

**Příklady  
zahraniční  
praxe  
v sociálních  
službách**





Tento výsledek byl finančně podpořen z institucionální podpory na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumné organizace na léta 2018–2022 a je součástí výzkumného úkolu **02-S4-2021-VUBP Bezpečnost práce ve vybraných oblastech sociálních služeb**, řešeného Výzkumným ústavem bezpečnosti práce, v. v. i., ve spolupráci s Ústavem státu a práva Akademie věd ČR, v. v. i., v letech 2021–2022.



Toto dílo podléhá licenci Creative Commons [Uveďte původ – zachovejte licenci] 4.0 Mezinárodní veřejná licence.

Autoři: Ing. Martin Viktora, Ph.D.; Mgr. et Mgr. Josef Senčík; Ing. Marek Nechvátal; Ing. Kateřina Veselá

První vydání

© Výzkumný ústav bezpečnosti práce, v. v. i., 2022

Obrázky a fotografie: AdobeStock, Canva, Pexels a Pixabay

|                                                                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Úvod.....</b>                                                                                             | <b>4</b>  |
| <b>1 Zásady duševní hygieny a bezpečnosti práce v sociálních službách.....</b>                               | <b>4</b>  |
| a) Příklad pobytového zařízení pro závislé seniory EHPAD ve Francii .....                                    | 4         |
| b) Domácí péče v Oregonu (USA) .....                                                                         | 7         |
| c) Poskytování domácí péče ve švédských městech.....                                                         | 9         |
| d) Organizace sociální péče ve švédských obcích .....                                                        | 10        |
| <b>2 Moderní inteligentní kompenzační pomůcky využitelné v zařízeních poskytujících sociální služby.....</b> | <b>11</b> |
| a) Roboticky asistovaná chůze .....                                                                          | 12        |
| b) Systémy pro detekci pádů klienta .....                                                                    | 14        |
| c) Robotické exoskelety .....                                                                                | 14        |
| d) Asistenční technologická zařízení exoskeletů pro osoby se zdravotním postižením.....                      | 15        |
| <b>3 Práce s agresivním klientem v sociálních službách .....</b>                                             | <b>18</b> |
| a) Násilí v sociálních službách – problém nejen ve Švédsku .....                                             | 20        |
| b) Dotazník klientského násilí na zaměstnancích (IZRAEL) .....                                               | 22        |
| c) Násilí na pracovnících sociálních služeb v Itálii .....                                                   | 24        |
| d) Zkušenosti z Finska .....                                                                                 | 24        |
| <b>Doporučení.....</b>                                                                                       | <b>25</b> |

# Úvod

---

Tato brožura popisuje uživatelům konkrétní situace zaměstnanců v různých druzích sociálních služeb v evropských i mimoevropských zemích. Představuje širokou škálu výzev, kterým pracovníci při své každodenní nelehké práci čelí.

Čtenář je v první části seznámen s výsledky výzkumů, které jsou realizované akademickými pracovišti v různých druzích sociálních služeb. Výzkumy se dotýkají mnoha činností, které pracovníci služeb vykonávají, zkoumají dopady těchto činností na jejich emoce i fyzickou kondici. Nedílnou součástí problematiky je i prvek dodržování předpisů bezpečnosti a ochrany zdraví na pracovišti.



V druhé části se brožura zabývá inteligentními kompenzačními pomůckami a jejich využitím v sociálních službách. Tento fenomén je v České republice stále v počáteční fázi rozvoje a postupně se mu dostává příslušné pozornosti i od politických představitelů a vedoucích pracovníků orgánů státní správy.

Třetí část se věnuje velice aktuální a poněkud zanedbávané problematice agresivního klienta v sociálních službách.

## 1 Zásady duševní hygieny a bezpečnosti práce v sociálních službách

---

### a) Příklad pobytového zařízení pro závislé seniory EHPAD ve Francii

Průzkum, který byl proveden prostřednictvím rozhovorů a pozorování ve dvou pobytových zařízeních pro závislé seniory (EHPAD) ve Francii,<sup>1</sup> ukazuje, jak se pečovatelé navzdory obtížným pracovním podmínkám vyrovnávají s pravidly a omezeními, která jsou jim ukládána, aby jejich každodenní úkoly byly proveditelné a snesitelné. Tito pečovatelské asistenti, vedeni silnou touhou po dosažení co nejlepších pracovních výsledků, vytvářejí společné neformální standardy navzdory různorodosti jejich počátečního vzdělání a pracovního zařazení. Hledání kompromisu mezi touhou **dělat svou práci dobře** a pocitem, že na to nemají prostředky, pro ně představuje **skutečnou zkoušku profesionality**. V obecnější rovině se podobá zkouškám, kterým čelí odborníci financovaní z veřejných zdrojů ve Francii, zejména v současném kontextu rozpočtových omezení a krize sociálního státu.

Práce ošetřovatelů není lehká a zvláště problematický je způsob jejich vyrovnávání se s pravidly, kdy jsou nuceni doslova **pohrávat si s různými výklady a aplikací těchto pravidel**, aby dodrželi časové limity a obsloužili všechny seniory.

Práci v takových typech zařízení je možné získat na základě profesního diplomu ošetřovatelství. V praxi se však tyto kvalifikované asistenti setkávají na rozdíl od nemocnic s nehierarchicky rozděleným pracovním prostředím, s asistenty bez vzdělání, studenty

---

<sup>1</sup> BILLAUD, Soleně: XING, Jingyue. Nejsme na tom tak špatně! Opatření asistentů péče v pobytových zařízeních pro závislé seniory (EHPAD-FRANCIE) tváří v tvář zkouškám profesionality. 2016.



ošetřovatelství nebo s ošetřovateli v počátečních fázích studia. **Dělbá práce mezi těmito pracovníky není vždy jasná.**

Výzkumníci kladou především důraz na **vztahové a procesní problémy**, neboť práce asistenta nespočívá jen ve vykonávání fyzických ošetřovatelských postupů, ale i v často náročné komunikaci s klientem. Praktické činnosti, které ošetřovatelé celý den vykonávají, jsou ale do detailu časově naprogramované a u asistentů byl sledován rozpor mezi jejich předsevzetím strávit více času rozhovory s klienty a schopností stihnout všechny předepsané postupy.

EHPAD (pobytové zařízení pro závislé seniory), pobočka Vert má 103 klientů na čtyřech podlažích. V zařízení jsou z 26 obyvatelů na každém patře dva nebo tři relativně samostatní a myjí se sami, 10 obyvatel potřebuje částečnou pomoc při mytí a 12 nebo 13 potřebuje úplnou pomoc. Během týdne zajišťují hygienickou péči u těchto 26 obyvatel od 7 do 11 hodin tři odborní pracovníci, ale o víkendech a svátcích je počet pracovníků snížen. I v těchto dnech však musí pečovatelské pracovníky dodržovat harmonogram. Pokud tak neučiní, musí vyplnit formulář, v rámci kterého jsou uvedeny důvody vedoucí k nedodržení stanoveného harmonogramu. Hrozí jim za to sankce ze strany nadřízených (omezení pracovní doby a v horším případě i ohrožení kariéry), příp. spory s kolegy, kteří převezmou jejich klienty. (*Pozn. autora: Sankce se v prostředí českých sociálních služeb příliš neuplatňují.*) Ošetřovatelé pociťují rozdíl mezi časem, který na každého klienta mají (tzv. vnitřním časem) a časem, který každému klientovi skutečně věnují (tzv. vnějším časem), a vnímají tuto situaci – časovou dysbalanci – jako trýznivou.

V poměrném počtu asistentů sociální péče k celkovému počtu klientů v zařízení EHPAD jsou obě sledovaná zařízení pod celostátním průměrem, který je 0,21 (CNSA, 2013). V EHPAD „Vert“ je tento poměr dokonce velmi nízký (0,185), protože personální zajištění činí 19 „ekvivalentů celého pracovního úvazku“ (FTE) pečovatelských asistentů na 103 klientů (tj. téměř o tři celé pracovní úvazky méně, než je celostátní průměr). Během výzkumu ředitelka tohoto zařízení konstatovala, že v zařízení není obsazena (díky finančnímu omezení) pozice vedoucího aktivit klientů. Aktivita s klienty jsou tak nuceny provádět samotné pečovatelské pracovníky, ale pouze pokud na to mají čas. K tomuto nedostatku personálu přispívá rovněž častá absence zaměstnanců. To vše vede k tomu, že zbývající pracovníci jsou ve své práci permanentně přetěžováni. Proto celý systém sociální péče ve Francii využívá rozsáhlou pomoc náhradníků a brigádníků, kteří ale nejsou náležitě proškolení a nemají dostatečné zkušenosti. K největšímu náporu tzv. rutinizování práce dochází v období letních prázdnin, protože na dovolenou odcházejí především stálí zaměstnanci.



### Možné přístupy k optimalizaci práce

Optimalizace práce v pobytových zařízeních typu EHPAD může spočívat v následujících strategiích:

- podrobnější definice priorit zařízení s cílem upravit (zkrátit) pracovní dobu,
- hospodaření s pracovní dobou (úprava pracovní doby), resp. finanční kompenzace práce přesčas,
- vzájemná pomoc na pracovišti.

