

odborný časopis



cena: 69 Kč / 3 €

sociální služby

Nové možnosti
rehabilitace
s ohledem
na pečující
a fyzioterapeuty

Inovace
v sociálních
službách

Psychologie

Zkušenosti psychiatra s pacienty s demencí

HARTMANN



Trojitá péče jedním dotykem



NOVÉ Vlhčené ubrousky MoliCare® SKIN 3v1
chrání citlivou pokožku intimní oblasti.

- +** Pohodlí 3v1
čistí, chrání a hydratují
v jednom kroku.
- +** Rychlá každodenní
péče a ochrana
při výměně inkontinenční
pomůcky.
- +** Šetrné k pokožce
a životnímu prostředí
100% viskóza bez plastů.
Certifikace FSC®.¹



[1] FSC® MIX | Papír | Podpora zodpovědného lesnictví. Licenční kód: FSC-C030159.

 odborný časopis
sociální služby

Odborný časopis Sociální služby
 Měsíčník vydávaný Asociací poskytovatelů
 sociálních služeb ČR
 Adresa: Vančurova 2904, 390 01 Tábor
 Tel.: +420 381 213 332
 www.socialnisluzby.eu, www.apsscr.cz
 www.facebook.com/Socialnisluzby
 IČ: 604 458 31

Ročník: 28
 Číslo: 2/2026 ÚNOR
 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 adresu vydavatele
 nebo redakce, případně na www.socialnisluzby.eu.

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

Redakce:
 Šéfredaktorka: Ing. Petra Cibulková
 sefredaktor@apsscr.cz
 +420 607 056 221
 Zástupkyně šéfredaktorky: Mgr. Ivana Vlnová
 redakce@apsscr.cz
 +420 734 155 996

Jazyková korektura:
 České texty: Mgr. Tamara Kajznerová a redakce

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:
 Není-li uvedeno jinak:
 Pixabay a archivy autorů příspěvků

Foto na titulní straně:
 iStock

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

Registrace:
 Povoleno rozhodnutím MK ČR E 11018
 ISSN 1803-7348



Z obsahu čísla:

- **Aktuality APSS ČR** 5
- **Institut vzdělávání APSS ČR:**
Nabídka otevřených kurzů 6
- **Reportáž:**
Kulatý stůl Sekce služeb péče o ohrožené dítě 9
- **Zkušenosti psychiatra s pacienty s demencí, I. díl** 10
- **Finance:**
**Jak na vyúčtování dotací, oprávněné náklady
 a daňový režim při poskytování
 sociálně-zdravotní lůžkové péče** 16
- **Výživa a stravování:**
Děti přibírají, část z nich si to nepřipouští 26
- **Rehabilitace:**
**Nové možnosti rehabilitace
 s ohledem na pečující a fyzioterapeuty** 28
- **Veřejný ochránce práv:**
Nezaměstnaní a pomoc od úřadu práce 36
- **Střípky z domova** 39

SPECIÁLNÍ mobilní aplikace



SOCIÁLNÍ SLUŽBY

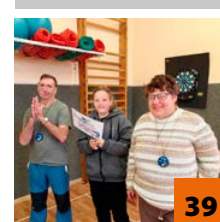
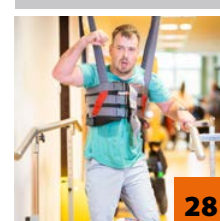
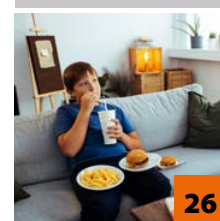
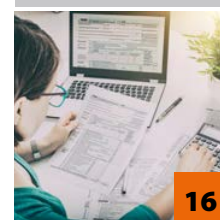
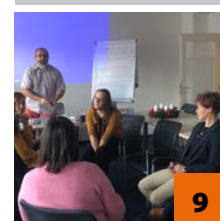
Vážení členové Asociace,
 milí kolegové,

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

Aplikaci si můžete stáhnout
 dvojím způsobem:

1. v App Store (iPhone) nebo v Obchod
 Google Play (Android).
 Do vyhledávače zadejte „Sociální služby“;

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



**„Ne všichni,
kdo bloudí,
jsou ztraceni.“**

J. R. R. Tolkien
(1892–1973),
anglický prozaik,
filozof a literární kritik



ÚVODNÍK VICEPREZIDENTA



Přeji všem opravdu zdařilý start do nového roku s očekáváním změn souvisejících jak se změnou vedení resortů, tak se změnou např. katalogu prací a dalších.

Dnes bych rád upřel vaši pozornost na uzavírání spolupráce se zdravotními pojišťovnami, neboť přišlo období nabízení úhradových dodatků, jak jistě všichni víte.

Chtěl bych vypíchnout alespoň některá obecná rizika, která se liší od let předchozích, a to nejdříve u stávajících poskytovatelů:

V textech zveřejněných některými zdravotními pojišťovnami (ZP) jste zaznamenali zmínku o možném slučování pojišťoven, byť nikoli v roce letošním. Vše je ovšem skryto v detailu – proto pokud kdokoli u normotvůrce či ZP považuje za správné poškodit poskytovatele tím, že u sloučených pojišťoven se budou počítat i referenční roky, tedy ošetřená unikátní rodná čísla (URČ), pak tato potenciální regulace musí dopadnout na většinu poskytovatelů, kteří budou mít kombinaci příslušných pojištěnců. Dále se pak mohou tyto poskytovatelé obrátit na soudy s tím, že oni pečují o pojištěnce dané pojišťovny a jiní poskytovatelé Zvláštní smlouvy nebo pojištěnce nemají, tudíž logicky vznikne spor.

Pokud bychom měli přijmout znění tohoto bodu dodatku, pak za předpokladu, že budeme mít označeno minimálně 50–60 URČ pro neregulaci – toto může ZP udělat nad rámec znění úhradové vyhlášky (ÚV). A protože toto lze očekávat u všech ZP, byl bych v této chvíli v ofenzivě, zatím jsme totiž nebyli u vyjednávání úhradové vyhlášky jako takové.

A u úhradového dodatku pro nové poskytovatele platí, že:

Zde je naprosto jasná regulace nového zařízení okamžitě, i přestože neexistoval v historii, tedy pokud ZP určí nevhodné nebo špatně srovnatelného poskytovatele a zařízení vykáže v prvním roce více než 30 URČ, pak při špatném vykazování není chráněn po dobu 2 let jako dříve.

Zde bych doporučil postupovat podle ÚV a bodu příloha č. 1, bod B), písm. 3, f) „Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmena d) se nepoužije“. Pokud bych se měl pod toto podepsat, pak až na konci roku, kdy si mohu vše spočítat díky znalosti dosaženého průměru a počtu unikátních měsíců. Bod ohledně sloučení ZP je stejný jako výše u stávajících poskytovatelů.

V situaci, kdy nás normotvůrce zastropoval v hodnotě bodu, snížil koeficienty navýšení v regulačním vzorci a snížil minimální hodnotu bodu, je důležité se ozvat.

Pokud budou takto znít dodatky, žádnému poskytovateli v ČR bych je zatím nedoporučil podepsat, jelikož ho to může poškodit.

Na závěr bych rád uvedl, že i přes veřejně prohlašované nepravdy stran doposud neuspokojivé situace ve všech oblastech našeho života, sociální služby nevyjímaje, si naopak myslím, že se o naše klienty staráme s velkým nasazením a profesionálně, a pokud avizované změny nepřinesou jen zvýšení administrativní zátěže a budou ku prospěchu klientů i poskytovatelů, velmi je uvítám.

Ing. Vladimír Vopelka,

viceprezident pro pobytové služby a předseda APSS ČR – Ústeckého kraje

EDITORIAL



Milí čtenáři Sociálních služeb,

zima se nám chýlí ke konci (i když 5. února, kdy píšu svůj editorial, se to tak ještě nejeví). Na jaro se moc těším, vlije nám do žil nový elán a chuť. Už nám nebude líto předsevzetí, která vzala za své. ☺ Pokud jste posluchači Evropy 2, tak v týdnu od

2. do 6. února jste se mohli v ranní show kromě Leoše Mareše „potkat“ také s Jiřinou Bohdalovou. Málokdo by asi neznal tuto legendární herečku, s jejímž Rákosníčkem usínaly a stále usínají děti mnoha generací. V jejích 94 letech jí můžeme její elán, pohotovost reakce i smysl pro humor jen závidět. Takové klienty máme někteří i vy, vitální, kteří dali věku v občance šach mat. Jdou svou cestou, někdy možná oklikou, ale stále plní síly (alespoň té mentální, když ne vždy té fyzické). J. R. R. Tolkien v knize Společenstvo Prstenu napsal: „Ne každé zlato třpytívá se. Ne všichni, kdo bloudí, jsou ztraceni. Stáří, když silné je, neohýbá se.“

Přeji vám pěkný zbytek února

Ing. Petra Cibulková, šéfredaktorka

Stalo se...

- Vláda 26. ledna na svém zasedání schválila zvýšení platů ve veřejném sektoru na základě dohody se sociálními partnery. Zvýšení se týká přibližně 580 tisíc zaměstnanců a nabude účinnosti od 1. dubna 2026, a to následovně
 - o 9%: zaměstnanci v kultuře, samosprávním úředníci a úředníci pod služebním zákonem, nepedagogičtí pracovníci, techničtí a administrativní pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách
 - o 5%: nelékařští zdravotničtí pracovníci, pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci
 - o 2%: lékaři
- Vláda 26. ledna schválila zrevidovaný návrh zákona o státním rozpočtu na rok 2026. Státní rozpočet České republiky počítá pro letošní rok s příjmy 1 977,6 miliardy korun a s výdaji 2 287,6 miliardy korun, tedy se schodkem ve výši 310 miliard korun.
- Ministerstvo zdravotnictví obsadilo vedení tří důležitých sekcí. Vrchní ředitelkou sekce zdravotnických technologií se stává Markéta Foldyna Hellová, vrchním ředitelem sekce zdravotní péče byl jmenován Patrik Zachar a vedení sekce centrálních agend se ujímá Petr Jarema.
- Ministr práce a sociálních věcí Aleš Juchelka informoval, že předloží návrh na posun vzniku nároku na novou dávku státní sociální pomoci u stávajících klientů. Cílem není změna samotné reformy dávek, ale technická úprava načasování jejího zavedení u stávajících příjemců. Návrh se týká osob, které se do nového systému dávky státní sociální pomoci překlápějí ze stávajících rušených dávek.
- APSS ČR zveřejnila výsledky dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zjistit aktuální nedostatek pracovníků v so-

ciálních službách podle jednotlivých pracovních pozic. APSS ČR realizovala průzkum od 12. listopadu do 26. prosince 2025 a získala odpovědi od 604 zařízení sociálních služeb. S výsledky šetření se můžete seznámit na webu APSS ČR v sekci Vydáváme → Dotazníková šetření a průzkumy.

- V úterý 27. ledna hostily prostory Novoměstské radnice v Praze již třináctý ročník slavnostního předání Národní ceny sociálních služeb Pečovatel/ka roku. Hlavní ceny za výjimečný přínos v oboru poskytování sociálních služeb si v roce 2025 převzalo šest osobností z řad pečovatelů a pečovatelek, sociálních pracovníků a manažerů organizací poskytujících péči seniorům, lidem se zdravotním postižením a dalším potřebným. Reportáž a rozhovory přinese v dalších číslech časopisu.

APSS ČR vás zve na akce:



Konference sekce služeb pro osoby bez domova
9. dubna, Palác Charitas, Praha



Fórum investorů
16. dubna, Palác Charitas, Praha



Dvoudenní seminář pro management organizací poskytujících sociální služby
16.–17. dubna, Doksy



Výživa a stravování v sociálních službách
21. dubna, Palác Charitas, Praha

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

Členové APSS ČR k 30. 1. 2026: 1 371 organizací, 3 032 registrovaných služeb a 708 členů profesních svazů

Nabídka Institutu vzdělávání APSS ČR



Nabídka kurzů Institutu vzdělávání APSS ČR

Vybírejte z naší široké nabídky otevřených kurzů nebo si objednejte vzdělávání na klíč přímo do vaší organizace. Připravili jsme pro vás online kurzy a prezenční otevřené kurzy ve školicích centrech v Praze, Brně, Olomouci, Ostravě a Táboře. Nabízíme také otevřené semináře realizované ve Dvoře Králové nad Labem. Kompletní nabídku najdete na našich webových stránkách: www.institutvzdelavani.cz, záložka Otevřené kurzy. Aktuální přehled na období únor až duben naleznete v tabulce níže.

PŘIJÍMÁME
OBJEDNÁVKY
NA KURZY
NA KLÍČ NA ROK
2026

Kurzy na klíč

Objednávejte na www.institutvzdelavani.cz prostřednictvím záložky Kurzy na klíč.

Sledujte naše webové stránky www.institutvzdelavani.cz.

Kontakt: Marcela Křemenová, DiS., e-mail: institut@apsscr.cz, tel.: 724 940 126

Co máme přichystáno v nejbližší době

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

- | | |
|-------------|---|
| 4. 3. 2026 | Nácvik komunikace s klienty vyžadujícími specifický přístup |
| 12. 3. 2026 | Virtuální realita – demence |
| 19. 3. 2026 | Jednání se zájemcem o sociální službu |

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

- | | |
|-------------|--|
| 5. 3. 2026 | Aby záda nebolela! aneb Pohybové zásady pro pracovníky sociálních služeb |
| 9. 3. 2026 | Vztek při práci s klientem aneb Zvládání agrese klientů i vlastní |
| 12. 3. 2026 | Virtuální realita – komunikace v náročných situacích |
| 19. 3. 2026 | Život s postižením v obrazech |
| 26. 3. 2026 | Konflikt a jeho řešení |
| 30. 3. 2026 | Mozkový jogging – trénink paměti |

BRNO

- | | |
|-------------|-----------------------------|
| 11. 3. 2026 | Virtuální realita – demence |
| 25. 3. 2026 | Demence v obrazech |

DVŮR KRÁLOVÉ NAD LABEM

20. 3. 2026 Virtuální realita – demence

OSTRAVA, Domov pro seniory Kamenec, Slezská Ostrava,
Bohumínská 1056/71, 710 00 Ostrava-Slezská Ostrava

10. 3. 2026 Individuální plánování poskytované sociální služby
 16. 3. 2026 Motivace versus manipulace klientů v sociálních službách
 24. 3. 2026 Týmová spolupráce v sociálních službách

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

2. 3. 2026 Prevence a šetrná sebeobrana pro personál sociálních služeb
 6. 3. 2026 Jak to s tím stresem vlastně je?
 11. 3. 2026 Virtuální realita – komunikace v náročných situacích
 12. 3. 2026 Jak zvýšit sebevědomí svoje, svých kolegů a klientů
 18. 3. 2026 Standardy kvality sociálních služeb
 27. 3. 2026 Příprava poskytovatelů sociálních služeb na inspekci kvality
 30. 3. 2026 Zdravotnické minimum pro pracovníky terén. a ambulant. služeb – znalost, zkušenost, intuice
 31. 3. 2026 Umělá inteligence v sociálních službách

ONLINE KURZY

24. 2. 2026 Emoce v obrazech
 26. 2. 2026 Kontrola, hodnocení a zvyšování kvality sociální služby – jak na to?
 27. 2. 2026 Jak si zdravě nastavit hranice
 2. 3. 2026 Setkání s duševním onemocněním v sociálních službách
 4. 3. 2026 Základy etiky pro pracovníky v pomáhajících profesích
 5. 3. 2026 Individuální plánování poskytované sociální služby
 6. 3. 2026 Komunikace s osobami trpícími Alzheimerovou chorobou
 10. 3. 2026 Přestaňte na mě křičet...! aneb Laskavý a pozitivní přístup ke klientovi
 13. 3. 2026 Zvládání problémových situací zejména v pečovatelských službách
 17. 3. 2026 Asertivita jako strategie jednání pro pracovníky sociálních služeb
 18. 3. 2026 Lidská práva v sociálních službách
 18. 3. 2026 Jak lépe komunikovat v pomáhajících profesích
 19. 3. 2026 Zdravotnické minimum pro pracovníky terénních a ambul. služeb – znalost, zkušenost, intuice
 20. 3. 2026 Jejda, už Vám zase zaskočilo, paní Tichá! aneb Výživa u klientů s demencí
 23. 3. 2026 Hygienické minimum a prevence infekčních onemocnění v zařízení sociálních služeb
 24. 3. 2026 Adaptační proces klienta v zařízení sociálních služeb
 25. 3. 2026 Rozšířené povinnosti poskytovatele dle SQSS 15
 26. 3. 2026 Základy KBT v práci s klienty s úzkostnými, fobickými a depresivními problémy
 31. 3. 2026 Příprava poskytovatelů sociálních služeb na inspekci kvality

Podpora paměti a mentálních
dovedností u klientů
sociálních služeb

NOVINKA 2026

„KDYŽ MI TO PÁLÍ, PEČUJE SE LÍP“

Paměť se s věkem neztrácí – jen potřebuje
správnou podporu.Zdravotnický pracovník
manažerem

Nový běh od dubna 2026

Informace na webu IVA, záložka
Manažerské programy pro SP a ZP

Sociální pracovník manažerem

Nový běh od dubna 2026

- Kombinované studium – prezenčně v Brně a online
Informace na webu IVA,
záložka Manažerské programy pro SP a ZP

Začít pracovat a neztratit chuť učit se aneb Dilema mladých sester

Mladé sestry po nástupu do práce často narážejí na realitu všedních dní – sundávají růžové brýle a hledají rovnováhu mezi péčí o klienty a rodinou. Kde pak ale brát sílu dále se v oboru vzdělávat?

■ **Text: Monika Bartušková, DiS.,** členka Řídící rady Profesního svazu zdravotnických pracovníků v sociálních službách APSS ČR a vedoucí zdravotního úseku Integrovaného centra sociálních služeb Jihlava, pracoviště Domov pro seniory Lesnov

Z pozice vrchní sestry v domově pro seniory se dlouhodobě setkávám s jedním opakujícím se problémem. Mladé sestry po nástupu do zaměstnání velmi rychle ztrácejí kapacitu věnovat se dalšímu vzdělávání. Ne proto, že by o rozvoj neměly zájem, ale proto, že každodenní pracovní zátěž spolu s osobním životem jim na vzdělávání nezanechává dostatek času ani energie.

Tento faktor považuji za zásadní překážku dalšího profesního růstu mladých sester a zároveň za riziko pro dlouhodobou kvalitu péče o seniory v sociálních zařízeních.

➤ V čem je problém?

Po ukončení studia vstupují mladé sestry do praxe s teoretickými znalostmi, ale s omezenými praktickými zkušenostmi. První rok zaměstnání je pro ně velmi náročný. Učí se zvládat pracovní tempo, odpovědnost, komunikaci s klienty i jejich rodinami a často také směnný provoz. V této fázi je veškerá jejich energie soustředěna na zvládnutí základních pracovních povinností. Vzdělávání je pak vnímáno jako nadstavba, která je časově i psychicky obtížně zvládnutelná. Celodenní kurzy, pevně stanovené termíny nebo nutnost dojíždět působí spíše demotivačně, zejména u mladých sester s rodinnými povinnostmi.

➤ Dopady na praxi

Dlouhodobý nedostatek dalšího vzdělávání vede ke stagnaci odborných dovedností, nejistotě v náročných situacích a postupnému vyčerpání. Mladé sestry mohou získat pocit, že „směny jen přežívají“, místo aby se profesně rozvíjely. To se nepřímo promítá i do kvality péče o klienty.

➤ Návrh řešení: vzdělávání přizpůsobené realitě provozu

Za klíčové považuji přizpůsobit formu vzdělávání reálným možnostem mladých sester. Místo dlouhých školení se osvědč-

ji krátké, cílené vzdělávací bloky navázané přímo na každodenní situace v péči o seniory. Vhodnou formou jsou například online moduly, interní workshopy na pracovišti nebo krátké odborné vstupy v rámci porad.

Důležitým prvkem je také možnost absolvovat vzdělávání v pracovní době nebo jeho alespoň částečné započítání do pracovní doby. Tím se vzdělávání přestává jevit jako další zátěž a stává se přirozenou součástí práce.

➤ Role vedení a podpory

Podpora ze strany vedení je v tomto ohledu zásadní. Pokud vedoucí pracovník otevřeně komunikuje význam vzdělávání, aktivně vytváří časový prostor a oceňuje snahu o rozvoj, zvyšuje se ochota mladých sester se vzdělávání účastnit.

➤ Závěr

Nedostatek času a energie po nástupu do praxe představuje jeden z hlavních důvodů, proč mladé sestry odkládají další vzdělávání. Pokud však zaměstnavatelé dokážou vzdělávání přizpůsobit reálným možnostem provozu a životní situaci zaměstnanců, může se stát funkčním nástrojem podpory odbornosti. V dlouhodobém horizontu se taková investice promítá do kvalitnější péče o seniory. ■

Co připravil Institut vzdělávání APSS ČR pro zdravotnické pracovníky v sociálních službách



Více informací



Cena: 21 900 Kč

Specifika práce všeobecných sester u poskytovatelů sociálních služeb

Kombinované akreditované studium pro všeobecné sestry v rozsahu 96 hodin.

Cílem je získat zvláštní odbornou způsobilost k poskytování specifické ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb, které poskytují pobytové sociální služby. Osvojit si potřebné teoretické znalosti, praktické dovednosti i schopnosti samostatného rozhodování pro činnosti stanovené platnými právními předpisy.

