



## **Zdravotně-sociální pomezí v sociálních službách**

Výstup z kulatého stolu pořádaného v rámci projektu Ke kvalitě v Charitě II  
dne 25. února 2019

Charita ČR uspořádala kulatý stůl k problematice zdravotně-sociálního pomezí v rámci projektu Ke kvalitě v Charitě II<sup>1</sup>. Toto téma považují poskytovatelé sociálních služeb za velmi palčivé. Proto chceme přispět k takovému modelu péče, který odpovídá na sociální a zdravotní potřeby člověka, a pojímá je v komplexnosti. Poskytnutí zdravotní péče v domácnosti nebo v pobytové sociální službě je nejen nejlevnější variantou pro pojišťovnu, ale zároveň je nejpříznivější pro samotného klienta/pacienta. Je tedy žádoucí, aby pro tento výkon zdravotní péče byly zajištěny odpovídající podmínky.

Poskytovatelé sociálních služeb vnímají, že motivem přesunu pacienta ze zdravotnického zařízení do pobytové služby není vždy zlepšení jeho zdravotního stavu, ale často je naopak určen nastavením systému (dosazení neoficiálního limitu doby pobytu, potřeba uvolnění lůžka apod.). Stejně tak indikace jednotlivých výkonů se může lišit v závislosti na dostupnosti zdravotní péče v tom kterém zařízení. Toto nastavení, v němž mají v podstatě potřeba systému přednost před potřebami pacienta/klienta, je potřeba změnit.

Poskytovatelé poukazují na nejasná pravidla pro zařazení jednotlivců podle jejich zdravotního stavu buď do zdravotnických zařízení, nebo do pobytových sociálních služeb. Nadto je třeba upozornit na nesrozumitelnost systému i pro samotné uživatele služeb a jejich blízké – mnozí nerozumějí tomu, jakou kvalitu a rozsah péče mohou v různých zařízeních (oddělení interní medicíny v nemocnici, léčebna dlouhodobě nemocných, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, odlehčovací služby) očekávat, a důvodu, proč určité služby jsou zpoplatněny a jiné nikoli. Tato nesrozumitelnost ve svém důsledku snižuje dostupnost péče.

Problémy vnímáme nejen v oblasti sociálních služeb péče, ale také v sociálních službách prevence s cílovou skupinou osob bez domova. V zásadě neexistují typy služeb uzpůsobené špatnému zdravotnímu stavu a snížené soběstačnosti některých lidí bez domova.

---

<sup>1</sup> Projekt Ke kvalitě v Charitě II, reg. číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/17\_071/0007576 je financován z Evropského sociálního fondu, OP Zaměstnanost.

## **Oblast služeb sociální péče**

### **Zajištění zdravotní péče v pobytových službách sociální péče:**

Výkony kategorizované jako zdravotnické může vykonávat pouze zdravotník. V pobytové sociální službě mohou být tyto potřeby pro klienty zajišťovány dvěma způsoby – jednak zaměstnáním zdravotní sestry odbornosti 913 (všeobecná sestra v sociálních službách) nebo nasmlouváním poskytování domácí zdravotní péče (odbornost 925) klientům využívajícím danou službu. V praxi je však velmi obtížné zdravotní péči těmito způsoby dostatečně zajistit.

Zdravotní sestra zaměstnaná v pobytové sociální službě (913) má vykazané zdravotní úkony proplaceny<sup>2</sup> od zdravotní pojišťovny, ostatní činnost, kterou v rámci pracovní náplně vykonává, musí však zaměstnavatel uhradit z jiných zdrojů (poskytovatelé služeb uvádějí, že výnosy od zdravotních pojišťoven pokrývají pouze 40–50% nákladů).

Specifikem pracovní náplně zdravotní sestry v sociálním zařízení jsou vysoké nároky na rozhodování a orientaci v nových a složitých situacích, péči je nutno poskytovat ve stejné kvalitě, jako je tomu ve zdravotnických zařízeních, avšak bez opory lékařských autorit přímo v zařízení. Lékaři indikují výkony jako autorita dané pobytové službě vnější, sestra má zároveň zodpovědnost za předávání informací o klientovi lékaři.

