

# Pečuj doma

Rozhovor  
s Janem Hnízdem  
**Důvěra ve stát  
je důležitější než HDP**  
Strany 3 a 4 Publicistika

Komentování zdravotního stavu  
jen se souhlasem dotčeného  
**Co psychiatrům  
nepřísluší**  
Strana 2 Poradenství

## Zprávy

**Sociální příplatek  
zůstane zatím  
zachován**

V rámci úsporných opatření navrhovali zákonodárci od roku 2011 mimo jiné úplné zrušení sociálního příplatku v rámci dávek státní sociální podpory. Balíček úsporných opatření byl nakonec schválen a podepsán prezidentem s pozměňovacím návrhem, který se týkal ponechání sociálního příplatku pro rodiny se zdravotně postiženým dítětem, prozatím do konce roku 2012.

**Jaké změny  
nás čekají?**

**Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) chystá od roku 2011 celou řadu změn, které se týkají mnoha občanů. O jaké plánované změny se jedná a koho se budou nejvíce týkat?**

**Snížení příspěvků**

Zásadními změnami jsou:

- Snížení příspěvku na péči v prvním stupni z 2000 Kč na 800 Kč.
- Rodičovský příspěvek se sjednocuje na 216 000 Kč.

**Zákoník práce**

Původní návrh novely MPSV obsahoval řadu změn v oblasti pracovního poměru na dobu určitou, výše odstupného, dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr a nerovnoměrného rozvržení pracovní doby

*Pokračování na straně 2*

**Tak hlasují čtenáři**

Na našem webu www.pecujdoma.cz mají návštěvníci možnost hlasovat v anketách. Číslo nejsou bez zajímavosti, i když z tak malého vzorku těžko zobecňovat. Nicméně přinejmenším o určité skepsi účastníků ankety vypovídají.

Například na otázku, zda se zlepšuje přístup zdravotníků k pacientům, kladně odpovědělo 20 dotazovaných, 16 odpovědělo nevim a 63 nezlepšuje.

*Pokračování na straně 7*

Rozhovor Věry Jelínkové se socioložkou Jiřinou Šiklovou

## Pečovatelství se u nás nebere jako práce



O knížce socioložky Jiřiny Šiklové jsme několikrát v novinách Pečuj doma psali. Stala se i námětem rozhovoru Věry Jelínkové s autorkou. Ale nejen ona...

**VJ: Jelínková: Během četby vaší poslední knížky Matky po e-mailu jsem diskutovala nahlas s oběma postavami, vášnivě se s nimi přela či souhlasila. Přemítám, nakolik se v Matkách jedná o fikci a nakolik o prožitky dvou či více přítelkyň?**

**J. Šiklová:** Je i není to fikce. Pracovala jsem osmnáct let na geriatrickém středisku v Thomayerově nemocnici, takže jsem vyslechla řadu podobných problémů a navíc přednáším systematicky sociální gerontologii již dvacet let každoročně 48 hodin vysokoškolákům, tedy dva semestry. Je za těmi jakoby nahozenými rozhovory mnoho a mnoho hodin četby odborné literatury. Nejlepší je, když člověk může jen tak shrnout do textu jakousi pěnu, co vystoupí nad znalostmi.

**VJ: Cítím v Matkách po e-mailu rozpor. Obě hlavní protagonistky se bojí o svou soběstačnost. Přejí si být číperné a aktivní, ale zároveň médii vyčítají tlak k aktivitě.**

**JŠ:** Ano, cítíte to naprosto správně, o tom rozporu je celá ta knížka, většina čtenářek to tak pochopila. Tlak vytvářejí nejen média, ale i příbuzní. Ti považují za samozřejmé, že péči o stárnoucí matky převzme jejich dcery. A přitom tuto péči – vlastně práci – ani neocenují.

**VJ: A cítím správně, že jste se v knížce snažila sejmut obavy pečujících ze sehlávání? Že jste chtěla ukázat, jak je to pochopitelné a lidské?**

**JŠ:** Správně jste to pochopila. Pečující sehlávají, mají taky občas zlost na své staré

příbuzné, protože si myslí, že mnohdy to ti staří dělají „naschvál“. V knížce se snažím pochopit a tím i vysvětlit přístup z obou stran.

**VJ: Statistika říká, že za pár let bude třetina lidí penzistů. Co to pro nás a naši společnost bude znamenat? Jak tyto změny zvládneme? Mají-li výdělečně činní žít své rodiny, zařizovat si bydlení a ještě spořit na své důchody, pak už těžko mohou přispívat na důchody vzrůstajícího počtu seniorů.**

**JŠ:** To je mnoho otázek najednou. O tom jsou napsány celé knihy. Penzijní reforma se měla udělat již před deseti lety, kdy byl dostatek peněz. Tehdejší vláda to neudělala, protože změnit důchodovou politiku je nepopulární. Vždycky. To, čím dneska politici i novináři straší občany, se netýká věkové kohorty, která je dnes před penzí, ani těch, kteří jsou již v penzi. Týká se to těch, kterým je dnes méně než 35 let. Ale zdůrazňování nedostatku peněz na důchody se projevuje averzí vůči těm, kteří jsou již nyní staří. A tuto averzi často projevují ti, kterých se budou týkat důsledky dlouho neřešené penzijní politiky. Na důchody těch, co jsou nyní v penzi, ovšem přispívat nemusí, takže paní redaktorko, prosím, neopakujte zjednodušení, která se píšou v médiích. Ale na vlastní stáří, to již by měli začít spořit.

**VJ: Naše společnost považuje péči o staré lidi za podřadnou a ponižující. A málo se u nás hovoří o tom, o jak náročnou práci, fyzicky i psychicky, se jedná. Proč se při péči v souvislosti se starými a bezmocnými myslí automaticky na dcery jako pečovatelky?**

**JŠ:** V naší společnosti převládá mezi stárnoucí generací názor, že příjem ženy je jen doplňující do rozpočtu domácnosti. Tak to bylo koncipováno za socialismu, tak začala jakási emancipace shora, tedy

pracovní povinnost žen. Žena za socialismu automaticky na sebe brala jak práci mimo domov, tak i péči o rodinu. A z tohoto postoje a hodnocení se to dnes odvozuje. Právě proto, že pečovatelství není doceňováno, nechápe se jako práce. Ale práce je jakákoliv činnost, která uspokojuje potřeby společnosti. Práce není jen, jak se to chápalo v marxismu, výroba nadhodnoty, kterou si ten druhý může přivlastnit. Proto, aby toto bylo jasnější, jsem taky napsala knížku Matky po e-mailu a píšu obdobné texty s tímto tématem. Na myšlenku, že je třeba ocenit práci pečovatelskou, jsou postaveny i noviny Pečuj doma.

**VJ: Dochází k rozvolnění vztahů v rodinách, generace rodičů a dětí již nežijí spolu, ale spíše vedle sebe. Možná i proto už nemluvíme o rodinné péči, ale domácí. K čemu to povede? Myslíte, že je opravdu ohrožen institut rodiny a její funkce?**

**JŠ:** Rodina je základní jednotka společnosti, ve které mají převládat neformální příbuzenské vztahy. Sociologové to nazývají vztahy face to face, tedy vztahy tváří v tvář, vztahy, kdy se všichni osobně znají. Generace tvořící kdysi velkou rodinu ale ani nechtějí (a nemusejí) žít spolu. Naopak staří lidé si v současnosti chtějí taky zachovat svoji vlastní domácnost. Ještě v letech šedesátých, kdy já jsem měla malé děti, bylo samozřejmě a taky jediné možné, žít pohromadě v jedné domácnosti s rodiči. Tedy žily tehdy dvě tři generace v jedné domácnosti.

Někdy takovéto soužití, vnucené soužití, nebylo vítáno. Generace rodičů a dětí a jejich vnuků se občas i hádaly, neshásej, ale jiné řešení neexistovalo. Bylo samozřejmě, že si tyto generace ale vzájemně pomáhaly. Dnes se toto soužití poněkud idealizuje, ale to tak bývá při zpětném pohledu. V současnosti staří lidé a především staré ženy převážně žijí v samostatných domácnostech. A zase je to chtěné a občas i nechtěné. Nejen mladí, ale i staří touží po zachování své samostatnosti, svého životního tempa i stylu. Nechtějí se podřizovat mladším generacím. Pokud později se samostatnost ve stáří již snižuje, vzpomíná se s nostalgií na dobu, kdy všichni byli v jednom a též byt. Šlo ovšem často jen o vynucenou pomoc a vynucenou péči. I tehdy se začínalo s péčí v domácnostech nebo se zakládala

*Pokračování na straně 2*

## Annonce

**Strana 3**  
**Vyhasínání mozku**  
Martina Kleina

O Alzheimerově chorobě toho víme stále velmi málo. Zajímavá knížka z malého nakladatelství.

**Strana 5**  
**Jak rehabilitovat  
v domácím prostředí**

Jak pomoci nemocnému v domácím pohybových aktivitách. Co k tomu potřebujeme a s čím máme začít...

**Strana 1 a 2**  
**Změny, které nás čekají  
od nového roku**

Ministerstvo práce a sociálních věcí chystá od roku 2011 celou řadu změn. O jaké změny se jedná a koho se budou nejvíce týkat?

**Strana 8**  
**Půjčovny kompenzačních  
pomůcek**

Svaz tělesně postižených představil projekt Půjčovny kompenzačních pomůcek. Kde je v Jihomoravském kraji zájemci najdou.

Rady medicínské

## Jak rehabilitovat po operaci kyčelního kloubu

**Ráda bych věděla, jak doma rehabilitovat po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Otce čeká tato operace. Na co si dávat pozor po operaci, co sledovat, dodržovat a podobně?**

Ve zdravotnickém zařízení, kde budou tatínka operovat, se určitě tyto věci dovíte. Ale obecně platí zásada, že ošetřovaný po náhradě kyčelního kloubu by měl vždy vstávat přes zdravou stranu. S cvičením se začíná již druhý den po operaci. Mezi stehna se vkládá polštář nebo nějaký klín, aby nedošlo k přílišnému přitážení dolních končetin a hlavně aby nedošlo k jejich překřížení. Operovaný si nesmí sedat do hlubokého křesla, protože hrozí vykloubení kyčelního kloubu. Volíme sed zvýšený buď na vysoké židli, nebo na židli můžeme dát ještě pevný polštář, aby poloha kyčelních kloubů byla 90°. Nutno je vyvarovat se vnitřní rotace kyčelního kloubu (poloha, kdy se špička dolní končetiny vtáčí dovnitř). Při nácvičce chůze je nutno zachovat stejnou rychlost, levou nohou provést stejně dlouhý krok jako pravou. Lidé po operaci často provádějí jen přísuny zdravou dolní končetinou k operované noze. Tomu se musíme snažit zabránit a neustále ošetřovaného slovně opravovat, aby si zautomatizoval správný pohyb.

Chůze o berlích probíhá podle zásady: berle přenést vpřed, operovanou dolní končetinu k nim, a potom zdravou dolní končetinu až za berle. Pokud už je ošetřovanému dovolena alespoň 75% zátěž na dolní končetinu, může provádět chůzi střídavou, tzn.: levá berle vpřed, na kříž k berli pravá dolní končetina, pravá berle vpřed a potom levá dolní končetina. Dodržujeme zásadu, že při chůzi o berlích po schodech: jde jako první o schod výše zdravá dolní končetina, potom operovaná a nakonec berle. Chůze o berlích ze schodů: první jdou o schod níž berle, potom operovaná dolní končetina (k berlím) a nakonec zdravá dolní končetina na stejný schod. U cvičení klademe důraz na posilování dolních končetin i hýžd'ových svalů. Ale s cvičencem zpočátku cvičíme jen pod dohledem. Rozhodně ve zdravotnickém zařízení, kde se bude operace provádět, požádejte o přesné pokyny.

Jitka Kolébalová, DiS.

Rady psychologické

## Co psychiatrům přísluší a co psychiatrům nepřísluší

**Je možné, aby se psychiatr v médiích vyjadřoval k normalitě nějakého veřejně známého člověka na základě toho, jak na něj působí skrze televizní obrazovku?**

Psychiatrům a lékařům obecně nepřísluší, aby se v médiích vyjadřovali ke zdravotnímu stavu, normalitě či patologii určité konkrétní osoby bez jejího souhlasu. Je lhostejné, zdali jde o člověka veřejně známého či o osobu veřejnosti zcela neznámou. Pokud tak lékař učiní, pak závažným způsobem porušuje pravidla (principy) lékařské etiky. Je pak irrelevantní, zda má ve svém hodnocení lékař pravdu, nebo se mylí. Pochybení spočívá již v samotné podstatě jeho konání. Pokud se psychiatrie týká, může být takové jednání chápáno jako naprosto nepatřičná snaha o zneužití psychiatrie, jako pokus o psychiatrizaci veřejného života, případně politické scény. V dřívějších dobách byla takto psychiatrie opakovaně zneužitá k politickým cílům s fatálními důsledky.