Modul 1 – Ekonomické a organizační předpoklady pro zajištění zdravotní péče v pobytových sociálních službách

Modul 2 – Fyzikální vyšetření klienta všeobecnou sestrou

Modul 3 – Specifická ošetrovatelská péče u klienta s chronickým onemocněním

Modul 4 – Specifická ošetrovatelská péče u klienta s náhlou změnou zdravotního stavu

Modul 5 – Praktické simulační nácviky a praxe



Přihlásit se

Rozšířené povinnosti poskytovatele dle SQSS 15 25. března 2026, ONLINE

Lektor: Ing. Daniela Lusková, MPA, MHA

Výběr témat:

- Tvorba pravidel pro sledování a hodnocení souladu poskytování sociální služby se zákonnými základními zásadami sociální služby, definovaným posláním, cíli a zásadami poskytovatele
- Praktické uchopení průběžného sledování hodnocení individuálního přístupu, důstojnosti, lidských práv
- Zjišťování spokojenosti osob jinak než dotazníkem



Konference Sestry v akci 14. května 2026, Tábor

Výběr témat:

- Bezpečnostní trénink pro sociální služby a domovy seniorů (Lumír Němec)
- Dlouhodobá udržitelnost zdravotních a ošetrovatelských služeb v pobytové sociální službě (Alois Macek)



Přihlásit se

Vykazování odbornosti 913 25. a 26. června 2026, ONLINE

Lektor: Mgr. Alois Macek

Výběr témat:

- Plánování, realizace, vykazování ošetrovatelské péče v pobytovém zařízení a s tím spojená dokumentace
- Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR
- Zdravotnická dokumentace, její obsah a vedení
- ORP a jeho vyplňování
- Spolupráce s ošetřujícím PLD
- Registrační listy a jejich dostupnost
- Spolupráce se zdravotními pojišťovnami

Kulatý stůl Sekce služeb péče o ohrožené dítě

■ **Text: Mgr. et Bc. Alžběta**

Brychtová, DiS.,

*předsedkyně Sekce služeb péče
o ohrožené dítě*

Závěr roku 2025 patřil aktivitám propojeným s Platformou pro včasnou péči. Pracovníci sociálně-aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi se sešli na kulatém stole v Praze, aby hovořili o změně § 65 zákona o sociálních službách (sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi). Termín „dlouhodobá krize“ byl nahrazen pojmem „nepříznivá situace“ – jedním z cílů setkání tak bylo diskutovat, co tato změna přinese do praxe služby. Novela platí od 1. ledna 2026.

Pro část služeb je drobná změna v zákoně pouze legitimizací činností, které již běžně dělají. Pracují s rodinami v nepříznivé sociální situaci a využívají preventivní funkce služby tak, aby nedošlo k propadu rodin do dlouhodobé krize. Poskytování podpory včas je bezesporu efektivní, levnější a může pomoci více rodinám za kratší dobu. Na druhou stranu byla zmíněna obava tlaku na kapacity služeb a možného negativního dopadu právě na rodiny v dlouhodobé krizi.

Na kulatém stole jsme pracovali ve dvou skupinách, které se zaměřily na prevenci ohrožení vývoje dítěte v raném věku a právě na prevenci propadu rodin do dlouhodobé krize. Dospěli jsme k závěrům, že by bylo přínosné, kdyby existoval metodický materiál pro kraje i poskytovatele služeb. Za tímto účelem vznikla pracovní skupina složená z členských organizací APSS ČR i Platformy pro včasnou péči a zástupkyň MPSV, které podpoří také komunikaci s jednotlivými kraji. První setkání proběhlo 16. ledna 2026.

Děkujeme všem, kdo se aktivně zapojují do sdílení dobré praxe, rozvoje služeb prevence a smysluplné mezioborové spolupráce ve prospěch ohrožených rodin a dětí.



Zkušenosti psychiatra s pacienty s demencí

1. díl

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

V současné době je onemocnění demencí jedním z významných problémů společnosti (2, 8). Jednak je to tím, že se často vyskytuje u seniorů, kterých ve společnosti přibývá, ale také tím, že tato diagnóza je v poslední době častější, než bývala dříve. Někteří odborníci se domnívají, že tento nárůst je pouze relativní a je způsobený lepší péčí o seniory a dokonalejší diagnostikou. Avšak problematika demencí je poněkud složitější a netýká se pouze seniorů, což dokládají jak různé systematické klasifikace nemocí, tak řada studií z psychiatrie i jiných oborů (2, 6). Níže si můžete přečíst úvod do problematiky, na nějž navážeme sérií článků na toto téma.

➤ Demence – termín a klasifikace

„Dementní syndrom je soubor příznaků způsobený organickým poškozením mozku a způsobuje celkové zhoršení především intelektových, ale i dalších duševních schopností jedince a také celkový úbytek jeho tělesných sil.“ (Kučerová 3, 4). Mezi laickou veřejností se však nyní ujalo pojmenování „alzheimer“ pro jakékoli potíže s pamětí, vlastně jako synonymum demence. Ovšem demencí je mnoho druhů.

Jednotlivé druhy demencí se od sebe liší v podrobnostech týkajících se etiopatogeneze a příznaků a také ve své prognóze a způsobu léčby (3, 6, 7). Podstatné je, že jakékoli onemocnění nebo proces, které postihují centrální nervový systém (CNS), může (ale nemusí) vést k postupné demenci. Velmi často dochází k demenci v konečných stavech např. Parkinsonovy choroby, Huntingtonovy choroby, choroby AIDS, syfilis, urémie diabetu, po těžkých úrazech hlavy nebo po encefalitidách různé etiologie, zejména po klišťové encefalitidě a po borelióze. Ráda bych zdůraznila, že demence se vyskytuje také v pokročilém stupni různých závislostí, zejména při závislosti na alkoholu a na tvrdých drogách.

Příběh 1

Je to optimistický příběh jednoho mého známého z mládí, který utrpěl těžký úraz hlavy po havárii na motocyklu, při které



měl otevřenou dutinu lební a přišel o část mozkové tkáně. Byl v bezvědomí několik týdnů, ale úspěšně se zotavoval a nejevil žádné známky poškození kognitivních funkcí. Povoláním byl učitel a po půlroční rehabilitaci tělesných zranění se opět vrátil ke svému povolání. Takže když má člověk štěstí a také silnou vůli k uzdravení, má i velkou naději na kvalitní život i po hroživé zdravotní komplikaci.

➤ Diagnostika demencí

Diagnóza demence je velmi závažná záležitost, a to jak z hlediska medicínského, tak z hlediska společenského (5, 8). Proto při vyšetřování jejích příznaků, jejich hodnocení a závěrech je třeba postupovat s velkou rozvahou a odpovědností, neboť vyslovení této diagnózy může působit velmi silně na emoce pacienta i jeho rodinu, a také může významně ovlivnit jejich osobní, pracovní a společenský život.

Lidé se všeobecně této diagnózy obávají a stydí se za ni, a to jak pacienti samotní, tak jejich blízcí. Mnoho rodin, ve kterých se pacient s demencí vyskytne, to považuje za něco méněcenného a společensky dehonestujícího (1). Zejména v rodinách s vysokoškolsky vzdělanými lidmi či veřejně činnými osobnostmi je pociťována přítomnost dementního příbuzného (a psychicky postiženého jedince vůbec) jako něco naprosto nepřijatelného, takže rodinní příslušníci často tuto diagnózu u svého příbuzného odmítají, a není výjimkou, že se na lékaře i zlobí. To je však málo platné, je-li diagnóza správná. Je tedy třeba rodinu motivovat ke spolupráci a ke společné péči o postiženého.

Diagnostika demence klade značné nároky také na vyšetřujícího lékaře (3). U člověka postiženého demencí je třeba počítat s tím, že nám nemusí dobře rozumět nebo že téměř ihned zapomene, na co jsme se ptali. Je třeba postupovat velmi taktně. Nejednou je nutno otázku opakovat jinými slovy a trpělivě čekat na odpověď.

Začínáme s otázkami jednoduššími a pokračujeme se složitějšími a každou správnou odpověď také náležitě oceníme. Stává se, že pacient je nedůtklivý a uráží se, že se ho ptáme na takové „samozřejmosti“, jako co je dnes za den, kolikátého dne je apod., což „on přece ví, není hloupý“. Jenže často vyjde najevo, že to pacient neví. Podrobné příklady takového vyšetření, jakož i podrobnou symptomatologii popíšeme v dalším článku. Prozatím bych se ráda soustředila na to, na co se často zapomíná a co se mi jeví důležité zejména pro pomáhající profese.

➤ Pacienti s demencí v praxi

Mnoho zdravých lidí si nedovede představit a nedovede pochopit některé chování pacienta vyplývající z této nemoci. Hlavním příznakem jsou poruchy paměti, které mohou mít různou podobu, ale jsou jiné než obvyklé zapomínání zdravého člověka. Lidé běžně na něco zapomenou ve spěchu, v rozrušení, při únavě, v zahlcení mnoha informacemi apod. Ale dementní pacient zapomene i jednoduchou informaci velice rychle poté, co ji obdrží, dokonce někdy téměř v několika vteřinách, což zdravé lidi nenapadne.

Proto se často stává, že např. dcera nebo jiná pečující osoba pacientovi řekne, že si

má v poledne vzít určité jídlo, spolknout ty a ty léky, třeba to i několikrát opakuje, a večer se diví, že to pacient neudělal. Typické bývá, že pečovatel pacientovi na stolek připraví láhev s vodou nebo termosku s čajem, do hrnečku mu nalije nápoj, vysvětlí mu, že má hodně pít, a večer zjistí, že pacient se ani jednou nenapil. Prostě zapomněl. Zdravý člověk to někdy nemůže pochopit, na pacienta se zlobí, nebo ho i hubuje, „kolikrát mu to má říkat“, ale tak to prostě je. Asi bych nespočítala situace, kdy jsem toto s příbuznými řešila.

Příběh 2

V ordinaci se nám jednou přihodilo, že odpoledne po ordinaci době se v čekárně objevila starší paní. Když jsme se jí se sestřičkou ptaly, co potřebuje, tak říkala, že neví. Věděla jen, že je u nějakého lékaře, ale ne, že je na psychiatrii. Věděla také, jak se jmenuje a že se nachází v Hranicích, ale nevěděla, proč k nám přišla, prý ji sem poslala dcera. Z dalšího rozhovoru bylo zřejmé, že paní je značně demenční, ale naštěstí byla klidná, usměvavá, příjemně naladěná a nejevila známky psychózy. Pacientku jsem tedy vyšetřila, resp. její aktuální stav, ov-

šem anamnézu se kvalitně odebrat nepodařilo, neboť paní si skoro nic nepamatovala. Nastal problém, jak dál, kam paní poslat, když jsme nevěděly ani její adresu, ani jsme neměly kontakt na příbuzné. Naštěstí paní stále mluvila o dceři a z toho jsme po chvíli pochopily, že její dcera je moje známá. Tak jsem jí zavolala, aby si pro maminku přišla. Velmi nám děkovala, nicméně jsme žasly, že vzdělaná a ve svém oboru úspěšná žena k nám maminku nedoprovodila. Inu prostě ji nenapadlo, že maminka sama nám toho mnoho neřekne.

» Závěr

Demence je závažné postižení CNS, má pestrý psychopatologický obraz a vyskytuje se u všech věkových kategorií. Týká se nejen intelektu, ale celého organismu. Demence je progresivní choroba, lze ji léčit a mnohdy výrazně zpomalit její průběh. Postižení lidé vyžadují specifický přístup a péči.

V dalších dílech tohoto seriálu se zaměříme na popis hlavních příznaků různých typů demence a také na to, jak se těmto nemocným věnovat a jak jim pomáhat při složitosti jejich psychiky.

Literatura:

1. Bartoš A. *Netestuj, ale pobav. Česká a slovenská Neurologie a Neurochirurgie* 2016; 79/112 (6): 671-679.
2. *Burden of disease caused by dementia. European health report 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 2025; pp.130-132.*
3. Kučerová H. *Demence v kazuistikách. Praha: Grada Publishing 2006.*
4. Kučerová H. *Psychiatrické minimum, Praha: Grada Publishing 2013, s.110-114.*
5. Kučerová H. *Sociální problematika demencí. Předneseno na semináři pro pracovníky ve zdravotnictví, Domov pro seniory Hranice na Moravě, 8.10.2014.*
6. Mentha RI, Schneider JA. *Neuropathology of the Common Forms of Dementia. Clin Geriatr Med* 2023; 39(1): 91-107.
7. Prokop S, Tsering W. *Neuritic Plaques – Gateways to Understanding Alzheimer's Disease. Molecular Neurobiology* 2024; 61: 2808-2821.
8. Psota G. *Social Psychiatric Aspects of Dementia. Psychiatria Danubina* 2015; 27(4): 432-438.

INZERCE



JAK DOPADL ZIMNÍ DUEL? NOVÁ AKTIVIZAČNÍ HRA NA ÁMOSKÁCH



Zimní DUEL na dotykových panelech ÁMOS rozhýbal paměť, probudil soutěživost a přinesl radost. Do hraní se zapojilo **7 tisíc žáků a seniorů** po celé republice. Společně pokořili více než **50 000 vědomostních otázek**.

**Zábava, která inspiruje každý den.
Objevte svět, který spojuje generace.**

www.amosvision.cz

Hartmann Akademie: novinky ve vzdělávání

HARTMANN akademie je vzdělávací instituce zaměřující se výhradně na oblast sociálních služeb a zdravotnictví, působící od roku 1998 pod záštitou společnosti HARTMANN - RICO a.s. HARTMANN akademie disponuje ustáleným týmem zkušených lektorů a nabízí vzdělávání akreditované u MPSV. V tomto roce jsme pro Vás v rámci této akademie připravili nové zajímavé kurzy pro rozvoj Vašich zaměstnanců.

Jak se vyvarovat manipulativního jednání v prostředí sociálních služeb

A2025/0099-SP/PC/VP

Počet hodin: 8

Základem pečovatelského vztahu je velmi intenzivní komunikace mezi pečujícím a uživatelem, jež může nést v některých případech znaky manipulativního jednání. Vytyčení zdravých hranic a nastavení vhodné komunikace je pro pomáhající profesie klíčová dovednost. Kurz identifikuje manipulativní jednání a poukazuje na spletité komunikační strategie, jež se mohou v komplikovaných vztazích pečujícího prostředí objevit. Rovněž přináší řadu příkladů, jak manipulativní jednání může vztah negativně ovlivnit. Jak se bránit manipulativnímu jednání a jak se jej nedopouštět si absolventi procvičí v rámci tréninku v triádách.

Jak si zachovat zdravý rozum: tradiční i netradiční způsoby zvládání stresu

A2025/0125-SP/PC/VP/PP

Počet hodin: 8

Tento kurz je zaměřen na efektivní zvládání stresu a prevenci vyhoření, především pro profesionály v pomáhajících oborech. Účastníci se dozvědí o fyziologických a psychologických aspektech stresu a jejich dopadech na zdraví. Naučí se identifikovat a kontrolovat negativní emoce, jako je například hněv či smutek. Program zahrnuje praktické techniky na uvolnění těla i mysli, včetně cvičení zaměřených na dýchání a relaxaci, a podtrhuje důležitost kvalitní týmové spolupráce. V rámci kurzu jsou také představeny nástroje jako vedení deníku, kreativní přístupy a digitální aplikace pro relaxaci, které napomáhají udržet psychickou rovnováhu.



Komunikační dovednosti v problémových situacích v praxi sociálních služeb

A2025/1010-SP/PC/VP

Počet hodin: 8

V pomáhajících profesích dochází na základě různých příčin k problémovým či konfliktním situacím. Každý pracovník by měl umět tyto situace včas odhalit, profesionálně je zvládnout či přispět dle svých možností k posunutí problému či konfliktu do fáze řešení. Tato dovednost zahrnuje odhalení věcného jádra konfliktu či problému, zpracování emocí zúčastněných, analýzu dané situace a vytvoření podmínek k řešení. Tento komplexní přístup

vyžaduje znalosti z oblasti psychologie, přehled ve vhodných postupech, příslušné komunikační dovednosti, a především uvědomění si specifík řešení konfliktů a problémových situací v zařízení sociálních služeb. Kurz podává nejen teoretický základ a náhled na danou problematiku, ale poskytuje i nácvik příslušných komunikačních dovedností. Kurz upozorňuje na možná úskalí řešení problémů a konfliktů v praxi sociálních služeb a podporuje absolventy v proaktivním přístupu k těmto situacím.



i Zaujala Vás nabídka našich kurzů? Kontaktujte nás!

PhDr. Mgr. Nikola Peřinová, e-mail: nikola.perinova@hartmann.info telefon: +420 724 671 165

Značka kvality 2.0

aneb Nově hodnotí i lidské zdroje a management

Kvalita sociálních služeb nestojí jen na standardech a procesech, ale hlavně na lidech. Na jejich odbornosti, stabilitě, motivaci a na tom, jaké mají podmínky pro práci. Proto se oblast lidských zdrojů a managementu stává v rámci Značky kvality 2.0 samostatnou oblastí. Sociální služby jsou založené na vztahu, podpoře a péči – a právě tyto „neviditelné“ věci nejvíc ovlivňuje tým a způsob jeho vedení. Kvalitní řízení lidí proto není jen administrativa, ale jeden z klíčových předpokladů dobré služby.

■ **Text: Bc. Markéta Běhounová,**
administrátorka Značky kvality

Nová oblast sleduje, jak organizace pracuje se svými zaměstnanci od zapracování a začlenění do týmu až po jejich další rozvoj, podporu, stabilitu a spokojenost.

Důležitou součástí je i pracovní prostředí, komunikace v týmu, prevence přetížení a vyhoření, supervize a férové nastavení rolí.

Značka kvality 2.0 tím zdůrazňuje jednoduchou věc: skutečná kvalita začíná uvnitř organizace – u lidí, kteří službu poskytují, a u způsobu, jakým jsou vedeni, podporováni a rozvíjeni.

► Ptáme se

Do pilotní certifikace Značky kvality 2.0 se zapojily 4 zařízení. O zkušenosti s pilotní certifikací se s námi podělila Mgr. et. Bc. Marika Krejčí, MBA, ředitelka Senevida Telč.

Vaše zařízení se zapojilo do pilotní certifikace Značky kvality 2.0. Co pro vás bylo hlavním impulzem stát se součástí pilotu a co jste si od nové verze certifikace slibovali?

Celý náš tým motivovala snaha zlepšovat námi poskytovanou sociální službu. Dlouhodobě cílíme na zvyšování kvality poskytované péče o klienty a zaměstnance.

V pilotní certifikaci jsme viděli příležitost systematicky zhodnotit stávající postupy a procesy, odhalit oblasti ke zlepšení a zavést změny, které budou mít dlouhodobý pozitivní dopad.

Motivujícím faktorem pro náš tým, proč do pilotní certifikace vstoupit, byl zájem zjistit, jak zlepšit spolupráci a sdílet zkušenosti. Dále pak získat nové poznatky, díky kterým můžeme zvýšit efektivitu, kvalitu a spokojenost všech.

Prošli se certifikační proces v oblasti lidských zdrojů nějak konkrétně do práce se zaměstnanci – například



v adaptaci nových pracovníků, vzdělávání, komunikaci nebo stabilitě týmu?

Základem poskytované péče jsou lidé, náš tým, který je otevřený učení se a dokáže aktivně pracovat s podněty a kritikou zpětnou vazbou. Aktualizovaná verze Značky kvality přináší nově rozšířené hodnocení personální oblasti. Především v péči o zaměstnance. Podněcuje poskytovatele sociálních služeb k aktivnímu využívání pestrých a dostupných nástrojů podpory formou mentoringu, koučingu, zpětnovazebných rozhovorů nejen v období adaptace. Oblast lidských zdrojů hodnotí a podněcuje k dobrým vztahům na pracovišti a kultuře organizace.

Doporučili byste certifikaci Značky kvality 2.0 dalším poskytovatelům sociálních služeb? Pro koho je podle vás tato certifikace nejprínosnější?

Ano. Certifikaci vnímáme jako jeden

z možných nástrojů k hodnocení kvality, odbornosti a důvěryhodnosti společnosti a poskytované služby.

► Co o Značce kvality 2.0 říká prezident APSS ČR Jiří Horecký

Značka kvality v sociálních službách je tady již 15 let – se stoupající popularitou a stále se vylepšující. Nyní přichází zásadní změna. Klíčová revize stávajících kritérií, přidání zcela nových oblastí lidských zdrojů a managementu, ale i využívání umělé inteligence v rámci hodnocení.

Od roku 2026 tedy končí historie Značky kvality a přichází Značka kvality 2.0. Připravujeme pro vás v průběhu druhého čtvrtletí krátké webináře, které držitele Značky seznámí se všemi hlavními změnami.

Děkuji za rozhovor

Odemkněte potenciál AI!



Umělá inteligence už není vzdálenou sci-fi budoucností, ale každodenní realitou. Absolvujte specializovaný vzdělávací program, naučte se s AI pracovat a začněte ji používat jako **praktický podpůrný nástroj**. Osvojte si postupy, které Vám usnadní práci a pomohou Vám využít její **potenciál k rozvoji kvality péče i efektivity řízení**. Objevte nové možnosti, které přináší moderní technologie, a staňte se **lidry digitální transformace** ve Vašem zařízení!

CYGNUS EXPERT – Odemkněte potenciál AI

Intenzivní online vzdělávací program je určený **pro vedoucí pracovníky a ředitele v sociálních službách**. Propojuje konkrétní ukázky využití AI v CYGNUSu s praktickými dovednostmi sociální práce.

Prostřednictvím **5 vzdělávacích setkání** získáte přehled o tom, **jak AI bezpečně a efektivně využívat** ve všech oblastech – od strategického rozhodování, přes administrativu až po komunikaci s týmem a klienty.

Programem Vás po odborné stránce provede **PhDr. Jana Pšejová**, nezávislá konzultantka pro digitalizaci v sociálních službách.

Díky vzdělávacímu programu se naučíte:

- > Používat **AI Asistenta v CYGNUSu** a tvořit dotazy, které přinášejí **jasné a užitečné odpovědi**.
- > **Upravovat a strukturovat** interní dokumenty (např. směrnice) tak, aby v nich AI uměla **efektivně vyhledávat**.
- > **Bezpečně pracovat s Vašimi daty** v CYGNUSu.
- > **Využívat AI při práci** – např. při přípravě podkladů z porad, pro analýzu dat nebo tvorbu zpráv.
- > Systematicky **zapojovat AI do každodenní práce** celé Vaší organizace.

Další kurz začíná již 25. 3. 2026!

