

odborný časopis 

cena: 50 Kč / 2,3 €

sociální služby

Otazníky
nad teatroterapií

Doprovázení
umírajících
v PZSS

Demence v České republice



Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
www.apsscr.cz • www.socialnisluzby.eu

ročník: XVIII.
únor 2016

Dopřejte svým klientům klidný spánek

Díky prodyšným super absorpčním plenkovým kalhotkám

MoliCare® Premium Super Plus



Pomáhají udržovat pokožku zdravou

- prodyšný materiál minimalizuje zapaření pokožky
- vyvážené pH 5,5 nedráždí pokožku
- antibakteriální povrch eliminuje bakterie

Extra savé

- rychle absorbují moč i zápach až po dobu 12 hodin

Snadná manipulace

- díky lepičkám na suchý zip s opakovaným zalepováním kdekoliv na plence



 Inkontinence

Pro další informace volejte na bezplatnou linku **800 100 333** nebo kontaktujte svého obchodního zástupce HARTMANN.



**O krok dál
pro zdraví**


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: 18

Číslo: 2/2016 ÚNOR

Cena: 50 Kč / 2,3 € (cena letních dvojčísel: 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 adrese vydavatele
nebo redakce, případně na www.socialnisluzby.eu.

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

Redakce:

Šéfredaktorka: Mgr. Veronika Hotová

sefredaktor@apsscr.cz

+420 607 056 221

Zástupkyně šéfredaktorka: Ing. Kateřina Endrštová

redakce@apsscr.cz

+420 725 345 575

Jazyková korektura:

české texty: Mgr. Támara Kajznerová a redakce

APSS SR: Mgr. Juliana Hanzová

ZPSS v SR: Ing. Iveta Ďurišová

Redakční rada:

Mgr. Petr Brázda

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

JUDr. Vladimír Hort

Mgr. Veronika Hotová

Ing. Renata Kainráthová

Ing. Daniela Lusková, MPA

Mgr. Alena Sakařová

Mgr. Bc. 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 Žlíbku 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 predplatne

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

Příspěvky a inzerce:

Příspěvky mohou být redakčně upravovány a kráceny.

Inzerci, PR články a příspěvky do rubrik Střípky

z domova a Pro inspiraci přijímá zástupkyně šéfredaktorka.

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. Uzávěrka je vždy 15. dne předchozího měsíce.

Další pokyny naleznete na www.socialnisluzby.eu.

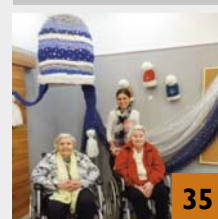
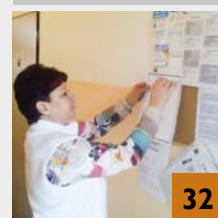
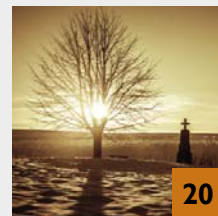
Registrace:

Povoleno rozhodnutím MK ČR E 11018

ISSN 1803-7348

Z obsahu čísla:

- Zapojte se do práce na kvalitě profese! 5
- Ze života sekcí APSS ČR 6
- Aktuální nabídka seminářů
Institutu vzdělávání APSS ČR 9
- Demence 10
- Konference Demence v ČR proběhla za účasti
ministrů i švýcarských odborníků 14
- Projekt „Přenos zkušeností a dobré praxe
v oblasti péče o osoby s demencí
a jinými specifickými potřebami“ (PF I 68) 16
- ZPSS v SR: Mezinárodní dobrovolnický tábor
– cez hranice hendikepu, Využitie preterapie u ľudí
s mentálnym postihnutím v zariadeniach sociálnych
služieb 18
- Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních 20
- Otazníky nad teatroterapii 22
- Jak vybudovat vzkvétající tým 23
- Práce s rodinou klienta 25
- Požární ochrana v pobytových zařízeních
sociálních služeb 26
- PR Hartmann: Očista klienta přímo na lůžku
bez použití vody – řešení praktické i šetrné 28
- Právní poradna:
rozvázání pracovního poměru výpovědí 29
- Veřejný ochránce práv: Omezuje udělení plné moci
zmocnitele na jeho právech? 31
- Rozhovor s Růženu Kupčovou,
držitelkou plakety v soutěži Národní cena
sociálních služeb – Pečovatel/ka roku 2015 32
- Zařízení certifikovaná Značkou kvality 33
- Poradna konceptu Bazální stimulace 34
- Pro inspiraci: Maxikulich 35
- Názory, ohlasy 36
- Střípky z domova 38



BONBONY BONWOLA



*Bonmoty a aforismy
Paula Kosorina*

*Stáří
nežnamená,
že nic neděláte,
ale že děláte
spoustu věcí
úplně jiným
způsobem.*



ÚVODNÍK VICEPREZIDENTA



Mimořádná opatření

Žijeme v době, která na nás průběžně chrlí ze všech stran mnoho informací. Většina z nich je plevelná a nepotřebná pro běžný život. Také přibývají systémy, které nás obklopují, často po vás něco požadují a současně jsou stále složitější. Nabývám dojmu, že se v nich ztrácí nejen průměrný občan, ale i osoby, které tyto informace a systémy vytvářejí, upravují, inovují... Jsme svědky neustálých, zejména legislativních upgradů a je k zamyšlení, zda neustálé změny potřebujeme.

V důsledku takového konání vznikají problémy a různé krizové situace, pro jejichž odstranění se tvoří mimořádná opatření. S jejich realizací souvisí ale i zbytečné náklady. Krásným příkladem je únorová výplata jednorázového příspěvku důchodcům (zákon č. 381/2015 Sb., o jednorázovém příspěvku důchodci). V lednu správce systému přepočítával výši starobních důchodů z důvodu jejich navýšení a hned v únoru vynaložil další náklady na výplatu mimořádné dávky. Pro nás je dobrou zprávou skutečnost, že se tento jednorázový příspěvek nezapočítává do příjmů a proto nebude nutné v pobytových sociálních službách přepočítávat úhrady za služby vázané na výši příjmů ☺.

Ing. Jiří Procházka, viceprezident
pro bytové služby APSS ČR

EDITORIAL



Milí čtenáři,

v souvislosti se stárnutím populace se musí naše civilizace vyrovnávat s novými problémy a výzvami, které s tímto ruku v ruce nevyhnutelně přicházejí. Jedním z často skloňovaných slov je v této souvislosti rozhodně onemocnění demence, která je hrozbou moderní společnosti, a mluvit by se o ní proto mělo nejen v kruzích odborných, ale i těch laických. Demence se totiž pravděpodobně nějakým způsobem dotkne dříve či později každého z nás, a to ať již přímo, či nepřímo. O to větší mám radost z dlouho připravované a vydařené konference Demence v České republice, jež se konala v lednu tohoto roku pod hlavičkou APSS ČR a Mladé fronty, a. s., s Českou alzheimerskou společností, o. p. s., jako odborným partnerem. Na jednom místě se tak setkali nejen čeští odborníci na problematiku demence, ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček a ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová a zájemci, kteří se o této problematice chtěli dozvědět ještě něco víc, ale i odborníci ze Švýcarska, kteří přinesli inspiraci a možnost „nakouknout“ do dobré praxe ze zahraničí. Švýcarsko má totiž v tomto ohledu rozhodně co nabídnout, jak dokázala již delší spolupráce na projektu „Přenos zkušeností a dobré praxe v oblasti péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami“, na jehož realizaci se podílejí organizace CURAVIVA Schweiz, APSS a Gerontologické centrum v Praze. Hlavním tématem únorového čísla je tak právě demence. Rozsáhlý odborný článek napsala jedna z největších odbornic na demenci u nás, ředitelka Gerontologického centra a místopředsedkyně Alzheimer Europe Iva Holmerová, která se věnovala tématu i z pohledu ekonomických dopadů. Na stránkách tohoto čísla si můžete přečíst ale i o tom, jak probíhala právě konference Demence v České republice a návštěva švýcarských kolegů v rámci výše zmíněného projektu.