Někteří zaměstnanci – pečovatelské pracovníky, aby měli na svou práci více času a nezažívali při ní tolik stresu, zvolili jinou strategii – věnují své pracovní činnosti více času, než je plánováno, a to takovým způsobem, že si dobrovolně prodlouží svou pracovní dobu, kterou věnují péči o své klienty, aniž by za ni dostali zaplacení. Například Alice se svěřuje, že každé ráno přichází do práce o 20 minut dříve. To jí umožňuje provést důležité pracovní aktivity mnohem dříve – jako např. transport, příprava vozíku a také manipulace s klienty, kteří šli předešlou noc brzy spát a kteří jsou

s největší pravděpodobností vzhůru už od pěti hodin ráno. Camille, Anne a Marie k tomu mají stejný přístup, a proto zároveň mají tendenci dělat jen 10 nebo 15 minutovou přestávku místo plánované 45 minutové přestávky. V neposlední řadě zde hraje velkou roli také jejich solidarita mezi sebou, aby si pečovatelky vzájemně usnadnily práci.

Některé studie zdůrazňují právě nezastupitelnou roli pracovní skupiny při předávání si know-how a při integraci nově příchozích do pracovního kolektivu. Tento význam nacházíme i v terénní práci, a to jak v samotné práci asistentů sociální péče, tak v jejich individuálních přístupech a potřebách. V těchto dvou zkoumaných zařízeních si zaměstnanci sociální péče dokázali vytvořit jakési formy solidarity, aby se dokázali vypořádat s neočekávanými situacemi na svém pracovišti – například, když se někteří z nich opozdí oproti plánovanému pracovnímu harmonogramu, ostatní zaměstnanci jim přijdou podat pomocnou ruku.

Tato vzájemná pomoc zaměstnanců uplatňovaná přímo v praxi těchto zařízení (EHPAD) však není zcela zadarmo. Mezi zaměstnanci sociálních služeb byla zavedena forma jakési hry na odměny a dlužné částky. Tato hra probíhá např. mezi mladými zaměstnanci – asistenty. **Odměna za výpomoc v práci se poskytuje formou naturální – třeba sklenicí piva.** Asi tucet mladých zaměstnanců sociální péče se pravidelně schází (v průměru jednou týdně), aby strávili večer spolu v baru, samozřejmě až po práci. Při této příležitosti ti, kteří ostatním něco dluží (protože jim pomohli v jejich práci), kupují pivo pro ty, kteří jim pomohli.

Díky těmto třem strategiím (prioritám, optimalizaci práce a vzájemné výpomoci) jsou zaměstnanci – pečovatelé v sociálních službách schopni vykonávat z pohledu bezpečnosti práce a ochrany zdraví (BOZP) svou práci lépe a bezpečněji, tedy alespoň někteří a alespoň po určitou dobu. V daném zařízení nebyla zjištěna po dobu 5 let (2009–2014) žádná fluktuace zaměstnanců s trvalým pracovním poměrem. **Délka pracovní neschopnosti zaměstnanců v zařízení je však poměrně vysoká v poměru k celkovému počtu zaměstnanců** – např. v roce 2013 to bylo 721 dní, což představuje pracovní dobu odpovídající více než dvěma pracovním úvazkům. Vysvětlením může být to, že několik zaměstnanců – ošetřovatelů tohoto zařízení prodělalo syndrom vyhoření.

**Již na začátku výzkumu pět ze šesti zaměstnanců – náhradníků předaslalo myšlenku, že v této profesi nebudou dál pokračovat.** Marie, která v současné době pracuje v nemocnici, řekla: „Vím, že nemůžu dělat celou svou kariéru v pečovatelském domě, je to pro mě příliš frustrující. [...] Nedostatek času je pro mě velmi frustrující, nejsem vůbec šťastná.“ Alice, která složila ošetřovatelskou zkoušku a vrátila se zpět do školy, vzpomínala na toto období: „Bylo to náročné psychicky, i když vím, že to bylo jen krátké období v mém životě, ale i tak to bylo těžké. Nestačila jsem na to a nedostala jsme podporu od našich nadřízených, jakou jsem očekávala, potřebovala. Vedení nás poslouchalo, ale nesnažilo se najít řešení naší situace.“

Ze strany zaměstnanců docházelo také k obviňování státních institucí z nedostatečného financování těchto zařízení pro seniory.

Na závěr lze konstatovat, že mezi zaměstnanci – asistenty v ošetřovatelské péči, kteří se snaží investovat svůj um a čas během výkonu své profese v domovech s pečovatelskou péčí, a navzdory veškerému úsilí, které vynakládají, vzniká rozpor mezi tím, co chtějí dělat, a realitou, co skutečně mohou udělat. Tato dysbalance způsobuje silný pocit viny. Ve skutečnosti se zaměstnanci pečovatelských služeb často ocitají v paradoxním světě dvojí viny. Když dokončí své pracovní úkoly včas, mají pocit, že neodvedli svou práci dobře a cítí se provinile vůči svým klientům. Ale když pracují déle, aby udělali svou práci dobře, tak v důsledku zdržení zaostávají za původním pracovním plánem a cítí se provinile vůči svým kolegům v práci, kteří jim pomohli, čímž přišli o část svého odpočinku.

## b) Domácí péče v Oregonu (USA)

Na rozdíl od zásad duševní hygieny, které jsou často na okraji zájmu zaměstnavatelů, se sledování pracovní úrazovosti realizuje prakticky ve všech zařízeních sociálních služeb, tedy i v domácí péči. Zaměstnanci domácí péče v USA vykazují čtyřikrát vyšší míru pracovní neschopnosti způsobené úrazem než je průměr této hodnoty ve všech ostatních zaměstnáních.<sup>2</sup> Přesto podle vyjádření Brada Wipfliho<sup>3</sup> existuje velmi málo informací o povaze těchto pracovních úrazů v domácí péči.



Výzkum zaměstnanců – pečovatelských pracovníků v nemocnicích zjistil, že zvedání a přenášení klientů (manipulace s klienty) je z pohledu BOZP obzvláště nebezpečné, protože tyto úkony zahrnují nesymetrické rozložení hmotnosti, což vede k nadměrné zátěži dolní části zad, kolen a ramen. Kromě toho zaměstnanci v této profesi tráví 20–30 % svého pracovního času v nepřírozené poloze – ohnutá nebo zkroucená záda, ruce, nohy apod. Přestože zaměstnanci při poskytování domácí péče vykonávají mnoho stejných pracovních úkolů jako zaměstnanci v nemocnici, mají ti v domácí péči o 25 % vyšší míru pracovní úrazovosti. Na tento rozdílný parametr se výzkum zaměřil.

Údaje o pracovních úrazech a nemocech zaměstnanců poskytujících péči v domácích podmínkách byly získány ze záznamů komise pro domácí péči v Oregonu, která dohlíží na veřejně dostupnou péči pro zdravotně postižené osoby. Tuto péči financuje především zdravotní pojišťovna Medicaid – sekce domácí péče.

Jedná se o programy pro osoby s nízkým příjmem, kteří jsou zdravotně postižení, nebo pro seniory. Soubor dat obsahoval informace o pracovních úrazech zaměstnanců a jejich onemocněních vzniklých v souvislosti s prací, v důsledku nichž došlo ke snížení/zkrácení fondu pracovní doby (tj. míry neodpracované pracovní doby v souvislosti s pracovním úrazem). Tyto incidenty byly hlášeny zaměstnanci ve zdravotnictví včetně identifikace pracovního děje a konkrétní povaze pracovního úrazu.

Zaměstnanci domácí péče byli rozděleni do sedmi fokusních skupin – některé skupiny se skládaly ze zaměstnanců z metropolitní oblasti a další z venkovských měst. Počet zaměstnanců ve fokusní skupině se pohyboval od 3 do 12. Čtyři fokusní skupiny byly anglofonní, dvě hispanofonní a jedna ruskojazyčná. Tištěné materiály byly přeloženy do příslušného jazyka pro příslušnou fokusní skupinu a během rozhovorů byli přítomni tlumočníci. Design výzkumu byl následující:

Každý zaměstnanec – účastník výzkumu obdržel sadu 20 papírových karet s vytištěnými běžnými pracovními úkoly – například jízda ke klientovi nebo pro klienta, koupání/toalety, oblékání, zvedání/přenášení klienta a úklid domácnosti. Z 53 účastníků výzkumu převažovaly ženy (85 %), běloši (66 %) a ženatí muži nebo vdané ženy (63 %). Účastníkům bylo v průměru 47,5 let a měli za sebou v průměru 12,3 let vzdělání. Ve výzkumu byl sledován i index tělesné hmotnosti zaměstnance (BMI)<sup>4</sup>, který se pohyboval kolem 29,0. Zaměstnanci měli v průměru 5,5 roku praxe v domácí péči a starali se v průměru o 1,4 klienta. Jeden zaměstnanec pracoval na plný úvazek a žil v domácnosti klienta. Zbývajících 52 zaměstnanců pracovalo v průměru 28,5 hodiny týdně.

<sup>2</sup> Úřad pro statistiky práce USA.

<sup>3</sup> WIPFLI, Brad; OLSON, Ryan; WRIGHT, Robert R.; GARRIGUES, Layla; LEES Joanne. BA 2012 Charakteristiky nebezpečí a zranění mezi pracovníky domácí péče Home Healthcare Nurse: July/August 2012 - Volume 30 - Issue 7 - p 387-393 doi: 10.1097/NHH.0b013e31825b10ee.

<sup>4</sup> Normální hodnoty BMI jsou 20 až 24,9. Nadváha má index 25 až 29,9. Hodnoty od 30 do 39,9 charakterizují obezitu středního stupně, hodnoty nad 40 obezitu těžkého stupně.

Rozdělení otázek do tří souborů/skupin bylo následující:

- příčiny největší bolesti nebo obavy ze zranění,
- přenášení/zvedání klientů, přemísťování předmětů v domácnosti,
- podpírání klienta při chůzi nebo pádu.



