

Tento projekt je realizován v rámci oblasti prevence rizik vzniku poškození zdraví zaměstnanců následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání financovaných z příspěvku podle § 320a písm. b) zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů v roce 2022.

Soubor doporučení a personálních standardů pro
bezpečnou práci v sektoru sociálních služeb

Obsah

Úvod	3
Doporučená opatření	4
Oblast 1. Podpora fyzického a duševního zdraví zaměstnanců	4
Oblast 2. Eliminace negativních dopadů manipulace s břemeny	5
Oblast 3. Podpora osobní bezpečnosti.....	5
Oblast 4. Eliminace epidemických epizod	6
Oblast 5. Eliminace poranění	7
Generátor optimálního počtu složení zaměstnanců	8
1. Vymezení použití.....	8
2. Bezpečná práce v péči o člověka v pobytové sociální službě	8
3. Souvislosti fondu pracovní doby	9
4. Analogie s personálními standardy ve zdravotních službách	10
5. Návrh konstrukce výpočtu personálního standardu pro pozice pracovník v sociálních službách a sociální pracovník	11
6. Počet úvazků pracovníků v sociálních službách	11

Úvod

Soubor doporučení a personálních standardů pro bezpečnou práci v sektoru sociálních služeb byl vytvořen v rámci rozsáhlého projektu Oborový sociální dialog v oblasti prevence rizik vzniku poškození zdraví zaměstnanců následkem pracovního úrazu nebo nemocí z povolání. Uvedený projekt měl dva zásadní cíle, a to jednak identifikovat rizikové faktory v sektorech sociálních a zdravotních služeb a jednak v uvedených sektorech navrhnou a pilotně ověřit moderní nástroje zaměřené na prevenci úrazů a nemocí z povolání.

Předložený soubor opatření prezentuje v domácí i zahraniční odborné literatuře uváděná opatření podporující bezpečnou práci v pobytových službách, která byla jak ze strany poskytovatelů sociálních služeb v rámci ČR, tak i ze strany jejich zaměstnanců označena jako významná, potřebná, žádoucí.

Prezentovaná opatření jsou členěna do 5 oblastí:

- Oblast 1. podpora fyzického a duševního zdraví zaměstnanců;
- Oblast 2. eliminace negativních dopadů manipulace s břemeny;
- Oblast 3. podpora osobní bezpečnosti;
- Oblast 4. eliminace epidemických epizod;
- Oblast 5. eliminace poranění.

Jednotlivá opatření jsou v rámci sledované oblasti řazena z pohledu míry důležitosti uvedeného opatření pro bezpečnou práci v organizacích poskytujících pobytové sociální služby pro podporu fyzického a duševního zdraví zaměstnanců, tak jak ji stanovili poskytovatelé sociálních služeb. Pro větší detail a možnost srovnání s postojem zaměstnanců byly u jednotlivých opatření ponechány zjištěné průměrné hodnoty závažnosti, které byly měřeny na pětistupňové škále, kdy hodnota 5 představovala vysokou míru důležitosti. Opatření, u kterých se zaměstnavatelé od zaměstnanců názorově statisticky významně lišili, jsou podbarvena.

Nedílnou součástí předloženého dokumentu je i popis vytvořeného praktického virtuálního nástroje – generátoru optimálního počtu a složení zaměstnanců pobytových sociálních služeb k zajištění bezpečné práce v péči o člověka. Pojetí bezpečné práce v péči o člověka je široké, zahrnující mnoho úhlů pohledu. V dokumentu se pracuje s vymezením, že se jedná o takovou péči, která neohrožuje zaměstnance ani klienta na zdraví a životě.

Samotný nástroj, resp. vytvořená aplikace je umístěna na webovém rozhraní. Odkaz: <https://personalni-standard.cz>

Doporučená opatření

Oblast 1. Podpora fyzického a duševního zdraví zaměstnanců

Opatření	Míra závažnosti opatření	
	zaměstnavatelé	zaměstnanci
podpora dobrých vztahů na pracovišti a pracovní atmosféry	4,79	4,80
jasné kompetence, jasné stanovení úkolů a zodpovědností v rámci týmu i v rámci celé organizace	4,74	4,63
týmová práce a podpora komunikace mezi směny, jednotlivými úseky	4,73	4,77
jasné, vzájemně si neodporující a nekonfliktní příkazy a postupy	4,71	4,65
jasná firemní kultura podporující dodržování nastavených procesů a pravidel	4,71	x
aktivní naslouchání problémům zaměstnanců, ptaní se, zajištění důvěry	4,59	4,67
podpora aktivit rozvoje dovedností a kompetencí zaměstnanců	4,50	x
jasně stanovené postupy na pracovišti za účelem prevence a zvládnání konfliktních situací s klienty a rodinnými příslušníky	4,50	4,42
zajištění na pracovišti ledničky pro uchování jídla, které si pracovníci přinášejí z domu, včetně stanovených pravidel pro uchovávání pokrmů na pracovišti	4,38	4,57
rozdělení pracovní zátěže s ohledem na různé úkoly, profil uživatele, očekávanou pracovní zátěž, pracovní špičky, rotace atd.	4,36	4,25
možnost ohřevu vlastního jídla	4,36	4,52
školicí programy v technikách jednání s klienty a rodinnými příslušníky	4,30	4,19
vzdělávání v oblasti osobnostního rozvoje	4,20	4,28
školicí programy v technikách zvládnání emocionální angažovanosti v problémech klientů	4,20	4,15
školicí programy v technikách komunikačních dovedností	4,11	4,07
stavební uspořádání, které umožní průniku dostatečného denního světla	4,09	4,38
školicí programy v technikách zvládnání stresu a jeho následků	4,08	4,10
aktivity na pracovišti včetně možnosti využívat služeb psychologa s cílem mít s kým probrat případné problémy (pracovního i osobního rázu)	4,03	4,01
eliminace (minimalizace) přesčasových hodin	4,01	3,79
školicí programy v technikách rozpoznávání a zvládnání násilí	3,94	4,09
využití konta pracovní doby	3,88	3,85
příspěvky na rehabilitační pobyty / ozdravné pobyty / kondiční / lázeňské pobyty (zaměstnanecký benefit)	3,84	4,16
závodní stravování	3,81	3,86
možnost ovlivnit způsob práce a pracovní program (ze strany zaměstnance)	3,72	4,22
zajištění čistého vzduchu – čističky a filtry vzduchu, klimatizace, ventilace	3,72	4,03
poskytování „sick-days“ (nemocné dny) zaměstnavatelem zpravidla v rozsahu 3 – 5 dnů	3,69	4,37
pracovní prostředí, které poskytuje podmínky k relaxaci přímo na pracovišti, existence relaxačních a tichých zón	3,60	4,09

příspěvky na nákup vitamínů, potravinových doplňků a zdravotních pomůcek (zaměstnanecký benefit)	3,56	3,98
možnost pracovních přestávek i nad rámec zákona	3,49	3,62
nabídka odpočinkových aktivit mimo pracovní dobu s cílem zajistit regeneraci fyzických sil - například tělocvična, masáže atd.	3,42	3,86
část pracoviště k využití zaměstnancům pro udržení potřebné hybnosti páteře, dobrého fyzického stavu kloubů, pro cviky k uvolnění napětí nohou	3,37	3,80
nabídka odpočinkových aktivit mimo pracovní dobu s cílem zajistit regeneraci duševních sil - například lekce jógy, relaxační meditace atd.	3,30	3,75
umožnění tzv. kariérních vln	3,18	4,09
podpora zdravého stravování prostřednictvím nutričního poradenství	3,09	3,41

Oblast 2. Eliminace negativních dopadů manipulace s břemeny

Opatření	Míra závažnosti opatření	
	zaměstnavatelé	zaměstnanci
zajištění dostatečného množství manipulačních pomůcek usnadňující manipulaci samotnému klientovi či ošetřujícímu personálu, aby je mohli zaměstnanci potřebně používat při manipulaci s klienty	4,73	4,58
dostatek zdravotnického a pomocného personálu	4,67	4,65
průběžný nácvik správných stereotypů (postupů) při manipulaci s břemeny / pravidelné kurzy nácviku manipulace s nehybným a málo pohyblivým klientem	4,61	4,41
implementace technik fyzicky ulehčujících práci s klientem	4,60	4,52
poskytnutí dostatečného počtu potřebných technických prostředků, materiálů a vybavení	4,58	4,56
povinné používání zvedáků nebo jiných pomůcek v případech organizací stanovených (např. vnitřním předpisem)	4,46	x
zajištění a praktické ukázky novinek v oblasti manipulačních pomůcek	4,27	4,33
optimalizace pracovního prostředí	4,18	x
ergonomicky upravené pracoviště	4,13	x
zapojení pracovníků do nákupu vybavení	3,86	3,97

Oblast 3. Podpora osobní bezpečnosti

Opatření	Míra závažnosti opatření	
	zaměstnavatelé	zaměstnanci
znalost únikových cest v zařízení	4,71	4,64
nastavený proces okamžité pomoci v případě krizové situace a jeho znalost pracovníky	4,55	4,57
posílení množství a odbornosti pracovníků v zařízení s ohledem na umístění uživatelů s problémovým chováním	4,50	x

vytváření příležitostí pro klienty k zapojení do smysluplných aktivit, které zahrnují možnost volby a pocit z úspěšného splnění úkolu	4,46	x
informování klientů a v případě zájmu i jejich příbuzných o péči, léčbě, aktivitách a pravidlech služby nejen před přijetím, ale i během pobytu uživatele včetně postupu podávání stížností a podnětů	4,45	4,35
systém hlášení, zaznamenávání násilných incidentů ze strany klientů, rodinných příslušníků nebo třetích stran, průběžné vyhodnocování	4,40	4,35
průběžné vzdělávání ohledně žádoucí reakce / příprava na agresivní chování klientů	4,38	4,38
společná diskuse pracovníků podporující zvýšení znalosti očekávaného chování klienta	4,31	4,31
adekvátní oděv	4,03	4,39
znalost informací (záznam) o pohybu pracovníka, jeho přibližném časovém rozvrhu	3,96	3,88
dodržování bezpečného odstupu	3,94	4,08
adekvátní vzhled	3,66	x
skutečnost, že v zaměstnání dostáváte – pravidelné finanční ohodnocení, mimořádné odměny, jistotu pracovního místa, společenské uznání, vyhovující pracovní dobu apod.	x	4,75

