými přestávkami
F41.2 Smíšená úzkostně-depresivní porucha	Přítomnost několika depresivních a několika úzkostných příznaků, ale ani jedna porucha není vyjádřena plně.
F43.2 Porucha přízpůsobení	Depresivní příznaky přicházejí v reakci na nepříznivou životní událost nebo extrémní zátěž.

rapii se pak poznávací funkce normalizují.

V populaci seniorů jsou pro depresi typičtější úzkostné a tělesné příznaky. Časté jsou stížnosti na nespecifické bolesti, záživací obtíže nebo obtíže s močením a stolicí. (4) V praxi může tedy u depresivního pacienta být hlavní stížností např. úporná zácpa (bludná zácpa, kdy je pacient přesvědčen, že na stolici nebyl velmi dlouhou dobu, ačkoli to není pravda, není ve stáří výjimkou). Vztah deprese a bolesti je komplikovaný, bolest může být spouštěčem i projevem depresivní poruchy, každopádně u nemocných s chronickou bolestí je nutná zvýšená ostražitost.

Úzkostná symptomatika zahrnuje silné a nadměrné obavy o zdraví, o blízké, pocity vyčerpání aj. Úzkost může být rovněž provázena tělesnými příznaky, jako je nevolnost (někdy až zvracení), bušení srdce, pocity sevření hrdla nebo tíhy na hrudi atd.

Objektivně můžeme vidět při úzkostné formě neklid provázející silné vnitřní napětí, neschopnost uvolnit se a často naléhavost na ujišťování a přítomnost osoby zajišťující pocit bezpečí. U tzv. apaticko-abulické formy převládá odevzdanost, snížená aktivita a nezájem, zanedbávání vlastních potřeb (jídlo, hygiena atd.). Nápadná může být změna chování v čase (i když začátek může být plíživý). Výrazné bývá stažení se, ztráta zájmu a tzv. anhedonie, tedy ztráta potěšení z aktivit, které nemocný v minulosti vyhledával a které ho těšily, nebo až úplná neschopnost prožívat radost. Emoční reakce jsou často snižené, pacient nereaguje emočně na podněty, které by běžně reakci vyvolaly. Na první pohled bývá nápadné zpomalení myšlení (odpovídá s velkým zpožděním) i pohybů a omezení mimiky. Při těžších depresích může být obličej až maskovitý.

Velmi časté jsou poruchy spánku a ne-

chutenství. Výrazné hubnutí je alarmující.

U depresivních seniorů se často setkáváme s hlubokým pocitem vlastní neschopnosti, zbytečnosti a sebeobviňováním. Časté jsou myšlenky na smrt jako na formu vysvobození. V extrémním případě může být depresivní senior přesvědčen, že jeho smrt bude pro okolí jednoznačným pozitivem. Myšlenky na aktivní ukončení vlastního života je nutné VŽDY brát zcela vážně. Není vhodné spoléhat na to, že nemocný, který o sebevraždě mluví, ji nespáchá.

➤ Role pečujících

Pokud se chování seniora výrazně změnilo a jsou patrné příznaky deprese, je potřeba poskytnout podporu a odbornou pomoc. Samotné rozpoznání stavu je nejdůležitějším prvním krokem. Nejobvyklejší scénáře jsou tyto:

1. Jedná se o lehkou formu deprese, nebo středně těžkou formu, ale pacient odmítá návštěvu psychiatra. Pacient není nebezpečný sobě ani svému okolí. Je třeba navštívit praktického lékaře, který buď může léčbu sám řídit, nebo se může snažit pacienta přesvědčit, že návštěva psychiatra je nutná.

2. Jedná se o středně těžkou až těžkou formu deprese, pacient souhlasí s psychiatrickým vyšetřením a navštíví psychiatrickou ambulanci (akutně nebo s doporučením od praktického lékaře). Psychiatr na základě vyšetření stanoví další postup včetně potřeby hospitalizace.

3. Pacient trpí těžkou depresí a má sebevražedné myšlenky/tendence nebo psychotické příznaky (je narušený kontakt s realitou). V takovém případě je vhodné řešit stav akutně cestou pohotovosti nebo krizového centra. Pokud je pacient

zjevně a bezprostředně nebezpečný sobě nebo svému okolí, může být hospitalizován se souhlasem soudu i proti své vůli – psychiatr tedy podává do 24 hodin od přijetí pacienta soudu podnět na umožnění hospitalizace bez nebo proti souhlasu pacienta.

Z uvedeného vyplývá, že pokud pacient nesouhlasí s péčí a není zjevně a bezprostředně nebezpečný svému okolí, jediné, co lze dělat, je snažit se ho přesvědčit – zde je role pečujících nezastupitelná. Je vhodné se vyhnout manipulacím, např. lhaní o tom, kam pacient jede na vyšetření apod. Podle zákona ho lékař může (až na výše rozebranou výjimku) vyšetřit pouze se souhlasem.

Pokud máme obavy z možnosti sebevražedného jednání, je třeba se nemocného zeptat. Myšlenky na sebevraždu **není možné otevřeně a konkrétně**. Ptáme se na myšlenky na smrt, myšlenky na sebevraždu, zda nemocný přemýšlel o metodě sebevraždy či zda má konkrétní plán. Je pravděpodobné, že někteří nemocní své myšlenky zatají, ale vždy je lepší se zeptat.

Pečující má zásadní roli jednak v předání objektivních informací lékaři, ale i v pomoci při dodržování léčebných doporučení (pravidelnost užívání léků, dohled na účinnost a nežádoucí účinky léčby apod.).

Seznam literatury:

1. Smolík Petr, Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika. Praha: Maxdorf, 1996.
2. <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/indikatory/>
3. Drástová Hana, Krombholz Richard: Deprese v seniu. Medicína pro praxi 2006; 5.
4. Kubínek Radim, Pidrman Vladimír: Deprese seniorů. Interní medicína 2008; 10(1): 36–38.
5. Hoschl Cyril, Libiger Jan a Švestka Jaromír. Psychiatrie. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002.
6. Dušek, Karel, Večeřová-Procházková, Alena. Diagnostika a terapie duševních poruch. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010.
7. Hosák Ladislav, Hrdlička Michal, Libiger Jan. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015.
8. Raboch J, Pavlovský P, Psychiatrie, Praha: Triton, 2003.
9. Krombholz R. Farmakologicky navozené deprese, Psychiatrie pro praxi, 2008.
10. Jiráček R. Deprese u seniorů – biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. Psychiatrie pro praxi, 2007; 8(5): 198–200.
11. Jiráček Roman a kol., Gerontopsychiatrie, 1. vyd. Praha: Galén, 2013.

Testování příjmu a majetku v procesu vstupu žadatele do sociální služby v zahraničí – II.

V tomto díle se vracíme k tématu příjmových a majetkových testů v procesu vstupu žadatele do sociální služby v zahraničí.

NĚMECKO

V rámci německého systému pojištění na péči spravují vybrané finanční prostředky tzv. fondy péče, zřízené u zdravotních pojišťoven. Plnění ze strany pojišťoven může být ve formě věcného plnění, anebo ve formě peněžních dávek. Věcné plnění je úhradou tabulkových nákladů úkonů sociální služby poskytovateli, případný rozdíl hradí sama osoba vyžadující péči. Peněžní dávky náleží přímo potřebné osobě. Vstup do sociální služby je založen na potřebnosti péče, přičemž náklady vstupu do pobytového zařízení se se v jednotlivých zemích liší. Co se týče zařízení dlouhodobé péče, peněžité příspěvek, který plyne přímo do daného zařízení, obvykle nepokrývá celkové náklady na poskytnutí sociální služby. Zbytek nákladů musí hradit klient z vlastních finančních prostředků, které dokládá ve vstupní přihlášce (důchod, sociální pomoc, příjem z pronájmu, majetku nebo příjem příbuzných). Míra zodpovědnosti příbuzných za úhradu nákladů závisí na mnoha faktorech (rodinný stav, příjem, výdaje na bydlení, životní úroveň aj.). Při testování příjmu a majetku se musí brát ohled na **majetek, který nesmí být použit k vypořádání nákladů za péči** (Schonvermögen). Pokud osoba není schopna náklady hradit, může zažádat o sociální pomoc Úřadu sociálního zabezpečení, který zkoumá výši příjmu a majetku žadatele a jeho rodinných příslušníků (partneři, děti), jejichž výši uvede žadatel do příslušného formuláře. Právo na přidělení sociální pomoci nastává pouze tehdy, když osoba nemá dostatek finančních prostředků, a také, když se nemohou podílet na úhradě nákladů příbuzní. Jak velkou část nákladů převezme Úřad, závisí na typu požadované péče, rodinném stavu a určitém příjmovém limitu. Úřad pak může rozhodnout, zda zájemce může být přijat do daného pobytového zařízení, či nemůže (jelikož tento typ zařízení je nejdražší). Např. zájemci se stupněm péče 1 je péče v domově pro seniory zamítnuta (není-li samoplátce v soukromém zařízení) a úřad rozhodne o poskytnutí domácí péče.

POLSKO

Financování nákladů na poskytování sociálních služeb v Polsku má tři zdroje: prostředky klienta, prostředky osob povinných na financování participovat a prostředky z obecního rozpočtu. Vzhledem k tradiční mentalitě, kdy je rodina považována za základní jednotku pro řešení sociálních situací, zde existuje systém zjišťování a vyhodnocování možností finanční spoluúčasti rodinných příslušníků klienta, díky čemuž získané finance mohou být výrazným zdrojem krytí nákladů na poskytování sociální služby. Každý dům sociální péče (DSP) každoročně vyhláší tzv. index provozních nákladů, který zahrnuje mj. očekávanou inflaci, zdražení energií a služeb. Tyto náklady jsou přepočteny na jednoho klienta a představují nárokovou částku, kterou by podle počtu klientů v následujícím roce mělo zařízení dostat. Od nákladů vypočtených na jednoho klienta se zároveň odvíjí výše částky, kterou od něj zařízení za poskytnutí služeb požaduje. Při stanovení výše úhrady se vždy vychází z finanční situace klienta. Částka za úhradu služeb může činit maximálně 70 % jeho příjmů. Ze závažných důvodů lze požádat o snížení či prominutí dané částky. Významně využívána je zásada, že pokud péči o člověka, který vyžaduje pomoc druhé osoby, není schopna zajistit sama jeho rodina, měla by alespoň participovat na její úhradě. Proto se v případě platební neschopnosti klienta zjišťují také finanční poměry jeho příbuzných. Vychází se z **alimentační povinnosti**, kdy v případě poskytování sociálních služeb za úhradu je možné využít finanční spoluúčasti rodičů, dětí či vnuků, a to s ohledem na výši jejich příjmů a posouzení dalších rozhodných skutečností. Výsledná částka je věcí dohody a kromě výše příjmů se odvíjí také např. od počtu vyživovaných osob, výše nákladů na léky, péče o další osobu. Pokud rodina nespolečně spolupracuje, některé obce po ní následně náklady vydané ze svých zdrojů vymáhají. Striktní alimentární povinnost byla poněkud zmírněna novelou zákona o sociální pomoci. Jde například o situaci, kdy osoba povinná nebo její rodič byla na základě

rozhodnutí soudu umístěna do náhradní rodinné péče nebo do péče institucionální a osobě, která je klientem DSP a je rodičem nebo prarodičem této osoby, byla soudem omezena rodičovská odpovědnost.

RAKOUSKO

Před vstupem do sociálních služeb se obecně posuzuje potřebnost péče a příjem žadatele, konkrétní forma se v jednotlivých spolkových zemích liší. Většina domovů stacionární péče obvykle vyžaduje pro přijetí zájemce určitou úroveň potřebnosti péče, např. domovy pod správou Vídně přijímají osoby minimálně s úrovní péče 3. Ve většině domovů pro seniory či pečovatelských domovů jsou poplatky tvořeny základní částkou denní sazby a příplatkem podle rozsahu potřeb dlouhodobé péče, obvykle založené na výši příspěvku na dlouhodobou péči. V praxi ale uživatelé musí službu hradit i vlastními prostředky. Pokud však příjem (penze, příspěvek na péči, atd.) není dostatečný, může např. klient ve Vídni požádat Vídeňský sociální fond (FSW) o finanční příspěvek. Klient platí paušální částku za služby FSW a FSW hradí částku dané organizaci, která službu poskytuje. Placená částka závisí na čistém příjmu (odebírá se 80 % příjmu), příspěvku na péči a podpoře z FSW. Příspěvek na náklady se odpovídajícím způsobem snižuje, pokud existuje vyživovací povinnost. Manžele a registrovaní partneři jsou vzájemně závislí až do 30 % příjmu. Pokud závislá osoba stále žije doma a platí nájemné, částka příspěvku na náklady se snižuje o jednu část nájemného. Majetek a příjmy dětí nejsou ve Vídni zohledňovány. Jak jsme již informovali, v roce 2017 rozhodl rakouský parlament o zrušení **požadavku na náhradu za ošetřovatelskou péči** (Pflegereregress). Přístup k majetku osob přijatých do zařízení ústavní péče, jejich příbuzných a dědiců, jakož i dárců v rámci sociální pomoci je tak od 1. 1. 2018 na pokrytí nákladů péče nepřijatelný. Rovněž jsme informovali, že toto opatření přineslo výrazné výpadky příjmů spolkových zemí a napětí mezi centrální vládou a spolkovými zeměmi ohledně kompenzačních výpadků. Situace se však mezitím posunula k alespoň částečnému řešení, kdy se vláda aktuálně zavázala spolkovým zemím poskytovat až do roku 2024 kompenzace ztrát v celkové roční výši 200 milionů eur.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Rozvoj
Systému
Sociálních
Služeb

Mýty a fakta u výkonu opatrovnictví

2. díl¹

Tento článek je pokračováním článku z minulého čísla, ve kterém bylo popsáno prvních 5 častých mýtů při výkonu opatrovnictví.

▪ **Text: Mgr. Zuzana Durajová,**
právníčka, Odbor ochrany práv osob
se zdravotním postižením, Kancelář
veřejného ochránce práv



této části si rozebereme několik dalších mýtů, které se opakují v podnětech a dotazech zasilaných veřejnému ochránci práv.

6. mýtus: Opatrovník může zákaz opatrovanci, aby kouřil.

Opatrovník nemůže zasahovat do oblastí, která nejsou právním jednáním.² Nerozhoduje o tom, co si opatrovanec obleče, s kým se bude stýkat nebo zda bude kouřit. Naopak, při plnění svých povinností musí opatrovník postupovat dle názoru opatrovance³ a dbát na to, aby jeho život odpovídal jeho představám a přáním.⁴

Zasáhnout do práv a svobod opatrovance může opatrovník pouze v odůvodněných případech, tedy pokud hrozí opatrovanci bezprostřední újma na zdraví nebo životě nebo pokud hrozí, že opatrovanec nebude mít dostatek prostředků na pokrytí svých základních potřeb.⁵ Opatrovník vždy musí pečlivě vyvažovat autonomii opatrovance a jeho ochranu, a to především důsledným naplňováním své vysvětlovací povinnosti;⁶ musí tedy opatrovanci vysvětlit jeho právní situaci, svoje postavení a povinnosti, jakož i možné důsledky, které by mělo naplnění jeho přání.⁷

7. mýtus: Opatrovník musí být přítomen každému lékařskému zákroku nebo hospitalizaci opatrovance.

Opatrovance má právo na nepřetržitou přítomnost opatrovníka, případně osoby, kterou opatrovník určí, v průběhu poskytování zdravotních služeb.⁸ Poskytovatel tedy musí těmto osobám umožnit, aby byly u poskytování služeb přítomny, s výjimkou situací, kdy by jejich přítomnost narušovala poskytování zdravotních služeb.

Ne vždy bude možné, aby se opatrovník poskytování služeb osobně účastnil. Zejména u veřejného opatrovníka to může být, vzhledem k jiným povinnostem, někdy obtížné. V případě, že opatrovník nemůže být k dispozici, ale opatrovanec potřebuje

podporu nebo doprovod, opatrovník by ji měl zajistit například prostřednictvím sociální služby. Je nutné také upozornit na to, že výše uvedené právo je právem opatrovance, nikoliv opatrovníka. Opatrovník si svou přítomnost u lékařské prohlídky či zákroku nemůže nijak vynucovat, pokud si to opatrovanec nepřeje. Navíc, pokud existuje podezření na týrání, zneužívání nebo jiné zanedbávání ze strany opatrovníka, může poskytovatel zdravotních služeb opatrovníka zcela vyloučit.⁹



ombudsman
veřejný ochránce práv

8. mýtus: Pokud si opatrovanec vezme půjčku nebo způsobí škodu, zaplatí ji opatrovník.

S tímto mýtem se nejčastěji setkáváme u tzv. soukromých opatrovníků – tedy rodinných příslušníků, kteří se domnívají, že budou sami nést odpovědnost za následky jednání opatrovance. Předně je nutno uvést, že ne každé jednání opatrovance, které učiní přes své omezení a bez svého opatrovníka, bude neplatné. Neplatné bude pouze to jednání, kterým si opatrovanec způsobil škodu.¹⁰ I v případě, že bude dané jednání neplatné, opatrovanec (případně opatrovník z majetku opatrovance) bude muset uhradit tzv. bezdůvodné obohacení (například peníze, které si půjčil).¹¹

Omezení svéprávnosti také neznamená, že opatrovanec nebude nikdy odpovědný za škodu. V konkrétním případě se vždy bude posuzovat, zda nebyl opatrovanec schopen posoudit následky svého jednání nebo jej ovládnout.¹² Pokud si opatrovanec plně uvědomoval následky svého počínání a mohl ho ovládat, bude odpovědný tak, jako všichni ostatní a bude muset případnou škodu uhradit. Opatrovník může být za škodu, kterou způsobil opatrovanec, odpovědný pouze tehdy, když zanedbal tzv. náležitý dohled.¹³ Tedy pokud věděl, že opatrovanec v určité situaci potřebuje dohled nebo podporu, a neučinil nic pro to, aby hrozící škodě zabránil.

9. mýtus: Soukromý opatrovník zajistí potřeby opatrovance lépe než veřejný.

Mnoho lidí si myslí, že soukromý opatrovník může zajistit potřeby člověka lépe než veřejný, protože má lepší představu o jeho potřebách a přáních. To jistě může být pravda, zejména pokud opatrovanec s opatrovníkem žije v jedné domácnosti. Na druhou stranu, veřejný opatrovník (tedy zaměstnanec obce) je speciálně vyškolen pro výkon opatrovnictví, na rozdíl od soukromého opatrovníka má informace například o dostupných sociálních službách či bydlení, ví, na jaké dávky a příspěvky má člověk nárok, a podobně. V ideálním případě by měly pečující osoby, ať už se jedná o opatrovníky, nebo nikoliv, vždy úzce spolupracovat s obcí při ochraně práva a naplňování přání opatrovanců.

Opatrovance má právo na nepřetržitou přítomnost opatrovníka, případně osoby, kterou opatrovník určí, v průběhu poskytování zdravotních služeb.