Strukturované skupinové diskuze poskytly doplňující informace o obavách zaměstnanců pracujících v domácí péči a vnímaných bezpečnostních rizicích. Například několik zaměstnanců domácí péče upozornilo na nesoulad mezi jejich fyzickými proporcemi a proporcemi klientů. Na prázdný papír mohli zaměstnanci napsat další pracovní úkoly, které plní. Zaměstnanci poté vložili papírové karty do jednoho ze tří souborů (košíků), které byly označeny tvářemi z vizuální mapy analogové stupnice pro vyjádření bolesti nebo nepohodlí:

- Tento pracovní úkol mi způsobuje jen malou nebo žádnou bolest či obavu ze zranění.
- Tento úkol mi způsobuje nepříjemné pocity nebo Tento úkol mi způsobuje nepříjemné pocity a střední bolest nebo obavu ze zranění.
- Tento úkol mi způsobuje velké potíže, nebo Tento úkol mi způsobuje velké potíže a bolest nebo obavy ze zranění.

Pokud zaměstnanci pravidelně nedělali některý z pracovních úkolů, nedali jej do žádného souboru. Následovala moderovaná diskuze. Výzkumné otázky se týkaly témat, jako je četnost pracovních úkolů, fyzická náročnost, nástroje nebo používané zdravotnické prostředky, největší příčiny bolesti a nepohodlí. Poslední část diskuze se týkala předmětů v domácnosti, které pracovníci často zvedali nebo přemísťovali.

Četnosti pracovních úrazů zaměstnanců v domácí péči jsou v tabulce 1 a 2.

*Tabulka 1: Četnost úrazů podle části těla nebo oblasti u pracovníků domácí péče v Oregonu<sup>5</sup>*

|                |     |
|----------------|-----|
| Prsty          | 14  |
| Horní část zad | 17  |
| Nohy           | 17  |
| Zápěstí        | 18  |
| Ruka           | 20  |
| Kotník         | 23  |
| Krk            | 33  |
| Koleno         | 38  |
| Ramena         | 59  |
| Dolní část zad | 133 |

<sup>5</sup> Tabulka 1: Četnost úrazů podle části těla nebo oblasti u pracovníků domácí péče v Oregonu, 2008–2010. Údaje poskytnuté Komisí pro domácí péči státu Oregon.



Tabulka 2: Příčiny ztrát času u pracovníků domácí péče v Oregonu<sup>6</sup>

|                            |      |
|----------------------------|------|
| Natažení                   | 51 % |
| Uklouznutí, zakopnutí, pád | 23 % |
| Náraz do předmětu          | 13 % |
| Řezné/pořezané rány        | 3 %  |
| Nehoda s vozidlem          | 2 %  |
| Infekční onemocnění        | 5 %  |
| Karpální tunel             | 2 %  |

#### Doporučení pro praxi

- **Manipulace s klienty** je nejčastější příčinou zranění u zaměstnanců pracujících v domácí péči. Je třeba provést výzkum účinných strategií pro zlepšení přístupu ošetřovatelů k mechanickým pomůckám a nízkoenergetickým nástrojům pro přenášení. Pokud jde o přemístění klientů, nikdy se nedoporučuje, aby pracovníci prováděli přesuny sami bez mechanické pomoci – nejvíce se osvědčila posuvná deska.
- **Průměrná hodnota BMI 29,0** u pracovníků ve zkoumaném vzorku naznačuje, že je nutné budoucí intervenci u zaměstnanců domácí péče směřovat do oblasti integrace podpory zdraví s ochranou zdraví v rámci preventivních opatření BOZP. Špatný zdravotní stav zaměstnanců domácí péče může zhoršovat dopad expozice fyzickým rizikům v souvislosti s jejich prací.
- **Podpora návyků zdravého životního stylu** (např. stravování, cvičení) ve spojení s používáním pomůcek a eliminací rizik v souvislosti s prací by mohla snížit jak množství pracovních úrazů, tak četnost i počet dnů v neschopnosti.

### c) Poskytování domácí péče ve švédských městech

Problematické domácí péče se věnuje i další studie švédských výzkumníků.<sup>7</sup> Cílem bylo:

- Zjistit, zda účast personálu domácí pečovatelské služby v programech tréninku techniky manipulace s klienty vedla k využívání získaných znalostí a dovedností v každodenní práci.
- Identifikovat faktory, které by mohly bránit nebo podporovat jejich používání.

Tato pilotní studie byla založena na dvou případových studiích v domácí pečovatelské službě. Byly provedeny individuální a skupinové rozhovory. Pro účast v projektu byly vybrány dvě skupiny, jedna skupina domácí péče ve velkém městě a jedna ve středně velkém městě. Tým vedl individuální pohovory s manažery, vedoucími skupin a zástupci BOZP na pracovišti.



Studie odhalila, že personál se snažil využít svých znalostí a dovedností. Existovaly však překážky i podpůrné faktory pro používání bezpečné pracovní techniky. Tréninkové programy v technice přenosu klienta by **neměly být prováděny jako izolované akce bez ohledu na fyzické prostředí**, přání osoby přijímající péči a jejich příbuzné, organizaci práce, kulturu bezpečnosti a roli manažerů.

<sup>6</sup> Tabulka 2: Příčiny ztrát času u pracovníků domácí péče v Oregonu, 2008-2010. Údaje poskytnuté Komisí pro domácí péči státu Oregon.

<sup>7</sup> SKOGLIND-ÖHMAN, Ingegerd; KJELLBERG Katarina. Faktory, které ovlivňují používání techniky bezpečného přesunu pacienta v domácí péči. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, 17:4, 433-444, DOI: 10.1080/10803548.2011.11076906 (2011).

Hlavní překážky při používání techniky bezpečné práce:

#### ■ Praktické a osobní

Obě skupiny domácí pečovatelské služby podrobně popisovaly pracovní situace, při kterých bylo těžké používat bezpečnou pracovní techniku. Úzký pracovní prostor a fyzické překážky v domácím prostředí ztěžovaly použití a bezpečnou techniku práce, případně použití pomůcek či zařízení pro usnadnění manipulace s klienty. Přání klientů, kteří využívají péči, a jejich příbuzných mohou být v rozporu s bezpečnostními aspekty pracovního prostředí. To může způsobit dilema pro personál, protože zdůrazňuje právo příjemce péče rozhodovat o svých věcech a zároveň brát v úvahu bezpečnostní aspekty. Nedostatek informací o stavu a schopnosti klienta při návratu do domácí péče znesnadnil použití adekvátních individualizovaných technik.

#### ■ Plánování pracovních činností bez účasti zaměstnanců

V obou skupinách personál uvedl, že jejich snaha podílet se na plánování každodenní práce byla snížena kvůli novému plánovacímu systému. Systém byl zaměřen na rozdělení práce mezi ně. Personál popsal, jak ztratil přehled o přijímaných klientech do domácí péče v oblasti jejich služby. Tento fakt může způsobit problémy v situacích, kdy jsou noví a nezkušení zaměstnanci plánovacím systémem posíláni na pomoc ke klientům se specifickými potřebami, které je možné zajistit jen pomocí zkušeného personálu se znalostí a dovedností specifických technik manipulace s klientem.

V druhé části tohoto výzkumu byly sledovány dvě pečovatelské skupiny ze dvou různých měst, které měly různé způsoby rutinního záznamu hlášení a dokumentování klienta. Ve velkém městě skupina používala knihu zpráv, ve které shromažďovala veškeré důležité informace o přijímaných klientech. Tyto informace o klientech byly přístupné všem zaměstnancům ze skupiny.

Ve středně velkém městě byla naplánována pravidelná měsíční setkání se strukturovanými informacemi o příjemcích péče – klientech, jejich statusu a cílech každodenní práce s nimi. ***Nedostatečné informace o jejich stavu a schopnostech z nemocnice nebo centra primární zdravotní péče byly překážkou při plánování péče o jednotlivé klienty.*** Informační šum – informační vakuum ovlivnilo obě skupiny zaměstnanců domácí pečovatelské služby v obou dvou městech. Obě tyto skupiny personálu domácí péče uvedly, že se navzájem aktivně informovaly o osobách v jejich péči a o jejich zdravotním stavu. Informace byly často sdíleny neformálním způsobem během pracovního dne.

### d) Organizace sociální péče ve švédských obcích

Pro švédský pracovní trh je charakteristické, že lidé pracující v sociální péči tvoří největší skupinu povolání ve Švédsku a zároveň mají nejvyšší prevalenci nemocenské. Vzhledem k tomu, že nepřítomnost v práci kvůli nemoci má za následek velké ekonomické a společenské náklady, existují pro tuto skupinu zaměstnanců různé pobídky rozvoje iniciativ na podporu zdraví. Cecilia Ljungblad se snažila ve své práci<sup>8</sup> získat širší poznatky o souvislostech mezi podporou zdraví na pracovišti a zdravím zaměstnanců, nepřítomností v nemoci a nemocí v městských organizacích sociální péče. Realizovala čtyři studie týkající se poskytovatelů sociální péče a jejich zaměstnanců v 60 z 290 švédských obcí na základě údajů z registrů a také z průzkumů mezi zaměstnanci, vrcholovými manažery a tvůrci politik. Průzkumu se zúčastnilo 15 871 lidí zaměstnaných alespoň na poloviční úvazek v sektoru sociální péče v těchto 60 obcích během roku 2006.

