

odborný časopis



sociální služby

cena: 69 Kč / 3 €

Skupinová terapie
u seniorů v Palatě

Pečovatelská služba
včera a dnes
aneb Jak s vaničkou
nevylít dítě

Psychologie

Podpora pozitivního chování

aneb Jak nahlížet na chování náročné
na péči a pracovat s ním

HARTMANN



Pomáhá. Pečuje. Chrání.

Bud'te o krok napřed v hojení ran

Komplexní řešení
pro chronické rány

- + Nabídka odborné a komplexní péče o pacienty s chronickou ránou pro zařízení sociální péče a agentury domácí péče.
- + Široké portfolio pro hojení ran – efektivní a inovativní řešení na různé typy ran.
- + Rychlé dodání produktů přímo od výrobce - do 24 hodin.
- + Vzdělávací konference a semináře – rozšiřte své znalosti a dovednosti.

V případě zájmu nás neváhejte kontaktovat:

Infolinka: 800 100 150

E-mail: info@hartmann.cz

Všestrannost,
která Vás
ohromí.



Zetuvit Plus Silicone Border je zdravotnický prostředek. Čtěte návod k použití.



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
IČ: 604 458 31

Ročník: 27

Číslo: 1/2025 LEDEN

Cena: 69 Kč / 3 €

Roční předplatné: 690 Kč / 30 €

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

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

Vychází: V Táboře 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. Támara Kajznerová a redakce

Redakční rada:

Mgr. Petr Brázda
Ing. Petra Cibulková
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA
Ing. Renata Kainráthová
Ing. Daniela Lusková, MPA, MHA
Mgr. Alena Sakařová
Mgr. Andrea Tajanovská, DiS.
Mgr. Jan Vrbický

Grafické zpracování a tisk:

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

Distribuce:

SEND Předplatné, s. r. o., Ve Žlíbku 1800/77,
hala A3, 193 00 Praha 9 – Horní Počernice,
www.send.cz, tel.: 225 985 225, GSM: 777 333 370,
fax: 225 341 425, e-mail: send@send.cz,
SMS: 605 202 115

Objednávky a distribuce na Slovensku:

MAGNET PRESS, SLOVAKIA, s. r. o.
P. O. Box 169, 830 00 Bratislava, Slovensko
Tel.: 00421/2/67201931-33 předplatné
e-mail: predplatne@press.sk, www.press.sk

Fotografie a ilustrace:

Neňí-li uvedeno jinak:
Pixabay a archivy autorů příspěvků

Foto na titulní straně:

iStock

Příspěvky a inzerce:

Příspěvky mohou být redakčně upravovány a kráceny.
Inzerce, PR články a příspěvky do rubrik Střípky
z domova a Pro inspiraci přijímá zástupkyně šéfredaktorky.
Za obsah inzercí a PR článků odpovídá zadavatel.
Přetiskování krátkých úryvků článků je možné pouze
s uvedením názvu, jména autora článku, ročníku,
čísla a strany. Přetiskování celých článků či jejich částí
přesahujících jeden odstavec je možné pouze se svolením
redakce. Uzávěrka je vždy 15. dne předchozího měsíce.
Další pokyny naleznete na www.socialnisluzby.eu.

Registrace:

Povoleno rozhodnutím MK ČR E 11018
ISSN 1803-7348



Z obsahu čísla:

- **Aktuality APSS ČR** 5
- **Institut vzdělávání APSS ČR:
Nabídka otevřených kurzů** 6
- **Psychologie:
Podpora pozitivního chování
aneb Jak nahlížet na chování náročné
na péči a jak s ním pracovat** 10
- **Terapie:
Skupinová terapie u seniorů v Palatě, I. díl** 12
- **Adiktologie:
Adiktologické služby v České republice** 26
- **Statistika:
Počet chudých lidí prudce roste** 29
- **Architektura:
Jak zachovat soukromí,
když ho každý vnímá odlišně?** 30
- **Veřejný ochránce práv:
Právo na nezávislý způsob života,
deinstitucionalizace a její stav podle výzkumu
veřejného ochránce práv** 34
- **Střípky z domova** 39

SOCIÁLNÍ SLUŽBY

SPECIÁLNÍ mobilní aplikace

Vážení členové Asociace,
milí kolegové,

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

Aplikaci si můžete stáhnout dvojím způsobem:

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

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



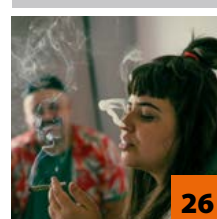
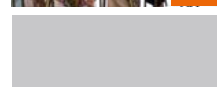
6



10



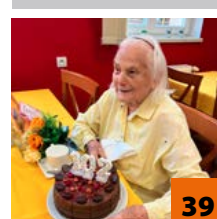
12



26



30



39



**„První krok proto,
abyste od života
získali to,
co chcete,
je rozhodnout se,
co to je.“**

Ben Stein (*1944),
americký herec, spisovatel,
právník, učitel, humorista



ÚVODNÍK VICEPREZIDENTA



Vážení čtenáři časopisu Sociální služby,
dovolte mi, abych vám závěrem roku 2024 poděkoval za vaši přízeň. Nejen po celý
uplynulý rok, ale dlouhodobě se vám snažíme přinášet aktuální témata, články,
informace a příklady dobré praxe nejen z ČR, ale i ze zahraničí.

Chceme, aby časopis Sociální služby byl i v roce 2025 studnicí novinek v sociálních
službách, příručkou pro možné inovace a zvyšování kvality, a to pro všechny sociální služby
a všechny profese.

Dovolte mi tedy poděkovat vám – všem čtenářům, redakci a redakční radě, autorům,
inzerentům a všem příznivcům odborného časopisu Sociální služby, a popřát nám všem úspěšný
rok 2025!

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA,
prezident APSS ČR

EDITORIAL



Milí čtenáři Sociálních služeb,

vítám vás na stránkách prvního letošního čísla našeho časopisu, které vybízí
k určitému bilancování roku předchozího, k nastavování nových cílů a dávání
si dodatečných předsevzetí, na která jste si na Nový rok třeba nevzpomněli, ale
určitě byste je na svém seznamu mít chtěli (pokud ten seznam takřikajíc nepošlete hned druhý
den do kopru ☺). Nový rok s sebou přináší také řadu aha momentů právě v souvislosti s tím
posuzováním sloupečků podařilo se /nepodařilo se. Mně se moc líbí citát amerického herce
a spisovatele Bena Steina: „První krok proto, abyste od života získali to, co chcete, je rozhodnout
se, co to je.“ V tom je totiž podle mě dost často zakopaný pes. Myslíme si, že něco chceme nebo že
toužíme něčeho dosáhnout, ale ve skutečnosti tomu tak není, protože když toho cíle dosáhneme,
nepřinese nám to to kýžené uspokojení. Pak si musíme sáhnout hluboko do svého nitra, abychom
našli to svoje nej.

A to někdy bolí.

Můžeme začít jednoduše tím, že si do jednoho sloupečku napíšeme to negativní, co konkrétně
nám leží v žaludku a chceme to změnit, a do druhého napíšeme to pozitivní, jak bychom chtěli,
aby to dopadlo. A nemusí to být jen pracovní cíle, ale také ty osobní, minimalistické, třeba že se
budete více dní v roce smát než mračit. ☺ Nechám se dětmi (manželem/nadřízeným/podřízeným/
sousedem/kolegou) vytočit jen každý druhý den v týdnu, třeba. ☺ Nepochází to bohužel z mé hlavy,
ale ta myšlenka se mi tak líbila, že jsem se s vámi o ni chtěla podělit.

Děkuji vám všem, jak čtenářům, tak i inzerentům, že nám zachováte přízeň, a těším se,
že se budeme na stránkách časopisu Sociální služby potkávat i v roce 2025.

Plno prvních kroků při rozhodování za redakci přeje

Ing. Petra Cibulková, šéfredaktorka

Ptáme se prezidenta

Na naše otázky odpovídá Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA, prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.



Co připravuje Asociace nového pro své členy v roce 2025?

Kromě celé řady pravidelných akcí, kongresů, konferencí, služeb apod. můžeme zmínit přeměnu úspěšného projektu Značky kvality na Značka kvality 2.0. Půjde nejen o aktualizace, ale i o rozšíření o část lidských zdrojů a managementu.

Dále pak nově pořádání dvoudenního kongresu pro sociální pracovníky, dokončení zcela nového vzdělávacího programu virtuální reality spojené s umělou inteligencí nebo také přesun tradičního výročního kongresu poskytovatelů sociálních služeb do Prahy, a tím i zkapacitnění této významné akce. Bude toho pochopitelně mnohem více, ale konkrétní informace budeme členům přinášet také na stránkách časopisu Sociální služby.

Stalo se...

- Vláda 18. prosince 2024 schválila návrh, kterým jsou jednotlivé platové tarify valorizovány v rozmezí od 1,8 % do 11,5 %. Výjimku tvoří pedagogové v regionálním školství a akademičtí pracovníci státních vysokých škol. Těm se platové tarify od ledna navýšily o 7 %, tedy v rozmezí od 1 090 Kč do 4 040 Kč. Úprava pamatuje i na ochranu zaměstnanců před nízkými výdělky díky zaručenému platu.
- Senát schválil novelu zákona o zaměstnanosti. Jejím cílem je zvýšit motivaci zaměstnavatelů k zaměstnávání osob se zdravotním postižením na volném trhu práce a zároveň řešit problémy s účelovým využíváním příspěvků na podporu zaměstnávání OZP na chráněném trhu práce. Novela rovněž zavádí nová opatření pro kontrolu a postih nelegálního zaměstnávání. Změny se dotknou také zahraniční zaměstnanosti a zprostředkování práce.
- Senát schválil také vládní návrh zákona o integračním sociálním podniku. Nová legislativa umožní efektivnější začleňování znevýhodněných osob do pracovního procesu. Zákon jasně definuje pojem integrační sociální podnik a stanoví jeho povinnosti, zejména vůči zaměstnancům.
- Dne 1. ledna 2025 nabyla účinnosti novela zákona o nemocenském pojištění, která ruší změny u dohod o provedení práce plánované od počátku roku 2025 v souvislosti se zákonem č. 163/2024 Sb. Touto

novelou se ruší celá právní úprava režimu tzv. oznámené dohody.

U DPP se mění částka rozhodná pro účast na nemocenském a důchodovém pojištění v daném kalendářním měsíci. Povinná účast na nemocenském a důchodovém pojištění vznikne, pokud bude zúčtován započitatelný příjem aspoň ve výši 25 % průměrné mzdy, a to po zaokrouhlení na celé pětisetkoruny směrem dolů.

- Česká správa sociálního zabezpečení s účinností od 1. ledna 2025 zahájila zasílání SMS a e-mailových notifikací v rámci služeb eDávky a eNeschopenka, které jsou zaváděny v souladu s legislativními změnami. Tato nová služba umožňuje pojištěncům získat elektronické upozornění na důležité dokumenty a změny, a to jako alternativu k tištěným podáním.

- Novela vyhlášky č. 505/2006 Sb. nebude účinná od 1. ledna 2025. Dle informací z MPSV nabude účinnosti 1. února 2025.

- Od 1. ledna 2025 byla zrušena vratka DPH při nákupu motorového vozidla pro osoby se zdravotním postižením a byla nahrazena zvýšením příspěvku na nákup motorového vozidla o 85 tisíc Kč, což je průměrná částka, která byla na DPH vyplácena. Dojde tak k odstranění dvoj-
kolejnosti podpory osob se zdravotním postižením, kteří celou částku na pořízení motorového vozidla získají rovnou u úřadu práce a nebudou již muset žádat o vracení DPH finančním úřadem.

APSS ČR

vás zve na akce:

**Slavnostní vyhlášení
Národní ceny sociálních služeb
– Pečovatel/ka roku**

28. ledna 2025

Novoměstská radnice, Praha



**Konference pro ředitele
a ekonomy poskytovatelů
sociálních služeb**

30. ledna 2025

Hotel Olšanka – Kongresové
centrum, Praha 3 – Žižkov

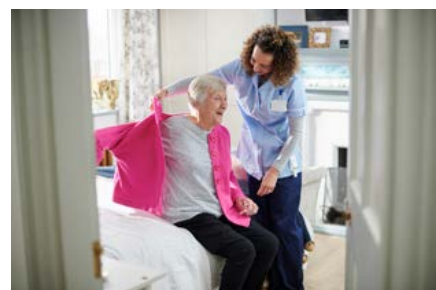


**Konference Zdravotní péče
v sociálních službách**

13.–14. února

Hotel Palcát

a Centrum Univerzita Tábor,
Tábor



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

Nabídka Institutu vzdělávání APSS ČR



Nabídka kurzů Institutu vzdělávání APSS ČR

Připravili jsme pro vás harmonogram kurzů na celé první pololetí roku 2025. Kromě tradičních center (Praha, Brno, Ostrava, Tábor) přibyla do naší nabídky Olomouc. V následující tabulce najdete nabídku kurzů na první čtvrtletí.

PŘIJÍMÁME
OBJEDNÁVKY
NA KURZY
NA KLÍČ NA ROK
2025

Ve speciální příloze časopisu najdete plakát s kompletní nabídkou otevřených kurzů na celé pololetí.

Přihlášky na kurzy jsou na našem webu www.institutvzdelavani.cz, záložka Otevřené kurzy.

Kurzy na klíč

Připomínáme také možnost objednat kurz na klíč přímo do vaší organizace. Stačí vyplnit objednávku v záložce Kurzy na klíč. Vzhledem k velkému zájmu doporučujeme objednávat už nyní kurzy na rok 2025.

Sledujte naše webové stránky www.institutvzdelavani.cz.

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

BRNO, Cafe Práh, Ve Vaňkovce 1, 602 00 Brno

24. 2. 2025 Virtuální realita – Komunikace v náročných situacích

OLOMOUC, Sociální služby pro seniory, p.o., Zikova 618/14, 779 00 Olomouc

12. 3. 2025 Virtuální realita – Komunikace v náročných situacích

31. 3. 2025 Demence v obrazech

PRAHA, UZS, Na Pankráci 26, 140 00 Praha 4 – Nusle

10. 2. 2025 Virtuální realita – Komunikace v náročných situacích

20. 2. 2025 Včasné rozpoznání rizika podvýživy a možnosti řešení v sociálních službách

21. 2. 2025 Manipulativní jednání a jak se mu bránit

27. 2. 2025 Standardy kvality sociálních služeb

28. 2. 2025 Jak efektivně komunikovat s rodinou klienta – seniora

3. 3. 2025 Virtuální realita demence

11. 3. 2025 Marketing poskytovatele sociálních služeb

17. 3. 2025 Mozkový jogging – trénink paměti

20. 3. 2024 Namaste Care – nefarmakologický přístup v péči o klienta v terminální fázi života

27. 3. 2025 Základy KBT v práci s klienty s úzkostnými, fobickými a depresivními problémy

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

10. 2. 2025	Úvod do péče o klienty s Parkinsonovou nemocí
18. 2. 2025	Aktivizace seniorů s využitím prvků biografie klienta
19. 2. 2025	Virtuální realita – Komunikace v náročných situacích
26. 2. 2025	Bezpečné a šetrné polohování a mobilizace při péči o klienta v sociálních službách I.
14. 3. 2025	Virtuální realita – Komunikace v náročných situacích
17. 3. 2025	Klíč ke zdravější paměti a mozku
31. 3. 2025	Život s postižením v obrazech
3. 4. 2025	Co nejdéle doma aneb Jak podpořit domácí péči

OSTRAVA, Domov Slunečnice Ostrava p.o., Opavská 4472/76, 708 00 Ostrava-Poruba

7. 2. 2025	Virtuální realita demence
18. 2. 2025	Paliativní péče v souvislostech – úvod do problematiky
10. 3. 2025	Virtuální realita demence
11. 3. 2025	Virtuální realita – Komunikace v náročných situacích
20. 3. 2025	Jak si zdravě nastavit hranice

ONLINE KURZY

11. 2. 2025	Zvládání problémových situací zejména v pečovatelských službách
12. 2. 2025	Komunikace v obtížných situacích
17. 2. 2025	Jak předcházet agresí – jak na ni reagovat, jak s ní pracovat následně
20. 2. 2025	Úvod do problematiky aktivizace uživatelů sociálních služeb
21. 2. 2025	Komunikace v obrazech se zaměřením na osoby s demencí
24. 2. 2025	Zahrada jako nástroj k aktivizaci uživatelů sociálních služeb
25. 2. 2025	Přestaňte na mě křičet...! aneb Laskavý a pozitivní přístup ke klientovi
27. 2. 2025	Včasné rozpoznání rizika podvůživity a možnosti řešení v sociálních službách
3. 3. 2025	Etika v obrazech ve službách sociální péče
4. 3. 2025	Komunikace v péči o umírající
4. 3. 2025	Zranitelnost, křehkost a tíseň seniora v domácí i profesionální péči
5. 3. 2025	Preterapie – úvod do problematiky
6. 3. 2025	Emoce v obrazech
7. 3. 2025	Manipulativní jednání a jak se mu bránit
10. 3. 2025	Vykazování odbornosti 913 na zdravotní pojišťovny spolu s vedením oš. dokumentace
12. 3. 2025	Jak efektivně komunikovat s rodinou klienta – seniora
14. 3. 2025	Kvalita života, důstojnost a autonomie ve stáří – cesta od teorie k praxi
18. 3. 2025	Chci pyžamový den s dortem anebo Sociální služba 21. století
20. 3. 2025	Jak zvýšit sebevědomí svoje, svých kolegů a klientů
24. 3. 2025	Vývojové trauma – paměť těla a přítomnost
25. 3. 2025	Jak zvládat emoce
26. 3. 2025	Individuální plánování poskytované sociální služby



EVROPSKÝ MANAŽER V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

NÁŠ
TIP

Základní stupeň - BASIC

Získejte EAN Certificate s celoevropskou platností Základní stupeň - BASIC

Komplexní vzdělávací program pro manažery soc. služeb

- **Začínáme 5. 2. 2025**
- Rozsah 200 hodin, 2 roky
- Místo konání prezenčních kurzů: Praha

Informace a přihlášky na www.institutvzdelavani.cz / Evropský manažer.



ON-LINE KVALIFIKAČNÍ KURZY PRO PRACOVNÍKY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

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

Termín: 5. 3. – 15. 5. 2025

Ke školení bude třeba počítač (stolní nebo notebook), který má:

- funkční mikrofon
- funkční sluchátka nebo reproduktory
- funkční webkameru
- kvalitní internetové připojení

Přihláška: www.institutvzdelavani.cz / Kvalifikační kurz.

Dekubitus

jako indikátor kvality ošetrovatelské péče v zařízení sociálních služeb

Dekubity neboli proleženiny jsou vážným zdravotním problémem pro klienty zařízení sociálních služeb a zároveň jsou také klíčovým ukazatelem kvality ošetrovatelské péče. Jejich výskyt je sledován celosvětově. V České republice se počet lidí s výskytem dekubitů stále snižuje, což je dané především vysokou kvalitou poskytované péče, edukací personálu, lepšími a modernějšími pomůckami. I tak ale proleženiny pořád zůstávají vážným zdravotním problémem a až 84 % ležících klientů se během pobytu v zařízení sociálních služeb setká s dekubitem. Jak jejich vzniku tedy předcházet?

JAK SNÍŽIT PREVALENCI DEKUBITŮ?

V hodnocení výskytu dekubitů jako indikátoru péče, je třeba zohlednit celou řadu faktorů, které i sebelepší péčí nedokážeme ovlivnit. Zatímco u některých klientů vznikne dekubitus v prostředí poskytované sociální služby, mnozí další se do zařízení sociální péče vrátí s dekubitem, který vznikl v jiném zdravotnickém zařízení.

Základním předpokladem pro nalezení cesty ke snížení výskytu dekubitů je sledování počtu klientů s dekubitem a i těch, kteří jsou jejich vznikem ohroženi. Jako nástroj nám k tomu může posloužit např. škála podle Nortonové. Dalším důležitým pilířem je **prevence**, přičemž pomocí její správné realizace se dá předejít vzniku až 73 % dekubitů, a navíc je až o 80 % levnější než následná léčba.

K důležitým aspektům v přístupu k prevenci vzniku proleženin patří zavádění standardních ošetrovatelských postupů. Tím se rozumí dohodnutá profesní úroveň kvality poskytované péče. Tyto standardy jsou nedílnou součástí jak zdravotnických, tak

i sociálních zařízení a týkají se všech pracovníků v přímé péči, kteří o klienty denně pečují. Cílem těchto standardů je nastavit a zajistit kvalitní péči o klienta, přičemž je nezbytné dodržovat předepsaný postup. Další významnou roli v prevenci hraje také **edukace pečujícího personálu**.



ANTIDEKUBITNÍ PROGRAM V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

Společnost HARTMANN-RICO se snaží neustále přispívat ke zvyšování kvality poskytované péče a zároveň být spolehlivým partnerem pro zařízení sociální péče, a to nejenom v oblasti dodávek zdravotních pomůcek, ale také v oblasti vzdělávání a poradenství. I proto vznikl nový Antidekubitní program, který pozůstává z **informační brožury** zaměřené na prevenci a **akreditovaného kurzu** pro pečující personál s názvem **Prevence vzniku dekubitů v zařízeních sociální péče**.

Brožura Antidekubitní program v zařízení sociální péče přináší **přehled zásad pro prevenci vzniku dekubitů a také informace, jak správně postupovat**. Akreditovaný kurz se zaměřuje na tuto problematiku více do hloubky a účastníci se také dozví, jak zásady pro prevenci uplatnit v praxi.

Odborným garantem Antidekubitního programu v zařízení sociálních služeb je manažerka kvality a interní auditorka **paní Mgr. Jana Středová**, která má dlouholetou praxi v zařízení sociálních služeb, a také **paní Mgr. Ivana Radkovcová**, fyzioterapeutka Fakultní nemocnice Brno.

Zdroje:

MEESTERBERENDS, Esther a kol.
Pressure ulcer incidence in Dutch and German nursing homes: design of a prospective multicenter cohort study.
BMC Nurs, duben 2011. 10 (8).

i

Zažádejte si o brožuru **Antidekubitní program** v zařízení sociální péče nebo o kurz **Prevence vzniku dekubitů** v zařízeních sociální péče. Neváhejte kontaktovat svého obchodního zástupce HARTMANN-RICO, který rád zodpoví všechny dotazy, anebo se obrátit na linku **800 100 150**.

HARTMANN



V botách novináře

aneb Když tě grilují před kamerou

Konec loňského listopadu, konkrétně 27. a 28. listopadu, patřil v Asociaci opět vzdělávání, a to správné komunikaci s novináři, jak předávat relevantní informace, jak stát před kamerou, resp. co nedělat a mnoho dalšího. Proběhly totiž další dva semináře v rámci projektu Efektivní a profesionální komunikace a PR aktivity APSS ČR. Co nového jsme se naučili, si můžete přečíst v následujícím krátkém ohlednutí.

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

Prvním dnem nás opět provázela Ing. Hana Hejsková, která v minulosti působila jako tisková mluvčí ČSA, nyní lektorka, mentorka, mediální konzultantka a trenérka v oblasti vztahů s médii. Po úvodním „opáčku“ toho, co jsme si z předchozího kurzu zapamatovali, jsme vklouzli do bot novináře a zpovídaného, kdy jsme rozdělání do skupin opět na kameru natáčeli různé zinscenované situace ze života sociálních služeb. Některé skupiny si vyzkoušely více rolí – novináře, ředitele či vedoucího zaměstnance, kameramana. Poté jsme si videa pouštěli a rozebírali, na co si dát pozor, co v praxi zlepšit a čeho se vyvarovat.

Někteří členové Prezidia APSS ČR, kteří jsou v projektu zapojeni, již mají s novináři zkušenosti, zejména v období covidu byli často předmětem jejich zájmu, takže bylo na některých vidět, že jsou si takřkajíc jistí v kramflecích. Nicméně vždy se najde něco, na čem je dobré zapracovat, co se vystupování ať již před kamerou, nebo veřejně týče.

Druhý den byl věnovaný marketingu sociálních služeb a své zkušenosti nám předávala Mgr. Bc. Andrea Tajanovská, DiS., ředitelka Domova pro seniory Pohoda a předsedkyně krajské organizace APSS ČR pro Jihočeský kraj. Hned na úvod jsme si zopakovali, že nám v sociálních službách nejde jen o primárního klienta, ale



také o sekundárního a terciárního, na ně všechny chceme zapůsobit a ovlivnit jejich smýšlení o nás. Důležitou roli hraje image organizace, která jde ruku v ruce s firemní



kulturou, s kvalitou poskytovaných služeb, společenskou odpovědností i se zákaznickým servisem. Být úspěšným znamená, že jsme schopni získat prostředky, instituce i lidi kolem organizace, umíme oslovovat a získávat klienty a rozumíme jejich přáním i potřebám, díky budované image a pověsti jsme také schopni zajistit si pozici v regionu tak, aby se na nás veřejnost mohla s důvěrou obrátit o pomoc a podporu. K tomu nám pomáhají různé aktivity, jako jsou dny otevřených dveří, výstavy, různé společenské akce, workshopy, ale také dobré vztahy s místními novináři. Stačí nám jeden novinář, na kterého se v případě potřeby budeme moci obrátit, se kterým budeme budovat dobré vztahy a de facto si ho hýčkat. Tento vztah je však oboustranný, tzn. i my musíme být schopni mu vyjít v rámci určitých mantinelů vstříc. Protože v životě sociálních služeb není vše sluncem zalité a nejedna organizace se musí občas potýkat s komplikovanými vztahy v rodinách, mezi zaměstnanci, s neustále si stěžující rodinou, které není nic dobré a která vyžaduje služby nad rámec, a někdy se o těchto situacích dozvídá i veřejnost prostřednictvím médií. Na vedení organizace je pak ustát mediální tlak a vyjít z boje pokud možno s čistým štítem.

Projekt Efektivní a profesionální komunikace a PR aktivity APSS ČR (dotační titul:

Evropský sociální fond; Operační program Zaměstnanost plus; výzva č. 03_22_039, reg. číslo CZ.03.02.02/00/22_039/0001345) je financován Evropskou unií.



**Financováno
Evropskou unií**



Podpora pozitivního chování

aneb Jak nahlížet na chování náročné na péči a jak s ním pracovat

Ráda bych vás prostřednictvím několika článků seznámila s přístupem nazvaným Podpora pozitivního chování, ale také s tím, jak lze v praxi pracovat s chováním náročným na péči. Představím vám stěžejní témata, se kterými Podpora pozitivního chování pracuje, ale také sociální služby, kde jsem za pomoci tohoto přístupu pracovala s klienty či klientkami s chováním náročným na péči. Dozvíte se, jaký dopad na kvalitu života klienta či klientky může mít tento přístup a jak pracovat na základě jeho principů.

■ **Text: Věra Petlanová Zychová, DiS.,**
lektorka a konzultantka
Podpory pozitivního chování

Podpora pozitivního chování (z originálu: Positive Behaviour Support, dále jen zkratka PBS) je způsob podpory lidí s intelektovým znevýhodněním a náročným chováním využívaný v sociálních službách v západních zemích. **Vychází z respektu k lidským právům.**

PBS je mezinárodně uznávaný a ověřený přístup založený na porozumění chování lidí, pro které je, vzhledem k míře jejich postižení, obtížné běžně komunikovat se svým okolím. Poskytuje ucelený systém nastavení podpory lidem s intelektovým znevýhodněním a náročným chováním tak, aby byla zajištěna co nejlepší kvalita jejich života a předešlo se projevům chování náročného na péči. Učí porozumět chování, analyzovat jeho příčiny a posoudit prostředí, ve kterém se chování vyskytuje. Pracuje s úpravou vnitřního a vnějšího prostředí, způsobů komunikace nebo přístupu pečujících.¹

Do ČR se PBS dostala v roce 2020 z Irska prostřednictvím organizace Děti úplňku. Díky spolupráci s Brianem McDonaudem, irským lektorem a mentorem, se PBS začala zavádět jako inovativní metoda. Záštitu nad jejím šířením v Česku převzala Anna Šabatová, veřejná ochránkyně práv v letech 2014–2020. **Vláda ČR na svém zasedání dne 26. června 2024 přijala Systémová opatření pro podporu osob s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči na období 2024–2030. Dokument má za cíl zajistit systematické navýšení podpory osob s inte-**

lektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči, které se řadí mezi zvláště zranitelné skupiny obyvatel, a zlepšit tak jejich přístup ke zdravotnímu, sociálnímu nebo vzdělávacímu systému.² V tomto dokumentu je stěžejním bodem přístup Podpory pozitivního chování, který pracuje s chováním náročným na péči.

