3
září
2026
22. ročník
ISSN
1801-8718

REZIDENČNÍ PÉČE

ODBORNÝ ČASOPIS PRO POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

BYROKRACII POVAŽUJI ZA JEDEN Z NEJVĚTŠÍCH PROBLÉMŮ CELÉHO SYSTÉMU

1, 8 – 9

ROZHOVOR
S **IVOU HOLMEROVOU,**
ŘEDITELKOU
GERONTOLOGICKÉHO CENTRA
V PRAZE 8

www.rezidencnipece.cz

Problém: Neregistrované pobytové služby 2 – 3

Unikátní projekt města Ostravy 6 – 7

Lesk a bída sociálních služeb – pokračování 12 – 14

Jak fungují zdravotně sociální služby ve vězeňství 20 – 21

S Ámoskou senioři trénují 11

ÀMOS vision

interpharmac
člen holdingu ipc

LÉKÁRNY ipc

KOMPLEXNÍ SLUŽBY

PRO VAŠE SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ

- Terapie vlhkého hojení ran
- Nutriční výživa a poradenství
- Stomie a urologie
- Inkontinence
- Zásobování léky a zdravotnickým materiálem
- Dezinfekce a epidemiologie
- Vzdělávání
- ESOFOX a ESOFLEX

Břetislav Hromek, tel.: 602 244 611, bretislav.hromek@ipcnet.cz

KVALITA • KOMPLEXNOST • KOMUNIKACE

BYROKRACII POVAŽUJI ZA JEDEN Z NEJVĚTŠÍCH PROBLÉMŮ CELÉHO SYSTÉMU

ROZHOVOR S **IVOU HOLMEROVOU,** ŘEDITELKOU GERONTOLOGICKÉHO CENTRA V PRAZE 8

Doc. MUDr. IVA HOLMEROVÁ je lékařka, geriatrička a gerontoložka, která se věnuje problematice stárnutí, demence a dlouhodobé péče. Je zakládající ředitelkou Gerontologického centra v Praze a vedoucí Centra pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy. Patří k výrazným českým odborným hlasům v oblasti péče o seniory a propojení zdravotních a sociálních služeb.
Iva Holmerová dlouhodobě upozorňuje na podfinancování terénních služeb, roztříštěnost sociální a zdravotní péče, přebujelou administrativu i nerovnosti mezi regiony. Zdůrazňuje také podporu domácí péče a důstojnost ve stáří.

Založila jste a vedete Gerontologické centrum na Praze 8. Čím se odlišuje od podobných zařízení?
Když jsme s tehdejším panem ředitelem SAZS (Sdružení ambulantních zdravotnických služeb) Prahy 8 MUDr. Albrechtem, CSc. a jeho náměstkyní MUDr. Čihákovou začali v závěru roku 1991 uvažovat o projektu, který jsme pracovně nazvali Gerontologickým centrem, nebyly to nikterak ambiciózní plány. Vycházeli jsme z toho, že populace Prahy 8 je stále starší a mění se také potřeby zdravotních služeb. Viděli jsme, že je potřeba zajistit doléčení a rehabilitaci pacientům vyššího věku, kteří byli například hospitalizováni, jsou po operaci, akutním zhoršení, cévní mozkové příhodě a podobně. Chtěli jsme vytvořit určité spektrum služeb, které bude možné přizpůsobovat potřebám stárnoucí populace této městské části. Od počátku jsme počítali s malou lůžkovou základnou a s navazujícími službami jak zdravotními tak sociálními. Takže integrování zdravotních a sociálních služeb bylo vlastně dáno našemu zařízení jaksi do vínku – a vlastně už více než 30 let naše existence dokazuje, že to jde. Sice to mnohdy není jedno-

Pokračování na str. 8

ÚVODNÍK

Patřím k lidem, kteří mají podzim docela rádi. Se zataženou oblohou a plískanicemi, ale také se sluncem a různobarevnou krajinou. I obsah tohoto čísla je věru podzimně pestrý. Z těch zachmuřenějších příspěvků mi padl do oka například ten od doktora Zemana. V článku Lesk a bída označuje sociální služby dlouhodobé péče jako chudého příbuzného, který se ve srovnání se zdravotnickými zařízeními ocitá na samotném okraji takzvaného sociálně zdravotního pomezí. A to i po nedávném přijetí zákona, který měl právě toto pomezí sprovodit ze světa. Pan docent Průša se zamýšlí nad tím, proč roste počet neregistrovaných zařízení. Už přes dvacet let nás Ministerstvo práce a sociálních věcí zahrnuje poznatky o aktuálním i do budoucna trvale rostoucím nepoměru mezi stagnujícími kapacitami těch veřejně spravovaných rezidenčních zařízení a rostoucími nároky na jejich služby ze strany stárnoucí – a také nemocnější – populace. Včetně návrhů na novou koncepci jejich financování. Oba autoři nalézají hlavní příčinu těchto deficitů v neschopnosti centrální státní správy rozvíjet ucelenou veřejnou politiku, která by se neomezovala jen na změnu zákonů, ale zároveň upravovala i organizační a finanční podmínky fungování institucí, které mají tyto služby následně realizovat. Stát vůbec nestíhá zabývat se celou touto oblastí ve výhledu budoucích desetiletí.
Nescházejí ale ani pohledy z té lepší strany. Například příspěvek náměstka primátora Ostravy pana Pražáka, který stojí u zrodu projektu propojujícího chráněné bydlení v bezbariérových bytech a domova pro seniory. Bude-li tento projekt realizován, nabídne zdravotně postiženým možnost zůstat blízko rodičů, kteří o ně pečovali doma, ale ve stáří se dostávají do situace, kdy už to doma nezvládají a budou potřebovat pomoc sami. Na této straně se můžete začíst do první části rozhovoru s paní docentkou Holmerovou, která už pětatřicet let spravuje Gerontologické centrum, nabízející na Praze 8 integrované zdravotní a sociální služby s propojením pobytové, ambulantní, terénní i poradenské péče. V obou případech nepřišla pomoc primárně z centra, nýbrž ze spolupráce místních nadšenců s komunálními úředníky a politiky.
S přáním jen přiměřeně slunečného podzimu.

MARTIN POTŮČEK

REZIDENČNÍ PÉČE, odborný časopis pro poskytovatele sociálních služeb. Vydavatel: MARCOM spol. s r. o., K Botiči 2, 101 00 Praha 10, tel.: 603 224 182, e-mail: info@marcom-praha.cz, redakce@marcom-praha.cz, www.rezidencnipece.cz. – Redakční rada: předseda doc. Ing. Ladislav Průša, CSc., PhDr. Lenka Kaplanová, Bc. Lenka Hasnedlová, PhDr. Svatopluk Aniol, Mgr. Kateřina Zemanová, MBA., MUDr. Zdeněk Kalvach, prof. Martin Potůček, JUDr. Petr Haluza, MUDr. Libor Svět. – Grafická úprava a DTP: Vladimír Spívala. Tisk: Protisk, s.r.o. – Povoleno rozhodnutím MK ČR, registr. číslo MK ČR E 15701. ISSN 1801-8718. Zveřejněné názory nemusejí být v souladu s míněním redakce, ručí za ně autoři článků. Vychází 4x ročně. Příští číslo vyjde v prosinci 2026.

PROČ ROSTE POČET NEREGISTROVANÝCH POBYTOVÝCH SLUŽEB PRO SENIORY JAKO HOUBY PO DEŠTI?

V posledních týdnech se po delší době opět začíná diskutovat o tom, že stále roste počet neregistrovaných sociálních služeb, zejména domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Prezident APSS ČR Jiří Horecký vidí tři hlavní příčiny tohoto negativního jevu[1]:

- regulace úhrad za poskytované sociální služby ze strany státu,
- povinnost registrovat sociální službu ministerstvem práce a sociálních věcí, která vede ke kontrole kvality poskytovaných služeb ze strany tohoto ministerstva,
- povinnost registrovat poskytovatele sociálních služeb i jako poskytovatele zdravotních služeb, což vede k povinnosti naplňovat personální zdravotní standardy.

S těmito důvody lze jistě souhlasit, nicméně je potřeba položit si otázku, zda nejsou příčiny růstu počtu neregistrovaných pobytových sociálních služeb ještě hlubší. Podle mého názoru je potřeba položit si např. tyto otázky:

- Není existence neregistrovaných sociálních služeb reakcí na špatně nastavený systém sociálních služeb?
- Jsou správně nastaveny role všech stakeholderů působících v oblasti sociálních služeb?
- Jsou optimálním způsobem nastaveny všechny instituty ovlivňující aktivity a činnost všech těchto stakeholderů?
- Je správně nastaven systém financování sociálních služeb tak, aby sociální službu chápal jako ekonomickou, nikoli sociální kategorii?

Myslím, že právě v těchto oblastech je potřeba hledat odpovědi na otázku, která je v názvu tohoto příspěvku. Je jistě správně, že zejména MPSV a jednotlivé kraje kladou důraz především na kvalitu poskytovaných sociálních služeb, otázkou však zůstává, zda státem nastavené hranice nejsou nastaveny příliš vysoko tak, že řada z těch, kteří sociální služby chtějí poskytovat, nejsou schopni i z objektivních důvodů naplnit.

Poskytovatelé sociálních služeb např. nemohou ovlivnit rozšiřování kapacit středních a vysokých škol orientovaných na výuku sociální práce nebo zdravotní péče. Zde zcela jednoznačně svoji roli neplní ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, které nepracuje s demografickými daty, ale ani ministerstvo práce a sociálních věcí a ministerstvo zdravotnictví, která nesignalizují (popř. nedostatečně signalizují) budoucí rostoucí potřebu pracovníků poskytujících sociální služby a zdravotní péči pro seniory.

Již v r. 2019 jsem upozorňoval, že pro zachování úrovně vybavenosti jednotlivých typů služeb sociální péče, kterou jsme disponovali v r. 2016, by bylo nutno vybudovat v každém správním obvodu obce s rozšířenou působností do r. 2035 v průměru 237 míst v zařízeních pro seniory, což by při zachování tehdejších relací počtu klientů připadajících na jednoho zaměstnance znamenalo zvýšit počet pracovníků v těchto službách do r. 2035 o cca 50 tis. osob[2]. Co se od té doby změnilo?

Počet míst v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem sice od r. 2016 do r. 2024 vzrostl cca o 7,5 tis. míst, tento nárůst je však v plném rozsahu docílen aktivitami komerčních a nestátních neziskových organizací, zatímco kapacita v zařízeních zřizovaných kraji klesla o cca 1,2 tis. míst *(viz graf)*.

Tato čísla jednoznačně ukazují, že veřejná správa – zejména kraje – prakticky zcela rezignovala na kvantitativní vývoj kapacit pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory. Ostatně poukazoval jsem na to již v r. 2020…[3]

Skutečnost, že nárůst kapacit pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory je zajišťován především aktivitou komerčních a nestátních neziskových organizací, by mohla nasvědčovat tomu, že na pracovním trhu je dostatek kvalifikovaných pracovních sil, nicméně průzkumy Asociace poskytovatelů sociálních služeb nasvědčují opaku, podle nich chybí poskytovatelům více než 3 000 pracovníků. Není tato skutečnost důvodem k přehodnocení registračních podmínek poskytovatelů sociálních služeb? Není tato skutečnost příčinou vzniku neregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb? Nemělo by MPSV uvažovat o jisté diferenciaci kvality poskytovaných sociálních služeb od zařízení garantujících minimální standard kvality poskytovaných služeb až po „pětihvězdičkové" hotely?

Jednoznačně je ale nutno konstatovat, že registrace není hlavní příčinou existence neregistrovaných zařízení. Registrace má legitimní účel, a to chránit osoby, které jsou vzhledem ke svému vysokému věku nebo nepříznivému zdravotnímu stavu v obtížné situaci. Pokud by např. bylo možno poskytovat sociální služby bez jakýchkoli požadavků na kvalifikaci personálu, bezpečnost prostředí či ochranu práv klientů, vznikalo by významné riziko poškození seniorů. Je však potřebné najít optimální míry regulace tak, aby na jedné straně dostatečně chránila klienta, a současně aby byl umožněn vznik dostatečné nabídky služeb.

Pokud je regulační systém nastaven tak, že legální služba je výrazně nákladnější než alternativní neregistrovaný model, zatímco poptávka po službě zůstává vysoká, může regulace nechtěně vytvářet ekonomický prostor pro její obcházení. To však není argument pro odstranění standardů kvality, ale pro hledání způsobu, jak učinit legální poskytování péče ekonomicky dostupnější a administrativně předvídatelnější.

Osobně se však domnívám, že klíčovým

aspektem toho, že řada poskytovatelů sociálních služeb není registrována, je existence sítě sociálních služeb na území jednotlivých krajů, a to zejména v situaci, kdy kraj je současně zřizovatelem značné části organizací poskytujících sociální služby. Je zřejmé, že tuto kompetenci jednotlivé kraje využívají k tomu, že nové poskytovatele sociálních služeb především z řad nestátních neziskových organizací a komerčních subjektů, ale i těch, které byly zřízeny orgány obcí, do svých sítí nezařazují a tím způsobem udržují svoje dominantní postavení v tomto procesu. Z teoretického pohledu je však nutno konstatovat, že v situaci, kdy především v pobytových zařízeních je vysoký převis poptávky po umístění nad nabídkou těchto služeb, je povinnost tvořit tuto síť kontraproduktivní, neboť vede k reprodukci nedostatku těchto služeb[4]. Pokud registrované zařízení sociálních služeb není zařazeno v síti sociálních služeb, zvyšují se nároky na finanční participaci klientů na krytí nákladů poskytovaných služeb, neboť takové zařízení nedostane od kraje dotaci ze státního rozpočtu. Je tento postup v souladu s principy poskytování vyrovnávací platby? Nedochází tímto způsobem k diskriminaci klientů těchto zařízení ze strany veřejné správy?

Navíc řada subjektů vlastnících nějaký objekt, který by byl vhodný pro poskytování sociálních služeb, a která by tyto služby opravdu chtěla poskytovat, od svého původního záměru ustupuje, protože při vyjednáváních o možném zařazení těchto zařízení do sítě sociálních služeb dostanou od kraje negativní stanovisko…

Je zřejmé, že je nutno nově koncipovat celý systém financování sociálních služeb. V tomto smyslu je nutno zejména:

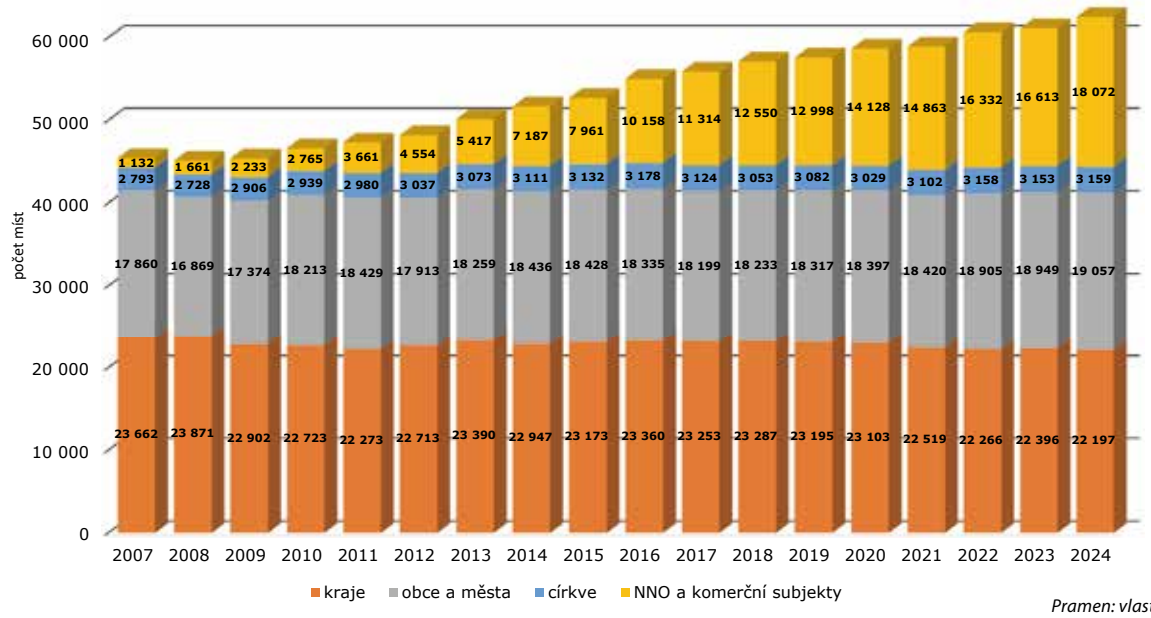
- koncipovat hmotné zabezpečení pečujících osob, které musí vycházet z principu péče = práce,
- zajistit důsledné naplňování principů pro poskytování vyrovnávacích plateb (dotací) z pozice MPSV,
- převést kompetence při stanovení výše úhrad za poskytované sociální služby z pozice státu buď na zřizovatele jednotlivých služeb, popř. přímo na samotného jejich poskytovatele,
- diferencovat míru závislosti pro přiznání příspěvku na péči na více než 4 stupně závislosti, optimální se z mého pohledu jeví využití rakouského modelu, který člení míru závislosti na sedm stupňů,
- změnit systém hodnocení míry závislosti, v tomto smyslu se nabízí využití německého modelu hodnocení míry závislosti, který hodnotí celkem 64 schopností, naprostou většinu z nich ve 4 úrovních,
- vytvořit důsledné zrcadlo při financování sociálních služeb a ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních.

