

odborný časopis 

cena: 50 Kč / 2,3 €

sociální služby

Soběstačný pacient
je hlavním cílem
ergoterapie

Uznávání odborné
kvalifikace

Terapie

Což takhle dát si hudbu aneb Muzikoterapie v praxi



Vala®

Správná volba, která Vám usnadní práci

Jednorázové produkty Vala® Vám ušetří náklady i čas spojené s péčí o klienty



Co nabízejí produktové řady Vala®

Clean měkké žínky k hygieně klientů

Fit ochranné bryndáky

Comfort víceúčelové utěrky



 odborný časopis
sociální služby

Odborný časopis Sociální služby
Měsíčník vydávaný Asociací poskytovatelů
sociálních služeb ČR

Adresa: Vančurova 2904, 390 01 Tábor
Tel./fax: +420 381 213 332
www.socialnisluzby.eu, www.apsscr.cz
www.facebook.com/Socialnisluzby
IČO 604 458 31

Ročník: 22

Číslo: 10/2020 ŘÍJEN

Cena: 50 Kč / 2,3 € (cena letních dvojčísél: 69 Kč / 3 €)

Roční předplatné: 538 Kč / 24,4 €

Objednávky: www.send.cz („Časopisy odborné“).

Členové APSS ČR objednávají časopis písemně,
e-mailem nebo telefonicky na adresu vydavatele
nebo redakce, případně na www.socialnisluzby.eu.

Vychází: V Táboře 10x ročně, 20. den v měsíci,
resp. nejbližší následující pracovní den

Redakce:

Šéfredaktorka: Ing. Petra Cibulková

sefredaktor@apsscr.cz

+420 607 056 221

Zástupkyně šéfredaktorky: Mgr. Ivana Vlnová

redakce@apsscr.cz

+420 734 155 996

Jazyková korektura:

české texty: Mgr. Tamara Kajznerová a redakce

APSS SR: Mgr. Juliana Hanzová

ZPSS v SR: Mgr. Mária Grigová

Redakční rada:

Mgr. Petr Brázda

Ing. Petra Cibulková

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

JUDr. Vladimír Hort

Ing. Renata Kainráthová

Ing. Daniela Lusková, MPA

Mgr. Alena Sakařová

Mgr. Andrea Tajanovská, DiS.

Mgr. Jan Vrbický

Grafické zpracování a tisk:

RUDI, a. s., Komenského 1839, 390 02 Tábor

Distribuce:

SEND Předplatné, s. r. o., Ve Žlábku 1800/77,

hala A3, 193 00 Praha 9 – Horní Počernice,

www.send.cz, tel.: 225 985 225, GSM: 777 333 370,

fax: 225 341 425, e-mail: send@send.cz,

SMS: 605 202 115

Objednávky a distribuce na Slovensku:

MAGNET PRESS, SLOVAKIA, s. r. o.

P. O. Box 169, 830 00 Bratislava, Slovensko

Tel.: 004212/67201931-33 předplatne

e-mail: predplatne@press.sk, www.press.sk

Fotografie a ilustrace:

Není-li uvedeno jinak:

Fotky & Foto a archivy autorů příspěvků

Foto na titulní straně:

Fotky & Foto

Elektronická verze časopisu:

www.alza.cz

Příspěvky a inzerce:

Příspěvky mohou být redakčně upravovány a kráceny.

Inzerci, PR články a příspěvky do rubrik Stráčky

z domova a Pro inspiraci přijímá zástupkyně šéfredaktorky.

Za obsah inzerce a PR článků odpovídá zadavatel.

Přetiskování krátkých úryvků článků je možné pouze

s uvedením názvu, jména autora článku, ročníku,

čísla a strany. Přetiskování celých článků či jejich částí

přesahujících jeden odstavec je možné pouze se svolením

redakce. Uzavěrka je vždy 15. dne předchozího měsíce.

Další pokyny naleznete na www.socialnisluzby.eu.

Registrace:

Povoleno rozhodnutím MK ČR E 11018

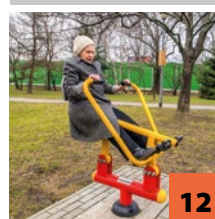
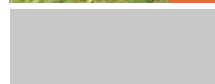
ISSN 1803-7348

Z obsahu čísla:

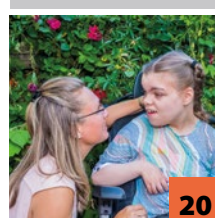
- **Aktuality APSS ČR** 5
- **Institut vzdělávání APSS ČR: Nabídka otevřených kurzů** 6
- **Stalo se ...** 9
- **Terapie: Což takhle dát si hudbu aneb Muzikoterapie v praxi, I. díl** 10
- **Kinezioterapie: Kinezioterapie a její uplatnění v sociálních službách, 2. díl** 12
- **Reportáž: Diskuzní panel Život s COVIDem při i po pandemii** 17
- **Statistika: Jsou zdroje v sociálních službách optimálně využity?** 19
- **Komunikace: Etická a na člověka orientovaná komunikace s osobami s handicapem v oblasti mentálního zdraví, 3. díl** 20
- **„Bazální stimulace mnohým dopomohla k návratu do plného vědomí,“ říká první certifikovaná lektorka konceptu v ČR a SR Karolína Maloň Friedlová** 24
- **Raná péče: Raná péče v České republice, 2. díl** 28
- **Ergoterapie: Soběstačný pacient je hlavním cílem ergoterapie** 34
- **Terapie: Divadelní tvorba jako příležitost být sám sebou, 2. díl** 38
- **Veřejný ochránce práv: Mýty a fakta u výkonu opatrovnictví, I. díl** 43
- **Technologie: Aplikace pomáhá s logopedickou terapií** 45
- **Pro inspiraci: Doplnění názvů podniků** 45
- **Zařízení certifikovaná Značkou kvality** 46
- **Stráčky z domova** 47



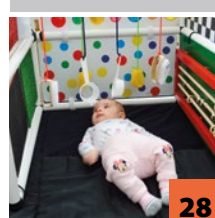
10



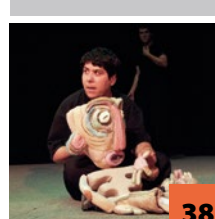
12



20



28



38



47

Dokonalé, viděte.

A co když někdy ne?



Obtížné životní situace mohou být zmírněny prostřednictvím sociálních služeb. Jejich poskytovateli jsou veřejné a nestátní neziskové organizace.

Važme si jich. Sami je můžeme potřebovat.



www.muzemejepotrebovat.cz



fb.com/muzemejepotrebovat



Když je tolik lidí osamělých, bylo by neomluvitelně sobecké, být osamělý sám.

Tennessee Williams

(1911–1983)

americký dramatik, představitel psychologického dramatu



ÚVODNÍK VICEPREZIDENTA

DOMOV DĚLAJÍ DOBRÉ VZTAHY



Ke konci jarní vlny covidové pandemie se na sociálních sítích objevila iniciativa, jejíž propagátoři tvrdili, že vysoká úmrtnost klientů domovů pro seniory v době pandemie je jasným důkazem toho, že by se tyto domovy měly zrušit, neboť v domácím prostředí je starý člověk nejen více spokojen, ale také by se zde nenakazil. To je prosím velmi zjednodušená a spíše s nadsázkou parafrázováno. Nicméně člověk, který problematiku nezná a nečetl další návazné materiály a vyjádření, by výše zmíněné sdělení takto mohl pochopit.

Známemu, který byl velký propagátor této iniciativy, jsem měla sto chutí udělat nabídku. Mohl si k sobě domů vzít některého z našich klientů, o něhož se stará rodina a naše služba jí pomáhá. Třeba paní se silnou demencí, která žije s dcerou, jež je sama většinou před důchodem a je zaměstnaná na celý úvazek. Tato dcera svou maminku sice posílá k nám do denního stacionáře, nicméně doma, kdy se vrátí ze zaměstnání, se od ní prakticky nehne a několikrát za noc k ní vstává. Maminka nikoho jiného než dceru neakceptuje, takže je vše na ní. Dcera už opravdu „mele z posledního“ a toužebně čeká na telefonát z některého domova se zprávou, že maminku přijmou. Má ji velmi ráda a trochu se trápí tím, že „ji někam chce dát“, ale na druhou stranu je jí jasné, že tato situace je neudržitelná – jako pečující to nezvládne buď zdravotně, nebo vztahově, neboť vnímá, že se intenzivní péčí o maminku odtahuje od své vlastní rodiny. Případů, kdy se pečujícímu zcela rozpadla rodina, jsem ve své dlouholeté praxi zažila několik...

Ano, souhlasím, že je nutno nastavit podmínky tak, aby staří lidé mohli zůstat co nejdéle doma, ale rovněž je nutno mít k dispozici i dostatek pobytových služeb. Je důležité si uvědomit, že se za poslední léta úplně posunula věková struktura obyvatel – děti se rodí matkám nad hranici třiceti let, tím pádem padesátiletí rodiče mívají doma dvacetileté studenty a minimálně sedmdesátileté rodiče... Navíc často mají pečující osoby větší zdravotní potíže než ti, o které se starají. Nelze proto paušálně říci, že domovy pro seniory jsou přežitkem a měly by se zrušit.

Měla jsem možnost navštívit poměrně dost zemí a všude, i v těch hodně bohatých a sociálně zaměřených, jako je Švýcarsko, Holandsko nebo Island, domovy jsou. A rozhodně to nejsou jen malé domovy komunitního charakteru. Nicméně i poměrně velký domov lze stavebně i organizačně koncipovat tak, že klient vůbec nebude mít pocit, že je v ústavním zařízení. Moc ráda vzpomínám na islandský Soltún nebo nizozemské domovy pro seniory. Je však nutno si uvědomit to hlavní: domov dělají hlavně dobré vztahy.

Před nějakou dobou jsem s bývalým spolužákem řešila situaci jeho stárnoucích rodičů. Nyní jsme se potkali, a když jsme probírali, jak při jednání dopadl, moc mě u srdce zahřála věta: „Víš, já jsem byl strašně překvapený, že všude, kam jsem zavolaal, na mě byli milí, příjemní a opravdu se mi snažili pomoci.“ A o tom to je...

Ing. Renata Kainráthová,

viceprezidentka APSS ČR pro terénní služby

EDITORIAL



Milí čtenáři,

když jsem přemýšlela o tématu říjnového editoria, jako první mě napadlo, že se v říjnu koná Týden sociálních služeb (5.–11. října) a v rámci něho pro vás APSS ČR pořádá již tradiční výroční kongres. V minulém roce jsme doufali, že do jeho realizace příliš nezasáhne úmrtí Karla Gotta, v tom letošním nám naše přípravy zhatil COVID, kvůli kterému jsme jeho konání museli přesunout na únor příštího roku. A tak mě napadla myšlenka, co je na tom letošním roce tak zvláštního. Z numerologického hlediska dojdeme při sečtení číslic roku 2020 k součtu 4, což není jednoduché číslo. Koncem minulého roku jedna pražská numeroložka předpověděla, že nás v tom roce letošním čeká náročná období, ve kterém budeme muset posbírat odvalu k tomu, abychom učinili několik nevyhnutelných změn. Mně osobně tento rok přinesl změn hned několik. Převzala jsem pozici šéfredaktorky, můj syn začal chodit do 1. třídy, dcera do nové mateřské školy a koncem roku se budeme stěhovat do našeho vysněného rodinného domu. Pro mě je to tedy rok plný výzev, očekávání a těšení se. Zároveň ale nezapomínám na to, že tyto změny se mnou prožívají i moji blízcí. Moji prarodiče jsou celí v euforii ze svého pravnoučka a neustále vyzvídají, jak se měl ve škole a kolik má nových kamarádů. Ve svých více než 80 letech se těší z maličkostí. Ale co takoví senioři, kteří jsou kvůli COVIDu v izolaci, nemohou se potkávat s rodinou, přáteli, dojit si na obyčejný nákup, ať už žijí v nějakém pobytovém zařízení sociálních služeb, nebo stále ve své domácnosti. Nezapomínejme, že toto jsou pro člověka v produktivním věku svým způsobem obyčejné, běžné věci, ale seniorům dokáží vykouzlit úsměv na tváři.

S přáním krásného října

Ing. Petra Cibulková, šéfredaktorka

NOVINKA Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky vydává novou odbornou publikaci

Management a kvalita sociálních služeb

Kniha kolektivu autorů je pomocníkem a průvodcem všech manažerů v sociálních službách s ambicí obsáhnout alespoň podstatné oblasti a otázky, se kterými se právě manažeři potýkají. Zároveň se publikace věnuje kvalitě sociálních služeb, a to ze všech různých úhlů pohledu – určena je nejen pro manažery, ale i odborné pracovníky, kteří se kvalitou zabývají. Hlavním cílem autorů je zvýšit a zvyšovat kvalitu sociálních služeb v ČR a být oporou, ale i podporou manažerům v sociálních službách.



Cena: 349 Kč

**Členové
APSS ČR:
269 Kč**

Objednávejte na:

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR

Vančurova 2904, 390 01 Tábor,

tel./fax: 381 213 332 provolba č. 6, e-mail: redakce@apsscr.cz

<http://shop-apsscr.alvepi.com/>



Diakonie
Českobratrské církve evangelické

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a Diakonie ČCE společně vyhlašují 8. ročník ocenění

Národní cena sociálních služeb

Pečovatel/ka roku 2020



Od 1. 11. do 10. 11. 2020 můžete na webových stránkách www.pecovatelkaroku.cz v internetovém hlasování udělit svůj hlas jednomu z 20 vybraných nominovaných pracovníků.

Vítěz obdrží **Cenu veřejnosti**. Slavnostní vyhlášení proběhne 1. prosince 2020 na Novoměstské radnici v Praze. Patronkou ocenění je Hana Maciuchová.

Chceme ocenit pracovníky sociálních služeb ve 3 kategoriích:

- **Pracovník v sociálních službách (pečovatel/ka roku)** v pobytových službách v terénních službách v ambulantních službách
- **Sociální pracovník**
- **Manažer sociálních služeb**

<http://www.apsscr.cz/narodni-cena/>

XII. výroční kongres se přesouvá



S ohledem na aktuální průběh koronavirové epidemie se **APSS ČR rozhodla přesunout pořádání XII. výročního kongresu poskytovatelů sociálních služeb v Táboře, který byl naplánován na 8.–9. října 2020, na termín 17.–18. února 2021**. Stávající objednávky, výzvy k platbě a již provedené platby zůstávají v platnosti a přihlášené účastníky přesouváme na nový únorový termín.

Způsob přihlašování na únorový termín a způsob úhrady za účast na něm je shodný jako dosud.

Členové APSS ČR k 30. 9. 2020:
1 204 organizací
a 2 680 registrovaných služeb



NABÍDKA KURZŮ

na podzim 2020



K vybraným kurzům je možno se připojit on-line za předpokladu dostatečného technického zázemí.
Bližší informace na telefonu 724 940 126.



Novela zákoníku práce. Jaké změny čekají zaměstnavatele?

Lektor: JUDr. Vladimír Hort

Brno – 29. 10. 2020

Brno

21. 10. 2020	Komunikace v obrazech se zaměřením na osoby s demencí	Mgr. Andrea Tajanovská
22. 10. 2020	Jak zvýšit sebevědomí svoje, svých kolegů a klientů	Mgr. Roman Pešek
5. 11. 2020	Přístup zaměřený na člověka	Mgr. Markéta Vaculová
9. 11. 2020	Emoce v obrazech	Mgr. Andrea Tajanovská
23. 11. 2020	Emoce v obrazech	Mgr. Andrea Tajanovská
23. 11. 2020	Opatrovnictví a svéprávnost v sociálních službách	Mgr. Denisa Kramářová
2. 12. 2020	Jak lépe komunikovat v pomáhajících profesích	Mgr. Tomáš Ergens, DiS.

Hradec Králové

30. 11. 2020	Opatrovnictví a svéprávnost v sociálních službách	Mgr. Denisa Kramářová
--------------	---	-----------------------

Ostrava

26. 10. 2020	Základy paliativní péče	Mgr. Lucie Pohlová, DiS.
27. 10. 2020	Demence v obrazech	Mgr. Lucie Pohlová, DiS.
2. 11. 2020	Úvod do problematiky poruch autistického spektra	JUDr. Dagmar Zápotočná, MBA
5. 11. 2020	Jak zvýšit sebevědomí svoje, svých kolegů a klientů	Mgr. Roman Pešek
6. 11. 2020	Základy KBT v práci s klienty úzkostnými, fobickými a s depresivními problémy	Mgr. Roman Pešek
9. 11. 2020	Příprava poskytovatelů sociálních služeb na inspekci kvality	Mgr. Jiří Vlček, DiS.
16. 11. 2020	Týmová spolupráce v sociálních službách	Mgr. Petra Kluzová
18. 11. 2020	Management rizikových situací v sociálních službách	Mgr. Lucie Pohlová, DiS.
19. 11. 2020	Lůžko jako rizikový faktor	Mgr. Lucie Pohlová, DiS.
24. 11. 2020	Komunikace v obrazech se zaměřením na osoby s demencí	Mgr. Andrea Tajanovská
25. 11. 2020	Individuální plánování s uživateli trpícími demencí	Mgr. Andrea Tajanovská
30. 11. 2020	Konflikt a jeho řešení	Mgr. Petra Kluzová
1. 12. 2020	Emoce v obrazech	Mgr. Michaela Veselá
2. 12. 2020	Motivace versus manipulace klientů v sociálních službách	Mgr. Michaela Veselá
3. 12. 2020	Etika v obrazech ve službách sociální péče	Mgr. Markéta Vaculová
7. 12. 2020	Výživa člověka v době nemoci a ve stáří, pohybové aktivity	PhDr. Jarmila Verešová, PhD.
11. 12. 2020	Hodnocení a motivace pracovníků sociálních služeb	Mgr. Petra Kluzová
14. 12. 2020	Proměny stáří a gerontooblek	Bc. Renata Kratochvílová Křemenová

Praha

21. 10. 2020	Jak zvládat emoce	PaedDr. Vladimír Šik, Ph.D.
22. 10. 2020	Jejda, už Vám zase zaskočilo, paní Tichá!	Pavla Hýblová
26. 10. 2020	Jak zvýšit sebevědomí svoje, svých kolegů a klientů	Mgr. Roman Pešek
27. 10. 2020	Vyjednávání podmínek smlouvy a dojednání cíle spolupráce	Mgr. Magda Hejlová
2. 11. 2020	Komunikace v obrazech se zaměřením na osoby s demencí	Mgr. Andrea Tajanovská
3. 11. 2020	Praktický průvodce individ. plánováním nejenom v pečovatelských službách	Mgr. Marcela Hauke
4. 11. 2020	Verbálně nekomunikující – praktické nácviky metod AAK	Mgr. Irena Lintnerová
5. 11. 2020	Revize vnitřních pravidel a postupů realizace sociální služby	Mgr. Tomáš Ergens, DiS.
10. 11. 2020	Základy KBT v práci s klienty úzkostnými, fobickými a s depresivními problémy	Mgr. Roman Pešek
11. 11. 2020	Hry v sociální práci z pohledu transakční analýzy	Mgr. et Mgr. Markéta Skálová
16. 11. 2020	Validace podle Naomi Feil II	Mgr. Renáta Nentvichová Novotná
19. 11. 2020	Vykazování na zdravotní pojišťovny v odbornosti 913	Ing. et Bc. Renata Prokešová
20. 11. 2020	Komunikace v obtížných situacích	Mgr. Bc. Jaroslava Chaloupková
23. 11. 2020	Jak vyhrát nad papíry aneb Řízení dokumentace v praxi	Bc. Jan Syrový
24. 11. 2020	Nemotivovaný klient – přemotivovaný pracovník	Mgr. et Mgr. Markéta Skálová
26. 11. 2020	Sexualita v seniorském věku	doc. PhDr. Dana Štěrbová, Ph.D.
27. 11. 2020	Chronické hojení ran	PhDr. Mgr. Miroslava Kubicová, Ph.D.
1. 12. 2020	Manipulativní chování a jak se mu bránit	Mgr. Jaromír Basler
2. 12. 2020	Základy práce s riziky při poskytování sociálních služeb	Bc. Jan Syrový
3. 12. 2020	Já jsem OK – ty jsi OK aneb partnerský přístup ke klientovi	Mgr. et Mgr. Markéta Skálová
8. 12. 2020	Asertivita jako strategie jednání pro pracovníky sociálních služeb	Mgr. Michal Žmolík

Tábor

21. 10. 2020	Verbálně nekomunikující – úvod k metodám AAK	Mgr. Irena Lintnerová
22. 10. 2020	Asertivita jako strategie jednání pro pracovníky sociálních služeb	Mgr. Michal Žmolík
26. 10. 2020	Terapeutická zahrada – úvod do problematiky	Mgr. Markéta Jindřichovská Brabencová
27. 10. 2020	Náměty na tvorbu individuálních plánů uživatelů sociálních služeb	Mgr. Michaela Veselá
2. 11. 2020	Nemotivovaný klient – přemotivovaný pracovník	Mgr. et Mgr. Markéta Skálová
3. 11. 2020	Hry v sociální práci z pohledu transakční analýzy	Mgr. et Mgr. Markéta Skálová
4. 11. 2020	Nácvik sociálních dovedností u osob s poruchami autistického spektra	Mgr. Adam Zápotočný
10. 11. 2020	Hlavní příčiny stresu a jeho odstraňování	Mgr. Jaromír Basler
11. 11. 2020	Sociální práce s agresivním klientem	PaedDr. Vladimír Šik, Ph.D.
12. 11. 2020	Komunikace nepříjemné zprávy	Mgr. Michal Žmolík
13. 11. 2020	Mozkový jogging	MgA. Bc. Lenka Čurdová
18. 11. 2020	Já jsem OK – ty jsi OK aneb partnerský přístup ke klientovi	Mgr. et Mgr. Markéta Skálová
19. 11. 2020	Vztek při práci s klientem aneb Zvládání agrese klientů i vlastní	Bc. et Mgr. Veronika Valentová
20. 11. 2020	Klíč ke zdravější paměti a mozku	MgA. Bc. Lenka Čurdová
26. 11. 2020	Jak zvýšit sebevědomí svoje, svých kolegů a klientů	Mgr. Roman Pešek
27. 11. 2020	Základy KBT v práci s klienty úzkostnými, fobickými a s depresivními problémy	Mgr. Roman Pešek
30. 11. 2020	Komunikace v obrazech se zaměřením na osoby s demencí	Mgr. Andrea Tajanovská
1. 12. 2020	Přestaňte na mě křičet...! Aneb Laskavý a pozitivní přístup ke klientovi	Mgr. Andrea Tajanovská
2.–3. 12. 2020	E-Qalin 2020/2021 – školení procesních manažerů	Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA; Mgr. David Šourek
3. 12. 2020	Motivace versus manipulace klientů v sociálních službách	Mgr. Michaela Veselá

Kontakt: Mgr. Magda Dohnalová, manažerka vzdělávání | mobil: 724 940 126 | tel. 381 213 332, provolba č. 2 | e-mail: institut@apsscr.cz

Testování příjmu a majetku v procesu vstupu žadatele do sociální služby v zahraničí – I.

V minulých číslech jsme představili „Komparativní studii situace ve dvou oblastech poskytovaných sociálních služeb ve vybraných evropských zemích“, realizovanou Ministerstvem práce a sociálních věcí prostřednictvím individuálního projektu „Rozvoj sociálních služeb“ (jejím zpracovatelem bylo ACCENDO – Centrum pro vědu a výzkum) ve vztahu k tématu nelegálně poskytovaných sociálních služeb. Nyní se více zaměříme na její část, která se věnuje posouzení oprávněnosti nároku zájemce pro vstup do sociální služby¹, konkrétně na téma příjmových a majetkových testů, které jsou v analyzovaných zemích (Finsko, Slovinsko, Itálie, Německo, Rakousko, Polsko) zavedeny. Celkově lze shrnout, že majetkové a příjmové testy nejsou v žádné z těchto zemí používány pro rozhodnutí, zda má osoba nárok na péči, či nikoliv, jsou však využívány při stanovení, zda a v jaké výši bude osoba tyto služby hradit.

FINSKO

V kompetenci obcí, které za zajištění sociálních služeb finským občanům odpovídají, je rozhodnout, zda budou poplatky vybírat v maximální zákonem povolené míře, případně zda poplatky sníží či nebudou požadovat vůbec. V praxi hrazení poplatků za sociální služby od uživatelů ve většině případů vyžadují, a to především u služeb typu domácí péče a výpomoci v domácnosti; u služeb pobytových je míra vyžadování poplatků nižší. Pokud si klient nemůže dovolit hradit poplatky za danou službu, ačkoli ji na základě hodnocení objektivně potřebuje, obdrží ze sociálního systému příspěvek v dostatečné výši k jejímu uhrazení. Výše poplatků se stanovuje individuálně s ohledem na majetek a celkové příjmy (včetně např. výnosů z investic, dividend, pronájmu nemovitého majetku) klienta, přičemž zákon stanovuje pouze maximální výši poplatků. Poplatky jsou tedy stanoveny podle majetkových a příjmových poměrů žadatele s tím, že osoba s vyššími příjmy platí vyšší poplatky než osoba s příjmy nižšími, i když se jedná o zcela totožnou službu poskytovanou ve stejné kvalitě. Majetkové a příjmové poměry se odvozuji od průměrného měsíce předchozího roku. K určení majetkových poměrů žadatele může být využito také daňového příznání (týká se určení výše zisku z majetku v podobě obchodní společnosti nebo zemědělské či lesní půdy). Při určení výše poplatků naopak nehrají roli rodinné poměry klienta, neboť finský systém poskytování sociálních služeb pracuje s každým klientem samostatně a od rodiny není vyžadována žádná spolupráce ani podílení se na poskytování či úhradě péče. Stejně tak není podstatný ani celkový majetek posuzovaného zájemce, kdy z vlastnictví jiného majetku, který negeneruje zisk (např. velké rodinné sídlo), nebo např. z výhry vliv na poplatky nevyplývá.

SLOVINSKO

Výše nákladů za pobyt v dlouhodobé pobytové péči se liší mezi jednotlivými institucemi a jednotlivými stupni závislosti (ve Slovinsku je zavedeno celkem 5 stupňů závislosti) potřebných osob. V průměru tento pobyt stojí cca 538 eur měsíčně v případě veřejných institucí. U pobytových služeb soukromých jsou platby průměrně 660 eur měsíčně. O přijetí zájemce je, komisí sestavenou na úrovni instituce poskytující sociální péči, rozhodnuto pouze na základě jeho zdravotního a duševního stavu. Zároveň musí žadatel doložit způsob, kterým bude za služby platit. Ve Slovinsku nejsou prováděny příjmové ani majetkové testy žadatelů či jejich rodin za účelem rozhodnutí, zda budou do služby přijati, nebo ne. Hodnocení příjmů se provádí pouze v případě plateb za sociální služby, dle následujících pravidel: a) V případě dlouhodobé pobytové péče musí uživatelé po zaplacení všech služeb zůstat alespoň 10 % uznaného příjmu, zároveň tento zůstatek nesmí klesnout pod hranici 0,2 násobku aktuálního minimálního příjmu ve Slovinsku; b) V případě terénních služeb jsou i vzhledem k nižší finanční náročnosti a nutnosti, aby osobám zůstaly finanční prostředky na pokrytí svých potřeb, stanoveny limity mnohem benevolentnější: pečované osobě musí zůstat součet minimálního příjmu a 30 % jejího uznaného příjmu, zároveň tato částka nesmí klesnout pod hranici 1,5 násobku minimálního příjmu.

ITÁLIE

Do italského systému sociálního zabezpečení byly v březnu 1998 za účelem posouzení ekonomické situace žadatele o testovanou dávku či veřejnou službu zavedeny dva indikátory, jejichž prostřednictvím má docházet k jednotnému hodnocení nároků žadatelů především v oblasti sociální pomoci. Motivem bylo

posílení adresnosti systému a zabránění případům jeho zneužívání. Jedná se o ukazatel ekonomické situace (ISE) a ukazatel rovnocenné ekonomické situace (ISEE). ISE, italskou veřejností přejmenovaný na riccometro (měřítko bohatství), byl zprvu konstruován pouze jako ukazatel souhrnných příjmů (ISR) žadatele a movitého i nemovitého majetku (ISP) rodinné skupiny žadatele (měřeno k 31. prosinci v roce předcházejícím podání žádosti). Právní úprava však byla kritizována pro její tvrdost vzhledem k obligatornímu zohledňování veškerého majetku rodinné skupiny, která byla navíc definována značně extenzivně, zcela bez přihlédnutí k reálným rodinným vztahům či např. skutečnému soužití. Řešení přineslo vládní nařízení z května 2000, které modifikovalo zohledňovaný majetek rodinné skupiny. Do ukazatele ISE se tak nově zahrnuje pouze 20 % majetku všech členů rodinné skupiny a indikátor ISE je tedy stanoven jako součet ISR a 20 % ISP. Ukazatel ISE ovšem sleduje pouze příjem a majetkové poměry žadatele a členů jeho rodinné skupiny, přičemž nijak nezohledňuje rodinnou kompozici. Proto se pro potřeby evaluace celkových poměrů žadatele jeví jako vhodnější indikátor ISEE, neboť zahrnuje také tzv. stupnici rovnocennosti (SE), díky níž nejenže operuje s počtem členů rodinné skupiny, ale při splnění určitých parametrů (např. rodič samoživitel s nezletilým dítětem) dochází ještě k navýšení těchto hodnot. Matematicky je ISEE vyjádřen jako podíl ISE a SE. Testy žadatelů tedy probíhají formou hodnocení zejména indikátoru ISEE, který bere v úvahu celou ekonomickou jednotku a hodnotí ji jako jeden celek, čímž je umožněno snadnější stanovení příspěvku připadajícího na každého člena rodiny.

