1
březen
2013
9. ročník
ISSN
1801-8718

REZIDENČNÍ PÉČE

odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče

Stanislav Zindulka: Život není jen ples

1

Vy se ptáte, paní ministryně odpovídá

2 – 3

Spor o úhradové dodatky směřuje k rozuzlení

10 – 11

Aktivizace

22 – 23

HYDE PARK: Přemýšlení o deinstitu-cionalizaci

14 – 17

www.rezidencnipece.cz

Evropský rok **aktivního stárnutí** a **mezigenerační solidarity 2012**

MISS staré koleno

Ve volné myšlenkové návaznosti na seriál ČT – „Život je ples“ proběhla v rozmezí říjen – prosinec 2012 v 6 vybraných zařízeních sociální péče volba „Miss staré koleno“. V porotě zasedly známé osobnosti – pánové Stanislav Zindulka, Pavel Trávníček, Laďa Kerndl a paní Květa Fialová...
Veškeré informace o projektu a fotografie z již proběhlých akcí najdete na: **www.abena.cz** , Fotogalerie
Záštita projektu: Ministerstvo práce a sociálních věcí

DPS Zastávka u Brna – 14.10.2012

DPS Heřmanův Městec – 20.10.2012

DPS Dubina, Pardubice – 21.10.2012

DD Libochovice – 3.11.2012

DD Panenská, Tachov – 7.11.2012

Domov Slunečnice, Ostrava – 8.12.2012

Děkujeme všem soutěžícím dámám i spolupořadatelům...

Generální partner projektu: ABENA®

Hlavní partner projektu: BONNO GASTRO SERVIS®

HEMAX®

Partneři projektu:

con amore... collection

Dentimed – PARTNER, KTERÝ VÁS NEPOTOPÍ

MARTEK MEDICAL – Člen skupiny AGEL

Slvak®

MORAMEDICA – MEDICAL TECHNOLOGY AND SYSTEMS

ŽIVOT není jen ples

V loňském roce jistě mnozí z vás sledovali seriál Život je ples z prostředí domova pro seniory. Tento seriál byl inspirací pro organizátory soutěže Miss Staré koleno, jehož se zúčastnily seniorky z pěti zařízení. Jedním z porotců byl Stanislav Zindulka, který v seriálu hrál. Zeptali jsme se, jaké dojmy a zážitky z této soutěže má.

V jakém duchu se soutěž odehrávala?

Byla to soutěž plná pohody. Nebyla náročná, soutěžící se naparádily, předváděly se v různých kostýmech, zazpívaly nebo přednesly básničku, řešily jednoduchý kvíz. Některé měly trému, ale publikum je povzbuzovalo a fandilo. Všechny soutěžící dostaly nějaké ceny, na závěr kytičku a dárek. Bylo to veselé a milé. Snažil jsem se přispět i svým vystoupením, a protože se všichni upřímně zasmáli, byl jsem spokojen, protože den, kdy se nezasmějete, je ztracený. Nemusíte se řehtat, stačí denně kousek pohody. Čím je člověk starší, tím je té pohody míň a míň. Říká se, že i večer života přináší svoji lampu. Takže si myslím, že jsme jim tu lampu přinesli.

Můžete porovnat seriálový domov a ty skutečné?

Jako porotce jsem byl ve čtyřech domovech, ale i předtím jsem už nějaké navštívil. Domovy na mne působily velmi dobře, a hlavně se mi líbil personál, bylo v tom zaujetí, tohle se nedá dělat bez vztahu. Jak klienti, tak ošetřovatelé, všichni se k sobě chovaly hezky, s důvěrou, jako staří známí. O seriálu jsme také mluvili, říkali mi: „V takovém domově bych chtěl být." Ale ten seriál byl trochu pohádka. I proto se asi odehrávalo v zámečku. V seriálu byly jen samé pozitivní případy, ale ve skutečnosti je to trochu jinak, a navíc v těch reálných domovech stále bojují s financemi. V „Plesu" bylo hvězdné obsazení, kdežto v reálu jsou např. vozíčkáři, těžce pohybliví lidé. Seriál byl až romanticky zidealizovaný, život je jiný.

Jak se udržujete tak aktivní?

Zatím mne nezradilo zdraví (zaťuká na dřevo). Snažím se žít aktivním způsobem, nelezu do auta, když nemusím, chodím pěšky, ale hlavně jsem stále v angažmá, kondici mi pomáhá udržovat práce. Nejen práce, ale i pozitivní ladění. Když kolem sebe vidíte ošklivý a smutný věci, nesmíte tomu podlehnout. Kdybyste viděli jen ty, zestárnete velmi rychle. Musíte si všímat těch hezkých, a tak to kompenzovat. A hlavně dělám strašně rád, to co dělám, já si to vybral, a baví mne, že to můžu dělat. Je to práce, která mi přináší radost. Řeknu vám jeden zážitek: Před časem, když jsem přišel do Prahy, hráli jsme hru Sbohem lidi, hrál jsem tam postavu stárnoucího člověka, který je už na dotek smrti, ale on to do poslední chvíle nevzdává, pere se s tím, nakonec umře na pochodu... Po jednom představení za mnou přišel starší pán a povídá: „ Já jsem dlouhodobě nemocný, mám silné deprese, a já jsem vám chtěl poděkovat, protože jste mne dneska do jisté míry svým výkonem uzdravil". Co si můžete přát víc? Tohle vám žádné peníze nezaplatí. My herci to nakonec taky děláme stejně za tak málo, jako ty ošetřovatelky. Ale baví mě to, protože mi to přináší radost.

Děkuji za rozhovor.

Lenka Kaplanová

ÚVODNÍK

Nestárnou jen staří!

Prodlužování věku a rostoucí podíl seniorů v populaci vyvolal překvapení a obavy ze zajištění jejich potřeb a rostoucích nákladů. Prodlužování věku není katastrofa, ale výsledek snažení moderních společností o zlepšení životních podmínek a zdravotního stavu obyvatel. Nic méně státy na tento vývoj nejsou připraveny a ne zcela adekvátně na tento vývoj reagují a to až k politikám, které zavádějí ageismem.

Stále více autorů uvádí, že tzv. „stárnutí populace" situace má jinou povahu a konsekvence než elementární vazba „více seniorů rovná se větší potřeba péče". Profesor Igor Tomeš a další uvádějí, že proces „prodlužování věku" se netýká jen osob starších 65 let, ale projevuje se ve všech životních etapách a týká se všech generací. Přirovnává tento proces k měchu akordeonu, který se natahuje ve všech segmentech lidského života a prodlužuje je. Zvyšuje se podíl dětí s odkladem nástupu do školy, školní vzdělání, resp. obecněji příprava na povolání, se prodlužuje, mladí lidé potřebují více času k získání vzdělání a praxe pro první zaměstnání nad 20 let. Došlo k odkladu sňatků a rození prvních dětí cca o 10 let oproti minulosti. Zhruba 30 % mladých mužů ve věku 30 let u nás a okolo 50 % v Evropě „odmítá dospět" a žijí u rodičů v pohodlném „mamahotelu". To vše vede k tomu, že se prodlužuje i období a zejm. status středního věku. Odkládá se penzionování a lidé chtějí dále pracovat, popř. být aktivní. Získání znalostí informačních technologií zhodnocuje jejich životní zkušenosti, znalosti pro další práci a udržuje stárnoucí generaci „in". Obecně řečeno, dochází ke změnám sociálně věkové struktury evropské společnosti. Nejde vůbec o to, že se prodlužuje stáří, prodlužuje se život. Stáří v tradičním pojetí se neprodlužuje, nýbrž spíše „odsouvá".

I stát usiluje o prodloužení pracovní aktivity seniorů a uvádí, že to není v konfliktu s nedostatkem pracovních míst pro mladé. Zcela paradoxně a nesystémově ale aktuálně tvrdě znevýhodnil pracující seniory v daňové oblasti a zavedl předdůchody, které vzdalují stárnoucí pracovníky daleko od budoucí změněné hranice

Pokračování na str. 4

REZIDENČNÍ PÉČE, odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče. Vydavatel: MARCOM spol. s r. o., K Botiči 2, 101 00 Praha 10, tel.: 271 747 313, 271 748 312, 603 224 182, e-mail: info@marcom-praha.cz, redakce@marcom-praha.cz, www.rezidencnipece.cz. — Redakční rada: předseda doc. Ing. Ladislav Průša, CSc., Mgr. Petr Hanuš, PhDr. Lenka Kaplanová, Mgr. Dagmar Dvořáčková, Bc. Lenka Hasnedlová, Mgr. Bohdana Rywiková, MUDr. Libor Svět, Ing. Petr Víšek. Povoleno rozhodnutím MK ČR, registr. číslo MK ČR E 15701. ISSN 1801-8718. Vychází 4x ročně. Příští číslo vyjde v červnu 2013.

VY SE PTÁTE, PANÍ MINISTRYNĚ ODPOVÍDÁ

REDAKCE REZIDENČNÍ PÉČE POŽÁDALA NOVOU MINISTRYNI PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, **LUDMILU MÜLLEROVOU,** O ODPOVĚDI NA OTÁZKY, KTERÉ NÁM PRO NI ZASLALI NAŠI ČTENÁŘI.

Jaké kroky připravuje ministerstvo v souvislosti s převodem dotačního řízení na jednotlivé kraje, bude usilovat o zachování (alespoň jisté míry) stejných principů poskytování dotací poskytovatelům ve všech krajích?

Zásadní změnou je role krajů. Na MPSV se už se žádostí o dotace nebudou obracet jednotliví poskytovatelé sociálních služeb, o peníze budou žádat kraje. Pravidla bude stanovovat nařízení vlády, které se aktuálně připravuje.

V souvislosti s probíhajícím procesem transformace sociálních služeb se ukazuje, že náklady na nové „transformované" služby budou vyšší než náklady na služby, které jsou dnes klientům poskytovány. Z dosavadních výstupů projektu „podpora transformace sociálních služeb..." však není zřejmé, že by se této problematice ministerstvo věnovalo. Jakým způsobem se proto předpokládá, že budou nové transformované služby financovány (zejména ze strany mentálně handicapovaných klientů)?

Ministerstvo práce a sociálních věcí se financování „nových" sociálních služeb rozhodně věnuje. Změn, které nastanou, je celá řada a probíhají průběžně. Tou nejzásadnější je nahrazení ústavů péčí v přátelských domovech – chráněném bydlení – a také už dříve zmiňovaná nová role kraje při rozdělování dotací. Sociální služby, které vzniknou na základě transformace, se budou při hodnocení považovat nikoliv za služby nové, ale za služby nástupnické. Výši dotace určí kraj, který přihlédne k prioritám MPSV i k vlastním. Vše bude muset být transparentní a podle veřejně dostupných dotačních pravidel. Kromě toho zvažujeme vyhlásit výzvu z Operačního programu lidské zdroj a zaměstnanost EU, která by umožnila financování provozu právě těchto nástupnických sociálních služeb.

Pro úplnost dodávám, že výstupem projektu Systémová podpora procesů transformace systému péče o ohrožené děti a rodiny má mimo jiné být i konkrétní návrh, jak financovat služby určené pro tuto cílovou skupinu. V rámci projektu Podpora transformace sociálních služeb, který se zaměřuje na lidi se zdravotním postižením, se zase zpracovávají studie, které hodnotí i nákladovost během transformace a po ní.

Můžete říci, který jiný obor, kromě sociálních služeb, má tak vysoké nároky na celoroční vzdělávání zaměstnanců (každý pracovník v přímé péči má povinnost absolvovat ročně 24 hodin odborných kurzů), a přitom jsou na druhé straně tak málo finančně ohodnocováni (průměrný plat 9000 Kč)? Budete se zabývat otázkou zvyšování platů u všech zaměstnanců v sociálních službách?

Další vzdělávání lidí je nezbytné například ve zdravotnictví či školství. Vždy je třeba reagovat například na pokroky lékařské vědy, sledovat trendy a hlavně je umět realizovat v praxi. Nároky na vzdělávání nejde jednoduše srovnávat, liší se v míře odbornosti, zaměření i ve způsobu vykazování - například zdravotnické profese mají kreditní systém, nikoli hodinový.

Nízké platy pracovníků v sociálních službách nesouvisí s povinností vzdělávat se, navíc nutná školení zpravidla hradí zaměstnavatel. Vysoké nároky na kvalifikaci pracovníků sociální služeb vycházejí z charakteru této práce. Tito zaměstnanci totiž mohou přímo ovlivnit zdraví a kvalitu života lidí, kterým poskytují služby. Pokud se ptáte na to, jestli by nebylo lepší využít peníze na vzdělávání pro navýšení odměn pracovníků v sociálních službách, není to dost dobře možné. Zpravidla jde o účelově vázané peníze.

Každopádně vězte, že usiluji také o navýšení peněz na platy lidí působících v sociálních službách. Jsem jednoznačně zastáncem toho, že za kvalitní a odpovědnou práci je třeba dobře zaplatit.

Každopádně vězte, že usiluji také o navýšení peněz na platy lidí působících v sociálních službách. Jsem jednoznačně zastáncem toho, že za kvalitní a odpovědnou práci je třeba dobře zaplatit. V minulosti vláda sice tabulkově zvýšila platy těchto pracovníků, rozpočet ale zůstal stejný. Pokusím se to změnit.

MPSV připravuje v současné době nový zákon o sociálních službách, podle něhož ještě budou muset všichni pracovníci v sociálních službách povinně splňovat kvalifikační předpoklady na „individuální plánování" a absolvovat povinné supervize. Tedy další vlnu proškolování, na které však stát ničím nepřispívá (a nepřispěje), přičemž proškolovací kurz jednoho pracovníka stojí poskytovatele v průměru 9000 korun, jedna supervize vyjde až na 20 000 Kč. Poskytovatelé, jejichž dotace jsou každoročně kráceny v řádech milionů, přitom musí hledat finanční zdroje na vzdělávání svých zaměstnanců jinde: především s pomocí sponzorů nebo grantových pro-

jektů (pokud jsou v tomto směru úspěšní...). Každopádně představují tyto povinnosti pro poskytovatele sociálních služeb obrovskou finanční zátěž, která není ničím kompenzována a odčerpává již tak omezené finanční zdroje tam, kde by mohly být využity ke zkvalitňování života uživatelů (klientů) sociálních služeb. Nehledě na to, že se povinné vzdělávání na platech zaměstnanců nijak projevovat nemůže... Je to z pohledu ministerstva v pořádku?

Kvalifikační předpoklady mohou podle vyhlášky č. 505/2006 Sb pracovníci v sociálních službách získat v rámci kvalifikačních kurzů a programů celoživotního vzdělávání. Nejde ale o žádnou novinku, stejně jako u supervize. Celoživotní vzdělávání i podpora nezávislého kvalifikovaného odborníka, tedy tzv. supervize, je uznatelným nákladem, který mohou poskytovatelé sociálních služeb uvádět v žádosti o dotaci MPSV. Kromě toho je možné využít celé řady akreditovaných vzdělávacích programů zdarma, které jsou spolufinancované z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu.

Zajímalo by mě, jak si představujete poskytování zdravotních služeb všeobecnými sestrami v zařízeních poskytujících sociální služby. Jde o úpravu financování, ale i jejich postavení - aby sestry nebyly neustále brány jako nutné zlo a zbyteční příživníci. Tlaky pojišťoven jsou velké, tlaky na více zdrojové financování (ze zdravotních pojišťoven) také. Uvědomuje si na ministerstvu někdo, že v těchto zařízeních je poskytována paliativní péče o klienty, které v nemocnicích nechtějí?

Ministerstvo práce a sociálních věcí situaci vnímá. Práce každé všeobecné sestry včetně ošetřovatelské a rehabilitační péče, kterou poskytuje v pobytových zařízeních sociálních služeb, je velmi důležitá. Tedy například v domovech pro seniory či domovech pro zdravotně postižené občany.

Úhrada za tuto zdravotní péči je však financována z veřejného zdravotního pojištění. Negativní vnímání zdravotních sester v sociálních službách může způsobit i fakt, že osobní náklady na tento personál jsou pro poskytovatele sociálních služeb vysoké. Navíc se bohužel často z praxe dozvídáme, že zdravotní pojišťovny poskytnutou zdravotní péči nehradí plně. V této oblasti ale nemá ministerstvo práce a sociálních věcí kompetence, zdravotní pojišťovny jsou v gesci ministerstva zdravotnictví. Neznamená to však, že se MPSV touto věcí vůbec nezabývá. Průběžně jednáme s ministerstvem zdravotnictví a s odborníky z praxe o úpravách systému.

Konkrétně: diskutujeme například o tom, že bychom umožnili poskytovatelům domácí zdravotní péče vstoupit do pobytových zařízení sociálních služeb. Zdravotničtí pracovníci by pak nebyli zaměstnanci poskytovatelů sociálních služeb, ale zaměstnanci poskytovatelů domácí zdravotní péče. Souběžně se navrhuje úprava zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Podle ní by se poskytovatelé sociálních služeb zaregistrovali jako nestátní zdravotnické zařízení. Tím by se zvýšily nároky na poskytovatele sociálních služeb a v důsledku by došlo ke zkvalitnění poskytované zdravotní péče i postavení všeobecných sester. Další variantou, o které diskutujeme, je zavést paušální platby.

Pokud mluvíme o paliativní péči, pak chci jednoznačně deklarovat, že péče o umírající je důležitá. Paliativní péče je ale plně v kompetenci resortu zdravotnictví. Hospicová péče se financuje zčásti z příspěvku na péči, který poskytuje naše ministerstvo.

Jaké kroky hodláte podniknout k tomu, aby od r. 2016 mohly být provozní náklady poskytovatelů služeb sociální péče hrazeny z příspěvku na péči, úhrad od klientů a z úhrad od zdravotních pojišťoven. Jak zabráníte dlouhodobému tunelování sociálních služeb ze strany zdravotních pojišťoven?