Pro odstranění neregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb je ale nutno prakticky okamžitě zpřísnit kontrolní mechanismy v této oblasti a především reagovat na rostoucí poptávku po službách pro seniory stimulací rozvoje všech forem sociálních služeb – terénních, ambulantních a pobytových. Zřizování a výstavba nových zařízení se musí stát jednou z prioritních oblastí v činnosti místních a krajských samospráv, ministerstvo musí urychleně koncipovat rozsáhlý investiční program, z něhož by tyto subjekty mohly čerpat adekvátní finanční podporu a tak reagovat na aktuální potřeby v jednotlivých regionech.

Neregistrovaná zařízení sociálních služeb je nutno chápat jako určitý indikátor fungování tohoto sociálního systému, neboť jejich existence upozorňuje na místa, kde stávající nabídka registrovaných služeb nedokáže uspokojit reálnou potřebu obyvatel. Úkolem MPSV není tento indikátor pouze odstranit, ale především pochopit mechanismus, který vede k jejich vzniku a existenci. Pokud bude existovat vysoká poptávka po službách v pobytových zařízeních a nedostatečná nabídka míst v registrovaných zařízeních, lze očekávat, že trh bude stále hledat jiné způsoby, jak tuto poptávku uspokojit.

Doc. Ing. LADISLAV PRŮŠA, CSc.
Fakulta veřejných politik
Slezská univerzita v Opavě

Vývoj počtu míst v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem podle zřizovatele v letech 2007–2024



Pramen: vlastní zpracování

1 např.: Byznys s „černými" domovy pro seniory roste. Šéf asociace vysvětluje proč. www:seznamzpravy.cz, 4. 8. 2026
2 viz: Průša, L. Kdo zabezpečí péči o naše seniory? Demografie č. 1/2019. ISSN 0011-8265
3 viz: Průša, L. Přispěl zákon o sociálních službách ke zvýšení jejich dostupnosti? Demografie č. 2/2020. ISSN 0011-8265
4 Viz: Kornyi, J.: Economics of Shortage. Amsterodam 1976. in NEŠPOR, R. Z. (ed) Sociologická encyklopedie. Praha: Sociologický ústav AV ČR. [on-line]

LEGISLATIVNÍ ZMĚNY BY MĚLY ZVYŠOVAT KVALITU SLUŽEB

Letošní rok je pro pobytová zařízení sociálních služeb plný změn. O jejich dopadech jsme diskutovali s pověřeným zástupcem odborné společnosti Gratia futurum 913 Ing. PETREM BOŤANSKÝM.

Po roce 2025, který přinesl zásadní změny především do zákona o sociálních službách a zákona o zdravotních službách, pokračoval legislativní proces i v letošním roce?

Spíše bych řekl, že ty zásadní změny z loňského roku postupně nabíhají v účinnost a tím zásadně ovlivňují poskytování sociálních i zdravotních služeb v letošním roce. Jak už to tak v životě bývá, některé z těch změn jsou pozitivní a některé negativní. Všechny změny by dle tvůrců těchto změn měly přispět ke zvýšení kvality poskytování sociálních a zdravotních služeb našim klientům, u některých z nich je to však diskutabilní.

Začněme tedy těmi pozitivními změnami…

Souhlasím. Od prvního ledna došlo k navýšení příspěvků na péči v prvním a druhém stupni. To je cesta správným směrem, protože o péči, kterou si klient zaplatí, by měl rozhodovat on. Čím více peněz bude mít na péči, tím méně peněz bude muset rozdělovat stát. Samozřejmostí pak ale musí být kontrola využití těchto peněz tak, aby nedocházelo k jejich zneužití. Stejně tak je správnou cestou navyšování úhrad za ubytování a stravování v pobytových zařízeních sociálních služeb. Primárně by tyto úhrady měly krýt náklady na ubytování a stravování, byť třeba u nízkopříjmových klientů formou například sociálních dávek. Opět by tak došlo ke snížení rozhodování státu za klienta. Ale k tomu je ještě dlouhá cesta.

Co dalšího se změnilo od prvního ledna?

Pro poskytovatele pobytových sociálních služeb přibyla nová povinnost respektovat a chránit soukromí, integritu a důstojnost osob, kterým poskytují sociální službu. Zároveň byla ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. doplněna povinnost mít zpracována písemná pravidla pro předcházení vzniku situací, při nichž by mohlo dojít k ohrožení nebo porušení soukromí, integrity nebo důstojnosti klientů. A jak to již v rámci kritérií standardů kvality bývá, musíme mít také zpracovány písemná pravidla pro případ, kdy by k takovému porušení došlo.

Takže zase další administrativní práce…

Ano, ale na druhou stranu nás MPSV udržuje ve stálé bojové připravenosti. Jakákoliv změna v povinnostech poskytovatele sociálních služeb nebo ve standardech kvality zákonitě vyvolává reakci. Poskytovatelé si totiž musí udělat takový malý audit svých stávajících směrnic, řádů, příkazů, standardů či metodik. Nové povinnosti musí zahrnout do svých pravidel, uvést je do praxe a také kontrolovat jejich plnění, což přispívá ke zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb. A pak jsou zde povinnosti opravdu především administrativní. Například nově stanovené povinné náležitosti a rozsah popisu realizace poskytování sociální služby.

O co se jedná?

Novelou zákona o sociálních službách dostalo MPSV zmocnění ke stanovení náležitostí popisu realizace. Doposud záleželo především na jednotlivých krajských úřadech, co po poskytovatelích sociálních služeb v rámci tohoto popisu vyžadovaly. Nově jsou povinné náležitosti a rozsah popisu uvedeny v deváté části vyhlášky č. 505/2006 Sb. Myslím si, že je to dobře. Co je však důležité uvést, že poskytovatelé pobytových sociálních služeb budou donuceni tyto popisy aktualizovat, protože v nich musí být popsána mimo jiné i koordinace poskytování sociální a zdravotní péče při poskytování sociálně zdravotních služeb. Pokud budou nadále poskytovat ošetřovatelskou péči v odbornosti 913 nebo přejdou na sociálně zdravotní lůžka, musí v popisu realizace popsat způsob sdílení nezbytných informací mezi sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách se zdravotnickými pracovníky a koordinaci pracovních postupů sociální a zdravotní péče při péči o klienta, včetně rolí jednotlivých pracovních pozic. Poskytovatelé, kteří již nebudou ošetřovatelskou péči poskytovat, budou muset popis realizace také změnit, protože v něm budou mít doposud určitě uvedeno, že ošetřovatelskou péči poskytují.

Ještě jsou nějaké další změny?

Ano. Od prvního července letošního roku došlo k úpravám a doplnění některých základních činností. U pobytových sociálních služeb se jedná o základní činnost pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu a základní činnost pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Více méně se jedná o úpravy, které jsou zcela jasné a pouze doplňují do vyhlášky to, co poskytovatelé a jejich zaměstnanci běžně provádí. V rámci úprav textů se jedná například o doplnění obouvání a zouvání k oblékání a svlékání nebo doplnění posazování, úpravy a zajištění polohy klienta, která navíc nově musí být pohodlná a bezpečná, k původnímu vstávání z lůžka, uléhání a změně poloh klienta. Do základních činností jsou pak nově doplněny například orientační sledování základních tělesných

projevů a fyziologických funkcí běžně vnímatelných nebo zjistitelných neinvazivním způsobem, pomoc s užitím doplňku stravy nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely podávaných ústy, pomoc při úkonech osobní hygieny a péči o pokožku bez porušení integrity kůže a pomoc při vypuštění nebo výměně sběrného sáčku při zavedené cévce z močového měchýře.

Takže to na rozdíl od úkonů péče o zdraví nevyvolalo nějakou negativní reakci?

Nevím o ní. Jen v této souvislosti musím opět poskytovatele upozornit, aby si prohlédli své dokumenty, především smlouvu o poskytování sociální služby a Domácí řád, protože v těchto dokumentech mohou mít uvedeny původní texty, platné do konce června. Audit dokumentů mohou poskytovatelé využít i k přípravě na poskytování sociálně zdravotních služeb. Dovoluji si tímto připomenout termín 30. září, do kdy musí poskytovatelé podat žádost o registraci ošetřovatelské péče v odbornosti 913 na příslušný krajský úřad, aby měli jistotu, že tuto péči budou moci poskytovat i od 1.1.2027. Poskytování registrované zdravotní služby může opět vyvolat změny v základních dokumentech poskytovatelů.

Jak to vůbec vypadá především s personálním zabezpečením ošetřovatelské péče?

V květnu 2024 naše odborná společnost uskutečnila v rámci jednání o novele zákona o sociálních službách dotazníkové šetření, kdy jsme se mimo jiné zajímali o personální zabezpečení zdravotních služeb. Tehdy jsme zjistili, že 22 % poskytovatelů nemá ani jednu všeobecnou sestru S3 a 29 % poskytovatelů má jen jednu všeobecnou sestru S3. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR uskutečnila obdobné dotazníkové šetření v průběhu července letošního roku a zjistila, že 14,5 % poskytovatelů bude řešit poskytování zdravotních služeb výlučně nebo kombinovaně za pomoci domácí péče, tedy odbornosti 925. To bude pravděpodobně většina z těch, kteří v roce 2024 uváděli, že nemají všeobecnou sestru S3. Zajímavý je další údaj, kdy z obou dotazníků vyplynulo, že 29 % poskytovatelů má jen jednu všeobecnou sestru S3. Za 2 roky se tedy počet těchto poskytovatelů nezměnil, a to i přesto, že již probíhají akreditované kurzy na získání zvláštní odborné způsobilosti těchto sester.

Inspirujte se terapií pískem.
Foto z Domova sociálních služeb Meziboří.

A co praktické sestry?

Stále platí, že ač se dle zákona č. 96/2004 Sb. jedná o odborně způsobilého zaměstnance pracujícího bez dohledu, je vyhláškou č. 99/2012 Sb. její činnost v pobytových zařízeních sociálních služeb omezena v tom duchu, že s ní musí být na směně alespoň jedna všeobecná sestra k poskytnutí bezprostřední rady či pomoci. V současné době je v připomínkovém řízení novela zákona č. 96/2004 Sb., která by umožňovala získat odbornou způsobilost pro výkon povolání praktická sestra komukoliv, kdo má maturitu na jakékoliv střední škole a absolvuje akreditovaný kurz. Na tuto novelu zákona navazuje novela vyhlášky č. 55/2011 Sb., která by činnosti, jež může provádět praktická sestra, vymezila jako taxativní, což znamená, že praktická sestra nemůže vykonávat žádné jiné činnosti. Dle důvodové zprávy je cílem navrhované úpravy zabránit výkladům, které by mohly vést k postupnému rozšiřování činností praktických sester nad rámec zákonem a prováděcím právním předpisem stanoveného rozsahu a tím ke stírání rozdílů mezi jednotlivými zdravotnickými povoláními.

Takže se spíše budou rozevírat nůžky mezi všeobecnou a praktickou sestrou?

Vypadá to tak. U všeobecné sestry vyhláška naopak počítá s tím, že činnosti v ní vyjmenované jsou pouze deklaratorní a umožňují tak vykonávat i další odborné činnosti, které svým obsahem obecně odpovídají povolání všeobecné sestry a kvalifikačním předpokladům konkrétní všeobecné sestry.

Je ještě něco dalšího zajímavého v připravovaných novelách zdravotnických zákonů?

Je tam taková perlička. Protože jsme všichni prošli nebo procházíme registrací poskytovatele zdravotních služeb, tak víme, že jsme museli ustanovit odborného zástupce pro odbornost 913. Novela zákona č. 96/2004 Sb. předpokládá, že se pozice odborného zástupce zruší.

V současné době se hodně hovoří o nelegálních poskytovatelích pobytových sociálních služeb. Ti nemusí zmíněné povinnosti plnit?

Pokud nejsou registrovanou sociální službou, pak opravdu nemusí. Problém těchto poskytovatelů je podle mého názoru chybou systému. Všichni víme, že chybí lůžka v pobytových zařízeních sociálních služeb. Mnozí jistě pamatujeme dobu, kdy se hovořilo o tom, že by se měla všechna pobytová zařízení zrušit. V tomto období došlo k útlumu výstavby nových lůžkových kapacit. Někteří podnikatelé v tu dobu naopak vycítili příležitost. Systém poskytování sociálních služeb je však administrativně velmi náročný a také finančně regulovaný. To, že vznikají domovy pro seniory, které ale nejsou registrovanými domovy, je bohužel i chybou kontrolních mechanismů státu. Pokud někdo provozuje ubytovnu, ale deklaruje ji jako domov pro seniory, je přece stejné, jako kdyby někdo prodával garáž, ale nabízel ji jako garsonku. Někteří z nelegálních poskytovatelů tvrdí, že svými lůžky zajišťují potřeby nízkopříjmových nebo problémových klientů. Pak se ale nabízí otázka, jestli by této situace neměl stát využít a zahájit odbornou diskusi o tzv. chudobincích. Vím, že to slovo vyvolává určité negativní asociace, ale ve dvacátém prvním století by tento typ pobytové služby mohl mít nastaveny jednodušší pravidla pro své fungování, za nižších nákladů a při zachování rozumných standardů. Princip fungování takové služby by ostatně mohl vyplývat i z potencionálního názvu, který vymyslela paní emeritní ředitelka Domova důchodců Bystřany Mirka Barešová, a to domovy se základní péčí. Ale to je ještě na dlouhou debatu.

Děkuji vám za rozhovor.

LENKA KAPLANOVÁ

ZŮSTAT SPOLU – I KDYŽ UŽ NESTAČÍM

UNIKÁTNÍ PROJEKT MĚSTA OSTRAVY

V Moravskoslezském deníku se objevil článek s názvem „Ostrava plánuje domov pro seniory a jejich mentálně handicapované potomky“, který nás velice zaujal. Mělo by se jednat o vznik kompilátu několika sociálních služeb, propojených i s nabídkou bezbariérového bydlení. A to pro možnost společného pobytu osob s mentálním postižením s jejich stárnoucími rodiči, kteří o ně od narození doma pečovali. Zjistili jsme, že s myšlenkou vzniku tohoto unikátního projektu přišel náměstek primátora ZBYNĚK PRAŽÁK, který má dlouhodobě na starosti také sociální oblast. Město Ostrava plánuje pro jeho realizaci využít zázemí městské organizace Čtyřlístek v poměrně rozsáhlé lokalitě na území městského obvodu Slezská Ostrava, kde ještě před pár lety žili v ústavním prostředí klienti s mentálním postižením. Ti se už postupně přestěhovali do třinácti menších objektů, které se svojí podobou, a především komunitní atmosférou, více přibližují životu v rodinném prostředí.

Zeptali jsme se pana náměstka, jak se tento nápad zrodil?

Asi před čtyřmi lety mne navštívila skupinka maminek, z nichž některé již desítky let pečují o své mentálně postižené děti. S obavami, co nastane, až péči nebudou z důvodu zhoršení svého zdravotního stavu zvládat. A prosily mne, jestli bych jim nemohl nabídnout řešení, které by jim umožnilo být svým dětem, na něž jsou vzájemně silně citově fixovány, i nadále stále nablízku.

Můžete nám tuto situaci přiblížit?