Oblast 4. Eliminace epidemických epizod

<i>Opatření</i>	<i>Míra závažnosti opatření</i>	
	<i>zaměstnavatelé</i>	<i>zaměstnanci</i>
zvýšení frekvence úklidu a dezinfekce během epidemické epizody	4,76	4,52
provádění úklidu a desinfekci izolačních pokojů za použití přípravků s deklarovanou účinností proti virům či bakteriím	4,71	4,48
při vstupu na izolační pokoj použití (personál) osobních ochranných (pracovních) prostředků v souladu s kontaktními a standardními opatřeními k minimalizaci rizika nezáměrné kontaminace – ochranný plášť a rukavice	4,66	x
nastavení a dodržování postupů pro personál, který má symptomy svědčící pro virovou či bakteriální infekci	4,65	4,59
adekvátní informování návštěvníků o situaci na oddělení	4,59	4,40
vyločení personálu s příznaky gastroenteritidy z přípravy a distribuce stravy, a to minimálně na 48 hodin po odeznění potíží	4,54	x
zvýšená hygiena rukou prováděná správnou technikou, ve správných indikacích, za použití účinných přípravků	4,51	x
přítomnost na oddělení pouze personálu nezbytného pro zajištění péče (s doporučením vyloučit studenty, dobrovolníky, apod.)	4,23	3,89
nevytváření na izolačních pokojích nadbytečných zásob pomůcek k ošetřování pacientů a lůžkovin	4,11	x
omezení pohybu ostatních, neizolovaných pacientů na exponovaném oddělení	3,86	3,89
omezení skupinových aktivit	3,78	3,67
omezení návštěv	x	3,96

Oblast 5. Eliminace poranění

<i>Opatření</i>	<i>Míra závažnosti opatření</i>	
	<i>zaměstnavatelé</i>	<i>zaměstnanci</i>
bezpečné ukládání ostrého odpadu do označených, pevnostěnných, nepropíchnutelných obalů	4,73	4,48
(správné) používání osobních ochranných pracovních prostředků v rozsahu, jaký určuje výkon a s ním spojené riziko	4,70	x
likvidace jednorázových stříkaček a jehel bez ručního oddělování	4,67	x
zavedení bezpečných postupů při používání a likvidaci ostrých zdravotnických prostředků a pomůcek	4,53	4,33
zákaz vracení krytů na použité jehly	4,38	x
opakované informování zaměstnanců o možných rizicích (bodných) poranění	4,31	4,17
evidence a analýza „skorochyb“ (vyhodnocování situací, které „skoro“ vedly ke vzniku poranění)	4,18	x
vyloučení používání těch předmětů, které nejsou k úkonu nezbytně nutné	4,09	x

Generátor optimálního počtu složení zaměstnanců

1. Vymezení použití

Jedná se o manažerský nástroj pro pobytové sociální služby s nepřetržitým provozem tak, aby poskytovaná péče byla díky optimálnímu nastavení potřebného obslužného personálu z pohledu bezpečnosti práce plně vyhovující.

Nástroj byl vytvořen pro tři druhy sociálních služeb, konkrétně pak domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a domov pro osoby se zdravotním postižením.

Současný podíl zaměstnanců (dále i ZAM) ve vybraných druzích služeb v pozici pracovník v sociálních službách (dále i PSS), jak je patrné z níže uvedené tabulky, činí 0,4 - 0,64 PSS/lůžko, průměrně pak 0,46 PSS/1 lůžko.

V pozici sociální pracovník (dále i SP) se interval pohybuje mezi 0,035 – 0,04 SP/lůžko, průměrně 0,037 SP/1 lůžko.

	počet lůžek	počet PSS	počet SP	celkem ZAM	podíl PSS a SP na celkovém počtu ZAM v %	počet PSS na lůžko	počet SP na lůžko
domovy pro osoby se zdravotním postižením	11 682	7 530	432	14 004	56,855	0,645	0,037
domovy pro seniory	35 842	14 410	1 252	33 572	46,652	0,402	0,035
domovy se zvláštním režimem	23 062	10 466	914	23 870	47,675	0,454	0,04
CELKEM	70 586	32 406	2 598	71 446	48,994	0,459	0,037

Zdroj: Statistická ročenka 2021¹, vlastní výpočty

2. Bezpečná práce v péči o člověka v pobytové sociální službě

Pojetí bezpečné práce v péči o člověka je široké, zahrnující mnoho úhlů pohledu. Obecně lze říci, že je to taková péče, která neohrožuje zaměstnance ani klienta na zdraví a životě. Klíčový význam v zajištění bezpečné práce v péči o člověka je počet a následně kvalita personálu. Počet personálu by neměl podkročit stav tak, aby

¹ Statistická ročenka MPSV 2021, tabulka 6.1 a 6.7; dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2021.pdf/399a5912-067c-3798-cb85-5213372dcbd5

- byla zajištěna bazální úroveň každodenních úkonů základních činností sociálních služeb dle zák. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.
 - Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:
 - pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
 - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
 - poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
 - poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
 - pomoc při zajištění chodu domácnosti,
 - výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
 - základní sociální poradenství,
 - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - sociálně terapeutické činnosti,
 - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
 - telefonická krizová pomoc,
 - nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
 - podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.
 - Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.
- každý z úkonů osobní péče vyžadující spolupráci dvou zaměstnanců mohly provést dva zaměstnanci jako prevenci vzniku úrazu zaměstnance, pakliže úkon není možné provést bezpečně za použití technických prostředků (zvedáky apod.).
- docházelo k nepřiměřené duševní zátěži spojené s nedostatkem času na klienta, způsobující frustraci, stres, ztrátu uspokojení z dobře vykonané práce, s rizikem chyb a zanedbávání.
- docházelo k vyhoření a nadměrné fluktuaci způsobené duševní zátěží.

3. Souvislosti fondu pracovní doby

Počet personálu souvisí s řadou okolností, mající vliv na celkový reálný objem pracovního fondu a reálné obsazení směn.

Zcela zásadně do výpočtu potřebného počtu zaměstnanců vstupuje nejen dovolená na zotavenou a povinné vzdělávání (a to nejen ze zákona o sociálních službách, ale také ze zákoníku práce), ale i pracovní neschopnost. Pracovní neschopnost je v segmentu sociálních služeb nadprůměrná a jednotliví poskytovatelé v praxi mohou sledovat, jak se v průběhu času

koreluje její výše v závislosti na počtu personálu. Unavený personál využívá pracovní neschopnost jako nástroj odpočinku od vysoce náročné práce.

Výpočty pracují s ročním fondem pracovní doby, neboť v nepřetržitém provozu jsou uplatňována vyrovnávací období a skutečně odpracovaná doba se v průběhu pololetí liší.

Český statistický úřad uvádí za rok 2021 procento dočasné pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz² pro oddíl CZ-NACE 87 (pobytové služby sociální péče) 7,97 %, a to na výběrovém souboru 68 124 osob.

Informační systém o průměrném výdělku (dále i ISPV) uvádí pro platovou sféru (většina pobytových služeb) v 1. pololetí 2022 průměrnou měsíční neodpracovanou dobu pro nemoc pro kategorii zaměstnání CZ-ISCO téměř 5 321 213 hodin, tj. 7,4 % neodpracované doby pro nemoc.

Při zadávání tohoto údaje k výpočtu personálního standardu může poskytovatel sociálních služeb využít údajů ČSÚ nebo ISPV, avšak nepřesnější je zadání vlastního statistického údaje v intervalu, který si sám určí. Pro sledování trendu doporučujeme čtvrtletní interval, pro případné změny v organizační struktuře pak alespoň roční období.

Do výpočtu dále vstupují další nároky, které zaměstnavatel připouští v rámci dohod se zaměstnanci. Nejčastější jsou tzv. sickdays, jež využívají zaměstnavatelé jako benefit. Dále je to využití a rozložení přestávek. Pokud zaměstnavatel ve 12 hodinové směně využije nejen základní přestávku 30 minut na jídlo a oddech, ale i v jiné době směny umožní přestávku (60 % zaměstnanců sociálních služeb je závislých na nikotinu), získá tím kladné saldo do pracovního fondu. Například, pokud umožní dalších 15 minut odpoledne na přestávku na svačinu a cigaretu, reálná započitatelná pracovní doby činí 11,25 hodin. Zaměstnanci tak získají každodenní legální přestávku, avšak znamená to ročně o 3,4 směny více.

4. Analogie s personálními standardy ve zdravotních službách

Personální standardy dle vyhl. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb v platném znění jsou aplikovány na jednotku 30 lůžek.

Dlouhodobá lůžková péče požaduje v nespécializovaných nelékařských profesích minimálně 11,6 úvazku v denním provozu a 2,6 úvazku v nočním provozu na zajištění směn. Celkem 13,8 úvazku. Tento údaj koresponduje s výpočty podle „koeficientu 25“ na vzorových 30 lůžek pobytových sociálních služeb v profesi pracovník v sociálních službách.