Pokud hovoříme o PBS, je prvotně nezbytné zmínit, že jde o přístup, při němž náročné chování chápeme konstruktivně a stejně na něj i reagujeme. Za konstruktivní považujeme postupy, které se zaměřují na pěstování nových způsobů chování bez využití trestajících technik, jako je např. fyzické omezování osob, násilí, používání léků k otupení, vyhrožování či strašení, držení v izolaci, odebrání věcí, které jsou pro člověka důležité, nebo upřednostňování managementu chování / změny chování před podporou člověka.³

Chování náročné na péči může každý vnímat rozdílným způsobem. Pro někoho bude náročnější zvládnout křik a pro jiného může být velmi obtížné být v přítomnosti člověka, který vám slovně nadává nebo stále opakuje stejná slova. Taktéž je podstatné se zaměřit na to, v jakém prostředí se dané chování objevuje. Pokud například jdete k zubaři a po lékařském zákroku plivete do umyvadla u zubařského křesla, je vaše chování zcela obvyklé, pokud ale plivnete někomu do tváře, vaše chování už může být vyhodnoceno jako náročné.

PBS používá definici chování náročného na péči a vymezuje se proti používání označení problémové chování (nebo jedinec s problémovým chováním). Z vlastní praxe více než 20 let v sociálních službách uvedu několik příkladů, proč nepoužívat označení

problémové chování, a v čem vnímám základní rozdíl.

Představte si například situaci, kdy vám pracovník či pracovnice v sociální službě říká, že mají klienta, který se chová problémově. Tento klient je problémový, kouše, štípe a kope. Jeho chování je zákeřné, vzniká z ničeho nic a neexistuje žádný důvod, proč by se takto měl chovat. Je potřeba si na tohoto klienta dát pozor, protože dokáže ve vteřině ublížit. Asi bych mohla dále pokračovat, ale raději na tomto příkladu ukážu, že i pouhá definice může změnit vaše chápání a uvažování o náročném chování.



Pokud budeme používat definici problémové chování, a nejde jen o samotnou definici, ale především o to, jak následně vnímáme člověka, tak vidíme „problém“ především v jedinci. Chceme, aby se daný jedinec změnil, mění to náš přístup k němu i nastavení služeb. Tento člověk dostává nálepkou „problémového člověka“ a tu si s sebou může nést celé roky i přesto, že jeho chování se už dávno změnilo. Prostor pro porozumění, respekt, jinakost a hledání toho, proč se tak či onak daný člověk chová, bychom zde jen stěží hledali. Rovněž pokud cílíme na to, aby se daný jedinec změnil, vystavujeme ho nárokům, které stěží dokáže splnit.

¹ Zdroj: www.detiuplnku.cz – O PBS - Děti úplňku (detiuplnku.cz)

² Systémová opatření pro podporu osob s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči na období 2024–2030 | Vláda ČR (gov.cz)

³ Zdroj: kniha: OSGOOD, T.: Podpora pozitivního chování u osob s PAS a intelektovým znevýhodněním. 1. vyd. Praha: Portál 2023. 247s. ISBN: 978-80-262-2079-4

Oproti tomu definice chování náročného na péči nás prvotně směřuje k tomu, abychom se snažili porozumět chování daného jedince, hledali jeho spouštěče, a především jednali s respektem a úctou. Náročné chování, jako například zmiňovaný křik, vnímáme jako způsob komunikace daného člověka s jeho okolím a ptáme se na to: Co mohlo daného člověka dostat do situace, kdy musí křičet, aby nám sdělil svoji potřebu? Často tímto chováním člověk něco sděluje svému okolí, pouze ne vždy dochází ke vzájemnému porozumění a pochopení. Projevy chování náročného na péči se snažíme převést do „slov“, tedy do takové podoby, aby okolí člověku porozumělo. Pokud například budu vědět, že klient křičí, protože má hlad nebo se nudí, mohu posleze uzpůsobit svůj přístup a nabídku, tak abych mu vyhověla a dokázala naplnit jeho potřeby, ale také, abychom vzájemně hledali způsoby, jak by příště mohl sdělit, že tyto potřeby má, a nemusel přitom křičet. Projevy náročného



ho chování mohou z velké části pramenit právě z toho, že daný jedinec nemá jiné možnosti (a schopnosti), jak vyjádřit svoje potřeby než například křikem nebo tím, že vás kousne, tedy náročným chováním.

Projevy chování náročného na péči mohou být velmi rozmanité a, jak už jsem zmínila, hodnocení jejich závažnosti často bude podléhat vlastnímu pocitu a osobnostnímu nastavení jedince, který je tomuto chování vystaven. Mezi nejčastější projevy chování náročného na péči, se kterými se setkávám, je agrese, buď mířená sama na sebe, nebo na druhé, házení předměty, ničení věcí, křik, pláč, plivání, slovní agrese nebo vyhrožování. Taktéž nezapomínejme

na projevy, které možná nejsou tolik „viditelné“, ale zásadně ovlivňují kvalitu života daného člověka, jako například potíže s jídlem, pitným režimem, zpracováním emocí, sexualitou a vztahy, senzorikou nebo zapojením se do činností. Pokud neznáme, co je funkcí daného chování (tedy co nám svým chováním jedinec říká), nemůžeme chování ani ovlivnit. Poté nezbyvá volit jako prvotní a často bohužel jedinou variantu restrikce, medikaci nebo omezení svobody či pohybu člověka. Samozřejmě jsou situace, kdy je nezbytné zajistit bezpečí daného jedince a jeho okolí, ale také lze mnoha situacím předejít.

Existuje velké množství faktorů, které lze ovlivnit změnou prostředí, naším přístupem nebo nastavením služby. Až 70 % chování náročného na péči je neúmyslně způsobeno prostředím, ve kterém péče probíhá. Můžeme se tedy prvotně zaměřit na základní faktory prostředí, jako například:

- Má člověk se znevýhodněním kolem sebe osoby, které ho respektují, rozumí jeho diagnóze, ale také jeho potřebám?
- Je vytvořen fungující a ověřený způsob vzájemné komunikace s jedincem? Tedy dochází ke vzájemnému porozumění?
- Má jedinec možnost věnovat se činnostem, které má rád, které ho baví a naplňují?
- Jsou respektována práva jedince, má možnost se podílet na nastavení služby a rozhodovat sám o sobě? Nebo je rozhodováno za něj?
- Má člověk přístup k jídlu a pití, kdykoliv potřebuje?
- Má jedinec kolem sebe osoby, které ho mají rády a rády s ním tráví společný čas?
- Víme, co má a nemá daný jedinec rád, víme o tom, jak senzoricky vnímá?
- Jak je uzpůsoben režim dne a vyhovuje potřebám daného člověka?
- Jaké postupy a přístupy jsou používány, pokud dojde k projevům náročného chování, setkal se jedinec někdy například s restrikcemi?

Výše zmíněné otázky jsou jedny ze základních, které kladu personálu služby, který pracuje s člověkem se znevýhodněním, a které nám mohou pomoci zacílit se na ty oblasti, kde není dostatečná podpora. Zároveň podotýkám, že otázek k zamyšlení a faktorů prostředí je mnohem více (a postupně vás s nimi v dalších článcích seznámím).

Nyní už možná mnohem více rozumíte tomu, co si představit pod chováním náročným na péči a jak je důležité se zaměřit na prostředí, ve kterém jedinec se znevýhodněním žije a využívá služeb. Taktéž jsme si osvětlili, že PBS je přístup, jak nahlížet na chování náročné na péči a jak

tato definice může měnit náš úhel pohledu. Náročné chování vnímáme jako způsob komunikace člověka se svým okolím a hledáme způsoby a možnosti, jak člověku porozumět.

Možná si ale stále kladete otázku, jak může PBS pomoci porozumět chování náročnému na péči. Uvedu několik příkladů:

- PBS – už samotný název Podpora pozitivního chování nám říká, že se prvotně zaměřujeme na to, co člověka zajímá, v čem je dobrý, a snažíme se mu vytvářet takové podmínky a prostředí, aby se oblíbeným činnostem mohl věnovat.
- Posilujeme a budujeme vzájemný vztah a důvěru založenou na respektu.
- Cílem PBS je zvýšit kvalitu života člověka s chováním náročným na péči – tady si prvotně a zcela zodpovědně musíte položit otázku, co se skrývá za kvalitou života každého jednotlivce a zda se daný člověk aktuálně cítí spokojený a žije naplněný život.
- Využíváme tzv. funkční hodnocení, tj. hledáme, jakou funkci má dané chování tak, abychom našli jeho příčinu.
- Přizpůsobujeme podmínky a prostředí člověka tak, aby vyhovovalo jeho potřebám.
- PBS přistupuje k chování náročnému na péči velmi komplexně – ohlíží se nejen na specifika diagnózy a snahu porozumět jí, ale také bere v potaz celkové zdraví, vliv medikace, nastavení služeb a denního režimu, senzorici, vzájemné porozumění a nastavení funkční komunikace nebo např. posílení vztahu mezi pečujícími osobami a jedincem.
- Nastavujeme procesy tak, aby se předcházelo projevům náročného chování, tj. hledáme tzv. spouštěče a snažíme se jim vyhnout.
- Obohacujeme život lidí se znevýhodněním o nové aktivity a činnosti.
- Nepoužíváme averzivní, trestající techniky.
- Zaměřujeme se na komplexní a ucelený systém podpory.
- Zvyšujeme povědomí o porozumění chování náročnému na péči jako způsobu komunikace člověka s jeho okolím a hledáme možnosti, jak této vzájemné komunikaci porozumět, pochopit ji, přijmout a pracovat s ní.

V České republice se Podpoře pozitivního chování věnuje organizace Děti úplňku. Hlavními a stěžejními osobami PBS je Brian McDonald, irský lektor, který přístup PBS přinesl do České republiky v roce 2020 a kterého můžete potkat na školeních. Druhou velmi důležitou osobou v PBS je Tony Osgood, britský expert a odborný konzultant v PBS, autor jediné knihy o PBS vydané v České republice.

Skupinová terapie u seniorů v Palatě

1. díl

Adaptace seniorů na pobyt v pobytových zařízeních sociálních služeb je složitý proces, který ovlivňuje jejich fyzické, psychické i sociální zdraví. Tento proces zahrnuje přizpůsobení se novému prostředí, rutinám, vztahům a změně životního stylu. Pro mnoho seniorů je přechod do pobytové služby spojen s velkými obavami, stresem a pocitem ztráty autonomie.

■ **Text: MUDr. Martin Cikhart,**
psychoterapeut, Palata

Při úvodních adaptačních rozhovorech, které vedu s nastupujícími klienty do pobytových zařízení sociálních služeb, zjišťuji, že většina klientů, kteří do „domovů“ nastupují, si intuitivně všechna tato úskalí uvědomují a přicházejí sice dobrovolně, často i po dlouhém čekání, přesto neradi, pod tlakem jimi nezvolených zdravotních či sociálních okolností. Jaké jsou klíčové problémy a faktory ovlivňující adaptaci? Zahrnují:

➤ 1. Psychologické aspekty adaptace

- **Pocit ztráty:** Seniori mohou pociťovat ztrátu domova, rodinného prostředí a nezávislosti. Tento stav může vést k pocitům smutku, osamělosti nebo úzkosti.
- **Strach z neznámého:** Přechod do pobytového zařízení často znamená adaptaci na nové prostředí, personál a ostatní obyvatele. Strach z neznámého může zvýšit stres.
- **Změna identity:** Seniori se mohou cítit méně hodnotní, více anonymní, ztraceni v davu dalších, zejména pokud byli zvyklí na aktivní životní styl.

➤ 2. Sociální aspekty adaptace

- **Izolace a ztráta kontaktů:** Přerušení vztahů s blízkými nebo přáteli může vést k sociální izolaci.
- **Budování nových vztahů:** Integrace do nového kolektivu vyžaduje čas a energii. Pro některé seniory může být těžké navázat nové vztahy kvůli zdravotním či komunikačním problémům.
- **Role rodiny:** Podpora rodiny hraje zásadní roli při adaptaci. Některé rodiny jsou často dlouhodobě přetíženy kvůli péči o blízkého seniora, a proto po jeho umístění do „domova“ mají přirozený sklon vybrat si určitou „regenerační pauzu“ v intenzitě návštěv. Pravidelné návštěvy a kontakt s blízkými mohou zmírnit pocit opuštěnosti, a naopak.

➤ 3. Zdravotní aspekty adaptace

- **Zhoršení zdravotního stavu:** Stres z adaptace může ovlivnit fyzické zdraví, například zhoršit chronická onemocnění.
- **Závislost na péči:** Přechod z domácího prostředí do zařízení, kde je péče centralizovaná, může vyvolat pocit závislosti na personálu.

➤ 4. Kulturní a institucionální faktory

- **Přístup personálu:** Profesionální a empatická péče je klíčová. Dobře vyškolený personál může výrazně usnadnit adaptaci seniorů.
- **Fyzické prostředí:** Prostor zařízení (např. vybavení, pohodlí, estetika) hraje důležitou roli v tom, jak se seniori cítí.
- **Možnosti zapojení:** Aktivity a programy, které podporují zapojení seniorů, mohou zlepšit jejich pocit smysluplnosti a zapojení do komunity.

Mezi strategie usnadňující dlouhodobě úspěšnou adaptaci na pobyt seniorů v „domovech“ patří např. individuální přístup k poskytování péče, který zohledňuje osobní potřeby a zvyklosti seniora, zapojení rodinných příslušníků do péče a rozhodování, správnou komunikaci, spočívající v poskytnutí jasných a otevřených informací o chodu zařízení a jeho možnostech.

V Domově Palata máme velmi dobrou zkušenost s programem skupinové terapie pro seniory, a to včetně těch trpících mírnou kognitivní poruchou (MCI – Mild Cognitive Impairment) a mírnou či středně těžkou demencí. Tento program je, na rozdíl od zahraničí, v České republice bohužel doposud zcela ojedinělý a jistě i z důvodu, že většina pobytových sociálních zařízení nemá k dispozici stálého psychoterapeuta.

Skupinová terapie je jednou z neefektivnějších metod psychoterapie, která pomáhá lidem zvládat různé psychické obtíže, osobní problémy a krizové situace. Vychází z předpokladu, že sdílení zkušeností, emocí

a pohledů na život v rámci skupiny může být klíčem k uzdravení a růstu. Tento článek se zaměřuje na základní principy skupinové terapie, její přínosy, průběh i nejčastější témata, která jsou v ní řešena.

➤ Co je skupinová terapie?

Skupinová terapie je psychoterapeutická metoda, při které se pravidelně schází skupina lidí pod vedením odborníka – terapeuta nebo dvojice terapeutů. Účastníci spolu sdílejí své zkušenosti, emoce, problémy i úspěchy. Tento formát umožňuje nejen individuální práci každého člena skupiny, ale také těžení z kolektivní dynamiky, která podporuje proces učení, růstu a uzdravování.

Typická skupina čítá 6–12 členů, což umožňuje dostatečný prostor pro každého, aniž by byla skupina příliš zahlcující. Témata mohou být předem definovaná (např. zhoršení zdravotního stavu, smutek, zvládání stresu, téma ztráty apod.), nebo se mohou odvíjet od momentálních potřeb jednotlivých členů.

➤ Hlavní principy skupinové terapie

1. Vytvoření bezpečného prostoru

Důvěra je základním kamenem skupinové terapie. Aby mohli členové otevřeně sdílet své myšlenky a pocity, musí se cítit v bezpečí. Terapeut nastavuje pravidla, která zahrnují mlčenlivost, respekt a nediskriminační chování.

2. Sdílení a vzájemné obohacení

Účastníci mají možnost sdílet své zkušenosti, což často vede k pocitu úlevy a pochopení. Lidé si uvědomují, že nejsou sami ve svých problémech, což může výrazně snížit pocity izolace a osamělosti.

3. Interakce a zpětná vazba

Skupina poskytuje prostor pro interakce, které by člověk v běžném životě nezažil. Členové si navzájem dávají zpětnou vazbu a mohou si uvědomit, jak působí na ostatní. Tato reflexe pomáhá zlepšit sebepoznání.

4. Podpora a motivace

Přítomnost dalších lidí, kteří procházejí podobnými obtížemi, motivuje k překonání vlastních problémů. Společný cíl a sdílené úsilí vytváří atmosféru podpory a naděje.



Skupinová dynamika umožňuje trénink sociálních dovedností, jako je asertivita, naslouchání či řešení konfliktů. Tyto dovednosti lze následně uplatnit v reálném životě.

5. Učení se novým strategiím

Prostřednictvím diskuzí, cvičení a pozorování ostatních členů skupiny si lidé osvojují nové způsoby zvládání problémů. Například mohou vidět, jak jiní úspěšně čelí obdobným výzvám, a inspirovat se.

» Jak probíhá skupinová terapie?

Průběh skupinové terapie se liší podle zaměření, typu skupiny i stylu vedení terapeuta. Zpravidla však zahrnuje tyto fáze:

1. Úvodní setkání:

První sezení slouží k seznámení členů skupiny a nastavení pravidel. Terapeut vysvětluje zásady bezpečnosti a mlčenlivosti, popisuje cíl skupiny a odpovídá na dotazy.

2. Pracovní fáze:

Ve střední fázi terapie se účastníci aktivně zapojují do sdílení a řešení problémů. Tato fáze je často emocionálně intenzivní, protože členové otevírají své vnitřní světy a získávají zpětnou vazbu.

3. Reflexe a uzavření:

Na konci každého sezení, případně na závěr celého cyklu, se skupina zaměřuje na zhodnocení pokroku. Členové reflektují, co jim terapie přinesla, a terapeut pomáhá vytyčit další kroky.

» Výhody skupinové terapie

1. Pocit sounáležitosti

Pochopení, že člověk není ve svých problémech sám, přináší velkou úlevu. Společné sdílení vytváří pocit sounáležitosti a vzájemné podpory.

2. Zpětná vazba od ostatních účastníků skupiny

Na rozdíl od individuální terapie, kde je jediným zdrojem zpětné vazby terapeut, ve skupině dostává člověk mnoho různých pohledů. To pomáhá vidět situace z nových úhlů a mnohem lépe to reflektuje běžnou realitu našeho života. Dynamika skupiny přináší benefity, které individuální terapie prostě nenabízí.

3. Rozvoj komunikačních dovedností

Skupinová dynamika umožňuje trénink sociálních dovedností, jako je asertivita, naslouchání či řešení konfliktů. Tyto dovednosti lze následně uplatnit v reálném životě.

» Typy skupinové terapie

Skupinová terapie má mnoho podob a zaměření. Skupina může být tzv. otevřená, či uzavřená. Otevřená skupina umožňuje novým členům připojit se kdykoli v prů-

běhu trvání terapie. Uzavřená skupina má předem stanovený počet členů, kteří zůstávají stejní po celou dobu trvání terapeutického procesu. Výhodám, nevýhodám a zkušenostem s oběma typy těchto skupin v domově Palata se budeme více věnovat ve 2. díle tohoto článku.

» Nevýhody skupinové terapie

Přestože má skupinová terapie mnoho přínosů, není vhodná pro každého. Mezi možné nevýhody patří:

- Ztráta anonymity: Někteří lidé mohou mít potíže otevřít se před skupinou.
- Časová náročnost: Skupinová terapie obvykle vyžaduje pravidelné docházení.
- Riziko konfliktů: Ve skupině může docházet k napětí mezi členy, což může být pro některé jedince stresující.

» Závěr

Skupinová terapie je mocným nástrojem, který umožňuje jednotlivcům nejen pracovat na svých problémech, ale také získat podporu a inspiraci od ostatních. Její síla spočívá v propojení lidí, kteří se vzájemně obohacují, učí a motivují. V České republice v prostředí pobytových sociálních zařízení pro seniory jde doposud spíše o unikátní a ojedinělou metodu usnadnění dlouhodobě úspěšné adaptace klientů těchto zařízení na pobyt v nich. V příštím díle se budeme již zabývat konkrétními zkušenostmi se skupinovou terapií u seniorů (a to včetně těch s MCI, lehkou či středně těžkou demencí) tak, jak ji aplikujeme a zažíváme v domově Palata.

Role a kompetence psychologa v zařízeních dlouhodobé péče: Proč chybí a jak to změnit?

Psycholog v zařízení dlouhodobé péče hraje mnohdy vedlejší, ale přece jen neopominutelnou roli – poskytuje podporu klientům, jejich rodinám i zaměstnancům, přispívá k prevenci vyhoření a je součástí multidisciplinárních týmů. Přesto je jeho pozice v těchto zařízeních stále vzácná. Můžeme tento stav změnit? Co brání častějšímu obsazování této role a jaké vzdělání a kompetence by měl psycholog mít, aby byl pro zařízení přínosný? S pomocí znalostí z vlastní praxe, informací ze zahraničí a zkušeností s prostředím se nyní pokusíme na tyto otázky odpovědět.

■ **Text: Mgr. Jana Čížková,**
psycholožka a psychoterapeutka,
a Mgr. Iveta Pecnová,
psycholožka, koordinátorka dobrovolníků,
Domov pro seniory Háje

➤ Úloha psychologa v zařízeních dlouhodobé péče: Co nám říká literatura?

Je dobře známo, že populace rychle stárne a s tím se dramaticky zvyšuje i počet seniorů, kteří trpí psychickými poruchami. Mírná deprese byla zjištěna u 40 % klientů českých domovů pro seniory a těžká deprese postihuje 15 % z nich (Holmerová et al., 2006). Podle WHO žije až 15 % lidí starších 60 let s nějakým duševním onemocněním. V naší zemi žije v kolektivních zařízeních přibližně 51 000 seniorů, což jen ukazuje, o jak palčivou situaci se jedná, přesto není role psychologa v českých domovech pro seniory etablovaná.

V České republice nejsou dosud jasné definovány role a kompetence psychologa v zařízeních dlouhodobé péče. V zahraničí však existují směrnice, které určují, co by psycholog v těchto institucích mohl dělat. Již v roce 1979 B. J. Hyerstay vymezil deset možných rolí psychologa, od diagnostika a psychoterapeuta až po inovátora procesů či advokáta klientů. Psycholog může zhodnotit psychický stav klienta, navrhnout podpůrná opatření a spolupracovat s personálem. Může také působit jako mediátor mezi jednotlivými odděleními. Úlohu

psychologa v týmu můžeme lépe pochopit na základě starého indického příběhu:

Tři slepci se setkali se slonem a každý měl za úkol popsat, jak vypadá jen podle toho, co si může osahat. První, který se dotkl jeho mohutné nohy, prohlásil: „Slon je jako silný kmen stromu.“ Druhý, který držel slona za chobot, řekl: „Kdepak, slon je spíš jako velký had.“ Třetí, který se dotkl jeho ucha, byl přesvědčen, že slon je jako vějíř.

Každý z těchto mužů popisoval svou vlastní žitou zkušenost a každý měl pravdu. Celkový obraz slona jim však unikala, protože nedokázali dát dohromady všechny části, které každý z nich vnímal odděleně.

Tato parabola nám připomíná situace, které se odehrávají i v našich zařízeních. Kdy například pečovatelé mohou mít na klienta úplně jiný pohled než zdravotníci nebo oddělení aktivizace. Každý tým vidí jen svou část „slona“.

A právě zde může pomoci psycholog, neboť jeho úkolem není pouze přinést jedinečný pohled na prožitky klienta, ale také umožnit vzájemné porozumění. Pomáhá spojit rozmanité perspektivy, odhalit skryté souvislosti, aby se z chaosu odlišných názorů mohla stát harmonická péče.

Organizace „Psychologové v dlouhodobé péči (PLTC)“ zveřejnila již v roce 1998 **Standardy pro psychologické služby v zařízeních dlouhodobé péče** s cílem řešit obavy týkající se nedostatečného vzdělání psychologů pracujících v těchto zařízeních v USA (Lichtenberg a kol., 1998). V roce 2020 autoři z amerických univerzit a odborných pracovišť tento dokument aktualizovali. Jejich článek se věnuje pokynům pro psychologické a behaviorální zdravotní služby v zařízeních dlouhodobé péče. Začíná obecnými pokyny týkajícími se znalostí a dovedností potřebných pro práci v dlouhodobé péči (vzdělání a výcvik, porozumění systémům péče, péče na konci

života) a dále představuje konkrétní pokyny zaměřené na základní aktivity psychologických služeb v těchto zařízeních (doporučení, hodnocení, léčba, etické otázky a advokacie). Tyto pokyny mají poskytovat směr psychologům, kteří již pracují nebo plánují pracovat v zařízeních dlouhodobé péče, a zároveň jim sloužit jako návod pro další vzdělávání (Molinari a kol., 2020).

V českém prostředí zatím takový dokument chybí. Proto se snažíme tuto mezeru zaplnit tím, že čerpáme inspiraci ze zmíněných zahraničních zdrojů a přizpůsobujeme je českým podmínkám. Naštěstí je většina doporučení obecně platná bez ohledu na kulturní rozdíly. Například je klíčové, aby psycholog dobře **rozuměl systému dlouhodobé péče** a byl připraven jak po odborné, tak emoční stránce na to, že témata klientů často zahrnují **existenciální otázky a problematiku smrti**. Psycholog by měl rovněž znát **specifika cílové skupiny**, porozumět procesu zdravého stárnutí z pohledu vývojové psychologie a mít základní znalosti o zdravotních potížích, se kterými se klienti potýkají. Všichni výše zmínění autoři zdůrazňují roli psychologa i jako **„advokáta“**, tedy osoby, která verbalizuje zájmy klientů a je připravena je hájit. Psycholog by měl být **schopen zvládat konflikty** mezi zájmy organizace a potřebami rezidentů a **zapojit se do interdisciplinárních týmů**.

➤ Kvalifikace a dovednosti, které u psychologa hledáme

Jednou z oblastí, kde je nutné pokyny přizpůsobit, je vzdělávání psychologů, protože vzdělávací systém v USA se od toho českého výrazně liší. Na základě našich pozorování a praxe v sociálním prostředí se domníváme, že tato pozice je vhodná pro absolventa jednooborové psychologie (titul Mgr.). Výhodou je, pokud má absolvent kurz krizové intervence a započatý psychoterapeutický výcvik. Doporučujeme také účast na seminářích nebo stážích v institucích zajišťujících péči o seniory a osoby, které potřebují dlouhodobou nebo intenzivní podporu. Věříme, že i čerstvý absolvent, který je nadšený pro práci se seniory a má o témata cílové skupiny zájem, může potřebné kompetence získat během stáží v zařízeních, kde je role psychologa

V České republice nejsou dosud jasné definovány role a kompetence psychologa v zařízeních dlouhodobé péče.

Psycholog by měl být schopen zvládat konflikty mezi zájmy organizace a potřebami rezidentů a zapojit se do interdisciplinárních týmů.

již zavedená. **Jinými slovy, nebojte se zaměstnat absolventa, jen mu doporučte, aby se dále vzdělával a rozvíjel.** Umožněte psychologovi nejen individuální práci s klienty, ale také podporu kolegů v péči, spolupráci s rodinami, aktivní roli mediátora v náročných situacích a zapojení do multidisciplinárních týmů, kde může uplatnit své odborné znalosti.

» Jsou v českých domovech pro seniory psychologové?

Ve spolupráci s Centrem pro studium dlouhověkosti na Fakultě humanitních studií Karlovy univerzity jsme oslovili při-

bližně 500 domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem s dotazem, zda v jejich zařízení působí psycholog; pokud ano, tak na jaký úvazek a případně jaké jsou důvody pro jeho nepůsobení. Dostali jsme 205 odpovědí. Jak ukazují data, senioři představují zranitelnou cílovou skupinu, která je náchylná k duševním onemocněním. Proto nás velmi překvapil výsledek, že 32,7% zařízení odpovědělo: „Ne, neuvažovali jsme nad tím mít v zařízení psychologa.“ Tento fakt vyvolává důležitou otázku, jak můžeme jako psychologové efektivně komunikovat svůj přínos nejen pro klienty, ale i pro celé zařízení. »»» 16

Slovník pojmů aneb Kdo je kdo

Psycholog

Vystudoval magisterskou jednooborovou psychologii, studium trvá 5 let a lze jej v České republice studovat na státních i soukromých školách. Zabývá se poradenstvím v oblasti lidského chování a prožívání a může se věnovat výzkumu a psychodiagnostice.

Psychoterapeut

V Česku může psychoterapii poskytovat klinický psycholog nebo lékař, ale probíhá debata o rozšíření tohoto pojmu i mimo zdravotnictví, například do školství, sociálních služeb nebo vězeňství. Psychoterapeut musí mít vysokoškolské vzdělání, projít 5letým výcvikem a absolvovat supervizi. Tato činnost doplňuje práci psychologů, lékařů a sociálních pracovníků. Více informací najdete na czap.cz.

