

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální péče

ZDRAVOTNÍ VÝKONY PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH
SLUŽBÁCH V POBYTOVÝCH SLUŽBÁCH DOMOVA BEZ
ZÁMKU

Bakalářská práce

Autor práce: Andrea Nenkovská, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Martina Černá, Ph.D.

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Andrea Nenkovská
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Obor:	Zdravotně sociální pracovník
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Název práce:	Zdravotní výkony pracovníků v sociálních službách v pobytových službách Domova bez zámku
Vedoucí práce:	Mgr. Martina Černá, Ph.D.
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je na základě rozhovorů s pracovníky v sociálních službách a jejich nadřízenými zmapovat, jaké zdravotní výkony vykonávají pracovníci v sociálních službách chráněné bydlení a odlehčovací služba Domova bez zámku Náměšť nad Oslavou a následně navrhnout zřízení nové pracovní pozice v oblasti zdravotní péče o klienty.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou na zdravotně – sociálním pomezí, vykonáváním zdravotních výkonů pracovníky v sociálních službách. Cílem bakalářské práce je zmapovat, jaké zdravotní úkony vykonávají pracovníci v sociálních službách a následně navrhnout zřízení nové pracovní pozice v oblasti zdravotní péče o klienty. Teoretická část se zabývá vymezením základních pojmů, jako je mentální postižení, chráněné bydlení, odlehčovací služba, pracovník v sociálních službách a zdravotní výkon. V praktické části byl zvolen kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky v sociálních službách vybraného chráněného bydlení a odlehčovací služby.

Klíčová slova

Mentální postižení; chráněné bydlení; odlehčovací služba; pracovník v sociálních službách; zdravotní výkon.

Abstract

This bachelor thesis considers an issue lying on the boundary between healthcare and social services – the provision of medical services by staff working in social services. The aim of this bachelor thesis is to map out what medical procedures are performed by staff working in social services and subsequently to propose the establishment of a new position in the area of healthcare for clients. The theoretical section considers the definition of basic terms such as mental disability, sheltered housing, respite services, social workers and medical services. Qualitative research using semi-structured interviews with people working in social services in selected sheltered housing and respite services was chosen in the practical section.

Keywords

Mental disability; sheltered housing; respite service; staff working in social services; medical services.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 12. dubna 2024

.....

Podpis studentky

Poděkování

Děkuji velice vedoucí mojí bakalářské práce paní Mgr. Martině Černé, Ph.D. za ochotu a vstřícnost, za rychlé a věcné reakce. Děkuji také vedení i pracovníkům Domova bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o., za spolupráci a za umožnění výzkumu v jejich zařízení. V neposlední řadě patří mé velké díky rodině, především manželovi, za jeho podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

Seznam obrázků.....	7
Seznam zkratk.....	8
Úvod	9
1 Teoretická část	10
1.1 Osoby s mentálním postižením	10
1.2 Chráněné bydlení.....	12
1.3 Odlehčovací služba	13
1.4 Pracovník v sociálních službách	14
1.5 Pracovník v sociálních službách a zdravotní výkony	14
2 Výzkumná část	17
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	17
2.2 Charakteristika výzkumného souboru	17
2.3 Charakteristika chráněného bydlení Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o. 18	
2.3.1 Od historie po současnost.....	18
2.3.2 Personální obsazení a změny	19
2.4 Realizace výzkumu	21
2.5 Interpretace získaných dat	21
2.6 Shrnutí výsledků šetření	24
2.7 Diskuze.....	25
2.8 Návrhy a doporučení pro praxi	27
Závěr	29
Seznam použité literatury	30
Přílohy.....	32

Seznam obrázků

Obrázek 1: Proces etapy transformace a rozšíření do okolních obcí. (Brožková, 2011).....	19
Obrázek 3: Organizační struktura Domova bez zámků v roce 2012 (MPSV, 2013)	20
Obrázek 2: Organizační struktura Domova bez zámků v roce 2010 (MPSV, 2013)	20

Seznam zkratk

PSS	Pracovník v sociálních službách
SP	Sociální pracovník
p. o.	Příspěvková organizace
CHB	Chráněné bydlení
RZS	Rychlá záchranná služba
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou vykonávání zdravotních výkonů pracovníků v sociálních službách v pobytových službách Domova bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o. Domov bez zámku se zapojil do reformy v sociální práci, tedy deinstitucionalizaci, a prezentují svůj přechod od ústavní péče ke komunitní péči. V rámci transformace došlo k řadě změn, včetně změn v počtu personálu.

Téma chráněného bydlení pro lidi s mentálním postižením jsem si zvolila na základě mé vlastní pracovní zkušenosti s danou cílovou skupinou. Záměrem je na problematiku upozornit, zároveň i navrhnout možnou cestu nápravy situace. Jelikož cílová skupina klientů chráněného bydlení bude stárnout a bude jí umožněno, aby ve svých domovech dožili, potřeba zdravotní péče se bude násobit.

Bakalářská práce nejprve popisuje teoretický základ k tématu. Důležitými zdroji se staly interní dokumenty Chráněného bydlení Domov bez zámku, platná legislativa a zdroje zveřejněné Ministerstvem práce a sociálních věcí. Teoretická část zpočátku přibližuje problematiku mentálního postižení, a právě pro tyto klienty jsou služby chráněného bydlení a odlehčovací služby. Dále teoretická část vymezí pojmy chráněné bydlení a odlehčovací služba z pohledu zákonného rámce i odborných definic. Poslední část teoretické části se zabývá náplní práce pracovníka v sociálních službách a nabízí odborné vymezení kompetencí a rolí v sociální práci. Zároveň je kladen důraz na popsání teoretického rámce ke zdravotním úkonům vykonávaných pracovníky v sociálních službách.

Praktická část bakalářské práce se zaměří na popsání výzkumného šetření, které pomocí metody rozhovorů zjišťovalo aktuální situaci z oblasti vykonávání zdravotních úkonů pracovníky v sociálních službách v chráněném bydlení Domova bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o. Výsledkem výzkumného šetření je analyzovat současný stav a následně navrhnout zřízení nové pracovní pozice v oblasti zdravotní péče o klienty. Součástí praktické části je důkladné zmapování situace v chráněném bydlení, od historie až po současné působení a limity služby.

1 Teoretická část

1.1 Osoby s mentálním postižením

Kapitola se zaměří na přiblížení informací o osobách s mentálním postižením, na které bakalářská práce cílí. Na fenomén mentálního postižení můžeme nahlížet z různých perspektiv. Valenta a kolektiv (2012) popisují, že každá profese na mentální postižení nahlíží se své perspektivy, a proto rozlišují klasifikační model, model ústavní sociální péče, popisný model, spirituální model a ekologický model. *Klasifikační model* nám sděluje, že mentální postižení je vývojová porucha, která postihla rozvoj rozumových schopností a kvalitu úsudku. Model se zaměřuje pouze na psychopatologii a popisuje slabé stránky a limity postižení. *Model ústavní sociální péče* je charakteristický soucitným nahlížením na jedince a jeho limitů, kteří jsou znevýhodněni ve společnosti. Na osoby nahlíží také z pohledu potřeby poskytovat jim komplexní péči. Umožňuje lidem s mentálním postižením budovat záchytnou síť, aby se předešlo vyloučení ze společnosti. Nevýhodou modelu může být přispění ke stigmatizaci a snížení sebedůvěry klienta. (Valenta a kol., 2012)

Popisný model se snaží o předcházení negativních jevů (např. stigmatizace), které jdou ruku v ruce s využíváním diagnóz k charakteristice člověka. Model demonstruje, že na prvním místě je člověk s jeho běžným životem a potřeby. V celosvětovém měřítku se snaží o osvětu a boj proti předsudkům a stigmatizaci. Negativní stránkou modelu může být nepřesnost pojmů, které se snaží nepoužívat slova jako postižení apod. *Spirituální model* vnímá každou osobu skrze její celou dimenzi včetně spirituální stránky. Posledním typem je *ekologický model*, který se zaměřuje na řešení praktických problémů. Vychází z předpokladu, že každý člověk by měl participovat na životě ve společnosti a klade důraz na prostředí. (Valenta a kol., 2012)

Mentální postižení je podle Světové zdravotnické organizace definováno jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Postižení se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“ (MKN-11, 2022)

Podle Vágnerové (2004 in Škoda, Fischer, 2008, str. 80) jde o „neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 procent normy), přestože byl jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován.“

Mezinárodní klasifikace nemocí nám umožňuje mentální retardaci zařadit do stupňů podle posouzení inteligence a schopnosti adaptability. Stupně rozdělujeme do následujících skupin:

- F70 Lehká mentální retardace
- F71 Středně těžká mentální retardace
- F72 Těžká mentální retardace
- F73 Hluboká mentální retardace
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace (MKN-11, 2022)

Dále se specifika rozšiřují o postižené chování, a to přidáním další číslice: 0 žádné nebo minimální postižené chování; 1 výrazně postižené chování vyžadující intervenci; 8 jiná postižená chování; 9

bez zmínky o postižení chování. V praxi může označení vypadat následovně F71.1 (Valenta, 2012). Inteligenční kvocient (IQ) se zjišťuje podle vzorce psychologa Sterna z roku 1912. (Průcha, 2009)

F70 Lehká mentální retardace

Osoby s danou diagnózou dosáhnou schopnosti užívat řeč v běžné komunikaci a udržovat konverzaci. V dětském věku je řeč většinou opožděná. IQ se pohybuje v rozmezí 50-69. V jejich projevu chybí abstraktivní pojmy, uchylují se ke konkrétnímu označení. Dokáží o sebe a domácnost pečovat a být nezávislí, i když oproti normě pomalejší. Mentální věk je na úrovni 10-11 let. Vzhledem ke své samostatnosti a schopnostem se mohou uplatnit na trhu práce. (MKN-11, 2022)