¹ Tento článek vznikl úpravou aktuality, která byla dne 8. 6. 2020 publikována na webové stránce veřejného ochránce práv: <https://www.ochrance.cz/monitorovani-prav-lidi-se-zdravotnim-postizenim/aktuality-z-monitorovani/aktuality-z-monitorovani-2020/opatrovnictvi-myty-a-fakta/>.

² Ust. § 545 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku.

³ Ust. § 467 odst. 1 občanského zákoníku.

⁴ Ust. § 467 odst. 2 občanského zákoníku.

⁵ V rámci tzv. zakročovací povinnosti dle § 2901 občanského zákoníku.

⁶ Ust. § 466 odst. 2 občanského zákoníku.

⁷ Zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze dne 4. 8. 2016, spis. zn. 1959/2016/VOV, dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/5754>.

⁸ Ust. § 28 odst. 3 písm. e) bod 2. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

⁹ § 35 odst. 5 zákona o zdravotních službách.

¹⁰ Ust. § 65 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku.

¹¹ Ust. § 3 odst. 2 písm. c) ve spojení s § 2991 a násl. občanského zákoníku.

¹² Ust. § 24 občanského zákoníku.

¹³ Ust. § 2921 občanského zákoníku.

PODLAHOVÉ MYCÍ STROJE

DEZINFEKČNÍ VOZÍKY

VOZÍKY NA ČISTÉ A ŠPINAVÉ PRÁDLO



OŠETŘENÍ/RENOVACE PODLAH

DEZINFEKCE NA RUCI

CLEAN LIFE

ČISTIČKY VZDUCHU



JÍDELNÍ A MANIPULAČNÍ VOZÍKY



DEZINFEKCE VZDUCHU A POVRCHŮ

PRODEJ A SERVIS PRODUKTŮ

- variabilní vozíkové systémy
- podlahové mycí stroje
- čističky vzduchu
- parní čističe
- hygienický program
- úklidové pomůcky

SLUŽBY

- renovace podlah
- ošetření podlah
- generální úklidy

VÝROBA

- dezinfekce na ruce a povrchy
- obličejové štíty
- ochranné pláště

+420 608 837 006

INFO@CLEANLIFE.CZ

CLEANLIFESHOP.CZ
PREVENCEPROTIVIRUM.CZ

Specifika práce v nízkoprahovém denním centru a noclehárně

Nízkoprahové denní centrum (NDC) a noclehárna působí v Příbrami 5 let. Nejprve bylo sídlo nízkoprahového zařízení v prostorách bývalé záchytné protialkoholní stanice, které však byly nevyhovující. Protože město aktivně řeší otázku bezdomovectví, postavilo nové centrum pro osoby bez domova, které je v provozu přes 3 roky. Denní centrum má kapacitu 30 klientů, noclehárna 24 klientů. Klientem se může stát osoba, které je osmnáct let, horní věková hranice není omezena. Klientela našeho zařízení je velmi různorodá, představím tedy nejčastější typy klientů našeho zařízení a práci s nimi.



■ **Text: Bc. Michaela Nesvačilová, DiS.,** vedoucí nízkoprahového denního centra a noclehárny, Centrum sociálních a zdravotních služeb města Příbram

➤ Klient senior

Bezdomovectví seniorů je těsně spjata se stárnutím populace, nemocemi, které stáří provázejí, a nízkými důchody. Člověk, který má nízký důchod, si nemůže dovolit pobyt v pečovatelském domě ani domově důchodců, navíc, když vznikne akutní potřeba vyhledání jednoho nebo druhého zařízení, jsou čekací doby na umístění velmi dlouhé. Senior tedy přechází způsobem, který není ideální, v nízkoprahovém zařízení a noclehárně, a pokud se dočká přijetí do některého ze zařízení, neumí v něm žít, protože si vytvořil návyk na život na ulici. Je závislý na společenství a pomoci ostatních bezdomovců, které vnímá jako svoji rodinu. Ve chvíli přijetí do pečovatelského domu nebo domova důchodců, kde jsou lidé, kteří žijí naprosto odlišným způsobem života, se ocitá sám. Máme i případy, že senior brzy po umístění do zařízení umírá.

Abychom předešli vyloučení seniorů, kterým se podařilo dostat do některého zařízení, ze společnosti, snažíme se jim umožnit návštěvy NDC a setkávat se tak se svými přáteli. Většinou však klienti zůstávají v našem zařízení tak dlouho, dokud jim to zdravotní stav dovolí.

➤ Klienti se špatným zdravotním stavem

Právě zdravotní stav bezdomovců je jedním z dalších problémů. Velké procento osob bez domova má nějaké postižení či chorobu. Většina z nich nemá zdravotní pojištění, a tím ani nárok na lékařskou péči. Pokud dojde k nemoci nebo zranění osoby bez přístřeší, je jí poskytnuta pouze základní zdravotní péče. Pokud je přivolána záchranná služba a lékař vyhodnotí situaci jako méně vážnou, je provedeno ošetření na místě a ošetřený je propuštěn zpět na ulici. Lékař mu samozřejmě doporučí, aby si vyřídil doklady a pak řešil svůj zdravotní stav, pokud se ale ošetřený cítí lépe, už k tomu nedojde. Snažíme se vysvětlit klientovi důležitost řešení zdravotního stavu a za pomoci terénních služeb, které zajistí

klientovi doprovod, situaci řešíme. V souvislosti se zdravotní péčí se také setkáváme s tím, že člověk bez domova předstírá závažnou nemoc nebo epileptický záchvat, aby musela být přivolána záchranná služba, a to jenom proto, aby se o něj někdo zajímal. Naším úkolem je vysvětlit klientovi, že svým chováním blokuje sanitku, kterou v tu chvíli někdo potřebuje pro záchranu života.

➤ Závislí klienti

Závislost je velmi závažným problémem našich klientů. Pokud mezi nimi někdo netrpí nějakou závislostí, je to spíše výjimka. Je pochopitelné, že člověk, který se ocitl na samém dně, vyhledá alkohol nebo drogu proto, aby se alespoň na chvíli cítil lépe a zapomněl na své starosti. Nevnímá v tu chvíli, že návrat do společnosti pro něj bude prakticky nemožný, protože jen mizivé procento závislých lidí bez domova vyhledají léčbu, úspěšně ji absolvují a pak bez recidivy po zbytek života abstinují. Setkáváme se s poměrně častým nástupem do léčby, ale je to spíše účelové jednání. Klienti mají zájem o léčbu hlavně v zimních měsících, aby přečkali nejchladnější období. Většinou však léčbu nedokončí, a pokud ano, velmi brzy se vrací ke svým původním návykům vlivem prostředí, do kterého se vrací. V tomto případě se nám osvědčila změna prostředí, konkrétně práce s ubytováním, na které jsme se s klientem předem domluvili a hned po příchodu z léčebny ji zrealizovali.

➤ Klient propuštěný z výkonu trestu

Lidé bez domova jsou ohroženi kriminalitou ve větší míře než ostatní. Mohou se stát pachatelé, ale i oběťmi kriminálních činů. Mezi našimi klienty se nachází vysoké množství osob propuštěných z výkonu trestu, a jelikož se lidé bez domova sobě navzájem přizpůsobují, je nasnadě, že ti, kteří ještě trestný čin nespáchali, se o to pokusí.

Jelikož jsou lidé bez domova izolováni od lidí, kteří se vyskytovali v jejich dřívějším životě, kdy pracovali, měli rodinu, přátele a určité společenské postavení, začnou se stýkat s lidmi své úrovně, aby si zachovali sociální kontakty. Lidé žijící v této komunitě se brzy naučí nebát se ostudy a trestu, protože ve výkonu trestu je jim poskytnuta strava i bydlení. Při opakujících se delikttech a následujícím návratům do výkonu trestu zde mají i své přátele.

» Zaměstnání klientů

Další nesnází je nástup do zaměstnání. Pokud se již našim klientům podaří najít si práci, nemají finanční prostředky na vstupní lékařskou prohlídku. Praxe je taková, že zaměstnavatel má firemního lékaře, který si vyžádá výpis lékařské dokumentace z karty budoucího zaměstnaného. Člověk bez domova se ale málokdy nachází v místě, kde má lékaře, a tak potřebuje ještě finance na cestu. Pokud se jedná o zaměstnání v potravinářství, je potřeba vystavit potravinářský průkaz, což je také zpoplatněno. Mnohdy kvůli financím člověk bez domova nenastoupí do zaměstnání, protože je prakticky nemožné sehnat peníze, úřady práce nenabízejí pro tyto případy dávku mimořádné okamžité pomoci. V případě dlouhodobé nezaměstnanosti není člověk schopen pracovat.

Jednou z prvních otázek zaměstnavatele je dotaz na místo bydliště potenciálního zaměstnance. Pokud uvede nízkoprahové denní centrum, je malá možnost, že bude přijat. V těchto případech se snažíme zprostředkovat klientovi brigádu. Finanční prostředky takto získané pak použije na vstupní prohlídku do nového zaměstnání.

Dalším problémem je setrvání klienta v zaměstnání, protože dlouhodobě nezaměstnaný člověk ztrácí pracovní návyky.

V našem nízkoprahovém zařízení máme možnost aktivizační činnosti, při níž klient získává kredity, kterými může uhradit zpoplatněné služby, jako je nocleh nebo praní prádla. Tuto činnost volíme tak, aby odpovídala fyzickým schopnostem klienta, od žehlení po sekání trávy. Vykonáváním aktivizační činnosti si klient pracovní návyky postupně osvojuje. Osvědčil se nám úklid mimo prostory NDC, kdy obyvatelé města vidí, že i osoby bez domova dovedou pracovat, a klienti si vyzkouší, kolik úsilí stojí úklid, a příště nedopalek cigarety odhodí na místo k tomu určené.

Kromě špatné zaměstnatelnosti, jak již bylo zmíněno, trpí naši klienti i jednáním zaměstnavatelů, kteří zneužívají situace, ve které se lidé bez domova nacházejí. Zaměstnavatelé často odmítají uzavírat s těmito osobami pracovní smlouvy a dávají jim jen minimální mzdu.

» Rizika sociální práce s osobami bez přístřeší

Sociální práce, která probíhá s osobami bez přístřeší na všech úrovních, je vždy rizikovější prací než sociální práce s jinou cílovou skupinou. Vzhledem ke zmíněným problémům, jako jsou nemoci, krizové situace, do kterých se tyto osoby dostávají ve zvýšené míře, případně drogové nebo

jiné závislosti, je pracovník pohybující se v prostředí bezdomovců vystaven větší míře rizika.

Jedním z nich je i syndrom vyhoření sociálních pracovníků, kteří pracují s touto těžkou cílovou skupinou. Často se stává, že sociální pracovník věnuje hodně času a úsilí tomu, aby dosáhl posunu u svého klienta, a ten, i když je srozuměn s tím, že plnit úkoly nebude lehké a je na to dlouhou dobu připravován, zjistí, že mu dělá jakákoliv činnost problémy. Během krátké doby tak zmaří práci sociálního pracovníka, která trvala i několik měsíců, a vrací se zpět ke svým zaběhnutým rituálům. Pro eliminaci rizika syndromu vyhoření jsou důležité supervize, které pravidelně absolvujeme a při kterých získáváme od supervizora pohled zvenčí. Kromě skupinových máme možnost i individuálních supervizí, kdy se supervizor věnuje pouze konkrétnímu pracovníkovi.

Při své práci musíme mít vždy na paměti, že každý člověk je jedinečný, proto je nutné ke každému vždy volit individuální přístup práce, mít na paměti, že pro člověka, který se ocitl na ulici, je velmi těžké zařadit se zpět do společnosti. Musíme proto hledat motivaci k další práci i v malém úspěchu našich klientů.

INZERCE

Specialisté na dodávky pro sociální služby již od roku 1990



vybavení pokoje a lůžka je pouze ilustrační

sh

soral & hanzlik
medical

Pečovatelské lůžko Dali Econ

- plně elektricky polohovatelné pečovatelské lůžko
- spodní výška ložné plochy 40 cm
- rošt z kovových lamel
- max. nosnost 185 kg

Akce: 19 950,- Kč s DPH

ihned k dodání

SORAL & HANZLIK Medical s.r.o.
Kettnerova 1940, 155 00 Praha 5

www.soralhanzlik.eu
info@soralhanzlik.eu

Situace českého znakového jazyka

– Historie tlumočení v zahraničí a v Čechách

2. díl

Přestože si veřejnost často myslí, že tlumočení pro neslyšící není plnohodnotnou profesí, jedná se o omyl. Naopak. Tlumočení znakového jazyka je obor se svou historií a zajímavým vývojem, který v mnoha ohledech vysvětluje a objasňuje vnímání vztahu klientů tlumočnické služby a jejich poskytovatelů. Jsme přesvědčeni, že pohled do historie může vést k mnoha zamyšlením a úvahám i v souvislosti s budoucností poskytované tlumočnické služby.

■ **Text: Mgr. Naďa Hynková Dingová, Ph.D.,
Mgr. Šárka Prokopiusová,
Bc. Monika Boháčková**

Tlumočení znakových jazyků jako obor se formuje společně s lingvistikou znakových jazyků. Tlumočení můžeme zkvalitňovat v případě, že mu dobře rozumíme a máme nad ním nadhled. V šedesátých a sedmdesátých letech dvacátého století byly nejznámější práce, studie a příručky o tlumočení znakového jazyka psány anglicky a vznikaly téměř výhradně v USA. Nejstarší záznamy o tlumočení a překladech znakového jazyka, které jsou zatím k dispozici, pocházejí z roku 1612 a hovoří o „znakovém překladateli“ u soudu v Osmanské říši. (Stone, 2012) Je také doloženo, že již v roce 1725 byli „tlumočníci“ pro Neslyšící¹ i při londýnských soudech. (Stone, Woll, 2008) Historické prameny však většinou pouze zaznamenávají zprávu o výskytu tlumočení, nikoliv více o jeho podobě.

Při uvažování o historii tlumočení vycházíme z vývoje tlumočení v USA, a to hned ze dvou důvodů:

1. Dokládá historii tlumočení znakového jazyka, která se později opakovala v dalších zemích a jejich komunitách neslyšících, jež na vývoj v USA navázaly, včetně České republiky.

2. Ilustruje cestu translologie znakových jazyků do akademického světa a do sféry výzkumu, který velmi úzce souvisí s komunitním tlumočením – tlumočením jako sociální službou (především v jeho počátcích), jímž se zabývali vědci i odborníci z tlumočnické praxe na celém světě.

Oproti dnešní situaci bylo v USA tlumočení znakového jazyka v šedesátých letech dvacátého století diametrálně odlišné. Mnoho let to v USA, ale i ve většině zemí včetně České republiky fungovalo tak, že tlumočníky znakového jazyka byli pouze rodinní příslušníci neslyšících osob. Často se jednalo o děti neslyšících rodičů, které samy neslyšící nebyly. (Vald, 2003) V dospělosti řada těchto dětí neslyšících rodičů začala v šedesátých a sedmdesátých letech

dvacátého století na plný úvazek pracovat s neslyšícími na pozici učitelů, poradců v oblasti chráněných pracovních míst, zaměstnanců církve, sociálních pracovníků či pečovatelských pracovníků. (Fant, 1990) Přitom často dobrovolně tlumočili v rámci svých pracovních povinností, ale i ve svém volném čase. Nikdo z těchto tlumočnicků nepovažoval tlumočení znakového jazyka za práci na plný úvazek a nenabízel jej jako profesionální službu. (Fant, 1990) Tou dobou bylo navíc specializovaných služeb pro dospělé Neslyšící kdekoli ve světě velmi málo.

Začátek šedesátých let však v USA, Japonsku, Švédsku i dalších zemích přinesl změnu pohledu na jazyk a status Neslyšících. Napierová (Napier, 2011: 354) uvádí: „Trvalo déle, než se tlumočení znakového jazyka stalo profesionální činností, protože jeho počátky splyvaly se sociální prací a znakové jazyky nebyly ve srovnání s mluvenými/psanými jazyky považovány za přirozené jazyky.“ Skutečným katalyzátorem změn byla však teprve práce, jejímž autorem byl William Stokoe, lingvista z Gallaudetovy univerzity. „Od roku 1960 se logicky datuje počátek lingvistiky znakových jazyků.“ (Macurová, 2008: 12)

Představa, že Neslyšící potřebují pomoc s komunikací, aby zvládli svůj každodenní život, tak ustoupila do pozadí a začala se ujímat myšlenka, že neslyšící jsou členy jazykové menšiny, kteří nemají jen přirozený přístup k většinovému jazyku, a proto potřebují podporu tlumočnicka znakového jazyka. (Roy, Napier, 2015: 6) Existence tlumočnicků jakožto jazykových odborníků, kteří pracují mezi dvěma jazyky a dvěma kulturami, vedla ke zvýšení statusu Neslyšících i samotných tlumočnicků. To, že se tlumočníci z příležitostných pomocníků stali profesionálními tlumočníky, představovalo významnou změnu, která měla v konečném důsledku značný dopad na Neslyšící i tlumočnický po celém světě.

Ve vývoji tlumočení hrála vždy důležitou roli legislativa a finanční zázemí. S tím souvisí skutečnost, že v šedesátých letech započala v USA éra rozšiřování národních zákonů a velkých vládních dotací. Poté, co zákony vstoupily v účinnost a dotace byly využity na vytvoření služby pro chráně-

ná pracovní místa, získali Neslyšící možnost financování pomaturitního vzdělání a pomoci s hledáním zaměstnání. To zase vyvolalo naléhavou a okamžitou potřebu tlumočnicků, kteří by v tomto prostředí dokázali efektivně pracovat. Americká vláda z tohoto důvodu vyčlenila dotace, které použila pro založení deseti tlumočnických studijních programů na vyšších odborných školách v různých místech USA a ty pak sdružila v National Interpreter Training Consortium. (Roy, Napier, 2015: 4)

V polovině sedmdesátých a začátkem osmdesátých let už povědomí o neslyšících a jejich jazykových potřebách v USA stoupalo a v platnost vstoupila nová legislativa, díky níž došlo ke zvýšení poptávky po tlumočnickách. Ty bylo nutné vzdělat, což americká vláda významně podpořila. Vznikla naléhavá potřeba odborného výzkumu, který by podložil vzdělávací praxi.