Je na druhé straně právem lékařů a tedy i psychiatrů seznamovat veřejnost cestou médií s obrazy tělesných a duševních poruch, avšak bez vazby ke konkrétním osobám. Je pak věcí veřejnosti, jak s takto zprostředkovanými informacemi naloží a zda to například poslouží k tomu, aby se laici naučili lépe rozpoznávat příznaky duševních abnormalit u osob veřejně známých.

MUDr. Ivan Peška

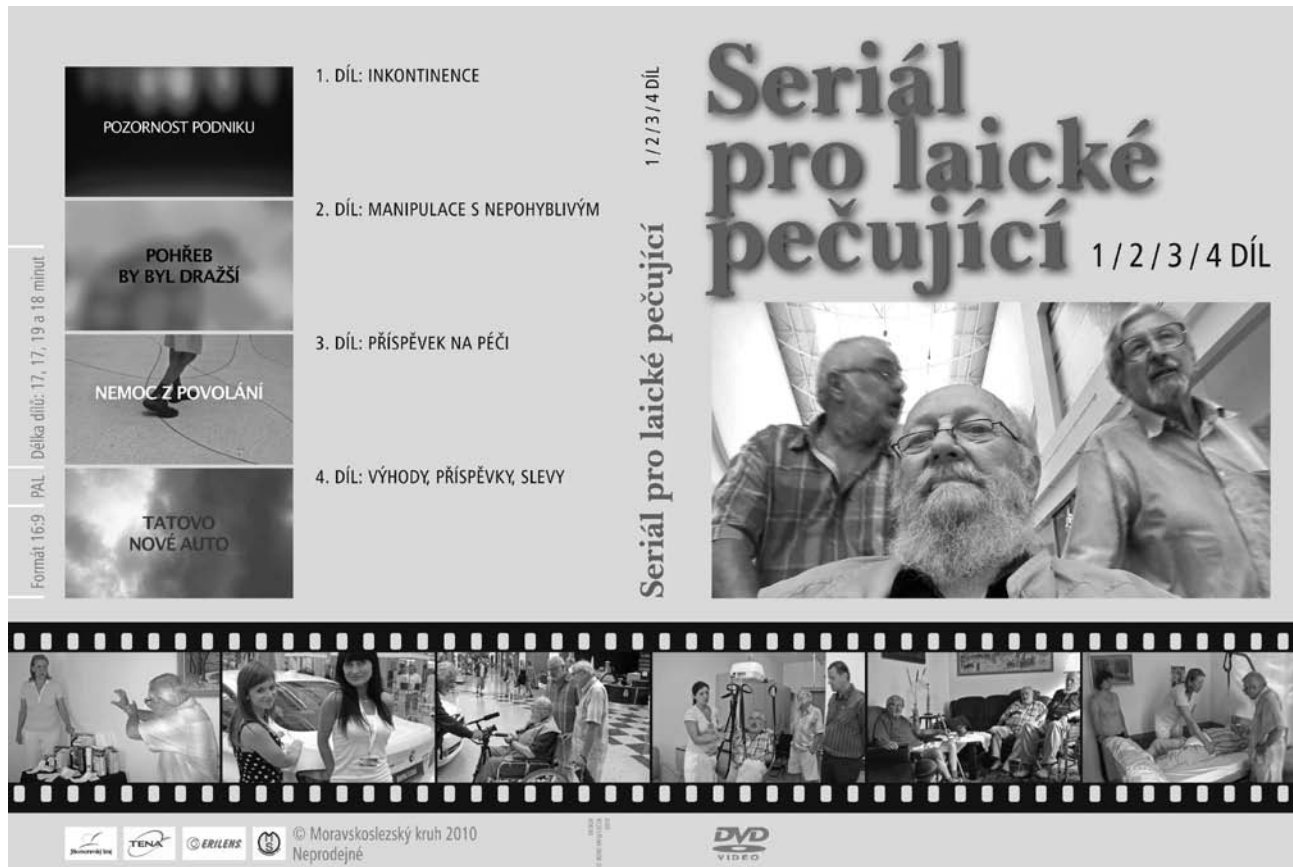
## Pozná psychiatr diagnózu po pěti minutách?

**Jakým způsobem a podle čeho psychiatr stanovuje diagnózu? Je pravda, že zkušený psychiatr ji pozná po pěti minutách rozhovoru?**

Na počátku diagnostického procesu často stojí **předběžná diagnóza**. Tu psychiatr vytváří obvykle již při prvním setkání s pacientem na základě ještě nedostatečných a neúplných informací. Při dalším setkání s pacientem pak dochází k jejímu zpřesňování, doplňování. Mnohdy leží na počátku před lékařem úkol rozhodnout, zda vyšetřovaný trpí nějakou patologií, či jeho projevy představují ještě variantu normy. Předběžná diagnóza bývá někdy nazývána také „**diagnózu prvního kontaktu**“. Ta vytváří základ, který je pak dále upřeshňován – takovou prvotní diagnózu může např. být „**depressivní porucha**“, „**paranoidní psychotický stav**“, „**úzkostná porucha**“, „**halucinatorní paranoidní syndrom**“.

Diagnostika psychických chorob je dynamickým procesem. Je tomu tak proto, že i nemoci se chovají dynamicky, jejich obraz se vyvíjí, mění. Na počátku nemoci může vyhlížet psychická porucha poněkud jinak než ve stadiu plného rozvoje. Diagnostické závěry je proto třeba neustále konfrontovat se stadiem

*Pokračování na další straně*



**Veselí pečující bratři.** Moravskoslezský kruh natočil čtyři díly seriálu o veselých pečujících bratřích, které navazují na pilotní film Já se kácím na polohovací postel. Najdete je na [www.pecujidoma.cz](http://www.pecujidoma.cz).

## Pečovatelství se nebere jako práce

*Pokračování ze strany 1*  
pečovatelská služba, která navštěvovala staré lidi v domácnostech v době, kdy mladí byli v práci. Takže doporučuji používat termín pečovatelská služba v domácnostech a ne domácí. Ale určitě si rozumíme a chápeme se.

**VJ: Působíte velmi energicky, sebevědomě, ještě učíte, cestujete, zdá se, že**

**vám nechybí síla, jste čipernější než většina vašich vrstevníků. Kde berete sílu? Kde dobijete baterky?**

**JŠ:** Termín dobíjet baterky je fráze, takové novinářské klišé, které je módní. Nemám takovéto obraty ráda. Jsem naštěstí zatím docela zdravá (i vnímání stáří a zdraví je subjektivní) a navíc nyní ve stáří mám možnost dělat, co chci dělat a o čem jsem přesvědčena (nebo sebe sama přesvěd-

čím), že to má cenu. A ono angažování se pro systematické vytváření kladného obrazu starých lidí, do kterého patří jak moje přednášky, tak účast na různých mezinárodních konferencích, považuji za smysluplné. Pokud my staří budeme žít spokojeně a nebudeme pořád skuhrat, pak se mladí lidé nebudou sami bát svého stáří. A také to bude snižovat averzi proti nám, starým. **(red)**

## Jaké změny nás čekají?

*Pokračování ze strany 1*  
formou konta pracovní doby. V rámci připomínkového řízení se však odborná veřejnost vůči těmto změnám ohradila a upozornila, že žádnou flexibilitu ani úsporu nepřináší. Z původního návrhu tedy v oblasti zákoníku práce zůstala zachována jediná změna, která se týká dohody o provedení práce. Nově má být stanovena povinnost uzavřít i dohodu o provedení práce v písemné formě pod sankcí neplatnosti, jako tomu je v současnosti u dohody o pracovní činnosti. Toto opatření má nepochybně za cíl omezit tzv. zaměstnávání „načerno“.

**Nemoc a pojistné na soc. zabezpečení**

Zásadní změnou v oblasti nemocenského pojištění by mělo být prodloužení doby, po kterou zaměstnanci vyplácí nemocenskou, respektive náhradu mzdy, zaměstnavatel, a to na prvních 21 kalendářních dní nemoci (kromě karenční lhůty prvních tří dnů nemoci, kdy se náhrada mzdy neposkytuje). Jako ochrana před negativními důsledky výše uvedeného opatření pro malé podnikatele (s průměrným měsíčním počtem zaměstnanců menším než 26) má být zakotvena možnost zvolit si vyšší sazbu pojistného na nemocenské pojištění (3,3 %) a zachovat si institut odečítání části zaměstnavatelem vyplacené náhrady mzdy při dočasné pracovní neschopnosti od pojistného. U ostatních zaměstnavatelů by měla být možnost odečítání od roku 2011 zrušena.

Dále novela počítá s tím, že nedojde ke snížení sazby sociálního pojištění a zaměstnavatelé by měli i nadále odvádět 25 % z vyměřovacího základu. Stejně tak by měl být zachován maximální vyměřovací základ pro výpočet pojistného na sociální zabezpečení na 72násobku průměrné mzdy i pro rok 2011, tedy nedošlo by k snížení zpět na pouze za první porod, nikoliv za každé narození dítě, jak je tomu doposud.

**Překlenovací příspěvek**

Nově by měl být zaveden tzv. překlenovací příspěvek sloužící jako podpora pro začínající podnikatele. Možnost poskytnutí tohoto příspěvku je vázána na poskytnutí příspěvku na společensky účelná pracovní místa. Tato dávka není nároková a lze ji poskytovat pouze na základě dohody. Výše překlenovacího příspěvku činí 0,25násobek průměrné mzdy v rozhodném období a je poskytován nejdéle po dobu pěti měsíců.

**Podpora v nezaměstnanosti**

Velice zásadním zásahem do oblasti zaměstnanosti je úprava poskytování podpory v nezaměstnanosti. Pokud uchazeč o zaměstnání ukončí svůj předchozí pracovní poměr bez vážného důvodu, který je uveden v § 5 zákona o zaměstnanosti (tedy např. výpovědi bez uvedení důvodu nebo dohodou bez uvedení důvodu), měla by mu být přiznána podpora pouze ve sni-

žené míře, tedy 45 % průměrného měsíčního výdělku (s omezením maximální výše podpory na 0,58násobek průměrné mzdy v národním hospodářství za rozhodné období).


Tato změna je odbornou veřejností poměrně silně kritizována, jelikož dohody jsou často využívaným institutem při ukončování pracovního poměru a po zavedení výše uvedeného opatření zaměstnanci budou odmítat tyto dohody uzavírat. V důsledku toho se bude ukončování pracovního poměru řešit výpověďmi a v té souvislosti se může zvýšit počet soudních řízení zpochybňujících jejich platnost. Další navrhovaná změna zákona o zaměstnanosti přináší odložení vyplácení podpory v nezaměstnanosti v případě, že bude uchazeči poskytnuto odstupné při ukončení jeho předchozího pracovního poměru. Doba, o kterou se výplata odkládá, se má určit dle podílu výše poskytnutého odstupného a průměrného měsíčního výdělku uchazeče.

S podporou v nezaměstnanosti pak souvisí i zrušení tzv. nekolidujícího zaměstnání. V případě, že by uchazeč o zaměstnání vykonával jakoukoliv výdělečnou činnost, nebyla by mu za dny, kdy tuto činnost vykonával, poskytována podpora v nezaměstnanosti.

**Účinnost novely**

Změny mají nabýt účinnosti od začátku roku 2011.

# MUDr. Jan Hnízdil: Co je důležitější než růst HDP

 MUDr. Jan Hnízdil, narozen 1958; studium medicíny na Karlově univerzitě ukončil v roce 1984. Asistent na katedře tělovýchovného lékařství Fakulty tělovýchovy a sportu UK, v letech 1994–2004 vedoucí lékař rehabilitačního oddělení Fakultní polikliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a externí pedagog III. lékařské fakulty UK pro problematiku dopingů a sportovní zátěže. V současné době pracuje v Centru komplexní péče v Dobřichovicích u Prahy. Autor několika odborných knih, publicista.

**Už několik měsíců na nás potenciální pacienti doslova útočí zprávami o tom, kolik lékařů hodlá odejít za lepšími ekonomickými podmínkami do zahraničí. Je oprávněná úzkost občana, že se v Česku zhorší zdravotnická péče?**

Zdravotnictví je náročná profese. Srovnání platů soudců a lékařů bije do očí. Vůbec se nedivím, že jsou kolegové rozloženi. Hrozby odchodu většího počtu lékařů do zahraničí se ale neobávám. Mohl by totiž padnout mýtus o nepostradatelném a všemocném zdravotnictví. Mohlo by se ukázat, že spousta lidí lékařskou péči vůbec nepotřebuje. Když v sedmdesátých letech minulého století stávkovali lékaři a sestry v Izraeli, snížila se v „postizraelských“ oblastech úmrtnost na polovinu. Podobně tomu bylo v hlavním městě Kolumbie Bogotě. Během dvaapadesáti dnů trvajících stávek tam klesla úmrtnost o pětáct procent.