Uvedu naprosto konkrétní příklad. Více než čtyřicetiletá mentálně postižená žena s chováním a projevy tříletého dítěte, o níž celý život pečuje naprosto sama, bez pomoci kohokoliv jiného, její dnes 70letá maminka, u níž se v důsledku vyššího věku již začínají projevovat zdravotní problémy. Uvědomuje si, že okamžik, kdy péči nebude již moci zvládat, může přijít každou chvíli. Stejně jako pro každé tříleté dítě, také zde představuje maminka nepostradatelnou součást jeho života. I pro její dceru by bylo těžce traumatizující vzájemné odloučení. A podobných situací jsou jenom v Ostravě desítky. Každý rodič dítěte s postižením, který se rozhodne o ně doma sám pečovat, ví, že jeho odpovědnost trvá po celý život. Zde neexistuje žádná 18letá hranice dospělosti a jsem si jist, že tito hrdinové dnešní doby nejsou ani společností dostatečně oceněni. Faktem také je, že spíše pouze ve výjimečných případech se starají o postižené dítě oba rodiče, z mých zkušeností ta letitá každodenní péče nakonec většinou zůstává jen na maminkách.

Zbyněk Pražák

A v čem tedy spočívá originalita myšlenky?

Ta jedinečnost našeho projektu spočívá v tom, že nejen u nás v České republice, ale zřejmě ani v rámci celé Evropy neexistuje podobný příklad, kdy by nějaké zařízení nabízelo komplexní služby v takovém rozsahu, aby rodiny i v těchto situacích mohly žít společně bez nutnosti jejich rozdělení. My jsme v Ostravě vymysleli řešení a chceme tak jít ostatním příkladem. Smyslem našeho projektu je propojit možnosti „chráněného“ bydlení v bezbariérových bytech s pobytovými sociálními zařízeními, a to konkrétně domovem pro seniory a domovem pro osoby se zdravotním postižením. Benefitem je krásný areál plný zeleně s velkolepě pojatým parkovým zázemím. Zde by mohli jeho noví obyvatelé žít v rámci rodin spokojeně a důstojně v bezpečném a komfortním prostředí se zajištěnými potřebnými službami, a to skutečně jen pár kroků od sebe.

Komunitní bydlení a spojovací krček s rekonstruovaným domovem pro seniory

Můžete ještě upřesnit, v jakém režimu by mělo zařízení fungovat?

Je třeba říci, že na projektu pracujeme již několik let. K jeho realizaci chceme využít postupně se uvolňující areál městské příspěvkové organizace Čtyřlístek na Slezské Ostravě. Pro záměr již byla zpracována architektonická studie, zahrnující komunitní bydlení pro seniory (nová vý-

Areál po rekonstrukci – vlevo komunitní bydlení, uprostřed domov pro seniory, vzadu dva DOZP

stavba), domov pro seniory (rekonstrukce stávající budovy bývalého domova „Barevný svět" pro mentálně postižené) a 2 menší objekty pro osoby se zdravotním postižením (nová výstavba). Za velmi cenné považuji věcné připomínky rodičů dětí, ale i pracovní zapálení vedení příspěvkové organizace Čtyřlístek, která zajišťuje administrativní náležitosti přípravy projektu.

Představa je taková, že pokud jsou rodiče ještě soběstační, pak případně i s využitím služeb pečovatelské služby mohou bydlet v bezbariérovém nájemním bytě. Až jejich zdravotní stav bude vyžadovat výraznější podporu, bude jim nabídnuto zařízení domova pro seniory, který je situován v těsném sousedství, a který bude disponovat jednolůžkovými, ale i dvoulůžkovými pokoji, například pro manželské páry. Objekt pobytového zařízení pro jejich děti ve vzdálenosti několika desítek metrů jim umožní, aby se mohli kdykoliv navštěvovat a být stále blízko sebe.

Domov pro osoby se zdravotním postižením – pohled zepředu

Domov pro osoby se zdravotním postižením – zadní pohled

Hovoříme o nových kapacitách sociálních služeb. O jak velké kapacity se jedná a jaký je předpoklad finančních nákladů?

Co se týče posouzení potřebných kapacit, o tom jsme skutečně hodně přemýšleli, abychom dokázali nejen zohlednit potřebu poptávky, ale i další souvislosti, které je u tohoto projektu nutno vnímat. Samozřejmě jsme byli limitováni i možnostmi stávajícího objektu pro vznik domova pro seniory, nicméně i v hypotetickém případě výstavby nového objektu by jeho kapacita byla přibližně stejná. Ve zmíněné studii tedy navrhujeme:

- Výstavbu nájemního bezbariérového bydlení pro 24 osob (nejedná se o sociální službu podle zákona č. 108/2006 Sb.)
- Rekonstrukci stávající čtyřpodlažní budovy „Barevný svět" na Domov pro seniory s kapacitou 61 osob.
- Výstavbu 2 přízemních objektů, každý pro 12 osob s mentálním postižením, celkem tedy 24 míst s možností individuálního bydlení.

Co se týče posouzení finančních nákladů na realizaci projektu, jejichž vyčíslení je součástí zpracované studie, pak v úrovni dnešních cen jsou celkové náklady odhadovány na přibližnou částku 450 mil. Kč. bez DPH.

Závěrem, pane náměstku, jak daleko jste s naplňováním této velmi zajímavé myšlenky?

Nyní je již zpracována kompletní studie projektu, jejíž součástí jsou také souhlasná vyjádření potřebných institucí, např. hasičů apod. Věřím, že se nalezne i společná politická vůle pro jeho realizaci a v příštím roce by tak mohly být zahájeny projekční práce a příprava stavby. Pokud nenastane nějaký zádrhel, pak přibližně v roce 2029 by mohla být zahájena vlastní realizace, která potrvá zhruba dva roky, tedy dokončeno by mohlo být možná už v roce 2031.

Pane náměstku, děkuji vám za rozhovor a přejeme vám, ať vše proběhne podle vašich představ a Ostrava se může pochlubit tímto unikátním a krásným projektem, který pomůže i ve stáří udržet rodiče s jejich postiženými dětmi co nejdéle pohromadě.

S náměstkem primátora města Ostravy pro sociální oblast Ing. Zbyňkem Pražákem, Ph.D., hovořila

LENKA KAPLANOVÁ

INZERCE

BYROKRACII POVAŽUJI ZA JEDEN Z NEJVĚTŠÍCH PROBLÉMŮ CELÉHO SYSTÉMU

ROZHOVOR S **IVOU HOLMEROVOU,** ŘEDITELKOU GERONTOLOGICKÉHO CENTRA V PRAZE 8

Dokončení ze str. 1

duché, ale je to možné a snad i užitečné. Naše služby tedy zahrnují služby zdravotní péče: oddělení geriatrické následné péče, kam přijímáme pacienty zejména z nemocnic a na týdenních poradách multidisciplinárního týmu se snažíme plánovat jejich propuštění prakticky od samotného přijetí. Dále se jedná o domácí ošetřovatelskou péči, která často navazuje právě na pobyt na lůžku. Máme také geriatrickou ambulanci, která se zaměřuje zejména na poruchy kognitivních funkcí, ale i jiné závažné stavy vyššího věku. A na tyto služby navazují služby sociální.

Denní stacionář pro lidi s demencí je první tohoto typu v České republice, vznikl ve spolupráci s tehdy také vznikající Českou alzheimerovskou společností již v roce 1996 a jsme moc rádi, že stále krásně prosperuje, že nabízí opravdu smysluplnou péči lidem s demencí, a to nyní i v krásném prostředí, protože díky pochopení a podpoře MČ Praha 8 prošel celkovou rekonstrukcí. Další podle mého názoru velmi důležitou službou je osobní asistence, která také většinou navazuje na hospitalizaci na lůžkovém oddělení. Kromě těchto registrovaných jak zdravotních, tak sociálních služeb ale umožňujeme například stravování v jídelnách obou našich objektů (Šimůnkova i Benákova) seniorům z okolí. Šimůnkova pak představuje zázemí pro různé činnosti, které si senioři organizují sami či s naší mírnou pomocí. Sídlí tu také Česká alzheimerovská společnost, velice významná organizace s pobočkami ve všech krajích, která má u nás, jak jsem již řekla, zázemí, u nás poskytuje například odborné poradenství, vydává mnoho informačních materiálů, které jsou tu k dispozici, zajišťuje respitní péči v domácím prostředí a podobně. Velmi úzce spolupracuje právě s naší geriatrickou ambulancí. Je to vlastně takový prototyp modelu „Social Prescribing“, který dobře funguje po dlouhá léta v praxi: v geriatrické ambulanci pacienty vyšetří, nastaví potřebnou léčbu, informují je i rodinné příslušníky a zároveň doporučí kontakt s Českou alzheimerovskou společností, jejíž pracovníci lidem žijícím s demencí i jejich rodinám poskytnou další podporu a pomoc, informace, možnost účasti na všech pořádaných aktivitách a podobně.

Bariéry či přímo zdravotně-sociální „pomezí“, tedy hranici mezi zdravotní a sociální péčí podle mého názoru vytvářejí hlavně ti, kteří se snaží o to, aby věci nefungovaly, aby nesloužily lidem.

Neměla bych zapomínat také na různé vzdělávací akce, kurzy, semináře, ale i konference, které pořádá jak Česká alzheimerovská společnost, tak Gerontologické centrum, často ve vzájemné spolupráci. Podílí se na nich i GEMA, organizace, která se zaměřuje na podporu zdraví ve vyšším věku. Je to malá nezisková organizace, která organizovala například „kavárničky pro zdraví“ i v různých regionech, taneční pro seniory, nyní se zaměřuje například na kurzy komunikace a podobně. Těžko všechny aktivity vyjmenovat. Ale považuji je za velmi důležitou součást naší činnosti a oslovení problémů, které zůstávají nedořešeny: na přelomu století to byla zejména problematika demence a nyní se nám jeví, že je to právě oblast podpory lidí a samostatného, nezávislého života až do nejvyššího věku. Zdá se nám, že se společnost až příliš zaměřuje na institucionalizaci – a všichni přece do ústavů nechceme a nemůžeme.

Kde dnes nejvíc selhává propojení zdravotních a sociálních služeb? Pomůže jim nově přijatý zákon lépe spolupracovat?

Nejvíc selhává u těch, kteří jsou nejzranitelnější. Z mého pohledu se například jedná o lidi s demencí (a obdobnou problematikou i u mladších lidí). Tedy o ty, kteří si své záležitosti již neumějí uspokojivě zařídit sami, ale kteří by mohli s adekvátní podporou ještě dlouho žít kvalitní a relativně samostatný život v domácím prostředí.

Jak pomůže nový zákon, to zatím nedokážu posoudit. Opakovaně se mi už stalo, že se mi zdálo, že by nějaké opatření mohlo vlastně dobře fungovat – ale v praxi vše narazilo na byrokratickou zabedněnost a nevůli. Na úřednické „nejde to“. Přesto si myslím, že jak naše zařízení, tak mnoho jiných iniciativ a zařízení na mnoha jiných místech dokazuje, že s určitou dávkou vstřícnosti, dobré vůle a pochopení by bylo možné služby lépe organizo-

Iva Holmerová s dr. Kateřinou Machačovou diskutují o pohybu pro seniory na letošní konferenci dobrovolnictví.

vat, zajistit jejich koordinaci a návaznost. Bariéry či přímo zdravotně sociální „pomezí“, tedy hranici mezi zdravotní a sociální péčí podle mého názoru vytvářejí hlavně ti, kteří se snaží o to, aby věci nefungovaly, aby nesloužily lidem. Jinak by snad nikdo nemohl ani ten termín vymyslet. A dlouhá léta se o něm diskutovalo na nejvyšších úrovních jako v Kocourkově – místo integrace a koordinace jsme si budovali hranice. Nu a teď je tu máme a jsou tedy velmi bytelné, bohužel.

Mimochodem: v našem výzkumném centru je termín „pomezí“ v této souvislosti přímo zakázán.

Všichni mluví o podpoře domácí péče. Proč jsou tedy terénní služby stále nedostupné nebo přetížené?

Mne se ptejte. To já opravdu nevím. Také jsem si tuhle otázku opakovaně kladla a dokonce zkoumala (i v publikaci o dlouhodobé péči uvedla) obsah jednotlivých programových prohlášení vlád. Většina z nich uváděla podporu terénních služeb a domácí péče – ke které ale nakonec nikdy nedošlo. Tedy alespoň ne v takové míře, aby to podstatně ovlivnilo život lidí, kteří tyto služby potřebují, ať žijí kdekoli – ve městě či na venkově.

V Česku stavíme a jsme fixováni na instituce. Ty jsou potřebnou součástí péče, ale jen součástí, nikoli substitucí veškeré péče. U nás to ale tak vypadá. I ve veřejném obraze – senior, tedy někdo, kdo je v ústavu. Například většina rozhovorů o stáří a starších lidech se v televizním zpravodajství ilustruje obrázky z různých ústavů. Takže i ten mediální obraz je poněkud deformovaný.

Kdybyste mohla změnit jednu věc v systému dlouhodobé péče okamžitě, co by to bylo?

Tak tohle je tedy výzva, tahle otázka, ale pustím se do ní.

V první řadě si tedy vymezím, co vlastně pod pojmem dlouhodobá péče rozumíme: podle všech poněkud se lišících definic WHO, EU, OECD atd. se jedná o komplex opatření a služeb dlouhodobě poskytovaných lidem s omezenou soběstačností. Jde tedy o služby nejen sociální v našem slova smyslu (dle zákona o sociálních službách), ale také o některé zdravotní služby, další (například doprava) a také o různá technologická opatření ve smyslu odstranění bariér či asistivních technologií a podobně.

Již z této velmi zjednodušené definice a vysvětlení vidíme, že se jedná o problematiku vícerezortní či nadrezortní. Nu, a z toho nám vyplývá vcelku logické řešení jednoho ministerstva (zdravotní a sociální) péče, které ponechá ostatní agendy jiným ministerstvům (například financí či hospodářství).

Návrh zákona o dlouhodobé péči existoval v roce 2011, ale „neprošel“ a bylo rozhodnuto, že se problematika dlouhodobé péče bude řešit resortními změnovými opatřeními. A jak to vše dopadlo, již víme. Takže bych byla v organizačních řešeních prostě radikální, kdyby to měla být ta jedna věc.

Sociální služby chronicky trápí nedostatek personálu. Co by podle vás nejvíc pomohlo pracovníkům v přímé péči?

V každém případě se jedná o finanční ohodnocení, které opravdu pokulhává daleko za většinou ostatních obdobně náročných a namáhavých povolání. Dále je to společenské ocenění, respektování jejich role, přijetí a respekt ze strany společnosti. Tady jsme obloukem zase u té důstojnosti. Jedná se také o feminizaci, která určitě není jen chybou, protože přece jen to tak je, že ženy více tíhnou k pečujícím profesím. Na druhou stranu: pokud systém využívá či lépe řečeno zneužívá skutečnosti, že se jedná o většinu žen, tedy těch, které se nějak spokojí s nižšími platy, než je tomu v jiných profesích a odvětvích, tak je to prostě špatně. Když se podíváme na někdy až neúměrné platové nároky jiných profesí, tak financování pracovníků v přímé péči považuji prostě za skandál, který se ale nakonec obrátí proti nám všem. Musíme si uvědomit, že jsou to právě oni, kdo do značné míry vytváří kvalitu péče, tak jak jsme o ní už mluvili. Počítat s tím, že odněkud „dovezeme“ levnou pracovní sílu je podle mého názoru naprostá hloupost. Možná tak na balení cukru, ale nikoli na tak náročnou práci s lidmi, kde je potřeba právě toho porozumění, respektování důstojnosti a tak dále. Ve mzdové politice bychom se měli zaměřit na to, abychom si v systému péče udrželi právě ty kvalitní pečující, abychom jim zajistili dobré podmínky, a to nejen finanční.

K jejich zajištění je kromě dostatečných prostředků samozřejmě zapotřebí kvalitní management. Vedoucí pracovníci, kteří budou umět své týmy opravdu vést, motivovat, sami budou znát problematiku, budou se dále učit a umožňovat další rozvoj svým týmům.

Když se dnes podíváte na český systém sociálních služeb, co považujete za jeho největší silnou stránku — a co za největší problém?

Za největší a nejvýznamnější silnou stránku českého systému sociálních služeb považuji lidi v něm. Navštívila jsem mnoho zařízení a s jejich pracovníky prakticky na všech úrovních jsem se tam potkávala, diskutovala jsem s nimi na různých odborných akcích, seminářích, konferencích. Jsou to vlastně oni, kdo umožňují, aby systém fungoval a poskytoval potřebným lidem kvalitní služby.