K životu každého z nás patří nevyhnutelně i smrt. Za významný tak považuji článek Doprovázení umírajících v pobytových zařízeních Davida Šourka. Abychom mohli poskytnout co nejlepší doprovod našim umírajícím klientům, musíme se nejprve my sami se smrtí adekvátně vyrovnat a přijmout ji jako součást našeho bytí. Součástí života je totiž to dobré i to, co nám nahání strach, je tedy důležité, abychom uměli přijímat vše, co přijde. A to jak na úrovni jednotlivce, tak na úrovni státu v případě řešení např. problematiky demence a jejich dopadů na společnost.

S přáním poklidných dní
Mgr. Veronika Hotová, šéfredaktorka

Zapojte se do práce na kvalitě profese!



V letošním roce otevřel Profesionální svaz sociálních pracovníků několik pracovních skupin, do jejichž činnosti je možné se zapojit. Máte-li zájem, kontaktujte přímo vedoucí pracovních skupin, kontakty naleznete na <http://www.apsscr.cz/profesi-svaz-socialnich-pracovniku/cz/vedeni-svazu>. **Možnost zapojení je do 30. 3. 2016.**

pracovní skupina	vedoucí	cíl
Pro vytvoření konceptu rozvoje kompetencí sociálních pracovníků	Petr Hanuš	Ukotvení konceptu 10 kompetencí sociálního pracovníka do praxe
K tvorbě parametrů pracoviště dobré praxe	Martin Scháněl	Stanovení základních parametrů vstupních požadavků na pracoviště dobré praxe a parametrů fungování
K tvorbě vzdělávacího projektu	Andrea Tajanovská	Podání projektu do vhodné výzvy ESF
Pro etiku sociální práce	Eva Lokvencová	Dopracování etického kodexu, otevření nových dilemat v sociální práci
Pro tvorbu dobrovolné profesní komory	Hana Spoladore	Stanovení základních parametrů profesní komory

Plán odborných konferencí APSS ČR – 1. pololetí 2016

Konference Profesionálního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách,
7. 4. 2016, Praha

Konference Profesionálního svazu zdravotnických pracovníků v sociálních službách,
13. 4. 2016, Praha

Pokoje umírání, **18. 5. 2016, Liberec**

Sociální služby v ČR a Evropě,
24.–25. 5. 2016, České Budějovice

Stravování a provoz v pobytových zařízeních sociálních služeb,
2. 6. 2016, Luhačovice

**Bližší informace najdete na webu www.apsscr.cz,
menu „Konference & Kongresy & Semináře“**



Konference
Sociální služby 2016
v České republice
a v Evropě

Přijměte
pozdání na
konferenci

Hotel Clarion
České Budějovice

24. – 25. 5. 2016

www.ksscr.cz

Členové APSS ČR k 22. 1. 2016: 980 organizací, 2325 registrovaných služeb

Centrum sociálních
a zdravotních služeb Poděbrady, o. p. s.,

vyhlašuje

XVII. ročník soutěže

Šikovné ruce našich seniorů – pro radost a potěšení

Soutěž je určena pro uživatele terénních sociálních služeb, domovy pro seniory, kluby důchodců i další seniorská uskupení a pro seniory jednotlivce.

Okruhy soutěžních činností:

- **Ruční práce** vytvořené v průběhu posledního roku z různých druhů materiálů i různými technikami.
- **Literární práce** na téma „Podzim – nejkrásnější období v životě i v přírodě“ – próza, poezie.
- **Fotografická soutěž** na téma „Místo, které mám rád“ – jednotlivé snímky či fotografické cykly.
- **Počítačová prezentace** na téma „Taková jsme dnes“.

Podmínky soutěže:

Přihlášku včetně příloh, práce literární, fotografie a počítačové prezentace je nutno zaslat nejpozději do 16. 5. 2016:

- elektronicky** (preferujeme) souckova@centrum-podebrady.info pokud nelze, tak
- písemně** – na adresu Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady, o.p.s. Nám. B. Hrozného 1722, 289 22 Lysá nad Labem.

Soutěžní práce budou prezentovány a vyhodnoceny v rámci výstavy Senior – Handicap: aktivní život 2016 na Výstavišti v Lysé nad Labem 16.–19. 6. 2016.

Kontakt:

Centrum sociálních
a zdravotních služeb Poděbrady, o. p. s.,
Bc. Věra Součková,
Nám. B. Hrozného 1722,
289 22 Lysá nad Labem,
tel.: 325 551 353, 775 760 777,
e-mail: souckova@centrum-podebrady.info.

**Přihlášku, podrobné propozice,
další dokumenty a informace
o soutěži najdete na
www.centrum-podebrady.info.**

Co čeká sekci nízkoprahových zařízení v roce 2016

■ **Text: Mgr. Václava Egermaierová,**
předsedkyně sekce nízkoprahových
zařízení APSS ČR

Rok 2016 už naplno běží a stejně tak i práce v nízkoprahových zařízeních. Všichni jsme se ohlédli za rokem uplynulým, vyhodnotili jsme svoje plány činností, strategické plány i všechny jiné plány a strategie a s nemalou energií jsme vytvořili plány a strategie pro rok nový. Stejně tak se i sekce nízkoprahových zařízení APSS ČR snaží hledět dopředu a stanovila si základní rámec aktivit, které se v tomto roce uskuteční.

Kromě aktivizace členské základny a nastartování osobnějšího kontaktu mezi členskými zařízeními nás hned v jarních měsících čeká důležité a operativní odborné setkání související s avizovaným zveřejněním návrhu „velké“ novely zákona o sociálních službách. Přesný termín zveřejnění návrhu, a s tím následně související

možnost tento návrh připomínkovat, není stanoven a doba pro podání připomínek bude velmi omezená. Proto apelují na členská zařízení, která se chtějí podílet na konečném znění zákona, který bude i nadále základní právní normou pro námi poskytované služby, aby zareagovala ve chvíli, kdy obdrží pozvánku ke kulatému stolu, který se bude věnovat dopadům navrhované novely zákona právě na naše nízkoprahové služby, a vyslala na toto setkání, které se s největší pravděpodobností bude konat v Praze v rozsahu cca půl dne, své zástupce.

Další aktivitou roku 2016 bude setkání členské základny, resp. kulatý stůl na některé z témat, která nás v našich službách v poslední době pálí, jako je např. oblast vykazování a odlišnosti v požadavcích na vykazované údaje od různých institucí a donátorů, vykazování nepřímé práce, fakultativních činností apod. Setkání je rámcově plánováno na červen 2016 a i toto budete moci sami ovlivnit volbou tématu, kterému budeme společný čas věnovat.

Nedílnou součástí plánu na rok 2016 je tradiční říjnový kongres APSS ČR. V jeho rámci je plánováno setkání členské základny za účelem sdílení dobré praxe i potíží, se kterými se ve svých zařízeních setkáváte, ale také zařazení odborných workshopů, opět tematicky odpovídajících potřebám, které budeme společně mapovat během celého roku. Setkání členských zařízení nemají být nutným zlem a členskou povinností, ale naopak prostorem pro získání potřebných informací, odbornou diskusí a zdrojem návrhů i směrem k legislativnímu ukotvení našich služeb a povinností, které nám s jejím poskytováním vznikají.

Těším se na setkání se zástupci nízkoprahových zařízení nejen na výše uvedených akcích, ale také na jejich případné podněty, žádosti a prosby, pro jejichž sdělení mohou využívat jak telefonického, tak e-mailového i poštovního kontaktu, a to přímo na mě jakožto předsedkyni sekce nízkoprahových služeb APSS ČR. ■

Bezdomovectví v Brně

■ **Text: Bc. Martina Smětáková,**
předsedkyně sekce azylových domů APSS ČR

V prosinci loňského roku jsem se zúčastnila dvoudenního workshopu na téma Evropská kampaň pro ukončování bezdomovectví rodin a jednotlivců v Brně.