**Jak ale je možné, že profese lékaře je společností tak uznávaná a současně tak špatně honorovaná?**

Kdo za to může? Kdo udělal z doktorů mizerně placené otroky? Politici? Pojišťovny? Komora? Ale ne! Otroky jsme ze sebe nechali udělat my sami. Systém založený na nesmyslném hromadění výkonů nám dlouho vyhovoval. Teď doplácíme na shovívavosti vůči korupci a plýtvání. Je zbabělé svalovat vinu na jiné nebo hrozit odchodem. Těch pár špičkových lékařů, o které je v zahraničí zájem, tam už dávno pracuje. Většina ostatních by možná brala větší plat, v cizí zemi by se ale dostala do pozice ukrajinského dělníka u nás. Krizi si musíme vyřešit tady a sami. Co jsme si nadrobili, to si také sníme.

**Během zmíněné kampaně jsem zahlédl slogan „My odejdeme, vy zajdete“. Nemí tohle už v rozporu s etikou?**

Já jsem žádný takový slogan neviděl. Trochu mi to připomíná: „Uchváti-li Tě, zahyneš!“. Nevěřím, že by se nějaký lékař k podobné hrozbě snížil.

**Je české zdravotnictví nemocné?**

Politici spoustu let mluví o krizi zdravotnictví a potřebě reformy. Zatím se ale žádnému ministru nepodařilo ji uskutečnit. Zdravotnictví je totiž jen forma, kterou se realizuje medicína. Reformátoři přitom vycházejí z předpokladu, že veškerá poskytovaná péče je kvalitní, účelná a přesně indikovaná, jenom na ni chybějí peníze. To je zásadní omyl. V krizi je především medicína. Obrovská spousta vyšetření a léků je ordinována úplně zbytečně. Pouhá snaha o změnu formy – „re-formu“ zdravotnictví – nestačí. Nutná je změna medicínského myšlení a medicínské praxe.

**Čím tedy podle vás stůně medicína...?**

Nemoc má tři hlavní příznaky: atomizace, objektivizace a podcenění významu vztahu lékař-pacient. To všechno okořeněné neviditelnou rukou trhu. Začnu atomizací. Lékařská věda oddělila tělesné a duševní pochody, atomizovala člověka na jednotlivé orgány, tkáň a skupiny buněk, aby se sama rozpadla na specialisty dílčích oborů. Díky tomu dosáhla převratných objevů, současně se z ní ale úplně vytratila schopnost po-



soudit detailní informace v souvislostech životního příběhu konkrétního pacienta, schopnost komplexního psychosomatického přístupu. Naučili jsme se dokonale rozumět chorobám, ale přestali jsme rozumět lidem. Pacient se pro nás stal „žlučníkem, apendixem, infarktem“. On je ale bezradným člověkem v těžké životní situaci. My bychom ji měli pochopit a těžkým obdobím ho provést...

**Naznačujete, že na řadě je objektivizace medicíny?**

Biologická medicína vychází z předpokladu, že každá zdravotní porucha má nějakou objektivní příčinu, kterou lze pomocí vyšetřovací techniky odhalit a zásahem zvéní – léky, operací, fyzikálním působením – léčit. V roce 2001 ale zveřejnil časopis British Medical Journal závěry studie, během níž vědci zkoumali zdravotnickou dokumentaci 60 tisíc pacientů, vyšetřených ambulantními specialisty v letech 1993 až 2001. Vybrali 361 těch, kteří stáli zdravotnický systém nejvíc peněz. Ve studii se poprvé objevil termín „nevysvětlitelné choroby“. Jde o situaci, kdy se do ordinace dostává člověk s typickým tělesným problémem – bolestí hlavy nebo zad, bušením srdce, svíráním žaludku, únavou, závratěmi, nevolností – a je pro něj opakovaně vyšetřován za použití nejmodernější techniky. U téměř 40 % pacientů se ale nepodařilo objektivně zjistit, co jim vlastně je. Tyto obtíže jsou totiž somatizací nebo-li ztělesňováním složitě, neřešené životní situace. Člověk je bezradný, žije ve stresu a tělo časem začne problém řešit po svém – nemocí. Pro biologicky vzdělaného lékaře

je to hypochondr, simulant nebo případ pro psychiatra. On ale skutečně trpí. Jenom to nemůže objektivně dokázat.

**Pomohla by tady změna vztahu lékař-pacient?**

Moderní medicína se odehrává „mimo“ vztah. V neosobním prostředí velkých nemocnic pacient nezná lékaře a lékař nezná pacienta. Neví nic o jeho povaze, osobnostních zvláštěnostech, způsobu života, starostech a radostech, o tom, jak důležité jsou pro určení správné diagnózy. Netuší, že hlavní roli má v medicíně vztah vzájemné důvěry. V rozpacích a nejistotě pacienta objektivní příčiny a ordinuje zbytečné léky. Ne proto, že by to stav pacienta vyžadoval, ale proto, že jeho stonání nerozumí a chce být za všech okolností „krytý“.

**A jakou terapii byste ordinoval?**

Klíčovou úlohu hraje vzdělání. O tom zatím žádný ministr nemluvil. Lékařské fakulty by měly mediky vzdělávat nejen v biologických, ale i v psychosociálních oborech. Naučit je komplexnímu, psychoterapeutickému přístupu k pacientovi, umění navázat s ním kvalitní vztah a zasadit zdravotní obtíže do souvislostí jeho životního příběhu. Taková změna by ale byla katastrofou pro medicínsko-farmaceutický komplex. Jeho zisky totiž závisí na tom, kolik lidí se léčí, ne na tom, kolik se jich uzdraví. Jsem proto přesvědčený, že stávající systém zdravotnictví se reformovat vůbec nedá. S největší pravděpodobností jej čeká úplný rozklad.

**Mám před sebou publikaci JAK VYROBIT PACIENTA, autory jsou Jan Hnízdil a Jiří Šavlík. Nezní titul krátkých úvah nad praktikami v některých ordinacích docela potměšile vůči vašim kolegům lékařům?**

To určitě nebylo cílem. Mohl bych napsat stohy knih o skvělých lékařích, záračných léčích a neuvěřitelných úspěších, kterých dosahuje moderní medicína. Na příbězích pacientů jsem chtěl upozornit na limity a nebezpečí, která přináší úzce biologický pohled na nemocného člověka a obchodně-průmyslové pojetí medicíny.

**Ze stejných ordinací slyšíme, že doktor dnes víc času musí věnovat úřadování, místo aby léčil – a potom že ho ještě čekají návštěvy u nemocných...**

Tak tomu opravdu je. Mnohem větší důraz se klade na pečlivé „zúřadování“ než na to, jestli byla návštěva u lékaře pacientovi k něčemu užitečná. Nedávno jsem četl zajímavou studii vyšetřovacích postupů u pacientů s bolestmi zad, kterou provedli ve Švédsku. Prakticky každého lékaře automaticky poslali na rentgen páteře. Aby něco nezanedbali. Ukázalo se ale, že bez znalosti životního stylu pacientů může rentgenový snímek jen velmi málo přispět k objasnění diagnózy. Neočekávaný a pro léčbu významný nález se totiž vyskytl jen u jednoho z 2500 rentgenovaných pacientů. Ti zbývající byli „lege artis“ snímkování úplně zbytečně. Pokud by se lékař s pacientem blíž seznámil, rychle by pochopil, jakou informaci jeho bolest zad přináší. Vyšetření, léků i administrativy by rázem ubylo. Sami jsme na tuto hru přistoupili a také za to zaplatíme.

**Nejen čekárnami oněch ordinací jde ale hlas, že lékaři si vzájemně posílají pacienty na všemožná – a nezřídka zbytečná – vyšetření, že je v tom obvyčejné valení kuličky úkonů a bodů!**

To není jen vina lékařů. Na tom stojí celý systém. Já na kolegu, kolega na mě. Kdo přestane valit kuličku, ordinovat vyšetření, předepisovat léky, rychle z něj vypadne. Zažil jsem to sám na sobě. Po promoci jsem nastoupil na rehabilitační kliniku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Stereotypní

*Pokračování na straně 4*

*Dokončení z předchozí strany*

vývoje nemoci. Jde o proces zpřesňování a doplňování diagnózy, který trvá potud, pokud se onemocnění vyvíjí.

Je velmi důležité, aby psychiatr dospěl již při prvním setkání s nemocným k takové úrovni stanovení diagnózy, která by umožňovala rozhodnout o tom, zda je třeba zahájit léčbu, a pokud ano, jak léčbu směřovat, jaké cílené terapeutické kroky volit, jaké léky ordinovat. Někdy to může být obtížné, ale je třeba toho dosáhnout. Opomenutí léčby tam, kde je to třeba, může mít závažné důsledky.

V dalším průběhu, při dalších setkáních s pacientem, psychiatr své diagnostické závěry uceluje a zpřesňuje. Získáváním dalších informací od nemocného a případně od osob jemu blízkých narůstá v lékaři pocit diagnostické jistoty a původní předběžnou diagnózu je možné stanovit jako definitivní nebo případně pozměnit ve smyslu skutečnosti odpovídajícímu závěru.

Zkušený psychiatr je schopen mnohdy již po krátkém rozhovoru (trvajícím třebaš oněch pět minut) onu výše zmíněnou diagnózu prvního kontaktu (předběžnou diagnózu) stanovit. Někdy se hovoří o „bleskové diagnóze“. Schopnost takto rychle formovat diagnostické závěry je u zkušených psychiatrů dána jejich mnohaletými praktickými zkušenostmi a kvalitní teoretickou výbavou. Je nicméně třeba říci, že i tuto diagnózu je třeba v dalších setkáních ověřovat a zpěvňovat (jak popsáno výše) a že i velmi zkušený psychiatr se může mýlit (podle známého pořekadla o mistru tesařovi).

MUDr. Ivan Peška

## Sociálně-právní poradna

### Ošetřování člena rodiny a zaměstnavatele

**Pracuji u dvou zaměstnavatelů na částečný úvazek. Mám možnost OČR, nejdříve bych je uplatnila u jednoho zaměstnavatele a u druhého na částečný úvazek pracovala dál (mám možnost si sehnat hlídání). Je to možné? Lze uplatnit OČR jen u jednoho zaměstnavatele?**

Uplatnit OČR pouze u jednoho zaměstnavatele lze, pokud výkon druhého zaměstnání nebrání řádné péči o nemocného. Péče by měla být osobní, řádná a celodenní. Ošetřování člena rodiny (OČR) lze uplatnit pouze u zaměstnavatele, kde je řádný pracovní poměr (může být i zkrácený). OČR nelze uplatnit u Dohody o provedení práce ani u Dohody o pracovní činnosti.

Bc. Radka Pešlová

## Pečovatelské judo

### Príspevek na péči, rodičovský příspěvek a zaměstnavatel

**Můj zdravotně postižený syn dovrší v říjnu tři roky a do této doby jsem pobírala pouze rodičovský příspěvek v základní míře. Současně se žádost o příspěvek na péči budu tedy žádat o rodičovský příspěvek do sedmi let věku dítěte. Zajímalo by mne, jakým způsobem musím tuto skutečnost oznámit zaměstnavateli, u kterého jsem vedená jako zaměstnanec na mateřské. Stačí pouze oznámení o prodloužení mateřské, nebo potřebuji nějaké schválení či písemnou dohodu se zaměstnavatelem?**

Tzv. rodičovská dovolená je podle § 196 zákoníku práce poskytována nejdle do tří let věku dítěte. Pokud pečující osoba dále hodlá pobírat rodičovský příspěvek při péči o dítě – nejedná se ovšem již o rodičovskou dovolenou. Zaměstnavatel v tomto případě může – ale nemusí – poskytnout další neplacené volno. Tudíž – je třeba se zaměstnavatelem jednat. Může – ale nemusí volno poskytnout! Pobírání rodičovského příspěvku podle zákona o státní sociální podpoře již není čerpáním „další rodičovské dovolené“...

doc. Mgr. et PaedDr. Jan Michalík, Ph.D.

## Náš tip

### J. Bernlef: Vyhasínání mozku Martina Kleina



O Alzheimerově chorobě toho víme stále velmi málo. Pro mnohé proto bude knížka J. Bernlefa Vyhasínání mozku Martina Kleina z poměrně neznámého nakladatelství Za tráti překvapením. Velmi naléhavý a užitečný text o postupující demenci, sestávající z deníkových záznamů starého postiženého muže, opatřila doslovem socioložka Jiřina Šiklová. Autor je přední holandský spisovatel. Kniha poprvé vyšla roku 1984 a od té doby má na svém kontě dalších padesát vydání a dotisků.