Pokud však služba nemá zaměstnanu zdravotní sestru a do služby dochází sestra domácí péče, péče je poskytnuta pouze v rozsahu výkonů proplacených pojišťovnou, tedy obecně v rozsahu výrazně menším. Tak se může stát, že osobám se srovnatelnou potřebou je v různých pobytových službách poskytnut odlišný rozsah péče. Menší pobytové služby péče mají v praxi problém zajistit nepřetržitou přítomnost zdravotní sestry (nebo dostupnost „na telefonu“), zejména ve večerních a nočních hodinách.

### **„Zdravotně-sociální pomezí“:**

Sociální služby péče využívají klienti, kteří potřebují například tyto zdravotní výkony:

- podávání stravy do PEGu
- výměna sáčků u stomií
- nastavení jednotek do inzulinového pera a aplikace inzulinu

---

<sup>2</sup> Do tohoto způsobu financování vstupuje ještě tzv. regulace, uplatňovaná některými pojišťovnami, kdy neproplatí všechny vykazané výkony. Poskytovatelé mají zkušenosti s odlišnými přístupy pojišťoven – např. za 60 pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny je uhrazeno za měsíc 190 tis. Kč a za 30 pojištěnců jiné zdravotní pojišťovny 300 tis. Kč (poskytnutá zdravotní péče je přitom v obdobném rozsahu).

- měření glykemie, měření krevního tlaku
- aplikace čípku, podávání léků do úst, ale i dohled nad užíváním léků
- bandážování nohou
- ošetření počátečních stádií dekubitů, převaz dekubitů
- odsávání hlenů
- polohování
- rehabilitační cvičení
- mechanická manuální pomoc při vyprazdňování
- aplikace kapek nebo mastí do očí
- podání rektálního diazepamu při epileptickém záchvatu
- manipulace s močovým katétre - vypuštění moči a zpětné uzavření katétru

Zaměstnanci sociálních služeb mají zkušenost, že lékaři tyto výkony nechtějí předepisovat a argumentují např. domněnkou, že tyto výkony jsou hrazeny z Příspěvků na péči, nebo tím, že pokud by dotyčný nevyužíval sociální službu, budou mu s těmito úkony pomáhat rodinní příslušníci, popř. tyto úkony zvládne sám. Praktičtí lékaři navíc podle zkušeností v některých případech nejsou ochotni docházet za klientem do sociální služby a předepisovat mu další výkony<sup>3</sup>.

Lékaři se určité výkony zdráhají předepisovat, což lze vysvětlit důvodnými obavami, že by tím překročili neoficiální limity a v rámci zpětné kontroly od pojišťovny by jim tyto proplacené úkony byly seškrtnány a platba stržena z dalších plateb. Poskytovatelé mají zkušenost i s případy, kdy lékaři odmítají předepsat i další zdravotní pomůcky, např. inkontinenční, s argumentem, že byl vyčerpán limit. Protože klienti bez těchto pomůcek být nemohou, sociální služba je pak většinou nucena je uhradit z jiných zdrojů.

Pracovníci v sociálních službách, kteří o klienty služeb pečují, zdravotní výkony nemohou provádět, neboť nejsou zdravotnickými pracovníky podle zákona č. 96/2004 Sb.). Navzdory výše popsaným domněnkám nelze srovnávat neformální péči v domácím prostředí s prací sociální služby, kde se poskytování péče řídí platnou legislativou<sup>4</sup>. V případě poškození zdraví klienta by pracovníci vykonáním těchto výkonů riskovali trestní odpovědnost, stejně tak jako poskytovatel služby, pokud se tak dělo s jeho vědomím, nebo na jeho pokyn. Do stejného rizika se dostává i zdravotní sestra, která by provedla bez indikace lékaře úkony, které sice smí provádět, ale pouze s indikací lékaře.

---

<sup>3</sup> Někdy je nepředepsání výkonu opodstatněné, neboť není naplněn celý obsah výkonu – např. se lék jen podá z lékovky, nepřipravuje se.

<sup>4</sup> Analogicky můžeme uvést, že v nemocničním zařízení rovněž nemůže zdravotní péči pacientovi poskytovat jeho rodinný příslušník či příbuzný.