F71 Středně těžká mentální retardace

Osoby mají opožděný rozvoj chápání a využívání řeči. Soběstačnost i zručnost jsou také opožděny a omezeny, pokud je jim poskytnut dostatek času a instrukcí, zvládnou jednoduché úkony samostatně. IQ se pohybuje okolo 35-49. Žák školního věku si osvojí trivia základů učiva. Mentální věk je roven pásmu čtyř až osmi let. Osoby s danou diagnózou potřebují ke svému životu asistenci, jen zřídka je možný plně samostatný život. (Švarcová-Slabinová, 2011; Šiška, 2023)

F72 Těžká mentální retardace

Osoby nejsou schopny si osvojit trivium základů školního vzdělávání, ale mohou si osvojit určité dovednosti. Ve většině případů mají osoby s danou diagnózou vážnější poruchy motoriky, které prokazují poškození nebo vadný vývoj ústředního nervového systému. IQ se pohybuje v rozmezí 20-34 a mentální věk je v pásmu 18 měsíců až 3,5 let. Pochopí základní souvislosti a vztahy. Jejich poškození je také na úrovni řeči, mohou si osvojit pouze několik špatně artikulovaných slovních spojení nebo nemluví. (Švarcová-Slabinová, 2011; Šiška, 2023)

F73 Hluboká mentální retardace

Osoby mají těžké porušení a omezení porozumění řeči, požadavkům a v některých případech mohou porozumět pouze neverbální komunikaci. Většinou jsou osoby imobilní nebo s velkým omezením pohybu, inkontinentní a s potřebou neustálého dohledu. IQ nelze přesně měřit, ale je rovno nebo menší než 19. Osoby se mohou naučit reagovat na podněty, a to v závislosti, jak na ně působí. Mentální věk je nižší než 18 měsíců. (Švarcová-Slabinová, 2011; Šiška, 2023)

F78 Jiná mentální retardace

Stupeň se diagnostikuje tehdy, jestliže je použití standardních metod na určení intelektové retardace nesnadné nebo nemožné, kvůli senzoryckému nebo somatickému poškození. Například u nevidomých, neslyšících, osob s těžkou poruchou chování, autismem apod. (Švarcová-Slabinová, 2011)

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Kategorie se použije v případě, kdy je mentální postižení prokázáno, ale není dostatek informací, které by umožnily zařadit osobu do kategorií výše. (Švarcová-Slabinová, 2011)

1.2 Chráněné bydlení

První projekty chráněného bydlení vznikaly již v období druhé světové války v Západní Evropě i Americe. U nás se první projekty chráněného bydlení realizovaly po roce 1989. CHB je sociální pobytová služba, která se poskytuje osobám, které jsou vzhledem ke svému zdravotnímu nebo mentálnímu postižení, chronického onemocnění nebo duševního onemocnění odkázány na pomoc jiné osoby. CHB může mít formu skupinovou nebo individuální a představuje alternativní variantu k ústavním zařízením. Forma chráněného bydlení se snaží simulovat běžný život jedince a vést ho k samostatnosti a integraci. (Pipeková, 2006)

Podpora v chráněném bydlení vychází z individuálních potřeb klienta a služby jsou mu nabízeny na základě jeho přání a potřeb. Jde o zásadní službu, která dopomáhá k integraci těchto osob do společnosti (Park, 2012). CHB nabízí svým klientům velkou flexibilitu. Osoby s mentálním postižením, na které se bakalářská práce zaměřuje, přebírají v bytech odpovědnost za vedení domácnosti. (Možnosti bydlení)

Do chráněného bydlení může být přijat jedinec na základě lékařské indikace. Následuje prvotní rozhovor s pracovníky chráněného bydlení, kteří klienta seznámí s pravidly a podmínky bydlení. Jelikož je služba poskytována na základě individuálního plánu, klient je při příjmu seznámen s jeho pravidly, dále se smlouvou, domovním řádem a jeho právy a povinnostmi vůči sociální službě. (Červenková, Bruthansová, 2004)

Podle Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. je definice chráněného bydlení následující: „*jde o pobytovou službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.*“ CHB poskytuje dle zákona osm základních činností, mezi které řadíme poskytnutí stravy a ubytování; pomoc se zajištěním chodu domácnosti; pomoc při osobní hygieně; pracovníci zahrnují aktivizační, vzdělávací a obecně výchovné činnosti; osoby mají kontakt s přirozeným sociálním prostředím; sociálně terapeutické činnosti a v neposlední řadě dostávají klienti pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 51)

Za služby chráněného bydlení klient platí, proto je součástí smlouvy také informace o ceně pobytu a služeb. Financování chráněného bydlení se odvíjí podle typu bydlení a potřeby asistenta. Každá sociální služba, která takové bydlení poskytuje, má individuální ceník služeb. Stát garantuje maximální cenu pomocí Vyhlášky: osobní asistence, a to částkou 155 Kč/hod, pokud je za měsíc poskytnuto rovno nebo méně než 80 hodin. Pokud je v měsíci více hodin osobní asistence, pak je částka 135 Kč/hod. Celodenní stravování má dosahovat maximální výše 235 Kč/den po třech jídlech nebo 105 Kč/oběd a ubytování je dle zákona maximálně 280 Kč/den. (Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Můžeme rozlišovat několik typů chráněného bydlení, které budou dále popsány. Prvním typem jsou *Domovy rodinného bytu*. Jde o domy, které mají jednotlivé bytové buňky pro 3-4 uživatele s přiděleným asistentem. Celková kapacita rodinného bytu by neměla přesáhnout dvacet uživatelů, a to především z důvodu zachování rodinné atmosféry bydlení. Dalším typem jsou *Chráněné byty*, které jsou vrcholem úspěšné integrace do společnosti a výsledkem procesu deinstitucionalizace. Chráněné byty jsou v běžné městské zástavbě a asistenti poskytují službu podle individuálního plánu klienta v jeho domácnosti. Počet uživatelů bytu v městské zástavbě

se pohybuje od jednoho do pěti osob a je důležité, aby měl každý svůj vlastní pokoj. Denní program a podpora se realizuje v chráněné dílně nebo denním stacionáři, kam klienti docházejí. *Nezávislé bydlení se supervizí* je dalším druhem chráněného bydlení. Je poskytována klientům, kteří dokáží žít bez asistence a jsou plně samostatní. Mají zpravidla vlastní byt a pomoc asistence využívají pouze v pomoci řešit obtížné situace. (Pipeková, 2006)

Důležitým bodem chráněného bydlení jsou kritéria domácnosti, která musí být naplněna. Podle Manuálu transformace ústavu (2013) musí být bydlení koncipováno tak, aby každému uživateli bylo zajištěno soukromí. Bydlení by dále mělo mít prostor pro spánek a odpočinek, osobní zónu a sociální zařízení. Prostory by měly být přizpůsobeny požadavkům jedinců i s ohledem na pohlaví, pouze v případě páru je umožněné společné bydlení. Dalším požadavkem na bydlení je společenská místnost čili obývací pokoj, kuchyň s kuchyňským koutem. Umístění bytů je situováno do zástavby obce, kde počet všech uživatelů pobytočných služeb se zdravotním postižením nepřesahuje 2 % populace v dané obci. V domácnostech klientů jsou přítomni pracovníci v sociálních službách. (Manuál transformace ústavů, 2013)

1.3 Odlehčovací služba

Odlehčovací služba, jinak zvaná respitní péče, vznikla v 60. letech 20. století v USA a v některých státech Evropy. V České republice se odlehčovací péče dostala počátkem 90. let. Odlehčovací služby definuje Matoušek a kolektiv (2005) jako: *„pomoc rodinám, které celoročně pečují o dítě nebo jiného člena s postižením, ve zvládnutí této péče. Cílem je umožnit rodičům odpočinout si na určitou dobu od této péče a nabrat nové síly nebo jim poskytnout čas na vyřízení osobních záležitostí.“* Odlehčovací služba se realizuje formou návštěv nebo krátkodobých pobytů a jde o alternativu k pobytočným službám ústavního zařízení. Odlehčovací služby umožňují udržení jedince se zdravotním postižením v přirozeném prostředí domova a umožňují úlevu pečující rodiny.

Odlehčovací služby se řídí Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a Vyhláškou č. 505/2006 Sb., kde je jejich činnost definována jako *„terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 44)

Činnosti, které odlehčovací služba realizuje, jsou především pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu, tedy pomoc při oblékání, jídle a pití, osobní hygieně. Dále je dopomoc v poskytnutí stravy nebo zajištění stravování. V případě pobytové služby jde o úklid, drobné úpravy prádla a žehlení. V neposlední řadě má odlehčovací služba za cíl zprostředkovávat kontakt s přirozeným společenským prostředím, a to formou doprovodu k lékaři, do zaměstnání, na volnočasové aktivity, aj. Také jako ostatní sociální služby cílí na zachování nebo obnovení kontaktu s rodinou a sociální začlenění. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