² <https://www.czso.cz/csu/czso/pracovni-neschopnost-pro-nemoc-a-uraz-v-ceske-republice-rok-2021>

5. Návrh konstrukce výpočtu personálního standardu pro pozice pracovník v sociálních službách a sociální pracovník

Návrh vychází:

- z dosavadních zkušeností
- predikce budoucích potřeb v pobytových sociálních službách, v závislosti na počtu klientů v jednotlivých stupních závislosti
- z míry zákonného ocenění jednotlivých stupňů závislosti na péči druhé osoby v korunách, odrážející míru neschopnosti zvládat základní životní potřeby
- z reálné kapacity pracovního fondu pracovníků
- z rozložení směn

6. Počet úvazků pracovníků v sociálních službách

6.1 VÝPOČET MINIMÁLNÍHO POČTU PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PRO ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČNÉHO VÝKONU PRÁCE A BEZPEČNÉ PÉČE

Poskytovatel zadá 6–7 jednoduchých parametrů pro výpočet reálného fondu pracovní doby v hodinách

Příklad:

dovolená	188,00	Poskytovatel dosadí počet hodin dovolené, který poskytuje dané skupině zaměstnanců PSS, např. u nepřetržitého provozu je to 37,5 hod týdně, nárok na dovolenou činí 188 hodin, případně započte i dodatkovou dovolenou
vzdělávání	24,00	Zákonná povinnost vzdělávat se
PN	153,92	Dopočte se z % pracovní neschopnosti a ročního fondu pracovní doby
sick days	16,00	Poskytovatel započte počet hodin sickdays, pokud je poskytuje
další nároky		
	381,92	

součet přestávek v práci min. denní směna	45	Poskytovatel uvede celkový počet minut přestávky, kterou poskytuje skupině zaměstnanců PSS
přestávky v hod denní	0,75	

Pomocný výpočet dnů PN:

procento nemocnosti v organizaci (nebo ve sledované skupině)	7,40
roční fond pracovní doby (viz řádek 2 nebo 3)	2 080,00
výsledný počet dnů pracovní neschopnosti	153,92

Zelená pole vyplní poskytovatel, modrá jsou dopočtena vzorcem.

Ze zadaných údajů se v aplikaci dopočtou další relevantní údaje

Příklad:

roční fond pracovní doby v nepřetržitém režimu 37,5 hod týdně	1 950,00
nároky na odečet z fondu pracovní doby	381,92
reálný roční fond pracovní doby po odečtu nároků v nepřetržitém režimu	1 568,08
reálný roční fond pracovní doby po odečtu nároků v jednosměnném režimu	1 698,08
roční potřeba hodin zajištění 1 ZAM na 12 hodin provozu (denní směna)	4 380,00
roční potřeba hodin zajištění 1 ZAM na 12 hodin provozu se započtením přestávek v práci (denní směna)	4 106,25
denní potřeba hodin zajištění 1 ZAM na 12 hodin provozu (denní směna)	11,25
denní potřeba hodin zajištění 1 ZAM na 12 hodin provozu (noční směna)	12,00

Na základě výše uvedených dat se v aplikaci spočítá nepodkročitelný počet pracovníků v sociálních službách, tak aby práce byla bezpečná a byla zajištěna minimální obsazenost směn v nepřetržitém provozu. Jednotka této velikosti umožňuje individuální péči, schopnost PSS pamatovat si individuální potřeby a pracovat uspokojivě, bez stresu a frustrace. Počet PSS umožňuje výkon úkonů osobní péče ve dvou osobách tam, kde je to potřeba. Poskytovatel by měl organizovat péči tak, aby jednotky byly maximálně ve velikosti 15 lůžek.

Obsazení směny:

	úvazek ve směně	počet hodin ve směně ve 12 hod provozu týdně na 1 ZAM	počet hodin ve směně ve 12 hod provozu týdně celkem	potřebný počet hodin do zajištění provozu ročně	potřebný počet zaměstnanců dle reálného fondu
jednotka 15 osob					
PSS denní směna	2	78,75	157,5	8 190	5,17019
vedoucí domácnosti	0,5	40	20	1 040	0,5
AP	0,5	40	20	1 040	0,5
PSS noční	0,5	84	42	2 184	1,37872
POČET PSS celkem					7,54891

6.2 VÝPOČET OPTIMÁLNÍHO POČTU PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PRO ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČNÉHO VÝKONU PRÁCE A BEZPEČNÉ PÉČE

Poskytovatel zadá 5 jednoduchých údajů do aplikace, a to počty klientů v jednotlivých stupních závislosti na péči v celkové kapacitě lůžek.

- i. Pokud chce zachovat přehled o vyhodnocení závislosti na péči ze strany úřadu práce, zadá údaje podle skutečných rozhodnutí úřadu práce.
- ii. Pokud chce zohlednit skutečný stav a má-li za to, že rozhodnutí úřadu práce skutečný stav nereflektují a zároveň ovládá procesy hodnocení závislosti na péči druhé osoby, zadá údaje vlastního hodnocení.

V aplikaci se dopočte **přepočtený počet pracovníků v sociálních službách v korelaci s výší závislosti na péči druhé osoby (z rozhodnutí ÚP nebo z vlastního hodnocení)**. Při stejné lůžkové kapacitě se tak může měnit potřeba personálu směrem nahoru i dolů.

Počet přepočtených úvazků obsahuje personál potřebný na zajištění denních a nočních směn, pracovníky na aktivizaci a vedoucí pracovníky.

V případě, že poskytovatel poskytuje službu v budovách se složitým členěním, bez snadného audiovizuálního dohledu anebo pracuje se specifickými skupinami klientů uvedenými níže, násobí se potřebný počet pracovníků v sociálních službách násobkem 1,3.

Specifické skupiny:

- Děti
- Osobami s poruchami autistického spektra
- Osobami se specifickým postižením (Huntingtonova choroba, Parinsonova choroba, Alzheimerova choroba, jiné demence, roztroušená skleróza, poúrazové stavy, apod.)
- Osobami s poruchami chování

Minimální počet pracovníků v sociálních službách na jednotku 15 lůžek odpovídá 80% zastoupení klientů ve 3. a 4. stupni závislosti na péči druhé osoby. Při jakémkoli zvýšení zátěže zaměstnanců se dopočítá zvýšení počtu zaměstnanců. Pakliže je poměr klientů ve 3. a 4. stupni závislosti nižší, sníží se i počet pracovníků v sociálních službách potřebných na zajištění směn, avšak takový počet následně nepokryje obsazení směn. Pro zajištění efektivity a vytížení provozu je tedy optimální skladba klientů 80 % ve 3. a 4. stupni závislosti na péči druhé osoby.

Váha jednotlivých stupňů závislosti na péči je dána počtem nezávládaných životních potřeb, které jsou dány § 8 zák. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tzn. Pro 1. stupeň je váha 4, pro 2. stupeň je váha 6, pro 3. stupeň je váha 8 a pro 4. stupeň je váha 10. Rozptyl těchto hodnot zhruba odpovídá rozptylu časové náročnosti péče v jednotlivých stupních závislosti na péči.

Příklad výpočtu dle podílu zátěže klientů ve 3. a 4. stupni závislosti na péči a počtu lůžek

<i>Poměr klientů ve 3. a 4. stupni závislosti na péči</i>	<i>Jednotka 15 lůžek</i>		<i>Jednotka 30 lůžek</i>		<i>Jednotka 50 lůžek</i>	
	<i>základní</i>	<i>specifické skupiny</i>	<i>základní</i>	<i>specifické skupiny</i>	<i>základní</i>	<i>specifické skupiny</i>
<i>80%</i>	<i>7,56*</i>	<i>9,83</i>	<i>15,12</i>	<i>19,67</i>	<i>25,61</i>	<i>33,29</i>
<i>87%</i>	<i>7,93</i>	<i>10,3</i>	<i>15,86</i>	<i>20,62</i>	<i>26,09</i>	<i>33,92</i>
<i>100%</i>	<i>8,17</i>	<i>10,62</i>	<i>16,34</i>	<i>21,24</i>	<i>27,44</i>	<i>35,67</i>

6.3 VÝPOČET OPTIMÁLNÍHO POČTU SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ PRO ZAJIŠTĚNÍ BEZPEČNÉHO VÝKONU PRÁCE A BEZPEČNÉ PÉČE

V aplikaci se dopočte interval přepočteného počtu sociálních pracovníků v korelaci s počtem lůžek. Optimální počet zaměstnanců na pozici sociální pracovník se pohybuje mezi dvěma hodnotami vypočtenými koeficientem 0,04 a 0,05.

Počet přepočtených úvazků obsahuje personál potřebný na zajištění standardních úkonů sociální práce v jednosměnném pracovním režimu, kapacitu pro jednání se zájemci o službu a vedoucí pracovníky.

Například v jednotce s 30 lůžky je potřeba 1,2 – 1,5 úvazku sociálního pracovníka.

Za standardní úkony sociální práce jsou považovány tyto okruhy činností:

- Komunikace s klientem a agendy spojené s klientem
- Individuální plánování péče o klienta
- Komunikace s rodinou jako sekundárním klientem
- Komunikace se zájemci o službu a žadateli
- Sociální šetření při podání žádosti
- Sociální šetření před uzavřením smlouvy
- Vedení depozit nebo spolupráce při vedení depozit

Při 80 % podílu klientů ve 3. a 4. stupni závislosti je na celkový počet lůžek 70 586 k zajištění bezpečné práce potřeba nejméně 35 914,63 pracovníků v sociálních službách. To je o 3132 více, než činí stav v roce 2021. V osobních nákladech to činí 1,6 mld. Kč více.