Psychiatr

Lékař specializovaný na diagnostiku a léčbu duševních poruch, může předepisovat léky.

Klinický psycholog

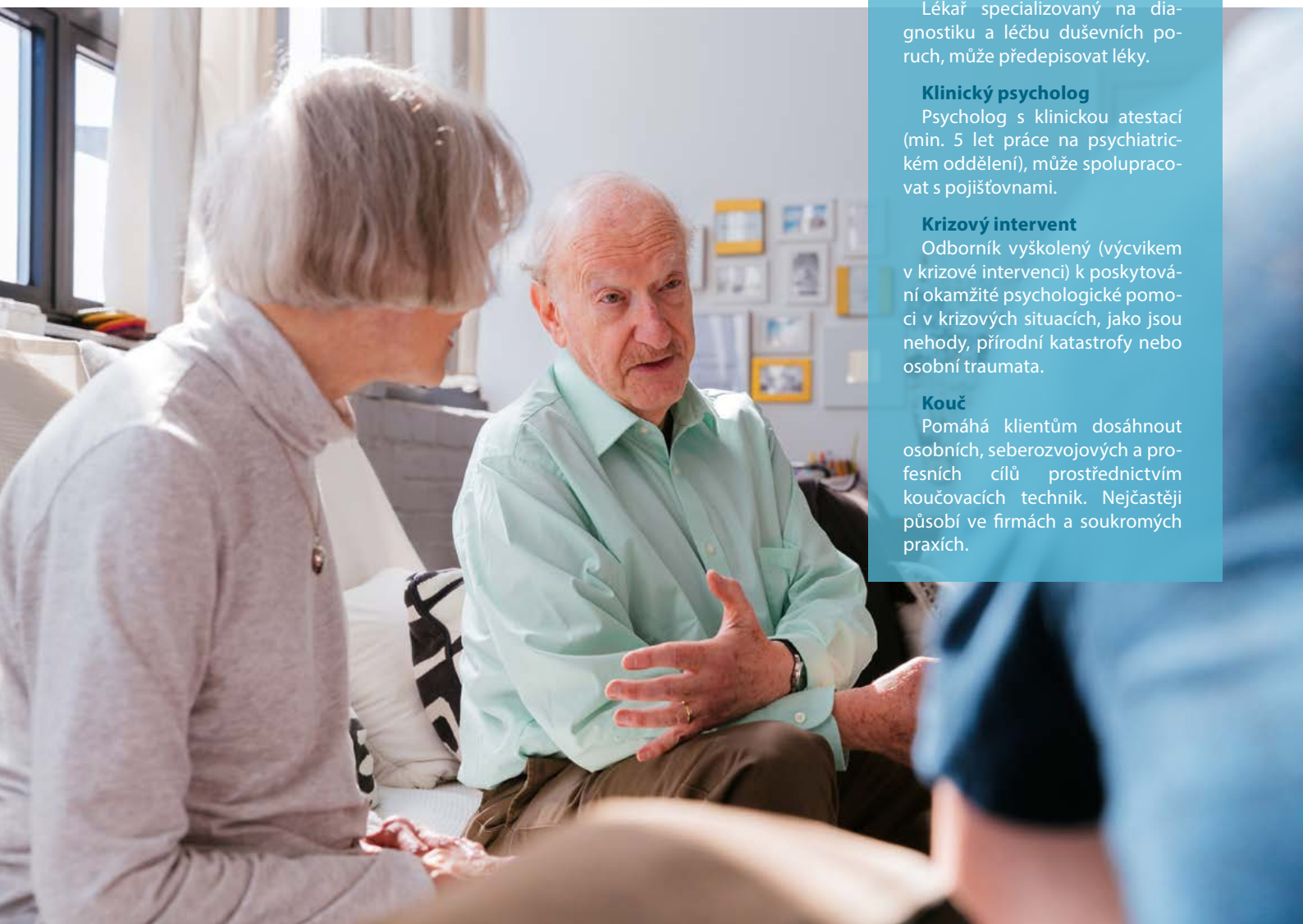
Psycholog s klinickou atestací (min. 5 let práce na psychiatrickém oddělení), může spolupracovat s pojišťovnami.

Krizový intervent

Odborník vyškolený (výcvikem v krizové intervenci) k poskytování okamžité psychologické pomoci v krizových situacích, jako jsou nehody, přírodní katastrofy nebo osobní traumata.

Kouč

Pomáhá klientům dosáhnout osobních, sebezvojevých a profesních cílů prostřednictvím koučovacích technik. Nejčastěji působí ve firmách a soukromých praxích.



««« 15

Celkem 28,3 % zařízení sice uvedlo, že má psychologa, ale jen v 6 zařízeních pracuje na alespoň poloviční úvazek, zbylé kladné odpovědi přítomnost psychologa spočítaly na pár hodin týdně. Hlavními důvody jsou nedostatek financí, odborníků a vnímání pozice psychologa jako zbytečné, přestože kombinace psychoterapie a farmakoterapie je nezbytná pro efektivní péči.

➤ Cesta k nápravě aneb Jak zajistit dostupnost psychologů v dlouhodobé péči

Abychom překlenuli propast mezi potřebou psychologické péče a její současnou nedostupností, navrhuje přijmout některá opatření:

- 1. Edukace managementu a zřizovatelů:** je třeba zvyšovat povědomí o významu psychologů v dlouhodobé péči prostřednictvím článků (jako je tento) a odborných publikací, které přispívají k informovanosti. Vítané je dále zapojení tématu psychologické péče do odborných konferencí a vytvoření online zdrojů, které podrobně vysvětlí, jak mohou psychologové pozitivně ovlivňovat kvalitu péče v zařízeních.
- 2. Vytvoření oficiální metodiky:** je dobré inspirovat se osvědčenými postupy ze zahraničí a přijmout metodiku či směrnici, která by definovala roli psychologů v dlouhodobé péči.
- 3. Zařazení pozice psychologa do struktury pracovních míst:** ačkoliv to dosud není povinné, poskytovatelé sociálních služeb by měli mít možnost zařadit psychologa jako systemizovanou pozici v souladu se zákonem o sociálních službách. Současná právní úprava nepamatuje na možnost jeho přítomnosti v okruhu pracovníků vykonávajících odbornou činnost v sociálních službách, což by se mělo změnit.
- 4. Podpora multidisciplinárních týmů:** vytváření prostředí, kde je spolupráce mezi psychologem, ošetřovateli, zdravotníky, sociálními pracovníky a dalšími odborníky považována za standardní součást péče.
- 5. Zlepšení platových podmínek:** uvolnění finančních prostředků ve směru posílení motivace psychologů v tomto sektoru (zejména ve srovnání se zdravotnictvím nebo s privátní praxí).
- 6. Zvýšení pružnosti pracovních podmínek:** umožnění flexibility v pracovním uspořádání, jako jsou částečné nebo sdílené úvazky, což by mohlo přilákat odborníky, kteří se chtějí věnovat ještě jiné cílové skupině nebo soukromé praxi.

7. Podpora profesního růstu: vytvoření systémů pro kontinuální vzdělávání, specializaci a profesní rozvoj psychologů pracujících v sociálních službách.

8. Zajištění odborné supervize: poskytnutí pravidelné odborné podpory a supervize, která zajišťuje kvalitu práce a prevenci vyhoření.

Věříme, že tato opatření mohou výrazně přispět k tomu, aby se více kvalifikovaných psychologů rozhodlo vstoupit do oblasti sociálních služeb a dlouhodobé péče a setrvat v ní.

Přítomnost psychologa v zařízeních dlouhodobé péče není jen přidanou hodnotou, ale zásadní složkou kvalitní péče o seniory. Ačkoli čelíme výzvám v oblasti financí, dostupnosti a systémových změn, budoucnost psychologické podpory v těchto zařízeních má obrovský potenciál. Společně můžeme pracovat na tom, aby se psycholog stal neodmyslitelnou součástí péče o naše nejstarší a nejzranitelnější. Je čas rozšířit pohled na to, co skutečně znamená komplexní péče.

Zdroj:

- Český statistický úřad. (2023). *Demografická ročenka České republiky 2023*. Praha: Český statistický úřad.
- Hyerstay, B. J. (1979). *The role of a psychologist in a nursing home*. *Professional Psychology*, 10(1), 36–41.
- Holmerová I., Vaňková H., Dragomirecká E., Janečková H. & Valenta P. (2006). *Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém*. *Psychiatria pre Prax*, 7(4), 175–177.
- Lichtenberg P. A., Smith M., Frazer D., Molinari V., Rosowsky E., Crose R., Gallagher-Thompson D. (1998). *Standards for psychological services in long-term care facilities*. *The Gerontologist*, 38, 122–127. 10.1093/geront/38.1.122.
- Molinari, V., Edelstein, B., Gibson, R., Lind, L., Norris, M., O'Shea Carney, K., Bush, S. S., Heck, A. L., Moye, J., Gordon, B. H., & Hiroto, K. (2021). *Psychologists in Long-Term Care (PLTC) Guidelines for Psychological and Behavioral Health Services in Long-Term Care Settings*. *Professional psychology, research and practice*, 52(1), 34–45. <https://doi.org/10.1037/pro0000298>.
- World Health Organization. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Česká asociace pro psychoterapii. *Výkon psychoterapie*. [online]. Dostupné z: <https://czap.cz/Vkon-psychoterapie>.

Nabídka knih

Využijte nabídky knih, které můžete zakoupit na e-shopu APSS ČR – www.obchodapsscr.cz

- Členové APSS ČR mohou objednávat s 10% slevou
- Poštovné zdarma při nákupu nad 2 000 Kč
- Široká nabídka knih se sociální tematikou

Management a kvalita sociálních služeb

349 Kč



Kniha kolektivu autorů je pomocníkem a průvodcem všech manažerů v sociálních službách s ambicí obsáhnout

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 manažerům, ale i odborným pracovníkům, kteří se kvalitou zabývají.

Kolektiv autorů,
Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Zábavné cvičení paměti a dalších kognitivních funkcí

290 Kč



Pravidelné cvičení nás udržuje nejen v dobré fyzické, ale i duševní kondici. Trénink totiž svědčí nejen tělu, ale i mozku. Za naší snahu a pár minut času nás odmění lepší pamětí a pozorností. Zkvalitní se naše logické myšlení i prostorová orientace.

Jitka Suchá, Pasparta

Knihy objednávejte na e-shopu www.obchodapsscr.cz

CYGNUS umí sdílet data s dalšími technologiemi

Novinka!

Informační systém CYGNUS vám pomáhá jednoduše a přehledně **evidovat důležité informace a sdílet je napříč celou organizací**. Věděli jste však, že CYGNUS nyní **umožňuje také propojení s dalšími moderními technologiemi**, se kterými již možná pracujete i ve vašem zařízení sociálních a zdravotních služeb? Díky tomu už nejste odkázaní pouze na data, která do CYGNUSu ručně sami zadáte, ale nově můžete **sdílet výstupy z dalších systémů** a mít tak všechny důležité informace na jednom místě.

S jakými dostupnými technologiemi lze v současné době CYGNUS propojit?

Telemedicína

Data, která denně sbíráte při zdravotní péči o vaše klienty, lze nyní integrovat v CYGNUSu a automaticky je přiřadit k jednotlivým klientům (tj. výstupy z měření tlakoměry, glukometry, teploměry, oxymetry a dalšími kompatibilními přístroji pro měření objektivních hodnot). Skrz vybraná zařízení lze navíc realizovat sociální péči, která se přímo vkládá do CYGNUSu.



scase® smart diagnostics smarter care

Signalizační zařízení

CYGNUS umí přejímat výstupy z technologií, které zajišťují monitoring proleženin nebo komunikaci SESTRA-KLIENT (informace o přivolání pomoci se ukládají do Záznamů péče klienta v CYGNUSu). Některé technologie navíc umožňují zaznamenat realizaci sociální péče a následně ji přenést přímo do CYGNUSu.



Nákupy potravin

Propojení CYGNUSu s nákupním portálem vám pomůže uspořít nemalé částky za nákupy potravin do vaší kuchyně.



Informační zařízení

Řešení v této kategorii vám pomohou s vaší online prezentací a navíc dokáží zprostředkovat zadání zájemců o službu z vašich webových stránek přímo do CYGNUSu.



Inko pomůcky

CYGNUS INKO vám na jednom místě pomáhá jednoduše objednávat inkontinenční pomůcky, včetně načtení doplateků za dodané pomůcky.



A další...

Jednotlivé možnosti propojení CYGNUSu i jejich hlavní výhody vám budeme postupně představovat v dalších vydáních magazínu.



Více se už nyní dozvíte na webu www.vylepsujemecygnus.cz.

stojíme při Váš

Trestněprávní a přestupkové aspekty při poskytování sociálních služeb 3. díl

Trestné činy související s poskytováním sociálních služeb

V tomto díle seriálu věnujícímu se trestněprávnímu a přestupkovému aspektům při poskytování sociálních služeb nejprve lehce navážeme na předchozí díl týkající se poskytování sociálních služeb bez zákonem požadované registrace. Ukázali jsme si, že neregistrované poskytování s sebou nese riziko významného postihu v přestupkovém řízení. Dnes ale začneme krátkým představením kauzy, která měla dopad dokonce trestněprávní, a to trestní stíhání za trestný čin neoprávněného podnikání dle ustanovení § 251 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „TZ“).

■ **Text: Mgr. Tomáš Kodiš,**
analytik, lektor Institutu vzdělávání
APSS ČR a konzultant

Následně se od trestné činnosti hospodářského charakteru přesuneme k trestné činnosti související se samotným poskytováním sociálních služeb, tedy v rovině přímé péče. Východiskem nám budou dva případy, kdy ten první se týká možných následků obcházení protiepidemických opatření platných v roce 2021, ten druhý následků nedostatečných opatření při zajištění poskytování sociálních služeb osobě s demencí. Tyto dva případy byly Ústavním soudem a Nejvyšším soudem posuzovány z jiného důvodu, než byly rozsudky obecných soudů v trestním soudnictví, ale nabízejí možnost je právě touto optikou prozkoumat, byť se bude jednat o hypotetickou možnost, jak by se děj mohl odrazit do trestněprávní roviny.

➤ Neoprávněné podnikání

Ústavní soud odmítl dne 17. 7. 2024 pod sp. zn. IV. ÚS 1204/24 ústavní stížnost stěžovatelů proti rozsudkům Okresního soudu v Olomouci, Krajského soudu v Olomouci – pobočce v Olomouci a proti usnesení Nejvyššího soudu týkající se odsouzení stěžovatelky za trestný čin neoprávněného podnikání, kdy od roku 2016 do roku 2019 (a následně ještě dalšího třicetivte roku pod hlavičkou jiného spolku) vytvořila spolek, ve kterém za úplatu poskytovala v domě svého manžela sociální služby odpovídající službě „domov pro seniory“. Péči zajišťovala na základě oddělených smluv na ubytování, zajištění stravy a zajištění ošetrovatelské péče. Činnosti poskytovali asistenti sociální péče, a to každý všem uživatelům neregistrované služby. Charakterem se tak jednalo o podobné nastavení služeb, jako v minulém díle popsany případ spolku Filo-

ména. V tomto případě však bylo nastavení systému ještě sofistikovanější a návažně byly spáchány další skutky, které však nebyly předmětem ústavní stížnosti (trestné činy zpronevěry, dotačního podvodu a podílnictví).

Stěžovatelé se v ústavní stížnosti podívali nad tím, proč jsou trestáni za činnost, za kterou byli dříve velebeni, a kterou považují za potřebnou s ohledem na to, že se jedná fakticky o činnost klientům prospěšnou a zároveň zachraňující státní systém, který není schopen vygenerovat dostatek kapacit v licencovaných zařízeních. Trestními soudy mělo ze strany státu dojít k porušení práv garantovaných Listinou základních práv a svobod, když nebyl naplněn prvek protiprávnosti trestného činu, ale přesto došlo k odsouzení stěžovatelů.

Ústavní soud se vypořádal s ústavní stížností jasným sdělením, že uvedená (a jediná) námitka byla již předmětem posouzení ze strany trestních soudů, kterými byla řádně a dostatečně vypořádána, a v případě nebyla naplněna podmínka zásahu do ústavně zaručených práv stěžovatelů obecnými soudy. Připojil pak poukaz na to, že nejenom nedošlo k naplnění podmínky registrace, jednání stěžovatelů bylo jednoznačně zjištěné, ale zejména došlo v průběhu šetření ke zjištění, že „v posuzované věci byly zjištěny vážné nedostatky při poskytování sociálních služeb, ať už jde o stravování nezohledňující speciální zdravotní potřeby seniorů, nekvalifikovaný personál, který prováděl úkony, k nimž jsou oprávněni pouze zdravotníci, podávání léků v rozporu s regulací, chybějící adekvátní zdravotní a rehabilitační péče, nebezpečení ochrany financí seniorů, či nevyhovující prostory, které nenabízely bezbariérový přístup (úzké točité schodiště a absence výtahu) a byly užívány v rozporu s kolaudačním rozhodnutím. Nešlo jen o formality vyžadované, nabobtnalou legislativou, jak se snaží stěžovatelé navodit v ústavní stížnosti“.

➤ Možné důsledky nedodržení protiepidemických nařízení

Velmi zajímavé usnesení vydal Ústavní soud dne 9. 10. 2024 v rámci rozhodovací činnosti svého prvního senátu (sp. zn. I. ÚS 2644/24). Věc se týká období roku 2021, kdy z důvodu pandemie covidu-19 byla vydávána mimořádná opatření podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, ve spojení se speciálním zákonem č. 94/2021 Sb., o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění covid-19.



V dané věci bylo prováděno plošné testování zaměstnanců sociálních služeb, kteří byli v přímém kontaktu s jejich uživateli POC antigenními testy v četnosti provedení testu jednou za 5 dní. Pracovnice sociální služby se těmto testům podrobovala po část období, následně odmítla z důvodu zdravotních komplikací spojených se sezónními alergiemi testování z nosní sliznice a požadovala provádění testů ze slin, které si sama zaplatí. Tento druh testu by však byl neuznatelný z hlediska vydání a platného mimořádného opatření

V dané věci bylo prováděno plošné testování zaměstnanců sociálních služeb, kteří byli v přímém kontaktu s jejich uživateli POC antigenními testy v četnosti provedení testu jednou za 5 dní.

Ministerstva zdravotnictví. Zaměstnavatel se snažil dohodnout se zaměstnankyní na provedení jiného druhu testu umožněného opatřením, který by byl šetrnější ke zdravotním komplikacím zaměstnankyně. Ta však nadále trvala na provedení testů ze slin. Z toho důvodu byl pro neplnění povinností ukončen její pracovní poměr.

Před obecnými soudy (Okresním soudem v Přerově, Krajským soudem v Ostravě a Nejvyšším soudem) a před Ústavním soudem se stěžovatelka snažila neúspěšně zvrátit platnost své výpovědi z pracovního

předcházení přičitatelného jednání, jak bylo vyloženo v prvním díle seriálu, vzorový na naplnění mimořádného opatření netrval, zaměstnankyni umožnil kontakt s uživateli sociálních služeb a ta měla vir SARS-CoV-2.

V takovém případě by připadalo v úvahu trestní stíhání zaměstnankyně za trestné činy podle § 152 nebo § 153 TZ, tedy šíření nakažlivé lidské nemoci (z nedbalosti). Tohoto trestného činu se dopustí ten, kdo úmyslně nebo z nedbalosti způsobí nebo zvýší nebezpečí zavlečení nakažlivé nemoci u lidí. Pro posouzení, zda by se tak stalo u viru SARS-CoV-2 je pak rozhodné ustanovení § 154 TZ, které zmocňuje vládu určením toho, co jsou nakažlivé nemoci pro potřeby uvedených ustanovení TZ. A právě nařízením vlády č. 75/2020 Sb. bylo do přílohy č. 1 nařízení vlády č. 453/2009 Sb., kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za nakažlivé lidské nemoci, nakažlivé nemoci zvířat, nakažlivé nemoci rostlin a škůdce užitkových rostlin, zařazeno onemocnění covid-19. Vzhledem k současnému stavu a poznatkům jen pro uklidnění dodávám, že z uvedeného nařízení bylo onemocnění covid-19 vyřazeno nařízením vlády č. 101/2023 Sb. ze dne 5. 4. 2023, od té doby tak již covid-19 není považován za nakažlivou nemoc z pohledu TZ.

Nedostatečnost opatření u osoby s demencí

Na rozdíl od dvou předchozích případů ten poslední je již poměrně letitý. V roce 2007 byla přijata do zařízení poskytovatele sociálních služeb žena s rozsáhlou demencí spojenou s nesoběstačností, neklidem, zmateností a depresí. Stav ženy se navíc poměrně progresivně zhoršoval. Jednou, zhruba po půl roce pobytu, se žena nacházela bez dozoru v místnosti ve druhém patře budovy, přičemž vypadla z okna a zemřela.

Okresní, krajský a Nejvyšší soud v dané věci řešily primárně otázku odškodnění pozůstalých rodinných příslušníků, ale na rovině odpovědnosti vyvodily také podstatnou zákonitost týkající se výkladu ustanovení §§ 88 a 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Nejvyšší soud má za to, že zákon předepisuje poskytovateli zvláštní prevenční povinnost, která spočívá

ve zhodnocení potřeb, zájmů, ale také rizik pro uživatele sociálních služeb odborným personálem tak, aby pomocí jednoduchých opatření bylo zajištěno bezpečí a zdraví uživatele a tato opatření také měla schopnost předejít přímému omezení pohybu jako posledního možnému a krajnímu prostředku. V daném případě navrhuje provedení jednoduchých technických opatření spočívajících ve znemožnění plného otevření okna apod. Na závěr však zmiňuje podstatný závěr týkající se vzájemného vztahu základních práv uživatelů sociálních služeb při jejich souběhu (aneb jaké právo zajistit jako první, když jdou proti sobě), které při praktickém poskytování sociálních služeb není jednoduchou disciplínou: „K námitkám dovolatele, že byl ve své činnosti omezen zákonnými požadavky na zajištění důstojnosti pacientů, lze dodat jen tolik, že lidská důstojnost je sice důležitou hodnotou, kterou je třeba chránit i u osob postižených těžkou demencí, ovšem ve srovnání s ní je život a zdraví hodnotou nepoměrně významnější.“

Na závěr se pojdme opět podívat na to, zda by daná věc mohla mít trestněprávní přesah. Podotýkám, že s ohledem na dobu události by daná věc musela být posuzována podle předchozí právní úpravy. Ale vezmeme-li nyní v úvahu pouze popis události, nikoliv dobu, kdy proběhla, mohlo by v takovém případě i ve světle citovaného rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 17. 12. 2015, sp. zn. 25 Cdo 552/2014, jít v trestním řízení o podezření z trestného činu usmrcení z nedbalosti dle § 143 TZ, kterého by se dopustil ten, kdo jinému z nedbalosti způsobí smrt, zejména v případě, že se tak stane proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce, nebo mu uloženou podle zákona.

K dané věci potřebuji dodat, že posuzovat konkrétní možné trestné jednání jsou oprávněny pouze orgány činné v trestním řízení a uznávat vinu a stanovovat za takové jednání trest pouze nezávislý trestní soud. Tento rozbor má za cíl zejména naznačit, jaké důsledky mohou za určitých okolností nastat při poskytování sociálních služeb. Nejdůležitější dovednosti a nástroje na předcházení trestněprávním následkům je profesionalita a reflexivita poskytovatelů sociálních služeb.



poměru, přičemž nepříhodně spíše brojila proti samotnému mimořádnému opatření Ministerstva zdravotnictví. Soudy, jinak k obsahu a procesu vydávání mimořádných opatření velmi kritické, zde však byly zajedno. Ústavní soud pak výslovně připomíná rozsudek Nejvyššího správního soudu pod sp. zn. 10 Ao 1/2021-152, kterým bylo předmětné mimořádné opatření přezkoumáno a potvrzeno.

Pro účely našeho seriálu se však nyní zamyslíme nad možnými dopady hypotetické situace, kdy by zaměstnavatel (z hlediska

Nedovedu si představit, že bych se od sociální problematiky úplně odstříhla,“ říká Renata Kainráthová, čestná členka APSS ČR

Patnáct let působila jako viceprezidentka APSS ČR pro terénní služby, mohli jste ji potkávat na konferencích, seminářích a kurzech jako lektorku nebo při vyhlašování Národní ceny sociálních služeb – Pečovatel/ka roku, soutěže, u jejíhož zrodu stála. Řeč je o Renatě Kainráthové, mimo jiné mé milé kolegyni v redakční radě časopisu Sociální služby. Jak hodnotí své působení na pozici viceprezidentky a kam ji její kroky nyní ponesou, si můžete přečíst v následujícím rozhovoru.

Na pozici viceprezidentky APSS ČR pro terénní služby jsi působila zhruba 15 let. Co se ti za tu dobu pro terénní služby podařilo prosadit nejdůležitějšího, na co jsi nejvíc pyšná?

Určitě to bylo určité narovnání prostředí pro poskytovatele pečovatelské služby. Celá léta jsem poukazovala na skutečnost, že pečovatelská služba, jako jedna ze tří služeb (ještě noclehárny a sociálně-terapeutické dílny), nemá jako základní úkon pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Brala jsem to jako určitou dehonestaci pečovatelské služby a jejich pracovníků a odsunutí na pozici „donašečů obědů a uklízeček“. Zároveň jsem poukazovala na absenci úkonu, a to u všech tří terénních služeb, kdy pracovník dělá společnost svému klientovi. Zejména u seniorů taková činnost chyběla a pokud si pečovatelka chtěla s klientem popovídat, přečíst mu, co píšou v novinách, napsat dopis a jiné obdobné činnosti, zpravidla to „schovávala“ pod úklid nebo orientaci ve vnitřním prostředí. Osobní asistence to alespoň mohla vykázt jako pomoc při uplatňování práv. Na tyto nedostatky jsem při každé možné příležitosti poukazovala, až se po 17 letech podařilo dosáhnout nápravy. Také jsem velmi ráda, že se terénní sekce za ta léta rozrostla. V roce 2010 jsme začínali se stovkou členů a na konci roku 2024 jich bylo 452, z toho v daném roce požádalo o členství 17 poskytovatelů. A do třetice jsem velmi pyšná na to, že se podařilo naučit terénní služby vzájemné komunikaci, výměně zkušeností a celkově bylo dosaženo přátelského prostředí. Když sekce začínala, byl každý zvyklý „dělat na vlastním písečku“, každý si důsledně střežil své know-how a s nikým se o nic nepodělil. Nyní existuje velmi aktivní komunikační kanál přes platformu Messenger, kde se čile vyměňují zkušenosti a dobrá praxe. Z toho mám opravdu velikou radost.



Renata Kainráthová při vyhlašování Národní ceny sociálních služeb – Pečovatel/ka roku 2021 s patronkou soutěže herečkou Ilonou Svobodovou a moderátorem Alešem Cibulkou

A naopak, co se prosadit nepodařilo, ale terénní služby by to potřebovaly?

Celou dobu jsem se snažila o sloučení terénních služeb, neboť prakticky osobní asistence a pečovatelská služba, potažmo i odlehčovací terénní služba mají v nabídce stejné úkony, a tak je zbytečné, aby byly vedeny jako tři samostatné služby. Cílové skupiny jsou rovněž totožné. Mnozí poskytovatelé mají zaregistrovány obě služby (OA i PS) a poskytují obě jednomu klientovi, aby řešili jeho nepříznivou sociální situaci – PS je poskytována kvůli dovozu obědů a OA kvůli poskytnutí aktivizačních a terapeutických činností. Pro poskytovatele je to pak hlavně zbytečná administrativní zátěž spojená s každou registrovanou službou – přepočítávání úvazků, standardy kvality atd. Také mi vadí, že stále nemáme jasné výklady a stanoviska k novým legislativním změnám. Například k výše zmíněným

novým úkonům nebyl vypracován MPSV žádný popis těchto úkonů. Tak jsme si jej museli udělat sami, což zase přináší rozdílné reakce jednotlivých krajů – některé jej akceptují, některé k němu mají určité výtky (ale vlastní stanovisko neudělají).

Co myslíš, že mají terénní služby před sebou vzhledem k tomu, že trendem je podpořit seniory, aby byli co nejdéle doma, v prostředí, kde jsou zvyklí?