1.4 Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách (dále jen PSS) je jednou z pozic, kterou lze v sociálních službách vykonávat. PSS se může stát člověk, který má ukončení základní vzdělávání a absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz v minimálním rozsahu 150 hodin. Kurz je možné dokončit do 18 měsíců po podpisu pracovní smlouvy na pozici PSS. Kurz není podmínkou, pokud má jedinec ukončené vzdělání v oblastech, které upravuje zákon. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Náplň práce je rozdílná podle jednotlivé služby, kde PSS vykonává svou pracovní činnost. Přesto se dá jejich pracovní náplň rozdělit do čtyř kategorií. První zahrnuje *přímou obslužnou péči* o klienta v ambulancích nebo pobytových sociálních službách. To znamená pomoc s nácvikem jednoduchých denních činností, osobní hygieně a oblékání. PSS se zaměřuje na podporu samostatnosti a soběstačnosti klienta a pomáhá mu posilovat životní aktivizaci. Druhou pracovní oblastí jsou *základní výchovné nepedagogické činnosti*, které umožňují prohloubit a upevnit základní návyky klienta, ať již v oblasti péče o sebe, manuální zručnosti, tak znalostí nebo kulturních dovedností. Do třetí kategorie můžeme zařadit *pečovatelskou činnost v domácnosti osoby*, kdy je PSS ve styku s osobou s fyzickými nebo psychickými obtížemi a pomáhá jí v udržování domácnosti, provádí depistáž a poskytuje sociální pomoc. Provádí osobní asistenci. Do čtvrté kategorie pracovních činností řadíme *činnosti pod dohledem sociálního pracovníka*. Jde o zmíněnou depistáž, sociální poradenství, výchovné činnosti, aktivizační činnosti, aktivity zahrnující kontakt se společenským prostředím. (MPSV, 2021)

PSS mnohdy nahrazují nohy a ruce klientů a dopomáhají tak v běžných činnostech, které klienti sami nezvládnou. To vše s ohledem na soběstačnost a samostatnost klientů. PSS se řadí do pomáhajících profesí a je nutné, aby měl pracovník určité předpoklady pro výkon takové profese. Během výkonu práce je běžné, že se vlastní osobnostní rysy využívají pro práci a jsou tak pracovním nástrojem. „*Je důležité, jakým člověkem PSS je, protože to přímo ovlivňuje kvalitu jeho práce s klienty sociálních služeb.*“ (MPSV, 2021, str. 12)

Pomocným nástrojem pomáhajících profesí je profesní etika a standardy kvality sociálních služeb, které drží pomyslné hranice. Osobnostní předpoklady tedy zahrnují odolnost psychické zátěže, empatii a etický přístup ke klientům. Například standardy sociálních služeb v druhém standardu (Ochrana práv osob) odkazují na dodržování podmínek a základních lidských práv a svobod, které nesmí být poskytnutím služby porušeny. PSS tedy respektuje důstojnost klienta, jeho osobní svobodu, dodržuje jeho právo na soukromí a svobodu pohybu. Chrání klienta před zneužitím jeho osobních údajů, před fyzickým i psychickým násilím a nucenou prací. (MPSV 2021)

1.5 Pracovník v sociálních službách a zdravotní výkony

V podkapitole 1.4 byly uvedeny pracovní kompetence PSS. V některých sociálních službách se setkáváme s nutností asistovat uživateli při záležitostech týkající se jeho zdraví a dále budou uvedeny specifika PSS a zdravotních úkonů.

Zdravotní péče se zaměřuje na oblast zdraví jedince a mohou je vykonávat pouze osoby se zdravotnickým vzděláním. V pobytových sociálních službách je tedy důležité, aby byly zaměstnány zdravotní sestry, které úkony provedou nebo byla smluvně ošetřena spolupráce s domácí zdravotní péčí pro klienty (Součková, nedatováno). Pokud do služby dochází sestra

domácí péče, pak je její péče poskytnuta pouze v rozsahu výkonů proplacených pojišťovnou, které bývají z pravidla v nižším rozsahu. Můžeme se tedy setkat s tím, že osobám se stejnou potřebou je v různých pobytových službách poskytnut odlišný rozsah péče. Především menší pobytové služby mají obtíže zajistit péči s nepřetržitou přítomností zdravotní sestry. Zdravotní sestra v pobytové sociální službě má vykázané zdravotní úkony hrazené zdravotní pojišťovnou a ostatní činnosti jí jsou uhrazeny zaměstnavatelem. V praxi je možné pouze 40-50 % všech výkonů uhradit ze zdravotního pojištění. (Kuchyňková, Klusáková a Veverková, 2019)

Do kategorií činností, které řadíme do zdravotně sociálního pomezí, patří například:

- podávání stravy do PEGu,
- výměna sáčků při stomii,
- manipulace s inzulínovým perem a aplikace inzulínu,
- měření hodnot krevního tlaku a glykémie,
- aplikování čípku,
- aplikace mastí nebo kapek do očí,
- podávání léků a dohled nad užíváním léků,
- bandáž nohou,
- ošetřování dekubitů,
- polohování,
- rehabilitační cvičení,
- mechanická manuální pomoc při vyprazdňování a manipulace s močovým katétrem. (Součková, nedatováno; Kuchyňková a kol., 2019)

Pracovníci v sociálních službách zdravotní výkony provádět nemohou, jelikož dané úkony nejsou v jejich pracovní náplni a nejsou zdravotními pracovníky podle Zákona č. 96/2004 Sb. Pokud by činnosti dělali a svým jednáním poškodili zdraví klienta, byli by trestně odpovědní za své činy, stejně jako jejich zaměstnavatel. Do obdobného rizika by se dostala i zdravotní sestra, která by provedla úkony bez indikace lékaře, které sice smí provádět, ale pouze s indikací lékaře. Zmíněné zdravotní úkony smí vykonávat rodinný příslušník, jelikož jde o neformální zdravotní pečování. (Součková, nedatováno)

Trestné činy proti životu jsou dle trestního zákona: trestný čin usmrcení z nedbalosti, trestné činy proti zdraví, úmyslné ublížení na zdraví z omluvitelné pohnutky a ublížení na zdraví z nedbalosti. Ublížením na zdraví trestní zákoník myslí stavy „záležející v poruše zdraví nebo jiném onemocnění, který porušením normálních tělesných nebo duševních funkcí znesnadňuje, nikoli jen po krátkou dobu, obvyklý způsob života poškozeného a který vyžaduje lékařské ošetření“ (Trestní zákoník, § 122). Dále lze popsat těžkou újmu na zdraví, kterou je myšleno zmrzačení, ztráta nebo podstatné snížení pracovní způsobilosti, ochromení údu, ztráta nebo podstatné oslabení funkce smyslového ústrojí, poškození důležitých orgánů, zohyzdění, vyvolání potratu nebo usmrcení plodu, mučivé útrapy nebo delší dobu trvající porucha zdraví. (Trestní zákoník)

Můžeme se také setkat s pozicí zdravotně sociálního pracovníka v sociálních službách, který je zaměstnancem určitého oddělení nemocnice. I přesto, že je v názvu slovo zdravotní, nesmí tento pracovník vykonávat lékařské úkony, jelikož je stále pod platností Zákona č. 108/2006 Sb.

o sociálních službách. Zdravotní sociální pracovník pracuje v nemocnici a vykonává obdobné činnosti jako jiný sociální pracovník. (Kuzmíková, 2011)

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem praktické části je za pomoci rozhovorů s PSS a jejich nadřízenými zmapovat, jaké zdravotní výkony vykonávají PSS v CHB a odlehčovací službě Domova bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o. a následně navrhnout zřízení nové pracovní pozice v oblasti zdravotní péče o klienty.

Hlavní výzkumná otázka (HVO) byla stanovena: **Jaké zdravotní výkony provádí PSS v CHB a OS Domova bez zámku?**

Dále byly stanoveny dílčí výzkumné otázky:

DVO1: Jaké zdravotní výkony provádí PSS v CHB a OS samostatně?

DVO2: U jakých zdravotních výkonů spolupracuje PSS s lékařem?

DVO3: U jakých zdravotních výkonů spolupracuje PSS s jinou službou? (např. Domácí péče, Charita)

DVO4: V jakých oblastech zdravotní péče o klienty je PSS proškolen?

DVO5: Cítí se PSS bezpečně při vykonávání zdravotních výkonů?

2.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření se zaměřilo na citlivé téma u PSS, a to vykonávání zdravotní péče v rámci jejich pracovní činnosti. Z toho důvodu není u jednotlivých participantů uvedeno jméno, pohlaví, pracovní zařazení ani pracovní pozice. Obecně lze říci, že všichni dotázaní jsou na pozici PSS. Náplň práce pracovníka v sociálních službách v chráněném bydlení Domov bez zámku je přiložena v Příloze č. 1.

Označení jednotlivých participantů bude v rámci praktické části pod písmenem D (domácnost) a pořadové číslo.

Participantů bylo do výzkumného šetření vybráno pomocí záměrného výběru, u kterého byly předem stanovena kritéria (Hendl, 2016). Kritéria byla: pracovní pozice PSS v domácnostech CHB; minimálně rok praxe v organizaci; ochota se výzkumu zúčastnit. Osloveno bylo osm zaměstnanců, výzkumného šetření se zúčastnilo šest. Všichni participantů podepsali informovaný souhlas, který je uveden v příloze.