# Co je důležitější než růst HDP

Pokračování ze strany 3

Mechanická medicína mne vůbec neuspokojovala. Denně za mnou přicházeli pacienti s různými bolestmi. Posílal jsem je na různá vyšetření, ordinoval léky. Pacienti se sice léčili, ale neuzdravovali. Jejich stonání jsem vůbec nerozuměl. Pak jsem se setkal s kolegou Šavlíkem, zakladatelem české psychosomatiky. Když jsem se ho zeptal, jaký obor to vlastně dělá, řekl mi: „Zatímco ostatní lékaři léčí choroby, já radím lidem, co mají udělat pro to, aby se uzdravili.“ To se mi zalíbilo. Pochopil jsem, že každá nemoc je informace o tom, že člověk dělá ve svém životě nějakou chybu. Začal jsem se o pacienty zajímat, ptát se jich na způsob života, radosti a starosti. Otevřel se mi nový obzor. Stonání pacientů už bylo srozumitelné, dokázal jsem jim poradit. Ti, kteří pochopili, se začali uzdravovat. To byl můj konec. Přestal jsem valit kuličky úkonů a bodů a moje pracovní místo bylo z „úspěšných důvodů“ zrušeno.

**Souvisí s tím jiný váš výrok? a to: „Pacient neodejde z ordinace spokojený, dokud nedostane recept, není jeho chyba. Tak jsme si ho my doktoři vychovali.“**

Lékaři se chovají k pacientům mechanisticky, pacienti se chovají mechanisticky sami k sobě. Tak nás to naučili na lékařských fakultách, tak jsme to my naučili naše pacienty. Když jsem pracoval na ambulanci kliniky fakultní nemocnice, často jsem si připadal jako mechanik v autoservisu. Pacient tam přijel se svým tělem a nadiktoval závady: „Žáda mám zablokovaná – tak je odblokujte. Vrže mi v kolenech – dejte tam injekci maziva. Zkontrolujte tlaky a tuky...“ Pak odložil svoje tělo a čekal, až ho zdravotníci mechanici opraví. Běda, když se oprava nepovedla. „To byl asi špatný doktor, neposlal mne ani na rentgen, nenapsal drahé léky. Musím zajet do kvalitnějšího servisu, do lepší nemocnice,“ řekl si pacient. Ti lidé vůbec nechápou informační hodnotu nemoci a svůj podíl na ní. Jak člověk žije, tak také stárně, pokud způsob života nezmění, nemá šanci se uzdravit.

**O reklamě na léky jste se vyjádřil, že je to historicky největší chemický pokus na lidech. Není tohle šíření poplašné zprávy?**

Pochopil jste to správně. Opravdu bijí na poplach. Odstrašujícím příkladem je cholesterol. Určitě jste slyšel, že: „Cholesterol je po rakovině největší nepřítel lidstva.“ Určitě víte, že: „Zvýšená hladina cholesterolu představuje jeden z nejrizikovějších faktorů aterosklerózy a jejích komplikací: například srdečního infarktu, cévní mozkové příhody nebo nedokrevnosti dolních končetin.“ Tak na nic nečekejte a pospějte k doktorovi. Běda, jestli vám v krvi najde víc než 5,5 mmol/l. To už jste marod. Máte nemoc – hypercholesterolemii. Vůbec nevádí, že jste se do té doby cítil dobře. V historicky krátkém čase se medicínské propagandě podařilo vyvolat davovou paniku. Nastala éra posedlosti měření jeho hladiny. Fibráty a statiny se staly nejprodávanějšími léky v dějinách. V roce 2006 vynesly světovým výrobcům 27,8 miliard dolarů. Skvěle se jim daří také u nás. Užívá je už skoro milion Čechů a v žebříčku nejužívanějších léků suverénně vedou. Teď nastává vystřízlivění. „Snižování cholesterolu zdravým lidem k ničemu nevede. Jen k potížím. Moc velký ale není jejich přínos ani pro pacienty, kteří srdeční příhodu už mají za sebou. Mnohem lepším lékem pro ně je pravidelný pohyb,“ tvrdí profesor Rodney A. Hayward z Michiganu. A nejen on. To by ale obchodníci s nemocemi přišli zkrátka. Vypadá to, že jsme jim skočili na pěkně mastný cholesterolový „špek“. Víc než na cholesterol dnes lidé stůňou na léky proti němu.

**Vím o vás, že se zabýváte problematikou psychosomatické rehabilitace a léčbou bolesti. Co si pod tímhle medicínským termínem má laik představit?** Psychosomatické medicíně se také říká medicína příběhů. Jestliže ke mně přijde pacient, seznámím se nejdřív s příběhem jeho nemoci – kdy a jak začala, jaká prodělal vyšetření, jak se léčil a s jakým výsledkem, podrobně jej prohlédnu – a sestavím jeho chorobo-

pis. Současně se ale zajímám o to, jaká v uplynulých letech prodělal těžká životní období – sestavím jeho životopis. Když pak porovnáme chorobopis se životopisem, zjistím, že bolesti hlavy a vysoký tlak se datují od doby, kdy se soudí o majetek s bývalou manželkou..., infarkt ho postihl, když přišel o místo vysokého manažera... pálení žáhy ho zlobí od chvíle, kdy syn začal brát drogy. Nemoc se stala ztělesněním jeho životní situace. Nejlépe o tom vypovídají lidová přísloví: „má toho plnou hlavu... zlomilo mu to srdce... leze mu to krkem“.

**A při této terapii se bez pomoci chemie obejdete?**

Velkou většinu zdravotních obtíží je pacient schopen zvládnout vlastními silami. Jenom potřebuje poradit jak. Právě v tom vidím úlohu lékaře – být průvodcem pacienta těžkým životním obdobím. Léky i moderní vyšetřovací techniku používám velmi úsporně, ale využívám. Nejdůležitější je pochopit, jakou informaci nemoc přináší, kde dělá pacient ve svém životě chybu a jak má změnit svoje chování, aby se uzdravil. Tím neúčinnějším lékem totiž jsou samoúdržavné schopnosti. Ty je potřeba povzbudit. Pokud ale síly pacienta na zvládnutí nemoci nestačí, předepišu mu léky. Ovšem s vědomím, že jeho problémy dlouhodobě neřeší. Pomohou mu ale, aby se odrazil ode dna a našel síly k potřebné změně.

**Ve všech sdělovacích prostředcích se bez ustání proti něčemu bojuje – dokonce už i proti stárnutí. Kdyby žil můj otec sedlák, řekl by nejspíš: Vždyť je to proti přírodě! Sdílel byste jeho názor?**

Odmalička se vzděláváme, školíme, připravujeme se na to, co budeme dělat, jak budeme úspěšní v profesi, ale vůbec nejsme uchystaní ani z rodiny ani ze školy, že budeme stárnout, že budeme umírat. Pro mnoho lidí je proto normální proces stárnutí obrovským stresem. Společnost od nich neustále žádá výkon, zastávají manažerské funkce, neznají odpočinek a tělo jim najednou začne hlásit, že už to nejde. Nechtějí ubývání sil rozumět a pomoc čekají od medicíny. Farmaceutický

průmysl to vycítil a začal okamžitě využívat poptávku po věčném mládí. Vznikl vědecký obor anti-aging medicína, medicína proti stárnutí. Tedy ne lidem pomoci vyrovnat se s něčím, co je naprosto přirozené, ale vnutil jim prášky, udělat ze stárnutí nemoc. V medicíně se tomu říká medializace – vytváření chorob z problémů každodenního života. Moje babička by řekla: „Lidská blbost je nekonečná, vždyť přece proti věku není léku.“

**Jak na vás působí neustálé omílání údajů, kolik lidí v produktivním věku musí žít nemocné a seniory, a skutečnost, že ministři sociálních věcí a zdravotnictví proti tomu důrazně neprotestují?**



To je jeden z největších paradoxů moderní medicíny a společnosti vůbec. Na jedné straně dokáže staré lidi prostřednictvím špičkové techniky a léků udržet při životě v situacích, které nejsou k životu. Na druhé straně se tímto počet seniorů odkázaných na léky a techniku rychle zvyšuje. Délka jejich života se sice prodlouží, ale jeho kvalita tomu často neodpovídá. Dožívají v zoufalých situacích, opuštění, nebo v domovech důchodců a léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Seniorů je hodně a společnost na to není uchystaná. To určitě neznamená, že by se seniorům

neměla poskytovat kvalitní medicínská péče. Stejně tak důležitá je ale podpora psychická, sociální, komunitní a hospicová. To téma je příliš vážné a mediálně málo atraktivní. Politici se mu vyhýbají velkým obloukem. Mnohem snáz se „zviditelní“ v hrđinském boji o regulační poplatky.

**Nikoli mimochodem – v září letošního roku jste napsal otevřený dopis ministru Hegerovi s návrhem protikorupčních opatření ve zdravotnictví. Odpověděl vám, a jestli ano, co?**

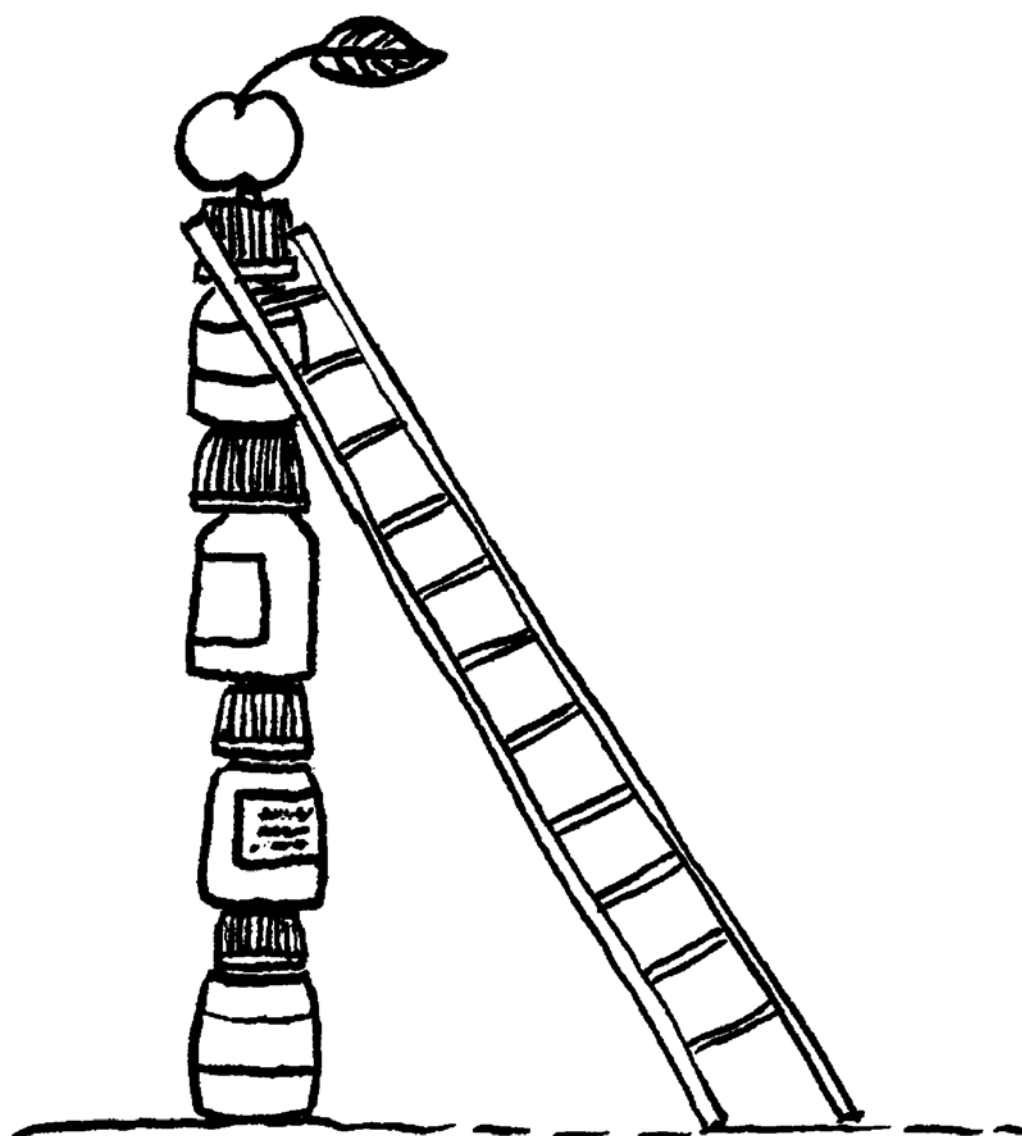
Ještě jednou regulační poplatky. Všimněte si, kolik let se o ně politici hádají. Přitom jde o směšnou částku třiceti korun. V úhrnu pár stovek milionů. Podle střízlivého odhadu Transparency International ČR nás korupce ve zdravotnictví přijde ročně na dvacet miliard. O tom politici cudně mlčí. Na problém korupce jsem upozorňoval už několik ministrů, rozesílal různé návrhy. Před dvěma lety mi přišla bezobsažná odpověď z právního odboru ministerstva zdravotnictví. Napočítal jsem v ní asi dvanáct pravopisných chyb. Letos na podzim jsem to zkusil znovu. Pan ministr Heger se zatím neozval. Nedělám si žádné iluze. Medicínsko-farmaceutický komplex je korupci tak prorostlý, že ji nelze zlikvidovat bez zničení samotného medicínsko-farmaceutického komplexu. Mám dojem, že už to pan ministr Heger také pochopil. Nedávno se vyjádřil, že ve funkci asi dlouho nebude.