V celé České republice jsou bezdomovectvím ohrožené nízkopříjmové rodiny, a to zejména tehdy, pokud si nejsou schopny získat nebo udržet stávající bydlení. Mnoho rodin a dětí žije v nevhodných podmínkách, jako jsou azylové domy, ubytovny či přeplněné byty. Je obecně známým faktem, že rodiny bez domova mají velký problém si sami bydlení nalézt, a to i přesto, že mají nárok na finanční podporu od státu, která náklady na bydlení pokrývá. Mnoho rodin je hluboce zadluženo, což jim brání v přístupu jak k soukromým, tak městským bytům.

Obdobně jako i v jiných zemích mají rodiny bez domova velmi nízké příjmy a čelí tak dalším problémům, jako jsou např. omezené pracovní zkušenosti, nesplacené dluhy, nižší stupeň dosaženého vzdělání, kriminální minulost či jakákoliv závislost. V ČR je navíc většina rodin bez domova romského původu, mohou se tak potýkat s dalšími typy diskriminace.

Nejčastější strategií vlád je poskytovat dotace vlastníkům soukromých ubytoven na pomoc rodinám. Podmínky na jednotlivých ubytovnách se velmi liší, obecně lze ale říci, že nejsou adekvátní pro zajištění

vhodného, trvalého a hlavně pro děti bezpečného prostoru k bydlení.

Na základě šetření právě ve zmiňovaném Brně bylo v jedné z ubytoven zjištěno, že 11 rodin sdílí jedno patro s jednou koupelnou a malou kuchyní. Pokoje jsou malé a přeplněné, soukromý prostor je nevyhovující. Navštívené rodiny projevovaly silnou touhu po vlastním bydlení a schopnost za něj platit dokazovaly faktem, že bydlení v ubytovně stojí již teď dost peněz.

Rapid re-housing je přístup řešení bezdomovectví, který spočívá v rychlém zabydlení rodin při minimalizaci či úplné eliminaci vstupních podmínek. V souvislosti se zabydlením je předpokládána intenzivní asistence při hledání zdrojů a strategií pro dlouhodobé udržení bydlení. Ve Spojených

státech je tento přístup vnímám zejména jako přístup, který pracuje s okamžitými potřebami rodin. Skoro tři dekády se Spojené státy snažily bezdomovectví řešit pomocí programů, které poskytovaly dočasné ubytování (azylové domy, noclehárny) a které byly spojené se sociálními službami. Zatímco náklady se navyšovaly, problém se nezmenšoval. V posledních letech došlo k prosazení změny v přístupu, který se nyní zavádí ve velké míře. Rapid re-housing jako součást koordinovaného přístupu k řešení bezdomovectví rodin se rychle stal dobrou metodou pro pomoc rodinám, které ztratily bydlení a nejsou schopny jej znovu samy získat.

Klíčové součásti rapid re-housingu:

- Pomoc s identifikováním vhodného bydlení.

INZERCE

Vzdělávací program pro ředitele a manažery kvality v sociálních službách

BASIC FOUR (základy řízení organizace)

Jediné ucelené akreditované vzdělání, poskytující základní znalosti a dovednosti potřebné pro řízení organizace poskytující sociální služby.

Rozsah 192 hodin, nejbližší běh je realizován od září 2016 do června 2017.

Více informací a přihlášky na www.iflp.cz. Kontakt: Jan Syrový, 737 641 206

ILP

Institute for leading people

člen Asociace institucí vzdělávání dospělých ČR, o.s.
poskytovatel akreditovaného vzdělávání MPSV

- Finanční podpora pro zajištění bydlení a pokrytí souvisejících nákladů.
- Zajištění přístupu k dalším sociálním službám, které mohou zlepšit bezpečí a zdraví rodičů a dětí a pomoci jim dosahovat jejich dlouhodobých cílů.

Rapid re-housing je stále novým přístupem, jehož dlouhodobý výzkum stále pokračuje. Výsledky z roku 2013 z výzkumu největšího státem financovaného rapid re-housingového programu ukazují, že 82 % domácností, které byly mezi roky 2009–2011 zahrnuty do tohoto programu, si i po jeho skončení bydlení udrželo. Ukázalo se, že zahrnutí do rapid re-housing programu snižuje pravděpodobnost opětovné ztráty bydlení. Studie z roku 2013 ve státu Georgia ukazuje, že pravděpodobnost návratu do bezdomovectví je 4,7krát vyšší u těch, kterým není poskytnuta možnost okamžitého zabydlení. Co se týče snahy o vyšší efektivitu, je rapid re-housing ve Spojených státech mnohem výhodnější i finančně. Formy dočasného bydlení pro rodiny stojí skoro pětkrát více než programy rapid re-housingu.

Je na každém z nás se na chvíli zastavit a zamyslet nad tímto palčivým problémem, který nám před očima den ode dne narůstá. Jistě ve většině měst, ze kterých pocházíte, sami vnímáte, jaká je situace na oby-

tovnách, v azylových domech, na ulicích. Posloucháme média, čteme články. Jako vedoucí Azylového domu pro ženy a matky s dětmi sama vnímám a cítím zásadní problém v tom, jaká budoucnost čeká maminky a hlavně jejich děti, které po ročním bydlení u nás nemají kam jít. Děti jiný model bydlení nepoznají, budou zrcadlit život, který žily se svými rodiči, nebudou hledat zázemí, které je od pradávna pro každého jedince tak důležité. Nedávno jsem zažila velice smutný okamžik. Dětem v našem azylovém domě jsem dala otázku, kde chtějí jednou pracovat, co by se jim líbilo, jestli lipak vědí, odkud se berou peníze, kterými platíte elektřinu, vodu a běžné věci. 90 % dětí odpovědělo, že od toho je složenka ze „sociálky“...

Z důvodu zadluženosti rodiče městský byt nedostanou, jejich zadluženost je totiž většinou opravdu hodně vysoká. Co zbývá? Cesta do jiného zařízení typu azylového bydlení, do komerční ubytovny nebo si pronajmout byt, kde je podmínkou zaplatit leckdy nemalou kauci? Ano, mohli bychom zde diskutovat o tom, zda si každý může za svoji situaci sám, či nikoliv, určitě by se zde sešlo mnoho názorů. Podstatné ale je, vzít tento celorepublikový problém pevně do rukou, přidat k němu trochu selského rozumu, odhodit předsudky a řešit ho.

INZERCE

**CHCETE DĚLAT SMYSLUPLNOU PRÁCI?
MÁTE ZKUŠENOSTI S LIDMI SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM?
CHCETE SE PODÍLET NA ZMĚNÁCH?
JSTE KOMUNIKATIVNÍ A RÁDI PRACUJETE V KOLEKTIVU?**

PAK HLEDÁME PŘÁVĚ VÁS!

Staňte se pracovníky domova pro osoby se zdravotním postižením.

