

## DÍLČÍ ZPRÁVA Č. 6/8 ZE SKUPINOVÉ KONZULTACE SLUŽBY TERÉNNÍ A AMBULANTNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE

DATUM KONZULTACE	26. 3. 2014
KONZULTANT	Mgr. Marcela Hauke
MÍSTO SETKÁNÍ	DPS, Sadová 2755, Dvůr Králové nad Labem

Hlavní témata: **Nevyužívání služby, infekční onemocnění uživatele, chudoba uživatelů**

1. Účastníci předem poslali témata, která by chtěli konzultovat. Každý účastník obdržel seznam se zaslánými dotazy.
2. **Ukončení smlouvy s uživatelem, který nevyužívá služby:** Nevyužívání služby je třeba stanovit ve výpovědních podmínkách a určit dobu – praxe v organizacích je různá od 3 měsíců nevyužívání služby do jednoho roku. Některý poskytovatel po této lhůtě automaticky ukončuje smlouvu (takto to má ve výpovědních podmínkách napsáno). Vzhledem k cílové skupině je vhodné mít metodiku pro komunikaci s uživatelem ohledně nevyužívání služby a důvodů pro nevyužívání.
3. **Mají být individuální plány, být ve zkrácené podobě, součástí smlouvy?** Z diskuse vyplynulo, že pouze jeden z účastníků má IP jako nedílnou součást smlouvy. To ale znamená, že každá změna IP, tedy přehodnocení vyvolá změnu smlouvy, tedy její dodatek (nebo-li dohodu o změně smlouvy o poskytování pečovatelské služby), což se jeví jako značně nepraktické, zejména v případě organizační složky, kdy smlouvu podepisuje starosta, neurčí-li jinou osobu.  
Ve smlouvě je vhodné uvést základní rozsah služby – úkonů, s odkazem na podrobnosti v individuálním plánu. Někteří poskytovatelé tvoří plány v den podpisu smlouvy, jiní mají stanovené jiné lhůty, například do jednoho měsíce od podpisu smlouvy. Obecně platí, že individuální plánování (ne tedy plán samotný) začíná již při jednání se zájemcem o službu, což znamená, že v tomto jednání se již objeví domluvený rozsah úkonů, kterými se budou naplňovat osobní cíle uživatele. Dle této dohody ujednané v Jednání se zájemcem o službu a dle smlouvy je schopná pečovatelka začít zajišťovat péči a teprve v určeném čase se domluví na tvorbě individuálního plánu. Během doby, do samotné tvorby IP, se pečovatelka a uživatel domlouvají a slaďují své požadavky a potřeby, takže rovněž plánují, ale ústně a tyto ústní dohody zaznamenává písemně do záznamů o průběhu péče, jak požaduje § 88 písm. f) zákona o sociálních službách.
4. **Zajišťování služeb během nepřítomnosti uživatele:** Někteří poskytovatelé například uklízí domácnost v době, kdy je uživatel mimo domácnost, nebo mu dávají oběd do bytu bez jeho přítomnosti (za použití klíče od bytu). Tuto praxi je třeba změnit už jen pro ochranu vlastních zaměstnanců. Navíc je služba poskytována uživateli, měl by tedy být u toho. Pokud je třeba do bytu vstoupit bez přítomnosti uživatele (je například náhle hospitalizovaný a potřebuje přivést věci z domu a nemá blízké osoby, které by tak učinily), má poskytovatel tuto situaci zpracovanou jako nouzovou situaci – například: do

bytu vstupují tři osoby (minimálně jedna je nezávislá, tedy není to zaměstnanec poskytovatele) a ze vstupu je pořizován záznam.