Ono stačí si porovnat, jakým způsobem fungovaly terénní služby po roce 2007 a nyní. S nástupem komerčních služeb, zajišťujících zejména dovozy obědů, úklidy a částečně i nákupy, se hlavní činností terénních služeb stává zejména osobní péče. To samozřejmě přináší i úplně jiné rozložení provozní doby, neboť v oblasti osobní péče zákonitě musí být rozsah celodenní a každodenní. Kromě péče samotné je třeba klást i velký důraz na podporu pečujících osob, a jsem velmi ráda, že na ně myslí už i legislativa. Je třeba si uvědomit, že s posouvající se hranicí dožití se mění i věkové složení našich klientů a jejich pečujících osob. Zpravidla se o seniora stará jeho dítě, které je rovněž už senior a nezřídka mívá stejné, někdy i větší zdravotní problémy než jeho rodič. A děti dětí? Ty často ještě mají vlastní děti školou povinné. Prostě sendvičová generace jak vyšitá. Terénní služby proto budou mít v pomoci pečujícím stále velkou úlohu. Ale nejen terénní služby, ale také denní stacionáře a centra denních služeb a rovněž odlehčovací pobytové služby. Je fajn, když se vám o maminku přes den postará pečovatelská služba, když pak přijdete z práce, je vám 60+ a sil už nemáte tolik jako ve 30 a do toho šestkrát za noc vstáváte k mamince. Terénní služby jsou samozřejmě ten základ, ale měly by na ně navazovat i další podpůrné služby.

Sociálním službám jsi se chtěla věnovat vždycky, nebo tě k nim přivedly okolnosti?

Ale kdepak. Osud mé životní cesty vždy vedl docela velkými oklikami (ale musím zkonstatovat, že vždy moudře, a všechny události, které mě potkaly a v prvo počátku se zdály jako průšvih, mě nakonec v životě posunuly vždy jinou, správnou cestou. Často si zpívám s Pavlem Bobkem: „Bůh má mě rád...“). V době, kdy jsem končila základní školu, bylo zásadní, jaký jste dostali posu-

dek. No, a já nikdy nebyla žáček ideál, a tak jsem například v posudku měla, že jsem rebelantské povahy, nectím autority a podobně. Takže jsem se nedostala na zdravotní školu, abych pokračovala v rodinné tradici. Druhé kolo přijímacího řízení jsem dělala v Šumperku (ano i já se hrdě hlásím k tomuto městu, stejně jako Ondra Sokol, kterého si pamatuji ještě ze školky, kam chodil s mojí sestrou ☺), kde byla pouze jediná škola – strojní průmyslovka. Tak byla volba jasná. Po čase trápení jsem nakonec technice přišla na chuť, a tak jsem posléze pokračovala na brněnském VUT. Pak jsem pracovala vždy v rze technických oborech, mezitím se provdala do jižních Čech, až jsem jednou náhodou narazila na inzerát, který poptával provozního do táborského domova důchodců. A bylo to. Nastoupila jsem 1. 7. 2002, po deseti měsících jsem přešla na pozici vedoucí pečovatelské služby a denního stacionáře a zde jsem vydržela

až do důchodu, do konce roku 2024. Celkem 22 a půl roku!

Myslíš si, že to má těžší terén, nebo pobytové služby?

Co se týká psychické náročnosti, tak určitě terénní služby. Pracovník je na všechno sám, neví, do čeho každý den přichází, co jej v domácnosti čeká. Pokud se vyskytne nějaký problém, musí si vždy poradit sám, nemůže si zavolat kolegyni, ať jí pomůže. Není nic výjimečného, když pracovník najde klienta ve velmi špatném zdravotním stavu, nebo dokonce mrtvého. Prostředí, ve kterém někteří klienti žijí, bývá často na hraně bezpečí a nějakých hygienických zvyklostí. K tomu přibývají i takové ty běžné lidské potřeby – nemá možnost se v klidu najíst, dojít si na WC apod. Několikrát mě pobavily představy některých uchazečů o práci, kteří byli přesvědčeni, že práce pečovatelské obnáší „povídání si s babičkami

a dědečky“. Pokud přijali nabídku, aby si práci na jeden den vyzkoušeli, byli z reality hodně v šoku.

Budeš i z pozice čestného člena APSS ČR nadále spolupracovat na zlepšování podmínek pro terénní služby, nebo tě tvé cesty nyní povedou jiným směrem?

Nedovedu si představit, že bych se od sociální problematiky úplně odstříhla. Já bych se při pouhém opečovávání domácnosti asi brzo zbláznila. To není nic pro mě. Hodně se věnuji lektorování a už teď se mi diář docela pěkně plní. Nezříkám se jakékoliv spolupráce, pokud bude zájem, vždy se ráda zapojím. Jsem členem redakční rady časopisu Sociální služby, a i prostřednictvím této funkce budu doufám stále v obraze.

Děkuji za rozhovor!
Petra Cibulková

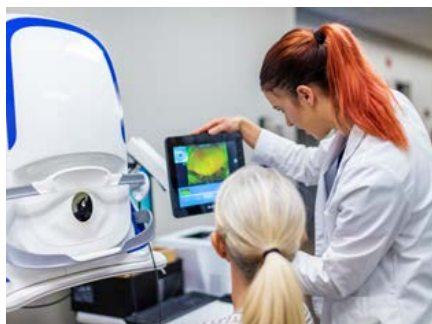
Umělá intelligence bude za pár let pomáhat i při léčbě zeleného zákalu

Nejen díky pokrokům v léčbě, ale i umělé inteligenci (zkr. AI) by se mohl snížit počet pacientů, kteří ztrácí zrak kvůli zelenému zákalu neboli glaukomu. Tímto chronickým degenerativním onemocněním trpí celosvětově přes 66 milionů lidí a 6 milionů z nich má vidění poškozené až k hranici slepoty. Zelený zákal je tak nejčastější příčinou ztráty zraku ve vyspělých zemích.

■ Text: Kateřina Kučerová

Umělá intelligence může nejen zjednodušit práci při psaní textů, vytvořit fotografie, vypočítat příklad nebo hrát roli debatujícího kolegy. Své místo bude mít i v ordinacích očních lékařů, kde bude pomáhat při diagnostice zeleného zákalu a dalších očních onemocnění.

Podle bývalého prezidenta Světové glaukomové asociace Fabiana Lerneru bude možné díky umělé inteligenci v širokém měřítku interpretovat snímky zrakového nervu a včas tak rozpoznat onemocnění. To spolu s přesnější diagnózou umožní začít dříve s účinnou léčbou. Léčbě zeleného zákalu se věnuje i MUDr. Martin Fučík, primář oční kliniky Lexum v Praze. „Rozvoj umělé inteligence v oblasti diagnostiky a sledování glaukomu rychle postupuje. Zatím jejímu využití brání složitost glaukomu a nemožnost zobecnění a vytvoření spolehlivého modelu, který bude AI schopná interpretovat. Proto nebyly současné modely pro diagnostiku dosud schválené pro praxi. Stále zůstávají také etické otázky a ochrana soukromí pacientů. Věřím ale, že pokrok bude v této oblasti pokračovat



a v řádu let budeme mít díky umělé inteligenci k dispozici nové nástroje posouvající naši práci dál,” říká Martin Fučík.

Zelený zákal se většinou objevuje po čtyřicítce a s věkem riziko, že se objeví, dále stoupá. Je štěstí, že ve stejném věku dovede lidi do čekáren očních lékařů také presbyopie (vetchozrakost).

Své místo bude mít i v ordinacích očních lékařů, kde bude pomáhat při diagnostice zeleného zákalu a dalších očních onemocnění.

„Po čtyřicátém roce začíná oko přirozeně ztrácet svou schopnost zaostřovat bezchybně na různé vzdálenosti. To přivede klienty do ordinace očního lékaře. Odborník by měl nejen změřit velikost refrakční vady, tedy krátkozrakosti, dalekozrakosti, případně astigmatismu, ale kvůli riziku glaukomu také vyšetřit pečlivě oční pozadí a nitrooční tlak. Na očních klinikách je pak možné využít i nejmodernější metodu, tak zvanou optickou koherenční tomografii, díky které jsme schopni detailně vyšetřit vrstvy sítnice,” shrnuje primář.

Zelený zákal je možné léčit, ale ne vyléčit. Pravidelné oční preventivní vyšetření je u zeleného zákalu klíčové a včasná diagnostika je základem účinné léčby.

„Při tomto onemocnění dochází k postupnému odumírání vláken zrakového nervu a následně k omezení zorného pole. První pro pacienty viditelné změny se ale projevují až při ztrátě 30 % nervových vláken. Ani tehdy ale nemusí nemocní pomalu postupující změny ve vidění zaznamenat. Poškozený oční nerv už není možné znovu obnovit a cílem je tak zabránit jeho dalšímu poškozování,” vysvětluje Martin Fučík.

Léčba přitom spočívá ve snižování zvýšeného nitroočního tlaku, který je jedním z hlavních rizikových faktorů zeleného zákalu. Lékaři mohou kombinovat konzervativní přístup ve formě kapek, chirurgické operace a laserových zákroků, jako jsou laserová iridotomie, laserová cyklofotokoagulace a selektivní laserová trabekuloplastika.

Rozvoj klíčových dovedností aneb Kde a jaké kompetence zvyšovat

Ve spolupráci s několika odborníky ze sektoru sociálních služeb APSS ČR zjišťovala, jaké změny v oblasti potřebných kompetencí zaznamenal sektor sociálních služeb v průběhu a po pandemii covidu-19.

■ **Autor: Ing. Simona Matějková**

➤ Česká republika

Sociální služby v České republice se v době pandemie covidu-19 potýkaly s mnoha překážkami, které narušovaly běžný chod služeb, ale obstály. Přesto pandemie odhalila klíčové problémy v oblasti péče, přičemž jedním z hlavních problémů bylo nerespektování předpisů, což přispělo k šíření viru. Pečovatelé, často ženy ve věku kolem 30 let s malými dětmi, se potýkali s častým uzavíráním školských zařízení, což zdůraznilo nedostatek podpory pro pracovníky. Nedostatek pracovníků, kterému muselo mnoho zařízení čelit, s sebou neslo také bezpočet výzev, na které bylo potřeba reagovat, jako je:

- Přepřecpanost a zvýšené riziko syndromu vyhoření
- Zvýšené zdravotní riziko
- Náročnost dodržování preventivních opatření
- Psychická zátěž klientů a mnoho dalších.

Jedním z řešení bylo zapojení dobrovolníků, a to včetně těch, kteří nemají žádné zkušenosti v sektoru sociálních služeb. Jedním z pozoruhodných příkladů zapojení dobrovolníků během pandemie bylo, že někteří herci, kteří v důsledku uzávěr přišli o práci, se rozhodli využít tento čas smysluplně a absolvovali kurzy pro práci v sociálních službách. Tito lidé přinesli do sektoru nejen své nově nabyté dovednosti, ale také jedinečnou empatii, kreativitu a schopnost komunikace, které jsou vlastní jejich profesi. Jejich přechod do role pečovatelů ilustruje, jak krizová situace může vést k nečekaným a inspirativním kariérním proměnám, které obohatí nejen jednotlivce, ale i celou komunitu.

Odborníci se také shodli, že média a státní orgány navíc šířily nejasné informace, což vedlo k dalším zmatkům a nedostatečné připravenosti sektoru jako celku. Zařízení sociálních služeb musela fungovat mimo běžné pracovní podmínky, často hledající vlastní řešení a dodávky nezávisle na státu. Zavedení pravidelného testování, i když

nezbytného, přineslo další zátěž nejen pro personál, ale i pro rodiny klientů, což vedlo k vyčerpání personálu. Vládní přístup, který se v sektoru sociálních služeb opíral více o přístup minimálního zásahu a fakticky nechal zařízení i jednotlivce, aby se postarali sami o sebe, což vedlo k iniciativám, jež podporovaly spíše komunity (finanční a materiální sbírky, šití roušek, zvyšování povědomí o důležitosti hygienických zásad) než instituce.

„Co nás zaskočilo byla celková nepřipravenost okolí a infrastruktury kolem nás. Na druhou stranu mě překvapila pokora klientů vůči řadě opatření, ale dneska už můžeme říci, že ne všichni k nim měli optimální vztah.“

Pandemie také přinesla úvahy o větším využívání telemedicíny, nicméně její aplikace byla pro seniory, zejména pro ty s demencí, složitá. Starší generace často preferují osobní interakce. Pro seniory má



osobní interakce emocionální hodnotu, kterou technologie nedokáže nahradit. Fyzické doteky, jako podání ruky nebo objetí, spolu s výrazy obličeje a řečí těla, přispívají k pocitu sounáležitosti, který virtuální interakce nemůže plně replikovat. Dokonce i běžné činnosti, jako jsou návštěvy lékaře, které představovaly společenské události a poskytovaly změnu rutiny, byly pro seniory důležitým podnětem. Přechod na telemedicínu a virtuální konzultace sice přinesl bezpečnost a pohodlí, ale zároveň omezil tyto sociální příležitosti a snížil zapojení seniorů do péče o své zdraví.

Co nás zaskočilo byla celková nepřipravenost okolí a infrastruktury kolem nás. Na druhou stranu mě překvapila pokora klientů vůči řadě opatření, ale dneska už můžeme říci, že ne všichni k nim měli optimální vztah.

Telemedicina se ukázala být zvláště problematická pro seniory s demencí a jinými kognitivními poruchami, jelikož absence fyzické přítomnosti a abstraktní povaha obrazových interakcí může způsobit zmatek a snížit účinnost těchto setkání. Současná generace seniorů navíc nebyla vychována s digitálními technologiemi, takže mnoho z nich čelí obtížím při adaptaci na nové digitální nástroje.

Z těchto důvodů se stává stále zjevnějším, že technologická řešení musí být lépe přizpůsobena jedinečným potřebám starší populace. Je důležité najít rovnováhu mezi výhodami digitálních inovací a potřebou lidského spojení, aby byla zajištěna nejen technologická efektivita, ale také zohledněny hlubší sociální a emocionální potřeby seniorů.

Pandemie covidu-19 urychlila rozšíření asistivních technologií a digitálních zařízení, jako jsou tablety, v sektoru péče o seniory. Tyto technologie nabídl seniorům možnost spojit se s rodinou a okolním světem během období fyzické izolace, čímž zmírnily negativní dopady osamělosti. Jak se však svět začal přizpůsobovat novému normálu, došlo k poklesu nadšení z využívání těchto nástrojů. Mnozí senioři i pečovatelé se vrátili k tradičním způsobům komunikace, a to kvůli přirozené lidské potřebě fyzické přítomnosti a přímého kontaktu.

„Zavádíme telemedicínu, ale pořád si to nedovedeme představit. Ti klienti chtějí jít za lékařem, ne s ním mluvit přes obrazovku. Je to také rituál, někam vyrazit, oblíknout se, umýt.“

Rozhovory s odborníky také ukázali, že ačkoli technologické inovace, jako jsou tablety nebo jiná digitální zařízení zefektivňují péči, nabízejí potenciál ke zlepšení služeb, základní potřeby klientů, včetně kvalitní stravy a pohodlných životních podmínek, zůstávají prioritou. Přesto jsou si odborníci vědomi, že technologie a robotizace se stává nezbytnou součástí vývoje sektoru sociálních služeb.



Návštěva zařízení v Praze v rámci projektového setkání

„Určitě vstupujeme do období, kdy budou hrát významnou roli roboti. Ale nezastavíme to, a chytré technologie a umělá inteligence se dostanou do našich sociálních služeb, ať už to chceme, nebo ne. Myslím si, že v určitých činnostech nahradí ty pasivní činnosti (příprava práce, úklid – věci, u kterých pečovatel nemusí být přítomen), které může možná robot vykonávat.“

Chytré technologie a umělá inteligence pronikají do péče, přijímány jsou však velmi opatrně. Nicméně i tak můžeme zaregistrovat rostoucí potřebu po digitálních dovednostech, které pracovníkům zjednoduší adaptaci na automatizované procesy a užívání nových chytrých technologií.

Snahy o zlepšení péče zahrnovaly zavedení nových vzdělávacích kurzů a mechanismů emocionální podpory pro personál. Vyzdvihovala byla také důležitost průběžného vzdělávání a psychologické podpory jako nástroje pro udržení kvality péče. Přesto však zůstává problém s nízkými mzdami a nedostatečným uznáním pečovatelů, kteří i nadále poskytují zásadní, ale nedoceněnou podporu společnosti.

Odborníci opakovaně zmiňovali potřebu krizového řízení a efektivního sdílení informací směrem ven z organizace. Z diskuzí vyplynula důležitost PR a komunikace s médii, zejména v kontextu pandemie co-

Sociální služby v České republice nemusí dělat klasické PR, nebojujeme o zákazníky, vybíráme si je. To není správné, ale bohužel to tak je. A potřebovali bychom nějak zvýšit povědomí o sociálních službách.

vidu-19. Bylo klíčové informovat veřejnost o skutečnostech v oblasti sociálních služeb a ukázat, že i přes krizi dokázaly tyto služby nadále poskytovat potřebnou péči svým klientům. Velká část veřejnosti si není vědoma rozsahu služeb, které sektor poskytuje. Pozitivním výstupem pandemie bylo zvýšení povědomí o tomto odvětví, i když nízká atraktivita a zkreslení obrazu sociálních služeb zůstávají trvalými tématy diskuzí. Je proto nezbytné formovat mediální obraz sektoru zdola nahoru, tedy prostřednictvím jednotlivých organizací, přičemž je třeba mít na paměti, že PR v oblasti sociálních služeb je specifické a personál často postrádá potřebné znalosti.

„Sociální služby v České republice nemusí dělat klasické PR, nebojujeme o zákazníky, vybíráme si je. To není správné, ale bohužel to tak je. A potřebovali bychom nějak zvýšit povědomí o sociálních službách.“

Evropa

Téma stárnutí populace, jeho důsledků a výzev spojených se zajištěním kvalitní dlouhodobé péče se dostává stále více do popředí. Pandemie covidu-19 sloužila jako katalyzátor, který odhalil slabiny a zároveň přinesl nové příležitosti pro inovace v tomto sektoru. Vedle demografických změn, jako je stoupající podíl osob ve věku nad 80 let, a výzev v oblasti zdravotní péče se pozornost zaměřuje na komplexní přístup k péči, který zahrnuje digitalizaci, ekologickou transformaci a profesní rozvoj pracovníků v tomto odvětví.

Podle zprávy, na které se podílelo konsorcium projektu Eldicare 2.0, je klíčové, aby budoucí modely péče odrážely potřebu diverzifikace služeb, zvýšení dostupnosti péče a snižování regionálních nerovností.

»»»» 23

Digitální technologie, jako je telemedicina, nabízejí nové možnosti pro překonání fyzických bariér a zároveň umožňují efektivnější a personalizovanější přístup k péči. Aby však tyto inovace byly skutečně přínosné, je zásadní zajistit, že budou podporovat lidský přístup a empatii, a nikoliv vést k odosobnění péče.

S tímto technologickým pokrokem jde ruku v ruce také ekologická transformace v oblasti péče, která zdůrazňuje potřebu udržitelného nakládání s odpady, snížení spotřeby energií a ekologičtějšího provozu zařízení. Tyto zelené dovednosti nejen pomáhají snižovat ekologickou stopu, ale také ukazují širší společenskou odpovědnost sektoru péče. Budoucí modely péče by měly tyto principy začlenit nejen na strukturální úrovni, ale i do každodenní praxe, čímž by se vytvořil komplexní a udržitelný systém reagující na potřeby moderní společnosti.

„Samozřejmě dokážu identifikovat přínosy zelených dovedností v péči o seniory. Využíváme spoustu zdrojů a zároveň máme obrovské množství žádostí od rodin v této oblasti. Je velmi důležité být efektivní a dbát na to, aby byl váš obchodní model udržitelný. Pokud to v sociální péči neuděláte, buď snížíte kvalitu péče, nebo váš podnik nepřežije.“ Recko

Digitální a ekologické transformace v oblasti péče vyžadují nejen technologickou a strukturální adaptaci, ale také nové přístupy k rozvoji klíčových dovedností pracovníků. Podnikatelské dovednosti, zejména v oblasti vůdčích schopností, finančního řízení a řešení problémů, se stávají nepostradatelnými pro efektivní řízení moderních pečovatelských zařízení a zlepšení kvality poskytovaných služeb. Tyto dovednosti umožňují manažerům a pracovníkům nejen efektivně alokovat zdroje, ale také reagovat na dynamické potřeby sektoru, přičemž podporují inovace a zvyšují udržitelnost celého systému péče.

„V současné době, kdy je nedostatek zaměstnanců a personální problémy, je to pravděpodobně ještě důležitější.“ Rakousko

„Myslím, že jsou důležité a nejvíce využívané hlavně manažery a vedoucími týmu.“ Bulharsko

Vedle podnikatelských dovedností zůstávají měkké dovednosti, jako je empatie, trpělivost a adaptabilita, jádrem práce v oblasti péče o seniory. Tyto vlastnosti jsou zásadní nejen pro budování důvěry mezi pečovateli a klienty, ale také pro zvládání emočně náročných situací, které jsou v této oblasti běžné.

„Celosvětovou krizi zažili všichni sociální asistenti a obyvatelé, což je, myslím, více sbli-



Návštěva zařízení v ČR v rámci projektového setkání

žilo a propojilo. Mnohem více spolu komunikují a asistenti jsou mnohem empatičtější a snaží se, aby naši starší obyvatelé byli v bezpečí nejen před nemocemi, ale aby se také cítili podporováni a propojeni.“ Bulharsko

Vzdělávací programy by proto měly klást důraz na praktický výcvik a simulace, které pečovateltům umožní nejen osvojit si technické aspekty péče, ale také rozvíjet schopnost reagovat na různé situace a specifické potřeby klientů. Tento integrovaný přístup k vzdělávání zajistí, že pracovníci budou lépe připraveni na výzvy budoucnosti a že sektor péče bude nadále schopný poskytovat kvalitní a důstojnou péči.

Pandemie rovněž poukázala na důležitost kontinuálního vzdělávání, které by mělo být přizpůsobeno měnícím se potřebám. Ideální model zahrnuje kombinaci online a praktických školení, která umožní pečovateltům rozvíjet nejen technické, ale i emocionální a manažerské dovednosti.

„Online školení nabízí flexibilní a dostupný způsob, jak tyto dovednosti rozvíjet, ale pro mě osobně je lepší, když se setkáte v místnosti, kde si můžete jednoduše vyměňovat názory s ostatními kolegy.“ Rakousko

„Školení pro profesionály musí být jednak osobní, aby probíhalo na místě poskytování služby, ale může být kombinováno s online školením, které se věnuje základům a teoretickým aspektům formou zábavných videí.“ Francie

Školení by mělo být dostupné během pracovní doby a reflektovat rozdílné potřeby jednotlivých skupin pracovníků, a to včetně neformálních pečovateltů.

„Především by se mělo školení započítávat do pracovní doby a mělo by tedy být součástí

jejich pracovního dne.“ Španělsko

Takový model vzdělávání nejen usnadní přístup k novým poznatkům a dovednostem, ale také podpoří profesní rozvoj pečovateltů a zvýší atraktivitu tohoto povolání. Flexibilní a inkluzivní vzdělávací strategie pomohou zapojit širší spektrum pracovníků a umožní lépe reagovat na specifické výzvy v péči o seniory. To zahrnuje například přijetí inovativních metod, jako jsou virtuální simulace a případové studie z reálného prostředí, které poskytují praktický vhled a podporují kreativní řešení problémů.

Podpora kontinuálního vzdělávání tímto způsobem nejen zvýší kvalitu poskytovaných služeb, ale také přispěje k dlouhodobé udržitelnosti sektoru, který čelí rostoucí poptávce a demografickým změnám. Pečovatelé budou díky tomu lépe vybaveni jak na individuální úrovni, tak na úrovni celého systému, aby mohli reagovat na potřeby stárnoucí populace v měnícím se světě.

„Další vzdělávání a rekvalifikace přirozeně odstraňují nedostatky tím, že poskytují potřebné dovednosti. Zvýšené sebevědomí a větší spokojenost s prací vedou k tomu, že se zaměstnanci cítí pohodlněji, mají větší pravomoci, jsou kompetentní, rádi chodí do práce a pozitivně přispívají ke své každodenní práci.“ Rakousko

» Závěrem

Pandemie covidu-19 přinesla nejen mimořádné výzvy pro sektor sociálních služeb, ale zároveň odhalila jeho klíčové slabiny a příležitosti pro inovace. Identifikace problémů, jako je přepracovanost personálu, nedostatečné finanční ohodnocení, neschopnost efektivně reagovat na krizové situace a rostoucí demografické tlaky, zdůraznila potřebu systematické modernizace sektoru.



Projektové setkání v Aténách



Projektové setkání v Praze

Další vzdělávání a rekvalifikace přirozeně odstraňují nedostatky tím, že poskytují potřebné dovednosti. Zvýšené sebevědomí a větší spokojenost s prací vedou k tomu, že se zaměstnanci cítí pohodlněji, mají větší pravomoci, jsou kompetentní, rádi chodí do práce a pozitivně přispívají ke své každodenní práci.

Jedním z hlavních závěrů je důležitost přizpůsobení vzdělávacích modelů, které kombinují technické, emocionální a manažerské dovednosti, a to prostřednictvím flexibilních formátů zahrnujících online i praktická školení. Kromě toho je nezbytné zavádět technologie a asistivní zařízení s důrazem na zachování lidského přístupu a empatie, aby byla péče o seniory nejen

efektivní, ale také citlivá k jejich jedinečným potřebám.

Sektor sociálních služeb musí rovněž reagovat na rostoucí potřebu ekologické a digitální transformace. Zavádění udržitelných postupů a zvyšování digitálních kompetencí pracovníků je klíčem k dlouhodobé udržitelnosti systému. Přesto však zů-

stává jádrem péče kvalitní lidský kontakt a podpora základních potřeb klientů, jako je důstojné prostředí a kvalitní strava.

Zároveň pandemie ukázala důležitost krizového řízení a efektivní komunikace s veřejností. Zvýšené povědomí o práci v sociálních službách nabízí příležitost změnit jejich mediální obraz a zvýšit atraktivitu tohoto povolání.

Budoucnost sektoru sociálních služeb spočívá v integrovaném přístupu, který kombinuje inovace, kvalitní vzdělávání a udržitelný rozvoj s uznáním klíčové role pečovatelských. Podpora jejich profesního růstu a zajištění adekvátního pracovního prostředí nejen přispěje ke zlepšení kvality poskytované péče, ale také posílí odolnost celého systému tváří v tvář demografickým i zdravotním výzvám.

Tento holistický přístup umožní sektoru sociálních služeb nejen čelit budoucím krizím, ale také zajistit, aby byl schopen poskytovat důstojnou a kvalitní péči stále rostoucímu počtu seniorů v měnící se společnosti.

Rozhovory s odborníky byly provedeny v rámci výzkumných aktivit projektu Eldicare 2.0, který je financován z programu Erasmus+. Projekt Eldicare 2.0 je zaměřen na podporu rozvoje kvalifikace pracovníků v sociálních službách v postcovidové době. Soustředí se na klíčové oblasti, jako jsou měkké dovednosti, digitální gramotnost, podnikatelské přístupy a ekologické dovednosti.

Více o projektu se dozvíte na webu APSS ČR v sekci Projekty.



Co-funded by
the European Union

The project

Eldicare 2.0 is the continuation of the Sector Skills Alliance project "Eldicare: Matching Skills in a growing European Silver Economy", which has been implemented from 2018 to 2021, also coordinated by AKMI S.A. Eldicare had a great impact for the elderly care sector, however the COVID-19 outbreak affected both the project activities and the elderly care sector. Thus, a new synergy, focused on the post-COVID era and the EC goals related to digitalization, green transition, entrepreneurial and soft skills of caregivers was decided to be developed.

In particular, more than the one fifth of the EU population in 2021, was over 65 years old. The higher life expectancy rates along with the low birth rates in Europe, are contributing to a change in the shape of the EU's age pyramid. As EU population is growing older constantly, gradually more and more people become frail and dependent on affordable, preventive and curative long-term care. However, the pandemic's disproportionate impact on older people - in terms of hospitalisations and deaths - has highlighted some of the challenges an ageing population poses on health and social care, proving that the long-term care sector was generally ill-prepared to tackle a health emergency of such dimension, as COVID-19.