Vytvoření souboru doporučení a personálních standardů pro bezpečnou práci v sektoru sociálních služeb

Vybrané moderní nástroje k prevenci pracovních úrazů a nemocí z povolání v sociálních službách

Obsah

1. Úvod	3
2. Nástroj č. 1 - Vzdělávání na základě záznamu pohybu a jeho analýzy – Kurz „XXX“	3
2.1 Zdůvodnění volby nástroje	3
2.2 Digitální technologie – systém Motion Capture (MoCap)	3
2.3 Cíl a prvky nástroje č. 1	7
3. Nástroj č. 2 - Školení/ vzdělávání v sebeobraně – Kurz „Sebeobrana“	8
3.1 Zdůvodnění volby nástroje	8
3.2 Co je agrese	8
3.3 Cíl a prvky nástroje č.2	8

1. Úvod

Níže dva popisované nástroje, které přispívají k prevenci úrazů a nemocí z povolání v sociálních službách, byly navrženy v rámci projektu Oborový sociální dialog v oblasti prevence rizik vzniku poškození zdraví zaměstnanců následkem pracovního úrazu nebo nemocí z povolání k pilotnímu ověření. Jedná se o nástroje, které jsou již v řadě jiných oblastí doma i v zahraničí úspěšně uplatňovány.

2. Nástroj č. 1 - Vzdělávání na základě záznamu pohybu a jeho analýzy – Kurz „XXX“

2.1 Zdůvodnění volby nástroje

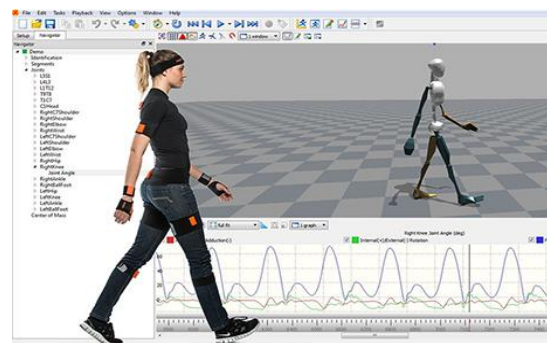
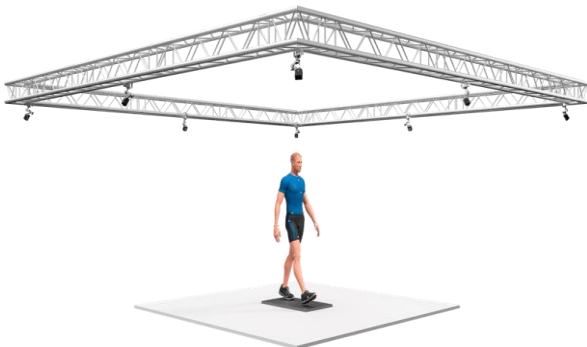
Manipulace s klientem je komplexní proces. Pracovníci v sociálních službách s klientem manipulují i několikrát denně. Škála procesů, při nichž pracovníci s klientem musí manipulovat, je rozsáhlá. Poměrně velký časový prostor i úsilí zabere manipulace při polohování. Při manipulaci s klientem je zatěžován pohybový aparát pracovníka, který je tímto ohrožen vznikem muskuloskeletárních poruch s možným následkem pracovní neschopnosti. Kombinace špatných pohybových návyků, zvýšené fyzické zátěže a přetížení organismu, nedostatečná regenerace a vlivy různých druhů stresorů velmi významně působí na celkovou tělesnou zdatnost a pohybovou výkonnost. Při nesprávné manipulaci je zvyšováno i riziko poškození klienta. Uvedená rizika lze do jisté míry eliminovat použitím manipulačních pomůcek, dodržováním bariérové péče a pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Významným faktorem pro snížení uvedeného rizika je permanentní vzdělávání pracovníků v sociálních službách v oblasti pohybově komunikačních konceptů, které je založeno na pohybové a ergonomické diagnostice pomocí digitální technologie k záznamu pohybu a jeho analýze.

2.2 Digitální technologie – systém Motion Capture (MoCap)

Metody využívající kombinovaných digitálních nástrojů k záznamu a analýze pohybu jsou v současnosti především zastoupeny systémy Motion Capture – systémy pro zachycení pohybu (dále jen MoCap). Tyto systémy využívají kombinace různých typů optických senzorů, značek, kamerových systémů, pohybových a inerciálních senzorů nebo jejich vzájemné kombinace. Pomocí takto získaných informací pak můžeme za pomoci SW nástrojů vytvářet 2D nebo 3D objekty a provádět následnou analýzu pohybů celého těla nebo jeho částí.

MoCap systémy můžeme z pohledu použitých snímacích metod rozdělit na:

- Optické systémy. Optické snímání pohybu vyžaduje použití různých typů kamer umístěných kolem sledovaného objektu. Pro zvýšení přesnosti a eliminaci ztráty informací o pohybu těla se dnes využívá především kombinace kontrolních značek a kamerového záznamu pohybu. Při snímání objektu a kontrolních značek umístěných na těle se využívá kombinace jak standardního, tak i infračerveného snímání. Přesnost systému závisí především na rozlišení a rychlosti snímání, umístění kamer, schopnosti vzájemné synchronizace kamer a počtu použitých kontrolních značek. Čím více kamer a značek, tím lépe, protože pohybující se části těla nebo jednotlivé značky mohou být během pohybu zastíněny nebo blokovány jinými značkami nebo objekty.
- Systémy využívající polohových a pohybových senzorů. Ke snímání polohy a pohybů těla můžeme využít jednoduchých pohybových senzorů nebo komplexních IMU (inerciální měřicí jednotky) s vestavěnými senzory pro detekci pohybu a umístění těla v prostoru. IMU jednotky podle jejich složitosti obsahují jeden nebo několik gyroskopů, akcelerometrů, měřiče tlaku a magnetometry. Kombinace senzorů poskytuje především informace o poloze jednotlivých částí těla, rotační orientaci, zrychlení pohybu a úhlové rychlosti a orientaci v prostoru. Významnou roli hrají také magnetometry, které měří magnetické pole Země nebo uměle vytvořené magnetické pole a umožňují sledovat pozici a orientaci IMU senzorů v prostoru. Přesnost IMU systémů závisí především na počtu snímaných parametrů, přesnosti senzorů, odolnosti vůči magnetickému rušení a schopnosti vzájemné synchronizace použitých IMU jednotek.



Obr. č. 1 – Příklad snímání a záznamu pohybu pomocí optických a IMU systémů

2.2.1 Praktické využití MoCap technologie při záznamu a analýze pohybu

Pro účely praktického sledování a hodnocení pohybu, pohybových vazeb a ergonomické analýzy jsme použili systém vyvinutý společností Xsens, který k záznamu pohybu lidského těla využívá IMU senzorů. Pohyb těla je zaznamenán pomocí 17 speciálních IMU jednotek. Jednotlivé senzory mohou být součástí kompletního měřicího obleku nebo jsou připevněny k jednotlivým segmentům těla (chodidlům, bérce, stehnu, pánvi, hrudní kosti, ramenům, hlavě, pažní kosti, předloktí a rukám) pomocí pružných pásků.

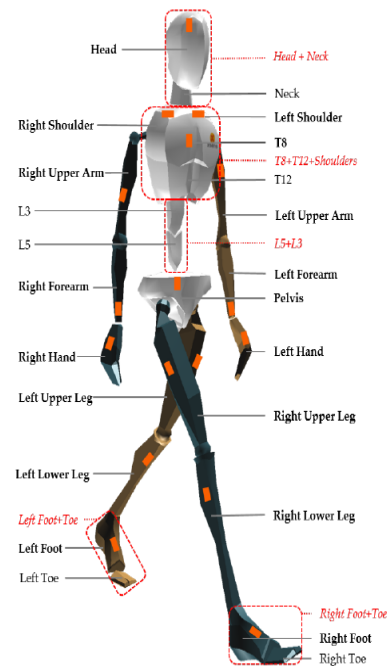
Jednotlivé IMU moduly jsou vybaveny 3D gyroskopy, 3D akcelerometry, baro senzorem a magnetometrem. Všechny senzory jsou magneticky inertní a odolné vůči rušení ze strany průmyslových zdrojů – motory, stroje, prostor vozidla atd. Každý IMU senzor komunikuje bezdrátově se základnovou jednotkou, ze které jsou pak data přenášena do počítače k dalšímu zpracování. K přenosu a záznamu informací z měření je použit patentovaný systém určený k přenosu dat při relativně nízké přenosové rychlosti, který zajišťuje přesnost vzorkování, synchronizaci dat, vysokou provozní odolnost a celkovou stabilitu výstupních dat.

Data získaná z IMU jednotek umístěných na těle zpracovávána pomocí speciálního Softwaru „MVN Analyze“. Základem SW řešení „MVN Analyze“ je pokročilý biomechanický model umožňující jak tvorbu 3D kinematického modelu pohybu lidského těla v reálném čase, tak i následnou komplexní analýzu získaných dat. Biomechanický a kinematický model pracují s reálnými proporcemi měřeného subjektu, které je nutné do systému zadat. Systém MVN používá 23 segmentový biomechanický model s 22 „spojeními“. Pro každý ze spojů je definována úroveň pohybové volnosti 6DOF (6 stupňů volnosti - Degree of Freedom). Pro zobrazení a analýzu trupu se používá se pokročilý, který vypočítá kinematiku páteře, lopatek.

Před každým měřením je nutné provést kalibraci senzorů umístěných na těle měřeného subjektu. V průběhu kalibrace dochází k ověření činnosti a umístění jednotlivých senzorů, jejich identifikaci v prostoru a vůči každému tělesnému segmentu a nastavení jejich vzájemných vazeb.