Nabízíme:

- odborné proškolení
- nadstandardní fin. ohodnocení v rámci oboru
- 6 týdnů dovolené
- cenově zvýhodněné stravování



Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická
Sulická 1597/48, 142 00 Praha 4
tel.: +420 270 006 570
email: nabor@dozp-sulicka.cz

**Zveme vás
na zážitkový seminář
Česká klasika
moderně**

Motto:
„Vitalita pro seniory“

**10. března 2016
Domov důchodců
Bystřany**

**15. března 2016
Domov Sedlčany**

**22. března 2016
Domov Slunečnice
Ostrava**

• Oblíbené pokrmy českých seniorů v novém „kabátu“

• Ukázka nízkoteplotní úpravy masa

• Náměty na snížení tuků, cukru, soli a bílé mouky

• Zdravé složení surovin na talíři
• Zahušťování zeleninou

• Knedlíky a tradiční přílohy s přidanou nutriční hodnotou

• Praktické náměty, ukázky a degustace

Partneři akce:

VITANA, a. s.
Hofmann Bohemia – partner gastronomie s. r. o.
vanBaerle AG



**Více informací na
www.institutvzdelavani.cz**

Komfort & prevence dekubitů

Antidekubitní matrace **LINET**

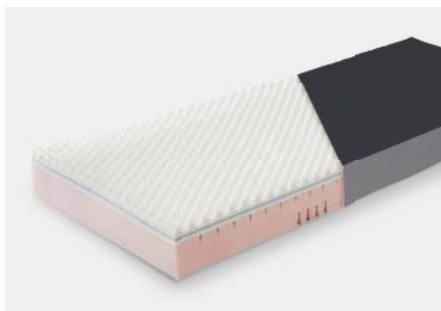
Nová aktivní matrace Air2Care funguje na alternujícím principu, jedna vrstva vzduchových cel se vyfukuje v cyklu 12 minut. Tato matrace je specifická vysokou variabilitou, je možné ji použít ve formě overalay nebo jako komplexní matraci, a to ve dvou kombinacích: vzduch – pěnová matrace a vzduch a vzduch. Air2Care model 20 je řízený mikroprocesorem a nabízí režim s konstantně nízkým tlakem, zvukové alarmy a další režimy. Základní model Air2Care 10 pracuje v analogickém režimu.

AIR2CARE



Pro klienty s nízkým až středním rizikem vzniku dekubitů

NOVÉ PORTFOLIO PASIVNÍCH MATRACÍ



Matrace CliniCare 30 díky inovativní technologii Clima™ výrazně zvyšuje antidekubitní účinek tím, že optimalizuje prostředí mezi matrací a pokožkou ležícího člověka. Povrch matrace tvoří unikátní materiál (PCM), který je schopen absorbovat přebytečné teplo, rozložit ho a vyžářit v nekontaktních zónách.

CliniCare 30 s vrstvou Clima™

PRECIOSO®



Dlouhodobá péče s nulovým tlakem na pokožku

Semináře Institutu vzdělávání APSS ČR



únor – duben 2016



Datum	Název semináře	Místo	Lektor
29. 2.	Základy manipulace a rehabilitace s klienty, škola zad	Praha	Bc. Milan Prudký
1. 3.	Proměny stáří a geronto-oblek	Praha	MgA. Bc. Lenka Čurdová
2. 3.	Koncept SET – terapie sebeudržení	Praha	PhDr. Miluše Jůnová
3. 3.	Motivace versus manipulace klientů v sociálních službách	Praha	Mgr. Michaela Veselá
3. 3.	Standardy kvality v sociálních službách	Ostrava	Mgr. Markéta Vaculová
7. 3.	Aktivizační techniky v sociálních službách	Ostrava	Mgr. Bc. Andrea Tajanovská
8. 3.	Proměny stáří a geronto-oblek	Ostrava	Mgr. Bc. Andrea Tajanovská
9. 3.	Kyberkriminalita a další rizika virtuálního světa	Tábor	Ing. Petr Šmíd
10. 3.	Divadlo ve specifických skupinách	Praha	Mgr. Štěpán Smolík, Ph.D.
10. 3.	Kulinářská akademie	Bystřany	Kolektiv lektorů
15. 3.	Kulinářská akademie	Sedlčany	Kolektiv lektorů
22. 3.	Pokojná smrt – akceptace a základy komunikace	Tábor	Mgr. David Šourek
22. 3.	Kulinářská akademie	Ostrava	Kolektiv lektorů
24. 3.	Práce s riziky při poskytování sociálních služeb	Praha	Bc. Jan Syrový
29. 3.	Efektivní relaxační techniky pro podporu duševní kondice	Praha	Mgr. Kristýna Bredlerová
30. 3.	Příprava poskytovatelů sociálních služeb na inspekci kvality	Brno	Mgr. Lucie Bicková
31. 3.	Personální standardy kvality v praxi poskytovatelů sociálních služeb	Brno	Mgr. Lucie Bicková
31. 3.	Pokojná smrt – akceptace a základy komunikace	Ostrava	Mgr. Lucie Pohlová
4. 4.	Základy vedení pomáhajícího rozhovoru	Praha	Lenka Šimková
4. 4.	Techniky vyhovění druhým aneb jak dosáhnout souhlasu	Praha	Mgr. Magdalena Ožanová
5. 4.	Techniky vyhovění druhým aneb jak dosáhnout souhlasu	Praha	Mgr. Magdalena Ožanová
5. 4.	Demence v obrazech	Praha	Mgr. Bc. Andrea Tajanovská
5. 4.	Myšlenkové mapy v individuálním plánování	Brno	Mgr. Marek Sušinka
6. 4.	Jak pečovat o klienty s Parkinsonovou nemocí	Praha	Mgr. Burda, Ing. Skála-Rosenbaum
7. 4.	Nemotivovaný a nespolupracující klient	Ostrava	Mgr. Markéta Vaculová
12. 4.	Práce s rodinou uživatele sociálních služeb	Brno	Mgr. Lubomír Pelech

Kompletní nabídku na 1. pololetí 2016 najdete na www.institutvzdelavani.cz.

Kontakt: MGR. MAGDA DOHNALOVÁ, manažerka vzdělávání, mobil: +420 724 940 126, e-mail: institut@apsscr.cz
ANNA BŘEZINOVÁ, DiS., administrativa, mobil: +420 607 056 211, e-mail: administrativa@apsscr.cz

Demence



J eště počátkem 90. let 20. stol. byla Alzheimerova nemoc považována za vzácné onemocnění. Hovořilo se spíše o povšechné ateroskleróze či mozkové ateroskleróze, které se přičítaly změny chování, myšlení a celkové zhoršování stavu zejména lidí staršího věku. Postupně se však ukázalo, že Alzheimerova nemoc zdaleka není onemocněním vzácným. Nyní je známo, že je tomu přesně naopak. Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou syndromu demence.

■ **Text: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.,** ředitelka Gerontologického centra, místopředsedkyně Alzheimer Europe

Historický vhled

Toto onemocnění bylo poprvé popsáno Aloisem Alzheimerem v Mnichově a Oskarem Fischerem v Praze, a to v roce 1907. Zatímco Alois Alzheimer velmi podrobně popsal případ jedné pacientky (Augusty D.), která zemřela v důsledku rychle progresujícího (postupujícího) syndromu demence ve věku 56 let (a jednalo se tak o relativně vzácnou formu v mladším věku přicházející, presenilní demence), Oskar Fischer popsal 12 případů lidí se senilní formou demence. Nemoc však byla záhy pojmenována prof. Kraepelinem nemocí Alzheimerovou, jak ji známe dodnes. Zejména v České republice bychom neměli zapomínat na vědce, jehož přínos poznání Alzheimerovy nemoci byl minimálně rovnocenný, právě dr. Oskara Fischera, který publikoval v roce 1907 svou práci popisující 12 případů pacientů s touto nemocí a také pacienty kontrolní skupiny, kde nevznikají typické patologické známky na mozku. Oba vědci tyto chorobné změny na mozku při této nemoci popsali takřka identicky – jako klubíčka, vytvořená neurofibrilami (nyní se pro ně všeobecně používá anglický termín fibrillary tangles) a dále upozornili na přítomnost amyloidových plaků. Přestože od těchto prvních doslova průkopnických publikací uplynulo v současné době již více než 100 let, stále neznáme příčinu, která onemocnění Alzheimerovou nemocí způsobuje. Většina výzkumného úsilí se tak zaměřuje právě na dva výše uvedené fenomény – na amyloid, bílkovinu, jejíž patologické štěpení vede k vytváření amyloidových plaků, a na tau protein, jehož porucha, zejména pak hyperfosforylace, vede k vytváření klubíčků – tangles. Při tomto malém exkurzu do historie výzkumu příčin demence, v němž sehrála pražská pracoviště vskutku významnou roli, bychom neměli zapomínat na dalšího vědce, po němž se

nazývá jedna z dalších relativně častých příčin demence. Jedná se o profesora Arnolda Picka, přednostu neuropsychiatrické kliniky německé části pražské, tehdy Karlo-Ferdinandovy univerzity (dnešní UK), který jako první popsal případ frontotemporálního typu demence.