Objectives

 Develop a long-term skills strategy for elderly care professionals, by creating a Skills Ecosystem for Elderly Care workforce.	 Upskill and reskill the elderly care professionals, to be able to meet the growing needs of the ageing population.	 Upgrade the existing and emerging Occupational Profiles with up-to-date and essential skills for the elderly care practitioners, by focusing on the principles of digital and green economy, the entrepreneurship and a patient-centred care.	 Bridge the skills gaps of elderly care professionals, by analysing the skills mismatches at post COVID era, in order to ensure a common basis for the competences.
---	---	--	---

Webová stránka projektu

Adiktologické služby v ČR

Užívání návykových látek patří ve vyspělých zemích dlouhodobě k významným rizikovým faktorům, které se podílejí na úmrtnosti a nemocnosti. Návykové látky a další závislosti jsou zdrojem významné zdravotní zátěže a společenských škod i v ČR.

■ **Text: Mgr. Tereza Černíková, Mgr. Pavla Chomynová,**
Národní monitorovací středisko
pro drogy a závislosti, Úřad vlády ČR
Klinika adiktologie 1. LF UK
a VFN v Praze

Ročně v ČR zemře 16–18 tis. osob v důsledku kouření, odhadem 6–7 tis. osob v důsledku konzumace alkoholu, 60–70 osob v důsledku předávkování nelegálními drogami a psychoaktivními léky a dalších 130–150 případů úmrtí je ročně zaznamenáno pod vlivem nelegálních drog a psychoaktivních látek (Chomynová et al., 2024c).

Problém závislosti je často spojen s komorbidními psychiatrickými a somatickými dopady. Kromě negativních zdravotních dopadů je závislostní chování spojeno s negativními sociálními dopady v oblasti bydlení, zaměstnání a ekonomické situace a dopady na rodiny a komunitu.

Klíčovým faktorem, který přispívá k prevenci rozvoje problémů spojených s užíváním návykových látek a závislostním chováním a ke snížení výskytu zdravotních a sociálních dopadů, je nabídka a dostupnost odborné péče.

➤ Adiktologické služby v České republice

Síť adiktologických služeb pokrývá téměř celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek a s dalším závislostním chováním a tvoří ji zařízení a programy různých typů služeb. Adiktologické služby jsou poskytovány s cílem zlepšit zdravotní nebo sociální stav klienta. Jejich hlavní cílovou skupinou jsou osoby se závislostním chováním nebo osoby blízké. Jde především o služby specializované na prevenci, poradenství, léčbu a následnou péči (Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021).

Klíčovou charakteristikou a silnou stránkou adiktologických služeb je jejich mezioborový charakter a přístup ke klientovi a jeho potřebám. Odborné služby posky-



tované osobám se závislostním chováním nebo jejich blízkým mají registraci sociální služby nebo zdravotní služby, případně obojí. Oblast adiktologické prevence se týká také služeb spadajících primárně do resortu školství. Adiktologické služby jsou tedy zakotveny v různých oborech a resortních (legislativních) rámcích, což představuje překážku pro jejich fungování v praxi.

Koncepce rozvoje adiktologických služeb definuje 6 základních typů adiktologických služeb, které koncepčně odpovídají různým fázím rozvoje závislosti (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky et al., 2021):

1. adiktologické preventivní služby,
2. adiktologické služby minimalizace rizik (tj. kontaktní centra a terénní programy),
3. adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství,
4. adiktologické služby krátkodobé stabilizace (tj. detoxifikace),
5. adiktologické služby rezidenční léčby (tj. terapeutické komunity a lůžková zdravotní péče) a
6. adiktologické služby následné péče.

Síť adiktologických služeb tvoří dvě velké skupiny programů, které se do značné míry prolínají, vzájemně spolupracují a vytvářejí společnou síť:

- Zdravotnická zařízení oboru psychiatrie, resp. se specializací v oboru návykových nemocí (tzv. AT podle historického označení alkohol a toxikomanie), která poskytují ambulantní a rezidenční služby, a nelékařské adiktologické ambulance vázané na odbornost adiktologa.
- Služby minimalizace rizik, ambulant-

ní léčby a poradenství, rezidenční léčby formou terapeutických komunit a služby následné péče, které mají převážně registraci sociální služby a jsou většinou provozovány nestátními neziskovými organizacemi.

Síť center pro závislé na tabáku, která se vytvořila převážně při lůžkových zdravotnických zařízeních, nevznikla historicky jako součást adiktologické péče, ale jako součást příslušných klinických oborů a funguje prakticky nezávisle (Mravčík et al., 2017).

K zajištění minimálních standardů kvality adiktologických služeb slouží od r. 2006 systém certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb (certifikační systém Rady vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislosti). Certifikace odborné způsobilosti jsou procesem posouzení a formálním uznáním, že adiktologická služba odpovídá stanoveným odborným kritériím způsobilosti pro poskytování péče, které jsou definované Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2021). K říjnu 2024 mělo certifikaci odborné způsobilosti celkem 206 adiktologických programů.

V ČR je přibližně 300–350 programů adiktologických služeb různých typů: 55–60 nízkoprahových kontaktních center a 50–60 terénních programů, 100–120 programů ambulantní léčby a poradenství (z toho 35 věnujících se dětem a dospívajícím), 10–15 detoxifikačních jednotek, 30–35 oddělení lůžkové zdravotní péče, 15–20 terapeutických komunit a 45–55 ambulantních programů následné péče (z nich

20–25 s chráněným bydlením) (Chomynová et al., 2024a).

Vedle těchto služeb působí v oblasti školství programy primární prevence rizikového chování. Prevenci závislostního chování se věnuje přibližně 55 programů všeobecné primární prevence, které jsou certifikovány Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. V oblasti selektivní prevence je to 20 programů a v oblasti indikované prevence 8 programů.

Dále je v ČR 5 pobytových školských zařízení pro děti a mládež ohrožené závislostí a 5–7 domovů se zvláštním režimem pro osoby závislé na návykových látkách. Přibližně 60–70 zařízení hlásí pacienty se závislostí na opioidech v léčbě opioidními agonisty (substituční léčbě) a odhadem 600–700 praktických lékařů poskytuje substituční přípravky (Chomynová et al., 2024a).

Ve věznicích jsou prevence, léčba závislostí a snižování zdravotních a sociálních dopadů závislostí realizovány prostřednictvím poraden drogové prevence, adiktologických ambulancí, center substituční léčby, bezdrogových zón a specializovaných oddílů a programů adiktologických služeb (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2020). Od r. 2016 působí ve věznicích profese adiktologa.

Na významnosti v posledních letech získává léčba a poradenství v oblasti závislostí prostřednictvím internetu a telefonu. Řada adiktologických služeb nabízí možnost online konzultací jako doplněk ke službám poskytovaným fyzickou formou. V ČR je k dispozici také několik služeb, které jsou zaměřeny pouze na poskytování služeb prostřednictvím internetu. Tyto služby obvykle nabízejí anonymní poradenství v oblasti adiktologie a poskytují odkazy na další služby, ale také léčebné intervence (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2024). Běžnou praxí se stává používání mobilních aplikací v oblasti snižování rizik spojených se závislostním chováním. Mobilní aplikace dostupné v češtině jsou obvykle zaměřené na kontrolované

užívání alkoholu či odvykání kouření (Chomynová et al., 2024a).

Vedle formálních adiktologických služeb existují neformální procesy s využitím vnitřních zdrojů a zdrojů v blízkém okolí a v komunitě, které předcházejí vzniku problémů nebo pomáhají jeho řešení (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky et al., 2021). Historicky je hledání podpory ve skupinách lidí s podobnou zkušeností známé zejména díky svépomocným aktivitám. V posledních letech se rozvíjejí také aktivity participativní, které se zaměřují na zapojování lidí se zkušeností se závislostí do činnosti adiktologických a dalších pomáhajících služeb.

► Osoby se závislostí v kontaktu se službami

V r. 2023 bylo v kontaktu se službami minimalizace rizik 43 tis. lidí užívajících drogy, z toho necelých 31 tis. lidí užívalo pervitin (71 %), 10 tis. opioidy (24 %) a 2 tis. konopné látky (5 %). Programy odhadly dalších 9 tis. osob ve zprostředkovaném kontaktu. Podíl lidí užívajících drogy injekčně mezi klienty nízkoprahových programů se pohybuje okolo 90 %. Ženy tvoří dlouhodobě přibližně třetinu klientely těchto služeb (30,6 % v r. 2023). Dlouhodobě je patrné stárnutí klientů služeb minimalizace rizik v ČR, průměrný věk klientů dosahuje 36,4 roku (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2024).

Počet pacientů léčených pro problémy spojené s užíváním návykových látek v ambulantních zařízeních oboru psychiatrie se dlouhodobě pohybuje mezi 35–40 tis. osob ročně (39,9 tis. v r. 2023), z toho 11–12 tis. osob je ročně v kontaktu s AT ambulancemi (12,3 tis. v r. 2023). Z celkového počtu bylo 23,2 tis. uživatelů alkoholu (58 %), 14,2 tis. uživatelů nelegálních drog a těkavých látek (36 %), z nichž největší počet představují polyvalentní uživatelé (5,1 tis.), uživatelé jiných stimulancií mimo kokain, tj. uživatelé pervitinu a amfetaminů (4,0 tis.) a uživatelé opioidů (3,1 tis.). Přibližně dvě třetiny klientů ambulantních adiktologických

programů tvoří muži. Postupně dochází zejména k nárůstu počtu polyvalentních uživatelů (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024c).

V r. 2023 bylo léčeno v ambulantní péči oboru psychiatrie a adiktologie celkem 887 pacientů s hlavní nebo vedlejší diagnózou patologické hráčství (F63.0). Někteří zdravotnická zařízení vykazují zdravotním pojišťovnám také pacienty se závislostí na internetu, mobilním telefonu a digitálních technologiích obecně, a to pod dg. F63.8 (jiné nutkavé a impulzivní poruchy). V r. 2023 bylo pojišťovnám vykááno celkem 178 osob s hlavní nebo vedlejší diagnózou F63.8 v ambulantních zařízeních oboru psychiatrie a adiktologie (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024a).

Dostupné jsou informace o klientech služeb adiktologické ambulantní léčby a poradenství podpořených v dotačním řízení Úřadu vlády ČR. V r. 2023 bylo podpořeno celkem 68 programů ambulantní léčby a poradenství, které jsou registrované jako sociální i zdravotní služby, a většina z nich pracuje s širokou cílovou skupinou klientů, bez ohledu na primárně užívanou návykovou látku nebo typ závislostního chování. V r. 2023 měly tyto programy v péči celkem 16,0 tis. osob se závislostním chováním, z toho 8,8 tis. užívalo nelegální drogy, 5,3 tis. užívalo alkohol a 1,7 tis. mělo problémy s hraním hazardních her nebo digitální závislostí (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2024).

Počet osob hlášených do registru opiátové substituční léčby dlouhodobě stagnuje. Podle Národního registru léčby uživatelů drog (NRLUD) je v léčbě ročně evidováno přibližně 1,9–2,4 tis. léčených osob (1 893 v r. 2023) (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024b).

Podle dat z Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZZS) bylo v r. 2023 ve zdravotnických zařízeních hospitalizováno 13 578 osob z důvodu detoxifikace. Ročně je v souvislosti s léčbou závislosti na návykových látkách (nikoliv pouze

»»» 28

Tabulka: **Odhad počtu osob starších 15 let s rizikovou formou závislostního chování a počet osob ročně v kontaktu s adiktologickými službami v ČR**

Závislostní chování	Odhadovaný počet osob ve vysokém riziku závislosti	Odhadovaný počet osob v kontaktu se službami
Kouření	1,5–2,0 mil.	1–2 tis.
Konzumace alkoholu	720–900 tis.	25–35 tis.
Užívání psychoaktivních léků	720 tis.–1,2 mil.	3–4 tis.
Užívání nelegálních drog	45–47 tis.	40–45 tis.
Hazardní hraní	60–110 tis.	2–3 tis.
Digitální závislosti	140–180 tis.	200–300

Zdroj: Chomynová et al. (2024b)

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:

Vážená pani doktorka,
chcela som sa opýtať, či je
Bazálna stimulácia vhodná pri
Parkinsonovej chorobe. Mám
v domove dve klientky a premýšľam
nad tým, že ten účinok proti bolesti
i proti tresu by mohol byť pre
nich vhodný. Už majú dosť veľké
deformity, najmä akrálnych častí
tela a kĺby sú také citlivejšie. Tak
sa radšej chcem na to opýtať Vás.
Iste to skúsím aspoň na trupe,
ale rada by som im pomohla aj
na končatinách. Hovorila, že im
tŕpnu a strácajú v nich cit.

Vopred ďakujem! S pozdravom
A.G., fyzioterapeut, DS Bratislava

Odpověď:

U klientů s diagnózou Parkinsonova choroba je vhodné při koupelích nebo krémování pokožky aplikovat somatické zklidňující stimulace a také Masáž stimulující dýchání. Doporučuji eliminovat postupy vedoucí ke zhoršení tresu. Jde o takové zacházení, které je pro klienta stresující. To mohou být i chaotické, lekávé doteky a nešetrná manipulace. Péče v Bazální stimulaci se orientuje na kvalitu poskytovaných doteků a manipulace s tělem. Cílem je, aby doteky byly symetrické a strukturované a tělesná manipulace šetrná a pomalá s udržováním stálého kontaktu těla s podložkou. Zklidňující somatická stimulace poskytuje orientaci na těle, kvalitní celoplošný a symetrický dotek, a navíc jde o péči eliminující bolest a stres. Také uvádíte, že klientkám se zhoršuje citlivost v končatinách. Zklidňující somatickou stimulací končetin nabudíte i zlepšení senzorického vnímání v končatinách.

««« 27

detoxifikací) hospitalizováno v psychiatrických lůžkových zařízeních 12 tis. osob (12 682 v r. 2023), z toho přibližně 7 tis. (58 %) v souvislosti s konzumací alkoholu a 5 tis. (42 %) v souvislosti s užíváním nelegálních drog nebo těkavých látek. Muži tvoří dlouhodobě 70 % hospitalizovaných osob. Věk léčených uživatelů nelegálních drog se postupně zvyšuje (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024a).

V r. 2023 bylo v lůžkové péči oboru psychiatrie a adiktologie léčeno 311 pacientů s hlavní nebo vedlejší diagnózou patologické hráčství (F63.0). Pacientů hospitalizovaných pro F63.8 s hlavní nebo vedlejší diagnózou (dg. používaná pro vykazování pacientů s digitální závislostí) bylo v r. 2023 pouze 6 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024a).

Podrobnější informace o klientech služeb následné péče a terapeutických komunit jsou dostupné pouze ze služeb podporovaných v dotačním řízení Úřadu vlády ČR. V dotovaných 11 terapeutických komunitách je ročně léčeno přibližně 400 osob (416 v r. 2023). Klienty komunit tvoří nejčastěji uživatelé pervitinu (235 v r. 2023), alkoholu (88 v r. 2023), kanabinoidů (42 v r. 2023) a opioidů (21 v r. 2023). Služeb některého z 22 dotovaných programů následné péče v r. 2023 využilo celkem 1,2 tis. osob se závislostním chováním, z nich bylo přibližně 700 uživatelů nelegálních drog a 500 uživatelů alkoholu (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2024).

► **Shrnutí a závěr**

Většina krajů popisuje stávající síť adiktologických služeb v ČR jako minimální či nedostačující. Významné nedostatky hlásí kraje zejména v dostupnosti služeb ambulantní léčby a poradenství, následné péče a rezidenční léčby. Kraje poukazují na problém s dostupností a nedostatečnou kapacitou služeb pro děti a mládež (Černíková et al., 2023).

V kontaktu s adiktologickými službami minimalizace rizik je téměř 90 % odhadovaného počtu lidí užívajících drogy rizikově a podíl lidí užívajících drogy injekčně v kontaktu s adiktologickými službami minimalizace rizik roste. Na druhou stranu podíl osob v riziku s jinými formami závislostního chování v kontaktu s adiktologickými programy je minimální. V kontaktu s adiktologickými službami jsou přibližně 4 % lidí užívajících alkohol rizikově, 3 % hráčů hazardních her v riziku a méně než 0,5 % lidí užívajících psychoaktivní léky, tabákové a nikotinové výrobky či lidí v riziku digitálních závislostí. To poukazuje na nedostatečně zajištěnou dostupnost a nabídku odborných služeb zejména pro tyto cílové skupiny.

Odkazy:

- ČERNÍKOVÁ, T., DÉKÁNY, L., FRIČ, D. & HORÁČKOVÁ, K. 2023. Zpráva o realizaci politiky v oblasti závislosti v krajích v roce 2022. Zaostrěno, 9, 1–16.
- GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2020. Vyhodnocení činnosti VS ČR v protidrogové politice za rok 2019. Nepublikováno.
- CHOMYNOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, Z., GROHMANNOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., FRANKOVÁ, E., GALANDÁK, D., FIDESOVÁ, H. & VOPRAVIL, J. 2024a. Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2024, Praha, Úřad vlády České republiky.
- CHOMYNOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, Z., GROHMANNOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., GALANDÁK, D., ČERNÍKOVÁ, T., FRANKOVÁ, E. & LUCKÝ, M. 2024b. Zpráva o alkoholu v České republice 2023, Praha, Úřad vlády České republiky.
- CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., DVOŘÁKOVÁ, Z., ORLÍKOVÁ, B., GALANDÁK, D. & ČERNÍKOVÁ, T. 2024c. Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2023, Praha, Úřad vlády ČR.
- MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., TION LEŠTINOVÁ, Z., ROUS, Z., KISŠOVÁ, L., KOZÁK, J., NECHANSKÁ, B., VLACH, T., ČERNÍKOVÁ, T., FIDESOVÁ, H. & VOPRAVIL, J. 2017. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016, Praha, Úřad vlády České republiky.
- NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2024. Zpracování závěrečných zpráv k dotačnímu řízení Úřadu vlády ČR za rok 2023. Nepublikováno.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY 2021. Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb, Praha, Úřad vlády ČR.
- SEKRETARIÁT RADY VLÁDY PRO KOORDINACI PROTIDROGOVÉ POLITIKY A SPOLEČNOST PRO NÁVYKOVÉ NEMOCI ČLS JEP. 2021. Koncepce rozvoje adiktologických služeb. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-271-5 (online; pdf) ISBN 978-80-7440-282-1 (brožovaná).
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR 2024a. Údaje z Národního registru hrazených zdravotních služeb. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR 2024b. Údaje z Národního registru léčby uživatelů drog. Nepublikováno.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR 2024c. Údaje z výkazů ambulantních zařízení oboru psychiatrie, detoxifikace a záchytných stanic. Nepublikováno.

Počet chudých lidí prudce roste

V závěru loňského roku představila European Anti Poverty Network Czech Republic (EAPN ČR) Zprávu o stavu a vývoji chudoby v České republice v letech 2023–2024. Evropská síť proti chudobě a sociálnímu vyloučení je nezávislou sítí organizací a skupin zapojených do boje s chudobou a sociálním vyloučením v Evropě, EAPN ČR je jejím členem.

■ **Text: doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.,**
Fakulta veřejných politik
Slezské univerzity v Opavě;
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA,
prezident APSS ČR

Tato zpráva věnuje velkou pozornost relativně novému fenoménu – energetické chudobě. Tou je míněn stav, kdy má domácnost obtíže zajišťovat nezbytné energetické potřeby jako vytápění, ohřev vody apod. V energetické chudobě se nacházejí i lidé, kteří mají dluhy na energiích a nebo vydávají na energie více než 20 % svého čistého měsíčního příjmu, a současně se nacházejí v chudobě. Zpráva uvádí, že **podle dat Eurostatu je Česko zemí, kde se za elektřinu platí vůbec nejvyšší částky v rámci celé EU**, spolu s Nizozemskem byl v ČR od r. 2022 zaznamenán největší nárůst cen za elektřinu (v Holandsku

činil nárůst 86 %, v naší zemi 83 %). Dopady energetické chudoby nejvíce ohrožují především nízkopříjmové rodiny s dětmi, invalidy, osamělé seniory a rodiče – samozivitele. Energetickou chudobu nejvíce ovlivňují nízký příjem, vysoká energetická náročnost bydlení a velká podlahová plocha na osobu. **Energetická chudoba je přitom velmi těsně svázána s rizikem bytové nouze** – pokud lidé ztratí schopnost hradit energie, hrozí jim, že v konečném důsledku přijdou i o vlastní bydlení. Přitom je potřeba si uvědomit, že v naší zemi je dlouhodobě nedostatek dostupného bydlení. Bytová nouze má závažné dopady na fyzické a psychické zdraví, rodinný život nebo soukromí rodin, nezanedbatelné jsou i celospolečenské dopady a náklady pro stát.

Podle Zprávy o vyloučení z bydlení 2024 dnes nějaký druh závažných problémů s bydlením zažívá přibližně 1,6 mil. obyvatel

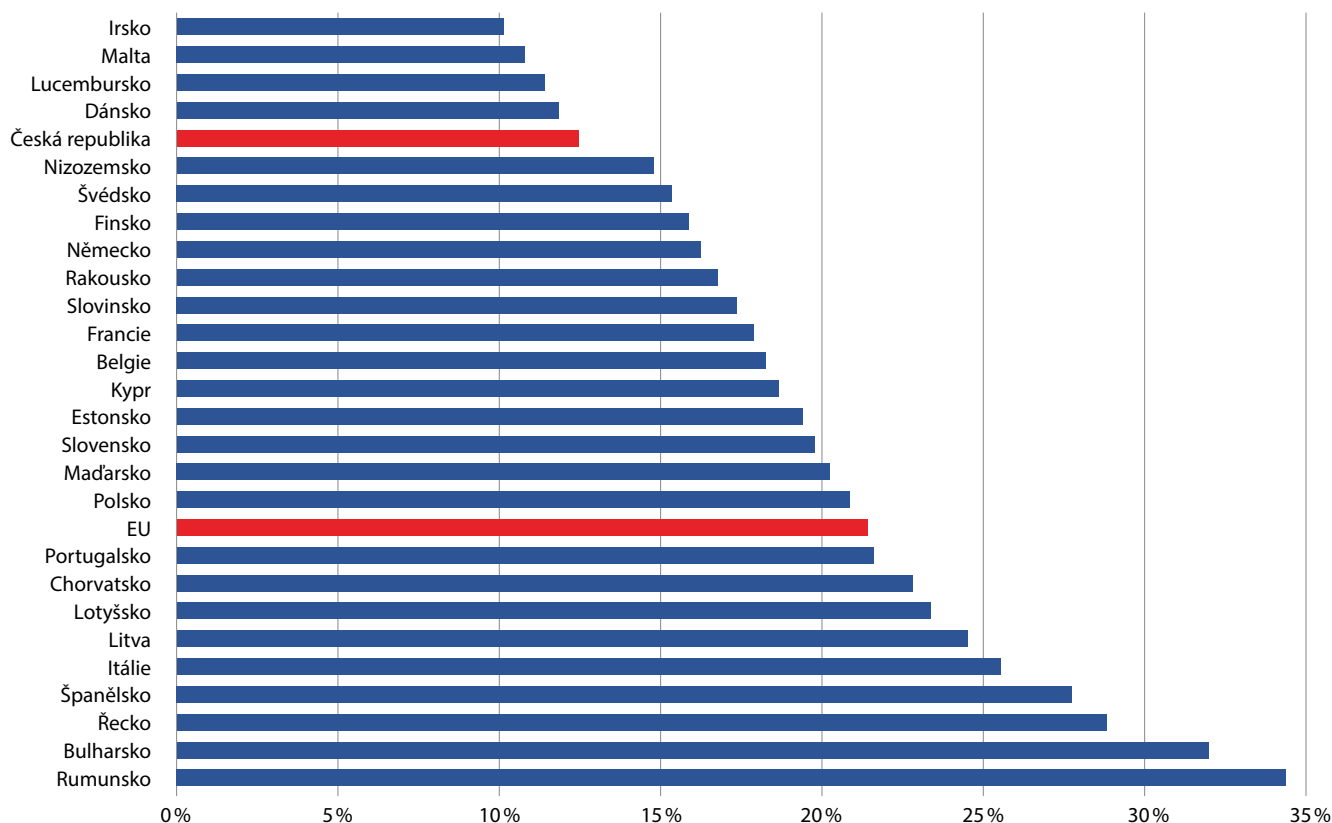
ČR, bytová nouze má negativní vliv na naplňování základních potřeb dětí, jejich bezpečí, a významně zvyšuje riziko ohrožení dětí.

Značnou pozornost věnuje zpráva **problematické sociálních dávek**. Velmi znepokojující je tvrzení ohledně vysokého rozsahu nečerpání sociálních dávek, např. příspěvek na bydlení čerpá jen asi pětina domácností, která by na něj měla nárok, přídavek na dítě čtvrtina oprávněných. Tuto skutečnost lze přičítat složitosti podávání žádostí, obtížné orientaci lidí v podmínkách nároku a jistá stigmatizace lidí. Otázkou zůstává, jak se digitalizace celého procesu podávání žádostí promítne do okruhu osob, které o dávky nebudou žádat z titulu pro ně složitějšího řešení.

Všechny tyto skutečnosti vedou k tomu, že se v r. 2023 rozšířil okruh osob ohrožených chudobou a sociálním vyloučením, **ČR již není zemí s nejnižším podílem osob v této sociální situaci** (viz graf).

Tato data svědčí o tom, že **je nezbytné kompletně revidovat základní principy záchranné sociální sítě a nově nastavit konstrukci a podmínky zejména minimálních sociálních dávek**.

Podíl osob ohrožených chudobou a sociální vyloučením v jednotlivých zemích EU v roce 2023



Pramen: vlastní zpracování podle <https://ec.europa.eu>

Jak zachovat soukromí, když ho každý vnímá odlišně?

V tomto článku se zaměříme na praktické rady a doporučení pro zaměstnance, jak efektivně nastavovat individuální parametry péče a zlepšit soukromí klientů. Tyto poznatky vyplynuly z projektu Technologické agentury ČR „Domov domovem aneb jak stavět a rekonstruovat domovy pro seniory“, který probíhal v letech 2021–2023, a z inovačního projektu spolufinancovaného Evropskou unií „Zvýšení kvality prostředí klientů v pobytových sociálních službách pro seniory“, který realizovala společnost DelpSys ve spolupráci s APSS ČR v letech 2023–2024.

■ **Text: Mgr. Kristýna Bernášková,**
sociální pracovnice a výzkumnice;
Mgr. Veronika Doksanská Ječná, DiS.,
ergoterapeutka, speciální pedagožka
a lektorka;
Mgr. Vojtěch Měřička, AchLJ,
sociální pracovník a řádový kaplan

Soukromí v pobytových sociálních službách představuje klíčový aspekt kvality života klientů a hraje zásadní roli v poskytování důstojné péče. Zaměstnanci sociálních služeb tak čelí výzvě, jak tuto potřebu efektivně naplnit v prostředí, kde jsou prostory a každodenní činnosti často sdílené. Soukromí nelze chápat jako univerzální koncept – je třeba vnímat jeho různorodost a flexibilně přizpůsobovat péči konkrétním potřebám jednotlivců.

➤ Doma vs. neDoma

Doma si klidně zpívám ve sprše. Nikdo mě neslyší, nikdo mě nevidí, a právě to mi dává tu báječnou svobodu být tak trochu mimo kontrolu – ať už hlasitě zpívám, nebo tančím v koupelně. Je to můj prostor, moje pravidla. Nikdo nečeká za dveřmi, nikdo mě nehodnotí. Ta volnost vychází z pocitu soukromí, z vědomí, že jsem skutečně sama. Vím, že mě nikdo nesleduje.

Ale pak přijde chvíle, kdy se ocitnu v hotelu. Místo je podobné, sprcha stejná, ale ten pocit? Najednou ztichnu. Stěny jsou tenké, vedle mě jsou sousedi, a myšlenka na to, že by mě mohli slyšet, mě zbrzdí. Zpívat si nahlas? Ani omylem. Místo toho se tiše sprchuji, chovám se „spořádaně“, abych nikoho nerušila. Jaký by to byl trapas, kdyby někdo slyšel můj soukromý koncert! Všechno to vychází z toho, že už nemám ten pocit soukromí. V hotelu nikdy nevíte, kdo je za stěnou nebo za dveřmi.

A právě v tom je ten rozdíl. **Doma je to „moje“ prostředí, kde si můžu dělat, co chci, kde se cítím bezpečně, kde mě nikdo nehodnotí.** Ale hotel? To už je jiný svět. Je to prostor, kde i moje každodenní

návyky dostávají nové hranice. A co souseď za zdí? Ty bych přece nerada vyrušovala svou verzi posledního hitu.

Když přijde nový klient do pobytové služby, může si připadat podobně. Je v novém prostředí plném neznámých lidí s novými pravidly, která se mu teprve musí dostat pod kůži. Stejně jako já v hotelu, i on se musí přizpůsobit prostoru, který není jeho vlastní, a to může být nepříjemné.

