

Tereza Brdečková: Lidé už se dnes vůbec neposlouchají...

Většinou je zařazena do kategorií: prozaička, esejistka a novinářka. Její tvůrčí rozsah je ale mnohem větší. I když vystudovala na pražské FAMU střižovou skladbu, protože scénaristiku nepovažovala v době studií 1977 až 1982 za obor, kterým by se mohla uživit, je jejím dílem např. známý historický televizní seriál o českých hercích a filmařích Bohéma. Za pozornost stojí velmi populární cyklus, kdy Tereza Brdečková hovoří s lidmi, kteří toho mají víc za sebou, než před sebou. To bylo motto pořadu *Ještě jsem tady*, který běžel v České televizi v letech 1997 až 2012. Diváci mohli sledovat 140 dílů rozhovorů s lidmi, kteří se narodili před rokem 1930, rozhovorů o jejich životě, dějinách a stáří. Již v roce 1999 byl tento pořad oceněn Syndikátem novinářů v soutěži „Žijeme spolu“ jako nejlepší televizní pořad o seniorech.

Jak jste osobnosti do pořadu vybírala, čím musely být výjimečné?

Přicházely víceméně samy, někdy jsme týden před natáčením nevěděli, koho vybrat, a pak se někdo našel. To už by dnes v televizi nešlo, všechno se plánuje dlouho předem, ale my měli svobodu. Měl to být člověk s příběhem, přirozenou inteligencí, ale hlavně s pozitivním myšlením – co se stalo, stalo se, život jde dál, každá zkušenost nám může něco dát. Prostě, nesměl to být škarohlíd. Co taky s lidmi, kteří si stěžují na to, co už se stalo? Měla jsem mnohem raději lidi, kteří neměli zkušenosti s kamerou. Ti jsou mnohem autentičtější a více toho řeknou.

Prožít příběhy 140 lidí musela být obrovská zkušenost. Kdesi jste řekla, že sbíráte příběhy lidí, jako jiný sbírá brouky...

Říkali jsme si s kolegou Tycem, že ti lidé a jejich příběhy s námi jdou celým dalším životem. Dodnes. Mohu opravdu říci, že nějaký kouč nebo terapeut je prima, ale moudrost starého člověka dá terapeuticky mnohem víc – ne, že by stáří automaticky znamenalo moudrost. Ale podívejte, i mně je dneska přes šedesát, a mám-li starosti, nepůjdu s nimi za třicetiletým odborníkem. Co mi může říct? Ono se nějak zapomíná, že nejcennější školou života je lidská zkušenost předávaná z generace na generaci.

Myslíte si, že stárnutí mění pohled člověka na minulost, že funguje „vzpomínkový optimismus“?

Ano. I mně se dnes jeví jako krásná vzejíká období, která nebylo lehké žít. Ale



to platí pro soukromý život. Normalizační zoufalství, které mi vzalo dvacet let života, se mi jeví stejně příšerné, jako když bylo skutečností.

Máte na někoho z těch 140 lidí zvláštní vzpomínku? Nebo na pořad, který se výjimečně povedl?

Těch lidí bylo několik desítek... Skvělá byla americká zkušenost s překladatelem Peterem Kussim nebo panem generálem Knorrem. Tady u nás třeba s paní Pilnáčkovou, devadesátiletou vdovou po velkopřemyslníku Pilnáčkovi, posléze odsouzenému. Oba pak museli žít v Orlických horách a pěstovat včely, ale našli s v tom to svoje.

Často jste se ptala na to, zda váš zpovídaný věří v osud, či zda věří v boha. Jak to máte vy?

No ono je otázka, co je to osud. Já se domnívám, že tak, jak jsme udělaní, jaké

Život dokáže být někdy cynicky krutý. Mám ve své péči bývalou primárku psychiatrie. Nyní ale bohužel trpí Alzheimerovou demencí. Ve vzácných chvílích, kdy si to uvědomí, propadá depresi. Nedávno jsme ji museli odeslat na zklidnění na její bývalé pracoviště do psychiatrické nemocnice. Musí to být zvláštní, když její bývalí podřízení, asistenti a sekundáři, nyní léčí svoji bývalou šéfovou, která je ale už mimo a ani je asi nepoznává. Z mého pohledu je to ponižující. Případ oné primárky je asi už extrémní, ale mám ve své péči mnoho bývalých vysokoškolských profesorů, mnoho vystudovaných a vzdělaných lidí, ze kterých Alzheimerova nemoc udělala ubohé závislé bytosti, bez možnosti návratu do světa inteligentních a svéprávných. Jsme jako lékaři v koncích. Alzheimerera léčit neumíme, jen tak lehce a ne příliš významně brzdit progresi. Chceme pomáhat, ale nevíme

přesně jak. Přitom se výskyt tohoto onemocnění dá pokládat za celosvětovou epidemii, která se stále rozšiřuje. Jsme na tom v podstatě úplně stejně jako středověcí lékaři, kteří se pokoušeli léčit nemocné zasažené morem. Oni se také snažili, ale bez valného úspěchu. Neznali příčinu, neměli účinné léky. Jim lidé umírali před očima fyzicky, naši pacienti s Alzheimerem také umírají před našima očima, ne fyzicky, ale psychicky. Přestávají být součástí našeho světa. Odcházejí za jeho hranice, kde čekají na svůj fyzický konec, který pro ně znamená vysvobození. Zatím nemají jakoukoli šanci na vyléčení.

Asi to bude znít jako ohrané politické klišé, ale kdyby se peníze, co se dávají do vývoje nových zbraňových systémů a do výroby starých, použily na výzkum léčby Alzheimerovy nemoci, možná bychom měli šanci udělat nějaký významný pokrok. Vezměte si třeba takový jeden obrněnec Pandur, který stojí 134 milionů korun. Je to neužitečný ale velmi drahý kus železa, který bude někde jezdit po vojenském cvičišti, a potom se sešrotuje.

Kdyby opravdu začala třetí světová válka, jak moc je pravděpodobné, že tyto kusy drahého železa nás nějak účinně ochrání? Třetí světová válka bude kybernetická. Bude vypadat úplně jinak, než druhá. Generálové, kteří se připravovali na vedení druhé světové války jako na vedení první, prohráli. Generálové, kteří se připravují na vedení třetí světové války, jako na vedení druhé, taky prohrají. Naše pandury za miliony nebudou moc použitelné. Kdyby, nedej bože, vypukla ona třetí světová válka, pak drony nepříteli rozstřílí naše drahé Pandury na cucky. Nebudou mít šanci. Ale bojové drony naše armáda nemá. Tak máme miliony utopené v Pandurech a Casách. Pár lidí si pěkně namazalo kapsy a domovy seniorů se přitom plní dalšími a dalším nemocnými Alzheimerovou nemocí. Přitom je zcela absurdní, že země, která má vlastní výrobu ozbrojených bojových vozidel, kupuje pro vlastní armádu zahraniční. Nad tím rozum zůstává stát. To však už nemocné Alzheimerovou nemocí vůbec nezajímá. Žijí ve svém světě, do něhož se ovšem mohou dostat i já, i vy, i ti generálové.

Člověk zůstává ve stáří většinou sám. I když se dá počítat s jedním: Velmi pravděpodobně nám všem budou ve stáří dělat společnost dva pánové – Mr. Alzheimer & Mr. Parkinson.

SPOLEČ-
NOST
DVOU
PÁNŮ

Dokončení na str. 13

MUDr. PETR BOUZEK

TRANSFORMACE

POKRAČUJE

Deinstitucionalizace žije aneb znaky a vodítka deinstitucionalizace služeb poskytovaných v komunitě

Romana Kulichová, odd. koncepce sociálních služeb, MPSV

Během uplynulých let řada lidí věnovala značné úsilí nejen tomu, jak provádět deinstitucionalizaci a transformaci, ale také tomu, jak je provádět správně. Jednalo se zejména o odborníky z krajů, z řad poskytovatelů, z nestátních neziskových organizací, z MPSV. Vznikly dílčí metodiky a postupy, souhrny zkušeností z praxe, ze kterých můžeme nyní vycházet a které pomáhají i kolegům v zahraničí. Jsou obsažené např. v Manuálu transformace ústavů, v knihách Bydlení (nejen) pro osoby se zdravotním postižením, Jak na to – příklady dobré praxe v deinstitucionalizaci, tedy v tištěných souborných publikacích. Tyto i další jsou zveřejněné na www.trass.cz. Transformace je součástí tohoto procesu jako přeměna jednoho nebo více ústavních zařízení na síť služeb poskytovaných v komunitě.

Jedním z materiálů, a to z mnoha hledisek zásadním, jsou znaky a vodítka deinstitucionalizace. Jedná se o hodnotící či sebehodnotící dotazník, který na národní úrovni, na úrovni obcí a krajů a na úrovni poskytovatelů sociálních služeb pomáhá zjistit, v jaké situaci se nacházíme. Jestli kroky, které děláme, jsou správné, a zda jdeme skutečně bez větších nehod dopředu na cestě k deinstitucionalizaci. A co bychom ještě mohli udělat, aby tomu tak

bylo. V celém procesu transformace a deinstitucionalizace se jedná o životy konkrétních lidí, kteří nyní žijí v ústavu nebo se do něj mohou v budoucnu dostat. A vedle toho jde o systémy, do kterých jsou sociální a další služby uspořádány. Znaky a vodítka posuzují deset oblastí, které jsou pro všechny dotazované stejné.

Mění se pouze otázky zaměřené na každou z oblastí podle možností a pravomocí dotazovaného subjektu, kterým je:

- zařízení a zřizovatel,
- obec a kraj,
- stát.

Tyto otázky se věnují vůli ke změně, plánování a koordinaci deinstitucionalizace, zapojování lidí se zdravotním postižením, jejich rodinných příslušníků a blízkých osob (případně opatrovníků) do procesu deinstitucionalizace, předcházení další institucionalizaci, využití existujících zdrojů v komunitě a vytváření nových komunitních sociálních služeb, uzavírání ústavu, vzdělávání a přípravě na změnu, využití stávajících zkušeností a zdrojů, komunikaci, osvětě, působení na klíčové osoby a vyhodnocování procesu transformace.

V letech 2013–2015 proběhlo hodnocení za pomoci znaků a vodítek ve všech 40 zařízeních zapojených do projektu Transformace sociálních služeb, v každém z nich

tříkrát. Rovněž se uskutečnilo v jedenácti krajích, čtyři kraje byly hodnoceny každý rok, pět krajů v prvním a posledním roce hodnocení a dva pouze v posledním roce hodnocení. Výsledky byly zpracovány do Souhrnné zprávy o zapojených organizacích s vyhodnocením dle znaků a vodítek deinstitucionalizace <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/zpravy-o-transformaci-v-cr/>. Na národní úrovni probíhá hodnocení pomocí znaků a vodítek deinstitucionalizace každý rok. Mapuje dosavadní pokroky či neúspěchy, změny v legislativě, strategických dokumentech apod. Nově také vzniklo hodnocení dle znaků a vodítek podpory života lidí se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí, které je určeno pro obce, kde nejsou zařízení, která by se transformovala, a pro kraje.

Rádi bychom nyní navázali na spolupráci s kraji, která byla během minulých transformačních projektů velmi intenzivní, a zároveň zrevidovali proces transformace v rámci republiky. Nabízíme krajům hodnocení pomocí znaků a vodítek deinstitucionalizace formou podporovaného sebehodnocení s externím hodnotitelem. Po třech letech se nabízí možnost zajímavého srovnání se současným stavem a vzájemné výměny informací o stavu deinstitucionalizace, transformace, úspěchů i překážek. Jedná se o podporované sebehodnocení, které je založeno na otevřenosti a důvěře mezi hodnoceným a podpůrným hodnotitelem.

Prosíme zájemce z řad krajů či obcí, aby se na nás obraceli na adresu transformace@mpsv.cz nebo na kontakty uvedené na www.trass.cz.

Konference Život jako každý jiný 2018

Rádi bychom Vás informovali o další konferenci, kterou plánujeme uspořádat v rámci projektu MPSV dne 27. listopadu 2018 v Praze. Konference se bude zabývat aktuálním děním v oblasti transformace nejen v České republice, ale i v zahraničí. Budou představeny mezinárodní dokumenty a jejich dopady do praxe. Zazní informace o využívání běžných zdrojů v komunitě, komunitních službách, budou prezentovány praktické zkušenosti osob s mentálním postižením s životem v komunitě.

Pozvánku s programem a bližšími informacemi naleznete na www.trass.cz.

Mezirezortní skupina pro deinstitutionalizaci sociálních služeb

Ivana Pučková, odd. koncepce sociálních služeb, MPSV

Na Ministerstvu práce a sociálních věcí vznikla 18. dubna 2018 Mezirezortní skupina pro deinstitutionalizaci sociálních služeb. Skupině předsedá náměstkyně pro řízení Sekce správních činností a sociální politiky Mgr. Jana Hanzlíková.

Skupinu tvoří zástupci Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva pro místní rozvoj, Ministerstva financí, Jednoty pro deinstitutionalizaci, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, Národní rady pro podporu zdravotně postižených, Svazu měst a obcí ČR, Sdružení místních samospráv, Asociace krajů ČR, Unie pečujících a spolku Naděje pro děti úplňku.

Důvodem vzniku skupiny je podpora komunikace a spolupráce na úrovni národních orgánů a dalších subjektů, které jsou zapojeny přímo či nepřímo do systému sociálních služeb a tím se podílejí i na řešení deinstitutionalizace ústavních sociálních služeb.

Cílem skupiny je vytvořit nástroje podpory procesu deinstitutionalizace a v rámci mezioborové spolupráce hledat řešení pro odstraňování překážek, které mají vliv na sociální začleňování zejména lidí s postižením a seniorů, kteří jsou vyloučeni či ohroženi sociálním vyloučením.

Dalším cílem skupiny je pomoc při naplnění strategického cíle, který je stanoven v „Národní strategii rozvoje sociálních služeb 2016–2025“ a tím je „Zajištění přechodu od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí.“

Prvním úkolem skupiny je příprava „Akčního plánu podpory přechodu od ústavní péče k podpoře v komunitě (tzv. transformace sociálních služeb)“, který bude předložen ke schválení vládě ČR koncem tohoto roku. Akční plán bude obsahovat konkrétní cíle, opatření, termíny, odpovědnosti a zdroje pro jejich naplnění.

Roman a Helena

Roman a Helenou spolu žijí od roku 2012 v nájemném bytě 2+KK. Byt se nachází v Kladně v lokalitě Rozdělov, ve známých kladenských věžových domech. Jejich život se o mnoho neliší od života nás ostatních. Oba docházejí do zaměstnání a těší se domů na to, co jim asistentka připravila dobrého k obědu nebo zda se jim povedl připravit oběd dle jejich představ. Po odpočinku a dobré kávě se postarají o domácího mazlíčka – zakrslého králíčka. Stejně jako nás čekají povinnosti, tak i Roman s Helenou vyrážejí na nákup, připraví si společně večeři, poklidí domácnost a určitě zbyde i čas na procházku nebo návštěvu přátel. A co když si s něčím neví rady? Jednoduše se obrátí na asistentku, která jim vždy ráda poradí, jako nám radí přátelé a známí.