Za velmi důležitý považuji také příspěvek na péči, na nějž mají nárok lidé, kteří péči potřebují. Ale tady se dostáváme už k tomu druhému pólu vaší otázky – k problémům. Příspěvek na péči přinesl nepochybně do systému sociálních služeb velmi důležitou změnu, ale za problém považuji již samotné posuzování a další postupy, které jsou zejména byrokratické, administrativní a vlastně se vůbec nejedná o sociální práci, která by zohledňovala zdroje daného člověka, rodiny, komunity atd. Byrokracii považuji za jeden z největších problémů celého systému. Je až nepředstavitelné, kolik času se vyplýtvá neefektivním úřadováním.

V praxi se často setkávám s rodinami, které se potýkají s těžko překonatelnými byrokratickými bariérami. Je to celý těžko proniknutelný systém, který je snad cíleně nastaven tak, aby lidem nepomohl (to stojí peníze), ale aby je od jakýchkoli požadavků odradil. Potom tedy logicky dojde k tomu, že z něj neprofitují ti nejpotřebnější, ale ti, kteří mají prostě v boji s byrokracií největší výdrž.

Musím se přiznat, že když mi rodinní příslušníci sdělovali, na jaké absurdnosti naráželi právě při žádání o příspěvek na péči, parkovací kartu a podobně, mnohdy jsem to považovala za nadsázku, nepochopení z jejich strany či něco podobného. Nedávno jsem ale sama sledovala jednu kasuistiku žádosti o parkovací povolení – a bohužel jsem se přesvědčila, že to je zatím stále velmi tvrdá realita. Že jazyk, kterým se náš „sociální systém“ obrací na své znevýhodněné občany je mnohdy naprosto nesrozumitelný i lidem s vysokoškolským vzděláním, že bariéry v něm jsou naprosto absurdní, nesmyslné a pro mnohé nepřekonatelné.

Děkujeme za rozhovor.

MARTIN POTŮČEK
LENKA KAPLANOVÁ

HISTORIE POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB Z POHLEDU PRÁVA

POKRAČOVÁNÍ

V minulém čísle Rezidenční péče (2/2026) jsme skončili vzpomínání v době těsně před přijetím zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Podrobně jsme hovořili o zákonu č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických organizacích a připomněli, že díky tomuto zákonu a následné judikatuře bylo tehdy možno poskytovat zdravotní péči v tehdejších ústavech sociální péče (dále jen „ÚSP"). Aby ÚSP získal statut nestátního zdravotnického zařízení, byla nutná registrace u obvodního (okresního) úřadu, odboru zdravotnictví a sociálních věcí. Vlastně se v současné době velkým obloukem vracíme k institutu registrace, neboť podle posledních novel zdravotních a sociálních předpisů je k poskytování zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb (dále jen „PZSS") opět nutná registrace (byť již ne jako nestátní zdravotnické zařízení).

PLENKOVÉ KALHOTKY POSLOUŽILY

Významným soudním sporem, který musíme zmínit, byla **causa tzv. „plenkových kalhotek".** Tato causa byla sporem mezi zdravotní pojišťovnou a jednotlivými klienty ÚSP o výklad přílohy č. 3, oddílu C, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Podle této právní úpravy prostředky zdravotnické techniky, kam patřily i absorpční prostředky pro inkontinentní (tzv. plenkové kalhotky"), měly být hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pokud tedy ošetřující lékař předepsal prostředek zdravotnické techniky, a to absorpční prostředek pro inkontinentní, pak tento měl být plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (dále jen „VZP") namítala, že by měly být tyto prostředky hrazeny z prostředků sociálního pojištění, neboť klienti jsou obyvateli ÚSP a poskytování těchto prostředků by mělo být součástí sociální péče. Dokonce vydala i metodický návod pro postup svých poboček, v němž byly absorpční prostředky pro inkontinentní vyňaty z povinnosti hradit je z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Na základě této metodiky pak lékárny či prodejny zdravotnických potřeb odmítaly tyto plenkové kalhotky bezplatně vydat klientům, byť tyto byly řádně indikovány ošetřujícím lékařem, právě s odvoláním na skutečnost, že VZP tyto pomůcky osobám žijícím v ÚSP neproplácí. Za této situace si většina klientů s ohledem na akutní potřebu tyto musela hradit ze svého, čímž jim vznikla škoda.

Tato causa je zajímavá i z toho hlediska, že šlo o nárok pojištěnce vůči své zdravotní pojišťovně, takže žalobu nemohl podat ÚSP, ale žalovat musel každý dotčený klient. Na VZP během krátkého okamžiku dopadlo řádově několik desítek žalob a několik stovek se jich připravovalo. Díky této „hromadnosti" a díky prvním rozhodnutím obecných soudů pak VZP kapitulovala. Uhradila škodu a náklady řízení všem, jichž se tato situace týkala.

Obecné soudy judikovaly, že přijetím systému veřejného zdravotního pojištění došlo k tomu, že zdravotní péče (včetně prostředků zdravotní techniky) je hrazena právě na základě veřejného zdravotního pojištění. Žalovaná pojišťovna pak porušila svou právní povinnost vyplývající pro ni ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a v příčinné souvislosti s tímto porušením vznikla žalobcům škoda v žalované výši, když sami museli hradit za absorpční prostředky částku, kterou měla hradit žalovaná zdravotní pojišťovna. Proto soud těmto žalobám v plném rozsahu vyhověl. Odvolací soud rozsudky soudu prvního stupně potvrdil jako věcně správné a uzavřel věc s tím, že předpisy o sociálním zabezpečení v žádném svém ustanovení nepočítají s tím, že by z prostředků sociálního zabezpečení byla hrazena zdravotní péče a prostředky zdravotnické techniky.

Vítězství ve sporu o tzv. plenkové kalhotky mělo i nesmírný psychologický dopad na klienty. Ukázalo se, že i klient v ÚSP podobně jako David může uspět ve sporu s Goliášem (zdravotní pojišťovnou). Opačně pro VZP pak tato situace znamenala, že nemůže o své újmě jednostranně porušovat obecně závazné předpisy a přijímat metodiku, jež je v rozporu s nimi. **Tedy opět díky úspěšným soudním sporům VZP zrušila svou metodiku, která byla v rozporu s obecně závazným právním předpisem.**

JUDIKATURA POSOUVÁ LEGISLATIVU

Přijetí zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, pak znamenalo, že pozice PZSS byla postavena na jisto. Zákon je považoval za zvláštní ambulantní péči (§ 22 cit. zák.). Důležité bylo i zakotvení tzv. kontraktační povinnosti zdravotních pojišťoven ve vztahu k PZSS a samozřejmě i zakotvení povinnosti zdravotní pojišťovny zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům (§ 46 odst. 1 cit. zák.). Je třeba připomenout, že zákon o veřejném zdravotním pojištění byl přijat jako určité provizorium, neboť se počítalo s přijetím nového komplexního systému veřejného zdravotního pojištění. Zákon, byť s řadou dílčích novel, platí dodnes. Naposledy byl novelizován v loňském roce současně se zákonem o zdravotních službách a zákonem o sociálních službách.

V dalších soudních sporech se pak řešila situace, kdy pojišťovna ještě neuzavřela tzv. zvláštní smlouvu a poskytovatelé zdravotních služeb poskytovali zdravotní péči pojištěncům žalované pojišťovny. Soudy dovodily, že nesmluvní zařízení má právo na hrazení tzv. nutné a neodkladné péče za stejných podmínek, jako by s ním smlouva uzavřena byla (§ 17 cit. zák.). Došlo tedy k situaci, kdy soud měl rozhod-

nout, zda šlo nutnou a neodkladnou péči, což je ovšem otázka odborná, kterou musel rozhodnout znalec. Soud stanovil znalecký ústav, a to 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy, Geriatrickou kliniku. **Znalecký posudek** je z roku 2001 a vypracovala ho komise vedená, doc. Neuwirthem, doc. Topinkovou a dalšími. Zajímavý byl závěr posudku, a sice že „Znalecká komise je jednoznačně toho názoru, že vzhledem ke zdravotnímu stavu a věku obyvatel DD je třeba hodnotit zdravotní péči poskytovanou obyvatelům domova důchodců jako nutnou a neodkladnou. Jejím odložením by mohlo dojít k vážnému ohrožení jejich zdravotního stavu". Dnes, s odstupem 25 let, kdy skladba klientů v PZSS je s ohledem na jejich věk a zdravotní stav ještě mnohem horší, můžeme tato slova označit jako prorocká.

Dále bychom měli zmínit spory z kontrolní činnosti zdravotních pojišťoven. Především je nutno zmínit, že **úhradové vyhlášky** v minulosti neobsahovaly ve výčtu odborností, na které se úhradová vyhláška vztahuje, odbornost 913. Bohužel, **Nejvyšší soud svým výkladem nahradil úmysl normotvůrce.** Obecně platí, že soudy zákony vykládají, nikoliv vytváří. Mohou výkladem zacelit mezeru v zákoně, ale nemohou jít proti dikci právní normy. Tento zásah do platné právní úpravy byl v minulosti demonstrován právě na příkladu úhradové vyhlášky. Ta v § 1 obsahovala taxativní výčet odborností, na které se vztahovala. Odbornost 913 v taxativním výčtu chyběla. Využití analogie Nejvyšším soudem bylo v rozporu i s právní teorií. K otázce analogie uvádí prof. Knapp (Knapp, Viktor, Teorie práva, I. Vyd. Praha, C.H.Beck, 1995, s. 173) *„Analogie je dále nepřípustná tam, kde skutkové podstaty jsou v zákoně vypočítány taxativně, naopak se analogie uplatní tehdy, jestliže zákon podává příkladný výčet něčeho."* Tedy na situace, kdy nebyl podepsán úhradový dodatek, neměla být, dle našeho názoru, analogicky aplikována úhradová vyhláška, ale vyhláška výkonová.

Závěrem uvedeme soudní spor, na jehož základě došlo ke změně obecně závazného právního předpisu. Spor se týkal výkladu výkonu 06613 – ošetřovatelská intervence – časová dotace 10 minut. Nejvyšší soud ve svém rozsudku ze dne 18. března 2015, sp. zn. 32 Cdo 866/2013, uvedl, že výkon je charakterizován údajem časové povahy „časová dispozice 10 minut", takže se jedná o ošetřovatelskou intervenci, charakterizovanou spotřebou času vyjádřenou v minutách, odrážející určitý, vyšší, kvalifikovaný stupeň časové náročnosti, tedy že je třeba vždy naplnit oněch 10 minut výkonu.

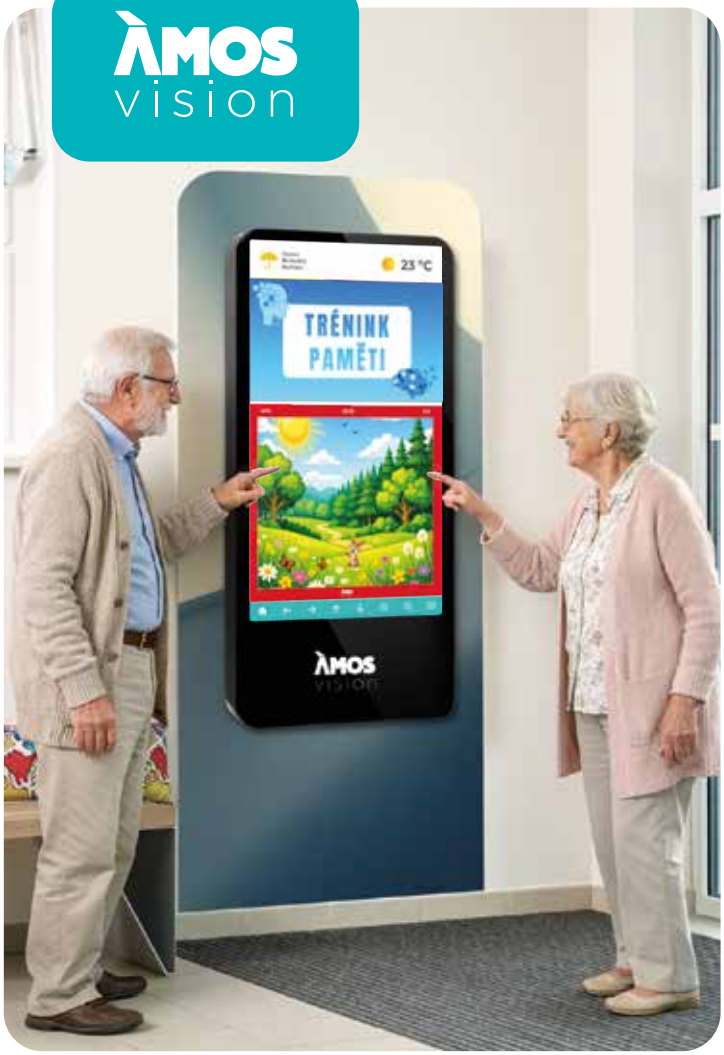
Ministerstvo zdravotnictví jako autor dotčené vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami, se s tímto názorem Nejvyššího soudu neztotožnilo, zejména ne s úvahami o účelu a podstatě výkonu 06613 ve spojení s tímto souslovím. Podle názoru Ministerstva zdravotnictví nemá dotčené sousloví žádný skutkový ani právní význam, a proto v rámci „technické novely" vydalo bleskově vyhl. č. 350/2015 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., jež dotčené sporné sousloví odstranila s účinností od 1.1.2016!

V tomto případě došlo k novele obecně závazného právního předpisu – vyhlášky Ministerstva zdravotnictví – právě na základě našeho soudního sporu.

Výše uvedené příklady dokumentují, jak judikatura posouvala legislativu, ale i praxi v poskytování zdravotních služeb v PZSS. Je zřejmé, že bez těchto soudních sporů by ke změně v této oblasti zřejmě tak rychle nedošlo.

JUDr. PETR HALUZA
advokát

ÁMOS vision



S ÁMOSKOU SENIOŘI TRÉNUJÍ
PAMĚŤ I POZORNOST

- Procvičují **paměť a soustředění**
- **Trénují postřeh** a jemnou motoriku
- Objevují nová místa a **poznávají svět**

NOVINKY NA ÁMOSKÁCH

- **Hra Chyť zajíce** už má více než **50 000 úspěšných zásahů**
- Připravujeme **novou hru** zaměřenou **na trénink paměti**
- Pracujeme na nových **virtuálních prohlídkách míst v Česku**

Každý den nová příležitost pro aktivizaci.

www.amosvision.cz

LESK A BÍDA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

POKRAČOVÁNÍ

Navazujeme na článek otištěný v červnovém čísle Rezidenční péče, ve kterém ředitel Jaroslav ZEMAN prezentoval svůj názor na stav sociálních služeb z pohledu mnoha aspektů. Nyní přinášíme pokračování, které se týká transformace péče o ohrožené děti. K 31. prosinci 2024 byl definitivně ukončen provoz klasických kojeneckých ústavů (dětských domovů pro děti do 3 let). Od ledna 2025 platí zákonný zákaz umisťovat děti do 4 let do ústavů.
A teď k té nejtvrdší realitě: Co se stalo s dětmi, které mají těžký mentální kombinovaný handicap nebo extrémní poruchy chování a vyžadují náročnou péči? Stát sice deklaroval, že „o všechny děti je postaráno", ale pohled pod pokličku ukazuje, jak obrovský tlak se přesunul právě na sociální služby a nestátní neziskové organizace.

KAM TYTO DĚTI REÁLNĚ ODEŠLY?

Když se kojenecké ústavy rušily, děti se nerozplynuly. Podle dat Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) se zhruba 41 % dětí vrátilo do biologických nebo šlo do pěstounských rodin. Zbylých **cca 58 % dětí ale muselo přejít do jiných typů zařízení nebo transformovaných služeb.**
U dětí s nejtěžším handicapem a chováním náročným na péči se situace řeší třemi způsoby:

- **Transformovaná Dětská centra (přerod na sociálně-zdravotní služby):** Bývalé kojenecké ústavy nezmizely z mapy. Většina z nich se transformovala. Budovy a personál se přeregistrovaly na Centra komplexní péče, specializované stacionáře nebo odlehčovací pobytové služby. Formálně to už není „kojenecký ústav", ale legislativně sociální nebo zdravotní služba. Dítě tam fyzicky leží dál, ale v jiném právním režimu.
- **Specializovaná pěstounská péče (Pěstouni na přechodnou dobu / profi pěstouni):** Stát se snaží tyto děti „umístit" do rodin. Existují pěstouni, kteří se hrdinsky specializují na děti s Downovým syndromem, autismem nebo těžkým somatickým postižením. Je jich ale kritický nedostatek. Najít pěstouna pro zdravé miminko je snadné, najít pěstouna pro dvouleté dítě s těžkým kombinovaným handicapem a sondou do žaludku, je téměř zázrak.
- **Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc:** Jako jsou například Klokánky. Ty mají ze zákona výjimku a mohou přijímat i nejmenší děti v krizové situaci. Jenže takováto zařízení jsou koncipována jako krátkodobá krizová lůžka (maximálně na několik měsíců). Jaká je ale realita? Kvůli chybějícím navazujícím službám v nich děti s handicapy a poruchami chování často „visí" mnohem déle, což blokuje místa pro akutní případy týraných dětí.