---

<sup>8</sup> LJUNGBLAD, Cecilia. Podpora zdraví na pracovišti a zdraví zaměstnanců v organizacích městské sociální péče Karolinska Institutet (Sweden) ProQuest Dissertations Publishing, 2015.

Organizace, resp. jejich zaměstnavatelé, kteří měli příznivější hodnocení zaměstnanců v oblasti BOZP, především pak z pohledu existujících opatření na podporu zdraví na pracovišti (podmínky psychosociální práce), měly lepší zdravotní stav svých zaměstnanců a nižší míru jejich nemocnosti. Projevila se i souvislost mezi poskytováním cílených opatření na podporu BOZP, tj. zdraví na pracovišti (preventivní programy BOZP) koordinovaných zaměstnavatelem a budoucí nižší mírou dlouhodobé pracovní neschopnosti jeho zaměstnanců. Z toho jasně vyplynula souvislost mezi používáním **hodnocení zdravotního profilu a fitness aktivitami** a nižším poměrem pravděpodobnosti přítomnosti nemoci u zaměstnanců.

## 2 Moderní inteligentní kompenzační pomůcky využitelné v zařízeních poskytujících sociální služby

V dnešní době čelíme výzvám v souvislosti s rostoucím počtem zdravotně postižených lidí a stárnoucí populací. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) žije přibližně 15 % světové populace s některou z forem zdravotního postižení, z toho 2–4 % se potýká s významným zdravotním postižením, což omezuje jejich fungování v běžném životě.<sup>9</sup> Zdravotně postižených přibývá vlivem stárnutí populace a množství osob se zdravotním postižením. Stárnutí je stále závažnějším fenoménem. Mobilita zdravotně postižených a starších lidí je omezená kvůli tělesným postižením, zraněním a stárnutí. Tito lidé potřebují pomoc ze strany svého okolí nebo speciální vybavení např. pro každodenní pohyb, ale i rehabilitační cvičení. Z důvodu nedostatku personálu a vysokých nákladů na ošetrovatelskou péči se poptávka po této péči zvyšuje, ale přesto to nestačí. Z tohoto důvodu jsou relativně levné kompenzační pomůcky hojně využívány a ve velkém objemu poptávány.

Pro podporu chůze slouží taková kompenzační zařízení a pomůcky, které pomáhají lidem při pohybu dolních končetin – stání, chůzi a rehabilitaci a zároveň zlepšují postavení těla. Tradiční pomůcky pro chůzi (berle, chodítka, protézy, hole, manuální pomůcky, invalidní vozíky atp.) jsou založeny především na fyzických schopnostech uživatele nebo jednoduchých zařízeních sloužících k pohybu postižené končetiny nebo k transportu uživatele. Tradiční kompenzační zařízení poskytují uživateli/klientovi pouze pasivní podporu. Kombinace nízké rychlosti a zvýšeného energetického výdeje při chůzi s tradičními berlemi může mít za následek značnou únavu uživatelů. Naopak invalidní vozík může zvyšovat svalovou atrofii dolních končetin, pokud na něm uživatelé dlouho jen sedí.

Inteligentní kompenzační pomůcky pomáhají lidem v různých životních situacích, snižují jejich závislost na druhých osobách a zvyšují jejich sebevědomí a samostatnost. Kompenzují poruchy pohybového systému, smyslových orgánů, kognitivních a komunikačních funkcí. Díky těmto pomůckám mohou lidé vykonávat běžné činnosti. Pomůcky jim dodávají pocit bezpečí a jistoty. Nejčastěji se s použitím těchto pomůcek setkáme u osob, které mají omezenou soběstačnost z důvodu svého věku či zdravotního stavu (senioři), u osob se zdravotním postižením (tělesné, mentální, kombinované) či u osob po úrazu.



<sup>9</sup> Organization WH. World report on disability. Malta: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2011.

Základní kompenzační pomůcky:

- **Pomůcky usnadňující manipulaci** – protiskluzové podložky, zvedací zařízení, přesouvací prkna, antidekubitní matrace, polohovací pomůcky.
- **Pomůcky pro běžné denní činnosti** – hodinky s hlasovým nebo hmatovým výstupem, indikátory barev, roboticky asistovaná chůze, monitorovací systémy pro detekci pádů apod.
- **Pomůcky zlepšující komunikaci** – sluchadla, kochleární implantáty, brýle, technické pomůcky s hlasovým výstupem, netechnické pomůcky (fotografie, obrázky, grafické symboly, komunikační tabulky).
- **Pomůcky pro volnočasové aktivity** – kolo na ruční pohon (handbike), saně pro para hokej (hokejová sledge), elektronický míč pro nevidomé.
- **Pomůcky pro pracovní aktivity** – speciálně upravený počítač, počítačový software, digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem, čtecí přístroj pro nevidomé s hmatovým výstupem (braillský řádek), digitální zvětšovací lupa pro slabozraké, hmatový displej, slepecký psací stroj.



### a) Roboticky asistovaná chůze

Jedním z nejnovějších trendových inteligentních kompenzačních pomůcek, které boří tradiční pojetí, je zařízení pro roboticky asistovanou chůzi.<sup>10</sup> Roboticky asistovaná chůze pomáhá lidem s omezenou pohyblivostí snadněji chodit. Na rozdíl od jiných pomůcek pro chůzi (např. exoskelety a protézy) jsou inteligentní mobilní pomůcky pro chůzi (IMW) konstruovány tak, aby pomáhaly zřakově postiženým nebo méně pohyblivým osobám (např. starším lidem) chodit v běžném režimu (příklady viz obr. 1).

Qingyang Yan se spolu se svým týmem zabývá třemi druhy systémů vnímání reality a algoritmy vnímání IMW, aby vysvětlil, jak IMW rozumí pohybovým stavům člověka nebo tendencím konkrétního uživatele. Podrobně popisuje bezpečnostní opatření, která chrání uživatele v případě neobvyklých nebo nenadálých situací – např. setkání s překážkou, zakopnutí a pád uživatele i závady IMW.

V současné době se používají v praxi různé inteligentní pomůcky pro chůzi. Inteligentní invalidní vozíky jsou vhodné pro uživatele se svalovými potížemi, svalovou slabostí, poraněním míchy nebo úplnou invaliditou. Nositelné exoskelety se doporučují uživatelům se slabostí dolních končetin, kteří potřebují velmi pevnou oporu při chůzi. Exoskelety jsou vhodnější pro rehabilitační účely, nikoliv pro chůzi v každodenním životě.

Obecně platí, že IMW pomáhají uživateli při chůzi a skládají se ze snadno pohyblivých částí (např. pohyblivých podstavců, koleček), nosného rámu, podpůrného rámu, rukojetí, hardwaru a dalších prvků softwarových systémů (SW). Většina IMW je určena pro použití v interiéru i exteriéru – v bytě, na ulici či ve svahu.

Podle funkcí a užitečných vlastností lze rozdělit inteligentní mobilní pomůcky do následujících kategorií:

- inteligentní mobilní pomůcky pro zřakově postižené a
- inteligentní mobilní pomůcky pro osoby se sníženou schopností pohybu a orientace s podpůrnými rámy.

<sup>10</sup> QINGYANG Yan; JIAN Huang; CHUNJING Tao; XINXING Chen; WENXIA Xu. Inteligentní mobilní pomůcky pro chůzi: vnímání, ovládání a bezpečnost; Advanced Robotics 33/ 2019.



Mechanismus kompenzačních pomůcek by měl být dostatečně lehký, aby mohl být používán v různých prostředích, a také musí být dostatečně bezpečný a stabilní, aby chránil jak uživatele, tak jeho okolí. Inteligentní kompenzační pomůcka by měla být schopná porozumět uživateli a jeho pohybům a signálům. Odhad pohybového záměru uživatele by měl být v budoucnu přesnější použitím většího množství senzorů. Většina výzkumných aktivit na tomto poli se zaměřuje na detekci vystouplých překážek, méně však na detekci terénních depresí (prohlubní), které jsou rovněž nebezpečné. Neměla by se zanedbávat ani prevence pádu. Za tímto účelem je třeba zvýšit frekvenci vzorkování detekce pohybových stavů uživatele.



Obr. 1: Příklady inteligentních chodících kompenzačních pomůcek (a)PAMM b)RT–Walker c)Kai Walker d)Guido e) ORTW–II f) Intelligent Walker g)ANG h) Width–changeable Intelligent Walker i)Care–O–bot j)STS Walker k) iCane l) Cane RobotZdroj: Qingyang Yan, Jian Huang, Chunjing Tao, Xinxing Chen & Wenxia Xu (2019) Intelligent mobile walking-aids: perception, control and safety)

- podpora předloktí,
- funkce od sezení ke stání,
- systém vidění,
- ultrazvukový sonar,
- laser,
- hlasová kontrola,
- detekce překážek a vyhýbání se jim,
- navigace,
- detekce pádu,
- detekce terénních depresí – prohlubní,
- aktivita či pasivita všech funkcí.

## b) Systémy pro detekci pádů klienta

Nejdůležitější funkcí inteligentních kompenzačních pomůcek je systém pro detekci pádu klienta.<sup>11</sup> Každý systém má svá pro a proti. Jejich přesnost závisí na použitých senzorech a typu klasifikace. Nejoblíbenější jsou nositelné snímače a senzory založené na kamerovém snímání. Senzory jsou do značné míry ovlivněny okolním prostředím. Nositelné senzory mohou zahrnovat zařízení s mikroelektromechanickými senzory nebo chytrým telefonem a celý systém může obsahovat tlačítko pro spuštění poplachu. Nevýhodou senzorů založených na kamerovém vidění je omezené pokrytí a výkon ovlivněný objekty v okolí. Nevýhodou nositelných zařízení je to, že mohou působit rušivým dojmem a že umístění zařízení na tělo člověka je obtížné a jeho nošení nepohodlné. Výhodou je jejich praktické využití a nepřetržitý monitoring, dobře fungují i v exteriéru a jsou nákladově efektivní. Chytrý telefon může být použit jako nositelné zařízení, protože ho vlastní mnoho klientů a nepůsobí rušivým dojmem. Nositelné zařízení lze umístit v kapse uživatele (ADL).