Zajistěte si svou účast na kurzu a ovládněte možnosti práce s umělou inteligencí! Ozvěte se nám co nejdříve na obchod@iresoft.cz.

stojíme při Váš

Připravte se na implementaci NIS2!

Týkají se Vás **nové povinnosti v oblasti ochrany citlivých dat**, která s sebou přináší nová evropská směrnice NIS2? Nejste si jisti, **jaké kroky byste měli podniknout jako první?** Máte obavy, zda implementaci NIS2 zvládnete včas, bez stresu a složité právníčiny? Máme pro Vás dobrou zprávu – **nejste na to sami**.

Opřete se o zkušené odborníky!

CYGNUS můžete pustit z hlavy, ten už je na nové povinnosti připravený. Se zbytkem Vám pomůže náš partner, **renomovaná společnost LEXNOVA**, která disponuje potřebným know-how a má dlouholeté zkušenosti v oblasti sociálních služeb. Spolu s odborníky z LEXNOVA a APSS ČR jsme pro Vás připravili **řešení**

na míru. S jeho pomocí zvládnete projít všemi kroky přípravy i následně zajistit všechny Vaše další povinnosti v odpovídajícím rozsahu.



Více se dozvíte na webu www.vylepsujemecygnus.cz/lexnova
Anebo se nám ozvěte e-mailem na obchod@iresoft.cz.

Recenze:

Komunikace s lidmi s demencí – 100 otázek pro praxi

Autor: Katja Pape-Raschen

Vydal: Portál, 2023. 142 s.

Přeložila: Pavla Le Roch

ISBN 978-80-262-2035-7

Dobře komunikovat znamená dobře pečovat. Kniha představuje základy komunikace při péči o pacienty, ale zaměřuje se zejména na osoby s demencí. Důležité je, aby se člověk s demencí cítil respektovaný a oceňovaný (hovoří se o tzv. validaci). Kniha popisuje, jakou roli má komunikace v různých modelech péče. Najdeme zde řadu užitečných tipů – např. ohledně nepoužívání otázek začínajících na proč, mluvení v první osobě a v kladných větách, v dialektu nemocného, pomalu a klidně, ve stejné výšce očí, autenticky, se zahrnutím pacientových neverbálních signálů. Cílem je komunikovat citlivě, eticky a předcházet nedorozumění a náročným situacím. Kniha, která je doprovázena příklady z praxe, je vhodná pro profesionály, kteří se zabývají léčbou osob s demencí, i pro všechny ty, kdo o ně pečují v pracovním i osobním kontextu. (anotace)

Mgr. Bc. Andrea Tajanovská, DiS.

ředitelka Domova pro seniory Pohoda
a lektorka Institutu vzdělávání APSS ČR

Odborných pojednání o demenci a péči o lidi s demencí vyšla v českém prostředí celá řada. Jsou cenným nástrojem pro každodenní péči pro formální i neformální pečovatele, stejně tak i pro sociální a aktivizační pracovníky či zdravotnický personál. Nejenže zvyšují odbornou způsobilost, pečovatelské a komunikační kompetence, ale také pomáhají vytvářet důstojné, smysuplné a bezpečné prostředí pro lidi s demencí i pro ty, kteří o ně pečují. Další takovou přínosnou publikací je Komunikace s lidmi s demencí – 100 otázek pro praxi od autorky Katji Pape-Raschen.

Kniha není jen souborem doporučení, ale i výzvou k respektujícímu a laskavému přístupu k lidem s demencí podanou odbornou, a přesto srozumitelnou formou. Autorka knihy působí v Německu a je odborníci v oblasti geriatrické péče a metod



Komunikace s lidmi s demencí

100 otázek pro praxi

Katja Pape-Raschen



práce s osobami s demencí. Má dlouholetou zkušenost z různých zařízení pobytových i terénních sociálních služeb a specializuje se na podporu celoživotního vzdělávání pečujících týmů. Autorka své profesní zkušenosti umě promítla do nové publikace,

takže se nejedná jen o teoretické pojetí, ale zaměřuje se na praktické dovednosti, přičemž klade důraz na respektující a vztahově orientovaný přístup k lidem s demencí.

Text je strukturován formou velmi dobře předložených odpovědí na 100 konkrétních otázek, které vycházejí z reálné a často nelehké každodenní praxe péče o osoby s demencí, a to jak ve formální, tak i neformální péči. Otázky jsou rozděleny do tematických celků a pokrývají široké spektrum situací od obecných základů komunikace a různých modelů péče až po náročné chování u osob s demencí. Čtenáři tak mohou očekávat řadu informací a zajímavých pohledů, které jim přinesou především porozumění demenci, podpoří rozvoj komunikačních dovedností a zvládání obtížných situací, které péče přináší. Osobně velmi kvituji také kapitoly zaměřené na výměnu informací v týmu a etické postoje a práci s mocí, respektive nebezpečí zneužívání moci ze strany pečujících vůči pečovaným. Publikace může sloužit nejen jako metodický, ale i etický kompas, a její zařazení mezi odbornou literaturu u poskytovatelů sociálních služeb by mělo být samozřejmostí.

4

Komunikace v sociální péči

Tato kapitola se zabývá komunikačními situacemi v profesionální péči tak, jak nastávají v každodenním provozu.

26. OTÁZKA Může jazyk diskriminovat?

Když jsem sloužila první den v domově důchodců, ohlásila jsem vedoucímu směny ve vší své tehdejší naivitě, že jsem právě nakrmila tři obyvatelky. Odpověděly mi přísně, že „se krmit prasata“. My př klientům servírujeme oběd. Je tomu už dvacet let, co jsem poprvé klopýtla o „odborný jazyk“ používaný v sociální péči. Naposledy to bylo, když jsme diskutovali, zda je etické používat slovo „cestovatel“. Je to možná otázka pohledu a stanoviska, ale také úcty ke klientovi.

V péči o staré a nemocné nabývá fenomén jazyka stále většího významu. Pracovní, úřední jazyk, který obvykle jasně popisuje, co se má udělat, bývá dost málo přívětivý. Musíme se naučit novému jazyku a dbát na to, abychom ho používali v písemném i ústním styku. Schopnost vyjádřit někomu úctu je důležitá sociální kompetence. „Pakliže „korektní termín“ vyjadňuje a podporuje uctivý vztah ke klientovi, měl by být použit. Často se to ale neděje.“²²

Nejen v každodenní práci by měli pečovatelé věnovat skoro ve pozornosti tomu, co říkají, než tomu, co dělají; o použití jednotlivých

22 Schützendorfer, 2011.

43



KOMUNIKACE S LIDMI S DEMENCÍ

pojmu se vedou každodenní spory. Vezměme si třeba slovo, které je tématem této knihy: „demence“. Slovo pochází z řečtiny a znamená „bez ducha“. Lidé s demencí podle něj tedy „nemají ducha“. V lidové mluvě se slova používá, když chceme vyjádřit, že je někdo hloupý či málo kreativní. Říci o někom, že je „bezduchý“, opravdu není žádný kompliment a kromě toho to pro lidi s kognitivními změnami v žádném případě neplatí, neboť kreativitu vyvíjejí i tito klienti ve zvýšené míře – už jen proto, aby vyrovnali ztrátu ostatních kompetencí. Pojem je tedy nevhodný, proto se vydáváme hledat jiný. Jistě by bylo správnější najít diagnostický termín, který se vztahuje ke kognitivním kompetencím, nikoli k „duchu“. Ale pomůže nám nové slovo v tom, abychom změnilí postoj ke klientům?

Slova se musíme volit obezřetně, neboť mohou ponižovat – ale také pozdvíhat. Nejsou to ale slova, jež diskriminují: Diskriminují lidé, když je vyslovují. Politicky korektní výraz může zničit směr, když nezapadá do obvyklého slovníku, který používáme normálně. Pak bychom se mu měli vyhnout, neboť náš osobní slovník je součástí našeho vnitřního nastavení směrem k druhým. Nejsme sice příznivci „kolektivního my“ v jazyce pečovatelů, ale musíme uznat, že věta „tak se teď půjdeme umýt“ mi zničí srdce dříve, než distancovaná, byť korektní „kapacita vašich inkontinenčních pomůcek je vyčerpána, je třeba je vyměnit“.

27. OTÁZKA Jak vypadá obyčejný den v pečovatelské praxi?

Každodenní napětí mezi tím, co by pečovatel chtěl udělat, a tím, na co má čas, je velké a stále narůstá. To vede k tomu, že se pečovatel snaží o účelovou komunikaci. Komunikujeme, abychom dosáhli určitého cíle, přičemž se ovšem obyčejný rozhovor odsouvá do pozadí a nahrazuje ho snaha vykonat pečovatelskou aktivitu. Účelné zacházení s vyměřeným časem je v pečovatelské praxi samozřejmě stejně důležité jako znalosti. Abychom měli dost času na kontakt s klienty, musíme být schopni dobře si zorganizovat a strukturovat práci. Pak je alešpoň malá šance, že všechno zvládneme tak, aby byli všichni spokojeni.

44

Jak na vyúčtování dotací, oprávněné náklady a daňový režim při poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče

■ **Text: Ing. Pavel Lampa,**
daňový poradce,
lektor Institutu vzdělávání APSS ČR

► Vyúčtování dotací – paušální nepřímé náklady (výdaje)

V českém dotačním prostředí „pracujeme“ mnoho let s různými typy dotací od různých poskytovatelů, kdy související vyúčtování těchto dotací se proměňovalo a stále proměňuje. Již před řadou let byl nalezen zjednodušující vyúčtovací mechanismus, který klasifikuje tzv. přímé a nepřímé náklady.

U **přímých nákladů** je jednoznačná povinnost jejich vyúčtování, a tím i jejich existence v účetnictví. U **nepřímých nákladů** (obvykle stanovených pevnou částkou nebo procentem z nákladů přímých) byl nalezen zjednodušující postup a dlouhodobě není požadováno jejich vyúčtování. Přesto byla pro účely následné kontroly vyžadována jejich existence a obvykle při společných nákladech vůči různým dotacím i jejich rozúčtování proti jednotlivým dotacím.

Aktuálně se však objevují výklady některých vyúčtovacích pravidel u nepřímých nákladů, které „tvrdí“, že nevyúčtování nepřímých nákladů umožňuje i jejich neexistenci, což by směřovalo k situaci, že v konkrétním dotačním projektu je možné vytvořit zisk, a to z důvodu neexistence povinnosti nepřímé náklady mít.

Dovoluji si před tímto výkladem důrazně varovat a tento postup používat pouze a jen v případech, kdy to tak jednoznačně a srozumitelně stanoví příslušná dotační pravidla a kdy je **na všech kontrolních úrovních** ověřeno, že tento postup je v souladu s obecnými „dotačními“ právními předpisy.

► „Novinky“ v oprávněných nákladech (výdajích) v režimu vyrovnávací platby

Většina poskytovatelů sociálních služeb je v rámci svého zařazení v síti sociálních služeb současně smluvně vázána v režimu služeb obecného hospodářského zájmu (SGEI) k přijímání a vyúčtování dotací v režimu vyrovnávací platby.

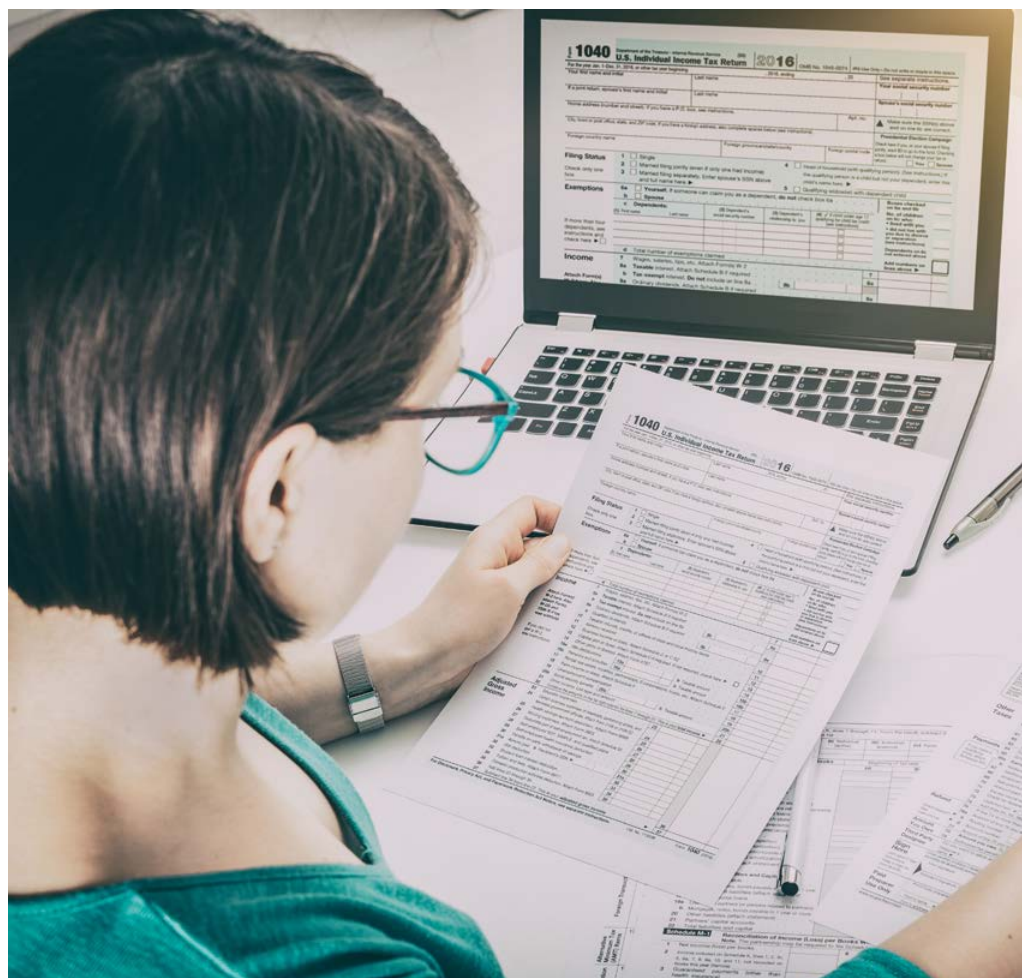
Každá jednotlivá služba je řešena samostatnou smlouvou a obvykle není v procesu vyúčtování zisk připuštěn. Od samého počátku tohoto způsobu financování se řeší možnost vytvářet zisk nebo „jakési“ rezerva

vy k financování budoucích nákladů nebo k vytváření rezerv na předfinancování v případech opožděného rozesílání dotací. Dosud však nebyl nalezen žádný „rozumný“ a zákonný mechanismus a nařízení vlády č. 98/2015 Sb. a navazující individuální pravidla v rámci jednotlivých krajů spíše situaci komplikují a „rezervy“ na budoucí období není možné vytvářet.

Aktuálně se v některých krajích objevily informace o změnách metodik k vyúčtování dotací v režimu vyrovnávací platby, kdy by údajně mělo být umožněno v nákladech jednotlivých služeb vytvářet „jakési“ rezervní fondy, rezervy, fondy, paušální nepřímé náklady bez vyúčtování apod. Tyto změny jsou údajně konzultovány a navrhovány přímo MPSV a jsou údajně konzultovány i s MF.

Dovoluji si před tímto postupem důrazně varovat, a to následujícími argumentačními otázkami:

- Skutečně je ověřeno, že možnost neprokazování paušálních nákladů znamená i možnost tyto náklady vůbec nemít, tedy účtovat fiktivní náklady (zde tzv. rezervní fond, rezerva, fond, paušální nepřímé náklady)?
- Je fikce spotřeby na „rezervní fond, rezervu, fond, paušální nepřímé náklady apod.“ v souladu s nařízením vlády č. 98/2015 Sb.?
- Je náklad na „rezervní fond, rezervu, fond, paušální nepřímé náklady apod.“ skutečně výdajem věcně a časově souvisejícím s kalendářním rokem, na který je dotace poskytnuta (§ 1 odst. 1 nařízení vlády)?
- Umožňují rozpočtová pravidla (zákon č. 250/2000 Sb.) a účetní předpisy (vyhláška č. 410/2009 Sb. pro veřejný sektor) tvořit jiné než zákonné fondy?
- Umožňují rozpočtová pravidla (zákon č. 250/2000 Sb.) a účetní předpisy (vy-



hláška č. 410/2009 Sb. pro veřejný sektor) tvořit tyto „nezákonné“ a dobrovolné fondy na vrub nákladů (tedy výsledkově)?

» Daňový režim při poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče

Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, bylo možné do 31. 12. 2024 poskytovat podle § 11 odst. 2 písm. b) zdravotní služby v zařízeních sociálních služeb podle zákona o sociálních službách a v případech, kdy sociální zařízení nemělo v držení správní rozhodnutí k poskytování zdravotních služeb, tak byly některé zdravotní služby poskytovány pouze na základě smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou. Poskytovatel služeb tuto skutečnost pouze před započítáním poskytování oznámil krajskému úřadu příslušnému podle místa jejich poskytování. Na takového poplatníka se tedy nepoužilo ustanovení

§ 18a odst. 5 písm. c) zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů: „S výjimkou příjmů z investičních dotací jsou předmětem daně všechny příjmy u veřejně prospěšného poplatníka, který je poskytovatelem zdravotních služeb, který má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona upravujícího zdravotní služby.“

Změnou zákona č. 372/2011 Sb. byl tento režim zrušen, kdy přechodná ustanovení zákona umožnila v původním (starém) režimu pokračovat až do 31. 12. 2026.

Poskytovatelé sociálních služeb, kteří tedy do 31. 12. 2026 neprovedou žádné změny, si pro daňové postavení v režimu daně z příjmů právnických osob zachovají svůj režim tzv. úzkého základu daně (§ 18a odst. 1, 2, 3, 4 zákona č. 586/1992 Sb.) nebo tzv. širokého základu daně (§ 18a odst. 5 zákona č. 586/1992 Sb.).

Poskytovatelé sociálních služeb, kteří však v období od 1. 1. 2025 již postupova-

Aktuálně se v některých krajích objevily informace o změnách metodik k vyúčtování dotací v režimu vyrovnávací platby, kdy by údajně mělo být umožněno v nákladech jednotlivých služeb vytvářet „jakési“ rezervní fondy, rezervy, fondy, paušální nepřímé náklady bez vyúčtování apod.



li podle nového znění zákona č. 372/2011 Sb. a již nově vstoupili do režimu sociálně-zdravotní lůžkové péče podle § 9 odst. 2 písm. e) zákona č. 372/2011 Sb., a tedy mají v držení správní rozhodnutí k poskytování této péče, jsou ode dne právní moci tohoto rozhodnutí poplatníky daně z příjmů právnických osob podle § 18a odst. 5 písm. c) zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

Protože tento daňový zákon neřeší daňový režim při změně z tzv. úzkého základu daně na tzv. široký základ daně, dlouhodobě se pracuje s výkladem, že tato situace nutí daňový subjekt k rozdělení ročního zdaňovacího období na dvě „daňové“ části.

Z těchto důvodů je APSS ČR dlouhodobě doporučováno provedení změnového režimu na poskytování sociálně-zdravotní lůžkové péče s právními účinky k 1. 1. 2025 nebo k 1. 1. 2026 nebo k 1. 1. 2027.

K doplnění uvádím, že při aplikaci nového znění zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách:

- Tzv. úzký základ daně používají např. církevní organizace, spolky a příspěvkové organizace, když nejsou poskytovateli zdravotních služeb.
- Tzv. široký základ daně používají církevní organizace, spolky a příspěvkové organizace, když jsou poskytovateli zdravotních služeb s oprávněním (správním rozhodnutím), a obchodní korporace, ústavy nebo obecně prospěšné společnosti.

Poradna konceptu Bazální stimulace



Na dotazy čtenářů odpovídá **PhDr. Karolína Maloně Friedlová, Ph.D.**,

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

Dotaz:

Dobrý den,

máme v zařízení klienta s těžkým kombinovaným mentálním a tělesným postižením. Klient je agresivní především vůči sobě, sebepoškozuje se, kouše se do kůže na ruku. Prosim o radu, jak by bylo možné ho uklidnit.

M. R., vedoucí oddělení, domov pro osoby se zdravotním postižením

Odpověď:

U klienta bude vhodné zařadit techniky Zklidňující somatické stimulace. Zpočátku se bude klient bránit. Somatickou stimulaci doporučuji nejprve integrovat během toalety, formou zklidňujících koupelí. Po zklidňující toaletě aplikujte Masáž stimulující dýchání. Tato technika nejen vede ke zklidnění agresivních klientů, ale zároveň umožňuje navázat kontakt i s neklidným a nekontaktním klientem. Klienta polohujte do hnízda, zkuste také polohování mumie kombinované s hnízdem. Tato forma somatické stimulace mu umožní výrazné zklidnění, tělesný komfort a pocit jistoty a bezpečí.

Důležité je, že se jedná o zcela nenásilnou formu somatické stimulace bez přímého tělesného kontaktu s klientem. Tělesný kontakt nemusí být agresivními klienty zpočátku tolerován. Předpokládám, že znáte reakce klienta na různé ošetřovatelské nabídky, které mu v péči poskytujete. Kombinujte somatické nabídky s nástavbovými prvky konceptu, se kterými máte u klienta pozitivní zkušenost (např. auditivní, optické, taktilně-haptické a jiné nabídky). Získáte tak klientovu důvěru, která je předpokladem k navázání kontaktu, zklidnění a eliminaci autoagresivních prvků chování.

Co přinesla konference pro ředitele a ekonomy?

Konference pro ředitele a ekonomy patří mezi stálice Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, letos se jí v pražském Hotelu Olšanka – Kongresovém centru zúčastnilo rekordních 400 účastníků. Níže se s námi můžete za touto akcí krátce ohlédnout.

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

Úvodního slova se ujal prezident APSS ČR Jiří Horecký, jehož následující přednáška se zaměřila na paušální výdaje a shrnutí výsledků dotazníkového šetření k nedostatku zaměstnanců.¹ To ukázalo, že nedostatek pracovníků zůstává dlouhodobým problémem pro více než polovinu respondentů (celkem se zapojilo 604 zařízení), přičemž v posledním roce podíl organizací hlásících nedostatek opět vzrostl. Kvalifikovaným odhadem chybí sociálním službám aktuálně 2 761 zaměstnanců.