Proč to stát „hodil" na sociální služby a jaký to má háček?

Je pravdou, že stát udělal politické rozhodnutí (zrušit ústavy, abychom nebyli kritizováni mezinárodními organizacemi), **ale systém sociálních služeb na to dopředu materiálně ani personálně nevybavil.**
Kojenecké ústavy spadaly pod **Ministerstvo zdravotnictví.** Byli tam lékaři, dětské sestry, fyzioterapeuti a péče byla hrazena ze zdravotního pojištění. Přesunem do sociálních služeb (pod MPSV) vzniklo několik obrovských problémů.

- **Nedostatek specializovaného personálu v sociálních službách**

Běžné sociální služby (např. domovy pro osoby se zdravotním postižením – DOZP) nemají personál s lékařským a ošetřovatelským vzděláním pro takto malé děti. Pečovatel v sociálních službách (často s tříměsíčním kurzem) legálně nesmí provádět složité zdravotnické úkony. Zdravotního personálu je v sociálních službách výrazný nedostatek, ještě větší než ve zdravotnictví. Platy sester v sociálních službách jsou násobně vyšší než platy pečujícího personálu, ale stále jsou nižší, než mají sestry ve zdravotnictví.

- **„Výchovné problémy" vs. psychiatrická péče**

Děti s těžkými poruchami chování, autismem s agresivními projevy nebo hlubokou mentální retardací potřebují dětskou psychiatrii a speciální pedagogy. Dětská psychiatrie v ČR je však v naprostém klinickém kolapsu. Termíny na vyšetření jsou v řádu mnoha měsíců. Sociální služby tak dostávají do péče děti s extrémně náročným chováním, aniž by jim stát poskytl psychiatrickou a terapeutickou podporu, mnohdy nejsou schopny nebo ochotny poskytnout ani SOS péči.

- **Nedostatečné financování**

Zdravotní péče ve zdravotnických ústavech byla kryta pojišťovnami. V sociálních službách se bojuje o každou korunu z dotací (jak bylo zmíněno v předchozí odpovědi). Příspěvek na péči pro malé dítě často nepokryje náklady na osobního asistenta, kterého dítě s těžkou poruchou chování a potřebou náročné péče potřebuje. Pro zajištění optimální péče jde o režim 1:1. jeden klient = jeden pečující na jedno dítě.

Kdo se tedy o děti, které potřebují ústavní péči, stará?

V praxi leží hlavní tíha na:

1. **Organizacích, které nabízejí tuto speciální péči,** které zřizují specializované domovy a chráněná bydlení pro děti a mladistvé s autismem a chováním náročným na péči (např. organizace jako Nautis, Diakonie, Charita). Čím dál tím větší podíl této péče odvádí již transformované DOZP, které mají dostatečně silného zřizovatele. Tyto organizace neustále suplují roli státu a peníze shánějí od sponzorů a z nadací.
2. **Krajích,** které musí ze svých rozpočtů dotovat transformovaná dětská centra, aby vůbec přežila. Jde o velmi drahou péči, což stát v dotacích nezohledňuje.

TRPKÝ PARADOX TRANSFORMACE

Stát sice zakázal ústavy pro děti do 4 let, ale pokud má dítě tak těžký handicap, že pěstounskou péči objektivně nelze zajistit a terénní služby selžou, dítě je po dosaže-

ní 4 let věku často stejně umístěno do klasického dětského domova nebo DOZP. Problém se tím pádem pouze odsunul do vyššího věku.

A jsme zase u toho, cesta odklonu od velkých ústavů k rodinné péči je sice správná, ale v případě nejtěžších diagnóz a dětí vyžadujících non-stop ošetřovatelskou a psychiatrickou péči, stát trestuhodně podcenil přípravu terénu. Výsledkem je, že sociální služby jsou dnes přetížené dětmi, na jejichž specifické potřeby nemají lidi, legislativní krytí, ani peníze.

Toto není jen „velký průšvih" – je to naprosto kritická systémová krize, kterou za stát řeší ředitelé služeb, které tyto děti – klienty do svých zařízení vezmou, protože takovéto děti nemohou zůstat bezprizorní. Přijmou-li takovéhoto klienta, pak se přihlásí k tomu, že budou mít víc problémů a méně peněz. Do takto vyhrocené problematiky vnese stát ještě větší chaos a marnost tím, že přijme zákonné opatření, které nařizuje, že děti nemohou být v jednom zařízení s klienty 18+. Zase si zde hrajeme na kvalitu, ale jaké to přineslo problémy do sociálních služeb, si nikdo neujasnil. Jeden paragraf v zákoně a rázem nám chybí zařízení, kam bychom tyto klienty umístili. A to vše hned teď, nejraději okamžitě. Žádné přechodné období, aby bylo možné připravit podmínky. Takže co zbývá ředitelům? Nic než fungovat a zařízení provozovat tak, jak mohou nejlépe. V žádném případě to ale není dobře. Zde pak pod taktovkou státu vyrábíme kočkopsy. Ředitelé cítí odpovědnost, ale správná řešení nastavit zpravidla nemohou. Takže je čeká frustrace z toho, že jsou v tom sami a nikdo neposlouchá jejich připomínky ani oprávněné požadavky na řešení situace, kterou nastavil stát. Nařízení platí, peníze na něj nejsou a pověřené orgány se jím budou při kontrolách řídit. Zřizovatelé jsou bezradní, protože stát sice něco nařídil, ale jaksi zapomněl, že realizace bude vyžadovat nemalé finanční prostředky.

Stát v podstatě bez uzardění přenesl nejtěžší medicínsko-sociální případy dětské klientely na bedra organizací, ale nechal je ve finančním i personálním vakuu.

Připadá mi, že klíčový nešvar českého systému, který má řešit **zdravotně-sociální pomezí,** je velmi nakloněn potřebám zdravotníků a **sociální sféra je zde vnímána jako chudý příbuzný.** Zatímco zdravotnictví má silnou lobby, jasně definované úhrady od pojišťoven a tabulkové platy, o kterých se pečujícímu personálu může jen zdát, sociální služby jsou závislé na každoročním nejistém „žádání" o dotace z Ministerstva práce a sociálních věcí. Ministerstvo rozhodne, kolik do systému uvolní prostředků a tyto dotace zašle krajům, aby je rozdělili sami. Samozřejmě, že je to pro ministerstvo jednodušší varianta, protože se nemusí přímo účastnit toho, komu dát, komu nedat a jak vyjít s penězi, kterých je každoročně málo.

Pro ředitele je to realita, se kterou jako manažeři dnes a denně bojují, a která má extrémně nespravedlivé parametry:

- **Podfinancování personálu vs. extrémní náročnost**

V sociální službě se klade stále více povinností na personál, neustále se zvyšuje administrativní zátěž a využívají se moderní technologie. Ředitel by měl zajistit personál, který je empatický, obětavý, umí pracovat s moderními technologiemi, nevadí mu přímá péče o klienta a nejlépe aby byl altruistického ladění. Za to můžete personálu nabídnout mzdu, která v některých případech nesplňuje ani hranici zaručené mzdy. Proč stát připravuje pracovní pozice, které vyžadují obrovskou psychickou odolnost, specifické deeskalační techniky a fyzickou zdatnost (pro zvládání neklidných psychiatrických klientů)? Přitom jim ale kvůli nastavení dotačních titulů a platových tabulek v sociálních službách nemůžete nabídnout ani zdaleka takové platové ohodnocení, jaké by za takto rizikovou práci měli dostat. Výsledkem je permanentní podstav a fluktuace.

- **Zdravotní pojišťovny si myjí ruce**

Ačkoliv současní klienti vyžadují intenzivní péči, která má hluboký zdravotní přesah (dohled nad medikací, monitoring psychiatrického stavu), proplatit od pojišťoven ošetřovatelskou péči (pověstný výkon 06613, který spadá pod odbornost 913) je v sociálních službách byrokratické peklo s nejistým výsledkem. Pojišťovny se tváří, že jakmile je člověk u vás, je to „sociální případ", ačkoliv jeho diagnóza je čistě medicínská. Zdravotní pojišťovny ani netuší, kolik práce odvádí v sociálních službách zdravotní personál, a jak rozdílně je placen proti výkonům sester v nemocnicích. Pardon, tady se musím omluvit. Pojišťovny to dobře ví a také jim to vyhovuje.

- **Absurdní ekonomika provozu**

Pokud si zřídíte specializovanou službu (např. domov se zvláštním režimem nebo specifické oddělení), fixní náklady na zabezpečení prostoru, zvýšený počet personálu ve směnách a neustálé opravy vybavení, které raptující klienti ničí, tak můžete počítat s tím, že se vám výdaje dramaticky zvednou, ale bude to zcela k vaší škodě. Stát nezajímá, kde na to vy nebo váš zřizovatel vezmete. Je to tedy služba, která negativně ovlivní rozpočet celé vaší organizace. Stát sice deklaruje podporu reformy, ale v dotačních řízeních reálné vícenáklady na jednoho psychiatrického klienta neodráží.

Vážené paní ředitelky a páni ředitelé, **pomalu, ale jistě se dostáváme do pasti:** Stát prostřednictvím reforem, zákonů a vyhlášek vytvořil tlak na to, abychom zřizovali služby pro těžko umístitelné klienty, kteří měli své místo v systému, ale právě stát se zapříčinil o to že tito lidé „oficiálně neměli kam jít". Když vám služba běží a ukazuje se její reálná nákladovost, dává stát ruce pryč a tváří se, že je to váš manažerský problém. To je z dlouhodobého hlediska pro management jakéhokoliv domova naprosto neudržitelné. Mnohdy se situace vyhrotí natolik, že hrozí kolaps celé služby. Jediná záchrana jsou zřizo-

vatelé, a někdy i kraje, kteří vás finančně podpoří.

Kam to povede: Jestli se něco nezmění ve financování sociálních služeb, nutně se jednou můžete dostat do situace, kdy budete muset hasit denní provoz, a tak začnete zvažovat, zda v této fázi není namístě například omezení kapacity již provozované služby, případně ještě radikálnější krok v podobě nepřijímání dalších klientů. Dokud ministerstvo nebude upravovat dotační koeficienty pro kraje tak, aby odpovídaly požadavkům, které jsou na sociální služby kladené, nebude nikdy zaručeno, že bude na provoz a rozvoj sítě sociálních služeb dostatek financí.

Další problém vidím v tom, jak oblast sociálních služeb ovlivňuje poměrně nepovedená reforma psychiatrické péče

Ani tento krok organizovaný státem si v ničem nezadá s ostatními rozhodnutími státu udělat něco dobře, ale bohužel bez přípravy a bez finančních prostředků, které by reformní kroky umožnily.

Reforma psychiatrické péče sice přišla s humánní a správnou myšlenkou – **deinstitucionalizací** (tedy přesunem pacientů z velkých léčeben do domácího prostředí) – ale její realizace v praxi těžce narazila na realitu české sociální sítě.

Zde jsou hlavní důvody, proč tento „povedený záměr, ale nepovedený proces" tak drsně dopadá právě na sociální služby:

1. Přenesení odpovědnosti bez peněz a personálu

Když se začala zavírat nebo redukovat lůžka v psychiatrických nemocnicích, tito lidé nezmizeli. Přesunuli se do komunity. Jenže terénní sociální služby (azylové domy, domovy se zvláštním režimem, osobní asistence) na takový nápor nebyly – a stále nejsou – personálně ani finančně dimenzovány. Sociální pracovníci často suplují zdravotní péči, na kterou nemají kompetence ani výcvik.

2. Chybějící mezičlánek (CDZ nestíhají)

Centra duševního zdraví (CDZ), která měla fungovat jako onen vysněný most mezi zdravotnictvím a sociální sférou, vznikla v naprosto nedostatečném počtu. Navíc narážejí na kritický nedostatek psychiatrů a klinických psychologů. Výsledek? Most má trhliny a klienti jimi propadávají rovnou do běžných sociálních služeb, které si s nimi neví rady.

3. Fenomén „otáčivých dveří"

Protože v komunitě chybí stabilní zázemí, klienti se často ocitají v krizových situacích. Sociální služby (např. běžné domovy pro seniory nebo azylové domy), kam tito pacienti nastoupili a stali se tak klienty sociální služby, nejsou zařízené na zvládání akutních projevů psychotických onemocnění. Zaměstnanci jsou často z jejich projevů vyhořelí, ostatní klienti mohou být v ohrožení a výsledkem je, že se tito lidé buď vrací na akutní psychiatrii, nebo končí na ulici. Peníze na to, že mají tito klienti mít jinak zařízené ubytovací prostory, má tu být poučený personál, a to v dostatečném počtu, zatím chybí a zřejmě i chybět budou, protože na výstavbu nových domovů, které by odpovídaly této službě, prostě chybí. Stát jako i v jiných případech rozhodl o změně, ale nepřihlásil se k jejímu financování v dostatečné míře.

Stručně řečeno: Zdravotní reforma škrtla lůžka, ale zapomněla, že sociální služby nemají kouzelný proutek, kterým by bez masivního navýšení rozpočtů a specialistů zvládly takto specifickou a náročnou cílovou skupinu.

Vidíte tento dopad nejvíce v oblasti nedostatku kapacit (např. v domovech se zvláštním režimem), nebo spíše v tom, že personál v běžných službách není na práci s lidmi s psychiatrickou diagnózou vůbec proškolen?

ZÁVĚR

Závěrem mohu jen konstatovat, že žijeme ve velmi dynamické době a jsme obklopeni změnami, které se nás dotýkají. Myslím, že se shodneme na tom, že se nebráníme změnám, ale musí být proveditelné. Pokud jde třeba i o reformy spojené se změnami, které vyžadují investice, je logické, že k jejich naplnění dochází v čase a změnou nejen pravidel, ale mnohdy i prostředí. Pokud je to spojené s výdaji, které chybí, pak je logické, že díky tomu není možné změnu provést.

Odpovědné instituce by se měly zamyslet nad tím, co možné je, a co ne. V sociálních službách se toho poslední dobou nasbíralo víc, než je zdrávo. A tak si myslím, že realita, se kterou dnes jako manažeři denně bojujeme, má extrémně nespravedlivé parametry, které významně ovlivňují celý sociální systém.

Vzhledem k demografii, která je neúprosná, a dává jasně najevo, jakým směrem sociální služby půjdou, pak by bylo potřeba vzít rozum do hrsti a říct si, na co máme, na co ne, a podle toho provádět změny. Kvalita nemusí být extrémně drahá, jen musí mít nastavené optimální parametry, na které stát má.

PhDr. JAROSLAV ZEMAN MBA, LL.M.
ředitel
Podkrušnohorské domovy sociálních služeb
Dubí – Teplice p.o.

PROCVIČME SI MOZEK! *(skrývačky pro vás i vaše klienty)*

Což takhle dát si do nosu? Aby nedošlo k omylu, nevyzývám k boxerskému souboji, ale k vypátrání jídel, která jsou ukryta v následujících skrývačkách. Tak hodně úspěchů při luštění a dopřejte si k němu nějakou dobrou baštu!

1. Je začátek nového školního roku, lajdačení žáků a studentů musí přestat.
2. Je to povaha šetřivá, vesta, kterou stále nosí, pamatuje první vydání Švejka.
3. Málokteré biologické učivo ovládáme tak dokonale jako láčkovce.
4. Nemíníme vdechovat nadále čoud z vašich odporných tabákových výrobků.
5. Podnikovým mikrobusem jsme přijeli až těsně k lesu s hispánskými turisty.
6. Cestující neopatrně otevřel klec a vzápětí v autobuse kanárek předvedl své letecké schopnosti.
7. Je to velmi kvalitní příze, kupující s ní určitě budou náramně spokojeni.
8. Pověz mi, trhane, co jsi kde vyváděl, že máš košili rozedranou na cucky.
9. Situace na naší zahrádce je nevyjasněná, kypříme půdu dostatečně, nebo musíme přidat?
10. Už se tady neválej, Tome, letadlo na tebe nebude čekat.
11. Naše výhodná kupní nabídka šetří vaše finanční výdaje.
12. Předvádí tady urputný vzdor, těžko ho přesvědčíme, aby se přiznal.