### **Situace terénních a ambulantních služeb:**

Terénní pečovatelská (sociální) a ošetrovatelská (zdravotní) služba, jejichž pracovnice mnohdy docházejí i do domácností stejných klientů, jsou v zásadě dva oddělené a vzájemně nekomunikující subjekty<sup>5</sup>. Poskytovatelé pečovatelské služby narážejí např. na následující situace:

- Klient nemá od lékaře předepsány potřebné zdravotní výkony, členové rodiny je z časových důvodů vykonávat nemohou, pečovatelská služba nesmí, ošetrovatelskou službu nelze zajistit, neboť výkony nejsou indikovány – není tedy jak péči zajistit.
- Ošetrovatelská služba nemůže poskytnout výkony v rozsahu, v němž je klient potřebuje (např. klient potřebuje úkon 5x denně, ošetrovatelská služba může přijít pouze 3x denně). Velké nejasnosti panují zejména kolem užívání léků u klientů, kteří už je nedovedou užívat bez podpory (zapomínají si vzít léky, případně zapomínají, zda je užili, a hrozí tedy nedostatečné dávkování, nebo předávkování, podobné problémy nastávají i u klientů, kteří mají problémy se zrakem nebo jemnou motorikou). V praxi často dochází k tomu, že ošetrovatelská služba podávání léků nemůže zajistit a klientovi při užití léku asistuje pečovatelská služba.

U ambulantních služeb, na rozdíl od pobytových zařízení (např. domovy pro seniory), není smlouva o poskytování zdravotních výkonů prostřednictvím vlastních pracovníků se zdravotními pojišťovnami zaručená zákonem (tzv. kontraktační povinnost). Za klienty ambulantní sociální služby, kterým indikoval zdravotní výkon praktický lékař, dochází tedy sestra domácí zdravotní péče. Problém nastává ve chvíli, kdy výkon není indikován s odůvodněním, že když ho může provést rodinný příslušník, může ho provést i pracovník v sociálních službách.

### **Rizika plynoucí z popisovaného stavu:**

- Pokud nebude výkon klientovi včas poskytnut nebo nebude péče poskytnuta v dostatečném rozsahu a kvalitě, hrozí zhoršení jeho zdravotního stavu.
- Z dlouhodobého hlediska hrozí, že klienti, kteří jsou zatím v domácím prostředí, se budou muset přesouvat do pobytových sociálních služeb, popř. klienti v pobytových službách do léčeben dlouhodobě nemocných.
- V určitých případech se jedná o bariéru ve využívání sociální služby, případně využívání služby přestává mít pro klienta přínos, a péči je nutné zajistit rodinnými příslušníky (což v mnoha případech buď není možné, nebo to rodinným příslušníkům znemožní chodit do zaměstnání a vykonávat další běžné aktivity).

---

<sup>5</sup> V praxi je však samozřejmě míra jejich vzájemné komunikace a spolupráce různá – zejména pak obě služby spolupracují, pokud jsou poskytovány stejnou organizací.

- Trestně-právní postih pro ty, kdo se nechají vmanipulovat do poskytnutí zdravotního výkonu bez indikace lékaře/bez potřebné odbornosti.
- Finanční neudržitelnost poskytování pobytových sociálních služeb péče se zajištěním zdravotní péče sestrou odbornosti 913 pro poskytovatele z řad nestátních neziskových organizací.

V praxi sociální služby péče řeší tuto problematiku různými způsoby ve snaze dostat zákonným požadavkům a zajistit kvalitní péči o klienty. Obecně se ale shodují na tom, že výše uvedené systémové nastavení pro ně představuje významná úskalí v poskytování služeb.

## **Doporučení**

### **Doporučení v krátkodobém horizontu:**

- Uložit krajům povinnost zajistit přítomnost/dostupnost zdravotní sestry v zařízení pobytové služby sociální péče po 24 hodin denně.
- Doporučujeme Ministerstvu zdravotnictví, aby vydalo pro zdravotní pojišťovny nařízení o nutnosti dodržování Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. při své revizní činnosti v agenturách domácí zdravotní péče a v pobytových zařízeních sociálních služeb. Tím by se mělo zabránit „regulacím“ a „škrtáním“ výkonů revizními lékaři. Zdůrazňujeme, že pojišťovny by měly postupovat primárně podle platné legislativy, nikoli podle svých interních předpisů.