Znakové jazyky byly čím dál více uznávány, což začalo ovlivňovat způsob, jakým se pohlíželo na jejich tlumočení. Tlumočníci z praxe nově využívali rámec lingvistiky a jejich disciplín, jako je sociolingvistika či aplikovaná lingvistika. Tlumočení znakového jazyka jakožto tlumočení mezi dvěma jazyky a kulturami tak už bylo možné srovnat s praxí tlumočnicků mluvených jazyků. Z tlumočnicků znakového jazyka z praxe se nejprve stali pedagogové, kteří se postupně začali věnovat výzkumu. Praktici, kteří se dali na vědeckou dráhu, se důkladně zorientovali v předchozím výzkumu v oblasti tlumočení znakového jazyka, ale také v oblasti tlumočení jazyka mluveného. (Roy, Napier, 2015: 204)

Většina odborníků na oblast translologie znakových jazyků (např. Davis, Cokely, Roy, Ingram) byli tlumočníky z praxe, kteří později přešli k výzkumu. Získali vysokoškolské vzdělání v oboru a působili jako pedagogové, kteří hledali odbornou oporu pro vysvětlení tlumočnického procesu, o niž by mohli opřít svou výuku. Narůstala také interakce mezi akademiky zabývajícími se tlumočením mluvených a znakových jazyků.

S tím, jak komunitní tlumočení (tlumočení ve zdravotnictví, na úřadech apod.) získávalo uznání a začínalo být hodnoceno jako samostatné odvětví, bylo jasné, že tlumočení se všemi situacemi, doménami a formami, které se s ním mohou pojít, představuje velké „puzzle“, skládačku, již je možné složit jen při zapojení multidisciplinárního úhlu pohledu. Jako název pro vědní obor tlumočení byl nakonec zaveden po-

jem „Interpreting Studies“ (tlumočnictví).

Postupně se výzkum znakového jazyka a problematika profesionalizace tlumočnické staly aktuálními v zemích celého světa. V evropských zemích začaly vznikat vysokoškolské studijní obory, v jejichž rámci se pracovalo na výzkumu znakového jazyka a jeho tlumočení.

Historie péče o neslyšící v českých zemích se datuje do druhé poloviny 18. století, kdy v roce 1786 vznikl v Praze první Ústav pro hluchoněmé a další ústavy vznikaly v 19. století (např. Brno 1832, Litoměřice 1858, Ivančice 1894). Právě kolem ústavů se soustřeďoval život neslyšících a vyvstávala potřeba podpory pro neslyšící po celou dobu života, tedy i po ukončení vzdělávání. Proto začaly vznikat podpůrné spolky neslyšících, jako první při pražském ústavu již v roce 1868 Spolek hluchoněmých sv. Františka Saleského v Praze. Tyto spolky byly dle Paura (MOSTY, 2017, č. 5, s. 22–25) svépomocnými organizacemi, pomáhajícími svým členům v udržení nezávislosti a jejich účelem bylo povznést členy mravně a hmotně, aby mohli žít normálním občanským životem, podporovat je v nemoci, ve stáří, poskytovat jim peněžní výpomoc v případě sňatku, narození dítěte, hradit nebo přispívat na jejich účty v případě ošetření chrupu, nákladnějších léků a podobně. Svě aktivity finančially především ze sbírek, milodarů, v nepatrné míře i z prodeje svých výrobků. Podpora neslyšících ve smyslu dnešního tlumočení probíhala v těchto podpůrných spolcích po celou dobu jejich činnosti, nebylo však na tuto činnost názíráno odděleně od ostatní činnosti. Z hlediska tlumočení datujeme historii oficiálního tlumočení pro neslyšící v Česku až od jmenování prvního přísězného soudního tlumočnicka neslyšících Josefa Zemana, tj. od 23. března 1952. (Boháčková, 2015: 40) V šedesátých letech byly tlumočnické služby zajišťovány především díky snahám organizací neslyšících, tedy samotných klientů tlumočnických služeb. Ty zajišťovaly překladatelské a opisovatelské služby² nejčastěji prostřednictvím svých nedoslýchavých členů nebo slyšících potomků neslyšících rodičů. Ve sjednocené struktuře organizace Svaz invalidů, ve které se od druhé poloviny dvacátého století spolky neslyšících nacházely, se usilovalo o zavedení systémově dostupných tlumočnických služeb pro všechny klienty z celé země. Představitelé organizací neslyšících se

snažili zajistit poskytování tlumočnických služeb téměř v každé místní organizaci neslyšících, proto řešili i související personální otázku tlumočnicků a jejich kvalifikace centrálně pro celou Českou republiku.

Úsilí o profesionalizaci tlumočnické služby dokládají postupně publikované dokumenty. Cílem směrnice pro jmenování a odměňování tlumočnicků (1970) bylo podle Boháčkové (2015) vytvořit sbor tlumočnicků a nastavit v organizacích neslyšících systém jmenování tlumočnicků, který by se zabýval jmenováním tlumočnicků do funkcí včetně jejich práv a povinností ve vztahu k těmto organizacím. Další dokument (metodický pokyn č. 2/72) popisuje náplň práce tlumočnicka, ale přibližuje také problémy, které se řešily při personálním zajišťování tlumočení a při hledání efektivity zaškolení nových tlumočnicků (docházelo totiž k jejich velké fluktuaci). Poslední dochovaný dokument z této doby, kvalifikační kritéria pro jmenování a zaměstnávání tlumočnicků (1977), dokládá požadavky a kvalifikační kritéria pro poskytování „speciálních služeb“ invalidním občanům. Tlumočníci jsou dle svých schopností a znalostí rozřazováni do tří kategorií, v organizacích nadále působí dobrovolní tlumočníci a vedle toho jsou někteří zaměstnáváni v podniku Svazu invalidů META. Systém tlumočnických služeb sedmdesátých až osmdesátých let dvacátého století sice vyžadoval proškolení, kategorizace tlumočnicků i vzdělávání, ale kladl důraz na různorodou a dobrovolnickou práci. V roce 1976 měl Svaz invalidů dle Smutné (GONG, 1976, č. 11, s. 162) k dispozici pět profesionálních a čtyřicet dobrovolných tlumočnicků. „Tlumočnick již nadále nemůže být pouze prostředníkem mezi neslyšícími a slyšícími, pasivním překladatelem. Dnešní požadavky na práci tlumočnicků musí vycházet z mnohotvárnosti moderních způsobů práce s neslyšícími.“ Po rozpadu Svazu invalidů (SI) v roce 1989 došlo k roztržštění nastaveného systému poskytování tlumočnických služeb. Kvalitu tlumočení významnou měrou určoval začínající výzkum českého znakového jazyka (1993). Neslyšící získali větší přístup ke vzdělání a v důsledku toho se začaly zvyšovat jejich požadavky na kvalitu tlumočnických služeb, zejména na jazykovou „správnost“ tlumočení znakového jazyka a důsledné oddělování znakového jazyka a jiných znakových systémů.

Do roku 1990 existovala pouze jedna organizace tlumočnicků, a to pod Svazem neslyšících a nedoslýchavých (SNN). Nebyla tedy samostatná, její fungování záviselo do velké míry na organizaci jiné.³ V roce 1996 byla založena Česká společnost tlumočnicků znakového jazyka (ČSTZJ). Ve stejném roce došlo k založení Organizace tlumočnicků znakového jazyka (OTZJ). Tyto dvě organizace dospěly v roce 1998 společně k tomu, že by tlumočnickům v České republice prospěla větší jednota. Na základě plánu založit společnou komoru tlumočnicků a pravděpodobně v reakci na vznik České komory tlumočnicků znakového jazyka (2000) vznikla nakonec v roce 2001 Národní rada tlumočnicků a lektorů znakového jazyka (NRTLZJ). (srov. Šebková 2008) Tato organizace v současnosti již neexistuje.

V našem prostředí se lingvistika českého znakového jazyka začíná rozvíjet mnohem později než v USA.⁴ Skutečná akcelerace výzkumu českého znakového jazyka nastala až po roce 1998, kdy na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze vznikl obor čeština v komunikaci neslyšících (ČNES) a začali ho studovat první neslyšící členové kulturní a jazykové menšiny českých neslyšících. Souběžně se ze studentů oboru začali rekrutovat aktivisté, kteří na jedné straně zakládali organizace neslyšících zaměřené na kvalitní výuku českého znakového jazyka a na straně druhé iniciovali vznik první profesní organizace tlumočnicků znakového jazyka České komory tlumočnicků znakového jazyka (dále též Komora) (2000), která prosazovala dodržování prvního etického kodexu tlumočnicků pro neslyšící v ČR (1998) v praxi. Významným počinem České komory tlumočnicků znakového jazyka v oblasti tlumočení a překladu znakových jazyků bylo vytvoření prvního uceleného vzdělávacího programu pro tlumočnický CVP (Certifikační vzdělávací program pro tlumočnický znakového jazyka, transliterátory znakové češtiny a vizualizátory mluvené češtiny) v roce 2004 a vydání více než 80 multimediálních učebnic a tištěných publikací pro tlumočnický českého znakového jazyka v roce 2008. Valná většina uvedených materiálů se věnuje i problematice tlumočení a překladu obecně a je dodnes jedinou ucelenou sadou materiálů pro oblast tlumočení pro neslyšící.

Přesto však v současnosti neexistuje ucelený, certifikovaný a všeobecně přijímaný

»»» 31

¹ Pokud v našem článku použijeme zápis „Neslyšící“, akcentujeme jazykový a kulturní přístup k hluchotě a jejím nositelům. Velké písmeno „N“ bylo do označení Neslyšící převzato podle amerického vzoru. Americká komunita neslyšících rozlišuje mezi označením „deaf“ a „Deaf“. Velké „N“ či velké „D“ v označení osoby znamená, že označený člověk se identifikuje s kulturní menšinou Neslyšících (Deaf) a používá znakový jazyk. Člověk, který sám sebe nazývá „Neslyšícím“, se nevnímá jako postižený, necítí svou sluchovou ztrátu jako handicap, ale je hrdý na svou identitu a svůj jazyk. (srov. Nováková 2008)

² Opisovatelské služby bychom dnešní terminologií označili za korektorskou službu. Podle tehdejších nedoslýchavých tlumočnicků se opisovatelská služba realizovala tak, že „přepsali a opravili text, který napsal neslyšící klient svou nedokonalou češtinou“.

³ Tato skutečnost není neobvyklá, organizace tlumočnicků naopak často vznikají v rámci organizací Neslyšících a teprve později se osamostatňují nebo začínají vznikat organizace nové, již nezávislé.

⁴ V první polovině devadesátých let se výzkumy českého znakového jazyka (zaměřené především na vypracování notačního systému českého znakového jazyka) vázaly na Institut pro neslyšící v Berouně (jeho ředitel ostatně zájem české lingvistiky o český znakový jazyk inicioval) a v širších – ne pouze lingvistických – souvislostech pak na přínosnou práci Federace rodičů a přátel sluchově postižených. Ta byla v raných devadesátých letech jedinou institucí, která české společnosti otvírala svět nových názorů na hluchotu i na vzdělávání neslyšících.

««« 31

systém vzdělávání tlumočnicků. Jednotlivé organizace poskytující tlumočnické služby a zajišťující vzdělávání svých tlumočnicků používají vlastní systémy a vlastní hodnotící kritéria. Mnohdy jde o komplexní snahu, jako byl projekt Strom vědění realizovaný ve spolupráci Komory a největšího poskytovatele terénních tlumočnických služeb SNN v ČR v letech 2010–2011, jehož cílem bylo komplexní a systémové vzdělání tlumočnicků aktivně působících ve všech regionech republiky a který reagoval na odlišnou situaci tlumočení v metropoli a ostatních regionech.

V současnosti je zřejmé, že tlumočení znakového jazyka je vědní obor, který může být zdrojem významných poznatků a inspirace pro tlumočení mluvených jazyků. „Žádná teorie jazyka není kompletní, pokud nepočítá s veškerými jazykovými kompetencemi lidí, tzn. jejich schopností osvojit si a používat jazyk ve všech jeho formách. Stejně tak ani žádná teorie tlumočení není kompletní, pokud nepočítá s tlumočením jazyka ve všech jeho formách.“ (Roy, Napier, 2015: 204) Teorie tlumočení, která je založena pouze na mluvených jazycích, je teorií neúplnou. (Napier 2011: 21) Tlumočení pro neslyšící je v současné době plnohodnotnou profesí, není už popelkou ve své oblasti. Je velmi

důležité, aby nadále probíhaly výzkumy tlumočení znakových jazyků, které mají dva hlavní účely:

1. rozvinout modely tlumočení a jejich popisy, jež budou přínosem pro praxi tlumočení znakových jazyků (poznávat, jak tlumočení v praxi probíhá a jak ho lze zkvalitňovat);

2. rozvinout modely a popisy tlumočení znakových jazyků, jež přispějí k obecnému chápání podstaty jazyka a komunikace (tady si budme vědomi toho, že specifika tlumočení znakových jazyků mohou v mnoha ohledech pomoci lépe pochopit, jak probíhá lidská komunikace obecně).

Tlumočení pro neslyšící kopíruje atmosféru ve společnosti. Požadavky klientů služby se postupně proměňují a tlumočnické profesionály na tyto změny musí reagovat. O aktuální situaci se více dozvíme v navazujícím článku dalšího čísla časopisu Sociální služby.

Seznam literatury:

- FANT, L., 1990. *Silver Threads: A Personal Look at the First Twenty-five years of the Registry of Interpreters for the Deaf*. Silver Spring, MD: Registry of Interpreters for the Deaf.
- MACUROVÁ, A., 2008. *Dějiny výzkumu znakového jazyka u nás a v zahraničí*. 1. vyd.

Praha: ČKTZJ.

- NAPIER, J., 2011. *Signed language interpreting*. In: MALMKAER, K.; WINDLE, K., eds. *The Oxford Handbook of Translation Studies*. New York: Oxford University Press, s. 353–372.
- ROY, C. B., 1996. *An interactional sociolinguistic analysis of turn-taking in an interpreted event*. *Interpreting* 1.1, s. 39–67.
- STOKOE, W., 1960. *Sign Language Structure: An Outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf*. Buffalo: Dept. of Anthropology and Linguistics, University of Buffalo.
- STOKOE, W., 1960. *Sign language structure*. *Studies in Linguistics. Occasional Paper*, 8.
- STONE, Ch.; WOL, B., 2008. *Dumb O Jemmy and others: Deaf people, interpreters and the London courts in the eighteenth and nineteenth centuries*. *Sign Language Studies* 8(3), s. 226–240.
- STONE, Ch., 2012. *Interpreting*. In: PFAU, R.; STEINBACH, M.; WOLL, B., eds. *Sign Language: An International Handbook*. Amsterdam: De Gruyter Mouton, s. 980–998.
- STONE, Ch.; WEST, D., 2012. *Translation, representation and the Deaf, voice*. *Qualitative Research*. London: University College London.
- VALD, G., et al., 2014. *Expanding definitions of giftedness: The case of young interpreters from immigrant communities*. Routledge.

INZERCE

Ochranný plášť pro opakované použití Ochrana v podmínkách nebezpečí virové infekce

V poslední době poznamenané koronavirovou pandemií došlo ke značnému zvýšení spotřeby ochranných prostředků a pomůcek. Poskytovatelé sociálních služeb byli v obtížné situaci, a to vybrat vhodný typ prostředků na jedné straně a odhadnout jejich možnou potřebu na straně druhé. Uvedením ochranného prátelného pláště pro opakované použití jim byla tato volba maximálně usnadněna.

Ochranný plášť je dodáván v jedné univerzální velikosti ve žluté barvě. Jeho zavazovací stříh se zavazováním na šňůrky umožňuje rychlé a bezpečné obléknutí i vysvléknutí. Rukávy jsou opatřeny pohodlnými rychleschnoucími elastickými manžetami. Odvod statické elektřiny se stará vetkané karbonové vlákno. Plášť je zhotoven z prodyšné tkaniny z polyesterového mikrovlákna a je nepropustný pro tekutiny.

Tento výrobek splňuje požadavky nařízení EU 2016/425 o osobních ochranných



prostředcích, chrání proti průniku tekutin v podmínkách nebezpečí virové infekce. Při dodržení stanovených postupů údržby zachovává své užité vlastnosti až 75 pracích cyklů (testováno dle AATCC 96-2012, 127-2017, 42-2017).

Použitím tohoto ochranného pláště se také šetří životní prostředí. Snižuje se osobní

uhlíková stopa, snižuje se množství plastových odpadů a infekčního odpadu.

V široké nabídce zboží společnosti APOS BRNO je také samorozvíratelný nepromokavý pytel SAFETEX™ pro svoz a praní kontaminovaného prádla. Pytel lze zavěsit na všechny běžně dodávané vozíky na prádlo, je vyroben z pevné tkaniny, je hygienický, omezuje zápach a má dlouhou životnost. Prádlo se do pračky vkládá přímo v pytli, který se zcela rozevře během pracovního cyklu a tím chrání obsluhující personál před kontaktem s kontaminovaným obsahem pytle.

Podrobnější informace o ochranném plášti, samorozvíratelném nepromokavém pytli a dalších produktech vhodných pro zařízení sociálních služeb, nemocnice i koncové zákazníci jsou na webových stránkách www.aposbrno.cz. Kontaktovat společnost lze na telefonním čísle 541 217 516 v pracovních dnech mezi 8 – 16 hodinou.

APOS BRNO

18 let s Vámi!



IRESOFT CYGNUS®



Společnost IRESOFT stojící za nejpoužívanějším informačním systémem pro sociální služby CYGNUS oslavila v tomto roce 18. rok svého úspěšného fungování. Není to krátká doba a naše „plnoletost“ se nejlépe odráží právě v našich vyspělých produktech. A to jak po technologické tak po uživatelské stránce.

Těší nás, že naše řešení používá již více jak 1000 organizací v sociálních službách v České republice a na Slovensku.

Stejně tak je pro nás závazkem do budoucna naše systémy stále vylepšovat tak, aby Vám uživatelům umožnili věnovat čas své důležité a náročné práci a naopak minimalizovaly jeho množství strávené zadáváním údajů do počítače.

Pro naše uživatele chceme nabízet nejenom to nejlepší možné řešení v podobě informačního systému a hardware, ale komplexní službu. Proto pro Vás CYGNUS neustále aktualizujeme, vylepšujeme a rozšiřujeme jeho funkce, poskytujeme Vám kvalitní podporu a servis a nasloucháme Vašim podnětům a přáním. Tak abyste se mohli opravdu spolehnout a Váš uživatelský komfort byl na co nejvyšší úrovni.

Důraz pak klademe i na bezproblémovou a rychlou implementaci a zaškolení všech uživatelů.

Od letošního roku jsme zavedli možnost fungovat i na dálku, bez nutnosti osobní návštěvy a zkrátili čas potřebný pro instalaci a rozjetí všech modulů CYGNUS na minimum. Také jsme inovovali systém uživatelské

podpory a nápověd a přizpůsobili některé části programu novým podmínkám.

Nad rámec inovací, školení a podpory pak vytváříme prostředí, které je založeno na osobních vztazích a partnerství. Je pro nás samozřejmostí být zde pro naše uživatele i v těžkých dobách. Proto jsme například již při letošní jarní vlně, ve spolupráci s APPS ČR, zajistili a věnovali zasaženému sektoru sociálních služeb nedostatkové ochranné pomůcky a dezinfekci v částce přesahující milion korun.

Naše cesta vpřed je možná díky Vám a chceme Vám být stále nablízku i v této nelehké době. Děkujeme!

stojí při Váš!