Řešení by mělo být systémové. A je potřeba, abychom vedli konstruktivní debatu a zejména se dohodli s ministerstvem zdravotnictví. Jsem přesvědčená, že i můj kolega ministr Leoš Heger usiluje o to, aby státní peníze šly skutečně tam, kde jsou třeba a kde prokazatelně pomáhají lidem. Už dnes se sociální služby platí z více zdrojů a státní dotace tvoří asi 20 procent. Kromě toho naše ministerstvo ročně poskytuje dalších 20 miliard korun na příspěvek na péči, a to přímo handicapovaným lidem. Je jen na jejich rozhodnutí, jak s penězi naloží a jaké sociální služby si za ně zajistí. Obce mohou nově využít peníze z loterií a rozpočtového určení daní. Osobně čekám, že se financování sociálních služeb zlepší rovněž poté, co budou nově dotace rozdělovat kraje. Právě místní zástupci nejlépe znají situaci v regionu a vědí, které sociální služby lidé nejvíce potřebují. Změny je však třeba dělat postupně. Zpřesníme, jak mají sociální služby vypadat od roku 2014. A koncepční řešení pro další období na to bude navazovat.

Děkujeme za rozhovor.

Lenka Kaplanová

Otázky pro tento rozhovor byly sestaveny ve spolupráci s Bohdanou Rywikovou (Čtyřlístek, Centrum pro osoby se zdravotním postižením Ostrava), Tamarou Šeligovou (SANTÉ – centrum ambulantních a pobytových služeb Havířov), Lenkou Hasnedlovou (Domov seniorů – Středisko sociálních služeb MČ Praha 9), Janem Výborným (Domov Blahoslavené Bronislavy), Vítězslavem Formanem (DZR Svojšice).

Nestárnou jen staří!

Dokončení ze str. 1

odchodu do důchodu. Těmto disparitám lze jen velmi těžko porozumět.

I když konsensuální názor, vyjádřený právní fikcí, o věkové „hranici stáří", datem pro vznik nároku na starobní důchod, vytváří formální a hypotetickou hranici vymezující stáří, je zcela aktuální představit si seniora, kterému jsou ještě velmi vzdáleny „standardní" symptomy stáří, jak je obvykle chápe společnost, tedy nemoci, závislost, bezmocnost, potřeba péče. Dnes nejsou neobvyklí sedmdesátníci či osmdesátníci, kteří jsou aktivní a nezávislí. Jejich potřeby i zájmy se sice mění, ale chtějí žít běžným životem, prodloužit vše, co bylo spojeno s jejich předchozími aktivitami. Jsou a budou nájemníky, spotřebiteli a voliči. Toto vymezení představuje nejvýznamnější část seniorů.

Hrozba proto není stáří samotné, ale jako nejvýznamnější faktor pro budoucnost se logicky projevuje vývoj zdravotního stavu. Zda, kdy a jaké sociální služby budou lidé potřebovat, je třeba analyzovat a nikoliv paušalizovat ve smyslu stáří rovná se potřeba péče. Zmíněná životní filosofie seniorů se odráží i v jejich názorech na potřebu služeb. Základní strategický program směřující k řešení „stárnutí populace" by proto měl být programem opatření, které prodlužují období samostatnosti a nezávislosti seniorů, popř. zabezpečují „relativní" nezávislost – tj. již s pomocí v domácnosti, s terénní péčí, denními pobyty, odlehčovacími službami apod.

Lze vyslovit názor, že se zvyšováním počtu seniorů a prodlužováním věku se nebude nutně zvyšovat počet osob, které budou potřebovat rezidenční péči. To souvisí zejména ve městech s kvalitním bydlením, dopravní dostupností zdravotní péče, rozvojem pečovatelské služby i nových technologií v této oblasti (totální telefonizace mobilními telefony, selfmonitoring, tísňové volání, plenkové kalhotky na jedno použití a další). Důležitým předpokladem je nepochybně rozvoj terénních služeb, které účinně napomáhají prodlužovat relativní soběstačnost starých občanů, žít ve vlastních domácnostech, v navyklém prostředí, blízko svých známých, rodiny apod. Potřeba umístění v rezidenčním zařízení se zřejmě posune věkově výše, ale jak naznačuje vývoj zdravotního stavu, bude se zhoršovat zdravotní status těchto velmi starých seniorů a budou vyžadovat více péče. Svědčí o tom např. dynamika růstu výskytu Alzheimerovy choroby a demencí ostatních etiologií.

Tento vývoj skrývá již detekované, ale neřešené riziko. Vývoj demence je postupný, senioři velmi pozvolna, zejména žijí-li osamoceně, postupně ztrácejí schopnost zabezpečovat svoje základní životní potřeby ale také chránit své zájmy a práva. Nikdo nenavrhne omezení svéprávnosti, přestože jsou tito lidé jsou ohroženi ekonomickým vydíráním, zneužitím, násilím v rodině i mimo ni a podobně.

Petr Víšek

RECENZE DVOŘÁČKOVÁ, D. ***Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.*** Publikace předkládá aktuální pohled na problematiku kvality života seniorů v domovech pro seniory v ČR, který zdůrazňuje bio-psycho-sociální a spirituální determinanty kvality života seniorů. Recenzi této publikace od Mgr. Miloše Sládka najdete na www.rezidencnipece.cz.

SENI CUP PO OSMÉ

SENI CUP, mezinárodní fotbalová liga postižených osob, je výjimečná akce. Společnost TZMO S.A. ji pořádá od roku 2000. V počátcích turnaje se zápasy konaly pouze na území Polska, ale časem se liga rozšířila i do dalších zemí, např. Ruska, Maďarska, Německa, na Ukrajinu, Slovensko a také do České republiky, kde se první ročník uskutečnil v roce 2006.

Díky SENI CUPu fotbal získal na popularitě také mezi postiženými a turnaj se tak stal mimořádnou událostí pro celou sféru sociální péče. Zájem o účast každoročně stoupá a každý další ročník prokazuje, že i lidé s mentálním postižením mají schopnost účastnit se sportovních utkání a intenzivně prožívat vše, co s tím souvisí: tréninky, posilování, ale i smysl pro kolektivní spolupráci a fair play.

Jaká jsou základní pravidla SENI CUPu?

Z každého přihlášeného ústavu se ho účastní jedno mužstvo ve složení čtyři hráči, brankář a dva náhradníci. Zápas řídí profesionální rozhodčí. Hraje se na travnatém hřišti pro malou kopanou a utkání trvá dvakrát 10 minut. Herní plán je vytvořen tak, aby závěrečný zápas byl finálovým soubojem dvou nejlepších týmů. Tři nejúspěšnější mužstva obdrží hodnotné ceny. Speciální cenou je pak zájezd do polské Toruně na celoevropské finále SENI CUPu. Ošizeny nebudou ani ostatní týmy, jelikož zajímavých odměn a dárků je celá řada.

Jak se přihlásit?

Přihlášky na turnaj SENI CUP distribuují do jednotlivých ústavů zástupci

pořádající společnosti Bella Bohemia. Pozvánka s přihláškou je ke stažení na www.rezidencnipece.cz. Přihlaste se co nejdříve, zájem je veliký a počet účastníků je omezený.

Program

Součástí 8. ročníku ligy SENI CUP bude kromě turnajových zápasů také bohatý program pro mužstva, jejich doprovod a diváky. Setkáte se tu i s fotbalovou legendou Antonínem Panenkou, patronem turnaje. Nebude chybět ani pohoštění, hudba a tanec. Organizátoři jako vždy udělají vše pro to, aby všichni prožili krásný den, na který budou dlouho vzpomínat.

Již osmý ročník fotbalové ligy postižených osob SENI CUP se letos bude konat 22. května v Havlíčkově Brodě.

Oficiálním partnerem SENI CUPu je **město Havlíčkův Brod.**
Záštitu nad akcí převzala **Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.**
SENI CUP podporují: **Konto bariéry, časopis Můžeš, Rezidenční péče.**

Kontakt: Bella Bohemia s.r.o., VGP Park Horní Počernice, hala I, Vlastibořská 2, 193 00 Praha 9
Tel.: 226 212 310, fax: 226 212 302, e-mail: distribuce-seni@bellabohemia.com
www.seni.cz

MINISTERSTVO SPOLUPRACUJE

Dotace MPSV jsou rozděleny. Na podporu sociálních služeb jde opět méně. MPSV o problému s financemi jednalo 18. února se zástupci Asociace poskytovatelů sociálních služeb a Asociace krajů. Přinášíme názory dvou účastníků tohoto jednání.

Jiří Horecký, prezident APSS ČR

Jak hodnotíte výsledky dotačního řízení pro letošní rok?
Obdobně jako v předchozích letech. Státní dotace poskytovatelům sociálních služeb jsou nesystémové, založené na kapacitách, požadavcích a dotační historii žadatele. Rozdíly přiznané dotace na stejnou kapacitní jednotku se liší i v násobcích, nelze ověřit či zpětně stanovit systém nebo algoritmus přerozdělení.
Dalším problémem je celková výše státních dotací, která má klesající charakter. Meziroční pokles na rok 2013 činí 350 mil. Kč, k tomu je nutné přičíst další meziroční pokles, tentokrát z tzv. IP projektů cca 150 mil. Kč a dostaneme se na mnohokrát a mnohými požadovanou půl miliardu Kč na dofinancování sociálních služeb, tak aby nedošlo k rušení služeb, omezování kapacit a propouštění zaměstnanců.

APSS iniciovala jednání na téma financování s paní ministryní Ludmilou Müllerovou, jež proběhlo koncem února. Jaké jsou výsledky tohoto jednání a jaké jsou Vaše osobní pocity? Vývoj v sociálních službách, který naznačujete, není příliš optimistický...
Paní ministryně uznala oprávněnost našeho požadavku a slíbila vznést požadavky vládě ČR, zejména ministerstvu financí k dofinancování sociálních služeb. Tj. vyčlenění dodatečných finančních zdrojů. Byl bych rád, kdyby nejen toto jednání, ale opakující se problémy přinutily státní správu k základní premise, že minimální částka dotací nesmí klesnout pod 6,5 miliardy Kč. Výzvy z MPSV ČR, aby poskytovatelé využívali jiné zdroje, jsou jen laciným delegování státní odpovědnosti za celkový systém financování. Stát nestanovil podmínky a povinnosti finanční participace krajů, měst a obcí a požaduje, aby se poskytovatelé s jednotlivými subjekty „nějak domluvili".

Paní ministryně tvrdí, že do sociálních služeb jde více peněz, a to formou příspěvku na péči. Kde je podle vás příčina toho, že se tyto peníze nevracejí poskytovatelům?
To je argument, který kategoricky odmítám. Služby sociální prevence jsou na výši příspěvků na péči zcela nezávislé. Pobytové služby sociální péče makro výdej na příspěvek na péči neovlivní, mohou pouze postupně a pomalu optimalizovat cí-

Citace Radiožurnál, Ozvěny dne, 18. 2. 2013
Je potřeba, aby stát, který je ve finále zodpovědný za to, jaké jsou sociální služby v České republice, v jaké kvalitě, dostupnosti a síti, jasně stanovil pravidla toho financování, kdo je za co zodpovědný, kdo je k čemu kompetentní a kdo má jakou službu na svém území, myslím tedy obec, kraj, město, zaplatit, a v jakém poměru financovat, a to v tuto chvíli není, a je to na zoufalém snažení poskytovatelů, kdo jim co dá, a to pro nás není dlouhodobě už moc udržitelné.

marcom

Prezentujte své kvalitní služby a budujte svoji značku

Nabízíme vám
● Grafické návrhy a tisk prospektů, brožur, výročních zpráv, kalendářů, novoročenek, pohlednic ● Redakční zpracování a tisk interních novin, zajištění PR ● Návrhy a inovace loga, sloganu, tvorbu grafického manuálu ● Audiovizuální prezentace, profesionální foto ● Označení budov, orientační systémy pro budovy, bezpečnostní značení

MARKETING & COMMUNICATION
marcom spol. s r.o.
Marcom, spol. s r.o.,
vydavatel Rezidenční péče
K Botiči 2, 110 00 Praha 10
Mail: kaplanova@marcom-praha.cz,
info@marcom-praha.cz
Tel.: 271 747 313, 271 748 312,
603 224 182
www.marcom-praha.cz,
www.rezidencnipece.cz

marcom

lovou skupinu ve svých zařízeních, ale to samozřejmě vede ke zvyšování mzdových nároků, a ty nelze pokrýt pouze z příspěvku na péči. A v případě terénních a ambulantních služeb sociální péče víme, že každá další dodatečná kapacitní jednotka, která již není kryta (byť částečně) státní dotací, je ztrátová. K tomu je potřeba přidat již starý argument a fakta o tom, jak je příspěvek na péči v ČR skutečně využíván. A opět dodávám. To, že institut příspěvku na péči nefunguje tak jak by měl, víme již dlouho. Není ale fér negativní dopady toho systému přenášet na poskytovatele sociálních služeb s argumentací, že na sociální služby jde peněz dost. Stát má v tuto chvíli tři možnosti. Buď tento systém změnit. Nebo ho ponechat a platit vyšší státní výdaje plynoucí z neefektivnosti celého systému financování příspěvku na péči. Anebo třetí možnost, ponechat neefektivní systém a šetřit na státních dotacích. Tato volba však povede k destabilizaci sítě sociálních služeb.

V srpnu vám premiér Nečas v dopise nastínil svoji vizi reformy dotací, bez ohledu na to, jestli je bude poskytovat ministerstvo nebo kraje. Myslíte, že nové vedení ministerstva bude tuto vizi uskutečňovat?

Já se obávám, že v tomto volebním období již žádnou reformu očekávat nemůžeme. Můžeme se připravit na dílčí parametrické změny.

Ivana Stráská, náměstkyně hejtmana Jihočeského kraje:

MPSV tvrdí, že při rozdělování dotací spolupracuje s kraji. Za rozhodující nepovažuje historii přidělování dotací, ale skutečnost, kolik lidí službu využívá a nakolik je aktuálně potřeba. Jaké jsou vaše zkušenosti konkrétně z Jihočeského kraje?

Jihočeský kraj při dotačním řízení spolupracoval s MPSV. Je totiž naší snahou zachování současné sítě sociálních služeb v Jihočeském kraji. Problém ve spolupráci je především v tom, že nejsou ze strany státu zabezpečeny odpovídající finanční prostředky.

Jak vnímáte doporučení MPSV, že by se kraje a obce měly o zařízení pro své občany více starat a využít peníze, které získaly z loterií a z rozpočtového určení daní?

Kraje i obce se o své občany starají. Navíc stát krajům ukládá povinnost zajišťovat sociální služby pro své občany. Ale už se vyvazuje z odpovědnosti za financování těchto služeb. Rok od roku klesají prostředky,

které stát krajům dává na službu, kterou si u nich objednává.
Příjmy z loterií, které jsou provozovány na jejich území, mají pouze obce. Nikoli kraje. Obce mohou tyto prostředky využít libovolně dle svého uvážení. Je tedy na jejich rozhodnutí, zda tyto příjmy využijí také na financování sociálních služeb.
Změna v rozpočtovém určení daní v minulém roce znamenala v rámci Jihočeského kraje propad 150 milionů korun. Stejně tak malé obce jsou na novém rozpočtovém určení daní bity.

Lenka Kaplanová

NOVÁ PRAXE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Pokračování praxe zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům sociálních služeb nabralo opět novou podobu. V lednu letošního roku přestala VZP hradit pomůcky pro inkontinentní, a to konkrétně absorpční podložky. Zdůvodnila to tím, že již hradí absorpční prostředky, určené k aplikaci přímo na tělo pacienta (vložky, vložné pleny, plenkové kalhotky). Ostatní pojišťovny VZP rychle následovaly.

Co k tomu pojišťovny vedlo, jsme se zeptali JUDr. Eduarda Kaplana, právníka Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS).

Rozhodně je důvodem dlouhodobá snaha pojišťoven uspořit na úkor klientů sociální péče. Úvahy zdravotních pojišťoven týkající se toho, že postačuje hrazení tzv. primární péče (poukazové zdravotnické prostředky jako jsou vložky, vložné pleny, fixační kalhotky, plenkové kalhotky), jsou natolik nesprávné, že je možné je považovat za absurdní.

Navíc je tento postup zjevně protiprávní, což dokládají i ve věci publikovaná stanoviska – např. Ministerstva zdravotnictví ze dne 9. ledna 2013, stanovisko Ministerstva zdravotnictví k vyřazení podložek pro inkontinentní pacienty z úhrad), neboť porušuje ustanovení §15 odst. 12 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Jak vypadá situace dnes?

Díky rychlé reakci APSS a součinnosti Ministerstva zdravotnictví a MPSV byla předložena právní úprava, která představuje ochranné opatření proti této praxi zdravotních pojišťoven, neboť je zcela zjevně patrné, že současná právní úprava neumí zabránit tomu, aby kdykoliv v budoucnu zdravotní pojišťovny tento postup zopakovaly. Nicméně v současnosti jsou již absorpční podložky opět hrazeny. To, že pojišťovny ustoupily, je pozitivní, ale stejně je nutné mít pojistku ve formě právní úpravy. Za jednoduché a elegantní řešení považuji přesun právního režimu hrazení absorpčních podložek z §15 odst. 12 zákona o zdravotním pojištění do právního režimu hrazení dle §15 odst. 11 téhož zákona – a právě tohoto cíle bude dosaženo tím, že absorpční podložky budou uvedeny jako samostatná položka v oddílu C /přílohy č. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Námi navrhovaná právní úprava přitom nezvyšuje úhradu těchto zdravotnických prostředků oproti stavu ke konci roku 2012, kdy se podle závazné metodiky VZP k poskytování zdravotnických prostředků doposud hradilo, a to pouze pojištěncům trpícím těžkou inkontinencí, maximálně 60 kusů podložek za měsíc, ve výši 75 % konečné ceny. Navrhované snížení počtu kusů podložek o 25 % z 60 na 45 ks, ovšem hrazených v plné 100% ceně, zachovává tedy objem prostředků, vydávaných z veřejného zdravotního pojištění na tento druh prostředků zdravotnické techniky na zcela identické úrovni a zároveň na ně zachová nárok pouze těm pojištěncům, kterým byly dosud částečně hrazeny, a to ve stejném rozsahu jako doposud. Absorpční podložky jsou přitom z prostředků zdravotního pojištění hrazeny neustále, v podstatě od počátku účinnosti zákona o zdravotním pojištění.

Zdravotní pojišťovny svými kroky v oblasti hrazení těchto prostředků zasáhly tu skupinu občanů České republiky, která je ze všech nejméně schopna se bránit proti takovému počínání pojišťoven, ani není schopna si sama finanční prostředky potřebné k náhradě prostředků od zdravotní pojišťovny obstarat vlastní výdělečnou činností – a to skupinu seniorů a osob se zdravotním postižením.