MVN analýze mimo jiné umožňuje nastavit řadu různých protokolů, které pak analytickému Software předurčují způsob vyhodnocení dat. Nastavení jednotlivých protokolů je důležité jak pro zobrazení měřeného objektu v prostoru, tak i pro 3D kinematiku pohybu. Jednotlivé protokoly souvisí s pohybem měřeného subjektu:

- na rovném povrchu (podlaha, pevné plochy);

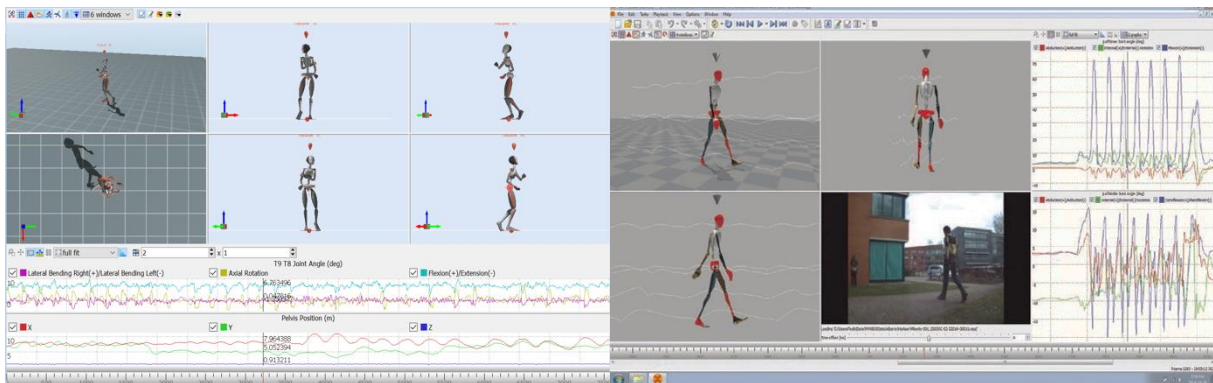


Obr. č. 2 – Umístění Xsens senzorů na těle

- na pružném a nestabilním podkladě (měkké povrchy, pružný/ odpružený podklad);
- při pohybu v jedné rovině (chůze po ploše, změna postoje/ pozice, sed, leh, atd..);
- při pohybu ve více rovinách v prostoru (lezení na žebříku, chůze po schodech, lezení v prostoru);
- jízda ve vozidle (ovládání vozidla).

Výhodou tohoto systému je jeho schopnost zachytit a zaznamenat pohyby celého těla nebo jeho částí v jakékoliv pozici nebo místě bez toho, aniž bychom ztratily informaci a poloze pohybující se části těla nebo mohly přehlédnout určitý detail pohybu. Celé měření je možné propojit s kamerovým záznamem pohybu sledované osoby při vykonávané činnosti v reálném čase.

Při použití Xsens systému tak máme k dispozici jak informace o postavení jednotlivých tělesných segmentů, tak i další informace o pozici, orientaci, zrychlení, rychlosti pohybu, úhlovém zrychlení, úhlové rychlosti atd. Pomocí analytického SW „MVN Analyze“ tak můžeme na základě složitého matematického modelu kinematiky pohybu lidského těla v reálném čase sledovat 3D kinematický model měřené postavy jak z různých pohledů v reálném čase, tak i pomocí grafů a křivek.



Obr. č. 3 – Zobrazení pohybu sledované osoby společně s kamerovým záznamem pohybu

Získaná data pak můžeme vzhledem k jejich přesnosti a rozsahu využít k dalším účelům jako například k:

- detailní analýze pohybu těla jako celku nebo jeho jednotlivých částí
- řadě ergonomických analýz
- aplikacím v oblasti medicíny a rehabilitace (např. analýza chůze – GAIT Analysis)
- tvorbě filmů a herních aplikací
- tvorbě VR a ARV aplikací atd.

2.3 Cíl a prvky nástroje č. 1

Cílem pilotovaného nástroje v prostředí sociálních služeb je zlepšit techniku pohybové zátěže pracovníků, a to pomocí analýzy dat získaných systémem MWN Xsens při jejich výkonu pohybové pracovní činnosti.

Pomocí pilotovaného nástroje lze provádět jak řadu pohybových a ergonomických analýz, tak i realizovat optimalizaci a návrhy nových pracovišť, která budou v souladu s požadavky správné praxe a ochrany zdraví.

Na základě informací o postavení jednotlivých tělesných segmentů a analýzy pohybu v prostoru u vybraných pracovníků je vytvořen popis změn jednotlivých pohybových sekvencí a případných odchylek od obvyklého postavení nebo pohybového vzoru, se kterými je pracovník podrobně seznámen. Pracovník tak dostane znalost o tom, jaké chyby při zvedání břemena (klienta) dělá a jak by to mělo být správně – například:

- předklon hlavy
- postavení hlavy vůči trupu
- postavení krční a hrudní páteře,
- nerovnoměrné postavení roviny ramen, hrudníku nebo pánve
- zvýšené prohnutí bederní páteře
- nerovnoměrný pohyb končetin
- špatné postavení krční páteře a ramen
- rozdíl kontaktu jednotlivých částí chodidla pravé a levé nohy
- pohybová nesouhra horních končetin a ruky při manipulaci
- jednostranné zatížení některé z dolních končetin při pohybu se zátěží
- nutnost kompenzace základního postoje (zvedání chodidel nebo jedné končetiny, opírání končetin a pracovní nástroje – pracovní stůl, linku, atd.)

3. Nástroj č. 2 - Školení/ vzdělávání v sebeobraně – Kurz „Sebeobrana“

3.1 Zdůvodnění volby nástroje

Terénní sociální pracovníci jsou významně ohroženi násilím. Při výkonu své profese se setkávají se silnými emocemi klientů, které mohou přerůst až v agresivitu, která může být směřována k pracovníkům. Literatura upozorňuje na skutečnost, že klient často ví, že není schopen zvládnout svůj problém a terénní sociální pracovník nemusí mít dostatek kompetencí, aby tento problém klientovi pomohl vyřešit. To může vést ke klientově deprivaci a případné fyzické agresi směřované k pracovníkovi.

Nejen literatura v posledních letech upozorňuje na problém narůstající agresivity ze strany klientů a osob jejich blízkého okolí, ale tuto skutečnost ukazují i dostupná data kvalitativních šetření (zejména v posledním období realizované výzkumy Asociace poskytovatelů sociálních služeb a výzkumné studie Výzkumného ústavu bezpečnosti práce, v. v. i.).

3.2 Co je agrese

Agrese je popisována jako útočné jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit. Je potřeba si uvědomit, že ač jsme vyzbrojeni řadou teoretických studií, v praxi dosud agresorům plně čelit neumíme. Jak ale ukazují domácí i zahraniční příklady dobré praxe, v některých případech lze agresi účinně předejít. Stačí vhodně nastavit vzdělávací proces zaměstnanců sociálních služeb (nejen) právě v této oblasti.

Zaměstnanci by měli být v rámci prevence jednak dostatečně informovaní, dále by měli mít k dispozici jasné metodické postupy daného pracoviště pro zvládnání agresivního klienta a v neposlední řadě by měla být ze strany zaměstnavatele nastavena opatření podporující péči o tělesné a duševní zdraví zaměstnanců.

3.3 Cíl a prvky nástroje č.2

Cílem implementace nového nástroje je:

- podrobně rozkrýt základní pojmy agrese, její vznik, rozdělení, spouštěče;
- na modelových prakticky provedených situacích ukázat některé příklady slovní a fyzické agrese vůči personálu v sociálních službách;
- ve spolupráci s účastníky kurzu hledat optimální řešení vzniklých situací formou praktických nácviků.

3.3.1 Rizikové faktory vzniku agrese

V rámci kurzu by měly být rozebrány relevantní rizikové faktory agrese. Ty pak členit z pohledu klienta, osob jeho okolí a z pohledu podmínek „kolem“ pracovníka.

Rozebrány jsou situace, kdy klient či osoba jeho okolí může být ve stresu, pod vlivem návykových látek či může trpět nějakou duševní poruchou, dále může trpět pocitem ohrožení, bezmoci anebo dokonce může mít úraz hlavy či onemocnění mozku.

Doplněna je i skutečnost, že vznik agrese může být podpořen i tím, že pracovník, zejména terénní, je sám na pracovišti, že nemá možnost úniku, spuštění poplachu či přivolání potřebné pomoci, dále že není připraven na agresivního klienta, neumí s ním jednat, popř. umí to pouze částečně a v neposlední řadě tím, že dává najevo strach.

3.3.2 Fáze agresivního jednání

Agresivní útok nevzniká okamžitě, je to delší proces. Zásahem vyškoleného personálu se mu můžeme vyhnout. V rámci kurzu by měly být s pracovníky v sociálních službách podrobně rozebrány 4 fáze agresivního jednání:

- Spouštěcí fáze: lze klienta zklidnit
 - o pozorováním neverbálních projevů, lze vypožorovat napětí nebo stoupající agresi
 - o klienta se chová atypicky, nekoordinovaná gesta, zvyšuje hlas, mluví úsečně, mění barvu, podupává, apod., vstupuje do osobní zóny personálu
- Eskalační fáze: hledá řešení na zklidnění, jiné prostředky
 - o klient přestává reagovat na racionální argumenty, ztrácí kontrolu,...
 - o úniková cesta
- Krizová fáze: nelze zvládnout
 - o jedinec nad sebou ztrácí kontrolu, neví, co dělá, může ohrožovat na životě
 - o pracovník volí cestu uniku, úkrytu, volá policii
- Fáze uklidnění:
 - o klient je vyčerpaný, apatický, lítostivý, skleslý,...

3.3.3 Pravidla ochrany

Kurz by měl věnovat i značnou pozornost základní ochraně/obraně pracovníků. Pracovník se musí velmi rychle zorientovat ve vzniklé situaci a vhodně zareagovat. Pokud sežou psychologické metody, lze využít farmakologické i nefarmakologické prostředky. V případě, že pracovník neumí situaci vyřešit, měl by odejít do bezpečí a volat pomoc (PČR).