**Zejména seniory „zahnání“ ke zdi i prostou opotřebeností těla hledají pomoc, kde se dá – v mnoha případech také u léčitelů. Co vy a takzvaná alternativní medicína?**

Před lety jsem byl členem Klubu českých skeptiků Sisyfos. Vystupoval jsem proti akupunktúře, homeopatii, biontronice. Časem mi ale začalo vrtat hlavou, jak je možné, že alternativní metody tolika lidem pomáhají, když by vlastně neměly. Vysvětlení jsem našel v psychosomaticce. Do ordinací lékařů přichází hodně úzkostných, neurotických nebo depresivních pacientů. Jejich tělesné obtíže mají výrazný psychosociální kontext. Od lékaře očekávají především vstřícnost, pochopení, srozumitelné vysvětlení a uklidnění. Místo toho jsou ale vystaveni nekonečné řadě vyšetření a léčebných zákroků, které nejenže nevedou k odhalení příčiny a vymizení obtíží, ale jejich úzkost a neklid ještě zvyšují. Není divu, že se takoví pacienti obracují na léčitele. Ten sice hluboké teoretické znalosti a špičkové technologie postrádá, o to více ale dokáže vyčíst z osobního setkání, navázání důvěryhodného vztahu, seznámení se s životním příběhem pacienta a nakonec i z magického působení léčitelských metod. Jestliže jde navíc o člověka empatického, s bohatými životními zkušenostmi a intuicí, je schopen pacienta uklidnit, poradit mu s jeho problémy, upravit jídelníček, motivovat ke změně chování. Pokud si vědecká medicína svoje selhání nepřizná a neprohlédne, že tím nejčastějším lékem je osobnost takto – celostně – uvažujícího terapeuta, bude jen bezmocně přihlížet, jak léčitelé pronikají na její „posvátnou“ půdu.

**Není právě čas vrátit se někam zpátky? Věděl byste kudy...?**

Ptáte se na cestu ke zdraví? Co je to zdraví? Podle mne je to schopnost zvládat problémy každodenního života. Pokud má člověk k řešení problémů dost vůle a sil, je zdravý. Když začne vůli ztrácet, je mu nevolno. Když už problémy zvládat nemůže, je ne-mocný. Co ale člověk potřebuje k tomu, aby byl spokojený a zdravý? Kromě stravy, pohybu a tělesné kondice to jsou také láska, přátelství, kultura, dobré vztahy a zdravé životní prostředí. V konkurenčních tržních podmínkách na ně moc prostoru nezbyvá. Dříve na to upozorňovali jen filosofové, teď už jsou slyšet i hlasy ekonomů. Luisa Corradová z Ekonomické fakulty Univerzity Cambridge zkoumala, jak souvisí hospodářský růst a spokojenost občanů. Dvacet tisíc lidí ze sto osmdesáti oblastí Evropy zaznamenávalo do dotazníku míru svého štěstí. Očekávalo se, že nejlépe na tom budou lidé v prosperujících ekonomikách slunné jižní Evropy. Překvapivě zvítězili Dánové před Finy, Iry a Švédy. Ukázalo se, že mnohem důležitější než růst HDP je důvěra ve státní správu, vymahatelnost práva a dobré mezilidské vztahy. Právě to u nás chybí. V nemocné společnosti nemohou žít zdraví občané. Snažím se proto lidi varovat. Ať se nenechají manipulovat politiky, reklamou, medicínsko-farmaceutickým komplexem. Ať si převezmou sami zodpovědnost za svůj život a svoje zdraví. Tím neúčinnějším lékem je vytváření občanské společnosti. To je práce pro každého z nás. To za nás žádný politik neudělá. JAN NOUZA



# Rehabilitujeme doma

## Ošetrovatelská abeceda



S uspokojením v poslední době pozorujeme zájem a snahu rodiny o propuštění nemocného ze zdravotnického zařízení do domácí péče. Zdravotníka nemůže více potěšit, než když vidí, že zlepšování zdravotního stavu nemocného a snaha o obnovení soběstačnosti mají pokračování i po jeho propuštění.

## Úvodem

Při ošetřování člena rodiny v domácím prostředí je důležité vědět, jak se samotným nemocným zacházet, jak ho uchopit, jak mu správně dopomoci. Důležité je rovněž vědět, jak při těchto úkonech ochránit sami sebe, jak si neublížit a nezpůsobit si poranění.

Myslete na to, že jste zde pro ošetřovanou osobu, ale také na to, že žijete dál svůj vlastní život. Proto je důležité zachovat si své zdraví!

Při manipulaci s pacientem vždy dbejte základních doporučení. Nezvedejte jeho váhu svými zády. Vždy je třeba se narovnat a nechat nést tíhu jeho těla svými dolními končetinami. Doprovodným pohybem nohou (tzn. z pokrčení do propnutí kolena) odlehčíte páteř, a přesto vykonáte pohyb, jaký jste zamýšleli.

Pokud je to možné, zavolejte si při manipulaci s nehybným nebo příliš těžkým pacientem druhou osobu a nechte si pomoci.

Ošetřovanou osobu se také vždy snažíme co nejvíce aktivizovat. Možná se zpočátku nesetkáme u ošetřovaného s úplným pochopením a chutí spolupracovat, ale pokud bychom o aktivizaci a pohyb neusilovali, může dojít k takzvané imobilitě (nepohyblivosti). To znamená, že vlivem nemoci, úrazu nebo jen menší pohybové aktivity dochází k omezení pohybových schopností našeho pacienta.

Omezená pohyblivost nebo imobilita nemusí být vždycky způsobeny úrazem či nemocí. Významnou roli hraje i stav psychický. Vlivem změn v psychice ošetřovaného může někdy dojít ke ztrátě zájmu o jakoukoli činnost. Ošetřovaný nemá potřebu o sebe pečovat, nemá potřebu komunikace s okolím, nechce se mu opouštět lůžko, pokoj ani byt. Takový stav označujeme jako inaktivitu (nečinnost).

Nepohyblivost ovlivňuje všechny systémy těla. Proto vlivem nepohyblivosti nebo vlivem snížené pohybové aktivity dochází ke komplikacím, které ohrožují život nemocného. Například: při snížené pohybové aktivitě člověka dochází také ke snížení funkce střev. Mohou nastat potíže s vyprazdňováním, dochází k zácpě a následně může nastat závažný stav střevní neprůchodnosti, odborně nazývaný jako ileus. Snížená pohybová aktivita se také projeví na pohybovém systému. Pokud bude ošetřovaný dlouhodobě ležet nebo i sedět se skřechenými končetinami (bez jiné pohybové aktivity), dojde ke zkrácení svalů a šlach v oblasti kloubů. To vede k dalšímu omezení pohyblivosti, následně dojde k výraznému oslabení svalové síly a tento stav může vést k úplné nehybnosti a ztuhnutí celého těla.

Další velkou komplikací jsou projevy nepohyblivosti nebo snížené hybnosti na kůži. Dlouhodobým tlakem na kůži dochází ke vzniku dekubitů (proleženin), které se velmi obtížně hojí a léčí. Někdy může dojít až k septickému stavu (což je těžká infekce organismu) a následně i k selhání jednoho či více hlavních orgánů těla.

Takovýchto příkladů by mohla být celá řada. Určitě není nutné je zde všechny vyjmenovávat, ale jako vysvětlení, proč je pohyb a aktivita každého jedince velmi důležitá, určitě postačí. Proto se u každé ošetřované osoby snažte o maximální aktivizaci a veďte opečovávaného k pohybové aktivitě v průběhu celého dne.

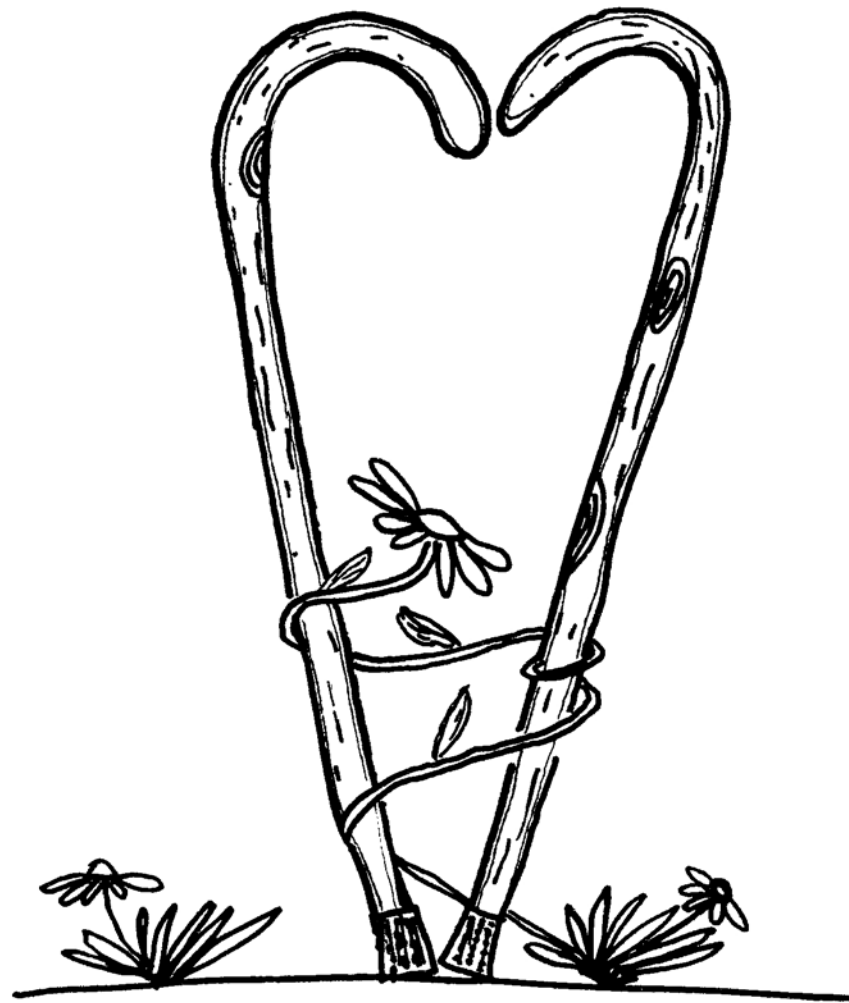
Pohyb je důležitý nejen jako náprava již vzniklých komplikací zdravotního stavu, ale rovněž jako prevence vzniku těchto zdravotních komplikací. Jak se říká: „Pohyb znamená život“ a platí to se vším všudy.

## Úprava domácího prostředí

- Při péči o člena rodiny je třeba provést řadu úprav v domácím prostředí. Je důležité provést změny tak, aby prostředí domu či bytu bylo pro všechny jeho obyvatele příjemné, ale hlavně bezpečné pro ošetřovanou osobu.
- Změny domácího prostředí provádíme podle rozsahu postižení a věku ošetřované osoby. Povrch podlahové krytiny by měl být neklouzavý, ale dobře udržovatelný. Není vhodný koberec

opěrky pro ruce, vysoké opěradlo zad, sed křesla takový, aby ošetřovaný dosáhl ploskami pohodlně na zem, ale aby do křesla „nezapadl“. To znamená, že při sedu by měl být pravý úhel v kyčelních kloubech. Z takového křesla se pohodlně a bezpečně vstává.

- Koupelnu i toaletu vybavíme madly. Pořídíme protiskluzné podložky do vany či sprchového koutu i před něj. Na vanu lze dát sedátko nebo přímo sedačku do vany. WC je možné opatřit nádstavcem.
- U pacienta upoutaného na lůžko je vhodné pořídit polohovatelné lůžko, nejlépe s bočnicemi.



s vysokým vlasem kvůli riziku pádu při chůzi o holi či berlich. Odstraníme všechny volně položené koberečky a kožesiny a odstraníme i prahy. Důležité je zachovat dostatečně prostorné průchody kolem veškerého nábytku.