2.3 Charakteristika chráněného bydlení Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o.

Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o., je první plně transformovanou příspěvkovou organizací v Kraji Vysočina, to znamená, že lidé s mentálním postižením zde opravdu žijí v přirozeném prostředí, v soukromí rodinných domů a jejich život se v co největší míře podobá životu jejich vrstevníků, v této kapitole uvedu historické skutečnosti, které vedly ke vzniku této organizace. (MPSV, 2013)

Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou je první plně transformovaná příspěvková organizace Kraje Vysočina. Lidé s mentálním postižením zde žijí v přirozeném prostředí, v soukromí rodinných domů a snaží se o to, aby se jejich život co nejvíce podobal životu jejich vrstevníků. Cílovou skupinou organizace jsou lidé s mentálním nebo kombinovaným postižením od 18 -ti let věku, v nepříznivé sociální situaci. (Domov bez zámku, 2018)

Pro lidi s mentálním postižením nabízí služby pobytové, a to domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a odlehčovací službu, dále služby ambulantní, tj. denní stacionář a sociálně terapeutickou dílnu – Kavárnu Pohodička. (Domov bez zámku, 2018)

2.3.1 Od historie po současnost

Sociální služby zde byly poskytovány v budově historického památkově chráněného zámku, obklopeného parkem a oborou. Zámek stál na odlehlém místě, k ústavu nevedla hlavní komunikace a celý areál byl oplocen. Stavba byla postavena v Jinošově roku 1827. (Domov bez zámku, 2010; MPSV, 2013)

Poté byl využíván k různým účelům. Od roku 1953 sloužil zámek ústavní péči. Nejdříve se stali obyvateli zámku senioři v Domově důchodců. V roce 1966 pak vznikl Ústav sociální péče Jinošov. V roce 1976 klientelu Ústavu sociální péče Jinošov tvořilo 104 obyvatel rozmístěných v 11 -ti místnostech, o které se staralo 29 zaměstnanců. Z toho 12 zdravotních sester a jedna sanitářka. (Domov bez zámku, 2010)

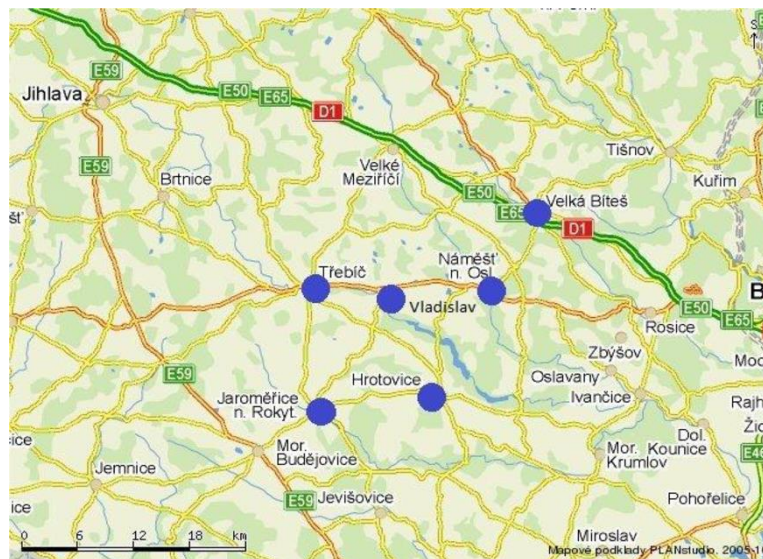
V roce 1989 byla kapacita snížena na 90 klientů a vybudovány byly první pokoje, které sloužily jako cvičné prostředí pro CHB. Již tehdy ředitelka objektu uvažovala o přestěhování do menších domků, jelikož si byla vědoma nevýhod rozlehlého areálu. Bohužel se nepodařilo objekt prodat.

V areálu ústavu se mohli klienti volně pohybovat, což také někteří celý den činili. Pohyb klientů mimo areál ústavu byl omezen pouze na společné akce, samostatné procházky měli povoleny jen někteří vybraní klienti, přičemž je pokaždé museli ohlásit. Celkově se na jakýkoliv pohyb mimo ústav nahlíželo jako na nežádoucí činnost. (MPSV, 2013)

V roce 2004 se ústav stal otevřeným i pro uživatelky – ženy. Zároveň se stal zřizovatelem Kraj Vysočina. Od dva roky později se kapacita služby snížila na 70 klientů a s přijetím zákona o sociálních službách se začaly realizovat další stavební úpravy. I přesto byly prostory nevyhovující pro poskytování moderní sociálních služby, stále přetrvávala společná sociální zařízení, průchozí pokoje apod. Ředitelka tehdy poskytla rozhovor a uvedla: „*začaly Standardy kvality, inspekce a já jsem to viděla, že to prostě nejde. Co s tím můžete dělat v tom zámku? Přepažili jsme některé pokoje, ale pořád byly... jenom přepažené. Prostě to nešlo při nejlepší vůli rozdělit na skupiny.*“ (MPSV, 2013, str. 12)

V únoru 2008 došlo z důvodu dlouhodobého působení dřevokazného hmyzu ke zřícení části stropu v jednom z pokojů druhého nadzemního patra v budově zámku. Po konzultaci se statikem byl preventivně celý objekt zámku vyklizen, 38 uživatelů přestěhováno do druhé budovy v areálu zařízení a 36 uživatelů dočasně umístěno v ubytovně Vojenské letecké základny v Náměšti nad Oslavou. V září roku 2008 byli tito uživatelé přestěhováni do třech ubytoven v Náměšti nad Oslavou. (Valová a kol., 2010)

Díky této nenadále vzniklé situaci vznikl projekt transformace, jejíž cílem bylo zlepšit životní podmínky uživatelů, a to integrací do přirozeného prostředí postupným opouštěním velkokapacitního ústavu a budováním nových domácností. (Valová a kol., 2010)



**Obrázek 1: Proces etapy transformace a rozšíření do okolních obcí.
(Brožková, 2011)**

V roce 2011 byla kapacita domova pro osoby se zdravotním postižením 39 klientů, u CHB 31 klientů. Kapacity se změnily a z výroční zprávy z roku 2022 vyplývá že, CHB poskytuje službu 49 klientů a domov pro osoby se zdravotním postižením 20 uživatelů. Odlehčovací služba má kapacitu čtyři uživatele a celkově ji v roce 2022 využilo 30 uživatelů. (Domov bez zámku, 2022)

Další rozvoj služby probíhal a je znázorněn na Obrázku 1. Aktuální podoba Domova bez zámku je následující. Ve Velké Bíteši se nachází DOZP. V Hrotovicích je domácnost s odlehčovací službou a zároveň chráněné bydlení s vyšší mírou podpory. Jaroměřice nad Rokytnou nabízí domácnost pro klienty s nízkou mírou podpory. Další domácnosti jsou v Pucově, kde se nacházejí dvě domácnosti pro klienty se střední a vyšší mírou podpory. Náměšť nad Oslavou poskytuje dvě domácnosti CHB s nízkou i střední mírou podpory a také vilu s nízkou mírou podpory. Poslední lokalitou jsou Okříšky, které mají dvě domácnosti, jedna nabízí nízkou míru podpory, druhá je zaměřena na klienty vyžadující střední míru podpory. Míra podpory u jednotlivých domácností je závislá na stupni mentálního handicapu uživatele. (MPSV, 2013)

2.3.2 Personální obsazení a změny

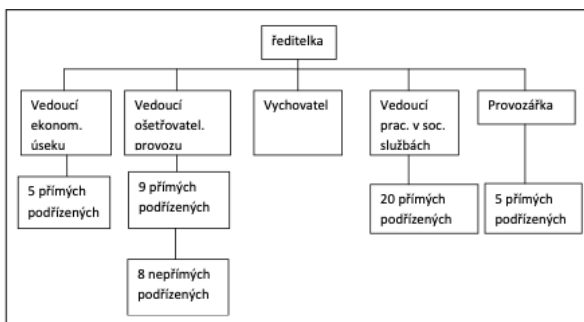
Jak jsem již uvedla v podkapitole zaměřující se na historii, CHB prošlo procesem transformace, který měl velký vliv také na personální obsazení. Na konci roku 2008 a začátku roku 2009, tedy po zřícení stropu, proběhl velká vlna nevole ze strany zaměstnanců. Změny se jim nelíbily

a v průběhu dalšího roku odešlo kolem 30 zaměstnanců z padesáti. Jelikož jsou služby poskytovány tehdy, když to klienti potřebují, změnila se pracovní doba zaměstnanců a pracovní úvazky; směny se začaly dělit na dvě, a to od 8 do 12 hod a od 18 do 22 hodin; zaměstnanci přejíždějí za klienty; pracovní doba se mění. Vzhledem k tomu, že jde o specifické podmínky, je nutné vybrat takové zaměstnance, kteří budou flexibilní. (MPSV, 2013)

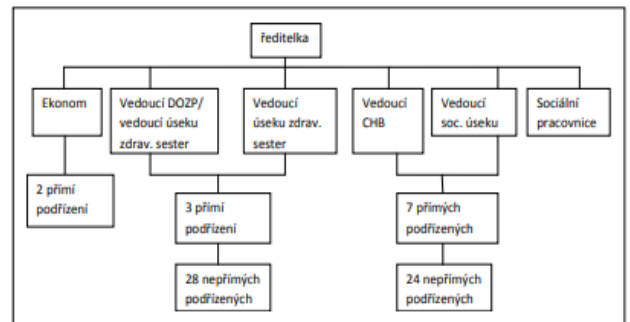
Zaměstnanci, kteří zůstali, se na změny adaptovali a nově přichozím připadal proces transformace lákavý především v tom, že se výkon služby realizuje v domácím prostředí klientů; to jim umožňuje navázání vztahu, který je založen na důvěře; více rozumí klientům a jejich potřebám a oceňují práci s menší skupinou uživatelů. (MPSV, 2013)

Organizační struktura z roku 2010, tedy těsně po transformaci, je líniově štábní. Daný typ je charakteristický dvojím stupněm řízení, v první linii jsou to vedoucí jednotlivých úseků: ekonomického provozu, ošetrovatelského provozu, vedoucí pracovníků v sociálních službách a vedoucí provozu. Druhým stupněm řízení je ředitelka (MPSV, 2013). V roce 2011 byl počet zaměstnanců přímé péče 36. (Brožková, 2011)

Po plné transformaci se změny dotkly také organizační struktury. Nová struktura je z května 2012 a plně již odráží decentralizaci služby a nárůst počtu domácností. Znárodněna je na Obrázku 2. (MPSV, 2013)



Obrázek 3: Organizační struktura Domova bez zámků v roce 2010 (MPSV, 2013)



Obrázek 2: Organizační struktura Domova bez zámků v roce 2012 (MPSV, 2013)