Právě proto má nová právní úprava zabránit opakovanému, sice protiprávnímu, ale obtížně napadnutelnému jednání pojišťoven zabránit.

(Red.)

NÁZOR DISTRIBUTORA

Skupina absorpčních podložek bez ohledu na jejich velikost a provedení patří podle našeho názoru jednoznačně mezi „plnohodnotné" zdravotnické pomůcky při inkontinenci a měly by být dány na stejnou úroveň jako ostatní výrobky této skupiny – vložky, kalhotky apod.

Toto by měla vyřešit navrhovaná úprava zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Další otázkou je stanovení výše jejich úhrady. Objektivně existuje mnoho druhů a typů podložek, které se navzájem liší rozměry, sací schopností, vlastním složením (použitá buničina, množství superabsorbentu, rozvodné kanálky, použitá podkladní vrstva, záložky apod.). Stávající systém úhrad platný od 1. 2. 2013 opustil dosavadní jednotnou úhradu 75 % u všech podložek bez rozdílu a nastolil systém individuálního nastavení u každého výrobku zvlášť a snížil počet hrazených podložek za měsíc na polovinu, na 30 ks. Orientace v nových pravidlech úhrad je poměrně komplikovaná a vlastní úhrady se pohybují v intervalu od 24 % do 75 % a dosahují 13 různých hodnot.

Z praktického hlediska výdejny je nereálné vydat pojištěnci např. 37 % předepsaných podložek tak, aby nemusel doplácet úhradovou cenu. Na tuto praxi nejsou ani nastaveny počty podložek v jednotlivých baleních, rozbalování originálních balení nepřipadá v úvahu a problematiku by to nevyřešilo. Faktickým důsledkem stávající úpravy je radikální snížení počtu podložek, které pojištěnec v preskripčním období obdrží.

Podle naší zkušenosti by celé věci prospěl návrat k elementárním jednoduchým pravidlům, tedy stanovení maximální celkové výše úhrady za období, za pojištěnce a za jakékoliv inkontinenční pomůcky bez dalších doplňujících podmínek a kombinací. Počet pojištěnců je s dostatečnou přesností znám, výše celkové úhrady se dá měnit zákonem dle aktuálního stavu ekonomiky, celkové náklady jsou tak ve výsledku předvídatelné a ovlivnitelné.

Pojištěnec a jeho ošetřující lékař by dostali možnost svobodného přístupu k inkontinenčním pomůckám podle aktuální potřeby a úvahy, a to v rámci finančního limitu. Z analýzy výdejů pomůcek vyplývají diametrálně odlišné potřeby jednotlivých pojištěnců, někdo potřebuje pouze kalhotky, jinému stačí podložky, ale zase jich potřebuje více, jiný rozměr podložek vyžaduje ochrana lůžka a jiný invalidní vozík.

Úhrada pouze pro pojištěnce ve třetí nejtěžší skupině inkontinence, byť nad rámec měsíční preskripce, diskriminuje zbytečně a možná neoprávněně pojištěnce ve zbývajících skupinách.

Marek Karabec

TENA
Váš odborník na inkontinenci

TENA nabízí široký sortiment vysoce absorpčních prodyšných pomůcek pro každodenní šetrnou péči o klienty se střední až těžkou inkontinencí. Pomůcky jsou dle typu vhodné pro mobilní, soběstačné či imobilní závislé osoby.

Volbou absorpčních pomůcek **TENA** si odborný i laický pečující významně usnadní práci s péčí o klienta či blízkou osobu, ušetří čas a náklady spojené s inkontinencí a uchová jeho pokožku zdravou bez kožních defektů způsobených inkontinencí.

Vedle absorpčních pomůcek naleznete v portfoliu **TENA** i doplňkový sortiment jemných utěrek a podložek a také ucelenou řadu šetrných **TENA** produktů péče o pokožku, které zmírňují její citlivost a zabraňují podráždění.

Dopřejte Vašim klientům a blízkým **TENA** absorpční pomůcky nejvyšší kvality a zajistěte, aby se cítili bezpečně, pohodlně a spokojeně.

SCA c/o Life

www.TENACZ.cz

TENA®

SPOR O ÚHRADOVÉ DODATKY SMĚŘUJE K ROZUZLENÍ

Překvapení a další rána od VZP

Počátek roku 2012 byl ve znamení značného překvapení a rozpaků z postupu největší zdravotní pojišťovny, tj. Všeobecné zdravotní pojišťovny (dále jen „VZP"). Pobytová zařízení sociálních služeb (dále jen „PZSS") v průběhu února 2012 obdržela návrh úhradového dodatku na rok 2012. Tento návrh přinášel zásadní změnu do dosud zaběhlého systému úhrad za poskytnutou zdravotní péči PZSS. Hodnota bodu sice zůstala beze změny, avšak nově byla navržena regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče a dále byla navržena zásadní změna platebních podmínek, když VZP navrhovala zavést tzv. „měsíční předběžnou úhradu", tj. jakousi zálohovou platbu. Tyto návrhy byly zasílány bez jakéhokoliv vysvětlení či předchozího jednání ve věci. VZP o svém záměru ani neinformovala Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR (dále jen" APSS"). Většina PZSS tyto návrhy odmítla, avšak VZP se nadále chovala, jako by úhradové dodatky byly podepsány a hradila pouze ony zálohy dle navržených dodatků.

Většina PZSS má charakter příspěvkových organizací, takže toto opatření VZP způsobilo neplánovaný výpadek rozpočtů PZSS a zřizovatelé je v některých případech museli dotacemi posílit (obdobné potíže však měli i církevní poskytovatelé i další soukromí poskytovatelé). Další problém vznikl v rovině účetní, kdy PZSS sice fakturovala indikovanou, provedenou a řádně vykázanou zdravotní péči, avšak VZP takové faktury vracela a požadovala faktury ve výši záloh dle dodatků. Většina územních pracovišť VZP ani neuměla vysvětlit smysl těchto opatření či jejich filosofii. Ta však byla nabíledni. VZP vyplácela do systému sociálních služeb méně peněz a PZSS ji tak nedobrovolně úvěrovala. Po velké kampani kontrol VZP to pak byla další rána systému financování zdravotní péče v PZSS z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Více než polovina nepodepsala

Za této situace pak APSS začala s VZP jednat, avšak bez jakéhokoliv hmatatelného výsledku. Současně nabídla všem PZSS možnost obrátit se ve věci úhradových dodatků na soud a zprostředkovala právní pomoc. V současné době bylo podáno již 40 žalob a dalších cca 10 se připravuje. Soud zatím vydává platební rozkazy ve prospěch PZSS, z nichž dokonce již dva nabyly právní moci (VZP nestihla včas podat odpor). Dále je třeba říci, že v jednom případě došlo k dohodě o narovnání, a sice v případě, kdy VZP jednomu zařízení hradila směšně nízkou částku, tj. necelé tři tisíce korun měsíčně, zatímco fakturace byla v průměru kolem dvaceti tisíc. V tomto křiklavém případě VZP zareagovala po podání žaloby velmi solidně, přišla s návrhem dohody a ta také byla uzavřena. Je jen škoda, že tak nebylo postupováno i v dalších případech.

Počet PZSS, která podepsala dodatek činil (dle údajů VZP) 43 % a počet těch, kteří nepodepsali úhradové dodatky, činí cca 57 % z celkového počtu PZSS. Lze tedy říci, že byť těsná, ale přesto nadpoloviční většina PZSS úhradové dodatky na rok 2012 nepodepsala.

V polovině měsíce března a pak dále v dubnu t.r. se uskuteční první nařízená jednání ve věci úhradových dodatků u Obvodního soudu pro Prahu 3. Pokusme se stručně charakterizovat právní argumentaci VZP.

Právní argumentace VZP

VZP uvádí, že na právní vztahy s PZSS týkající se úhrad je možno apliko-

ÚHRADOVÉ DODATKY Z POHLEDU FINANCÍ

Právní rozbor JUDr. Haluzy je již tradičně dokladem jeho hluboké znalosti problematiky a je velkou výhodou poskytovatelů pobytových služeb, že stojí na jejich straně. K předloženému rozboru není mnoho co dodat, nicméně se pokusím rozšířit předložený právní pohled na věc úhradových dodatků o pohled finanční.

Z důvodu zachování objektivity je nutné konstatovat, že pobytová zařízení sociálních služeb (dále PZSS) mají v systému úhrady zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění, v mnohém, zcela výjimečné postavení. Jednak jsou poskytovateli zdravotních služeb ze zákona a nemusí naplňovat nezbytné podmínky zákona k získání oprávnění a současně nemusí podstupovat proces nezbytný k získání tohoto oprávnění. Jednak nemusí podstupovat složitý proces výběrového řízení, který u ostatních poskytovatelů předchází před podpisem smlouvy, neboť zdravotní pojišťovny mají vůči nim kontraktační povinnost, která má navíc jednostranný a časově neomezený charakter. Postavení PZSS je pak potencováno skutečností, že současná právní úprava jim neukládá povinnost poskytovat či zajistit zdravotní péči a mohou se svobodně rozhodnout, zda-li tuto službu budou poskytovat či nikoli. Mnozí ostatní poskytovatelé zdravotních služeb mohou toto postavení PZSS vnímat diskriminačně.

Na druhé straně je nutné konstatovat, že odbornost 913 je dlouhodobě velmi výrazně podfinancována a je velmi složité zajistit její samofinancování z jediného zdroje – z veřejného zdravotního pojištění. Úhrady od zdravotních pojišťoven (dále ZP) umožňují výplatu hrubých mezd všeobecným sestrám ve výši necelých 15 000,- Kč, a to za předpokladu, že nositel výkonů – všeobecná sestra bude po celou pracovní dobu vykonávat výhradně indikovanou zdravotní péči, která bude příslušným ZP vyúčtována. Obdobně nereálně je podfinancována hodnota režie, která byla neodůvodněně stanovena ve výši hodnoty režie odbornosti 911, což je však výrazem hlubokého nepochopení práce všeobecných sester v PZSS. Zatímco v odbornosti 911 je zdravotní péče poskytována individuálně maximálně jednou sestrou, která je navíc zahrnuta také v režii pří-

vat úhradovou vyhlášku (v případě našich sporných dodatků je to vyhl. č. 425/2011 Sb.). Tvrdí, že vyhláška upravuje srovnatelný segment, a to podle § 22 písm. c) zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Jde o problém tzv. sociálních hospitalizací v léčebnách dlouhodobě nemocných či obdobných zařízeních. Dovozují, že PZSS poskytují srovnatelnou zdravotní péči, a tudíž i úhradový mechanismus by měl být stejný. Pokud by soud neuznal, že úhradová vyhláška se vztahuje i na PZSS, tak namítají, že je třeba postupovat analogicky (analogie legis). Rovněž uvádí, že podpisem tzv. zvláštní smlouvy PZSS akceptovala explicitní smluvní ujednání obsažené v čl. IV. odst. 1 takové smlouvy a extenzivně jej vykládají. Rovněž setrvávají na stanovisku, že úhradové dodatky platí jen po dobu jednoho roku a vylučují automatický přesah do dalšího období (co dál, neřeší, postupují jakoby PZSS takový dodatek podepsalo). Také argumentují, že není-li možné stanovit cenu, pak by zvláštní smlouva mohla být neplatná, což ale v další větě svých vyjádření popírají a dodávají, že takový právní názor nezastávají.

Stanovisko PZSS je opačné

Tvrdí, že úhradové vyhlášky se na problematiku úhrady poskytnuté zdravotní péče nevztahují. Tento názor potvrzuje i Ministerstvo zdravotnictví, sama VZP (to uznal i bývalý ředitel Pavel Horák), vyplývá to i z úvodních ustanovení úhradových vyhlášek, kdy mezi segmenty zdravotní péče, jež vyhláška upravuje, není odbornost 913 vůbec zmíněna a konec konců i samotné dodatky, které od roku 2010 již v preambuli odvolání na úhradovou vyhlášku nemají. Pamětníci si jistě vzpomenou, že ještě před několika roky úhradové dodatky v preambuli obsahovaly odvolávku na úhradovou vyhlášku. Po řadě jednání se podařilo toto nepravdivé tvrzení z preambule dodatků odstranit, a jak jsme uvedli výše, tuto skutečnost uznal i ředitel VZP na společném jednání se zástupci APSS a Asociace krajů ČR, jak je uvedeno v zápise z tohoto jednání.

Pokud jde o možnost analogické aplikace úhradové vyhlášky, pak namítáme, že není právní ani skutkový důvod pro tento postup. Připomínáme, že zvláštní smlouva je dvoustranný právní akt, v němž mají účastníci rovné postavení (s výjimkou kontroly) a že tato smlouva má režim obchodního zákoníku. Tato skutečnost je, podle našeho názoru, velmi důležitá. V obchodních vztazích nelze takto užívat analogii legis. Tam platí, že smlouva má být jasná, určitá a srozumitelná. Chci-li změnit podmínky smlouvy, musím tak učinit dodatkem ke smlouvě, s nímž musí souhlasit obě strany. Namítáme, že nelze nahradit souhlas jedné strany soudním rozhodnutím a tvrdíme, že pokud zde takový souhlas není, pak příslušná změna smlouvy či dodatek nemůže platit.

Obě strany samozřejmě používají řadu dalších podpůrných argumentů pro svá tvrzení. Ty však zmiňovat nebudeme, neboť dle mého názoru, nejsou zase až tak významné, resp. v tuto chvíli se to tak jeví. Jak spory o úhradové dodatky nakonec dopadnou, rozhodne soud. Okamžik rozhodnutí se blíží a jsem přesvědčen, že v okamžiku, kdy budete číst tento článek, sice nemusí být ještě ve věci rozhodnuto, ale již budeme znát alespoň směr, kterým se povedou úvahy soudu. Jistě tento spor nebude jednoduchý. Obě strany musí počítat s tím, že v případě neúspěchu dotčená strana podá odvolání a z praxe víme, že VZP využívá všechny opravné prostředky, které jí stávající právní úprava umožňuje.

V Praze dne 8. března 2013

JUDr. Petr Haluza
advokát

slušného praktického lékaře, v PZSS pracují sestry kolektivně a jejich práce vyžaduje koordinaci a management činnosti vedoucí sestrou, která není nositelem výkonů a je režijním pracovníkem. Proto by režie PZSS měla být spíše v úrovni odbornosti 925 – domácí zdravotní péče. Takto nedostatečně ohodnocené dvě složky úhrady od ZP pak nemohou být posíleny z jiných zdrojů úhrad zdravotního pojištění, neboť neexistují pro tuto odbornost jako volitelná varianta.

Proč tedy v tomto světle PZSS zdravotní péči poskytují a proč s takovou vstřícností mnohá přistoupila k podpisu „úhradových" dodatků na rok 2012? Jistě u mnohých PZSS sehrál zásadní roli postoj zřizovatelů, kteří ne vždy musí být v této velmi specializované problematice zcela orientováni. Chápu, že za této situace zřizovatel zajistí výpadek tohoto zdroje posílením příspěvku na provoz, byť si nejsem jist správností tohoto kroku s ohledem na rozpočtová pravidla samosprávy. Jistým přechodným řešením by byla i půjčka ze strany zřizovatele.

Opakovaně jsem se setkal s názorem, že podpisem „úhradového" dodatku na rok 2012 zajistí PZSS potřebný objem disponibilních finančních prostředků k pokrytí běžného provozu v úseku zdravotní péče. Tento postoj je pochopitelný především v těch případech, kdy předběžná úhrada zdravotní pojišťovny byla nastavena (s ohledem na objem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané zdravotní péče v roce 2010) velmi nízko a byla hluboko pod úrovní reálně vykazované zdravotní péče v roce 2012. Současně je však tento postoj velmi krátkozraký, neboť bez znalosti výsledného vyúčtování po ukončení roku 2012 lze jen těžko předjímat výsledný finanční efekt, a nepochybně se jedná jen o odložení problému nedostatku disponibilních finančních prostředků do roku 2013. Odbornost 913 je nově vytvořená odbornost, která se prozatím stále dynamicky rozvíjí, učí se správně vykazovat a její klientela má v dlouhodobém horizontu nepochybně tendenci vykazovat vzrůstající nároky na zdravotní péči. Byť je nutné konstatovat, že všechny segmenty v systému úhrady zdravotní péče jsou regulovány, tento segment není dosud natolik stabilizován, aby navržené regulace neměly velmi negativní dopady do financování této činnosti PZSS. Bylo by vhodné si uvědomit, že kriticky nedostatečné financování této činnosti by mohlo dohnat, z počátku některá, později i mnohá PZSS, ke kroku vypovídání zvláštních smluv. Současná právní úprava v podstatě neumožňuje zdravotním pojišťovnám zajistit odpovídající náhradu zdravotní péče, snad krom neúměrně dražší hospitalizace.

Je velmi překvapující, že vyúčtování za rok 2012 byla PZSS již ve většině případů rozeslána, a tak by bylo možné zjistit výsledky a související překvapení z konečné finanční bilance. Neméně překvapivé je i to, že tato vyúčtování obdržela i ta PZSS, která „úhradové" dodatky na rok 2012 nepodepsala.

V Roudnici nad Labem
dne 8. března 2013

MUDr. Libor Svět

DOTACE versus DANĚ

Porovnání výše přiznané státní dotace s objemem odvodů, které je poskytovatel sociálních služeb a každý jeho zaměstnanec povinen odvést na daních a na pojistném na sociálním a zdravotním pojištění

Jedním z klíčových rozhodovacích aktů při přípravě státního rozpočtu v sociální oblasti je stanovení objemu dotací ze státního rozpočtu pro poskytovatele sociálních služeb. Výše těchto dotací není stanovena podle žádných pravidel, v rámci celého legislativního procesu je objem těchto finančních prostředků zpravidla pravidelně navyšován. Pokud by se i nadále mělo při poskytování sociálních služeb uvažovat s poskytováním dotací ze státního rozpočtu, bylo by vhodné pro objektivizaci těchto rozhodovacích procesů stanovit jednoznačná pravidla, přičemž v tomto smyslu by jedním z klíčových porovnání mohlo být porovnání výše poskytnutých dotací s objemem daní a pojistného zaplaceného poskytovatelem sociální služby, popř. i jeho zaměstnanci.