¹ Komparativní studie je dostupná na webu projektu RSSS: <http://rsss.mpsv.cz/wp-content/uploads/2019/04/Komparativni-studie-systemu-posouzeni-opravnenosti-naroku-zajemce-pro-vstup-do-socialni-sluzby.pdf>



Stalo se...

- Zástupci poskytovatelů sociálních služeb (APSS ČR), zástupci osob se zdravotním postižením (NRZP ČR) a zástupci seniorů (RS ČR) vydali **společné stanovisko k deinstitucionalizaci sociálních služeb v ČR**. Jde o významný materiál, protože právě shoda uživatelů sociálních služeb a poskytovatelů sociálních služeb je v oblasti deinstitucionalizace sociálních služeb klíčová. Dokument podpořily osobnosti z akademické obce a uznávaní a erudovaní odborníci v oblasti sociální politiky a sociálního zabezpečení.
- Dne **3. září** se v Praze uskutečnil **Diskuzní panel Život s COVIDem při i po pandemii**, který připravila APSS ČR a Gerontologický institut. Účelem setkání bylo získat reflexi dopadu pandemie COVID-19, námětem byly autentické příběhy seniorů a pečujících, do jejichž života přímo i nepřímo zasáhla pandemie. Záznam můžete zhlédnout na YouTube APSS ČR.
- MPSV ČR ve spolupráci s MZ ČR, APSS ČR, odbory a se zástupci krajů **připravilo systém čtyř stupňů pohotovosti, tzv. Semafor pro pobytové sociální služby**. SEMAFOR má pomoci poskytovatelům pobytových sociálních služeb zorientovat se v rychle se měnící situaci. Tohoto opatření by měly ke své činnosti využívat také orgány ochrany veřejného zdraví. Díky SEMAFORU mohou jak poskytovatelé, tak i klienti dopředu vědět, jak mají postupovat v případě, pokud se bude epidemiologická situace v jejich regionu měnit.
- MPSV **opětovně vyhlásilo dotační řízení na financování trvání zvýšených provozních výdajů a sanaci výpadku příjmů** v souvislosti s přijímáním karanténních opatření, mimořádných opatření a krizových opatření v sociálních službách v souvislosti s epidemií COVID-19. Žádosti o dotaci se budou podávat výlučně prostřednictvím aplikace pro podávání žádostí OK Poskytovatel, a to v termínu od 12. října do 26. října 2020.
- Ministerstvo financí zveřejnilo **metodickou pomůcku k účtování některých zásob v souvislosti s usnesením vlády č. 187 ze dne 9. března 2020** k informaci Ministerstva zdravotnictví o opatřeních Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva vnitra v souvislosti s nepříznivým vývojem epidemiologické situace ve výskytu onemocnění

COVID-19 způsobeného novým koronavirem s označením SARS-CoV-2. Metodická pomůcka obsahuje některé postupy účtování pro některé vybrané účetní jednotky (VÚJ) v případě pořizování a pozbytí zásob – osobních ochranných prostředků.

- MPSV ČR vydalo **14. září doporučený postup č. 12/2020** pro poskytovatele sociálních služeb domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a odlehčovací služba v pobytové formě pro organizaci poskytování dle stupňů pohotovosti v oblasti ochrany veřejného zdraví.
- MPSV ČR vydalo **24. září doporučený postup č. 13/2020**. Je určen pro poskytovatele sociálních služeb odborné sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, sociálně aktivizační služby pro rodiny, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, sociální rehabilitace pro organizaci poskytování s cílem zajištění sociálních služeb v době pandemie.
- Vláda **25. září** schválila navýšení příspěvku pro zaměstnavatele působící na chráněném trhu práce. Toto opatření reaguje na postupné zvyšování minimální mzdy. Tedy konkrétně na rostoucí nákladové zatížení zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají osoby se zdravotním postižením. Opatření má zabránit nežádoucímu snižování zaměstnanosti osob, které mají ztíženou možnost uplatnění na trhu práce.
- APSS ČR vydala dokument s názvem **Pojištění dlouhodobé péče v ČR**. Jde o základní shrnutí předpokladů zavedení tohoto možného nástroje pro financování sociálních služeb v ČR, včetně možných řešení. Cílem tohoto dokumentu je otevření odborné diskuze k možnosti veřejného pojištění dlouhodobé péče v ČR.
- Ministerstvo zdravotnictví vydalo nové **mimořádné opatření, které udává povinnost poskytovatelům pobytových sociálních služeb zadávat do systému ISIN, jehož správcem je MZ ČR, počet klientů a zaměstnanců, kteří jsou COVID-19 pozitivní (včetně karantén zaměstnanců), a to s účinností od 2. října 2020.**

INZERCE

časopis FÓRUM sociální politiky

Výběr z obsahu 5. čísla 2020

Aktuální úvaha

The coronavirus epidemic as a black swan event
Marek Szczepeński

Recenzované články

Ing. Pavel Kaczor, Ph.D., předloží rámcovou analýzu dopadů nástupu koronavirové krize na trh práce v České republice: shrnutí i ohledně regionálních rozdílů a příčin zjištěných diferencí

Kolektiv autorek z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, v. v. i., se bude zabývat fenoménem práce z domova včetně dopadů, které této sféře přinesla pandemie covidu-19

Nerecenzované články

Empirický esej sociologa Jiřího Mertla pojedná o problematice základního nepodmíněného příjmu v kontextu sociálně politických dopadů koronavirové krize

Recenze

5. číslo FSP přinese recenze těchto publikací:

Richard Baldwin – Beatrice Weder di Mauro:
Mitigating the COVID Economic Crisis: Act Fast and Do Whatever It Takes (CEPR Press VoxEU.org eBook, 2020)

OECD: *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly* (OECD Health Policy Studies, 2020).



**MYSLÍVNA
HRY**

- hry a pomůcky pro všechny generace
- na podporu paměti a dalších kognitivních funkcí
- originální české pomůcky
- vhodné pro seniory, osoby se zdravotním znevýhodněním nebo poruchami paměti, i pro děti
- velké formáty, kvalitní fotografie i grafika, podrobné návody
- velká a střední pexesa, sady obrázků, vzpomínkové sady a jiné



www.myslívna-hry.cz

Což takhle dát si hudbu aneb Muzikoterapie v praxi

1. díl

Hudba je univerzálním „jazykem“, protože ji rozumí každý napříč věkem, pohlavím, kulturou a rasou. Tohoto potenciálu využívá muzikoterapie, která patří mezi expresivní terapie. Expresivní terapie využívá uměleckých prostředků a uměleckého vyjádření ke změně chování, myšlení a emocí (Müller, 2014).

▪ **Text: Mgr. Tomáš Vacek,**
Muzikoterapeut, psychoterapeut

Muzikoterapie využívá hudby, hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie a harmonie) za účelem tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb různorodých jednotlivců a skupin (Světová federace muzikoterapie in Základy muzikoterapie, 2009). Cílem je tedy optimalizace zdraví (Bruscia, 2013), čímž rozumíme dosažení vyšší kvality života (Světová federace muzikoterapie in Základy muzikoterapie, 2009). S určitou rezervou můžeme tedy říci, že muzikoterapie využívá zpěvu, hry na hudební nástroje, společných hudebních interakcí a hudebních zážitků ve prospěch určité skupiny lidí.

Muzikoterapii můžeme využít u všech cílových skupin, od osob intaktních až po osoby se znevýhodněním, u osob seniorského věku i u předčasně narozených dětí. Snadnější je tedy popsat, v jakých oblastech můžeme muzikoterapii využít.

V kontextu českých sociálních služeb je to oblast didaktická, medicínská, psycho-terapeutická a oblast volného času. V rámci didaktiky podporujeme osvojení si určitých znalostí a chování. Oblast medicínská využívá hudby k pozitivnímu ovlivnění tělesného a psychického zdraví člověka. Muzikoterapie je také hojně využívána jako psycho-terapeutická metoda k usnadnění komunikace, terapeutické práce a navázání kvalitního terapeutického vztahu. Dále je to oblast volného času, kdy je podporováno jeho aktivní a kvalitní trávení (Bruscia, 2013).

➤ Muzikoterapie u nás

V rámci České republiky se můžeme setkat nejčastěji s muzikoterapií individuální, skupinovou a komunitní. Individuální terapie je využívána zejména u klientů s těžkým mentálním postižením. Skupinová muzikoterapie je v České republice, podle mých zkušeností, nejčastější formou. Nejpočetnější cílovou skupinou jsou lidé se zdravotním postižením, osoby seniorského věku a děti. Poslední a ojedinělá je komunitní muzikoterapie, která se snaží zapojovat širokou komunitu lidí. Jedná se

například o hudební festivaly či projekt komunitního rádia.

Pro úspěšnou muzikoterapeutickou intervenci by měl být s klientem, případně v rámci zařízení, uzavřen kontrakt, kde jsou uvedeny cíle, na kterých se v rámci muzikoterapie bude pracovat. Jedná se tedy o společnou dohodu mezi klientem/klienty či zařízením a terapeutem, co bude obsahem terapie, jaké budou využity terapeutické metody, délka trvání, její frekvence a přibližná délka spolupráce (Vymětal, 2004). V rámci jednotlivých sezení je také vhodné pracovat s krátkodobými cíli, jež jsou odvozeny od dlouhodobých cílů, definovaných v kontraktu.

Muzikoterapeutické metody

Muzikoterapeutických metod a technik je mnoho. Zjednodušeně můžeme metody a techniky kategorizovat následovně (Bruscia, 2013):

- **hudební improvizace** – živé vytváření hudby pomocí hry na hudební nástroje nebo zpěvu;
- **hudební interpretace** – metody a techniky založené na interpretaci předem složené hudby;
- **hudební kompozice** – v rámci technik hudební kompozice klienti vytvářejí, píší a skládají hudbu;
- **poslech hudby** – při technikách založených na poslechu hudby se využívá zkušenosti z poslechu k terapeutickým účelům.

Techniky a metody se mohou samozřejmě nejrůzněji prolínat a kombinovat. Důležité je metody a techniky upravit specifickým potřebám klientů a cílům terapeutické intervence.

➤ Struktura sezení

Samotné muzikoterapeutické sezení by mělo mít určitou pro uživatele srozumitelnou strukturu, která mu přináší pocit bezpečí. Hanser popisuje pět částí sezení (1999):

1. **Navázání kontaktu s klientem:** aktivity zaměřené na navázání kontaktu; může se jednat o vstupní rituály nebo úvodní kolečko pro reflexi emočního naladění uživatele/uživateli.

2. **„Rozehřívací“ činnosti:** aktivity, které mají aktivizovat uživatele na stěžejní techniku sezení.

3. **Stěžejní technika:** vlastní terapeutická činnost, aktivita na realizaci vlastních terapeutických cílů.

4. **Relaxace:** techniky pro zklidnění uživatele/uživateli.

5. **Reflexe sezení a jeho ukončení:** sdílení zkušeností ze sezení, závěrečný rituál.

Pro muzikoterapii se využívá celé škály hudebních nástrojů. Nejčastěji se setkáme s Orffovým instrumentářem, což je sada jednoduchých nástrojů (tamburína, rumba koule, dřívka, triangel, činely a další). Dále se může jednat o různé perkusivní nástroje (metalofón, marimba, zvonkohra). Poté klasické hudební nástroje, jako jsou kytara, klavír či bicí. Skvělým způsobem je také hra na tělo, takže různé tleskání, luskání a plácání o části našeho těla. Určitě nalezneme také strunné (lyry a kantely) a dechové (zobcové flétny, koncovky, okariny) nástroje. Na některých pracovištích se při práci opírají o elektronické hudební nástroje (sampling pady, elektronické bicí, syntetizátory), tablety či další chytrá zařízení. Na trhu existuje široký sortiment hudebních nástrojů, které se dají využít v rámci muzikoterapie. Spoustu z nich si ale můžeme s trochou šikovnosti vyrobit, což představuje skvělou činnost pro klienty.

➤ Muzikoterapie v praxi

V závěru článku bych rád popsal příklad muzikoterapeutického kontraktu a rozpis technik uskutečněného muzikoterapeutického sezení. Jedná se o službu denního stacionáře pro osoby se středním mentálním postižením. Část uživatelů služeb je seniorského věku. Muzikoterapie probíhá jednou týdně a trvá jednu a půl hodiny. V úvodu muzikoterapie byly stanoveny následující cíle:

- rozvoj a udržení pohyblivosti, motorických dovedností;
- rozvoj kognitivních schopností;
- rozvoj a udržení sociálních dovedností;
- aktivizace;
- směřování pozornosti jinam.

U každého uživatele si terapeut také vytváří kontrakt, který se hodnotí každý rok v rámci individuálního plánování ve spolupráci s klíčovým pracovníkem.

Při popisu realizovaného muzikoterapeutického sezení budeme vycházet z Han-

serova modelu. Budou doplněny i popisy jednotlivých muzikoterapeutických technik. Terapeutické sezení probíhalo následovně:

1. Pro navázání kontaktu bylo využito úvodního rituálu, který si uživatelé s podporou terapeuta a asistentů sami vytvořili na začátku spolupráce.

2. Následovala krátká rozcvička, jež se opírala o automasážní cvičení a o techniky bazální stimulace. Při této aktivitě se uživatelé rozhýbají a mobilizují.

3. První stěžejní technikou bylo vytleskávání jednotlivých hlásek slov a krátkých slovních spojení, vycházející z Orffovy metody hudební pedagogiky. Cíl spočíval v aktivizaci, udržení pohyblivosti, motoriky mluvidel a kognitivních schopností.

4. Druhá stěžejní technika stavěla na skupinové práci a hudební improvizaci. Práce se opírala o téma emocí. Uživatelé se rozdělili do dvou skupin, každá z nich měla k dispozici asistenta, který jim vypomáhal. Obě skupiny dostaly obrázek situace, jež vyjadřovala nějakou emoci (např. dva hoši se perou, oba dva jsou rozčilení). Úkol spočíval v pojmenování dané emoce a poté její vyjádření pomocí hudebních nástrojů. Druhá skupina měla za úkol emoci uhádnout. Technika byla zaměřena na udržení a rozvoj sociálních dovedností.

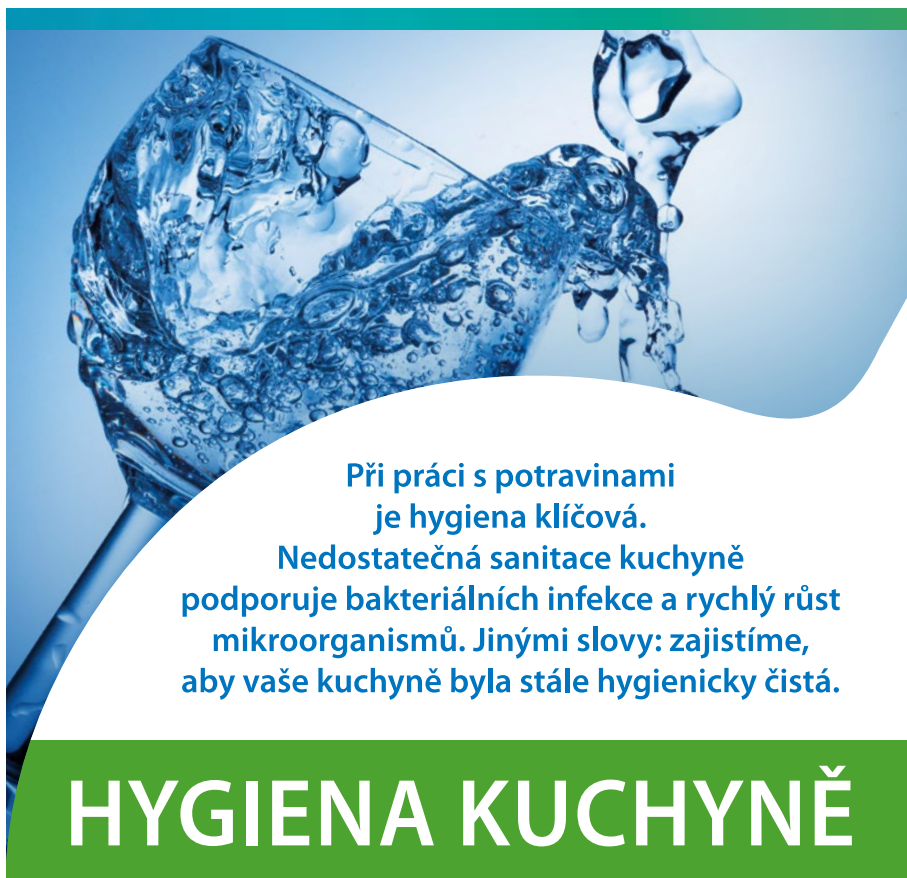
5. V závěru sezení si terapeut zaspíval s uživateli písničky si kytarou. Jedná se o oblíbenou činnost uživatelů. Na to volně navazovala řízená imaginace s kytarovým doprovodem a improvizovaným zpěvem terapeuta. Poslední fáze sezení cílila na relaxaci a uvolnění.

6. Posledním bodem byla rychlá závěrečná reflexe, kdy klienti popisovali své zkušenosti s terapií.

Muzikoterapie má určitě své místo v sociálních službách, protože napomáhá tam, kde nemají slova takovou moc. Vnější do ustáleného a občas i monotónního prostředí nový vítr, který osvěžuje vztahy, uvolňuje napětí a vytváří pohodovou a klidnou atmosféru. **Pomáhá nám pro uživatele vytvořit alespoň představu „domova“, místa, kde mohou být taková, jací doopravdy jsou.**

Použitá literatura:

- BRUSCIA, Kenneth E. *Defining Music Therapy*. Barcelona, 2013. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/knav/detail.action?docID=3117673>.
- KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
- VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.
- HANSER, Suzanne B. *The new music therapist's handbook*. 2nd ed. Milwaukee: Hal Leonard, 1999. ISBN 978-0634006456.



Při práci s potravinami je hygiena klíčová. Nedostatečná sanitace kuchyně podporuje bakteriálních infekce a rychlý růst mikroorganismů. Jinými slovy: zajistíme, aby vaše kuchyně byla stále hygienicky čistá.

HYGIENA KUCHYNĚ

V minulých číslech jste již měli možnost částečně nakouknout „pod pokličku“ naší společnosti a přečíst si tak více o revoluci v praní prádla, nebo o dezinfekčních prostředcích, které můžete najít v naší nabídce. Nyní přichází na řadu další z oblastí, ve které jsme rovněž experty, a to sanitace stravovacích provozů. V následujících číslech vám postupně představíme prostředky pro strojní mytí nádobí a prostředky pro ruční mytí nádobí, čisticí, dezinfekční a úklidové prostředky.

Komplexní řešení pro vás.

Co to znamená? To, že nabízíme nejen **vysoce kvalitní a cenově dostupné mycí a oplachové prostředky pro strojní mytí nádobí**, a produkty pro ruční mytí nádobí, ale také **dávkovací systémy**, které vám usnadní používání těchto produktů a zároveň zajistí vaši bezpečnost při práci s nimi. Máte problém s tvrdostí vody, nebo snad se zaschlými špatně omyvatelnými zbytky jídla na vašem nádobí? Nepatří vaše mycí stroje zrovna mezi nejnovější modely s vlastními vestavěnými dávkovači? Toto všechno jsou pro nás překážky, které s pomocí našich produktů a dávkovacích systémů umíme jednoduše překonat. Vše tak přizpůsobíme na míru vašim potřebám.

Pokud máte zájem dovědět se o možnostech hygienicky čistého nádobí více, neváhejte nás kontaktovat.



info@christeyns.cz
tel.: 556 731 111
www.christeyns.com

Kinezioterapie a její uplatnění v sociálních službách

2. díl

V prvním díle příspěvků o kinezioterapii jsme si vysvětlili, co se skrývá pod pojmem psychomotorika a jaké jsou možnosti využití psychomotorické terapie (PMT) při aktivizaci klientů. Tento díl se věnuje konkrétním psychomotorickým programům, které byly v praxi již ověřeny. Cílovou skupinou pacientů/klientů jsou osoby s duševní nemocí (deprese, schizofrenie, závislosti, demence, poruchy příjmu potravy atd.) a senioři.

- **Text: PhDr. Hana Kynštová, Ph.D.,** vysokoškolská pedagožka, Univerzita J. E. Purkyně



V praxi stojí psychomotorické činnosti na třech zásadách (Adamírová, 2010):

- jsou založené na pohybu;
- vyžadují myšlení a mentální aktivitu;
- vzbuzují emoce.

Zahájení činnosti vždy vyžaduje navázání důvěryplného vztahu, neohrožující prostředí a adekvátní fyzickou a psychickou zátěž, která postupně stoupá k horní hranici zvládnutelnosti. Úkolem pracovníka je zajistit cílený, bezpečný, srozumitelný pohybový program odpovídající aktuálnímu psychosomatickému stavu klienta. Zpočátku mohou být modelové situace vnímány jako nezvládnutelné, klient je však veden k překonávání obav z nezvládnutí a tím k postupnému ověřování svých možností a kompetentností. Dochází k aktivaci, využití a později k rozvoji vnitřních i vnějších zdrojů zvládnutí zátěže a následnému růstu seberegulace. Tak je možno ověřováním a nárůstem důvěry ve vlastní schopnosti rozvíjet sebedůvěru, ale i vzájemnou důvěru a komunikaci s ostatními při modelových situacích, jejichž řešení vyžaduje vzájemnou spolupráci a komunikaci (Hátlová, 2003).

Dle Koláře et al. (2009) jsou v praxi aplikovány programy zaměřené na integritu, aktivizaci, relaxaci, koncentraci, na zvýšení sebedůvěry a důvěry v druhé, komunikaci a sportovní činnosti:

a) Integrovaně zaměřený program

Tím že dochází k uvědomění si částí těla, později i celého těla, ať už v pohybu, či v klidu, přispívá tato forma programu ke zmírnění dezintegrovanosti nemocného (např. osoby s dlouhodobou duševní nemocí). Pracujeme se zdravými složkami osobnosti. Cílem je dosažení zakotvení vlastního „já“ ve vnějším světě, v prostoru. Vyžadována je aktivní účast nemocného, dbáme na správné provádění jednoduchých gymnastických

pohybů a poloh. Při zahájení programu volíme formu nenáročných poloh částí těla, jednoduchých gymnastických prvků a dechová cvičení. Cvičení provádíme v nízkých polohách, v lehu nebo sedu na židličkách.

b) Aktivizační program

Program využívá různé manipulační činnosti, zařazujeme prvky taneční a sportovní, které obnovují a rozvíjejí pohybové dovednosti. Dochází k obnovení pohybové paměti a tím ke stimulaci kognitivních funkcí. Terapeutický efekt přináší i pozitivní prožitek ze zvládnutí pohybu.

c) Aktivně relaxační program

V tomto přístupu není nutné přesné provádění pohybu a polohy. Cílem je exprese, stimulace emocí a podpora kognitivních funkcí. Pozitivní prožitek, uvolnění napětí a snížení tenze. Pro vyjádření zařazujeme sportovní, taneční a výrazové prostředky pohybu. Neklademe nároky na výkon, pohyb musí být snadno zvládnutelný.

d) Koncentrativní program

Tento program důsledně dbá na kvalitu provádění pohybu, na prožitek vlastního pohybu a sebekontrolu při provádění jednotlivých prvků. Smyslem je vědomé sledování vlastního pohybu a jeho účinku na organismus. Pracujeme s dechem, svalovým tonem a jeho cíleným ovlivněním. Používáme cvičení gymnastická, relaxační, dechová a prvky z jógy.

e) Program zaměřený na zvýšení sebedůvěry a důvěry v druhé

Práce s klienty v malých skupinách. Využíváme modelové cvičení s prvky sportů a her. Dochází k ověření si vlastních schopností a možností. Posilovány jsou sociální dovednosti. Postupně dozujeme, zvyšujeme náročnost programu s ohledem na fyzický a psychický stav klientů.

f) Komunikativní programy

Tyto programy kladou důraz na práci ve skupině a potřebu vzájemné sociální

interakce. Pomocí neverbální komunikace usnadňujeme navázání a udržení kontaktu ve skupině. Využíváme manipulaci s nářadím, formu vzájemné spolupráce klientů ve skupině. Podporujeme verbální komunikaci a kognitivní funkce. Cílem je zvýšení schopnosti sociální adaptace, začlenění, akceptace okolí a posílení sociálních kompetencí. Využíváme pobytu v přírodě a hru jako prostředek verbální i neverbální komunikace.

g) Terapeutické využití sportovních cvičení

Využíváme sportovně zaměřené činnosti s ohledem na mužské a ženské pohlaví. Pro muže sportovně výkonově zaměřené činnosti, pro ženy např. taneční formu a cvičení s hudbou. Vyžadujeme dodržování pravidel a „zákazů“, tzn. uvědomění si řádu, který stanovují pravidla. Cílem je zakotvení ve vlastním těle, pochopení potřeby řádu a jasných pravidel. Významným prvkem při aplikaci pohybové terapie je aktuální psychický stav klienta.

Psychomotorická terapie u osob s duševním onemocněním

V současné době se v léčbě a rehabilitaci osob s duševním onemocněním uplatňují tzv. podpůrné terapie, které využívají vlastní aktivitu pacientů/klientů. Úkolem PMT je zajistit cílený, bezpečný a srozumitelný pohybový program, který odpovídá aktuálnímu psychosomatickému stavu nemocného.

Psychomotorické programy jsou aplikovány nejen ve světě (prof. A. N. Carraro, Itálie; Dr. J. Knapen, Ph.D, Belgie; prof. M. Probst, Ph.D., Belgie; Mgr. D. Vancampfort, MSc., Belgie; Mgr. B. Schoubs, Belgie; vice viz Probst, 2010), ale s úspěchem i v České republice. V ČR začala být úspěšně tato terapie ověřována a následně zařazena do denního režimu pacientů s diagnózou schizofrenie během hospitalizace (např. pohybové programy v Psychiatrické nemocnici Bohnice – Praha, Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice, Nemocnici Šumperk). V poslední době jsou již psychomotorické programy zaváděny i v zařízeních poskytujících sociální služby.

Zmiňovány jsou různé vlivy pohybové aktivity. Odborníci vidí pozitivní vliv pohybové aktivity na psychiku v možnosti redukce psychické tenze, úzkosti a deprese, zvýšení sebedůvěry, pocitu životní spo-



kojenosti a pohody, zvýšení výkonnosti, které zajistí lepší „coping“ (zvládnání), dále v nových prožitcích (souvislost s ukazateli kvality života), možnosti sociální interakce a vlivu na „Self-Concept“, tj. vnímání sebe sama v oblasti tělesné a duševní.

Výsledky uveřejněných studií zaměřených na provádění PMT programů u psychicky nemocných se záměrem působit a ovlivnit jejich psychiku potvrzují, že záměrný tělesný pohyb může mít významně kladný vliv na psychiku duševně nemocných. Dosavadní výzkumy ukazují, že tělesná cvičení mohou pozitivně ovlivňovat duševní zdraví zejména v oblastech zvyšování sebedůvěry, sebeúcty, přijetí sebe sama, pozitivního vnímání vlastního „já“, zlepšení kvality spánku, zmírnění depresivních symptomů, úzkosti a fobií (Folkins, Sime, 1981 in Špůrková, 2003).

Vancamproft, De Hert, Demznter, Probst (2010 in Hátlová; Kirchner, 2010, Adámková Ségárd, Hátlová et al., 2013, Hátlová et al., 2018) uvádějí několik přístupů pro psychomotorickou terapii u osob se schizofrenií. Dále rozlišují několik fází PMT s ohledem na cíl terapie. První fáze se zaměřuje na stabilizaci stavu v období hospitalizace pacienta. Další fáze PMT je indikována

poté, co jsou již farmakologicky zmírněny psychotické symptomy. Tato fáze PMT je zaměřena na zachování získané schopnosti zvládnání zátěže a třetí fáze na zvýšení kapacity. Cílem terapie je regulace napětí, vybudování realistického prožívání těla, začlenění pohybu do každodenního života, budování sebejistoty a učení se žít život s omezeními. Tuto fázi procesu již zajišťují i poskytovatelé z řad sociálních služeb pro osoby s duševní nemocí.

» Naše zkušenosti s aplikací psychomotorické terapie v rámci sociálně terapeutických a aktivizačních činností

Pro skupinu klientů s duševním onemocněním jsme připravili pohybový program vytvořený na základě poznatků programu integrativního, aktivizačního a aktivně relaxačního (viz 1. díl¹).