CYGNUZPRÁVY

Díky aktuální situaci jsme pro Vás ještě více vylepšili možnost kompletní instalace našich produktů na dálku.

Veškeré potřebné převody dat a zaškolení Vašich zaměstnanců lze řešit komfortní a bezkontaktní cestou on-line.

K dispozici jsou pro Vás pak naši odborní konzultanti na uživatelské podpoře.

Těší nás také účast na školicích akcích, prohlubujících uživatelské znalosti a odbornost práce v různých agendách informačního systému CYGNUS. Pořádáme také semináře, seznamující uživatele s modulem Stravovací provoz.

Tyto akce jsou konány s ohledem na bezpečnost vašich Vašich zaměstnanců také on-line.

Radost máme z toho, jaký budí zájem u uživatelů. Aktuální termíny naleznete snadno na: www.cygnusakademie.cz v sekci školicí akce.

Aktivizačné techniky u chorých s demenciou

3. díl

V poslednom diele tohto seriálu si predstavíme vhodné aktivizačné techniky v stredne ťažkom a ťažkom štádiu demencie.

■ **Text: PhDr. Terézia Fertaľová, Ph.D.,**
Katedra ošetrovateľstva,
Fakulta zdravotníckych odborov
Prešovskej univerzity v Prešove

S **treďné štádium** demencie sa vyznačuje závažnou poruchou pamäti, nové informácie sa veľmi ťažko fixujú, a ak áno, len na krátku dobu. Pacient zabudne aj svoju adresu, má ťažkosti si spomenúť dátum narodenia, miesto, kde býva, kde sa nachádza, čo dnes robil, nepoznáva aj známe prostredie. Nevie si spomenúť ani na mená svojich detí, partnera, známych. Úsudok je nelogický, výrazné poruchy časovej a priestorovej orientácie spôsobujú, že sa stráca aj v známom prostredí.

Chorý stráca náhľad chorobnosti a pridružujú sa fatické poruchy (schopnosť hovoriť, čítať, písať, počítať a myslieť v abstraktných pojmoch, vrátane sémantiky, teda významu slov) (Zvěřová, 2017).

Objavujú sa poruchy správania, emocionálna labilita, depresie, prejavy agresivity, poruchy spánku, bezcieľne blúdenie po byte. Môžu sa vyskytovať bludy a halucinácie. Vznikajú aj poruchy neurologické, ako sú poruchy reči rôzneho typu, apraxia, ataxia (Bednařík, Ambler, Růžicka et al., 2010).

Toto štádium je charakterizované potrebou nepretržitého dohľadu a pomoci pri samoobslužných činnostiach. Pre ošetrojúceho je najnáročnejším obdobím. V tejto fáze ochorenia majú význam nefarmakologické prístupy a aktivizácia chorých (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2007). Pomoc spočíva skôr v dohľade a sprevádzaní pri bežných denných činnostiach. Chorému sa snažíme vytvoriť denný program, ktorý ho zároveň aktivizuje. Nečinnosť urýchľuje progresiu ochorenia a prechod do ťažkého štádia. V tomto štádiu je vhodné uvažovať o inštitucionalizovanej starostlivosti, ak rodina nebude schopná zabezpečiť 24hodinovú starostlivosť a ak pacient bude úplne odkázaný na pomoc druhej osoby. Nepretržitá starostlivosť o chorého je zaťažujúca a ovplyvňuje fungovanie celej rodiny. Starostlivosť o chorého v tomto štádiu nemôže zabezpečovať jedna osoba. Starostlivosť o chorého s demenciou poskytujú špecializované zariadenia. Príbuzní si v predsti-

hu môžu preveriť dostupnosť sociálnych a zdravotných služieb, ktoré chorý bude v blízkej budúcnosti potrebovať. Aktívnym prístupom sa snažíme zachovať úroveň kognitívnych funkcií a rôznymi činnosťami „burcovať“ pamäť a myslenie k aktivite. V starostlivosti akceptujeme pacientove možnosti a činnosti, ktoré mu prinášajú radosť.

Ťažké štádium ochorenia charakterizuje úplná strata pamäti s neschopnosťou vstiepenia nových informácií, vybavujú sa iba neucelené útržky skôr získaných informácií. Chorý nespoznáva blízke osoby, nedokáže sa o seba postarať, je úplne 24 hodín závislý na starostlivosti okolia, spravidla pripútaný na lôžko, inkontinentný, verbálna komunikácia je obmedzená až nemožná, s nesúvislými výkrikmi bez obsahu.

Starostlivosť o pacienta je zameraná na uspokojovanie základných biologických potrieb. Ak je starostlivosť o pacienta zverená odborníkom, aj v tomto štádiu ochorenia vieme pacientovi poskytnúť adekvátnu starostlivosť, ktorá nie je obmedzená iba na zabezpečenie fyziologických potrieb. Skúsenosť odborníkov, formálnych opatrovateľov sú zárukou kvality poskytovanej starostlivosti. Aj keď domáca starostlivosť je preferovanejšia, neznamená vždy najlepšie riešenie pre samotného pacienta, preto aj v tejto súvislosti zdôrazňujeme individuálny prístup, zhodnotenie potrieb pacienta a možnosti domácej starostlivosti v porovnaní s inštitucionalizovanou starostlivosťou.

V terminálnom štádiu sú prítomné neurologické extrapyramidové príznaky, hypómímia, zvýšený tónus parkinsonského typu, myoklonie. Pacienti najčastejšie umierajú na interkurentnú infekciu (Bartko et al., 2008).

„V poslednom štádiu demencie pacient nie je schopný spolupodieľať sa na rozhodovaní o liečbe. Môže, ale nemusí byť oficiálne zba-vený spôsobilosti na právne úkony. Zástupné rozhodovanie preberá poverená osoba alebo jeho najbližšie okolie.“ (Brtáňová, 2016).

V terminálnom štádiu ochorenia sa snažíme paliatívnym prístupom zachovať dôstojnosť chorého až do konca. Vzájomná spolupráca príbuzných a zainteresovaných má potenciál prejsť touto fázou života s rešpektom a úctou, ktorá každému ľudskému životu prináleží.

V tejto fáze ochorenia je potrebné iniciovať starostlivosť o starajúcich sa, čo zahŕňa psychoedukáciu neformálnych opatrovateľov, rôzne svojpomocné skupiny, respitnú starostlivosť a podporu psychickej kondície, pretože záťaž opatrovateľa v terminálnom štádiu demencie je vystupňovaná (Brtáňová, 2016).

V treťom štádiu demencie zvlášť akceptujeme individuálny prístup a pacientove možnosti. Vzhľadom na pokročilý vek a celkový zdravotný stav je zvyčajne chorý pripútaný na lôžko, dezorientovaný, niekedy nervózny, kričí, správa sa „čudne“, strháva si šaty, odkladá jedlo pod vankúš, odrýva si prikrývku, opakuje jedno a to isté, má zmenený spánkový rytmus (pospáva počas dňa, v noci kričí), stále chce niekam ísť, vstáva z postele, čím sa zvyšuje riziko pádu a nežiaducej udalosti. Starostlivosť o takéhoto pacienta je zvlášť náročná. Dôležité je uvedomiť si niektoré významné skutočnosti, ktoré môžu pomôcť pochopiť pacientovo správanie a konanie. Je vhodné, ak pacient v inštitucionalizovanej starostlivosti má určenú opatrovateľku, ktorá pozná pacienta bližšie, jeho históriu, čo robil, z akej rodiny pochádza, čo významné prežil a zároveň komunikuje s príbuznými, ktorí si vyžadujú informácie, ako sa ich príbuzný cíti, čo potrebuje, ako môžu byť nápomocní.

Naomi Feil, autorka Validačnej terapie®, na workshope v Bratislave v roku 2015 povedala, že každý človek počas svojho života zažije pozitívne či negatívne emócie. Mnohé emócie, hlavne negatívne (zlosť, hnev, nenávisť), nemôže prejavovať navonok, pretože v danej situácii je to nežiaduce a nevhodné. V období ťažkej demencie tieto emócie môžu vychádzať na povrch. Ak sa pacient správa čudne, je potrebné pátrať, čo prežil počas detstva a v rannej dospelosti a ako v tomto období žil, čo jedol, čo robil, ako sa obliekal, pretože vo svojej pamäti sa vracia do tohto životného obdobia. Súčasná generácia seniorov v roku 2020 je poslednou generáciou, ktorá zažila vojnu, biedu, hlad, nedostatok, plač, straty. Uvedomením si týchto skutočností môžeme skôr pochopiť pacientovo správanie a konanie a nájsť vhodné alternatívy na jeho zvládanie. Jednoznačný návod neexistuje, len skúsenosťou, osobným záujmom a zaniatením vieme pacientovi zabezpečiť čo najvyššiu kvalitu života a v rámci paliatívnej starostlivosti ho sprevádzať.



Cieľom využívania aktivizačných techník v stredne ťažkom a ťažkom štádiu demencie je zaujať chorého, vyvolať pozitívnu emóciu a do každodenného stereotypu vniesť jedinečnosť a výnimočnosť. Z viacerých terapeutických prístupov odporúčame využívať nasledujúce.

» Snoezelen terapia

Snoezelen terapia je netradičná forma práce s ľuďmi s mentálnym deficitom, spája terapeutické prvky s prvkami špeciálno- a liečebno-pedagogickými (Ponechalová, 2009). Snoezelen produkuje pocit pohody a pôsobí uvoľnene, privádza ľudí do pokoja, ale tiež aktivizuje, prebúdzá záujem, riadi a porovnáva podnety, vyvoláva spomienky, organizuje človeka, odoberá strach a prináša istotu, vedie človeka, navodzujú a podporuje vzťahy, jednoducho prináša radosť. Snoezelen je názov pre multisenzorickú miestnosť, ktorá poskytuje nádherné zmyslové zážitky pomocou technologických produktov, ktoré u klienta vyvolajú zmyslové odpovede a reakcie. V tejto miestnosti dochádza k produkcii pocitu pohody, spôsobuje uvoľnenie a relaxáciu, aktivizuje a prebúdzá zmysly. Tiež však vyvoláva spomienky, riadi a zjednocuje podnety, odbúrava strach, prináša istotu, znižuje agresivitu, sebapoškodzovanie a násilné správanie (Sonnenberg, 2019). Snoezelen terapia sa zameriava na sedem zmyslových systémov. Primárnou úlohou zmyslov je pomôcť sprostredkovať skúsenosť a reagovať na okolie.

Klienti väčšinou nenavštevujú Snoezelen miestnosť samostatne, ale v doprovode niekoho z rodiny alebo personálu. Na niektorých klientov môže Snoezelen spočiatku pôsobiť desivo a táto negatívna emócia môže byť prítomnosťou známej osoby zmiernená. Väčšina zariadení podporuje priamu účasť sprevádzajúcej osoby počas celého Snoezelen stretnutia. Jedná sa o vynikajúcu príležitosť prehĺbiť vzťah medzi klientom a jeho opatrovníkom. Sprevádzajúca osoba by sa mala nielen naučiť, ale sa aj oboznámiť so všetkými príslušnými technickými inštrukciami nutnými pre efektívne ovládanie vybavenia v Snoezelen miestnosti. Snoezelen pôsobí na každého klienta jedinečne. Závisí to od jeho individuálnych vlastností. Vo všeobecnosti je cieľom Snoezelenu pôsobiť na zmysly človeka a iné vlastnosti a schopnosti klienta (Orieščiková, Hrčová, 2010). Multisenzorická stimulácia sa odporúča aspoň raz alebo dvakrát za týždeň v intervale aspoň 30 minút, aby sa pacient stimulmi nepresýtil. Snoezelen terapia je vhodná vo všetkých štádiách demencie, ale obzvlášť prínosné je, ak u pacienta v ťažkom štádiu vzbudíme záujem, stimulujeme psychiku a vyvoláme príjemné pocity.

» Reminiscenčná terapia

Reminiscenčná terapia využíva spomienky a ich vybavovanie prostredníctvom rôznych predmetov. Je vhodná pre pacientov s demenciou, ktorí trpia poruchami krátkodobej pamäti, ale dobre si vybavujú

udalosti z minulosti. Môže byť individuálna, alebo skupinová. Jej cieľom je zlepšenie komunikácie a posilnenie ľudskej dôstojnosti. Metódy môžu byť rôzne – rozprávanie starých príbehov, prezeranie fotografií, ale aj rôzne aktivity, ako sú tanec, spev, recitácia.

Prvky reminiscenčnej terapie sa objavujú vo viacerých terapeutických prístupoch. Tvorivosť terapeuta je neobmedzená a ponúka nápadité možnosti, ako vyplniť voľný čas klientom v zariadení, vzbudiť záujem a vyvolať príjemnú emóciu. Pri tvorbe programu a harmonogramu je vhodné o aktivitách informovať príbuzných, pretože niektorí majú aktívny záujem na starostlivosti o chorých napriek inštitucionalizácii príbuzného.

» Validačná terapia

Validačná terapia je jedným z prvých špecifických prístupov k chorým s demenciou. Autorkou prístupu je Naomi Feil, ktorá sa narodila v roku 1932 v Mníchove a vyrastala v domove dôchodcov.

Validačná terapia je považovaná za jeden z prvých špecifických nefarmakologických prístupov k pacientom s demenciou. Táto metóda je akceptovaná tak v paliatívnej medicíne, ako aj v gerontológii. Validácia znamená uznanie, potvrdenie, ide o uznanie hodnoty človeka.

„Validovať niekoho znamená prijať jeho emócie, povedať mu, že jeho emócie sú pravdivé. Odmietanie emócií zneisťuje“ (Feil, de Klerk-Rubin, 2015, s. 13). >>>> 36

««« 35

Východiskom validačnej terapie je rešpektovanie jedinečnosti a neopakovateľnosti každého jedinca a individuálny prístup k nemu. Vo validácii sa rešpektuje svet, v ktorom starší a dezorientovaný človek žije, i keď niekedy dokonale nezodpovedá skutočnosti. Ďalšia úloha validácie, pre starého človeka často najdôležitejšia, spočíva v pomoci starším a dezorientovaným ľuďom pri splnení ich poslednej životnej úlohy – zomrieť v pokoji a zmierny s okolím.

Cieľom načúvania nie je rozvíjať pacientovu fantáziu, ale pokúšať sa vyplaviť potlačené emócie, a tým čo najviac zmierniť jeho stres a úzkosť.

Validácia je citlivé zovšeobecnenie skúsenosti ľudí starajúcich sa o ľudí s demenciou. Jej hlavným princípom je úcta k človeku. Mýlný názor demetného človeka násilne nevyvraciam, ale ani ho v ňom nepodporujeme.

Validačná terapia môže byť individuálna, alebo skupinová. „Odporúčaná doba prevádzania individuálnej validácie je 5 minút vo frekvencii 5–8krát denne“ (Pokorná, Sukupová, 2014, s. 90).

Cieľom skupinovej validácie je aj redukcia strachu, zníženie nutnosti obmedzujúcich a upokojujúcich prostriedkov a zabrániť vegetovaniu. Nemenej dôležitý cieľ je aj pre príbuzných a personál, pretože validáciou je možné znížiť riziko syndrómu vyhorenia (Feil, de Klerk – Rubin, 2015).

Do validačného tímu je pre čo najlepšie využitie validácie možné zapájať všetkých pracovníkov – nielen ošetrovateľský personál, ale aj personál z úseku upratovania, kuchyne, kancelárií, sociálnych pracovníkov alebo fyzioterapeutov. Najvhodnejším riešením je vytvoriť validačný tím, ktorý by stimuloval pacienta rovnakou validačnou technikou (Sukupová, 2013). Vzájomná spolupráca všetkých členov tímu je dôležitá, aby práca terapeutov nebola negovaná nevhodnou komunikáciou.

Certifikovaným lektorom validácie na Slovensku a v Českej republike je Mgr. Mária Wirth, PhD.

» Využitie terapeutických bábik

Terapeutické bábiky (doll – empirické bábiky) je veľmi účinná pomôcka v rámci doplnkovej formy terapie u pacientov s rôznymi formami a stupňami demencie, s mentálnou retardáciou a rôznymi psychickými poruchami. Používanie bábik u pacientov s demenciou, vrátane Alzheimerovej choroby, je novodobým terapeutickým prístupom.

Ide o nefarmakologickú intervenciu s cieľom eliminácie behaviorálnych a psychických príznakov, ktoré demenciu sprevádzajú. Terapia bábikami vyvoláva pozitívne

emocionálne zážitky a podporuje zlepšenie stavu pacienta s demenciou a jeho spoluprácu s okolím (Pezzati et al., 2014).

Terapeutické bábiky svojimi rozmermi a vzhľadom pripomínajú malé deti. Bábiky sú vyrobené s prírodného materiálu, ktorý je zároveň antialergický. Na dotyk je príjemný, mäkký a pozitívne stimuluje zmysly pacienta. Jednotlivé časti tela sú špeciálne vyvážené, aby sa nimi lepšie manipulovalo. Nohy sú tvarovateľné, vhodné na obopínanie pacienta a nabádanie ho k pritúlení. Takáto manipulácia sa využíva v rámci bazálnej stimulácie. Oddelené prsty u niektorých bábik predstavujú skutočnú ruku a podnecujú k dotyku. Dotyk stimuluje emócie, podporuje jemnú motoriku a u pacienta vyvolávajú pocit uspokojenia. Štúdie odborníkov skúmajúcich vplyv terapeutických bábik u chorých s demenciou poukazujú na zníženie agresívneho správania, zlepšenie komunikácie a celkovej pohody (Shin, 2015). Terapiu bábikami nie je vhodné využívať dlhodobo, aby sa bábika postupne nestala dekoratívnym predmetom, ale aby zostala terapeutickým nástrojom (Birnbaum, Hanchuk, Nelson, 2015).

S terapiou prostredníctvom bábiky začíname pomaly a postupne, aby sme sa vyhlili problémom, ktoré sa môžu prejavovať negatívnym správaním sa pacienta, či odpudzujúcim postojom k terapii a terapeutovi. Bábiku pacientovi predkladáme nenútené, aby sám mohol rozhodnúť, či mu vyhovuje a zaujíma.

» Psychobiografický model starostlivosti podľa Erwina Böhma

Böhmov model je medzinárodne uznávaný ošetrovateľský model a v súčasnosti je najviac využívaný v nemecky hovoriacich krajinách v oblasti geriatrickej a gerontopsychiatrickej starostlivosti. Model je zameraný na podporu schopnosti starostlivosti o seba, starších a zmätených ľudí a na spôsoby, ako čo najdlhšie túto schopnosť uchovať či navrátiť, a to princípom vzkriesenia záujmu seniora a oživením jeho psychiky.

Biografiu v súvislosti so starostlivosťou môžeme definovať ako súbor informácií o jedincovi, ktorý sa podieľa na jej tvorbe, tzv. aktívna biografia. V ošetrovateľskej praxi sa môžeme stretnúť s pojmom biografická anamnéza, ktorej súčasťou sú informácie zo života chorého formou voľného zápisu (Procházková, 2014).