Ředitelka v roce 2012 sdělila: „transformace nebude drahá, když tam budou zaměstnanci, jen když to klienti potřebují“ (MPSV, 2013). Další personální změny měly vliv na sníženou spokojenost zaměstnanců. Snížila se pracovní doba a snížil se počet pracovních úvazků, včetně zdravotních sester. Nově byli přijímáni zaměstnanci, kteří měli stejné směřování jako transformace organizace a její vedení. Pro paní ředitelku bylo v roce 2012 důležitá schopnost samostatného rozhodování, jelikož jsou pracovníci často na řešení situací sami. (MPSV, 2013)

Mezi negativní faktory transformace zaměstnanci uvedli, že se zvýšil časový i finanční náklad na dojíždění do jednotlivých domácností. Se snížením úvazku na nižší počet hodin se snížila také výplata. S transformací přišlo také ukončení pracovních poměrů se zdravotními sestrami, které nepřistoupily na snížení pracovního úvazku nebo na změnu kvalifikace na PSS. (MPSV, 2013)

Před transformací pracovali pracovníci v celodenním režimu, přítomnost pracovníků byla tedy 24 hodin denně. Zdravotní sestry byly přítomny v době vydávání léků a PSS byly přítomny celý den. (MPSV, 2013)

2.4 Realizace výzkumu

Pro účely zjištění stanoveného cíle výzkumu byla použita technika kvalitativního výzkumu, a to rozhovor. Rozhovorem lze „zkoumat členy určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny“ (Bugel a Šlechtová, 2012, str. 120). Výzkumník zvolil polostrukturovaný rozhovor, kdy si předem stanovil okruhy otázek, na které se chce zeptat. Otázky do rozhovoru byly stanoveny pomocí pyramidového modelu, kdy byla hlavní výzkumná otázka rozdělena na dílčí výzkumné otázky a ty poté na jednotlivé okruhy rozhovoru (Bugel a Šlechtová, 2012). Okruhů bylo stanoveno sedm:

- náplň práce PSS;
- manipulace s léky;
- zdravotní úkony;
- spolupráce s dalšími subjekty (lékaři, terénní zdravotní služba, nemocnice, aj.)
- absolvovaná odborná školení v oblasti zdravotní péče;
- zajištění péče o klienty po operacích;
- pocity spojené s vykonáváním zdravotních úkonů.

Pro výzkumníka byla velice důležité zajištění bezpečného prostředí pro realizaci rozhovorů. Nejprve bylo osloveno vedení příspěvkové organizace, které výzkumné šetření se zaměstnanci dovolilo. Následně výzkumník oslovil jednotlivé zaměstnance. Do výzkumného šetření se zapojilo šest PSS. Rozhovory probíhaly v listopadu 2023 a trvaly zhruba dvacet minut. Výzkumník se domluvil s každým participantem na konkrétní hodinu a čas, aby bylo zajištěno, že vedení společnosti ani jednotliví pracovníci nebudou vědět, kdo je do výzkumu zapojen. Rozhovory probíhaly mimo pracovní prostředí, a to v kavárně, kde měl výzkumník dojednaný dostatek prostoru, aby během rozhovoru nebyli nikým a ničím rušeni. Každý rozhovor byl nahráván na diktafon a s nahráváním souhlasili všichni zúčastnění. Nahráváním bylo z důvodu doslovného zachycení odpovědí, a po přepsání byly nahrávky smazány, s tímto byli seznámeni všichni participanté. Před samotným rozhovorem byl každý participant seznámen s výzkumníkem, účelem výzkumu a možnostmi, které participant během výzkumu má a také s informovaným souhlasem, který každý participant podepsal. (Bugel a Šlechtová, 2012).

2.5 Interpretace získaných dat

Doslovně přepsané rozhovory byly rozebrány na dílčí části pomocí metody tužka a papír. Metodou otevřeného kódování byl text znovu seskládán a výzkumník hledal souvislosti mezi jednotlivými segmenty. Nově získané kategorie budou v rámci interpretace popsány. Interpretační část doplňují doslovné přepisy rozhovorů.

Běžná náplň práce PSS

Podle dotázaných se náplň práce liší v závislosti na cílové skupině. D1 uvádí „jako PSS pracují s šesti klienty s nízkou mírou podpory a s šesti klienty se střední mírou podpory.“ PSS s klienty s nízkou mírou podpory pracují na oblastech: zaměstnání, finanční gramotnosti, doprovodech na úřady, komunikace s lidmi. Taková práce je velmi individuální a přizpůsobená specifikám

a potřebám jedince. Tématem spolupráce klienta a PSS může být také sebepoškozování klienta. U klientů se střední mírou podpory se dělají obdobné činnosti, ale navíc přibývají společné činnosti v domácnosti „*nákupy potravin na společné vaření a následné vaření, úklid a péče kolem domu*“ (D1). Mezi další pracovní činnosti PSS se řadí doprovody k lékařům a na úřady, chystání léků, individuální nákupy a další. Obecně se dá říci, že se PSS starají o klienty ve všech oblastech, které klienti potřebují. D2 konstatuje „*oni nikoho jiného nemají.*“ Práce PSS je o podpoře klientů, aby se dokázali samostatně rozvíjet, posouvat se. Dalším z úkolů je vést klienty k samostatnosti a soběstačnosti.

Zdravotní výkony prováděné PSS

Participantů výzkumu uvádějí, že pomáhají klientům chystat léky, které užívají. Klienti se střední mírou podpory nevládnou samostatně dojít k lékaři, ani popsat jejich obtíže, v tom jim pomáhají PSS. Lékař stanoví postup, předepíše léky a PSS společně s klientem léky vyzvedne a na léčbě postupují dle doporučení lékaře. Na užívání léků musí klienta PSS upozornit. Předepsané léky se musí zaznamenat do medikačního listu, který se dříve potvrzoval u lékaře, dnes se již razítko nevyžaduje. Medikační list obsahuje název léku, frekvence užívání a doba trvání (trvalá, 3 měsíce, aj.). Medikační list je v elektronické podobě, aby k němu měli přístup všichni zaměstnanci. Zaměstnanci vědí o tom, že podávání léků nemají vykonávat, ale klient si lék samostatně nevezme. „*Dám mu jej na dlaň nebo rovnou do pusy*“ (D2).

Oproti tomu klienti s nízkou mírou podpory zvládnout dojít samostatně k lékaři, včetně vyzvednutí léků. Většina klientů v této kategorii nepotřebuje asistenci při užívání léků. D1 uvádí „*s některými léky chystáme do lékovky na týden dopředu, následně je užívají samostatně.*“ Všem klientům je potřeba hlídat, zda jim nedochází množství léků a v případě potřeby vypsání receptu.

S manipulací s léky stoupá riziko záměny. Někteří participantů popsali, že k záměně došlo. „*Máme telefonní číslo na poradnu, kam zavoláme a popíšeme, co se stalo, které léky jsme uživateli podali, tam nám sdělí postup.*“ (D1) Další variantou je telefonní konzultace s praktickým lékařem nebo se záchrannou službou. Postupy v takovém krizovém případě jsou uvedeny viditelně na nástěnce, včetně telefonního čísla.

Komunikace s lékařem je často také na bedrech PSS. „*Někdy, když klient nekomunikuje, nebo třeba zrovna nechce, tak říkám doktorovi já*“ (D4). Dále se participantů shodují, že někteří lékaři nevyčkají na informace od klienta, ale aby si to zjednodušili, komunikují rovnou s PSS. Je tedy na PSS, co řekne lékař a zda je popsáno úplně vše. Jeden participant popisoval, že zapomněl sdělit lékařce informaci, že klient bere léky na ředění krve a on při zákroku málem vykrvácel. Na pracovníky je v tomhle ohledu kladena velká zodpovědnost.

Mezi další zdravotní úkony, které PSS vykonávají, patří převazování bércových vředů, nanášení mastí na kožní defekty, převazování pooperačních rány, aplikace inzulínu, měření teploty, podávání léků na bolest nebo sražení teploty, měření krevního tlaku, měření hladiny cukru.

V některých případech, například po operacích, se PSS setkali s tím, že museli manipulovat vývodem nebo museli klientovi aplikovat injekci léku na ředění krve do břicha. „*To já jsem nemohla, vždycky jsem musela říct třeba kolegyni, naštěstí to za mě někdo vždycky udělal*“ (D2). Mezi další činnosti, které běžně PSS dělají je manipulace, výměna a proplach pytlíku u močového katetru. „*Dle slov lékaře, bychom to měly umět samy*“ (D2). Dále se PSS setkali s tím, že museli převazovat a ošetřovat rány po operaci. Dalším úkonem je zavádění stravy pomocí PEGu.

PSS by neměli znát zdravotní dokumentaci klienta. D5: „*Nemáme co do medikace nahlížet, my nesmíme vědět nic, protože nejsme zdravotníci.*“ Organizace má ve svých vlastních předpisech sdělení, že PSS nesmějí manipulovat s lékařskou dokumentací klientů. Participanti popisují, že se nejednou stalo, že museli manipulovat s pohlavními orgány klientů. Například u mazání žaludu při chronickém zánětu a v druhém případě šlo o zavádění léků do vagíny proti zánětu.

Příprava a spolupráce se službou poskytující zdravotní péči

Je zřejmé, že zaměstnavatel žádné odborné zdravotní školení pro PSS nerealizoval. Jelikož dle zákona nemohou vykonávat zdravotní úkony, odborné školení není možné zrealizovat. Participanti se shodují na tom, že byli na povinném školení první pomoci. Dále se spoléhají na vzájemnou pomoc a proškolení. Někteří PSS byli dříve zdravotní sestry a mohou poskytnout svoji odbornost. Se slovním proškolením se PSS setkávají také ze strany zdravotních sester nebo lékařů z ordinací nebo nemocnicí.