LUBOŠ ČEJKA

Řešení: *1 – kuláda, 2 – hasič, 3 – kolář, 4 – letec, 5 – sushi, 6 – sekunda, 7 – příze, 8 – trhanec, 9 – nákyp, 10 – omeleta, 11 – kaše, 12 – dort.*

Zdravotnické vozíky pro náročný provoz v sociálních službách a ve zdravotnictví

Zdravotnické vozíky umožňují mít zdravotnický materiál, pomůcky i dokumentaci vždy **přehledně uspořádané a snadno dostupné** přímo na místě péče. Podporují plynulý chod oddělení, zrychlují každodenní pracovní úkony a pomáhají udržet pořádek i přehled v náročném provozu.

Promyšlené členění zásuvek a úložných prostor umožňuje **rychlou orientaci** a minimalizuje zbytečné přesuny personálu. Snadná manipulace, stabilní konstrukce a kvalitní kolečka zajišťují **bezpečný pohyb** vozíku i v plně zatíženém stavu. Odolné materiály a hladké povrchy usnadňují čištění a podporují **vysoký hygienický standard**.

Výsledkem je **spolehlivé a funkční řešení**, které usnadňuje práci personálu a přispívá ke kvalitní péči. Chcete poradit s výběrem vhodného řešení? Kontaktujte nás!

E-mail: info@cleanlife.cz
Tel: 608 837 006

ZMĚNA ZAČÍNÁ U NÁS

V oblasti sociálních služeb, tedy péče o lidi, kteří jsou nějakým způsobem zranitelní, se nejčastěji mluví o nedostatku financí, případně nedostatku kvalifikovaného personálu. Jedná se bezpochyby o zásadní problémy. Někdy se však v debatě o tom, co sociální služby potřebují, zapomíná na další velmi důležitou otázku: Jaké prostředí v těchto službách vlastně vytváříme pro lidi, kteří v nich žijí, a také pro ty, kdo v nich každý den pracují?

Každý z nás je do jisté míry zvyklý žít tak, jak mu to vyhovuje: máme svůj rytmus a potřeby. Můžeme se rozhodovat, kdy budeme snídat, kdy si pustíme televizi, kdy chceme být sami a kdy chceme něčí společnost. Ve svém domově si vytváříme vlastní pravidla a přizpůsobujeme je tomu, jak žijeme.

Když ale člověk žije v instituci, často se musí přizpůsobovat situacím či předpisům, které nevznikly podle jeho potřeb, ale podle potřeb provozu. Vstává se v určitý čas, některé činnosti mají svůj pevně stanovený režim. Člověk se musí přizpůsobit střídání zaměstnanců, potřebám ostatních lidí i tomu, jak je služba zorganizovaná.

Pro většinu z nás by bylo těžké vzdát se možnosti rozhodovat o tak běžných věcech. Přesto právě to někdy očekáváme od lidí, kteří mohou jen obtížně dát najevo, že jim něco nevyhovuje. Jak se asi cítí člověk s narušenou schopností komunikace, který nemůže jednoduše říct, že něčemu nerozumí, že má strach, že potřebuje více času nebo že chce prostě něco udělat jinak? A co když nemá možnost odejít, když je prostředí příliš hlučné?

Pokud má člověk jen omezené možnosti ovlivňovat svůj každodenní život, stává se pasivním pozorovatelem toho, co se kolem něj děje. Možná se bude snažit dát nám nějak najevo, že se mu to nelíbí. A tím se dostáváme k tématu náročného chování.

Náročné chování se může objevit u lidí, kteří mají omezené možnosti sdělit své potřeby nebo jsou závislí na vysoké míře podpory druhých. Komunikují tedy svým chováním. Tato skupina lidí s komplexními potřebami podpory vyžaduje vyšší míru péče, která není vždy snadno dostupná. Některá zařízení je odmítají a rodiny zůstávají na péči o své blízké samy. Organizace říkají, že na takového člověka nemají personál, zkušenosti, vhodné prostory nebo dostatek odborné podpory.

Práce s lidmi, kteří mají komplexní potřeby a jejichž chování může být pro okolí náročné, není jednoduchá. Přesto stojí za to začít u věcí, které můžeme jako poskytovatelé sociálních služeb skutečně ovlivnit. **U prostředí. A u nás samotných.**

PROSTŘEDÍ NENÍ JEN KULISA

My všichni se potřebujeme cítit bezpečně, mít svůj prostor a prostředí, ve kterém nám je dobře. Prostředí totiž není jen kulisou. Může člověku pomáhat, nebo mu naopak každý den přinášet velký stres. Hluk, množství lidí, nedostatek soukromí, časté změny, nejasný režim, nuda nebo naopak příliš mnoho podnětů – to všechno může mít vliv na pohodu člověka. A pokud neumí říct, že už je toho na něj moc, může se začít vyjadřovat jiným způsobem.

Naším cílem by proto nemělo být pouze odstraňovat nejviditelnější institucionální prvky péče. Měli bychom přemýšlet o tom, zda vytváříme skutečný domov. Domov není místnost, kde je postel, stůl a skříň. Je to místo, kde máme své věci, můžeme si pověsit oblíbený obrázek a přijímat návštěvy mimo návštěvní hodiny: zkrátka kde máme určitou kontrolu nad tím, co se kolem nás děje.

Pro řadu sociálních služeb je to problém, protože předpisy vyžadují speciální nábytek a vybavení, které je sice dokonale odolné, ale zároveň připomíná spíš ústav než domov. A možná si musíme položit otázku, jestli nerozbitný záchod je důležitější než kvalita života člověka, který v daném prostoru skutečně žije.

KAŽDÝ POTŘEBUJE MOŽNOST NĚCO OVLIVNIT

Ve velkých zařízeních nemají lidé s nejvyšší mírou podpory mnoho příležitostí uplatnit svou vůli ani rozvíjet své schopnosti. Ve velké domácnosti je provoz logicky složitější a mnoho úkonů se proto děje rychleji, efektivněji a bez účasti lidí, kteří ve službě žijí.

Jenže právě tím je můžeme připravit o běžné příležitosti.

I dvaatřicetiletý člověk s autismem a těžkým intelektovým postižením se může zapojit do praní svého prádla, přípravy jídla nebo vynášení tříděného odpadu. Možná to bude trvat déle a nebude to dokonalé. Ale jsou to jeho věci, jeho život a jeho domov.

Ve velkém ústavním zařízení je mnohem obtížnější vytvářet prostor pro skutečně individuální podporu. Komunitní služby samy o sobě samozřejmě nejsou zárukou dobrého života. Mohou ale vytvořit prostor pro skutečně individuální podporu – pokud se nezastavíme jen u změny adresy a velikosti budovy. **Není to rychlé. Není to jednoduché. Ale stojí to za to.**

PROSTŘEDÍ VYTVÁŘÍME I PRO ZAMĚSTNANCE

Když mluvíme o prostředí sociální služby, neměli bychom ale myslet pouze na klienty. Ve službě tráví každý den svůj čas i její zaměstnanci.

A možná právě tady se někdy dostáváme k jednomu z největších paradoxů soci-

álních služeb. Chceme po pracovnících, aby byli klidní, vnímaví, trpěliví a dokázali v náročných situacích reagovat promyšleně. Aby rozpoznali potřeby člověka, který nemůže jednoduše říct, co potřebuje.
Zároveň jim ale někdy vytváříme prostředí, ve kterém jsou dlouhodobě pod tlakem a po náročném incidentu se od nich očekává především to, že budou okamžitě schopní fungovat dál. Jenže i zaměstnanec má své limity.
Pokud člověk pracuje ve stresu, ve strachu z dalšího incidentu nebo s pocitem, že na složitou situaci zůstává sám, je mnohem těžší být proaktivní. Je mnohem snazší reagovat až ve chvíli, kdy problém nastane. Snažit se situaci rychle zastavit, uklidnit, zvládnout a přežít směnu. Nemusí to být selhání jednotlivce. Může to být důsledek prostředí, ve kterém pracuje.
Chceme-li proto měnit podporu lidí s náročným chováním, nestačí říct zaměstnancům, aby se začali chovat jinak. Musíme jim také vytvořit podmínky, ve kterých skutečně budou moci něco změnit.
Musíme jim dát možnost zastavit se a přemýšlet. Mluvit o tom, co se stalo, bez automatického hledání viníka. Učit se z náročných situací a vědět, že vedení organizace stojí za pracovníky.
Protože kultura služby se nakonec neprojevuje v tom, co máme napsané v metodice. Projevuje se v tom, co se stane ve chvíli, kdy něco nejde podle plánu.

OD OTÁZKY „JAK TO ZASTAVÍME?“ K OTÁZCE „PROČ SE TO DĚJE?“

Klíčovým faktorem je spolupráce: změna by se měla týkat jak vedení organizace a vedoucích týmů, tak i pracovníků v přímé péči. Ti všichni by měli být schopní vnímat člověka, rozpoznat jeho potřeby a hledat příčiny jeho chování. Velký posun totiž nastane ve chvíli, kdy se místo **„Jak to chování odstraníme?“** začneme ptát **„Proč se to děje? Co nám tím chce člověk říct? A co můžeme změnit, aby tuto situaci nemusel řešit právě tímto způsobem?“**
Náročné chování samozřejmě nemusí mít jednu jednoduchou příčinu. Může souviset s bolestí, strachem, nejistotou, potřebou něco získat nebo se něčemu vyhnout. Může souviset s komunikací, vztahy nebo tím, že člověk nemůže rozhodovat o věcech sám.

PBS: PODPORA, KTERÁ ZAČÍNÁ DŘÍV

Právě na hledání příčin chování a na podpoře, která je více proaktivní než reaktivní, je založen přístup Podpora pozitivního chování (Positive Behaviour Support), tedy PBS. Snaží se nás vést k tomu, abychom nepřemýšleli jen nad tím, jak zareagujeme ve chvíli, kdy nastane krize. Snaží se nás naučit, abychom uvažovali o tom, co můžeme udělat předtím.
Jak můžeme upravit prostředí? Jak zlepšit komunikaci? Jak dát člověku více možností volby? Jak se může sám rozhodovat o tom, jak bude žít? Jak můžeme podpořit zaměstnance, aby dokázali společně hledat odpovědi na tyto otázky?
PBS není soubor triků ani návod, jak přimět člověka, aby se „choval správně“. Je to způsob myšlení, který vnímá život člověka komplexně, jako celek. A stejně chápe i celý systém podpory kolem něj.

ZMĚNA ZAČÍNÁ U NÁS

Možná právě proto je název tohoto článku důležitější, než se na první pohled zdá: přestat vnímat náročné chování jako problém, který je potřeba odstranit, a začít se dívat na celý kontext života člověka. Změna začíná u nás.
Znamená to, že každý z nás – pracovník v přímé péči, vedoucí, ředitel organizace, odborník i zřizovatel – může ovlivnit prostředí, které kolem klientů vytváříme. Na nastavení kultury a hodnot organizace se podílejí všichni. Můžeme se rozhodnout, že budeme hledat příčiny místo viníků a přemýšlet o tom, co všechno člověk může dokázat, když mu dáme šanci. A taky se zamyslíme nad tím, co potřebujeme my sami, abychom takovou podporu dokázali poskytovat dlouhodobě.

Podpora pozitivního chování po nás žádá změnu myšlení – toho, jak přemýšlíme o lidech. Právě proto jsme se rozhodli přispět k tomu, aby se tento přístup stal dostupnějším i v českém prostředí. Díky podpoře Jihomoravského kraje a města Brna naše organizace Tady to mám rád[1] ve spolupráci s organizací Děti úplňku[2] překládá sadu materiálů PBS od britské organizace The Challenging Behaviour Foundation[3] a chystá koncem roku otevřít webovou platformu s dostupnými informacemi. Věříme, že informace by měly být dostupné lidem, kteří je potřebují. Proto budou všechny materiály k dispozici zdarma.
Protože **zvýšení kvality života těch nejzranitelnějších lidí začíná u prostředí, ve kterém žijí, a u lidí, kteří je podporují. A obojí můžeme ovlivnit.**

MARTINA LINTNEROVÁ, PETRA MERTINOVÁ
Tady to mám rád, z.s.
Foto: archiv Tady to mám rád, z.s.

1 https://www.tadytomamrad.cz/
2 https://detiuplnku.cz/
3 https://www.challengingbehaviour.org.uk/

Článek vznikl v rámci projektu Podpora procesu deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb v ČR, reg. č. CZ.03.02.02/00/22_004/0000724, který je spolufinancovaný z prostředků Evropského sociálního fondu plus prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost plus a státního rozpočtu České republiky.

Spolufinancováno Evropskou unií
Ministerstvo práce a sociálních věcí

MLČENÍ NENÍ DŮKAZ, ŽE JE VŠECHNO V POŘÁDKU

V sociálních službách se hodně mluví o nedostatku lidí, o přetížení, o směnách navíc a o tom, jak těžké je nové pracovníky získat a ty zkušené si udržet. Méně se ale mluví o něčem, co je podle mě stejně důležité: co se stane v organizaci, když se její zaměstnanci začnou bát říkat, co se skutečně děje.Protože problém, o kterém zaměstnanci mluví, se dá řešit. Problém, o kterém se mlčí, může postupně růst, až ho už není možné přehlédnout.

Pečovatelky a pečovatelé pracují s lidmi, kteří jsou často nemocní, křehcí a závislí na pomoci druhých. Očekáváme od nich empatii, profesionalitu, zodpovědnost a také schopnost upozornit na situaci, která není v pořádku. Jenže jak můžeme chtít, aby se nebáli mluvit za klienta, pokud sami nemají pocit, že mohou bezpečně mluvit za sebe?

Sama znám velmi dobře tu druhou stránku. Směny navíc beru prakticky celou dobu, co pro firmu pracuji. Ne proto, abych měla o pár stovek víc, ale aby je nemusely brát kolegyně s malými dětmi, aby provoz fungoval a nebyl mezi námi ještě větší stres. Pomáhám novým kolegyním a kolegům, zaučuji, radím, a když je potřeba, prostě pomůžu. V péči je pro mě přirozené podat pomocnou ruku.

Jenže právě na této ochotě se dá velmi snadno postavit fungování celé služby. Když člověk opakovaně řekne „já to vezmu“, začne být jeho ochota vnímána jako samozřejmost. Když zvládne náročnou situaci, dostane další. Když pomůže jednou, předpokládá se, že pomůže znovu.

A přitom i spolehlivý člověk má svoje hranice.

Když je překračujeme dlouhodobě, nepřichází jen únava. Přichází znechucení, ztráta energie, někdy strach a nakonec i otázka, jestli člověk vůbec chce v práci zůstat.

Nedávno jsem narazila na anonymní příspěvek jedné pečovatelky, která napsala, že se bojí říct pravdu, protože potřebuje peníze a nechce přijít o práci. Popsala dlouhé směny, stres mezi klienty, nemožnost všechno včas stihnout a únavu. Nejvíc mě ale zarazila věta, že se zaměstnanci bojí ozvat, protože nechtějí dostávat nejhorší péče.

A pak jsem četla komentáře.

Podobné zkušenosti se opakovaly znovu a znovu. Lidé psali o strachu mluvit, o obavách z následků, o tom, že vedení někdy neví, co se skutečně děje, a také o lidech, kteří nakonec raději odešli.

Neříkám, že každý takový příběh popisuje celou organizaci nebo že každé vedení funguje stejně. Ale pokud se podobný pocit objevuje opakovaně u různých lidí, stojí za to se zastavit a poslouchat.

Protože nejhorší není, když zaměstnanec řekne: „Tohle nefunguje.“

Nejhorší je, když už to říct nechce.

Když zjistí, že je jednodušší mlčet, nic nevidět, nic neslyšet a hlavně nic neříkat. Když raději vezme další směnu, udělá, co se po něm chce, a odejde domů, než aby znovu vysvětloval, že už toho má příliš.

A organizace potom může skutečně žít v přesvědčení, že je všechno v pořádku.

Protože k ní problémy jednoduše nedoputují.

Někdy slýcháme: „Tak to řekněte vedení.“

Jenže nestačí zaměstnanci říct, aby mluvil. Musí existovat prostředí, ve kterém se může ozvat bez strachu z toho, co bude následovat, a ve kterém připomínka nebude automaticky považována za útok, neloajalitu nebo problémové chování.