Současnost

V současné době představují onemocnění způsobující demenci jeden z velkých problémů nejen pro zdravotní politiku, ale pro celou společnost. To je také důvodem, proč se o problematice demence zabývá nejen Evropská komise, ale proč se o ní diskutovalo i na summitu států G7 z popudu britského premiéra Davida Camerona. V prosinci 2013 využilo Spojené království svého předsednictví skupiny G8 (nyní G7), aby zahájilo Globální akci proti demenci. Výstupem prvního setkání byl příslib zemí podporovat výzkum tak, aby byl do roku 2025 nalezen lék modifikující průběh demence (disease-modifying drug). Lidé s demencí potřebují daleko více péče v základních sebeobslužných aktivitách i dohledu, než lidé trpící jinými závažnými nemocemi. Náklady na demenci jsou vyšší než náklady na další významné syndromy a onemocnění. Podle britské studie se náklady na zdravotní a sociální péči o lidi s demencí téměř rovnají součtu nákladů na rakovinu, srdeční onemocnění a cévní mozkové příhody. Švédská studie prokázala, že jsou vyšší než součet nákladů na léčbu deprese, cévních mozkových příhod, alkoholismu a osteoporózy.

Nejčastější příčinou syndromu demence je Alzheimerova nemoc a další neurodegenerativní onemocnění, která vznikají častěji zejména ve vyšším věku. Prodlužování lidského věku tak přispívá k rychlému zvyšování počtu starších lidí, a s tím souvisí také zvýšení prevalence chronických nemocí včetně demence. Incidence demence (vznik nových případů demence) exponenciálně roste se zvyšujícím se věkem, každých 6,3 roku věku se zdvojnásobuje. Z tisíce osob

ve věku 60–64 let onemocní za jeden rok demencí cca 4 lidé, zatímco z tisíce lidí starších 90 let se rozvine demence v průběhu jednoho roku u 105 lidí. V současné době odhadujeme, že na světě žije celkem 46,8 milionů lidí s demencí. Tento počet se každých příštích 20 let téměř zdvojnásobí a dosáhne 74,7 milionů v roce 2030 a 131,5 milionů v roce 2050. Předpokládáme, že za poslední rok (2015) přibýlo více než 9,9 milionů nových případů demence, což znamená, že každé 3,2 sekundy dochází na světě ke vzniku nového případu demence. V Evropě žije celkem 7,4 milionů lidí s demencí, z toho již ve třech evropských zemích je jich více než milion (v Německu 1,6 milionu, ve Francii a Itálii 1,2 milionu lidí). V České republice žije s demencí 150 tisíc lidí.

Jaký problém představuje demence pro světovou ekonomiku?

Globální náklady demence vzrostly z 604 miliard amerických dolarů v roce 2010 na 818 miliard v roce 2015, což představuje nárůst o 35,4%. Odhadujeme, že tato suma, 818 miliard dolarů, představuje 1,09% světového příjmu ekonomik, což je vyšší, než



jsme odhadovali v roce 2010. *Přímé náklady na zdravotní péči představují zhruba 20 % globálních nákladů demence, zatímco přímé náklady na sociální péči představují 40 % celkových nákladů demence stejně jako náklady na neformální péči.*

Výše jsme poukázali zejména na společenskou a ekonomickou závažnost syndromu demence a neurodegenerativních onemocnění, která jej nejčastěji způsobují.

» Co rozumíme pod pojmem demence a jaké jsou její nejčastější příčiny

Demence představuje syndrom zahrnující několik skupin příznaků. Nejedná se o nemoc, ale o důsledek různých onemocnění způsobujících poškození mozku, zejména mozkové kůry. Mezi nejčastější příčiny syndromu demence patří, jak jsme již výše uvedli, Alzheimerova nemoc, která je zodpovědná zhruba za dvě třetiny případů demence, ať již sama o sobě či ve spojení s poškozením cév, které je příčinou druhé nejčastější demence, tzv. vaskulární. Dalšími relativně častými příčinami demence (které však již nepředstavují více než 10 % všech případů demence) jsou další neurodegenerativní onemocnění, například již dříve zmíněná frontotemporální lobární degenerace (způsobující demenci frontotemporálního typu včetně tzv. Pickovy nemoci), dále se pak jedná o demenci vznikající při Parkinsonově nemoci nebo demence příbuzné svou etiologií (demence s Lewyho

tělísky). Mezi vzácnější příčiny demence pak patří veškerá další onemocnění a jiné příčiny poškození mozku, např. některá infekční onemocnění (HIV/AIDS, syfilis, prionová onemocnění apod.), následky akutních otrav (např. kyslíčným uhelnatým), chronické intoxikace (alkoholem a jinými návykovými látkami), poškození mozku v důsledku poranění, otrav atd. Syndrom demence je tedy zpravidla způsoben stavem, který jsou ireverzibilní, nevratné a jsou důsledkem poškození mozku. Existuje ještě také skupina tzv. pseudodemencí, tedy stavů, které se manifestují jako demence, mohou jako demence vyústit, a to zejména pokud nejsou včas rozpoznány a léčeny. Z onemocnění CNS se jedná například o normotenzní hydrocefalus, městnání

Předpokládáme, že za poslední rok (2015) přibýlo více než 9,9 mil. nových případů demence, což znamená, že každé 3,2 sekundy dochází na světě ke vzniku nového případu demence.

mozkomíšního moku, které pokud není léčeno (neurochirurgickým výkonem – stentem), může dále postupovat a poškodit mozek nevratně. Jako demence mohou také vypadat některá další onemocnění. Z psychických onemocnění bychom měli jmenovat v první řadě syndrom deprese, který přichází velmi často zejména ve vyšším věku, kdy způsobuje obvykle ztrátu zájmu, apatii, zpomalení psychomotorického tempa, zanedbávání péče o sebe, ale i poruchy paměti a myšlení. Celkový klinický obraz může sice působit jako demence, hovoříme však o depresivní pseudodemenci. Na tuto možnost je důležité pamatovat, protože deprese je (na rozdíl od demence) velmi dobře léčitelná a moderní antidepresiva mohou učinit zásadní změnu, projasnit život a zlepšit jeho kvalitu, a to i u lidí ve vysokém věku. Zhoršení kognitivních funkcí může provázet také různá závažná somatická onemocnění, a to zejména ve vyšším věku, zejména pokud jsou provázena celkovými metabolickými změnami, poruchou okysličení apod. U starších pacientů je proto vždy důležité celkové vyšetření a vyloučení těchto příčin. Nejednou jsme zaznamenali chronické poruchy srdečního rytmu, které nepoznané vedly k „demenci“, a jejich zvládnutí výrazně zlepšilo nejen celkový stav pacienta, ale i jeho kognitivní funkce. Zejména u starších pacientů je důležité pamatovat také na možnou hypotyreózu, sníženou funkci štítné žlázy, která někdy může imitovat syndrom demence,

často bývá nepoznána a její léčení je opět relativně jednoduché (postupnou a šetrnou substituací hormonů štítné žlázy).

Syndrom demence u neurodegenerativních onemocnění vzniká postupně, zhoršuje se v průběhu měsíců a let. Pokud vznikne porucha myšlení a například dezorientace, neklid u pacienta vyššího věku náhle, nejedná se o demenci, ale o akutní stav (delirium), který je zapotřebí jako akutní stav řešit. Pacient by měl být vždy řádně vyšetřen (a to zpravidla i za hospitalizace), neboť se jedná obvykle o situaci vyvolanou celkovou změnou zdravotního stavu, jejímž důsledkem je porucha mozkové činnosti. Problematika se stává jednou z významných kapitol akutní péče o geriatrické pacienty. Nepatří přímo do problematiky demencí, ale jedná se o natolik závažný stav, že je zapotřebí jej v této souvislosti zmínit. Navíc delirium často vzniká u pacientů, u nichž již určitý stupeň kognitivní poruchy přítomen je. Nemůžeme tedy rozhodně každého staršího pacienta, který je momentálně dezorientován a je u něj přítomna i porucha dalších kognitivních funkcí, považovat za pacienta s demencí. Důležité je odlišit, zda se jedná o akutně vzniklý stav (zpravidla delirium), nebo o stav, který postupně progreduje v průběhu mnoha měsíců (nebo je následkem diagnostikovaného poškození mozku), kdy se zpravidla jedná o demenci.