Rozsah oblastí, kterým se chce skupina věnovat, je poměrně široký. Příkladem jedné z nich může být téma dopadu reformy psychiatrické péče do sociální oblasti. Mezi další oblasti patří sociální služby, jejich kvalita, registrační podmínky, podpora lidí se zdravotním postižením

v jejich přirozeném prostředí (včetně dětí), podpora osob se specifickými potřebami, podmínky pro děti s postižením v sociálních službách, podpora transformace sociálních služeb a podpora sociálních služeb poskytovaných v přirozeném prostředí uživatele skrze finanční nástroje, propojení na transformaci péče o ohrožené děti, propojení na rodinnou politiku (podporu rodiny v péči o dítě), neformální péče, propojení na politiku stárnutí, podpora života v přirozeném prostředí skrze sociální práci, vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči směřující k sociálnímu začleňování uživatele služby, aktivizaci, zvyšování schopností uživatelů sociálních služeb, možnosti zajištění bydlení pro lidi se zdravotním postižením a seniory (včetně sociálního bydlení a sociálních služeb), nastavení a podpora praktického využívání různých forem podpory při rozhodování, podpora vzdělávání a zaměstnanosti lidí se zdravotním znevýhodněním, ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením a další.

Funkční období činnosti Mezirezortní skupiny bude trvat do prosince 2025.

Žít doma je přirozené.

Roman a Helena, partneři s mentálním postižením



CHCEME MÍT
ODPOVĚDNOST
ZA SVŮJ ŽIVOT.
ŽÍT ŽIVOT
JAKO KAŽDÝ JINÝ.

Informujte se na
www.trass.cz

DOSTUPNOST

sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra

Dostupnost sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra (dále jen „PAS“) je v současné době hojně diskutovaným tématem. Ministerstvo práce a sociálních věcí tuto problematiku řeší pomocí metodické podpory krajů, rozvojem a navyšováním kapacity sociálních služeb pro osoby s PAS ve svých přímo řízených organizacích. Jelikož se ale jedná o specifickou cílovou skupinu, je potřeba pro kvalitní a efektivní poskytování sociálních služeb připravit nový návrh koncepčního řešení.

MPSV realizuje projekt „Rozvoj systému sociálních služeb“, jehož součástí je i podpora legislativních a metodických změn v systému sociálních služeb. Jedním z cílů projektu je vytvořit mechanismus pro zjišťování potřebnosti a zajišťování odpovídající dostupnosti sociálních služeb pro osoby s PAS.

MATERIÁLNĚ-TECHNICKÝ A PERSONÁLNÍ STANDARD SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S PAS

Dalším cílem výše zmíněného projektu je připravit řešení materiálně-technického zajištění a personálního zabezpečení sociálních služeb, vytvořením „Materiálně-technického a personálního standardu sociálních služeb pro osoby s PAS“. Ten bude mít podobu metodického doporučení pro poskytovatele sociálních služeb a krajské registrátory. Na jeho podobě pracuje expertní skupina, která je složena z řad odborníků ze sociálních služeb, lékařů, úředníků státní správy a členů odborné skupiny pro komplexní řešení problematiky života osob s poruchou autistického spektra, která byla ustavena při Vládním výboru pro zdravotně postižené občany (VVZP) Úřadu vlády České republiky.

Expertní pracovní skupiny vycházejí z toho, že samotná diagnóza PAS není rozhodující pro míru podpory tak, jak je v tomto případě chování klienta. U části osob s PAS se častěji, než v běžné populaci, setkáváme s vyšší mírou agresivity, kterou ubližují sobě i druhým, destruktivního, nepřizpůsobivého, opakujícího či jinak nadměrně zatěžujícího chování pro samotného klienta i pečující osoby. Toto je důvodem pro specifické nastavení Materiálně technických a personálních podmínek. Prioritním úkolem činnosti pracovní skupiny tak bylo stanovit kritéria, v jakých případech bude potřeba vyšší míra podpory pro specifickými materiálně-technického a personálního nastavení sociálních služeb.

V současné době proběhlo již sedm jednání pracovní skupiny a nyní je připraven návrh metodiky, ke kterému probíhá vnitřní připomínkové řízení. Návrh obsahuje jak vymezení cílové skupiny, tak i popis prostředí, lokality pro poskytování služeb, doporučené počty klientů v jedné místnosti, v jednom pokoji i objektu a především počet a odbornost potřebného personálu pro kvalitní poskytování sociálních služeb osobám s PAS.

ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

Doporučený postup není ale jediným dokumentem, kterým MPSV chce přispět ke zlepšení situace a celkové péče o osoby s PAS. Připravuje se i shrnující materiál týkající se alternativní a augmentativní komunikace (dále jen „AAK“) pro osoby s PAS a pro osoby s demencí. Součástí materiálu by měly být i poznatky o stavu AAK v ostatních evropských zemích, jejich dobrou praxi

by MPSV chtělo implementovat do praxe v České republice. Za tímto účelem v současné době probíhá analýza AAK v zahraničí.

Shrnující materiál by pak měl pomoci s aplikací nástrojů a metod alternativní a augmentativní komunikace do praxe sociálních služeb a do veřejné správy s cílem podpořit kvalitnější komunikace s a pro osoby s PAS. V praxi to pak znamená, že by pracovníci v sociálních službách a pracovníci úřadů měli k dispozici specifické komunikační nástroje pro tuto cílovou skupinu a byli v jejich využívání proškoleni.

MPSV se aktivně snaží předávat informace tak, aby se poskytovatelé mohli na možné změny nebo podpůrné materiály připravovat. Jednou z posledních akcí byla konference projektu Rozvoj systému sociálních služeb, kde se této problematice věnoval celý blok a byly zde prezentovány připravované změny. V rámci diskuse se mohli poskytovatelé sociálních služeb doptat na informace, které je zajímali a případně navrhnout podněty, nad kterými se v pokračující práci budou zamýšlet právě výše zmíněné expertní týmy. MPSV se tím snaží, aby materiály nezůstávaly do jejich dokončení jen v rukou expertů, ale aby bylo možné slyšet názor i odborníků z praxe a tím se ujistit, jestli se jde tím správným směrem ku pomoci právě lidem s poruchou autistického spektra. Samotná konference byla primárně určena poskytovatelům sociálních služeb a vystoupili na ní pracovníci MPSV a odborníci, kteří se danou problematikou dlouhodobě zabývají. Výstupy a celý záznam konference bude možné nalézt na webových stránkách projektu Rozvoj systému sociálních služeb do konce září na adrese <http://rsss.mpsv.cz/>.



JIŽ 4 ROKY VÁM V APSS DĚLÁME ÚKLID JEDNODUŠŠÍ

MÁTE PARNÍ ČISTIČ BEZ VYSÁVÁNÍ A MUSÍTE STÁLE VYTÍRAT NEČISTOTY? VÁŠ STARÝ PARNÍ ČISTIČ VÁM VÝHODNĚ VYMĚNÍME.

Odkoupíme Váš starý parní čistič Evolution za cenu 10 000 Kč výměnou za nový model parního čističe INOVATION PLUS s výkonným vysavačem a přístřikem chemického prostředku za speciální akční cenu 39 980 Kč. Získáte tedy špičkový parní vysavač pouze za cenu 29 980 Kč s 2 roky zárukou.

Tato akce platí pro všechny členy APSS do konce roku 2018

INOVATION PLUS - výhody pro vás

- Úklid je rychlý a efektivní, bez vytírání a do sucha
- Vysoký výkon páry 8 bar a 170 °C
- Výkonný vysavač s 1,5l zádržnou nádobou na nečistoty
- Přístřik čisticího prostředku pro zvýšenou účinnost čištění
- Bez chemie + 100% desinfekční účinek
- Nepřetržitý provoz
- Nová technologie parního kotle a vysávání
- Jednoduché ovládání přímo na rukojeti
- Velké množství standardního příslušenství
- Vlastní servisní team a servisní oddělení
- Záruka 2 roky s možností prodloužené záruky až na 5 let
- Parním čištěním se zabýváme již 11 let

Rádi Vás navštívíme, parní čistič předvedeme!

Zavolejte nám na číslo 483 704 744 nebo napište e-mail na obchod@agroaquapro.cz.

Možnost koupě i většího parního čističe s vysáváním



PROFI 3500
~~54 980 Kč~~ **48 980 Kč**

INOVATION PLUS
~~44 980 Kč~~ **39 980 Kč**



Transformovat domovy pro seniory? Ne, budovat nová zařízení!

V posledních týdnech se opět stále hlasitěji začíná hovořit o tom, že pobytové sociální služby je nutno transformovat. Tentokrát se však nejedná o transformaci služeb pro zdravotně handicapované osoby, ale otevřeně se hovoří o tom, že transformovat je nutno domovy pro seniory, že je nutno je přeměnit na malá zařízení rodinného typu s maximální kapacitou 25 klientů. Nechci být považován za odpůrce nebo nepřítel transformace, samozřejmě souhlasím s každým opatřením, které přispěje ke zlepšení životních podmínek seniorů odkázaných vzhledem ke svému nepříznivému zdravotnímu stavu na každodenní celodenní péči, ale položme si otázku: Bude schopen český senior náklady této péče uhradit?

Dovolte mi tedy několik základních údajů:

- průměrné provozní náklady na jedno místo v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem vyčíslili v žádostech o dotaci na tento rok poskytovatelé těchto služeb na 33 978 Kč měsíčně,
- průměrná výše sólo vypláčeného starobního důchodu činila v červnu 2018 celkem 12 369 Kč měsíčně,
- průměrný věk klienta v těchto zařízeních je přibližně 85 let,
- z výše důchodu musí klientovi podle § 73 odst. 3 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, po úhradě nákladů za ubytování a stravu, zbýt 15 %,
- průměrná velikost domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem dnes činí přibližně 67 míst,
- již ze starších výzkumů VÚPS¹ vyplývá (naprosto logicky), že s rostoucí velikostí zařízení klesá výše průměrných provozních nákladů připadajících na jednoho klienta, tuto skutečnost potvrzuje i aktuálně provedený rozbor výše provozních nákladů na jedno lůžko v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem v závislosti na velikosti zařízení (viz graf).

K tomu je potřeba si uvědomit, že:

- na dotace ze státního rozpočtu nemají poskytovatelé sociálních služeb žádný právní nárok a to přesto, že stát vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, stanoví maximální výši úhrady klienta za pobyt a stravu v pobytových zařízeních sociálních služeb a za jednotlivé úkony při poskytování terénních služeb na úrovni, která ex ante předpokládá, že k profinancování provozních nákladů jednotlivých zařízení bude muset poskytovatel služby žádat o poskytnutí dotací ze státního rozpočtu,
- neexistuje systém víceletého financování sociálních služeb,
- zdravotní pojišťovny dlouhodobě financují náklady na lékárem indikovanou a ošetřujícím personálem řádně prove-

denou a vykázanou ošetrovatelskou péčí pouze z cca 15 %.

Ve světle těchto údajů je nutno položit si otázku: Zabýval se někdo výše uvedenou otázkou? Odpovím si sám – obávám se, že bohužel nikoli...

Aby těch negativních informací nebylo málo, je nutno porovnat dostupnost pobytových zařízení sociálních služeb v mezinárodním měřítku. Dlouhodobě slyším, že v pobytových službách je v naší zemi umístěno podstatně víc občanů než v ostatních vyspělých evropských zemích. Když v r. 2005 zveřejnili slovenští kolegové údaje o vybavenosti jednotlivých evropských zemí místy v pobytových zařízeních sociálních služeb², ze kterých vyplynulo, že v porovnání s řadou těchto zemí je podíl osob starších 65 let, kterým je poskytována péče v pobytových zařízeních v naší zemi výrazně nižší, byly tyto informace považovány za nevěrohodné a nebyla jim věnována žádná pozornost.

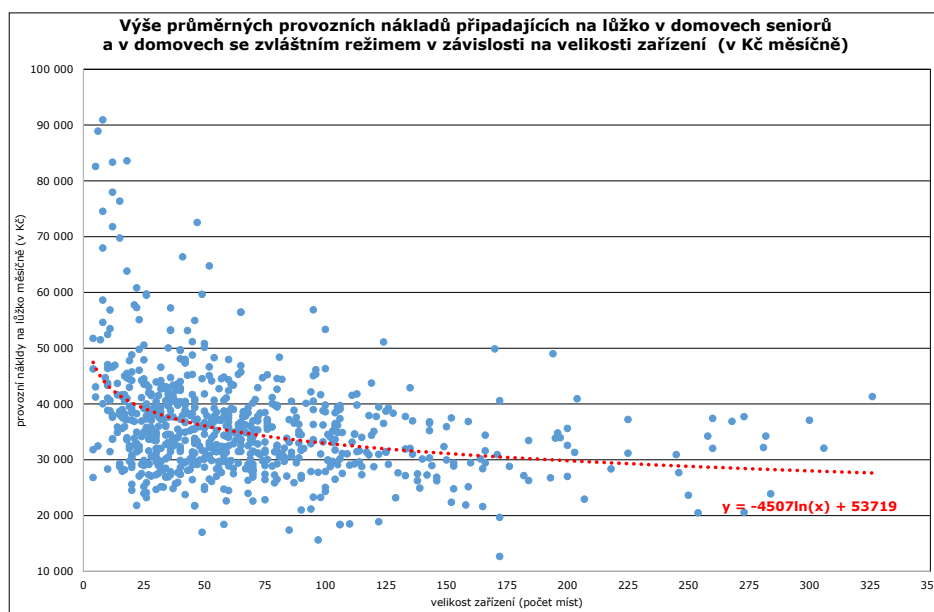
V letošním roce zveřejnila Světová zdravotnická organizace údaje o počtu lůžek v zařízeních dlouhodobé péče³. Z těchto údajů vyplývá, že dostupnost služeb v těchto

zařízeních je u nás z vyspělých evropských zemí nejhorší, před námi je i Estonsko, vybavenost místy v těchto zařízeních je vyšší i na Slovensku (viz tabulka).

Tyto údaje nemůže nikdo zpochybnit...

Pokud si připomeneme, jak se bude v následujících letech měnit věková struktura naší populace, je zřejmé, že je nutno na centrální úrovni koncipovat dlouhodobý investiční program výstavby nových pobytových zařízení sociálních služeb tak, aby se dostupnost těchto služeb v příštích letech nedostala na úroveň např. Řecka... Pokud by totiž zůstala současná kapacita jednotlivých typů služeb sociální péče zachována po celé sledované období do r. 2050, potom by např.:

- vybavenost místy v domovech pro seniory klesla ze současných 83,28 míst na 1 000 osob starších 80 let na 33,25 míst na 1 000 osob starších 80 let,
- vybavenost místy v domovech se zvláštním režimem klesla ze současných 36,00 míst na 1 000 osob starších 80 let na 14,37 míst na 1 000 osob starších 80 let,
- vybavenost pečovatelskou službou klesla ze současných 31,22 osob na 1 000



Počet lůžek v zařízeních dlouhodobé péče v evropských zemích

	počet lůžek na 1000 osob starších 65 let
Belgie	70,01
Švédsko	69,39
Švýcarsko	67,21
Island	63,38
Nizozemsko	63,22
Finsko	60,22
Malta	59,06
Francie	56,51
Lucembursko	55,83
Slovensko	55,00
Německo	54,09
Slovinsko	53,57
Norsko	52,96
Irsko	49,66
Velká Británie	49,30
Maďarsko	47,33
Dánsko	45,88
Estonsko	43,73
Španělsko	43,13
Rakousko	43,04
ČR	40,81
Litva	35,10
Lotyšsko	20,05
Polsko	17,98
Itálie	17,76
Chorvatsko	11,47
Rumunsko	7,88
Bulharsko	2,24
Recko	1,13

Pramen: Beds in nursing and residential care facilities. [online], dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_24-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-total/.