Při tvorbě pohybového programu a výběru cvičení jsme se řídili zásadami již publikovaných prací (Hátlová et al., 2003, 2010):

- návaznost na předchozí pozitivní zkušenost s pohybovou terapií;
- akceptování psychosomatického stavu nemocného;
- adekvátnost v psychické a fyzické náročnosti;
- vnitřní strukturovanost programu, jednoduchost;
- stabilní forma cviků a jejich návaznost v pravidelném sledu;
- snadná pochopitelnost předkládaných cvičení;
- nárůst obtížnosti cvičení k horní hranici schopnosti jednotlivce;
- variabilní forma cvičení pro zvýšení motivace klientů;
- respektování snížené schopnosti orientace v prostředí a postavení v něm;
- možnost aktivního přizpůsobení cvičení jedinečnosti skupinové dynamiky.

Program probíhal v zařízení poskytujícím sociální služby jedincům s duševním onemocněním. Pro ověření vlivu na psychický stav našich klientů jsme jako vhodnou metodu sběru dat zvolili dotazník. Důvodem byla efektivnost této metody, časová a ekonomická nenáročnost a možnost statistického vyhodnocení. Zaměřili jsme se na měření afektivních (emočních) stavů jakožto ukazatele psychického stavu jedince. Pro hodnocení vlivu psychomotorické terapie jsme vybrali dotazník – Profile of Mood States (POMS). Dotazník je používán k profilování afektivních (emočních) stavů a nálad, zejména v souvislosti s monitoringem efektu krátkodobých terapií. V dotazníku POMS je v profilu obsaženo šest faktorů: tenze, deprese, hněv, únava, vitalita a zmatenost. Dotazník POMS se skládá z varianty POMS-A, kterou vyplňuje klient před terapií, a varianty POMS-B, kterou vyplňuje klient hned po terapii, čímž omezujeme vliv dalších nesledovaných vstupních proměnných.

Klienti písemně ohodnotili výrazy uvedené v dotazníku pomocí škály. Většina klientů byla s vyplněním dotazníku hotova během tří až pěti minut. Při vyhodnocení dotazníku jsme pracovali vždy s hrubým skóre dvojice listů dotazníku (A-varianta a B-varianta).

Program psychomotorické terapie byl zařazen do nabídky služeb psychosociální rehabilitace. Účast na programu byla dobrovolná, na základě zájmu jednotlivých klientů. Pohybový program probíhal jedenkrát týdně v odpoledních hodinách (v pondělí od 13 hodin), délka programu byla 25 až 45 minut. PMT byla terapeuticky zajištěna dvěma osobami. Dotazník POMS byl klientům předkládán jedenkrát v měsíci.

Program probíhá formou skupinové terapie, má tři části: první část zahrnuje úvodní

¹ Časopis Sociální služby srpen-září (poznámka redakce).

««« 13

slovo pracovníka, motivování klientů pro zapojení do terapie, vysvětlení toho, jaký cíl má setkání, a obsahuje úvodní instrukci k programu PMT. Druhá část obsahuje samotnou pohybovou činnost, která probíhá dle instrukcí pracovníka. V závěrečné části se klienti při skupinovém sezení vyjadřují k proběhlému programu. V případě potřeby je možné s klientem pokračovat v individuální intervenci a „projít“ části terapie, které mu např. činily problémy.

Program PMT má pevně stanovenou strukturu, která však umožňuje pružné přizpůsobení se úrovni zdatnosti klientů a aktuálnímu psychosomatickému stavu. Program pro ženy a muže je postaven na stejných principech. Probíhá ve známém, stále stejném neohrožujícím prostředí. Klient má kdykoliv možnost program ukončit a odejít z místnosti, kde terapie probíhá. V centru denních služeb jsou přítomni sociální pracovníci, kteří v případě potřeby zahájí individuální intervenci s klientem.

Cílem terapie je navození pozitivního emočního zážitku a tím pozitivní ovlivnění afektivního (emočního) stavu osoby s duševní nemocí. K dalším cílům

patří uvědomění si vlastního tělesného schématu, celistvosti vlastního těla, postavení jednotlivých částí těla, ale i umístění v prostoru. Důležité je uvědomit si aktivní pohyb a stav klidu. Vedle ovlivnění emočního stavu a motorických dovedností dochází i k ovlivnění kognitivních procesů. K posílení sociability klientů přispívá začlenění do skupinového programu, pravidelná docházka a aktivní účast, postupně vzrůstající potřeba verbálního vyjádření a posílení dalších sociálních dovedností. Dlouhodobým cílem terapie je osvojení si základních pohybových prvků a posílení nevykonaného každodenního pohybu.

Z výsledků realizovaného dotazníkového šetření můžeme usuzovat na prokázaný vliv psychomotorické terapie na aktuální afektivní (emoční) stav klientů se schizofrenním onemocněním, který byl statisticky prokázán. Dále i z poznatků z vedení dokumentace, kde je v přehledu prokázáno, že pohybová terapie se stala pravidelně navštěvovaným programem, který klienti slovně pozitivně hodnotili.

Literatura:

- ADAMÍROVÁ, J. et al. *Psychomotorika*. Praha: ČASPV, 2010. ISBN 86586-24-3.
- ADÁMKOVÁ SÉGÁRD, M., HÁTLOVÁ, B. et al. *Psychomotorická terapie v léčbě schizofrenie*. Ústí n.L.: UJEP, 2013. ISBN 978-80-7414-684-8.
- HÁTLOVÁ, B., LOUKOVÁ, T., DLABAL, M., a HAJNÁ, R. *Pohybová aktivita jako součást léčby psychiatrických pacientů*. Ústí n. L.: UJEP, 2018. ISBN 978-80-7561-172-7.
- HÁTLOVÁ, B. a J. KIRCHNER. *Kapitoly z teorie psychomotorické terapie*. European Science and Art Publishing & Asociace psychologů sportu, 2010. ISBN 978-80-87504-02-4.
- HÁTLOVÁ, B. a J., SUCHÁ. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7.
- HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0719-0.
- KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- PROBST, M., KNAPEN, J., POOT, G., end VACAMPFORT, D. *Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a Name? Medicine Journal*, 2, 105-113, 2010.
- ŠPŮRKOVÁ, A. *Kinezioterapeutické programy v režimové léčbě dlouhodobě hospitalizovaných pacientů se schizofrenním onemocněním*. (Disertační práce). Praha: FTVS UK, 2003.

INZERCE

**interpharmac****LÉKÁRNY ipc**

Váš dodavatel zdravotnického materiálu. Komplexní služby pro sociální a zdravotnická zařízení.

- ☒ inkontinenční pomůcky
- ☒ dezinfekce (dezinfekční řád)
- ☒ kompenzační pomůcky
- ☒ terapie „vlhkého hojení ran“
- ☒ stomické pomůcky
- ☒ nutriční výživa
- ☒ odborná školení



Váš dodavatel léčiv. Komplexní služby pro sociální a zdravotnická zařízení.

- ☒ nezaměňování preskribovaných léčiv
- ☒ unikátní automatizovaná objednávací platforma
- ☒ personalizace dodávek
- ☒ výstupy pro Cygnus a jiné
- ☒ optimalizace doplatků klienta
- ☒ magistraliter příprava
- ☒ lékařský servis

**KOMPLEXNÍ SERVIS
PRO VAŠE ZAŘÍZENÍ PO CELÉ ČR**

Také nábytek může pomáhat v boji s infekcí

Nábytek je spojen s lidským obydlím od nepaměti. Již v pravěku si lidé snažili usnadnit život pomocí primitivního nábytku z kamení a dřeva na sezení či práci. Jak šel čas, zdokonalovaly se technologie zpracování dřeva a s nimi se měnila i kvalita nábytku, který kromě své praktické funkce začal plnit i funkci dekorační. Když už nestačil vyřezávaný nábytek, přišly exotické dřeviny a intarzie.



Postupně ale kromě tlaku na exkluzivní vzhled rostl i tlak na cenu. Začaly vznikat levnější řešení, která dokázala zužítkovat i méně kvalitní dřevo. V dnešní době je standardem levného řešení „lamino“. Jedná se o laminovanou dřevotřískovou desku tvořenou jádrem z dřevotřísky pokryté melaminovou fólií s možností dobarvení uniformní barvou, imitací dřeva, kamene nebo jiných materiálů. Kvalita samotného lamina se může velmi lišit a za vším opět hledíme tlak na cenu, takže výrobci se snaží ušetřit jak na nosné vrstvě dřevotřískového jádra, takže materiál pak nemá očekávanou pevnost a životnost, tak na povrchové vrstvě, takže materiál ztrácí svou odolnost.



Pro výrobce nábytku je pak složité se v nabídce laminovaných dřevotřísek orientovat a musí dobře vybírat, pokud chce garantovat určitou kvalitu. Další možností je vyrábět si vlastní plošný materiál, který bude kombinovat původní a moderní materiály s novými

vlastnostmi. Jedním z takto vyráběných nábytků je Acrocabinet. Jedná se o kombinaci kvalitního dřevotřískového jádra s materiálem používaných pro ochranu interiéru. Výhodou pak je možnost volby barevných kombinací celého interiéru, ale hlavně vysoká odolnost nábytku pro náročné interiéry, jako jsou nemocnice, domovy pro seniory, školy atd. Další neméně podstatnou výhodou je možnost použití baktericidních materiálů, které dokáží aktivně likvidovat mikroorganismy na svém povrchu a omezují tak šíření infekčních chorob včetně MRSA.

Acrocabinet kombinuje standardní truhlářské technologie a moderní materiály, které dávají možnost vyrábět nábytek nejen typový, ale i na míru tak, aby Váš interiéru byl dokonalý. Přináší vysokou odolnost nábytku proti poškození mobiliářem či neopatrným zacházením, ale i vysokou odolnost vůči vlhkosti a desinfekcím. Acrocabinet je nábytek, který vydrží.

Jak tedy smysluplně volit nábytek pro Váš interiéru. Je dobré uvážit účel, kterému bude nábytek sloužit a jakou zátěž bude muset vydržet. Dalším bude celkový vzhled interiéru, do kterého má nábytek zapadnout a je rozhodně důležitým prvkem utvářejícím interiéru. A v neposlední řadě cena. Množství finančních prostředků je vždy limitující, ale i zde mnohdy platí pravidlo: „Nejsem tak bohatý, abych mohl kupovat levné věci“.

Co přináší Acrocabinet

- **Odolnost** jak mechanickou, tak i chemickou
- **Snadná čistitelnost** díky odolnosti vůči dezinfekcím a detergentům
- **Antibakteriální provedení** je jednou z možných variant
- **Barevnost** je dána výběrem 36 základních barev + imitace dřeva a kovu
- **Řešení na míru** Vaším potřebám



AUTOMATIZOVANÁ DEZINFEKCE PROSTOR

VIRUCIDNÍ, BAKTERICIDNÍ A FUNGICIDNÍ ÚČINEK
TESTOVÁNO NA COVID-19



**RYCHLÉ
PŮSOBNÍ**



**LEHKÝ
A KOMPAKTNÍ**



BEZPEČNÝ



**CELÉ
SPEKTRUM
PŮSOBNÍ**



**VÍCE INFO
NA E-SHOPU
NEBO NA
E-MAILU**

**ŠETŘÍ ČAS – DEZINFEKCE 100 M³ TRVÁ POUHÝCH 6 MINUT | PŘÍPRAVEK JE ZCELA BIOLOGICKY
ROZLOŽITELNÝ | NEJSOU POTŘEBA ŽÁDNÍ ZAMĚŠTNANCI – PLNĚ AUTOMATIZOVANÝ PROCES**

Diskuzní panel Život s COVIDem při i po pandemii

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a Gerontologický institut uspořádali 3. září 2020 v Praze diskuzní panel „Život s COVIDem při i po pandemii“, jehož partnerem byl Svaz měst a obcí. Základem byly autentické příběhy seniorů a pečujících (formálních i neformálních) z doby pandemie. Příběhy lidí z různých prostředí (domov, pobytové sociální a zdravotní služby) a lidí s různou mírou závislosti a sociálních vazeb.

▪ **Text: Ing. Petra Cibulková,**
šéfredaktorka

Diskuzní panel moderovali Jan Lorman, ředitel Gerontologického institutu, a Jiří Horecký, prezident APSS ČR. Diskuze byla vedena mezi dvěma skupinami, na jedné straně „advokáti“ seniorů a pečujících z řad poskytovatelů sociálních služeb a zástupkyně veřejného ochránce práv, na druhé zástupci ministerstev, lékařů a Svazu měst a obcí ČR jako řešitelé. Panel byl rozdělen do třech bloků, první se věnoval terénním službám, druhý pobytovým a závěr byl určen pro dotazy.

Ředitelka Pečovatelské služby města Dvůr Králové nad Labem Marcela Hauke shrnula základní problémy, se kterými se potkávali v terénních službách a tím největším dle ní byla sociální izolace seniorů a s tím související narůstající psychické problémy a deprese. Pro poskytovatele byl problém zajistit péči o lidi v karanténě nebo už s onemocněním COVID-19, nebylo totiž úplně reálné zajišťovat bezpečnou péči, protože pravidla nastavená MZ ČR nebyla v terénu využitelná. Manažerka Komunity ŽIVOTA 90 Terezie Šmídová potvrdila podobnost příběhů a zkušeností seniorů se slovy Marcely Hauke a doplnila, že jejich organizace sleduje u významné skupiny seniorů, že mezi nimi dosud panuje obava z nákazy ve společnosti, na ulici a tato obava panuje i u mladších seniorů, kteří spadají do tzv. ohrožené skupiny, kteří dosud byli nezávislí na pomoci druhé osoby; rozvíjejí se u seniorů také úzkostné stavy.

Ředitel odboru sociálních služeb a sociální práce na MPSV David Pospíšil uvedl, že při ohlédnutí vidí ministerstvo chyby a nedostatky při řešení epidemiologické situace, na druhou stranu se však s touto situací dosud nikdo nesetkal a v tu dobu se zaváděná opatření zdála být správná. MPSV dle něj zahájilo proces úprav stávajících metodických postupů a plánuje samostatné postupy pro

management, ale i pro jednotlivé pracovníky v přímé péči.

Internista, geriatr a publicista Zdeněk Kalvach hovořil o problému, kterým je dlouhodobě zdravotně-sociální pomezí a v mimořádných situacích, jako je pandemie, vystupuje ještě více do popředí, s čímž souvisí nepřipravenost zařízení na karanténu. V ČR nemáme karanténní zařízení, a tedy vyvstává problém, kam s takovými klienty. Většina pobytových zařízení není schopna realizovat reálná karanténní opatření, protože to neumějí a nemají k tomu podmínky (personální, provozní, prostorové).

Vládní zmocněnec pro vědu a výzkum ve zdravotnictví (v době konání diskuzního panelu) Roman Prymula odpovídal na otázku definování ohrožené skupiny. Jak uvedl, připravuje se exaktní soubor osob, které budou brány za tzv. rizikové (cca 3,5 milionu osob). Těm bude nabídnuto očkování (zdravotníci, pracovníci v sociální sféře, lidé s komorbiditami, příp. učitelé, jako je tomu v zahraničí). V souvislosti s tím Kalvach poznamenal, že stále hovoříme o zdraví jako o biozdraví, ale zdraví je také sociální, psychické, spirituální nebo existenciální, my jsme schopni zajistit, aby člověk nedostal infekci a přitom zemřel pološilný z děsu na komplikace ochranného režimu – klasické naplnění „Operace se zdařila, pacient zemřel“. Mnoha opatřeními, i když dobře míněnými, jsme vytvořili těžké pacienty a máme zřejmě i ztráty. Dopouštíme se podle Kalvacha chyby v tom, že zužujeme medicínu na biomedicínu, zdraví na biozdraví a člověka na biologický systém. Ukazuje se, že COVID je nejen nepřijemná epidemie, ale i velmi destruktivní sociální a psychický patogen, který rozleptá psychiku, rozvrátí společnost a společenství.

Druhý blok byl věnován pobytovým službám. Zástupkyně veřejného ochránce práv Monika Šimůnková představila pravomoc úřadu, kdy v době koronaviru si uvědomovali sociální izolaci klientů v pobytových zařízeních, a proto po skončení nouzového

stavu provedli pracovníci Kanceláře veřejného ochránce práv tzv. covidové návštěvy, kdy se zaměřovali na to, zda přijatá opatření byla přiměřená vzhledem k právům lidí, kteří byli v těchto zařízeních uzavřeni. Základní zjištění byla taková, že ke špatnému zacházení nikde nedošlo, zařízení se snažila řešit situaci v rámci možností. Diskutující následně řešili legitimitu a oprávněnost omezení či zákazu pohybu klientů, který měl, jak už bylo v diskuzi zmíněno dříve, negativní dopad na psychiku těchto lidí. Dále se tak diskutující zabývali tím, zda budou i v budoucnosti nařizována plošná opatření a zákazy. K tomuto se vyjádřil i David Pospíšil s tím, že se o plošných nařízeních v tuto chvíli (v době konání diskuzního panelu) neuvažuje, po zavedení tzv. semaforu je cílem realizovat opatření tam, kde jsou ohniska, a zejména na ty nejohroženější skupiny (z hlediska diagnóz apod.).

Starostka Smečna a zástupkyně Svazu měst a obcí ČR Pavla Štrobachová poznamenala, že se nikdo seniorů neptal, jestli chtějí podstupovat takováto drastická a drakonická omezení svého života, svého pobytu a pohybu. Seniori nechtějí žít v domácím vězení, chtějí vidět svoji rodinu.

Zdeněk Kalvach doplnil, že pokud jde o lidi žijící mimo ústavní péči, nařízení by měla být pouze na úrovni doporučení, a nikoli zákazu. Inovativním řešením by podle něj mohla být např. epidemiologicky bezpečná setkávací místa (např. setkávací kontejnery nebo rozdělení místnosti jako ve věznicích) při dlouhodobých izolacích a zákazech návštěv, což by byl způsob, jak humanizovat pobytová zařízení. K tomu se vyjádřil ředitel Domova pro zrakově postižené Palata Jiří Procházka, podle kterého seniori nepovažují za plnohodnotný kontakt s rodinou prostřednictvím technologií, proto je podle něj otázka, zda řešit sociální izolaci formou setkávacích kontejnerů.

Monika Šimůnková v závěru poděkovala vedení zařízení sociálních služeb, na druhou stranu konstatovala, že (nejen) poskytovatelům sociálních služeb dle jejich zjištění chybělo dostatek informací proto, aby dokázali relevantně a dobře rozhodovat v jednotlivých případech, a dostatečné vedení ze strany institucí a orgánů, které by jim mohli dát relevantní informace, jak postupovat.

Záznam z diskuzního panelu můžete zhlédnout na YouTube kanálu APSS ČR.

Sentida

Nízké pečovatelské lůžko

Řada pečovatelských lůžek Sentida je určena pro moderní péči především v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Vysokou funkčnost a bezpečnostní parametry přirozeně kombinuje s decentním designem.



Dělené postranice

Postranice poskytnou ochranu, ale neomezují. Výšku postranic lze nastavit podle individuálních potřeb.

Kardiacké křeslo

Prevence vzniku plicních komplikací.

Nízké lůžko

Nízká poloha 25 cm nad podlahou je vhodná zejména v době spánku jako prevence pádu.

Prodloužení lůžka o 10 a 20 cm

Zajistí komfort vyšším osobám.

Bezpečné vstávání z lůžka

Výška se při mobilizaci přizpůsobí postavě klienta a lůžko ho samo vyveze do výchozí polohy.



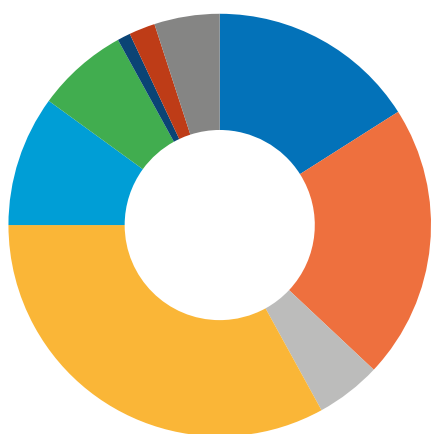
reddot award
product design

Jsou zdroje v sociálních službách optimálně využity?

▪ **Text: Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, prezident APSS ČR;**
doc. Ing. Ladislav Průša, CSc., výzkumný pracovník, ředitel VÚPSV v letech 2001–2017

Financování sociálních služeb je vícezdrojové. Stát se na něm prostřednictvím státní dotace podílí 29 %. Ačkoliv došlo mezi roky 2007 a 2019 k výraznému zvýšení objemu státních dotací (o 9,62 mld. Kč), celkový podíl státu se navýšil pouze v řádech jednotek procent (26–29 %).

Struktura financování sociálních služeb – odhad pro rok 2019, celkové náklady 45,6 mld. Kč



K možnosti (efektivnímu) využití ostatních zdrojů:

a) Úhrady od uživatelů sociálních služeb

Současná regulace úhrad tvoří jednu ze základních bariér rozvoje sociálních služeb. Toto je mimo jiné závěr několika odborných analýz a statí, ale také výrazné části odborné veřejnosti. Úhradové limity nebyly od r. 2014 valorizovány. Není využit potenciál soukromých zdrojů (samozřejmě i při zachování podmínky dostupnosti sociálních služeb pro všechny).

Tento zdroj je v současném pojetí neefektivní.

b) Příspěvek na péči

Posouzení příspěvku na péči je nutné vnímat ze dvou úrovní. První je současné nastavení, kdy lze za iracionální označit skutečnost, že se příspěvek na péči ve III. a IV. stupni v případě pobytových služeb snižuje (aby pak těmto službám byly chybějící prostředky dofinancovány státní dotací).

Obecně lze ale říci (a to i na základě různých studií či odborných komentářů), že zejména v I. a II. stupni je velmi často (zejména u cílové skupiny se-

niorů) příspěvek na péči používán na krytí životních potřeb či jiných nákladů, a ne na zajištění péče o svoji osobu. Příspěvek na péči je tedy důležitým nástrojem, avšak nelze jej označit za zcela efektivní nástroj (ve vztahu k důslednému využití s jeho účelem).

c) Dotace z evropských fondů

Tzv. individuální projekty (zejména ve svém počátku) sloužily k pokrytí některých nákladů na sociální služby, a tím snížení tlaku na státní rozpočet. Jde o nástroj, který není správný, je pro poskytovatele nevýhodný a neefektivní. Stát by neměl k zajištění základních veřejných služeb využívat evropské zdroje.

d) Úhrady zdravotních pojišťoven

Příjmy z Fondu veřejného zdravotního pojištění byly od začátku jejich úhrad předmětem velké kritiky z důvodu velmi nízkých parametrů, které neumožňovaly úhradu nákladů spojených s poskytováním ošetrovatelské péče. Zejména v posledních čtyřech letech však dochází k postupnému narovnávání podmínek a parametrů úhrad. Pokud bude tento trend pokračovat příští

tři až čtyři roky obdobně, pak bude možné, v případě manažersky správného pojetí organizace a financování této složky péče, uhradit náklady s ní spojené.

e) Příspěvky ze samosprávných rozpočtů

Samosprávné rozpočty (kraje, města, obce) se podílejí na celkových nákladech na sociální služby ze 17 %. To, zda je to dostatečné, nebo nedostatečné nelze z odborného hlediska posoudit. Můžeme provést evropské srovnání, můžeme udělat porovnání spolupodílu na jiných veřejných službách, ale jednotlivé podíly, resp. jejich určení je výsledkem i politických rozhodnutí a celkového nastavení sociální politiky a veřejných služeb.

Co však je možné za nesystémové označit, je úroveň podílu na financování jednotlivých krajů, měst a obcí; zde již veliké, nesystémové rozdíly patrně jsou.

Závěry:

Současné nastavení a pojetí financování sociálních služeb není optimální a efektivní. Nejsou dostatečně, racionálně a efektivně využívány všechny zdroje.

Etická a na člověka orientovaná komunikace s osobami s handicapem v oblasti mentálního zdraví

3. díl

■ **Text: Mgr. Markéta Vaculová,**
lektorka Institutu vzdělávání APSS ČR

➤ Obecné zásady komunikace a přístupu k lidem s mentálním postižením

1. Pokud mluvíte s dospělým člověkem s mentálním postižením, vykejte mu, oslovujte je „paní/pane“ a přijmením nebo se domluvte na oslovení, které si dotyčný člověk přeje. Před prvním kontaktem se představte a podejte člověku s mentálním postižením ruku. Toto pravidlo v různých proměnných můžete nastavit dle potřeb svých klientů.
2. Pokud sdělujete informace, ověřte si, jestli vás člověk s mentálním postižením dobře vidí a slyší.
3. Vždy předem vysvětlíte, o čem budete mluvit a co se bude dít.
4. Postupujte po malých krocích a snažte se vše vysvětlovat.
5. Mluvte v první řadě s nimi, oni jsou vašimi partnery v jednání. Jejich průvodci je mají podporovat, ne za ně vše vyřizovat a rozhodovat. V některých případech mohou jejich průvodci fungovat jako tlumočníci, ale i v takovýchto případech se obračete nejdříve na člověka s mentálním postižením.
6. Při různých administrativních úkonech nebo jiných aktivitách pomozte lidem s mentálním postižením v tom, aby věci zvládali sami.
7. Co nejvíce se přizpůsobte tempu lidí s mentálním postižením, budou se pak lépe soustředit. Dostatek času a trpělivost jsou pro ně důležité.
8. Mluvte srozumitelně a pomalu. Nepoužívejte cizí slova ani dlouhá souvětí. Vše, co je možné, názorně ukažte. Dávejte jednoduché a srozumitelné otázky. Počkejte vždy na odpověď – neodpovídejte za ně či nedoplňujte svými domněnkami.
9. Zbytečně lidi s mentálním postižením nezahlcujte informacemi.
10. Vyhněte se ironii a dvojsmyslům – mohou vést ke zbytečným nedorozuměním.
11. Průběžně si ověřujte, jestli vám člověk s mentálním postižením dobře rozuměl (dle brožury Zásady úspěšné komunikace s lidmi s mentálním postižením).



➤ Přístup zaměřený na osobu (PCA – Personal Centered Approach)

„Empatické naslouchání znamená dočasně žít životem druhého.“ (Carl Rogers)

Vychází z psychoterapeutického přístupu, který založil Carl Ransom Rogers a má tři složky: **Empatie** znamená porozumění a vlcitění. V praxi to může znamenat, že chování osoby s postižením má význam, kterému třeba nerozumíme. Je zapotřebí snažit se porozumět způsobu vyjadřování osob s postižením a podporovat je v nacházení vlastních cest k přiměřenému zacházení s realitou. Už jen snaha o porozumění mění kvalitu vztahu. **Kongruence** znamená opravdovost čili shodu mezi zkušenostmi (realitou) a postojem vůči této realitě (sebepojetím). V rámci kongruence je nejen pracovník ve shodě s klientem (postoj těla, výraz obličeje, intonace atd., které usnadňují komunikaci), ale je opravdový i k sobě. Pokud se pracovník ocitne v situa-

ci, kdy je na něj klient vulgární („Ty seš ale hrozná kr..., kde mám to kafe, ...“), může to buď ignorovat a řešit skutečnou potřebu klienta „Kávu máte v šuplíku“, nebo může dát klientovi zpětnou vazbu, jak na něj působí klientovo nevhodné chování. Nebude ale poučovat klienta stylem „Neměl byste na mě křičet, já na vás taky nekřičím“, ale sdělí to „JÁ“ formou „Mrzí mě, že na mě křičíte“. **Úcta k osobnosti** zahrnuje akceptaci bez hodnocení, bezpodmínečné pozitivní přijetí a vazbu, vřelost a respekt. Prostřednictvím na člověka orientovaného přístupu se pracovníci mohou snažit vytvářet životní prostor pro osoby s těžkým postižením tak, aby vyhovoval jejich potřebám, podporoval jejich svěbytnost, schopnosti a probouzel jejich vnitřní zdroje a zefektivňoval možnosti vzájemné komunikace.

Rámec pro pole společné spolupráce

Marlis Pörtnerová popisuje tzv. obecný rámec situace, který pomáhá týmu při jednání i práci s klientem:

- rovnováha mezi daným rámcem (např. posláním služby v rámci standardu kvality č. 1) a prostorem pro vlastní rozhodování (vůle klienta);

Empatie znamená porozumění a vlcitění.

- aby bylo jasno (co je skutečná potřeba / zakázka klienta);
- prožívání klienta jako ústřední faktor (být flexibilní v přístupu ke klientům, co funguje na jednoho, nemusí na druhého);
- nerozhoduje to, čeho se nedostává, nýbrž to, co je (tedy posílujeme normalitu klienta, jeho zdroje a nepoukazujeme na to, co nefunguje – práce s pozitivní konotací);
- malé krůčky a chápat, že cesta je stejně důležitá jako cíl a důvěra ve změnu klienta (to zlepšuje kvalitní profesní vztah);
- zplnomocňovat klienta za sebe sama (tzn. být nevědoucí a nebýt držitelem klientova problému).