» Příznaky demence

Demence zahrnuje, jak jsme již výše uvedli, několik okruhů příznaků.

- Primární pro tento syndrom je *porucha kognitivních funkcí*, tedy myšlení, paměti, orientace, schopnosti vyjadřovat se a rozumět řeči, schopnosti orientovat se v prostoru a také prakticky vykonávat určité činnosti, plánovat a organizovat je. Porucha kognitivních funkcí se projevuje v běžném životě například zapomínáním, zhoršeným myšlením, orientací apod. V praxi je však přesnější používat pro její vyhodnocení testy, které mohou být relativně jednoduché a trvat jen několik minut (například test hodin, zapamatování slov, obojí kombinované v testu MiniCOG, testy MMSE nebo MoCA, které zahrnují další kognitivní domény), anebo daleko podrobnější v rámci tzv. neuropsychologického vyšetření.
- S poruchou kognitivních funkcí úzce souvisí také *porucha soběstačnosti* v běžných každodenních aktivitách. Nejprve bývají zpravidla postiženy složitější činnosti, schopnost užívat dopravní prostředek, orientovat se v dopravním provozu, nakupovat, zacházet s penězi, používat kreditní kartu, připravit jídlo, starat se o domácnost – jedná se o takzvané instrumentální aktivity denního života. >>>> 12



II <<<<

- Později s progresí stavu dochází také k omezení v základních sebeobslužných činnostech (základních aktivitách denního života), kam patří zejména schopnost samostatně se najíst jídla, které bylo podáno, napít se, obstarat základní hygienu, udržet moč a stolicí, přesunout se na lůžku či z lůžka.
- Velmi často se u lidí s demencí vyskytují také *psychické problémy* a někdy i poruchy chování. Zpočátku se může jednat zejména o depresi a úzkost vycházející ze změněné životní situace, obav o další osud, o rodinu apod. S dalším zhoršováním demence se mohou vyskytovat také změny chování, které si blízcí a pečující mohou vysvětlovat jako „schválnosti“, jedná se o opakování věcí, nepochopitelné pokynům, děláním činností neočekávaným a netypickým způsobem. Někdy mohou vznikat i situace, kdy je člověk s demencí neklidný, někdy může být i agresivní. Agresivita ale nebývá pro syndrom demence u Alzheimerovy nemoci typická, i když se může vyskytovat častěji například u frontotemporálních typů demence. Stejně tomu bývá s halucinacemi, které nejsou u Alzheimerovy nemoci typické, ale mohou se vyskytovat častěji například u demence s Lewyho tělisky. I z těchto důvodů je důležitá správná diagnostika nejen demence jako takové, ale také onemocnění, která tento stav mohou způsobovat. Mezi další tzv. psychiatrické příznaky se mohou počítat také bludy, chybné úsudky, představy a přesvědčení. V tomto případě bychom měli být u pacientů s demencí velmi obezřetní, protože se může jednat spíše o chybné vyhodnocení situace, ke kterému dochází v důsledku poškození kognitivních funk-



Podle britské studie se náklady na zdravotní a sociální péči o lidi s demencí téměř rovnají součtu nákladů na rakovinu, srdeční onemocnění a cévní mozkové příhody.

cí. Také náhle vzniklý neklid mívá svou příčinu například v tom, že pacient nerozumí souvislostem dané situace, může je považovat za nepříjemné či nebezpečné, velmi často se jedná o vzájemné nepochopení mezi pacientem a pečujícím, o poskytování péče takovým způsobem, který je člověku s demencí nepříjemný. V péči o lidi s demencí, a zejména při řešení složitějších situací, změněného či problematického chování atd., je zapotřebí vycházet z vyhodnocení dané situa-

ce pacienta a péče, kterou mu poskytujeme. Důležité je umět si představit, jak by člověk sám reagoval nejen v dané situaci, ale také ve stavu, kdy by měl poškozenou schopnost situaci správně vyhodnotit, jak to u lidí s demencí často bývá. Většinu problematických situací v péči o lidi s demencí lze vyřešit právě tak, že co nejpečlivěji analyzujeme jejich možné příčiny a souvislosti a přizpůsobíme tomu péči a přístup, eventuálně prostředí apod.

Demenci tedy charakterizují jednotlivé soubory příznaků, schematicky hovoříme o ABC demence:

A – aktivity denního života a jejich poruchy,
B – behaviorální změny, problematické chování,

C – cognition, poruchy kognitivních funkcí.

Kromě těchto tří okruhů příznaků a celé šíře a pestrosti jejich modifikací u jednotlivých pacientů musíme mít na paměti, že se průběh demence u jednotlivých pacientů mění v závislosti na progresi onemocnění, které jej způsobuje. V takto omezeném formátu není možné podat ucelenou informaci o trajektorii progresu syndromu demence u všech jejích příčin, proto se zaměříme na Alzheimerovu nemoc, která představuje, jak je výše uvedeno, nejčastější a „nejtypičtější“ průběh syndromu demence, tedy takový, který prochází všemi jejími fázemi, od preklinické až po terminální, neboť Alzheimerova nemoc zatím stále zůstává onemocněním terminálním, tedy takovým, které zkracuje lidský život a vede k jeho (předčasnému) konci.

Alzheimerova nemoc

➤ V současné době se zaměřuje pozornost vědy zejména na rizikové faktory Alzheimerovy nemoci a možnosti léčby zejména v tzv. preklinických stádiích. Souvisí to s tím, že Alzheimerovu nemoc, která probíhá v mozku člověka, dokážeme diagnostikovat již předtím, než se objeví první příznaky syndromu demence. Jednu či dvě dekády před vznikem kognitivní poruchy je možné rozpoznat některé změny metabolismu neuronů a glie a také změny metabolismu beta amyloidu a tau proteinu. Z těchto změn vychází diagnostika preklinické fáze Alzheimerovy nemoci; jedná se o stanovení beta amyloidu a tau proteinu v mozkomíšním moku a o detailní zobrazovací vyšetření mozku se zaměřením na oblast tzv. hippocampu. Na základě těchto změn je tedy možné stanovit Alzheimerovu nemoc u lidí, u kterých se ještě nerozvinula demence a nevznikly ani mírné poruchy kognitivních funkcí. Tato možnost včasné diagnostiky je nepochybně významným přínosem pro další vědecké poznání a vývoj možné léčby. Nicméně přináší také mnoho etických dilemat, která souvisejí s jejím přínosem pro

konkrétní pacienty v době, kdy nemáme ještě k dispozici nejen lék, který by průběh onemocnění zastavil, ale ani takový, který by dokázal zásadním způsobem modifikovat jeho průběh (disease modifying drug). S tím souvisí mnoho dalších věcí a otázek, které jsou nad rámec možností tohoto sdělení a z nichž na mnohé stále hledáme odpovědi.



V péči o lidi s demencí, a zejména při řešení složitějších situací, změněného či problematického chování atd., je zapotřebí vycházet z vyhodnocení dané situace pacienta a péče, kterou mu poskytujeme.