Pokiaľ sa zameriame na medicínsku a ošetrovateľskú diagnózu, potom sa staráme o demenciu, pokiaľ sa zameriame na biografiu klienta, staráme sa o človeka ako o osobnosť, teda vidíme prioritne človeka s jeho dušou (Böhm, 2009).

Geriatrická starostlivosť má byť primár-

ne zameraná na psychiku a sekundárne na somatický problém. Cieľom Böhmovej starostlivosti je oživenie psychiky, ľudskej energie duše, takzvanej elan vital, ktorá je východiskom pre ľudské konanie, pre motiváciu (Procházková 2012).

„V praxi sa často stretujeme so zámenou termínu medzi technikou reminiscencie a práca s biografiou klienta“ (Procházková, 2014, s. 26).

Reminiscencia je metóda, pri ktorej využívame spomienky seniora, pričom veľmi často ide o rozhovor s klientom. Práca s biografiou je súbor techník, ktoré podporujú vybavovanie spomienok seniora. Tieto informácie slúžia potom na diagnostický proces, na základe ktorého je vytvorený plán individuálnej starostlivosti o klienta.

V praktickej rovine využitie psychobiografického modelu znamená zamerať sa na životný príbeh seniora, na jeho prežité detstvo, mladosť, dospelosť a starobu. Pri kompletizovaní biografickej anamnézy sa zaujímate, čo robí pacient, keď má bolesti, čo robí, aby sa cítil dobre, rituály súvisiace s denným režimom (káva, zákusok, modlitba, spánok, televízne noviny, pravidelné a obľúbené rozhlasové a televízne relácie a mnohé iné).

Zaujíma nás, aké má rád dotyky, v akej polohe spí. Zároveň nás zaujíma individuálna starostlivosť o chrup, ako sa holí, obľúbené jedlá a nápoje, obľúbená hudba, oslovenie, sociálna situácia (partner, rodina, bývanie), spoločenský typ/introvertný atd., ako vidí, ako počuje, denný rytmus, dôležitý zážitok v poslednej dobe. Tieto dôležité informácie pre následnú starostlivosť nám poskytnú príbuzný, opatrovateľ a samozrejme sám pacient. Na základe týchto vstupných informácií tvoríme individuálny plán starostlivosti.

Psychobiografický model E. Böhma môžeme využívať pri poskytovaní dlhodobej starostlivosti, zvlášť je efektívne jeho využívanie v špecializovaných zariadeniach pre seniorov so zameraním na starostlivosť pacientov/klientov s demenciou. Pri organizovaní starostlivosti sa osvedčuje, aby každý klient mal kontaktnú opatrovateľku, ktorá tieto informácie v súvislosti s biografiou bude dopĺňať, poznať a implementovať do starostlivosti v kooperácii so všetkými členmi zdravotníckeho tímu.

Certifikovanou lektorkou psychobiografického modelu Erwina Böhma je PhDr. Eva Procházková, Ph.D., špecialistka na starostlivosť o chorých s demenciou.

» Záver

Starostlivosť o pacienta s demenciou si vyžaduje profesionálny citlivý a ľudský prístup na všetkých úrovniach zabezpečovania starostlivosti. Vedomosti a životná skúsenosť sú nevyhnutnosťou pre zabez-

pečenie kvalitnej starostlivosti. Celoživotné vzdelávanie, horizontálny a vertikálny prenos informácií sú zárukou, že záujem odbornej a laickej verejnosti v oblasti starostlivosti o chorých so syndrómom demencie je jednou z priorit súčasnej starostlivosti o seniorov.

Zoznam použitej literatúry:

- BARTKO, D., ČOMBOR, I., MADARÁSZ, Š., LULIAK, M. *Demencia Alzheimerovho typu. Via practica*, 2008, roč.5, č.10, s. 398-402. ISSN 1336-4790.
- BEDNAŘÍK, J., AMBLER, Z., RŮŽICKA, E. et al. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. 1324 s. ISBN 978-80-7387-389-9.
- BIRNBAUM, S., HANCHUK, H., NELSON, M. *Therapeutic Doll Play in the Treatment of a Severely Impaired Psychiatric Inpatient: Dramatic Clinical Improvements With a Nontraditional Nursing Intervention*, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2015, vol. 53, no. 5, p. 22-27. ISSN: 1938-2413.
- BRTÁŇOVÁ, J. *Paliatívna starostlivosť o pacienta v poslednom štádiu demencie*. In *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 2016, roč. 9, č. 1e, s. e5-e10. ISSN 1339-4193.
- FEIL, N., de KLERK – RUBIN, V. *Validácia®. Cesta, ako porozumieť dezorientovaným*

starým ľuďom. Bratislava: OZ Terapeutika, 2015. 185 s. ISBN 978-80-971766-1-7.

- HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. et al. *Pěče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations, 2007. 149 s. ISBN 978-80-254-0177-4. [online] [cit. 2019-02-28]. Dostupné z https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjK-1KzG097gAhWgh7QKHwY6DNMQFjA-BegQICBAC&url=http%3A%2F%2Fwww.geriatric.cz%2Fdokumenty%2FPece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf&usg=AOvVaw1Q5SVT-OcK_KLIh7xve39D
- ORIEŠČIKOVÁ, H., HRČOVÁ, J. *Snoezelen*. Ružomberok: Verbum, 2010. ISBN: 978-8084-639-8.
- PEZZATI, R., MOLteni, V., BANI, M., SETTANTA, C., DI MAGGIO, M., G., VILLA, I., POLETTI, B. ARDITO, R., B. *Can Doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emotional problems? A pilot study in institutionalized patients with dementia*. *Frontiers in Psychology*, 2014, vol. 5, n. 342, p. 1-9. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00342
- POKORNÁ, A., SUKUPOVÁ, M. *Validace podle Naomi Feil® v geriatrické péči*. In *Kontakt*, 2014, roč. 16, č. 2, s. 88.96. ISSN 1212 - 4117.

- PONECHALOVÁ, D. *Snoezelen pre deti a mladých ľudí s poruchou autistického spektra*. Martina: Osveta. 2009. ISBN 978-80-970549-8-4.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. 133 s. ISBN 978 - 80 - 204 - 3186 - 8.
- PROCHÁZKOVÁ, E., 2012. *Inovační přístup k otázkám demence*. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 2, s. 11-13. ISSN 1210-0404.
- SHIN, H., J. *Doll Therapy: An Intervention for Nursing Home Residents With Dementia*. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2015, vol. 53, no. 1, p.13-18. DOI: 10.3928/02793695-20141218-03.
- SONNENBERG, M. *Dementia patients responding to sensory therapy*. *Florida Today*; Melbourne, Fla, 2019, Jan 24. p. 1-3. ISSN 1051-8304.
- SUKUPOVÁ, M. *Validace podle Naomi Feil v geriatrické péči*. 2013. Diplomová práce. Masaryková univerzita, Lékařská fakulta. [online] [citované 19.11.2014] Dostupné z: http://is.muni.cz/th/398054/lf_m/Sukupova-DP-.txt
- ZVĚŘOVÁ, M. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. 144.s. ISBN 978-80-271-0561-8.

INZERCE

Portfolio produktů Arjo pro péči o osoby trpící demencí

Naše pečlivě sestavené portfolio výrobků určených pro péči o osoby trpící demencí vám může pomoci poskytovat personalizovanou péči vašim klientům 24 hodin denně, včetně přesunů, koupelí a wellnessu.



Arjo je jedinou společností v oblasti zdravotnických prostředků, která získala tuto akreditaci.

Středisko vývoje služeb pro osoby trpící demencí Dementia Services Development Centre na Stirlingské univerzitě provedlo posouzení výrobku a jeho konstrukce v souladu s principy designu pro osoby trpící demencí a jeho využití v prostředí zahrnujícím tyto osoby. Pro snazší identifikaci je vhodnost výrobku označena číslem s odpovídajícím vysvětlením použití podle uvedeného klasifikačního klíče.



Carendo

Víceúčelové hygienické křeslo



Sara Flex

Určeno pro usnadnění každodenních přesunů a péče



Sara Steady

Podpora mobility, důstojnosti a nezávislosti

Latera Thema

Získejte lůžko s laterálním náklonem a aktivní matrací Air2Care s akční slevou až 35%



SLEVA AŽ
35%

- ✓ Prevence respiračních onemocnění
- ✓ Stlaní, polohování, hygiena klienta za pomoci POUZE jedné ošetřující osoby
- ✓ Efektivní boj proti dekubitům
- ✓ Zvýšení kvality života dlouhodobě imobilních klientů
- ✓ Úspora času a snížení námahy ošetřujícímu personálu

Za každou objednávku získáte ZDARMA workshop Moving and Handling pod vedením našich zkušených klinických koučů.

Platnost akční nabídky do 31. 03. 2021

LINET Group

AKČNÍ SLEVA VE VÝŠI OD 20 DO 35% ZÁVISÍ NA POČTU OBJEDNANÝCH LŮŽEK LATERA THEMA A VZTAHUJE SE PRO NÁKUP 2KS A VÍCE. PŘESNOU VÝŠI SLEVY VÁM SDĚLÍ NAŠI OBCHODNÍ ZÁSTUPCI:

Miroslav Bouška | tel.: 725 733 479 | e-mail: miroslav.bouska@linet.cz

Nikolaos Vidras | tel.: 724 274 095 | e-mail: nikolaos.vidras@linet.cz

Reakce ředitele organizace Cheiron na problematiku dětských gangů



Cheiron T, o. p. s., působí v Táboře již téměř 25 let a posledních 13 let systematicky pracuje s problémovými dětmi a mládeží (a zhruba 5 let i s jejich rodinami), a to především prostřednictvím preventivních sociálních služeb. Z toho důvodu je problematika dětských gangů, která právě plní sociální síť, něco, co se našich sociálních služeb týká. Nicméně už zároveň přesahuje naše možnosti, dané právě principy preventivních sociálních služeb.

▪ **Text: Mgr. Roman Varga,**
ředitel Cheironu T, o. p. s.
Foto: pixabay.com

Problematika „dětských gangů“ ve všech jejích souvislostech je daleko širší, než aby se dala obsáhnout preventivními sociálními službami (trestněprávní rovina, sociálně právní ochrana dětí, problematika nefunkčních rodin, vývojová psychologie...), nicméně jako ti, kdo odborně pracují s mládeží přímo v terénu, můžeme přidat své stanovisko a svůj pohled na věc. V Táboře se nejedná o věc novou a v porovnání s jinými městy v ČR ani o věc ojedinělou, ovšem v poslední době i dle našich poznatků tato problematika eskaluje. Náš odhad je takový, že významnou měrou k nárůstu těchto problémů přispělo uzavření škol a absence jakéhokoliv režimu, který by alespoň částečně reguloval chování některých dětí a mladistvých. Nepochybně do tohoto tématu zasahuje celá řada dalších dlouhodobých problémů, k jejichž zhoršení napomohla epidemická situace.

Preventivní sociální služby – a v případě Cheironu konkrétně nízkoprahové kluby pro děti a mládež –, fungují dle zákona na

dobrovolném, anonymním a pro klienty podpůrném principu. Z toho plyne, že každé dítě nebo mladý člověk, kteří tento klub navštíví, mají právo zůstat anonymní, mají právo kdykoliv odejít a bavit se o tématech, o kterých do největší míry rozhodují sami. Prevence zde funguje velmi dobře, protože kluby nabízejí bezpečné prostředí, kde se dá zabavit něčím, co neohrožuje samotné klienty ani nikoho kolem nich. Zároveň se klienti této služby baví s pracovníky o tom, co je trápí a s čím si neví rady, a dá se tak velmi dobře předcházet nebezpečným situacím nebo střetům se zákonem. Laicky se dá říct, že se v klubech mohou klienti „učit“, jak určité náročné situace zvládat tak, aby z toho jak oni, tak i jejich okolí vyšlo bez újmy. Prevence tedy dobře funguje v situacích, kdy se problém ještě nedostavil nebo se s ním dá pracovat tak, aby nepřerostl do něčeho nebezpečného. Což v tomto konkrétním případě znamená i působení na ostatní klienty tak, aby se v chování těch nejproblematičtějších nezhledli.

V případech, že ve městě vznikají různé skupinky, které fyzicky napadají okolí, mají v čele nějakého leadera, ke kterému ostatní vzhlíží se směsicí strachu a obdivu a který po zkušenostech s represivními

mi orgány nabyt dojmu, že vlastně nemá co ztratit, se už o prevenci hovořit nedá a i podle nás musí nastoupit jasná a důsledná represivní opatření. Ty má ovšem v rukou někdo jiný. Cheiron může upozorňovat na problémy, které se už nedají ovlivnit prostřednictvím preventivních služeb, a také to dělá. Nikdy ale nebude fungovat jako policie nebo „sociálka“, protože k tomu nemá žádný mandát a takovou práci dělat neumí a nemá. Nicméně spolupráce, která už probíhá jak s policií, tak s odborem sociálních věcí či orgánem sociálně právní ochrany dětí, nám za dodržení všech principů sociální služby dává velký smysl.

Velmi rádi budeme spolu s ostatními zapojenými subjekty hledat možná řešení a přijde nám samozřejmě, že to, co umíme, nabízíme dál. Můžeme přispět naší znalostí problematiky přímo z terénu, znalostí problémových míst nebo zkušeností s rodinami, se kterými spolupracujeme. Ať už jsou z tábora těch, které si se svými potomky neví příliš rady, nebo těch, které jsou naštvané a frustrované z toho, že jim někdo „kazí pověst“.

Kvitujeme proto, že město Tábor chce problematiku aktivně řešit a že ke společnému stolu pozvalo jak represivní orgány, tak školy, neziskové organizace nebo zástupce romské komunity.

Jako ostatně vždy se budeme snažit, aby Tábor bylo město, kde se žije dobře všem, i když jsme si vědomi toho, že ovlivňujeme jen jednu část celé skládačky.

Kinezioterapie a její uplatnění v sociálních

Ve třetím dílu příspěvků na téma kinezioterapie se seznámíme s programy psychomotorické terapie pro seniory.

■ **Text: PhDr. Hana Kynštová, Ph.D.,**
vysokoškolská pedagožka,
Univerzita J. E. Purkyně

V posledním článku o psychomotorické terapii (PMT) si představíme možnosti jejího využití v sociálně aktivizačních programech pro seniory. Dle Hátlové a Suché (2005) je psychomotorická terapie podpůrnou léčebnou metodou, která působí paralelně vedle dalších terapií. K dosažení léčebných výsledků využívá aktivně prováděného pohybu. Pro svůj celostní přístup respektující aktuální psychosomatický stav seniora a nevykonové zaměření je použití psychomotoricky zaměřené pohybové terapie, která pracuje současně se složkou somatickou, psychickou a sociální, jedním z nevhodnějších prostředků podpůrné terapie stabilizující aktuální stav seniora.

➤ Neduhy stáří

V prvním dílu článků o kinezioterapii¹ je zmínka o některých změnách, které se objevují ve stáří, a pracovníci připravující programy pro seniory musí mít o těchto změnách ve stáří dostatečný přehled tak, aby byly činnosti nejen zajímavé, ale zároveň zohledňující tělesné a psychické možnosti seniorů.

Období stáří s sebou přináší celkové zhoršení zdravotního stavu, které je uvědomováno i prostřednictvím prožitků těla, jeho vzhledu, funkčnosti a problematičnosti v používání a procitování při pohybu. Známky stárnutí lze pozorovat na celém pohybovém aparátu. Svaly postupně atrofují a ztrácejí na pružnosti, mohutnosti, síle a vytrvalosti. Průměr kostí se zužuje, stávají se porézní a křehčí, čímž vzniká větší nebezpečí zlomenin. Negativní dopad na držení těla a rovnováhu má také úbytek minerálních zásob. Páteř se zkracuje o jeden až pět centimetrů a hrudní koš ztrácí na objemu, a tím se snižuje dýchací kapacita (Dessaintová, 1999). Pro okolí jsou nápadné změny v kvalitě pohybu.

Starší člověk má potíže se zapamatováním a vybavením informací. Častěji se objevují poruchy pozornosti. Současně s poruchou paměti se vyskytují poruchy myšlení, chápání, počítání, schopnosti učení. Dochází k proměně kognitivních funkcí. Zpomalují se poznávací procesy, zhoršuje se percepce zraková i sluchová. V pravém stáří dochází k poklesu fluidní inteligence (vrozená inteligence založená na schopnosti řešit tvořivě nové problémy) i krystalické inteligence (inteligence založená na procesu učení a na získaných vědomostech) (Wedlichová, 2008).

Snižuje se rovněž schopnost pozitivního emočního prožívání, jedinec bývá labilnější, zhoršuje se schopnost ovládat své emoce. Je snížena frustrační tolerance. V důsledku zhoršených kognitivních schopností se senioři obtížněji vyrovnávají s novými situacemi. Vlivem prožívaných obav se stávají podezřívavými a vztahovačnými.

Zdravotní stav může často velmi dramaticky změnit nejen kvalitu, ale i délku života. Tělesný stav a jeho subjektivní prožívání je důležitou složkou vnímání sebe sama. Proto je především na dobrý funkční zdravotní stav kladen velký důraz. Řada nemocí je chronická, obvyklá je polymorbidita.

➤ Specifika cvičení se seniory

I u somaticky zdravého seniora musíme počítat s některými zdravotními změnami specifickými pro tento věk a jim přizpůsobit náplň a vedení cvičení. Musíme počítat s omezením hybnosti v některých kloubech (nejčastěji v ramenním), s chronickou bolestí některých kloubů a páteře, s ortostatickou hypotenzí (staří lidé nezvládají rychlé změny poloh). Proto jsou nevhodné svislové pohyby. Musíme počítat s poklesem funkčních rezerv jednotlivých orgánů (srdce, plíce...) a tím se snížením tělesné výkonnosti. Také musíme brát v úvahu snížení funkce smyslových orgánů (zrak, sluch) (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013).

Při cvičení musí být zajištěna bezpečnost seniorů (např. neklouzavá podlaha, vhodná obuv...). Cvičící by měli mít po celou dobu cvičení možnost se napít. Pracovník by měl cvičit zároveň se skupinou, mluvit dosta-



tečně nahlas a používat takové pokyny, aby jim cvičící rozuměli.

Psychomotorické cvičení u seniorů by mělo probíhat převážně vsedě na židlích. Je vhodnější, když jsou židle rozestaveny do kruhu, v přibližně stejných vzdálenostech. V kruhu mohou účastníci spolu lépe komunikovat, verbálně i neverbálně, což je jedním z cílů tohoto cvičení, a lépe vidí na předcvičujícího i na sebe navzájem, takže mohou případně své cvičení „zkorigovat“ podle ostatních. Jednotlivé cviky opakujeme 4–6krát (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013).