V rámci kurzu by mělo být názorně ukázáno a slovně okomentováno základní pravidlo ochrany, kdy pracovník by měl

- zachovat klid, klidné chování, pro agresora akceptující postoj,
- používat empatické věty,
- vytvořit atmosféru důvěry,
- pochopit, zhodnotit situaci, kterou klient prožívá,
- určit, co klient chce a pokud je to možné, vyhovět mu.

Klientovi lze, pokud to situace dovolí, podat ruku, nabídnout občerstvení, místo k sezení. Pomáhá, když situaci převezme zdatnější, respekt budící pracovník.

3.3.4 Princip LOWLINE

V rámci vzdělávacího kurzu je žádoucí, aby účastníci byli seznámeni s uplatněním principu LOWLINE při jednání s klientem:

- 🕒 **L (listen)** **naslouchat:** Aktivní naslouchání problémům či stížnostem klienta, který tak získá příležitost se vyjádřit, nikoliv se s druhou stranou hádat;
- 🕒 **O (offer)** **nabídnout:** Pracovníci by měli nabídnout stručný reflektivní komentář a uznat, že klient pociťuje hněv. Devalvující poznámky by mohly situaci výrazně zhoršit;
- 🕒 **W (wait)** **vyčkat:** Pokud v komunikaci vznikne pauza, vyplatí se vyčkat s dalšími komentáři, například napočítat do deseti;
- 🕒 **L (look)** **sledovat:** Při komunikaci je důležitý oční kontakt; měl by ale být přiměřený jak s ohledem na délku, tak na výraz tváře;
- 🕒 **I (incline)** **naklonit hlavu:** Náklon hlavy naznačí klientovi zájem o řešení nastalé situace, jedná se o prvek neverbální komunikace, který vyjadřuje umírněnost.
- 🕒 **N (nod)** **přítakat:** Občasné přitakání je znamením, že pracovník klientovi i nadále naslouchá;
- 🕒 **E (express)** **vyjádřit snahu:** Pracovníci by měli vyjádřit snahu o pochopení situace, případně empatii, vhodné je stručné a jasné vyjádření.

3.3.5 Reakce pracovníků sociálních služeb na agresivitu

Žádoucí reakce pracovníků sociálních služeb by měla být představena prostřednictvím dvou modulů: teoretického a praktického. První modul představuje základní pravidla pro jednání s agresorem, druhý modul pak představuje praktické ukázky vybraných modelových situací. Oba moduly musí respektovat fakt, že i pracovník má právo na nutnou obranu, která nemusí být vždy „přiměřená“, ale rozhodně nesmí být zcela zjevně nepřiměřená.

MODUL 1: Základní pravidla pro jednání s agresorem

V rámci uvedeného modulu jsou účastníci z řad pracovníků seznámeni se základními pravidly pro jednání s agresorem. Pozornost je věnována následujícím situacím, aspektům...:

- pracovník by neměl být na pracovišti zcela osamocen;
- pracovník sociálních služeb není bojovník;
- pokud situaci pracovník řešit neumí, nechce nebo nemůže, měl by odejít (utéct) do bezpečí a volat o pomoc;
- při kontaktu s agresivním klientem je potřeba zachovat klid, projevovat empatii, naopak neprojevovat strach;
- k agresorovi se pracovník nesmí otáčet zády;

- pokud to situace umožňuje, ne-li vyžaduje, je vždy ku prospěchu věci přivolat fyzicky zdatnějšího nebo respekt budícího pracovníka, nebo autoritu v podobě ředitele;
- v první řadě je potřeba myslet na ochranu svého zdraví, chránit sám sebe;
- pracovník má právo na nutnou obranu, která nemusí být „přiměřená“, ale pouze nesmí být zcela zjevně nepřiměřená;
- unavený, vystresovaný a podrážděný pracovník agresivní jednání klienta spíše podněcuje;
- každá situace spojená s agresivitou ze strany klienta nebo jeho okolí by měla být řádně zdokumentována;
- agresivní klienti by měli mít tuto skutečnost uvedenu v dokumentaci, aby byl personál preventivně informován a mohl se na případné komplikace předem připravit;
- pracovník, který čelil agresi, by měl mít možnost tento zážitek ventilovat nejen se svými kolegy a přímým nadřízeným, ale také na supervizi či s psychologem.

MODUL 2: Praktický výcvik – modelové situace

Modulová situace 1. Agresivní klient v domácím prostředí, rodinný příslušník

Modulová situace 2. Agresivní klient pod vlivem návykových látek

Modulová situace 3. Agresivní klient na lůžku, možný útěk z lůžka

Modulová situace 4. Útočník se zbraní

Modulová situace 5. Verbální agrese, využití empatických vět, přímé, klidné i direktivní chování

Vybrané moderní nástroje k prevenci pracovních úrazů a nemocí z povolání ve zdravotnictví

Obsah

1. Úvod	3
2. Nástroj č. 1 - Školení/ vzdělávání ve Virtuální realitě v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví – Kurz „Použití ochranných pomůcek“	3
2.1 Zdůvodnění volby nástroje	3
2.2 Co je Virtuální realita (VR).....	3
2.3 Cíl a prvky nástroje č. 1	6
3. Nástroj č. 2 - Školení/ vzdělávání v sebeobraně při napadení ze strany pacienta či doprovázející osoby – Kurz „Sebeobrana“	8
3.1 Zdůvodnění volby nástroje	8
3.2 Co je agrese	8
3.3 Cíl a prvky nástroje č. 2	8

1. Úvod

Níže dva popisované nástroje, které přispívají k prevenci úrazů a nemocí z povolání ve zdravotnictví, byly navrženy v rámci projektu Oborový sociální dialog v oblasti prevence rizik vzniku poškození zdraví zaměstnanců následkem pracovního úrazu nebo nemocí z povolání k pilotnímu ověření. Jedná se o nástroje, které jsou již v řadě jiných oblastí doma i v zahraničí úspěšně uplatňovány.

2. Nástroj č. 1 - Školení/ vzdělávání ve Virtuální realitě v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví – Kurz „Použití ochranných pomůcek“

2.1 Zdůvodnění volby nástroje

Pandemie covidu-19 ukázala, jak jsou odvětví zdravotnictví a sociální služby permanentně ohrožována stále novými a novými riziky. Na tuto skutečnost je potřeba reagovat flexibilním odborným vzděláváním v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, které přichází včas. Jedině tak může být vzdělávání funkční v boji s negativními dopady v této oblasti.

Zahraniční zkušenosti, a už i vlastně první domácí, ukazují, že požadovanou rychlost na aplikaci vzdělávacích aktivit v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v případě (nejen) zdravotnických a sociálních pracovníků v oblasti BOZP lze zajistit vzděláváním prostřednictvím virtuální reality.

2.2 Co je Virtuální realita (VR)

Při použití konceptu VR jsou uživatelé zcela řadou vjemů ponořeni do počítačově generovaného prostředí. Virtuálně generované prostředí působí především na jejich zrak, sluch a u některých aplikací na hmatové vjemy. Virtuální realita je proto v současnosti popisována jako jedna z nejvíce pohlcujících technologií, která se právě prostřednictvím vlivu obrazu, zvuku a hmatu snaží uživatele umístit do uměle vytvořeného prostředí. VR aplikace se nyní používají v mnoha průmyslových odvětvích, strojírenství a stavebnictví, zdravotnictví, vzdělávání, vědě a výzkumu, podnikání, armádě a dalších.

U většiny aplikací je virtuální prostředí tvořeno pomocí brýlí a sluchátek nasazených na hlavě uživatele. VR aplikace jsou tvořeny tak, aby uživatel co nejvíce vnímal uměle vytvořené prostředí, v němž se pohybuje.

Nástroje pro virtuální realitu pomáhají v současnosti navrhovat, plánovat, učit, vzdělávat, komunikovat, vzdáleně spolupracovat a ovládat zařízení různé složitosti.

K tvorbě VR prostředí se dnes nejvíce využívají nezávislá virtuální zařízení v podobě bezdrátových virtuálních náhlavních souprav, nebo zařízení umístěných na hlavě spojených s řídicím počítačem pomocí kabelů

2.2.1 Porovnání základních specifíků online a VR školení

<p>Většina online nástrojů se zaměřuje pouze na obsah, takže neexistují nástroje, jak jednat kvantifikovat dané dovednosti procvičované v průběhu školení a jednat měřit pokrok. Uživatelé také nemohou cvičit a aplikovat to, co se naučili v online prostředí.</p>	<p>ZKUŠENOST</p>	<p>Prostřednictvím VR je možné na účastníky školení přenést jak znalost, tak i procesní dovednost a vliv prostředí. Ve VR mají účastníci možnost procvičovat klíčové dovednosti v realistických scénářích VR. Hodnotitelé mají možnost sledovat přímo reakce účastníků a analyzovat jejich chování a zapojení do činnosti.</p>
<p>Většina z online nástrojů postrádá hloubku obsahu a simulací prostředí, kde mohou zaměstnanci procvičovat jakousi formu dovednosti, což vede větší teoretizaci školení.</p>	<p>OBSAH</p>	<p>Díky vhodným stimulačním technikám a znalostnímu obsahu umístěnému do konkrétního prostředí se zaměstnanci mohou naučit dovednosti potřebné ke zlepšení svých rolí. Obsah VR je možné vytvořit v reálném prostředí, ve kterém se má odehrávat pracovní činnosti. Scénáře VR jsou tak zcela relevantní pro školení.</p>
<p>Cena školení se výrazně liší v závislosti na obsahu, platformě a poskytovateli. Do doby ověření aplikovatelnosti školení je ale její návratnost velmi diskutabilní. Mnohdy musíte hledat jiného poskytovatele, abyste našli správný obsah.</p>	<p>CENA</p>	<p>V rámci VR školení lze snadno vyzkoušet přímou interakci pro konkrétní kurz, vidět a vnímat dopad nebo vliv virtualizace. Samostatné náhlavní soupravy VR mohou být sdíleny mezi zaměstnanci nebo mohou vytvářet v závislosti na programovém vybavení provázané kolaborativní skupiny.</p>
<p>Většina online poskytovatelů nemůže porovnávat současné dovednosti studenta, poskytnout přehled o tom, jak se dovednosti zlepšují.</p>	<p>MĚŘENÍ POKROKU</p>	<p>Díky hodnocením a analýzám dovedností ve VR lze kvantifikovat zlepšení týmu a v průběhu času vidět měřitelná zlepšení.</p>
<p>Většina z online kurzů pouze potvrzuje dokončení kurzu nebo absolvování teoretického testu, které neměří skutečný růst dovedností.</p>	<p>DOPAD</p>	<p>Pomocí analýzy zaměstnanců lze měřit pokrok směrem ke konkrétním cílům a technikám, které se měli účastníci v průběhu školení naučit aplikovat. Lze také vidět, jak účastníci vnímají obsah a jak si vedou ve školicích prostředích VR.</p>