Vlastní propočty

osob starších 65 let na 20,17 osob na 1 000 osob starších 65 let.

Pro zachování současné úrovně vybavenosti jednotlivými typy služeb sociální péče po celé sledované období do r. 2050 by např.:

- počet míst v domovech důchodců se do r. 2050 musel zvýšit z 35 596 míst v r. 2016 na 89 146 míst, přičemž největší nárůsty kapacity v těchto zařízeních by bylo nutno realizovat do r. 2035,
- počet míst v domovech se zvláštním režimem se do r. 2050 musel zvýšit z 15 387 míst v r. 2016 na 38 536 míst, přičemž největší nárůsty kapacity i v těchto zařízeních bylo nutno realizovat do r. 2035,
- počet osob, kterým je poskytována pečovatelská služba, se musel zvýšit z 63 701 osob v r. 2016 na 98 613 osob, přičemž největší nárůsty počtu osob lze očekávat do r. 2025 a následně v letech 2035 – 2045.

Pro ilustraci – pro zajištění potřebného nárůstu kapacity v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem do r. 2035 by bylo potřeba vybudovat v každém správním obvodu obce s rozšířenou působností v tomto období v průměru 289 míst.

Je tedy zřejmé, že na vysoký nárůst obyvatel v nejvyšších věkových skupinách není naše společnost připravena.

Jsem hluboce přesvědčen, že rodina není schopna zabezpečit dlouhodobou každodenní celodenní péči o seniory, neboť k tomu nemá vytvořeny potřebné podmínky – úroveň sociálního zabezpečení pečujících osob je nedostatečná, odlehčovací služby jsou poskytovány ve velmi malém rozsahu⁴, jen v některých regionech mají pečující osoby možnost získat potřebné informace o tom, jak zajistit kvalitní péči o svého rodinného příslušníka. Ke zhoršení zdravotního stavu rodinného příslušníka dochází zpravidla náhle a teprve začínají zvažovat možné formy zajištění péče. Prvotní informace získají zpravidla na referátech sociálních věcí obcí s rozšířenou působností, popř. obcí s pověřeným obecním úřadem, následně kontaktují vhodné poskytovatele sociálních a zdravotních služeb a zvažují možnosti svého zapojení. Jejich situace je o to komplikovanější, že neví, jak dlouho budou muset péči zajišťovat. Po prvotním zaléčení ve zdravotnickém zařízení na akutním lůžku zpravidla dochází k přemístění zdravotně handicapované osoby do léčebny pro dlouhodobě nemocné, kde sociální pracovníci začínají ve spolupráci se sociálními pracovníky na referátech sociálních věcí obecních úřadů hledat optimální formy poskytování další péče. Jejich řešení komplikuje několik zásadních skutečností:

- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla doposud nevyužívala žádnou formu terénních sociálních služeb (zejména pečovatelskou službu) a nemá podanou žádnou žádost o umístění do pobytového zařízení sociálních služeb, čekací doby na umístění jsou přitom zpravidla velmi dlouhé, jejich dostupnost v jednotlivých regionech je významně diferencovaná,
- zdravotně handicapovaná osoba zpravidla nebyla před náhlým zhoršením svého zdravotního stavu příjemcem příspěvku na péči ve vyšším stupni závislosti,
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na zdravotnická zařízení tlak, aby péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné nebyla poskytována déle než 3 měsíce přesto, že pro tyto kroky již delší dobu nemají žádnou oporu v legislativě,
- zdravotní pojišťovny vyvíjejí na ošetřující lékaře tlak, aby neindikovali svým pacientům domácí zdravotní péči,
- zdravotně handicapovaná osoba si přeje zbytek svého života strávit v naprosté většině případů v domácím prostředí,
- členové rodiny by byli ve většině případů ochotni zdravotně handicapované osobě

péči v domácím prostředí – přes všechny výše uvedené problémy – zabezpečit, ale vzhledem k nedostatku finančních prostředků si nemohou dovolit opustit svoje pracovní pozice, neboť stávající formy jejich hmotného zabezpečení po dobu poskytování péče jsou naprosto nedostatečné⁵.

Navíc si musíme uvědomit, že péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné má tragickou úroveň⁶, pro zdravotnická zařízení je však ekonomicky „velmi zajímavá“. Zdravotnická zařízení navíc velmi pružně reagují na rostoucí poptávku po umístění seniorů v pobytovém zařízení a restrukturalizují lůžkovou kapacitu svých jednotlivých oddělení ve prospěch lůžek následné péče... Pokud tedy nechceme v příštích letech strávit poslední měsíce svého života připoutání na čtyř-, šesti- nebo osmilůžkovém pokoji zacévkováni na lůžku následné péče se zábrany na obou stranách postele tak, abychom zdravotnický personál „nezlabil“ svou pohybovou aktivitou, je potřebné zásadně přehodnotit stávající úvahy o potřebě transformace pobytových zařízení pro seniory na malá zařízení rodinného typu, ale je potřeba urychleně rozhodnout o koncipování rozsáhlého investičního programu výstavby nových pobytových zařízení pro seniory. Kvalita péče o seniory totiž vůbec nezávisí na velikosti konkrétního pobytového zařízení, ale na tom, jak kvalitní je sociálně potřebným osobám poskytována potřebná sociální a ošetrovatelská péče odborně vyškoleným personálem. Demografická situace zcela jednoznačně ukazuje, že tato zařízení v nejbližších 50–60 letech nebudou muset být pro nedostatek poptávky transformována na jiný typ zařízení veřejných služeb.

Ing. LADISLAV PRŮŠA, CSc.

1 viz: PRŮŠA, L. Rozbor neinvestičních výdajů v rezidenčních zařízeních v r. 2001. Praha, VÚ-PSV, 2002. bez ISBN

2 viz: BEDNÁRIK, R. – BODNÁROVÁ, B. Starnutie populácie – výzva na zmeny v službách pre starších ľudí. Bratislava: Stredisko pre štúdium práce a rodiny, 2005 [online], dostupné z: http://www.ssrp.gov.sk/texty/File/bulletin/bulletin_4.pdf

3 viz: Beds in nursing and residential care facilities. [online], dostupné z: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hlthres_24-beds-in-nursing-and-residential-care-facilities-total/

4 viz: PRŮŠA, L. Respirní péče v ČR ve světle nových evropských trendů. Revue sociálně-ekonomického rozvoje č. 2/2016. ISSN 2453-6148. [online], dostupné z: https://nhf.euba.sk/www_write/files/katedry/ksrp/2017/RSER_2_2016.pdf

5 viz: PRŮŠA, L. Podpora pečujících osob v České republice ve světle rakouského přístupu. Scientia et Societas č. 4/2016. ISSN 2453-6118

6 viz: PRŮŠA, L. Podle VOP je péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné katastrofální! Rezidenční péče č. 1/2018. ISSN 1801-8718

TRANSFORMACE JE ZMĚNA

říká ředitel Čtyřlístku – centra pro osoby se zdravotním postižením Ostrava PhDr. Svatopluk Aniol v rozhovoru pro časopis Rezidenční péče

Přelomovým okamžikem v novodobé historii Čtyřlístku – centra pro osoby se zdravotním postižením Ostrava, se stal pátek 14. září, kdy byla zahájena první stavba velkého transformačního projektu této organizace, který dosud nemá v oblasti sociálních služeb v Ostravě obdobu. Jedná se o změnu životních podmínek klientů tří domovů Čtyřlístku, pro něž bude ve dvou etapách nově postaveno nebo zrekonstruováno 13 domů. Celkové náklady na jejich výstavbu a vybavení jsou odhadovány na 270 milionů korun, z nichž 230 milionů bude financováno z fondů Evropské unie a zbývající část nákladů pokryje ze svého rozpočtu zřizovatel organizace – statutární město Ostrava. V souvislosti s tímto velkým transformačním projektem jsme požádali o rozhovor ředitele ostravského Čtyřlístku PhDr. SVATOPLUKA ANIOLA:

Letos v září byla ve Čtyřlístku – centru pro osoby se zdravotním postižením Ostrava, zahájena první etapa realizace velkého transformačního projektu, který se ve výsledku dotkne 159 klientů tří domovů této organizace. Co tento projekt pro Čtyřlístek znamená?

Transformace je změna, která umožní lidem s mentálním postižením, často kombinovaným s tělesným a smyslovým postižením, žijícím ve velkých zařízeních, žít v běžných životních podmínkách v pobytových službách s menší kapacitou. Ke čtyřem chráněným bydlením, určeným pro klienty, kteří potřebují menší

míru podpory, přibude v následujících třech letech 11 nových a dva rekonstruované domy. V těch budou klienti, kteří potřebují vyšší až vysokou míru podpory vzhledem ke svému rozumovým schopnostem i tělesnému postižení.

Bude to nepochybně velká životní změna jak pro klienty, tak pro zaměstnance organizace. Jsou na ni připraveni?

Na tuto zásadní změnu jsou připravováni dlouhodobě jak klienti, tak zaměstnanci. Přípravě jsme věnovali a stále věnujeme velkou pozornost. Pomáhali nám také

zkušení lektori a lidé z praxe v rámci projektů, jejichž financování bylo zajištěno z evropských zdrojů prostřednictvím MPSV. Snažíme se, aby se „tréninkové“ prostředí co nejvíce blížilo budoucí realitě. Jak se nám to podařilo, však ukáže až skutečný život v nových podmínkách.

Jak si organizace poradí s kvalitou a rozsahem poskytovaných služeb, když budou jednotlivá její zařízení rozptýlena v okruhu mnoha desítek kilometrů v různých částech Ostravy?

Již dnes sídlí naše organizace na 7 místech v Ostravě. V budoucnu to bude

Ředitel Čtyřlístku – centra pro osoby se zdravotním postižením Ostrava, PhDr. Svatopluk Aniol v rozhovoru s novináři na tiskové konferenci k transformačnímu projektu Čtyřlístku, která se uskutečnila na ostravské radnici 24. srpna letošního roku.



18 lokalit rozptýlených v pěti městských obvodech. Připravujeme se pečlivě, ale zjišťujeme, že některé oblasti služeb se budou zajišťovat obtížně. Náš cíl je však nezbytně naplnit. Klientům musíme udržet dosavadní kvalitní péči, stravování, ošetrovatelskou péči a přidat právě to prostředí, které je přiblíží k běžnému životu.

Víte už dnes, o kolik bude třeba zvýšit počet zaměstnanců organizace po dokončení projektu? Je o práci v nových domovech zájem?

Až skutečný život ukáže, kolik pracovníků bude v domech potřeba. Nemělo by to být ve všech stejné, ale podle mentál-

ních schopností a míře tělesného postižení klientů. Jinak řečeno, kolik budou potřebovat pomoci a kolik podpory. Jde o to, abychom je tzv. nepřepečovávali, na druhé straně tam, kde končí jejich schopnosti, musí pomoci pracovníci. Snažíme se ulehčit práci i zaměstnancům, a proto ve třech domech, kde budou imobilní klienti, bude také speciální technické vybavení pro ulehčení jejich fyzické námahy při manipulaci s klienty.

Bude Čtyřlístek schopný v nových podmínkách uspokojit i zájem nových žadatelů o jeho služby?

Naše kapacita po transformaci je daná,

v současné době je zcela naplněna. Může se stát, že do doby završení transformace budeme mít volnou kapacitu, přijímat nové klienty však nemůžeme, dokud nebude transformační proces ukončen kolaudací posledního domu. Je to kritérium nepochopitelné, ale jeho nedodržení by znamenalo přijít o dotační peníze, což si samozřejmě nikdo nedovolí. Žadatelů o naše služby máme velké množství a všechny je uspokojit určitě nedokážeme.

Rozhovor připravila:
BOHDANA RYWIKOVÁ
Foto: autorka

Stereotypy všedních dnů a jak je bořit

Každý, kdo pracuje v sociálních službách, ať v jakékoli pozici, denně se potkává s klienty, kteří trpí různými fázemi demence. I když prošel veškerým možným vzděláváním, kursy a školeními k individuálnímu plánování, je někdy stereotyp komunikace ubíjející. Tak jen pro osvěžení znalostí malé povídání ke komunikaci trochu od srdce...

JAK KOMUNIKOVAT S KLIENTEM TRPÍCÍM DEMENCÍ

Co je důležité při komunikaci? Podle mne především opravdová touha **naslouchat a domluvit se** a také **respekt a úcta k tomu druhému**. A samozřejmě empatie. Stejně věci jsou důležité i v případě, že komunikujete s člověkem, který onemocněl syndromem demence.

Jako podstatné vnímám také to, vidět nemocného seniora jako **dospělého člověka s celou jeho historií**. Nechovat se k němu jako k dítěti nebo k někomu, kdo „je úplně mimo a už ničemu nerozumí“. Vidět v něm stále hodnotného člověka. Je skvělé, když jako pečující **znáte životní příběh nemocného**, ten se totiž promítá i do jeho chování.

Jak vylepšit komunikaci:

- Při komunikaci **omezte rušivé a rozptylující vlivy prostředí**. Nejlépe vypněte televizi či rádio, ať se na vás může klient lépe soustředit.
- Důležité je také **správné oslovení**, na které klient slyší. Pokud neslyší na své příjmení, zkuste dřívější funkce (paní ředitelko, pane hajný). Možná už bude reagovat pouze na **oslovení křestním jménem**.
- Zahájit konverzaci můžete nejen vhodným oslovením, ale i **jemným**

dotekem na ruce. Tento dotek upoutá pozornost, ale nevystraší, pokud člověk zrovna odpočívá.

- Při komunikaci **zůstávejte v zorném poli**. Co nejvíce **se dívejte do očí, usmívejte se**. Pokud má rád dotek, chytněte jej přátelsky za ruce, navazujte pozitivní náladu.
- Mluvte **srozumitelně, pomalu a v krátkých větách**.
- V hovoru **se vyhýbejte odborným výrazům**, ale také ironii. Té člověk s demencí nerozumí.
- Používejte výrazy člověku známé a přiměřené.
- Používejte **přímá pojmenování**. Vyhýbejte se zájmenům, a pokud lze, tak na předměty, osoby, části těla, o nichž hovoříte, ukazujte.
- Pokud klient něco nesprávně pochopil, **použijte jinou formulaci** – neopakujte stejná slova.
- Průběžně ověřujte, zda informacím správně porozuměl. Důležité údaje pište navíc na papír, pokud je stále schopen číst a chápat, co čte.
- Vždy **vysvětluje, co se děje, co děláte** a co bude následovat. Např. při svlékání před koupáním apod.
- Případné **pokyny dávejte postupně**.
- Vždy je lepší chovat se klidně a omezovat prudké pohyby.
- Pro zklidnění **používejte dotek**. Pohla-

zení hřbetem ruky po tváři působí velmi mateřským a uklidňujícím dojmem.