Přechod z vlastního domova do pobytové služby, jako je domov pro seniory, často doprovází adaptační stres. Ten může trvat měsíce, roky, někdy nevymizí vůbec. Jeho intenzita závisí na mnoha faktorech: od konkrétních okolností až po psychický a fyzický stav daného seniora.

Jedním z největších stresorů v této fázi je **ztráta autonomie a nezávislosti**. Člověk, který byl zvyklý na vlastní prostor a soukromí, se najednou ocitá v prostředí, kde má pocit, že ho neustále někdo sleduje, ať už je to personál, nebo ostatní obyvatelé. Ztráta kontroly nad vlastním životem může být pro mnoho seniorů velmi znepokojující. Pobyt v takovém zařízení v nich může vyvolávat pocit, že jsou spíše v hotelu nebo v nemocnici s určitými pravidly než ve skutečném domově, kde se mohou chovat svobodně. Klienti potřebují soukromí, pocit, že je nikdo nesleduje, a prostor, kde mohou být sami sebou, aby se jejich nový domov stal skutečným domovem.

V následujících odstavcích se zaměříme na konkrétní tipy, které ke zvýšení soukromí mohou pomoci.

➤ Jednolůžkové vs. dvoulůžkové pokoje

Na první pohled by se mohlo zdát, že otázka soukromí v pobytových sociálních službách se dá jednoduše vyřešit tím, že všem klientům poskytneme jednolůžkové pokoje. Tím by měli zajištěno své soukromí, což je zásadní pro jejich pocit volnosti a autonomie. Ale v praxi to není tak snadné. Pokud vycházíme z toho, jak žili předtím, než se do domova přestěhovali, musíme brát

v potaz, že ne všichni byli zvyklí na svůj vlastní prostor. Část lidí celý život sdílela své bydlení s partnerem, sourozencem nebo dětmi, a proto se v jednolůžkovém pokoji mohou cítit osamělí.

Z praxe vyplývá, že ideální řešení často představují **variabilní prostory**. Například dvoulůžkové pokoje, které lze flexibilně oddělit pomocí posuvných stěn nebo zásten kolem lůžka. Tento přístup klientům poskytuje volbu mezi společností a soukromím, což je klíčové pro jejich duševní pohodu. Takové uspořádání respektuje potřebu sociální interakce, ale zároveň nabízí možnost ústupu do osobního prostoru, když si klient přeje být sám.

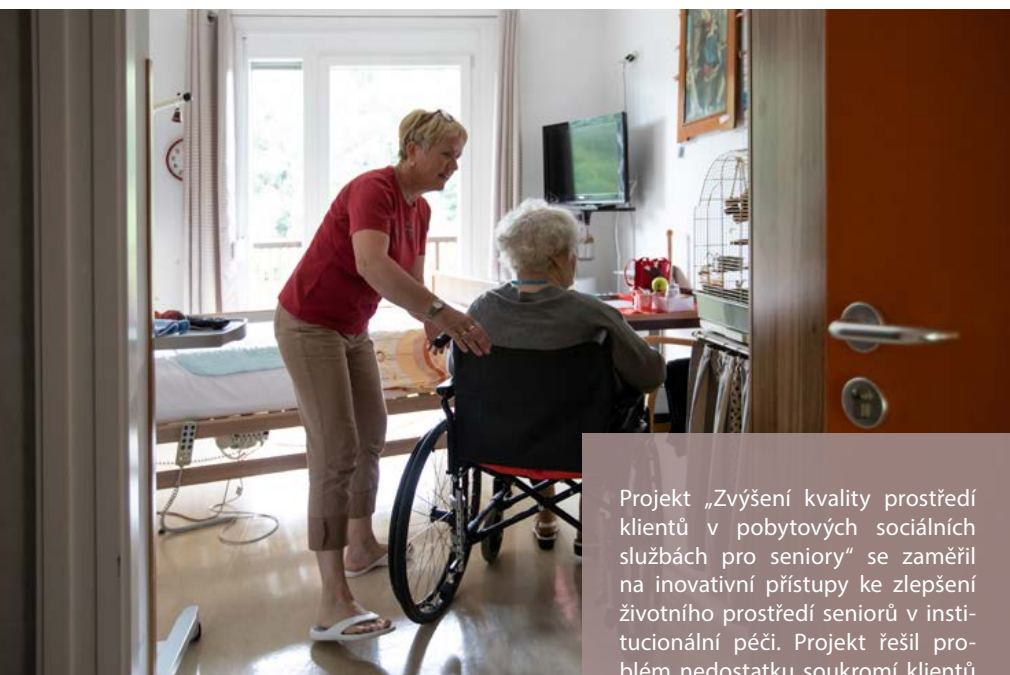
Pokud není stavebně možné implementovat variabilní prostory, inspirativním řešením je nápad tzv. **dovolenkového pokoje**. Tento koncept představuje samostatnou místnost v domově, kterou si klienti mohou rezervovat na několik nocí, kdy chtějí být sami nebo si odpočinout od spolubydlíciho. Je to prostor s vyšším komfortem, kde se klient může na chvíli cítit skutečně sám sebou. Tento pokoj může být využit i páry, které spolu nesdílejí pokoj. Zajištění potřeb klientů, včetně respektování jejich vztahů a potřeb, je nezbytné pro jejich důstojnost a pohodu.

➤ Prostor pro pokoje

Každý z nás má své vlastní zvyky a preference, které určují, co vnímáme jako pohodlné prostředí. Někdo preferuje tzv. „studený odchov“, tj. teplotu kolem 18 stupňů, zatímco jiní se cítí dobře jen ve výrazně teplejším prostředí a rádi si přitopí, kdykoli to jde. Čerstvý vzduch je dalším faktorem – někteří lidé mají rádi neustálý průvan, zatímco jiní se obávají, že je „ofoukne“, a většinu vnímají jako narušení pohodlí.

Akustický komfort je rovněž klíčový. Zatímco někteří klienti mají televizi nebo rádio puštěné celý den, jiní preferují naprosté ticho. Tyto odlišné potřeby mohou vést ke konfliktům mezi spolubydlíci, pokud nejsou jejich zvyky a preference vzájemně v úvahu.

Je proto důležité tyto návyky a preference zjišťovat už **během adaptačního procesu**, aby bylo možné klienty lépe „párovat“ a předcházet tím případným problémům. Pokud přesto dojde k neshodám, klíčovou roli hraje **mediace konfliktů**, abychom se alespoň přiblížili k harmonickému soužití. Pomoci mohou i jednoduchá technická ře-



Projekt „Zvýšení kvality prostředí klientů v pobytových sociálních službách pro seniory“ se zaměřil na inovativní přístupy ke zlepšení životního prostředí seniorů v institucionální péči. Projekt řešil problém nedostatku soukromí klientů v pobytových zařízeních pro seniory. Jedním z klíčových výstupů projektu byl „Kufřík na cestě k soukromí“, který využívá metodu HCD pro tento konkrétní účel. Do projektu byly zapojeny celkem 4 pobytové služby pro seniory a bylo realizováno více než 50 rozhovorů s klienty a 35 rozhovorů se zaměstnanci domovů. Více o projektu: <https://www.delsys.cz/soukromi-v-pobytovych-socialnich-sluzbach>

šení, jako například Bluetooth sluchátka k televizi, která umožňují každému klientovi sledovat vlastní program v požadované hlasitosti, aniž by rušil druhého. Dalšími pomůckami mohou být špunty do uší pro ty, kteří preferují ticho, nebo masky na spaní pro případ, že spolubydlící nechávají rozsvíceno dlouho do noci.

Tímto způsobem lze vytvořit prostředí, kde se různé potřeby a preference přizpůsobují, aniž by narušovaly komfort druhých.

» Vybavení pokoje

Doma máme svůj prostor na to, co nás baví a co děláme, když nás nikdo nevidí – někdo hraje na hudební nástroj, cvičí, maluje, píše nebo si jednoduše dopřává relax s pleťovou maskou. Když se ocitneme v prostředí, kde už na to není místo, přichází frustrace. Místo, kde bychom mohli být sami sebou a dělat, co nás celý život těší, najednou chybí.

V domově by mohly existovat prostory, které by umožňovaly takové soukromé osobní aktivity. Pro někoho to může být malý stůl s materiály na ruční práce, pro jiného třeba koutek na hraní na kytaru. Jde o to mít své „místo“, **kde můžeme být sami**. Řešení můžeme vytvářet ve spolupráci s rodinou klienta. Zároveň bychom měli nastavit pravidla pro využívání pokojů, která respektují potřeby všech obyvatel, abychom předešli konfliktům mezi spolubydlícími.

Dalším narušitelem soukromí mohou být **návštěvy** „toho druhého“ na pokoji. Když jednomu klientovi přijde návštěva, druhý si může připadat trochu navíc. Jak se v takové situaci cítit opravdu jako doma? Pokud mají návštěvy na pokoji fungovat, je vhodné pro ně domluvit pravidla jak s klienty, tak s jejich rodinami.

Zásadní je i **prostor pro hygienu**. Při poskytování hygienické péče na lůžku hrají

důležitou roli paravány nebo jiné vizuální bariéry. Tyto prvky jsou klíčové pro zajištění intimity a minimalizaci narušení osobního prostoru klienta.

» Soukromí mimo pokoj

V prostředí domova pro seniory je důležité najít rovnováhu mezi soukromím a možnostmi sociálních interakcí, protože potřeby klientů jsou i v tomto ohledu různé. Zatímco někteří klienti vyhledávají společnost a rádi tráví čas s ostatními, pro jiné je důležité mít možnost se stáhnout do ústraní a užívat si chvíle klidu bez nutnosti komunikace. Kontrola nad vlastním sociálním soukromím je klíčovým prvkem pro udržení duševní pohody a pocitu autonomie.

Jedním z řešení je možnost využívat společenské prostory, kde mohou klienti sedět v klidu a sledovat dění kolem sebe, aniž by byli nuceni se zapojovat do rozhovorů. To jim umožňuje být součástí komunity, ale zároveň respektuje jejich touhu po klidu a tichu. Je to podobné jako v kavárně, kde můžete sedět, pít kávu a sledovat okolní život, aniž byste museli komunikovat s ostatními.

Dalším důležitým aspektem je soukromí při přijímání návštěv. Některé návštěvy si nechcete zvát „do ložnice“. Zřízení oddělených místností pro návštěvy mimo pokoj, které ale stále poskytují soukromí, může

být skvělým řešením. Tyto prostory dávají klientům možnost mít osobní setkání, aniž by narušovali soukromí ostatních obyvatel nebo sami byli vystaveni případným rušivým vlivům.

Pracovníci by také měli respektovat, když si klienti přejí trávit čas o samotě, a zajistit, aby měli prostor, kam se mohou uchýlit, aniž by byli rušeni.

» Emocionální soukromí

Když mluvíme o soukromí, většina lidí si představí fyzický prostor – mít svůj vlastní koutek, místo na osobní věci nebo klidnou koupelnu, kde vás nikdo nevyruší. Ale soukromí je mnohem víc než jen „kde“ se nacházíme. Emocionální soukromí je neméně důležité, zejména pro klienty v pobytových sociálních službách. Někdy totiž nepotřebujeme jen klid na osobní hygienu nebo úklid, ale i pro vlastní myšlenky a emoce.

Klient se například zavře v pokoji ne proto, že by si chtěl číst knihu nebo odpočívat, ale protože potřebuje čas sám pro sebe, aby mohl v klidu přemýšlet o těžkých životních situacích, jako je ztráta blízké osoby. Jiný klient zase může mít úplně opačné potřeby – potřebuje mluvit o svých pocitech, ať už se zaměstnancem, nebo spolubydlícím.

Soukromí není jen o tom mít vlastní klíč k pokoji, ale i o tom mít klíč ke svým emocím a mít prostor, kde je můžeme prožívat bez tlaku, že nás někdo sleduje nebo hodnotí. Ať už jde o fyzické, nebo emocionální soukromí, je důležité najít rovnováhu, která zajistí, že klienti budou mít prostor na své potřeby.

» Jak je možné zjistit, co by si klienti přáli?

Zjistit, co by si klienti pobytových služeb přáli, často není jednoduché. Jednou z možností je využít metodu **Human-Centered Design (HCD)**, kterou jsme úspěšně aplikovali v projektu „Zvýšení kvality prostředí klientů v pobytových sociálních službách pro seniory“. Tato metoda klade důraz na zapojení samotných klientů a personálu do navrhování změn. Díky empatickému porozumění potřebám jednotlivých klientů a prostřednictvím hloubkových rozhovorů byly identifikovány klíčové oblasti, kde je potřeba soukromí nejvíce narušována.

Tento přístup zvyšuje pocit soukromí a podporuje větší spokojenost klientů s péčí. Když mají klienti možnost vyjádřit své potřeby a být aktivně zapojeni do procesu změn, cítí se více respektováni a mají pocit, že jejich přání jsou brána vážně.

V Centru sociálních služeb Emausy jsme tento přístup pilotně ověřili. Ukázalo se, jak důležité je zaměřit se na individuální potřeby a jak výrazně může metoda HCD přispět ke zlepšení prostředí a spokojenosti klientů.

Rozhovor s Mgr. Martinou Primakovou, MBA – ředitelkou CSS Emausy

Co pro vás znamená soukromí seniorů a jak se vám podařilo tuto otázku řešit?

Téma soukromí řešíme v domově již mnoho let. Soukromí je intimní záležitost, subjektivní a osobní věc, kterou každý vnímá jinak. Díky projektu jsme zjistili, že tady nejde jen o uzavřený prostor, ale také o klid, ticho a respekt. Soukromí je hluboce intimní – každý ho vnímá jinak. Uvědomili jsme si, jak důležité je ptát se, jak to klient měl doma a co je pro něj důležité.

Jak jste využili metodu Human-Centered Design v praxi?

Tuto metodu jsem předtím neznala, ale moc hezky se s ní pracovalo. Šlo o krátké kroky zaměřené na člověka. Bylo to intuitivní a interaktivní. Velmi důležité bylo zapojení týmu. Musím pochválit naši vedoucí pečovatelskou, která dokázala vtáhnout do projektu ostatní zaměstnance. Ti jsou nositeli nejcennějších informací, protože tráví s klienty nejvíce času. Bez jejich zapojení by to nešlo.

To, co nás v projektu překvapilo, byl „aha moment“, kdy jsme si uvědomili, že se běžně neptáme klientů na věci jako: „Co vás ruší?“ nebo „Co je pro vás soukromí?“ Klienti byli překvapeni, že se jich na tyto věci ptáme, a reagovali na to pozitivně. Každý to má jinak, pro každého je důležité něco jiného. To je přesně podstata metody zaměřené na člověka – každý to vnímá jinak, ty „oči“ máme každý jiné.

Když se vrátíte v čase a vzpomenete si na první chvíli, kdy jste dostali Kufřík na cestu k soukromí (výstup projektu využívající metodu HCD), jaká byla vaše reakce?

Trochu jsme se lekli, když jsme viděli všechny papíry a lepíky. Řekla jsem si: „Toho je hodně, to si nebudeme schopni zapamatovat.“ Ale pak jsme si s kolegyní sedly a prošly jsme si vše krok po kroku. Velmi jsme ocenily návody, které u kufříku byly. Ty nám pomohly vše správně uchopit a potom jsme postup mohly vysvětlit i ostatním kolegům. Ve finále jsme zjistili, že je to jednoduché, ale je potřeba vše dobře uchopit. Musím říct, že cedulky „Neruš“ se uchytily a používáme je pravidelně, stejně jako špunty do uší.

V projektu jsme zjistili nejen to, co je potřeba změnit, ale také co funguje dobře a co je třeba zachovat. Například polední klid mezi 12. a 14. hodinou, kdy se střídá personál a intenzivní ranní péče se uklidní, je



Tým CSS Emausy

velmi důležitý, aby se klienti mohli věnovat svým aktivitám nebo odpočívat.

Překvapilo nás, že naše zahrada neposkytuje dostatek soukromí. Máme krásnou zahradu a koncipovali jsme ji s ohledem na to, že klienti chtějí být pospolu, dát si káfičko. Zjistili jsme, že nám tu chybí zákoutí, kde by si klienti mohli sednout sami nebo jen s rodinou. Nakoupili jsme nový nábytek, aby si mohli sednout tak, jak chtějí, a vytvořili jsme více možností, aby bylo možné trávit čas v soukromí.

Co jste se díky projektu naučili?

Naučili jsme se, že mnoho potřeb, které jsme předpokládali, byly naše vlastní, a ne potřeby klientů. Projekt nás naučil dívat se na věci z pohledu druhého, což je něco, co v péči nesmíme opomíjet. Nemusí se jednat o velké přestavby. My tady pro všechny nezařídíme jednoduškové pokoje. Ale mnohdy už otevření tématu a ty malé změny – časový rozvrh, sluchátka – přinesou zásadní změnu. Zavládne harmonie a pracovníci se méně stresují, aby se tady klienti cítili v maximální míře jako doma. Domov jim nenahradíme. Ono zabalit si svůj život do dvou tašek není jednoduché. Nechat doma všechno, co mám rád – zvířata, vzpomínky. Ale naladit se na člověka a umožnit mu, aby se mu u nás dobře žilo, to je klíčové.

Kufřík na cestu nám v tom hodně pomohl. Musím říct, že jsme si některé věci zařadili i do našich procesů – když průběžně vyhodnocujeme kvalitu, ptáme se, jak člověk

vnímá soukromí, co bychom mohli zlepšit. Takže se změnil i náš systém.

Soukromí jako klíč k důstojnému životu klientů

Závěrem je třeba zdůraznit, že soukromí představuje klíčový aspekt důstojného života klientů v pobytových sociálních službách. Nejedná se jen o to, mít vlastní pokoj nebo koupelnu, ale o zajištění prostoru pro individuální potřeby – fyzické, emocionální i sociální. Každý klient má jiné představy a požadavky na to, co pro něj soukromí znamená, a je nezbytné je aktivně zapojit do diskuze o tom, jak jejich nové prostředí může co nejvíce připomínat domov.

Díky projektům, jako je „Zvýšení kvality prostředí klientů v pobytových sociálních službách pro seniory“, se ukazuje, že i malé změny, které reflektují přání a potřeby klientů, mohou mít obrovský dopad na jejich celkovou spokojenost a kvalitu života.

Soukromí je klíčem k pocitu autonomie a důstojnosti. Ať už jde o osobní koutek na oblíbené činnosti, flexibilní prostory pro interakci, nebo klidné místo na přemýšlení – každý z nás potřebuje prostor, kde může být sám sebou. Způsob, jakým přistupujeme k soukromí, je dalším střípkem mozaiky, která přispívá k tomu, aby péče v pobytových službách byla ještě více kvalitní, lidská a důstojná. Klienti potřebují vědět, že i v novém prostředí mohou mít ten stejný pocit svobody, jaký zažívali ve svém původním domově – i kdyby to mělo být jen při zpěvu ve sprše.

Pečovatelská služba včera a dnes aneb Jak s vaničkou nevylít dítě

Pečovatelská služba funguje v našich zemích už od o 80. let minulého století. Za všechna ta léta úspěšně pomáhala lidem, kteří ztratili z důvodu nemoci nebo vysokého věku schopnost se o sebe a svoji domácnost postarat. Umožnila jim, aby i přes nepříznivé okolnosti zůstali ve svých domovech a vyhnuli se vynucenému odchodu do cizího prostředí nějakého zařízení.

■ **Text: PhDr. Pavel Čáslava,**
předseda Etické komise APSS ČR

V průběhu času služba prošla úspěšnou modernizací a v mnohém vyšla vstříc měnícím se potřebám svých klientů rozšířením provozních hodin a větším rozsahem nabízených činností. Původní model, ve kterém převažující podporou byla pomoc při zajištění stravy dovozem obědů, někdy ještě poměrně čilé klientele, vystřídalo zaměření na osoby s potřebou péče takového rozsahu, že by bez ní ve svých domácnostech mohli jen stěží zůstat.

Stimulem řady pozitivních změn v nastavení pravidel pečovatelských služeb byl přechod financování sítě sociálních služeb ze státu na kraje. Na jedné straně omezené prostředky, které kraje dostávají, a na druhé povinnost zajistit dostupnost široké škály sociálních služeb pro své občany vede k tlaku na jejich efektivitu. Přijímaná regulační opatření mají zajistit, aby se zbytečně neplýtvalo prostředky a služby dostávali pouze lidé, kteří je skutečně potřebují. Regulace mají zabránit, aby systém nefinancoval služby, které si mohou občané zajistit jiným, například komerčním způsobem. **Nenahrazovat komerční služby sociálními službami, které jsou dotované státem** – tak zní obecná zásada.

Tak se stalo, že se určité tradiční činnosti pečovatelské služby dostaly v některých regionech na černou listinu. Patří k nim zejména již zmiňovaná pomoc při zajištění stravy, kterou si občané často mohou na mnoha místech skutečně opatřit sami prostřednictvím běžných služeb, jako jsou restaurace, školní nebo podnikové jídelny a podobně. Na pomyslnou černou listinu „zakázaných“ činností se kvůli teoretické možnosti jejich komerčního zajištění dostaly i další tradiční činnosti pečovatelské služby, jako je pomoc při zajištění chodu domácnosti nebo běžný, či tak zvaný velký úklid, a také nákupy, praní a žehlení prádla. Tady se však ukrádají pochybnosti. Pohybujeme se v reálném světě, ve kterém bohužel **určité množství seniorů žije**

na pokraji příjmové chudoby a těžko si drahé komerční služby mohou dovolit.

Ostatně já ve svém okolí znám pouze jednu rodinu, nikoliv však seniorů, ale mladých, dobře situovaných lidí, kteří si pravidelně za nemalou cenu platí úklidovou službu.

Na mnoha příkladech se ukazuje, že původně dobře míněná opatření, jestliže jsou uplatňována plošně, bez pečlivého posouzení konkrétní situace konkrétního člověka, vedou paradoxně k omezování dostupnosti sociální služby i pro občany, kteří ji skutečně potřebují. Jsou obce a místa často ve vzdálených venkovských oblastech, kde jsou komerční služby, jinak běžné ve velkých městech, nedosažitelné. **Mnoho potřebných občanů se tak při striktním uplatnění pravidla dostává mimo systém sociální ochrany.**

Jeden z modelových příkladů znají sociální pracovníci ze své praxe velmi dobře. **Osamělý muž, trápený neduhy stáří, zvyklý na celoživotní péči své partnerky, kterou nedávno ztratil, prostě není schopen připravit si sám pravidelnou stravu.** Pro takového člověka je dovoz jednoho teplého jídla denně zásadní potřebou, aby mohl setrvat ve svém domově. Podobně tristní situace může nastat se zajištěním jeho domácnosti, s úklidem, praním prádla.

Přijímaná regulační opatření mají zajistit, aby se zbytečně neplýtvalo prostředky a služby dostávali pouze lidé, kteří je skutečně potřebují. Regulace mají zabránit, aby systém nefinancoval služby, které si mohou občané zajistit jiným, například komerčním způsobem.

Možná po pár týdnech fyzického a psychického strádání takového občana starosta nebo někdo ze soucitných sousedů zavolá pečovatelskou službu. Ta zahájí proces, kterému zákon říká jednání se zájemcem o službu. Přijede sociální pracovník, jehož úkolem je kvalifikovaně posoudit, zda situace dotyčného občana opravňuje k uzavření smlouvy a poskytnutí pečovatelské služby. Jestliže po zvážení všech okolností vyhodnotí situaci kladně, dostane se do nezáviděníhodné situace konfliktu s regulačními opatřeními, které poskytnutí služby brání. Sociální pracovník je pak postaven před vpravdě etické dilemma. Jestliže s veškerou vahou své profesní kompetence dojde k závěru, že se daný člověk nachází v nepříznivé sociální situaci takové intenzity, že poskytnutí pečovatelské služby je pro jeho setrvání v jeho přirozeném prostředí fatální potřebou, komu je v konečné instanci odpovědný? Konkrétní lidské bytosti, nebo úřadu?

Regulátor požadující omezení má silné postavení donátora finančních prostředků, ale na druhé straně jsou zde etické požadavky pomáhající profesi. **Zdálo by se, že vodítko, jak se správně zachovat, dává zákon o sociálních službách.** Z něho vyplývá za prvé, že veškerou odpovědnost za posouzení nepříznivé sociální situace zájemce o službu má poskytovatel, a za druhé, že plošná omezení péče odporují zákonné zásadě, že pomoc občanovi má vycházet z jeho individuálně určených potřeb. V zákoně bychom našli celou řadu dalších ustanovení, se kterými je snaha o necitlivé plošné omezování činností pečovatelské služby v rozporu.

Velmi dobře je tato problematika pojednána ve **Stanovisku k poskytování sociální služby, které nedávno vydala APSS ČR.**¹ Můžeme však jen litovat, že zákonodárce úmyslně či bezděčně „zapomněl“ poskytovatele vybavit nějakým mechanismem, v jehož rámci by mohl uplatnit svou profesní autonomii a své závěry ze sociálního šetření obhájit.

Věřím však, že odpovědní lidé na odpovědných místech disponují zdravým rozumem, který jim velí uplatňovat užitečná regulační opatření uvážlivě a s rozmyslem, neboť případů, které se nevejdou do obecných „škatulek“, nejsou jednotky ani desítky, ale spíše stovky, a všichni víme, že není dobré podkopávat důvěru občanů v ochotu veřejné správy a sociálních služeb poskytnout pomoc těm, kteří ji potřebují.

¹ Stanovisko je dostupné na webu APSS ČR v sekci Asociace
→ Aktuality, zveřejněno 19. září 2024.

Právo na nezávislý způsob života, deinstitucionalizace a její stav podle výzkumu veřejného ochránce práv

Právo na nezávislý způsob života je právem každého člověka. Lidé v nepříznivé sociální situaci však při jeho naplňování narazí na řadu překážek způsobených tím, že podpora, kterou pro svůj život potřebují, pro ně není dostupná, nebo je dostupná pouze v prostředí velkých pobytových zařízení. Klíčem pro naplňování práva na nezávislý způsob života je především deinstitucionalizace a zajištění podpory lidí v jejich přirozeném prostředí. To, jak proces deinstitucionalizace v České republice aktuálně probíhá, zkoumal ve svém výzkumu veřejný ochránce práv.

■ **Text: Mgr. et Mgr. Miriam Tomášková,**
Kancelář veřejného ochránce práv

➤ Právo na nezávislý způsob života

Právo na nezávislý způsob života zaručuje lidem s postižením rovné možnosti a podmínky pro život ve společnosti, tedy pro život mimo ústavní nebo jinak segregované prostředí. Výslovně je v České republice zakotveno od roku 2009, kdy Česká republika ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením.¹ Zahrnuje v sobě jednak možnost lidí s postižením na rovnoprávném základě s ostatními rozhodovat o tom, kde, s kým a jak budou žít. Také obsahuje právo na plnohodnotné zapojení do běžného života společnosti a přístup k veřejným službám určeným široké veřejnosti, jako je bydlení, doprava, vzdělávání, kultura nebo volnočasové aktivity. V neposlední řadě pak také zahrnuje právo na přístup k podpůrným službám, jako je osobní asistence, které jsou pro nezávislý život a začlenění do společnosti nezbytné.²

Právo na nezávislý způsob života se však netýká pouze lidí s postižením. Lze jej dovozovat z řady mezinárodních smluv, které zakotvují pro každého člověka rovnost, svobodu volby, možnost zapojení do společnosti či dostupnost služeb. Jedná se například o Všeobecnou deklaraci lidských

práv,³ Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech,⁴ Mezinárodní pakt o občanských a politických právech,⁵ či Evropskou sociální chartu.⁶ Stejně tak v České republice vychází právo na nezávislý způsob života z řady jiných, explicitně vymezených práv podporujících nezávislost, zapojení do společnosti a rovnost.⁷

K naplňování práva na nezávislý způsob života směřuje svým nastavením také zákon o sociálních službách,⁸ který stanovuje jako klíčové aspekty a samotný cíl a účel poskytování sociálních služeb podporu samostatnosti, motivace k činnosti, které nevedou k dlouhodobému setrvání v nepříznivé sociální situaci, a upřednostnění těch forem služeb, které podporují setrvání lidí v přirozeném sociálním prostředí.⁹

➤ Naplňování práva na nezávislý způsob života a deinstitucionalizace

Při realizaci práva na nezávislý způsob života hraje roli řada faktorů. Patří mezi ně například zajištění individualizované podpory a dostupných kvalitních komunitních služeb, podpora právní způsobilosti lidí a autonomie při rozhodování o vlastním

životě, přístupné infrastruktury a prostředí (včetně dopravy, veřejných budov, služeb a komunikace), podpora participace na všech úrovních společenského života, dostatečné financování pro podporu výše zmíněných skutečností nebo také zapojení lidí s postižením do plánování, monitorování a hodnocení politik a služeb, které ovlivňují jejich životy.¹⁰

Jako klíčový předpoklad pro nezávislý způsob života je však nutné označit především deinstitucionalizaci. Bez té totiž nelze o nezávislém způsobu života u lidí žijících ve velkých pobytových zařízeních se striktním režimem a minimální možností rozhodovat o vlastním životě ani hovořit.