I když Marlis Pörtnerová vychází z učení C. R. Rogerse, prvky tohoto rámce pro každodenní jednání s člověkem s handicapem v oblasti mentálního zdraví je inspirován také systemickým – na řešení orientovaným přístupem. Rámec pomáhá pracovníkům i klientům najít rovnováhu mezi prostorem pro klientovo vlastní rozhodnutí, vzájemnými hranicemi a danými pravidly služby. Rámec vychází z inspirace psychotherapií, kdy během jednoho terapeutického sezení je středem pozornosti klientovo subjektivní prožívání a terapeutova snaha se do prožívání vcítit. Od pracovníků se ale očekává, že např. v rámci práce s obyvateli chráněného bydlení se necítují jen do jednoho člověka tady a teď, jak to dělá terapeut, ale musí se vcítit do více lidí (obyvatel ChB) najednou. Vzhledem k tomu, že

potřeby (teď se mi nechce) a nechat člověka se zařídit dle svého (umyje si to/spolu s pracovníkem to umyje, až nebude žádné čisté nádobí). Ale pokud by stejný člověk žil v chráněném bydlení, kde jsou společné prostory a např. společné nádobí, je nutné, aby ho umyl hned, nebo do doby, než si přijde vařit jiný klient. Tudíž nelze beze zbytku vyhovět vůli dotyčného, ale je potřeba postupovat v konsensu (ohledy na potřeby ostatních vs. emoce a možnosti výše zmíněného klienta).

» Komunikace vycházející z přístupu zaměřeného na člověka aneb nedirektivní komunikace

„Nejdůležitější věcí v komunikaci je slyšet, co nebylo řečeno nahlas.“ (Peter Drucker)

Zahrnuje práci s neverbální komunikací, která je velice důležitá, a techniky aktivního naslouchání (TAN). Podstatou naslouchání je empatie, které je možno dosáhnout tím, že potlačíme přehnaný zájem o sebe sama a vstoupíme do zkušenosti/potřeby toho druhého. TAN spočívá v tom, že se snažíme pochopit, co druhý říká („čteme mezi řádky“), a dáváme najevo zájem a porozumění. TAN zahrnují techniky povzbuzování (aby mohl člověk lépe sdělit to, co je pro něj těžké), ověřování (pomocí otevřených otázek, zda jsme dobře rozuměli), oceňování (neříkat např. „Jsi šikovná“, ale sdělit „Dnes to obléčení máš uklizeno velice hezky, líbí se mi, jak to máš barevně seřazené ve skříni“), shrnování (pro vypíchnutí podstatného) a nakonec parafrázování a zrcadlení. Parafráze a zrcadlení

Co by ještě pracovníci v rámci etického a na člověka orientovaného přístupu neměli dělat: kritizovat, poučovat, kárat, moralizovat, bagatelizovat, pracovat se všemi stejně atd. **Co naopak v rámci na člověka orientovaného a na řešení orientovaného přístupu pomáhá:** pracovat s tím, kdo je můj klient; zaměřit se na to, co funguje; posilovat žádoucí a postupně omezovat nežádoucí; pracovat individuálně. V rámci individuálního přístupu se např. zamýšlet nad normami klienta. Můžeme mít pro všechny klienty stejné normy a pravidla? Lze pracovat stylem – pan Karel uklízí i za pana Tomáše, ale to není fér vůči panu Karlovi, když pan Tomáš nic nedělá. Je takové uvažování správné, anebo by měla být pravidla různá vzhledem k odlišnostem mezi klienty a k odlišnosti jejich možností a limitů? Dále je vhodné chápat, že klient má jiné normy (např. nemusí mít tak čisto jako my doma, stačí mu teplá večere třeba 1x týdně, má raději rohlík s paštikou); pracovat s pozitivní konotací (tedy nedívat se jen na to, co klient dělá špatně nebo co nedělá, ale sledovat jeho silné stránky. Měnit myšlení personálu, tzn. nemyslet si o klientovi „Stále se vzteká, jen řve“, ale spíše se snažit si pomyslet „Vyjadřuje svůj názor a jinak to neumí“). Vést případové porady, aby byl tým jednotný při hledání cest pro efektivní přístup ke klientovi; neočekávat od klientů příliš rychlé pokroky, protože mají pomalejší tempo; chápat, že osoby s mentálním postižením vykazují sníženou míru pozornosti; nemusejí být schopni přesně vyjádřit, co chtějí, nebo pochopit, co se po nich chce; pro některé bývá obtížné správně vyhodnotit běžné situace, což přináší nároky na komunikaci s nimi.

» Příklady dobré i nevhodné komunikace při práci s člověkem s handicapem v oblasti mentálního zdraví

Paní K. L., klientka chráněného bydlení se středně těžkým mentálním postižením, byla slovně agresivní na pracovníci, která jí nevhodně vyčítala, že nemá podprsenku (mohla ji tlačit nebo je nemá ráda aj.). V práci s paní K. L. chybělo jakékoliv zjištění, co se děje, např. otázkou: „Dnes nemáte podprsenku, tlačila vás / Zapomněla jste ji?“ aj. Místo toho většinou klientka slyšela: „Běžte si vzít podprsenku, takto nemůžete chodit, to není slušné.“ Výše popsané pokyny – příkazy nespádají do na člověka orientovaného přístupu, zvláště když chybí jiná nabídka podpory.

V jiné kazuistice pan J. N., také klient chráněného bydlení se středně těžkým mentálním postižením, občas vezme spolybydlícímu sprchový gel a někdy zcizí i jiné

»»»» 22

Podstatou zrcadlení i parafrázování je pomocí empatie mj. přijít na to, co je skutečně skryto za klientovým sdělením.

v rámci práce v sociálních službách musíme myslet i na lidská práva (kdy právo jednoho končí tam, kde začíná právo druhého), tak se v rámci jedné služby, kde žije více osob, nelze vcítit jen do jednoho klienta a vždy vyhovět jeho potřebě (být jí pracovník rozumí), ale pracovník musí brát ohled i na druhé klienty. Tzn., že pracovník musí pracovat s rámcem, který zahrnuje poslání a zásady služby, potřeby a zakázky klientů, emoce a lidská práva dalších obyvatel služby. Vždy je nutné kromě rámce respektovat i individuální zvláštnosti člověka a prostor, kde se právě nachází. Takže pokud by člověk s mentálním postižením žil doma a přišel za ním terénní pracovník, může se pracovník lépe řídit potřebami klienta, který je u sebe doma, než ve vícečlenné službě, kdy spolu sdílejí pokoj. Pokud člověk s mentálním postižením u sebe doma nechce něco udělat, např. umýt po sobě koupelnu nebo umýt po vaření nádobí, lze se vcítit do jeho

cadlení jsou nejpřínosnější techniky aktivního naslouchání. Při zrcadlení komentují pocity klienta (nebo své), pokud je to pro posun v komunikaci nebo vyřešení situace přínosné. Snahou je i zdůraznit rozdíly mezi neverbálním a verbálním postojem, popř. zmírnit verbální emoce při zachovaném kontextu. Situace: klient s kamennou tváří nadává, ale něco je vidět v očích. Zrcadlení: „Máte z toho vyšetření obavy?“ Tudíž reagujeme i na skryté emoce. Při parafrázi jinak přeformulují, co klient říká (jiná formulace by měla být zmírněná, pozitivnější nebo ne tak konfliktní, ale opět se zachováním kontextu). Výrok: „Chci, aby na mě neřval.“ Parafráze: „Je pro vás důležité, jak se k vám lidé chovají.“ Výrok: „Chci, abys mě nechal být.“ Parafráze: „Je to tak, že byste rád chodil na oběd sám?“

Podstatou zrcadlení i parafrázování je pomocí empatie mj. přijít na to, co je skutečně skryto za klientovým sdělením.

◀◀◀ 21

věci ve službě. Při snaze týmu o řešení je slovně agresivní a rozbíjí věci. Služba má s panem J. N. zpracován rozsah služby – plán podpory, individuální plán, osobní profil i rizikový plán s pokyny, jak ke klientovi přistupovat v zátěžových situacích, jako je špatná nálada a agrese. Nevhodné je v případě nežádoucího chování klienta „vychovávat“ poučkami, které nemusí pochopit, apelovat normami (slušní lidé to nedělají) – navíc to přes půl roku k ničemu nevedlo; také není vhodné hodnotit klienta (jsi nešika) místo hodnocení situace (hrnek je rozbítý), dávat příliš mnoho doporučení na změnu či dokonce příkazů. Pokud klient po upozornování na zcizování bývá vznehlivý, a navíc jsou po měsíce poučky apelující na morálku neúčinné, je vhodnější „nevychovávat“, ale předcházet spouštění agrese jinou, účinnější – na člověka orientovanou komunikací. Nevhodné chování je potřeba korigovat. Vhodné je při afektu buď: rozptýlit pozornost (ideálně na jeho zájmy); nepřetěžovat klienta dlouhou komunikací, ponechat mu prostor v jeho pokoji při „nenaladě“ – v tu chvíli nic nemusí; v případě komunikace na něj nemluvit, pokud je ještě v afektu, ale oslovit ho později nebo počkat, až přijde sám. Do řešení klienta vtahovat jako partnera – „*Jak to spolu vyřešíme?*“ aj. Neefektivní a nevhodná forma sdělení („*Jak to, že jste zase vzala X. Y. sprchový gel? Musíte to vrátit nebo mu koupit nový.*“) vedla k hněvu klienta. Vhodnější je sdělit „*Jé, toto je přece sprchový gel X. Y., pojďte, půjdeme ho společně vrátit*“ nebo „*Chcete ten sprchový gel vrátit sama, nebo ho mám vrátit já?*“ Zazní jen prosba o vrácení, ne výčitka zcizení.

V situacích, kde se objevují emoce klienta, se na člověka orientovaný přístup jeví jako velice přínosný, i z důvodu ohledu k jiným klientům, kteří nemají agresivní výstupy rádi. Pokud bychom ale hovořili s jiným klientem, který se nechová afektivně, je velice autonomní, ale pravidelně zcizuje různé věci, budeme postupovat jinak (např.: „*Pane Tondo, protože se vám nedaří neodnášet z obchodu věci, co jste nezaplátil, potřebujeme to vyřešit. Napadá vás, jak to zvládneme? Pokud ne, napadá nás, že buď můžete chodit nakupovat 2x týdně s vaší K. P. nebo kdykoliv s paní vedoucí.*“). H. Jůn uvádí, že pokud byli lidé s mentálním postižením nevhodně vychováni po emoční stránce (nikdo je neučil zvládnání odmítnutí, hněvu, frustrace aj.), pak potlačí své emoce nebo jim nerozumí a mohou reagovat nepřiměřeně. Nutné je proto i v dospělém věku pracovat s emocemi klienta. Dle M. Pörtnerové by měl personál s klienty o pocitech mluvit, pokud tomu klient rozumí, nebo jeho pocity komentovat „*Co se s tebou děje, když jsi rozzlobená/smutná?*“ a sledovat neverbalitu. Dle zna-

lostí svých klientů lze použít komunikaci o jejich pocitech jako prevenci problémového chování: „*Všimla jsem si, že máš smutnou náladu, můžu ti nějak pomoci?*“

➤ Jak ještě může na člověka orientovaný pracovník komunikovat i pracovat s lidmi s handicapem v oblasti mentálního zdraví

Člověk s mentálním postižením potřebuje respekt k jeho vůli, autonomii, osobě, způsobům. Je důležité respektovat jeho normalitu, neposuzovat dle svého. Eticky pracující člověk dokáže odlišit „to mé“ od klientova a pracuje podle níže uvedených principů:

- **Neřeší věci, které nejsou důležité** – např. umožní klientovi, aby si dával krabice na lednici místo na skříň, neřeší, že si kávu sesypává do velké sklenice, že má pravidelně rozložená DVD na stole aj. Čím více je klient usměrňován kvůli maličkostem, tím hůře mění důležité věci.
- **Neočekává nemožné** – nečekat pravidelnost aktivit, např. samostatnost ve vaření, přestože je klient určitou dobu dělá. Nutnost podporovat osoby s mentálním postižením je normální. Pokud klient úkon nedělá pravidelně sám od sebe a občas potřebuje připomenout nebo vhodnou výzvu, je to v pořádku.
- **Očekávat delší adaptaci, zvláště u klientů, kteří přišli z domu v dospělém věku** – rodiče nebo osoba blízká by měla člověka i s mentálním postižením přijímat bez podmínek, zvláště v dětském věku, aby dítě zažilo bezpodmínečně pozitivní přijetí. Také by mělo zažít podporu v oblasti práce se svými emocemi. Často chybné pojetí sama sebe, neporozumění svým pocitům způsobuje těmto lidem potíže se zvládnáním různých situací.
- **Zaměřit se na jednu věc (např. buď na hygienu, nebo hádky se spolubydlíci, zvláště u emočních – afektivních osob) a neřešit vše najednou.** Klienti neovládají více změn současně, pak vždy aspoň v jedné věci selžou a zažívají tak stále usměrňování/výtky aj. Pocity nezdaru/zklamání pracovníků těžce nesou a často zpětně posilují nežádoucí chování.
- **Delší dobu pracovat s pozitivní změnou, aby se zafixovala a nepoukazovat na nezdar, pokud nejsou ohrožující** – klient, který pracuje na více změnách chování a jednu již zvládl, potřebuje zažít delší dobu pocit výhry. Je nutné ho delší dobu oceňovat za např. pravidelně uklizený pokoj, hlášení odchodů aj. a nepřipomínat jiné neúspěchy (nesprchování se, časté pití coly, piva aj.). Pracovnice vidí, že pan Jarek zase pije

večer kávu a není umytý, ale nepoukazují na to – nevytknou, jen ocení uklizený pokoj. K hygieně se vrátí později.

- **Neřešit motivaci k činnosti, pokud ji člověk s mentálním postižením má, případně oceňovat konkrétně** – jestliže klient dělá věci sám od sebe nebo dobrovolně, není potřeba oceňovat, pokud nemá tým jistotu, že mu „pochvala“ opravdu pomáhá. Když má člověk své normy, „chtění“ (chci mít uvařeno, čisto aj., přestože se mi občas nechce uklízet), tak ocenění nevyžaduje, spíše uvítá zpětnou vazbu. Dle na člověka orientovaného přístupu je totiž i pochvala hodnocení. Nehodnotící je nechválit, pokud to klientovi nic nepřináší, a v opačném případě dávat spíše pozitivní zpětnou vazbu, která vypíchne činnost a nemluví o člověku. Nesdělovat „*Jste šikovný*“, ale říct „*Krásně jste srovnala ty hrnce*“. Z praxe vím, že je spousta osob s mentálním postižením, kteří pochvalu vítají a chtějí slyšet, jak jsou šikovní („*Markéto, jsem šikovný, že?*“). Přesto může pracovník použít obojí (konkrétně a šikovně): „*Ano, udělala jsi ty špagety určitě velice dobré, je vidět, že ti to moc chutná*“, „*Jsi šikovná. I já si raději doma uvařím, než abych objednávala z jídelny.*“
- **Positivní stimulace neboli externí motivace** – pokud není „chtění“ klientovo, ale normy jsou pracovníka/služby („musí se uklízet“), pak klient nefunguje na základě motivace, ale stimulace. Klientovi nevádí, že nemá uvařeno, vezme si rohlík. Nevadí mu, že nemá uklizeno. Nevadí mu, že je nemytý. Tyto hodnoty nemá zvnitřněné, nejsou pro něj důležité. Tzn., že jeho vnitřní motivace, která mu pomůže překonat „nechuť“, nefunguje. Klienta stimuluje pracovník, ale externí motivace funguje pouze v případě, že lze klienta něčím oslovit (jeho koníčkem, oblíbenou aktivitou, oblíbeným jídlem, pitím aj.). Opět tedy není účelné sdělovat „*Musíš si uvařit, abys neměl hlad*“, ale spíše pozitivně apelovat na to, co je pro klienta důležité „*Když jíš teplé jídlo, jsi najezený déle / nemáš tak brzo hlad*“ aj. Nesdělovat „*Musíte se sprchovat, lidé to běžně dělají každý den*“, ale např. „*Vzpomínám si, jak jste říkala, že chcete novou halenku / v dílnách je nový chlapec*“ aj. a hovořit dle toho, co klienta motivuje.
- **Dávat volbu s limity** („*Sníte léky teď, nebo za půl hodiny?*“) – pracovnice po příchodu do pokoje zjišťuje, že pan Tomáš nemá uklizený pokoj. Místo výtky „*Máš tady binec, jak to, že nemáš uklizeno?*“ se ho zeptá „*Uděláte to /uděláme to spolu teď, nebo před večerí?*“

Paní Marie, klientka chráněného bydlení s lehkým mentálním postižením, občas odmítá jíst léky, zvláště když

nemá dost pozornosti, které jsou pro ni důležité. Pracovnice to řešila domluvou a sdělovala: „Léky jíst musíte, proč mi to děláte?“ Pokud tým z jakéhokoliv důvodu (třeba kvůli prevenci závislosti na sociální službě) nechce dát klientce více pozornosti na úkor druhých klientů, může jí ohledně léků dát volbu („Léky chcete zapít před, nebo po snídani?“) nebo volbu s limity („Teď, nebo do odjezdu do dílen“). U jiného klienta by šlo sdělit třeba toto: „Když zapomenete užít léky, máme obavy o vaše zdraví. Prosím, nezapomeňte si vzít léky teď, nebo před odchodem. Zvládnete to sám, nebo chcete pomoci?“

- **Pokyny v rámci rámce společné spolupráce, nastavování hranic** – pokud nefunguje volba s limity a klient věci odkládá nebo odmítá, je potřeba ho pro společnou spolupráci motivovat např. dohodou nebo pokynem. Tedy nedávat volbu („Uděláš to teď, nebo odpoledne?“), ale dát volbu s limitem, která je pro klienta výhodná („Uděláme to teď spolu, nebo to před večeří uděláš sám?“), popř. informovat („Karle, přijdu, až se dođíváš na film a ukliďme spolu“). Paní Marie A. hromadí věci, které ale nevyužívá, má silnou potřebu nakupovat. Tým to řeší, protože paní pak nevychází s financemi. Vhodné je pracovat

s jejími pocity a současně jí nastavovat hranice. Tedy nepoužívat klientčina slova „Potřebuji ta trička“ a zrcadlit její potřebu, ale nahradit to za slova „Nyní se vám to tričko líbí“, „Zrovna teď byste to chtěla, ale nepotřebujete je“. Také zaměnit slova „Chápu vás“ za slova „Říkáte, že...“

➤ Závěr:

Základem na člověka orientovaného přístupu a etické komunikace je zvnitřnit si vnímání osob s mentálním postižením jako plnohodnotných lidských bytostí. Mít k nim nehodnotící, respektující postoj, vyvarovat se protipřenosu a chápat jejich někdy atypické chování. V rámci problémových situací nehledat pouze odpovědi na otázku, proč se tak chovají, ale spíše se vcítit do toho, co se svým chováním snaží vyjádřit. V praxi je přístup zaměřený na klienta založen na trvalé pozornosti, kterou věnujeme klientovi i naší vlastní pozici, emocím, reakcím a chování. Častou chybou může být mylná představa, že aktivní zapojení vyžaduje pouze krátkou pozornost. Naopak empatický focusing na klientovy potřeby (a především ty skryté) je nutný trvale zvláště u osob s mentálním postižením.

Seznam použité literatury:

- PROUTY, Garry; PÖRTNER, Marlis; WERDE, Dion Van. *Preterapie – Navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 197 s. ISBN 8071789496.
- PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup: v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 184 s. ISBN 80-7178-506-7.
- VALENTA M., Michalík J., Lečbých M. a kolektiv. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha, Grada, 2012, ISBN 978-80-247-3829-1.
- VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. vyd. Praha: Parta, 2003. 392 s. ISBN 80-7320-063-5.

Internetové zdroje:

- Brožura – *Myšlení zaměřené na člověka (Uspřádala Helen Sanderson z Helen Sanderson Associates a Gill Goodwin z Paradigm)*, ISBN 978 1 906514 44 0.
- Brožura – *Zásady úspěšné komunikace s lidmi s mentálním postižením – doporučené přístupy k lidem s mentálním postižením v rámci jejich celoživotního vzdělávání i mimo něj*, ISBN 2-87460-137-3.

INZERCE

VŠEOBECNÝ
LÉKAŘ



LÉKAŘ,
KTERÝ
NA VÁS
MYSLÍ



PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO VÁŠ DOMOV

Společnost Všeobecný lékař s.r.o. je Vaším partnerem v poskytování pravidelné návštěvní služby praktického lékaře přímo ve Vašem domově.

Co Vám nabízíme?

Registraci klientů do zdravotnického zařízení společnosti Všeobecný lékař s.r.o.

Každý pracovní den možnost telefonické konzultace s lékařem.

Řádnou indikaci ošetrovatelské a rehabilitační péče (ORP) v souladu s legislativou.

Odbornou farmakogeriatriickou revizi medikace s cílem optimalizovat počet užívaných léků.

Dostatečné a fundované předepisování inkontinenčních pomůcek dle Vašeho výběru.

Zapůjčení materiálu a zdravotnické techniky (EKG, CRP, INR).

Poskytujeme služby domovům seniorů, domovům sociálních služeb, domovům se zvláštním režimem, Alzheimer centřum apod.

Obráťte se na nás

Rádi Vám vytvoříme nabídku přímo na míru Vašeho domova.

Pro více informací kontaktujte:

Bc. Michala Šimonová

Tel.: +420 608 741 200

michala.simonova@vseobecnylekar.cz

www.vseobecnylekar.cz

„Bazální stimulace mnohým dopomohla k návratu do plného vědomí,“

říká první certifikovaná lektorka konceptu v ČR a SR Karolína Maloň Friedlová

U příležitosti 15. výročí vzniku INSTITUTU Bazální stimulace jsme si povídaly s jeho zakladatelkou a ředitelkou PhDr. Karolínou Maloň Friedlovou, Ph.D., která od roku 2000 zavádí a prosazuje tento koncept u nás i na Slovensku v oblasti zdravotní péče, především na odděleních intenzivní péče a péče následně, dále u poskytovatelů sociálních služeb a také do vzdělávacích programů speciálních škol v ČR.

V roce 2005 jste založila INSTITUT Bazální stimulace (IBS). O konceptu Bazální stimulace jste však v České republice přednášela již o několik let dříve. V letošním roce slavíte 15. výročí vzniku INSTITUTU. Jak byste zhodnotila těch uplynulých 15 let jeho fungování?

Zavedli jsme s týmem lektorů IBS a za podpory administrativních pracovníků IBS koncept Bazální stimulace do česko-slovenské ošetrovatelské a školské praxe. Za těch již téměř 20 let, kdy Bazální stimulaci vyučují a která je následně zaváděna proškolenými profesionály do péče, jsme společně ukázali cestu ke kvalitní a empatické péči. Proto bych chtěla moc poděkovat všem, kteří mi před 20 lety uvěřili a měli odvahu absolvovat kurzy s tehdy zcela neznámou a novou tematikou a hlavně po proškolení zavést Bazální stimulaci do praxe. Začátky byly velmi náročné a těžké, mnohdy jsme se setkávali s nepochopením a odmítáním nových přístupů k pacientům a uživatelům sociálních služeb. Ale pozitivní reakce stimulovaných klientů a výrazná změna jejich somatického i kognitivního stavu k lepšímu byla velkou odměnou a motivací prvním proškoleným kolegům a pomohla k tomu, že se o Bazální stimulaci začali postupně zajímat další poskytovatelé péče. Zavedení Bazální stimulace do praxe je zcela raritní týmová práce vzdělávací instituce (IBS) a poskytovatelů zdravotní péče a sociálních služeb. Zavedli jsme systém certifikace proškolených institucí na základě odborného auditu a vyvinuli jsme registr absolventů kurzů BS a registr statistických výstupů výsledků certifikovaných pracovišť.

Myslím, že jsme za 15 let splnili také jeden z hlavních cílů, který jsem na počátku měla, a sice zavést Bazální stimulaci do praxe jako koncept, který podporuje praxi založenou na důkazech (evidence-based praxis). To se podařilo prostřednictvím odborných supervizí – auditů a pořádání vědeckých kongresů. Bez této složky nemůžete poskytovat kvalitní vzdělání a rozvíjet koncept v teoretické rovině a zejména v praxi.

Kolik pracovišť je v České republice již proškolených?

První kurz jsem lektorovala v lednu 2003 na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Byl to otevřený kurz a byly v něm vrchní sestry, které slyšely mé



prezentace o Bazální stimulaci na vědeckých ošetrovatelských konferencích nebo četly mé články v časopise Sestra. Tyto první „vlastovky“ v konceptu pak podporovaly školení personálu v certifikovaných kurzech IBS a zaváděly koncept na různých pracovištích. V České a Slovenské republice je nyní proškolen 469 pracovišť. Jde o zdravotnická zařízení (fakultní nemocnice, nemocnice, LDN a rehabilitační ústavy), dále poskytovatele sociálních služeb, také hospice a mateřské a základní speciální školy. Celkem 143 institucí je již certifikováno na základě auditů a splněných kritérií k certifikaci a má statut „Certifikované pracoviště Bazální stimulace“. Auditů

jsem od roku 2006 udělala celkem 248, neboť některá certifikovaná pracoviště prošla již více reaudity. Certifikát má totiž omezenou dobu platnosti.

Jaký býval osud pacientů v minulosti a jak jim bazální stimulace pomáhá v současnosti?

Dovolím si citovat spoluautorku Bazální stimulace prof. Christel Bienstein, která v 80. letech minulého století přenesla koncept do intenzivní medicíny: „*Dříve jsme poskytovali pacientům betonující neboli konzervační péči. Pokud jsme je nestimulovali, vlastně jsme je zalévali do betonu, nebo ještě lépe řečeno konzervovali je.*“ Současná stimulační péče v konceptu Bazální stimulace pomáhá lidem s těžkými změnami v oblasti vnímání (například v komatu) nebo pohybovými deficity (následkem vrozených postižení, úrazů či mozkových cévních příhod) zlepšit stav a mnohým dopomohla k návratu do plného vědomí, popřípadě plné mobility. Také těm, kteří nemohou z různých příčin komunikovat verbálně, pomáhá k navázání komunikace s okolím a k pochopení jejich potřeb. Zkracuje dobu hospitalizace, šetří náklady na péči a zkvalitňuje život nejen pacientům, ale i jejich rodinám, které s nimi tvoří jednu jednotku.

Jak pomáhá bazální stimulace při práci ošetrovatelům? Je nějaký konkrétní případ pacienta, který vám utkvěl v paměti, u kterého došlo díky bazální stimulaci ke skokovému zlepšení?

Ošetřující získají díky konceptu nové portfolio odborných profesních kompetencí a mohou tak více a lépe reagovat na potřeby klientů a lépe jim pomoci v jejich tělesné, duševní i kognitivní rehabilitaci. V paměti mi utkvělo mnoho případů pacientů, jejichž kazuistiky mi prezentují týmy z anesteziologické a intenzivní péče při auditech. Konkrétně například případ mladé dívky, která byla hospitalizována s velmi těžkým difúzním poraněním mozku ve Fakultní nemocnici v Ostravě, měla stanovenou mozkovou smrt a čekalo se jen na souhlas rodičů k dárcovství orgánů. Jednou vykázala při odsávání nepatrnou reakci, kterou zaznamenal proškolený personál tohoto certifikovaného pracoviště, a tak se rozhodl, že použije BS. Dívku pro-

brali do plného vědomí a po 5 měsících byla propuštěna do domácího ošetření bez prognózy trvalých následků. Není to jediný případ, kdy díky Bazální stimulaci pacienti po těžkých úrazech mozku, kteří neměli žádnou medicínskou prognózu, byli probrání do plného vědomí a navraceni do života i do povolání či ke studiu. Zažila jsem také u auditu v zařízeních sociálních služeb prezentaci kazuistiky dítěte s těžkým mentálním postižením a imobilitou, které po roční práci s BS již zvládalo stoj s oporou a bylo předdiagnostikováno na střední mentální postižení. Nebo víceru kazuistik agresivních klientů s mentálním postižením nebo demencí, kteří se dali zklidnit a jsou u nich projevy agrese zcela eliminovány.

Které techniky bazální stimulace jsou používány nejčastěji?

Od roku 2006 máme z auditů, tedy z certifikace pracovišť, zcela validní výstupy s možností sledovat četnost uplatňovaných technik. Nejčastěji jsou uplatňovány techniky somatických stimulací. Na prvním místě je polohování hnízdo, mikropolohování a popřípadě hnízdo kombinované s mumií, dále masáž stimulační dýchání a zklidňující nebo povzbuzující koupele nebo stimulace nasucho. Velmi často jsou bazálně stimulační toalety prováděny také formou asistované vedené péče. Na druhém místě jsou techniky vestibulárních stimulací a nastavbových prvků konceptu (auditivní, optická, olfaktorická, taktilně haptická a orální stimulace).

Jaké možnosti nabízí bazální stimulace?