Experimentální systémy jsou omezeny na laboratorní prostředí, v realitě nefungují a jsou omezeny na určité ADL. Personalizace je klíčová pro detekci pádu systému. Nejenže zvyšuje přesnost detekce, ale také zvyšuje její kvalitu detekce. Lze ji také přizpůsobit tomu, aby se naučila nové činnosti. Přizpůsobení novým činnostem lze provést implementací tzv. systému monitorování detekce pádů.

## c) Robotické exoskelety

V současné době značně pokročil vývoj zařízení na podporu svalů méně pohyblivých osob. Jako příklad je možné uvést výzkum robotických exoskeletů.<sup>12</sup> Pokroky v oblasti robotického hardwaru a dodávek energie umožnily vytvořit životaschopné prototypy robotických exoskeletů pro testování na lidech. Převážná část publikované literatury o tomto fenoménu však postrádá přísná kvantitativní hodnocení výkonnosti exoskeletů, což ztěžuje určení jejich nevýhod a nedostatků. Jednou z největších překážek, které je třeba ve výzkumu exoskeletů překonat, je uživatelské rozhraní a ovládání. Pro zvýšení úspěšnosti robotických exoskeletů je zapotřebí intuitivnější a flexibilnější uživatelské rozhraní. Řada nově vznikajících technologií by mohla přinést podstatné výhody stávajícím i budoucím konstrukcím exoskeletů.

Robotické exoskelety můžeme rozdělit do tří základních kategorií podle jejich zamýšleného použití:

První kategorií jsou lidské exoskelety pro zvýšení výkonnosti člověka: síly, vytrvalosti a dalších fyzických schopností zcela zdravých jedinců.

Tento typ exoskeletů by mohl být použit pro zvedání těžkých předmětů, přenášení těžkých břemen přes velké plochy, na velké vzdálenosti nebo při práci s těžkými nástroji. Pravděpodobné prostředí pro jejich uplatnění je ve skladech, na staveništích, v nouzových situacích, na pracovištích při pomocných operacích nebo na vojenských základnách.

Druhá kategorie je široká a zahrnuje asistenční zařízení pro jednotlivce se zdravotním postižením.

Mrtvice, poranění míchy, svalová slabost a další neurologické nebo svalové poruchy mohou vést k tomu, že má pacient potíže s chůzí nebo pohyby rukou. Aktuální odhady naznačují, že jen ve Spojených státech má 11,7 milionů osob potíže s chůzí a 8,8 milionu obtíže se zvedáním

---

<sup>11</sup> VALLABH Pranesh; MALEKIAN Reza. Monitorovací systémy pro detekci pádů: komplexní přehled; Journal Ambient Intell Human Comput DOI 10.1007/s12652-017-0592-3. 2017.

<sup>12</sup> Současný stav a budoucí směry vývoje robotických exoskeletů pro dolní končetiny. IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering (Volume: 25, Issue: 2, February 2017).

předmětů. Asistenční exoskelety mohou uživatelům pomoci uskutečnit pohyby, které by sami nedokázali provést. Mnoho z těchto exoskeletů je určeno k tomu, aby umožnily lidem s ochrnutými dolními končetinami chůzi s pomocí berlí.

Třetí kategorii tvoří terapeutické exoskelety pro rehabilitaci.

Tato zařízení mohou uživateli pomáhat klást mu odpor nebo rušit pohyby za účelem dosažení terapeutického cvičení. Mohou trénovat svaly a/nebo nervový systém jedince, aby mu pomohla při cvičení překonat omezení způsobená zdravotním postižením. Existují zařízení, která jsou na pomezí mezi asistenčními a terapeutickými exoskelety. Tyto bifunkční exoskelety by mohly být nakonec užitečné pro terapii, stejně jako pro zvýšení aktuální fyzické schopnosti uživatele.

#### **d) Asistenční technologická zařízení exoskeletů pro osoby se zdravotním postižením**

Mnoho výzkumných laboratoří a společností pracuje na robotických exoskeletech se záměrem pomoci osobám se zdravotním postižením. Rozlišují se exoskelety primárně určené k asistenci při výkonu činnosti úkolů a dále skupina, která je primárně určena pro terapeutické účely.

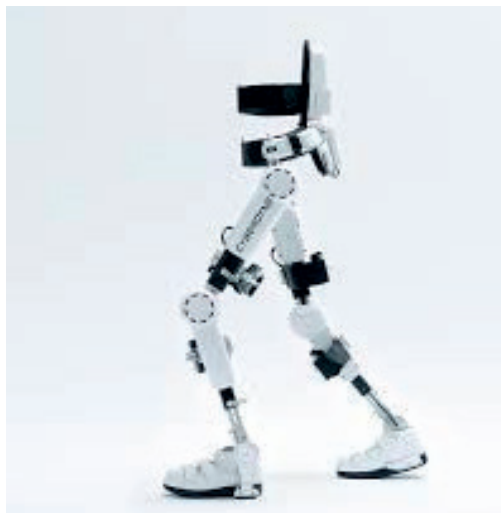
Tato část se zaměřuje na řadu různých exoskeletů, které byly navrženy na pomoc postiženým lidem. U klientů, kteří jsou obvykle upoutáni na invalidní vozík, je prioritou poskytnout jim bezpečnou oporu a rovnováhu, aby mohli chodit. Často používaným klinickým měřítkem u těchto skupin obyvatel je např. určení preferované rychlosti chůze, obvykle s pomocí 6 minutového testu chůze. Vyšší preferovaná rychlost chůze znamená lepší klinický výsledek, protože rychlost chůze je dobře měřitelná a souvisí se sociální mobilitou.

Jedna z nejstarších a nejlépe zavedených exoskeletálních technologií pro asistenci zdravotně postižených je ReWalk (obr. 2). Tento exoskelet byl nedávno schválen agenturou při ministerstvu zdravotnictví USA (FDA) pro použití u pacientů s poraněním míchy. ReWalk oboustranně ovládá kolena a kyčelní klouby, a umožňuje tak chůzi, stání a sed u pacientů s poraněním míchy. Pacienti ovládají zařízení pomocí dálkového ovládání a nosí s sebou baterie a ovladač v batohu. K omezením zařízení patří jeho objemnost, ovládání na zápěstí a složitost naučit se jej ovládat.



Obr. 2: ReWalk skelet (Zdroj: <https://rewalk.com/>)

Cyberdyne je japonská společnost, která vyvinula a uvedla na trh zařízení Hybrid Assistive Limb (HAL) exoskelet (obr. 3). Tato technologie je určena pro použití u pacientů s neúplným poraněním míchy, po mozkové mrtvici a dalších poraněních s deficitem, které zhoršují funkci chůze. HAL má jak jednostranné, tak i oboustranné verze, které ovládají koleno a kyčel.



Obr. 3: HAL skelet (Zdroj: <https://www.cyberdyne.jp/english/products/HAL/>)

Exoskelet kotník-noha (obr. 4 vlevo) z laboratoře Hugh Herra na MIT (Massachusettský technologický institut) poháněl hlezenní kloub a prokázal snížení energetického výdeje ve srovnání s chůzí bez tohoto zařízení. Jiný exoskelet kotníku (uprostřed) vyvinutý Gregem Sawickim a jeho kolegy rovněž prokázal snížení energetického výdeje při chůzi, ale bez aktivace.

Pouze velmi málo exoskeletů bylo dosud navrženo pro lidský běh. Michiganský běžecký exoskelet (obr. 4 vpravo) měl paralelní pružinovou složku připnutou k noze a fungoval především pasivně. Jedná se o jediný exoskelet dolních končetin na trhu, který dnes využívá zbytkovou povrchovou elektromyografii (EMG). EMG signál je nelineárně spojen s kloubním momentem a může poskytnout větší úroveň interakce pacienta se zařízením ve srovnání se samotnými kinematickými a kinetickými senzory.

V dřívějších studiích výzkumníci prokázali proveditelnost použití povrchové EMG pro řízení HAL, a dokonce prokázali snížení svalové práce v případě, kdy systém poskytoval aktivní asistenci pro různé úkoly. HAL byl a je inovativním lídrem v technologii exoskeletů již více než deset let. Jeho unikátnost spočívá hlavně v tom, že do řídicí smyčky zahrnul nervové signály od počátku svého vývoje.



Obr. 4: Různé druhy exoskeletů dolní části končetiny (Zdroj: *State-of-the-art and Future Directions for Lower Limb Robotic Exoskeletons* Aaron J. Young and Daniel P. Ferris)

Společnost Ekso Bionics vyvinula exoskelet Ekso (obr. 5 uprostřed) – zařízení, které pomáhá postiženým osobám při chůzi a v dolní části těla pohybu končetin. Podobně jako HAL a ReWalk Ekso oboustranně ovládá koleno a kyčelní klouby. V současné době se používá především pod vedením lékaře fyzioterapeuta pro trénink chůze a může být terapeutem manuálně ovládáno.