Deinstitucionalizaci lze popsat jako přechod od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb v běžném prostředí daného člověka za současného zajištění podpory lidí žijících v komunitě, aby na život v instituci vůbec nemuseli přistoupit.¹¹ Cílem přitom není pouze fyzická transformace zařízení, ale změna přístupu, který staví člověka s postižením do centra rozhodování o jeho vlastním životě. Proces deinstitucionalizace spočívá zejména ve snižování kapacit či dokonce uzavírání velkých institucí, které izolují a segregují osoby s postižením, a budování systému, jenž podporuje jejich integraci do běžné společnosti (vytvoření komunitních služeb, zajištění zdravotní péče, rehabilitace, zaměstnávání).¹² Ačkoliv v České republice proces deinstitucionalizace běží již řadu let,¹³ čelí řadě výzev, jako je nedostatečné plánování, financování a zapojení cílových skupin. Stav, v jakém je proces deinstitucionalizace, zhodnotil ve svém výzkumu zveřejněném v tomto roce veřejný ochránce práv.



ombudsman
veřejný ochránce práv

¹ Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, vyhlášená pod č. 10/2010 Sb. m. s.

² Čl. 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

³ Čl. 1, 21, 22 Všeobecné deklarace lidských práv, OSN, 1948.

⁴ Čl. 11, 15 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, vyhlášen pod č. 120/1976 Sb.

⁵ Čl. 19 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, vyhlášen pod č. 120/1976 Sb.

⁶ Čl. 15, 16, 19 Evropské sociální charty, vyhlášena pod č. 14/2000 Sb. m. s.

⁷ Čl. 1, 3, 30, 35 ústavního zákona č. 2/1993 Sb., Listiny základních práv a svobod.

⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁹ Ustanovení § 2 odst. 2 a § 38 zákona o sociálních službách.

¹⁰ Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Obecný komentář k článku 19: Žít nezávisle a být začleněn do komunity. CRPD/C/18/R.1. 29. srpna 2017. Dostupné také z: <https://www.ohchr.org>.

¹¹ Čámský Pavel, Jan Sembdner a Dagmar Krutílová. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Portál, 2011. s. 12.

¹² Ministerstvo práce a sociálních věcí. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025. Online. Praha, 2021. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz> [cit. 2024-12-09].

¹³ První koncepční dokument vznikl v roce 2007. Jednalo se o Střednědobou koncepci rozvoje sociálních služeb na období 2007–2013. Viz: Ministerstvo práce a sociálních věcí. Střednědobá koncepce rozvoje sociálních služeb na období 2007–2013. Online. Praha, 2007. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz> [cit. 2024-12-09].

¹⁴ Kancelář veřejného ochránce práv. Deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb – přístup krajů a Ministerstva práce a sociálních věcí ve strategických dokumentech. Online. Brno, 2024. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/dokument/deinstitucionalizace_a_transformace_sociálních_sluzeb/ [cit. 2024-12-09].

¹⁵ www.ochrance.cz.

¹⁶ Tamtéž.

» Stav deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb – výzkum veřejného ochránce práv

Výzkum veřejného ochránce práv s názvem „Deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb – přístup krajů a Ministerstva práce a sociálních věcí ve strategických dokumentech“ zkoumal, jak Česká republika naplňuje povinnost deinstitucionalizace, s důrazem na zapojení lidí s postižením do plánování a monitoringu těchto procesů. Kladl si za cíl identifikovat překážky deinstitucionalizace, zhodnotit kvalitu plánů na úrovni krajů i státu a navrhnout doporučení pro zlepšení. Zvláštní pozornost je věnována transformaci domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů se zvláštním režimem, kde se nachází nejvíce klientů s potenciálem pro nezávislý způsob života.¹⁴

Kompletní výzkum je zveřejněn na stránkách veřejného ochránce práv.¹⁵ Z jeho výsledků vyplývá, že Česká republika nemá dostatečně kvalitní plány deinstitucionalizace, které nadto neodpovídají standar-

dům Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Strategické dokumenty krajů i Ministerstva práce a sociálních věcí často postrádají jasné cíle, definice klíčových pojmů (chybí například jasná definice pojmů „deinstitucionalizace“ a „transformace“) a opatření zabraňující přenos ústavních prvků do nově vznikajících zařízení. Úroveň zapojení lidí s postižením do plánovacích procesů je nízká. Jako překážky procesu deinstitucionalizace identifikuje výzkum nedostatečnou koordinaci, financování i přístup veřejnosti a institucí k samotnému procesu. Za pozitivní výstup však lze označit, že existují i pozitivní příklady krajů, které vytvořily specifické strategie pomáhající proces deinstitucionalizace efektivně realizovat.

Na základně zjištěných informací výzkum obsahuje doporučení zahrnující nutnost posílit strategické plánování, zaměření se na podporu individualizovaných služeb a zajištění účinného zapojení lidí s postižením do tvorby a monitorování těchto změn. V rámci výsledků výzkumu je také zdůrazněno, že deinstitucionalizace

není otázkou, zda ano, ale jak ji efektivně provést. Klíčová je také nutnost hledat řešení ve spolupráci s lidmi, kterých se otázka deinstitucionalizace a nezávislého způsobu života přímo týká.¹⁶

» Závěrem

Ačkoliv je právo na nezávislý způsob života garantováno nejen lidem s postižením, ale každému člověku v jakékoliv sociální situaci již řadu let, stále není naplňováno v dostatečné míře. Klíčovým faktorem je přitom nedokončený proces deinstitucionalizace, který kvůli množství přetrvávajících problémů neumožňuje plnou nezávislost lidí v obtížné sociální situaci a jejich zapojení do života společnosti. Jak pak ukazuje výzkum veřejného ochránce práv, cestou ke zlepšení stávající situace by mohlo být lepší strategické plánování, zaměření se na podporu individualizovaných služeb a zajištění účinného zapojení lidí s postižením do tvorby a monitorování těchto změn.

Dramaterapie

– Poruchy autistického spektra

Dramaterapie je jedním z oborů uměleckých terapií, který využívá divadla a divadelních prostředků k dosažení terapeutických cílů v procesu psychologického růstu a změny.

■ **Text: Mgr. et Mgr. Kristýna Hlaváčová,** školní psychologka, dramaterapeutka, učitelka, průvodkyně dětí i rodičů v lesním klubu, lektorka sebezkušenostních, vzdělávacích, zážitkových, adaptačních a smelovacích kurzů pro děti, dospívající i dospělé

Mezi hlavní cíle dramaterapeutického procesu patří naučit se prožívat a vyjadřovat vlastní emoce přijatelným a kontrolovaným způsobem, dále objevit možnosti, jak vnímat a pozorovat sebe sama v kontextu minulosti, přítomnosti a budoucnosti i svého okolí, a také rozšiřovat repertoár vlastních rolí, a tím i možnosti, jak zvládat a řešit různé situace novým, kreativním způsobem. Na základě toho může dojít k pozitivní změně vlastního sebeobrazu a sebehodnoty. Všechny jmenované cíle vedou ke zlepšení dovedností v oblasti mezilidských vztahů a také k rozšíření vlastní perspektivy ve všech oblastech života.

Divadelní prostředky, které v dramaterapii k dosažení zmiňovaných cílů využíváme, zahrnují pohyb, pantomimu, práci s hlasem, dramatické hry, scénické hry, rolové hry, improvizace, příběhy, pohádky, mýty, rekvizity, kostýmy, masky, loutky atd. Dramaterapii je vhodné aplikovat jak v klinické, tak v sociální sféře i školství, je možné využít formu individuální i skupinovou.

» Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra (PAS) neboli pervazivní vývojové poruchy patří mezi nejzávažnější poruchy mentálního vývoje, jenž bývá narušen do hloubky a zároveň v mnoha směrech. Kvůli vrozenému postižení mozkových funkcí, které umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení, dochází u jedinců s PAS k odlišnému způsobu vnímání, prožívání i chování, než je běžné. Manifestace projevů je však velice různorodá, jednotlivé symptomy se mohou vyskytovat jak v různé frekvenci, tak v různé intenzitě a s věkem se mohou měnit.

PAS se diagnostikují vždy na základě určitých sumy symptomů ve specifických oblastech, nestačí jen několik projevů. V České republice je relativně rozšířená např. škála CARS (Škála dětského autistického chování

autorů Schoplera a Reichlera z roku 1988), při preventivní pediatričce prohlídce v 18 měsících dítěte se u nás používá screeningový dotazník M-CHAT-R, který hodnotí riziko výskytu PAS. Nedokáže však zachytit mírnější formy autismu. PAS se diagnostikují nezávisle na dalších onemocněních či poruchách, což může diagnostický proces poněkud ztížit.

Britská psychiatrická Lorna Wingová však v 70. letech minulého století vymezila tři klíčové oblasti, které jsou pro stanovení diagnózy zásadní. Do tzv. triády poškození patří potíže v sociálním chování, komunikaci a představitosti. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 se mezi pervazivní vývojové poruchy řadí dětský autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom, atypický autismus a další deintegrativní, pervazivní či nespecifikované poruchy.

» Dramaterapie u klientů s PAS

Klienti s PAS mívají různé a často i velice odlišné projevy chování. Obtíže však neplnou pouze z nezájmu o sociální interakci, oční kontakt či sdílení pozornosti. Bývají způsobeny nejistotou, neschopností navázat kontakt s ostatními či úzkostí z nepředvídatelnosti a nečitelnosti situace.

»»» 36

««« 35

Při práci s klienty s PAS nelze cílit na změnu způsobu vnímání, prožívání nebo uvažování. Naopak je velmi důležité respektovat a využít jejich způsoby fungování a zahrnout všechny individuální rozdíly a obtíže. Prostřednictvím dramaterapie můžeme u klientů rozvíjet schopnost vyjadřovat emoce, imaginaci, komunikační a sociální dovednosti a vždy přizpůsobit techniky úrovni, na které se klienti aktuálně nacházejí.

Dobrým příkladem z praxe může být využití techniky Zrcadlo ve skupině dětí s PAS. Zrcadlení je v dramaterapii běžnou a hojně využívanou technikou zaměřenou na vyjadřování emocí, rozvoj hravosti, improvizace, pozorování a koncentrace pozornosti, ale i k posílení skupinové interakce a soudržnosti. Technika má různé podoby a modifikace jako např. skupinové, kruhové či párové zrcadlo, hlasové, zvukové, mimické, pohybové zrcadlo. Podstata techniky je zřejmá – jeden klient či terapeut improvizuje (hlasem, pohybem, slovem, výrazem v obličeji...) a jeho partner či skupina projevy zrcadlí.

Britská univerzitní profesorka Carmel Conn popisuje např. zkušenost s reakcí pětileté holčičky s PAS při využití této techniky. Dívčátko projevovalo v běžných situacích jen velmi malý zájem o kontakt s ostatními lidmi a jeho mezilidské interakce byly pomíjivé. Skupina dětí seděla při dramaterapeutickém setkání v kruhu a všechny vždy zrcadlily pohyby jednoho vybraného klienta.

Když přišla na řadu tato holčička, zpočátku se zdálo, že nevnímá, co se okolo ní děje. Broukala si pro sebe a hrála si s prsty na ruce. Po chvíli, kdy skupina její projevy stále zrcadlila, začala provádět záměrné pohyby a zároveň dávala pozor, aby skupina zvládla vše zrcadlit. Cvičení prováděla s velikým zaujetím, koncentrací a bylo zřejmé, že si jej užívá stejně jako ostatní děti.

Pro klienty s PAS bývá vhodná skupinová forma dramaterapie o počtu cca 3–10 účastníků s ohledem na jejich individuální potřeby. Přínosné může být také využití programů na podporu sociálního a emočního vývoje, zdraví a životní spokojenosti, které kromě klientů s PAS zapojí i jejich vrstevníky bez těchto poruch, neboť zde dochází k rozvoji všech zúčastněných.

Vrstevnické programy pořádá např. nezisková organizace SENSE Theatre, založená Blythe Corbett v roce 2009 ve městě Davis v Kalifornii. Program zahrnuje 10 setkání klientů s PAS s peer-herci vyškolenými pro práci s lidmi s autismem. Klientům herci poskytují modely sociální interakce a emocionálního vyjadřování, využívají také videozáznamy a jejich následný rozbor. Pilotní studie z roku 2011, která měla



za úkol zhodnotit vliv tohoto programu na socio-emocionální fungování zúčastněných dětí, však neprokázala statisticky významné změny.

Důvodem nejednoznačnosti výsledků mohl být malý rozsah výzkumného vzorku. Výzkum z roku 2020 již potvrdil signifikantní zlepšení v oblasti společné hry a zároveň snížení úzkosti u dětí s autismem, které program absolvovaly. Obdobnými výzkumy vlivu dramaterapie na rozvoj problémových oblastí u klientů s PAS se zabývá např. projekt Imagining Autism britské University of Kent nebo indická nezisková organizace Velvi.

► Velvi Drama for Autism

Neziskovou organizaci Velvi založil v indickém městě Madurai v roce 1998 zdejší univerzitní profesor Parasuram Ramamoorthi. Původním cílem organizace bylo vytvářet divadlo pro vězně a další znevýhodněné sociální skupiny. Od roku 2004 zde funguje velmi úspěšné centrum Velvi Drama for Autism Center, které mimo jiné pořádá workshopy v různých městech v Indii i po celém světě. Dramaterapeutický program Velvi má čtyři hlavní kroky – „ice breaking“ (zahájení v kruhu, představení se pohybem a zvukem), rozehrátí (hlasové rozehrátí, pohyb po místnosti, zrcadlení...), hlavní aktivity a dramatická hra (masky, malování na tělo, dramatická hra...), zakončení (diskuze).

Přínos tohoto programu byl hodnocen prostřednictvím výzkumu, kterého se účastnilo 16 dětí s PAS. Všichni účastníci docházeli různě dlouhou dobu do centra Velvi a nejméně po dobu jednoho roku se věnovali dramaterapii (v centru Velvi nebo v domácím prostředí) alespoň jednou týdně. Na začátku a na konci tohoto období vyplnili rodiče nebo jiné pečující osoby dotazník ohledně dovedností dětí v klíčových oblastech, na jejichž rozvoj se program zaměřuje.

Z výsledků výzkumu plyne, že účast v programu měla u klientů signifikantní vliv na zlepšení ve většině hodnocených oblastí jako např. společná hra, navazování očního kontaktu, umění zahájit konverzaci, vyjadřování sympatií a empatie, chování

přiměřené sociální situaci, žádost o pomoc a nabídnutí pomoci ostatním, rozpoznání humoru, verbální vyjádření vlastních pocitů atd. Naopak jediná kategorie, kde se rozdíl neprojevil, byla samostatná hra, která je obvyklým projevem jedinců s PAS.

Dramaterapie jako stále se rozvíjející umělecko-terapeutický obor má v oblasti práce s klienty s PAS velké možnosti uplatnění. V České republice je možné absolvovat tříleté sebezkušenostní studium Dramaterapie na škole Akademie Alternativa, s.r.o., v Olomouci a získat zde profesní označení Diplomovaný terapeut.

Literatura a zdroje:

- CONN, C., et al. *Using Drama with Children on the Autism Spectrum*. Oxford: Routledge, 2019.
- CORBETT, B. Brief Report: Theatre as Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism & Developmental Disorders*. 2011, roč. 41, s. 505-511.
- EMUNAH, R. *Acting for real: Drama Therapy Proces, Technique and Performance*. Oxford: Taylor & Francis Ltd, 2019.
- GILLIS, J., CALLAHAN, E., ROAMNCZYK, R. *Assessment of social behavior in children with autism: The development of the Behavioral Assessment of Social Interactions in Young Children*. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011, roč. 5, č. 1, s. 351-360.
- Haythorne, D., SEYMOUR, A. *Dramatherapy and autism*. London: Routledge, 2017.
- IOANNOU, S., MUSCATELLO, R., KLEMENCIC, M., CORBETT, B. Peer actors and theatre techniques play pivotal roles in improving social play and anxiety for children with autism. *Frontiers in Psychology*. 2020, roč. 11, čl. 908.
- JENNINGS, S. *The Handbook of Dramatherapy*. London: Routledge, 1994.
- MANNA, N. *Velvi's Theatre Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder (ASD): An Assessment of Effect of Drama Therapy*. *Indian Journal of Health and Well-being*. 2021, roč. 12, č. 3, s. 361-366.
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006.

Právní poradna

**Na dotazy odpovídá právník
školských odborů
Mgr. Ing. Vít Berka.**

Přerušení dovolené z důvodu nemoci

Podle ustanovení § 219 zákoníku práce, bude-li zaměstnanec během dovolené uznán práce neschopným, dovolená se mu přerušuje. Co konkrétně lze rozumět přerušením dovolené? Platí, že na zbylou část dovolené nastupuje zaměstnanec automaticky po skončení této překážky v práci (pracovní neschopnosti)?

O přerušení dovolené v pravém slova smyslu může jít pouze v případech, kdy zaměstnanec začne čerpat dovolenou, potom nastane důvod k jejímu přerušení (překážka v práci, kterou předpokládá výslovně ustanovení § 219 odst. 1 ZP) a tento důvod pomine ještě v době, kdy měl zaměstnanec dovolenou čerpat. Důsledkem přerušení bude skutečnost, že v době, která byla zaměstnanci určena zaměstnavatelem jako doba čerpání dovolené, vyčerpá zaměstnanec menší část dovolené, než kdyby k přerušení vůbec nedošlo (v daném případě, kdyby zaměstnanec neonemocněl).

Institut přerušení dovolené nelze chápat tak, že zaměstnanec měl vyčerpát určitou



část dovolené, a protože se tak v původně určené době ze zákonem předpokládaného důvodu nestalo, dočerpá celou zbývající dovolenou po skončení překážky, která způsobila její přerušení. Takový následek nemůže mít přerušení dovolené už jenom z toho důvodu, že zaměstnanec by čerpal dovolenou v jiné době, než kterou mu určil zaměstnavatel, a tato dovolená by ztratila

vazbu na rozhodování zaměstnavatele, na jeho provozní důvody a na rozvrh čerpání dovolené vůbec.

Dotaz a odpověď byly převzaty z Týdeníku ŠKOLSTVÍ (číslo 35/36 z 18. listopadu 2024) z rubriky Právník radí. Na právní poradenství zdarma mají nárok předplatitelé Týdeníku ŠKOLSTVÍ.

Doplňte název zvířete

Na vynechané místo doplňte název zvířete, které se vám do přísloví nejvíce hodí.

- _____ se nažere a _____ zůstane celá.
- Jako udělat _____ zahradníkem.
- Je to jako házet perly _____.
- Ranní _____ dál doskáče.
- _____ i návštěva třetí den smrdí.
- Lepší _____ v hrsti než _____ na střeše.
- _____, který štěká, nekouše.
- Potrefená _____ nejvíce kejhá.
- Jedna _____ jaro nedělá.
- _____ žene z lesů hlad.
- _____ k _____ sedá, rovný rovného si hledá.
- _____ oči nevyklove.
- Zadarmo ani _____ nehrabe.
- _____ močál vždy najde.
- Malé _____ také _____.
- My o _____ a _____ za dveřmi.
- Má oko z Kašparovy _____.
- Na každou _____ se vaří voda.
- Nekupuj _____ v pytli.
- Pečení _____ nelétají do huby.
- Pilná _____ jaro dělá.
- Po tmě je každá _____ černá.
- _____ ocas nenarovnáš.
- _____ poznáš po peří, _____ po srsti, člověka po řeči.
- Rozumí tomu jako _____ petrželi.
- _____ hledá, kde je hloub, člověk, kde líp.
- Stokrát nic umořilo _____.
- Ševcova žena a kovářova _____ chodí boso.
- Když _____ lapají, pěkně mu zpívají.
- Dočkej času, jako _____ klasu.
- Darovanému _____ na zuby nehleď.
- Každá _____ svůj ocas chválí.
- Starého _____ novým kouskům nenaučíš.
- Co jsi z úst vypustil, ani párem _____ nedostaneš zpět.
- Jaký pán, takový _____.
- Kdo chce _____ být, hůl si vždy najde.
- Kdo chce s _____ žít, musí s nimi výt.
- Když _____ není doma, _____ mají prě.
- _____ dlouhou bradu má, a přece není mudrc.
- _____ jest jednou _____, člověk dvakrát dítětem.