Širokospektré. Od intenzivní podpory psychomotorického vývoje po podporu vývoje kognitivních schopností. Umožňuje také těm, kteří nemohou komunikovat s okolím verbálně, různé možnosti komunikačních dialogů, zejména somatický dialog, který je jedním z prioritních a někdy jediným možným u lidí v komatu, u lidí s hlubokým mentálním postižením a těžkou demencí. Bazální stimulace nabízí ale také zcela jiný přístup a filozofii péče. BS je péče empatická, tělu orientovaná, a tím zkvalitňuje život mnohým lidem, kteří se nacházejí v těžkých životních situacích ať již následkem úrazu, onemocnění, stáří, či vrozených postižení.

U které diagnózy je bazální stimulace nejčastěji poskytována?

U neuromuskulárních deficitů, jejichž příčinou jsou buď úrazy mozku, mozkové cévní příhody, zánětlivá onemocnění mozku, ale je poskytována také u dětí a dospělých s vrozenými těžkými kombinovanými postiženími, v péči o seniory, zejména

s imobilitou, deficitem sebeobsluhy a s demencí. Velké uplatnění našla Bazální stimulace také v paliativní péči. V současné době máme proškoleny téměř všechny hospice v České republice, některé jsou již certifikovanými pracovišti. Nemohu opomenout nezastupitelnou úlohu Bazální stimulace v neonatologické intenzivní péči (péče o předčasně narozené nezralé novorozence), proškoleny jsou téměř všechny kliniky neonatologické intenzivní péče a mnohé jsou certifikovány nebo se na certifikaci připravují.

Dá se koncept Bazální stimulace aplikovat také na „zdravého“ člověka?

Velmi vhodná mi připadá citace ředitelky Dětského centra ve Strančicích u Prahy MUDr. Pavla Biskupa: „Bazální stimulaci vnímáme jako součást rehabilitace, ale já bych si přál, aby nebyla pouze a jenom izolována pro děti s postižením, ale i pro všechny ostatní děti.“

V časopise Sociální služby máte pravidelnou rubriku Poradna konceptu Bazální stimulace. Dalo by se říci, které obory nejčastěji využívají tohoto konceptu kromě sociálních služeb? Kdo nejčastěji pracuje s tímto konceptem?

Koncept je využíván ve zdravotnictví, zejména s ním pracují sestry, lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, ale také kliničtí logopedi a kliničtí psychologové. Pro tyto profese máme kurzy akreditované ministerstvem zdravotnictví, jejich absolvováním získají v České republice „zvláštní odbornou způsobilost“, na Slovensku „certifikovanou pracovní činnost“. Dále s tímto konceptem pracují speciální pedagogové a jejich asistenti. Od roku 2007 proškoluji na univerzitách v České i Slovenské republice vyučující a studenty v oborech ošetrovatelství, fyzioterapie a speciální pedagogika.

Bazální stimulace je často využívána v nemocnicích po vážném úraze (např. po autonehodě). Četla jsem několik příběhů lidí, kteří po autonehodě vnímali souběh událostí odlišně od reality, např. studené obklady pacient vnímal (a následně si pamatoval) jako zavírání do mrazáku a následnou péči dané sestry odmítal a reagoval na její hlas až agresivně. Jsou pacienti, u kterých nelze bazální stimulaci doporučit?

Bazální stimulace se dá použít u všech pacientů, dokonce i po transplantaci plic, kdy máme proškolenou i Klinikou anesteziologie a resuscitace ve Fakultní nemocnici v Motole, kde jsou tito pacienti hospitalizováni. U některých skupin pacientů se jen musí počkat, až odezní akutní stádium, např. po čerstvém úraze mozku, kdy musí být pacient hluboce analgosedován.

Jakmile odezní otok mozku a stav pacienta se stabilizuje, má Bazální stimulace a její zařazení do péče velký význam, zejména v kontextu zahájení včasné neurorehabilitace. Také neaplikujeme Bazální stimulaci pacientům, jejichž celkový těžký stav (např. těžká infekce, přidružené různé pooperační nebo poúrazové komplikace) vyžaduje nejprve primární stabilizaci životních funkcí. S Bazální stimulací začínáme, jakmile jsou zvládnuty akutní život ohrožující situace.

Máte nějaký cíl, kterého byste chtěla v následujících letech v INSTITUTU dosáhnout?

Nový název IBS spojený nyní se jménem autora Bazální stimulace je pro nás ještě větším závazkem pro kvalitu vzdělávání, další vývoj Bazální stimulace a podporu výzkumu a praxe založené na důkazech. Prostřednictvím certifikací pracovišť různého typu péče (zdravotnictví a sociální služby) je vytvořen základ sítě, která velmi pomáhá pacientům i uživatelům sociálních služeb při překladech na jiná pracoviště. Uvedu konkrétní případ. Dívka s těžkým kombinovaným postižením z certifikovaného zařízení Sirius v Opavě musela být náhle hospitalizována na Klinice dětské anesteziologie a resuscitace ve Fakultní nemocnici v Ostravě. Byla přijata s detailním manuálem této klientky na péči v Bazální stimulaci. Sestríčky a lékaři okamžitě mohli všechny jí dobře tolerované techniky a lokalitu Iniciálního doteku převést do plánu péče na ARU. Dívka reagovala velmi pozitivně, nejen na léčbu, ale i na zcela nové neznámé prostředí. Velkým cílem tedy je zintenzivnit zasítování různých pracovišť skrze společný koncept Bazální stimulace a propracované překladové zprávy v Bazální stimulaci.

V kontextu rozvíjení konceptu jsem nyní propracovala také dva nové akreditované vzdělávací programy pro pracovníky v sociálních službách, které lektoruji osobně. Jde o „Bazální stimulaci v paliativní péči“ a „Sexuální potřeby seniorek a seniorů z ošetrovatelského aspektu“. Jejich cílem je vzdělat ošetroující personál v dané problematice a vytvořit standardy a pravidla zařízením starajícím se o seniory. Nabízí se nám zde nyní zcela nové cesty k využití konceptu a já bych ráda tuto cestu otevřela i v naší české praxi.

Dalším velkým cílem je vyškolení další kompetentní a kvalitní lektory pro Bazální stimulaci, a tím splnit velký závazek, který jsem si dala před 20 lety, aby Bazální stimulace zkvalitňovala život pacientům v nemocnicích a klientům v sociálních službách.

Rozhovor vedla Ing. Petra Cibulková,
šéfredaktorka

Rozdáváme radost!



IRESOFT
CYGNUS

Naše srdce bije pro sociální služby a naším hnacím motorem je snaha pomoci. Chceme být Vaším partnerem, na kterého je spolehnoutí.



Snaha pomoci stála u i zrodu dobročinné akce pro naše klienty z řad organizací působících v sociálních službách. Informační systém CYGNUS vyvíjíme tak, aby nejenom kopíroval technologické trendy, ale práce s ním byla co nejkomfortnější a nejrychlejší.

Někdy však může docházet k nechtěnému zpomalení kvůli rychlosti připojení, anebo díky vysloužilé technice. A právě na tento problém jsme se zaměřili v naší dobročinné akci.

Organizacím, které se potýkaly s výše

popsaným problémem s nevyhovující technikou, jsme věnovali celkem 10 plně vybavených počítačových sestav.

Ty původně sloužili našim vývojářům a právě díky svému velkému výkonu pak mohou ještě dlouhé roky velmi dobře sloužit uživatelům informačního systému CYGNUS. Tím že zkrátí čas strávený u počítače, budou moci více času věnovat svým klientům. Což je ten nejdůležitější benefit.

S vylepšením provozu jsme díky tomu pomohli a náležitou radost udělali těmto konkrétním organizacím:

Seniorcentru ve Slavkově, Domovu Letokruhy, Zámečku Střelice, Novému domovu v Karviné, Domovu pro zrakově postižené PALATA v Praze, nebo SANUS Centru v Brně.

Předání se neslo vždy v přátelské atmosféře a s úsměvem na rtech, který občas střídal dojetí.

Jsme rádi, kdykoliv můžeme udělat radost a ještě více tak naplnit naše heslo: Stojíme při Vás.



stojí při Vás!

CYGNUSPŘÁVY

Nový STRAVOVACÍ PROVOZ CYGNUS používá v plném provozu již několik zařízení!

Po úspěšné implementaci, která probíhá včetně převodu dat a zaškolení v jednom dni, máme již 20 pilotních provozů po celé republice. Vše je tak pro Vás připraveno na hromadné implementace, které budeme postupně spouštět, podle plánu od začátku příštího roku. Těší nás také ohlasy z praxe, přímo od konkrétních uživatelů.

„V programu jsme pracovali hned od prvního dne implementace. A následně jsme pak prováděly konzultace po telefonu přímo podporou.

Konkrétně se nám líbí a oceňujeme Tiskovou sestavu a rozpis stravy, která nám pomohla a ušetřila čas a ušetřila čas.

Oceňujeme také, že vidíme v historii i smazané položky.“

„A jestli bychom Stravovací provoz doporučili ostatním? Na stupnici od jedné do deseti, dáváme minimálně devět a půl!“

dodávají se smíchem paní Alena Pokorná, DiS z Centra služeb pro seniory Kyjov.

Bude pojištění dlouhodobé péče novým řešením pro dlouhodobé a udržitelné financování sociálních služeb v ČR?

Vzhledem k demografickému vývoji bude nejen Česká republika v budoucích letech čelit nejrůznějším výzvám, ať už je to stárnutí populace, nárůst osob trpících demencí, či pokles počtu ekonomicky aktivního obyvatelstva. To se projeví zejména snížením míry soběstačnosti, dojde také k ovlivnění dlouhodobé péče a kapacita sektoru sociálních služeb nebude dostatečná, ať již v terénní, ambulantní, či lůžkové péči. Proto je nezbytné hovořit o investicích do budování kapacit pro zachování alespoň stávající dostupnosti sociálních služeb a o změně jejich financování. Právě budování kapacit v sociálních službách je celoevropským tématem a z pohledu počtu pracovních míst je právě sektor sociálních služeb tím nejrychleji rostoucím v celé Evropě. V současné době dosahuje více než 5 % všech pracovních míst s nárůstem přes 2 miliony pracovních míst za posledních deset let.



■ **Text: Ing. Petra Cibulková,**
šéfredaktorka

Ve světle těchto faktorů se jeví jako jedno z možných řešení zavedení pojištění dlouhodobé péče v České republice jako nového nástroje pro dlouhodobé a udržitelné financování sociálních služeb, resp. sociálně-zdravotních služeb, o kterém by měla být zahájena diskuze na úrovni odborné veřejnosti, zda je tedy právě pojištění dlouhodobé péče pro Českou republiku tou správnou cestou.

K tomuto tématu svolala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR na 22. září tiskovou konferenci. Té se zúčastnili kromě prezidenta APSS ČR Jiřího Horeckého také předseda Komise České asociace pojišťoven pro produkty dlouhodobé péče Vladimír Bezděk a náměstkyně ministryně práce a sociálních věcí Zuzana

Jentschke Stöcklová. Všichni zúčastnění upozorňovali na důležitost provedení systémových změn v oblasti financování a poskytování dlouhodobé péče.

Na tiskovou konferenci navázal druhý ročník Fóra investorů v sociálních službách pořádaný APSS ČR, jehož cílem bylo představit možnosti pojištění dlouhodobé péče jako nového nástroje financování sociálních služeb a evropské a české doporučené postupy pro investice v sociálních službách, včetně nového evropského vzdělávacího programu pro budoucí i současné investory.

Jak poznamenala Zuzana Jentschke Stöcklová, do sociálních služeb jde ročně zhruba 47 miliard Kč. Velký podíl na financování sociálních služeb mají uživatelé, kteří pokrývají tuto částku zhruba 40 % – asi polovinu této částky činí příspěvek na péči, dotace MPSV představují 29 %. MPSV si uvědomuje, že financování je nutné zabezpečit i jinými zdroji než jen ze strany stá-

tu. V této souvislosti zmínila dlouhodobou podporu MPSV právě modelu pojištění dlouhodobé péče a současně poznamenala, že MPSV plánuje od ledna 2021 zřídit novou pracovní komisi, která by byla složená z akademiků, zástupců poskytovatelů sociálních služeb, politiků, případně dalších důležitých aktérů na poli sociálních služeb.

Na Fóru investorů byla prezentována také nejnovější studie APSS ČR Pojištění dlouhodobé péče v ČR, jejíž výsledky komentoval vysokoškolský pedagog, analytik veřejné a sociální politiky a prognostik Martin Potůček (autoři Václav Krása, Jiří Horecký, Vladimír Bezděk a Martin Potůček). Jedním z možných řešení dlouhodobé péče v ČR je vytvoření nového Fondu veřejného pojištění dlouhodobé péče, do kterého by povinně přispívaly všechny zdravotní pojišťovny podle stanoveného klíče. Celou studii si můžete stáhnout na webových stránkách APSS ČR.

Vladimír Bezděk představil výsledky studie České asociace pojišťoven Výzvy systému dlouhodobé péče pohledem komerčních pojišťoven, dle které se do roku 2035 zdvojnásobí počet lidí s příspěvkem na péči. V roce 2065 bude těchto osob dokonce třikrát více než nyní, konkrétně kolem 1,1 milionu.

Na Fóru investorů také vystoupil Milan Cabrnach, ředitel Centra zdravotně-sociálních studií CEVRO Institutu, který prezentoval unikátní výukový program a modul, jenž vznikl v rámci projektu Alliance for Inclusive Investment in Social Care and Support (A4i) a je určen pro poskytovatele sociálních služeb (stávající i budoucí), investory, ale také pro představitele veřejné správy. Cílem projektu A4i je podpořit soukromé investování a cestou je vytvoření právě evropských vzdělávacích programů.

Dále vystoupili Jan Šnajdr, ředitel infrastrukturního poradenství České spořitelny, a Linda Maršíková, konzultantka ve společnosti Ernst & Young, která účastníky konference seznámila s výsledky studie Analýza segmentu sociálních služeb, kterou společnost zpracovala pro APSS ČR.

Organizátorem Fóra byla APSS ČR, partnery akce byly Česká spořitelna, a. s., a Vysoká škola CEVRO Institut, z. ú. Mediálním partnerem se stal Týdeník Euro a časopis Moderní obec.

Raná péče v České republice 2. díl

V letošním roce sociální služba raná péče slaví 30 let své existence. Jedním z poskytovatelů, který je tu od začátku je Společnost pro ranou péči. Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je „raná péče terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby“. Raná péče je rodinám poskytována bezplatně, aby byla dostupná pro všechny rodiče.



- **Text: Ing. Mgr. Petra Samcová, Ph.D.,** poradkyně rané péče, instruktorka stimulace zraku a zraková terapeutka, **Ing. Helena Kolmanová,** koordinátorka sociálních služeb, Společnost pro ranou péči, pobočka České Budějovice

Ale je zapotřebí projevení zájmu o tuto službu, která je dobrovolná. To vede k tomu, že rodiny budou spolupracovat, protože odborníky na své dítě jsou především ony. Snahou je, aby rodiny nebyly závislé na službách rané péče, ale naopak po edukaci ranou péčí byly samostatné a měly všechny potřebné informace.

Aby mohla raná péče efektivně fungovat, je potřeba, aby se o ní rodiče dozvěděli včas. Je důležitá spolupráce, návaznost a propojenost se zdravotnictvím. To se v současné době pro dítě a rodiny ukazuje jako nejdůležitější. Po několikaletém jednání našla Společnost pro ranou péči v Českých Budějovicích vhodný způsob, jak rodinám předat informace o existenci rané péče co nejdříve po narození extrémně nezralého novorozence. S bývalým primářem MUDr. Milánem Hanzlem z Neonatologického odd. Nemocnice České Budějovice jsme hledali

cesty, jak předat rodičům informace včas a bez strachu o budoucí vývoj dítěte. A zároveň nezahlit sociální systém, pokud by o ranou péči požádali všichni rodiče. Úlohou zdravotníků je tedy dobře vytipovat rodiny, kterým jsou informace o rané péči předány. Tato důležitá spolupráce se nám daří i s novým primářem MUDr. Jiřím Duškem.

Rodiče, které tato nabídka osloví, kontaktují ranou péči jako zájemci o službu. Podpora rodiny a dítěte může následně probíhat již při pobytu v nemocnici. Poradkyně rané péče dochází pravidelně na oddělení a informuje rodiče o službě, poskytuje krizovou intervenci, podporu rodiny a náměty, jak stimulovat miminko již v nemocnici a po návratu domů. Domlouvá možnou konkrétní spolupráci ve prospěch



dítěte po stránce podpory psychomotorické, psychologické a sociální.

Spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků je velmi důležitá i proto, že po narození dítěte s již diagnostikovanými zdravotními problémy vzniká tým odborníků okolo dítěte, v němž poradce rané péče může být koordinátorem různých odborných přístupů a průvodcem pro rodinu v náročné a nečekané situaci.

Včasná stimulace dítěte je zaměřena na správný vývoj mozku, takzvané síťování, které je klíčové pro další příjem informací. Vzhledem k plasticitě mozku je podpora nezbytná zvláště v prvních měsících života. Výrazně tím minimalizujeme následky obtížného životního startu nebo postižení dítěte. S tím souvisí nabízení vhodných vjemů jako prevence vzniku následných komplikací u novorozenců s nízkou porodní váhou. Společnost pro ranou péči z velké části poskytuje ranou péči rodinám dětí se zrakovým a kombinovaným postižením. „V prvních měsících života se dítě učí poznávat svět a právě zrak se v této době stává jeho hlavním pomocníkem. Schopnost vidět (vnímat zrakem) je výsledkem učení a praxe. Po narození se děti postupně učí vidět, podobně jako se učí mluvit nebo chodit. Pokud nemá dítě dostatek zrakových podnětů a zkušeností, pak nezíská potřebné informace o okolním světě, nemůže se učit nápodobou, netvoří si zrakové představy a je omezeno v sociálním kontaktu.“¹ Protože zrakem člověk vnímá 80 % informací ze svého okolí, pro rozvoj proto používáme metodu stimulace zraku.

Příběh dobré praxe, rozhovor v rádiu Proglas²:

Jednou ze 100 rodin Společnosti pro ranou péči, pobočky v Českých Budějovicích, jsou rodiče nyní 4letého syna, kterému byla diagnostikována mukopolysacharidóza, vzácné nevyčísitelné onemocnění metabolismu. Rodiče vychovávají ještě starší dceru dceru. Jsou klienti rané péče od svého propuštění z Neonatologického oddělení, kdy nás kontaktovali z důvodu předčasně narození syna. Informace o existenci rané péče získali hned na neonatologii v Českých Budějovicích. I když raná péče u rodiny byla primárně z důvodů rizik spojených se zkráceným trváním těhotenství a následné obtížné adaptací, tak klíčové bylo provázení rodiny poradkyní rané péče, zvláště v období stanovení diagnózy. V té době rodina měla k poradkyni důvěrný vztah.

Maminka popisuje, že po komplikovaném porodu se jim narodil syn Vilém a raná péče jim pomohla hned v počátcích. „Porad-

kyně nám pomáhala s podporou vývoje, protože Vilémek měl poporodní komplikace.“ Byl v inkubátoru a rodiče chtěli zamezit nějakým problémům v raném věku. Poradkyně jim radila, jak mají se synem pracovat. Jako úžasnou službu hodnotí i půjčování hraček a pomůcek, protože poradkyně hned poznala, co dělat v určitém období a co ho bude bavit.

Tatínek k tomu dodával: „A když jsme zjistili tu hrůzu, tu diagnózu nazvanou mukopolysacharidóza II. typu, a řekli to rané péči, tak se nám maximálně věnovali a pomáhají nám, co to jde. Ta psychologická podpora je k nezaplacení, ta se nedá vyjádřit.“ Maminka ještě doplňuje: „Já když jsem se tu diagnózu dozvěděla, tak jsem ty první měsíce jakoby nežila, to bylo hrozné období, ale fungovat jsem musela, máme ještě starší dceru a opravdu klobouk dolů, že takoví lidé ještě jsou. Raná péče nám pomohla psychicky, doporučili nám psychologa, pomohli nám s naší dcerou, která ten problém také velmi těžce vnímala. Je to obrovská podpora, když k vám někdo přijde domů, vy se mu otevřete a on vám nabídne pomocnou ruku. To byste je nejraději objali, protože na to slova díky nestačí.“

Tatínek to uzavírá slovy: „Když není naděje, zbývá láska.“ Spolu s manželkou hovoří ovšem ne tolik o bolesti jako spíš o obrovské a všestranné podpoře ze strany pracovníků rané péče. „Je to úžasný. To se nedá opravdu slovy vyjádřit, to se musí zažít. V týchletý hrůze se najdou lidi, který vám dokážou ukázat cestu tím životem a že se můžeme i v týchletý hrůze smát a můžeme prostě žít i normální život. Nemusíme prostě být pořád jenom smutný.“

¹ Viz www.ranapece.cz

² Rozhovor v rádiu Proglas, <https://slovo.proglas.cz/z-regionu/ceskobudejovicke-studio-jan/ceskobudejovicka-rana-pece/>

Společnost pro ranou péči, pobočka České Budějovice,

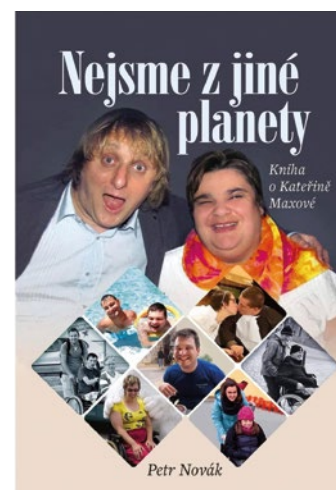
byla založena 1. ledna 1994.

Na první konkurz přišla absolventka speciální pedagogiky Jana Tušlová, uspěla v něm a do současné doby je její ředitelkou. Od té doby se však významně rozšířil její pracovní tým. Nyní má pobočka 11 členů týmu s různě vysokými úvazky, kromě ředitelky a koordinátorky finanční a sociální služby, fundraisera, poradkyně rané péče, instruktorky stimulace zraku a rovněž metodičku.



INZERCE

Pří příležitosti Týdne sociálních služeb vychází kniha o Katce Maxové – Nejsme z jiné planety. Příběh ženy, která i přes svou diagnózu dětské mozkové obrny pomáhá druhým – pořádá několikrát do roka pobyty pro další lidi s tímto onemocněním. Často také musí bojovat s předsudky, které vůči ní má okolí kvůli vzhledu a špatné mluvě. Kniha je doplněna historií spolku DMO POBYTY a příspěvky Katčinych přátel a spolupracovníků.



ŠMAKOUN DODÁ BÍLKOVINU

Známou skutečností je nedostatek bílkoviny u seniorů.
Známou skutečností je obliba tradičních jídel (i sladkých) u seniorů.

Šmakoun dodá komplexní bílkovinu do tradičních jídel – i sladkých.
Šmakoun dodá komplexní bílkovinu do diet – běžné, diabetické, šetřící, nízkotučné i „kašovitě“



Šmakouna stačí 30 % - požívejte do:

- pomazánek a salátů
- polévek a omáček
- zapečených brambor i těstovin
- rizota i rýžového nákypu
- sladkých těst na buchty, dorty, dezerty
- do vašich vyzkoušených receptů



Kontaktujte nás:
www.smakoun.eu
Dodavatel Šmakouna:
Madeta a.s.

Poradna konceptu Bazální stimulace



Na dotazy čtenářů odpovídá
PhDr. Karolína Maloň Friedlová, Ph.D.,
certifikovaná lektorka a supervizorka,
jednatelka INSTITUTU Bazální stimulace
podle Prof. Dr. FRÖHLICHA, s. r. o.

Dotaz:

Dobrý den,
jsme domov pro seniory a většina za-
městnanců absolvovala Základní kurz
Bazální stimulace. Dvě vedoucí úseků
přímé péče byly také v Nástavbovém
kurzu. Máme klientku ve věku 84 let,
kteřá byla donedávna schopna sama
přijímat potravu. Nyní se zhoršuje,
začíná mít problémy s úchopem lžice
a vedením lžice k ústům. Jak můžeme
postupovat při podpoře této klientky,
aby zůstala samostatná při příjmu po-
travy? Děkuji za odpověď.

Bc. I. M.

vedoucí zdravotně sociálního úseku

Odpověď:

Pro zachování sebeobslužných činností je důležitá somatická stimulace obličeje a ruky a asistované krmení. Somatickou stimulací ruky a obličeje nastimulujete zejména příslušné řídicí regiony v projekční oblasti mozkové kůry pro motoriku horní končetiny a asistovaným krmením podpoříte paměťová pohybová schémata pro tuto činnost. Před podáváním stravy nastimulujete horní končetinu, která drží lžici (nevím, kterou ruku má dominantní), povzbuzující somatickou stimulací. Pak nastimulujete somatickou stimulací obličeje (srdíčko, sluníčko a kolečko). Poté uchopíte asistovaně lžici a povedete ji asistovaně k ústům. Většinou stačí dvě až tři asistované lžice a klient je pak již schopen krmit se sám. Pokud by se v budoucnu stav klientky zhoršoval, přidáte ještě po somatické stimulaci obličeje Bodovou orofaciální stimulaci dle prof. C. Morales.

Rodinná historie jako lék

3. díl

Ve 3. díle seriálu zabývajícího se léčebným potenciálem rodinné historie se zaměříme na otázku, jak sestavovat skutečně léčivý rodokmen.

■ **Text: Mgr. Lenka Šnajdrová,**
klinická psycholožka a psychoterapeutka

Hodně lidí si pod slovem „rodokmen“ představí seznam svých předků, který s velkou péčí posbírali při pátrání v matrikách. V případě, že hledali několik nejbližších generací předků, museli objíždět archivy po celé republice, při hledání údajů zaměřených dál do minulosti zase sedět u počítače a trpělivě čekat, až se načtou spousty dat... Navíc se museli naučit rozšifrovat mnohdy nečitelné rukopisy a občas se neobešli bez slovníku. Už sama představa té spousty věcí, které se člověk musí naučit, když si chce sestavit takový rodokmen, může být odrazující.

Vytváření léčivého rodokmenu probíhá úplně jinak. Nikdo se kvůli němu nemusí vydat na pouť po archivech či vysedávat před obrazovkou počítače. Snad právě proto je dostupný každému člověku – od malých dětí až po nejstarší lidi. Aby rodokmen skutečně pomáhal při zlepšování vašeho či klientova života, budou stačit právě ty dovednosti, které v danou chvíli máte. Možná časem některé z nich vylepšíte, třeba vám vaše zvědavost otevře úplně nové možnosti. Ale není to nutné.

Ať už pracujete s vlastním léčivým rodokmenem, nebo chcete tímto způsobem pomoci některému klientovi, velmi důležitá je jedna věc. Už samo hledání je počátkem léčby. A někdy díky správnému pátrání dosáhnete tak velkých změn, že budete překvapeni.

Ve chvíli, kdy začínáte pátrat v rodové historii klienta, se aktivuje řada důležitých vlivů. Vzpomínky zapojují v různé míře klientovy emoce a dodávají mu hodně energie. Mohou vést ke zlepšení nálady, nebo naopak k uvolňujícímu truchlení, které v sobě dlouho potlačoval. Zbavují ho osamělosti a dávají jeho životu smysl a hodnotu.

Jak takový hojivý proces nastartovat? Existuje nespočet možností, ovšem někte-

ré se osvědčují u většiny klientů a jiné jen u některých. Při jejich výběru je velmi důležité zhodnotit nejen aktuální problém pacienta, ale také jeho sociální situaci, vlastnosti, věk a zdravotní stav.

1. Aktuální problém klienta hraje při výběru postupu často rozhodující roli. Jinak budeme zacházet s pacientem v akutní krizi (zde je práce s léčivým rodokmenem obvykle nevhodná) a jinak s člověkem, který už nějakou dobu čelí svým potížím. Když klient hovoří o tom, co jej trápí, můžete se ho po nějaké době zkusit zeptat, jak se na onen problém dívají další členové jeho rodiny. A potom třeba i zjistit, jestli někdo v rodině řešil cosi podobného.

Potíže klienta můžeme obvykle zařadit do některé z oblastí: sourozenecké vztahy, problémy spojené se zralostí (zodpovědnost, dospělé jednání), partnerské vztahy, rodičovství, zaměstnání (a trávení volného času), vzájemné vztahy v užší (či v širší) rodině, problematika související s nemocemi a smrtí. Potom je možné zaměřit své dotazy na potíže spojené s určitým okruhem.

U klienta trpícího potížemi spojenými například s rodičovskou rolí můžete zkusit klást otázky zaměřené na to, jak rodičovskou roli zvládali jeho rodiče, co mu o ní řekli prarodiče apod. Často objevíte řadu problémů spojených právě s touto oblastí, které si žádají bližší prozkoumání a řešení. Může se ale také stát, že postupným dotazováním se celý problém posune úplně jinam – a najednou zjistíte, že klient ve skutečnosti bojuje s náročným partnerským vztahem. To si možná ani sám neuvědomil, když vás požádal o pomoc, ale při volném rozhovoru o jeho předcích jste najednou tento problém spolu objevili.