Nedostatek pracovníků zmínil také obchodní ředitel Talk2Amy Ivo Pešek, který dále upozornil na zvyšující se věk personálu a měnící se očekávání zaměstnanců. Nástroj Talk2Amy na to reaguje propojením psychologie a technologií: pomocí strukturovaných online rozhovorů vytváří kompetenční a osobnostní profily jednotlivců i týmů a podporuje nábor, rozvoj, práci se zpětnou vazbou i týmovou spolupráci.

Na konferenci vystoupil i ministr práce a sociálních věcí Aleš Juchelka, který shrnul změny v sociálních službách v roce 2026.

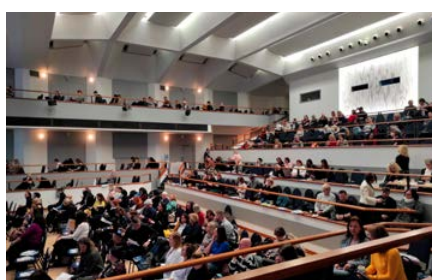
Jak se připravit na NIS2 a optimalizovat náklady v IT hovořili Miroslav Kvapil a Adam Zahradník ze společnosti Lexnova. Zazněly praktické první kroky: udělat audit, určit manažera kyberbezpečnosti, zhodnotit rizika, zavést základní opatření (např. 2FA, aktualizace, zálohy) a školit zaměstnance.

Emilie Kalová, ředitelka odboru inspekcí, výkonu akreditací, financování v oblasti sociálních služeb, sociálněprávní ochrany dětí a sociální práce na MPSV, se věnovala



financování sociálních služeb v roce 2026 – shrnula hlavní dotační tituly, programy podpory pro kraje (PpA) i celostátní/nadregionální služby (PpB) a také mimořádné dotační možnosti. Zazněly aktuální informace k rozpočtovému provizoriu, navýšení úhrad od 1. ledna 2026 a plánovaným změnám v nastavení podpory, včetně tématu paušálních výdajů.

Vrchní ředitelka sekce legislativy na MPSV Dana Roučková shrnula hlav-



ní novinky v odměňování pro rok 2026: změny v katalogu prací, dále navýšení minimální mzdy na 22 400 Kč a z toho vyplývající úpravy nejnižších úrovní zaručeného platu. Zazněla také informace o navýšení platových tarifů od 1. ledna 2026 u pedagogických a akademických pracovníků, zatímco ostatní skupiny zaměstnanců mají být řešeny samostatně.

Další přednáška se věnovala transparentnímu odměňování. Petr Hůrka, právník a expert Konfederace zaměstnavatelských a podnikatelských svazů ČR, upozornil na problémy současného systému platů, jako je demotivace, nízká konkurenceschopnost či rozevírání platových rozdílů, a představil hlavní směry připravované platové reformy. Součástí byla také evropská směrnice o transparentním odměňování a její dopady na zaměstnavatele, včetně povinností v oblasti informování a dokazování rovnosti odměn.

Prezentace Michala Daňka z oddělení strategie Úřadu vlády ČR se věnovala zákonu o povinném příspěvku na produkty spojení na stáří, který je účinný od 1. ledna 2026 a zavádí povinnost zaměstnavatelů přispívat zaměstnancům vykonávajícím rizikovou práci ve 3. kategorii. Zazněly také dopady pro HR (identifikace pozic, úprava interních pravidel, vzory oznámení/potvrzení), daňový režim a možné sankce při neplnění.

Dalším tématem bylo Jednotné měsíční hlášení zaměstnavatele, jehož výhody shrnula odborná specialistka ČSSZ Martina Huřáková. Podstatou je zjednodušit komunikaci se státem: zaměstnavatel bude posílat jeden elektronický formulář na jedno místo a úřady si z něj data převezmou pro své agendy, aby se omezilo opakované dokládání stejných údajů.

Nejdůležitější body přednášky Pavla Lampy si můžete přečíst v samostatném článku na str. 16.

Konferenci zakončil Michal Blažej, obchodní ředitel SIMIX GROUP, který představil možnost řešení dlouhodobého nedostatku personálu v sociálních službách prostřednictvím nábory kvalifikovaných pracovníků z Filipín. Zaměřila se na celý proces – od výběru a testování kandidátů, přes vízový proces, jazykovou podporu a přípravu k nostrifikaci až po komplexní aftercare servis, který podporuje rychlou adaptaci, integraci a loajalitu zaměstnanců.

¹ Dotazníkové šetření probíhalo ve dnech 12. listopadu – 26. prosince 2025, přičemž APSS ČR získala odpovědi od 604 zařízení sociálních služeb. Výsledky jsou dostupné na webu APSS ČR v sekce Vydáváme → Dotazníková šetření a průzkumy.

Když změna funguje

aneb Přihlaste se do 3. ročníku Ceny inovace v sociálních službách

Již potřeť se mohou poskytovatelé sociálních služeb, krajské úřady a nově i firmy, které nabízejí inovativní produkty a služby pro sociální služby, přihlásit do Ceny inovace v sociálních službách. Ta oceňuje nejlepší řešení a příklady dobré praxe v České republice. Přihlášku do 3. ročníku můžete zasílat do 28. února.

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

Podpora inovací je důležitá ve všech segmentech, zvláště význam však má v oblastech, kde se výsledky změn promítají do života lidí, kteří se nacházejí ve zranitelné situaci. Inovace zde nejsou samoúčelným „vylepšováním“, ale konkrétní cestou ke zvýšení kvality podpory, bezpečí a důstojnosti uživatelů služeb. Z předchozích ročníků víme, že jde často o nápady, které vznikají přímo v praxi, z potřeby řešit reálné situace a hledat účinnější postupy.

Na následujících řádcích si připomeňme vybrané inovativní, nadstandardní či výjimečné přístupy oceněné v 1. i 2. ročníku Ceny inovace. Jsou inspirací i důkazem, že kvalitní změna nemusí vždy znamenat velké investice, ale především odvahu dívat se na službu novými očima, sdílet zkušenost a nebát se posouvat zavedené hranice.

Do 1. ročníku se přihlásilo se svými inovativními přístupy celkem 36 projektů, z toho bylo 28 záměrů od poskytovatelů sociálních služeb a osm záměrů krajských. Do 2. ročníku poslalo přihlášku už 43 projektů, z toho bylo 38 záměrů od poskytovatelů sociálních služeb a pět záměrů krajských. O tom, jak dopadne 3. ročník, rozhodujete jenom vy, poskytovatelé sociálních služeb, zástupci krajských úřadů a nově také firmy.

Ve 2. ročníku zvítězily inovace zaměřené na komplexní řešení otázky autismu v Kraji Vysočina, začlenění psychologického týmu jako běžné součásti péče o klienty domova pro seniory, přeměnu ústavu v dostupné komunitní pobytové služby, využití terapeutické zahrady k sebeurčení klientů či



Komplexní řešení otázky autismu v Kraji Vysočina

usnadnění života dětem s dětskou mozkovou obrnou za pomoci oční kamery.

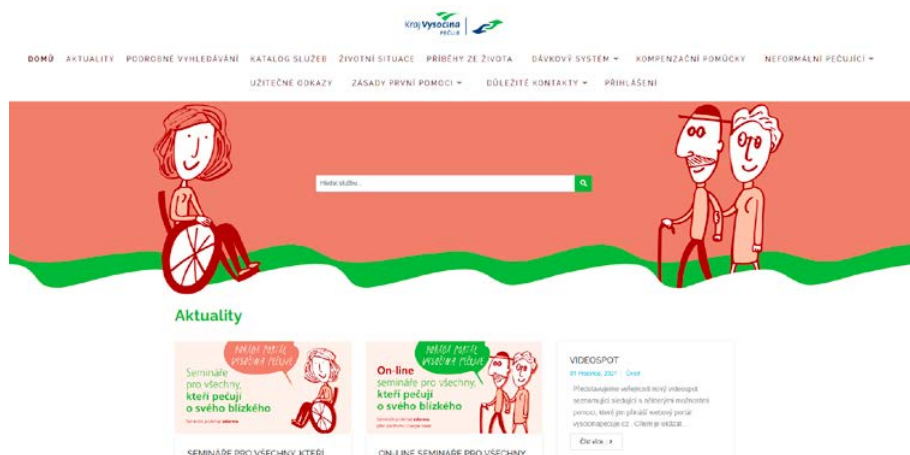
Krajské úřady Komplexní řešení otázky autismu v Kraji Vysočina Krajský úřad Kraje Vysočina

V Kraji Vysočina žije nemalé procento osob s poruchou autistického spektra (PAS), přičemž sociální služby s touto diagnózou pracovaly jako s přidruženou k mentálnímu postižení. Vznikl proto projekt zaměřený na systémovou inovaci péče o osoby s PAS a jejich pečující, a to jak na úrovni jednotlivců, tak celého systému. Do projektu byly zapojeny tři příspěvkové organizace kraje poskytující ambulantní a pobytové služby. Klíčovými pilíři se stala podpora neformálních pečovatelských prostřednictvím vzdělávání, víkendových pobytů a propojování rodin, dále cílené

vzdělávání formálních pečovatelských ve spolupráci s odborníky z celé ČR a vytvoření nástroje pro sběr dat, analýzu potřeb osob s PAS a predikci dalšího vývoje. Součástí projektu byla také edukace veřejnosti a snižování stigmatizace PAS, přičemž vytvořené inovace tvoří základ pro další rozvoj krajské strategie v této oblasti.

Systém sociálně-zdravotního pomezí v Kraji Vysočina Krajský úřad Kraje Vysočina

V Kraji Vysočina dlouhodobě chyběla provázanost a spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami. Projekt Tvorba systému sociálně-zdravotního pomezí v Kraji Vysočina, financovaný z evropských fondů, proto usiluje o zlepšení nabídky, kvality a propojenosti péče pro klienty na pomezí těchto oblastí. Zaměřuje se na včasné rozpoznání osob potřebujících



Systém sociálně-zdravotního pomezí v Kraji Vysočina



Psychologický tým jako běžná součást péče o klienty domova pro seniory

dlohodobou péčí posílením sociální práce v nemocnicích a na obcích s rozšířenou působností a na lepší koordinaci domácích pečujících, terénních a ambulantních sociálních i zdravotních služeb. Součástí je také portál www.vysocinapecuje.cz, který zvyšuje informovanost veřejnosti. Díky zaváděným aktivitám se daří zlepšovat přístupnost klientů systémem, optimalizovat poskytování služeb a zefektivnit komunikaci mezi aktéry, včetně řešení složitých situací, které byly dříve obtížně zvládnutelné.

Poskytovatelé sociálních služeb

Psychologický tým jako běžná součást péče o klienty domova pro seniory

Domov pro seniory Háje

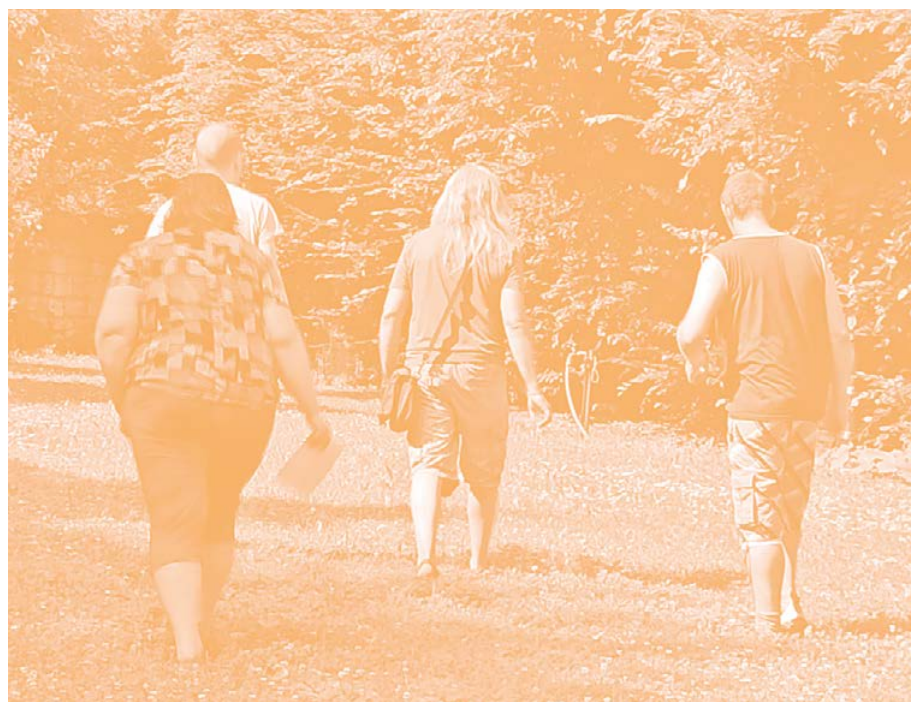
Domov pro seniory Háje reagoval na poznatky o vysoké psychické zátěži klientů domovů pro seniory a v roce 2020 začlenil do úseku aktivizace tři psychology (dříve s nimi spolupracoval převážně externě). Psychologové zajišťují individuální a skupinové konzultace a terapie, krizovou intervenci, diagnostiku, podporu a edukaci personálu, podporu rodin i inovace programů. Díky jejich přítomnosti se zvýšila kvalita psychické péče o klienty, zaměstnanci mají dostupnou odbornou oporu a rodiny získaly stabilní kontaktní zázemí. Inovace podpořila i efektivnější týmovou komunikaci a přispěla ke snížení absencí souvisejících s vyhořením.

Transformace Domova Na cestě v prostupné komunitní pobytové služby zaměřené na zotavení

Domov na cestě

Podstatou inovace byla proměna původní ústavní služby Domov na hradě Rychmburk

v prostupnou komunitní pobytovou službu zaměřenou na zotavení Domov Na cestě. Změna reagovala na nevhodné podmínky historického objektu, které klientům s vážným duševním onemocněním neumožňovaly běžný život v komunitě ani rozhodování o vlastním životě. V souladu s procesem deinstitucionalizace a Národním akčním plánem pro duševní zdraví 2020–2030 Pardubický kraj spolu s novým vedením reorganizoval službu do středisek s multidisciplinárními týmy vedenými sociální pracovníci, včetně lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Týmy se posunuly od „provádění úkonů“ k práci s cíli, posilování samostatnosti, zapojování rodin do spolupráce a podpoře práv klientů. Péče se opírá o metodiku CARE zaměřenou na zvyšování kvality života a principy reformy psychiatrické péče.



Transformace Domova Na cestě v prostupné komunitní pobytové služby zaměřené na zotavení

Terapeutická zahrada: Aktivní cesta k sebeurčení

Diakonie ČCE – středisko Světlo ve Vrchlabí

Diakonie ČCE – středisko Světlo ve Vrchlabí vybudovalo při službě Sociální rehabilitace SPIRÁLA terapeutickou zahradu jako praktický prostor, kde mohou uživatelé – převážně lidé s mentálním postižením – přímo zažít, že jejich rozhodnutí mají důsledky a že mohou ovlivňovat svůj život. Společně s pracovníky vytvořili zvýšené záhony, vrbový altán, trvalkové výsadby a další prvky a od začátku se podílejí na tom, jak bude zahrada vypadat, co se bude pěstovat i jak o ni pečovat. Pravidelná práce v rámci nácviků (včetně skupinové formy, kdy se uživatelé střídají ve vedení skupiny) podporuje přenos získaného uvědomění do běžného života. Zahrada je zároveň otevřená místní komunitě a propojuje svět lidí s postižením s okolím.

Obsluha PC bez použití rukou? Ano, oční kamera to zvládne skvěle!

Centrum sociální pomoci Třinec

V Denním stacionáři PAPRSEK pracují s dětmi s dětskou mozkovou obrnou, které kvůli zdravotnímu znevýhodnění nemohou ovládat končetiny, ale mají výrazný potenciál v rozvoji komunikace a kognitivních dovedností. Zavedení očního ovládání pomocí kamery Tobii PC Eye 5 dětem umožňuje snímání pohledu a ovládat vybrané programy, čímž rozšiřuje jejich komunikační možnosti a posiluje schopnost uplatňovat vlastní vůli. Děti, které pomůcku již používají, prokazatelně zlepšily komunikační



Terapeutická zahrada: Aktivní cesta k sebeurčení



Obsluha PC bez použití rukou? Ano, oční kamera to zvládne skvěle!

dovednosti a získaly možnost vyjadřovat svůj názor. Pozitivní dopad je patrný i u rodin – rodiče bývají zkušeností natolik motivováni, že se snaží pomůcku zajistit také pro domácí využití.

Rozvoj paliativní péče v domově pro seniory

Domov důchodců Dvůr Králové nad Labem

Domov se paliativní péčí věnuje od roku 2015 a postupně ji začlenil jako běžnou součást poskytované sociální služby díky projektům Společně ke kvalitě a Pečujeme společně. V rámci prvního projektu rozvíjeli komunikaci o smrti a umírání, vzdělávali pracovníky, spolupracovali s odborníky, začali téma otevřeně prezentovat a vytvořili důstojné zázemí v podobě Modrého pokoje i rituály po úmrtí. Druhý projekt propojil kvalitu života s biografickou prací a paliativním přístupem tak, aby mohl klient prožít závěr života co nejvíce podle svých přání. Domov zároveň zdůrazňuje včasnost: paliativní péči nenabízí až v terminální fázi, ale pracuje s ní dříve. Vytvořil dotazník pro

určení fáze paliativní péče v dokumentaci, navazující rozhovory s klienty a rodinami a promítl zjištěná přání do individuálních plánů i metodiky pro poskytovatele.

Projekt Spolu do života – individuální začlenění dospělých lidí s tělesným a kombinovaným postižením do běžného prostředí

ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením

Projekt si klade za cíl zapojovat uživatele do běžného prostředí souběžně s poskytováním osobní asistence a reaguje tak na nedostupnost vhodných ambulantních služeb i přání uživatelů v souladu s principy centra ARPIDA. V první fázi pracovníci sociální rehabilitace zmapují přání a dovednosti uživatele, vyhledají vhodné místo



Individuální začlenění dospělých uživatelů s tělesným a kombinovaným postižením do "míst umožňujících zapojení" v běžném prostředí mimo centrum ARPIDA.

v komunitě a pilotně ověří zapojení v rozsahu zhruba 1krát týdně (max. 2krát) na 2–3 hodiny. Po výběru místa je uzavřena trojstranná smlouva mezi uživatelem, ARPIDOU a zapojenou organizací, která upravuje i odpovědnost či pojištění. Ve druhé fázi je uživatel předán osobní asistenci, která zajišťuje pravidelné dlouhodobé zapojení a průběžnou koordinaci. Projekt představuje integrační alternativu ke službě denního stacionáře.

Homesharing pro rodiny s dětmi s PAS v Pardubickém kraji

Rodinné Integrační Centrum

Hlavním impulzem k zavedení a pilotnímu ověření služby Homesharing byla nedostatečná kapacita pobytových odlehčovacích služeb pro děti s poruchou autistického spektra nebo kombinovaným postižením, které vzhledem k náročnému chování potřebují vysokou míru podpory po celý den. S podporou Pardubického kraje proto vznikla komunitní pobytová služba Homesharing, v jejímž rámci o děti pečují v prostředí svých domácností předem vyškolení hostitelé. Ti jsou formálně zaměstnanci Rodinného integračního centra, které nese odpovědnost za kvalitu poskytované péče v hostitelských rodinách a zároveň hostitelům průběžně poskytuje potřebnou metodickou i odbornou podporu.

Krabkostky – v jednom soustě celé jídlo

Diakonie ČCE Krabčice

Koncept vychází z přípravy jídel do malých „mini porcí“, díky nimž lze lidem s polykacími obtížemi servírovat stravu tak, aby ji mohli konzumovat samostatně, případně jen s minimální asistencí. Organizace proto upravila způsob přípravy tak, aby jedno sousto obsahovalo všechny části jídla zároveň a mělo konzistenci, která se snadno polyká, přičemž si zachovává chuť, vůni i vzhled pokrmu. Důraz je kladen



Rozvoj paliativní péče v domově pro seniory

Hostitelským rodinám i místním komunitám
otevřít nové způsoby vnímání světa.

Zapojte se do projektu Homesharing

CÍLOVÁ SKUPINA - KLIENT

Klientem je rodina s dítětem s PAS ve věku 4 - 18 let, která potřebuje odlehčení od náročného nepleťtějšího péče.

Homesharing je určen zejména pro děti s PAS s výraznější symptomatikou PAS (často nevěstěbání) a tzv. náročným chováním.

Tyto děti jsou z důvodu neschopnosti přizpůsobit se kolektivním pravidlům v podstatě neumožněné do jiných forem odlehčovací služeb. Navíc pobyt ve standardním pobytovém zařízení sociálních služeb jen velmi těžko snášely.

SPOLUPRACOVNÍK (Z HOSTITELSKÉ RODINY)

Spolupracovníkem se může stát plnoletá osoba ve věku 28 - 58 let s dobrým fyzickým a psychickým stavem (pokrovením od sesterijského lékaře).

Není třeba formální vzdělání, důležitá je vnitřní motivace, empatie, sebekázaní, schopnost a ochota se přizpůsobovat životnímu rytmu, potřebám a požadavkům dítěte s PAS.

Rodinné Integroční Centrum z.s. Spolupracovníky připraví na práci s dítětem s PAS. Spolupracovníci budou procházet psychoterapií, absolvovat 72 hodin vzdělávání a 10 hodin praxe s dítětem s PAS.

Rodinné Integroční Centrum z.s. bude s rodinami v úzkém kontaktu, připravíme poskytnout podporu a pomoc v případě vzájemných potíží.