### **Doporučení v dlouhodobém/koncepčním horizontu:**

- Posun celého systému k více celostnímu přístupu, který zajistí práce v multidisciplinárních týmech – velkým problémem aktuálního systému je, pokud lékař pracuje jako „solitér“ (tedy nespolupracuje se sociální službou). Je rovněž potřeba zdůraznit, že v některých krajích je problém vůbec i lékaře sehnat, a to jak praktického lékaře, tak specialistu.
- Přehlednost a srozumitelnost systému a přístupnost k nejvhodnější formě péče pro uživatele by měla být zajištěna zejména skrze koordinátory péče na obci s rozšířenou působností.
- Za stávající situace podporujeme zachování tzv. kontraktační povinnosti na sestru odbornosti 913, což je jeden z mála prvků systému, který přináší určité jistoty pro poskytovatele sociálních služeb. Navrhujeme ale změnu systému proplácení – místo bodových úhrad by bylo vhodnější využívat paušální platbu za ošetřovací den.
- Pro fungování systému je základní podmínkou dostatek zdravotnických pracovníků. V posledních letech však pozorujeme zejména odliv zdravotních

sester z ošetrovateľskej služby a sociálnych služieb do nemocníc (a obecně pak odliv sester do zahraničí), kvůli lepším platovým podmínkám.

- Požadujeme, aby Ministerstvo zdravotníctví přepočítalo mzdové indexy na skutečnou výši mzdových nákladů, které poskytovatelé mají, a zajistilo dostatečné prostředky z veřejného zdravotního pojištění na úhrady nepřetržitého fungování zdravotní sestry v sociálních službách.
- Rovněž je potřeba podporovat společenskou prestiž profese zdravotní sestry, aby studenti byli motivováni si tento obor vybírat pro své budoucí studium.
- Kromě toho je třeba zajistit dostatek lékařů v posudkové službě.
- Možnost nahrazování LDN kvalitními sociálními službami (terénními, pobytovými), které by měly zajištěny stejné financování jako LDN, případně transformovat LDN tak, aby zde byla zajištěna kvalitní péče.

V delším horizontu by bylo možné uvažovat i o výraznější transformaci zdravotního pojištění na systém, který by spojil pojištění zdravotní i sociální péče.

---

### **Oblast preventivních služeb – potřeby lidí bez domova**

Problémy zdravotně-sociálního pomezí vnímáme zejména ve službách s cílovou skupinou lidí bez domova. O poskytnutí služby žádají (nebo jsou přivázeni ze zdravotnických zařízení) lidé, jejichž zdravotní stav je velmi špatný a nejsou soběstační. Služby azylového domu, noclehárny nebo nízkoprahového denního centra jsou však koncipovány pro klienty v dobrém zdravotním stavu a soběstačné.

### **Jedná se především o osoby s následujícími charakteristikami:**

- 1) Osoby v seniorském věku se sníženou mobilitou a/nebo trpící stařeckou demencí,
- 2) osoby dezorientované, trpící pravděpodobně dosud nedignostikovaným psychiatrickým onemocněním (nebo zaměstnancům sociální služby není diagnóza známa), osoby trpící demencí nebo jinými, dignostikovanými psychiatrickými onemocněními,
- 3) osoby téměř nebo zcela imobilní,
- 4) osoby trpící inkontinencí,
- 5) osoby se závislostí na alkoholu či drogách,
- 6) osoby v pooperačních a poúrazových stavech,
- 7) osoby trpící dalšími vážnými dlouhodobými onemocněními a zdravotními problémy,

- 8) osoby v nízkoprahových službách trpící akutními zdravotními problémy, které jsou v běžném prostředí dobře řešitelné, ovšem bez vhodného zázemí se stávají vleklými a komplikují se.

Tyto osoby by do daných sociálních služeb neměly být přijaty, neboť pro ně nejsou odpovídajícím způsobem vybaveny (služby jako azylový dům, nízkoprahové denní centrum nebo noclehárna neposkytují služby sociální péče, ani nedisponují zdravotnickým personálem). Protože ale v danou chvíli nejsou pro tyto osoby jiné možnosti ubytování, poskytovatelé služeb se jim snaží podle svých možností pomoci, a zároveň vyhledat pro klienta vhodnou službu péče, případně zdravotnické zařízení. Někdy se rovněž podaří domluvit, že za klientem dochází do azylového domu pracovníci pečovatelské nebo ošetrovatelské služby (v případě pečovatelské služby klienti ale často nemají prostředky na úhradu péče podle vyhlášky č. 505/2006 Sb, nepobírají invalidní důchod ani příspěvek na péči).