husa; 31 – koni; 32 – liška; 33 – ps; 34 – koň; 35 – pes; 36 – psa; 37 – vlky; 38 – kocour; 39 – kuň; 40 – koze; 41 – vlk; 42 – koza; 43 – vlk; 44 – vlk; 45 – vlk; 46 – vlk; 47 – vlk; 48 – vlk; 49 – vlk; 50 – vlk; 51 – vlk; 52 – vlk; 53 – vlk; 54 – vlk; 55 – vlk; 56 – vlk; 57 – vlk; 58 – vlk; 59 – vlk; 60 – vlk; 61 – vlk; 62 – vlk; 63 – vlk; 64 – vlk; 65 – vlk; 66 – vlk; 67 – vlk; 68 – vlk; 69 – vlk; 70 – vlk; 71 – vlk; 72 – vlk; 73 – vlk; 74 – vlk; 75 – vlk; 76 – vlk; 77 – vlk; 78 – vlk; 79 – vlk; 80 – vlk; 81 – vlk; 82 – vlk; 83 – vlk; 84 – vlk; 85 – vlk; 86 – vlk; 87 – vlk; 88 – vlk; 89 – vlk; 90 – vlk; 91 – vlk; 92 – vlk; 93 – vlk; 94 – vlk; 95 – vlk; 96 – vlk; 97 – vlk; 98 – vlk; 99 – vlk; 100 – vlk; 101 – vlk; 102 – vlk; 103 – vlk; 104 – vlk; 105 – vlk; 106 – vlk; 107 – vlk; 108 – vlk; 109 – vlk; 110 – vlk; 111 – vlk; 112 – vlk; 113 – vlk; 114 – vlk; 115 – vlk; 116 – vlk; 117 – vlk; 118 – vlk; 119 – vlk; 120 – vlk; 121 – vlk; 122 – vlk; 123 – vlk; 124 – vlk; 125 – vlk; 126 – vlk; 127 – vlk; 128 – vlk; 129 – vlk; 130 – vlk; 131 – vlk; 132 – vlk; 133 – vlk; 134 – vlk; 135 – vlk; 136 – vlk; 137 – vlk; 138 – vlk; 139 – vlk; 140 – vlk; 141 – vlk; 142 – vlk; 143 – vlk; 144 – vlk; 145 – vlk; 146 – vlk; 147 – vlk; 148 – vlk; 149 – vlk; 150 – vlk; 151 – vlk; 152 – vlk; 153 – vlk; 154 – vlk; 155 – vlk; 156 – vlk; 157 – vlk; 158 – vlk; 159 – vlk; 160 – vlk; 161 – vlk; 162 – vlk; 163 – vlk; 164 – vlk; 165 – vlk; 166 – vlk; 167 – vlk; 168 – vlk; 169 – vlk; 170 – vlk; 171 – vlk; 172 – vlk; 173 – vlk; 174 – vlk; 175 – vlk; 176 – vlk; 177 – vlk; 178 – vlk; 179 – vlk; 180 – vlk; 181 – vlk; 182 – vlk; 183 – vlk; 184 – vlk; 185 – vlk; 186 – vlk; 187 – vlk; 188 – vlk; 189 – vlk; 190 – vlk; 191 – vlk; 192 – vlk; 193 – vlk; 194 – vlk; 195 – vlk; 196 – vlk; 197 – vlk; 198 – vlk; 199 – vlk; 200 – vlk; 201 – vlk; 202 – vlk; 203 – vlk; 204 – vlk; 205 – vlk; 206 – vlk; 207 – vlk; 208 – vlk; 209 – vlk; 210 – vlk; 211 – vlk; 212 – vlk; 213 – vlk; 214 – vlk; 215 – vlk; 216 – vlk; 217 – vlk; 218 – vlk; 219 – vlk; 220 – vlk; 221 – vlk; 222 – vlk; 223 – vlk; 224 – vlk; 225 – vlk; 226 – vlk; 227 – vlk; 228 – vlk; 229 – vlk; 230 – vlk; 231 – vlk; 232 – vlk; 233 – vlk; 234 – vlk; 235 – vlk; 236 – vlk; 237 – vlk; 238 – vlk; 239 – vlk; 240 – vlk; 241 – vlk; 242 – vlk; 243 – vlk; 244 – vlk; 245 – vlk; 246 – vlk; 247 – vlk; 248 – vlk; 249 – vlk; 250 – vlk; 251 – vlk; 252 – vlk; 253 – vlk; 254 – vlk; 255 – vlk; 256 – vlk; 257 – vlk; 258 – vlk; 259 – vlk; 260 – vlk; 261 – vlk; 262 – vlk; 263 – vlk; 264 – vlk; 265 – vlk; 266 – vlk; 267 – vlk; 268 – vlk; 269 – vlk; 270 – vlk; 271 – vlk; 272 – vlk; 273 – vlk; 274 – vlk; 275 – vlk; 276 – vlk; 277 – vlk; 278 – vlk; 279 – vlk; 280 – vlk; 281 – vlk; 282 – vlk; 283 – vlk; 284 – vlk; 285 – vlk; 286 – vlk; 287 – vlk; 288 – vlk; 289 – vlk; 290 – vlk; 291 – vlk; 292 – vlk; 293 – vlk; 294 – vlk; 295 – vlk; 296 – vlk; 297 – vlk; 298 – vlk; 299 – vlk; 300 – vlk; 301 – vlk; 302 – vlk; 303 – vlk; 304 – vlk; 305 – vlk; 306 – vlk; 307 – vlk; 308 – vlk; 309 – vlk; 310 – vlk; 311 – vlk; 312 – vlk; 313 – vlk; 314 – vlk; 315 – vlk; 316 – vlk; 317 – vlk; 318 – vlk; 319 – vlk; 320 – vlk; 321 – vlk; 322 – vlk; 323 – vlk; 324 – vlk; 325 – vlk; 326 – vlk; 327 – vlk; 328 – vlk; 329 – vlk; 330 – vlk; 331 – vlk; 332 – vlk; 333 – vlk; 334 – vlk; 335 – vlk; 336 – vlk; 337 – vlk; 338 – vlk; 339 – vlk; 340 – vlk; 341 – vlk; 342 – vlk; 343 – vlk; 344 – vlk; 345 – vlk; 346 – vlk; 347 – vlk; 348 – vlk; 349 – vlk; 350 – vlk; 351 – vlk; 352 – vlk; 353 – vlk; 354 – vlk; 355 – vlk; 356 – vlk; 357 – vlk; 358 – vlk; 359 – vlk; 360 – vlk; 361 – vlk; 362 – vlk; 363 – vlk; 364 – vlk; 365 – vlk; 366 – vlk; 367 – vlk; 368 – vlk; 369 – vlk; 370 – vlk; 371 – vlk; 372 – vlk; 373 – vlk; 374 – vlk; 375 – vlk; 376 – vlk; 377 – vlk; 378 – vlk; 379 – vlk; 380 – vlk; 381 – vlk; 382 – vlk; 383 – vlk; 384 – vlk; 385 – vlk; 386 – vlk; 387 – vlk; 388 – vlk; 389 – vlk; 390 – vlk; 391 – vlk; 392 – vlk; 393 – vlk; 394 – vlk; 395 – vlk; 396 – vlk; 397 – vlk; 398 – vlk; 399 – vlk; 400 – vlk; 401 – vlk; 402 – vlk; 403 – vlk; 404 – vlk; 405 – vlk; 406 – vlk; 407 – vlk; 408 – vlk; 409 – vlk; 410 – vlk; 411 – vlk; 412 – vlk; 413 – vlk; 414 – vlk; 415 – vlk; 416 – vlk; 417 – vlk; 418 – vlk; 419 – vlk; 420 – vlk; 421 – vlk; 422 – vlk; 423 – vlk; 424 – vlk; 425 – vlk; 426 – vlk; 427 – vlk; 428 – vlk; 429 – vlk; 430 – vlk; 431 – vlk; 432 – vlk; 433 – vlk; 434 – vlk; 435 – vlk; 436 – vlk; 437 – vlk; 438 – vlk; 439 – vlk; 440 – vlk; 441 – vlk; 442 – vlk; 443 – vlk; 444 – vlk; 445 – vlk; 446 – vlk; 447 – vlk; 448 – vlk; 449 – vlk; 450 – vlk; 451 – vlk; 452 – vlk; 453 – vlk; 454 – vlk; 455 – vlk; 456 – vlk; 457 – vlk; 458 – vlk; 459 – vlk; 460 – vlk; 461 – vlk; 462 – vlk; 463 – vlk; 464 – vlk; 465 – vlk; 466 – vlk; 467 – vlk; 468 – vlk; 469 – vlk; 470 – vlk; 471 – vlk; 472 – vlk; 473 – vlk; 474 – vlk; 475 – vlk; 476 – vlk; 477 – vlk; 478 – vlk; 479 – vlk; 480 – vlk; 481 – vlk; 482 – vlk; 483 – vlk; 484 – vlk; 485 – vlk; 486 – vlk; 487 – vlk; 488 – vlk; 489 – vlk; 490 – vlk; 491 – vlk; 492 – vlk; 493 – vlk; 494 – vlk; 495 – vlk; 496 – vlk; 497 – vlk; 498 – vlk; 499 – vlk; 500 – vlk; 501 – vlk; 502 – vlk; 503 – vlk; 504 – vlk; 505 – vlk; 506 – vlk; 507 – vlk; 508 – vlk; 509 – vlk; 510 – vlk; 511 – vlk; 512 – vlk; 513 – vlk; 514 – vlk; 515 – vlk; 516 – vlk; 517 – vlk; 518 – vlk; 519 – vlk; 520 – vlk; 521 – vlk; 522 – vlk; 523 – vlk; 524 – vlk; 525 – vlk; 526 – vlk; 527 – vlk; 528 – vlk; 529 – vlk; 530 – vlk; 531 – vlk; 532 – vlk; 533 – vlk; 534 – vlk; 535 – vlk; 536 – vlk; 537 – vlk; 538 – vlk; 539 – vlk; 540 – vlk; 541 – vlk; 542 – vlk; 543 – vlk; 544 – vlk; 545 – vlk; 546 – vlk; 547 – vlk; 548 – vlk; 549 – vlk; 550 – vlk; 551 – vlk; 552 – vlk; 553 – vlk; 554 – vlk; 555 – vlk; 556 – vlk; 557 – vlk; 558 – vlk; 559 – vlk; 560 – vlk; 561 – vlk; 562 – vlk; 563 – vlk; 564 – vlk; 565 – vlk; 566 – vlk; 567 – vlk; 568 – vlk; 569 – vlk; 570 – vlk; 571 – vlk; 572 – vlk; 573 – vlk; 574 – vlk; 575 – vlk; 576 – vlk; 577 – vlk; 578 – vlk; 579 – vlk; 580 – vlk; 581 – vlk; 582 – vlk; 583 – vlk; 584 – vlk; 585 – vlk; 586 – vlk; 587 – vlk; 588 – vlk; 589 – vlk; 590 – vlk; 591 – vlk; 592 – vlk; 593 – vlk; 594 – vlk; 595 – vlk; 596 – vlk; 597 – vlk; 598 – vlk; 599 – vlk; 600 – vlk; 601 – vlk; 602 – vlk; 603 – vlk; 604 – vlk; 605 – vlk; 606 – vlk; 607 – vlk; 608 – vlk; 609 – vlk; 610 – vlk; 611 – vlk; 612 – vlk; 613 – vlk; 614 – vlk; 615 – vlk; 616 – vlk; 617 – vlk; 618 – vlk; 619 – vlk; 620 – vlk; 621 – vlk; 622 – vlk; 623 – vlk; 624 – vlk; 625 – vlk; 626 – vlk; 627 – vlk; 628 – vlk; 629 – vlk; 630 – vlk; 631 – vlk; 632 – vlk; 633 – vlk; 634 – vlk; 635 – vlk; 636 – vlk; 637 – vlk; 638 – vlk; 639 – vlk; 640 – vlk; 641 – vlk; 642 – vlk; 643 – vlk; 644 – vlk; 645 – vlk; 646 – vlk; 647 – vlk; 648 – vlk; 649 – vlk; 650 – vlk; 651 – vlk; 652 – vlk; 653 – vlk; 654 – vlk; 655 – vlk; 656 – vlk; 657 – vlk; 658 – vlk; 659 – vlk; 660 – vlk; 661 – vlk; 662 – vlk; 663 – vlk; 664 – vlk; 665 – vlk; 666 – vlk; 667 – vlk; 668 – vlk; 669 – vlk; 670 – vlk; 671 – vlk; 672 – vlk; 673 – vlk; 674 – vlk; 675 – vlk; 676 – vlk; 677 – vlk; 678 – vlk; 679 – vlk; 680 – vlk; 681 – vlk; 682 – vlk; 683 – vlk; 684 – vlk; 685 – vlk; 686 – vlk; 687 – vlk; 688 – vlk; 689 – vlk; 690 – vlk; 691 – vlk; 692 – vlk; 693 – vlk; 694 – vlk; 695 – vlk; 696 – vlk; 697 – vlk; 698 – vlk; 699 – vlk; 700 – vlk; 701 – vlk; 702 – vlk; 703 – vlk; 704 – vlk; 705 – vlk; 706 – vlk; 707 – vlk; 708 – vlk; 709 – vlk; 710 – vlk; 711 – vlk; 712 – vlk; 713 – vlk; 714 – vlk; 715 – vlk; 716 – vlk; 717 – vlk; 718 – vlk; 719 – vlk; 720 – vlk; 721 – vlk; 722 – vlk; 723 – vlk; 724 – vlk; 725 – vlk; 726 – vlk; 727 – vlk; 728 – vlk; 729 – vlk; 730 – vlk; 731 – vlk; 732 – vlk; 733 – vlk; 734 – vlk; 735 – vlk; 736 – vlk; 737 – vlk; 738 – vlk; 739 – vlk; 740 – vlk; 741 – vlk; 742 – vlk; 743 – vlk; 744 – vlk; 745 – vlk; 746 – vlk; 747 – vlk; 748 – vlk; 749 – vlk; 750 – vlk; 751 – vlk; 752 – vlk; 753 – vlk; 754 – vlk; 755 – vlk; 756 – vlk; 757 – vlk; 758 – vlk; 759 – vlk; 760 – vlk; 761 – vlk; 762 – vlk; 763 – vlk; 764 – vlk; 765 – vlk; 766 – vlk; 767 – vlk; 768 – vlk; 769 – vlk; 770 – vlk; 771 – vlk; 772 – vlk; 773 – vlk; 774 – vlk; 775 – vlk; 776 – vlk; 777 – vlk; 778 – vlk; 779 – vlk; 780 – vlk; 781 – vlk; 782 – vlk; 783 – vlk; 784 – vlk; 785 – vlk; 786 – vlk; 787 – vlk; 788 – vlk; 789 – vlk; 790 – vlk; 791 – vlk; 792 – vlk; 793 – vlk; 794 – vlk; 795 – vlk; 796 – vlk; 797 – vlk; 798 – vlk; 799 – vlk; 800 – vlk; 801 – vlk; 802 – vlk; 803 – vlk; 804 – vlk; 805 – vlk; 806 – vlk; 807 – vlk; 808 – vlk; 809 – vlk; 810 – vlk; 811 – vlk; 812 – vlk; 813 – vlk; 814 – vlk; 815 – vlk; 816 – vlk; 817 – vlk; 818 – vlk; 819 – vlk; 820 – vlk; 821 – vlk; 822 – vlk; 823 – vlk; 824 – vlk; 825 – vlk; 826 – vlk; 827 – vlk; 828 – vlk; 829 – vlk; 830 – vlk; 831 – vlk; 832 – vlk; 833 – vlk; 834 – vlk; 835 – vlk; 836 – vlk; 837 – vlk; 838 – vlk; 839 – vlk; 840 – vlk; 841 – vlk; 842 – vlk; 843 – vlk; 844 – vlk; 845 – vlk; 846 – vlk; 847 – vlk; 848 – vlk; 849 – vlk; 850 – vlk; 851 – vlk; 852 – vlk; 853 – vlk; 854 – vlk; 855 – vlk; 856 – vlk; 857 – vlk; 858 – vlk; 859 – vlk; 860 – vlk; 861 – vlk; 862 – vlk; 863 – vlk; 864 – vlk; 865 – vlk; 866 – vlk; 867 – vlk; 868 – vlk; 869 – vlk; 870 – vlk; 871 – vlk; 872 – vlk; 873 – vlk; 874 – vlk; 875 – vlk; 876 – vlk; 877 – vlk; 878 – vlk; 879 – vlk; 880 – vlk; 881 – vlk; 882 – vlk; 883 – vlk; 884 – vlk; 885 – vlk; 886 – vlk; 887 – vlk; 888 – vlk; 889 – vlk; 890 – vlk; 891 – vlk; 892 – vlk; 893 – vlk; 894 – vlk; 895 – vlk; 896 – vlk; 897 – vlk; 898 – vlk; 899 – vlk; 900 – vlk; 901 – vlk; 902 – vlk; 903 – vlk; 904 – vlk; 905 – vlk; 906 – vlk; 907 – vlk; 908 – vlk; 909 – vlk; 910 – vlk; 911 – vlk; 912 – vlk; 913 – vlk; 914 – vlk; 915 – vlk; 916 – vlk; 917 – vlk; 918 – vlk; 919 – vlk; 920 – vlk; 921 – vlk; 922 – vlk; 923 – vlk; 924 – vlk; 925 – vlk; 926 – vlk; 927 – vlk; 928 – vlk; 929 – vlk; 930 – vlk; 931 – vlk; 932 – vlk; 933 – vlk; 934 – vlk; 935 – vlk; 936 – vlk; 937 – vlk; 938 – vlk; 939 – vlk; 940 – vlk; 941 – vlk; 942 – vlk; 943 – vlk; 944 – vlk; 945 – vlk; 946 – vlk; 947 – vlk; 948 – vlk; 949 – vlk; 950 – vlk; 951 – vlk; 952 – vlk; 953 – vlk; 954 – vlk; 955 – vlk; 956 – vlk; 957 – vlk; 958 – vlk; 959 – vlk; 960 – vlk; 961 – vlk; 962 – vlk; 963 – vlk; 964 – vlk; 965 – vlk; 966 – vlk; 967 – vlk; 968 – vlk; 969 – vlk; 970 – vlk; 971 – vlk; 972 – vlk; 973 – vlk; 974 – vlk; 975 – vlk; 976 – vlk; 977 – vlk; 978 – vlk; 979 – vlk; 980 – vlk; 981 – vlk; 982 – vlk; 983 – vlk; 984 – vlk; 985 – vlk; 986 – vlk; 987 – vlk; 988 – vlk; 989 – vlk; 990 – vlk; 991 – vlk; 992 – vlk; 993 – vlk; 994 – vlk; 995 – vlk; 996 – vlk; 997 – vlk; 998 – vlk; 999 – vlk; 1000 – vlk; 1001 – vlk; 1002 – vlk; 1003 – vlk; 1004 – vlk; 1005 – vlk; 1006 – vlk; 1007 – vlk; 1008 – vlk; 1009 – vlk; 1010 – vlk; 1011 – vlk; 1012 – vlk; 1013 – vlk; 1014 – vlk; 1015 – vlk; 1016 – vlk; 1017 – vlk; 1018 – vlk; 1019 – vlk; 1020 – vlk; 1021 – vlk; 1022 – vlk; 1023 – vlk; 1024 – vlk; 1025 – vlk; 1026 – vlk; 1027 – vlk; 1028 – vlk; 1029 – vlk; 1030 – vlk; 1031 – vlk; 1032 – vlk; 1033 – vlk; 1034 – vlk; 1035 – vlk; 1036 – vlk; 1037 – vlk; 1038 – vlk; 1039 – vlk; 1040 – vlk; 1041 – vlk; 1042 – vlk; 1043 – vlk; 1044 – vlk; 1045 – vlk; 1046 – vlk; 1047 – vlk; 1048 – vlk; 1049 – vlk; 1050 – vlk; 1051 – vlk; 1052 – vlk; 1053 – vlk; 1054 – vlk; 1055 – vlk; 1056 – vlk; 1057 – vlk; 1058 – vlk; 1059 – vlk; 1060 – vlk; 1061 – vlk; 1062 – vlk; 1063 – vlk; 1064 – vlk; 1065 – vlk; 1066 – vlk; 1067 – vlk; 1068 – vlk; 1069 – vlk; 1070 – vlk; 1071 – vlk; 1072 – vlk; 1073 – vlk; 1074 – vlk; 1075 – vlk; 1076 – vlk; 1077 – vlk; 1078 – vlk; 1079 – vlk; 1080 – vlk; 1081 – vlk; 1082 – vlk; 1083 – vlk; 1084 – vlk; 1085 – vlk; 1086 – vlk; 1087 – vlk; 1088 – vlk; 1089 – vlk; 1090 – vlk; 1091 – vlk; 1092 – vlk; 1093 – vlk; 1094 – vlk; 1095 – vlk; 1096 – vlk; 1097 – vlk; 1098 – vlk; 1099 – vlk; 1100 – vlk; 1101 – vlk; 1102 – vlk; 1103 – vlk; 1104 – vlk; 1105 – vlk; 1106 – vlk; 1107 – vlk; 1108 – vlk; 1109 – vlk; 1110 – vlk; 1111 – vlk; 1112 – vlk; 1113 – vlk; 1114 – vlk; 1115 – vlk; 1116 – vlk; 1117 – vlk; 1118 – vlk; 1119 – vlk; 1120 – vlk; 1121 – vlk; 1122 – vlk; 1123 – vlk; 1124 – vlk; 1125 – vlk; 1126 – vlk; 1127 – vlk; 1128 – vlk; 1129 – vlk; 1130 – vlk; 1131 – vlk; 1132 – vlk; 1133 – vlk; 1134 – vlk; 1135 – vlk; 1136 – vlk; 1137 – vlk; 1138 – vlk; 1139 – vlk; 1140 – vlk; 1141 – vlk; 1142 – vlk; 1143 – vlk; 1144 – vlk; 1145 – vlk; 1146 – vlk; 1147 – vlk; 1148 – vlk; 1149 – vlk; 1150 – vlk; 1151 – vlk; 1152 – vlk; 1153 – vlk; 1154 – vlk; 1155 – vlk; 1156 – vlk; 1157 – vlk; 1158 – vlk; 1159 – vlk; 1160 – vlk; 1161 – vlk; 1162 – vlk; 1163 – vlk; 1164 – vlk; 1165 – vlk; 1166 – vlk; 1167 – vlk; 1168 – vlk; 1169 – vlk; 1170 – vlk; 1171 – vlk; 1172 – vlk; 1173 – vlk; 1174 – vlk; 1175 – vlk; 1176 – vlk; 1177 – vlk; 1178 – vlk; 1179 – vlk; 1180 – vlk; 1181 – vlk; 1182 – vlk; 1183 – vlk; 1184 – vlk; 1185 – vlk; 1186 – vlk; 1187 – vlk; 1188 – vlk; 1189 – vlk; 1190 – vlk; 1191 – vlk; 1192 – vlk; 1193 – vlk; 1194 – vlk; 1195 – vlk; 1196 – vlk; 1197 – vlk; 1198 – vlk; 1199 – vlk; 1200 – vlk; 1201 – vlk; 1202 – vlk; 1203 – vlk; 1204 – vlk; 1205 – vlk; 1206 – vlk; 1207 – vlk; 1208 – vlk; 1209 – vlk; 1210 – vlk; 1211 – vlk; 1212 – vlk; 1213 – vlk; 1214 – vlk; 1215 – vlk; 1216 – vlk; 1217 – vlk; 1218 – vlk; 1219 – vlk; 1220 – vlk; 1221 – vlk; 1222 – vlk; 1223 – vlk; 1224 – vlk; 1225 – vlk; 1226 – vlk; 1227 – vlk; 1228 – vlk; 1229 – vlk; 1230 – vlk; 1231 – vlk; 1232 – vlk; 1233 – vlk; 1234 – vlk; 1235 – vlk; 1236 – vlk; 1237 – vlk; 1238 – vlk; 1239 – vlk; 1240 – vlk; 1241 – vlk; 1242 – vlk; 1243 – vlk; 1244 – vlk; 1245 – vlk; 1246 – vlk; 1247 – vlk; 1248 – vlk; 1249 – vlk; 1250 – vlk; 1251 – vlk; 1252 – vlk; 1253 – vlk; 1254 – vlk; 1255 – vlk; 1256 – vlk; 1257 – vlk; 1258 – vlk; 1259 – vlk; 1260 – vlk; 1261 – vlk; 1262 – vlk; 1263 – vlk; 1264 – vlk; 1265 – vlk; 1266 – vlk; 1267 – vlk; 1268 – vlk; 1269 – vlk; 1270 – vlk; 1271 – vlk; 1272 – vlk; 1273 – vlk; 1274 – vlk; 1275 – vlk; 1276 – vlk; 1277 – vlk; 1278 – vlk; 1279 – vlk; 1280 – vlk; 1281 – vlk; 1282 – vlk; 1283 – vlk; 1284 – vlk; 1285 – vlk; 1286 – vlk; 1287 – vlk; 1288 – vlk; 1289 – vlk; 1290 – vlk; 1291 – vlk; 1292 – vlk; 1293 – vlk; 1294 – vlk; 1295 – vlk; 1296 – vlk; 1297 – vlk; 1298 – vlk; 1299 – vlk; 1300 – vlk; 1301 – vlk; 1302 – vlk; 1303 – vlk; 1304 – vlk; 1305 – vlk; 1306 – vlk; 1307 – vlk; 1308 – vlk; 1309 – vlk; 1310 – vlk; 1311 – vlk; 1312 – vl



Držitelé certifikátu Značka kvality v sociálních službách

www.znackakvality.info

Centrum sociálních služeb města Letovice, p. o.

Pobytová sociální služba Domov pro seniory Letovice funguje od roku 2005, jejím zřizovatelem je Město Letovice. Zařízení je umístěno v klidné části města poblíž zámeckého parku, školy a školky, je přirozenou součástí městské zástavby a je přístupné i veřejnosti. Čtyřpodlažní budova domova je zcela bezbariérová, moderně vybavená a přizpůsobená seniorům. Celková kapacita zařízení je 72 lůžek. Klienti jsou ubytováni na jedno-, dvou- a třílůžkových, plně vybavených pokojích. Zařízení nabízí pestrout nabídku aktivit. Součástí vybavení domova je výtah, vlastní kuchyně, ordinace praktického lékaře, kadeřnictví, obchod s kavárničkou, ekumenická místnost, dílnička, místnost pro aktivity uživatelů, fyzioterapie, relaxační místnost a zahrada s altánem a jezírkiem. Ošetřovatelská služba je individuálně nastavená, a to včetně rehabilitační a zdravotní péče. Od roku 2009 pracujeme s konceptem Bazální stimulace.

Příklad dobré praxe:

Zooterapie – zvířecí návštěvy jsou našimi uživateli vnímány velmi pozitivně. Pravidelně nás navštěvují psi na canisterapii. V domově chováme zakrslého králíka, který je rovněž využíván k individuální terapii. Na chodbách máme několik terárií s více druhy želvíček a akvária s rybičkami. Obzvláště oblíbené jsou lamoterapie a hipoterapie.

Zabijačkové hody – tato akce patří mezi nejoblíbenější v roce. Ve spolupráci s lokálním

řeznictvím se snažíme prezentovat tento den i jako vzpomínku na dobu, kdy uživatelé zažívali zabijačky sami v domácím prostředí. Řezník předvádí porcování masa, přípravu náplně do jitrnic a tlačenek a plnění střívek. Na zahradě probíhá příprava masa ve velkém kotli nad ohněm, jehož výsledkem je pravá zabijačková polévka. Akce je zakončena ochutnávkou. Produkty z této akce jsou zakomponovány do jídelníčku uživatelů.



Centrum sociálních služeb města Letovice, p. o.

J. Haška 1082/12
679 61 Letovice

Certifikace:

Ubytování	★★★★★
Strava	★★★★★
Volný čas a kultura	★★★★★
Partnerství	★★★★★
Péče	★★★★★
Bodové hodnocení	851 bodů
Celkové hodnocení	★★★★★



Držitelé osvědčení

Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách

<https://certifikace.paliativni-pristup.cz/>

Domov pro seniory Kaplice

Míru 366, 382 41 Kaplice

Stupeň certifikace: **ROZŠÍŘENÝ**

Domov pro seniory Kaplice je příspěvková organizace zřízená Jihočeským krajem. Najdete nás ve městě Kaplice, kde poskytujeme registrovanou službu pro 54 dospělých občanů se zdravotním postižením a seniorům s dolní věkovou hranicí 55 let.

Příklady dobré praxe:

Propojení koncepcí v Domově pro seniory Kaplice – Paní Adélu postihlo v sedmdesáti letech neurodegenerativní onemocnění mozku s rychlým a závažným postižením kognitivních funkcí a pohybového aparátu. Do našeho domova nastou-



pila po pobytu v odlehčovací zařízení a její zdravotní stav byl velmi závažný. Paní Adéla byla první klientkou, kde byla využita současně biografie, bazální stimulace a paliativní péče. Prostřednictvím propojení

těchto konceptů se nám podařilo nastavit vhodné způsoby komunikace, vytvořit mezi klientkou, rodinou a pečujícími vztah založený na zájmu a vzájemné důvěře, a pečovat tak, aby bylo dosaženo maximálního pokrytí nejen základních, ale též vyšších potřeb klientky, rodiny, ale i pečujících. Znalost životního příběhu klientky usnadnila sestavování samotného plánu paliativní péče i volbu technik, které jsme posléze uplatňovali v rámci bazální stimulace. Díky dobře nastavené paliativní péči jsme dochovali paní Adélu v našem domově, zemřela v klidu, bez bolesti, obklopená svými blízkými.

Střípky z domova

Oslava významného životního jubilea

Počátky – V sobotu 16. listopadu oslavil náš klient Domova se zvláštním režimem Nemocnice Počátky velmi významné jubileum, bylo mu krásných 100 let. Pan Václav



je počáteckým občanem a u nás v Domově je již třetím rokem. Pográtulovat mu přišli zaměstnanci Domova, a dopisem se ke gratulaci připojil dokonce Marian Jurečka, ministr práce a sociálních věcí. Dáreček k narozeninám zaslala i Česká správa sociálního zabezpečení Pelhřimov. Panu Václavovi přejeme pevné zdraví, spokojenost a radost ze života. To je to nejcennější, co mu můžeme od srdce přát.

*Za Nemocnici Počátky, s.r.o.,
sociální pracovnice DSZR a SL
Mgr. Hana Karpíšková*

Oslavy narozenin: Radost, rodina a neuvěřitelné jubileum

Vodňany – V domově Centra sociální pomoci Vodňany každý měsíc oslavujeme narozeniny našich seniorů. Tato krásná tradice je nejen příležitostí k radosti, ale také k upevnění vztahů s rodinou a přáteli. Prosinec pro nás však byl měsícem opravdu výjimečným – jedna z našich seniorek oslavila neuvěřitelné 102. narozeniny!

Již měsíc před oslavou obdrželi naši oslavenci narozeninovou pozvánku, která je zvěstí blížícího se slavnostního dne. Mají možnost pozvat na oslavu své rodinné příslušníky nebo přátele z domova. Tímto krokem podporujeme nejen radostné setkání,



ale také posilování rodinných vazeb, které jsou důležité pro psychickou pohodu a pocit sounáležitosti.

Samotná oslava probíhá ve slavnostně vyzdobené jídelně. Naši oslavenci přijímají gratulace nejen od ředitelky, ale i od starosty s jeho doprovodem. Na prosincové oslavě se však zraky všech upíraly zejména na naši jubilanтку, která ve svých 102 letech zářila štěstím. Dort s číslem 102 a zapálenými svíčkami byl krásnou symbolikou jejího životního příběhu a inspirací pro všechny přítomné.

Po gratulacích jsme si všichni společně pochutnali na kávě a narozeninovém dortu. Tyto pravidelné oslavy nejsou jen oslavou životních jubileí, ale i připomínkou toho, jak vzácné jsou chvíle sdílení s rodinou, přáteli a blízkými lidmi. Prosincová oslava v našem Centru byla výjimečná nejen díky rekordnímu jubileu, ale i díky radosti, kterou přinesla nám všem.

*Petra Seberová, aktivizační pracovnice,
Centrum sociální pomoci Vodňany*

Bitva tří císařů

Sokolnice – V neděli 1. prosince se v zámecké zahradě Domova pro seniory, p. o., uskutečnila již 10. rekonstrukce Bitvy tří císařů. Duši celému příběhu vložil opět



Ivan Vystrčil. Bitva se uskutečnila i za finanční podpory Jihomoravského kraje. Tentokrát jsme prožívali příběh hajného Vojtěcha Kratochvíla.

Viděli jsme zároveň i přehlídku dobové vojenské techniky a bojového umění – cca 200 vojáků a 22 jezdců na koních. Mezi hosty jsme uvítali klienty a zaměstnance přeshraničního partnera DD a DSS Sereď, dále klienty organizace Srdce v domě Klentnice, p. o., a klienty Domova pro seniory Skalice, p. o. Akce byla zakončena pietním aktem, při kterém byl položen věnec na památku padlým vojákům a koním. Na pořádanou akci se přišlo podívat velké množství diváků, kteří si užili krásné slunečné dopoledne s úžasným programem. Všem vystupujícím tímto děkujeme za nezapomenutelný zážitek.

*Ivana Dvořáková, DiS.,
sociální pracovnice a vedoucí aktivizace,
Domov pro seniory Sokolnice, p. o.*

XX. ročník Dubského koláče v Podkrušnohorských domovech sociálních služeb

Dubí – I přesto, že v domově Na Výšině stále probíhá rozsáhlá revitalizace, rozhodli jsme se uspořádat naši tradiční soutěž Dubský koláč. Do Podkrušnohorských do-



movů sociálních služeb dorazilo ve čtvrtek 17. října 9 družstev z různých domovů sociálních služeb, aby změřily své síly při jubilejním XX. ročníku Dubského koláče. Soutěžilo se v sedmi disciplínách, kde se testovaly znalosti soutěžících z oblasti vaření, ale i to, jak šikovně by si v kuchyni soutěžící počínali. Naše soutěž je originální především tím, že se nejen měří síly v disciplínách, ale každé družstvo přiveze zákusek upečený hráči v jejich domově. Letošním tématem byl zákusek s netradiční surovinou a byla to výborná volba. U zákusků hodnotíme nejen chuť, ale i jejich vzhled.

Naše soutěžní klání zahájil ředitel organizace PhDr. Mgr. Jaroslav Zeman a poté následovala rozcvička v podání cvičitelky Verči „Cvičmevrytme“. Součástí programu bylo dnes již neodmyslitelné překvapení, které letos zajistil Miroslav Dvořáček. K odpolední kávě a koláči nám zahrála kapela O.L.I.

První místo v kuchařských soutěžích vybojovalo družstvo DSS Háj a Nová Ves, na druhém místě se umístili soutěžící z PDSS Dubí Ruská ulice a třetí místo vybojoval tým PDSS Teplice U Nových lázní.

V hlavní disciplíně, kde se hodnotí jak vzhled, tak i chuť koláče, zvítězil koláč z DSS Meziboří, druhé místo si „vypekli“ domácí PDSS Dubí Na Výšině a třetí místo získal koláč z PDSS Dubí Ruská.

Chtěla bych poděkovat všem, kdo se na přípravách a realizaci podíleli, všem, kdo přijeli, přivezli nádherné, božsky chutnající zákusky a hráli fair play.

*Bc. Pavla Kutarnia,
vedoucí sociální terapie, Podkrušnohorské
domovy sociálních služeb Dubí-Teplice*

HARTMANN



MoliCare® Elastic

Lepší péče díky inovacím

NOVINKA



Až o **67 %***
rychlejší
vstřebávání



**v těžké
inkontinenci v ČR¹**

Inovativní kalhotky pro těžkou inkontinenci

- Unikátní technologie savého jádra MoliCare SkinGuard®
- Zrychlená absorpce moči až o 67 %*
- Vylepšená ochrana proti protečení díky elastickým postranním páskům
- Nový obal s informační lištou a perforací pro snadné otevírání

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

*ve srovnání s předchozím výrobkem.

1) IQVIA podle CZCHPTR databáze MAT 07/203. © IQVIA.

Všechna práva vyhrazena.

Produkty značky MoliCare jsou zdravotnickými prostředky.