Nově je v CHB koordinátor zdravotní péče. Podle dotazovaných funguje na telefonu a není zcela zřejmé, jak jeho působení zlepšilo celkovou situaci ohledně vykonávání zdravotní péče PSS. „*Co mi jako pomůže po telefonu (...), on sem stejně nepřijede*“ (D4).

Pokud musí klient na operaci a je u něj potřeba následná péče, personál CHB se domlouvá na spolupráci terénní zdravotní služby nebo domácí péče. „*V praxi dorazí služba 1x denně a s některými zdravotními úkony pomůžou, jsou ale i úkony, které klientovy neudělají, třeba nám nechtějí bandážovat nohy, podávat inzulin pomocí inzulinového pera, a i jiné úkony*“ (D1). Někteří z participantů popisují, že lékař, se kterým se radili o zdravotním stavu klienta, jim doporučil, aby změřili tlak nebo teplotu. „*Ze začátku jsem to trochu pletla, nedávala jsem to na to místo na ruce, kde to má být, to až kolegyně mi řekla, že to mám měřit takhle*“ (D2).

Například rehabilitace zajišťuje zdravotní sestra z Charity. Ta předá instrukce, jak s klientem rehabilitovat i mimo její pravidelné návštěvy. Další zkušenost se spoluprací byla se staniční sestrou, která propouštěla onkologicky nemocného pacienta zpět do CHB a proškolila PSS, jak obsluhovat a dávkovat léky klientovi. Šlo například o podávání opiátů.

Subjektivní hodnocení pracovní náplně PSS

Manipulace s léky je obtížná, „*nejsme zdravotníci, léků je hodně, různě se mění gramáže, často jsou v lékárnách výpadky, tak Vám dají podobný lék, ale s jiným názvem*“ (D1). Rizikovým faktorem je také, když si další PSS nepřechtou záznamy o dávkování léků a podávají se špatně nebo po termínu expirace. Jedna participantka je původně zdravotní sestrou a její vzdělání se jí na pozici hodí, popisovala, že se hlásila jako zdravotní sestra, ale takovou pozici jí v CHB nemohli nabídnout.

PSS nechtějí vykonávat zdravotní úkony, které nejsou v jejich náplni práce a nemají na ně požadovanou odbornost. „*Nepřímo jsme donucení některé úkony dělat, a když se něco pokazí, odpovědnost je na nás*“ (D1). Strach „*já se prostě bojím, že někomu ublížím*“ (D2). „*Je to fraška*“ (D3) popisuje další participant provádění zdravotních úkonů. „*Není mi v tom dobře, už se mi stalo, že jsem podala špatně léky, měla jsem velký strach, že jsem nechtěně někomu ublížila*“ (D4).

„*Vždycky se mi chce zvracet*“ (D4). „*My tomu vlastně nerozumíme, ale stejně to děláme*“ (D5). Z rozhovoru je patrný strach o nechtěné ublížení klientovi. Všichni participanti se shodují, že

zdravotní úkony, které vykonávají, jsou za hranou a vedení s tím musí něco udělat. Tlak na provádění zdravotních úkonů u PSS vedl v některých případech k syndromu vyhoření a odchodu ze zaměstnání. Obavy z trestního stíhání a také vědomí, že dělají věci na hraně až za hranou.

Bariéry

Další kategorií jsou bariéry nebo překážky, které participanti definují jako klíčové. Participanti popisují, že někdy mohou narazit na lékaře, který jim terénní zdravotní službu nenapíše, a pak se klienti ocitají zcela bez odborné zdravotní pomoci. Spolupráce s terénním poskytovatelem zdravotní péče je na rozhodnutí lékaře. Z vyprávění vyplývá, že mnoho lékařů doporučení nevypsalo z důvodu „plýtvání peněz“ (D5).

Další bariérou je předčasné ukončování hospitalizace z důvodu mentálního postižení. Zdravotníci v nemocnicích nejsou zvyklí na mentálně postižené pacienty a neumí s nimi komunikovat, často je považují za problémové a velmi rychle je posílají zpátky do CHB. „*Nejednou se nám stalo, že nám klienta vrátili a za pár hodin jsme byli opět nuceni volat RZS*“ (D1). D2 popisuje: „*mohli by je nechat dýl v nemocnici, ale to oni je tam nechtějí, je s nima práce a někdy jim nerozumí (...), z nemocnice je vrací velmi brzy a celou zodpovědnost za nějakou následnou péči nechají na nás.*“

Praktický lékař v jednom popsaném případě odmítl pomoci PSS, která mu volala s prosbou o pomoc u klientky se zánětem v očích. D5 situaci popisuje: „*se mnou prostě nekomunikoval, že nemá čas a má potom dovolenou, mám prý koupit nějaké kapky do očí, ale klientka měla ty oči tak zalepené a zahnisané, že je nemohla ani otevřít, na to mi přece v lékárně žádné kapky neprodají bez receptu.*“ Důvodem, proč musejí PSS dělat zdravotní výkony, je chybějící osoba se zdravotním vzděláním, která by byla vždy přítomna a obdobné úkony zastala, navíc jsem přesvědčená o tom, že i komunikace zdravotní sestry s lékařem by byla na odbornější úrovni.

2.6 Shrnutí výsledků šetření

V této kapitole se zaměřím na zodpovězení dílčích výzkumných otázek (DVO) a hlavní výzkumné otázky.

První DVO byla: **Jaké zdravotní výkony provádí PSS v CHB a OS samostatně?** Šest participantů výzkumu vypovědělo, že samostatně jsou nepřímo nuceni vykonávat celou řadu zdravotních úkonů. V případech, kdy výkon nemohou provést, mají podporu v dalších PSS, kteří výkon udělají. Zdravotní sestra je přítomna pouze ve všední dny a v čase 8-12 hod, a to v prostorách domova pro osoby se zdravotním postižením a odlehčovací služby.

Druhá DVO si kladla za cíl najít odpověď na otázku: **U jakých zdravotních výkonů spolupracuje PSS s lékařem?** Z rozhovorů vyplynulo, že PSS navazují úzkou spolupráci s praktickým lékařem, lékařem specialistou i s lékaři a zdravotními sestrami v nemocnicích. Spolupráce s lékařem začíná již tím, že výkonem práce PSS je doprovod klienta k lékaři. Prvním kritickým bodem, který vyplynul z šetření, je fakt, že PSS nahlíží do zdravotní dokumentace klientů, mnohdy musejí komunikovat za klienta a sdělovat lékaři zdravotní obtíže klientů. Do druhého kritického bodu, který je v rozporu se zákonem o sociálních službách, je tlačí samotní zdravotníci, kteří po PSS požadují, aby vykonávali zdravotní úkony. Z výzkumného šetření vyplynulo, že lékaři

přenechávají zodpovědnost za zdravotní stav na PSS. Požadují, aby PSS změřily životní funkce klientů nebo vykonaly jiné zdravotní úkony.

DVO3: U jakých zdravotních výkonů spolupracuje PSS s jinou službou? Spolupráce PSS se službou poskytující terénní zdravotní péči je závislá na tom, zda lékař napíše žádanku na takovou službu. Respondenti se shodují na tom, že někteří lékaři považují mrhání penězi na takovou péči a žádanku nevypíší. PSS se poté ocitá v situaci, kdy musí zajistit provedení zdravotního úkonu nebo rehabilitace.

Čtvrtá DVO: V jakých oblastech zdravotní péče o klienty je PSS proškolen? Každý zaměstnanec v sociálních službách by měl mít kurz první pomoci, aby byl připraven na nečekané události a uměl poskytnout první pomoc. Důležité je zmínit, že zdravotní úkony nespádají do pracovní náplně PSS, a proto žádné oficiální školení není možné. U PSS, kteří pečují v CHB o klienty se proškolení realizuje v rámci vzájemné pomoci pracovníků. Někteří pracovníci mají za sebou výkon práce ve zdravotnictví nebo zdravotní vzdělání a mohou svojí odborností poskytnout radu nebo pomoc.

DVO5: Cítí se PSS bezpečně při vykonávání zdravotních výkonů? Zaměstnanci CHB, kteří byli součástí výzkumného šetření, si jsou velmi dobře vědomi toho, že zdravotní úkony nepatří do jejich kompetencí. Přesto jsou nepřímo donuceni takové výkony udělat, a to z důvodu, že není nikdo jiný se zdravotním vzděláním, který by výkon provedl. Všichni participanti jsou během takového úkonu ve strachu, že klientovi neúmyslně ublíží.

Také velmi jednoznačně popisují, že si vybrali povolání z oblasti sociální práce a zdravotnictví si nevybrali záměrně, jelikož nedokáží s určitými tekutinami těla nebo zdravotními nástroji a pomůckami pracovat. Poté zažívají pocity na zvracení a znechucení.

Dílčí výzkumné otázky měli pomoci k zodpovězení hlavní výzkumné otázky: **Jaké zdravotní výkony provádí PSS v CHB a OS Domova bez zámku?** Dotázaní popsali, že jsou nepřímo nuceni k tomu aby: chystali klientům léky, připomínali klientům léky a případně jim je podali (když není klient mentálně schopen si dát lék do úst); převazovali bércové vředy; nanášely masti na kožní defekty; aplikovali inzulín a jiné léky injekčně (léky na ředění krve); měřili teplotu i hladinu krevního tlaku a cukru v krvi; vyměňovali sáček u močového katetru; ošetřovali a převazovali rány po operaci; zaváděli potravu pomocí PEGu; podávali lék vaginálně.

2.7 Diskuze

Jako limitující faktor při psaní své bakalářské práce vnímám výběr pracoviště, kde jsem výzkum uskutečnila. Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o. je moje působiště, pracuji zde již čtvrtým rokem. Jako limity jsem tedy vnímala osobní blízkost k pracovníkům, s kterými jsem rozhovor prováděla, do rozhovorů jsem vnášela i svoje zkušenosti, měla jsem pocit, že vím, jakým směrem má rozhovor plynout, bylo velmi těžké vrátit ho zpět a zacílit na odpovědi participantů. Problematiku, které jsem se věnovala, považuji za velice důležitou a setkávám se s ní i v jiných pobytových sociálních službách. Na základě této zkušenosti bych příště volila jinou než domovskou organizaci.