Této problematice doposud nebyla v literatuře věnována prakticky žádná pozornost, k dispozici je pouze stať z r. 2005, podle níž „se peníze státu vložené do domovů důchodců vrací i s úroky, ... jedná se o jakousi okamžitou návratnou půjčku domovům na zaměstnanost lidí, kteří v domově nebo pro domov pracují" (příspěvek státu na jedno lůžko v domově důchodců v r. 2005 činil 5 595,50 Kč, zatímco odvody na sociální a zdravotní pojištění za organizaci a její zaměstnance, daně ze závislé činnosti za zaměstnance a DPH činí 5 764,70 Kč)[1].

Data o struktuře nákladů na poskytování jednotlivých sociálních služeb, která jednotliví poskytovatelé sociálních služeb uvedli ve svých žádostech o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu na r. 2011, umožňují provést podrobnou analýzu objemu poskytnutých dotací a výše zaplacených daní a pojistného za r. 2009 u všech typů poskytovaných sociálních služeb.

Z provedených analýz výše státních dotací a objemu zaplacených přímých a nepřímých daní vč. sociálního a zdravotního pojištění poskytovateli služeb sociální péče a jejich zaměstnanců vyplývá, že v r. 2009 obdrželi poskytovatelé těchto služeb od MPSV dotaci v celkové výši 5 653 mil. Kč, přičemž celkový objem zaplacených daní a pojistného činil 7 574 mil. Kč, tj. o cca jednu třetinu více. V konkrétním případě domovů pro seniory činila průměrná výše dotace MPSV na jedno lůžko měsíčně 2 249 Kč, zatímco celkový objem zaplacených daní a pojistného činil 3 299 Kč, tedy o cca 47 % více.

Porovnání údajů u ostatních typů sociálních služeb je zřejmé z údajů v tabulce na této straně.

Z těchto údajů je zřejmé, že objem dotací poskytovaných MPSV ze státního rozpočtu v porovnání s objem daní a pojistného zaplaceného poskytovateli služeb sociální péče se výrazně snižuje. Tento trend je ovlivněn jednak dlouhodobě se snižujícím se objemem dotací, poskytovaných MPSV na sociální služby, jednak růstem daňového zatížení, na který vývoj objemu státních dotací nereaguje.

Tyto údaje současně potvrzují dříve uvedené teze o tom, že:

- financování sociálních služeb není efektivní, neboť všichni poskytovatelé služeb sociální péče (bez ohledu na formu poskytované péče), kteří zajišťují tyto sociální služby, jsou závislí na poskytování dotací ze státního rozpočtu[2],
- státní regulace vede k tomu, že z oblasti sociálních služeb „uniká" mnoho zdrojů za současného nedostatku péče na straně klientů těchto služeb[3].

V zájmu posílení ekonomické jistoty poskytovatelů sociálních služeb i v zájmu dynamického rozvoje sociálních služeb je nezbytné přijmout taková opatření v oblasti financování sociálních služeb, aby poskytovatelé sociálních služeb nebyli závislí na přiznání dotace ze státního rozpočtu a to bez ohledu na to, že jejich poskytování není v souladu s právem EU[4].

Doc. Ing. Ladislav Průša, CSc.

1 viz: Dospiva, S. Jak je to s doplácením státu na domovy důchodců. Zpravodaj ústavů sociální péče č. 2/2005
2 viz: Průša, L. a kol. Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Praha: VÚPSV, 2009. ISBN 978-80-7416-048-6
3 viz: Průša, L. – Víšek, P. Optimalizace sociálních služeb. Praha: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-099-8
4 viz: Rozbor právního systému České republiky v oblasti sociálních služeb a jejich financování ve vztahu k právu Společenství v oblasti sociálních služeb v obecném zájmu, advokátní kancelář HOLEC, ZUSKA & Partneři, Praha, 2011

Porovnání výše dotací s objemem daní a pojistného zaplaceným poskytovateli služeb sociální péče a jejich zaměstnanci v r. 2009

	sociální služby celkem	z toho: sociální péče	z toho: DOZP	DS	DZR
zdroje financování					
dotace od MPSV	6 735	5 653	1 387	2 249	593
příspěvky od ÚP	107	74	8	24	4
dotace od obcí	553	383	5	54	12
přísp. od zřizovatele - obce	1 870	1 810	104	548	169
přísp. od zřizovatele - kraje	1 218	1 159	500	403	129
přísp. od uživatelů	10 037	9 969	2 093	5 290	1 280
FZP	1 108	1 106	238	526	173
resorty st. správy	134	16	1	3	1
dotace od krajů	344	185	13	36	10
strukturální fondy	86	12	1	2	0
jiné zdroje	1 138	732	114	332	58
celkem	23 330	21 097	4 465	9 468	2 429
zaplacené daně a pojistné (zaměstnavatel i zaměstnanci)					
celkem	8 671	7 574	1 505	3 139	922
podíl daní a pojistného na zdrojích financování					
celkem	37,2	35,9	33,7	33,2	38,0
veřejné zdroje celkem	71,3	72,8	66,6	81,6	84,5
státní rozpočet	124,3	131,9	107,8	137,9	154,3
od MPSV	128,7	134,0	108,5	139,6	155,6
zdroje daní a pojistného (jen zaměstnavatel)					
celkem	6 139	5 388	1 061	2 264	654
podíl daní a pojistného na zdrojích financování					
celkem	26,3	25,5	23,8	23,9	26,9
veřejné zdroje celkem	50,5	51,8	47,0	58,9	60,0
státní rozpočet	88,0	93,8	76,0	99,5	109,5
od MPSV	91,2	95,3	76,5	100,7	110,4

Pramen: vlastní propočty na základě údajů od poskytovatelů sociálních služeb z žádostí o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu v r. 2011

Můj příběh

Maminka se o mne starala celý život. Vyprané košile, svačinky… Nedávno se ale změnila, byla smutná a vše ji zmáhalo. Šli jsme k lékaři, a já se bál, co se dozvím. Lékař se mě ptal, jak se maminka stravuje, kolik vypije, jestli jsem si všiml, že jí špatně sedí zubní protéza. Styděl jsem se, že neznám odpovědi! Došlo mi, že jíst ji vidím málokdy. Její slabost souvisela se špatnou výživou.

Své trápení jsem vypověděl v lékárně, kde mi poradili, jak dodat mamince bílkoviny. Začal jsem mlít maso a vařit polévky. Mezi jídly maminka popíjela Nutridrinky. Trvalo nám půl roku, než se opět dostala do formy. Nikdy bych nevěřil, jak moc výživa ovlivňuje život člověka.

Václav

VÝŽIVA V NEMOCI
www.vyzivavnemoci.cz

Infolinka: 800 110 001

NUTRICIA Nutridrink

www.nutridrink.cz

Nutridrink je lékařsky ověřená tekutá výživa, o užívání se poraďte s lékařem nebo lékárníkem.
Potravina pro zvláštní výživu - potravina pro zvláštní lékařské účely.

PŘEMÝŠLENÍ O DEINSTITUCIONALIZACI

„Ti, kdo chtějí dělat něco dobrého, se méně shodnou než ti, kdo chtějí dělat něco zlého."

Prof. Zdeněk Matějček

Inspirací pro tento článek byla zpráva skupiny expertů o přechodu od institucionální péče k péči na komunitní bázi, publikovaná v r. 2009 pod patronací Vladimíra Špidly, komisaře pro zaměstnanost, sociální záležitosti a rovné příležitosti. Němečtí a rakouští experti se v této skupině nevyskytovali. Zastoupeny byly následující organizace: Nadace paní Rowlingové a baronky Nicholson – Childrens High Level Group, Evropská platforma starších lidí, Konfederace rodinných organizací v EU, Evropská asociace poskytovatelů služeb pro lidi s hendikepem, Evropská koalice pro komunitní bydlení, Evropské fórum hendikepovaných, Začleňování Evropa, Duševní zdraví Evropa. Všechny tyto organizace hlásají, že institucionální péče není ničím jiným než nástrojem zneužívání.

Kritika institucí v sociálních službách je zřejmě stejně stará jako vědecké obory, které se sociálními službami mají co do činění. Zesílila zejména na počátku padesátých let minulého století. V r. 1968 publikoval Hoffman svou studii o sociální situaci pacientů v psychiatrických léčebnách, kde mimo jiné popsal proces postupné „instituonalizace" ošetřovatelského personálu. V roce 1971 pak vychází Kingova, Raynesova a Tizardova práce: Patterns of residential care: Sociological studies in institutions for handicapped children. I další studie se zabývají především sociální situací pacientů v psychiatrických léčebnách a dětí v rezidenčních zařízeních. Dovolím si podotknout, že autoři studií se vesměs pohybovali v prostředích, pro která lze jen s obtížemi nalézt pozitivní hodnocení a s nimiž bychom se u nás zřejmě setkat nemohli.

Na základě těchto dílčích studií se postupně zformulovala kritika rezidenční péče směřující k jejímu totálnímu zavržení. Rezidenční zařízení jsou prý ovládány „institucionální kulturou", jejímiž znaky jsou: depersonalizace (odstranění osobního majetku, znaků a symbolů individuality a humanity), rigidita rutiny (pevné časy vstávání, jídel a dalších činností bez ohledu na preference uživatelů), blokové zacházení (s lidmi se zachází ve skupinách a nerespektuje se soukromí a individualita) a sociální distance (čímž je míněn rozdílný sociální status personálu a klientů.) Rezidenti takových institucí vykazují pasivní chování ve své adaptaci na zmíněné rutiny, nudí se a nemají dostatek smysluplných aktivit. Pečovatelská etika v rezidenčních zařízeních je prý tradičně paternalistická a ne interaktivní. V mnoha typech institucí (a to jak pro hendikepované, tak i pro děti a seniory) prý dominance ošetřovatelského personálu udržuje sociální distanci mezi personálem a uživateli, přičemž medicínský model péče redukuje jednotlivce na jejich diagnózy. Lidé v institucích jsou prý izolováni od širší komunity a jsou nuceni žít pohromadě. Požadavky samotné instituce prý mají přednost před individuálními potřebami uživatelů. Všechny zmíněné výtky jsou pak důvodem pro to, aby byl model rezidenční péče zcela opuštěn ve vztahu ke všem skupinám jejich uživatelů a nahrazen péčí poskytovanou na komunitní bázi. Posledně jmenovaný typ péče je pak prý jediný, který odpovídá požadavkům 21. století i žádoucímu směřování Evropské unie (Špidla 2009).

Připomeňme si ještě dvě jména: Josef Langmaier a Zdeněk Matějček. Tito dva vědci sledovali vývoj dětí od kojeneckých ústavů, přes domovy batolecí, předškolní a školní až do jejich dospělého života včetně ústavů nápravných. Cituji prof. Matějčka (2004, 94): „Dělo se mnoho zlého, ale přece jen se ukázalo, že pobyt dítěte v ústavním prostředí není nějaké definitivní prokletí, ale spíše výzva vznesená vůči osudu a společnosti... Většina těchto lidí však obtíže měla a má nadále... v mezilidských vztazích... O pár stránek dál prof. Matějček dodává: „A že se to (ty potíže v mezilidských vztazích, pozn. VH) netýká jen dětí z dětských domovů, ale i dětí z mnohých rodin všelijak dysfunkčních či polyfunkčních, je myslím nasnadě."

Nikdo na světě neměl takovou možnost sledovat vývoj lidí v rezidenč-

ních zařízeních po tak dlouhou dobu a v takové rozmanitosti, jako dva zmínění autoři. A přece nedošli k totálnímu zavržení institucionalizované péče. A to nejen proto, že byli proslulí svou laskavostí. Dobře věděli, že bez institucí to v moderních společnostech nejde, že heslo lepší jakákoliv rodina než instituce není pravdivé.

Myslím si také, že výše zmiňované výtky nejsou vůči většině rezidenčních zařízení spravedlivé a že jsou dováděny až ad absurdum. Např. výtky ke stravovacím časům. Vždyť i rodiny, pokud ještě fungují, mají své „zaběhané" rituály a takové rituály fungují už v primitivních komunitách, jak ukazují poznatky kulturních antropologů. Kritikům rezidenčních zařízení se prostě hodí jakékoliv argumenty, kterými lze zvýraznit „zlo" institucí. Jsou samozřejmě dobré a špatné ústavy a dichotomie dobra a zla existuje ve všech sférách lidské činnosti. Převažování kyvadla pouze na jednu stranu vždy přináší vážné problémy. V roce 1950 komunisté zrušili pěstounskou péči. Mnoho lidí bylo vyrváno ze svého stávajícího prostředí a odvezeno do ústavů. Někteří tuto prudkou změnu nepřežili. A když jsem sledoval vášně kolem ústavu v Chrlicích, měl jsem naléhavý pocit, jako by se rok 1950 vracel v opačném gardu. Sice všichni teoretici transformace (v dalším textu už jen „transformátoři") zdůrazňují, že se musí vždy při podobných projektech jednat s uživateli a jejich příbuznými. Ale jaký smysl má takové jednání, když ta druhá strana nemá možnost volby a jejím jediným úkolem je, aby se nechala přesvědčit?

Transformátoři předkládají řadu studií, které mají demonstrovat, že komunitně založené služby v průměru nabízejí lepší výsledky, pokud jde o kvalitu života hendikepovaných lidí, než instituce. A právě v tom slově průměr je čertovo kopýtko, protože pokud pochopím slovo průměr jako statistický ukazatel, pak to znamená, že existují i komunitní služby s horšími výsledky. Zřejmě i proto zmíněné studie uvádějí, že nahrazení institucí komunitními alternativami samo o sobě není garancí lepších výsledků. A co jí tedy je, to jsem se nedočetl.

Tyto studie se ve své většině zabývají specifickými sektory sociální péče, které nelze nekriticky přenášet na odvětví sociální péče jako celek. Viz např. hojně citovaná Emersonova a Hattnova studie o přemístění z nemocnice do komunity. Vyvozovat z této studie závěry pro celou oblast rezidenční péče o seniory mi připadá minimálně neodpovědné, a to se v reálu dělo, samozřejmě pod Špidlovou taktovkou. A já osobně mám pochybnosti o metodické úrovni těchto studií. V žádné studii nenaleznete jednoduchý ukazatel, kterým je spokojenost uživatele služby a jeho rodinných příslušníků. Ne, to by nebylo dost vědecké. A proto se sleduje šest kritérií – kompetence a personální růst, pozorované vyzývavé chování, participace v komunitě, realizace smysluplných aktivit a kontakt s personálem. Čili zmíněné studie sledují spíše míru naplnění představ transformátorů než prospěch uživatelů.

K čemu jsou zmíněné ukazatele např. u lidí s demencí? No samozřejmě k ničemu, stejně jako když se pro tyto lidi zpracovávají plány individuálního rozvoje. Prostě zdravý rozum se vytrácí a za každou cenu se hledá zdůvodnění likvidace rezidenční péče a důkazy o převaze komunitní péče nad institucionální. V jednom z minulých čísel Rezidenční péče jsme zveřejnili článek švédského autora, který dokládal, jak v profesionálních pěstounských rodinách dochází k ohrožení fyzického zdraví, vážným vývojovým poruchám a ireversibilnímu psychologickému postižení. A to jsou všechno negativa, která např. studie OSN o násilí na dětech připisuje výhradně institucionální péči.

Transformátoři tvrdí, že neexistují žádné důkazy o tom, že by komunitní modely péče byly nákladnější než institucionální, pokud se porovnání uskutečňuje na základě komparabilních potřeb uživatelů a komparabilní kvality péče. To je tak vágní terminologie, za kterou lze dosadit cokoliv a kterou ekonomická analýza nákladů a výnosů nezná. Používáním nejasně definovaných pojmů lze snadno ospravedlnit jakékoliv rozhazování peněz a vždycky lze v pozadí postřehnout strach, že nákladově je transformace problematická. Pro transformaci se obvykle zřizují nové instituce, které ji mají organizovat, pořádají se konference, realizují propagační akce a školení, a to vše jsou náklady, které by se měly do transformačních nákladů započítávat, což se v reálu neděje.

Symptomem toho, že s náklady na transformaci není něco v pořádku, jsou i obavy transformátorů, že by současná ekonomická krize mohla přimět vlády k zastavení transformačních projektů. Říkají, že je eticky nepřijatelné podkopat ty standardy péče, kterých již bylo dosaženo a které jsou ještě vzdálené od ideálního stavu. Zdůrazňují, že poptávka po sociálních službách v důsledku stárnutí populace a růstu počtu osob vyžadujících dlouhodobou péči v příštích desetiletích stále poroste. To je pravdivá argumentace, ale nikoliv na podporu transformačních procesů. Právě kvůli budoucímu vývoji je nezodpovědné přijímat řešení, která naprosto převracejí dosavadní systém a vyžadují si dodatečné náklady, na které de facto společnost nemá.

Velmi problematické je používání strukturálních fondů Evropské unie pro transformaci sociálních služeb. Už by si konečně všichni nadšenci pro evropské dotace měli uvědomit, že nejde o peníze, které nám EU laskavě věnuje, ale že jde o prostředky, které byly z větší části (minimálně ze 60 %) vytvořeny daňovými poplatníky v této zemi. Na jakýchkoliv projektech tohoto typu je nutná finanční

www.recykluj-elektro.cz

Kontakty pro Čechy:
Praha
tel.: +420 602 669 859
e-mail: info@mhmeko.cz

Kontakty pro Moravu:
Zábřeh na Moravě
tel.: +420 725 397 453
e-mail: zabreh@mhmeko.cz

Televize a monitory vykupujeme za 10 Kč/ks

Domácí spotřebiče a kancelářskou techniku vykupujeme za 3 Kč/kg

Recyklujeme veškeré druhy elektroodpadů, kromě chladicích zařízení.