Využitelnost byla prokázána u poranění míchy. V současné době probíhají rozsáhlejší klinické zkoušky. Hlavní nevýhodou zařízení je omezení rychlosti chůze a flexibility změn v prostředí nebo během chůze.

Exoskelet Indego (obr. 5 vpravo) vyrábí společnost Parker-Hannifin pro osoby s poraněním míchy. Indego oboustranně ovládá kolenní i kyčelní klouby a připevňuje se kolem pasu, kde je uložen i akumulátor. Protože exoskelet Indego vznikl na základě univerzitního výzkumu ve výzkumné laboratoři, je o jeho konstrukci k dispozici více informací.

Indego používá řídicí jednotku na úrovni kloubů, která funguje v režimu PD (Produktivě diagnostikovaný mód), který upřednostňuje vysoké svalové zisky a snaží se nastavit rovnováhu předepsanou trajektorií úhlu kloubu. Zajímavou výhodou systému Indego je, že je modulární, což umožňuje rozdělit jej na menší části pro účely přepravy.



*Obr. 5: Exoskelety celých dolních končetin, kyčlí a kloubů (Zdroj: State-of-the-art and Future Directions for Lower Limb Robotic Exoskeletons Aaron J. Young and Daniel P. Ferris)*

Společnost Rex Bionics vyvinula systém REX Personal (obr. 6), který umožňuje chůzi a pohyb po svazích a schodech. Od ostatních konstrukcí exoskeletů se v řadě ohledů liší. Technologie kompletně podporuje obě nohy a uživatel stojí na plošinách pro nohy, zatímco stroj fyzicky chodí sám s minimální nutností interakce uživatele. Výzkumníci v různých institucích používají REX v experimentech, aby integrovali ovládání mozku pomocí EEG do systému REX zařízení. Největší omezení zařízení je jeho extrémně nízká rychlost chůze a robustnost.



*Obrázek 6: REX Personal (Zdroj: <https://exoskeletonreport.com/product/rex/>)*

Exoskelet Mindwalker (obr. 7) byl vyvinut jako pomocník pro pacienty s poraněním míchy ovládaný neinvazivně mozkiem. V současné době se jedná výhradně o výzkumné zařízení. Exoskelet

oboustranně ovládá koleno a kyčel (flexe i extenze), a to jak v případě, že se částečně pohybuje v ab/addukci a používá stavový stroj k přepínání mezi jednotlivými režimy při chůzi.



Obr. 7: Mindwalker skelet (Zdroj: <https://www.tudelft.nl/3me/over/afdelingen/biomechanical-engineering/research/dbl-delft-biorobotics-lab/leg-exoskeletons/mindwalker>)

### 3 Práce s agresivním klientem v sociálních službách

---

Agresivní chování klientů vůči zaměstnancům v organizacích sociálních služeb je často se vyskytující alarmující jev, který poškozuje zaměstnance i klienta.

K tomu, abychom mohli pochopit klienta, abychom mohli rozpoznat spouštěč jeho případného agresivního jednání a předejít mu, potřebujeme upřesňující informace:

- O osobnostním vývoji klienta (anamnéze). Díky anamnestickým údajům můžeme stanovit příčiny sociálního selhávání a stanovit následnou terapii.
- O stupni a druhu klientova postižení (diagnóza, obecná charakteristika).
- O zájmech, potřebách, přáních, ale i možnostech, schopnostech a dovednostech klienta, které ovlivňují jeho sociální uplatnění (charakter, silné stránky).
- O problémových oblastech, a to z toho důvodu, abychom mohli učinit spolu s klientem potřebné kroky k jejich odstranění, zmírnění, řešení (charakter, slabé stránky).

Zásadní roli v sociální práci hraje empatie. Zaměstnanec s vysokým emočním kvociem (EQ) dokáže přirozeně velmi dobře zacházet s klientovými emocemi, je schopný vcítit se do jeho situace, dokáže se emočně ztotožnit s jeho viděním, cítěním a chápáním. Umí rozeznat klientovy neverbální projevy (mimiku, gestiku, haptiku) a dokáže díky těmto projevům vyhodnotit, o co klient usiluje, čemu se chce vyhnout, co ho znepokojuje a z čeho má obavy.

Umění naslouchat:<sup>13</sup>

- Zaměstnanec by se měl soustředit na klienta a na to, co klient říká vnímá pozorněji, než na své pocity a myšlenky.

---

<sup>13</sup> SHEAFOR, B. W.; HOREJSI, C. R.; HOREJSI, G. A. Techniques and guidelines for social work practice. Boston: Allyn and Bacon. 1988.

- Zaměstnanec by se měl zaměřit spíše na to, co klient cítí a co má v jeho sdělení zásadní význam, než na doslovný význam toho, co říká.
- Zaměstnanec by měl udržovat oční kontakt s klientem a měl by být vnímavý k jeho neverbálním signálům.
- Zaměstnanec by měl klást objasňující otázky, aby si upřesnil, co bylo řečeno.
- Zaměstnanec mluví, aby dosáhl lepšího porozumění, ne aby dělal závěry.
- Zaměstnanec zrcadlí klientovi, jak jeho sdělení pochopil. Ověřuje si, zda je pochopil správně. Pokud ne, klient dostává zprávu o upřesnění.

Druhy agrese na základě vyvolaného podnětu:

- **Agrese zlobná (angry aggression)** – agresivní jednání vyvolané frustrací klienta, která je provázena pocity vzteku, nenávisti a nepřátelství. Tato agrese má pudový původ. Agresor poškozuje nebo ničí cílový objekt, kterým může být i tzv. obětní beránek.
- **Agrese zástupná (substitute aggression)** – klient si vybíjí svůj hněv a vztek jinou činností než přímou agresí vůči věcem, lidem či zvířatům. Např. úder do boxovacího pytle, kick box či jiná fyzická činnost.
- **Agrese vyvolaná strachem (fear-induced aggression)** – klient reaguje agresivně na základě velkého pocitu strachu o svou osobu nebo blízkého člověka.
- **Agrese přesunutá (displaced aggression)** – tento termín je často užíván v odborné literatuře s psychologickou tematikou. Přesunutá agrese je spojována s tzv. obrannými mechanismy. Jde o agresí, kterou útočník zaměřuje proti jedinci, věci či zvířeti (objektu), který agresí v útočníkovi vyvolal.
- **Agrese mateřská (maternal aggression)** – typické agresivní chování matky při pocitu ohrožení jejího dítěte.
- **Agrese instrumentální (instrumental aggression)** – podstata instrumentální agrese tkví ve schopnosti vyvíjet tlak na objekt agrese. Jde o naučenou sociální techniku, která je výsledkem učení a zkušenosti a není provázena zlostnými emocemi.
- **Agrese institucionální (institutional aggression)** – jde o agresivní projevy chování jedinců pobývajících v institucích (domovy mládeže, ústavy, vězení aj.).
- **Agrese anticipující (anticipatory aggression)** – útočník vyvíjí agresí vůči vetřelci na základě hájení vlastního území, životního prostoru, teritoria.
- **Agrese altruistická (altruistic aggression)** – agresivní projevy chování klienta z důvodu obrany druhých.

Řešení konfliktních situací s agresivním klientem

Agresivní útoky jsou většinou náhlé, existují však varovné signály, které předcházejí útoku. Pro řešení konfliktních situací je důležité být připraven a znát odpovědi na tyto otázky:

- Znáám dostatečně klienta?
- Jak budu reagovat na agresivní chování klienta?
- Kdo mi může poskytnout okamžitou podporu?
- Jak vyhlásím poplach?
- Znáám z tohoto místa únikovou cestu?
- Informoval jsem sloužící personál o tom, kde se budu pohybovat a o svém časovém harmonogramu práce?
- Mám a používám přidělené osobní ochranné pracovní pomůcky (OOPP)?

Adekvátní reakce zaměstnance sociálních služeb v případě známek blížící se agrese – jak se má zachovat

V případě, že projev klienta se blíží k agresi, podáváme zjednodušený návod k jeho zklidnění:

- Ke zklidnění situace pomůže, pokud se nám podaří klienta posadit. Pokud to resolutně odmítá, nenutíme ho.
- Udržujeme bezpečnou vzdálenost alespoň na dosah od klienta.
- Je vhodné zanechat otevřenou ústupovou cestu sobě i klientovi. Je lepší variantou, když uteče, než když nás bude muset odklidit z cesty.
- Uvědomte si potřeby klienta. V akutní situaci se snažme identifikovat se s klientem, a pokud je to možné, i naplnit klientovy lidské potřeby. (Např. umožnit klientovi si zakouřit, přestože to není zvykem, zatelefonovat si aj.).
- Odvrácení pozornosti jinam. Ve fázi, kdy cítíme napětí, je lepší odložit naléhavé téma. (Např. není nutné provádět ošetrovatelský úkon ve chvíli, kdy jsme sami, a hrozí nebezpečí. Žádejte o pomoc!).
- Situace je rizikovější, pokud je agresor ozbrojen (čímkoliv).
- Věnujeme pozornost situacím, kdy může vstoupit člověk se zbraní. (Např. neodložil kabát, má tašky, přichází s holí aj.).