I přestože jsem měla domluvené rozhovory i s vedoucími pracovníky, jeden z oslovených mi při seznámení se s otázkami odmítl poskytnout rozhovor. Důvodem byly obavy o pracovní místo.

V rozhovorech se komunikační partneři shodli na tom, že musí vykonávat řadu zdravotních úkonů. Uvedené zdravotní úkony považuje Kuchyňková a kolektiv (2019) za úkony na pomezí zdravotní a sociální služby. V minulosti bylo běžnou praxí, že v CHB byly zdravotní sestry přítomny v době vydávání léků (MPSV, 2013). Podle interních dokumentů CHB Domova bez zámku je zřejmé, že v náplni práce PSS není zmínka o zdravotních výkonech.

Dále bylo zjištěno, že spolupráce PSS s lékaři začíná již při doprovodu klienta k lékaři, mnohdy samotný PSS komunikuje s lékařem sám, za klienta. Dalším zjištěním bylo, že především nemocnice propouštějí klienty s mentálním postižením dříve, z důvodu komplikované komunikace a specifických potřeb, které nejsou schopni klientům v nemocničním zařízení poskytnout. Tím jsou PSS v CHB vystaveni situaci, kdy se jim vrátí klient po operaci, který vyžaduje péči zdravotní sestry, ale ta není zajištěna a klient potřebuje zdravotní výkon realizovat, aby nebyl ohrožen na životě. Zdravotní péče se zaměřuje na oblast zdraví jedince a mohou ji vykonávat pouze osoby se zdravotnickým vzděláním. V pobytových sociálních službách je tedy důležité, aby byly zaměstnány zdravotní sestry, které úkony provedou nebo byla smluvně ošetřena spolupráce s domácí zdravotní péčí pro klienty (Součková, nedatováno).

Řešením systémového předávání zodpovědnosti na někoho jiného by byla otevřená diskuse mezi sociálními službami poskytující zdravotní péči a zdravotnictvím. Diskuse na úrovni zřizovatelů, ale také komunikace a propojení mezi organizacemi a zdravotními službami v okolí. Je důležité nastavit jasné parametry a způsoby kooperace, které povedou ke spokojenosti klienta.

Domov bez zámku p. o. má dobrou zkušenost s místní terénní službou, dalším kritickým bodem, který vyplynul z šetření je, že pracovníci neznají, do jaké míry jim může terénní služba pomoci. Návrhem by bylo, kdyby vedení Domova bez zámku, p. o. oslovilo terénní služby s tím, aby vypsaly soupis veškerých zdravotních úkonů, které mohou u klienta vykonat.

Dotazování se shodli na tom, že se velmi často proškolení ve zdravotní oblasti realizuje v rámci vzájemné pomoci pracovníků (měření krevního tlaku, bandážování končetin a další). Někteří pracovníci mají za sebou výkon práce ve zdravotnictví nebo zdravotní vzdělání a mohou svojí odborností poskytnout radu nebo pomoc. Podle Součkové (nedatováno) PSS nemohou provádět zdravotní výkony, z důvodu že nejsou zdravotními pracovníky podle Zákona č. 96/2004 Sb.

Dotazování se při vykonávání zdravotních úkonů shodli na tom, že se při poskytování zdravotních služeb klientovi necítí dobře, mají strach, aby mu neublížili, také cítí velkou zodpovědnost. Žádný z dotázaných nechce zdravotní úkony provádět. Jejich počínání, byť v dobré vůli, je na hraně zákona a mají obavy z trestního stíhání. Součková (nedatováno) uvádí, že pokud by PSS poškodili, úmyslně i neúmyslně zdraví klienta, jsou za čin trestně zodpovědní. Stejná zodpovědnost je na straně zaměstnavatele.

2.8 Návrhy a doporučení pro praxi

Vedení organizace vnímá potřeby pracovníků a je otevřeno diskuzi. V průběhu mého výzkumu vznikla pracovní skupina s tématem zdravotních výkonů PSS. Po vznesení požadavku na zřizovatele vznikla též nová pracovní pozice koordinátor zdravotní péče. Z mého hlediska je však tato pozice nedostačující. Neřeší provádění zdravotních výkonů neadekvátními pracovníky. Může ale poskytnout podporu, odbornou radu, ev. edukovat v oblasti zdravotní péče.

Dalším faktorem, který podněcuje změnu, jsou interní představy organizace o tom, že budou klienti v CHB stárnout a dožívat v přirozeném prostředí: „*Naším cílem je, aby klienti Domova bez zámku mohli žít tam, kde se cítí doma. V případě, že to ale není možné, je pro nás vždy prioritou najít jim v rámci Domova bez zámku odpovídající službu.*“ (Domov bez zámku, 2023). Starší člověk a případně člověk v paliativní péči potřebuje odbornou péči, kterou zajišťují například mobilní paliativní týmy anebo hospice. Pro PSS je představa péče o stárnoucí klienty mnohdy těžko realizovatelná. Za slovem péče jsou kromě zákonného vymezení pracovních činností schované také další a náročnější zdravotní úkony, kteří staří lidé a umírající potřebují.

Z výzkumného šetření vyplynuly závěry, z kterých byla odvozena doporučení pro praxi v Chráněném bydlení Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o. V popsané situaci navrhuji zřízení nové pracovní pozice na plný úvazek: Zdravotní sestra pro terénní ošetrovatelskou péči v chráněném bydlení a odlehčovací službě Domova bez zámku Náměšť nad Oslavou.

Náplň práce, nové pracovní pozice, zdravotní sestry pro terénní ošetrovatelskou péči:

- chystání léků
- následná péče a ošetření kožních defektů – ošetření, promazávání, krytí, převazy;
- nácvik komplexní péče o nesoběstačného nebo ne zcela soběstačného klienta – správná osobní hygiena, polohování, prevence proleženin, konzultace ohledně vhodných polohovacích pomůcek, speciálních hygienických prostředků, inkontinenčních pomůcek;
- péče o klienty v pooperačním nebo poúrazovém období – nácvik domácího cvičení s klientem, procvičování chůze, drobné převazy, bandáže, aj;
- péče o klienty s PEGem, stomií – dávkování stravy do přístroje, nastavení přístroje, výměna sáčku u stomií;
- péče o klienty s diabetem – pomoc při sestavení správného jídelníčku, aplikace inzulinu, měření hladiny cukru v krvi glukometrem;
- péče o klienty s permanentním močovým katetrem – edukace správné hygieny a ošetřování, výměna močového katetru, proplachování katetru;
- nácvik správného měření fyziologických funkcí na základě ordinace lékaře – tlak, puls, tělesná teplota, práce s oxymetrem, s odsávacím zařízením;
- pomoc při výběru rehabilitačních pomůcek, antidekubitních matrací, vozíků, chodítek;
- péče o klienty s epilepsií – edukace a prevence zranění při pádech, vhodné pomůcky;
- péče o klienta s chronickými ranami – dekubity, ošetření dekubitů, krytí.

Navrhují, aby nová pracovní pozice pokryla stejné časy směn, ve kterých slouží PSS, a to ve všední dny i o víkendech. Zdravotní sestra by měla pravidelné pochůzky po pravidelných klientech a zároveň by byla, v rámci své pracovní doby, k dispozici na telefonické zavolání.

Závěr

Bakalářská práce se zaměřila na problematiku vykonávání zdravotních výkonů u pracovníků v sociálních službách v chráněném bydlení Domova bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o. Lidé s postižením potřebují sociální i zdravotní službu, která funguje společně a v rámci multidisciplinarity ve vztahu ke klientovi. Aktuální situace je taková, že jsou sociální a zdravotní služby zcela oddělené a nespolupracují. Pracovníci v sociálních službách, podle platné legislativy, nesmějí provádět žádné úkony spojené se zdravotním stavem klienta, a to včetně podávání léků.

Zákon o sociálních službách definuje, že je poskytovatel sociálních služeb povinen zajistit klientům pobytového zařízení adekvátní zdravotní péči. Zajištění zdravotní péče může být formou zdravotnického zařízení, terénní služby nebo pomocí vlastních zaměstnanců se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání. Pokud pracovník v sociálních službách vykonává zdravotní péči ve prospěch klienta a svým jednáním by poškodil zdraví klienta, je trestně odpovědný za své činy, stejně jako zaměstnavatel.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jaké zdravotní výkony vykonávají pracovníci v sociálních službách ve službě chráněného bydlení a odlehčovací službě Domova bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o. Výzkumné šetření probíhalo formou kvalitativního výzkumu, výzkumník pomocí rozhovorů zjišťoval od pracovníků v sociálních službách a jejich nadřízených informace o aktuálním fungování. Výsledky přinesly několik kritických bodů a závěrů, včetně navrnutí nové pracovní pozice v oblasti zdravotní péče o klienty.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké zdravotní výkony provádí PSS v CHB a OS Domova bez zámku, přinesla zjištění, že v chráněném bydlení pracovníci v sociálních službách vykonávají všechny druhy zdravotních úkonů, které by měla vykonávat zdravotní sestra. Přitom nejde o jejich vlastní popud, ale mnohdy jsou jediným lidským faktorem, který může klientovi zdravotní péči dopřát. Pracovníci v sociálních službách se někdy setkávají s nezájmem lékařů, který se projevuje tím, že nevystavují žádanky na terénní zdravotní péči anebo propouštějí klienty velmi brzy z péče. Klient potřebuje, aby dostal svůj lék nebo aby mu byl aplikován injekčně inzulín, ale mnohdy nemá nikoho, kdo by mu pomohl. Pracovník v sociálních službách se tak dostává do situací, kdy je nepřímo donucen výkon provést. V opačném případě by se mohl klientovi zhoršit zdravotní stav anebo by byl přímo ohrožen na životě. Z výzkumného šetření vyplynulo, že úkony dělají pracovníci ve velkém strachu, jelikož si plně uvědomují rizika svého jednání.