Dopravu zajistíme zdarma při odběru minimálně 300 kg.

spoluúčast příjemce dotace. A tak se nutně zvyšuje objem prostředků vynakládaných na sociální služby, a protože tento objem nelze libovolně zvětšovat, důsledkem je omezování prostředků na zbývající sociální služby, přičemž budoucí financování nově vytvořených sociálních projektů je nejasné. Dotace sociálních projektů do budoucna generují pouze další náklady. Představa úspor je fikce. A já si nejsem jist, jestli si ministerští úředníci tento fakt uvědomují. Výzvy krajům a obcím, aby zvětšily objem prostředků na sociální služby, jsou v tomto kontextu opravdu apely hraběcími. A ještě jeden postřeh. Víte, že v největším ekonomickém průšvihu jsou země s největším čerpáním evropských dotací?

Statisíce lidí v západní Evropě si zcela dobrovolně platí pobyt v luxusních rezidenčních zařízeních. Jsou zřejmě nedostatečně informovaní nebo zmanipulovaní, takže nevnímají tirády transformátorů o zlu institucí. Ať nahlédnete do kterékoliv evropské země, všude zjistíte, že na rezidenční zařízení jsou pořadníky. Pravda, jsou výjimky. V zemích, kde je těchto zařízení dostatek – jako např. SRN – jsou pořadníky především v domovech proslulých výbornou úrovní služeb. Ve Švédsku pak v relativně nedávné době došlo k poklesu počtu lidí v rezidenčních zařízeních. Jakmile ovšem vláda zavedla strop na ceny hotelových služeb v ústavech, zájem zase vzrostl. A to je Švédsko označováno za pionýra transformace. Stejnou nálepku mívá v transformačních textech Anglie. Cameronova vláda ovšem o transformaci nějak nemluví. Zdůrazňuje spíše snahu o vytvoření stavu, v němž si ti potřební budou vybírat z široké nabídky různých druhů sociálních služeb nabízených obcemi, neziskovými organizacemi i soukromými poskytovateli a také o to, aby přechod do rezidenčního zařízení nepřipravoval lidi o jejich majetek.

Transformátoři tvrdí, že materiální podmínky života v institucích jsou většinou horší než materiální podmínky většiny lidí v širší společnosti a že to platí především pro tzv. „nové“ členské státy EU. Je vidět, že o našich rezidenčních zařízeních toho v EU moc nevědí a komisař Špidla jim to zřejmě nijak zvlášť nevysvětlil. Jen tak na okraj bych chtěl připomenout, že v rámci transformace u nás vznikají projekty, jejichž uživatelé mají či budou mít lepší materiální podmínky než většinová společnost.

Transformátoři samozřejmě zdůrazňují, že problémové charakteristiky institucionální péče nejsou výlučně spojeny se špatnými materiálními podmínkami a že zlepšení těchto podmínek by sice mohlo zlepšit kvalitu péče, ale neodstranilo by základní vady spočívající v depersonalizaci, blokovém zacházení, rigidních rutinách, sociální distanci a v izolaci uživatelů služeb od širší společnosti. A z toho vyplývá jejich zásadní rada, nezlepšujte podmínky v rezidenčních zařízeních, neinvestujte do budov a vybavení, protože pak budete váhat s jejich zavřením. I když by došlo v některých případech ke zlepšení kvality života uživatelů, propásnete příležitost k systémové změně. Kde

vzít peníze na systémové změny říkají jen zčásti – samozřejmě ve strukturálních fondech EU a v realokaci stávajících zdrojů. Proste sebrat peníze institucím a dát je komunitně založeným službám. Transformátoři ještě neprokázali, že komunitně založené služby jsou ve všech ohledech lepší, ale přesto trvají na tom, že tomu tak skutečně je. Postupují podle klasického vzorce všech spasitelů lidstva.

1. krok prohlásím, že určitá věc je nejlepší na světě a s dokazováním se nenamáhám.

2. krok považuji prohlášení v prvém kroku za prokázané, námitky nepřipouštím, protože se vše dokázalo v 1. kroku.

Transformátoři vytýkají institucionální péči přílišné soustředění na selhání jednotlivců. Připouštějí, že je zapotřebí podporovat princip osobní odpovědnosti personálu a zejména managementu a v případech zvlášť nepřijatelného porušení lidských práv zodpovědné osoby trestně stíhat. Bylo by však prý omylem soustřeďovat se pouze na lidské selhání a přehlížet systémová hlediska. Ve skutečnosti prý lze mnohé členy personálu, kteří byli součástí jasně neuspokojivých praktik, přeškolit tak, aby v odlišném prostředí poskytovali mnohem kvalitnější služby. Marxismus – leninismus nezesnul. Makarenko se v hrobě tetelí blahy.

Přechod od institucionální péče ke komunitní v sobě skrývá mnohá rizika a je třeba připustit, že si to stoupenci transformace uvědomují. Proto se dožadují toho, aby se ruku v ruce s tvorbou nových alternativ zavíraly existující instituce, jinak prý dojde k tomu, že budou vedle sebe paralelně existovat oba typy služeb. Samozřejmě, že k tomu dochází. Samozřejmě, že vznikají takové situace, kdy lidé s lehčím postižením jsou přesunuti do komunitních služeb, zatímco lidé s těžším postižením zůstávají tam, kde byli a jejich podmínky se paradoxně zhoršují, protože personál, který počítal s tím, že jim lidé s lehčím postižením vypomáhají, je najednou na vše sám. Východiskem prý má být zapojení lidí s komplexnějším postižením od samého začátku do transformačního procesu. Jenže praxe je prostě jiná než zbožná přání.

Americké příklady ukazují, že při vytváření nových komunitních služeb se objevuje tzv. sací efekt, kdy nová zařízení „nasávají“ jiné uživatele, než pro které byly vytvořeny, aby ospravedlnily svou existenci. A totéž dělají instituce stávající. Výsledkem je prudký nárůst nákladů na sociální služby.

Transformátoři uznávají, že se dlouhodobě vytvářejí „zdvojené“ náklady. Řešením prý je zabudování těchto nákladů do rozpočtů deinstitucionalizačních projektů, ale že by to nemělo vést k dlouhodobé situaci paralelní existence dvou typů služeb. Samozřejmě na otázku, kde vzít dodatečné peníze na takto pojaté projekty, neodpovídají a řešení, jak zabránit paralelní existenci služeb, nemají. A já mám kacířskou otázku: Má smysl takto prudce zvyšovat náklady na sociální služby, jen aby nějací věrozvěstové uskutečnili své nepromyšlené sny?

Nejkomičtější je fakt, že v rámci transformace se v některých zemích zavírají jedny instituce a vytvářejí druhé. To je příklad, kdy se velký ústav rozptýlí do čtyř malých. Transformátoři samozřejmě mají vysvětlení: je to prý špatné chápání toho, co je komunitně založená služba. Příslušní činitelé by si prý měli uvědomit, že velikost ústavu není postačujícím indikátorem toho, že jde o instituci. Jak vyhodnotit takto vyhozené peníze, to už opět neřeší.

Shovívavěji se pohlíží na to, když se ústav rozptýlí do jakési vesničky. Je to prý přechodná forma mezi insti-

tucionální a komunitní péčí. Samozřejmě, že to není pravda, instituce zůstane institucí, bez ohledu na prostorové uspořádání. Ale alespoň tu nejde o vyhozené peníze, protože uživatelé služeb jsou v takovýchto případech nepochybně spokojenější.

Lidé jsou již takoví, že dokáží po svém přetvořit i ty „nejskvělejší" myšlenky. Chcete transformaci? Máte ji mít. Budovu zavřeme, přebudujeme ji na rodinné apartmány a transformace je za námi. A nebo: Máme v areálu volné budovy, vybudujeme v nich clustrové bydleni a využijeme vedle budov i stávající personál. Transformátoři samozřejmě lomí rukama: Fyzické podmínky se zlepšily, ale lidi žijí pořád ve stejném prostředí a nic se neudělalo s neintegrací do komunity. A personál nebyl přeškolen!

A protože vlády jsou z Bruselu tlačeny do deinstitucionalizace, dopouštějí se různých ukvapených rozhodnutí. Prohlásí např., že za deset let sníží počet uživatelů v institucích o 80 %. Výsledkem nerealistických termínů pak je, že země postrádá alternativní služby přiměřené kvality. Transformátoři tvrdí, že komunitně organizovaná péče je levnější. Jenom to ještě na číslech nedoložili. Přiznávají ovšem, že jsou kategorie uživatelů, u nichž je komunitní péče nákladnější – např. u těch, kteří potřebují osobní asistenci po 24 hodin a že u těchto lidí může v případě ukvapené transformace dojít k poklesu kvality péče. Jinou vadou prý bývá ukvapené spojování institucí, kdy se uživatelé přesunují z jednoho nevhodného prostředí do druhého, což např. u dětí s vážným postižením může vyvolat šok končící úmrtím. Nebo se malé děti umístí společně se staršími dětmi, které vykazují agresivní chování atd. Nedobře připravené deinstitucionalizační projekty v oblasti péče o lidi s mentálnimi hendikepy způsobily řadu problémů v Itálii, v USA a ve Spojeném království. Prý tyto procesy přinesly řadu pozitivního, jenomže v reálu scházely uživatelům dostupné služby.

Očekával bych, že po všech výše zmíněných problémech, které si bruselští transformátoři ve větší či menší míře uvědomují, dojde k přehodnocení procesu transformace. Jaká to naivita. Na pilu se tlačí dál ještě s větším úsilím. Z prostorových důvodů nemohu uvádět vše, co by chtěli a tak alespoň malý výběr:

Společnou politiku v sociálních službách, jejíž součástí bude přechod od institucionální péče ke komunitní.

Neposkytovat ze strukturálních fondů peníze na projekty, které vytvářejí, zvětšují či udržují institucionální péči. Podporovat pouze komunitní alternativy.

Zřídit komisi expertů na deinstitucionalizaci, která bude na rozdělování peněz ze strukturálních fondů dohlížet.

Financovat výzkum, který usnadní přechod od institucí ke komunitně založeným službám.

Kandidáti vstupu do EU by také měli vykazovat pokrok v transformaci, mají-li být přijati.

Členské státy by neměly financovat vznik nových segregujících rezidenčních institucí. Náklady použité na zdokonalení stávajících institucí by neměl překročit hranici 10 % z celkových nákladů na investice do sociální péče.

Na štěstí jsou země, které si nedají do těchto záležitostí mluvit. Bůh opatruj sociální služby, pokud by novodobí Savonarolové měli vyhrát.

Lit.: Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community- based Care, European Comission 2009

Zdeněk Matějček: Psychologické eseje, Karolinum 2004

Ing. Vladimír Hanzl

TERMOBOX

Proč právě termokazeta BESSTER?

- Vždy teplé a čerstvé jídlo
- Jednoduchá manipulace při rozvozu
- Nerozbitné uzavíratelné misky možno umývat v myčce nádobí
- Úspora prostoru – výborná skladovatelnost
- Zdravotně nezávadné materiály
- Certifikace podle evropských standardů

JIRÁK JIVA®
KOVOVÝROBA ZALOŽENO 1935

Jiva Jirák dále vyrábí a nabízí novou řadu nerezových výrobků vhodných do interiéru i exteriéru

ZAHRADNÍ NÁBYTEK ŽIDLE, LAVIČKY, STOLKY

NEREZOVÉ ODPADKOVÉ KOŠE, KVĚTINÁČE

NEREZOVÉ PLOTY A ZÁBRADLÍ

NEREZOVÉ REGÁLY, POLICE, PRACOVNÍ STOLY

S nerezem to umíme

Jiva Jirák spol. s r.o.
K jahodárně 170, Vestec u Prahy, 252 42 Jesenice
tel.: 241 931 828, 241 931 965
mobil: 602 309 498, fax: 241 932 062
e-mail: info@jiva.cz, internet: www.jiva.cz

Celá nabídka na www.jiva.cz

PÉČE O LIDI S DEMENCÍ V DÁNSKU

Dánsko má národní zdravotní službu, která zajišťuje všem jeho občanům rovný a bezplatný přístup ke zdravotním službám, včetně bezplatného domácího ošetřování. Sociální podpora lidem s demencí a lidem, kteří je ošetřují, je v odpovědnosti ministerstva sociálních věcí. Ministerstvo vnitra a zdraví odpovídá za zdravotní péči. Podle par. 83 zákona o sociálních službách obecní rady mají nabízet osobní péči a asistenci, jakož i asistenci a podporu v nutné praktické činnosti v domě, lidem, kteří nejsou schopni tyto aktivity vykonávat „v důsledku dočasného nebo permanentního zhoršení fyzických nebo mentálních funkcí nebo speciálních sociálních problémů". Skutečné služby, které budou poskytnuty, určuje obecní rada, která také může platit za služby ze soukromého sektoru.

Při zařizování služeb a ošetření u osoby s diagnózou demence musí obecní rada pokud možno respektovat přání osoby, pokud jde o budoucí péči, ošetřování a bydlení, tak jak jsou vyjádřeny v tzv. „testamentu péče (care testament)".

Východiskem pro určení poskytovaných služeb je vyhodnocení potřeb příslušné osoby. Cílem poskytované asistence je jednak udržet fyzické a mentální dovednosti a jednak kompenzovat nejvážnější důsledky zhoršených fyzických nebo mentálních funkcí nebo specifických sociálních problémů. Uživatelé služeb mají právo na výběr poskytovatele schválené služby, a to jak z veřejného, tak i ze soukromého sektoru.

Sociální podpora pro lidi s demencí je financována z daní. Stát přímo nepodporuje Alzheimerovu asociaci ani jiné podobné organizace, ale umožňuje jim získávat příspěvky ze zdanění hazardu. Výše těchto příspěvků se odvozuje od výše fondů, které příslušné organizace získaly vlastní činností. Paragraf 18 zákona o sociálních službách uvádí, že obecní rady musí spolupracovat s dobrovolnými sociálními organizacemi a asociacemi a že každý rok musí alokovat fondy na podporu dobrovolné sociální práce.

Podle § 82 musí obecní rady poskytovat asistenci lidem s podstatným mentálním postižením, kteří nejsou s to zajistit své vlastní zájmy i v případě, že nejsou schopni vyjádřit souhlas s příslušnými opatření. Taková asistence však nesmí být realizována formou fyzického donucování.

Pokud jde o jednotlivé typy péče o lidi s demencí, jsou k dispozici centra denní péče, odlehčovací služby, dlouhodobá rezidenční péče, paliativní péče, monitorovací služby, osobní asistence a pomoc v domácnosti.

Centra denní péče jsou plně financována státem, ale nejsou určena pro lidi s demencí ve věku pod 67 let. Denní péči poskytují také privátní organizace.

Obecní rady musí nabízet náhradní nebo odlehčovací služby manželkám, manželům, rodičům nebo jiným blízkým příbuzným pečujícím o osobu se zhoršenými fyzickými nebo mentálními funkcemi. Všechny tyto služby plně hradí stát. Privátní organizace také nabízejí „hlídací" služby pro hendikepované lidi.

Sociální podpora pro lidi s demencí je financována z daní. Stát přímo nepodporuje Alzheimerovu asociaci ani jiné podobné organizace, ale umožňuje jim získávat příspěvky ze zdanění hazardu.

Dlouhodobá rezidenční péče patří do oblasti nedostatkových služeb. Sice existuje zákon, že čekací doba na umístění v rezidenčním zařízení nesmí překročit dva měsíce, ale není známo, jak je respektován. Náklady na rezidenční péči se dělí na náklady na bydlení a náklady na péči. Péče je v zásadě zdarma. Pokud jde o bydlení, osoba platí nájem a je považována za nájemníka. Nájemné se velmi liší zařízení od zařízení.

Paliativní péče je poskytována ve formě domácího ošetřování, které je plně hrazeno státem. Roste počet hospiců a jednotek paliativní péče v nemocnicích.

Také domácí dálkové hlídací systémy jsou plně hrazeny státem, jejich úroveň se opět liší od obce k obci.

Stát také plně hradí následující asistenční služby: asistence při osobní hygieně, při podávání léků, při jídle a pití, s mobilitou, s inkontinencí, při péči o kůži, ergoterapii, pracovní terapii, využívání asistenčních pomůcek, asistenci s domácími pracemi, při přípravě jídel a při nakupování. K dispozici jsou i dopravní a prádelenské služby, jsou však hrazeny státem jen z části. Stát kompletně hradí výcvik pečovatelů.

Práva osob, kterým byla diagnostikována demence a kteří jsou ještě v placeném zaměstnání, jsou částečně pokryta legislativou týkající se práv nemocných nebo hendikepovaných lidí. Lidé pod věkovou hranicí 67 let s podstatnou a permanentní fyzickou nebo mentální poruchou mají nárok na příspěvek na náklady spojené s angažováním příslušné asistence. (Časově je asistence vymezena hranicí 15 hodin denně.) Příjemce dávky může sám určit svého asistenta, který je pak zaměstnán obecní radou. Lidé s blízkým vztahem k příjemci se obvykle na tuto práci nenajímají. Obecní rada může také rozhodnout, že bude vyplácet peníze hotově příjemci a nechá organizaci asistence na něm, umožňuje-li to jeho zdravotní stav. Příjemce může dále dostat příspěvek na asistentovu dopravu a jiné přidružené náklady. Ten je ovšem limitován částkou 663 DKK ročně.

Pokud v Dánsku někdo pečuje o hendikepovaného nebo vážně nemocného blízkého příbuzného, má

nárok na šestiměsíční dovolenou, která může být rozdělena na dvě půlky. Během této doby je pečovatel zaměstnán městskou radou. Podepíše kontrakt a dostane fixní plat (16 556 DKK měsíčně s malou srážkou příspěvku na penzijní pojištění). Paragraf 23 zákona o sociálních službách se zabývá péčí o terminální pacienty, kteří si přejí zemřít doma a jejichž další pobyt v nemocnici není z medicínských důvodů nezbytný. Takováto osoba musí souhlasit se zřízením „stálého pečovatelského poměru“, v němž péči poskytuje osoba blízká. Zaměstnavatel, který platí svému zaměstnanci plat po dobu jeho péče o blízkou osobu, má nárok na refundaci ve výši rovné odměně za stálou pečovatelskou péči. Odměna za stálou pečovatelskou péči činí jeden a půl násobek nemocenské, na níž by měl pečovatel nárok v případě vlastní nemoci. Pokud pečovatel nemá stálé zaměstnání, může požádat o příspěvek na péči ve výši 11 609 DKK měsíčně, ale nesmí pobírat žádné jiné sociální benefity. Při sdružené péči se příspěvek rozdělí mezi zúčastněné osoby v poměru podle rozsahu péče, kterou každý ze zúčastněných poskytuje. Odměna za stálou pečovatelskou péči končí 14 dní po smrti nemocného. Dočasná hospitalizace vyplacení odměny za stálou péči neovlivňuje.