### **Statistika z náhodně vybraného azylového domu:**

Při kapacitě 32 klientů službu využívá v současné době:

- 5 klientů s různými formami demence (alkoholová, poúrazová),
- 6 klientů s různými fyzickými omezeními (po mrtvici, artrózy, špatná chůze apod.),
- dalších odhadem 5-6 klientů s psychickými potížemi, někdy diagnostikovanými, většinou nediodagnostikovanými.

Minimálně polovina klientů azylového domu, jako zařízení prevence, tedy vyžaduje nějakou formu péče.

Za rok 2018

Z celkového počtu 48 ukončených klientů:

Problém se závislostí	21 (44%)
Oslabení v oblasti:	19 (39,5%)
• fyzické	6 (12,5 %)
• duševní	7 (14,5 %)
• kombinované	6 (12,5 %)

Zaměstnanci sociálních služeb pro lidi bez domova rovněž uvedli, že podle jejich zkušeností přibývá osob bez domova v seniorském věku, kteří trpí závažnými zdravotními problémy a nejsou soběstační. Dále také v rámci dané obce často vědí o osobách bez domova, které se dostávají do velmi rizikových situací (např. hrozba omrzlin, umrznutí), avšak kvůli (pravděpodobně) psychickým problémům nejsou schopni nabízené formy podpory přijmout, ani podstoupit zdravotní vyšetření.

Při kontaktu se zdravotníky v některých případech zaměstnanci sociálních služeb vnímají jejich negativní postoje vůči osobám bez domova, stejně jako poměrně nízké povědomí o fungování preventivních sociálních služeb. To bohužel ztěžuje vzájemné porozumění a ve výsledku negativně dopadá na pacienty/klienty. Zaměstnanci sociálních služeb mají i zkušenosti s tím, že ambulance odmítají jejich klienty ošetřovat, a informace, které jim o klientech předávají, lékaři nevnímají jako relevantní.

## **Doporučení**

### **Doporučení v krátkodobém horizontu – příklady dobré praxe**

- Nastavení procesu předání člověka z nemocnice do sociální služby:
  - Dostatečná komunikace mezi zdravotní a sociální službou, nastavení dlouhodobé spolupráce mezi sociální službou, policií, magistrátem/obecním úřadem, krajským úřadem (zejména zdravotním radou kraje) a zdravotnickými zařízeními – např. pomocí společných workshopů, pravidelných setkání multidisciplinárního týmu apod.
  - Provádění sociálních šetření zaměstnanci sociální služby ještě během hospitalizace potenciálního klienta, a to nejen v případě, že se počítá s následným využitím pobytové sociální služby, ale i ambulantní.
  - Pokud dojde k tomu, že dotyčný je přivezen z nemocnice do sociální služby bez vědomí jejích zaměstnanců, a ti zjistí, že jeho zdravotní stav pobyt neumožňuje, je vhodné před převozem zpět do zdravotnického zařízení sepsat dopis, v němž je popsán zjištěný stav, a v případě, že zdravotnické zařízení odmítá člověka přijmout zpět, vyžadovat stvrzení podpisem, že i přes popsáný stav nebude dotyčný do zdravotnického zařízení přijat zpět. Pokud se takový případ (nebo takové případy) stane, je vhodné na to reagovat vyvoláním jednání s ředitelem daného zdravotnického zařízení.
- U osob, které pobývají na ulici a i přes špatný zdravotní stav odmítají využít nabízených forem pomoci:
  - Osvědčilo se dlouhodobé motivování po drobných krocích, postupné navazování kontaktu, a to i za pomoci pozitivní motivace např. skrze poskytnutí oblíbených potravin z potravinové pomoci.
  - Pokud už dotyčný je ochoten absolvovat vyšetření ve zdravotnickém zařízení, je vhodné mu předem nabídnout možnost vykonání osobní hygieny a čisté šatstvo, za účelem lepšího přijetí ze strany zdravotnického personálu.