5. **Infekční onemocnění u uživatele:** MRSA (zlatý stafylokok), svrab, TBC, hepatitida, AIDS a jiné jsou onemocnění, se kterými se každý uživatel může potenciálně setkat při poskytování služby. Většinou se to ani nedozví, že uživatel je nemocen (nebo to neví ani uživatel sám). Tato a jiná onemocnění nejsou důvodem pro ukončení, nebo přerušování smlouvy o poskytování sociální služby. Poskytovatel má zpracovaná bezpečnostní a dezinfekční pravidla pro ochranu svých zaměstnanců a vybaví zaměstnance hygienickými a ochrannými prostředky – jednorázové ochranné rukavice, ústenky, pláště, dezinfekce rukou, mýdla, ručníky. Pro práci v terénu je vhodné vybavit pečovatelky dezinfekčními balíčky. Zrovna tak musí zaměstnanec vědět, že manipulace se špinavým prádlem či přebalování uživatele jsou situace, které musí považovat za potenciálně infekční a automaticky tyto činnosti nedělat bez rukavic a dalších ochranných pomůcek. Měl by také důsledně dbát na to, aby se zaměstnanec v práci převlékal a nezanášel tak možnou nákazu do své domácnosti (a naopak). Terénní pracovníci by měli být očkováni proti virové hepatitidě – proti B jsou očkováni zdarma, proti A (tedy proti „nemoci špinavých rukou“) není nárok „ze zákona“ a chce-li ho poskytovatel svým zaměstnancům dopřát, musí ho hradit ze svého (viz § 9 vyhlášky č. 537/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o očkování proti infekčním nemocem). Nastane-li v domácnosti uživatele vážný problém, lze doporučit vytvořit rizikový plán, ve kterém se poskytovatel dohodne s uživatelem na zmírňování rizika přenosu infekční nemoci – i uživatel by měl dodržovat určitá bezpečnostní pravidla.
6. **Chudoba potřebných lidí vs. dilema poskytování služeb jen do určité míry.** Z diskuse vyplynulo, že chudoba začíná být skutečným problémem. Nelze však omezovat poskytování služeb proto, že uživatel nemá na úhrady. Poskytovatel musí umět zajistit celé spektrum základních a deklarovaných fakultativních úkonů. Navíc poskytovatel pečovatelské služby nemá přístup k výši příjmu. Pokud však nebude schopen uživatel uhradit službu, může vystavit poskytovatele vážným finančním problémům. Jeden poskytovatel sdělil, že to řeší tak, že poskytují potřebnou péči, ale vše nezapisují do průběhu. Na druhou stranu však tento čas ani nevykáže pečovatelka, a tak může mít nižší vykazovanou vytíženost. U některých uživatelů lze využít **dohodu s rodinou o převzetí závazku** (nelze však vymáhat, je to dobrovolná dohoda a mnohdy je na tom rodina obdobně jako uživatel a není schopná finančně pomoci). Druhým řešením, u těch uživatelů, kteří se do chudoby dostávají z důvodu neschopnosti hospodařit s penězi, může být **platba zálohově** (uživatel zaplatí zálohu při důchodu a vyúčtování je potom zpětně – dle smlouvy o poskytování sociální služby).

Před nedávnem vznesl konzultant dotaz na MPSV k tomuto tématu a možnosti mít různé cenové hladiny s následující odpovědí: *Pečovatelská služba je a bude službou úhradovou, chránící příjmy klienta tzv. „úhradovým limitem“, který zhruba odpovídá kalkulaci nákladu úkonu. Dále je spolufinancovaná z veřejných zdrojů. Různé cenové hladiny lze mít, ovšem ze zcela jiných důvodů a to z důvodu kalkulace nákladu služby. Například lze mít jinou cenu pro rozvoz oběda klientům ve městě a jinou cenu pro rozvoz klientům v „rajónu“ mimo město a to proto, že náklady na čas pečovatelek na cestě a náklady na PHM jsou vyšší. Zkoumat příjmy a na základě toho stanovit klientům rozdílnou úhradu není v žádném případě poskytovatel sociální služby oprávněný. Primárně k úhradě*

*nákladů na péči slouží příspěvek na péči (PnP). Pokud PnP není přiznán, je možné se domluvit na spoluúčasti s rodinou. Jinak půjde o natolik ojedinělé případy, že jejich řešení musíte nalézt společně s obcí, kde klient má trvalé bydliště.*  
(<http://www.mpsv.cz/cs/13368#d44>)

Ojedinělost případů je zřejmě dána tím, že lidé, kteří na službu nemají, o ni ani nežadají. Chudoba seniorů je celospolečenský problém, který bude jistě vyvolávat diskuse ve společnosti.

7. Proběhla diskuse k ostatním tématům, ovšem vzhledem k času pouze velmi rámcově.
8. Příští, předposlední, setkání se uskuteční **18. 6. 2014 (středa), opět v DPS Sadová 2755, Dvůr Králové nad Labem.**

**ZPRACOVALA:** Mgr. Marcela Hauke

**DATUM:** 30. 3. 2014

**PODPIS:**