Případné vybírání neplacené dovolené při péči o pacienty s demencí závisí na dohodě se zaměstnavatelem a na znění kolektivních smluv mezi odbory a zaměstnavateli, které se obvykle liší v jednotlivých odvětvích ekonomiky. Pečovatelé nemají nárok na flexibilní pracovní dobu ani na důchodové příspěvky od státu. Jediné benefity od státu jsou tedy spojeny s šestiměsíční placenou dovolenou a s odměnou za stálou péči o umírajícího člověka.

Ing. Vladimír Hanzl

Světový den Parkinsonovy nemoci

Pravidelně, vždy 11. dubna, je celosvětově vyhlášen den Parkinsonovy nemoci, který poukazuje na problematiku tohoto závažného onemocnění centrální nervové soustavy.

Nemoc, která v České republice postihuje 21.930 lidí (ELSEVIER, European Neuropsychopharmacology, 2011) se může zpočátku projevit netypicky, například bolestmi ramen a zad, pocity tíže končetin nebo poruchami spánku. Typickými příznaky jsou třes, ztuhlost, poruchy stoje a chůze. Přestože se onemocnění obvykle projevuje po 60. roku věku, lékaři každý rok diagnostikují i několik případů třicetiletých pacientů! U mladých pacientů, kteří jsou ve věku významného rodinného a kariérního období, je situace zvláště svízelná.

Příčinou onemocnění je předčasné postupné odumírání mozkových buněk, které produkují neuropřenašeč dopamin. Tím se výrazně narušuje přenos povelů z mozku ke svalům, což se navenek projevuje omezeným pohybem, klidovým třesem, zpomaleností, poruchami rovnováhy, ztuhlostí svalů, poruchami řeči, jemné motoriky a řadou dalších příznaků. Střídáním stavů omezené a dobré hybnosti.

Foto Pavel Kneř, dobrovolník Asociace Parkinson-Help

Z běžného života dokáže nemoc vyřadit pacienta kterýmkoli z uvedených příznaků, jež se postupem času zhoršují. Někdy se projevují potíže s koncentrací, s pamětí. Pacient může mít také problémy s plánováním složitých úkolů nebo řešením několika úkolů najednou. Zejména ale trpí většina nemocných stigmatizujícími příznaky, jako bezvýraznou mimikou či mimovolními pohyby.

Přestože se onemocnění obvykle projevuje po 60. roku věku, lékaři každý rok diagnostikují i několik případů třicetiletých pacientů! U mladých pacientů, kteří jsou ve věku významného rodinného a kariérního období, je situace zvláště svízelná.

Den Parkinsonovy nemoci se po celém světě připomíná v den výročí narození britského lékaře a chirurga Jamese Parkinsona, který nemoc popsal jako první už v roce 1817. Není bez zajímavosti, že první úlevu přinášející lék byl k dispozici až v roce 1970. Přibližně 15 let je u některých pacientů možný operativní postup, při kterém jsou hluboko do mozku zavedeny elektrody, v podkoží voperovaná řídící jednotka pozitivně ovlivňuje stav nemocného. Tomuto zákroku, hluboké mozkové stimulaci (Deep Braim Stimulation, DBS), se v České republice podrobilo přibližně 150 nemocných. Operace se provádí v lokální anestezii, jelikož v jejím průběhu je nezbytná spolupráce pacienta. Trvá až 8 hodin.

Ve světě Parkinsonovou nemocí, zatím nevyléčitelnou a invalidizující, trpí kolem 4 milionů lidí, z toho 1,6 milionu pacientů pochází z evropského kontinentu. Mezi nejznámější parkinsoniky patřili papež Jan Pavel II. nebo americká herečka Kathrine Hepburnová, herec a iniciátor nadace podporující výzkum, Michael J. Fox.

Parkinsonovu nemoc si nikdo z nás nemocných nevybral dobrovolně. Je to onemocnění, které může postihnout kohokoliv bez ohledu na životní styl a stravování, můžete být sportovcem i tlouštíkem ohroženým diabetem a kardiovaskulárními problémy, pravděpodobnost, že vám bude diagnostikována Parkinsonova nemoc je zcela stejná. Nemoc nezná ani rozdíly ekonomické a sociální.

Ing. Romana Skála-Rosenbaum

Asociace Parkinson-Help o. s . (www.parkinson-help.cz) se snaží každému potřebnému zprostředkovat informační a poradenskou pomoc a zmírnit nelehkou situaci zejména mladých nemocných. Společnost si dala za cíl postupně bořit společenská stigmata, která nemoc mezi veřejností má, a to propagací, školením, webem i intervencí u zákonodárců a připomínkováním nově vznikající legislativy.

ŽIVOT STARÝCH VĚCÍ

(o práci se vzpomínkami)

Chtěla bych se vrátit k tématu reminiscenční terapie, které zaujalo mnoho kolegyň a kolegů. Třebaže to ještě může někomu připadat vzdálené, patří vzpomínky a práce s nimi k základům naší každodenní činnosti. Nikomu ani nepřijde povídání nad starými rodinnými fotografiemi jako nějaká odborná práce, ale mimo to, že starému člověku uděláme radost, že ocení náš čas a zájem jako důkaz vlastní důležitosti, obohatí každého pracovníka. Osobně i profesně.

Osobně se můžeme něco dozvědět o časech, které už neznáme, a třeba se zeptat na něco, co nás samotné zajímá, o čem se v rodině nemluvilo nebo co se zapomnělo. Profesně potom získáváme vědomosti o životě a postojích klienta. Můžeme si potom vysvětlit některé reakce, které nám připadají nesrozumitelné, můžeme klientovi pomoci ke splnění odkládaného přání anebo mu leccos připomenout, vyzdvihnout jeho znalosti, dovednosti a zásluhy při skupinovém sezení.

V našem domově je většina klientů, kteří své osobní věci nějak poztráceli anebo nechali doma, když přišli jen s tím nejnutnějším, protože spoustu drobností považovali za zbytečné. Mnohé se vyhodilo jako nepotřebné krámy při stěhování do menšího bytu nebo jen proto, že žili roky v paneláku, kde prostě nebylo místo.

Proto jsme se trochu odklonili od kufrů vzpomínek a knih života a začali sbírat drobnosti do vzpomínkových krabic. Pozveme klienty k velkému stolu, přineseme „tajemnou krabici“, označenou desetiletím, otevřeme a společně prohlížíme, co v ní je. Hrníček? Lžička? Nebozízek? Svatý obrázek? Vyšívaný kapesníček? Obal od mouky? Vyprávíme o předmětech, co o nich víme, k čemu sloužily. Máme klienty z různých kulturních vrstev, s různými životními zkušenostmi. Pro některé je spousta předmětů zajímavostí, jiné osloví plechovka od kakaa, jakou měli doma, fotografie známého herce, když byl ještě idolem dívek. Tu a tam přidají vlastní příhodu, vzpomínku. Mezi klienty jsou lidé různí, někteří se sami netroufnou přihlásit, zapojit, ale každý z nich je nějak oslovený, dostane příležitost. Lidem s demencí někdy trochu trvá, než k nim některý předmět promluví, ale například peníze poznají dobře. A tak se může stát, že již téměř nemluvná paní vyhrkne: „Koruna, to je koruna!“ A tak ji pochválíme, jak dobré má oči, že to poznala, minci chvíli ponecháme. Usmívá se, penízek žmoulá a stále prohlíží.

Někteří lidé nepoznají spoustu předmětů, příliš je neosloví, žili velmi prostě, ale často tím víc projevují zájem. Těší je právě ty příběhy věcí, ať vyprávěné pracovníkem nebo sousedem. Postupně jsme z programových setkání vyčlenili několik typů probírání se starými předměty a vzpomínkami. Jsou to prohlížení zmíněných krabic z celého minulého století, složky dobových časopisů, které si mohou zároveň prohlížet nebo z nich sestavíme samostatný program, a tématicky zaměřené přednášky s besedami. Například o tom, co jsme používali v kuchyni. Železná pánvička, tři typy elektrických mixérů, ruční mlýnky... Vždyť i palička na maso, obracečka nebo vařečka měla v některých dobách svůj tvar. A co teprve příbory! Co jste kdo měl doma, co měla vaše maminka a babička? Pomozte nám určit tenhle záhadný předmět...

Mezi moje osobní nejsilnější zážitky patří ten, když devadesátiletý pán, oslabený nemocí, koukal jen tak, smutně, nic moc nemohl. Věděla jsem, že dětství prožil v Praze a zkusila mu nabídnout část Národních listů z doby, kdy začal chodit do školy. Pán se soustředil, najednou se celý proměnil. Vzpřímil se a zároveň trochu zaklonil jako v ušáku, natáhl nohy, noviny rozevřel a prohlížel. Za chvíli přerývaně sdělil: „Tatínek přitom kouřil doutník...“ Vydržel tak s tatínkem ještě dobrých dvacet minut a celý den se usmíval.

Program lze vymyslet na jakékoliv téma, od dětských věciček a druhů látek po olympiádu (na kterou navázal program cvičení na různý způsob, včetně šátků, stuh a hole na florbal). Povídali jsme si o zvycích v různém období roku, zdrbli některé slavné lidi z historie nebo třeba naše vojáky v cizině, od ruských legionářů až k anglickým let-

cům a cizineckou legii dnes. I ten nejobyčejnější předmět může vyvolat spoustu diskuze a odboček. A proč ne? Na povídání o vojácích jsme měli půjčenou také kombinézu dnešních zásahových jednotek, takzvané čerňáky. Když pracovník předvedl, jak se do toho jednoduše

zapne a jak bleskově vyleze, že by i James Bond pod tím mohl mít svůj večerní oblek s motýlkem, rozvinula se debata o materiálech, zipech – ale také o fešákovi Seanu Connerym, o jehož scéně jsme mluvili. Pánové si hodně užili replik zbraní, ale i hodně nemocné dámy si potěšeně zastřílely ze softových automatických pušek. Vždyť jim nic takového nikdo nikdy nepůjčil! Navíc poznaly, jak jsou ty zbraně těžké, co se vojáčci nadřou s nošením.

K programům patří i vitrínka, v níž vystavujeme část z toho, o čem jsme mluvili. Lidé si mohou připomínat a také vyprávět jiným o tom, co zažili, nač si vzpomněli. Ptají se jich i pracovníci, jak se jim program líbil a jaký by chtěli příště, co poznávají na těch vystavených novinách, obrázcích a drobnostech.

Konec roku klientům přinesl malý velký dárek. Výstavu hraček, od kočárku pro panenky z přelomu 19. a 20. století, až po osmdesátá léta. Všichni vzpomínali, co měli doma oni, co jejich děti, s čím si hráli vnuci. Některé stavebnice a panenky se neměnily celé roky. Máme tu klientky, které měly jenom takové polínko, ovinuté hadříkem a to byla jediná panenka. Ale dcerkám, těm prý pořídily něco lepšího, panenku mrkací nebo chodicí, nebo takovéhle miminko. Na zvláštním stole bylo několik druhů stavebnic, které si klienti mohli vyzkoušet, včetně kostek s výjevy z pohádek. Ty v životě skládal opravdu každý.

Protože máme hračky všichni rádi, seběhli se na výstavu i zaměstnanci a jak tak okukovali předváděné věci, najednou vzpomínali, že by sem mohlo patřit ještě to či ono. Už tedy plánujeme výstavu další, zase na konec roku. A mezitím? Lidé přece mohou vzpomínat na uplynulé události, které mají uložené na klientských počítačích v podobě prezentací z fotografií, porovnávat různé oslavy a programy, přemýšlet, co tu ještě nebylo.

Například o dětství, lásce a manželství bychom mohli vyprávět častěji. Už se nám kupí předměty z různých profesí. Cesty k novým dobrodružstvím a společným zážitkům se nám všem teprve otevírají.

Hana Mudrová, DiS,
sociální pracovnice
Domova pro seniory
v Hranicích
(u Aše)

APSS ČR

INSTITUT BAZÁLNÍ STIMULACE® IBS

BASALE STIMULATION INTERNATIONALES FÖRDERNETZWERK E.V.

Mezinárodní asociace Bazální stimulace© ve spolupráci s INSTITUTEM Bazální stimulace© a Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR

pořádají

pod záštitou ministra zdravotnictví ČR a ministerstva práce a sociálních věcí ČR

MEZINÁRODNÍ KONGRES BAZÁLNÍ STIMULACE®

na téma

„Bazální stimulace – interdisciplinární výzva“

„Centrální cíle od narození do smrti“

16.–17. května 2013 Praha

HOTEL DIPLOMAT PRAHA • KONGRESOVÉ CENTRUM MASARYKOVA KOLEJ, ČVUT

Přednášky, workshopy, galavečer

Přednášející:

Prof. Dr. Andreas Fröhlich
Prof. Christel Bienstein
Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Schad
Barbara Rupprecht, MSc
Maria Haller-Hinterndorfer

Prof. Dr. Hans-Joachim Hannich
Beatrix Döttlinger, MScN
Ansgar Schürenberg, MSc
Dr. phil. Lars Mohr
Prof. Dr. Pia Bienstein

Prof. Dr. Eckhard Hahn
Doz. MUDr. D. Chovancová, CSc.
Sören Bauersfeld
Brigitte Rüller-Peters
Andreas Kauba

MUDr. Zdeněk Novotný
PhDr. Karolína Friedlová
MUDr. Ľubica Kováčiková, Ph. D.
PhDr. Eva Procházková
M. Gießen-Scheidl, MSc

Historicky V. národní kongres Bazální stimulace© proběhne ve dnech 16.–17. 5. 2013 v rámci X. mezinárodního kongresu, který se koná poprvé v České republice.

Přihlášky a program na www.bazalni-stimulace.cz a na www.apsscr.cz

Přednášky workshopy galavečer

MEZINÁRODNÍ KONGRES BAZÁLNÍ STIMULACE®

BÍLÍ ZAJÍCI A ČÍŽKOVÉ Z ČÍŽKOVIC SE VRÁTILI Z PÁTÉ EXPEDICE KRKONOŠE

Na celých čtrnáct dní obsadili chalupu u Fingerů kamarádi z Bílého zajíce a uživatelé z Domova Na Svobodě Čížkovice, aby si pořádně užili zimních radovánek.

12. ledna se již po jedenácté vypravili kamarádi z Bílého zajíce Libochovice na zimní expedici. Do Krkonoš již po páté. Po toulkách po různých chatách a penzionech se Rokytnice nad Jizerou stala místem, kam se bude jezdit i na další expedice. Chata u Fingerů poskytuje velmi pěkné ubytování a zázemí pro zimní ale i letní rekreaci. Samotné město je pěkné, s příjemnými lidmi, spoustou možností k lyžování i sáňkování.

Týden dvanácti Bílým zajícům utekl jako voda. Sníh na sjezdovce byl prima, dvě kamarádky se naučily lyžovat, kouzelné byly i vycházky do večerní Rokytnice. Prostě týden relaxu, zábavy a spousty legrace.

Jak to již bývá, je tu poslední večer, rozdávání dárků na památku, slavnostní večeře, ovocný pohár a poslední uložení ke spánku. Druhý den, 19. ledna, přijela partu Zajíců vystřídat parta uživatelů služeb Domova Na Svobodě Čížkovice. Čtrnáct lidiček s mentálním postižením přijelo do zimní Rokytnice hlavně bobovat, ale dva se přijeli naučit na lyžích. Hned v neděli navštívili půjčovnu u sjezdovky a hurá na sníh. Pádů bylo nepočítaně, ale již v úterý oba začali jezdit sami.

Ostatní jezdili na bobech podle sjezdovky, a že jim to svištělo... O jejich žaludky a další potřeby se staralo pět členů Bílého zajíce a zaměstnanců Domova, kteří s nimi bobovali i lyžovali. Den ubíhal za dnem, dopoledne odjezd skibusem na sjezdovku a odpoledne pěšky, příjemnou procházkou domů na horkou polévku a večeři. Cestou si všichni udělali zastávku u malé stráně, kde sáňkovali místní a kde se dalo v celku dobře bobovat.

Poslední večer, po slavnostní večeři, kterou byl smažený sýr a hranolky, dostali všichni malý dárek jako vzpomínku na letošní Expedici malou sněhovou kouli s Krakonošem a magnetku. V sobotu se všichni rozloučili s majiteli chalupy a jedna část vyrazila domů vlakem a druhá s autem.

První letošní akce T. O. Bílý zajíc byla úspěšně zakončena a ve spolupráci s Domovem Na Svobodě Čížkovice budou ještě další tři akce. Zajíci totiž vůbec neví, co je to nuda.

Jiří Růzha

http://www.bilyzajic.com

http://www.dusp.cz

Vstupte mezi celebrity

Zajímavý projekt vznikl v Domově důchodců Onšov. V rámci University volného času budou senioři studovat umění fotografického portrétu, naučí se s digitálním fotoaparátem a kamerou, absolvují seminář na FAMU v Praze. V průběhu zimního semestru budou studenti vyjíždět a fotit celebrity – v pražských divadlech, koncertních síních i na vědeckých pracovištích.
Výsledky své práce představí na výstavách v celé České republice, ale i v zahraničí.
K projektu se připojily již různé celebrity, např. Ivana Chýlková, Bolek Polívka, Ondřej Vetchý a další hvězdy stále přibývají. Aby se senioři mezi hvězdami neztratili, patronát nad akcí převzal Prof. Petr Hartmanec z Astronomického ústavu UK.
Tento ojedinělý projekt vznikl na základě spolupráce Domova důchodců Onšov a občanského sdružení Jedeme dál. Cílem sdružení je podpora aktivního stáří a stárnutí a jeho pozitivní prezentace ve společnosti.

Další informace najdete na www.ddonsov.cz.