- Při pohybu po domě či bytě je nutností vybavit ošetřovaného kvalitní, pevnou a neklouzavou obuví. To znamená obuví s pevnou patou, nebo páskem přes patu, aby ošetřovanému obuv neklouzávala z nohy. Pokud vhodně upravíte domácí prostředí, ale necháte ošetřovaného chodit například v látkových pantoflích, je to pro něj stejně nebezpečné jako nevhodně rozestavený nábytek.
- Pokud je ošetřovaný schopný pohybu po bytě či domě, je dobré myslet na vhodný sedací nábytek. Při jeho výběru dbáme na pohodlí, bezpečí (aby se nedal při sedání převrátit) a hlavně na výšku a hloubku sedací plochy. Vhodné je vybrat křeslo. Požadavkem je, aby křeslo mělo

Místnost pro spaní upravíme tak, aby byl možný přístup k lůžku z obou boků postele. V tomto případě mohou pečující s ošetřovaným snadno manipulovat. Lůžko můžeme ponechat i u zdi, pokud si to ošetřovaný přeje, ale taková úprava manipulaci ztíží.

- Pokoj ošetřovaného je vhodné vybavit jídelním a nočním stolem. Pokud je ošetřovaný schopen použít toaletu, ale jeho zdravotní stav mu nedovolí překonat potřebnou vzdálenost mezi lůžkem a WC, rozšíříme vybavení pokoje ještě o toaletní křeslo (WC křeslo). Lepší je WC křeslo bez koleček. Vybereme-li však křeslo s kolečky, je důležité dbát, aby kolečka byla snadno zabrzditelná.
- Pokud má ošetřovaný zájem o sledování televize, umístíme jej naproti lůžku.
- Pokud nemůžeme být s ošetřovaným neustále v jedné místnosti, ale potřebujeme ho mít pod dohledem, můžeme do pokoje umístit takzva-

nou „chůvičku“, která obsahuje vysílač a přijímač. Často tuto pomůcku používají rodiče při opatrování malých dětí. Při ošetřování nemocného člena rodiny poslouží stejným způsobem.

## Polohování

- Polohování je důležitou složkou v péči o dlouhodobě ležícího i o málo se pohybujícího nemocného. Slouží nám jako prevence proti vzniku dekubitů (proleženin), jako prevence nebo i částečná náprava při zkrácení šlach. Dále má svoji úlohu při zajištění stability ošetřovaného v lehu na boku, v sedu atd.
- Polohování nám může usnadnit takzvaná PONÁŠKA. Jedná se o pomůcku, která se dává pod ošetřovaného na lůžko asi od poloviny stehna až pod lopatky. Bývá to prostěradlo složené na široký pruh. Existují i speciální pevné, ale prodyšné podložky a lze taktéž využít velký pruh pevné flanelové látky.
- Tato pomůcka složená na dlouhý široký pruh se klade na prostěradlo tak, aby byla o něco málo delší, než je šířka lůžka. Nejlépe se donáškou manipuluje ve dvou osobách. Ležícího nemocného můžeme snadno posunout po lůžku vzhůru nebo do stran.
- Přesun se provádí takto: Ponášku uchopí pevně dvě osoby (každá z jedné strany) co nejbližší tělu ošetřovaného v místě stehna a také u lopatek. Společně ve stejnou chvíli ponášku mírně nadzvednou a poponesou po lůžku požadovaným směrem. Tato pomůcka je dobře využitelná i pro jednoho pečujícího, a to například u přetáčení ošetřovaného na bok. Pomocí tahu k sobě a mírného nadzvednutí ponášky vzhůru ošetřovaného otočíme z lehu na zádech na bok, ale současně ho přitáhneme zády víc ke kraji lůžka, aby na druhé straně měl dostatek prostoru pro pokrčené dolní končetiny. Takovou polohu je nutno ještě upravit, aby byla příjemná pro nemocného. Ošetřovaného můžeme přetočit na bok i bez ponášky tak, jak je to popsáno u návčívku otáčení na lůžku.
- Následně ještě poupravíme polohu na boku tím, že tahem za ponášku k sobě od zad ošetřovaného upravíme polohu pánve do středního postavení nebo mírného přetočení vpřed. Zároveň můžeme nemocného přisunout zády blíže ke kraji lůžka, aby měl dostatek prostoru pro jednu nebo obě pokrčené končetiny.
- Polohování je dobré provádět několikrát za den. Polohu ošetřovaného měníme každé dvě až tři hodiny.
- Správným polohováním si ušetříte spoustu práce i času. Pokud nemocného otočíte třeba na bok a správně jej nezajistíte polštáři, dekou či jinými polohovacími pomůckami, mohou nastat dvě situace. Buď se vám ošetřovaný přetočí na záda a poloha, do které jste jej pracně dostávali, bude pryč. Nebo ošetřovanému bude tato poloha nepohodlná, bude jej něco tlačit, může docházet k nedokrvování končetin, což vyvolává nepříjemné pocity apod. V takovém případě vás bude každou chvíli volat zpátky a bude chtít poupravit polohu ruky, nohy nebo otočit jinak. Takto se vy jako pečující velmi nadřete a během dne neuděláte nic jiného, než že budete neustále k dispozici pouze ošetřovanému.

*Pokračování příště.*

**JITKA KOLÉBALOVÁ  
JANA KRATOCHVÍLOVÁ-POLÁKOVÁ**

## černé na bílém

### Vracení daně osobám se zdravotním postižením při zakoupení osobního automobilu (§ 85)

#### § 85 Vracení daně osobám se zdravotním postižením

- 1) **Osoba se zdravotním postižením má nárok na vrácení zaplacené daně u osobního automobilu zakoupeného v tuzemsku**, a to i formou finančního pronájmu. Při nákupu osobního automobilu formou finančního pronájmu nevzniká nárok na vrácení daně z přírážky leasingové společnosti.
- 2) Pro účely tohoto ustanovení se osobou se zdravotním postižením rozumí fyzická osoba, které byl rozhodnutím příslušného úřadu přiznán příspěvek na zakoupení osobního automobilu.
- 3) Daň se vrací osobě se zdravotním postižením za jeden osobní automobil nakoupený v tuzemsku **v období 5 let, nejvýše však do výše 100 000 Kč.**
- 4) Nárok na vrácení zaplacené daně podle odstavce 3 může osoba se zdravotním postižením uplatnit nejdříve
  - a) za kalendářní měsíc, ve kterém byl osobní automobil zakoupen, nebo
  - b) při ukončení finančního pronájmu a převodu vlastnického práva na nájemce, pokud byl osobní automobil nakoupen formou finančního pronájmu.
- 5) Při zakoupení ojetého osobního automobilu může osoba se zdravotním postižením uplatnit nárok na vrácení daně vypočtené ze základu daně podle § 90. V tomto případě je povinen uvést daň na daňovém dokladu i obchodník při uplatnění zvláštního režimu podle § 90.
- 6) Nárok na vrácení zaplacené daně může osoba se zdravotním postižením uplatnit nejpozději do 6 kalendářních měsíců od konce kalendářního měsíce, ve kterém se zdanitelné plnění uskutečnilo, a v případě nakoupeného osobního automobilu formou finančního pronájmu nejpozději do 6 měsíců od konce kalendářního měsíce, ve kterém bylo převedeno vlastnické právo na nájemce.
- 7) Osoba se zdravotním postižením, která má nárok na vrácení zaplacené daně podle odstavců 1 a 2, může uplatnit tento nárok podáním žádosti o vrácení daně správci daně místně příslušnému podle jejího trvalého pobytu. Osobě se zdravotním postižením, která má nárok na vrácení daně, se daň vrátí do 30 dnů ode dne následujícího po podání žádosti. Daň se vrací v částce zaokrouhlené na celé koruny.
- 8) Žádost o vrácení daně musí obsahovat
  - a) jméno a příjmení, trvalý pobyt a rodné číslo zdravotně postižené osoby,
  - b) rozhodnutí podle odstavce 2,
  - c) daňový doklad podle § 26 nebo doklad o prodeji osobního automobilu, který byl vystaven plátcem.
- 9) Na dokladu o prodeji osobního automobilu je plátec povinen uvést
  - a) obchodní firmu nebo jméno a příjmení, popřípadě název, dodatek ke jménu a příjmení nebo názvu, sídlo nebo místo podnikání plátce, který uskutečňuje zdanitelné plnění,
  - b) daňové identifikační číslo plátce, který uskutečňuje zdanitelné plnění,
  - c) obchodní firmu nebo jméno a příjmení, popřípadě název, sídlo nebo místo podnikání, popřípadě místo trvalého pobytu osoby, pro kterou se zdanitelné plnění uskutečňuje,
  - d) rozsah a předmět zdanitelného plnění,
  - e) evidenční číslo dokladu,
  - f) datum uskutečnění zdanitelného plnění,
  - g) sazbu daně a základ daně,
  - h) výši daně uvedenou v korunách a haléřích, popřípadě zaokrouhlenou na desítky haléřů nebo na padesátihaléře,
  - i) výši ceny včetně daně celkem.

Zákon č. 338/1992 Sb., o dani z nemovitostí

### Osvobození od daně ze staveb

#### Osvobození od daně ze staveb (§ 9):

- u obytných domů ve vlastnictví fyzických osob, které pobírají příspěvek na živobytí nebo jsou osobou společně posuzovanou s osobou, která příspěvek na živobytí pobírá, a jsou držitelé průkazů ZTP a ZTP/P, a to v rozsahu, v jakém slouží k jejich trvalému bydlení,
- u staveb pro individuální rekreaci ve vlastnictví fyzických osob, které pobírají příspěvek na živobytí nebo jsou osobou společně posuzovanou s osobou, která příspěvek na živobytí pobírá (18b), a jsou držitelé průkazů ZTP,
- stavby pro individuální rekreaci ve vlastnictví držitelů průkazů ZTP/P.

Zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích

### Osvobození od správních poplatků

#### Položka č. 5

- a) Ověření podpisu nebo otisku razítka na listině nebo na jejím stejnopisu. Od poplatku jsou osvobozeni občané se zvlášť těžkým zdravotním postižením, kterým byly přiznány mimořádné výhody II. nebo III. stupně (držitelé průkazů ZTP a ZTP/P).

#### Položka č. 12

- c) Vydání povolení uzavřít manželství mimo stanovenou dobu nebo mimo úředně určenou místnost Kč 1 000
- d) Vydání povolení učinit prohlášení o vstupu do registrovaného partnerství před jiným než příslušným matričním úřadem. Od poplatku c) a d) jsou osvobozeny osoby těžce zdravotně postižené.

#### Položka č. 17

1. Vydání stavebního povolení
  - a) ke stavbě pro bydlení s nejvýše 3 byty – 300 Kč
  - b) ke stavbě pro bydlení s více než 3 byty – 1000 Kč
  - c) ke stavbě pro individuální rekreaci nebo stavbě zemědělské účelové stavby, nepřesahuje-li zastavěná plocha 70 m<sup>2</sup> – 300 Kč
  - d) ke stavbě garáže nejvýše se 3 stáními – 300 Kč
  - e) ke stavbě řadových garáží – 300 Kč, 150 Kč za čtvrté a každé další stání, nejvýše 2500 Kč
  - f) ke změně stavby (nástavby, přístavby nebo stavební úpravy) uvedené v písmenech a) až e), ke stavbě studny, čistírny odpadních vod, přípojky na veřejnou rozvodnou síť a na kanalizaci pro stavbu uvedenou v písmenech a) až e) – 300 Kč

**Od poplatku podle bodu 1 písmene f) této položky je osvobozeno vydání stavebního povolení ke změně stavby pro bydlení z důvodu ztíženého užívání této stavby občanovi se zvlášť těžkým zdravotním postižením, kterému byly přiznány mimořádné výhody II. nebo III. stupně (držitelé průkazů ZTP a ZTP/P), má-li ve stavbě pro bydlení místo trvalého pobytu.**

#### Položka č. 26

- a) Zápis do registru vozidel, jde-li o motorové vozidlo s nejméně čtyřmi koly – 800 Kč
  - f) Vydání řidičského průkazu – 50 Kč
- Od poplatků jsou osvobozeni občané se zvlášť těžkým zdravotním postižením, kterým byly přiznány mimořádné výhody II. nebo III. stupně (držitelé průkazů ZTP a ZTP/P), a rodiče postižených dětí.

#### Položka č. 27

- e) Schválení technické způsobilosti vozidla po přestavbě nebo schválení technické způsobilosti jednotlivě vyrobeného nebo dovezeného samostatného technického celku anebo schválení užití vozidla k výcviku v autoškole – 1000 Kč.