ZÁSADY POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY HOMESHARING

- Služba je založena na povoleném navazování vztahu dítěte s PAS s Hostitelskou rodinou, dlouhodobě spoluprací, individualizovaným „lidským“ přístupem, cílevěrně k potřebám a plánům dítěte s PAS.
- Rodina dítěte s PAS má hlavní slovo v tvorbě Plánu plnění potřeb Klienta, je mu podřizován a přizpůsobován průběh péče.
- Je kladen velký důraz na tvorbu vztahu mezi Klientem a Hostitelskou rodinou. Seznamování probíhá velmi pomalu, aby pro dítě s PAS bylo příjemné a akceptovatelné.
- Samostatný pobyt dítěte v Hostitelské rodině je spočítán krátkodobě a trvání se postupně prodlužuje.
- Samostatný pobyt přes noc je naplánován až tehdy, když obě strany (rodina Klienta i Hostitelská rodina) cítí, že probíhá v klidu a bezpečí.

CO BYSTE MĚLI UDĚLAT, POKUD MÁTE O HOMESHARING ZÁJEM?

- Vyplnit formulář Zadejte (Klient).
- Učastnit se motivačního pohovoru.
- Spolupracovat na tvorbě Plánu potřeb Klienta v případě, že pro Vás bude vybrána vhodná Hostitelská rodina.

Služba Homesharing je financována z programu Spolky do života Národního fondu život.

Spolupracovníci Rodinné Integroční Centrum z.s.

Hostitelské Integroční Centrum

www.homesharing-ric.cz



Transformace SS v Domově Sluneční dvůr

Homesharing pro rodiny s dětmi s PAS v Pardubickém kraji

také na atraktivitu jídla a na libost při jeho konzumaci jako důležitou součást stravování. V praxi se však ukazuje, že převést typickou českou kuchyni – založenou často na omáčkách a knedlicích – do této formy úpravy je náročné.

Hodnotící tým Troublegang a jeho zapojení do sociální služby sociální rehabilitace

Startujeme

(člen skupiny sociálních podniků Etincelle)

V rámci sociální rehabilitace se dlouhodobě zaměřujeme na podporu klientů v oblasti pracovního uplatnění. Práce by měla být pro lidi se zdravotním postižením přirozenou součástí života, v praxi se nám však dařilo klienty uplatňovat převážně na chráněném trhu práce a u zaměstnavatelů jsme naráželi na řadu bariér. Proto vznikl hodnotící tým „Troublegang“, který pro zaměstnavatele testuje konkrétní pracovní pozice a zpracovává profesionální hodnotící zprávu s doporučeními, co je na pracovišti možné a jaké úpravy uplatnění podpoří. Tým tvoří čtyři hodnotitelé (se ztrátou zraku, se ztrátou sluchu, s mentálním postižením a na vozíku) a výsledky jsou přímo propojené s konkrétními klienty, kteří mohou na prověřené pozice nastoupit.

Transformace SS v Domově Sluneční dvůr

Domov Sluneční dvůr

Areál zařízení byl vybudován v roce 1912 a od počátku sloužil sociálním účelům. Po válce prošel v roce 1957 rekonstrukcí a znovu se otevřel jako zařízení pro ženy s mentálním postižením. V roce 1987 byla realizována další dostavba s kapacitou pro 30 osob. V té době žilo v Ústavu sociálních služeb přibližně 85 uživatelů, převážně ve víceúčelových pokojích.

Proces proměny areálu byl dlouhodobý – od zahájení po dokončení staveb trval zhruba 10 let. Po ukončení všech úprav se podařilo zajistit jednolůžkové pokoje pro každou uživatelskou. Uživatelky tak mají vlastní prostor se základním vybavením, mohou si pořídit i vlastní nábytek a samy rozhodují o výzdobě. V souvislosti se vznikem samostatných domácností, kde je

nutné zajišťovat nepřetržitou přítomnost personálu, došlo také k navýšení počtu zaměstnanců.

Tichá linka

Tichý svět

V České republice dlouho chyběla možnost online tlumočení do znakového jazyka i přepisu mluvené řeči – většina úkonů se musela řešit pouze osobně. Online platforma Tichá linka tuto situaci změnila: tlumočníci i přepisovatelé jsou dostupní kdykoli a odkudkoli. Ve spolupráci se státní správou se služba postupně zavádí do různých institucí, například na úřady či do nemocnic. Jeden tlumočník přitom zvládne denně zpracovat desítky telefonních i osobních hovorů a také různé překlady či úpravy textů. Hlavním cílem je překonávat komunikační bariéry a zlepšovat dostupnost služeb pro osoby se sluchovým postižením.



Tichá linka



Krabkostky – v jednom soustě celé jídlo



Hodnotící tým Troublegang a jeho zapojení do sociální služby sociální rehabilitace

2025

3. ročník CENA INOVACE v sociálních službách

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR je spolu se všemi kraji a ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí a Nadačním fondem ŠKODA AUTO vyhlášovatelem a organizátorem soutěže Cena inovace v sociálních službách. Jejím cílem je ocenit nejlepší řešení a příklady dobré praxe v České republice, a to na úrovni krajů a poskytovatelů sociálních služeb a nově také na úrovni firem.

Účel Ceny inovace

- Podpora pozitivní motivace krajů, poskytovatelů sociálních služeb a firem
- Rozvoj a zvyšování kvality sociálních služeb

Hlavním kritériem soutěže je nadstandardní, inovativní či výjimečný přístup v každodenní praxi poskytování sociální služby.

Soutěžní kategorie

- Inovativní krajský úřad České republiky
- Inovativní poskytovatel sociálních služeb v České republice
- Inovativní firma

Přihlášení

Do kategorie Inovativní krajský úřad České republiky se může přihlásit kterýkoli kraj v České republice, do kategorie Inovativní poskytovatel sociálních služeb v České republice se může přihlásit organizace nebo zařízení s délkou posky-

tování sociálních služeb minimálně 2 roky, resp. s inovací trvající déle než 1 rok. Nově otevíráme kategorii Inovativní firma, do které se mohou přihlásit firmy nabízející inovativní produkty a služby pro sociální služby.

Vyhlášení

Třetí ročník ceny inovace byl vyhlášen 2. října 2025 na XVI. výročním kongresu poskytovatelů sociálních služeb v rámci celostátního Týdne sociálních služeb.

Harmonogram Ceny inovace

28. 2. 2026	Doručení přihlášek vyhlášovatel
30. 4. 2026	Vyhodnocení odbornou porotou
24. 6. 2026	Představení finalistů a vyhlášení vítězů v rámci konference, budou představena také inovativní řešení



Jihomoravský kraj



Středočeský kraj

Zlínský kraj

Ústecký kraj

Jihočeský kraj



Kraj Vysočina



Pardubický kraj

Královéhradecký kraj



Nabídka knih

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

349 Kč



Management a kvalita sociálních služeb

Kniha kolektivu autorů je pomocníkem a průvodcem všech manažerů v sociálních službách s ambicí obsáhnout podstatné oblasti a otázky, se kterými se právě manažeři 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. Hlavním cílem autorů je zvyšovat kvalitu sociálních služeb v ČR a být oporou, ale i podporou manažerům v sociálních službách.

Kolektiv autorů, APSS ČR, 2020

Bazální stimulace podle prof. Dr. Fröhliche®

Kniha představuje koncept bazální stimulace od neonatologické péče, ošetřování dospělých na intenzivních jednotkách až po geriatrickou a paliativní péči na konci života. Cílem je zvýšit odbornost profesionálů nejen v sociálních službách, je určena i lékařům a nelékařským profesím ve zdravotnictví, speciálním pedagogům, studentům a vyučujícím na univerzitách. Díky konceptu bazální stimulace se zvyšuje kvalita života klientů sociálních služeb a pacientů v nemocnicích. Kromě teoreticky zaměřených statí kniha obsahuje řadu názorných postupů a návodů k práci, včetně bohaté fotografické dokumentace.

PhDr. Karolína Maloň Friedlova, PhD., APSS ČR, 2024

399 Kč



330 Kč



Cvičení šité na míru aneb Jak se cvičí Smyslovka

Musíte to jednoduše zkusit, abyste viděli, jak jsou senioři na cvičeních šťastní. Hanka Rabenhauptová cvičí se seniory již několik let, pravidelně a jako dobrovolník. Vždy vchází se širokým úsměvem, s energií sobě vlastní a se spoustou cvičebních pomůcek.

Sama říká, že cvičení šije na míru. Necvičí se tradičně, a přesto na cvičení senioři znovu bruslí, lyžují, tančí, zdolávají olympijské disciplíny, hází koulí nebo také žonglují. Nejde o výkon, jde o radost a jejich uvědomění, co ještě umím a dokážu. Cvičí se uvnitř i venku. Cvičení není jen o pohybu, je o sdílení, sblížení, dotycích a neuvěřitelné dávce energie a laskavém humoru, kterými Hanka senioři zahrnuje.

Hana Rabenhauptová, Hana Vojtová, JOKL, 2021

Medicína dlouhodobé péče

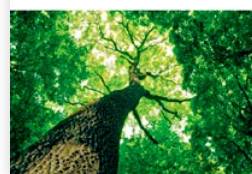
První komplexní monografie u nás týkající se tématu, které je trvale v popředí zdravotnické veřejnosti. Kniha je určena zejména praktickým lékařům, ošetřovatelskému personálu pobytových zařízení, činitelům v oblasti veřejného zdravotnictví. Publikace sleduje především dva cíle, a to přispět v českém prostředí k vymezení a pochopení agendy, závažnosti a aplikace dosud málo známého pojetí dlouhodobé péče jako 3. pilíře „péčové oblasti“ a za druhé upozornit na vybrané klinické a etické aspekty zdravotnické, především lékařské, ale také ošetřovatelské a rehabilitační praxe v rámci dlouhodobé péče, u jejích klientů/pacientů, včetně praxe v pobytových zařízeních.

Zdeněk Kalvach a kolektiv, Grada 2025

699 Kč

Zdeněk Kalvach a kolektiv

Medicína dlouhodobé péče



Knihy objednávejte na e-shopu www.obchodapsscr.cz.



AERCONIQ

Hledáte dezinfekci vzduchu
s **nejnižšími** provozními
náklady?

+ Bezúdržbovost

Bez drahých filtrů, bez servisu,
bez dodatečných nákladů.

+ Maximální účinnost

Díky fotokatalýze likviduje viry, alergen
i těkavé látky s maximální efektivitou.

+ Účinnost prokázána SZÚ

Posudek SZÚ prokazuje nulový výskyt
bakterií a sporů již po 2 hodinách čištění.

+ Nevytváří ozon

Umožňuje celodenní čištění vzduchu
i za přítomnosti lidí v místnosti.

+ Tichý provoz

Podává maximální výkon
s minimální hlučností.



Efektivně likviduje:



Zápachy



Těkavé
organické
sloučeniny



Plísně



Viry,
mikroby
a bakterie

Děti přibírají, část z nich si to nepřipouští

Více než pětina dospívajících má nadváhu nebo je obézní. Počet dětí, které mají nějaké to kilo navíc, meziročně roste. Sice plíživě, ale jistě. Potížím s vyšší hmotností čelí častěji chlapci než dívky. Pro děvčata je zase větším tématem tzv. body image – více „řeší“ pocity z vlastní postavy a hmotnosti. Vnímání vlastního těla má významnou souvislost s psychikou dospívajících. Jakou? Přečtěte si v jednom z našich zjištění podložených daty mezinárodní výzkumné studie Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).

■ **Text: Mgr. Michal Kalman, Ph.D.,** hlavní řešitel HBSC studie v ČR, Univerzita Palackého v Olomouci; a tým projektu zdravagenerace.cz

➤ Skoro každý třetí chlapec má kila navíc. U dívek každá šestá

Každý třetí až čtvrtý český chlapec se potýká s nadměrnou hmotností. Nadváhu má 20 % kluků a dalších téměř 9 % patří mezi obézní. U českých dívek jsou čísla o něco lepší – nadváhu má 13 % z nich a pouze 4 % českých školáček lze klasifikovat jako obézní. I tak ale každá šestá dívka v Česku ve věku 11–15 let patří do skupiny dětí s kily navíc.

➤ Mění se počet dětí s nadváhou či obezitou s věkem?

Ano, mírně klesá! Menší část školáků z nadměrné hmotnosti lidově řečeno „vyroste“. Studie HBSC porovnává děti v 11, 13 a 15 letech. U chlapců se sníží z 31 % v 11 letech na 30 % ve 13 letech, respektive na 26 % v 15 letech. U dívek pak 18 → 17 → 15 %. Podobný trend lze sledovat v případě, že se zaměříme pouze na kritickou kategorii obézních (11 → 8,3 → 7,7 % ♂ a 4,6 → 3,4 → 2,9 % ♀).

Steriani Elavsky, vědkyně a hlavní řešitelka projektu DigiWELL z katedry studií lidského pohybu Ostravské univerzity, podotýká: „Ukazuje se také, že obezita je často rodinný problém. Z našich výzkumů vyplývá, že děti, jejichž rodiče jsou obézní, mají vyšší riziko obezity. Pokud má dítě jednoho obézního rodiče, má 50 % šanci na rozvoj obezity. Pokud

jsou obézní oba rodiče, pravděpodobnost se zvyšuje dokonce na 80 %.“

A jaká je řeč dat? Máte VĚTŠÍ pravděpodobnost, že budete čelit nadváze či obezitě, pokud jste české dítě ve věku 11–15 let:

- z Ústeckého kraje. Naopak nejlépe si v tomto ohledu vedou Zlíňáci.
- z ekonomicky hůře situované rodiny (27 % s nadměrnou hmotností, z toho 9 % s obezitou). Děti z vyšší příjmové třídy jsou na tom výrazně lépe (18 % a z toho 4 % obézní).
- žijící na venkově.
- navštěvující základní školu (22 % a z toho 6 % s obezitou, gymnazisté pouze 13 %, z toho 3 % s obezitou).

➤ Podváha aneb Na opačném pólu

Okolo 4 % chlapců a 5 % dívek má „podváhu“. Čísla u dětí, které mají výrazně menší než obvyklou hmotnost, se drží dlouhodobě na stejných hodnotách a s věkem spíše klesají (u 15letých jsou to 3 %). Přesto je důležité i tuto kategorii sledovat – zejména v kontextu poruch příjmu potravy a souvisejících potíží.

➤ Čeští školáci přibírají průběžně

Jak se vyvíjela dětská nadváha a obezita v posledním čtvrtstoletí? Když srovnáme náš poslední výzkum (2022) s těmi předcházejícími (díváme se až do roku 1998), tak na jedničku do žákovské to nebude. Počet dětí s normální hmotností (normálním BMI) klesl o téměř 10 procentních bodů (z ≈ 82 % na ≈ 73 %). A jelikož děti s podváhou je procentuálně stále stejně, je zřejmé, že se děti „přelévají“ do kategorií nadváha či obezita, což potvrzuje i **Michal Kalman**, vedoucí výzkumného týmu HBSC: „Nárůst počtu dětí s nadváhou a obezitou se neděje skokově. Je mírný, ale kontinuální, dalo by se říct plíživý. Takže si na to česká populace začíná vizuálně zvykat a fakt, že na ulicích potkáváme více a více dětí s kily navíc, nejspíš neregistrujeme. Od roku 2010 přitom dětí s obezitou přibýlo – ze 4 % na dnešních 6,3 %.“

Tento trend není ničím, co by bylo specifické pouze pro mladé Čechy. S rostoucí mírou nadváhy a obezity se potýkají i další státy. Nicméně ve srovnání se stavem před dvěma dekádami (rok 2002), kdy jsme

na tom byli v evropském srovnání spíše dobře, čeští chlapci nyní již průměrná čísla sítě HBSC převyšují (28,6 % v Česku | 26,9 % ve světě) a dívky se průměru stále více přibližují (českých 16,2 % oproti 17,3 % ve světě).

Relativně dobře si z pohledu nízkého výskytu nadváhy a obezity vedou Nizozemci, Belgičané a Dánové. Dobrá data ukazují také Kazachstán, Kyrgyzstán a Tádžikistán.



Velmi špatně z hlediska nadváhy a obezity jsou na tom země, jako jsou Maďarsko, Malta, Severní Makedonie, ale třeba také Kanada či jižní národy – Portugalci, Kypřané či Řekové.

➤ Body image: jak dospívající vnímají vlastní hmotnost?

Jedna věc je skutečná hmotnost na škále podváha – normální hmotnost – nadváha – obezita. Jiná otázka je, jak dospívající svou hmotnost vnímají. Mladý hoch může mít pár kilo navíc, ale vlastně si toho ani nevšimne a je se svou hmotností „v míru“. Mladá dívka může být statisticky v normě, ale připadá si tlustá... Zhruba takhle vypadá jeden ze závěrů, které z našich dat vyplývají, pokud to hodně zjednodušíme. Jaké jsou ty další?

- Polovina dospívajících je se svou postavou spokojena (49,2 % ♂ a 51,6 % ♀).
- Negativně hodnotí vlastní hmotnost téměř třetina 13 a 15letých dívek.
- Vyšší hmotnosti vlastního těla si všimají více dívky než chlapci (24 % ♂ a 28 % ♀), přestože s kily navíc se perou více kluci než holky (viz zjištění 1/5 ↑).
- Mezi chlapci převládají spíše ti, kterým se zdá vlastní postava příliš hubená (27 % ♂ vs. 21 % ♀).

A kolik je kterých? Na chlup přesně dvě třetiny dětí ve věku 11–15 let (66,7 %) jsou **štíhlí realisté**. Do této dvoutřetinové většiny řadíme i ty, co si o sobě myslí, že jsou hubení a mohli by pár kilo nabrat. Ve skupině **realistů s kily** najdeme více chlapců (17 %) než dívek (11 %), což odpovídá tomu, jak jsou děti a teenageři s nadměrnou hmotností rozdělení v populaci. Podobně jsou

- Výrazně ubývá **štíhlých a nejistých** (18 → 11 %).

➤ MÝTUS vs. DATA: Opravdu děti tloustnou kvůli mobilům?

Častý názor je, že za epidemií obezity stojí užívání digitálních technologií. Po dívali jsme se na to ze dvou úhlů pohledu. Nejprve podle typu uživatele:

Sociální sítě? Ne tak docela. Naše studie HBSC neprokázala přímou souvislost mezi intenzitou užívání sociálních sítí (jestli je někdo používá málo, nebo hodně) a vyšší tělesnou hmotností.

Problémové hraní her? Jen trochu. U malé skupiny tzv. problematických hráčů (kteří kvůli hrám zanedbávají školu a kamarády) je riziko obezity mírně vyšší (1,4×).

strávený hraním videoher je jednoznačným rizikovým faktorem.

➤ O hmotnosti a o pohybu, stravě i hlavě

Tohle se ví už dávno a naše data to „jen“ potvrzují: Tělesná hmotnost souvisí s pohybem a stravovacími návyky. Ti, kteří se hýbou, pravidelně snídají či konzumují více ovoce a zeleniny, mají BMI v normě. A naopak.

Pak jsou tu ale další souvislosti, o kterých se tak často nemluví, protože nejsou patrné „na první dobrou“. Když jsme se do našich dat z posledního sběru podívali důkladně, zjistili jsme, že děti, které se potýkají s nadváhou či obezitou:

- hůře hodnotí své duševní zdraví – sledujeme vyšší výskyt depresivních stavů, sníženou životní spokojenost nebo častější pocity podrážděnosti či skleslosti.
- zažívají častěji pocity osamělosti.
- celkově hůře hodnotí vztahy s vrstevníky.
- méně často naplní spánková doporučení.
- častěji kouří či pijí alkohol.

➤ Špatná psychika? Hranicí je nadváha

Pro to, aby čeští školáci reportovali většímu výše uvedených negativních jevů, stačí překročit hranici nadváhy. Dále se zvyšující se hmotnost (obezita) už statisticky velký rozdíl pro oblast duševního zdraví či rizikového chování neznamená.

➤ Hlava a body image

A nakonec jsme se podívali na to, zda lze z výzkumu vysledovat souvislost mezi příslušností k jedné z našich čtyř kategorií body image a psychickou stabilitou, respektive reportovanými psychickými potížemi. A co myslíte? Je tam!

Nejlépe si vedou **štíhlí realisté**, ale jen o něco lépe než ti, co **kila navíc neřeší**. V indikátorech dotýkajících se duševního zdraví se tyto dvě skupiny dospívajících v zásadě neliší. U „neřešičů“ jsme si přeci jen všimli o něco horšího spánku a lehce vyšší úrovně konzumace alkoholu a elektronických cigaret..., ale to je vše. Co z toho plyne? Že když je vám 11–15 let, chcete z hlediska duševního **wellbeingu** patřit do těchto dvou skupin.

A také, že nejspíš nechcete být **realisté s kily**, jelikož se u vás s velkou pravděpodobností objeví všechny sledované psychické obtíže, stejně jako častější užívání návykových látek, nižší sociální opora či pocity osamělosti... A už vůbec nechcete být **štíhlí a nejistí**. Pro ty platí to samé v bledě modrém. Vlastně ne. Spíš v 50 odstínech černé, jelikož tahle kategorie „disponuje“ všemi uvedenými problémy, jen ještě mnohem výrazněji. ■



rozvrstvení také ti, co **kila navíc neřeší** (12 % ♂ a 5,5 % ♀) – všimli jsme si ale, že do téhle skupiny patří jen 4 % dívek ve věku 15 let. Zrcadlově naopak je to u **štíhlých a nejistých** – sem spadá více dívek (15 %) než chlapců (6 %).

Jaká je dynamika body image? Jak se vnímání vlastního těla vyvíjí v čase? Projděte si následující body vycházející z datasetů 2002 a 2022.

- Podíl **štíhlých realistů** je víceméně konstantní (≈ 67 %). Zmínit ale musíme odlišnou dynamiku u obou pohlaví. Ubývá chlapců spadajících do této kategorie. A přibývá dívek.
- Výrazně přibýlo **realistů s kily** (9 → 14 %).
- Téměř se zdvojnásobil podíl těch, co **kila navíc neřeší** (5 → 9 %).

Celkový náhled na problematiku se mění, když se zaměříme na ČAS strávený u obrazovky, tedy tzv. **digi čas**:

Sociální sítě (4+ hodiny denně): I zde je souvislost nepatrná. Mezi dětmi, které tráví na sítích do hodiny denně, a těmi, které tam jsou přes 4 hodiny, je v podílu dětí s nadváhou jen minimální rozdíl (22 % vs. 24 %).