- Při pokročilé demenci **nekladte klientovi otázky typu: „Proč...?“** Nepoužívejte otevřené otázky typu: „Kam jste to dal?“, „Co jste s tím udělal?“ Těm člověk s demencí nerozumí a rychle znejistí. Nedávejte otázky typu: „Co děláte?“, „Kam jdete?“ Nemocný vám stejně neodpoví, jen znervózní. Lepší je neptat se, ale říct např.: „Pojďte, půjdeme do pokoje.“ apod.
 - Nepoužívejte věty typu: „Zapomněl jste, já jsem to už říkala.“ Jsou zbytečné, jen člověka znejistí a ponižují. Navodí špatný pocit a nedůvěru.
 - V případě pokročilého stupně demence **nevyvracejte člověku jeho realitu**, pravděpodobně ho to rozruší a nebude vám důvěřovat. Při velké úzkosti buďte tím, za koho vás váš považuje – např. jeho maminkou. Nemusíte mu lhát, ale ani mu vyvracet to, co cítí a vnímá.
 - Snažte se pochopit chování klienta a **věřte jeho světu. Vše, co říká, tak skutečně myslí**.
 - Vzpomínky, které klient zrovna prožívá, se často střídají, nechejte je klienta prožít a jeho napětí vymizí. Naučte se citlivě vést nesmyslné rozhovory.
- I když už klient možná nerozumí slovům, **vnímá tón vašeho hlasu**. Cítí vaše emoce za slovy. Myslete na to, když s ním mluvíte. Laskavost je vždy vhodnou formou komunikace. **Naslouchejte a komunikujte srdcem**.

JANA PRAJZNEROVÁ
www.peceosverodice.cz

10 LET

ODBORNOSTI 913

Ve dnech 19. a 20. 9. probíhá v Rumburku dvoudenní odborná konference na téma 10 let vykazování odbornosti 913 v České republice. A jelikož je v té době zářijové číslo časopisu *Rezidenční péče* již vytištěno, požádali jsme předem o informace o této ojedinělé vzdělávací akci organizátora konference Jana Sembdnera, ředitele Domova „Srdce v dlaních“ – Sociální služby Jiříkov, a Markétu Horesh, specialistku smluvních vztahů z téhož domova.

Sociální služby Jiříkov dosahují ve vykazování odbornosti 913 dlouhodobě velmi vyrovnaných výsledků. Jak jste to dokázali? Jaké je vaše know how?

Spočívá především na druhu péče, který naše zařízení poskytuje. Jedná se v převážné většině o osoby trvale upoutané na lůžko s celou škálou onemocnění, které se i navzájem prolínají. Dále je velmi důležité zvládnout komunikaci s praktickými a odbornými lékaři, zdravotními pojišťovnami a efektivní správu smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami (dále ZP). Ve ZP spatřujeme zejména dlouholeté a klíčové smluvní partnery, se kterými společně sdílíme zájmy našich klientů, resp. pacientů. Smlouvy máme uzavřené v podstatě se všemi ZP na českém trhu a současně také musíme významně dbát na kvalitu vykazování a způsob vedení ošetrovatelské dokumentace tak, abychom obstáli v rámci revizní činnosti ZP. V neposlední řadě trvale sledujeme efektivitu odbornosti 913 a s ní spojených nákladů tak, aby si na sebe všeobecné sestry „dokázaly vydělat“.

Co je cílem konference, která probíhá pod záštitou APSS ČR?

V první řadě je to výměna zkušeností mezi odborníky a specialisty na tuto oblast. Výnosy od zdravotních pojišťoven se totiž stávají pro poskytovatele pobytových sociálních služeb jedním z klíčových zdrojů příjmů.

Konference se bude vedle ekonomických aspektů zabývat zejména kvalitou ošetrovatelské a rehabilitační péče, kvalitou a způsoby jejího vykazování a dále také způsobem vedení ošetrovatelské dokumentace a smluvními vztahy se zdravotními pojišťovnami.

Zazní zde názory zástupců zdravotních pojišťoven, revizních lékařů, zdravotníků z praxe, praktických lékařů i specialistů na IT a řada příkladů, doporučení, statistických přehledů, pohledů do budoucna a samozřejmě také příkladů dobré praxe.

Nepostradatelným zdrojem informací pro účastníky bude zejména otevřené komunikační fórum zdravotnických pracovníků.

Ti tvoří největší zastoupení mezi účastníky konference a významné bude zejména jejich vzájemné sdílení zkušeností.

Cílem konference je vyhodnotit vlastní aktuální praxi ve vykazování citované odbornosti a poukázat na úskalí v této oblasti včetně ekonomických aspektů. Nezastupitelnou roli hraje především komunikace PZSS s praktickými lékaři, asociací poskytovatelů a zdravotními pojišťovnami.

Vždy a za všech okolností by měl být nejdůležitějším určujícím prvkem uživatel pobytové sociální služby, resp. pacient.

Jaké budou výstupy z této konference a kde je ti, kteří se nemohli zúčastnit, najdou?

Organizátor připravuje resumé z konference, shrnutí a současně, v případě souhlasu přednášejících, uveřejní prezentace vystupujících na webových stránkách Domova.

Informace o konferenci najdete na: www.apsscr.cz, menu „Konference & Kongresy & Semináře“

Děkujeme za rozhovor.

LENKA KAPLANOVÁ



Jan Sembdner

Několik poznámek k desetiletému výročí odbornosti 913

Jak vyplývá z názvu, konference je zaměřena na aktuální otázku, a to vykazování zdravotních služeb vůči zdravotním pojišťovnám. Je dobré, že se organizátoři pustili do tak choulostivého tématu a je pozitivní, že nad konferencí převzal záštitu prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb (dále jen „APSS“).

V této souvislosti poněkud překvapuje, že tak velký prostor (celé odpoledne hlavního jednacího dne) je dán zdravotním pojišťovnám. Opravdu jsme přesvědčeni,

VYKAZOVÁNÍ ODBORNOSTI 913

ROSTE

Rozhovor s prezidentem

Asociace poskytovatelů sociálních služeb

Jiřím Horeckým

Nedávno jste poslal řediteli Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeňku Kabátkovi dopis, ve kterém jste tlumočil časté dotazy PZSS k Metodice pro pořizování a předávání dokladů VZP. Jedná se o výklad ustanovení, že požadavek na aplikaci léku zdravotní sestrou je oprávněný jen ve výjimečných případech, pro vysoké riziko možných komplikací po podání. Proč dochází k odlišnému výkladu ustanovení?

Předmětná část metodického pokynu VZP ČR vyjadřuje spíše přání VZP ČR, v jakých případech by mělo docházet k podávání léků per os v praxi, tj. omezení pouze na tzv. „výjimečné případy“. Jde o restriktivní výklad nad rámec platné legislativy, který de facto zasahuje do kompetencí ošetřujícího lékaře.

Jak časté jsou případy, kdy revizní pracovníci podávání léků zdravotnickými pracovníky neuznávají?

Situace je nyní jiná, než v minulých letech. V žádném případě již nejde o vět-

šinové případy. Je to dáno také tím, že drtivou většinu soudních sporů, jejichž předmětem je snížení úhrad v důsledku realizované revize, vyhrávají pobytová zařízení.

Už jste obdrželi odpověď od VZP?

Pokud ano, jakou?

Zatím jsme odpověď neobdrželi a máme připravenou urgenci našeho dotazu, resp. výzvy.

Asociace přijala záštitu nad konferencí „10 let vykazování odbornosti 913“.

Jak vidíte budoucnost odbornosti 913?

Pokud bychom měli hodnotit budoucnost ve světle zlepšení situace za poslední 3 roky, pak jde jednoznačně o vývoj pozitivní. Z makro pohledu došlo k celkovému navýšení o více než 50 %. Je však potřeba uvést, že startovací pozice odbornosti 913 byla položena velmi nízko. Z tohoto úhlu pohledu nás čeká ještě hodně práce. Ze současných vládních aktivit zatím v tuto chvíli nelze



usuzovat, jaká bude budoucnost úhrad a poskytování ošetrovatelské péče v sociálních službách.

Děkujeme za rozhovor.

(red.)

že „chyby a nedostatky ve vykazování“, resp. „správnost a oprávněnost vykazování zdravotních služeb v PZSS“, nám musí vykládat zaměstnanci zdravotních pojišťoven či odborníci s nimi spřízněni? Není asi sporu o tom, že jejich výklad bude účelový a že bude prezentovat pohled zdravotních pojišťoven. Cožpak nás zkušenost nenaučila, že právní kutilství zdravotních pojišťoven se v konečném součtu vždy obrátí v neprospěch pobytových zařízení sociálních služeb (dále jen „PZSS“). To konec konců potvrzují i výsledky soudních sporů PZSS zejména se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR (dále jen „VZP“). Asi by se slušelo, aby k této problematice referoval též odborník delegovaný APSS. A takové odborníky nepochybně máme. Pak by tato část konference byla vyvážená a případná diskuse či střet odborných názorů by byl pro účastníky konference přínosem.

Přítom problematika vykazování zdravotní péče v PZSS je kolbištěm výměny názorů me-

zi PZSS a zdravotními pojišťovnami. V řadě případů pak spory musely rozhodovat soudy, které ve všech případech (spory o nároky z revizní činnosti) daly za pravdu PZSS. Byly to soudy, které postavily na jisto např. skutečnost, že čas výkonu je veličina průměrná. Tedy výkon 06613 může trvat 5, ale také 15 min. či déle. Bohužel, vykázat můžeme vždy jen 10 min. Takže je logické, že zápisy ve zdravotnické dokumentaci (počátek a konec výkonu) se mohou lišit od oněch povinně vykazovaných 10 minut. I to je moment k diskuzi.

Technickou novelou vyhl. č. 134/1998 Sb. tzv. výkonová vyhláška se podařilo odstranit zmatečné označení výkonu 06613 a slova „časová dispozice 10 minut“ jsou již vypuštěna.

Stejně tak nálezy Ústavního soudu ve věcech sporů o úhradové dodatky přinesly zásadní změny, které zatím zdravotní pojišťovny nereflektovaly. Ta základní teze je, že platby zdravotních pojišťoven by měly

pokrývat účelně vynaložené náklady poskytovatele na zdravotní péči.

Stejně tak by si v této souvislosti zasloužila pozornost i otázka úhradových dodatků, které by podle zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, mohly mít charakter tzv. adhezních smluv a mohly by být neplatné. Stejně tak by si zasloužily diskuzi samotné úhradové dodatky. Osvědčily se, či nikoli? Je pro PZSS nějaký rozdíl, když je podepíše, či nikoli? A mohli bychom ve výčtu témat k diskuzi u příležitosti výročí odbornosti 913 pokračovat.

Výše uvedené poznámky upozorňují na skutečnost, že téma, které si pořadatel chvályhodně zvolil, je širší, a zaslouží si naši pozornost. Je dobře, že se taková konference koná, neboť umožní širokou výměnu zkušeností PZSS. Lze jen doufat, že potřebný prostor k diskuzi zde bude zachován.

JUDr. PETR HALUZA
advokát

STUDIE:

Vitamin D u seniorů

Rádi bychom vás seznámili se studií, kterou provedla Společnost pro výživu ve spolupráci s Výzkumným ústavem mlékárenským a Domovem pro seniory v Praze 4, v Donovalské ulici.

ÚVOD

Je dobře známo, že s věkem člověka přibývá onemocnění. S věkem a nemocí se často mění i životní podmínky, stravovací návyky a možnosti zajistit organismu vše co potřebuje. Známou skutečností je i to, že zvláště lidé, kteří jsou v letním období omezeně vystaveni slunečnímu záření, se snadno dostávají do deficitu vitamínu D. Vitamin D získává organismus působením slunečního záření nebo potravou. I lidé zdraví, v letních měsících aktivní, mají v zimním období často nedostatečný příjem vitamínu D z potravinových zdrojů, což může aktivovat rozvoj některých onemocnění. Nedostatečný příjem vitamínu D u starších lidí prohlubuje rozvoj osteoporózy, působí na snížení svalové síly, zvyšuje nebezpečí pádů a snadnějšího vzniku kostních zlomenin. Rovněž se mohou projevat i mimokostní účinky nedostatku tohoto vitamínu. Je to především větší náchylnost k infekcím. Nedostatečný příjem vitamínu D je často spojován se vzestupem civilizačních nemocí, zvláště rozvojem metabolického syndromu, ale i autoimunitních, kardiovaskulárních a nádorových onemocnění. Uvádí se, že účinná forma vitamínu D (kalcitriol) se váže na receptory buněčných jader asi třiceti cílových orgánů, ovlivňuje transkripci sensiblních genů a tvorbu složek bílkovinné povahy, jež zasahují do metabolických procesů organismu.

METODIKA

Naše studie vycházela z výše uvedených skutečností. Informovaný souhlas se studií nám dalo 68 seniorů. K objektivizaci výsledků studie jsme hodnotili jejich jídelníček a prováděli jsme laboratorní vyšetření před a po ukončení studie. Při vyšetření krve jsme zjišťovali hladiny 25 hydroxyvitamínu D, vápníku a alkalické fosfatázy. Všechny výsledky jsme hodnotili podle referenčních údajů, tzn. těch, které v rámci věku a pohlaví odpovídají potřebám organismu seniorů. Cílem studie bylo nejen zjištění aktuálního stavu hladin vi-

tamínu D v organismu, ale i posoudit účinnost podávání potravinového výrobku obohaceného o vitamin D. Z uvedených důvodů jsme seniory rovnoměrně rozdělili do dvou skupin, podle toho, zda byli ochotni po dobu 5 týdnů pravidelně denně konzumovat mléčný výrobek obohacený o 5 µg vitamínu D (skupina A). Skupina B byla skupinou kontrolní. Po domluvě s ošetřujícím lékařem seniory nedostávali cca již dva měsíce před sledováním žádné doplňky stravy nebo léčebné přípravky s obsahem vitamínu D. Studii jsme prováděli v zimním období (leden – březen r. 2018). Údaje z dotazníků, jídelníčků a laboratorních nálezů byly zhodnoceny statisticky.

VÝSLEDKY Z DISKUZÍ

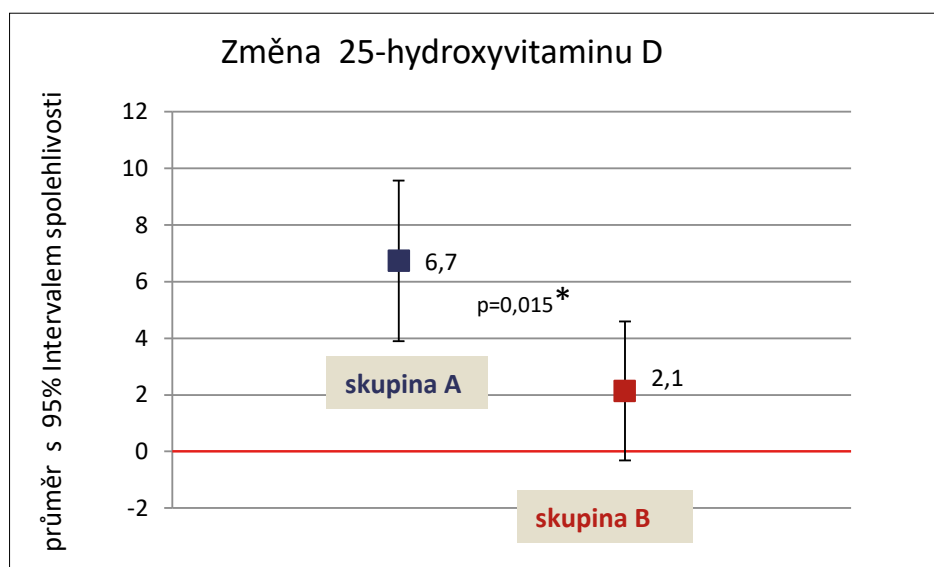
Věkový průměr seniorů byl $88 \pm 3,6$ let (69–98 let). Celkově se sledování zúčastnilo 51 žen (75 %) a 17 mužů (25 %). Velikost, zastoupení podle pohlaví a věku bylo v obou skupinách srovnatelné. BMI všech



seniorů byl v pásmu mírné nadváhy ($25,9 \pm 5$). Z toho 9 seniorů bylo obézních ($BMI \geq 30$), pouze dvě seniorky měly BMI pod 18,5. Nejistotu při chůzi, případně pády uvádělo 50 % seniorů, údaje o zlomenině mělo 19,1 % seniorů. Přibližně 25 % seniorů muselo dodržovat diabetickou dietu, ostatní seniory konzumovali racionální geriatrickou stravu s různými úpravami. Mléko nebo mléčné výrobky konzumovali prakticky všichni seniory, z toho denně 38,2 % sledovaných. Ryby a rybí výrobky, které v tuku obsahují nejvíce vitamínu D, konzumovalo 97,1 % sledovaných, ale 98,5 % seniorů uvedlo, že je konzumuje méně než 2x týdně.