Výsledkem výzkumného šetření je návrh na zřízení nové pracovní pozice v organizaci Domova bez zámku Náměšť nad Oslavou, p. o.: Zdravotní sestra pro terénní ošetrovatelskou péči v chráněném bydlení a odlehčovací službě. Nová pozice by měla plně pokrýt potřebu zdravotní péče u klientů, a to jak ve všední dny, tak o víkendech a v provozních hodinách stejných, jako mají pracovníci v sociálních službách. Zároveň je důležité započít diskusi na úrovni sociálních služeb a zdravotnictví a nastavit funkční systém, který by zajistil komplexní péči pro klienta, dále apelovat na zřizovatele a trvat na zřízení nové pracovní pozice, která by plným úvazkem zajistila zdravotní potřeby klientů.

Seznam použité literatury

BROŽKOVÁ, Alena. Cestou proměny. Hradec Králové [online], 2011. [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: <https://slideplayer.cz/slide/11480440/>.

BUGEL, Walerian a Hana ŠLECHTOVÁ. Tvorba kvalifikačních prací pro studenty oborů sociální práce: principy a postupy. Olomouc: Caritas- Vyšší odborná škola sociální, 2012. ISBN 978-80-8762-301-5.

ČERVENKOVÁ, Anna a Daniel BRUTHANSOVÁ. Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení. Praha: VÚPSV [online], 2004. [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/Fulltext/vz_143.pdf.

Domov bez zámku, p. o. [online], 2018. [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: <https://www.domovbezzamku.cz>.

Domov bez zámku Náměšť nad Oslavou. Pracovník náplň: pracovník v sociálních službách, vnitřní dokument.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

KUCHYŇKOVÁ, Iva a Jana KLUSÁKOVÁ, Martina VEVERKOVÁ. Zdravotně-sociální pomezí v sociálních službách [online]. Charita ČR, 2019. [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: <https://www.charita.cz/res/archive/015/001815.pdf?seek=1579881697>

KUZMÍKOVÁ, Iva a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-2473-6-761.

Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-742-057-0.

MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana a Pavla KODYMOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Průběh transformace ve vybraných zařízeních: analýza transformace tří ústavních sociálních služeb pro osoby s postižením. Praha: MPSV, 2013. [online]. [cit. 2023-10-24]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/prubeh-T.pdf>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Metodika k povolání pracovník/pracovnice v sociálních službách pro potřeby Úřadu práce ČR [online], 2021. [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Methodika_povolání_PSS_UP+CR.pdf/d7bb4e46-2e6e-b786-41cb-f6106f30423f

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN- 11: jedenáctá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2022.

Možnosti bydlení. [online]. [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: <http://www.spmpr.cz/pro-rodinu/socialni-sluzby-a-prace/moznosti-bydleni/>.

PARK, Jaewoo. Selbstbestimmtes Leben für Menschen mit geistiger Behinderung im betreuten Wohnen. Fachbereichs Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg/Lahn.

Inaugural-dissertation zur. 2012 [online]. [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: <http://d-nb.info/1050817036/34>

PIPEKOVÁ, Jarmila. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. Pedagogický slovník. 6., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.

SOUČKOVÁ, Dana. Proč nemohou sociální služby poskytovat zdravotnické úkony. Včelka domácí péče [online]. nedatováno. [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: <https://www.pecevecelka.cz/vssl/proc-nemohou-socialni-sluzby-poskytovat-zdravotnicke-ukony/>.

ŠÍŠKA, Jan. Klasifikace mentálního postižení a podpora dítěte. Šance dětem [online], 2023. ISSN 1805-8876. [cit. 2023-11-04]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/klasifikace-mentalniho-postizeni-podpora-ditete>.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

VALOVÁ, Marta, BROŽKOVÁ, Alice, PETRÁKOVÁ, Věra a kolektiv. Transformační plán Ústavu sociální péče Jinošov. Vnitřní dokument organizace Domov bez zámku, příspěvková organizace, 2010.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2004 in ŠKODA, Jiří a Slavomil FIŠER. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

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

Zákon č. 40/2009 Sb. trestní zákoník

Přílohy

Příloha A: Náplň práce pracovníka v sociálních službách v chráněném bydlení Domov bez zámků, p. o.

1. PSS podporuje klienta při vytváření, prohlubování a upevňování základních hygienických a pracovních návyků. Spolupracuje na posilování sociálních a společenských kontaktů uživatelů.
2. Asistuje uživateli při běžných denních činnostech, jako jsou:
 - osobní hygiena a činnosti s ní související,
 - hospodaření s osobními financemi,
 - osobní nákupy včetně využívání veřejných služeb (kadeřník, obchod, pedikúra, doprava apod.) a zajišťování doprovodu uživatele v případě potřeby,
 - návštěvy lékařů v jejich ordinacích, dodržování pokynů lékaře a užívání předepsaných léků,
 - seberealizace a rozvoj osobních zájmů,
 - uplatňování práv a osobních záležitostí,
 - uspořádání běžného životního rytmu v souladu s principy normality,
 - účast v zaměstnání nebo sociálních službách jiného poskytovatele, případný doprovod do těchto aktivit,
 - navazování a udržování mezilidských a příbuzenských vztahů,
 - rozvoj komunikačních schopností, včetně využívání komunikačních systémů a technologií.
3. Zajišťuje chod domácnosti v chráněném bydlení, spočívající v individuální asistenci uživatelům především v těchto úkonech:
 - úklid pokoje a společných prostor, včetně manipulace s čisticími prostředky,
 - praní, žehlení, uložení a opravy prádla,
 - nákupy pro domácnost včetně hospodaření se společnými financemi,
 - příprava teplé i studené stravy (včetně diet) a uložení potravin,
 - kultura stolování,
 - manipulace s běžnými elektrospotřebiči v domácnosti (rychlouhvací konvice, mikrovlnná trouba, žehlička, vysavač apod.),
 - péče o zahradu a okolí domu.
4. Podílí se na zajišťování a doprovodu na kulturní i společenské akce.
5. Zodpovídá za evidenci osobního majetku uživatelů.
6. Efektivně a hospodárně zachází s majetkem organizace v užívání domácnosti.
7. Hospodaří se svěřenými finančními prostředky organizace i uživatelů.
8. Vede individuální záznamy o průběhu sociální služby u jednotlivých uživatelů a vykazuje poskytnutou podporu úkonů péče.
9. Zodpovídá za bezpečnost a ochranu zdraví uživatelů s ohledem na přiměřené riziko. Zodpovídá za předávání informací o změnách v medikaci a zdravotním stavu uživatelů

v pracovním týmu. O změnách zdravotního stavu, případně změnách v chování uživatelů neprodleně informujete ošetřujícího lékaře a dbá jeho pokynů. Poskytuje první pomoc, případně volá záchrannou zdravotní službu.

10. Uplatňuje individuální přístup k potřebám každého uživatele. Řeší záležitosti uživatelů spojené s poskytovanou službou, případně zprostředkuje kontakt uživatele s kompetentním zaměstnancem organizace.

11. Respektuje soukromí a důstojnost každého uživatele. Zachovává mlčenlivost o všech skutečnostech týkajících se soukromého života uživatelů a provozu organizace, získaných v souvislosti s výkonem své funkce. Tato povinnost trvá i po ukončení pracovního poměru a je v souladu s §100 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

12. Je povinen si dále obnovovat, upevňovat, a doplňovat kvalifikaci podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

13. Spolupracuje s ostatními zaměstnanci organizace a plníte další úkoly dle pokynů přímého nadřízeného.

14. Účastní se pracovních porad a metodických setkání dle příslušnosti a podílíte se na hodnocení poskytovaných služeb.

15. Při výkonu zaměstnání se řídí platnými směrnici, pracovními postupy a standardy kvality.

16. V případě potřeby absolvujete referenční zkoušky a vykonáváte činnost řidiče vozidla organizace. (Interní dokument, Domov bez zámků)

Příloha B: Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru.

Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru:

Zdravotní výkony pracovníků v sociálních službách v pobytových službách Domova bez zámku

Držitel souhlasu: Andrea Nenkovská.

Škola: Vysoká škola polytechnická Jihlava, obor Zdravotně sociální pracovník, 3. ročník, kombinovaná forma studia

Výzkumné šetření na téma Zdravotní výkony pracovníků v sociálních službách v pobytových službách Domova bez zámku, p. o. se zaměří na zdravotní výkony, které vykonávají pracovníci ve výše uvedené organizaci.

Výzkum je realizován formou polostrukturovaných rozhovorů. Průběh rozhovoru bude nahráván a ze zvukového záznamu bude následně pořízen doslovný přepis, který bude dále analyzován, následně i interpretován. Zvukový záznam bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu a bude k dispozici pouze Andree Nenkovské. Po přepisu rozhovorů bude tento zvukový záznam smazán.

Doslovný přepis bude důsledně anonymizován tak, aby byla zaručena anonymita a ochrana všech osob zmíněných v průběhu rozhovoru a aby nebylo možné tyto osoby na základě anonymizovaného přepisu identifikovat. Doslovný přepis rozhovorů bude Andrea Nenkovská uchovávat po dobu jednoho roku.

Svým podpisem stvrzuji dobrovolnost a souhlas se spoluprací na výzkumu.

Jméno a příjmení účastníka výzkumu

Datum a podpis