Poruchy kognitivních funkcí se v průběhu progresu Alzheimerovy nemoci začínají projevovat postupně a postupně tak vzniká tzv. mírná kognitivní porucha, kterou považujeme za prodromální (nespecifické příznaky ohlašující příchod nemoci) stadium demence, pokud byla Alzheimerova nemoc diagnostikována. Jedná se o stav, kdy člověk zapomíná více než je obvyklé v jeho věku, a porucha kognitivních funkcí, zejména paměti může být nápadná i jeho okolí, ale vyšetření kognitivních funkcí zatím neprokazuje demenci. Na tomto místě je nutné poznamenat, že mírná kognitivní porucha je situací, která je ve vyšším věku relativně častá, vyskytuje se až u 10 % lidí nad 65 let a zdaleka tedy neznamená Alzheimerovu nemoc či jinou demenci. Nicméně se může jednat o rizikový faktor vzniku demence. Může však také jít o celé spektrum poruch zdravotního stavu, které mají na stav kognitivních funkcí vliv (jak je uvedeno výše v souvislosti s demencí a jí podobnými stavy). Proto je důležité na tyto možnosti pamatovat a včas zajistit podrobné lékařské vyšetření.

➤ Diagnostika demence

Diagnostika demence vychází vždy z vyšetření kognitivních funkcí, které prokáže jejich poruchu odpovídající svou závažností demenci. Dále je součástí diagnostického procesu celkové vyšetření klinické i základní laboratorní s cílem vyloučení jiných situací, které by mohly poruchu kognitivních funkcí způsobit, a zhodnocení farmakoterapie, protože některé léky mohou mít natolik závažné tlumivé či tzv. anticholinergní působení, že mohou kognitivní poruchu způsobovat. Další obvyklou součástí vyšetření je zobrazovací vyšetření mozku, které slouží k vyloučení jiného patologického

kého procesu v mozku (toto vyšetření, např. CT, bývá dostačující např. u typických forem Alzheimerovy nemoci ve vyšším věku) nebo k upřesnění diagnózy a typu demence, pokud je to zapotřebí.

Vlastní syndrom demence prochází typicky třemi fázemi, z nichž každá je charakterizována specifickými rysy a přináší specifické potřeby. Potřebami pacientů s demencí se velmi podrobně zabýváme ve strategii České alzheimerovské společnosti P-PA-IA, na kterou tímto odkazujeme. Je publikována jak na webu www.alzheimer.cz, tak v tištěné podobě.

Zde jen stručně rekapitulujeme:

- v první fázi demence, kdy jsou lidé soběstační či relativně soběstační, je zapotřebí správná diagnóza a nastavení adekvátní terapie, která pokud možno zlepší stav kognitivních funkcí a možnost zachování samostatného způsobu života na co nejdéle dobu (jedná se o skupinu lidí zvaných kognitiva). Dále tyto lidé potřebují podporu a pomoc (P), a to při důležitém rozhodování o svém budoucím životě s demencí, které by mělo být učiněno právě v této fázi, kdy jsou schopni situaci ještě dobře či relativně dobře posoudit a zvolit co nejlépe. Potřebují také podporu a některé služby, ale v principu jsou ještě schopni žít samostatně bez trvalé péče, ale v některých situacích již potřebují nápravu či pravidelný dohled (užívání léků, stravování, hygiena atd.)
- Situace, kdy již potřebují trvalou péči či alespoň dohled, charakterizuje *druhé stadium* progresivního syndromu demence. Tito lidé profitují ze strukturovaného denního rytmu a smysluplného programu aktivit (PA). Potřebují však dohled a v některých situacích i péči, dohled nad stravováním, nezbytně již pomoc s užíváním léků apod. Může se někdy vyskytovat problémové chování, ale zpravidla je zvládnutelné bez použití léků, citlivou analýzou jeho příčin a přizpůsobením péče. Pokud lidé s demencí setrvávají ve svém domácím prostředí, je pro ně ideální službou pobyt v denním stacionáři, který se střídá s rodinnou péčí, respitní péčí v domácím prostředí atd.
- Pokud lidé s demencí již neprofitují z programovaných denních aktivit a pokud jsou přítomny komplikace jak tělesné (bolest, zácpa, výrazná zácpa, retence moči, křeče), tak duševní ve smyslu opakovaných a významných stavů neklidu,

Ve dnech
20.–22. října
2014 v průběhu výroční konference Alzheimer Europe byla přijata Deklarace z Glasgow. Všichni podepsaní (Alzheimer Europe, členské a další organizace a další, kteří připojili své podpisy) tímto prohlásili své odhodlání podporovat práva, důstojnost a autonomii lidí žijících s demencí. Deklaraci najdete na webu <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Glasgow-Declaration-2014>, kde ji můžete podpořit i svým podpisem.

inverze denního rytmu, bludů či halucinací, a pokud se zhoršuje jejich soběstačnost i v základních sebeobslužných aktivitách, hovoříme již o *třetí fázi demence*, kdy musejí být aktivity individualizované (IA) podle potřeb člověka s demencí. Péče o pacienty v této fázi demence již musí nezbytně zahrnovat kvalifikovaný ošetrovatelský proces, a to nepřetržitě alespoň formou dohledu tak, aby se včas zvládaly jednotlivé komplikace a co nejdéle se zachovala dobrá kvalita života i přes fakt progredující onemocnění a syndromu demence. Důležitá je také dostupnost lékařské péče, a to geriatricky poučené či obeznámené s problematikou demence. Tuto fázi demence nazýváme dle strategie P-PA-IA fází individualizovaných aktivit nebo také PALLIARE dle projektu, který se snaží zlepšit péči o pacienty právě v této fázi demence, a to i v evropském měřítku. Jsme rádi, že se na tomto projektu můžeme podílet.

Fáze těžké demence postupně přechází do terminálního stadia, kdy lidé s demencí potřebují kromě kvalifikované ošetrovatelské péče také péči paliativní. V této fázi (a do značné míry také ve fázi těžké demence) by měly být minimalizovány intenzivní výkony a cílem zdravotní péče by mělo být zejména zlepšení komfortu pacienta a zvládnutí trýznivých příznaků. Péče o pacienty ve fázi těžké a terminální demence je jednou z významných výzev pro naši zdravotní i sociální péči, respektive pro jejich lepší spolupráci a koordinaci.

Management demencí

Alzheimerova nemoc, stejně jako jiné neurodegenerativní příčiny demence, jsou zatím onemocněními, která neumíme vyléčit. Přesto, či právě proto, je důležitý jejich management, který nezahrnuje jen farmakoterapii, ale velice důležité jsou tu zejména psychosociální přístupy a intervence, které musejí vycházet ze stejných principů: být založeny na vědeckých důkazech a současném poznání problematiky, poučené dobrou praxí a individualizované, aplikované vzdělanými

a zaškolenými pracovníky obeznámenými s problematikou demence. Každá z těchto metod (jako každý z léků) má své indikace i kontraindikace, žádná není panaceem (všelékem). Nekritické prosazování některých metod může mít charakter nejen nepoučené praxe, ale přímo šarlatánství.

Obdobným úskalím v managementu demencí je také farmakoterapie. Ta by měla být indikována lékaři znalými problematiky demencí, a to na základě vyšetření pacienta. Lékem první volby (dle rozsahu hodnot kognitivních testů) u lidí s Alzheimerovou nemocí jsou inhibitory acetylcholinesterázy a memantini, které mohou nejen dočasně zlepšit kognitivní funkce, ale také mohou příznivě ovlivnit i některé poruchy chování. Problémy v chování by měly být zvládnuty především nefarmakologicky. Pokud je zapotřebí farmakoterapie, je nutné k ní přistupovat obezřetně a s vědomím, že zejména antipsychotika mohou mít závažné nežádoucí efekty (a to velmi závažné zejména například u demence s Lewyho tělísky nebo demence u Parkinsonovy nemoci) a v současné době je zcela zřejmé, že tyto léky zhoršují celkovou prognózu lidí s demencí.

Vzhledem k omezeným možnostem farmakoterapie by měl být důraz v péči o lidi s demencí kladen na psychosociální intervence a nefarmakologické postupy. Jejich výčet je nad rámec možností tohoto sdělení a věřím, že se k tomuto důležitému tématu vrátíme v některém z příštích čísel časopisu.