Očekávaný byl výsledek prvního laboratorního vyšetření s hodnocením hladin vitamínu D. Průměrná hladina tohoto vitamínu byla u všech sledovaných jedinců 30,9 nmol/l. Jako optimální je uváděna hodnota 60(50)–200 nmol/l. Hodnota v rozmezí 60(50)–25 nmol/l již ukazuje na

Statistické hodnocení rozdílů změn hladin 25-hydroxyvitamínu D souborů A a B



Poznámka: Počet probandů, kde došlo ke zvýšení hodnoty 25-hydroxyvitamínu D. V souboru A to bylo u 24 z 26 probandů tzn. 92,3 % sledovaných, v souboru B u 15 z 26 probandů tzn. 57,7 % probandů. Rozdíl v procentech zvýšení je vysoce signifikantní - Chí kvadrát test $p=0,004$

mírný či střední deficit a hodnota pod 25 nmol/l již ukazuje na těžký deficit vitamínu D. Podle těchto parametrů mělo pouze 7,4 % všech sledovaných seniorů normální hodnotu vitamínu D. 47,1 % seniorů obou souborů bylo v těžším deficitu tohoto vitamínu a u ostatních bylo zaznamenán střední deficit.

Doporučený denní příjem vitamínu D potravou byl uváděn pro seniory nad 65 let 10 µg/den (DACH. Referenční hodnoty pro příjem živin. Výživaservis Praha, r. 2011). Nověji (DACH. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Vitamin D Neuer Umschau Buchverlag 2012) je doporučený příjem vitamínu 20 µg/den. Z týdenních záznamů konzumace stravy jsme posoudili oba sledované soubory seniorů. Průměrný příjem vitamínu D v souboru jedinců, kteří denně konzumovali o vitamín D obohacený mléčný výrobek, byl v denním příjmu 8,9 µg/den. Kontrolní soubor měl průměrný příjem vitamínu D 4,2 µg/den.

Pro posouzení účinnosti podání obohaceného mléčného výrobku jsme po pěti týdnech provedli kontrolní odběr laboratoře. Vzhledem k tomu, že i s doplněním vitamínu D do výživy seniorů nebyly hodnoty příjmu vitamínu D dostatečné, hodnotili jsme změny vitamínu D ve srovnání obou souborů (graf). V obou souborech sice došlo ke zvýšení hladin vitamínu D



v krvi. Ve skupině A o 6,7 nmol/l ($p < 0,0001$) byl rozdíl signifikantní, ve skupině B o 2,1 nmol/l ($p = 0,09$) byl rozdíl nesignifikantní.

Z výsledků bylo dále patrné, že u seniorů, kteří měli optimální hodnotu vitamínu D v krvi (soubor A 60,5 nmol/l, soubor B 64,7 nmol/l) došlo po pěti týdnech k negativním změnám s poklesem těchto hodnot do pásma mírného deficitu – soubor A 47,5 nmol/l, soubor B 49,8 nmol/l).

Společně s hodnocením vitamínu D jsme sledovali i změny hladin plasmatického vápníku a alkalické fosfatázy. Mohli jsme tak alespoň orientačně posoudit účinek vitamínu D na kostní metabolismus. Výsledky potvrdily pozitivní signifikantní korelaci ($r = 0,34$, $p = 0,008$) mezi hladinami vitamínu D a vápníku a slabou zápornou korelaci ($r = -0,28$, $p = 0,03$) mezi hladinami vitamínu D a změnou alkalické fosfatázy. Ukázalo se tak, že vitamín D stabilizuje kostní metabolismus a jeho vyšší konzumace zde má svůj nejen laboratorní, ale pravděpodobně i klinický význam.

Ačkoliv senioři konzumovali mléko či mléčné výrobky, byl průměrný příjem vápníku potravou (ze záznamů konzumace stravy) v obou skupinách nízký. Skupina A měla průměrný denní příjem vápníku 576 mg, skupina B 449 mg. Podle doporu-

ručení k příjmu 700 mg pro seniory nad 75 let (Report of an expert working group. Eating well for older people. The Caroline Wolker Trust 2004) to bylo ve skupině A 82 %, ve skupině B 64 % denní doporučené dávky (DDD). Podle údajů DACH (1000mg) to bylo v průměru 58 % DDD (skupina A), 45 % DDD (skupina B). I ostatní výsledky z hodnocených jídelniček ukázaly na další deficity ve výživě seniorů, což však není předmětem zadání naší studie.

ZÁVĚR

Studie prokázala že, potrava nezajišťuje seniorům dostatečný příjem vitamínu D i při běžném zařazování jeho potravinových zdrojů do jídelničky. Bez doplňování vitamínu D léky nebo výživovými doplňky či potravinami obohacenými o vitamín D, jsou hladiny vitamínu D nízké, což může zhoršovat kvalitu a prognózu dalšího života seniorů. Mléčný přípravek obohacený o 5 µg vitamínu D zvyšoval hladinu vitamínu D v krvi, nevedl však k normalizaci jeho hodnot. K dosažení denní doporučené dávky by musel být příjem vitamínu D přibližně 3 až 4x vyšší. Nicméně mléčný přípravek obohacený o 5 µg vitamínu D zlepšil bilanci vitamínu D a vápníku, pozitivně ovlivňoval i kostní metabolismus seniorů.

MUDr. PETR TLÁSKAL, CSc.

FN Motol, Společnost pro výživu
www.vyzivaspol.cz

Tereza Brdečková: Lidé už se dnes vůbec neposlouchají...

Dokončení ze str. 1

máme vlastnosti, se ve skutečnosti na životních křižovatkách nemůžeme rozhodnout jinak, než se rozhodujeme. Protože jsme to my. Osud, to je ale hlavně zásah zvenčí, i pozitivní – jako třeba přese všechno doba, v níž žijeme dnes – nebo negativní. Války, katastrofy, nemoci, úmrtí blízkých. Ptala jsem se lidí, zda věří v Boha, protože byli blíže smrti než já. Ale byla to většinou ateistická generace, která víru nepotřebovala. Nepotřebovala nic nad sebou a vše důležité nosila v sobě.

V domovech pro seniory je nyní velmi často užívána reminiscenční terapie, klienti si tvoří „kufříky vzpomínek“, „stromy života“ apod. Je

to alespoň malý krok k tomu, aby sdělili něco svým potomkům, kteří už je jen navštěvují, a nemají čas jim naslouchat?

Krok to určitě je, teď ještě bude potřeba přikurtovat k židlím ty potomky, aby jim naslouchali, a naopak přimět ty seniory, aby se jim otevřeli. A to je těžší, myslím, než ta terapie sama, protože lidi se dnes vůbec neposlouchají, akorát zírají do mobilů.

Loni proběhlo sté výročí narození vašeho otce, Jiřího Brdečky. Jaké bylo dětství a dospívání ve společnosti tolika slavných osobností, jeho kamarádů?

To je na dlouhé vyprávění. Mělo to své výhody, člověk poznal spoustu vtipných a zajímavých dospělých. A taky nevýhody - dostalo mne to do určité izolace, koukali na mne děti i mnozí rodiče skrz prsty, že jako ať si nemyslím, že jsem něco extra. I když já si to nemyslela, ale asi jsem tak vypadala, že mám nos nahoru. Tak jsem byla pořád sama a četla jsem.

V. I. P.

Tvůrčí rodinné prostředí, které spolu s manželem Jiřím Dědečkem svým dcerám vytváříte, má jistě velký vliv... Co dělají vaše dcery?

Jedna dcera je zpěvačka a vede barokní ansámbl, druhá vystudovala jazyky a teď je na filmové produkci. Myslím, že kultivované prostředí způsobilo minimálně to, že umějí krásně mluvit i psát, zejména česky, ale i v jiných jazycích. Lidé dnes mluví hrozně... V minulých generacích, těch přede mnou, měli skoro všichni Češi krásné písmo a skvělý literární projev. I obyčejní lidé. Ovšem děti jsou jiná generace a spíš se od rodičů potřebují trhnout, než se jim podobat.

Jaké jsou vaše nejbližší plány?

Teď na podzim bychom měli natáčet dokumentární film o Jiřím Trnkovi v česko/francouzské koprodukcii.

Ptala se **LENKA KAPLANOVÁ**

DEKUBITY

P R E V E N C E A L É Č B A

V současné době jsou sociální služby orientované na kvalitu života klientů. Snahou sociálních služeb je umožnit klientům žít kvalitní život. Poskytovat péči podle jejich potřeb s úctou a respektem, předcházet zdravotním komplikacím a nastolit pocit klidu a duševní pohody.

Velký důraz je proto kladen na kvalitní ošetrovatelskou a sociální péči poskytovanou vždy komplexně, na základě individuálních potřeb daného klienta. Práce všeobecných sester a pracovníků v sociálních službách je velmi náročná nejenom fyzicky, ale i psychicky. Vyžaduje schopnost naslouchat, empatii, ale především je nutné na klienta pohlížet jako na „celek“ který tvoří minulost, současnost a také budoucnost.

Klienti, kterým je poskytována sociální služba, jsou stále více závislí na pomoci druhé fyzické osoby. Právě tato situace klade vyšší nároky na specifickou ošetrovatelskou péči, a to především na prevenci vzniku dekubitů.

Dekubit neboli proleženina pochází z latinského slova „cubo“ = ležet. Jedná se o místní poškození kůže, které je zapříčiněno stlačením měkkých tkání mezi kost a tvrdou podložku s následnou poruchou prokrvení v tomto místě. Zvýšením tlaku v tkáních dochází k zástavě krevního oběhu v tomto místě a odumření tkání nacházejících se mezi kostí a podložkou. Dekubity vznikají u klientů ochrnutých po iktech, s neurologickými nebo ortopedickými onemocněními, při metabolických poruchách, u klientů trpících těžkými infekčními stavy, které mají za následek poruchy hybnosti.

Další skupinou ohroženou vznikem dekubitů jsou klienti s pokročilou generalizovanou aterosklerózou, stařeckou či smíšenou demencí. Pády a imobilita, která vede k atrofii svalů, jsou další příčinou vzniku dekubitů.

Dekubit může vzniknout na sliznici v dutině ústní, kdy je vyvolán tlakem zubní protězy, nebo na sliznici močových cest, tlakem permanentního močového katetru. Není výjimkou, že dekubit vznikne pod sádrovým obvazem nebo při použití nevhodných protetických pomůcek.

Nejčastěji se dekubity vyskytují v oblasti kosti křížové, nad hrbolem kosti patní, nad trnem VII. krčního obratle, nad hřebeny lopatek, v oblasti kosti týlní, nad velkým trochanterem, ramenním kloubem, hřebem kosti kyčelní, zevním kotníkem, ve spánkové či kosti sedací.

Vznik dekubitů závisí na mnoha faktorech. Vnějšími faktory jsou odolnost organismu vůči tlaku, mechanické a chemické vlivy. Co můžeme ovlivnit?

Tření kůže o podložku, pokud klient sjíždí v lůžku a je ošetřujícím personálem vytahován mnohdy nešetrně do sedu, což způsobuje poškození kůže.

Střížnou sílu, která působí kombinací tlaku a tření. Nejčastěji, pokud je klient vsedě či polosedě, kůže zůstává na místě a klient sjíždí směrem dolů.

Vlhkost, která vzniká při inkontinenci moči a stolice. Inkontinence může narušit celistvost kůže rozkladem výměšků, kdy dochází k tvorbě amoniaku. Přítomny jsou také toxické látky a bakterie ze stolice. Tímto procesem dochází k mírně kyselému prostředí na pokožce, což vede k maceraci kůže, ztrátě odolnosti pokožky vůči mechanickému poškození a infekci. Klienti trpící inkontinencí jsou výskytem dekubitů ohroženi až pětikrát více.

Vnitřních faktorů, které ovlivňují vznik dekubitů je několik. Patří mezi ně pohlaví, vznikem dekubitů jsou více ohroženy ženy oproti mužům.

Stárnutí postihuje prakticky všechny orgány, které podléhají ztrátě schopností. Snížená schopnost adaptace a odolnost vůči zátěži, snížená funkce imunitního systému, zpomalení psychomotorického tempa, zhoršení funkce smyslových orgánů, pokles svalové síly, pokles tělesné vody, úbytek svalové a kostní hmoty.

Velkým přínosem pro prevenci a léčbu dekubitů jsou krycí materiály a gely, polohovací pomůcky, aktivní matrace, dynamické matrace. Hygienická péče, která je důležitá hlavně u klientů trpících inkontinencí i tam, kde je již dekubit vytvořen. Pravidelné koupele, sprchování a omývání, šetrné osušení a ochrana pokožky před vlhkostí, ošetření vhodnými krémy. Vhodné prodyšné absorpční pomůcky pro klienty trpící inkontinencí.

Malnutrice způsobená kvantitativně nebo kvalitativně nedostatečným příjmem potravy je velmi významným faktorem podílejícím se na vzniku dekubitů. Především u seniorů dochází ke snížení chuti k jídlu a pocitu žízně i hladu. Důvodem malnutrice může být

nefunkční zubní náhrada, poruchy polykání a chorobné stavy, které ovlivňují příjem potravy poškozením funkce trávicího traktu chorobami nebo problémy s vyprazdňováním. Dalším důvodem může být neschopnost připravit si stravu nebo ji zkonzumovat. U seniorů dochází k změně vnímání hladu, mizí pocit hladu.

Sociální příčiny malnutrice mohou být nízký příjem neumožňující kvalitní stravování i osamělost.

Malnutricí dochází k úbytku hmotnosti, nedostatek bílkovin, zinku, vitamínu C, B, D a tím se zvyšuje riziko vzniku dekubitů a jejich špatné hojení.

Dekubity jsou stále vážným ošetrovatelským problémem. Pro klienty jsou velice bolestivou komplikací, která je vstupní branou infekce ohrožující život klienta. Mezi nejčastější komplikace dekubitů patří infekce, která se šíří z dekubitu do okolí. Vznikají různě velká místa nekrotické tkáně naplněná hnisem. Infekce často postupuje

Malnutrice způsobená kvantitativně nebo kvalitativně nedostatečným příjmem potravy je velmi významným faktorem podílejícím se na vzniku dekubitů.

až do kostní dřeně a vyvolá osteomyelitidu. Klient je ohrožen krvácením z dekubitu, pokud dojde k „nahlodání“ větších cév, avšak nejzávažnější komplikací je celková seps. Dekubity jsou také zdrojem rezistentních nosokomiálních infekcí.