### a) Násilí v sociálních službách – problém nejen ve Švédsku

Násilí ve společnosti je problém, kterému se oprávněně věnuje stále větší pozornost.<sup>14</sup> Násilí má mnoho podob a může mít dopad i na mnoho lidí v jejich práci. Zdá se, že násilí na zaměstnancích je stále větším problémem jak v severní Evropě, tak v zemích mimo tento region. Násilí může být příčinou fyzických zranění, špatného psychického stavu (například obav, napětí nebo stresu) a/nebo osobních či finančních ztrát. Násilí a hrozby násilím mohou mít také dopad na pracovní podmínky a organizaci práce. Neuspokojivé pracovní podmínky mohou vést ke zvýšenému riziku násilí na zaměstnancích. Pracovní skupiny vystavené násilí a hrozbám násilí se vyskytují především v profesních odvětvích, kde dochází ke kontaktu se zákazníky, klienty nebo pacienty,



jako jsou pracovníci v maloobchodě, bezpečnostní pracovníci, pracovníci v dopravě a zaměstnanci působící v oblasti zdravotnictví a sociální péče. Ve Švédsku pocházelo v roce 1998 šest z deseti hlášení úrazů způsobených násilím nebo hrozbou násilí právě z těchto odvětví. Od roku 1993 došlo k jasnému nárůstu hlášených úrazů souvisejících s násilím do Informačního systému pro pracovní úrazy a nemoci z povolání (ISA), který provozuje švédský Úřad pro pracovní prostředí, tj. do registru, do něhož musí zaměstnavatel hlásit všechny pracovní úrazy, které vedou k více než jednodenní pracovní neschopnosti.

Největší nárůst zaznamenaly **asistentky zdravotních sester, registrované zdravotní sestry a domácí pečovatelky, což jsou profese, v nichž převažují ženy**. Přestože se zdá, že násilí a hrozby násilím v sektoru zdravotnictví a péče jsou značným problémem, a dokonce každodenním jevem, znalosti o tomto problému zůstávají omezené. Jedním z důvodů je, že události zahrnující násilí nebo hrozby násilím nejsou vždy hlášeny nebo dokumentovány v dotaznících nebo rozhovorech. Dalším důvodem je skutečnost, že výzkum v této oblasti je na začátku. Například bylo možné identifikovat pouze velmi omezený počet výzkumných studií. V mezinárodním měřítku existuje několik studií o násilí ve zdravotnictví, zejména v psychiatrické péči, ale **násilím v kontextu péče o seniory a osoby se zdravotním postižením se zabývá jen několik málo z nich**.

<sup>14</sup> VIITASARA, E. Násilí v péči: rizikové faktory, následky a podpora – dizertační práce (2000).



Násilí ve Švédsku definují v kontextu tohoto výzkumu velmi široce. Zahrnuje vše od náročného chování (včetně sebedestruktivního chování) až po verbální a fyzickou agresi vůči jednotlivcům i fyzickým objektům, například tyto druhy jednání: **křik, telefonické výhrůžky, údery, štípání, kopání, strkání, fyzické obstrukce atd. a především násilí vůči personálu.**

Časté byly také akty násilí v situacích osobní hygieny (zahrnující blízký kontakt) a při čekání. Přestože tyto incidenty nevedly k vážným fyzickým zraněním, ovlivňovaly zaměstnance i ve volném čase, což se projevovalo například podrážděním, obavami, poruchami spánku, únavou a apatií. Agresivita zaměřená na personál pocházela převážně od pacientů/příjemců péče, ale vyskytly se i případy násilí a vyhrožování násilím od příbuzných a známých klientů a také od spolupracovníků. Většina z nich byla vystavena slovním výhrůžkám, křiku a/nebo agresi (79 %). Dalšími nejčastějšími kategoriemi byly škrábání/štípání (65 %) a různé druhy úderů (66 %). Byly také hlášeny případy, kdy byl personál poplíván (36 %) a (po)strčen (30 %). Zdá se, že násilí a hrozby násilím jsou rozšířenější a častější, než se dříve předpokládalo, a lze je považovat za problém pracovního prostředí v pečovatelském sektoru.

Důležitým cílem bylo také identifikovat individuální a pracovní rizikové faktory. Všechny profesní skupiny byly vystaveny násilí, ale některé více než jiné (příímí pečovatelé a asistenti zdravotních sester). Bylo zjištěno, že s rizikem vystavení násilí souvisejí jak individuální, tak pracovní faktory. Nízký věk byl individuálním faktorem, který zvyšoval riziko vystavení násilí, stejně jako krátká pracovní doba v organizaci (která měla význam především pro to, jak často byla osoba vystavena násilí). Typ pracoviště, práce na plný úvazek s klienty, škrtý v rozpočtu organizace a vysoká pracovní zátěž byly faktory související s prací, které se do značné míry týkaly všech profesních skupin. Analýzy odhalily složitý obraz rizikových faktorů souvisejících s jednotlivci a prací, přičemž neexistoval žádný jednoznačný vzorec, který by se obecně vztahoval na všechny profesní skupiny.

Další součástí studie bylo popsat a analyzovat důsledky násilí ve vztahu k pomoci/podpoře a preventivním opatřením. Vycházelo se ze čtyř hlavních typů důsledků: finanční, zdravotní, emocionální a pracovní. Finanční důsledky nebyly tak časté. Pouze jeden z pěti incidentů vedl k fyzickému poškození zdraví/zranění. Časté však byly emocionální reakce na incident. Násilí mělo vliv i na práci s příjemci péče. Pouze 39 % exponovaných se po incidentu dostalo pomoci nebo podpory, zatímco 64 % se dostalo nějaké formy předchozí preventivní intervence. Ti, kterým se podpory nedostalo, častěji uváděli finanční a zdravotní důsledky než ti, kterým se jí dostalo. Ti, kterým se po incidentu dostalo podpory, častěji hlásili emocionální reakce než ti, kterým se jí nedostalo. Ti, kteří měli zkušenost s preventivními opatřeními, uváděli finanční důsledky, emocionální reakce a dopady na práci častěji než ti, kteří žádnou takovou intervenci nepodstoupili. Fyzická zranění se nejčastěji vyskytovala mezi těmi, kteří nepodstoupili žádný preventivní zásah. Pracovní úrazy nejčastěji hlásili ti, kterým se dostalo podpory/pomoci po incidentu, a ti, kteří měli zkušenost s preventivním zásahem na pracovišti.

Souhrnně lze konstatovat, že studie naznačují, že násilí je v komunálním ošetrovatelství a pečovatelství běžné. Mnoho zaměstnanců je násilí vystaveno denně. Obvykle se jedná o násilí verbální, ale mohou se vyskytnout i závažnější formy násilí. Profesní skupiny, které jsou v úzkém fyzickém kontaktu s klienty, jako jsou příímí pečovatelé (obvykle osoby s vývojovým postižením) a asistenti zdravotních sester, jsou nejvíce ohroženy. Určité individuální a pracovní faktory mohou zvyšovat riziko násilí.

Násilí může mít finanční, zdravotní, emocionální a pracovní důsledky. Pomoc a podpora po incidentu mohou zmírnit negativní důsledky. Pro výskyt násilí na pracovišti jsou významné individuální, situační a organizační faktory, které je třeba pro účely prevence zaznamenávat a analyzovat.

## b) Dotazník klientského násilí na zaměstnancích (IZRAEL)

Zajímavý výzkum, který monitoroval násilí na klientech, proběhl v Izraeli<sup>15</sup>. Speciálním týmem byl vyvinut, otestován a ověřen dotazník pro hodnocení sociálních pracovníků vystavených násilí ze strany klientů. Tým hodnotil níže uvedené faktory násilného chování klienta vůči zaměstnanci:

- klient na vás křičel,
- klient vás urazil,
- klient vám nadával,
- klient práskl dveřmi při odchodu z kanceláře,
- klient hodil předmět na podlahu,
- klient kopl do nábytku,
- klient vyhrožoval, že si na vás bude stěžovat,
- klient vyhrožoval poškozením vašeho majetku,
- klient použil obecnou výhrůžku typu „ještě o mně uslyšíte“,
- klient vyhrožoval, že vám nebo vaší rodině fyzicky ublíží,
- klient do vás strčil,
- klient vás udeřil pěstí nebo kopl,
- klient vám ublížil způsobem, který vyžadoval nějakou drobné lékařské ošetření (např. náplast),
- klient vám ublížil způsobem, který vyžadoval nějaké závažnější lékařské ošetření (např. pohotovost).

Výše uvedené příklady velmi dobře ilustrují, že násilí klientů vůči personálu může nabývat různé intenzity i variability. Záleží na vedoucích pracovnících v sociálních službách, jak budou tuto problematiku monitorovat a nastavovat preventivní opatření k předcházení nebo eliminaci agresivity klientů.

Jiný tým<sup>16</sup> se zaměřil na porozumění krátkodobým a dlouhodobým důsledkům agresivního chování klientů na zaměstnance v sociálních službách a na organizaci, v níž působí. Byly provedeny hloubkové rozhovory se 40 účastníky v období od února do května 2009. Mezi účastníky byli

oblastní manažeři, vedoucí agentur, supervizoři, sociální pracovníci, pracovníci a administrátoři v 17 agenturách po celém Izraeli.



Zjištění odhalila, že agresivní chování klientů mělo významné důsledky jak na úrovni zaměstnance, tak na úrovni zaměstnavatele. Na individuální úrovni respondenti uváděli jak emocionální, tak behaviorální dopady. Emocionální aspekt souvisel s pocity stresu a ponížení, změnami nálady a s tím, že se projevoval jako emoční vyčerpání. Behaviorální aspekt zahrnoval vyhoření, nedostatek motivace, střídání rolí, absenci atd.

<sup>15</sup> ENOSH, Guy; TZAIRIR, Shay S.; STOLOGY Tali. Sestavení dotazníku o násilí na klientech University of Haifa, Haifa, Israel Lev-Hasharon Hospital, Pardesiya; Israel Journal of Mixed Methods Research 1–18 2014 Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1558689814525263 mmr.sagepub.com.