Podobné dotazování a vyprávění obvykle představuje jen začátek práce na změnách. Při výběru specifitějších otázek však musíte zohlednit i další vlivy.

Ve chvíli, kdy začínáte pátrat v rodové historii klienta, se aktivuje řada důležitých vlivů. Vzpomínky zapojují v různé míře klientovy emoce a dodávají mu hodně energie.

U klienta trpícího potížemi spojenými například s rodičovskou rolí můžete zkusit klást otázky zaměřené na to, jak rodičovskou roli zvládali jeho rodiče, co mu o ní řekli prarodiče apod.

2. Sociální situace klienta může představovat pomocný vliv, ale i značnou překážku. Zejména u dětí a u klientů v pozici toho slabšího ve vztahu hraje značnou roli, jestli je jejich „proměna“ a „uzdravení“ schopna přijmout rodina či silnější vztahový partner.

S tím se občas setká každý, kdo pomáhá lidem ke zlepšení jejich života. Někdy například ztráta psychosomatických potíží u jednoho člena rodiny nutí ostatní, aby si najednou povšimli svých problémů – které do té doby zkrátka „neměli“, protože je mohli přehlížet. To se jim nemusí líbit.

Pokud můžeme očekávat odpor klientova okolí, je potřeba postupovat pomaleji. Každé téma, které otevřeme, je třeba důkladně prozkoumat, netlačit klienta do rychlých změn, i když se nabízejí. Pokud bude klient pomalu a trpělivě zpracovávat třeba i jediný aspekt rodové historie, který by mu mohl pomoci, je to vhodnější než snaha o vyřešení všech problémů naráz. Pomalou, postupnou proměnu bude moci snáze uhájit před svým okolím, pro které by jinak mohla představovat ohrožení a které by se snažilo zabránit.

3. Vlastnosti klienta jsou tím nejdůležitějším při práci s léčivým rodokmenem. Předtím než klientovi položíte nejrůznější otázky a použijete dostupné techniky, je dobré prozkoumat alespoň orientačně vlastnosti klienta. Velmi důležité jsou při práci s rodokmenem charakteristiky jako otevřenost/uzavřenost, extraverte/introverze, ochota experimentovat a poznávat nové věci, síla osobnosti (ve smyslu jakou míru zátěže klient unese)...

Jiné postupy můžete využít u člověka, který rád hovoří s lidmi a navíc mu nedělá potíže mluvit téměř o čemkoliv. S takovým člověkem snadno otevíráte řadu témat, ale na druhé straně se někdy může stát, že po chvíli zjistíte, že se vlastně nepodařilo dosáhnout významnější změny.

Práce s uzavřenějšími lidmi je naopak náročnější a občas můžete mít pocit, že jste se nepohnuli z místa. Pokud se však nějaké téma podaří postupně více otevřít, často dojde k překvapivé změně.

Když klientovi pomáháte s léčivým rodokmenem, je vhodné respektovat jeho vlast-



nosti a způsoby, jak k práci s rodokmenem přistupuje. Často se můžete dočkat značných výsledků tam, kde jste je ani nečekali. Pokud se ale pokusíte vnutit klientovi váš způsob práce s rodokmenem, může ho to odradit. Možná vám on sám ukáže vlastní způsob, jak dokáže léčivý rodokmen využít.

4. Zdravotní stav a věk – Právě tyto vlivy hrají nemalou roli při práci s léčivým rodokmenem. Co se týče zdravotního stavu – samozřejmě každého z nás napadne, že chronicky nemocný pacient bude mít menší výdrž, snadněji a hlavně dříve se unaví, trochu hůř udrží pozornost...

Někdy je však obtížnější zohlednit onemocnění, jako je třeba deprese (klient toho zvládne méně, spíše mlčí a je pa-

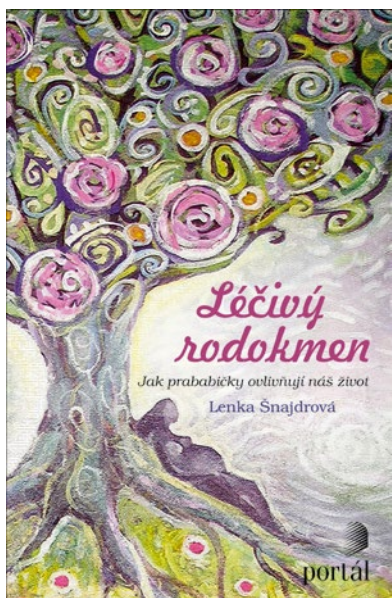
sivní), některé neurotické potíže (klient může soustředit většinu své pozornosti jinam než na náš rozhovor) a podobné obtíže psychického rázu. Zde je vhodné připomenout si, že klient dělá, co může – a hledat způsoby práce s rodokmenem, které mu v danou chvíli vyhovují.

Rovněž věk klienta může být významným faktorem. U dětí můžeme počítat s jinou mírou informací o předcích, kterou jsou schopny vstřebat, ale mohou mít pro ně nevídaný význam drobné a zdánlivě nevýznamné příběhy, které vyprávěla jejich babička.

Dospělí lidé mívají lepší přístup k informacím o předcích a dost sil pro práci s nimi, ale nemusí je tak intenzivně emočně prožívat.

»»» 31

Pokud můžeme očekávat odpor klientova okolí, je potřeba postupovat pomaleji. Každé téma, které otevřeme, je třeba důkladně prozkoumat, netlačit klienta do rychlých změn, i když se nabízejí.



Knihu *Léčivý rodokmen* autorky Lenky Šnajdrové lze zakoupit v e-shopu APSS ČR na adrese: <http://shop-apsscr.alvepi.com/>.

««« 31

Velký prostor pro práci s rodokmenem můžeme najít u **seniorů**. Tato skupina klientů bývá často považována za obtížnější přístupnou pro psychoterapii zaměřenou na dosažení větších změn. Problém představuje především menší energie starších lidí, kterou mají obvykle k dispozici. Je pochopitelné, že staří lidé už bývají méně flexibilní, více si brání způsoby chování a prožívání, na které si zvykli, a změny pro ně představují nepříjemný zatěžující stres.

Většinou však právě lidé z této skupiny reagují až překvapivě dobře na práci s léčivým rodokmenem. Ostatně není divu. V rozhovoru o minulosti ožívají vzpomínky, které byly spojeny s velmi silnými emocemi. Zážitky, jež aktivují naši emocionální složku paměti. Najednou se klienti mohou vrátit do dětství a zpřítomnit si pocity, které tehdy prožívali. Připomenou si způsoby, jak zacházeli se svým životem, jak a co se učili od ostatních členů rodiny... Navíc zkoumání léčivého rodokmenu nenuť přímo ke změnám, pokud se pro ně klienti nerozhodnou. To je může zbavit strachu, že je budeme nutit k proměně, které se obávají.

Pokud chcete pomoci s mírnou či větší změnou starším lidem, můžete právě při práci s léčivým rodokmenem pokročit překvapivě daleko. A i v případě, že se žádné změny už nedočkáte, poskytnete svému klientovi „alespoň“ chvíle, kdy se bude cítit šťastnější, živější, energičtější... I to je velký dar. ■

Malý receptář

aneb několik postupů, které mohou pomoci při pátrání v rodové historii

Při použití níže zmíněných postupů je velmi užitečné, když si ty, které vás zaujmou, vyzkoušíte nejprve na vlastní kůži. Některé z nich totiž mohou vést k vyvolání překvapivě silných zážitků, i když to tak nemusí na první pohled vypadat. A jiné naopak u někoho působí mnohem méně, než byste si mysleli. Pokud si postupy vyzkoušíte na sobě, snadněji budete svým klientům nabízet ty, které by právě jim mohly pomoci.

Někdy zapůsobí překvapivě i ve chvíli, kdy na změnu nemá člověk dost energie. V našem rodokmenu se jí totiž často ukrývá značné množství. Je možné, že klientovi předkové už udělali hodně práce za nás. Stačí si toho všimnout a využít toho.

1. Krajina dětství

Využití vzpomínek z dětství je jedním ze způsobů, jak získat sílu na to, co nyní potřebujeme zvládnout. *Zkuste se zeptat klienta na místa, kde vyrůstal.* Co tam jako dítě měl rád? Co ho zajímalo? Co naopak neměl v oblibě? Už pouhá vzpomínka na cestu do školy a ze školy může člověku připomenout část života, kdy ho ještě spousta věcí bavila, měl hodně energie atd. Může si všimnout, jak se od té doby změnil. A třeba i přijmout něco z toho, čeho měl kdysi jako dítě víc než dost...

2. Jak se s problémem vyrovnali předci?

Když klient hovoří o nějaké dlouhodobé potíži, se kterou si skutečně neví rady, někdy pomůže právě návrat ke kořenům. Otázka jako: „*Jak tohle zvládal váš táta/děda?*“ pomáhá obvykle spíše mužům, dotaz na maminku či babičku bývá užitečný u žen. Obvykle je výhodné soustředit se postupně nejen na rodiče klienta, často se totiž nejcennější rady a nápady, jak se vypořádat s potížemi, vynoří právě při vzpomínkách na prarodiče, výjimečně i na prarodiče. A někdy dokonce při rozhovoru zjistíte, že přijatelný způsob zvládnání podobných obtíží objevila spíš jedna z tet či strýců.

3. Dědictví po předcích

To, co jsme zdědili po předcích, se také stává důležitým tématem, když se pokoušíme porozumět sobě samým. Pokud se s klientem zamýšlíte nad jeho vlastnostmi, můžete zkusit nabídnout otázku: „*Za jaké dědictví jsem své rodině vděčný?*“, či naopak: „*Co z toho, co jsem podědil, mne nejvíc trápí?*“ Většinou se jedná o vlastnosti či způsoby

zacházení se životem, které jsou pro klienta velmi významné. I když jste si to dosud vy ani klient nemuseli plně uvědomovat. Nyní se na ně můžete více zaměřit a zkoumat třeba i způsoby, jak s těmito vlastnostmi kdo v rodině zacházel.

4. Vzor v rodině

Občas najdeme v rodině klienta někoho, kdo by se mohl stát jeho učitelem právě při zvládnání toho kterého problému. To má řadu výhod. Jednak je příbuzný klientovi bližší než my, mají spolu hodně společného (včetně vrozených vlastností), a tudíž je řešení problému, které si klient najde při přemýšlení o svém příbuzném, snadněji využitelné. K posílení účinku můžete použít i otázku: „*A co by vám poradil on/ona?*“ Výhodou je, že tuto radu nedáváte vy. Našel si ji klient sám a může mu být bližší než ty, které by jinak obdržel od vás.

5. Máte to všichni ve vaší rodině takto?

Položení této otázky (samozřejmě formulované různým způsobem) může nabídnout různé pohledy na situaci, se kterou se váš klient potýká. Pokud se skutečně zamyslí, nejspíš zjistí, že existují i jiné možnosti, než se původně domníval. Někdy pomůže i doplňková otázka jako: „*A chcete to tak i vy?*“ Tato otázka mu poskytne prostor k zamýšlení nad tím, zda by mohl zaběhlé zvyklosti změnit, pokud se tak rozhodne.

6. Co asi předáte dalším generacím?

Různé formy této otázky mohou někdy posílit touhu po změně či po co nej kvalitnějším životě. Občas dokonce dodají smysl klientovu usilování a umožní mu se nevzdávat. Připomenou mu, že na světě není sám a jeho život je až do konce důležitý. Na druhé straně je však u tohoto typu otázek zapotřebí určitá míra opatrnosti. Na někoho mohou vyvíjet větší tlak směřující ke změně, než by v danou chvíli potřeboval.

Možností práce s léčivým rodokmenem je samozřejmě mnohem více. Díky tomu, co dokázali zvládnout klientovi předkové – a co naopak bylo nad jejich síly – může klient s trochou vaší pomoci objevovat, co a jak by mohl změnit. Vy sami ho můžete na jeho cestě jen doprovázet. **Ríká se, že je lepší člověka naučit chytat ryby, než mu nějakou dát. Pokud klienta naučíte využívat síly, které se skrývají v příbězích jeho předků, udělali jste něco podobného.**

HydroTerapie

– revoluce v léčbě chronických ran

Chronická rána – jistě jste už o tomto typu rány slyšeli a někteří jste se s ní i setkali. Chronická rána je sekundárně se hojící rána, která se vyznačuje dlouhou dobou hojení (nehojící se déle než 6-9 týdnů) a potýká se s ní 1-2 % naší populace. Dlouhé a komplikované hojení těchto ran významně ovlivňuje kvalitu života a bohužel, ne vždy se podaří soubor o zahojení rány vyhrát. Jak tedy přistupovat k jejich léčbě?

Léčba chronických ran rozhodně není jednoduchou záležitostí. Mezi nejčastější chronické rány patří bércevé vředy,

diabetická noha, vředy při obliterující ateroskleróze dolních končetin anebo dekubity (proleženy). Přístup k jejich léčbě se postupem času a s rozvojem nových výrobních technologií vyvíjel, a to od využívání krytí se semipermeabilním okénkem až po hydrokoloidy. Nejmodernější a zároveň velmi účinný způsob hojení ran je za pomoci využití vlhkého krytí, tedy hydrogelů nebo mokrých polštářků.

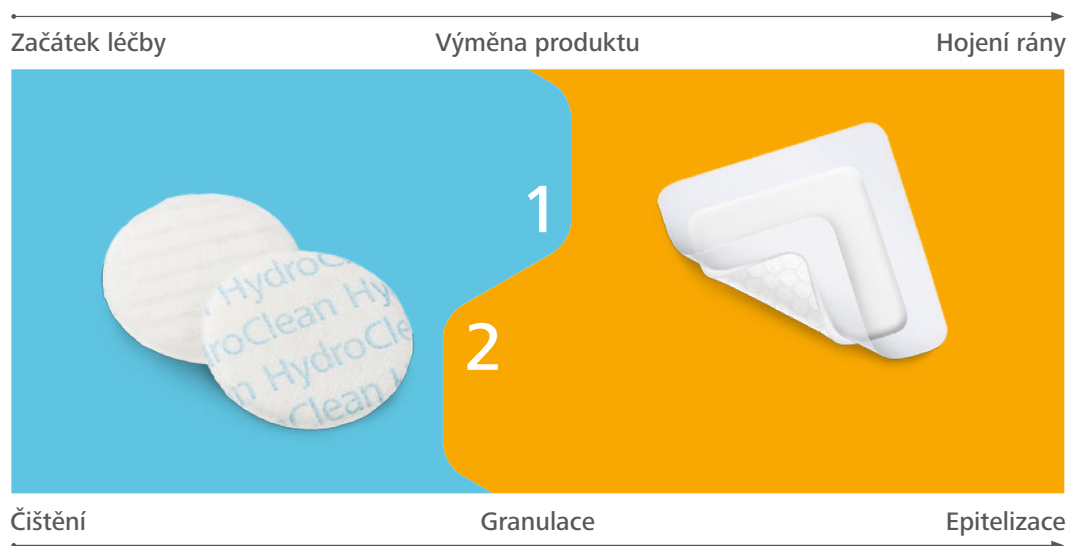
Revolučním způsobem a také účinným řešením, kterým lze zkrátit čas hojení chronických ran je **HydroTerapie**. Jedná se koncept vlhké terapie při léčbě ran, který spočívá v použití pouze dvou produktů, díky kterým budete schopni vyléčit **až 80 % všech ran**.

Vlhké prostředí nastartuje čištění rány, ochrání granulační tkáň před vysušením a podporuje tvorbu pojivové tkáně. Rána je při této formě ošetřování udržována v konstantní teplotě. Krytí odvádí přebytečnou tkáňovou tekutinu, eliminuje nežádoucí mokvání, snižuje bolestivost při převazech a prostředky vlhké terapie chrání před přídatnou infekcí v ráně.

Použití konceptu vlhkého krytí **HydroTerapie** je navíc velmi jednoduché, díky čemuž si může nemocný po předchozí konzultaci s odborníkem ránu ošetřovat i samostatně a je řešením pro všechna stádia chronické rány, tj. pro fázi čisticí, granulační i epitelizační, a to pouze ve dvou krocích. Vyhodnocení rány a výběr typu vlhké terapie by měl však vždy posoudit ošetřující lékař.

HydroTerapie

Jednoduchá – Univerzální – Účinná



1. krok: HydroClean®

HydroClean® čistí, provádí debridement a aktivuje rány prostřednictvím **jedinečného mechanismu proplachování** a absorpce^[1,4,13,14]

2. krok: HydroTac®

HydroTac® podporuje epitelizaci prostřednictvím **gelové technologie AquaClear**^[1,2]

i

Chcete se dozvědět více o HydroTerapii a hojení ran? Neváhejte kontaktovat svého obchodního zástupce HARTMANN, volejte linku 800 100 150 nebo navštivte webové stránky lecarany.cz nebo lekarnahartmann.cz.



O krok dál
pro zdraví

Soběstačný pacient je hlavním cílem ergoterapie

Kolektiv několika ergoterapeutek je sice ve srovnání s ostatními profesemi v rehabilitačním centru docela malý, ale „léčivá síla“ jejich vědomostí a dovedností je velká. A jak uvidíte dále, vede k tomu, čeho si každý pacient moc váží – k soběstačnosti a nezávislosti v denním životě. Název oboru ergoterapie vychází z řeckého ergon (práce) a terapia (léčení). Dříve se pro ergoterapii spíše používal název léčba prací, což je ale velmi zkreslující pohled a bohužel dožádá základ mylných představ mnoha pacientů i části odborné veřejnosti. Co je tedy ergoterapie, jaký má cíl a jaké terapeutické prostředky využívá?

■ **Text: Bc. Magdaléna Hrubá,
Bc. Pavlína Švandová,
ergoterapeutky BRC Čeladná**

Cílem ergoterapie je úsilí o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, společenských a zájmových či rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.

➤ Metody ergoterapie

Jako terapeutické prostředky ergoterapie využívá specifické metody, techniky a poradenství nebo přizpůsobení prostředí pro nácvik konkrétních dovedností. V některých rehabilitačních zařízeních existují také různé typy dílen, kde při vykonávání skupinové pracovní činnosti ergoterapeut kontroluje a opravuje vadné pohybové stereotypy pacientů. Právě odtud zřejmě vzniklo povědomí o tom, že ergoterapie je „pletení košíků a navlékání korálků“. To tak ale rozhodně není, jak si ukážeme dále.

➤ Kde studujeme?

Dříve se specializovaný zdravotnický obor ergoterapie studoval na středních a posléze na vyšších odborných školách. V současné době se v České republice tento obor vyučuje na čtyřech vysokých školách formou tříletého bakalářského prezenčního studia, od roku 2014 je na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze otevřeno navazující magisterské studium. Nám nejbližší je Lékařská fakulta Ostravské univerzity v Ostravě. Mezi dovednosti, které absolventi tohoto oboru získají, patří například schopnost provádět ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu aktivit pacienta, hodnocení senzomotoriky a mobility. Dále se naučí, jak správně



Ergoterapie se například zaměřuje na funkci ramenního kloubu, např. po úraze.

hodnotit a cvičit s pacientem běžné denní činnosti v nemocničním i ve vlastním sociálním prostředí. Součástí studia jsou kurzy, během kterých získají dovednosti potřebné k navrhování kompenzačních a technických pomůcek. Studium zahrnuje například předměty, jako je anatomie, kineziologie a biomechanika, a po třech letech školu opouští kvalifikovaný zdravotnický pracovník. Klientům s nejrůznějšími typy postižení je připraven poradit a pomoci tak, aby byli v běžném denním životě co nejvíce soběstační, mimo jiné i za použití nejrůznějších kompenzačních pomůcek.

➤ Rozdíl mezi ergo a fyzioterapií

Pacienti často zaměňují termíny fyzioterapie a ergoterapie. Tyto obory jsou sice podobné, nikoliv však stejné, i když se navzájem doplňují a místy prolínají. Fyzioterapeut se snaží například po zlomenině ruky posílit svaly a dosáhnout co největšího kloubního rozsahu. Ergoterapeut se souběžně zaměřuje na funkci ruky, to znamená, že zjišťuje, zda si pacient například dokáže sám namazat chleba, odemknout klíčem zámek či si poradit s osobní hygienou. Jedna naše pacientka docela trefně popsala ergoterapii takto: „Ergoterapeut se zamyslí a najde řešení, jak mám co provádět,

aniž bych překročila svoje daná omezení.“ V podstatě tedy při ergoterapii zapojujeme daný sval, končetinu či celé tělo při konkrétní aktivní činnosti, nejen s pomocí pokynů jako takových (zvednout, pokrčit, připážit atd.).

➤ O pohybových stereotypích

Na tomto místě je vhodné připomenout, že i člověk bez akutních potíží se běžně dopouští spousty chyb při provádění různých denních aktivit, kterými si může škodit a zakládat na budoucí zdravotní problémy. Jednou z našich úloh je tedy instruovat pacienta o vhodných pohybových stereotypích tak, aby šetřil svá záda i své zdraví při sedu, stoji, chůzi, přesunech a zvedání břemen.

Pacient se k nám na ergoterapii dostává na základě indikace lékaře. Ergoterapeut má v záloze spoustu „fint“ – různých substitučních mechanismů, které doporučuje každému pacientovi individuálně na základě vstupního vyšetření, které zahrnuje u nás v BRC nejčastěji test soběstačnosti a funkční test ruky. Ergoterapie v Léčebném domě dr. Storcha probíhá individuálně.

➤ Pohyblivost je základ

Čím začínáme? U pacientů imobilních či hůře mobilních je nezbytné nacvičit od úplných základů pohyblivost na lůžku včetně otáčení, vstávání z lehu do sedu a stabilní sed. Čím více pacient zvládne sám, tím větší má zároveň motivaci. V neposlední řadě pak větší mobilita a soběstačnost pacienta šetří zdravotním sestřám čas a energii pro další potřebnou práci. Po zvládnutí výše uvedených činností následuje trénink přesuňů a stoje. Jedním z důležitých úkolů ergoterapeutky je dále nácvik lokomoce. Pokud jí pacient není schopen samostatně, trénujeme chůzi za použití různých typů chodítek, berlí či holí. Pro každého pacienta vybíráme opěrnou pomůcku individuálně. Snažíme se o dosažení co nejjistější chůze,



S navlékačem ponožek to jde snadno a ještě je u toho legrace.

abychom eliminovali riziko pádu a pacient sám zvládal chůzi v domácím prostředí. Dle individuálních potřeb léčené osoby dále hodnotíme, zda musíme nacvičovat chůzi po schodech, chůzi v exteriéru na různě dlouhé trasy (aby si pacient mohl sám dojít například do obchodu s potravinami) či překonávání jiných bariér, jako je překračování překážek, vstávání z nižších poloh a ze země aj. Pokud chůze není možná, následuje nácvik manipulace a jízdy na vozíku.

» Úkony při hygieně

Dalším velmi důležitým prvkem soběstačnosti je hygiena. S pacientem probere, zda se dostane do vany či sprchového koutu, zda je schopen si samostatně umýt všechny části těla včetně vlasů, zda zvládne utírání těla ručníkem a v jaké poloze je schopen tyto úkony provádět. Pokud se vyskytne problém, ergoterapeut vymyslí vhodné řešení a navrhne vhodné kompenzační pomůcky, například sedačku do vany, nástavec na WC apod. Dále také trénuje s pacientem různé požadované úkony tak, aby je po příchodu domů byl schopen vykonávat samostatně nebo s co nejmenší dopomocí.

» Ergoterapeutické „finty“ při oblékání

Oblastí našeho zájmu je také oblékání. Po různých typech úrazů, operacích a při jiných zdravotních komplikacích nastává mnohdy problém s oblékáním a svlékáním různých částí těla. Ergoterapeut doporučuje sériově vyráběné pomůcky k oblékání



Dostat se na sedačku do vany, když máte francouzské hole, to je možné natrénovat pod vedením ergoterapeutky.

a svlékání, jako je například podavač a navlékač ponožek. Pacientovi poradí a nacvičí s ním osvědčené „grify“ pro zvládnutí těchto činností tak, aby je dokázal provést samostatně.

» Jídlo a kompenzační strategie

A co jídlo? Zdravý člověk si často ani neuvědomuje, kolik pohybů a úkonů musí provést, když si chystá něco k snědku nebo se chce najíst. Problém může činit udržet

lžici či donést si ji k ústům. Naším úkolem je pozorovat pacienta při snaze se nasytit, analyzovat důvody případných potíží, vymyslet řešení a opět navrhnout vhodné pomůcky. A samozřejmě nakonec nové kompenzační strategie s pacientem nacvičit.

» Aktivace ruky

Ergoterapeut vždy hodnotí pacienta komplexně. Někdy je však nutné se zaměřit pouze na konkrétní část těla, jejíž funkce je porušena – nejčastěji jde o horní končetinu. Pacient může být plně soběstačný ve všech úkonech sebeobsluhy, postiženou končetinu při nich ale třeba vůbec nepoužívá. V takovém případě je ergoterapie zaměřena pouze na aktivaci této končetiny, trénink obratnosti a úchopových funkcí, zacílení pohybu ruky a nácvik grafomotoriky. K tomu využíváme různé rehabilitační postupy, jako jsou měkké a mobilizační techniky, prvky metod na neurofyziologickém podkladě aj. Výcvik ruky také provádíme cílenou formou „hry“ zaměřené na konkrétní deficit, kdy využíváme kostky, mince, různé typy stavebnic a pracovní listy pro nácvik psaní. Připravujeme se také na využívání počítačových programů k tréninku kognitivních funkcí (například paměti) ve spolupráci s logopedem.

Ergoterapeutky jsou tedy nedílnou součástí interdisciplinárního týmu. Spolupracujeme s lékaři, fyzioterapeuty a s dalšími specialisty, například s logopedem či psychologem. Věřím, že nyní víte o naší práci mnohem více :-)

Uznávání odborné kvalifikace

Poskytovatelé sociálních služeb se čím dál častěji setkávají se zájemci o práci v sociálních službách, kteří přicházejí za prací do ČR ze zemí Evropské unie a získali vzdělání na školách mimo ČR. Podle zákona o sociálních službách se pak v těchto případech při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie postupuje podle zvláštního právního předpisu¹ – zákona o uznávání odborné kvalifikace².

▪ **Text: Mgr. Bc. Zbyněk Vočka,**
vedoucí oddělení sociální pomoci,
Krajský úřad Olomouckého kraje

Sociální pracovník³ a pracovník v sociálních službách⁴ jsou povoláními uvedenými v Databázi regulovaných povolání a činností vedené Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy.⁵

Na webu MPSV⁶ je uveřejněn postup pro uznání kvalifikace, v němž je, mimo jiné, uvedeno: „V případě, že žadatel získal odbornou kvalifikaci v jiném státě EU

nebo EHP či Švýcarska a chce ji uplatnit v ČR, musí mít, v souladu se zákonem č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a některých příslušníků jiných států a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o uznávání odborné kvalifikace“), tuto kvalifikaci uznanou uznávacím orgánem, kterým je pro toto regulované povolání Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Tímto vzděláním je i vzdělání na pobočce zahraniční školy na území ČR.“⁷

» Sociální pracovník

Odborná způsobilost pro výkon povolání sociálního pracovníka je zákonem o sociálních službách navázána nejenom na získání vzdělání určitého stupně, ale na absolvování některého z akreditovaných vzdělávacích programů zaměřených na konkrétní definované obory. I v rámci vzdělávání ve vzdělávacích programech akreditovaných v ČR musí být k žádosti o akreditaci přiloženo souhlasné stanovisko příslušného uznávacího orgánu, že absolventi daného studijního programu budou připraveni odpovídajícím způsobem k výkonu tohoto povolání.⁸ Obsah vzdělávacích programů je tak posuzován MPSV i v případě akreditace v České republice.

Je tak zcela na místě, aby v případě absolvování vzdělávání na škole, jejíž vzdělávací program nebyl posouzen MPSV, bylo vyhodnoceno, zda absolvent mohl být

»»»» 36

««« 35

studium dostatečně připraven pro výkon povolání sociálního pracovníka v České republice.

V rámci rozhodování o ne/uznání (zahraniční) kvalifikace potom uznávací orgán (MPSV) musí posuzovat obsah vzdělání, které žadatel absolvoval na zahraniční škole. Nutno zdůraznit, že je takto nezbytné postupovat i v případě, že v ČR vzdělává škola, která však akreditaci získala v jiném státě. Příkladem budiž Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety v Příbrami⁹. Absolvent této vysoké školy by musel budoucímu zaměstnavateli, u něhož by chtěl vykonávat povolání sociálního pracovníka, rovněž předložit doklad o uznání kvalifikace, neboť se jedná o školu, která je oprávněna působit jako soukromá vysoká škola na základě udělení státního souhlasu Slovenské republiky.

➤ Pracovník v sociálních službách

U pracovníků v sociálních službách¹⁰ je situace úplně jiná. Odbornou způsobilost může pracovník v sociálních službách získat několika způsoby. V případech, kdy odbornou způsobilost pracovník získává tak, že je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, odborně způsobilý k výkonu povolání sociálního pracovníka nebo získal střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem, bude muset rovněž požádat o uznání takto získané kvalifikace (odborné způsobilosti).