Prevence vzniku a rozvoje dekubitů je mnohonásobně levnější a jednodušší než jejich následná léčba. Pro personál představuje klient s dekubity mnohem větší pracovní zátěž a zvýšenou fyzickou námahu.

V běžné praxi v sociálních službách, kde pracuji již 24 let, se mi při prevenci vzniku dekubitů velmi osvědčilo sledování stavu výživy, včasné rozpoznání nedostatečné nebo nesprávné výživy a řešení těchto problémů zavedením nutriční podpory. Strava musí obsahovat dostatek vitamínů, minerálů včetně stopových prvků a také dostatek tekutin. Zabezpečit přiměřený příjem energie jsme se snažili podáváním sippingu pomocí perorálních nutričních nápojů. Při hojení ran se nám v domově seniorů osvědčil Cubitan s navýšeným obsahem bílkovin, vitamínu C, E, A, stopových prvků, zejména zinku a argininu.

Podánilo se nám vyléčit dekubit u klienta v souvislosti s podáváním Cubitanu do 4 měsíců. Nejen tento případ nám potvrdil, jak je důležitá výživa s dostatkem správných vitamínů a prvků, a to nejen při léčbě, ale hlavně jako prevence.

Bc. LENKA HASNEDLOVÁ

SPECIÁLNÍ VÝŽIVA PŘI LÉČBĚ DEKUBITŮ^{1,6}

Cubitan je vysokoproteinová výživa obohacená o arginin speciálně vyvinutá pro pacienty s dekubity

ARGININ

zlepšuje proteinový anabolismus⁶
zlepšuje syntézu kolagenu^{2,3} a pružnost rány²
stimuluje uvolnění anabolických hormonů⁴

ZINEK

kofaktor tvorby kolagenu⁴
stimuluje reepitelizaci⁴ a regeneraci tkáně⁵

VITAMIN C

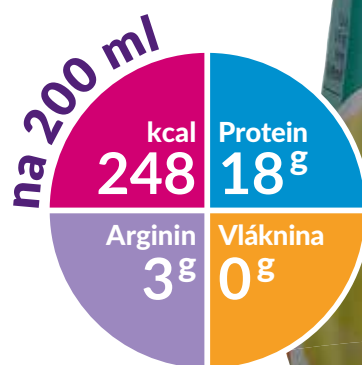
nezbytný pro tvorbu kolagenu^{4,6}

VITAMIN E

váže volné radikály^{7,8}

SELEN

antioxidant^{4,9}



Cubitan je potravina pro zvláštní výživu – potravina pro zvláštní lékařské účely určená k dietnímu postupu při péči o pacienty s chronickými ranami. Přípravek musí být užíván pod dohledem lékaře. Materiál je určen pro odbornou veřejnost. | Reference: 1. van Anholt RD, Sobotka L, Meijer EP, et al. Specific nutritional support accelerates pressure ulcer healing and reduces wound care intensity in non-malnourished patients. *Nutrition*. 2010; 26:867-872. 2. Scholl D, Langkamp-Henken B. Nutrient recommendations for wound healing. *Journal of Intravenous Nursing*. 2001;24(2):124-132. 3. Patel GK. The role of nutrition in the management of lower extremity wounds. *International Journal of Lower Extremity Wounds*. 4. Demling RH. Nutrition, Anabolism, and the Wound Healing Process: An Overview. *Eplasty*. 2009;9:e9. Published online 2009 Feb 3. 5. Lansdown ABG, Mirastschijski U, Stubbs N, et al. Zinc in wound healing: theoretical, experimental, and clinical aspects. *Wound Repair Regen*. 2007 Jan-Feb;15(1):2-16. 6. Cereda E, Klersy C, Serioli M, et al. A Nutritional Formula Enriched With Arginine, Zinc, and Antioxidants for the Healing of Pressure Ulcers. *Ann Intern Med*. 2015;162:167-174. 7. Meyer NA, Muller MJ, Herndon DN. Nutrient support of the healing wound. *New Horizons*. 1994;2:202-14. 8. Niki E. Evidence for beneficial effects of vitamin E. *Korean J Intern Med*. 2015;30:571-579. 9. Kirk SJ, Hurson M, Regan MC. Arginine stimulates wound healing and immune function in elderly human beings. *Surgery*. 1993;114:155-160.

PODÁVÁNÍ LÉKŮ

v zařízení sociálních služeb z pohledu klinických farmaceutů

Klinickofarmaceutická péče je v současné době v ČR poskytována pouze v ústavním segmentu. Mnohaleté zkušenosti s její realizací v nemocnicích a podrobná analýza získaných dat jednoznačně ukazují, že klinickofarmaceutická péče významným způsobem zvyšuje bezpečnost farmakoterapie u hospitalizovaných pacientů a snižuje náklady s ní spojené. Kliničtí farmaceuti aktivně zasahují u 25–30 % hospitalizovaných pacientů (úpravy dávek, prevence a řešení polékových nežádoucích účinků, lékové interakce, lékový perioperační management, kontraindikace, duplicita...).¹

Lze předpokládat, že množství polékových problémů bude v ambulantní sféře obdobné, případně se bude, vzhledem k možnostem samoléčení a návštěvě u více specialistů, dokonce zvyšovat. Tento předpoklad byl potvrzen celorepublikovým projektem „SENIOR“, který formou lékových auditů prověřoval bezpečnost a účelnost farmakoterapie ve 13 domovech pro seniory a představoval významnou první sondu do ambulantní preskripce léků.

Realizátoři projektu vycházeli také z dlouholetých zkušeností ze zahraničí, protože problémy a rizika související s farmakoterapií si uvědomují ve vyspělých zemích na celém světě a hledají se cesty, jak ho řešit. Jde většinou o soubor navržených pravidel, doporučení, navýšení odborných kapacit, případně úprav legislativy tak, aby byla zajištěna kvalita, bezpečnost a účelnost farmakoterapie na všech úrovních, tzn. při předepisování, podávání i užívání léků.

Jde zejména o to, aby nedocházelo k předepisování a podávání příliš mnoha léků najednou (polypragmatie), nebyla předepisována léčiva nevhodná nebo naopak nedocházelo k odepírání léčiv s prokazatelným účinkem na pozitivní vývoj nemoci a délku přežití, ke zbytečnému užívání léků ovlivňujících psychiku a mobilitu, anebo kumulaci či neřešení problémů spojených s nežádoucími účinky léků. Tento problém se nejvíce projevuje u chronicky nemocných, seniorů, případně pacientů se sníženou rozpoznávací schopností – tedy u skupin nejvíce ohrožených vyloučením.

V březnu tohoto roku například vyhlásila britská NHS plán zaměstnat v domovech pro seniory (care homes) 240 farmaceutů a farmaceutických asistentů. Rozhodla se k tomu poté, co zjistila, že senioři

v těchto zařízení užívají velké množství léků (v průměru 7 léků denně, ale 10 % lidí nad 75 užívá 10 a více léků denně). Pilotní roční projekt ověřování medicíny farmaceuty v 6 domovech vedl ke snížení urgentních nemocničních příjmů pacientů o 21 %, snížení nutnosti používání orální nutriční podpory o 7 %, snížení volání záchranky téměř o 30 % a úspory za léky na jednoho pacienta mezi 125–305 £.²

Světová zdravotnická organizace WHO představila v březnu 2017 svůj pětiletý plán snížení lékových chyb o 50 % a vybídla členské země k přijetí akčních plánů k této výzvě v rámci požadavku na bezpečí pacienta a poskytované zdravotní služby. Národní akční plány mají obsahovat zejména systémová opatření, aby k lékovým chybám nedocházelo, či došlo k jejich významné redukci. Součástí akcí mají být také aktivity na zvýšení povědomí pacientů o rizicích způsobených neúčelným užíváním léků.

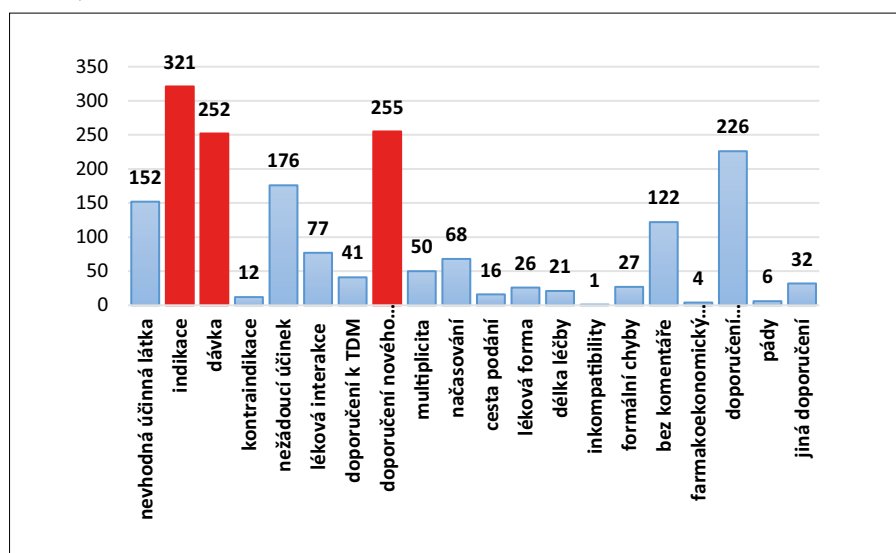
Problém polypragmatie a lékových chyb

způsobuje také nemalé ekonomické dopady (celosvětově 42 miliard dolarů – 1 % celkových nákladů na zdravotnictví) a způsobuje závažné poškození zdraví a zbytečná úmrtí. Pouze ve Spojených státech statistiky uvádějí 1 úmrtí denně na chybné užití/předepsání léku a 1,3 miliónu poškozených pacientů ročně. Aktivity mají být kromě pacientů samotných cílené na zdravotníky, výrobce léků a celý systém spojený s lékovou politikou.³

Zkušenost a výstupy z tříletého projektu „SENIOR“ realizovaného v ČR Ústavem lékového průvodce a oddělením klinické farmacie Nemocnice Na Homolce za významné podpory SÚKL v letech 2015 až 2017.

Cílem projektu SENIOR bylo obrátit pozornost na farmakoterapii v seniorském věku u klientů v domovech pro seniory a zmapovat reálnou situaci v užívání léků v zařízeních sociálních služeb v ČR. Projekt „SENIOR“ potvrdil systémově neутěšenou situaci u nejkréhčích občanů

Celkový počet doporučení KF (n=846)



v domovech pro seniory a přináší velmi podrobná a metodicky ucelená data, která odkrývají nejen problematiku lékové preskripce v zařízeních sociálních služeb, ale přináší první otázky týkající se problematiky farmakoterapie v ambulantním sektoru vůbec.

Rozbory farmakoterapie proběhly ve 13 zařízeních, u celkem u 846 klientů. U 86 % klientů byla nutná intervence do lékového režimu a pouze 15 % klientů zůstalo bez jakýchkoli farmakoterapeutických doporučení. Analýzou všech provedených farmakoterapeutických doporučení (n = 1763) bylo zjištěno, že 18 % problémů (n = 321) se týkalo tzv. nadléčenosti klientů, tzn., že chyběla diagnóza pro dané léčivo, 14 % (n = 255) naopak podléčenosti, tzn., že chybělo léčivo s jasně prokázaným účinkem na prognózu pacienta či kvalitu jeho života, a 68 % doporučení upozorňovalo na další významná rizika léčby. Mezi tato rizika patří nevhodné dávky léčiv (vysoké), neadekvátní délka terapie (antibiotika), klinicky významné lékové interakce, nevhodné lékové formy, kontraindikace, duplicita, manifestované nežádoucí účinky nebo chybějící laboratorní monitorace bezpečnosti léčby (viz graf).

Obrovské množství farmakologických i nefarmakologických faktorů, které ovlivňují výsledný efekt farmakoterapie ve stáří, klade vysoké nároky nejen na erudici, ale také na čas předepisujícího lékaře. Proaktivní přístup, pravidelné přehodnocování farmakoterapie a aktuali-

zace farmakologických anamnéz (včetně volně prodejných preparátů) v kontextu klinického stavu a s ohledem na účinnost a bezpečnost jsou z kapacitních důvodů prakticky nemožné. Nepřehlednost situace a špatnou kontrolu nad současnou medikací ukazuje například frekventní nález příznaku „indikace“ (viz graf), který ukazuje, že v 37 % případech (n = 321) nebyla dohledatelná informace, jak dlouho a z jakých důvodů pacient dané léčivo užívá. Na tuto otázku nedokázal odpovědět ani lékař, ani sestra a ani sám klient. Léčiva zůstávají v medikacích historicky, bez zájmu a možnosti přehodnocení, zda daná indikace stále trvá, či nikoli.

Na základě uvedených zjištění budou realizátoři projektu usilovat ve spolupráci s dalšími odborníky o systémová opatření, která by vedla k vyšší bezpečnosti a zároveň účinnosti farmakoterapie v ambulantní sféře, včetně zařízení sociálních služeb.

PharmDr. MILADA HALAČOVÁ, Ph.D.
vedoucí oddělení klinické farmacie
Nemocnice Na Homolce
PhDr. IVANA PLECHATÁ
Ústav lékového průvodce, z.ú.

Zdroje:

- 1 Data oddělení klinické farmacie Nemocnice Na Homolce
- 2 The Pharmaceutical Care Network Europe [online]. Available from: <http://www.pcne.org/news/3/new-version-of-the-pcne-drp-classification> (last access 24. 3. 2018).
- 3 <http://www.who.int/patientsafety/medicationsafety/campaign/en/>

Mezibořské slunce vyšlo počtvrté

Již čtvrtý ročník zahradního setkávání seniorů Mezibořské slunce proběhl v létě v Domově sociálních služeb Meziboří. Do přípravy celé akce se zapojili všichni zaměstnanci domova a dobrovolníci. Jako každý rok i letos s výzdobou areálu pomohly děti ze základní školy Meziboří a mateřské školy Kaštánek, ať už namalovanými sluníčky na chodníku či nakreslenými výkresy, které vytvořily „Galerii na plotě“. Do konečných příprav se zapojili ještě dobrovolníci z řad studentů Střední odborné školy Scholy Humanitas z Litvínova a Gymnázia Litvínov s jejich pedagogickými doprovody. Posílili jednotlivá soutěžní stanoviště, zajistili bezpečný doprovod seniorů mezi jednotlivými disciplínami a starali se o občerstvení všech účastníků a hostů. Mezibořské slunce – zahradní setkávání seniorů se stalo setkáním několika generací.



Kalpe Český výrobce pohybových léčebných přístrojů

**Pasivní, asistované a aktivní cvičení
dolních a horních končetin pro
dospělé i děti od 3 let.**

V nabídce **16 typů profesionálních
přístrojů pro pohybovou rehabilitaci
končetin!**



Léčba s přístroji Motren - Rotren
snižší výskyt a intenzitu spasmů, zlepší
pohyblivost končetin, podpoří krevní
oběh a srdce, zvětší objem svalů,
podpoří trávicí soustavu i lymfatický
systém a omezí další bolesti.

Pronájem pohybových léčebných
přístrojů a motodlah **od 50 Kč/den,**
rotopedy pro rehabilitaci od 35 Kč/den.