Hraní her (4+ hodiny denně): Tady je rozdíl ZÁSAZNÍ. Zatímco z dětí hrajících do hodiny denně má nadváhu či obezitu zhruba 19 %, u hráčů s časem 4+ hodiny je to už přes 31 %.

Co si z toho vzít?

Není to technologie jako taková, ale spíše způsob a doba jejího využívání. Zatímco sociální sítě se zdají být z hlediska hmotnosti neutrální, nadměrný čas (4+ hodiny denně)

Nové možnosti rehabilitace s ohledem na pečující a fyzioterapeuty

Vertikalizace představuje základní kámen fyzioterapie a rehabilitace osob s omezenou hybností bez ohledu na věk nebo typ postižení. Její přínos přesahuje fyzickou rovinu – ovlivňuje funkci svalů, kostí, vnitřních orgánů, psychiku i sociální začlenění člověka s postižením. Moderní technologie, jako je tréninkový modul integrovaný do stropního systému Guldmann GH3+, umožňují dynamickou úlevu váhy a proměňují pasivní péči v aktivní terapii. Tento článek shrnuje fyziologické, psychologické i ergonomické aspekty vertikalizace a představuje její uplatnění v praxi fyzioterapie i domácí péče.

■ **Text: Liga vozíčkářů Brno**

➤ Vertikalizace: cesta k pohybu, soběstačnosti a lepší kvalitě života

Vertikalizace, tedy uvedení člověka z lehu či sedu do stoje, patří k základním pilířům moderní rehabilitace a péče o lidi s tělesným postižením. V praxi se však stále setkáváme s tím, že je její význam podceňován – a to nejen v laické, ale i v odborné veřejnosti. Přitom stoj je pro člověka přirozenou polohou, která zásadně ovlivňuje fungování organismu, náladu i kvalitu každodenního života. Vertikalizace už dávno není jen technická pomůcka nebo jednorázové cvičení – jde o komplexní přístup, který má podstatný vliv na fyzické a duševní zdraví i sociální začlenění lidí se zdravotním postižením.

➤ Fyziologické účinky vertikalizace

Vertikalizace pozitivně ovlivňuje činnost většiny tělesných systémů. Pravidelné střídání poloh zajišťuje zachování elasticity měkkých tkání, podporuje krevní oběh, udržuje pružnost svalů a šlach a napomáhá optimální funkci vnitřních orgánů.

Vliv na svaly

Nedostatek pohybu vede u osob s omezenou hybností k úbytku svalové hmoty a atrofii. U lidí s hendikepem se často objevuje spasticita, tedy křečovitě napětí svalů. Vertikalizace pomáhá spasticitu tlumit a zároveň stimuluje činnost svalů, čímž zlepšuje jejich výživu i tonus. Aktivní postavení těla udržuje svaly funkční, pružné a připravené k dalšímu tréninku. Pravidelné stání umožňuje aktivní zapojení posturálních svalů a stabilizaci trupu.

Vliv na kostní tkáň a klouby

Kosti potřebují pravidelné mechanické zatížení. Při jeho dlouhodobém nedostatku dochází k úbytku kostní hmoty a zvýšenému riziku zlomenin. Vertikalizace přiro-

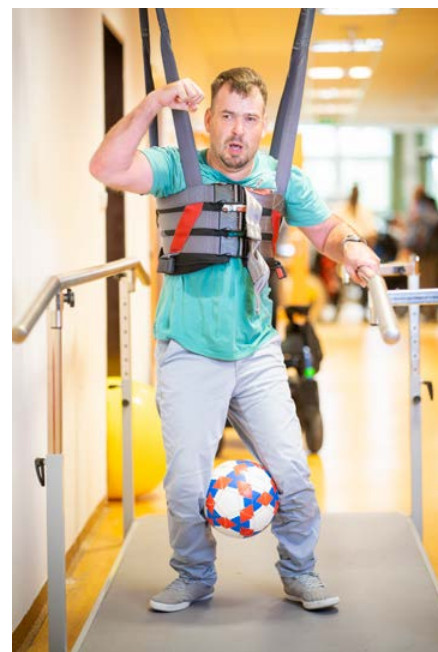
zeně stimuluje remodelaci kostní tkáně, pomáhá zachovat pevnost kostí a pružnost pohybu u kloubů. Zároveň zlepšuje napětí v měkkých tkáních, což zabraňuje zkracování svalů a omezení kloubní pohyblivosti.

Vliv na vnitřní orgány a cévní systém

Ve vzpřímené poloze dochází k lepšímu prokrvení dolních končetin i oxysličení mozku a aktivují se svaly cévních stěn, které regulují krevní tlak. Střídání poloh pozitivně ovlivňuje také trávení a funkci močového měchýře – tlakové změny v dutině břišní napomáhají přirozené peristaltice a vylučování. Tím se snižuje výskyt zácpy a dalších komplikací způsobených nedostatkem pohybu. Postupná adaptace na stání pomáhá předejít ortostatickým potížím a zlepšuje se i funkce dýchacího i oběhového systému.

➤ Psychologické a sociální přínosy

Možnost postavit se, i s pomocí technologie, má zásadní dopad na psychiku. Postavit se znamená pro mnohé klienty symbol



návratu k soběstačnosti. Vertikalizace přináší nejen fyzické zlepšení, ale i psychologickou úlevu – posiluje sebevědomí, motivaci a chuť spolupracovat při terapii. Vertikalizace mění perspektivu člověka – doslova i obrazně.

➤ Ergonomické a fyzické výhody pro pečující

Zvedání, přesuny a manipulace klientů patří k nejnáročnějším činnostem v péči o osoby s hendikepem a jsou jednou z hlavních příčin přetížení a bolestí zad. Pro pečující představuje vertikalizace důležitý ergonomický přínos. Použití podstropních zvedacích systémů významně snižuje fyzickou zátěž a riziko úrazu pečujících. Zároveň zvyšují bezpečnost pro obě strany a umožňují terapeutům soustředit se více na samotnou terapii než na fyzickou manipulaci.

➤ GH3+ a tréninkový modul – krok k aktivní rehabilitaci a sebeobsluze

Systém vyrobený dánskou firmou Guldmann – GH3+, distribuovaný firmou Altech, představuje inovativní řešení, které spojuje transportní a rehabilitační funkce.

Jeho součástí je tréninkový modul, který umožňuje dynamickou úlevu váhy až do 100 kg a přeměňuje běžný stropní zvedák na aktivní terapeutický nástroj.

Fyzioterapeut může přesně nastavit úroveň nadlehčení podle schopností klienta. Klient tak může bezpečně trénovat chůzi,

rovnováhu, dřepy či vstávání – a to přímo v prostředí, kde běžně žije.

Digitální ovladač zobrazuje aktuální úroveň úlevy a čas tréninku (až 30 minut), poté se systém automaticky přepne do běžného režimu přenosu. Díky těmto možnostem se z pasivní manipulace stává aktivní terapie, která podporuje návrat motorických funkcí a posiluje psychickou motivaci.

Vertikalizace se v praxi provádí postupně – od pasivního posazování po aktivní stání. Fyzioterapeut volí vhodnou metodu podle stavu pacienta, fáze rehabilitace i typu postižení. V rámci terapie lze využívat i nejrůznější pomůcky, jako jsou opěrné hole, chodítka, fixační ortézy, překážky na trati atd.

➤ Závěr

Vertikalizace není jen technický proces – je to základní princip pohybu, ovlivňující zdraví a soběstačnost. Podporuje fyzické funkce, stabilizuje psychiku, přináší úlevu pečujícím a díky moderním pomůckám, jako je systém GH3+, otevírá zcela nové možnosti aktivní terapie.

Péče o pozůstalé nemusí být uniformní

Ztráta blízkého člověka patří k nejtěžším životním zkušenostem. Přesto je podpora pozůstalých v Česku zatím spíše roztržštěná a často závislá na místě bydliště nebo štěstí na konkrétní službu. Pilotní projekt Péče a podpora pozůstalým, zaměřený na poskytování specializované péče o pozůstalé, zkoumá nejen její objem a intenzitu, ale i strukturu poskytovaných služeb. Nyní přináší vůbec první ucelená data, která ukazují, že reálný dopad na život truchlících má péče o pozůstalé jak v nemocnicích, tak specializovaných poradnách, přestože se liší v objemu úkonů i typem poskytovaných služeb. Zásadní je, aby byla péče dostupná ve správný čas a reagovala na konkrétní stav a potřeby pozůstalých.

■ **Monika Kofroňová,**
advokační a komunikační podpora
projektu, Institut Pallium

o pilotování se zapojily tři fakultní nemocnice a čtyři poradenské organizace z různých částí České republiky. Za rok 2025 bylo v rámci projektu podpořeno 813 truchlících osob. Při počtu 570 zemřelých to znamená, že na jednoho zemřelého v projektu v průměru připadá 1,4 pozůstalých. Odborníci různých profesí jim poskytli více než 5 200 úkonů péče v celkovém rozsahu přes 3 200 hodin.

➤ Jiná intenzita, různé role

Ukazuje se, že nemocnice jsou důležitou oporou v období kolem úmrtí blízkého člověka hospitalizovaného v nemocnici, kdy rodiny čelí šoku, zmatku a prvotní krizi. Nemocnice proto mají relativně vyšší podíl krizových intervencí a úkonů spojených s podporou a účastí při úmrtí.

Na druhé straně, je-li v nemocnici využíván paliativní tým, s rodinou se často pracuje ještě před úmrtím v rámci anticipovaného truchlení, a lze rodinu na blížící se ztrátu připravit. Specifikem péče o pozůstalé v nemocnicích je také fakt, že rodina, respektive nejbližší pozůstalí, nemusí službu vyhledávat. Podpora je jim nabídnuta přímo v prostředí nemocnice, i proto se jeví jako klíčové, aby byla péče o pozůstalé nedílnou součástí specializované paliativní péče.

Specializované poradny naopak pro pozůstalé častěji zajišťují dlouhodobější podporu, pomáhají pozůstalým vyrovnat se se ztrátou blízkého v čase, a předcházet tak závažnějším psychickým potížím, které vyžadují péči psychologa či psychoterapeuta. Na poradny se častěji obracejí klienti, kteří prožili náhlou, neočekávanou, tragickou nebo násilnou smrt blízkého, často i s několikaměsíčním odstupem od události. V poradnách se také okruh klientů častěji rozšiřuje i na členy širší rodiny.

Ve specializovaných poradnách jsou vedle poradenství pro pozůstalé, psychotherapeutické péče a psychické podpory významně zastoupeny i nepřímé aktivity spojené s administrací a časem stráveným na cestě za klientem. Zásadní rozdíl je ale v přístupu ke službě. Klienti totiž musí službu aktivně vyhledat a sami poradnu kontaktovat.



➤ Volba profese a odlišné potřeby v různých fázích truchlení

Na podpoře pozůstalých se podílejí různí odborníci podle typu služby. Podle průběžných dat z projektu, které se mohou dále vyvíjet, se v nemocnicích s rodinami nejčastěji setkávají **stabilizační specialisté** (441 úkonů), dále **psychologové** (248 úkonů) a **zdravotně-sociální pracovníci** (107 úkonů), kteří rodiny provázejí v praktických a emočně náročných situacích.

V poradnách pak péči zajišťují ve zhruba stejné míře **stabilizační specialisté a poradci pro pozůstalé** (1509 a 1326 úkonů), kteří nabízejí dlouhodobější doprovázení, a také **psychoterapeuti** (1009 úkonů), na které se obracejí lidé s hlubšími nebo dlouhodobějšími obtížemi spojenými se ztrátou blízkého člověka.

➤ Osobně, po telefonu i na dálku

Nejčastější formou podpory zůstává osobní setkání, ale data ukazují i význam telefonických, písemných a online kontaktů. Ty jsou (i podle výsledků zahraničních studií) důležité například pro lidi z menších obcí nebo pro ty, kteří se nechtějí či nemohou vracet na místa spojená s bolestnou ztrátou. **Kombinace různých forem podpory tak zvyšuje dostupnost péče a umožňuje reagovat na individuální potřeby pozůstalých.**

Pilotní projekt finančně podpořila Nadace rodiny Vlčkových.

Spiritualita a spirituální péče v paliativní péči i pro sociálně-zdravotní pomezí

Na následujících řádcích se dočtete, jak se spirituální potřeby pacientů a jejich blízkých promítly do léčebného procesu, čímž se spirituální péče stala součástí moderní zdravotní péče.

■ **Text: ThLic. Ing. René Milfait, Ph.D.,** člen Rady Sekce pro etiku v paliativní péči ČSPM a Oborové rady Ph.D. programu Bioetika na 1. LF UK v Praze, člen Společnosti lékařské etiky ČLS JEP a spolupracovník Oblastní charity Chrudim a jejího Domácího hospice Emanuel

V Prohlášení o etických principech globální sociální práce (2018) sociální pracovníci konstatují, že si uvědomují biologický/fyzický, psychologický, sociální a **spirituální (duchovní) rozměr** života lidí (mohli bychom doplnit ještě chybějící etický a morální – pozn. autora), že je chápou jako celistvé osoby a takto k nim přistupují. Proto rozpoznávají biologické, psychologické, sociální, kulturní a **spirituální dimenze**. Toto rozpoznání je využíváno k formulaci komplexních hodnocení a intervencí. V Mezinárodním etickém kodexu sociální práce se sociální pracovníci zavazují, že budou podporovat a chránit fyzickou, duševní, emocionální, sociální, **spirituální** (opět bychom měli doplnit etickou a morální – pozn. autora) integritu a blaho každého člověka. Toto je v kontextu **lidské důstojnosti** konkretizováno také závazkem jednat s každým člověkem jako s **celostní bytostí**, a to i tím, že se zajímají o celého člověka v rámci rodiny, komunity, společenského a přírodního prostředí a usilují o rozpoznání všech aspektů jeho života. Mezi takové prostředky či komunitu může patřit i náboženská minorita, komunita či etnická minorita se specifickými spirituálními náhledy a potřebami, což je současně v kodexu vztaženo i k druhému hlavnímu etickému principu **sociální spravedlnosti**. Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2002 (o „prevenci a úlevě od utrpení“ prostřednictvím včasné identifikace, vyhodnocení a „léčby bolesti“ a dalších „problémů somatických, psychosociálních a spirituálních“, což má zlepšovat kvalitu života pacientů s život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin) ve své definici **paliativní péče** zahrnuje **spirituální potřeby** pacientů a jejich blízkých

do léčebného procesu, čímž se **spirituální péče** stala součástí moderní zdravotní péče. WHO rovněž postavila důležitost úlevy od **spirituální bolesti** na stejnou úroveň se zvládáním fyzické bolesti a managementem symptomů onemocnění. To vše znamená, že bez ohledu na svůj osobní postoj a přístup k otázkám spirituality, spirituální péče, religiozity a náboženství má pracovníce/pracovník multidisciplinárních týmů disponovat určitými profesními znalostmi o tomto spirituálním rozměru a vidět souvislost s profesním étosem. Spirituální a religiózní postoje mají význam pro zacházení se situacemi spojenými s nemocí i s rozhodováním v závěru lidského života.

➤ Kořeny v hospicovém hnutí

Historicky měla zásadní vliv Cicely Saunders (1918–2005; lékařka, zdravotní sestra, sociální pracovníce ve zdravotnictví, angažovaná křesťanka – ekumenicky otevřená členka anglikánské církve) jako zakladatelka hospicového hnutí, které bývá proto označováno za kořen či východisko spirituální péče. Vše o ní zmíněné ovlivnilo a utvářelo rozvoj jejího konceptu kompletní bolesti („total pain“). Mohla stavět své porozumění hospicové práci, spirituálním potřebám a nouzím na svém hledání, na své osobní spiritualitě, dále prožitcích s pacienty i na diskuzích s odborníky o religiózních tématech. Spiritualita pro ni představovala celou oblast idejí týkajících se **morálních přesvědčení** v průběhu celého života člověka. Bylo jí jasné, že předkládaná **spiritualita** může mít i nějaké **negativní účinky**, že může být zdrojem strachu a neoprávněných pocitů viny. Nemusí se přitom jednat jen o negativní zkušenosti s institucionalizovaným náboženstvím, ale i o hněv, zlobu s ohledem na nespravedlnost života, Boha a pocit nesmyslnosti jako stěžejní součásti spirituální bolesti. Proto pro ni byla **spiri-**

Pojem spiritualita pak označuje morální pozice, které potřebují (teologicko) etickou reflexi.



tuální péče odpoví na syndrom bolesti na konci života, součástí komplexní péče, jež byla reakcí na celkovou bolest, kam byla začleněna i **spirituální bolest**.

Souvisí-li spiritualita s morálními postoji a přesvědčeními v oblasti morálky, a tedy i s otázkami způsobu života, lze vyvodit, že se nám zde protíná téma spirituality a etiky/morálky v kontextu spirituální péče. Pojem spiritualita pak označuje morální pozice, které potřebují (teologicko) etickou reflexi. Je také patrná etická dimenze spirituální péče a morální dimenze spirituality v paliativní péči i na sociálně-zdravotním pomezí. Můžeme se dále krátce zastavit u dalšího příkladu propojení spirituality, spirituální péče a profesního étosu. Tím už dojde k prvnímu vymezení spirituální péče a s ní spojeného pojmu spirituality.

➤ Etický kodex nemocničního kaplana a dobrovolníka – poskytovatele spirituální péče

V českém prostředí je v této souvislosti nejznámější služba nemocničních kaplanů/kaplanů, tedy (nejen) klinické pastorační péče jako specializované podoby spirituální péče. V etickém kodexu ne-

- bez vnucování přibližovat uzdravující, podpůrnou, usměrňující a smírčující sílu **náboženské víry**;
- dbát na to, aby **spirituálním potřebám** lidí z **různých náboženských nebo kulturních prostředí** bylo vyhověno při respektování osobního přesvědčení pacienta i pracovníka;
- **chránit pacienty** před nevhodnou vtíravostí nebo proselytismem (*cílené zís-*

člověka a spočívá v **saturaci jeho existenciálních, duchovních a náboženských potřeb**. Prostřednictvím provázení v obtížích, nemoci, utrpení či umírání **lidsky podporuje důstojné zvládnutí situace, včetně smrti**, a to na dostupné úrovni víry klienta, s perspektivou jejího možného rozvoje. Duchovní péče vnímá přesažnost (*často označována za transcendenci – pozn. autora*) lidského života a důležitost vztahu s Bohem pro plnou smysluplnost lidského bytí. Pod pojmem „klienti“ se rozumí pacienti, jejich blízcí, zaměstnanci zdravotnické, příp. sociální služby, studenti zdravotnických středních a vysokých škol a lékařských fakult.

Kaplan/ka přispívá v **péči o duchovní oblast k dosažení bio-psycho-sociálně duchovní celistvosti klienta a k zvyšování kvality poskytované zdravotní péče**. Svou službou mírní duchovní bolest klienta, a tím napomáhá k tišení jeho celkové bolesti a ke zvýšení kvality jeho života, bezpečí a spokojenosti. Provází klienta v obtížích nemoci, umírání a smrti a na základě navázaného vztahu důvěry mu poskytuje účinnou **duchovní podporu**.

➤ Spiritualita

Otevřeme-li – bez střetů zájmů – například nabídku spirituální péče ve Fakultní nemocnici Motol a Homolka, můžeme z toho, komu a co se nabízí, vyčíst, čeho se spiritualita a spirituální péče týká. Nabízí totiž pacientům, rodině a personálu nemocnice osobní setkání a lidskou blízkost, provázení obtížnou situací, porozumění a naději. **Spirituální péče** je tedy nabízena všem lidem jakéhokoliv vyznání či bez vyznání. Nabízena je:

- **Pacientům**, kteří v průběhu hospitalizace trpí osamělostí, smutkem nebo strachem; řeší naléhavé vztahové nebo existenciální otázky; nespolupracují s okolím a je potřeba v nich posílit pocit důvěry a naděje; ztrácejí vlivem nemoci a utrpení smysl života; potřebují si popovídat nebo uvítají jen přítomnost druhého člověka.
- **Příbuzným**, kteří sami psychicky špatně nesou nemoc či odloučení blízké osoby; těžko hledají slova při komunikaci s nemocným členem rodiny; potřebují povzbudit při provázení nemocné či umírající blízké osoby; zažívají emoční stres vyvolaný ztrátou blízké osoby; potřebují se přeladit, spočinout či načerpat novou sílu.
- **Personálu**, který se cítí vyčerpaný, podrážděný či sklíčený; postrádá pocit bezpečí a spokojenosti při práci v týmu na pracovišti; potřebuje konzultovat závažná rozhodnutí s etickými důsledky;

»»» 32



mocničního kaplana se kromě jiného píše, že spirituální péče v širším slova smyslu je jednání, v němž je člověk respektován ve své jedinečnosti, přistupuje se k němu s úctou k důstojnosti lidské osoby, věnuje se pozornost jeho sociálnímu okolí. Pracovníci v různých zdravotnických zařízeních pečují, snaží se pacientovi s ohledem na **existenciální, duchovní a náboženské potřeby zprostředkovat zdroje víry**. Příslušní aktéři se zavazují dodržovat i tyto etické zásady:

- proklamovat, respektovat a chránit **nedotknutelnou hodnotu a důstojnost každé osoby**;
- s **úctou respektovat existenciální a duchovní rozměr utrpení, nemoci a smrti**;

kávání; proselyta = nově příchozí – pozn. autora;

- **poskytovat podpůrnou spirituální péči** zejména **empatickým nasloucháním**;
- s **porozuměním vnímat** stavy úzkosti, obav a znejistění;
- **zachovávat mlčenlivost** o svěřených důvěrných informacích.