Platí to v terénních službách stejně jako v pobytových zařízeních. Za každou směnou, každým rozpisem a každým prázdným místem v tabulce je člověk. Pečovatelka nebo pečovatel, který má svoje hranice, svoje zdraví, svoji rodinu a právo vracet se z práce domů v pořádku.

A za každým tím člověkem je klient, který potřebuje bezpečnou a kvalitní péči.

Proto bychom se neměli ptát jen na to, kolik lidí nám v sociálních službách chybí. Měli bychom se ptát také, proč lidé odcházejí, proč se bojí mluvit a co se v organizaci děje ve chvíli, kdy zaměstnanci raději mlčí, než aby řekli, že něco není v pořádku.

Protože mlčení ještě neznamená, že je všechno v pořádku.

Někdy znamená jen to, že už člověk nemá sílu nebo odvahu znovu bojovat.

A právě tehdy bychom měli zbystřit. Protože problém, o kterém se nemluví, nezmizel. Jen není vidět.

A v sociálních službách může být cena za takové mlčení nakonec mnohem vyšší než jen nespokojený zaměstnanec. Může se dotknout toho nejdůležitějšího, co máme chránit:

ČLOVĚKA, O KTERÉHO PEČUJEME.

Prostě pečovatelka ♡

SDÍLENÁ PÉČE

ODPOVĚĎ NA ROSTOUCÍ POTŘEBY SENIORŮ

Narůstající počet seniorů v populaci a prodlužující se délka života představují významnou výzvu pro systémy sociální a zdravotní péče. Tento demografický trend vytváří zvýšený tlak nejen na pobytové a ambulantní služby, ale i na rodinné, tedy neformální pečovatele. Řada evropských zemí proto usiluje o to, aby senioři mohli co nejdéle setrvat ve svém přirozeném domácím prostředí, a to za podpory kombinace rodinné péče a terénních sociálních služeb.

Rodinní pečovatelé však často sami patří do seniorského nebo předseniorského věku. Péče o blízkou osobu pro ně bývá novou a náročnou životní situací, na kterou nejsou dostatečně připraveni. Postrádají potřebné znalosti, praktické dovednosti i technické vybavení, které by jim péči usnadnilo. Nezřídka také čelí nejistotě, kam se obrátit pro radu, podporu či odbornou pomoc.

Na tuto situaci reagovala v Teplicích spolupráce mezi společností Rehabcare, Českým červeným křížem a nemocničním zařízením. Tyto organizace společně realizovaly vzdělávací kurzy určené pro neformální pečovatele. Účastníci byli seznámeni s možnostmi podpory v rámci sociálního systému a získali praktické dovednosti v oblastech, jako je manipulace s pacientem na lůžku, péče o kůži, prevence dekubitů, význam správné výživy či podpora soběstačnosti seniora.

Kurzy byly určeny nejen osobám, které již o své blízké pečují, ale také pracovníkům institucionální a terénní sociální péče, všeobecným sestrám a sociálním pracovníkům. Právě tato mezioborová setkání ukázala potřebu intenzivnější spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami.

Z diskusí vyplynulo, že klíčovým prvkem efektivní péče je sdílení informací a koordinace postupů. V praxi to znamená například zajistit, aby při propuštění pacienta z nemocnice bylo již předem zřejmé, že má zajištěnou domácí péči, případně aby mu byly poskytnuty informace o dostupných terénních službách a možnostech získání či zapůjčení kompenzačních pomůcek. Stejně tak je důležité, aby zařízení poskytující pobytové služby měla přehled o rozsahu dosavadní péče v domácím prostředí a byla schopna navázat na předchozí podporu, včetně edukace rodinných pečovatelů.

Sdílená péče, založená na spolupráci rodiny, zdravotních a sociálních služeb, se tak ukazuje jako efektivní model, který může významně přispět ke zvýšení kvality života seniorů i jejich pečujících.

MIROSLAVA BAREŠOVÁ
účastnice kurzů

JAK FUNGUJÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE VĚZEŇSTVÍ?

STÁRNOUCÍ VĚZEŇSKÁ POPULACE:

URGENTNÍ VÝZVA PRO ČESKOU JUSTICI A ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotní služby ve věznicích v České republice zajišťují již zhruba dva roky „Zdravotnická zařízení ministerstva spravedlnosti, státní příspěvková organizace", dále jen „ZZMS". Zdravotní péči tedy zajišťují pro tzv. vězněné osoby zdravotničtí pracovníci, nelékaři a lékaři včetně lůžkové a ambulantní složky péče. Lůžková péče je zajišťována ve dvou nemocnicích, kde se poskytuje chirurgická a interní péče a dále péče infekčního a psychiatrického oddělení a specializovaná péče. ZZMS rovněž zajišťuje zdravotní péči v několika tzv. detenčních ústavech. Ambulantní péče se poskytuje ve zdravotnických střediscích v jednotlivých věznicích, napříč celou ČR. Vězněné osoby jsou osoby obviněné, tedy ve výkonu vazby, odsouzené, tedy ve výkonu trestu odnětí svobody a tzv. chovanci umístění v zabezpečovací detenci. Vězněné osoby jsou povinné respektovat zákonná omezení a pracuje se s nimi v mnoha oblastech, včetně oblasti péče a ochrany jejich zdraví.

Zákonné podmínky pro ochranu zdraví vězněných osob v ČR garantují vězňům srovnatelnou úroveň zdravotní péče jako běžným občanům, avšak s omezeními vyplývajícími z povahy výkonu trestu nebo vazby. Vězněné osoby tedy mají zákonný nárok na bezplatnou základní ambulantní i ústavní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

Vězněným osobám je zákonem odejmuto právo na svobodnou volbu lékaře, klinického psychologa a zdravotnického zařízení. Musí využívat služby určeného lékaře. Vězni si nesmí nechat posílat léky zvenčí v balíčcích. Veškerá léčiva jim zajišťuje a vydává výhradně určený zdravotnický personál, a to z bezpečnostních důvodů (riziko zneužití či distribuce drog). Vězněná osoba je ze zákona povinna podrobit se preventivním prohlídkám – konkrétně vstupní (při nástupu), periodické, mimořádné a výstupní lékařské prohlídce. Vězněné osoby se musí podřídit nařízenému očkování, karanténě nebo testování na přítomnost omamných a psychotropních látek. Každé onemocnění, úraz nebo zranění musí vězněná osoba neprodleně nahlásit. Předstírání nemoci (simulování) za účelem úlevy z povinností je trestáno jako kárné provinění.

Pokud vězeňské zdravotnictví nestačí na akutní nebo vysoce specifický stav (např. těžký infarkt, složitá operace) je vězněná osoba za doprovodu eskorty ošetřena v běžné civilní nemocnici. Pokud vězněný onemocní složitější chorobou, kterou nelze ve vězení léčit, má ředitel věznice právo **přerušit výkon trestu** na nezbytně nutnou dobu. Podmínky poskytování zdravotní péče jsou přísně monitorovány a kontrolovány např. Veřejným ochráncem práv.

Při aplikaci mezinárodních standardů lidských práv je nutné důsledně rozlišovat mezi systémovými či kapacitními nedostatky ve zdravotní péči a jednáním, které naplňuje znaky nelidského či ponižujícího zacházení. V kontextu specifických potřeb vězněných osob s určitou mírou zdravotního postižení či omezení, se tato hranice stává klíčovou, neboť u nich dochází k souběhu somatického strádání a sociální izolace.

Zdravotní péče poskytovaná v rámci české vězeňské praxe sice vykazuje vysokou odbornou úroveň a standardní kvalitu, samotné prostředí výkonu trestu však limituje možnost plnohodnotné „sociální rehabilitace". Vězněné osoby by proto měly mít, i v restriktivních podmínkách výkonu trestu, vazby či detence, zajištěno právo na optimální míru sociální péče a podpory. Cílem takové péče by mělo být zmírnění dopadů jejich handicapu a eliminace rizika, že se kumulované sociální a zdravotní znevýhodňování promění v situaci, která by již vykazovala rysy porušení lidské důstojnosti.

ZZMS jsou registrovaným poskytovatelem sociálních služeb ve smyslu zákona o sociálních službách. Záměrem vedení ZZMS bylo, v průběhu let 2024 a 2025, vyjednat a zajistit aplikaci zákonných ustanovení citované právní úpravy do praxe a zahájit aktivně poskytování zdravotně sociálních služeb. Přechod do sociálně zdravotního pomezí, resp. příležitost poskytovat služby sociálně zdravotní povahy se navíc jevila, ve smyslu zákona č.38/2025 Sb. jako ojedinělá.

Ve věznicích, tedy ve výkonu trestu, se v naší zemi běžně nacházejí lidé, kteří by v civilním životě byli klienty v sociálních službách (např. senioři plně závislí na pomoci a podpoře druhých lidí, osoby s tělesným, mentálním postižením či duševním onemocněním). Tuto situaci detailně mapují a potvrzují např. zprávy Veřejného ochránce práv a řada odborných studií. Ve výkonu trestu jsou lidé s omezenou schopností pohybu, psychickými poruchami nebo závislostmi, přičemž věznice zřizují speciální oddíly pro odsouzené, kteří nemohou z důvodu dlouhodobě zhoršeného zdravotního stavu vykonávat práci. Míra traumatizace a psychických obtíží je ve vězeňské populaci výrazně vyšší než v běžné společnosti.

Obecně je možné konstatovat, že služby sociální péče **ve věznicích (analogické dle civilních pravidel) v zařízeních Vězeňské služby ČR prostě schází, jelikož v podstatě nejsou poskytovány.** Určitou drobnou aktivitou je několik pracovníků, ošetřovatelů v jednom detenčním zařízení. Ve velké většině věznic péči poskytují spoluvězni, leckdy speciálně vyškolení v sociální péči, tedy tzv. „pracovníci pomoci".

Osobou oprávněnou přijmout podporu pracovníka pomoci je obviněný, odsouzený nebo chovanec se zdravotním postižením či omezením, jehož nepříznivý zdravotní stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v takovém rozsahu, aby výkon vazby, výkon trestu odnětí svobody a výkon

zabezpečovací detence byl realizován důstojným způsobem. Pracovníkem pomoci je další odsouzený, který je dle vnitřních pravidel zařazen na pracoviště pomoci a jehož pracovní náplní je osobní poskytování pomoci oprávněným osobám. Péče rovněž probíhá formou vnitřních programů zacházení, zdravotní péče a činnosti vězeňských sociálních pracovníků, vychovatelů či speciálních pedagogů.

ZZMS prosazovalo v předchozím období řadu aktivit a snaží se i nadále vyvíjet tlak a prosazovat systematický trend přenášení „standardních sociálně zdravotních služeb" (jako je obdoba osobní asistence, domácí zdravotní péče, návštěvní péče lékařů odbornosti 001 či odbornosti 913, nebo „terénní sociální péče komunitního typu") do jednotlivých věznic, ovšem stále naráží na legislativní limity a omezení českého vězeňského systému.

Z hlediska ekonomiky poskytování a úhrady za služby sociální péče ve věznicích je situace komplikovaná zejména v tom, že vězněná osoba není a nemůže být příjemcem příspěvku na péči. Konkrétním a hlavním důvodem je skutečnost, že péči a ubytování osobě ve výkonu trestu odnětí svobody plně zajišťuje a hradí stát prostřednictvím Vězeňské služby ČR. Příspěvek na péči je ze zákona určen k tomu, aby z něj byla spolufinancována **pomoc a podpora** poskytovaná např. rodinou, asistentem sociální péče nebo registrovanou sociální službou. Odsouzený ve věznici nemá možnost si svobodně zvolit a platit vlastního pečovatele.

Všechen potřebný servis, včetně případné zdravotní a specializované péče odpovídající jeho zdravotnímu stavu, mu přímo poskytuje věznice, resp. ZZMS. Pokud osoba pobírající příspěvek na péči nastoupí k výkonu trestu odnětí svobody, dochází k zastavení výplaty dávky, protože podmínky pro její čerpání zanikly a potřeby odsouzeného jsou saturovány státem v rámci výkonu trestu. V případě, že odsouzený je příjemcem starobního nebo jiného důchodu, tento je po nástupu výkonu trestu odesílán přímo konkrétní věznici, ve které je odsouzený umístěn k výkonu trestu.

S rostoucím počtem seniorů a dlouhodobě nemocných, tedy v souvislosti se stárnutím populace osob ve výkonu trestu, nejen stoupají vnitřní náklady systému vězeňské péče, ale současně stoupá počet odsouzených osob, které jsou závislé na pomoci druhých. Věznice v ČR totiž nejsou primárně budovány jako bezbariérové. Vznikají sice specializovaná oddělení (např. ve Věznici Rapotice), ale tato samotná aktivita situaci výrazněji neovlivní.

Vězeňská služba musí nedostatečnou infrastrukturu suplovat. Často využívá institutu přerušení výkonu trestu ze zdravotních důvodů, pokud je stav odsouzeného neslučitelný s pobytem za mřížemi. Pokud to však z bezpečnostních důvodů nelze, péči zajišťují již zmínění pracovníci pomoci.

V současné době se **stárnutí a zhoršování zdravotního stavu vězeňské** populace v ČR stává jednou z nejvýznamnějších a nejnaléhavějších výzev pro vedení **Vězeňské služby ČR, Zdravotnická zařízení ministerstva spravedlnosti (ZZMS)** a samotné **Ministerstvo spravedlnosti ČR.** Ačkoliv se touto problematikou zabývá z dlouhodobé perspektivy strategický dokument Koncepce vězeňství ČR do roku 2035, dynamika demografického vývoje ovšem vyžaduje okamžitou reakci. Dlouhodobé plánování je sice nezbytné, ale současný stav infrastruktury a personální kapacity čelí kritickému tlaku již dnes. Je proto zcela klíčové bezodkladně hledat a implementovat nová, flexibilní řešení, která dokážou na specifické potřeby seniorů, osob se zdravotním postižením či duševním onemocněním, nacházejícími se za mřížemi, reagovat v řádu měsíců, a nikoliv dalších několika let.

JAN SEMBDNER
odborný pracovník Zdravotnických zařízení Ministerstva spravedlnosti

Den lenosti a trampot

O 10. srpnu jsem se dověděl velmi zajímavou informaci. Je to Mezinárodní den lenosti. Tohle datum bylo k oslavě zahálky zvoleno velmi prozíravě. Srpen je měsíc prázdnin a dovolených, tedy období, kdy jsou k oslavě lenosti velmi dobré podmínky. Mezinárodních dnů něčeho je v kalendářním roce značné množství. Patrně neexistuje člověk, který by je všechny znal. Oslavování a dodržování lenosti slibuje příjemné strávení času. Byl jsem na to výborně připraven a naladěn. Nepočítal jsem ale s tím, že mě surově zasáhne jeden tvrdošíjný protivník zahálčivého dne.

Tímto odpůrcem byl zubní kaz. Lstivě si počkal na tento den a projevil se naneštěstí velmi pilně. Je nečestné a nesportovní zaútočit na majitele chrupu v době, kdy vrcholí letní dovolené. Seriózní kaz-gentleman by si načasoval utrpení až na období, kdy se většina stomatologů vrátí na svá pracoviště.

Pokud zub bolí, jak rány holí, znamená to významnou změnu v denním programu postiženého. Z jídelníčku zmizí řízky, bifteky a další tuhá strava, kterou je nutno obtížně kousat. Místo ní putují na talíř zejména jídla tekutá a kašovitá. Obzvlášť dojemné bývá například setkání s krupicovou kaší, kterou mnozí strávníci opustili poté, co zahájili povinnou školní docházku. Já jsem jí byl také několik let nevěrný. „Jak se máš, holka," zahajuji konverzaci s uvedenou krmí, „dlouho jsme se neviděli."

Přemýšlím, zda zapomenout na bolest pomocí sledování televize. Obávám se však, aby se na obrazovce neobjevila pohádka Lotrando a Zubejda. Jako autora mnoha skrývaček by mě okamžitě udeřil do očí zub ukrytý ve jméně solimánské princezny. Film je to pěkný, ale teď na něj nemám náladu. Titulní hrdinové prozpěvují, že jim se stalo něco překrásného, kdežto já prožívám strašlivý zubní horor. To nejde dohromady. Pohádka Hrnečku vař by mi nevadila, protože ta je svým způsobem propagací právě aktuální kašovité stravy. Jen jí nesmí být moc. Mám přeladit na některý sportovní kanál? Radši ne. Při mé smůle by tam mohli vysílat třeba reportáž o házenkářích Zubří.