- 2) Od rozhlasového a televizního poplatku je dále osvobozena fyzická osoba,
  - a) jde-li o jednotlivce, jehož čistý příjem za uplynulé kalendářní čtvrtletí je nižší než 2,15násobek životního minima,
  - b) žije-li v téže domácnosti s dalšími osobami a součet jejího čistého příjmu a čistých příjmů těchto osob za uplynulé kalendářní čtvrtletí je nižší než 2,15násobek životního minima osob žijících v této domácnosti.

#### Platba v zařízení ústavní péče

V případě, že žijete v zařízení ústavní péče, je rozhodujícím kritériem to, kdo je vlastníkem přijímače. Pokud je jím zařízení, pak za něj platí i poplatek. V případě, že je televize ve vlastnictví fyzické osoby, pak je tato osoba od poplatku osvobozena pouze v případě, že její čistý příjem za uplynulé kalendářní čtvrtletí je nižší než 2,15násobek životního minima (v současné době je to tato částka – 3 126 x 2,15 = 6 721 Kč). Za příjem se podle zákona 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, počítají dávky z důchodového pojištění, tedy důchody, ale za příjem se již nepočítá příspěvek na péči. Bude-li tedy některý klient zařízení vlastnit televizní přijímač a jeho důchod bude vyšší než výše uvedená částka, tak za přijímač bude muset platit i v tom případě, že mu z důchodu zůstane jen zákonných 15%.

### Zákon č. 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích Výhody pro uživatele telefonních stanic (§ 43)

- Poskytovatel univerzální služby je povinen zdravotně postiženým osobám pronajmout nebo prodat, požádají-li o to, jedno speciálně vybavené telekomunikační koncové zařízení přiměřené jejich zdravotnímu postižení za cenu standardního telekomunikačního koncového zařízení.
- Zdravotně postiženými osobami se pro účely tohoto zákona rozumí
  - držitel průkazu ZTP z důvodu úplné nebo praktické hluchoty,
  - držitel průkazu ZTP/P,
  - osoba pobírající příspěvek na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o soc. službách.



Od poplatku jsou osvobozeni občané se zvlášť těžkým zdravotním postižením, kterým byly přiznány mimořádné výhody II. nebo III. stupně (držitelé průkazů ZTP a ZTP/P), a rodiče postižených dětí.

#### Položka č. 36

Od poplatku podle písmene a) této položky je osvobozeno povolení ke zřízení parkovacího místa pro občany se zvlášť těžkým zdravotním postižením, kterým byly přiznány mimořádné výhody II. nebo III. stupně (držitelé průkazů ZTP a ZTP/P).

Zákon č. 565/1990 Sb., o místních poplatcích

### Osvobození od rozhlasového a televizního poplatku (§4)

- 1) Od rozhlasového a televizního poplatku jsou osvobozeny
  - a) osoby s úplnou nebo praktickou slepotou obou očí a osoby s oboustrannou úplnou nebo praktickou hluchotou, pokud jsou osaměle žijící; osvobozeny jsou tyto osoby rovněž v případě, kdy žijí společně v jedné domácnosti.

Nařízení vlády č. 336/2006 Sb., o podmínkách poskytování zvláštních cen veřejně dostupných telef. služeb

### Sleva na telefon

Všichni operátoři nabízejí svým zdravotně postiženým (držitelé ZTP se sluchovým postižením, držitelé ZTP/P, příjemci příspěvku na péči) a sociálně slabým zákazníkům speciální tarify, na které lze uplatnit **slevu max. ve výši 200 Kč.**

Zákon č. 54/1956 o nemocenském pojištění

### Nemocenské dávky poživitele starobního nebo plného invalidního důchodu

#### Poživitel starobního nebo plného invalidního důchodu

- **Podpůrní doba** (max. doba poskytování nemocenských dávek) – 81 kalend. dnů (tato omezení neplatí, jestliže pracovní neschopnost vznikla pracovním úrazem nebo nemocí z povolání). (§21)
- **Nemocenské dávky se poskytují nejdéle do dne, jímž končí zaměstnání.** (§21)

- **Podpora při ošetřování člena rodiny** se poskytuje nejdéle do dne, jímž končí zaměstnání. (§25)

#### Zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění Důchody závislé na zdravotním stavu

- **plný invalidní důchod** (§ 38-§ 42)  
schopnost soustavné výdělečné činnosti poklesla nejméně o 66 %
- **částečný invalidní důchod** (§ 43-§ 45)  
schopnost soustavné výdělečné činnosti poklesla nejméně o 33 %
- **vdovský důchod** (částečně) (§ 49-§ 51)

Vdovský důchod náleží po dobu jednoho roku od smrti manžela. Po uplynutí této doby má vdova nárok na vdovský důchod, jestliže

- pečuje o nezaopatřené dítě,
- pečuje o dítě, které je závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost),
- pečuje o svého rodiče nebo rodiče zemřelého manžela, který s ní žije v domácnosti a je závislý na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost),
- je plně invalidní, nebo
- dosáhla věku 55 let nebo důchodového věku, je-li důchodový věk nižší.

#### Důchodově pojištění ze zákona (§ 5 odst. 1 písm. s, t)

##### Důchodově pojištění ze zákona (§ 5 odst. 1 písm. s, t)

- osoby pečující osobně o osobu, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost), pokud spolu žijí v domácnosti; podmínka domácnosti se nevyžaduje, jde-li o blízkou osobu,
- poživatelé plného invalidního důchodu z českého pojištění a poživatel výsluhového příspěvku.

#### Samostatně výdělečná činnost považovaná za vedlejší (§ 9)

##### Samostatně výdělečná činnost považovaná za vedlejší (§ 9)

Pokud osoba samostatně výdělečně činná v kalendářním roce

- měla nárok na výplatu částečného invalidního nebo plného invalidního důchodu nebo jí byl přiznán starobní důchod,
- měla nárok na rodičovský příspěvek nebo osobně pečovala o osobu, která je závislá na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost).

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souv. zákonů

#### Stát je plátcem pojistného na zdravotním pojištění za (§7)

- **poživatele důchodu z důchodového pojištění**, kterým byl přiznán důchod před 1. lednem 1993 podle předpisů České a Slovenské Federativní Republiky a po 31. prosinci 1992 podle předpisů České republiky. Za poživatele důchodu se pro účely tohoto zákona považuje osoba podle předchozí věty i v měsících, kdy jí podle předpisů o důchodovém pojištění výplata důchodu nenáleží;
- **osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby** ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost), a **osoby pečující o tyto osoby**, a osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost),
- **osoby, které jsou plně invalidní** nebo které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro přiznání plného invalidního důchodu nebo starobního důchodu a nemají příjmy ze zaměstnání, ze samostatně výdělečné činnosti a nepoživají žádný důchod z ciziny, nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy;

#### Minimální vyměřovací základ (§3 odst. 7)

Je-li zaměstnancem zaměstnavatele zaměstnávajícího více než 50% osob se zdravotním postižením z celkového průměrného přepočteného počtu svých zaměstnanců osoba, které byl přiznán invalidní nebo částečný invalidní důchod, je u ní vyměřovacím základem částka přesahující částku, která je vyměřovacím základem u osoby, za kterou je plátcem pojistného stát;

#### Minimální vyměřovací základ neplatí pro osobu (SVČ považována za vedlejší) (§ 3 odst. 8 a § 3a odst. 3)

- s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, které se poskytují mimořádné výhody II. nebo III. stupně podle předpisů o sociálních zabezpečení
- která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje další podmínky pro jeho přiznání
- za kterou je plátcem pojistného stát. **Přípravila Radka Pešlová**



Ve Znojmě se uskutečnilo v listopadu setkání pečovatelů, které organizoval Moravskoslezský kruh

## Kalendář

### Internet a můj handicap 20. 2. 2011

Literární soutěž Internet a můj handicap, který vyhlásilo BMI sdružení, má uzávěrku 20. února 2011. Do soutěže nebudou přijaty práce z předchozích ročníků. Text opatřený poštovní i elektronickou adresou je nutné zaslat na e-mail info@helpnet.cz.

### Vyhlášení ocenění MOSTY 17. března 2011

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR udělí za mimořádný čin, projekt nebo akt ve prospěch občanů se zdravotním postižením cenu MOSTY. Nominace na toto ocenění přijímá do 31. prosince 2010, a to ve čtyřech kategoriích – pro institu-

ci veřejné správy, pro nestátní subjekt, pro osobnost hnutí osob se zdravotním postižením a zvláštní cenu. Uzávěrka soutěže je 31. prosince 2010. Výsledky budou slavnostně vyhlášeny a ceny uděleny 17. března 2011 v Domě kultury v Kroměříži.

### Úzkost a úzkostné poruchy 28. a 29. března 2011

Kurz pořádá sdružení Fokus a nabízí následující obsah: Příznaky, úzkosti a vznik úzkostných stavů, techniky ke zmírnění prožívané úzkosti, klasifikace úzkostných poruch, příznaky a léčba nejčastějších a nejzávažnějších úzkostných poruch. Koná se na Dolákové 24, Praha 8, tvs@fokus-praha.cz, Tel: 283 853 096

## Burza práce

### Obchodní zástupce. Jihomoravský kraj.

Společnost zabývající se distribucí brýlových obrub přijme obchodního zástupce. Požadujeme řidičský průkaz skupiny B, možné i pro ZTP a ZTP/P. Kontaktní osoba Alexandra Nedvědová Excel@exteloptik.cz

### Administrativní pracovník. Břeclavsko.

Komunikace se zákazníky, objednávkový a dodávkový servis, fakturace), místo výkonu: Kostice, okr. Břeclav. I ZTP. Mgr. Martina Kaiprová, tel.: 725 502 612, 537 021 484.

### Přijmeme sekretářku. Telefon 542 220 009

S aktivní znalostí ruštiny v Brně. Plat od 18 000.

### Hledáme asistentku. Tel.: 532 266 092

Společnost Wistrom přijme v Brně asistentku. Ptejte se u Jany Lábrové.

**Asistentku/recepční** se znalostí angličtiny v Brně. Kontakt: 542 212 899, brno@cz.randstat.com.

## Burza pomůcek

**Prodám plenkové kalhotky** ABRI-FORM medium super. Cena: 150 Kč. E-mail: hanzlik.petr123@seznam.cz. Mobilní telefon: 607 514 332

**Daruji francouzské hole.** Nastavitelné. Kontakt v redakci Pečuj doma.

## Konzultace s nezávislým odborníkem

Není všeobecně známo, že pokud pečovatelé vedou spor s poskytovatelem služby a jestliže se mu nedaří vyřešit stížnost, je vhodná konzultace s nezávislým odborníkem na danou problematiku, na jehož osobě se obě strany shodnou.

### V ČR se sledováním lidských práv zabývá:

Veřejný ochránce práv: Pavel Varvařovský, Údolní 39, 602 00 Brno, tel.: 542 542 888 (kancelar@ochrance.cz). Český helsinský výbor – zmocněnec Miroslav Krutina, Štefánikova 21, 150 00 Praha 5, tel.: 257 003 500 (sekr@helcom.cz).

## Tak hlasují čtenáři

*Pokračování ze strany 1*

Na otázku, zda jsou spokojeni s úrovní sociální péče v ČR, odpovědělo 77 ne, 9 neví a 4 ano. Ve shodě s tímto výsledkem vyznívá anketa s otázkou týkající se souhlasu se snižováním výdajů v sociálních službách takto: 72 je proti, 2 neví a jen jeden souhlasí. Přítom naši návštěvníci asi podle jiných odpovědí nepatří mezi vysloveně nízkopříjmové skupiny a jsou poměrně spo-

kojeni s výsledky parlamentních voleb. Je v tom rozpor? Těžko říct, zřejmě je, ale možná v anketách hlasovali různí lidé. Rozhodně stojí za zmínku, že ani jeden respondent si nemyslí, že by u nás seniorské organizace měly vliv. Co o tom soudit? Přílišná skepse? Nebo naopak důvěrná znalost situace? V anketách budeme určitě pokračovat a k jejich výsledkům se po čase vrátíme i v tomto periodiku. **(red)**

## Projekt senior pasů v JMK startuje

Jihomoravský kraj jako první region ČR spustil projekt Senior pasů. „Umožňuje lidem po 55. roce věku výběrový systém bezplatné pomoci,“ uvedla radní JMK Marie Cacková. Princip pasu spočívá v tom, že žadatel starší 55 let s bydlištěm na území JMK se bezplatně zaregistruje a asi za měsíc obdrží členskou kartu. Může na ni využívat nejrůznější slevy v síti vybraných poskytovatelů. Kompletní přehled poskytovatelů je na [www.seniorpasy.cz](http://www.seniorpasy.cz). Registrace je možná i telefonicky na čísle 543 210 790 nebo písemně zasláním registračního formuláře na adresu: Senior pasy, Mendlovo náměstí 1 a, 603 00 Brno.