Je uveden odkaz na lidskoprávní dokumenty a připomenut smysl činnosti kaplana spočívající v tom, být **důvěryhodným i důvěrným partnerem** při řešení **osobních, existenciálních, duchovních, etických a morálních otázek a potřeb**. **Duchovní péče** má být vykonávána s respektem k individuálním potřebám klienta. Duchovní péče je zde prezentována tak, že sleduje péči o **duchovní dimenzi**

««« 31

doléhají na něj osobní či rodinné starosti, jež komplikují pracovní výkon; neoddělaně potřebuje z různých důvodů podporu od druhého člověka.

Už z toho všeho je zřejmé, že se rozlišuje spiritualita **v širším slova smyslu** (není spojována s náboženstvím, není religiózně vázána; i jako přesvědčení bez institucionální vazby) a **užším slova smyslu** (spojena s nějakou religiózní tradicí či cestou; jako osobní religiozita v církvi nebo náboženské společnosti, resp. ve společenství víry).

V roce 2010 přijala Evropská asociace paliativní péče (EAPC) **definici spirituality** (z lat. spiritus = dech, vzduch, vítr), která dává prostor nejrozumnějším přesvědčením: „Spiritualita je dynamický rozměr lidského života, který se vztahuje k tomu, jak lidé (individuálně i ve společenství) prožívají, vyjadřují a/nebo hledají smysl, význam a transcendenci a jak jsou spojeni s okamžikem, s vlastním bytostným já, s druhými, s přírodou, s tím, co je signifikantní a/nebo posvátné.“ Spiritualita patří tedy k lidskému bytí, je součástí lidského života nezávisle na náboženství nebo světonázoru. Jde o hledání a **prožití smyslu a transcendence**, který lidé vyjadřují svým vlastním způsobem. Pro praxi bude významná poznámka, že jsou celoživotní hledání a zkušenosti vždy podrobeny změnám. Spiritualita zahrnuje oblast existenciálních otázek, osobních (morálních) přesvědčení a **spirituálně/náboženských přesvědčení a praktik**.

Německá a švýcarská Liga proti rakovině spiritualitou myslí **osobní cestu, jak v hraniční zkušenosti přijít k sobě sama a k tomu, co člověka nese/podpírá**. Definice obecně ponechávají záměrně konkrétní obsahy pojmu otevřeny, přičemž připomínají, že **obsahové určení** toho, co se rozumí spiritualitou v konkrétním individuálním případě, se **odehrává při setkání mezi provázenými a provázejícími**. V tomto rámci může každá činnost obsahovat spirituální rozměr. Aktuální studie z Rakouska popisuje, že spiritualita zlepšuje kvalitu života onkologicky nemocných, pomáhá jim lépe zacházet s nemocí a podporuje mírnění stresu, působí proti depresím a strachům, mírní existenciální krize a má dokonce pozitivní následky pro tělesné zdraví.

➤ Spiritualita, religiozita a náboženství

Odborné medicínské společnosti či jejich směrnice přitom rozlišují terminologicky spiritualitu, religiozitu a náboženství takto:

■ **náboženství** znamená organizovaný systém víry, praxe a symbolů, který má pomoci přiblížit se k vyšší moci, společenství, jež sdílí určité tradice, rituály,

texty a obsahy víry (např. křesťanství, židovství, islám, a to v různých konfesních a kulturních podobách);

■ **spiritualita** s mnoha rozměry ve smyslu sounáležitosti osoby s tím, co ji v životě podpirá, inspiruje a integruje, a s tím spojená existenciální přesvědčení, morální postoje, zkušenosti a praktiky, které mohou být náboženské i nenáboženské povahy. Spiritualita tedy jako základní, osobní, smysl nalézající postoj, kterým člověk transcenduje sám sebe a který může, ale nemusí zahrnovat náboženské myšlení; spiritualitu je možno chápat jako osobní religiozitu ve společenství víry i jako světový názor bez vazby na instituci. Vystihuje to, co dává život člověka smysl, a slouží jako osobní zdroj, zahrnuje více než náboženství. Pojem spiritualita je otevřen nadkonfesijně a mezinábožensky a často jím lidé vyjadřují touhu po osobní harmonii, autenticitu/ryzost, opravdovost, mírumilovnost / šíření pokoje, hloubku a všímavost / pozornost, jednání se sebou samým, s ostatními a se stvořením, otevřenost vůči zážitkům transcendence a „tajemství“ života. Navzdory rozmanitým pojetím spirituality se často shrnují **čtyři společné znaky**:

- sounáležitost/spojitost** (např. cítit se spojen s rodinou, láskou, příslušností / někam patřit, partnerská komunikace, odcizení, vztahové potřeby: cenění z vnějšku, vnitřní cenění);
- transcendence** (např. ponořit se do přírody, modlit se, spirituální zdroje, pozitivní / negativní vztah k Bohu / posvátnému);
- mír/pokoj** (např. nalézt vnitřní klid/pokoj, relaxovat v klidném prostředí, naděje, vyrovnanost, odpuštění, distres);
- smysl života** (např. předávat životní zkušenosti; být si jist, že má vlastní život smysl).

■ **religiozita** označuje osobní víru a vlastní formu náboženského života, nachází se uvnitř náboženských institucí i mimo ně, přičemž ne všichni lidé, kteří náležejí k nějaké náboženské společnosti, se chápou jako náboženští, a ne všichni, kteří nevyznávají žádnou příslušnost, se označí za nereligiozni. Religiozita tedy vystupuje jako osobní postoj, souhrnný pojem pro náboženské vědomí a chování.

➤ Spirituální péče

Pojmenovává společnou péči medicíny, ošetřovatelství, psychoterapie a dalších profesí o spiritualitu nemocných lidí i o vlastní spiritualitu. Je záležitostí celého týmu (už například tím, jak jedná se svými protějšky a situacemi). Přispívá k podpoře subjektivní kvality života, k respektování,

ochraně a zajištění lidské důstojnosti v kontextu nemoci, utrpení, umírání a smrti. Kromě toho provází lidi v jejich existenciálních, duchovních a náboženských potřebách při hledání smyslu života, jeho výkladu a ujištění o něm, stejně jako při zvládání životních krizí. Vztahuje se přitom k biografii, osobním morálním přesvědčením a systému víry, což předpokládá, že se existenciální, spirituální a religiozni potřeby zjistí. Je-li spiritualita integrující součástí člověka i rozměrem symptomů nemoci, jde v paliativní péči o to přiměřeně zohlednit spirituální dimenzi v symptomatice, diagnostice, v procesu léčby a provázení.

Použitá literatura

- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Positionspapier der Sektion Seelsorge/ Spiritual Care der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin „Spiritual Care und Seelsorge in der Hospiz- und Palliativversorgung“. Stand: 17. 2. 2025.
- EAPC and Spiritual Care. Dostupné z: <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care>.
- Etický kodex nemocničního kaplana. Dostupné z www.nemocnicnikaplan.cz → O nás → Dokumenty → Etický kodex (Etický kodex_2022.pdf).
- Global-Social-Work-Statement-of-Ethical-Principles-IASSW-27-April-2018-1.pdf; Prohlášení Mezinárodní federace sociálních pracovníků o etických principech. Schváleno v Dublinu v červenci 2018 valnou hromadou Mezinárodní federace sociálních pracovníků a valným shromážděním Mezinárodní asociace škol sociální práce. Dostupné z: Etický kodex.
- Chilian, Lea: Ethik und Spiritualität im Gesundheitswesen. Spiritual Care in theologisch-ethischer Diskussion, Stuttgart: Kohlhammer, 2022. ISBN 978-3-17-042058-8. Krebsliga. Dostupné z: In der Beratung Spiritualität erkennen.
- Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy. Dostupné z: IASW_Kodex_Englisch_Deutsch2004.pdf; Mezinárodní etický kodex sociální práce - principy.
- Spiritual Care in Palliative Care. Leitlinien zur interprofessionellen Praxis (2026). Dostupné z: <https://www.palliative.ch/>.
- Spiritual Care | Professur für Spiritual Care und psychosomatische Gesundheit.
- Spiritualität verbessert Lebensqualität bei Krebs. Von Barbara Rohrhofer, 22. April 2025. Dostupné z: Spiritualität verbessert Lebensqualität bei Krebs | Nachrichten.at.
- Spirituální péče. Dostupné z: Komu je nabízena spirituální péče - Nemocnice Na Homolce; Spirituální péče - Fakultní nemocnice Motol a Homolka

Kvíz - Typické hlášky

Pokuste se podle malé nápovědy v podobě typické hlášky doplnit, o jaké povolání se pravděpodobně jedná. Počet volných políček odpovídá počtu písmen v dané profesi.

- | | |
|---|--|
| 1. Samozřejmě, jen konečky. _____ | 14. Takže jedno polední meníčko. _____ |
| 2. Jízdenky, prosím. _____ | 15. Víte, jakého přestupku jste se dopustil? _____ |
| 3. To není sameček, ale samička. _____ | 16. Nebojte, to bude skříňka jedna radost. _____ |
| 4. Už vidím ten palcový titulěk. _____ | 17. Zavři oči, lítají jiskry. _____ |
| 5. Nejvyšší čas zasít. _____ | 18. Teď se mi natočte víc doleva, prosím. _____ |
| 6. Přivezu vám to, jen to hodím na paletu. _____ | 19. Chcete přední, nebo zadní? _____ |
| 7. Dobrý, hořký! To se nám povedlo. _____ | 20. Mně tady neproklouzne ani myš. _____ |
| 8. A jak se dnes cítíte? _____ | 21. Dneska je to zase za pět. _____ |
| 9. Nešlapte mi tady, teď jsem to vytřela! _____ | 22. Budete do toho chtít vsadit diamant? _____ |
| 10. Hlavně do těch zásuvek neštourejte! _____ | 23. Něco vám klepe v motoru. _____ |
| 11. Stop! Vezmeme to ještě jednou. _____ | 24. V těch číslech máte docela nepořádek. _____ |
| 12. Pár dní si poležíte a budete zase jako rybička. _____ | 25. S receptem je to bez doplatku. _____ |
| 13. A jak dlouho vám to kape? _____ | |

1 - kadeřnice; 2 - průvodčí; 3 - veterinář; 4 - novinář; 5 - zemědělec; 6 - skladník; 7 - sládek; 8 - psycholog; 9 - uklízečka; 10 - elektrikář; 11 - režisér; 12 - lékař; 13 - instalatér; 14 - tiskárna; 15 - policista; 16 - truhlář; 17 - svatec; 18 - fotograf; 19 - řezník; 20 - hlídač; 21 - učitel; 22 - zlatník; 23 - automechanik; 24 - účetní; 25 - lékařník

Autorka: Mgr. et Mgr. Veronika Nešporová

INZERCE

Koncept Bazální stimulace podle Prof. Dr. Fröhliche®

pomáhá pacientům všech věkových kategorií zvládat poruchy polykání prostřednictvím stimulace základních smyslů. V první fázi léčby je vhodné podávat pacientům výrobky se **zahuštěnou konzistencí**.

Z širokého portfolia našich produktů doporučujeme **ovocné želé Agiberia Sun, bezlepkové kaše** nebo **pudinky** v několika příchutích.

Kvalita, na kterou se můžete spolehnout.



Více o konceptu si můžete přečíst v našem článku s certifikovanou lektorkou PhDr. Karolínou Maloň Friedlovou, PhD.

agfoods.cz



**ag
foods**

Projekt DigiDementia: Co ukazuje mezinárodní srovnání a kde má Česko mezery?

APSS ČR je partnerem projektu DigiDementia, díky němuž se v polovině roku 2025 uskutečnilo šetření týkající se stavu péče o osoby s demencí v České republice, Bulharsku a Řecku. Zvláštní důraz byl kladen na možnosti, jak tuto oblast digitalizovat.

■ **Text: Ing. Pavel Jírek, DiS.,**
projektový manažer APSS ČR

Ve výsledku se díky projektu DigiDementia neobjevilo jedno správné řešení, ale zjistili jsme, jaké jsou silné a slabé stránky jednotlivých zemí, a také, co může být prakticky využitelné u nás.

➤ Česká republika: strategie máme, ale péče není propojená

V České republice žije odhadem téměř 182 tisíc osob s demencí¹ a do roku 2050 může jejich počet vzrůst na 280 tisíc². Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030 je dobrým východiskem, ale v praxi se dlouhodobě potýkáme s několika problémy. Patří mezi ně slabé propojení zdravotníků a sociálních služeb, nerovnoměrná dostupnost služeb a vysoká míra zátěže pečujících rodin. Probíhající reforma sociálně-zdravotního pomezí sice přináší potřebné změny, ale jejich dopad se projeví až v následujících letech, takže uvedené potíže zatím přetrvávají. Různé digitální technologie se sice v českých službách postupně objevují (např. telemedicína, terapie za pomoci virtuální reality či monitoring pádů), ale narážejí na nedostatek kapacit a jednotných pravidel pro jejich zavádění. Výsledkem je, že digitální nástroje zatím nejsou součástí běžné a systematické péče.

➤ Bulharsko: rodiny pečují, systém a technologie zatím pomáhají méně

Bulharská část výzkumu ukazuje situaci, kde většinu péče o osoby s demencí zajišťují rodiny a dostupné služby jejich potřebám

často nestačí. Aktuálně je v zemi asi 115 tisíc osob s demencí³ a předpoklad do roku 2050 uvádí nárůst na 133 tisíc osob⁴. Péče je dostupná nerovnoměrně – ve větších městech výrazně lépe, v menších regionech jen minimálně. Pobytové služby bývají poslední variantou, protože rodiny se často snaží péči zvládnout vlastními silami. Chybí zde ucelená národní koncepce péče o osoby s demencí, přičemž digitalizace hraje zatím jen velmi malou roli. V některých regionech proto významně pomáhají neziskové organizace a komunitní iniciativy, které nabízejí podporu pečujícím, sdílení zkušeností a alespoň částečné odlehčení při péči.



Pro českou praxi je situace v Bulharsku především ukázkou toho, jak náročná je péče tam, kde kapacity služeb nestačí a většina zátěže zůstává na rodinách. Zároveň ale připomíná, že dobře nastavené komunitní aktivity mohou v takovém prostředí sehrát důležitou doplňující roli.

➤ Řecko: rozvinutá podpora pečujících a širší využití digitálních nástrojů

Řecká část výzkumu ukazuje situaci, která je v některých ohledech podobná té české, ale v jiných jsou zde výrazně dál. V zemi žije přibližně 241 tisíc osob s demencí a odhad pro rok 2025 uvádí nárůst až na 357 tisíc. Z velké části se péče ujímají rodinní pečující, kterých je podle dostupných zdrojů přibližně 400 tisíc. Zatížení rodin je tedy

srovnatelné s českou situací, ale Řecko má oproti nám rozvinutější systém podpory. Významnou roli zde hraje Národní strategie demence a dlouhodobě budovaná síť služeb, jako jsou paměťové kliniky, denní centra, domácí podpora a programy zaměřené na vzdělávání pečujících. Řecko je navíc příkladem země, kde je běžně dostupná distanční podpora – využívají se online poradny, krátké digitální vzdělávací kurzy i domácí intervence na dálku.

Digitalizace je tedy více začleněná do podpory rodin a profesionálů než v Česku či Bulharsku. Uplatňují se zde také nástroje jako digitální kognitivní trénink, senzory pádů nebo tablety pro stimulaci – vždy však jen jako doplněk osobní péče. Podobně jako v Bulharsku i v Řecku přetrvává silná závislost na rodinných pečujících, rozdíly v dostupnosti služeb mezi městy a venkovem, problémy působí také omeze-

né finanční zdroje. Řecká zkušenost však ukazuje, že kombinace osobní, komunitní a digitální podpory může fungovat i tam, kde nejsou k dispozici nadstandardní finanční možnosti.

Pro Českou republiku je inspirací především to, že jednoduché online programy a distanční podpora mohou rozšířit pomoc i tam, kde specializované služby chybí.

➤ Závěr: digitální nástroje mají smysl jen tehdy, když jsou součástí každodenní péče

Napříč všemi třemi zeměmi se ukazuje, že technologie přinášejí největší užitek tam, kde doplňují individuální péči, zvyšují bezpečí a orientaci osob s demencí a usnadňují komunikaci i každodenní organizaci péče. Zároveň se potvrzuje, že digitaliza-

¹ https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf

² tamtéž

³ tamtéž

⁴ tamtéž

ce naráží na podobné překážky: chybějící jasné postupy pro zavádění technologií, nedostatek času a kompetencí personálu a nevyřešené otázky týkající se etiky a práce s daty.

Z předloženého srovnání vyplynulo několik bodů, na které se mohou české služby v péči o osoby s demencí zaměřit:

1. Lepší návaznost služeb po stanovení diagnózy: zajistit předávání informací mezi zdravotní a sociální složkou péče a hladký přechod mezi jednotlivými službami.
2. Dostupná distanční podpora: jednoduché online poradenství nebo krátké vzdělávací kurzy mohou výrazně rozšířit pomoc pečujícím (inspirace řeckými službami).
3. Komunitní podpora: denní centra, podpůrné skupiny a místní iniciativy mohou účinně odlehčit rodinám pečujícím o osoby s demencí (inspirace bulharskými službami).
4. Rozvoj dovedností: posilování digitálních kompetencí personálu i rodinných pečujících má často větší přínos než samotný nákup nových technologií.

Citované srovnání potvrzuje, že při péči o osoby s demencí nelze vycházet z jednoho univerzálního modelu. V praxi funguje vždy kombinace více kroků – od koordinace po stanovení diagnózy přes dostupnou komunitní podporu až po rozumně využití digitální nástroje. Pro Českou republiku je klíčové stavět na tom, co skutečně pomáhá lidem v běžném životě, a nespolehat na rychlá nebo univerzální řešení.

» Jak s těmito zjištěními bude projekt DigiDementia pracovat dále?

Smyslem projektu je rozvíjet dobrou praxi a přinášet využitelné nástroje, nikoli slibovat, že bude nalezeno univerzální řešení. Partneři projektu nyní pracují na dvou klíčových výstupech: na online fóru, kde si budou moci profesionální i neformální pečující vyměňovat zkušenosti a získat podporu; a na online vzdělávacím kurzu zaměřeném na problematiku demence. Oba výstupy budou k dispozici do konce léta 2026.

Více informací o projektu najdete na: <https://digidementia.eu/> a také na www.apssc.cz/projekty/digidementia.



Co-funded by
the European Union

Kvalita péče začíná u vzdělávání

Jednou z činností, které se APSS ČR dlouhodobě věnuje, je i vývoj nových vzdělávacích programů a zvyšování dovedností a kompetencí pracovníků sociálních služeb.



■ **Text: Ing. Simona Matějková,**
projektový manažer APSS ČR

Vtéto činnosti nám také velmi pomáhá realizace mezinárodních projektů, které přinášejí nové zkušenosti, znalosti a pohled na věc. V rámci těchto mezinárodních partnerství vyvíjíme vzdělávací programy, které reagují na potřeby sektoru sociálních služeb a zároveň jsou obohaceny již zmíněnými zkušenostmi a znalostmi ze zahraničí. Jedním z těchto projektů je Eldicare 2.0 (reg. č. 101111721). Projekt už se nachází ve své druhé půlce života, a tak máme za sebou rozsáhlé výzkumné aktivity, které se zaměřovaly na to, jaké dovednosti a kompetence potřebují pracovníci sociálních služeb v období po pandemii covidu-19, která poukázala na některé problémy, které s sebou nese stárnutí populace, a co to vůbec znamená pro sektor sociální a zdravotní péče.

Vzdělávací program, který v rámci projektu nyní vzniká, reaguje na zásadní změny, kterým čelí oblast dlouhodobé péče o seniory v Evropě. Stárnutí populace, nedostatek kvalifikovaných pracovníků, rostoucí nároky na kvalitu péči, ale i digitalizace a tlak na udržitelnost ukazují, že

tradiční vzdělávací modely již nestačí. Cílem programu je tedy systematicky posílit dovednosti pracovníků v dlouhodobé péči a připravit je na současné i budoucí výzvy sektoru. Vzdělávání bude pokrývat klíčové oblasti péče o seniory, jako je například komunikace, bezpečnost a etika nebo právě digitální připravenost, a to vše s akcentem na udržitelnost a podnikavost v péči. Tento kurz přinese komplexní přístup k profesionalizaci sektoru dlouhodobé péče. Přináší společný evropský rámec dovedností, podporuje kvalitu a atraktivitu práce v péči a přispívá ke stabilizaci pracovních sil v oblasti, která bude v příštích desetiletích klíčová pro fungování evropských společností.

Novinky o realizaci projektu můžete sledovat na webu APSS ČR v sekci Projekty a našich sociálních sítích.



Co-funded by
the European Union

Nezaměstnaní a pomoc od úřadu práce

2. díl

V lednovém čísle jsem vám představila základní změny v právní úpravě zprostředkování zaměstnání. Dnes se dotknu digitalizace úřadu práce a novinek v aktivní politice zaměstnanosti a poskytování podpory v nezaměstnanosti.

■ **Text: Mgr. Milena Zmeškalová,**
právnička, Kancelář veřejného ochránce
práv a ochránce práv dětí

➤ Postupné krůčky k digitalizaci úřadu práce

Velkou změnu zaznamenala právní úprava u podání žádosti o zprostředkování zaměstnání a v komunikaci s úřadem práce vůbec. Průkopníkem byla novela zákona o zaměstnanosti¹ přijatá během pandemie covidu-19, která velmi rychle reagovala na mimořádnou situaci doprovázenou omezením pohybu. Aniž by to byl původní záměr, odstartovala změny, které do budoucna usnadnily nezaměstnaným komunikaci s úřadem práce. Po více než 20 letech právní úprava ustoupila od striktního požadavku osobního podání žádosti o zprostředkování zaměstnání² a umožnila uchazečům využít v tehdejší mimořádné době i další komunikační cesty – např. prostřednictvím pošty nebo elektronicky. Po odeznění pandemie covidu-19 nastavené změny již zůstaly.