Focení celebrit divadelního představení „Kukura" v Činoherním klubu Praha První workshop (Multimediální dílny)

V Doksech senioři komunikují a klikají

V Domově pro seniory Doksy, p.o., se uskutečnil vzdělávací kurz „Senioři komunikují" ovládání a užívání osobních počítačů a základních bankovních služeb v rozsahu 14 hodin. Kurz byl určen pro klienty Domova pro seniory a byl pořádán Nadačním fondem Livie a Václava Klausových.
Z našeho domova se ho zúčastnilo 10 klientů, jejich průměrný věk byl 78 let, nejstarší účastnici pak 91 let. Účastníci si pochvalovali zejména přístup lektora a v průběhu kurzu nebylo výjimkou, že spolu živě diskutovali o problematice počítačů, klikání na ikony apod. Kurz se setkal s velkým ohlasem a cílem účastníků bylo zejména si rozšířit obzory a seznamovat se s novými věcmi a zůstat tak v kontaktu se světem a svými blízkými lidmi. Každý účastník obdržel osvědčení. Na základě této dobré zkušenosti jsme zřídili počítačový koutek s internetovým připojením a webkamerou, klienti mají možnost využívat Skype, vybírat si své e-mailové schránky a zůstat tak v kontaktu se svými blízkými. Pravidelně ho využívají v současné době dva klienti.

V Domově probíhají i další aktivity. Klienti kupříkladu háčkují a trénují tak manuální zručnost, pravidelně probíhají aktivity jako cvičení, promítání filmů, „kavárničky" s hovorem na aktuální témata. Vedle tréninku zručnosti a paměti slouží tyto činnosti i ke kontaktu s ostatními klienty a motivaci k co největší soběstačnosti.

Bc. Ilona Jakoubková, ředitelka Domov pro seniory Doksy

Domov pro seniory Doksy, příspěvková organizace, poskytuje služby seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku. Výhodnou polohou v centru města umožňuje zachovat kontakt s rodinou a vnějším prostředím. Poskytuje pobytovou službu domov pro seniory, terénní pečovatelskou službu a službu denního stacionáře. Zřizovatelem organizace je město Doksy.

K TÉMATU TRANSFORMACE A HUMANIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Není pochyb o tom, že proces transformace v sociálních službách je potřebná a užitečná věc, která v mnoha směrech pomáhá lidem s mentálním postižením. Nejen v tom, že ve výsledku posiluje jejich vlastní sebedůvěru, soběstačnost a samostatnost v rozhodování o své vlastní osobě, ale také zvyšuje kvalitu jejich životních podmínek, bez ohledu na to, zda dosud žijí v „ústavním" zařízení, anebo samostatně. Nepochybně tedy alespoň z pohledu základních lidských práv a svobod je to oproti minulosti výrazný pokrok k lepšímu.

Jako jedno z úskalí probíhajícího procesu transformace v sociálních službách však můžeme vidět i to, že je v prostředí ústavních zařízení nebo domovů nezřídka vedena málo citlivě vůči klientům a jejich opatrovníkům. Některé „transformační" kroky jsou vedeny tak rychle, že se na ně lidé, kterých se týkají, nestačí dostatečně připravit, psychicky „vstřebat" nastávající změny a postupně se smířit se změnou prostředí a lidí ve svém blízkém okolí, na něž byli zvyklí a často je k nim poutaly vřelé, téměř rodinné vazby. Obvykle přitom nesehrávají roli pouze osobnostní možnosti lidí s mentálním postižením, ale třeba i jejich zdravotní stav, který může představovat vážnou překážku v tom, aby mohli žít samostatně (třeba v chráněném bydlení), i když předpoklady k tomu mají. Chybí zde totiž pravidelná (a často nezbytná) ošetřovatelská péče a také dohled nad dodržováním stravovacích návyků (třeba u lidí trpících cukrovkou).

Problematické jsou i příležitosti „začleňování mentálně postižených lidí do běžného života", které bez výraznější podpory a lepší informovanosti veřejnosti nejsou takové, jak bychom si přáli. Dostupných chráněných dílen je jako šafránu, a i ty si pečlivě vybírají své klienty. O jiných pracovních příležitostech „venku" ani nemluvě.

Kromě toho v „transformačních úvahách" jako by ani nebylo místo na zamyšlení nad tím, jak mentálně postižení lidé žijící mimo domovy a ústavní zařízení prožívají svůj volný čas. Pokud jsou ponecháni jen sami sobě, neudržují kontakt se svými bývalými přáteli a tak říkajíc „mateřskou organizací", mají jen málo nabídek nebo příležitostí k tomu, aby se opět mohli zapojovat do volnočasových aktivit – sportu, výtvarné tvorbě, navštěvovat nejrůznější sportovní nebo kulturní události. Je proto velmi důležité, aby nacházeli nablízku pomocnou ruku, která poradí, pomůže a podpoří vždy, kdy je to třeba a která může být zároveň také inspirací pro další rozvoj jejich osobnosti.

Na druhé straně není jasné, proč se transformační procesy v rámci „humanizace" nezaměřují také tam, kde by bylo třeba zřizovat nové, nepochybně žádané služby, jež dosud mnohde chybí, anebo jsou z kapacitních důvodů zájemcům nedostupné. Je to například pomoc starším rodičům, kteří se celý život starali o své postižené děti doma a v závěru života je čeká bolestné odtržení od svých nejbližších. Ve stáří, kdy už fyzicky nezvládají péči o své rovněž stárnoucí dítě, přicházejí do cizího prostředí každý zvlášť: rodiče do domovů pro seniory a děti do domovů pro osoby s mentálním postižením... Přitom tito lidé by jistě přivítali podobnou službu, jakou v současné době u nás nabízí snad pouze Domov Laguna v Psárech u Prahy, kde domov poskytuje společné ubytování osob s mentálním postižením a jejich rodičů. Tyto služby jsou určeny pro staré rodiče, kteří prožili společně s dětmi celý život, a pro svůj věk si již sami nemohou zajistit péči o sebe, ani své dítě s mentálním postižením. Bydlet mohou ve dvou a třílůžkových pokojích (2 rodiče + 1 dítě), každý pokoj je vybaven vlastním sociálním zařízením a malým kuchyňským koutem. Součástí ubytování je i velká místnost pro společné posezení s televizí, malé kadeřnictví a místnost pro přeprání, sušení a žehlení drobného prádla. Tento objekt je díky výtahu s rampou rovněž bezbariérový." To je nepochybně v rámci transformace skvělý příklad „humanizace" sociálních služeb.

Bylo by tedy určitě třeba v rámci transformace sociálních služeb postupovat více „zdola", více reflektovat poptávku po určitých typech služeb a také brát v úvahu finanční možnosti těch, kteří je využívají. Neboť snaha „rozprášit" klienty velkých zařízení do menších domovů, chráněného bydlení nebo samostatných bytů, je sice chvályhodná, ale z hlediska možností lidí s mentálním postižením často také dražší a pro některé z nich z finančního hlediska i hůře dostupná.

A pak jsou tu ještě otázky personální, jež také tvoří kapitolu samu pro sebe z hlediska finančního ohodnocení těch, kteří o mentálně postižené pečují. Někdy se zdá, že těmito otázkami se „proces transformace" nezabývá vůbec, ale přece i ony spolu velmi souvisejí... To jsou však jenom některé okruhy stále otevřených témat ve vztahu k transformaci, jež se nám nabízejí.

Autoři si přejí zůstat v anonymitě.

Vážený pane inženýre Hanzle,

Sleduji čtvrtletník Rezidenční péče od doby, co začal vycházet. Musím říci, že jeho kvalita se velice zlepšila, a to také díky Vašim příspěvkům. Vždycky přesně vyslovíte to, co si myslím, a v řadě věcí mi dokážete utřídit myšlenky. Jsem již před důchodem, pracuji jako sociální pracovnice v domově, a to 10 let. Odešla jsem ze školství, ve kterém začalo docházet k takovým nehoráznostem, že už jsem nevydržela a bláhově jsem si myslela, že v sociálních službách bude klidněji. Bylo, asi tři roky. Co se děje v souvislosti s vydáním nového zákona, to je divadlo. Nikdo neposuzuje dobře fungující momenty, lítáme ode zdi ke zdi, pořád musíme něco od někoho kopírovat. A co se roztočilo kolem inspekcí, to je ostuda našeho systému. Kolik peněz uteklo na školení inspektorů a vyškolování organizací. Jsme menší zařízení, kde jsme vždycky dbali na to, aby klient byl spokojený, v současném systému ukrajuje povinnost pracovníků vypracovávat individuální plány čas, který by mohli věnovat na péči a já místo rozhovorů s lidmi trávím pracovní dobu vypisováním zápisů z toho a onoho a zajišťováním „prokazatelných" podkladů. Proč nejste na místě, kde byste mohl o řadě věcí rozhodovat? To jsem si jenom posteskla. Vidím totiž, jak to v naší politice jde, rozumný člověk nemůže vydržet.

Držím Vám palce, aby Vás systém nesemlel, děkuji za Vaše příspěvky a přeji hodně sil do dalších let.

Alena Přecechtělová

OSTRAVSKÝ MASOPUST

Postavy roztodivné a zvláštní se od časných odpoledních hodin 12. února začaly rojit z Ostravského muzea, které se již popáté stalo hlavním organizátorem ostravského Masopustu. Letos poprvé však při tom nechyběl Čtyřlístek – centrum pro osoby se zdravotním postižením Ostrava, který se zařadil po bok několika spolupořadatelů letošního masopustního reje: Divadla loutek Ostrava, Janáčkovy konzervatoře a Gymnázia v Ostravě, občanských sdružení Theatr Ludem, Bílého divadla a Cirkusu trochu jinak, dětského folklorního souboru Hlubinka a Muzikantů z Polanky, Sboru dobrovolných hasičů z Pustkovce a Střední umělecké školy v Ostravě... Každý z nich měl během Masopustu přesně určenou roli, ale hlavním smyslem této události bylo, připomenout obyvatelům velkoměsta tradice našich předků a trochu rozveselit smogovým příkrovem přidušené ulice ostravského centra.

Nakonec počasí letošnímu Masopustu opravdu přálo: z šedých mraků se začaly snášet sněhové vločky, a přestože mráz trošku za nehty, nikdo neztrácel dobrou náladu. Obzvlášť, když se z budovy Ostravského muzea příjemně linula vůně čerstvých koláčů, zabijačkových pochoutek, horkého čaje a kávy... Mezi tradičními masopustními maškarami, za nimiž se povětšině skrývali členové Bílého divadla, nechyběly vedle Slamáka, Kozla, Medvěda, Potulného kramáře nebo Čerta, další podivuhodné postavy, jako třeba Martani na chůdách a jiné figury, známé i neznámé... Klienti ostravského Čtyřlístku se na Masopust dlouho těšili a připravovali se tak důkladně, až z toho šla „hrůza“. Doslova několik hodin trvalo „maskování“ – líčení a oblékání klientů Domova na Liščině, kteří se na Masopustu proměnili ve strašidelné „zombie“, zatímco Stacionář Třebovice vyslal do masopustního průvodu maškar své švarné „rytíře“.

Na Masarykově náměstí před Ostravským muzeem se před průvodem centrem města i po něm odehrál tradiční masopustní program, v němž účinkovaly folklorní soubory, nechyběli však ani bubeníci Čtyřlístku ze skupiny Rytmy, kteří roztleskali početné diváky, přilákané masopustní podívanou. S Rytmy si dokonce zakřepčil i masopustní Kozel, jehož zakrátko čekala nelítostná „poprava“ pod řeznickou sekerou. Masopustní divadlo na Masarykově náměstí tím uzavřeli členové Sboru dobrovolných hasičů z Pustkovce, kteří v roli přísných soudců odsoudili starého, líného a nepotřebného Kozla k smrti. Řeznická sekera byla přesná a starý Kozel, zmožený spíše předchozími mocnými truňky, spolehlivě padl do připravených necek...

Docela nakonec všichni společně „pochovali basu“, aby se tak připravila cesta k probuzení jara a zahájil čtyřicetidenní půst, zakončený příchodem Velikonoc.

Letošní ostravský Masopust představoval pro všechny klienty Čtyřlístku – diváky i účinkující, nový zážitek. V průvodu městem se setkali s mnoha lidmi, kteří toto oživení všedního dne vítali s radostí a potěšením, našli nové přátele a známé, a to nejen z řad pracovníků Ostravského muzea, jako pořadatelské organizace, ale i mezi členy jiných souborů, které se na programu masopustního odpoledne podílely. Díky svým nápaditým kostýmům také patřili k „hvězdám“ dne a stali vděčným objektem fotografických aparátů a televizních kamer. Okamžiky slávy jsou však velmi pomíjivé, a tak už dnes se všichni těší na příští ostravský Masopust, jaká nová překvapení přinese...

Text a foto: BOHDANA RYWIKOVÁ

Názory pro a proti TRANSFORMACI POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

ÚVOD

Transformace ústavů pro lidi s mentálním postižením – tedy jejich řízené změny směrem ke službám komunitního typu byla donedávna záležitostí poměrně úzké skupiny lidí pohybujících se v oblasti sociálních služeb a práva nebo rodičů dětí s handicapem. Ti, kteří prosazovali změnu, se orientovali zejména na poskytování sociálních služeb, které jsou alternativou ústavů. V některých zařízeních probíhaly změny, ty však zpravidla byly podmíněny přítomností „osvíceného" ředitele a zřizovatele. Odborná diskuse na téma změn v ústavech byla otevírána spíše sporadicky.

V posledních dvou letech dochází zejména v souvislosti s realizací projektu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR „Podpora transformace sociálních služeb" k výraznému posunu. Zařízení zapojená do projektu prezentují své plány změn. V souvislosti s budováním nových objektů určených zejména pro bydlení klientů stávajících ústavů se hledají vhodné pozemky, byty nebo domy k rekonstrukci. Obojí je též prezentováno v médiích nebo na veřejných diskusích. Je pravdou, že realizace projektu s sebou bohužel nepřinesla diskusní fórum, které by umožňovalo kultivovanou konfrontaci odborných názorů pro a proti plánovaným změnám v ústavech. V rámci činnosti Národního centra pro podporu transformace sociálních služeb jsou sice realizovány tematické konference a kulaté stoly. Tyto aktivity jsou sice určitou možností pro realizaci této konfrontace, ale obhájci ústavních zařízení se jich neúčastní, resp. nebývají připraveni na odbornou diskusi.

Pokusím se spíše faktograficky shrnout základní postoje k otázce změn v ústavech, byť se v některých případech nevyhnu interpretaci některých postojů. Věřím, že to může být jedním z příspěvků k otevření odborného dialogu, který by nahradil stávající příležitostné projevy skupin, či jednotlivců, které mají zpravidla silný emotivní rozměr nebo řada argumentů má spíše zástupný charakter.

Chceme-li se zabývat názory pro a proti transformaci ústavů, je komplikací, že formulovány a publikovány jsou téměř názory na podporu změn v ústavech. Jedná se zejména o argumenty z oblasti lidsko-právní a z oblasti základních principů sociální práce. Poměrně problematické je získat aktuální odborné texty zaměřené na obhajobu velkokapacitních pobytových zařízení nebo zpochybnění potřebnosti změn směrem ke službám komunitního typu. Pro popis názorů jsou tedy bohužel k dispozici dva nerovnocenné prameny. Názory pro prezentované poměrně širokou škálou prostředků počínaje odbornými články po propagační spoty a ambicí oslovit co nejširší veřejnost. Pro opačné názory jsou jedinými přímými prameny internetové diskuse k článkům věnujícím se tématu transformace[1] , případně diskuse v rámci připomínkových řízení k vládním dokumentům[2]. Za pozornost stojí skutečnost, že texty z obou pramenů, ačkoli internetové diskuse jsou převážně záležitostí de facto antonymních autorů, se po formální i obsahové stránce výrazně neliší.

NOSITELÉ NÁZORŮ

Souhlasné postoje se změnami v ústavech jsou v souvislosti s výše popsanými aktivitami poměrně intenzivně prezentovány. Výčet jejich nositelů se proti předchozí době rozšířil. Standardně byly před zahájením aktivit v oblasti transformace pobytových služeb nositeli argumentů pro realizaci změn některé neziskové organizace, zpravidla v souvislosti s poskytováním ambulantních nebo terénních služeb, méně pak řidčeji pak služby chráněného bydlení pro lidi s mentálním postižením. Jak příklad za všechny lze uvést alespoň organizace QUIP – Společnost pro změnu nebo Rytmus. Mezi poskytovateli služeb domovů pro osoby se zdravotním postižením a institucemi veřejné správy byly obdobné postoje prezentovány spíše výjimečně v závislosti na angažovanosti vedoucích pracovníků. Za všechny lze uvést Vyšší Hrádek, p. s. s., nebo odbor sociálních věcí Krajského úřadu Moravskoslezského kraje. Dalšími dlouhodobými nositeli názorů na podporu změn v ústavech jsou organizace zabývající se otázkou lidských práv. Jedná se zejména o Ligu lidských práv a Centrum advokacie duševně postižených a ze státních institucí Kancelář Veřejného ochránce práv.