<sup>16</sup> ENOSH, Guy; TZAIRIR Shay S.; GUR, Amit. Agresivita klienta vůči sociálním pracovníkům a sociálním službám v Izraeli – kvalitativní analýza Journal of Interpersonal Violence 28(6) 1123–1142 © The Author(s) 2012 Reprints and permission: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/0886260512468230 https://jiv.sagepub.com.

Na organizační úrovni zaměstnanci uváděli, že zažívají nízkou morálku a vysokou absenci, což vede k nízké výkonnosti a efektivitě. Jinými slovy, zaměstnavatel platí dvojí cenu: za první, bezprostřední náklady na sníženou kapacitu zaměstnanců, kteří jsou přímo vystaveni agresi, a škody na majetku, ke kterým dochází. Za druhé, zaměstnavatel jako celek trpí nepřímo, a to v důsledku dopadů na ostatní zaměstnance a jejich reakce a zároveň negativním synergickým efektem na klima na pracovišti.

Jeden z manažerů popsal komplexní dopad jedné události na sociální pracovníci: „Vzpomínám si na jednu násilnou událost. Přišel klient, který se na ni zlobil. Důvod teď není důležitý, ale povalil ji na zem ze schodů. Byla fyzicky zraněná. Zlomila si ruku, pokud si vzpomínám správně. Ale hlavní zranění bylo psychické. Chodila na psychoterapii. Rok nebyla v práci. Prostě nemohla chodit do práce. Měla strach. Nechodila do společnosti, protože, víte, tohle je to docela malé město a své klienty potkáváte v supermarketu a... ve škole svých dětí atd. Takže nevycházela z domu.“

Krátkodobé efekty na život zaměstnanců:

- strach,
- pocit ohrožení,
- nejistota,
- stres,
- paralýza,
- ponížení,
- strach z podání stížnosti,
- osamělost,
- nízká pracovní výkonnost.

Dlouhodobé efekty na život zaměstnanců:

- emocionální vyhoření,
- strach z násilí,
- bezradnost,
- únava,
- noční můry,
- dlouhodobá absence.

Krátkodobé a dlouhodobé efekty na zaměstnavatele:

- antagonismus pracovníků vůči klientům,
- zdržování se návštěv v domácnosti,
- touha přenést léčbu agresivního klienta na jiného pracovníka,
- snížení denního výkonu,
- ztráta času – investování času do skupiny adaptační procesy,
- snížení objemu probíhající práce na oddělení,
- fluktuace a touha změnit práci,
- vyhoření,
- frustrace a ztráta důvěry v systém,
- organizační bezradnost,
- absence.

### c) Násilí na pracovnících sociálních služeb v Itálii

Tento problém je aktuální i v dalších zemích, například neunikl pozornosti pracovníkům univerzity v Trentu v Itálii.<sup>17</sup> Násilí klientů v sociálních službách je vnímáno v Itálii jako neustále se zvyšující, což vyvolává hluboké obavy.

Cílem průzkumu, do něhož se zapojilo 20 112 sociálních pracovníků, bylo zjistit prevalenci a formy násilí ze strany klientů vůči sociálním pracovníkům a identifikovat klíčové faktory spojené s těmito událostmi. Výsledky naznačují, že naprostá většina italských sociálních pracovníků zažívá násilí ze strany klientů. Nejčastěji se vyskytovala verbální agrese a vyhrožování různými formami násilí, následované fyzickými útoky a poškozováním majetku. Častější byl problém u mladších pracovníků, popřípadě u těch, kteří pracují izolovaně nebo bez podpory kolegů. Vyšší riziko toho, že se pracovníci stanou obětí násilí, bylo zjištěno například u sociálních pracovníků ve službách na ochranu dětí či v terénních službách pro dospělé.

Sociální pracovníci považovali kvalitu vztahu mezi klientem a profesionálem a komunikační dovednosti za rozhodující při prevenci a řešení agrese ze strany uživatelů. Nenaplněná očekávání klientů byla považována za jeden z hlavních faktorů přispívajících k frustraci a následnému nepřátelskému chování.

### d) Zkušenosti z Finska

Někteří odborníci<sup>18</sup> se zaměřují na komplexní propojení mezi pohlavím a emocemi v kontextu násilí páchaného klienty na pracovišti. Například finské zdravotní sestry zdůrazňují „ženské zbraně“, tedy emocionální dovednosti, které mají předcházet násilí. Sociální formování těchto dovedností je analyzováno pomocí konceptu „emocionálního habitusu“: emoční dovednosti se odvozují ze sociálně získaných dispozic ke zvládání emocí podle genderových hodnot pečovatelské práce.

Ačkoli riziko násilí je v mnoha zemích stále větším problémem v zaměstnáních, kde převažují ženy, předpokládá se, že jsou ženy vykonávající tato povolání často schopny násilí zmírnit.<sup>19</sup> Finské zaměstnankyně v pečovatelské službě se nepovažují za pasivní oběti násilí, nýbrž za schopné aktivně vyjednávat na základě svých emočních dovedností. Tyto emoční dovednosti



však přisuzují své profesionalitě v oblasti pečovatelské práce spíše než emočním schopnostem žen obecně. V analýze jsou profesionální hodnoty pečovatelské práce považovány za založené na genderových hodnotách a reprodukují tyto hodnoty jako zdánlivě samozřejmou součást genderově neutrální profesionality.

Pojem **emocionální habitus** vysvětluje, že emoční dovednosti jsou sociálně získané dispozice, které subjekty přesvědčují a zároveň jim umožňují tyto dovednosti používat jako přednosti v určitém oboru. Emoční habitus umožňuje pečujícím

<sup>17</sup> Alessandro Sicora University of Trento, Trento, Italy Urban Nothdurfter Free University of Bolzano, Bolzano, Italy Barbara Rosina Consiglio Ordine Assistenti Sociali Piemonte, Piemonte, Italy Mara Sanfelici :Násilí uživatelů služeb proti sociálním pracovníkům v Itálii: Prevalence a vlastnosti fenoménu; Journal of Social Work 0(0) 1–20 The Author(s) 2021 Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions DOI: 10.1177/14680173211009188 journals.sagepub.com/home/jsjw.

<sup>18</sup> VIRKKI, Tuija. Umění uklidnit agresivního klienta: ‚Ženské‘ dovednosti a prevence násilí v pečovatelské práci Department of Social Sciences and Philosophy P O Box 35, FIN- 40014 University of Jyväskylä, Finland, e-mail: tumany@yfi.jyu.fi Gender, Work and Organization. Vol. 15 No. 1 January 2008 doi: 10.1111/j.1468-0432.2007.00365.x.

<sup>19</sup> CHAPPELL, D., DI MARTINO, V. (1998, October). Violence in the transport workplace. In International Transport Workers Federation Women's conference, New Delhi (Vol. 26).



pracovníkům předcházet násilí a zároveň si zajistit vlastní pozici kompetentních pracovníků v různých oblastech péče a zároveň jsou schopni plnit své úkoly v souladu s jejich profesními ideály péče a emočního managementu.

Existují symbolické statky – pocit profesionální kompetence a morální hodnoty – spojené s prevencí násilí. Profesionální úspěch však může být dosažen pouze za cenu vnitřních rozporů. Přestože zaměstnankyně zdůrazňují, že zvládáním hněvu získávají profesní pocit morální hodnoty, některé z nich uvádějí, že je pro ně nepříjemné, když nemohou vyjádřit své pocity hněvu vyvolaného znehodnocením jejich práce. Násilí samo o sobě může být vnímáno jako statusový přestupek založený na nerovnosti pohlaví, což je v rozporu s představou kompetentních profesionálů. Analýza genderových nerovností podílející se na sociálním utváření a praktikování emočních dovedností ukazuje, že tyto dovednosti jsou kompetencemi pouze v omezeném smyslu a že emoční habitus reprodukuje tato omezení způsobem, který je obtížné rozpoznat.

## Doporučení

---

Násilí v sociálních službách představuje vážný problém nejen v České republice, ale i v ostatních zemích Evropy a zbytku světa. Je akcentován i v důsledku celosvětového demografického vývoje a stárnutí populace ve všech vyspělých zemích. Násilí ohrožuje kvalitu života klientů i důstojné pracovní prostředí zaměstnanců. V případě České republiky je tento problém poněkud podceňován, zejména v celkovém konceptu rozvoje sociálních služeb, který je propojen se strategií demografického vývoje ČR.

O vážnosti tématu hovoří tento přehled zkušeností různých vědeckých pracovišť z celého světa. Nejen zaměstnanci, ale i klienti se cítí ohroženi ostatními klienty, zaměstnanci a v některých případech i ze strany rodinných příslušníků.

Mnoho zaměstnanců si s tímto jevem neví rady, není na něj dostatečně připraveno a necítí dostatek podpory ze strany zaměstnavatelů. Aktuální nabídka vzdělávání zaměstnanců je poměrně úzká a jednostranná,<sup>20</sup> většina z programů je zaměřena na násilí ze stran klientů nebo jejich rodinných příslušníků. Kurzy se často zabývají jen některými stránkami násilí a jsou příliš krátké, aby obsáhly komplexnost problematiky. Kurzům často chybí kontextuální pohled na vznik a průběh konfliktu.

Doporučením do budoucna je zapojení všech zainteresovaných stran do systematického vzdělávání a tréninku zaměstnanců ve všech typech sociálních služeb, kde může docházet k násilí.

---

<sup>20</sup> Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s. Autor: Pavel Čáslava, prosinec 2020.