## Plán Alzheimer

Vláda ČR přijala doporučení Rady vlády pro seniory a stárnutí populace ve věci zpracování koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v České republice. Plán Alzheimer by měl zejména analyzovat současnou situaci lidí s demencí a jejich rodinných příslušníků, potřeby a jejich zajištění včetně dostupnosti a kvality zdravotnických a sociálních služeb pro cílovou skupinu. Součástí plánu by měla být i opatření směřující k systematické podpoře rodinných pečujících a péče v domácím prostředí. Plán by měl zahrnovat problematiku nejen Alzheimerovy choroby, ale i dalších demencí či degenerativních onemocnění s obdobnými důsledky.

## Pecujici.cz jako kulturní dědictví

Oddělení archivace webu Národní knihovny České republiky vybralo stránky [www.pecujici.cz](http://www.pecujici.cz) jako kvalitní zdroj, který by měl být uchován do budoucna a stát se součástí českého kulturního dědictví. Doporučujeme našim čtenářům. Najdou na nich mnoho pro ně cenného i zajímavého. (red)

## Za inkontinenci pomůcky by se mělo platit víc

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky a Národní rada osob se zdravotním postižením České republiky vyjadřují hluboké znepokojení nad snahami o zásadní zvýšení finanční participace uživatelů inkontinenčních pomůcek na jejich úhradě a přenesení jejich úhrady do systému sociální péče.

V současnosti jsou tyto pomůcky v závislosti na stupni inkontinence konkrétní osoby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, přičemž roční náklady zdravotních pojišťoven na tyto produkty činí cca 1,5 mld. Kč. V rámci úvah o možných úsporách finančních prostředků v oblasti zdravotnictví je jednáno o možnosti snížení výše příspěvku veřejného zdravotního pojištění na tyto pomůcky, případně o jejich hrazení ze systému sociálního zabezpečení (příspěvku na péči). Případné změny se tak dotknou jak poskytovatelů zdravotní péče a pacientů zdravotnických zařízení, tak i poskytovatelů sociálních služeb a jejich uživatelů.

## PEČUJ DOMA

Vydává Moravskoslezský kruh, o. s., pro JMK s podporou Evropského sociálního fondu.

**Redakce:** Antonín Hošťálek, [hostalek@pecujidoma.cz](mailto:hostalek@pecujidoma.cz)  
Blanka Švábová, [svabova@pecujidoma.cz](mailto:svabova@pecujidoma.cz)  
**Adresa redakce:** Nerudova 7, 602 00 Brno, telefon 549 213 411, 549 213 412,  
**Kresby:** Martina Holcová  
**Grafická úprava:** Jakub Kolář  
**Sazba:** Robert Šváb  
**Tisk:** Arch Brno  
Registrováno u MK ČR pod č. E 18957  
Číslo 1/2011 vychází 1. ledna 2011.  
Zdarma.

APSS ČR a NRZP ČR vyjadřují s těmito úvahami zásadní nesouhlas. Takováto změna systému úhrad inkontinenčních pomůcek ohrozí kvalitu života desítek tisíc jejich uživatelů, kteří z velké části patří do nízkopříjmové skupiny obyvatel, a další výdaje na zdravotnické prostředky výrazně negativně ovlivní jejich ekonomickou situaci. Je třeba si uvědomit, že příjemcům většiny typů pobytových služeb sociální péče po jejich úhradě zpravidla nezůstává více než zákonem stanovených 15% příjmů, a tyto jsou již nyní prakticky celé využívány na úhradu doplatek za léky a poplatků za recepty a u lékaře. U poskytovatelů sociálních služeb by pak uvedenými změnami došlo k výraznému zvýšení výdajů, na které tyto subjekty nemají finanční zdroje.

## Půjčovny pomůcek

Svaz tělesně postižených v České republice, o. s. (STP v ČR, o. s.) v těchto dnech představil projekt „Půjčovny kompenzačních pomůcek Svazu tělesně postižených v České republice, o. s.“. Půjčovny nabízí kompenzační pomůcky v situacích, kdy je lidé s trvalým nebo dočasným tělesným postižením nejvíce potřebují, ale z různých důvodů k nim v dané chvíli nemají přístup. Vozíky, chodítka, polohovací postele a další druhy pomůcek si mohou lidé zapůjčit ve 22 půjčovnách svazu po celé České republice do doby, než si obstarají vlastní pomůcku do trvalého užívání. Služby mohou využít i v případě, kdy mají vlastní pomůcku v opravě nebo si chtějí vyzkoušet dosud neznámé pomůcky. Svaz tělesně postižených provozuje půjčovny kompenzačních pomůcek v Jihomoravském kraji ve městech Blansko, Brno, Kyjov a Znojmo. Více o projektu [www.svaztp.cz](http://www.svaztp.cz).

## Pečovatelská služba v České republice

„Pečovatelská služba v České republice“ se jmenuje publikace, kterou vydává Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Více než 30 autorů, odborníků z oblasti teorie i praxe sociální péče, se na 432 stranách zabývá historií, současným stavem, legislativou, financováním, prognózami či eticko-filozofickými aspekty terénních služeb sociální péče a jejím praktickým fungováním. Součástí knihy je také prezentace některých konkrétních projektů, seznámení s podobou pečovatelské služby v Rakousku, s odpověďmi Ministerstva práce a sociálních věcí ČR na dotazy poskytovatelů pečovatelské služby a s názory několika významných osobností.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, Kotnovská 137, 390 01 Tábor

## Pečovatelka z Blanska získala ocenění

Pracovnice Pečovatelské služby města Blanska paní Lucie Konečná získala ocenění za nejlepší kazuistickou práci, kterou vypracovala jako účastnice kvalifikačního kurzu. V této práci popsala životní příběh klientky, o kterou pečovala. Cenu převzala v rámci slavnostního večera České asociace pečovatelské služby v Poděbradech. Ocenění zde byli nejlepší absolventi vzdělávacích kurzů, nejlepší pečovatelky a nejlepší autoři kazuistických prací z celé České republiky.

## Zpráva o nesoběstačnosti seniorů

První ucelenou publikaci na téma dlouhodobé péče vydalo ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) ve spolupráci s Fakultou humanitních studií Univerzity Karlovy. Demografové upozorňují, že stárnout bude nejen populace jako taková, ale především populace seniorů. Přičemž narůstá bude zejména skupina takzvaných velmi starých lidí, tedy lidí osmdesátiletých a starších, kteří mají specifické potřeby. ČR bude patřit mezi země s nejrychleji stárnoucí populací v EU, píše se v materiálu. Publikaci je možné získat v e-podobě na internetových stránkách MPSV: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob\\_a\\_pece\\_CR.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodob_a_pece_CR.pdf).

## Ohlasy

# Děkuji za videa

Celý život jsem se zajímala o ošetřovatelství. Dělal jsem pečovatelku a mnohdy jsem také sama musela zjišťovat, jaké jsou zákony, na co mají lidičky nárok atd. Musím pochválit videa o pečování, která jsou umístěna na webu [pecujidoma.cz](http://pecujidoma.cz). Přijdou mi pro laikou veřejnost hodně dobré. Mně se hodí i pro moji rodinu, přesněji pro tchyni a tchána. Jsou to lidé víc než osmdesátiletí. Já jsem z Plzeňského kraje, žiju nedaleko Konstantinových Lázní, do Plzně to mám 45 km. Sama do krajského města již nejždím, jsem invalidní a nemohu se pohybovat, a proto mě všude manžel doprovází. Zatím chodím o francouzských holích, někdy mi stačí jedna, někdy musím mít obě. Co mě zaráží, je skutečnost, že jsem žádala u nás

o ZTP a bylo mi to zamítnuto, což byla rána nejen pro mě, ale i mého manžela. Nikam nedojdu, jen pár metrů. Když jedeme do fakultní nemocnice, musí zajet dovnitř, vysadí mne, a když je místo, někde zaparkuje (pak musíme samozřejmě zaplatit), a když místo není, musí vyjet z areálu a přijít za mnou. Po ukončení kontrol čekám, protože manžel musí ven z areálu pro auto, přijede pro mě a pak zase přes vracnici odjíždíme. Zákony mi přijdou podivné, prý budu mít na ZTP nárok, až budu ležící, ale to si nedovedu dost dobře představit, kam bych vlastně cestovala. Mám velké bolesti zad a jdou mně do obou nohou. Vaše videa jsem poslala dalším pár lidem a vyvolala velký zájem. Moc za ně děkuji. **Renata F.**

## Web, který pomáhá

Videa o rodinném pečování, přestože jsou laická, jsou velmi dobře provedená. Tak trochu této oblasti rozumím a orientuji se v ní. Web [pecujidoma.cz](http://pecujidoma.cz) určité pomůže orientovat se v sociální oblasti mnoha potřebným lidem. Bohužel musím konstatovat, že příspěvek na péči je vel-

mi často zneužíván, ale nejsmutnější je fakt, že lidem, kteří mají opravdu na příspěvek nárok, se velmi často potřebné péče nedostává, pečující osoba má spíše zájem o finanční podporu. Zde naprosto selhává činnost kontrolních orgánů. Jinak chválím a zdravím. (ds)

## Důležitá babička

Četla jsem o zajímavém výzkumu. Navenek je malý pohyb obyvatelstva a dospělá dcera a synové žili často po založení vlastní rodiny nedaleko od rodin svých rodičů. Pokud bydleli dospělí synové a dcery v jedné vesnici s matkou, která byla mladšího věku, přiváděli na svět své první dítě dříve a i další děti měli

v kratších časových odstupech. Přítomnost babičky také přispěla k tomu, že se dospělosti dožil větší počet vnoučat. Čím déle babička žila, tím lépe se vedlo jejím vnoučatům. Mladší babičky byly v tomto ohledu výrazně úspěšnější než babičky ve věku nad 60 roků. To jen jako zajímavost na okraj příspěvků o rodině. (lk)

## Doporučuji všem, co váhají

Mám zkušenost s doprovodem posledního „úseku“ s taťkou. Setkala jsem se s pochopením, pomocí ze stran lékařů, i pečovatelské služby byly víc než vynikající. U „ležáka“ si jednotlivce, laik neporadí s mytím, převlékáním atd., zvláště při bolestech, kdy tvář křiví každý sebemenší pohyb. Nějak nebyl čas přemýšlet o pocitech, fungovala jsem jako Alenka v říši divů. Dostavila se síla, trpělivost a zvláštní nadhled. Nepřeháním, tyto dva měsíce byly ty nejkrásnější, které jsem s tatínkem prožila. Míval světlá místa, kdy byl naprosto při smyslech a dokázal se smát, pod vlivem

léku mu ujížděl zrak, zorničky mizely pod víčky, ale snil. V těchto stavech komunikoval s minulostí, napomínal psíka už dávno nežijícího atd. Ač byl celý život více skeptik, v závěru sršel optimismem. Duševně bojoval, tělo bohužel už ovládat nemohl. Proč o tom píšu? Tento zážitek obohatil můj život, dal mi víc než vzal, slovo smrt už neděsí, je stejně přirozená jako zrození. Asi bych nesla hůř, kdyby tatínek zemřel v nemocnici, osud mi dovolil vidět, prožít, vnímat. Doporučuji všem, co váhají, nebojte se, není to snadné, ale ten pocit obohatí obě strany a věřte, stojí za to. **Jana**

## Objednávka zpravodaje Pečuj doma

Objednejte si bezplatné zaslání zpravodaje. Zpravodaj vychází čtvrtletně.

Jméno, příjmení, titul .....

Adresa .....

Telefon, e-mail: .....

Datum narození ..... Podpis .....

Zpravodaj Pečuj doma:  tištěný  elektronický

**Upozornění:** Vzhledem k zaměření projektu budou u tištěného zpravodaje upřednostňováni zájemci z Jihomoravského kraje.

Svým podpisem vyjadřujete souhlas se sběrem, uchováním a zpracováním vašich osobních údajů realizátorem projektu Pečuj doma. Údaje se uchovávají pro případ kontroly ze strany poskytovatele dotace a nebudou poskytnuty třetím osobám.

**Příhlášku prosím posílejte na adresu:** Moravskoslezský kruh, Nerudova 7, 602 00 Brno. V elektronické podobě se můžete přihlašovat **e-mailem** [svabova@pecujidoma.cz](mailto:svabova@pecujidoma.cz), **na internetu** [www.pecujidoma.cz](http://www.pecujidoma.cz) při registraci nebo **telefonicky** na 549 213 412 nebo 549 213 411.