2.2.2 Používání a tvorba aplikací VR

Nové moderní technologie, mezi které Virtuální realita (VR) rozhodně patří, nabírají pomalu na obrátkách a postupně se rozšiřují do řady různých odvětví. O jejich využití se uvažuje nejen v herním průmyslu, ale především v technických oblastech a oblastech výuky a vzdělávání. Přes rychlost rozvoje aplikací a různé použití VR technologií a aplikací se ale prozatím velmi málo hovoří o jejich dopadu na lidské tělo a o případných rizicích a vlivech.

V posledních letech se hlavní pozornost soustředila na to, jak dokážeme znovu vytvořit přirozený lidský pohyb ve virtuální realitě a jak jej dokážeme přesně změřit, aby pohyb uživatele v reálném světě odpovídal stejné změně ve virtuální realitě.

Na základě informací výrobců technologií a aplikací a výsledků doposud uveřejněných studií je nutné poukázat na body, kterým by se měla při použití VR technologií a aplikací a jejich vývoji věnovat zvýšená pozornost:

- i. zohlednění věku a charakteristik cílové skupiny uživatelů
 - vliv věku a cílové skupiny je nutné zohlednit především pro vzdělávací aplikace a aplikace pracující s pohybem lidského těla a lidskou psychikou;
 - většina současných výrobců doporučuje neužívat VR technologie pro děti do 12, resp. 13 let věku a populaci trpící neurotickými obtížemi především epilepsií.
- ii. vliv na psychiku uživatelů
 - vjem „vtážení uživatele“ do prostředí VR může podle některých studií u citlivých osob vyvolat stres, úzkost nebo ztrátu pohybové koordinace již po několika minutách používání náhlavní soupravy;
 - nevhodná forma projekce může vyvolat pocit desynchronizace vjemů pro pravou a levou hemisféru (příčinou může být např. špatné zobrazení objektů, nevhodná obnovovací frekvence, nesprávné nastavení zobrazení pro pravé a levé oko, nevhodný způsob pohybu či zobrazování objektů ve virtuálním prostoru).
- iii. Pohyb, stabilita a vnímání prostoru
 - vliv simulovaného pohybu, který není možné správně synchronizovat s pohybem hlavy, končetin a těla uživatele VR technologie má vliv jak na schopnost pohybu a vnímání prostoru, tak na zvýšení únavy a následnou ztrátu pozornosti → uživatelé by měli mít možnost řádného nácviku použití VR technologie na jednoduchých aplikacích vsedě, vestoje a v pohybu, nastavit si uchycení náhlavní soupravy, sluchátek a možnost úpravy vzdálenosti projekčních ploch a ohniskovou vzdálenost zobrazovaných vjemů;
 - při tvorbě aplikací je nutné zapracovat do systému kontrolní mechanismy, které při snížení pozornosti, nebo koordinační schopnosti přinutí uživatele ukončit činnost a odpočívat.
- iv. Zvýšená námaha očí:
 - některé typy VR headsetů a aplikací mohou způsobovat zvýšené namáhání očí, a to zejména díky vysoké intenzitě svitu projekční obrazovky, jejím pixelovým rozlišením, krátké ohniskové vzdálenosti pro akomodaci oka, obnovovací frekvenci či rozsahu pozorovacího úhlu → správným způsobem tvorby aplikací je možné uvést

nedostatky z části nebo zcela eliminovat. Zářným příkladem jsou medicínské aplikace vyvinuté pro zlepšení zrakové ostrosti v amblyopii a pro zlepšení koordinace očí a rukou, vnímání hloubky, reakční doby a koordinace očí.

2.2.3 VR v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci

Priority VR v oblasti BOZP, tak jak vyplynulo z dostupné relevantní literatury, se v současnosti zaměřují především na:

- rozpoznávání rizik,
- procesní učení kritických postupů,
- procesní učení při eliminaci nebezpečných událostí,
- řešení nouzových situací,
- školení při ovládnání určitých typů strojů a zařízení,
- prvotní nácvik ovládnání VZV, bagrů, zemních strojů, zakladačů atd.,
- prvotní nácvik pracovních postupů a kontroly kritických míst při sváření a pájení,
- školení bezpečnosti práce při ovládnání zařízení a strojů využívajících k ovládnání kamer a interaktivních ovladačů jako jsou manipulátory, jeřáby, nakládací ramena atd.,
- některé typy školení o ochraně při práci ve výškách a ochraně proti pádu - tento typ školení se využívá především tam, kde je potřeba upozornit na kritické místo ztráty rovnováhy nebo nebezpečí pádu při nedodržení stanovených postupů.

Základním principem použití VR aplikací je v současnosti jednoduchost. Možnost účastníka školení nepohybovat se a setrvat na jednom místě, ze kterého provádí nácvik činnosti a využití VR aplikací v průběhu krátkého časového úseku obvykle 5 – 10 min.

Obecně provedené studie ukazují, že současné využití VR technologie by nemělo překročit dobu 20 minut.

2.3 Cíl a prvky nástroje č. 1

Cílem nástroje je mj. zlepšit techniku a nácvik správného používání osobních ochranných pracovních prostředků (OOPP). Jedná se o jedny z nejdůležitějších epidemiologických opatření, reagujících na potenciální riziko kontaktu s infekčním činitelem.

Požadované prvky vzdělávacího kurzu:

- správný a přesný postup při oblékání a svlékání OOPP
 - o čistá část oddělení
 - o septická část oddělení
 - o střídání směn
- zásady použití OOPP při práci
- upozornění na nejčastější chyby
- nakládání s infekčními OOPP, chemickými látkami a biologickými činiteli

Vzdělávací kurz, resp. aplikaci je potřeba využívat nejen ve VR se standalone brýlemi, ale i na jakémkoliv 2D zobrazovacím zařízení (tablet, PC, mobilní telefon).

Uživatel by měl provádět jednotlivé interakce v předem vytvořených prostředích, které jsou co nejvíce podobné realitě. Cílem je vytvořit podmínky tak, aby školení bylo co nejvíce podobné skutečným procesům, které se ve zdravotnictví a sociálních službách provádějí. Z hlediska prováděných úkolů ve VR, má daná osoba všechny potřebné objekty v dostupné vzdálenosti (max. 2 kroky na každou stranu). Je tedy potřeba maximálně 3x3 metru plocha na školení.

Vybraná aplikace ve VR cílí primárně na headset Oculus Quest 2, to znamená, že dokáže fungovat bez výkonného zařízení (např. počítač) a na libovolném místě o potřebné velikosti 3x3m.

Technologie nabízí hand tracking (ovládání pomocí rukou). Konkrétní scénáře jsou ovládány formou hand trackingu a dostupné vzdálenosti. Z toho vyplývá, že uživatel objekty zvedá pomocí rukou a pohyb v daném úkolu je řešený pomocí reálného chzení (vše v blízké dostupnosti uživatele). Uživatel se přemísťuje mezi jednotlivými pozicemi pomocí tzv. stříhů (ztmavení displeje, přemístění pozice a následné odtemnění). Pro interaktivní objekty je využitý vizuální management.

Cílem kurzu je vytvořit maximální uživatelskou jednoduchost na vymodelovaném 3D prostředí s vysokou mírou imerze ovládaného pomocí hand trackingu.

Aplikace se věnuje vzdělávání a tréninku, je zcela autonomní, tzn., není potřeba asistence, či doprovodného výkladu další osobou. Může tedy probíhat zcela samostatně.

Všechny potřebné informace předá uživateli avatar, či jiný vizuální prvek.

VR aplikace:

- Simuluje reálné prostředí
- Obsahuje cca 20 interaktivních prvků
- Vzdělávací režim – předdefinovaný scénář s vloženou nápovědou (Průvodce/Avatar) pro možnost autonomního využití
- Tréninkový režim - testuje nabyté znalosti (bez nápovědy)

3. Nástroj č. 2 - Školení/ vzdělávání v sebeobraně při napadení ze strany pacienta či doprovázející osoby – Kurz „Sebeobrana“

3.1 Zdůvodnění volby nástroje

Ne každý pacient je schopen zvládat novou, pro něj problémovou situaci, zvláště když prožívá strach a úzkost, je nespokojený s průběhem hospitalizace, když až příliš citlivě vnímá aktuálně sdělenou nepříznivou diagnózu, je zklamán z málo nadějně prognózy, z omezených možností léčby či prožívá silnou bolest. Všechny tyto okolnosti, ale i mnoho dalších, mohou vést k nepříznivé reakci nemocného, v některých případech mohou vyústit v agresi.