## **Doporučení v dlouhodobém horizontu**

### **Návrhy týkající se oblasti zdravotnictví:**

- Rozvoj, posílení sociální práce v nemocnicích.
- Edukace zdravotnických pracovníků v problematice bezdomovectví a rozvoj povědomí o sociálních službách.
- Zřizování služby sociálního lůžka ve zdravotnickém zařízení, která by byla zaměřena na osoby bez přístřeší (za účelem doléčení), je potřeba zajistit finanční motivaci pro zdravotnická zařízení, aby tuto službu zřizovala.

### **Návrhy týkající se změn Zákona o sociálních službách:**

- Vytvoření nových typů služeb, které by v sobě automaticky kombinovaly služby prevence a služby péče a byly by zaměřeny na osoby bez přístřeší (pozn. ve službě by musela být zajištěna i zdravotní péče).
  - Přidání péče do základních činností azylového domu tak, aby bylo možné pomoci i člověku staršímu a/nebo nesoběstačnému. Osoby se sníženou soběstačností by tak bylo možné zařadit do okruhu osob, jimž se služba poskytuje.
    - V azylových domech s takto definovanou cílovou skupinou by bylo vhodné zřizovat i izolační pokoje pro klienty s infekčním onemocněním, kde by byla indikovaná zdravotní péče zajištěna prostřednictvím domácí zdravotní péče.
  - Vytvoření služby podobné zařízením Přístav, které v současnosti provozuje Armáda spásy – pobytová sociální služba, která by umožňovala důstojné dožití lidem bez domova v seniorském věku, s prvky komunitního fungování, následně zřízení nejméně jedné takové služby v každém kraji. U těchto služeb bude nutné nastavit takový způsob financování, aby byly této nízkopříjmové cílové skupině dostupné.
  - Vytvoření nového typu sociální služby „mokrý azylový dům“, určené pro osoby bez domova trpící aktivní závislostí a se zajištěním sociální a zdravotní péče, následně zřízení nejméně jedné takové služby v každém kraji.

### **Další opatření:**

- Systematický vznik kompetenčních týmů na krajích složených ze zdravotního rady, vedoucího sociálního odboru kraje, sociálních pracovníků ORP a sociálních pracovníků nemocnice, vedoucí k zajištění účinné spolupráce a výměně informací.

- Zřízení sítě ordinací všeobecných a specializovaných lékařů, kteří by garantovali poskytnutí zdravotní péče lidem bez domova a v doléčení, včetně zřízení detašovaných ordinací přímo v azylových domech. Osvědčují se rovněž lékaři nebo zdravotní sestry, kteří pracují přímo v terénu a mohou tedy poskytnout pomoc i lidem bez domova, kteří aktuálně nevyužívají žádné jiné služby.
- Zřízení sociálního bydlení s podporou terénních pečovatelských a zdravotních služeb pro začleňování cílové skupiny lidí bez domova se sníženou soběstačností.
- Podpora navýšení kapacity domovů pro seniory a Domovů se zvláštním režimem, aby byla zkrácena čekací doba a bylo možné poskytnout takovou sociální službu lidem, kteří to potřebují, co nejdříve; Řešit situaci lidí s nízkými příjmy a lidí bez domova, kteří nemají na úhradu pobytové služby. Tak aby jejich přijetí nedopadalo na rozpočet dané sociální služby.

### **Podpůrná opatření:**

- Dostatečná dostupnost lůžek v Centrech duševního zdraví navázaná na transformaci psychiatrické péče, navýšení kapacity pobytových sociálních služeb a sociálního bydlení, aby nedošlo ke zvýšenému výskytu bezdomovectví u skupiny osob s duševním onemocněním.
- Zavést způsoby (např. nadační fondy, speciální projekty), jakými by mohli být lidem bez domova financovány např. kvalitní zubní náhrady, protézy, brýle, antikoncepční prostředky apod.

Zpracovaly: Mgr. Iva Kuchyňková ([iva.kuchynkova@charita.cz](mailto:iva.kuchynkova@charita.cz)),  
 Mgr. Jana Klusáková Sed'ová ([jana.klusakova@charita.cz](mailto:jana.klusakova@charita.cz)),  
 Mgr. Martina Veverková ([martina.veverkova@charita.cz](mailto:martina.veverkova@charita.cz))