- **individuální úpravy** dle přání zákazníka
- **široká nabídka příslušenství**
- **tisíce spokojených zákazníků z ČR i SR**



- **záruční doba 3 roky** = česká kvalita
- vyzkoušení přístroje **zadarmo** po celé ČR
- **nejnižší ceny** rehabilitačních přístrojů



- výroba rotopedů s tradicí **od roku 1990**
- **profesionální záruční i pozáruční servis**
- **rychlé dodání přístrojů a rotopedů**

Výroba, prodej, půjčovna pro ČR a SR
Kalpe - U Rakovky 1794, 148 00 Praha 4
web: www.kalpe.cz e-mail: kalpe@volny.cz
tel.: +420 737 289 277 FB: Kalpe.reha

JAK SE CÍTÍ LIDÉ V ZAŘÍZENÍCH

ANEB

CESTA DO HLUBIN SENIOROVY DUŠE

Často se klientů při šetření ptám, jak jim na novém místě je. Někdy vyhrknou první věc, která je napadne, změna k dobrému, které si okamžitě všimli: Dobře tu vaří, to není jako v nemocnici! Nebo jako ty moje donáškové obědy. Nebo je to tak dobré, jako jsem měl (měla) doma.

Na dalším místě moc ráda slyším, že jsou tu moc hodné sestřičky. Lidé dodnes nerozlišují nová pojmenování, je jim jedno, zda mají kolem pracovníky a pracovnice v sociálních službách, ošetřovatelky nebo zdravotní sestry, všechno jsou to „sestřičky“. Příjemné navíc bývá, pokud se pánům věnuje muž, především při koupání a mytí. Pokud se zabereme do povídání a dotýčný mi hned bezprostředně pochválí ty, kdož se o něj starají, jde o skutečnost, která ho naplňuje, je spokojený.

S některými odpověďmi je to ošidné. Velmi často není poznat, zda klient odpoví podle skutečnosti nebo podle toho, co si myslí, že chce slyšet, co se sluší říkat. Kromě upřímných projevů stesku (chci domů!), se často dočkám pokrčení ramen a nějaké fráze ve smyslu „no, to víte, co mi zbývá“.

Není to zvláštní? Jak je možné, že v časech, kdy je nedostatek míst ve všech domovech, bývá pro někoho pobyt v zařízení nutným nebo menším zlem? Tak totiž ony reakce vyznívají. Logicky z toho vyplývá, že někde bude chyba. Nejspíš v momentální situaci klienta. Proč?

Klient může být zklamaný, že se v rodině nenašla vůle, která by mu pomohla zůstat doma. Samozřejmě, že málokdo nahlíží kriticky na své vlastní možnosti, totiž jak málo se o sebe postará. „No, tak se přes rok myju jenom žinkou, když do vany nemůžu.“ Nebo pokud žije v bytě, který páchne močí, přestane to vnímat. Uklizeno má, tak co?

Znám rodinu, která čas od času svými čichovými senzory zjistí, že je nejvyšší čas a nekompromisně 90leté babičce

vymění sedačku za novou. Sedáky v oblíbeném křesle a na židlích nenápadně mění a perou mnohem častěji, nejlépe ve stylu tajné operace, kdy babička vyjede s milovanou vnučkou nakouknout do lesa a doma se jí dějou věci.

Jiná, špatně vidící dáma, která pevnou rukou řídila svou rodinu, sama vychovala tři děti a postarala se o rodiče, kolem těch devadesáti nepozná uspinění, potrhání, rub a líc, pere málo, aby šetřila (a nikomu neřekne, že vytáhnout prádlo a pověsit je pro ni skoro neřešitelné), všeho nového je pro ni škoda (protože už nedojde do obchodu a sotva vyjde s penězi). Sousedé ji už berou jako postavičku, pomůžou nakoupit, dohodli jí obědy. Už sehnali vnuky, ale spíš to vy

Schody jsou jednou z příčin izolace seniora padá na domov, kam nechce. Žádost je podána.

Pán, který šéfoval půlce zeměkoule a všemu rozuměl, pomalu po osmdesátce slábně, jeho dům také zestárl, věci mu dělají naschvály, přestávají fungovat. Už jejich opravy nedokončí, rezignuje na jednu místnost po druhé, všechno mu přerůstá přes hlavu. Proto jednoduše nikoho nepouští do domu a stahuje se jak do sebe, aby z posledních sil ubránil zdání své původní důstojnosti, tak do místnosti, která je udržitelná k obývání. Stůl, podložený cihlou, příliš těžké staré zavařeniny na odnesení do popelnic, plesnivě zdi, houba prouštající podlahou do úložného prostoru



Schody jsou jednou z příčin izolace seniora

pohovky...

Jen velmi zřídka lidé přiznají, že leccos mohlo být jinak, pokud by dříve a včas něco zkusili řešit. Spíše vídám, že skloní hlavu a tiše zmíní, jak jim hlava neslouží a museli z bytu. „Nikdo si mne nevezme na zodpovědnost, kdyby něco, víte? Jsem k ničemu...“

Těžce ranění ve své důstojnosti, odsouzení do ústavu. „Ale mamí, to je zase to tvoje blbnutí,“ vzpomenu si vždy na takovou schoulenou starší paní, když něco před dcerou popletla.

„Já už s tím počítal, doktoři řekli, že musím mít celodenní péči“, svěřil se další devadesátník. Byl po operaci dlouho na LDN a rodina milující, ale poněkud vzdálená, po pokynu lékaře řešila. Pán se zatím pilně zapojil do rehabilitace, po půl roce chodí s hůlkou, po schodech radši v doprovodu, obleče se, umyje ráno do půli těla, vysprchoval by se sám, ale tady jsou předpisy, nají se, zavolá si mobilem, prostuduje pečlivě smlouvu a vyjedná si levnější pobyt, ale protože je mu přece už tak moc, všechno musí schválit vnuk, žijící přes sto kilometrů daleko. Ten přece nebude zodpovědný za cokoliv, co

by se dědečkovi stalo! Dům prodal, věci většinou vyhodil, bylo to přece jasné. Pán osaměle kouká z okna, v domově nikoho nezná, rozumově souhlasí s tím, co muselo přijít. Vždyť už dva roky nezvládal práci na zahradě, věk je znát.

Do zařízení přicházejí klienti s velkým rancem obav, rezignace, zklamání ze zdraví, které je zradilo, z rodiny, která je přesvědčila, z vlastního rozhodnutí „uklidit se a nedělat mladým problémy“. Především ženy totiž ohlašují již roky dopředu, že takovou dřinu, jakou znamená péče o blízkého člověka, nikomu z rodiny nenadělí, pokud závislou osobou budou ony samy. Potom jejich „statečné sebeuklizení“ bolí nejvíc je samotné. Proč jim to nikdo nerozmluvil?! Vždyť není tak zle...

Domovy jsou tradičně vnímány jako místo čekání na konec, což je další skrytý uzlík pocitů v každém příchodím. Ať už se jim různá kolektivní zařízení a instituty v minulosti zamlouvaly nebo ne, jsou tu. Musejí se rozpomenout na „pravidla moštárny“, musejí přijmout, co tu je. Žije tu dokonce několik generací, které bývaly tvrdě poučovány o tom, že nesmějí

vyčínat, že mají jít v zástupu ostatních a přijímat, co je jim dáno.

Raději mlčí nebo říkají, co vědí, že se má říkat, aby neobživil nějaký stín, někdo s nimi nejednal z pozice moci, jak to vídali nebo zažívali celá desetiletí. Stále ještě vnímají kolem sebe leckoho jako mocného, na němž jsou závislí, kdo o nich rozhodne, může jim život ztížit, ztrpčit, může je poškodit – i když netuší, jak. Nebo nepoznají, že okolí křivdili.

Zbývají otázky, které pokládám jiným, než seniorům. Jaké jsou služby v terénu? Jak daleko je nejbližší lavička od výtahu, kolik jich je k obchodu a u něj? Kde se lidé mohou sejít s vrstevníky? Jaké je vůbec povědomí o možnostech tam, kde by lidé mohli svého blízkého přivítat opět doma?

Nakolik mohou v tom či onom domově lidé naopak pookrát, zvednout hlavu? Nakolik je práce jejich „sestřiček“ podporuje v tom, že se cítí důstojně a se zájmem rozhlížejí kolem sebe nebo těší na další den? Najde se taková „sestřička“ pro každého z nich?

Bc. HANA MUDROVÁ

LIPO CASKOR

KLINICKY OVĚŘENÉ
Přípravek nové generace



LIPOZOMÁLNÍ TECHNOLOGIE ZABEZPEČUJE OPROTI BĚŽNÝM PERORÁLNÍM FORMÁM VITAMINU C:

- ✓ **několikanásobně vyšší vstřebatelnost ze střeva do krevní plazmy,**
- ✓ **postupné uvolňování a cílenou distribuci do krve a buněk (12 hod.),**
- ✓ **adekvátní ochranu proti oxidačnímu stresu (především v době zvýšených nároků na organismus),**
- ✓ **vyšší plazmatické hladiny zajišťující normální funkce zejména imunitního a nervového systému,**
- ✓ **odpovídající tvorbu kolagenu, jenž je důležitý pro hojení a pevnost tkání (cévy, chrupavky, kosti, kůže, vlasy ad.),**
- ✓ **vysokou snášenlivost (nezatěžuje žaludek a ledviny)**

- 4,5 ml tekuté formy obsahuje 1000 mg lipozomálního vitamínu C, balení 136 ml
- Vyrobeno podle zásad správné výrobní praxe (GMP)



Doplňek stravy s obsahem vitamínu C, a extraktem ze šípků a s bioflavonoidy z citrusových plodů

Více informací na www.lipocaskor.cz.

K dostání: v lékárnách a na www.jakdelezit.cz
nebo tel.: 241 432 133, e-mail: objednavky@inpharm.cz

URO-C-KONTROL
Test deficitu vitamínu C
v každém balení



OSTRAVA OPĚT

V „BARVÁCH DUHY“

Už podvanácté zve Čtyřlístek – centrum pro osoby se zdravotním postižením Ostrava širokou veřejnost na koncert Všechny barvy duhy, pořádaný ve spolupráci s Národním divadlem moravskoslezským v Ostravě v Divadle Antonína Dvořáka v pondělí 22. října v 18 hodin. Hlavním hostem a patronem večera, který budou i letos moderovat herci Pavla Dostálová a Jiří Sedláček, je hudební skupina Slza. Opět se můžeme těšit na studenty speciálních tříd Lidové konzervatoře a Múzikcké školy v Ostravě, členy tanečního uskupení Bílá holubice, nově také na hudební skupinu Mentalica ze spolku Naděje pro všechny anebo na spoluúčinkující baristy z pojízdné kavárny Mental Café spolu se soubory Family Gospel Ostrava a Ostravská klika. Zahraničním hostem koncertu je letošní finalistka polské soutěže Zaczarowana Piosenka Aleksandra Nykiel.

Záštitu nad koncertem převzali hejtman Moravskoslezského kraje Ivo Vondrák, náměstek primátora města Ostravy Michal Mariánek a prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb Jiří Horecký. Koncert se koná s finanční podporou Moravskoslezského kraje a statutárního města Ostravy.

Koncertní projekt Čtyřlístku Všechny barvy duhy již více než jedno desetiletí reprezentuje hudební, taneční a pěvecké umění dětí a dospělých s mentálním

a jiným zdravotním postižením ve spolupráci s profesionálními umělci z oblasti hudby a divadla. Jeho smyslem je aktivní zapojování lidí s handicapem do tvůrčí umělecké činnosti, možnost sdílet radost ze společného kulturního prožitku spolu s dalšími podobně postiženými lidmi a zároveň rovnocenná šance představit svůj talent široké veřejnosti po boku profesionálních hudebníků, zpěváků nebo tanečníků.

Od roku 2010 se projekt Všechny barvy

duhy rozšířil o mezinárodní spolupráci s polskými partnery s podporou Generálního konzulátu Polské republiky v Ostravě, díky němuž se koncertu zúčastňují finalistky prestižních pěveckých soutěží pro handicapované zpěváky v Polsku (Zaczarowana Piosenka, Polsko má talent), ale několikrát na koncertu hostovali i hendikepovaní zpěváci ze Slovenska, jako například Marian Bango nebo Viera Petrovčinová. Každoročně jsou patrony účinkujících známé osobnosti naší hudební scény a během své historie jich



napříč republikou, nenarušily stabilitu a soudržnost hudebních, pěveckých nebo tanečních souborů, které v oblasti sociálních služeb řadu let fungují a představují důležitý aktivizační prvek v životě lidí s mentálním nebo jiným zdravotním postižením.

Program koncertu Všechny bravy duhy pravidelně zahrnuje různé oblasti umění, různé žánry, v nichž mohou hendikepovaní lidé projevit svůj talent. Tento společný program má umožnit zdravým lidem ocenit úsilí postižených lidí při překonávání zdravotního handicapu

ostravské „Barvy duhy“ hostily již celou plejádu: Věru Špinarovou, Ewu Farnou, Petru Janů, Lenku Filipovou, Moniku Absolonovou, Markétu Konvičkovou, Heidi Janků, Jaromíra Nohavicu, Michala Hřůzu, Petra Bendeho, Radka Pastrňáka, Martina Chodúra, Pavla Dobeše, skupinu YoYo Band a řadu dalších. Přítomnost těchto patronů na koncertech Všechny barvy duhy však není jen vějičkou, jak přilákat do hlediště divadla širokou veřejnost, ale především obrovským povzbuzením pro všechny účinkující, kteří se na tyto koncerty připravují celoročně a vydávají ze sebe opravdu to nejlepší.

Po jedenáctileté existenci projektu Všechny barvy duhy je záměrem organi-

zátora – ostravského Čtyřlístku, rozvíjet dosavadní spolupráci s Národním divadlem moravskoslezským a Lidovou konzervatoří a Múzičkou školou v Ostravě (v posledních letech také se zapsaným spolkem Bílá holubice a dalšími subjekty, pracujícími s hendikepovanými lidmi) a koncipovat koncert jako přehlídku múzičkého umění lidí se zdravotním postižením i z jiných částí republiky.

V roce 2016 zde hostovalo poprvé taneční seskupení Leporelo z Centra 83 v Mladé Boleslavi a v loňském roce taneční soubor Lucarino Dance z Centra sociální pomoci v Lito-měřicích. Tím se také rozrůstá okruh přátel a spolupráce všech zúčastněných, kteří se vzájemně zvou na své akce – přehlídky nebo festivaly. To je nepochybně další pozitivní stránka tohoto projektu a lze si jen přát, aby změny, k nimž v rámci transformace dochází v sociálních službách



a zároveň odbourávání společenských bariér, které je stále ještě dělí od světa zdravých lidí. Lze si jen přát, aby podobné aktivity, jako jsou koncerty Všechny barvy duhy v Ostravě, festival Nad oblaký v Olomouci, přehlídka Tvoříme duši v Zákupcech u České Lípy, festivaly Patříme k sobě v Semilech, Motýlek v Kopřivnici, Umíme se bavit v Libochovicích a řada dalších, na nichž lidé s hendikepem mohou představit své dovednosti, vydržely ještě hodně dlouho.

Není to však jen o pořadatelích a jejich rozhodnutí, ale především o těch, kteří s hendikepovanými lidmi pracují a vedle svých běžných každodenních povinností v péči o ně, se snaží dělat i něco víc: otevírat jim nové světy a mnohdy jim také dodávat potřebnou sebedůvěru ve vlastní schopnosti. A právě před nimi je třeba hluboce smeknout...