1. Forma PMT programu pro seniory

Psychomotorické setkání má 3 základní části:

Část úvodní: Začíná přivítáním cvičících (jaké je datum, den v týdnu, co se událo významného aj.). Následuje seznámení cvičících s tím, co je při dané lekci čeká, zda bude nějaká změna, nebo bude vše stejné jako při předcházejících setkáních. Pokračuje snížením, popřípadě zvýšením celkové aktivity (protahovací cvičení, dechová cvičení, cvičení na uvědomění si vlastního těla a jeho částí). Všichni začínají ve výchozí po-

¹ Časopis Sociální služby srpen-září (poznámka redakce).

3. díl

službách



Zdravotní stav může často velmi dramaticky změnit nejen kvalitu, ale i délku života.

zici, nejčastěji se jedná o vzpřímený sed na židli, který můžeme korigovat overballem. Výchozí poloha je velmi důležitá a vracíme se do ní vždy po provedení jednotlivého cviku.

Část hlavní: Má předem určený záměr. Fyzická zátěž je mírná až střední (Hátlová, 2003).

Část závěrečná: Přecházíme v klidné polohové a dechové cvičení.

Závěr: Je věnován pohovoru o prožití cvičení při cvičení.

Cvičení je zařazeno jako součást sociálně aktivizačního programu 3–5krát týdně. Délka cvičební jednotky je 30–45 minut.

2. Doporučené formy cvičení pro jednotlivé skupiny klientů

Demence Alzheimerova typu a vaskulární demence se vyznačují:

a) Úbytkem paměťových funkcí a apraxií:

Úbytek paměťových funkcí se projevuje při učení se novým informacím. Postupně dochází k obtížím ve vybavování. Poruchy paměti bývají spojeny s poruchami pozornosti. Nemocný se nedokáže soustředit a nic nového se nenaučí. Postupně mizí i dříve naučené dovednosti a návyky.

Cvičení je zaměřeno na procvičování a vybavování stávajících dovedností souvisejících s pohyblivostí, které vedou k soběstačnosti. Procvičovány jsou drobné manipulační dovednosti, pohyblivost ruky, procvičování správného držení těla a chůze.

Při apraxii dochází k úpadku až ztrátě pohybových stereotypů, ztrátě pohybových dovedností.

V tomto případě je vhodné zvolit integrativně koncentrativní cvičení ve formě polohových cvičení s důrazem na integrativní vnímání vlastního těla a jeho funkcí, dechová cvičení, zdravotní gymnastiku, elementární jógové sestavy. Mnohonásobné procvičování s uvědomováním si anatomicky správných poloh sedu, stoje, chůze.

b) Úbytkem dalších kognitivních funkcí:

Myšlení se stává bradypsychické, nevybavné, rigidní, stereotypní. Nemocný není schopen zpracovávat běžné informace, není schopen plánovat, organizovat, rozhodovat se, nechápe požadavky okolí, neví, co má v dané situaci dělat.

Cvičení obsahuje elementární herní situace dovednostního charakteru, s nutností řešení jednoduchých úkolů samostatně, ve spolupráci s dalším jedincem, ve spolupráci celé skupiny 3–8 osob. Iniciovány jsou dovednostní vzorce chování, neverbální i verbální komunikace. Důraz je kladen na pozitivní prožívání při zvládnutí úkolu tak, aby byla posilována motivace k další účasti na cvičení. Snahou je úspěšné splnění zadaného úkolu.

c) Poruchami vnímání:

Cvičení je vedeno k rozpoznávání kvality předmětů, které jsou záměrně užívány ve cvičební hodině. Elementární cvičení s využitím předmětů z různých látek, různé hmotnosti, barevnosti, tvaru, povrchu, vydávající zvuky. Klient je vyzván k výběru předmětu. S ním má za úkol provést předem daný jednoduchý pohybový úkon.

d) Poruchami řeči:

Verbální projev bývá stereotypní, ulpívavý. Cvičení s použitím herních motivů stimuluje komunikaci ve variabilních situacích.

e) Poruchami emotivity:

Časté jsou nápadnosti v citovém ladění (euforické, depresivní, emoční labilita,

zhoršená kontrola emocí). Napětí se může projevit tělesným neklidem – nutkáním ke stereotypním pohybům. Později se dostává citová otupělost, oploštělost, apatie. Při cvičení v rozsahu fyzické zátěže mírné až střední aktivity dochází k postupnému snižování napětí, podporováno je pozitivní ladění přítomných. Pro snížení napětí je přijatelnější použít cvičení na úrovni střední aktivity, která je postupně snižována až do stavu, kdy je možno přejít na relaxační cvičení s nízkou fyzickou zátěží.

f) Poruchami motivace:

Většinou jde o snížení motivace, ztrátu iniciativy, ztrátu zájmu o cokoli. Často převládá některá pudová složka, například potřeba jídla aj. Cvičení probíhá v malé skupině 3–8 osob. Zdůrazníme, jak je pozitivní, že jsme se sešli, že můžeme dělat něco společně. Připomeneme příjemný okamžik z předešlých setkání a cvičení. Nenutíme ke komunikaci, ale nebráníme jí. Důležité je navozování pocitu sounáležitosti. Obsah cvičení odpovídá tělesným, psychickým a sociálním možnostem účastníků. Zařazujeme zahřívací cvičení (zvysňující pocit sounáležitosti) a relaxační cvičení (ke snížení napětí).

g) Poruchami spánku:

Posun cyklu spánku a bdění až do stádia tendence k noční aktivitě a denní ospalosti. Cvičení navazuje na světelnou terapii, má relaxačně-koncentrativní charakter. Je užíváno 3krát denně (po probuzení, po odpoledním odpočinku, před usnutím) v rámci denního programu.

h) Agresivním chováním:

Odpovědi na prožívané zvýšené napětí může být agresivní jednání. Toto napětí je možné regulovat relaxačními cvičeními v krizové části dne. Cvičení zaměřené na snížení napětí a vnímání sebe sama prostřednictvím těla je zařazováno po ranním probuzení, po odpoledním odpočinku, před spaním (Hátlová a Suchá, 2005).

Seznam použitých zdrojů:

- DESSAINT, M.-P. *Nezačínajte stárnout. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.*
- HÁTLOVÁ, B. a J., SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demencí. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7.*
- HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch. 2., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0719-0.*
- SUCHÁ, J., JINDROVÁ I. a B. HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.*
- WEDLICHOVÁ, I. a V., HEŘMANOVÁ. *Kapitoly z vývojové psychologie. Ústí n.L.: UJEP, 2008. ISBN 978-80-7414-044-0.*

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:

Pani doktorko, velmi pekne ďakujem za odpoveď na otázku k ďalšej klientke, u ktorej realizujem BS. Jedná sa o 59ročnú pacientku, po hemoragickej cievnnej mozgovej príhode. Má kvadruparézu a je afatická. Prebrala sa z kómy a teraz u nej realizujem orálnu stimuláciu. Vidíme úspech aj v realizovanej orofaciálnej stimulácii a Moralesovej m., klientka začína prehĺtať, artikulovať, reaguje úsmevom. Má kvadruparézu, nie je spastická, fyzioterapeut ju začína vertikalizovať. Problém máme s jej nepokojom dolných končatín a jednou hornou končatinou, neustále ich má v pohybe, opakovanne si vytrhla nazogastrickú sondu. Skúšala som polohu mómia, za pár minút sa z nej dostala. Z biografie a od rodiny som zistila, že je učiteľka, veľmi spoločensky založená osoba, veľmi temperamentná, bicykuje, lyžuje. Poradíte mi, prosím, čo by som mohla použiť na ten nepokoj končatín?

Odpoveď:

Aktivita pacientky může souviset s centrálním poškozením, ale také s její biografií (byla velmi aktivní). Určitě jste postupovala správně, když jste zkusila polohování do mumie. Velmi kvituji aplikaci Bodové orofaciální stimulace a gratuluji k úžasným výsledkům. Pro klientku má velký význam vertikalizace, neboť je tím saturována částečně vestibulární, proprioreceptivní a somatická stimulace. Doporučuji hyperaktivní končetiny obalit (silně stáhnout) do dek. Tedy aplikovat na dolní končetiny flexibilní ortézu. Touto problematikou jsme se zabývali v Nástavbovém kurzu Bazální stimulace. Před aplikací flexibilní ortézy zkuste končetiny stimulovat zkldňující somatickou stimulací. ■■■

Jak je to s přípravou jídla v pečovatelské službě

Autor příspěvku se setkal s dotazem, zda je poskytovatel pečovatelské služby povinen v rámci úkonu „příprava a podání jídla a pití“ vyhovět požadavku uživatele, aby pracovník v sociálních službách jídlo uživateli v jeho domácnosti uvařil.

■ **Text: Mgr. Bc. Zbyněk Vočka,** vedoucí oddělení sociální pomoci, Krajský úřad Olomouckého kraje

Odpověď na tuto otázku se může zdát jednoduchá, ale právní úprava ji komplikuje. Je navíc zřejmé, že i praxe poskytovatelů sociálních služeb je různá. Nicméně hned v úvodu považuje autor za potřebné uvést, že nepovažuje „vaření jídla“ za součást uvedeného úkonu.

Zásadní problém je v obsahu již výše zmíněného úkonu „příprava a podání jídla a pití“. Tento úkon je vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „prováděcí vyhláška“) definován jako součást základní činnosti „poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy“¹. Tato základní činnost zahrnuje celkem 4 úkony: „zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování“, „dovoz nebo donáška jídla“, „pomoc při přípravě jídla a pití“ a „příprava a podání jídla a pití“².

U prvních dvou úkonů je jejich obsah vcelku zřejmý, tj. obstarání stravy u úkonu „zajištění stravy...“ (ať prostřednictvím vlastního stravovacího úseku, či odběrem od dodavatele) a jeho distribuce uživateli sociální služby u úkonu „dovoz nebo donáška jídla“. Tyto dva úkony nemusí být zajištěny poskytovatelem pečovatelské služby jako nezbytná součást registrované sociální služby³, pokud k tomu nemá poskytovatel vhodné podmínky. U zbývajících dvou úkonů jejich obsah už však tak zřejmý být nemusí.

Je podstatnou otázkou, co rozumět pod „přípravou“. Toto slovo je použito v obou úkonech, přičemž z obecných pravidel pro tvorbu právních předpisů vyplývá, že v obou úkonech by měl být význam tohoto slova stejný.⁴ Při výkladu pojmu je problémem, že jeho obsah není definován zákonem o sociálních službách.⁵

S ohledem na požadavek „Při tvorbě právního předpisu je současně nutné respektovat všeobecně uznávaný význam slov“,⁶ je vhodné se podívat na význam slova „příprava“. Slovník spisovného jazyka českého uvádí: „1. činnost (zvl. práce) předcházející

a umožňující uskutečnění něčeho: pečlivá p. ke zkoušce; odborná p. lékařů; válečné p-y; p. ve výcvikovém středisku; rozsáhlé p-y na lyžařskou sezónu; p-y k svatbě; mluvit bez p-y spatra; horn. souhrn prací, jimiž se připravují důlní prostory k dobývání; zeměd. p. půdy souhrn obdělávacích prací před setbou; voj. palebná p. palba, kt. má umlčet nepřítel před zahájením vlastního útoku 2. úprava, uchystání, chystání, zpracování, zpracovávání: p. salátu, polévky; p. píce pro dobytek; p. léku 3. věc n. souhrn věcí, potřeb, součástí používaných k zhotovení n. vykonání něčeho: krejčovské p-y; ptala se, jaké p-y kuchařka ti dala (Svob.); zast. koně s pyšnou p-ou (Jir.) strojem 4. zvládnutí učebné látky na příští hodinu; (písemný) domácí úkol: sešit na p-y; napsat si početní p-u.“⁷

V bodu 2. vidíme význam slova ve spojitosti s jídlem – úprava, uchystání, zpracování. Bylo však nepochybně možné využít i význam slova uvedený pod bodem 1. – činnost (zvl. práce) předcházející a umožňující uskutečnění něčeho.

Autor zastává názor, že z textace úkonu „pomoc při přípravě jídla“ je zřejmé, že v tomto případě poskytuje pracovník v sociálních službách pomoc související právě s uchystáním jídla, což může být v podobě pomoci při servírování jídla (tedy např. ohřátí jídla, úpravu na talíř) nebo i při uvaření jídla. Každopádně s použitím slova pomoc je třeba dospět k závěru, že u realizace tohoto musí aktivně spolupracovat s klientem sociální služby. V případě vaření tak pomáhá pracovník klientovi s vařením (nevaří sám).

U úkonu „příprava a podání jídla a pití“ je potom třeba vyjádřit přesvědčení, že pečovatel/ka má hotové (uvařené) jídlo (nebo pití) pouze uchystat k podání. Byť by bylo zcela jistě možné jazykovým výkladem dospět i k závěru, že přípravou má rozumět i vaření, když je použita spojka mezi slovy příprava – podání. Je jasné, že pokud by textace úkonu zněla „příprava podání jídla a pití“, uvedený výkladový problém by nastával. Je však při hledání obsahu úkonu (a současně tak povinnosti poskytovatele být připraven na zajištění služby – úkonu) brát v úvahu i následující úvahy, které autora při zvažování výkladu ustanovení napadaly: Všichni pečovatelé a všechny pečovatelky by museli ovládat vaření a musela by tudíž podmínkou pro přijetí do pracovního

poměru být i dovednost vaření. Pokud by totiž všichni pečovatelé a pečovatelky vařit neuměli, nemohl by tento úkon poskytovat všem klientům pečovatelské služby, což je nepřijatelné (resp. by to odporovalo právní úpravě). Současně by bylo diskriminační, pokud by vaření byl poskytovatel schopný nabídnout pouze některým klientům.

Pokud by mělo být vaření součástí poskytované služby, zcela nepochybně by muselo být obsaženo v přípravě pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách.

Muselo by jinak vypadat personální zajištění sociální služby, pokud by součástí úkonu mělo být vaření?

Jak by to bylo s odpovědností za poškození zdraví v případě, že by pečovatel nedodržel technologický postup přípravy jídla a způsobil by klientovi poškození zdraví

nesprávně uvařeným jídlem (např. nesprávnou tepelnou úpravou).

► Závěr

Přestože právní úprava není zcela jednoznačná a může vyvolávat dojem, že za přípravu stravy by mohlo být považováno i její vaření v domácnosti klienta, zastává autor názor, že nelze dovést povinnost poskytovatele pečovatelské služby zajistit úkon „příprava a podání jídla a pití“ tak, že příprava bude spočívat v tom, že pečovatel/ka jídlo vaří v domácnosti klienta. A to ani v případě, kdy by byl klient připraven uhradit čas, který by vaření obědu pečovateli/pečovatelce zabralo. Je však třeba dodat, že nebude v rozporu s právní úpravou, pokud tuto činnost bude poskytovatel v rámci individuální dohody schopen prostřednic-

tvím pracovníka v sociálních službách zajistit.

Nutno rovněž uvést, že autor prostudoval namátkově několik popisů realizace sociálních služeb v registru poskytovatelů sociálních služeb, a u žádné z prohlédnutých služeb není vaření jídla v domácnosti uživatele zmiňováno. Je však také nutné zdůraznit, že ve většině případů se poskytovatelé v popisech omezují na vyjmenování základních činností pečovatelské služby, v lepším případě i s vyjmenováním jednotlivých úkonů základních činností.

Podle autora tak poskytovatel pečovatelské služby neporuší právní předpisy, když odmítne realizaci úkonu formou vaření jídla v domácnosti klienta, neboť povinnost zajistit takovou činnost nelze z právní úpravy dovodit. ■

¹ § 40 odst. 2 písm. c) zákona o sociálních službách

² § 6 odst. 1 písm. c) prováděcí vyhlášky

³ Viz text zužující rozsah povinně zajišťovaných úkonů „tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu úkonů podle bodů 3 a 4“.

⁴ Viz např. „Právní předpis musí být terminologicky jednotný, zároveň je třeba dbát na to, aby byl v souladu s terminologií použitou v jiných právních předpisech. Při tvorbě právního předpisu je současně nutné respektovat všeobecně uznávaný význam slov.“, in Metodická pomůcka pro přípravu návrhů právních předpisů (I. část) dostupná na https://www.vlada.cz/assets/ppov/lrv/dokumenty/Metodicka_pomucka.pdf, str. 3.

⁵ jako je tomu např. v § 5 odst. 3 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, podle kterého: „Přípravou léčivých přípravků se rozumí jejich zhotovování v lékárně nebo v dalších pracovištích, kde lze léčivé přípravky připravovat podle § 79 odst. 2.“

⁶ Metodická pomůcka pro přípravu návrhů právních předpisů (I. část) dostupná na https://www.vlada.cz/assets/ppov/lrv/dokumenty/Metodicka_pomucka.pdf, str. 3

⁷ <https://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?hledej=Hledat&heslo=p%C3%ADprava&sti=EMPTY&where=hesla&hsubstr=no>

INZERCE

VŠEOBECNÝ
LÉKAŘ



LÉKAŘ,
KTERÝ
NASLOUCHÁ



Vzhledem k pandemii COVID-19 pro Vás společnost Všeobecný lékař.cz zřídila

BEZPLATNOU PORADENSKOU LINKU

pro domovy seniorů, domovy sociálních služeb a domovy se zvláštním režimem.*

Poradíme Vám ohledně aktuálních epidemiologických opatření, testování pacientů, příznaků COVID-19 a triáže pacientů i zdravotní péče v DS a DZR.

VŠEOBECNÝ LÉKAŘ.CZ TAKÉ NABÍZÍ:

- registraci klientů do zdravotnického zařízení Všeobecného lékaře s.r.o.
- návštěvní službu lékaře ve Vašem domově
- odbornou farmakogeriatrickou revizi medikace
- možnost telefonické konzultace s lékařem
- řádnou indikaci ošetřovatelské a rehabilitační péče (ORP)
- předepisování inkontinenčních pomůcek dle Vašeho výběru
- zapůjčení materiálu a zdravotnické techniky (EKG,CRP,INR)
- pracovnílékařskou (tzv. závodní) péči za zvýhodněnou cenu pro zaměstnance

* Služba je poskytována ZDARMA všem zmíněným subjektům bez ohledu na to, zda jsou registrováni ve zdravotnickém zařízení Všeobecný lékař.cz.



771 153 036

po - pá
8 - 18 hod.

Více info na www.vseobecnylekar.cz

Hodnota lidského života

Stále probíhající celosvětová pandemie koronaviru SARS-CoV-2 byla a je nejen testem současné společnosti, ale ukázala i řadu jejích „bolavých míst“. Jedním z nich bylo i rozhodování v souvislosti s hodnotou lidského života.

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

Již mnoho desítek let je zdravotní péče v Evropě dostupná pro všechny, je to samozřejmost, o kterou se nemusí bojovat, kterou nikdo nezpochybňuje a která se stala součástí současné Evropy. Až do března roku 2020, kdy byla situace natolik kritická, že bylo poskytnutí zdravotní péče podmíněno věkem. Některé italské, ale i americké nemocnice odmítaly hospitalizaci osob starších 60, 65 nebo 80 let. Mimo jiné to byla právě tato pro nás šokující a doposud neznámá zkušenost, že péče je jen pro ty „mladší“, která vydělala politiky řady evropských zemí, probudila je a donutila k okamžitým reakcím. Jaká byla logika selekce pacientů? A jaká je vlastně hodnota života seniorů?