Zkouším tedy upozadit myšlenky na bolest chrupu poslechem rádia. Z reproduktoru zazněl duet Heleny Vondráčkové a Jiřího Korna. Připomněl mi, že každá trampota má svou mez. To je ono!! Prožíváme-li něco velmi nepříjemného, tato věta umí povzbudit! Blížím se k závěru tohoto autobiografického fejetonu. V době jeho dopisování moje zubní trampota ještě meze nedosáhla. Stomatologický zákrok a antibiotická kúra jsou ale příslibem, že se to snad brzy podaří.

Vážení čtenáři. Vím, že ten písňový slogan je až příliš optimistický. Každá trampota nemá svou mez. Většina však ano, a proto je dobré si to občas připomenout, abychom při jejich prožívání neklesali na mysli. Přeji vám, abyste se pokud možno s trampotami nepotkávali, a jestli na ně přesto natrefíte, abyste jejich mezí dosáhli co nejlépe a co nejrychleji.

P. S. Ještě že je ten den lenosti pouze jeden v roce. Lenost totiž k nalezení trampotových mezí obvykle nepomáhá.

LUBOŠ ČEJKA

MALÉ VÍTĚZSTVÍ VE VIRTUÁLNÍM SVĚTĚ, VELKÝ KROK V TOM SKUTEČNÉM

Nasadit si brýle a ocitnout se v jiném světě, kde má klient prostor zažívat nečekané každodenní úspěchy. I takové, které by v realitě mohl považovat za nedosažitelně obtížné. Jak je v prostředí sociálních služeb možné stále hledat nové cesty ke zlepšení života klientů, v tomto případě ve využití virtuální reality?

Paní Miluše, klientka Stacionáře Plamínek s mentálním znevýhodněním, si nasadí VR brýle a plní úkol, který by v běžném prostředí sama nezkusila. Po měsících pravidelného tréninku má jistější úchop, pohybuje se plynuleji a zvládá pracovat oběma rukama najednou. Podobný posun zaznamenává Diakonie Západ u desítek klientů ve třech svých zařízeních, kde virtuální realitu zavedla.

Diakonie Západ tímto způsobem popírá zažité představy o zařízeních sociálních služeb pro seniory či zdravotně postižené, kde by netradiční moderní technologie, jakou virtuální realita bezesporu je, někteří možná nehledali. Pro další poskytovatele sociálních služeb je ale zkušenost Diakonie Západ velmi zajímavým příkladem, jak se dá rozšířit paleta činností, kterými lze klienty aktivně zapojit do okolního dění.

„Virtuální realita pro nás není náhradou práce s klientem, ale dalším nástrojem, který můžeme využít tam, kde dává smysl. Největší hodnotu má ve chvíli, kdy ji vede pracovník, který klienta dobře zná a dokáže aktivitu přizpůsobit jeho možnostem, náladě i aktuální kondici," říká ředitelka Diakonie Západ Lucie Petříčková.

Za tím, aby technologie v praxi skutečně fungovala, stojí systém české firmy VR Medical. Řešení „na klíč", které sociálním službám dodá nejen VR headset a tablet, ale i knihovnu specializovaných aplikací, proškolení personálu a servisní podporu.

Aplikace běží ve Stacionáři Kristián pro seniory a ve Stacionářích Kvítek a Plamínek pro osoby s postižením několikrát týdně. Sezení obvykle trvá až 20 minut podle potřeb a tolerance klienta. Ten má nasazené VR brýle a plní konkrétní úkoly ve virtuálním prostředí, zatímco pracovník sleduje průběh na tabletu, vede ho, pomáhá s orientací a hlídá bezpečnost i míru zátěže.

Rodiny klientů se tak nemusí obávat, že jejich blízcí tráví den pasivně. Virtuální realita jim naopak dává prostor pro činnost, na kterou by v běžném programu nedošlo, a která je viditelně baví a motivuje. A navíc je přínosná jak fyzicky, tak mentálně. Klientům prospívá od posunů u jemné a hrubé motoriky přes lepší soustředění a rozvoj komunikačních dovedností až po větší zapojení při jiných skupinových aktivitách a ochotu zkoušet nové věci.

„Zkušenosti z Diakonie Západ jsou pro nás důležité právě proto, že přicházejí z reálného provozu sociálních služeb. Ukazují nám, že technologie musí být jednoduchá pro pracovníky, bezpečná pro klienty a použitelná v běžném režimu služby. Bez toho by zůstala jen zajímavou ukázkou, my ale vidíme reálný přínos," říká výkonný ředitel VR Medical Konstantin Novikov.

Právě v tom je pro poskytovatele a zřizovatele sociálních služeb síla VR Medical. Nejde o experiment nebo jednorázovou technologickou hračku, ale o ověřený, dobře nastavený systém, který dnes běží ve více než 10 zařízeních sociálních služeb a zkvalitňuje život vyšším desítkám klientů. Systém je zároveň etablovaný jako rehabilitační nástroj ve více než 60 českých zdravotnických zařízeních.

Tématu se bude věnovat i série webinářů, první už 30. září, kde pracovnice Diakonie Západ nasdílejí své zkušenosti s využitím virtuální reality pro klienty. Pro více detailů a registraci se můžete obrátit přímo na autorku článku.

Ing. MICHAELA KOUBOVSKÁ
mailto:koubovska@vrmedical.cz

BAZÁLNÍ STIMULACE Z POHLEDU FYZIOTERAPEUTA

Koncept Bazální stimulace je standardní součástí denní péče o klienty DSS Háj a Nová Ves p.o. Naše zařízení je 12 let akreditovaným pracovištěm. S konceptem pracují všichni zaměstnanci, kteří prošli kurzem bazální stimulace, od přímé obslužné péče, aktivizační pracovníky, speciální pedagogy, ergoterapeuty a fyzioterapeuty.

K posledně zmiňované pozici se vrátím a budu mluvit ze své zkušenosti. V zařízení pracuji 13 let, po příchodu jsem BS vůbec neznala a během několika let jsem si prošla základním, nástavbovým i prohlubujícím kurzem.

BS se stala standardním pomocníkem při mé fyzioterapeutické práci. V našem domově využíváme BS u klientů s kombinovaným postižením i u těžších forem mentálního znevýhodnění. Zde BS pomáhá klientům v orientaci na svém těle a v okolním prostředí, podporuje jejich tělesný, mentální, emociální, psychosomatický vývoj. Je skvělé vidět poskytovatele BS a jeho příjemce, kteří jsou spolu v naprosté symbióze, pohodě a přispívají tak ke kvalitnímu životu.

Z pozice fyzioterapeuta využívám základní i nástavbové prvky BS s ohledem na klienta a jeho potřeby. Polohování a somatická stimulace je naprostým základem každé fyzioterapeutické práce. Pokud je klient správně napolohovaný, cítí a má možnost si uvědomovat hranice svého těla, začíná být klidnější, uvolněnější, tudíž pro mou práci velký pomocník. Fyzioterapeut nepotřebuje pro svou práci klienta, který neví, není schopen uvědomění si potřeb fyzioterapeuta a reaguje tak neklidem, spasmem a celkovým tělesným nekomfortem.

Pro lepší představivost uvádím příklad jednoho našeho klienta, který k nám do zařízení přišel z kojeneckého ústavu. Jeho cesta na světě nebyla úplně nejlehčí a jeho diagnóza zněla CAN syndrom, epilepsie, těžké postižení CNS. Klientovi byly při příchodu 3 roky, svůj nekomfort dával najevo neustálým pláčem, křikem, z čehož pramenila jeho zvýšená psychická nepohoda, nemožnost přijímat kašovitou stravu apod. Personál se u klienta střídal, zkoušel zklidňující prvky z BS, měnit polohy a prostředí klienta, vše bez větších úspěchů. U klienta jsme vyzkoušeli navázání komunikace přes jednoho pracovníka. Denně jsem s klientem trávila většinu času od ranního buzení, přes hygienu, podávání stravy, fyzioterapie, zapracování prvků BS a sledování reakcí klienta. Po dobu intenzivních 2 měsíců jsem veškeré poznatky zapisovala do osobního dotazníku BS, který máme v našem zařízení, a předávala informace průběžně personálu.

U klienta se nám podařilo zajistit komfort přes polohování a somatickou stimulaci, přičemž klient zřejmě cítil pocit bezpečí a jistoty. Klient velmi dobře reagoval na vestibulární a vibrační stimulaci, kdy se nám osvědčila závěsná houpací síť a z vibračních pomůcek Z-Vibe, což je tyčinka v podobě pera s různými nástavci primárně určená k orofaciální stimulaci. Klientovi jsme před každým podáním stravy poskytovali orální stimulaci, klient jedl mixovanou stravu, ale bohužel jeho zdravotní stav se zhoršoval, jídlo většinou vyzvrátil a dle jeho nutričních hodnot se přistoupilo k zavedení PEGu, což je tenká sonda, která je zavedena přes kůži do žaludku.

Z fyzioterapeutického hlediska s klientem udržujeme stávající rozsahy pohybů ve všech kloubech pomocí pasivního cvičení, využíváme hydroterapeutickou vanu s přísadami, kde se klient uvolní a celkově zklidní tělo i mysl. Při canisterapii využíváme hlavně polohování podél těla klienta nebo pod dolními končetinami, které má klient zkrácené. Klient rád navštěvuje Snoezelen, kde využíváme multismyslového cíleného stimulování klientových smyslů. Z BS využíváme již zmiňované polohování, somatickou stimulaci, nadále orofaciální stimulaci, vibrační a vestibulární, haptickou stimulaci v podobě předmětů různých tvarů, teplot, tvrdosti apod., ale i haptickou stimulaci v podobě her a doteků na svém těle. Z auditivní stimulace má klient rád poslech rytmických písniček a četbu pohádek.

Klient se po čase, který u nás pobývá, neskutečně změnil. Vše se nejvíce odráží na jeho psychickém stavu, kdy je klient spokojený, klidný, zajisté cítí pocit bezpečí a počáteční neklid a nervozita ze strany klienta a tápání ze strany personálu je minulostí. U klienta se i nadále snažíme zajistit maximální zkvalitnění života formou nabízených aktivit, trávení času mimo lůžko ve společnosti ostatních klientů a k tomu všemu nám velmi pomáhá koncept BS a jeho prvky stimulací.

ŽANETA PLEVOVÁ
DSS Háj u Duchcova

COMPACTSERV 4s

NOVÁ GENERACE AKTIVNÍ DISTRIBUCE STRAVY

Vozík, který na jednom podnose udrží hlavní chod horký a salát chlazený — to je aktivní distribuce stravy, v západní Evropě dnes standard. Francouzský Socamel, evropský lídr oboru s tisíci instalací, uvádí novou generaci vozíků CompactServ 4s: lehčí, nižší, s chytřejším ovládáním — a tradičně v celonerezovém provedení.

CompactServ si celou technologii veze s sebou — ohřev i chlazení jsou na palubě, bez dokovací stanice a technické místnosti. Kuchyně naporcuje kompletní jídlo na jeden podnos: hlavní chod, polévku, salát i dezert. Vozík pak drží dvě oddělené teplotní zóny zároveň — hlavní chod s polévkou nad 65 °C, salát s dezertem při 5–7 °C. Podnos jde z vozíku rovnou ke strávníkovi: nic se nepřendává, nic cestou nevychladne.

Vozík přitom zvládá režim cook-serve, cook-chill i cook-freeze. Kuchyně přepíná provoz programem, ne výměnou techniky — zařízení tak nekupuje jednoúčelový stroj, ale systém, který se přizpůsobí i budoucí organizaci stravování.

NEREZ OD PODVOZKU PO PLÁŠŤ

Celonerezové provedení — komora, dveře i venkovní plášť — je u Socamelu poznávací znamení, ne novinka — tak staví vozíky od začátku. Vyplácí se tam, kde technika stárne nejdřív — kryty, panty, pojezd. Konstrukce snáší každodenní mytí i dezinfekci (krytí IPX5). Rozdíl se nepozná první rok provozu, ale desátý.

Samostatné dveře chlazené a teplé zóny, sklopná police a displej s teplotami obou komor.

Tři velikosti CompactServ 4s — Mini, Junior a Senior: shodný půdorys, stejné ovládání, teplá a studená zóna za nerezovými dveřmi.

PARAMETRY, KTERÉ ROZHODUJÍ

Tři velikosti — 18, 24 a 30 táců — sdílejí shodný půdorys 1 040 × 780 mm: vozík projede běžnými dveřmi i výtahem bez ohledu na kapacitu. Nová generace je navíc lehčí a nižší — obsluha přes ni vidí. Vozík se programuje na jednotlivé dny a typy stravy, stav signalizuje barevný LED pruh a dotykový displej.

Napájení zvládne 230 V i 400 V. Velikosti Mini a Junior se nově spokojí s jedinou zásuvkou 230 V / 16 A — jedno místo, jeden kabel, žádný projekt elektro.

POJEZD BEZ NÁMAHY

Snímače v madlech volitelné elektrické asistence poznají směr, motor se plynule rozjede a po uvolnění madel vozík sám zastaví. Rychlost do 4,5 km/h, nouzové zastavení, volitelná kamera s obrazem na displeji. Rozvoz stravy přestává být fyzicky nejnáročnější částí směny.

FRANCOUZSKÝ LÍDR AKTIVNÍ DISTRIBUCE

Socamel vyvíjí a vyrábí ve Francii už desítky let a jako součást skupiny Guillin patří k největším evropským výrobcům technologií pro nemocniční a sociální stravování. Tisíce instalací po celé Evropě znamenají jediné: prověřenou konstrukci, dostupné náhradní díly a podporu i dlouho po nákupu. Dodávky, montáž i servis v ČR zajišťuje výhradní dovozce DEKOS R.

Kompletní jídlo na jednom podnose — teplé i studené složky pohromadě.

CompactServ 4s v číslech

- **3 velikosti:** 18 / 24 / 30 táců
- **jeden půdorys:** 1 040 × 780 mm
- **teplá zóna nad 65 °C,** studená 5–7 °C
- **230 V i 400 V** — Mini a Junior z jedné zásuvky 16 A
- **celonerezová konstrukce,** krytí IPX5
- **cook-serve, cook-chill** i cook-freeze

Chcete vidět CompactServ 4s naložený ve vlastním provozu? Ukázku uděláme u vás a zdarma.

DEKOS R, s.r.o. — výhradní dovozce Socamel pro ČR · Ing. Ondřej Ungr
ungr@dekos-r.cz · +420 739 081 304 · www.socamel.cz

SOCAMEL
BY GUILLIN

Aktivní systém SOCAMEL

Vozíky s technologií. Umožňují ohřev i chlazení zároveň na jednom podnosu. Automatický provoz – nastavení pro každý den v týdnu. Zaručení správných teplot.

Načtěte si informační DropBox

Kontakt: www.socamel.cz | ungr@dekos-r.cz | +420 739 081 304

GREENGOOD COMPOSTER

NAČTĚTE PRO INSTRUKTÁŽNÍ VIDEO

WWW.GREENGOOD.CZ

ZBAVTE SE POVINNOSTI PLATIT ZA GASTROODPADY!
MÁME PRO VÁS EFEKTIVNÍ ŘEŠENÍ.

- 90 % REDUKCE odpadu za 24 hodin
- ELIMINACE nákladů spojených se svozem
- ZODPOVĚDNÝ přístup k životnímu prostředí

7 typů zařízení s kapacitou od 4 kg/den až do 1300 kg/den. **Řešení pro všechny druhy provozů** – domácnosti, restaurace, školy, školky, firmy, hotely, supermarkety, závodní jídelny, obchodní centra, kompostárny. **Zpracování přímo v místě vzniku** – například 100 kg gastroodpadu (včetně VŽP 3. kategorie – masa, mléčných výrobků atd.) se do druhého dne přemění na 10 kg kvalitního organického hnojiva, které lze využít nebo prodat. **Technologie schválena státními orgány**.

PTÁTE SE, **CO** VŠE **DOKÁŽE** KOMPOSTÉR **ZPRACOVAT?**

Výhradní dovozce pro ČR a SR: DEKOS R, s.r.o., Voděradská 2152, 251 01 Říčany u Prahy

+420 739 081 304 | ungr@dekos-r.cz | www.greengood.cz

KVL Group

Hybridní verze s baterií

Dostupné ve **3 velikostech** šířky: **340, 420, 620** s **možností hybridní verze** s baterií

Profesionální úklid každého povrchu s DUPLEX 340

Univerzální rotační čistič pro hotely, restaurace, zdravotnická zařízení i další provozy. DUPLEX 340 zvládne podlahy, rohože i většinu koberců.

www.kvl-eshop.cz

Záruka profesionality