Proces digitalizace komunikace s úřadem práce završila novela zákona o zaměstnanosti účinná od 1. ledna 2025.³ V § 142a stanovila, že žádost o zprostředkování zaměstnání a žádost o podporu v nezaměstnanosti podává fyzická osoba **buď prostřednictvím informačního systému v oblasti zaměstnanosti na základě prokázání totožnosti, nebo prostřednictvím informačního systému v oblasti zaměstnanosti formou asistovaného podání žádosti** u úřadu práce nebo u držitele poštovní licence (na základě smlouvy). Asistované podání se v podstatě blíží předešlému osobnímu kontaktu uchazeče na úřadu práce. Nyní však zaměstnanec úřadu práce nebo zaměstnanec pošty nepřijímá žádost v listinné podobě, ale údaje k žádosti zadává za přítomnosti

uchazeče do informačního systému. Uchazeč o zaměstnání tak může podat žádost sám prostřednictvím informačního systému – **tzv. klientské zóny Jenda**, anebo může využít asistenci zaměstnance úřadu práce nebo pošty, kteří mu pomůžou zadat údaje k žádosti do klientské zóny Jenda.

➤ Stríčky zkušeností s „Jendou“

Elektronické podání žádosti prostřednictvím klientské zóny Jenda však může mít svá úskalí. Jako v případě uchazečky, která podala žádost o zprostředkování zaměstnání pozdě večer v ten samý den, kdy ukončila zaměstnání. Administrativní zpracování žádosti zabralo úřadu práce určitý čas, než zjistil, že uchazečka brání v zařazení do evidence v okamžiku podání žádosti překážka trvajících pracovního poměru. Situace byla o to kurióznější, protože uchazečka vyplnila a podala žádost 30 minut před půlnocí, a tak souběh pracovního poměru a možné evidence trval pouhých pár desítek minut. Uchazečka se až po měsíci od úřadu práce dozvěděla, že ji nezařadil do evidence. Zákon sice stanoví jasné pravidlo, že fyzická osoba se zařadí do evidence uchazečů o zaměstnání **dnem podání písemné žádosti**,⁴ ale vyjmenovává současně překážky,⁵ které zařazení brání. V případě uchazečky to byla překážka trvajících pracovního poměru. Zákon o zaměstnanosti bohužel nezná možnost automatického zařazení do evidence po odpadnutí překážky, tzn. např. o den později po podání žádosti. Uchazečka tak musela podat žádost znovu a úřad práce ji zařadil až ode dne nového podání. Pro úplnost doplňuji, že pokud uchazeč stihne požádat o zprostředkování zaměstnání nejpozději do 3 pracovních dnů po skončení zaměstnání nebo jiných činností⁶ (případně po skončení tzv. náhradní doby zaměstnání),⁷ úřad práce ho zařadí do evidence hned ode dne

následujícího po skončení zaměstnání nebo těchto činností.

Jinou zkušenost s „Jendou“ nám sdělil žadatel o podporu v nezaměstnanosti. Došel se do potíží tím, že v systému vyplnil pouze žádost o zprostředkování zaměstnání. Automaticky předpokládal, že obsahuje i žádost o podporu. Neuvědomil si, že žádost o podporu musí vyplnit samostatně. Marně tak čekal na přiznání podpory. Po vysvětlení situace musel podat žádost znovu. V poslední době jsme obdrželi několik podnětů k fungování systému Jenda, proto jsme se rozhodli je souhrnně projednat s generálním ředitelstvím Úřadu práce ČR.

➤ Zvýšená péče při zprostředkování zaměstnání

Úřad práce poskytuje uchazečům také přiměřené poradenství v oblasti pracovních příležitostí. Má současně věnovat zvýšenou péči těm uchazečům o zaměstnání, jejichž pozice na trhu práce je složitější, např. z důvodu věku, zdravotního stavu, péče o dítě nebo jiných vážných důvodů.⁸

Prostředkem k realizaci zvýšené péče může být také tzv. individuální akční plán (IAP).⁹ Představuje harmonogram jednotlivých aktivit, které mají vést ke zvýšení šance uchazeče uplatnit se na trhu práce. Jednou z aktivit je např. rekvalifikace.

O vypracování IAP může požádat každý uchazeč kdykoli v průběhu evidence. V minulých letech byl úřad práce povinen IAP vypracovat vždy, když byl uchazeč veden v evidenci nepřetržitě déle než 5 měsíců. Novela zákona o zaměstnanosti s účinností od 1. července 2025 rozlišuje nově dvě kategorie uchazečů o zaměstnání s tzv. specifickými potřebami, které se zařazují do prvního nebo do druhého stupně profilace osob na trhu práce.¹⁰ Tomu odpovídá i odlišná doba nepřetržité evidence, po jejímž uplynutí již musí úřad práce uchazeči vypracovat IAP (po 3 nebo 5 měsících u osob se specifickými potřebami a po 12 měsících u všech ostatních uchazečů).¹¹

¹ Zákon č. 161/2020 Sb., o některých úpravách v oblasti zaměstnanosti v souvislosti s mimořádnými opatřeními při epidemii a změně zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Novela účinná od 14. dubna 2020.

² Ustanovení § 24 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

³ Zákon č. 470/2024 Sb.

⁴ Ustanovení § 26 odst. 1 zákona o zaměstnanosti.

⁵ Ustanovení § 25 zákona o zaměstnanosti.

⁶ Ustanovení § 25 odst. 1 zákona o zaměstnanosti.

⁷ Ustanovení § 41 odst. 3 zákona o zaměstnanosti.

⁸ Dle § 33 odst. 1 zákona o zaměstnanosti.

⁹ Dle § 33b odst. 1 zákona o zaměstnanosti.

¹⁰ Dle § 33a zákona o zaměstnanosti.

¹¹ Dle § 33b odst. 2 zákona o zaměstnanosti.

¹² Ustanovení § 108 zákona o zaměstnanosti.

¹³ Ustanovení § 22 zákona o zaměstnanosti.

¹⁴ Ustanovení § 109 zákona o zaměstnanosti.

¹⁵ Ustanovení § 109a zákona o zaměstnanosti.

¹⁶ Ustanovení § 50 odst. 3 zákona o zaměstnanosti.

¹⁷ Autorský kolektiv: JUDr. Stanislav Křeček, Mgr. Eva Czajkowská, Mgr. Jana Lazarová, Mgr. Zuzana Kučerová, Mgr. Petra Šuplerová, Mgr. Milena Zmeškalová. *Nezaměstnaní a úřad práce*. Praha: Kancelář veřejného ochránce práv ve spolupráci s Wolters Kluwer ČR, 2025. ISBN 978-80-7631-155-8; dostupné z: https://www.ochrance.cz/media/sbornik_nezaměstnaní_a_úrad_práce_aktualizovane-vydani-2026_.pdf.

Stále žádaná rekvalifikace

Velmi úspěšnou aktivitou uchazeče, která může zvýšit jeho šance na trhu práce, je **rekvalifikace**.¹² Mohou ji využít jak uchazeči o zaměstnání, tak i „pouzí“ zájemci o zaměstnání. Ti se do sféry úřadu práce dostanou podáním žádosti o zařazení do evidence zájemců. Je velmi málo známé, že úřad práce může zprostředkovat nové zaměstnání i těm, kteří sice pracují, ale uvažují o změně.¹³

Rekvalifikaci nabízí úřad práce sám z vlastních zdrojů,¹⁴ anebo lze využít tzv. zvolenou rekvalifikaci.¹⁵ Tu si uchazeč nebo zájemce o zaměstnání zabezpečuje sám podle svého zájmu a požádá o její zpětné proplacení. Pokud úřad práce nazná, že **rekvalifikace přispěje k uplatnění uchazeče nebo zájemce na trhu práce a je pro něj ze zdravotního hlediska vhodná, proplatí rekvalifikačnímu zařízení náklady**. Celková finanční částka, kterou může úřad práce vynaložit na zvolenou rekvalifikaci jednoho uchazeče o zaměstnání za 3 roky ode dne prvního nástupu na zvolenou rekvalifikaci, činí maximálně 50 000 Kč. V této souvislosti upozorňuji na jednu skutečnost, a to, že úřad práce může hradit cenu rekvalifikace pouze po dobu, kdy je



ombudsman
veřejný ochránce práv

uchazeč nebo zájemce veden v evidenci úřadu práce. Po dobu rekvalifikace má uchazeč (nikoli však zájemce) právo na podporu při rekvalifikaci ve výši 80 % průměrného měsíčního čistého výdělku nebo vyměřovacího základu. Novinkou je, že uchazeč může podporu čerpat jak v souvislosti se zprostředkovanou, tak i se zvolenou rekvalifikací.

Vyšší podpora v nezaměstnanosti

Příjemnou zprávou je zvýšení procentuální sazby podpory v nezaměstnanosti od 1. ledna 2026. Základní sazba představuje první 2 nebo 3 měsíce podpůrčí doby částku ve výši 80 % průměrného měsíčního čistého výdělku z posledního zaměstnání nebo z vyměřovacího základu. Na zbývajících měsících podpůrčí doby se podpora sníží na 50 % a 40 % výdělku.¹⁶

Doba, po kterou může uchazeč čerpat podporu (podpůrčí doba), se nezměnila.

I nadále je to 5, 8 nebo 11 měsíců evidence určených podle věku uchazeče. Změnila se však věková hranice uchazečů. V délce 5 měsíců mohou čerpat podporu uchazeči ve věku do 52 let, v délce 8 měsíců uchazeči nad 52 do 57 let a nad 57 let čerpají uchazeči podporu 11 měsíců.

Změny se dotkly i výše podpory v situaci, kdy uchazeč ukončí zaměstnání sám bez vážných důvodů (dohodou, výpovědí). Od 1. ledna 2026 již nejsou uchazeči „sankcionováni“ za své rozhodnutí. Pokud splní podmínky pro nárok na podporu, čerpají ji od počátku (první 2 nebo 3 měsíce) v základní sazbě 80 %, nikoli ve snížené, jak tomu bylo dříve.

*Vážené čtenářky a čtenáři, mojí ambicí nebylo postihnout vyčerpávajícím způsobem celou problematiku evidence uchazečů o zaměstnání, nýbrž vám předat alespoň v kostce informace o novelizované právní úpravě. Snad vám budou k užítku nejen při práci s vašimi klienty. Na konec si dovoluji představit nový Sborník stanovisek veřejného ochránce práv Nezaměstnaní a úřad práce. Shrnuje vybrané případy, které jsme řešili v uplynulých letech v oblasti zaměstnanosti.*¹⁷

INZERCE

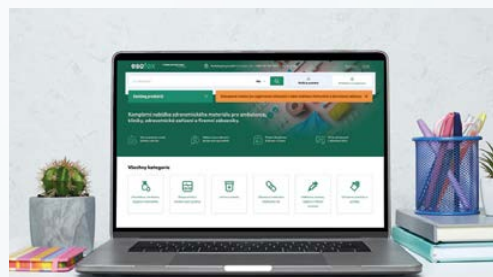
interpharmac
člen holdingu ipc

LÉKÁRNY ipc

KOMPLEXNÍ SLUŽBY

PRO VAŠE SOCIÁLNÍ
A ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

**Rychlé a snadné objednávání
zdravotnického materiálu na e-shopu esofox**



Objednejte si na www.esofox.cz

Pro naše další
služby a péče
naskenujte QR



esofox = úspora Vašeho času





Držitelé certifikátu Značka kvality v sociálních službách

www.znackakvality.info

Domov Slunečnice Ostrava, příspěvková organizace

Domov se nachází v městském obvodu Ostrava – Poruba s velmi dobrým dopravním spojením do dalších městských částí Ostravy. Ve dvou budovách jsou poskytovány dvě sociální služby – domov pro seniory (s kapacitou 190 osob) a domov se zvláštním režimem (s kapacitou 205 osob). Domov Slunečnice má svůj vlastní stravovací provoz, prádelnu, společenské místnosti (velký sál, kulturní místnosti na všech odděleních), bufet a „Naši kavárnu“, zimní zahradu, kapli, knihovnu a další místnosti pro volnočasové i jiné aktivity klientů (šicí či hobby dílnu apod.). Při poskytování služeb jsou využívány prvky konceptu bazální stimulace a prvky paliativní péče, pracuje se také s životopisem klientů. Pro klienty se realizuje celá škála aktivit a činností. Domov úzce spolupracuje s mateřskými a základními školami a se specializovanými středními školami v rámci mezigeneračních projektů.

Příklad dobré praxe:

„Pojízdné“ aktivity a virtuální brýle – V první řadě domov usiluje o to, aby se i zcela imobilní klienti mohli účastnit aktivit mimo svůj pokoj, a to pomocí moderní zvedací techniky a kardio křesel. Zároveň ale domov nabízí všechny myslitelné aktivity i v „mobilní podobě“ přímo na pokoji klienta.

Pracovníci využívají např. pojezdovou knihovnu. Tato služba přiváží knihy přímo na pokoje klientů, kteří si mohou vybrat z nabídky různých žánrů. Díky tomu mají možnost zapůjčit si knihu podle vlastního zájmu, což podporuje jejich pocit auto-

nomie. Předčítání (poslech) a vizuální vnímání knih (vlastní četba) pomáhá stimulovat kognitivní funkce a přináší pozitivní emoční zážitky. Domov připravuje i pojezdovou kavárnu.

Využívání virtuálních brýlí je další činnost, která se osvědčila při individuální aktivizaci klientů. Klienti si chválí pestré a různorodé moduly, které jsou kreativní a umožňují každému zapojit vlastní fantazii. Tuto aktivitu vnímají jako přirozenou součást procvičování horních končetin, jemné motoriky i rozsahu pohybu.



Domov Slunečnice Ostrava, příspěvková organizace

Opavská 4472/76,
Ostrava – Poruba, 708 00

Certifikace:

Ubytování	★★★★★
Strava	★★★★★
Volný čas a kultura	★★★★★
Partnerství	★★★★★
Péče	★★★★★
Bodové hodnocení	829 bodů
Celkové hodnocení	★★★★★



Držitelé osvědčení Certifikace paliativního přístupu v sociálních službách

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

Senevida Šanov

Viniční 445, 671 68 Šanov

Senevida Šanov je soukromým pobyto-vým sociálním zařízením. Nabízí službu domov se zvláštním režimem (DZR) ve třech jednopatrových budovách s bezbariérovými přístupy. Domov má kapacitu 120 lůžek. Najdete zde místnosti pro volnočasové, relaxační a rehabilitační využití. Zařízení má k dispozici rozsáhlou zahradu s jezírkem, pergolou, kapličkou a nachází se v klidném prostředí v obci Šanov, v blízkosti autobusové a vlakové dopravy a obecního lesoparku. Péči zajišťuje kvalifikovaný ošetrovatelský tým, fyzioterapeuti, aktivizační pracovníci a další. Klienti se mohou účastnit různých terapií (muzikoterapie, ergoterapie, canisterapie, reminiscence aj.),



duchovních aktivit a kulturně-společenských akcí nebo výletů. Pravidelně docházejí kadeřnice, masérky a pedikérky. Součástí unikátního programu jsou roční přání, zahradní slavnosti, výměnné pobyty či večere při svíčkách.

Stupeň certifikace: **ROZŠÍŘENÝ**

Příklady dobré praxe:

Rehabilitační cvičení – Pracujeme na udržení a zlepšování kondice našich klientů. Náš domov se stal „protipádovou laboratoří“, tedy pilotním projektem, kdy zlepšujeme fyzický stav klientů, abychom předcházeli úrazovosti následkem pádu.

Večere při svíčkách – Každý klient může jednou za rok pozvat svou rodinu a blízké na Večeri při svíčkách a octnout se tak znovu v roli hostitele. Personál domova připraví program a několikachodové menu, jídelna se promění v luxusní restauraci.

Střípky z domova

Prátelský turnaj

Tábor – Druholigové souboje ve hře boccia mezi Klíčkaři a Tygřími drápy z Rolničky se ve čtvrtek 8. ledna přesunuly do záložské tělocvičny. Nešlo o ligu, ale přátelský turnaj čtyř týmů. Za Rolničku se klání, kromě Tygřích drápů, zúčastnili také Kentaury, za Klíček Klíčkaři a Klíčkovské Dračice.



Klíčkařům se tentokrát vedlo. Vyhráli vše, nedali soupeřům ani bod a skóre 10:0, 13:0 a 9:0 hovoří o herní převaze týmu ve složení: Kap. Michal Vladyka, Jiří Cíffra, Milan Kotaška a Jiří Vladyka.

Klíčkovské Dračice porazily Kentaury a obsadily třetí místo za Tygřími drápy. Složení týmu: Kap. Petra Vitková, Jitka Vlková, Ilona Brůžková a drak Martin Šmol.

Denní a týdenní stacionář Klíček

Together Sistas

Kyjov – V sobotu 13. prosince minulého roku měla v brněnské Káznici premiéru divadelní hra Together Sistas. Inscenace z prostředí azylových domů, nastudovaná herci divadla 3K+K, pojednává s nadhledem o konkrétním lidském utrpení, kolotoči sociálního vyloučení a feminizaci chudoby, o azylových domech, o jejich obyvatelkách a dětech, které jsou nejspíš základem státu, jen pokud se o sebe dokáží postarat samy.

V Česku je 211 azylových domů, které poskytují přechodné ubytování zhruba pro 5 400 lidí. Nejmenší z nich je Azylový dům v Kyjově, který poskytuje ubytování a sociální pomoc pro 3 maminky s dětmi. Během roku se zde vystřídá zhruba 10 maminek, které řeší s pracovníky nerovný přístup k zaměstnání, osobní zranitelnost, rasové předsudky, finanční ngramotnost nebo patologické partnerské vztahy. Velkou výhodou je, když se matka dokáže postavit na vlastní nohy, tzn. zvládne finančně hospodařit, řádně pečovat o děti, získat a udr-



žet si zaměstnání.

Autoři se při nastudování hry inspirovali zejména autentickými výpověďmi obyvatel a sociálních pracovníků Azylového domu v Kyjově a na základě této kladné spolupráce byly pracovníce i s uživatelkami pozvány na premiéru představení. Po skončení představení se aktéři zajímali, zda byla inscenace autentická, a pracovníce i uživatelky jim potvrdily, že byla až mrazivě reálná.

Mgr. Jitka Obrová, pracovníce Azylového domu v Kyjově, foto: Barbora Kučerová

Pomohli lidem bez domova: darovali 111 párů ponožek

Prachatice – Zima je pro lidi bez domova a osoby žijící v krizi jedním z nejtěžších období v roce. Nízké teploty, vlhko a dlouhé noci výrazně zvyšují zdravotní rizika a pro mnohé znamenají každodenní boj o základní potřeby. Právě proto se zaměstnanci Městského úřadu Prachatice zapojili do dobrovolnické sbírky ponožek, která měla jediný cíl – pomoci tam, kde je to nejvíce potřeba.

V rámci firemního dobrovolnictví naše-



ho úřadu se podařilo shromáždit celkem 111 párů ponožek, které byly předány organizaci PREVENT Prachatice. Tato společnost se dlouhodobě a celoročně věnuje péči o lidi bez domova a osoby ohrožené sociálním vyloučením, poskytuje jim základní materiální pomoc, poradenství i lidský kontakt, který je v těžkých životních situacích často stejně důležitý jako samotná pomoc.

Ponožky patří v zimních měsících k nejžádanějším, ale zároveň nejčastěji opomíjeným potřebám. Suché a teplé nohy mohou rozhodovat o zdraví, prevenci omrzlin a infekcí a v konečném důsledku i o přežití. I zdánlivě drobný dar tak má pro lidi na ulici obrovský význam.

Všechny nasbírané ponožky převzala Hana Bauerová, vedoucí Kontaktního centra Prachatice. Tato sbírka je dalším konkrétním a smysluplným počinem zaměstnanců městského úřadu v oblasti dobrovolnictví. Akce zapadá i do širšího kontextu Mezinárodního roku dobrovolnictví,

který připomíná, jak důležitou roli hraje dobrovolná pomoc ve společnosti – zejména ve vztahu k lidem v nouzi, bez domova a v životní krizi.

Děkujeme všem zaměstnancům, kteří se do sbírky zapojili. I malá pomoc má velký smysl – zvláště v zimě, kdy může znamenat rozdíl mezi nepohodou a skutečným ohrožením zdraví či života.

Hanka RH+ Rabenhauptová

Rautová snídáně

Meziboří – Jednoho rána si uživatelé Domova sociálních služeb Meziboří mohli vyzkoušet první rautovou snídani, při kte-



ré si vybírali z několika variant ranního menu. S výběrem jim pomáhali zaměstnanci a podle reakcí se zdá, že si tuto novou formu snídáně všichni velmi užili.

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

O putovní pohár

Tábor – Tábořská kuželna se ve středu 14. ledna stala dějištěm XVI. ročníku turnaje O putovní pohár mezi klienty Klíčku a Pavoučky z Klášteráku, dětmi ze Základní školy Mikuláše z Husí. Soutěžící se rozdělili na 4 družstva, která ve dvou kolech soutěžila o pořadí, ale také o nejlepšího jednotlivce. Celkem se na drahách vystřídal 35 sportovců.



Rekordmanem turnaje se stal Michal Vladyka – na 20 hodů srazil 109 kuželek. Pro zástupce z Klíčku byla akce také kvalifikací na turnaj O TÁBORSKÝ DŽBÁNEK, ve kterém se 4. února utkaly týmy z devíti domovů a stacionářů kraje.

Kamil Sixta, Denní a týdenní stacionář Klíček

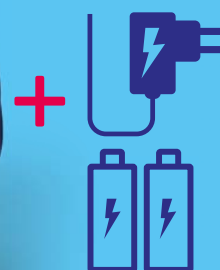
HARTMANN

Veroval® compact + connect
pažní tlakoměr s adaptérem

Společně proti vysokému tlaku



- + Automatické trojité měření je doporučováno mezinárodními společnostmi pro hypertenzi* pro vysoce přesné výsledky díky průměru hodnot ze 3 jednotlivých měření.
- + Upozorní na poruchy srdečního rytmu (IHB) včetně fibrilace síní (AFib) pomocí přehledných ikon.
- + Pro snadné ukládání a analýzu výsledků propojte tlakoměr s aplikací Veroval medi.connect. Výsledky zobrazí ve snadno čitelných grafech nebo tabulkách, které můžete sdílet se svým lékařem.



**3 roky
záruka**