Tento příspěvek se ale zaměřuje na nejčastější situaci, kdy uchazeč o pracovní místo pracovníka v sociálních službách odbornou způsobilost získává prokázáním požadovaného stupně vzdělání a absolvováním kvalifikačního kurzu (který musí absolvovat ve lhůtě 18 měsíců ode dne nástupu do zaměstnání¹¹).

MPSV k této nejčastější situaci při různých příležitostech prezentovalo názor, že uchazeč o pracovní místo musí požádat o uznání kvalifikace, přestože ještě nemůže předložit žádný doklad, na jehož základě by mohlo dojít k posouzení absol-

vovaného vzdělávání. Takový požadavek by bylo možné považovat za opodstatněný pouze v situaci, kdy by uchazeč o zaměstnání absolvoval v jiném státě EU kvalifikační kurz a bylo by tak na MPSV, aby posoudilo, zda tento kurz odpovídá obsahem (a rozsahem) kvalifikačnímu kurzu pracovníka v sociálních službách v ČR.

MPSV však deklaruje, že i když žádný takový kurz zájemce o pracovní pozici nemá, musí být žádost o uznání kvalifikace podána a MPSV rozhodne „podmíněně“ tak, že kvalifikace bude uznána až v případě splnění podmínek absolvování kvalifikačního kurzu.

Tento postup však nepovažuje autor za správný, resp. nezbytný, a má za to, že jeho vyžadování je v rozporu s právními předpisy. Jak již bylo uvedeno, v tomto případě je totiž nutné, aby uchazeč o zaměstnání prokázal zákonem o sociálních službách požadovaný minimální stupeň vzdělání, tedy např. v případě pracovníka vykonávajícího přímou obslužnou péči minimálně základní vzdělání a následně absolvování kvalifikačního kurzu. Pokud tedy získal takový zájemce o pracovní místo základní vzdělání v jiném státě EU, musí prokázat, že základní vzdělání tam získané odpovídá základnímu vzdělání v ČR (obdobně u středního vzdělání atd.)¹² Rozhodování

o uznání zahraničního vzdělání však upravuje školský zákon a působnost v této věci svěřuje krajským úřadům (nebo v některých případech Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy).¹³

Autor tak zastává názor, že stupeň dosaženého vzdělání osvědčí uchazeč o zaměstnání právě rozhodnutím vydaným orgánem, který je k takovému rozhodování povolán školským zákonem. Současně je třeba vyjádřit názor, že žádným jiným rozhodnutím toto osvědčení není možné. Pokud by MPSV rozhodovalo oním podmíněným způsobem, de facto by posuzovalo právě pouze otázku, zda dosažený stupeň vzdělání odpovídá obdobnému stupni vzdělání v ČR. K tomu však nedisponuje potřebnou kompetencí, resp. není věcně příslušné k takovému rozhodování.

Vzhledem k tomu, že MPSV k takovému rozhodnutí není věcně příslušné, bylo by nezbytné, aby byl MPSV jako podklad pro jeho rozhodnutí předloženo i rozhodnutí příslušného správního úřadu o nostrifikaci. MPSV by potom muselo (vždy kladně) rozhodnout o onom podmíněném uznání kvalifikace. To je však zcela nesmyslné. Je to nesmyslnější o to víc v situaci, kdy následně pracovník absolvuje v ČR akreditovaný kvalifikační kurz a splní tak podmínku pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách samotným absolvováním tohoto kvalifikačního kurzu.

➤ Závěr

Autor zastává názor, že v oné nejčastější situaci by měl zájemce o pracovní místo pracovníka v sociálních službách předložit zaměstnavateli (poskytovateli sociální služby) rozhodnutí o nostrifikaci vydané příslušným orgánem (jímž není MPSV), kterým prokáže dosažený stupeň vzdělání požadovaný zákonem o sociálních službách. Následně má takový zaměstnanec (a zaměstnavatel rovněž) lhůtu 18 měsíců, v níž musí absolvovat kvalifikační kurz, jehož absolvováním získá odbornou způsobilost pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách, a žádné rozhodování MPSV tedy není potřeba, resp. není ani možné, neboť o žádném uznávání kvalifikace nemůže být řeči. Takový pracovník totiž získává odbornou způsobilost zcela shodným způsobem jako pracovník, který získal potřebný stupeň vzdělání v ČR. Rozlišování získávání odborné způsobilosti dle požadavku MPSV je zcela nesmyslné.

Nutno rovněž doplnit, že na vyžadovaný způsob uznávání kvalifikace je možno nahlížet tak, že je v rozporu se základní zásadou činnosti správních orgánů, podle níž správní orgán postupuje tak, aby nikomu nevznikaly zbytečné náklady a dotčené osoby byly co možná nejméně zatěžovány.¹⁴ Je rovněž otázkou, zda nejde o nezákonný zásah.

Považuji za naprosto nezbytné, aby tato záležitost byla náležitě projednána s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a dostatečně (a přesvědčivě) vyjasněna. Nyní MPSV nepředkládá žádné argumenty, které by vedly k závěru, že požadavek MPSV je oprávněný. Dosud je tomu právě naopak.

¹ § 110 odst. 6 a § 116 odst. 8 zákona o sociálních službách

² zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů.

³ https://uok.msmt.cz/uok/ru_detail.php?id=655&dl=cz&flet=&forg=&ftype=&fpq=1&fxt=soci%E1ln%ED

⁴ https://uok.msmt.cz/uok/ru_detail.php?id=699&dl=cz&flet=&forg=&ftype=&fpq=1&fxt=soci%E1ln%ED

⁵ Dostupná na https://uok.msmt.cz/uok/ru_list.php

⁶ Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

⁷ <https://www.mpsv.cz/web/cz/uznani-odborne-kvalifikace>

⁸ § 79 odst. 2 písm. f) zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a § 104 odst. 4 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů

⁹ https://www.vszsp.cz/index.php/o_nas/

¹⁰ § 116 zákona o sociálních službách

¹¹ § 116 odst. 5 – 7 zákona o sociálních službách

¹² viz požadavky dle § 116 odst. 5 zákona o sociálních službách

¹³ § 108 a násl. zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů

¹⁴ § 6 odst. 2 správního řádu



ÚKLIDOVÉ VOZÍKY



JÍDELNÍ VOZÍKY



VOZÍKY NA PRÁDLO



VOZÍKY NA LÉKY



MYCÍ STROJE



ČISTIČKY VZDUCHU



ÚKLIDOVÉ SLUŽBY



RENOVACE PODLAH



DEZINFEKCE RUKOU



OCHRANNÉ POMŮCKY

PRODEJ A SERVIS PRODUKTŮ

SLUŽBY

VÝROBA

+420 608 837 006
INFO@CLEANLIFE.CZ

CLEAN LIFE

CLEANLIFESHOP.CZ
PREVENCEPROTIVIRUM.CZ

Divadelní tvorba jako příležitost být sám sebou 2. díl

V pokračování článku o kreativním vyjádření lidí s postižením a jejich následné adaptaci a integraci do společnosti prostřednictvím divadelní tvorby se zaměřím na zkoušení divadelní inscenace, specifika setkání s divákem a strukturu divadelní zkoušky.



■ **Text: MgA. Vladimír Novák, Ph.D.,**
pedagog, režisér a vědecký pracovník
KALD DAMU

Jelikož člověk s mentální retardací vstupuje do světa s jistým – konkrétním znevýhodněním – handicapem, je vždy a priori – ač chce, či ne – v očích druhého člověka určitým způsobem stigmatizován. V takovém případě skýtá naději divadlo. Divadelní práci a výzkumem můžeme pomoci překonávat lidem s postižením nejen psychofyzické překážky, ale i onen determinovaný pohled spojený s handicapem. Tato omezení nelze samozřejmě zcela eliminovat, ale díky divadelní práci je možné četné překážky zmírnit nebo na daný čas na ně zapomenout (po čas představení, veřejného vystoupení před diváky, po dobu tvorby). Různými divadelními přístupy a technikami lze nedostatky překonávat, bytím na jevišti pak transformovat a následně měnit pohled všech diváků.

➤ Zkoušení je běh na dlouhou trať

Divadelní práce ve specifické skupině vyžaduje dlouhodobý a systematický přístup a odhodlání. Je to složitý a náročný proces od výběru tématu po výsledný divadelní

tvar, se všemi peripetiemi a záłudnostmi, které k divadelní práci patří.

Společným jmenovatelem všech našich divadelních pokusů a aktivit je objevování témat, která nás propojují a rezonují s každým ve skupině. **Je důležité, aby byl herec schopen podat zprávu o svém vnitřním světě.** Hlavní je „nenacvičovat“ a nedrilovat! Neříkáme hercům, co mají přesně dělat, nejsou „plniči úkolů“, jen se snažíme vysvětlit smysl a podstatu situace. V žádném případě totiž nejde o efektivní prezentaci. **Mnohem důležitější je samotný proces tvorby.** Každé zkoušení zákonitě směřuje k premiéře, neboť upřímná touha ukázat, že něco umím, že jsem užitečný, a potěšit diváka je u lidí s postižením bytostná.

Při divadelní práci s herci s postižením je nezbytné je podporovat, motivovat, kladně oceňovat, chválit. Dosti často se stává, že si o pochvalu dokonce řeknou sami. **Je nutné, aby každý v dané situaci cítil svoji důležitost a podíl na ní.** Všechny chyby a nedostatky je potřeba brát v potaz, aby se herec s postižením necítil neschopný. Vztit chybu jako podnět posouvající herce dál. Zásadní je tedy vytvořit skupinu, která je schopna spolupráce a vnitřní podpory, jde jí o společný tvůrčí záměr, jednotlivci v ní jsou schopni vnímat se a reagovat.

➤ Zkoušení je běh na dlouhou trať

V začátcích každého zkoušení je vždy výhodné začít vyprávěním, povídáním, debatováním o čemkoli, co se například týká herců samotných, jejich přání, snů, tužeb, ale i strastí a problémů; nevyzvídat, ale nechat je nakročít k vám i k sobě samým, aby se beze strachu otevřeli, byli sdílní a vytvořila se atmosféra příznivá pro tvůrčí práci. Vzniká tak křehké pouto, které je skutečným závazkem.

Proces práce zahrnuje celou řadu kontinuálních aktivit. Od poznávání skupiny a také zjišťování, kdo má jaké limity, přes hledání, kdo je jak disponovaný, talentovaný. V každé specifické skupině se totiž najdou velmi zdatní loutkáři či herci pohybově nadaní, jiní se zase přiklánějí spíše k manuální výtvarné činnosti – ti se pak většinou podílejí na výtvarné podobě inscenace ve spolupráci s profesionálním scénografem.

Když zjistíte možnosti, schopnosti a limity všech herců ve skupině, je nezbytné poznatky analyzovat a dle těchto zjištění přizpůsobovat průběh zkoušek a jejich další plánování. Je dobré stanovit přesný čas zkoušek, který by měl být nedotknutelný až posvátný. Musíte vědět, kolik času na samotné zkoušení máte, a s ním pak efektivně a smysluplně nakládat.

➤ Nahlédnutí do jiného světa

Ověřili jsme si, že je dobré před každým zkoušením udělat několik workshopů (výtvarných, pohybových, loutkových), které nejen stmelují skupinu a zvyšují vzájemnou důvěru, ale dost často ukáží právě na společné téma, které bychom jinak třeba složitě hledali.

Nedílnou součástí každého zkoušení je také výtvarná tvorba, která poskytuje velké množství podnětů a inspirace pro další vývoj zkoušení a taktéž pro výslednou podobu scénografie. Poskytuje nám velmi cenný zdroj podnětů a inspirace pro tvorbu samotné inscenace. Pomáhá rozkrývat dané téma a jeho případné interpretace. Uspadňuje hercům s postižením pochopit vztahy a souvislosti, nalezené situace a z toho vyplývající konotace komplexně a nabízí možnosti dalšího metaforického vyjádření. To znamená, že sami herci s postižením svým pojetím a zpracováním kolikrát posouvají zkoušení takovým směrem, kam by nás samotné třeba ani nenapadlo

jit. Jsou schopni přemýšlet v intencích vývoje příběhu, konkrétních situací, svých postav.

I přes počáteční ostych cokoli namalovat – který znají mimochodem i mnozí z nás – se pustí do vykreslování svých snů, fantazií a přání. A dovolí nám do nich nahlédnout, stát se alespoň na chvíli součástí jejich barevného snového světa, který je pro nás v mnoha ohledech vzdálený a často neuchopitelný.

Každý obraz, obrázek, koláž i čmáranice mají svůj příběh a vypovídají vždy o vnitřním stavu každého tvůrce.

Podarí-li se nám tedy tento obraz „otevřít“, můžeme najít cestu k onomu tvůrci, dostat se do jeho přítomnosti a skrytých zákoutí jeho vnitřní krajiny. Odhaluje nám své vidění světa, ale často i odloučenost a niternou samotu člověka odtrženého od světa (společnosti), kterému se právě skrze uměleckou tvorbu snaží porozumět. Každý obraz je pohledem do nitra lidské duše, ale také do budoucnosti, je spojen s touhami, sny, nadějemi. Upíná se k budoucímu okamžiku, protože člověku dává naději, že lze utéct z neutěšené přítomnosti.

Jedním z klíčových bodů v procesu zkoušení je hledání společného tématu, kterému by všichni rozuměli a které by rezonovalo s celou tvůrčí skupinou. Ve chvíli, kdy je téma „odhaleno“, tj. je znám i důvod celého zkoušení, hledáme, jakými možnými divadelními způsoby a prostředky téma tlumočit na jevišti.

Během procesu zkoušení je totiž téměř nemožné již nalezené situace příliš opakovat. A to z toho důvodu, že to herce s postižením prostě nebaví. Nudí se, upadají do stereotypního jednání. Nemůžeme jednu situaci zkoušet celý den a intenzivně se jí věnovat, zkoumat ji ze všech stran, rozbíjet a znovu skládat. Situaci postavíme, aby byla pro herce s postižením jasná a srozumitelná, aby ji tzv. dostali do těla, a při každé zkoušce ji pak dvakrát či třikrát projedeme. Proto je zkoušení skutečným dobrodružstvím – vymýšlíme společně situace, které dále rozvíjíme a řetězíme, ale neuzavíráme je, nýbrž je necháme otevřené, ne nedokončené. Musíme velmi citlivě zvažovat, kam vše vést, a neustále musíme být v pozoru, aby se jednání neubíralo jiným směrem, proti smyslu linie příběhu.

Za léta divadelní činnosti jsou naši herci schopni na základě vytvořených pevných (záchytných) bodů dotahovat některé situace již na zkouškách, některé až na jevišti před diváky a držet se vytyčené linie. Dobrodružství je to tedy až do doby, kdy přijdou diváci a dojde „na lámání chleba“. Pak teprve vidíme, co opravdu funguje a na čem je potřeba dále pracovat. Práce s detailem

je sice ztížena onou neochotou věci opakovat, ale na druhou stranu zájem herců hledat, objevovat nové věci a mít z nich radost umožní do určité míry věci dotahovat i v tomto ohledu. To, že cítí svou důležitost, tvůrčí podíl na vznikající situaci, mají možnost rozhodovat, jak se příběh bude vyvíjet, je pro ně nejvíc přínosné. Z hlediska rozvoje nezanedbatelné, právě oproti takovému zkoušení, kdy jako „garant“ řeknete, bude to tak a tak, nalajnujete situace a snažíte se animovat herce do svých představ. Nejenže je ochudíte o tu radost z hledání a objevování, čímž je celý vývoj příběhu jaksi degradován, ale hlavně se ze specifických divadelníků stávají „plničiči něčích záměrů“ – poslušné loutky.

Proces hledání a nacházení je totiž mnohem složitější a náročnější než něco pouze „nacvičit“ a efektivně prezentovat. **Je nutné přizpůsobit své ambice, záměry, představy, ideje konkrétním možnostem a nalézat nová řešení a přístupy.** Tím se opět vracím k podstatě sokratovského dialogu zmíněnému v prvním díle¹. Tím, že druhému člověku nasloucháte a pomáháte mu plnit jeho sny, dáváte mu svobodu být sám sebou a se sebou.



» Setkání a interakce s divákem

Divák je pro herce s postižením neodmyslitelnou součástí celého procesu zkoušení – respektive jeho vyústěním. Celé jeho konání se upíná právě k setkání s ním. Herec s postižením podpořen hercem profesionálním jde s kůží na trh, pookřává pod přejícím pohledem svého vytouženého diváka, chce se s ním setkat, něco se o něm dozvědět, jako by se ho ptal, dá se ve tvém světě žít? Je v něm místo i pro mě? Zajímá tě, co si myslím, o čem přemýšlím? Kdo jsem? Kam směřuju? A co si myslím o tobě, diváku, já?

Snaží se vtáhnout ho do své přítomnosti a sdělit mu, že i on – herec s postižením – má své starosti a radosti. Tento interaktivní vztah má určitou existenciální hodnotu. Herci s postižením si během představení potvrzují pravdivost svého bytí skrze druhého. Svým jednáním se k němu upínají

a na základě vztahu, který vzniká a plyne, se ujišťují o pravdivosti svého konání. Jeviště se pro ně stává posvátným místem rituálu setkání a bytí na něm rituálem přesahujícím hranice každodennosti a směřujícím k intenzivnímu prožitku. Z této perspektivy se vše jeví jako elementární potřeba sdílení své přítomnosti s druhým člověkem, potřeba nalezení souznění, společné roviny komunikace. Všechny podstatné věci, myslím tím například starosti, ideje, nápady, myšlenky, sny, ideály, postoje a podobně, se odkrývají v celé své čistotě a průzračnosti teprve při dialogu s druhým. Při intenzivním sdílení a vzájemném prolínání přítomnosti. Je to tudíž i otázka určité osobní odpovědnosti ze strany diváka, neboť odhalení nitra, jisté dávky intimity vede k tomu, že se tato osobní výpověď stává zavazující. A buď v tomto ohledu dojde k aktivní účasti diváka a vztah je dynamický a interaktivní, tím pádem smysluplný, nebo vše po divákovi „sklouzne“ a nic se nestane – nezasáhne ho to.

Profesionální herec potřebuje vědět, že mezi ním a divákem vzniká vztah, ale herec s postižením si tento **vztah potřebuje během svého pobytu na jevišti potvrzovat a upevňovat.** Můžeme se tak setkat s jakousi rozpolceností. Mezi snahou vytvořit a udržet postavu (v rámci svých možností) a „osobním“ bytím na jevišti – tedy tím, že tam je herec s postižením sám za sebe, přestože jedná v rámci nazkoušených situací (které však většinou bere jen jako hru).

» Důležitost zpětné vazby

Oproti zkouškám získávají samotná představení před diváky zcela jiný rozměr a i bytí na jevišti herců s postižením je trochu proměněné. Často po očku sledují diváka a jeho reakce, dokáží zcela vystoupit ze hry, diváka oslovit, dát se s ním do řeči a pak se opět včlenit a pokračovat dál v příběhu. Na jevišti tak vzniká specifická situace, kterou vytvářejí herci s postižením společně s herci profesionálními v přímé konfrontaci s divákem. Herec s postižením je na jevišti vržen do této konfrontace a je otázkou určité zkušenosti a tréninku, aby tuto skutečnost nejen ustál, ale uměl s ní i pracovat a zároveň byl tvůrčí a spontánní. O tom, že se s divákem touží setkat, svědčí i to, že na konci každého představení jim s vyprchávací euforií na mysl vyvstávají otázky typu: Bylo to dobré? Byli jsme my dobří? Líbilo se to divákům? Co asi říkali? Po prvotním nástupu obav a strachu se během chvíle projeví jejich spontánnost a zájem, seberou se a jdou se diváků sami zeptat s prohlášením: „To jsme zvědaví, co nám poví!“ A jedna z ostřílenějších hereček vždy se svým typickým humorem dodá:

¹ Viz časopis Sociální služby srpen-září 2020

««« 39

„A běda, jestli se jim to nelíbilo, to jim ukážu!“ A o tom, že jsou postupem času schopni být tvůrčí a svobodní, svědčí například situace z naší inscenace *Zatracená manéž*: herec s postižením hrající zhrzeného principála divadelní společnosti měl za úkol na konci představení vyhodit své zaměstnance – herce a pokusit se najmout z řad diváků dva až tři herce nové. V tu chvíli se do své role vžil natolik, že místo dvou nebo tří jich svou výmluvností a živelností přesvědčil sedm a ještě jednomu z nich předal svou funkci principála.

» Strukturace divadelní zkoušky

Tímto se dostáváme k hlavnímu úskalí či problémům praktické divadelní práce ve specifické skupině. A to jednak jakým způsobem zkoušet, aby byl proces nejen smysluplný, ale i efektivní a obohacující z hlediska nabývané divadelní zkušenosti. A také jaké zvolit přístupy, metody a principy tvorby, tj. divadelní prostředky a témata, aby se za daných podmínek dala realizovat konkrétní divadelní inscenace.

Celý proces zkoušení a práce vůbec je o velkém kompromisu. Člověk je neustále vystavován nutnosti se rozhodovat a řešit organizační a často i osobní problémy na úkor estetické stránky. Ale to k tomuto druhu tvorby asi patří. Svým způsobem je tato práce velmi vyčerpávající, **je potřeba být neustále koncentrován, připraven reagovat, věnovat zvýšenou pozornost samotným hercům s postižením.** Být připraven řešit problémy, které se během procesu zkoušení objevují, ať už jsou to zádrhele pracovního, či osobního charakteru, nebo se snažit problémům předejít a vidět tzv. za roh.

Na druhou stranu se vše vrací v inspiraci, kterou nám při tvorbě herci s postižením poskytují, ve sdílené radosti, kterou jim přináší pocit dobře odvedené práce a setkání s divákem.

» Základní struktura procesu zkoušení:

- Poznávání skupiny, dovedností, schopností, limitů herců;
- úvodní workshopy, nápad, téma (individuální, společné), jakým způsobem se k němu dojde (společná diskuze, výběr dramaturga či režiséra);
- povídání, rozpravy, diskuze k vybranému tématu;
- realizace workshopů již ke konkrétnímu tématu (výtvarných, pohybových, hudebních, loutkových atd.);
- kompletace a analýzy nasbíraných materiálů z improvizovaných cvičení a workshopů, z vyprávění příběhů (osobních, vztahujících se k tématu



zkoušení i vymyšlených nebo předem stanovených) a zaznamenávání vzniklých situací a dialogů;

- stanovení tématu divadelní inscenace a práce na autorském textu (s možným zapojením herců s postižením);
- bližší poznání tématu (debaty o tématu, výtvarný projev, cvičení, improvizace, etudy);
- rozdělení rolí a samotná příprava divadelní inscenace – hledání a zkoušení konkrétních dramatických situací předem daných (za předpokladu, že se pracuje s textem) nebo na bázi improvizčních postupů a principů a materiálů získaných z úvodních workshopů, stanovení smysluplné dějové linky (za předpokladu, že se nepracuje s konkrétním textem), v této fázi se též tříbí scénografická koncepce a řešení;



- provazování a řetězení situací (vytváření linie příběhu), zkoušejí se nově vzniklé situace, hledá se, nabízí se, zamítá se, třídí se, ověřuje se, až najdeme společnou řeč (zkratku, stylizaci, jevištní metaforu), pracuje se se vzniklým textem;
- realizace inscenace s následnou veřejnou prezentací;
- finalizování – je možné až na samém konci procesu zkoušení.

Velmi významnou součástí práce je průběžná dokumentace písemná i audiovizuální (ideálně během celého procesu).

² V roce 2009 jsme založili občanské sdružení *Divadlo VZHŮRU NOHAMA*, dnes po transformaci občanských sdružení jsme spolek *VZHŮRU NOHAMA, z. s.*, jehož hlavním cílem je realizace nekomerčních uměleckých projektů, především interaktivních divadelních inscenací, které integrují profesionální herce a herce se specifickými potřebami. Spolek provádí základní i aplikovaný výzkum v oblasti sociálního divadla (divadla ve specifických skupinách).

» Závěr

Snažíme se, aby divadelní tvorba i výzkum v oblasti specifického divadla² dokázaly nabídnout východiska jak pro rozšiřující kontinuitu zájemcům z oblasti divadla, příbuzných oborů, pracovníkům z oblasti sociálních profesí a rodinným příslušníkům lidí s postižením, tak i pro postupnou integraci lidí se znevýhodněním do společnosti prostřednictvím umělecké tvorby. Díky souvislému výzkumu mapujeme další možnosti této tvůrčí práce tak, aby vznikla stabilní platforma pro divadelní práci a výzkum v tomto divadelním segmentu.

V současné době je možné naši práci vidět na výstavě *Hnízdo pro duši – umělecká tvorba lidí s postižením v Muzeu loutkářských kultur v Chrudimi*. Výstava dokumentuje dvacetiletou uměleckou práci a výzkum ve specifických divadelních skupinách s lidmi se znevýhodněním v projektech Katedry alternativního a loutkového divadla DAMU v Praze, Divadla VZHŮRU NOHAMA, Jiného jeviště a Ateliéru výchovné dramatiky pro Neslyšící na JAMU v Brně (výstava potrvá do 1. 11. 2020). Na podzim vyjde další odborná publikace *Tětivou snů (metodicko-etické principy divadelní tvorby ve specifických skupinách)*, která vzniká na půdě Ústavu pro výzkum a studium divadla alternativního, loutkového a divadelní tvorby ve specifických skupinách na Divadelní fakultě AMU v Praze.

Poznámka:

Tato studie je jakýmsi kompilátem dosavadních textů a poznatků v oblasti divadelní tvorby ve specifických skupinách a snahou o letmý náhled do dané problematiky.

Podrobnější informace k daným tématům lze nalézt v publikacích:

- NOVÁK, V. et al. *Hnízdo pro duši*. 1. vyd. Praha: Výzkumné pracoviště KALD a MLK v Chrudimi, 2019. (kritický katalog výstavy).
- NOVÁK, V. *Autorství, loutky a animace ve specifické divadelní skupině*. In *O animaci: z různých stran současného loutkového divadla*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Pražská scéna a Výzkumné pracoviště KALD DAMU, 2019.
- NOVÁK, V., ŠPLÍCHALOVÁ MOCOVÁ, K. *Problematika režie a dramaturgie ve specifické divadelní skupině*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Pražská scéna a Výzkumné pracoviště KALD DAMU, 2016.
- NOVÁK, V., ŠPLÍCHALOVÁ, K. *Specifické divadlo*. 1. vyd. Praha: Výzkumné pracoviště KALD DAMU v Praze, 2014.
- NOVÁK, V. et al. *Divadelní tvorba ve specifických skupinách*. 1. vyd. Praha: Akademie múzických umění v Praze, 2013.

Jak zamezit samostatnému odchodu dezorientovaných osob z objektu

Řada zařízení sociálních služeb pro seniory řeší stejný problém, a to zajištění bezpečného pohybu svých klientů, zejména těch trpících demencí. Ti mnohdy dezorientovaně odchází z areálu zařízení, aniž by o tom kdokoli věděl, a jsou tak vystaveni nebezpečí. Současné moderní technologie však nabízí způsob, jak tomu zabránit.

Neinvazivní, ale účinné řešení

V problematice zabránění odchodu rizikových osob se zohledňují dva aspekty. Na jedné straně je třeba klást důraz na **ochranu práv seniorů**, zbytečně neomezovat jejich volný pohyb a nezamykat oddělení nebo budovy.

Na straně druhé musí být účinně zajištěna jejich **bezpečnost**. Bohužel není málo případů, kdy klient s demencí odejde z areálu a personál to zjistí až za nějakou dobu. Začíná pak dlouhý a složitý proces hledání, při kterém může být klient v ohrožení.

Moderní technologie pomáhají i seniorům

V současné době se objevuje řada technologií, které se snaží zabránit tomu, aby lidé s demencí odcházeli z objektu bez doprovodu a kontroly. Zabezpečovací systémy, kódy, automatické dveře či detekční čipy, každé řešení má svá pozitiva, ale bohužel i své mezery. Například zašívání detekčních čipů do oblečení je velice náročné. Klient si navíc tento kousek nemusí při odchodu vzít, nebo může čip sundat/zapomenout, a tudíž odejde bez povšimnutí.

Novinkou na trhu je **unikátní kamera s detekcí obličeje**, která rozpozná člověka blízkého se k východu. Okamžitě posílá informaci do mobilních aplikací personálu. Ten o odchodu sledované osoby ihned ví, může za ní jít a situaci dále řešit.

Tato technologie systému HelpLivi nejméně omezuje volný pohyb klientů. Nenarušuje jejich soukromí, neuchovává žádné kamerové záznamy. A navíc je velice jednoduchá na instalaci i implementaci.

Bezpečný domov v praxi

Kameru detekující obličej odcházejících osob využili i v **SeniorCentru Senecura** v Modřicích: „Velmi snadné nastavení umožní do systému vložit klienta s rizikovým faktorem a následně detekovat pomocí instalované kamery jeho odchod ze SeniorCentra. Informaci o odchodu klienta ze zařízení přijímá personál v aplikaci mobilního telefonu, a proto může velmi rychle reagovat.“ říká Martin Krňávek, ředitel SeniorCentra Senecura Modřice.