➤ Hodnota života

Hodnotou rozumíme množství peněz, které získáme za daný statek. Život ale není vyměnitelný, tedy směnitelný za peníze. Při stanovení hodnoty života se musíme spíše než s ekonomickými principy a přístupy vyrovnat také s etickým pojetím a etickými dilematy, pokud je to vůbec možné.

V praxi se setkáváme s jednoduchým přístupem, který de facto určuje hodnotu života podle toho, kolik nám ještě zbývá času. Stejnou logikou přistupovali k selekci některé evropské nemocnice v době koronavirové. Ačkoli se při diskuzích či stanovování hodnoty života opíráme o ekonomický přístup, má lidský život pro své okolí, tedy pro své nejbližší, hodnotu nevyčíslitelnou. Pokud nám zemře někdo blízký, dali bychom, tedy přesněji vyjádřeno, obětovali bychom mnoho, abychom mohli jeho život na chvíli vrátit či prodloužit. Bolest a strádání, které prožívají blízcí, milující a pozůstalí jsou nevyčíslitelné.

Při úvaze o hodnotě života se často střetávají dva velké etické koncepty – teorie užitku a teorie mravních kategorií. Podle teorie užitku (např. Jeremy Bentham, 18. století, Anglie) je morální takové řešení, které maximalizuje užitek činu. Každý užitek lze kvantifikovat, potom je oprávněné počítat s hodnotou předpokládané ekonomické aktivity člověka či s podobnými

parametry. V teoriích morálních kategorií je život nejvyšší hodnotou, např. u Johna Locka, právo na život je nezcižitelné a člověk se ho nemůže vzdát ani na základě souhlasu, na rozdíl od dalších dvou fundamentálních práv, jimiž jsou svoboda a vlastnictví. V praktickém životě bude dobré se ptát, pro jaké účely hodnotu života zvažujeme. Je-li to např. pro účely pojištění, pak je ekonomické zdůvodnění namístě. Rozhoduje-li se o právu na zdravotní péči v situaci výběru mezi více jedinci, pak by se měly zapojit i jiné hodnoty, jako například otázka: „Pro kolik lidí bude smrt této osoby nenahraditelnou ztrátou?“ Rozhodování by nemělo být nikdy mechanické, na základě jednoho jednoduchého principu, jako je třeba věk pacienta.



➤ Jak se počítá cena života

Hlavní potřebou vyčíslení hodnoty života v penězích jsou soudní spory, tedy pro účely kompenzací, odškodnění či náhrad. Tyto soudní náhrady za zmařený lidský život mají v oblasti práva dlouhou historii, zejména ve Spojených státech. I v České republice se v rámci soudní praxe setkáváme s vyčíslením hodnoty života. Občanský zákoník z r. 1964, platný až do konce r. 2013 ji vyčíslil numericky částkou 24 tisíc Kč (sic!). Nový občanský zákoník to již nečiní a ponechává rozhodování soudní praxi.

Pro tyto účely se vychází z ekonomické aktivity člověka, tedy kolik si za celý svůj život může vydělat peněz. Konkrétně jde o 400 nominálních výplat/mezd, tj. 10 mi-

lionů Kč, jak tato hodnota byla vyčíslena v roce 2014. Dnes by stejnou logikou hodnota lidského života atakovala hranici 12 milionů Kč.

Problém takto jednoduché, nebo lépe řečeno zjednodušené, kalkulace hodnoty života je, že zahrnuje pouze a jen ekonomickou aktivitu člověka v rámci své práce, svého povolání. Člověk však přirozeně vytváří řadu jiných hodnot mimo své povolání. Vytvořit vzorec či algoritmus, který by zhodnotil všechny tyto složky, tyto jednotlivosti, není možné ani reálné. Proto i občanský zákoník zohledňuje exaktně nezměřitelné dopady na pozůstalé, duševní útrapy a nakonec uzavírá obecnou formulací, že „nelze-li výši náhrady určit, stanoví se podle zásad slušnosti“.

➤ Vertikální a horizontální posouzení lidského života

Existují dva možné pohledy na hodnotu lidského života. Pro jednodušší znázornění si je pojmenujeme jako vertikální a horizontální pojetí hodnoty života.

Horizontální pojetí nás provádí časem. Čím více času nám zbývá, tím větší má náš život cenu. Ostatně je to v souladu s přístupem soudů, ale i nemocnic v době krize. Čím více ekonomické aktivity, ale i sociálních kontaktů můžeme od jedince do konce jeho života očekávat, tím větší je jeho hodnota.

Jde tak trochu o spartánský přístup k životu (kdy měřítkem hodnoty život byla bojeschopnost jedince). A v této logice, pokud máme omezenou možnost záchran lidských životů, se rozhodujeme přednostně pro ty, kteří mají vyšší „výnosnost“.

Vertikální pohled je zcela opačný. Odráží právě celkový celoživotní přínos člověka svým blízkým, rodině, ostatním lidem a společnosti. Jde o obrácený pohled, otočené pojetí. Právě ten jedinec, který svým úsilím, svými aktivitami, tedy svým životem vytvořil nejvíce hodnot, statků nebo děl má „větší“ hodnotu. Zde se tedy nedíváme na člověka optikou budoucích výnosů, tedy co pro nás, pro společnost ještě udělá. Díváme se na něj z druhé strany, co všechno společnosti přinesl, čím vším jí za většinu svého života přispěl, jaké je jeho dílo.

➤ Seniorské břímě

Právě ta první – ekonomická optika pro futuro je důvodem, proč se světové odborné společnosti (Global Ageing Network, European Ageing Network, CommonAge Australia) sjednotily ve 12 tezích, z nichž třetí a šestá teze uvádí:

Opravdovou otázkou není, kdy lidský život začíná, ale jaká je hodnota lidského života.

Ronald Reagan

„Nemocnice byly během koronavirové krize upřednostňované na úkor domovů pro seniory. Cílem bylo zajistit dostatečný počet lůžek na jednotkách intenzivní péče, pokud by bylo nutné napojit pacienty na ventilaci. Lidem starším 80 let bylo řečeno, aby zůstali tam, kde jsou, a aby napsali svá dříve vyslovená přání tak, aby nikoho nepřipravili o lůžko na jednotce intenzivní péče.“

„V mnoha zemích jsou výdaje plynoucí na péči o seniory součástí fiskální politiky. Jakmile lidé zestárnou a stanou se zranitelnými, jakékoli investice ze strany státu směřující na jejich péči jsou považovány za neužitečné. S každým přibývajícím rokem je péče o seniory pro společnost nákladnější. Takovýto základní společenský postoj však připravuje seniory o jejich důstojnost.“

Ano, tyto dvě teze jsou klasickým konfliktem onoho horizontálního a vertikálního ho vnímání hodnoty lidského života.

» Co je tedy správné?

Existují mezní situace, kdy člověk nebo společenství jsou přinuceni volit mezi lidskými životy. V některých situacích, jako je například potápějící se loď, se lidé rozhodují podle ustálených vzorů založených na určitých všeobecně uznávaných hodnotách prověřených historií. Například jsou zachraňovány nejdříve děti, pak ženy jako nositelky budoucnosti lidského rodu. Existují však i jiné vzory, které říkají, že nejdříve se mají zachraňovat ti nejslabší a nejzranitelnější, protože mají na rozdíl od silných menší šanci se zachránit sami. V obou vzorech se uplatňuje morální kategorie úcty k lidskému životu a v obou se na tomto základě projevuje racionální úvaha o důsledku rozhodnutí. Je vidět, že ve skutečném životě se obě teorie nemusí stavět proti sobě.

Pokud čtenáři tohoto článku očekávají závěrečné rozuzlení, jasné sdělení toho, co je vlastně správné – pak budou zklamáni. Tato otázka nemá jednoznačnou, a tedy

správnou odpověď. Jde spíše o hodnotovou pozici. Každý ji vnímáme jinak. Čtenáři ve věku do 40 let se budou velmi pravděpodobně více ztotožňovat s horizontálním pojetím. Stejně tak možná pragmatičtí či lidé orientovaní na „přežití“. Starší osoby, kohorty 45+, možná spíše 50+, budou více vnímat vertikální pojetí a zcela a naprosto oprávněně očekávat zohlednění a reflexi všeho, co pro společnost vykonali, vykonávají, ale ještě budou vykonávat.

Prezident Spojených států Ronald Reagan napsal v r. 1983: „Opravdovou otázkou není, kdy lidský život začíná, ale jaká je hodnota lidského života.“

Tu hodnotu určujeme každý sám – a to bez ohledu na to, jakým prizmatem nebo nějakým kalkulačním vzorcem k našemu životu někdo přistoupí, včetně nás samých.

Nevnímeje a neposuzujeme hodnotu lidského života pouze podle toho, co může, anebo naopak nemůže člověk udělat. Buďme ve svých soudech nejen velkorysí, ale i moudří a posuzujeme lidský život i z retrospektivního pohledu, tedy s úctou ke všemu, co daný člověk za svůj život pro ostatní vykonal.

Esej byla publikována v Týdeníku EURO č. 32, 33.

INZERCE

LÉKÁRNY ipc... Vše pro zdraví

Součást holdingu International Pharmaceutical Corporation, a.s. - založeno 1993

Vysoká odbornost, profesionalita a důraz na kvalitu poskytovaných služeb i obchodovaných produktů jsou základními kameny holdingu IPC již od jeho založení v roce 1993. Historie společnosti sahá do prvopočátků provozování privátních lékáren v ČR. V současné době funguje v rámci holdingu několik divizí – síť lékáren, velkodistributor léčiv, divize zdravotnických prostředků a divize zásobování sociálních a zdravotních zařízení.

Díky zvolené strategii postupně vznikl farmaceutický holding s 3. největší sítí lékáren v ČR. Management společnosti je tvořen výhradně farmaceuty, v čele se zakladatelem. Neustále je tak kladen maximální důraz na odbornost a „lege artis“ postup všech činností. Fungování celého holdingu v současné době zajišťuje více jak 350 zaměstnanců, provozujeme 50 lékáren, prostřednictvím těchto lékáren i našich velkodistribučních společností zásobujeme různé typy zdravotnických zařízení a institucí léčivy, zdravotnickým materiálem a potravními doplňky, to vše na území ČR a EU.

Všechny naše divize pracují v souladu se správnou lékárenskou a distribuční praxí



a platnou legislativou EU. Veškeré pracovní procesy jsou řízeny a monitorovány plně v souladu se standardy normy ISO 9001.

Dlouhodobým cílem naší společnosti je poskytovat současným, ale i budoucím obchodním partnerům ty nejkvalitnější produkty z oblasti léčiv, zdravotnického materiálu a potravních doplňků. Nacházet společně cesty, jak zabezpečit dostupnost těchto produktů s akcentem na profesionální a komplexní doplňkové služby v oblasti lékařské péče.

LÉKÁRNY ipc poskytují kompletní servis týkající se léčiv, doplňků stravy, zdravotnického materiálu a speciálního vybavení. Naším cílem je sestavit pro každého klienta balíček přesně dle jeho potřeb. Z tohoto důvodu sestavujeme vždy individuální produktový list dodávaného sor-

timentu. Dbáme na maximální rychlost, flexibilitu a především na kvalitu realizovaných objednávek.

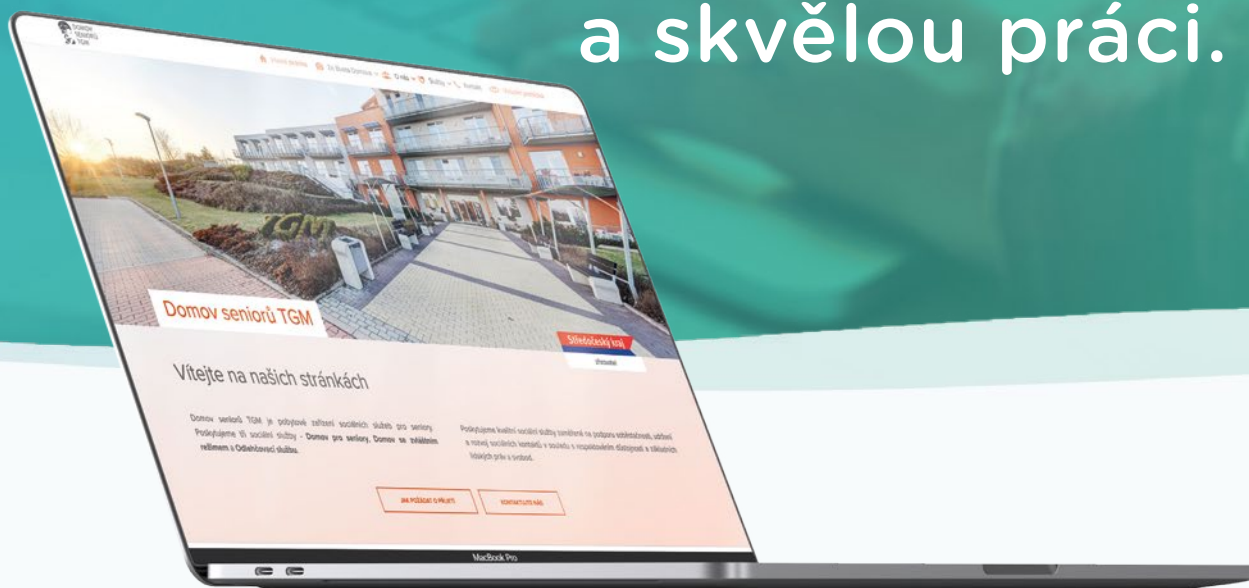
Specializujeme se na komplexní zásobování léčivy a zdravotnickým materiálem pro poskytovatele sociálních a zdravotních služeb.

Člen holdingu IPC společnost INTERPHARMAC s.r.o. funguje na trhu ČR jako dodavatel ověřených a bezpečných produktů předních výrobců zdravotnického materiálu prostřednictvím projektu „ZELENÁ HVĚZDA“. Naším hlavním partnerem je společnost B. Braun Medical se svým komplexním portfoliem zdravotnického materiálu a vybavení. V rámci tohoto segmentu se specializujeme na servis, dodávky a poradenství v oblasti zdravotnického materiálu jako celku.

Zajišťujeme kompletní pokrytí potřeb zdravotnického zařízení veškerým potřebným zdravotnickým materiálem včetně školení a potřebné edukace personálu díky týmu našich produktových specialistů.

V tomto segmentu dále nabízíme poradenství a zajištění pomůcek v oblasti inkontinenčních pomůcek, dezinfekce a epidemiologie, kompenzačních pomůcek, terapie „vlhkého hojení ran“, stomických pomůcek a nutriční výživy.

Tvoříme weby a virtuální prohlídky tak, aby věrně prezentovaly vaše služby a skvělou práci.



Vytvoříme pro vás web, který bude

- ✓ **splňovat požadavky přístupného webu**
- ✓ **plně podporovat zobrazení na mobilu**
- ✓ **zahrnovat moderní virtuální prohlídku**



GDPR
ready



Čenově výhodné
řešení pro sociální
služby



Nepřetržitý
kontinuální
vývoj



Fotodokumentace
od prestižních
fotografů



100% přizpůsobené
pro slabozraké

Nepanikařte s aplikací Nepanikař

Unikátní aplikace Nepanikař nabízí první pomoc při psychických potížích. V době koronavirové pandemie, kdy stále víc lidí pociťuje úzkost a obavy o své zdraví, se tak stává skvělým pomocníkem, jenž je neustále k dispozici.

■ **Text: Mgr. Ivana Vlnová,**
zástupkyně šéfredaktorky

Aplikace Nepanikař pomáhá lidem trpícím depresí, úzkostmi a panikou, lidem se sebevražednými myšlenkami či poruchami příjmu potravy, ale i těm s obyčejnou trémou. Stáhnout si ji může zdarma každý, kdo vlastní smartphone nebo tablet. Nejen dospívající, na které aplikace cílí v první řadě, tak získají nedocenitelného partnera pro chvíle, kdy potřebují krizovou pomoc.

Studentku třetího ročníku biomedicíny Veroniku Kamenskou k nápadu, že by mohla vytvořit aplikaci krizové pomoci, přivedly její vlastní problémy: „*Sama trpím duševním onemocněním a v panické atace jsem si nebyla schopná překládat rady z tehdy již dostupných anglických aplikací,*“ vzpomíná.

Když se její stav stabilizoval, začala se zajímat o osvětu v oblasti duševních onemocnění. „*Lidé do 18 let mají velmi omezené*



Foto: Archiv Veroniky Kamenské

možnosti, jak mohou bez vědomí rodičů získat pomoc při psychických problémech,“ dodává. Veronika Kamenská si uvědomila, že u nás chybí česká aplikace pro krizovou pomoc duševně nemocným, navíc si všimla, že se cizojazyčné aplikace zaměřují vždy pouze

na jeden problém. Od nápadu vytvořit komplexní aplikaci v češtině pro pomoc lidem s problémy, jako je anorexie či sebepoškození, po realizaci pak uplynul už jen měsíc.

Na vývoj aplikace, ve které uživatel najde například dechová cvičení a hry pro pomoc při zvládnání úzkostí či rady, jak čelit depresi, přitom dohlíželi odborníci z řad psychologů a psychiatrů.

S vypuknutím pandemie koronaviru se zájem o aplikaci Nepanikař razantně zvýšil. V současnosti si ji stáhlo už více než 100 tisíc lidí. Odměnou tvůrcům jsou zpětné vazby lidí, kterým aplikace doslova zachránila život. „*Z nemocnice nás kontaktovala dívka, která se chtěla pokusit o sebevraždu, už prý seděla v okně, ale pak použila aplikaci Nepanikař, našla si kontakty na odbornou pomoc, sebevraždu si rozmyslela a nechala se hospitalizovat,*“ popisuje Veronika Kamenská, která má v současnosti další plány, jak pomáhat ostatním. „*Aplikace mi rozšířila vhled do světa duševně nemocných a toho si moc cením,*“ uzavírá.

Aplikaci Nepanikař naleznete na Google Play nebo AppStore, její používání je anonymní, a tak odpadá stud, který mohou nejen dospívající pociťovat v souvislosti s tím, že čelí psychickým obtížím.

O jakou píseň se jedná?