Nejen literatura v posledních letech upozorňuje na problém narůstající agresivity ze strany pacientů a jejich doprovodu, ale tuto skutečnost ukazují i dostupná data kvalitativních šetření (zejména v posledním období realizované výzkumy Asociace poskytovatelů sociálních služeb a výzkumné studie Výzkumného ústavu bezpečnosti práce, v. v. i.).

3.2 Co je agrese

Agrese je popisována jako útočné jednání s cílem záměrně nebo nezáměrně ublížit. Sestra je mnohdy první osoba, která se v klinické praxi s pacientem setkává. Je to právě ona, která s ním komunikuje v čekárně, přijímá ho na oddělení, předává pokyny, které nemocného směřují na další vyšetření, ošetřuje zranění a v neposlední řadě stojí po boku lékaře, aby mu asistovala při odborných výkonech. Sestra je osobou, která může jako první vnímat a pozorovat výkyvy nálad, změny v chování a reakce nemocného člověka. Je potřeba si však uvědomit, že ač jsme vyzbrojeni řadou teoretických studií, v praxi dosud agresorům plně čelit neumíme. Jak ale ukazují domácí i zahraniční příklady dobré praxe, v některých případech lze agresi účinně předejít. Stačí vhodně nastavit vzdělávací proces zaměstnanců zdravotnictví (nejen) právě v této oblasti.

Zaměstnanci by měli být v rámci prevence jednak dostatečně informovaní, dále by měli mít k dispozici jasné metodické postupy daného pracoviště pro zvládání agresivního pacienta a v neposlední řadě by měla být ze strany zaměstnavatele nastavena opatření podporující péči o tělesné a duševní zdraví zaměstnanců.

3.3 Cíl a prvky nástroje č. 2

Cílem implementace nového nástroje je:

- podrobně rozkrýt základní pojmy agrese, její vznik, rozdělení, spouštěče;
- na modelových prakticky provedených situacích ukázat některé příklady slovní a fyzické agrese vůči zdravotnickému personálu;
- ve spolupráci s účastníky kurzu hledat optimální řešení vzniklých situací formou praktických nácviků.

3.3.1 Rizikové faktory vzniku agrese

V rámci kurzu by měly být rozebrány relevantní rizikové faktory agrese. Ty pak členit z pohledu pacienta, jeho doprovodu a z pohledu podmínek „kolem“ zdravotníka.

Rozebrány jsou situace, kdy pacient či jeho doprovod může být ve stresu, pod vlivem návykových látek či může trpět nějakou duševní poruchou, dále může trpět pocitem ohrožení, bezmoci anebo dokonce může mít úraz hlavy či onemocnění mozku.

Doplněna je i skutečnost, že vznik agrese může být podpořen i tím, že zdravotník je sám na pracovišti, že nemá možnost úniku, spuštění poplachu či přivolání potřebné pomoci, dále že není připraven na agresivního pacienta, neumí s ním jednat, popř. umí to pouze částečně a v neposlední řadě tím, že dává najevo strach.

3.3.2 Fáze agresivního jednání

Agresivní útok nevzniká okamžitě, je to delší proces. Zásahem vyškoleného zdravotnického personálu se mu můžeme vyhnout. V rámci kurzu by měly být se zdravotníky podrobně rozebrány 4 fáze agresivního jednání:

- Spouštěcí fáze: lze pacienta zklidnit
 - o pozorováním neverbálních projevů, lze vypožorovat napětí nebo stoupající agresi
 - o pacient se chová atypicky, nekoordinovaná gesta, zvyšuje hlas, mluví úsečně, mění barvu, podupává, apod., vstupuje do osobní zóny personálu
- Eskalační fáze: hledá řešení na zklidnění, jiné prostředky
 - o pacient přestává reagovat na racionální argumenty, ztrácí kontrolu,...
 - o úniková cesta
- Krizová fáze: nelze zvládnout
 - o jedinec nad sebou ztrácí kontrolu, neví, co dělá, může ohrožovat na životě
 - o zdravotník volí cestu uniku, úkrytu, volá policii
- Fáze uklidnění:
 - o pacient je vyčerpaný, apatický, lítostivý, skleslý,...

3.3.3 Pravidla ochrany

Kurz by měl věnovat i značnou pozornost základní ochraně/obraně zdravotníků. Zdravotník se musí velmi rychle zorientovat ve vzniklé situaci a vhodně zareagovat. Pokud selžou psychologické metody, lze využít farmakologické i nefarmakologické prostředky. V případě, že zdravotník neumí situaci vyřešit, měl by odejít do bezpečí a volat pomoc (PČR).

V rámci kurzu by mělo být názorně ukázáno a slovně okomentováno základní pravidlo ochrany, kdy zdravotník by měl

- zachovat klid, klidné chování, pro agresora akceptující postoj,
- používat empatické věty,
- vytvořit atmosféru důvěry,
- pochopit, zhodnotit situaci, kterou pacient prožívá,

- určit, co pacient chce a pokud je to možné, vyhovět mu.

Pacientovi lze, pokud to situace dovolí, podat ruku, nabídnout občerstvení, místo k sezení. Pomáhá, když situaci převezme zdatnější, respekt budící zdravotník.

3.3.4 Princip LOWLINE

V rámci vzdělávacího kurzu je žádoucí, aby účastníci byli seznámeni s uplatněním principu LOWLINE při jednání s klientem:

- ⌚ **L (listen)** **naslouchat:** Aktivní naslouchání problémům či stížnostem pacienta, který tak získá příležitost se vyjádřit, nikoliv se s druhou stranou hádat;
- ⌚ **O (offer)** **nabídnout:** Sestry by měly nabídnout stručný reflektivní komentář a uznat, že pacient pociťuje hněv. Devalvující poznámky by mohly situaci výrazně zhoršit;
- ⌚ **W (wait)** **vyčkat:** Pokud v komunikaci vznikne pauza, vyplatí se vyčkat s dalšími komentáři, například napočítat do deseti;
- ⌚ **L (look)** **sledovat:** Při komunikaci je důležitý oční kontakt; měl by ale být přiměřený jak s ohledem na délku, tak na výraz tváře;
- ⌚ **I (incline)** **naklonit hlavu:** Náklon hlavy naznačí pacientovi zájem o řešení nastalé situace, jedná se o prvek neverbální komunikace, který vyjadřuje umírněnost.
- ⌚ **N (nod)** **přítakat:** Občasné přitakání je znamením, že sestra pacientovi i nadále naslouchá;
- ⌚ **E (express)** **vyjádřit snahu:** Sestry by měly vyjádřit snahu o pochopení situace, případně empatii, vhodné je stručné a jasné vyjádření.

3.3.5 Reakce zdravotníka na agresivitu

Žádoucí reakce zdravotníka by měla být představena prostřednictvím dvou modulů _ teoretického a praktického. První modul představuje základní pravidla pro jednání s agresorem, druhý modul pak představuje praktické ukázky vybraných modelových situací. Oba moduly musí respektovat fakt, že i zdravotník má právo na nutnou obranu, která nemusí být vždy „přiměřená“, ale rozhodně nesmí být zcela zjevně nepřiměřená.

MODUL 1: Základní pravidla pro jednání s agresorem

V rámci uvedeného modulu jsou účastníci z řad zdravotníků seznámeni se základními pravidly pro jednání s agresorem. Pozornost je věnována následujícím situacím, aspektům...:

- zdravotník by neměl být na pracovišti zcela osamocen;
- zdravotník není bojovník;
- pokud situaci zdravotník řešit neumí, nechce nebo nemůže, měl by odejít (utéct) do bezpečí a volat o pomoc;

- při kontaktu s agresivním pacientem je potřeba zachovat klid, projevovat empatii, naopak neprojevovat strach;
- k agresorovi se zdravotník nesmí otáčet zády;
- pokud to situace umožňuje, ne-li vyžaduje, je vždy ku prospěchu věci přivolat fyzicky zdatnějšího nebo respekt budícího zdravotníka, nebo autoritu v podobě lékaře;
- v první řadě je potřeba myslet na ochranu svého zdraví (nemyslet s pocitem léčit, že mohu ublížit), chránit sám sebe;
- zdravotník má právo na nutnou obranu, která nemusí být „přiměřená“, ale pouze nesmí být zcela zjevně nepřiměřená;
- unavený, vystresovaný a podrážděný zdravotník agresivní jednání pacienta spíše podněcuje;
- každá situace spojená s agresivitou ze strany pacienta nebo jeho okolí by měla být řádně zdokumentována;
- agresivní pacienti by měli mít tuto skutečnost uvedenu v anamnéze, aby byl personál preventivně informován a mohl se na případné komplikace předem připravit;
- zdravotník, který čelil agresivnímu jednání, by měl mít možnost tento zážitek ventilovat nejen se svými kolegy a přímým nadřízeným, ale také na supervizi či s psychologem.

MODUL 2: Praktický výcvik – modelové situace

Modulová situace 1. Agrese v čekárně

Modulová situace 2. Agrese doprovod, rodinný příslušník, čekárna, ordinace lékaře

Modulová situace 3. Agresivní pacient pod vlivem návykových látek, sesterna, osamocená sestra

Modulová situace 4. Agresivní pacient na lůžku, možný útěk z lůžka

Modulová situace 5. Útočník se zbraní

Modulová situace 6. Verbální agrese, využití empatických vět, přímé, klidné i direktivní chování, komunikace

Tento projekt je realizován v rámci oblasti prevence rizik vzniku poškození zdraví zaměstnanců následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání financovaných z příspěvku podle § 320a písm. b) zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů v roce 2022.