MONITOROVÁNÍ ODCHODU OSOB UNIKÁTNÍ KAMEROU



HelpLivi



RYCHLÁ REAKCE
PERSONÁLU



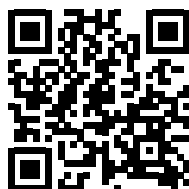
ZAJIŠTĚNÍ VOLNÉHO
POHYBU KLIENTU



JEDNODUCHÁ
INSTALACE A SPRÁVA



OCHRANA SOUKROMÍ
ZAJIŠTĚNA



**Chcete se
dozvědět více?**

Podívejte se na
www.helplivi.cz



Představujeme nového partnera

 **stamed**

www.stamed.cz

 **REVAL**
SUSTAINABLE WELL-BEING



Topaz
mobilní zvedací systémy



Zvedací zařízení
a mobilní systémy



Koupací asistenční
systémy



Sprchové asistenční
systémy

**Terapeutické
vany**



Soflex
sprchovací křeslo



**Pacientské
zvedáky**

 **REVAL**

S více než 40letými zkušenostmi nabízí Reval Group bezkonkurenční sortiment asistovaných systémů koupání a sprchování, rehabilitačních bazénů Hydroterapie a transferového vybavení pro nemocnice, pečovatelské domy a soukromé osoby. Sortiment vyvažuje efektivitu a ergonomii s pohodlím a bezpečností a využívá pokročilé technologie k výrobě inovativních zařízení navržených pro lidi, kteří je používají.

 +420 725 323 111

 obchod@stamed.cz

Kompletní nabídku novinek najdete na našem webu v produktové sekci „koupelňový program“.

Mýty a fakta u výkonu opatrovnictví

1. část

I po více než pěti letech od přijetí občanského zákoníku se v praxi setkáváme s nepochopením role opatrovníka v životě opatrovance. V tomto článku jsou nejčastější mýty, které kolují v laické i odborné veřejnosti ohledně výkonu opatrovnictví, konfrontovány s aktuální právní úpravou a stanovisky veřejného ochránce práv.

▪ **Text: Mgr. Zuzana Durajová,**
právníčka, Odbor ochrany práv osob
se zdravotním postižením, Kancelář
veřejného ochránce práv

1. mýtus: Opatrovník rozhoduje o tom, co je pro opatrovance nejlepší.

Opatrovník nerozhoduje za opatrovance, jak tomu bylo za staré právní úpravy.¹ Jeho úkolem je poskytovat opatrovanci podporu při naplňování jeho přání a ochraně jeho práv,² postupuje především podle jeho vůle a preferencí.³ Samozřejmě ne vždy bude možné naplnit přání opatrovance, zejména pokud opatrovanec nemá dostatek prostředků na úhradu základních potřeb nebo pokud by mu vznikla újma na zdraví nebo životě či závažná újma na majetku.⁴ Pokud každé musí opatrovník pečlivě vyvažovat různé zájmy, ve snaze o zachování co možná nejvyšší míry autonomie opatrovance, včetně jeho práva na špatné rozhodnutí.⁵

Nadto opatrovník musí průběžně naplňovat svou vysvětlovací povinnost.⁶ Pokud konkrétní rozhodnutí nesneslo odkladu a opatrovník jej nemohl projednat s opatrovancem předem, musí mu neprodleně po něm vysvětlit povahu právního jednání a jeho důsledky.⁷

2. mýtus: Opatrovník může přinutit opatrovance jít se léčit.

S tímto názorem se lze někdy setkat i u okresních soudů, které ve snaze přimět opatrovance nastoupit léčbu zasáhnou do jeho svéprávnosti v oblasti zdravotních

služeb. Za člověka, který vůbec není schopen souhlas vyslovit, bude skutečně rozhodovat opatrovník,⁸ případně jeho blízká osoba.⁹ Pokud však opatrovanec s léčbou výslovně nesouhlasí, opatrovník ani poskytovatel zdravotních služeb nemůžou jeho souhlas nahradit. Poskytovatel bude muset tuto situaci nahlásit soudu, který rozhodne, zda jsou naplněny podmínky pro nedobrovolnou hospitalizaci či léčbu.¹⁰

3. mýtus: Opatrovník má povinnost osobně pečovat o opatrovance.

I když může být někdy opatrovník zároveň pečující osobou, tyto dvě role nelze směřovat. Opatrovník zastupuje opatrovance při právním jednání¹¹ a měl by také dohlédnout na to, aby měl zajištěnu péči. V žádném případě to neznamená, že mu musí vařit, uklízet či mu podávat léky; zejména pokud se jedná o veřejného opatrovníka. Na druhou stranu, opatrovník může pomoci opatrovanci najít vhodnou sociální službu či úklidovou službu, která tyto oblasti obstará. I při výběru služby se vždy musí řídit názorem opatrovance.¹²

4. mýtus: Opatrovník má povinnost najít opatrovanci bydlení.

Jak bylo zmíněno výše, opatrovník by se vždy měl zajímat o to, jak člověk žije a zda jsou jeho potřeby zajištěny. Poměrně častá je situace, kdy opatrovanec potřebuje pomoc s hledáním bydlení či zajištěním pobytové sociální služby. K tomu může opatrovník oslovit sociální pracovníky

obce s rozšířenou působností nebo podpořit opatrovance při podání žádosti o obecní byt či o doplatek na bydlení. Opatrovník by měl tedy vždy využít dostupné možnosti.¹³ Pokud se nepodaří pro opatrovance bydlení nalézt nebo opatrovanec nabízené možnosti odmítá, nelze to mít k tíži opatrovníka. Nakonec, v případě, že je opatrovanec schopen si sám na internetu najít nabídky bydlení, kontaktovat pronajímatele a vyjednat si s nimi podmínky, je to primárně on sám, kdo by se měl o zajištění svého bydlení postarat.¹⁴

Pokud opatrovanec potřebuje zajistit také sociální péči, primárně by měl opatrovník hledat takové služby, které by opatrovanci umožnily v maximální možné míře žít nezávislým způsobem života. K zajištění (registrované) pobytové sociální služby by měl přistoupit pouze tehdy, když je zjevné, že opatrovanec není schopen žít s pomocí a podporou ve vlastním bydlení nebo v jiném méně omezujícím prostředí.¹⁵

5. mýtus: K povolení vycházky z nemocnice nebo domova sociálních služeb potřebuje poskytovatel souhlas opatrovníka.

Člověk s omezenou svéprávností má také právo na osobní svobodu¹⁶ a právo na život v komunitě.¹⁷ Poskytovatel zdravotních nebo sociálních služeb může zasáhnout do jeho svobody jen v nezbytných případech, v případě hrozby újmy na životě nebo zdraví. K tomu souhlas opatrovníka nepotřebuje. K dlouhodobému omezení osobní svobody, jakým je hospitalizace nebo umístění do pobytového zařízení sociálních služeb bez souhlasu člověka, bude navíc vždy potřeba souhlasu soudu.¹⁸

 **ombudsman**
veřejný ochránce práv

¹ Před přijetím zákona č. č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

² Ust. § 466 odst. 1 občanského zákoníku

³ Článek 12 odst. 4 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, č. 10/2010 Sb. m. s.

⁴ Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ze dne 1. 2. 2017, sp. zn. 1959/2016/VOP, dostupné z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/5756>

⁵ Zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze dne 4. 9. 2018, spis. zn. 3308/2017/VOP, dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/6936>

⁶ Ust. § 466 odst. 2 občanského zákoníku

⁷ Zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze dne 15. 5. 2018, sp. zn. 2539/2017/VOP, dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/6658>

⁸ Ust. § 35 odst. zákona o zdravotních službách.

⁹ Ust. § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách

¹⁰ Ust. § 40 odst. 1 zákona o zdravotních službách ve spojení s § 75 a násl. zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

¹¹ Srov. § 465 odst. 1 občanského zákoníku

¹² Zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze dne 15. 6. 2015, sp. zn. 576/2015/VOP, dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/4712>

¹³ Zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze dne 4. 6. 2019, sp. zn. 5643/2017/VOP, dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/7424>

¹⁴ Zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze dne 14. 4. 2020, sp. zn. 5560/2019/VOP, dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/8104>

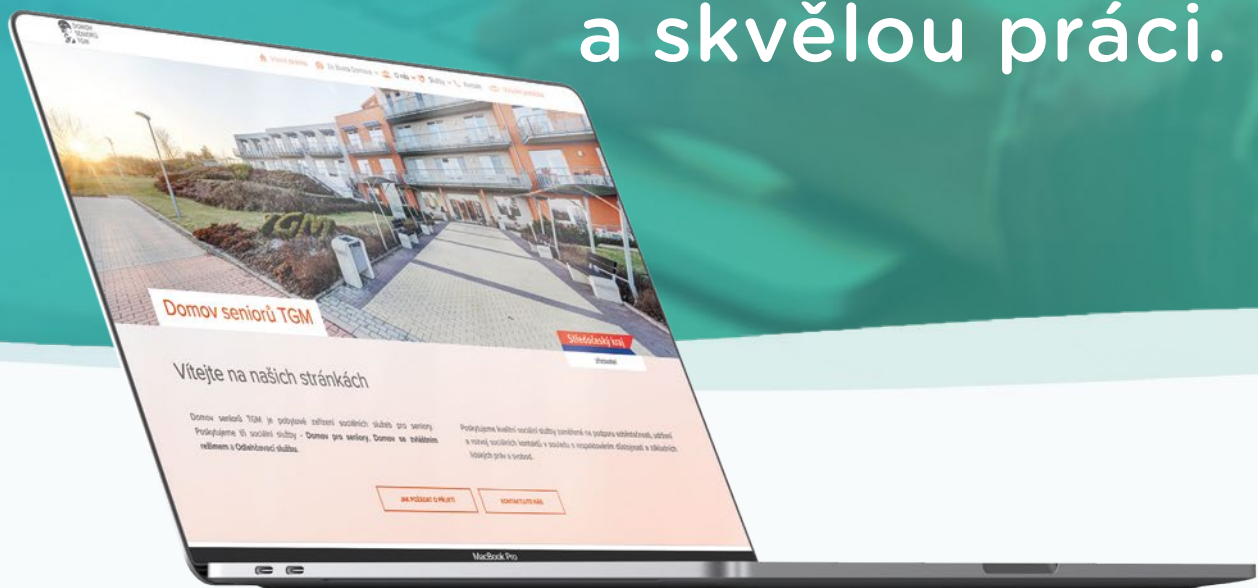
¹⁵ Stanovisko veřejného ochránce práv ze dne 23. 9. 2015, sp. zn. 541/2014/VOP, dostupné z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3320>

¹⁶ Článek 8 ústavního zákona č. 2/1993 Sb., Listiny základních práv a svobod ve spojení s článkem 14 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

¹⁷ Článek 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

¹⁸ Ust. § 75 a násl., resp. § 84 a násl. zákona o zvláštních řízeních soudních

Tvoříme weby a virtuální prohlídky tak, aby věrně prezentovaly vaše služby a skvělou práci.



Vytvoříme pro vás web, který bude

- ✓ **splňovat požadavky přístupného webu**
- ✓ **plně podporovat zobrazení na mobilu**
- ✓ **zahrnovat moderní virtuální prohlídku**



GDPR
ready



Čenově výhodné
řešení pro sociální
služby



Nepřetržitý
kontinuální
vývoj



Fotodokumentace
od prestižních
fotografů



100% přizpůsobené
pro slabozraké

Aplikace pomáhá s logopedickou terapií

AfaSlovník je webovou aplikací, která učí pacienty po mrtvici znovu mluvit. V době koronavirové krize, kdy lidé nemohli docházet na logopedickou terapii, ji využili nejen pacienti s afázií, která je jedním ze závažných důsledků mrtvice, ale také pacienti s jiným logopedickým onemocněním včetně dětských pacientů, jejich rodičů a pedagogů speciálních základních a středních škol.

Text: Logopedia, z. s.

Léky na afázií neexistují a jediným způsobem léčby je intenzivní logopedická terapie. V běžných podmínkách docházejí pacienti na terapii jednou týdně. V době restriktivních opatření musely logopedické ordinace zavřít a pacienti o tuto možnost přišli.

„Pacienti byli odkázáni na pomoc svých blízkých, později na občasnou online terapii se svým logopedem. Aby terapie byla efektivní, měla by probíhat na denní bázi, pouze tak je možné zmírnit příznaky onemocnění,“ říká Lucie Macková, spoluautorka Afa-

Slovníku a logopedka ve FN Královské Vinohrady.

V tuto chvíli více než kdy jindy pacienti ocenili existenci aplikace, která jim umožňovala řeč procvičovat.

AfaSlovník využili i logopedi, kteří mohli na dálku nastavit svým pacientům cvičení na míru. „Vzhledem k současné situaci, kdy opět dochází k zavádění restriktivních opatření, bude aplikace minimálně do podzimu tohoto roku pro všechny uživatele zdarma,“ doplňuje Lucie Macková.



Online léčba nejen afázie

Aplikace je primárně určená pro pacienty s afázií, ale osvědčila se jako doplněk logopedické terapie i při léčbě dalších logopedických onemocnění. Zuzana Hanibalová, jedna z autorek AfaSlovníku, dodává:

„V době pandemie jsme chtěli být prospěšní větší části společnosti. Viděli jsme v aplikaci potenciál, že by mohla pomáhat i jinde. Začali jsme tedy naši komunikaci cílit i na další skupiny sociálně znevýhodněných – pacienty s vývojovou dysfázií, pacienty s poruchami autistického spektra a rodiče dětí s odlišným mateřským jazykem.“

S afázií se potýkal například i Václav Neckář, který se snaží zvýšit povědomí o tomto onemocnění mezi širokou veřejností, především aby nedocházelo k podceňování afázie a k léčbě se přistoupilo co nejdříve po příhodě.

K vývoji aplikace přispěla také Nadace Vodafone. „Když jsme se v loňském roce rozhodli podpořit další vývoj aplikace AfaSlovník, netušili jsme, jak bude během pandemie otázka využívání aplikací a technologií v oblasti eHealth tak aktuální a potřebná. Právě na podporu vzniku a vývoje takovýchto ICT projektů se sociálním dopadem se naše nadace cíleně zaměřuje, a v současnosti tyto projekty zlepšují kvalitu života více jak 1,5 milionu lidí v České republice,“ uvádí Jan Fencl, programový manažer Nadace Vodafone Česká republika.

Ve fázi příprav je také slovenská verze AfaSlovníku.

Doplňte název podniku

K uvedeným prvním částem názvů podniků (dřívějších i současných) doplňte jejich druhé části.

- | | |
|--------------|-----------------|
| Kara | Tatra |
| Fezko | Bateria |
| Jitex | Spolana |
| Jitona | Rakona |
| Fatra | Zbrojovka |
| Poldi | Okula |
| Adast | Vitana |
| Solo | Amati |
| Zetor | Elite |
| Aero | |



- Řešení:**
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Zbrojovka..Brno (Uherský | Solo...Sušice | Poldi...Kladno |
| Brod | Zetor...Brno | Fatra...Napajedla |
| Okula...Nýrsko | Aero...Vodochody | Jitona...Soběslav (Klatovy, |
| Vitana...Býšice | Tatra...Koprivnice | Jitex...Písek |
| Amati...Kraslice | Bateria...Slany | Fezko...Strakonice |
| Elite...Varnsdorf | Spolana...Neratovice | Kara...Trutnov |
| | Rakona...Rakovník | |
| | Adast...Adamov (Blansko) | |

Mgr. Jitka Suchá



Držitelé certifikátu Značka kvality v sociálních službách

www.znackakvality.info

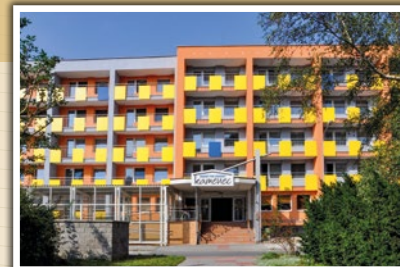
Domov pro seniory Kamenec, Slezská Ostrava, p. o.

Domov pro seniory Kamenec, Slezská Ostrava, příspěvková organizace, je celodenním pobytovým zařízením pro seniory, kteří zejména z důvodu vysokého věku a snížené soběstačnosti nemohou žít ve svém přirozeném prostředí. Poskytované služby jsou zaměřené na zajištění individuálních potřeb klienta s využitím různých konceptů péče, jako je bazální stimulace, biografický model péče, smyslová aktivizace, reminiscenční terapie za využití Retro místnosti, Bon Appetit, stacionární a mobilní snoezelen či paliativní přístup. Snažíme se o širokou škálu aktivizačních, volnočasových a sociálně terapeutických činností zaměřených zejména na mezigenerační spolupráci a spolupráci s rodinou klienta. Nabízíme ubytování zejména v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích pro 197 klientů. Zařízení je situováno u řeky Ostravy, v blízkosti centra Ostravy, s dostupným dopravním spojením. Zřizovatelem služby je Statutární město Ostrava.

Příklady dobré praxe:

Společné vaření klientů v rámci aktivizace – Třikrát týdně mají naši klienti možnost v odpoledních hodinách posedět u kávičky, zákusku či jiného menšího občerstvení, které si mohou z našich surovin s podporou aktivizačního pracovníka sami připravit. Toto posezení je velmi oblíbené i v okruhu rodinných příslušníků našich klientů. Posezení včetně přípravy pokrmů probíhá v naší reminiscenční místnosti.

Kamenecký pěvecký sbor – Jsme pyšní na úspěchy našeho pěveckého sboru Kamenáček, kde účinkují naše klientky pod dirigentskou taktovkou Evy, volnočasové pracovnice. Již několik let se pěvecký sbor účastní pěveckých soutěží, a to i v mezinárodním měřítku.



Domov pro seniory Kamenec, Slezská Ostrava, p. o.

Bohumínská 1056/71
710 00 Slezská Ostrava

Certifikace:

Ubytování	★★★★★
Strava	★★★★★
Volný čas a kultura	★★★★★
Partnerství	★★★★★
Péče	★★★★★
Bodové hodnocení	1003 bodů
Celkové hodnocení	★★★★★

Domov pro seniory Mikuláškovo náměstí, p. o.

Domov pro seniory Mikuláškovo náměstí, příspěvková organizace města Brna, umístěný v klidné okrajové části města, je v provozu již od roku 2003. V současné době nabízí Domov dvě pobytové sociální služby v nepřetržitém provozu – Domov pro seniory (jednolůžkové pokoje) a Domov se zvláštním režimem (dvoulůžkové pokoje). Celková kapacita domova je 120 lůžek. Každá ubytovací jednotka se skládá z pokoje, předsíně, vlastního sociálního zařízení a balkonu. Jednotlivá oddělení jsou pro lepší orientaci barevně rozlišena.

Domov disponuje vlastní moderně vybavenou kuchyní, ve které je k dispozici výběr ze dvou variant jídel. Kuchyně získala za své služby certifikát Skutečně zdravá jídla. Ke stravovacím návykům a omezením klientů přistupujeme individuálně, stravu je možné přizpůsobit na základě konzultace s nutriční terapeutkou. Organizace má i vlastní prádelnu. V zařízení jsou pro klienty kromě základních

Příklady dobré praxe:

Paliativní péče – V zařízení pracujeme s konceptem paliativní péče, kterým se snažíme vyjít vstříc potřebám každého klienta s cílem poskytnout důstojné prostředí v posledních dnech života, za přítomnosti rodiny či blízkých.

Zooterapie – zvířata jsou vnímána převážnou většinou populace velice pozitivně a stejně

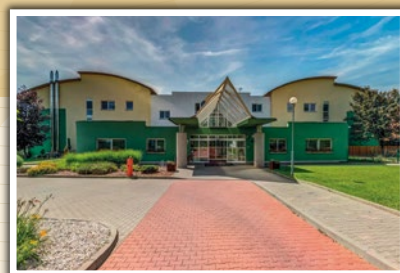
činností dále nabízeny i služby kadeřnictví, manikúry a pedikúry.

Klienti mohou využívat péče praktického lékaře a dalších specialistů, kteří do zařízení pravidelně docházejí. Ve vstupní hale je k dispozici kantýna s drobným občerstvením a posezením. Vkusně upravená zahrada s jezírkem a mnoha lavičkami ve stínu stromů v letních měsících přímo vybízí k posezení s přáteli či rodinou.

Pravidelně nabízíme mnoho skupinových i individuálních aktivit, ze kterých si každý klient může vybrat dle svých přání. V zařízení se koná i mnoho kulturních akcí, bohoslužby, návštěvy dobrovolníků, promítání filmů, zooterapie aj.

Cílem a snahou je přistupovat ke klientům individuálně s přihlédnutím k jejich přáním a potřebám. Klienty podporujeme v soběstačnosti, v udržování kontaktů s rodinou, přáteli a ve společenském životě.

tomu je i u našich klientů. Návštěvy všech zvířat u nás mají vždy veliký ohlas a těší se velké oblibě, jsou také jedním z témat reminiscenční terapie v domově. Kromě toho, že v Domově chováme králíky a rybičky, nás pravidelně navštěvují psi na canisterapii, poník Emil, exotická zvířata a papoušek Eda ze Zoo Brno, který je naším adoptivním synem již 15 let.



Domov pro seniory Mikuláškovo náměstí, p. o.

Mikuláškovo náměstí 706/20
625 00 Brno

Certifikace:

Ubytování	★★★★★
Strava	★★★★★
Volný čas a kultura	★★★★★
Partnerství	★★★★★
Péče	★★★★★
Bodové hodnocení	901 bodů
Celkové hodnocení	★★★★★

Střípky z domova

Slavili sedmé výročí

Břežany – Již sedmým rokem funguje náš Denní stacionář na Zámku v Břežanech. Oslava tohoto výročí proběhla v rodinném duchu, kdy si uživatelé služby připravili pro hosty pohoštění. Naše služba je poskytována mladým lidem a dospělým osobám se zdravotním, mentálním a kombinovaným postižením. Máme osm klientů, kteří se díky naší službě učí samostatnosti pro budoucí život. Ale není to jen o učení, je to také o soužití. Vždyt jsme zde taková větší rodina. Scházíme se u oslav narozenin či Vánoc. Zveme opatrovníky na společná posezení a chlubíme se výsledky z různých sportovních soutěží. Své výrobky nabízíme na vybraných akcích a máme úspěch. Jezdíme také na pobytové akce, jako je dovolená na chatě nebo sportovní hry v Zubří. Věnujeme se ochraně přírody, navštěvujeme knihovnu a rádi výtvarníčíme. Naše škála



aktivit je široká: od animoterapie přes keramiku, dřevařskou dílnu až po různé relaxační aktivity. Opravdu se zde cítíme jako doma a chodíme sem velmi rádi. Tímto bychom rádi poděkovali všem, kdo byli nebo jsou součástí našeho týmu.

*Bc. Monika Bulínová, DiS.,
Denní stacionář Břežany*

Nové místo pro setkávání klientů z Chvalkova

Chvalkov – Počátkem července jsme otevřeli novou společenskou místnost v Domově pro seniory Chvalkov. Tento prostor byl vytvořen v místech bývalé terasy, která byla v posledních letech využívána jako sklad. Místnost byla zrekonstruována tak, aby odpovídala potřebám seniorů, kteří si přijdou nakoupit a posedět u kávy ve společnosti svých vrstevníků. Otevřením kantýny jsme chtěli docílit nejen toho, aby si naši klienti mohli koupit něco dobrého, ale abychom tak doplnili aktivity, které tady doposud nebyly k dispozici. Samotný nákup pro člověka, který již nebyl v obchodě několik let, je zážitkem. Neví, jaká je sou-



časná nabídka zboží, jaké jsou možnosti ani aktuální ceny. K nákupu je klientům vždy uvařena káva nebo čaj a oni si zde mohou posedět a popovídat se svými přáteli.

*Mgr. Jana Dvořáková,
Vedoucí sociálního úseku,
Domov pro seniory Chvalkov*

Setkání dobrovolníků

Jirkov – Dobrovolníci jsou nenahraditelnou skupinou, která pomáhá zlepšovat



kvalitu našich sociálních i zdravotních služeb. Odměnu za své dobrovolnické aktivity nepožadují, ale zaslouží si velké poděkování. V létě proběhlo tradiční setkání dobrovolníků v Městském ústavu sociálních služeb (MěÚSS) Jirkov. Všichni se dostavili s dobrou náladou, ředitelka MěÚSS Jirkov Mgr. Eva Šulcová všem poděkovala a přivítala nové dobrovolníky, kteří k nám přibyli během pandemie COVID-19. Dobrovolníci si vyměnili své zkušenosti a nápady k dalším setkáváním s našimi seniory.

*Blanka Koblicová,
Městský ústav sociálních služeb Jirkov*

Výlet za pramenitou vodou Evženie

Meziboří – Během léta jsme se s našimi seniory vypravili do města Klášterce nad Ohří. Navštívili jsme obnovený areál lázní Evženie na břehu řeky Ohře. Cílem našeho výletu byla ochutnávka pramenů, které v této lokalitě vyvěrají. Jedním z nich je i známá kyselka Evženie. Nejenže jsme se



touto léčivou vodou osvěžili, ale někteří si ji načepovali a přivezli domů. V místní kavárně jsme se občerstvili výbornou kávou a domácím štrúdlím. Při procházce zámeckým parkem nám vyhládlo natolik, že jsme se těšili na oběd na terase restaurace „Peřeje“. Byl to krásný letní výlet.

Tím ale naše letní cestování neskončilo. Kde jinde „dobít baterky“ než v místech ta-

jemných, pozitivně nabitých léčivou energií? Nedokončený klášterní areál s gotickým chrámem a zvonici v Panenském Týnci je právě jedním z nich. Po celou dobu výletu nám přálo krásné počasí, což umocnilo pohodovou náladu. Na zpáteční cestě jsme se zastavili v obci Zichovec, kde jsme načerpali energii ještě více, a to díky dobrému obědu se zákusky. Všichni účastníci zájezdu si tento den nesmírně pochvalovali, proto by si ho rádi zase někdy zopakovali.

*Blanka Beranová,
aktivizační pracovnice, Domov sociálních
služeb Meziboří, p. o.*

Psího kamaráda vítají s úsměvem

Sloup v Čechách – Již v letních měsících jsme navázali spolupráci s paní z blízké obce, která k nám dochází na canisterapii s psem Hakimem. Canisterapie je metoda využívající pozitivního psychosociálního a fyziorehabilitačního působení na po-



třebné osoby prostřednictvím speciálně vedeného a cvičeného psa. Každá Hakimova návštěva vykouzlí úsměv na tvářích klientů. Návštěvy probíhají pravidelně jednou týdně, a to jak při venkovním posezení, tak ve společenské místnosti nebo přímo na pokoji u klienta. Kontakt s psem představuje účinné rozptýlení pro lidi trpící psychickými poruchami, depresí nebo pro ty, kteří se prostě cítí opuštěně.

*Petra Doubková, koordinátorka přímé péče,
Domov důchodců Sloup v Čechách*

Špekáčky zavoněly na Káčku

Hodonín – V létě pořádalo Kontaktní adiktologické centrum Vážka pro klienty a příznivce K-centra opékání špekáčků na dvorku zařízení. Akce se vydařila – přálo



nám počasí, přišlo hodně klientů, kteří se zapojili do přípravy ohniště a užili si i samotné opékání.

*PhDr. Táňa Faltisová,
vedoucí Kontaktního adiktologického centra
Vážka Oblastní charity Hodonín*



MoliCare® Skin

Speciální kosmetika chrání pokožku před problémy spojenými s inkontinencí



Nutriskin Komplex vytváří na pokožce ochrannou vrstvu. Přispívá k lepší elasticitě kůže a zlepšuje buněčný metabolismus

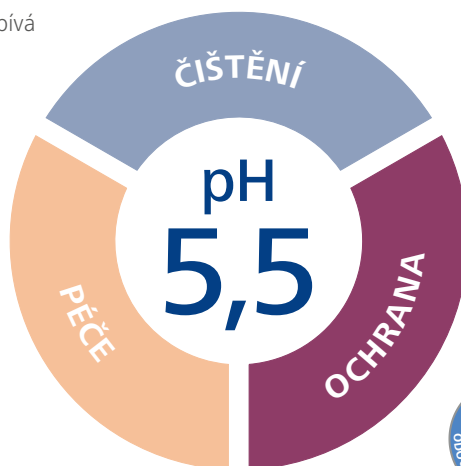
Obsahuje:

- mandlový olej
- esenciální mastné kyseliny
- aminokyseliny
- kreatin



Emulze voda v oleji

Zajišťuje hloubkovou hydrataci pokožky. Vrstva přípravku vydrží i několik omytí vodou



Vyvážené pH 5,5

Pro zdravou pokožku a ochranu před vnějšími vlivy



Odour Neutralizer

Obsažený v čisticích a ochranných produktech nabourává molekuly amoniaku, čímž **zápach** nepřekrývá, ale **zcela eliminuje**