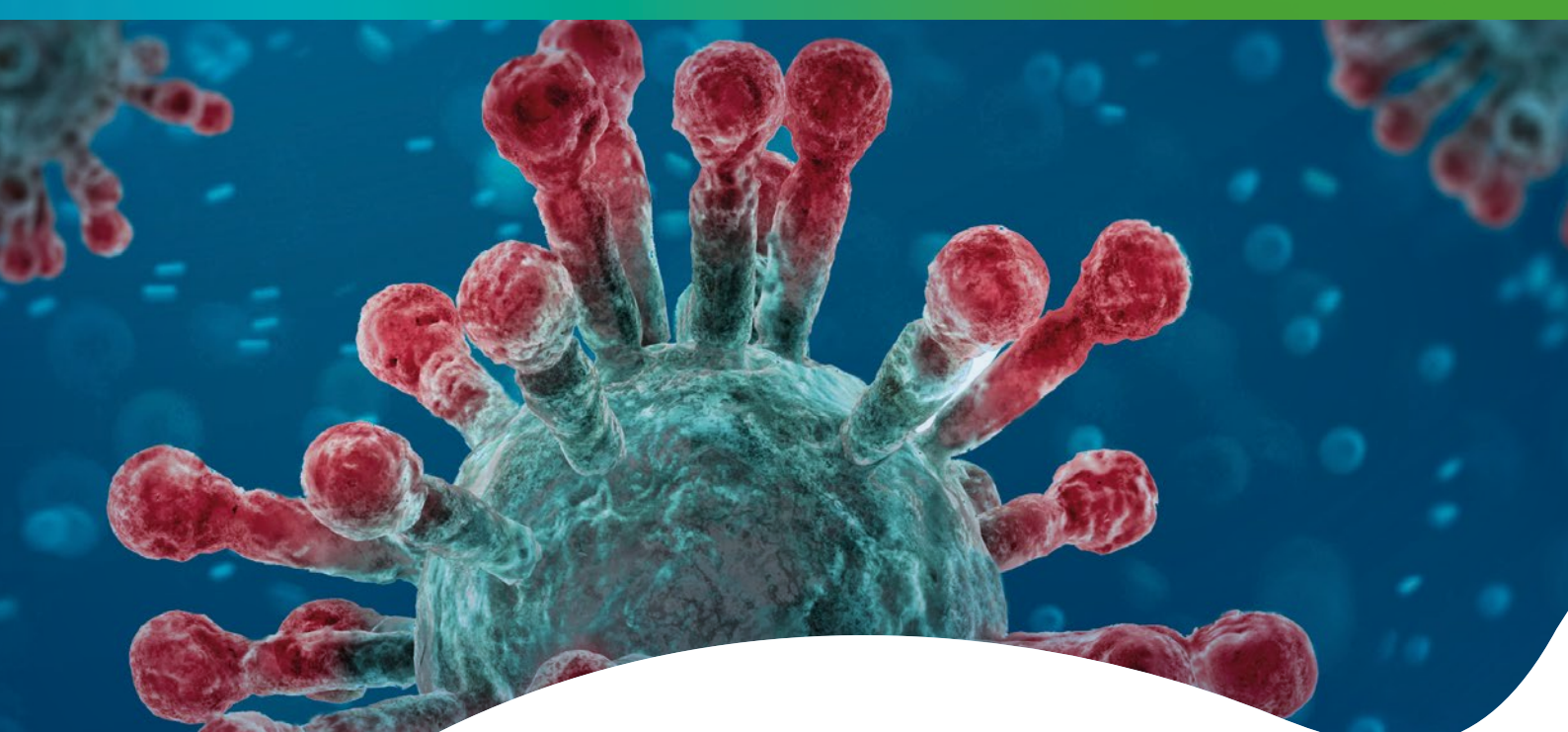
Podle uvedeného úryvku se pokuste určit, o jakou lidovou píseň se jedná.

- ...dostal jsem šáteček, v každém rohu kvíteček a uprostřed z rozmarýny pěkný věneček...
- ...žádnéj neví, co je to železo, žádnéj neví, co je kroužek...
- ...nejsou všecy holky stejný, některá má voči černý...
- ...počkej na mě, mé srdce, zastřelím ti zajíce, aby se ti zalíbila myslivecká čepice...
- ...kdybych ji dostal, to bych si vejskal, tři sta tolarů bych s ní vyzejskal...
- ...když mě nechceš milovati, nechtěj si, bude si mne namlouvati hodnější...
- ...co jsem se nachodil, našlapal kamení, přec jsem tě nedostal, moje potěšení...
- ...muzika hrála, břínkala, moje ze všech nejmilejší plakala...
- ...budu t'á pít, co budu žít, vínečko bílé...
- ...když ty mňa nechceš, já o t'á nedbám, smutek neponesu, ani ho nemám...
- ...jakpak nemám plakat, smutná naříkat, když tě vidím do vojenských šatů oblíkat...

Vyletela holubička ze skaly, Štiroky hubokoy, Okolo Fryáku, Vtnecko bílé, Okolo Suce, Boleslav, Boleslav, Na bílé hoře, Zelení hájové, Zádanej neví, co jsou Domazlice, Na tom bošileckym mostku, Na ty louce zeleny, Na Bílé hoře,

Řešení:

Mgr. Jitka Suchá



Naše produkty, které vám pomůžou
plnit váš řádný program sanitace,
zde budou i potom, co se věci vrátí
zase do „starých kolejí“.



Dezinfekce

Není teď nic aktuálnějšího, než právě dezinfekce rukou a dalších povrchů. Ať už se jedná o soukromé osoby, korporace, nemocnice, či odvětví sociálních služeb, poptávka po dezinfekčních prostředcích je vysoká a nadále roste. Tento fakt tak nahrává tomu, že se dezinfekční prostředky stávají nedostatkovým zbožím. Naše společnost však byla schopna reagovat na tento zvýšený zájem stálých i nově přibývajících zákazníků, a to právě díky výhodě vlastní výroby na území ČR.

V naší nabídce tak můžete naléznout produkty s vlastní recepturou jako jsou certifikovaný **alkoholový roztok s virucidním účinkem na dezinfekci rukou**, **dezinfekční prostředky určené pro menší i větší plochy**, **kombinované čisticí a dezinfekční prostředky s virucidním účinkem**, ale i **dávkovací zařízení** nezbytná k jednoduchému použití těchto prostředků.

Správná hygiena rukou i povrchů by však neměla být tématem pouze v krizových situacích jako je tato, ale základní pravidla osobní a plošné hygieny by měla být lidem vštěpována neustále. O to více v sektorech, kde je na lidské zdraví brán ještě větší zřetel.





Držitelé certifikátu Značka kvality v sociálních službách

www.znackakvality.info

Pečovatelská služba Města Dvůr Králové nad Labem

Pečovatelská služba poskytuje péči a podporu seniorům, osobám se zdravotním postižením a rodinám s dětmi ve Dvoře Králové nad Labem a ve všech spádových obcích. Naším posláním je, aby lidé mohli žít doma i v době, kdy už potřebují pomoc druhé osoby, a nemuseli odcházet do pobytových zařízení. Službu klientům poskytujeme denně od 6 do 22 hodin. Naše okamžitá kapacita je 12 uživatelů v pracovních dnech od 6 do 14.30 hodin, dva uživatelé od 14.30 do 22 hodin a o víkendech a svátcích. Péči zajišťuje 15 úvazků pečovatelek/pečovatelů. Sociální práci zajišťují dvě sociální pracovnice. Službu využívá celkem 190 uživatelů, z toho 15 % osob s třetím a čtvrtým stupněm příspěvku na péči a 15 % osob s demencí.

Příklady dobré praxe:

Spolupráce – Sociálním pracovnícím se daří do péče zapojovat rodiny klientů v čím dál větší míře, kdy se aktivně domlouvají, kdo bude konkrétní potřebnou péči a v jakém rozsahu zajišťovat. Plánování a hodnocení služby poté probíhá za aktivní účasti uživatele (je-li to možné) a rodinných příslušníků. Zároveň sociální pracovnice poskytují potřebnou podporu i rodinným pečujícím, která spočívá v edukaci, návratu různých pečovatelských činností, poradenství

Vybavení:

- Čtyři kanceláře ve dvou domovech s pečovatelskou službou (každá má vlastní stůl se zamykatelnou skříňkou, k dispozici je služební mobil, pět počítačů, deset služebních vozidel, kuchyňka, sprcha, šatna).
- Auta pořizujeme s výsuvnou sedačkou u spolujezdce, jedno auto má hydraulickou zvedací plošinu pro přepravu osob na invalidním vozíku.
- Pracovní oblečení a obuv.
- Potřebné pomůcky pro manipulaci s uživatelem – zvedací zařízení, transportní podložky, zvedací židle, schodolez.

při pořizování kompenzačních pomůcek. Jako příklad je možné uvést případ, kdy dcera jedné uživatelky měla zájem naučit se ve větším rozsahu pečovat o svou maminku. Sociální pracovnice ji naučila manipulovat s její maminkou na lůžku, používat transportní podložky, zvedací zařízení, vyměňovat inkontinenční pomůcky. Nakonec došlo k ponížení rozsahu péče z naší strany, protože dcera byla schopná a ochotná se o maminku ve zvýšené míře postarat.



**Pečovatelská služba
Města Dvůr Králové nad Labem**
Elišky Krásnohorské 2962
544 01 Dvůr Králové nad Labem

Certifikace:

Péče, individuální přístup a partnerství	★★★★★
Stravování	★★★★☆
Bodové hodnocení	433 bodů
Celkové hodnocení	★★★★★

Centrum sociálních služeb pro seniory Pohoda, p. o.

Centrum sociálních služeb pro seniory Pohoda, p. o., poskytuje celkem pět sociálních služeb, tři pobytové služby, jednu terénní a jednu ambulantní službu. Je bezbariérovým zařízením, jehož zřizovatelem je město Bruntál. Poskytuje celodenní pobytové služby osobám, které již nejsou zcela soběstačné zejména kvůli pokročilému věku a zhoršenému zdravotnímu stavu, jejichž situace vyžaduje pravidelnou 24hodinovou pomoc a péči. Naším cílem je upevnění a zachování soběstačnosti uživatelů a zajištění kvalitního života těchto osob s ohledem na jejich individualitu. Kapacita pobytových služeb je 122 lůžek, z toho 90 lůžek pro seniory starší 65 let, 30 lůžek pro osoby se zdravotním postižením starší 50 let a 2 lůžka

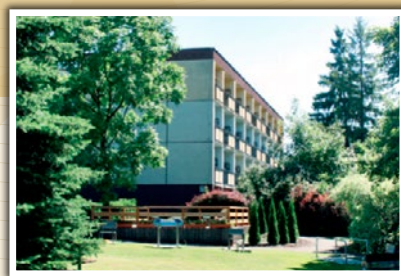
Příklady dobré praxe:

Koncept paliativní péče – Obecnou paliativní péči se zabýváme od roku 2014. Uživatelům poskytujeme paliativní péči a zvýšenou míru ošetrovatelské péče. Pracovníci se setkávají jedenkrát za měsíc a řeší péči o uživatele ve smyslu bio-psycho-spirito-sociálních potřeb. Začali jsme intenzivně školit personál v oblasti paliativní péče, abychom splnili podmínky potřebné k certifikaci paliativního přístupu. Navázali jsme intenzivnější spolupráci jak s uživateli

pro odlehčovací služby. Centrum poskytuje také terénní pečovatelskou službu a od roku 2018 novou ambulantní službu denní stacionář s kapacitou 15 uživatelů.

Pobytové služby jsou umístěny v klidné části centra města, s dostupností všech služeb a infrastruktury. Součástí zařízení jsou ordinace lékařů, rehabilitace, kadeřnictví, kavárna, kinosál, knihovna a rozsáhlá zahrada. Centrum poskytuje uživatelům volnočasové aktivity, jako je cvičení, muzikoterapie, relaxace, masáže, canisterapie, felinoterapie a ergoterapie. Při příznivém počasí realizuje výlety pro uživatele a v rámci aktivit si centrum zakládá na mezigenerační spolupráci s dětmi, studenty i seniory z města, která funguje již několik let.

v otázce doprovázení, tak s rodinnými příslušnými. Nabízíme možnost změnit prostředí – pobyt uživatele ve světlé místnosti, ve společných prostorách centra i na zahradě. Nabízíme aktivní i pasivní cvičení, podpurné masáže a také předčítání a individuální či skupinovou reminiscenci. Zavedli jsme službu pastoračního pracovníka. Naším cílem je poskytnout profesionální péči zaměřenou na uspokojení všech potřeb uživatele a umožnit mu klidné umírání v kruhu svých blízkých.



**Centrum sociálních služeb
pro seniory Pohoda, p. o.**
Okružní 1779/16
792 01 Bruntál

Certifikace:

Ubytování	★★★★★
Strava	★★★★★
Volný čas a kultura	★★★★☆
Partnerství	★★★★★
Péče	★★★★★
Bodové hodnocení	918 bodů
Celkové hodnocení	★★★★★



CuroCell®

Záruka až na 5 let

možnost prodloužení z původních dvou let



Matrace CuroCell A4 cx16 (výška 16 cm)

39 950 Kč vč. DPH

- ✓ plně automatický provoz
- ✓ jednotlivě vyměnitelné komory
- ✓ kompletní náhrada matrace
- ✓ funkce pro odlehčení pat
- ✓ pratelný a dezinfikovatelný potah
- ✓ provozní zátěž 0 až 200 kg



Plně
automatický
provoz



Unikátní
pulsní
režim

4.
stupeň

Léčba
až 4. stupně
dekubitů



Velmi nízká
hlučnost
kompresoru (17dB)



Nízké
provozní
náklady

Střípky z domova

Oslavili diamantovou svatbu

Seč – Ve čtvrtek 15. října jsme měli v našem domově seniorů možnost oslavit výjimečnou životní událost. Vždyť diamantová



svatba, 60 let společného života, toho se nedočká každý. A naši klienti paní Miroslava Losenická a pan Zdeněk Losenický prokázali na své společné cestě životem hodně trpělivosti, skromnosti, vzájemné úcty a lásky. A ta z nich vyzařuje i dnes. Jsme moc rádi, že se nám podařilo připravit pro ně překvapení v podobě společné oslavy jejich diamantového jubilea. K sváteční atmosféře přispěl i pan starosta a paní matrikářka z Krucemburku, kde manželé prožili svůj život.

Na oslavě nechyběla svatební kytice, dort ani připítek. A z bezpečné vzdálenosti zazněla i slova pana starosty bez roušky, aby bylo dobře rozumět. Pak už zpátky do roušek a užít si zbytek oslavy.

V životě spolu manželé prožili hodně těžkých, ale i krásných chvil. Vše úspěšně přestáli a my jim k tomu srdečně gratulujeme a přejeme hlavně zdraví a ještě mnoho a mnoho společných chvil.

Kateřina Loňková,
sociální pracovnice, Domov seniorů Seč, s. r. o.

V Domově pro seniory propojili generace

Radkova Lhota – Tradiční Malou sportovní olympiádu, konající se každoročně počátkem září, letos pojali v Radkově Lhotě netradičně. Místo soutěžících seniorů z okolních domovů zaujali žáci ze Základní školy v Opatovicích a vznikla tak smíšená družstva dětí a dospělých.



S mottem „Když nemůžeš, tak přidej víc...“ bojovali statečně ve sportovních a vědomostních disciplínách. Vzájemná pomoc a společná touha vyhrát spojila všechny soutěžící a bylo to příjemné setkání plné radosti a zábavy.

Na své si přišli i ti, kteří nesoutěžili, k tanci a poslechu hrála po celou dobu živá hudba, maskot olympiády – klaunice Smíša, nás halila do obrovských bublin a malovala na obličejy úžasné obrázky nejen dětem, ale i dospělým.

Tuto krásnou akci jsme mohli uskutečnit díky výhře v soutěži „Propojujeme generace“. Chtěli bychom ještě jednou poděkovat všem, kteří poslali našemu zařízení svůj hlas.

Martina Matějčková,
koordinátor aktivizace,
Domov pro seniory Radkova Lhota, p. o.

Den splněných přání

Meziboří – Na začátku bylo vánoční přání jednoho seniora – vozičkáře, že by rád jel na výlet lodí. Loď byla k dispozici, tak proč pána nesvézt, řekli si členové Spolku majitelů historických autobusů Ústí nad Labem.



Ale my máme i autobus!!! Takže? Na výlet může vyrazit přes 30 klientů Domova sociálních služeb z Meziboří s desetičlenným doprovodem. Jen loď musela být větší. Využili jsme pravidelnou lodní linku Ústí nad Labem – Litoměřice. Výlet měl být už v květnu, ale kvůli pandemii koronaviru se bohužel nevyjelo. Seniori si velký výlet užili až v neděli 13. září.

Smekám před lidským přístupem, profesionalitou a neskutečným nasazením zaměstnanců Domova sociálních služeb z Meziboří. Velké díky za pomoc posádce lodi Poseidon za úžasnou pomoc s imobil-

ními klienty. Myslím, že jsme na podobném výletě nebyli naposledy...

(P.S.: Tento příspěvek berte jako inspiraci pro případná další „nová“ Ježíškova vnučata. Udělat někomu radost je tak snadné...)

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

Ohlédnutí za létem v Domově důchodců Čížkovice

Čížkovice – Letní dny tohoto roku si seniori Domova důchodců Čížkovice náramně užili.



V měsíci červenci proběhly tři společné oslavy narozenin a svátků. Všichni uživatelé se sešli na nádvoří domova, kde se rozkrojil dort, podávala se káva a na závěr ještě chlebiček. Diskutovalo se na různá témata, hrála hudba, zpívalo se a tančilo.

V měsíci srpnu proběhlo, kromě oslav narozenin, velmi oblíbené pečení lívanců a bramboráků. Akce se konaly v zahradě domova a setkaly se s velkým ohlasem. Bylo krásné sledovat, jak seniorům tato jídla evokovala vzpomínky na dřívější léta.

Letní oslavy přešly i do měsíce září. Ve středu 2. září proběhla akce Rozloučení s létem. Uživatelé domova se sešli v zahradě, pochutnali si na odpoledním zákusku a kávě a poté se opékali burty podávané s chlebem, hořčicí, křenem a pivem. Vzpomínalo se na mládí, kdy si lidé v ohýnku pekly brambory či jablka, vyprávěli si různé příběhy a užívali si společných večerů.

Záříjové počasí přálo, proto ve středu 16. září proběhlo pečení palačinek a o týden později 24. září se uskutečnilo smažení bramboráků. Do přípravy těsta se uživatelé zapojili s velkou chutí a vervou. Nezapomnělo se ani na ty seniory, kteří ze zdravotních důvodů nemohli venkovní akce zúčastnit, a obě tato jídla si vychutnali na svém pokoji. Odměnou byly rozzářené úsměvy na tvářích všech.

Bc. Michaela Hrnčířová,
Domov důchodců Čížkovice

 Inkontinence

HARTMANN



O krok dál
pro zdraví

NOVINKA

Absorpční podložky MoliNea se mění na

MoliCare® Bed Mat

Oblíbené jednorázové podložky nyní v novém obalu



Šetrné k pokožce

Dermatologicky testované,
šetrné k pokožce



Extra ochrana

Absorbuje tekutinu
a chrání povrch

HYGIENICKÁ
PÉČE



Jednorázové použití,
bezpečná ochrana

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