V souvislosti s ratifikací Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením Českou republikou v roce 2009 a zejména se zahá-

evropský sociální fond v ČR EVROPSKÁ UNIE MPSV OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST CESTA K ŽIVOTU TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST www.esfcr.cz

jením aktivit MPSV je otázka změn v pobytových zařízeních viditelně otevírána na vysokých školách (např. konference Transformace pobytových sociálních služeb jako posun v kvalitě a dostupnosti konaná na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v roce 2009).
V souvislosti se zapojením krajů a vybraných zařízení do projektu MPSV dochází k otevírání diskuse ze strany zřizovatelů. Zařízení začala v rámci projektu připravovat své transformační plány. Tento proces měl pro řadu zúčastněných významný edukační rozměr. Velká část zástupců poskytovatelů pobytových služeb a jejich zřizovatelů přijala principy změn ústavů za vlastní a stala se jejich nositeli na úrovni samospráv i v diskusi odborné veřejnosti. Tento prvek je jedním z významných přínosů realizace projektu MPSV.
Je poněkud zarážející, že ve výčtu nositelů názorů pro změny v ústavech zcela chybí politická uskupení a církví. V obou případech se můžeme setkat s individuální prezentací postojů jedinců, formulace názorů oficiálně zastávaných institucí však chybí.
U církví nemám na mysli organizace jimi zřizované typu diakonie nebo charity s účelem poskytování sociální pomoci. Přestože církve mají výrazný potenciál vstoupit do diskuse týkající se současného stavu služeb pro lidi s mentálním postižením, a to zejména z pozice teologické antropologie, jakýkoli oficiální dokument v této oblasti chybí. Při České biskupské konferenci sice působí rada Iustitia et pax, která se podle popisu svého poslání „zabývá dodržováním lidských práv v České republice i ve světě a vystupuje proti jejich porušování. Sleduje sociální, ekologické a společenské problémy české společnosti. Předkládá jejich analýzy a usiluje o hledání takových přístupů k jejich řešení, která nezesilují napětí mezi společenskými skupinami. Seznamuje veřejnost se sociálním učením církve.“[3]. Jakýkoli dokument vyjadřující se k právům lidí s mentálním postižením nebo k současnému stavu pobytových služeb však chybí. Je však nutno podotknout, že církve v našem prostoru se oficiálně vyjadřují k závažným společenským jevům, s výjimkou sporů o restituci majetku, spíše sporadicky.
V oblasti politických uskupení se omezuji pouze na subjekty organizace působící v Ústeckém kraji[4]. Lze konstatovat, že ani jeden významnější politický subjekt, nemá ve svém programu jasně formulovaný postoj k pobytovým zařízením sociální péče pro lidi s mentálním postižením. Podotýkám, že v Ústeckém kraji se nachází bezmála čtyřicet takových zařízení s přibližně dvěma a půl tisíci lůžek. Nejde tedy o marginální záležitost. Opět je třeba konstatovat, že oblast sociálních věcí bývá slabým místem programů politických stran. Programy v sociální oblasti nabízejí zpravidla reakci na mediálně známé problémy jako je stárnutí populace nebo řešení otázky sociálně vyloučených lokalit.

V prvním případě se obvykle omezují na příslib budování nových kapacit domovů pro seniory. Ve druhém případě bývají nabízeny více či méně populistické „rychlé a účinné“ způsoby řešení zabývající se pouze jedním z jevů, nikoli celým kontextem. Jedním příkladem za všechny může být tzv. program nulové tolerance oblíbený napříč politickým spektrem. Příčina může být v tom, že tyto programy nejsou prezentací politického konceptu, ale spíše marketingovou ideologií, do které se otázky lidských práv a jiná než rázná a viditelná řešení jaksi nehodí. Dalším důvodem je i skutečnost, že lidé žijící v ústavech jsou zpravidla úplně nebo částečně zbaveni způsobilosti k právním úkonům, tedy obvykle bez práva volit. Rodiče a blízcí lidí s mentálním postižením tvoří v populaci poměrně malou skupinu bez výraznější veřejné prezentace. Úsilí věnované takovým skupinám se zástupcům politických subjektů může jevit jako neefektivní. Další příčinou může být i skutečnost, že se změny, díky kterým se lidé s mentálním postižením dostávají z ústavů do běžné společnosti, nemusí vždy setkat s jednoznačnou podporou široké veřejnosti[5]. Deklarace jasného postoje pak může být politický subjektem vnímána jako riziková.

NÁZORY NA PODPORU TRANSFORMACE

Hlavní skupinou – co do četnosti i významu - názorů na podporu změn ústavních služeb jsou argumenty zasazené do širšího kontextu, zejména lidsko-právního. Tento rozměr je v argumentaci pro změny v ústavech klíčový, byť někdy bývá překrýván záležitostmi praktického charakteru. Argumentace se opírá o stávající legislativu v oblasti sociálních služeb, Listinu základních práv a svobod, koncepce a dokumenty EU, Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením a navazující vládní dokument Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Argumenty takto orientované mají pro další změny v ústavech zásadní charakter.
Poměrně často jsou užívány argumenty větší ekonomické efektivity alternativních služeb. Tento argument je zpravidla uváděn poskytovateli ambulantních a terénních služeb a v minulosti byl jimi používán zejména při jednáních vztahujících se k finanční podpoře služeb z veřejných rozpočtů. Jeho slabou stránkou je velmi jednostranná interpretace údajů o financování služeb. Obvykle se vychází ze zkušenosti s poskytováním ambulantních nebo terénních služeb poměrně samostatným uživatelům. Údaje z této oblasti jsou pak srovnávány s údaji o pobytových zařízeních sociální péče. Probíhající proces transformace některých zařízení postupně umožňuje srovnání nákladovosti služeb před a po zahájení změn. V žádném ze zařízení zapojených do projektu MPSV nebyl proces transformace ještě ukončen. Nicméně je zřejmé, že aktuálně známými daty nelze předpoklad výrazné levnosti alternativních služeb oproti pobytovým, podpořit. Tato skutečnost však nemůže být argumentem proti realizaci změn ve přístupu a ve službách pro lidi s mentálním postižením. Spíše ukazuje, že zahájené změny mají jako prioritní cíl řešení otázky lidských práv a nikoli úspory na provozních nákladech zařízení. ↘

evropský sociální fond v ČR EVROPSKÁ UNIE
MPSV
OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST
CESTA K ŽIVOTU TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

NÁZORY PROTI

Argumenty stavěné proti změnám v ústavech, resp. názory podporující nulovou variantu, lze rozdělit na dvě skupiny. Do první patří argumenty ekonomické. Zpravidla je zpochybňována ekonomická udržitelnost nových služeb. Obdobně jako v předchozí kapitole mají tyto argumenty spíše hypotetický charakter. Průkazná ekonomická analýza chybí. V souvislosti se stavem financování sociálních služeb z veřejných rozpočtů však tento argument bývá poměrně často uváděn. Zařízení pobytových služeb (domovy) jsou zpravidla zřizovány samosprávami. Ty se díky tomu v posledních dvaceti letech staly i významnými investory v této oblasti. Obecně lze konstatovat, že se zpravidla jednalo o investiční akce, jejichž prioritním záměrem nebyla zásadní humanizace zařízení. Skutečné potřeby uživatelů zejména v oblasti bydlení, soukromí a druhu a formy sociálních služeb nebyly při plánování akcí zohledňovány. Poukaz na tyto investované finanční prostředky však bývá poměrně často používán jako argument pro zachování současného stavu. Z hlediska logiky však toto tvrzení nemá charakter věcného argumentu. Je spíše konstatováním dosavadního vývoje a chybného zaměření rozhodování o investicích v oblasti sociálních služeb v posledních letech.

Druhou skupinou argumentů jsou poukazy na nedostatečné schopnosti uživatelů služeb a na pravděpodobnost komplikovaného soužití s majoritou. Někdy bývají doplněny příklady domnělého či skutečného selhání, které nastalo při přechodu uživatelů z ústavu do alternativní služby. Nositeli těchto názorů bývají zpravidla zaměstnanci pobytových zařízení. Společným znakem je pohled na uživatele služeb pouze prismatem ústavu. To zahrnuje perspektivu jeho trvalého pobytu uživatele v zařízení. Začlenění člověka s handicapem do společnosti jako základní princip sociálních služeb je zaměněno za integraci do zařízení. Nicméně argumenty z této skupiny jsou zejména ve veřejných diskusích poměrně rizikové, protože jsou zpravidla prezentovány jako mínění osob znalých věci a jako takové mají subjektivně velkou váhu.

Je třeba podotknout, že tyto argumenty bývají poměrně často užívány jako zástupné. U zaměstnanců pobytových zařízení bývá příčinou těchto postojů obava ze změny nebo ze ztráty zaměstnání. U veřejnosti se lze na základě proběhlých debat domnívat, že příčinou je zejména nedostatečná zkušenost soužití s lidmi s mentálním postižením. Je pravděpodobné, že mínění veřejnosti je stále ještě významně ovlivněno normami totalitního režimu, které vedly k faktické segregaci lidí s handicapem.

POZNÁMKY K SOUČASNÉMU ZPŮSOBU PREZENTACE ZMĚN V ÚSTAVECH

V souvislosti s realizací projektu MPSV „Podpora transformace sociálních služeb“ je vedena informační kampaň (www.cestakzivotu.eu) s ambicí oslovit širokou veřejnost. Dále jsou organizovány veřejné diskuse, tzv. setkání se sousedy, v místech, kam se mají lidé dosud žijící v ústavech nastěhovat.

Řada obhájců změn v ústavech a začleňování lidí s mentálním postižením do společnosti často argumentuje přínosem pro společnost. Zpravidla si však většinou neví rady s naplněním této teze konkrétním smysluplným obsahem. Není-li přínos hmatatelný – rozuměj ekonomický - jaký tedy?

Na závěr si dovolím nabídnout jednu z možností přínosu přítomnosti lidí s mentálním postižením v běžné společnosti. Mým původním oborem není ekonomika ani sociální práce, ale teologie, dovolím si tedy jistý luxus nepraktičnosti. Prezentovaný názor je pro mne prostředkem pro zasazení veskrze praktických aktivit, kterým se v oblasti transformace ústavů profesně věnuji, do širších souvislostí. Můj postoj vychází ze základního kamene evropské kultury, kterým je syntéza antické řecké a biblické tradice. V obou těchto proudech lze nalézt vymezení role člověka s duševním handicapem - antika rozlišení duševní nemoci a mentálního postižení nezná. V řeckém světě je člověk takto postižený považován za nadaného zvláštními schopnostmi. Vybočení z normálu může být znakem vidoucího odkazujícího na skutečnosti, které jsou ostatními přehlíženy[6]. V biblických spisech, zejména v novozákonních evangeliích je nemocných včetně lidí s duševním onemocněním manifestována Boží moc[7]. Přestože v druhém případě je člověk představován spíše v pasivní roli, znakem obou případů je odkaz na transcendentní skutečnost. Ten má sice platnost zejména v myšlenkovém systému počítajícím s posvátnem. V příkladech z kultury je však jejich role i v odkazu na podstatné skutečnosti v sekulárním světě. Platným příkladem může být postava knížete Myškina v Dostojevského Idiotovi nebo role pomocných dělníků s Downovým syndromem v nemocniční kuchyni v seriálu dánského režiséra Lars von Triera Království. V obou případech postavy odkazují na skryté, ale podstatné skutečnosti. V případě Lva Myškina se jedná o zpřítomnění éthosu výrazně kontrastujícího s postoji ostatních postav[8]. Ve filmu Království je pak přítomen prvek „vidoucích“, kteří se sice neúčastní děje, ale komentují ho a předvídají. Galerii příkladů těchto „vyšinutých“ vidoucích může zakončit jedna z hlavních postav Murakamiho románu Kafka na pobřeží[9]. Šedesátiletý negramotný pan Nakata s autistickými rysy mající v knize zásadní poslání může být mimo jiné platným dokladem toho, že se tento model literární postavy vyskytuje napříč kulturami.

Tento odkaz na podstatné, které je díky pragmatickému zaměření většiny našich činností přehlíženo, může být vnímán jako platný přínos lidí s handicapem pro společnost, není vyjádřitelný v ekonomických kategoriích.

Vaše názory a podněty k tématu uvítám na adrese: machjiri1@gmail.com

---

[1] *Článků na toto téma byla v poslední době v médiích publikována celá řada. Pro příklad užívám pro účely tohoto textu čtenářské diskuse k článku Ženy z Pístiny, co je nechtějí v Třeboni, publikovanému 7. června 2012 na zpravodajském webu Aktualne.cz - http://aktualne.centrum.cz/domaci/fotogalerie/2012/06/07/ustav-transformace-mentalni-postizeni/ a Soumrak ústavů sociální péče. Klienti dostanou vlastní život, publikovanému 22. února 2012 tamtéž - http://aktualne.centrum.cz/domaci/fotogalerie/2012/02/22/soumrak-ustavu-socialni-pece/. Názory v diskusích k ostatním článkům jsou po obsahové stránce v podstatě identické.*

[2] *Konkrétně byly pro tento článek použity připomínky Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky z vnějšího připomínkového řízení ke Zprávě o plnění systémových opatření v oblasti „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za rok 2011.*

[3] *Viz text na oficiálních webových stránkách rady Iustitia et pax (www.iupax.cz).*

[4] *Pro následující část textu byly jako prameny použity volební programy klíčových politických stran v Ústeckém kraji zveřejněné v souvislosti s konáním voleb do krajského zastupitelstva na jejich oficiálních webových stránkách. Konkrétně se jedná o Občanskou demokratickou stranu (www.ods.cz/region.ustecky), Českou stranu sociálně demokratickou (www.cssd-ustecko.cz/), Komunistickou stranu Čech a Moravy (www.kscm-usteckykraj.cz/), TOP09 (www.top09.cz/regiony/ustecky-kraj/) hnutí Severočeši.cz (http://www.severocesi.cz/) a hnutí PRO! Kraj (www.pro-kraj.cz/).*

[5] *Viz např. veřejné diskuse ke stavbám chráněného bydlení v Třeboni nebo Jestřebí.*

[6] *Viz např.: G. Canguilhem: The normal and pathological, Dordnecht 1978*

[7] *Pro příklad uvádím alespoň odkazy na texty evangelií hovořící o uzdravení člověka se znaky duševního onemocnění: Evangelium podle Matouše kap. 4, verše 23-25 a kap. 9, verše 32-35, Evangelium podle Marka kap. 9, verše 14-29 a Evangelium podle Lukáše kap. 9, verše 37-43. K pojetí uzdravení v biblickém kontextu pak odkazuji např. na heslo Nemoc/uzdravení in X. Léon-Dufour a kol.: Slovník biblické teologie, Velehrad – Křesťanská akademie, Řím 1991*

[8] *K postavě knížete Myškina a pojetí duševního zdraví u Dostojevského viz: N. O. Losskij: Dostojevskij a jeho kresťanský svetonáhlad, Tranoscius, Liptovský Mikuláš 1946*

[9] *H. Murakami: Kafka na pobřeží, Odeon, Praha 2006*

Mgr. Jiří Mach,
vedoucí oddělení humanitních činností Krajský úřad Ústeckého kraje

evropský sociální fond v ČR EVROPSKÁ UNIE
MPSV
OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST
CESTA K ŽIVOTU TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB
PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Nutridrink Compact Protein

NOVINKA

Zaručený zdroj **bílkovin** v menším objemu

Potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely.

Nutricia, a.s.
Na Hřebenech II 1718/10
140 00 Praha 4
infolinka: 800 110 001
e-mail: informace@nutricia.cz
www.nutricia.cz
www.nutridrink.cz
www.vyzivavnemoci.cz

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

Seni Care - tři kroky péče o pokožku

Seni Care Tělové mýdlo (500 ml)

- Vhodné pro suchou, podrážděnou pokožku, při ekzémech a lupénce.
- Pro všechny věkové kategorie.
- pH 5.
- Dermatologicky testováno.

Seni Care Čisticí pěna (500 ml)

- Je určena na „suché mytí", tj. místo vody a mýdla na ošetření a očištění podrážděné pokožky.
- Vhodná k hygieně pokožky mimořádně citlivé na dráždivé faktory (inkontinentní pacienti).
- Dermatologicky testováno.

Seni Care Mycí tělový krém 3v1 (950 ml)

- Je určen na „suché mytí", tj. místo vody a mýdla na ošetření a očištění podrážděné pokožky.
- Má trojí účinek: Jemně čistí, regeneruje a chrání.
- Vhodný k hygieně pokožky mimořádně citlivé na dráždivé faktory (inkontinentní pacienti).
- Dermatologicky testováno.

Seni Care Balzám pro suchou pokožku

- Je určen na vyživení velmi suché až odlupující se pokožky, na promazávání suchých ložisek i na péči o celé tělo.
- Zklidňuje podráždění, pokožku dokonale hydratuje, promašťuje a vyživuje.
- Navrací pokožce rovnováhu vody a lipidů.
- Velmi dobře se vstřebává a pokožku zanechává velmi příjemnou na dotek.
- Je určen pro všechny věkové kategorie, dermatologicky testováno.

Seni Care Aktivující tělový gel (250 ml)

- Je ideální na prevenci proleženin u dlouhodobě ležících pacientů.
- Zklidňuje zánětlivé stavy, vyživuje, chladí, hydratuje.
- Dermatologicky testováno.

Seni Care Hydratační tělová emulze pro suchou pokožku se 4% ureou

- Je určena pro pacienty se suchou, podrážděnou, citlivou a svědivou pokožkou, chrání hydro-lipidový plášť pokožky.
- Vhodná jako podpůrný prostředek při léčbě ekzémů a lupénky, zklidňuje podráždění, promašťuje, pomáhá udržovat elasticitu kůže a zvyšuje odolnost vůči vnějším vlivům.
- Pro každodenní použití na celou plochu těla, pro všechny věkové kategorie.
- Je velmi jemná, snadno se roztírá a OKAMŽITĚ vstřebává, dermatologicky testováno.

Seni Care Olej pro péči o suchou pokožku (150 ml)

- Je určen pro pacienty se suchou pokožkou bez rozdílu věku.
- Pokožku efektivně vyživuje a chrání ji před vysoušením, vyhlazuje ji a zlepšuje její kvalitu. Díky lněnému biokomplexu se olej snadno roztírá a velmi rychle se vstřebává bez přetrvávající vnější mastnoty.
- Vhodný na ošetření pokožky miminek po koupání, bez parabenů, dermatologicky testováno.

Seni Care Krém pro suchou a zrohov. pokožku s 10% ureou (100 ml)

- Je vhodný na změkčení a vyhlazení suché, zrohovatělé pokožky.
- Ideální při použití na lokty, kolena a paty, dermatologicky testováno.

Seni Care Ochranný tělový krém se zinkem (200 ml)

- Je určen na ochranu míst ohrožených opruzením a proležením.
- Zabraňuje vzniku zánětů, opruzenin a proleženin. Po nanesení na pokožce zůstává bílá ochranná vrstva.
- Díky speciální receptuře se krém nelepí k pleně, zůstává dlouho na pokožce a nepřetržitě ji chrání.
- Je vhodný pro miminka a inkontinentní pacienty.
- Dermatologicky testováno.

Seni Care Hojivý ochranný krém s argininem (200 ml)

- Je určen na ochranu, zklidnění, hojení a obnovu kožní bariéry.
- Je vhodný na celé tělo, na místa ohrožená opruzením a proležením, kde arginin napomáhá hojení kůže.
- Pro všechny věkové kategorie.
- Používá se všude tam, kde je potřeba vytvořit ochranný film, který brání vysychání kůže a zvyšuje odolnost kůže vůči vnějším vlivům.
- Vynikající na ruce.
- Dermatologicky testováno.