BOHDANA RYWIKOVÁ



LIDÉ MEZI NÁMI: VEŘEJNÍ OPATROVNÍCI

Veřejnost o nich ví málo anebo vůbec nic. A přece – na mnoha radnicích obecních nebo městských úřadů, veřejné opatrovníky najdeme. Zastupují občany, kteří byli omezeni ve svéprávnosti, nemají žádnou blízkou či jinou osobu, která by mohla opatrovnictví vykonávat, proto soud jmenoval obec jejími opatrovníky. Opatrovníci jednají za tyto osoby v mezích rozsahu jejich omezení svéprávnosti, chrání jejich zájmy, pomáhají jim řešit složité životní situace a orientovat se v běžném životě, spolupracují se zařízeními sociálních služeb, se zdravotnickými zařízeními, s rodinou, školou a dalšími organizacemi... Povinností spojených s veřejným opatrovnictvím opravdu není málo, a tak není divu, že se do této práce na úřadech lidé moc nehrnou. Existují však výjimky, pro něž je opatrovnictví skutečným posláním, doslova srdeční záležitostí. Mezi tyto veřejné opatrovníky-„srdcaře“, určitě patří také paní Bc. JANA URBANOVÁ, sociální pracovnice Úřadu městského obvodu Slezská Ostrava v Ostravě.

Práci veřejného opatrovníka vykonává paní Urbanová již deset let, prakticky od chvíle, kdy vešel v účinnost zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Do té doby mohla vykonávat opatrovníckou práci zařízení sociálních služeb, což však nový zákon hodnotí jako střet zájmů. Paní Urbanová má dnes ve své péči 46 opatrovanců, klientů ostravského Čtyřlístku – centra pro osoby se zdravotním postižením, z toho 35 klientů žijících v největším zařízení tohoto centra, v Domově Barevný svět, nacházejícím se v městském obvodu Slezská Ostrava.

„Jsem moc rádi, že tady paní Urbanovou máme,“ pochvaluje si vedoucí domova, paní Bc. Michaela Šarmanová, DiS., která má ještě v čerstvé paměti, jak těžce se získávali opatrovníci tam, kde klienti centra neměli nikoho z rodiny, kdo by se této role mohl nebo chtěl ujmout.

Paní Urbanová už při prvním setkání rozmetá představu suchopárné úřednice. Naopak, většinu svého času tráví v terénu, mezi svými svěřenci, čili „opatrovanci“. Při množství lidí, které má na starosti, to ani ji-

nak není možné. Vedoucí oddělení sociální práce tohoto úřadu, paní Mgr. Ivana Adamcová, vysvětluje: „Dle různých doporučení by mělo připadnout na jednoho veřejného opatrovníka asi 15 opatrovanců, ale v praxi je to prakticky nemožné. U nás na oddělení sociální práce pracuje celkem osm sociálních pracovníků a sedm z nich zároveň vykonává i funkci veřejného opatrovníka. Veřejné opatrovnictví je však pouze částí jejich pracovní náplně, další část tvoří činnosti komplexní sociální práce. Od konkrétní náplně práce jednotlivých sociálních pracovníků se pak odvíjí i počet opatrovanců, pro něž vykonávají funkci veřejného opatrovníka.“

„Je samozřejmě velký rozdíl mezi opatrovanci v terénu a v zařízeních. U každého je to jiné i podle rozsahu jeho omezení svéprávnosti,“ dodává paní Urbanová a pokračuje: „Pomáháme všude tam, kde to naši opatrovanci potřebují. Právě u vás ve Čtyřlístku má většina mých opatrovanců omezenou svéprávnost v nejširším možném rozsahu, a proto za ně musím vyřizovat prakticky úplně všechno, hospodařím s jejich finančními prostředky a spravuji jejich majetek, uzavírám za ně

veškeré smlouvy (o poskytování sociálních služeb, pracovní smlouvy, pojistné smlouvy, nájemní smlouvy, o dodávkách energií, apod.), zastupuji je při jednáních s úřady, soudy, policií, školou, bankou a dalšími institucemi, vyřizuji doklady, doprovázím je do zdravotnických zařízení, kde uděluji souhlas s hospitalizací a léčebnými úkony, když je potřeba, doprovázím je i na nákupy, ... Zkrátka všechno, co život přináší.“

Dá se to vůbec zvládnout? Vnučuje se otázka, na kterou paní Urbanová odpovídá: „Musím říci, že jsou mi velmi nápomocné sociální pracovnice z jednotlivých zařízení. Mnohem složitější je práce s opatrovanci, kteří žijí sami v bytě nebo na ubytovně a nevyužívají žádnou sociální službu a veřejný opatrovník je prakticky na všechno sám. Naše oddělení nemá na starosti jen lidi omezené ve svéprávnosti, ale i jiné, kteří naši pomoc potřebují, jako jsou třeba senioři, lidé sociálně vyloučení z různého důvodu (např. bez adekvátního bydlení, bezdomovci, lidé bez práce anebo lidé po výkonu trestu). Také těm pomáháme s problémy spojenými s bydlením, vyřizováním sociálních dávek, dokladů a mnoha dalších záležitostí...“

U nás ve Čtyřlístku je paní Urbanová téměř mýtickou postavou, na jejíž návštěvy se klienti těší a vnímají ji jako někoho velmi blízkého, skoro jako člena rodiny. „Ano, mě ta práce velmi těší a baví, je různorodá, každou chvíli mě něčím překvapí“ přiznává paní Urbanová a dodává: „A dělá mi radost, když vím, že jsou mí opatrovanci spokojeni a snad mě mají i rádi.“

Co ji naopak netěší, to jsou nejrůznější legislativní změny, jež nepomáhají, ale spíše komplikují práci opatrovníka. Týká se to například občanských průkazů, v nichž už nemůže být uveden údaj o svéprávnosti a opatrovnictví. Anebo neznalost institucí,

Paní Jana Urbanová (na snímku vpravo) s jednou ze svých opatrovankyň z ostravského Čtyřlístku – centra pro osoby se zdravotním postižením.



kde vůbec nevědí o tom, že existují nějaké právní předpisy o opatrovnictví... „Třeba někteří bankovní úředníci například vůbec nechápou, že jsem zákonný zástupce jejich klienta a vždycky mi trvá nějaký čas, než se mi podaří jim to vysvětlit. Život nám komplikuje i GDPR. Na ochranu osobních údajů všech našich opatrovanců jsme samozřejmě přísně dbali i dříve, ale nyní je třeba plno nových souhlasů a některé věci již není možné řešit prostřednictvím e-mailů... Velkou kom-

plikací jsou i hospitalizace našich opatrovanců. Často se stává, že v nemocnicích trvají na tom, aby měl pacient celodenní asistenci při hospitalizaci, protože personál nemocnice s těmito lidmi neumí komunikovat anebo se komunikace přímo bojí. Asistenci potom zajišťují pracovníci sociálních služeb, pak chybí pracovníci v zařízení... Dále jsou tady přezkumy svéprávnosti, které považují za zbytečné u lidí, jejichž zdravotní stav je setrvalý a dle znaleckého posudku trvalý a léčbou

neovlivnitelný. Přesto i stav takto postižených lidí musí být každých pět let znovu přezkoumán, což zatěžuje jak opatrovníky, tak soudy, soudní znalce, advokáty,“ uzavírá paní Jana Urbanová. Přesto však své životní volby nekluje. „Dříve jsem pracovala se seniory. Nyní mám úplně jinou klientelu, ale zvykla jsem si, a jak už jsem řekla, tahle práce mě opravdu těší a neměnila bych.“

Text a foto: BOHDANA RYWIKOVÁ

SOCHA SVOBODY PUTUJE Z KYTLICE DO ARIZONY

Svět je malý a o náhody v něm není nouze, říká klasik. O jedno z příjemných propojení dvou polovin zeměkoule se nedávno postarali klienti DOZP Kytlice, konkrétně výtvarně zdatní a talentovaní pánové Ludvík Farkaš, Václav Čermák a Michal Tancoš. Právě oni budou svými díly reprezentovat malou obec v Lužických horách a souběžně s ní i Prahu a celou naši republiku na celosvětové výstavě určené umění postižených osob. Organizátorem této netradiční akce je americký Phoenix, který oslovil svá sesterská města napříč celým světem. Mezi účastníky soutěžní exhibice tak patří Taipei, Montreal a mnoho dalších včetně Prahy. Naše hlavní město si pak jako zřizovatel zmíněného kytlického Domova vzpomnělo na dnes již známé umělecké schop-

nosti místních obyvatel a ukázalo právě sem. Trojice klientů tak dnes žije s vědomím, že se na jejich díla budou několik týdnů moci dívat lidé za velkou louží. Z hlediska práce na sebevědomí uživatelů sociální služby je to velmi vzácná věc. Transformační podtext akce je sympatický, stejně jako patrná energie, kterou do ní organizátoři vkládají. Některé zaslané malby působí velmi odvážně a tak jsou autoři, klienti i personál DOZP, který účast na zahraniční výstavě rovněž prožívá, zvědaví na přijetí děl návštěvníky výstavy. Delší dobu trvajících událost by měla být završena vyhlášením výsledků v posledním čtvrtletí roku. O případném úspěchu českých barev vás budeme rádi informovat.

JAKUB HORÁK



HYDE PARK

ŠETŘENÍ NA NEPRÁVÝCH MÍSTECH

Poslední dobou si připadám jako ve špatné komedii. Převozy klientů z domova seniorů na vyšetření do nemocnice jsou adrenalinovou záležitostí.

Praktická lékařka poslala klientku na oční oddělení, kde si naordinovali kontrolu. Objednali jsme sanitku s tím, že podle metodiky VZP „příkaz ke zdravotnímu transportu do smluvního zdravotnického zařízení, kde má být pojištěnci poskytnuta zdravotní péče, vyplňuje vždy ten odesílající ošetřující lékař, který poskytnutí zdravotní péče požaduje.“ Realita však byla taková, že na očním oddělení odmítli výzvu napsat jak na cestu tam, tak na cestu zpět. Pečovatel doprovázející klientku přijel brunátný vzteky, sestřička na očním se mu vysmála a paní doktorka vysvětlila, že musí šetřit. Řidič sanitky zase zvyšoval hlas na mě a požadoval výzvy dvě. Po bouřlivém jednání praktické lékařky a vedení oblastní nemocnice došlo po dvou měsících k nastolení pravidel. Ovšem pokud jedou klienti na vyšetření do jiných ambulancí je to „ruská ruleta“, zda napíšou výzvu, nebo nenapíšou.

Ale případ, který mě doslova uzemnil, se vymyká i zdravému selskému rozumu, kterého se v poslední době nějak nedostává. Mému strýci, kterému je 81 let, se ve tři hodiny ráno udělalo zle. Strýc se léčí s anginou pectoris, prodělal infarkt myokardu. Teta v obavách o zdraví strýce zavolala zdravotnickou záchrannou službu v Kolíně, a ta ho okamžitě převezla do Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Posádka nechtěla vzít strýci žádné osobní věci, což je standardní postup.

Strýce vyšetřili, udělali mu katetrizaci srdce, a třetí den, ve čtvrtek večer mu oznámili, že ho v pátek ve 14 hodin propustí domů. Strýc, který měl na sobě pouze pyžamo, ve kterém ho odváželi z domova, si bláhově myslel, že domů pojedou sanitkou. Velká chyba... Ošetřující lékař v Ústřední vojenské nemocnici mu oznámil, že mu žádnou výzvu na sanitku nenapíše a pokud nemá

nikoho, kdo by ho odvezl autem, bude muset jet vlakem nebo autobusem. V první chvíli jsem si myslela, že špatně slyším, když mi volala naprosto zděšená teta. Ve chvíli druhé jsem si představila strýce, jak v pyžamu a pantoflích „stepuje“ na peróně hlavního nádraží a vyhlíží vlak na Kolín, v němž se schová na záchod a pojedou coby černý pasažér. Vtipná a směšná vidina, tragická realita.

Strýce jsme napospas revizorovi nenechali. Vzala jsem si dovolenou a dojela pro něho.

Ptám se ale, jakým právem je s pacienty takto zacházeno? Kam až dojde šetření na nepravých místech?

Ale jak napsal Voltaire: *Jakmile jde o peníze, jsou všichni lidé stejného náboženství.*

Bc. LENKA HASNEDLOVÁ

Fotografiemi pro radost

Snad ještě nikdy nezažila zahrada Domova Barevný svět ostravského Čtyřlístku – centra pro osoby se zdravotním postižením, takovou invazi fotografů a zvířat, jako o poslední červencové neděli. V rámci letošního projektu Fotografiemi pro radost, se na zahradě uskutečnil jeden z letošních fotografických workshopů, jehož přímými účastníky byli vedle profesionálů, Jarmily Štukové a Václava Šilhy, držitelů prestižních ocenění Czech Press Photo, klienti Čtyřlístku, neziskové organizace Naděje pro všechny a děti z mateřské školy Paprsek v Ostravě.

Nikdo z účastníků workshopu nemohl tušit, že se objektem jejich fotografického zájmu stane tolik zvířat, kolik se jich tentokrát na zahradě sešlo: pes Fido, k němuž se přidali další tři psi kamarádi ze Čtyřlístku a ze spolku Naděje pro všechny. Mezi nečekanými domácími mazlíčky byla i koza, želva a také jedno morčátko. I když mnozí z účastníků workshopu měli fotoaparát v ruce poprvé, pod vedením Václava Šilhy, jenž neúnavně radil, inspiroval a dokonce se sám snažil suplovat běžícího psa, nebyla o zábavu nouze a všem se fotografické dopoledne moc líbilo. Ne všichni se samozřejmě soustředili pouze na hlavní objekty fotografického zájmu, ale nechali se volně inspirovat samotnou atmosférou tohoto nedělního dopoledne i lidmi, kteří se jej zúčastnili.

V rámci projektu Fotografiemi pro radost se během letošního léta uskutečnily v různých částech České republiky ještě další workshopy – ve Střelčicích pro region Jižní Morava a Vysočina, v Hodkovicích nad Mohelkou pro Severní a Východní Čechy a další pokračovaly ještě v září v Neratově ve Východních Čechách a poslední opět v Ostravě pod vedením Jarmily Štukové.

Do projektu Fotografiemi pro radost je již zapojeno sedmáct organizací z celé republiky, věnujících se práci s lidmi s mentálním postižením, což svědčí o tom, že jeho aktivity oslovují stále víc nadšenců. Ukazuje se totiž, že fotografie mohou spojovat a inspirovat i řadu dalších činností, jak jsme o tom již psali v minulých vydáních časopisu Rezidenční péče a určitě se k nim ještě vrátíme v jeho příštím čísle.

Jak se letos fotoreportérům s mentálním postižením dařilo, a které z jejich snímků postoupí do finále letošního ročníku soutěže Pomáháme fotografiemi, to bude jasné už v listopadu. Vernisáž výstavy nejlepších snímků se uskuteční v neděli 4. listopadu v Praze – Holešovicích ve Vnitrobloku v Tusarově ulici č. 31 od 13.00 hodin. Vernisáž bude provázet velký koncert s kapelou Sto zvířat a dalšími účinkujícími ze zapojených organizací. Určitě je na co se těšit. Přijďte se také podívat, vstup je volný.

BOHDANA RYWIKOVÁ

Foto: JIŘÍ VÁLEK a autorka