Závěr

V závěru považuji za nutné zdůraznit skutečnost, že demence jsou důsledkem závažných a progresivních onemocnění. Přesto je však důležité zajistit, aby lidé, kteří s demencí žijí, mohli žít co nejlépe. Proto se v mnoha zemích začínají prosazovat různé iniciativy vytvářející lepší a přátelštější prostředí například v nemocnicích nejen pro děti, ale také pro lidi s demencí. Mnohé obce se hlásí ke strategii obcí přátelských pro lidi s demencí, stejně tak činí i mnohé zájmové a sportovní kluby, vznikají Alzheimer kavárny atd. To může být užitečné nejen pro lidi s demencí. Obdobně jako odstranění architektonických bariér může pomoci lepší mobilitě lidí s kočárky i kufrů na kolečkách nebo i těm, kteří mají na noze sádku. Vytvoření prostředí vnímavějšího a přátelštějšího pro lidi s demencí může pomoci nám všem.

Institut vzdělávání APSS ČR nabízí unikátní seminář Demence v obrazech, a to v termínech 5. 4. 2016 (Praha) a 26. 4. 2016 (Ostrava). Více informací na www.institutvzdelavani.cz, e-mail: institut@apsscr.cz, +420 724 940 126.

Konference Demence v ČR proběhla za účasti ministrů i švýcarských odborníků

Dlouho očekávaná konference Demence v České republice, kterou uspořádaly Asociace poskytovatelů sociálních služeb a Mladá fronta, a. s., spolu s Českou alzheimerovskou společností, o. p. s., jako odborným partnerem, se uskutečnila za hojné účasti návštěvníků 19. 1. 2016 v Praze v hotelu Olšanka. Záštitu nad konferencí převzali ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová a ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Oba ministři na konferenci zároveň vystoupili, jejich osobní účast tak byla důkazem závažnosti tématu, kterému je nutné věnovat soustavnou pozornost.

■ **Text a foto: Mgr. Veronika Hotová**

Dle Zprávy o stavu demence 2015, kterou vydala Česká alzheimerovská společnost, žilo na počátku tohoto roku v ČR pravděpodobně 153 000 lidí s demencí. Vzhledem k celosvětovému zvyšování počtu osob s demencí je tak nutné tomuto tématu přiřadit vysokou prioritu. I z tohoto důvodu byla konference Demence v České republice významným místem pro setkání odborníků ze všech oblastí, aby diskutovali o možných řešeních na tomto poli. „Demence tvoří zásadní hrozbu naší moderní společnosti, a to zejména pro následující dvě desetiletí. Je to, mimo jiné, i určitá daň za úspěch naší civilizace – dlouhověkost. Zatímco rada evropských vlád bere tuto hrozbu vážně a věnuje mnoho energie a prostředků na přípravu, Česká republika patří spíše k těm málo „prozřelým“ zemím, které začnou vyvíjet výraznější aktivity, až když budou skutečností a jejími dopady zaskočení,“ vysvětlil Jiří Horecký, prezident APSS ČR, proč je důležité se problematice demence věnovat. Martina Mátlová, ředitelka České alzheimerovské společnosti, dodává:



„Jsem ráda, že jsem měla příležitost představit nedávno zveřejněnou Zprávu o stavu demence 2015 na takovém fóru. Nárůst počtu lidí s demencí je jedním z podstatných důvodů, proč je třeba tomuto fenoménu věnovat širokou a soustředěnou pozornost také na národní úrovni. Setkávání profesionálních pečujících je jedním ze způsobů, jak situaci lidí s demencí a těch, kdo o ně pečují, zlepšovat.“

Ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová upozornila v rámci své zdravotice nejen na celkovou problematiku stárnutí, ale i na to, že MPSV chce prosadit tzv. pečovatelské volno, aby pečující osoba neztratila zaměstnání a byla tedy před zaměstnavatelem „chráněna“.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček zdůraznil nutnost neustálého zvyšování erudice pracovníků a poukázal na to, jak důležitá je podpora rodinných příslušníků.

Za Ivu Holmerovou, ředitelku Gerontologického centra, jež se musela z konference omluvit, vystoupila Lucie Hájková, sociální pracovnice České alzheimerovské společnosti, s tématy Stav péče o osoby s demencí



a Náklady na péči u nás a v Evropě. Představila historii onemocnění a její vývoj, zmínila i děsivou skutečnost, že každé 3 sekundy je ve světě zjištěna nová osoba s demencí. Důležitým bodem její prezentace byl vývoj počtu a podílu všeobecných sester v sociálních službách. Upozornila, že demence je prioritou evropské i světové zdravotní a sociální politiky a je nutné vytvořit i u nás „společnost přátelskou k lidem s demencí“, tzn. vstřícnější zdravotní služby, specializované služby apod.

S aktuální situací v péči o osoby s demencí v ČR vystoupila Martina Mátlová, ředitelka České alzheimerovské společnosti. Představila právě výše zmíněnou Zprávu o stavu demence 2015. Dokument obsahuje mimo jiné informace o podílu lidí s demencí v jednotlivých krajích. Upozornila, že lidí s demencí je mnohem více, než kolik jich je diagnostikovaných. Prezentovala potřeby lidí s demencí, kterými jsou včasná diagnóza, co nejlepší péče, post-diagnostická podpora (funguje např. v Norsku), právní a finanční poradenství, podpora rodin a podpora profesionálů.

David Pospíšil, ředitel odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení, v úvodu přednášky poděkoval Jiřímu Horeckému za spolupráci a posléze představil aktivity MPSV v oblasti péče o lidi s demencí. Zdůraznil, že je třeba, aby si zdravotní pojišťovny uvědomily, že potřeby sociálních služeb jsou oproti dřívějšímu jiné, jelikož i skladba klientů je různá. Potřeba péče a zdravotního personálu se bude neustále

zvyšovat. Uvedl, že mezi roky 2007–2015 bylo MPSV akreditováno 176 kurzů s tematikou demence, což v porovnání s tisíci existujících kurzů není mnoho. Dále představil plány ohledně změnového zákona k sociálně-zdravotnímu pomezí, jejichž smyslem je upravit režie a oblast regulace (navýšení pro zdravotní služby v sociálních službách) a zároveň vytvořit nová sociálně-zdravotní lůžka.

Hana Kubešová-Matějovská, přednostka kliniky interní, geriatry a praktického lékařství FN Brno, vystoupila s tématem Péče o osoby s demencí ve zdravotnictví. Zmínila pro mnohé zajímavou informaci, že většinu hospitalizací seniorů způsobují následky záměny léků. V rámci diagnostiky by se dle Kubešové-Matějovské měla pozornost více zaměřit na sekundární demence, které bývají vratné (např. snížení funkce štítné žlázy apod.). Důležité je, aby se diagnostika dostala do preventivních prohlídek osob starších 65 let. Plný efekt terapie se může totiž rozvinout pouze tehdy, je-li zahájena v 1. fázi, tzn. co nejdříve. V souvislosti s přijetím nemocného k hospitalizaci je nutné objednání předem (co nejkratší hospitalizace), aktuální lékové schéma, klidnější pokoj a věc, na kterou je pacient zvyklý (např. budík na stolku apod.). Respirační péče by měla být vždy situována do zařízení sociální péče z důvodu rizika náklady v nemocnici. Kubešová-Matějovská zdůrazňuje, že by měl být pacient vždy co nejdéle v domácím prostředí, případná hospitalizace by měla být co nejkratší, propuštění by mělo být plánované a blízcí by měli být informováni.

Josef Vymazal, náměstek pro zdravotní péči MZ ČR, vystoupil s tématem Problematiky demence ve zdravotnictví a Akčním plánem pro Alzheimerovu nemoc (NAP). Ukázal demografické křivky a prevalence osob s demencí. Zopakoval, že včasná diagnostika bude zásadní, představil i novou metodu vyšetření PET. Informoval o přípravě NAP, který bude každý rok aktualizován. Plnění bude mít finanční dopad na veřejné rozpočty, nutné bude multizdrojové financování. Cíle NAP jsou: zlepšení přístupu ke stanovení diagnózy, překlad a adaptace mezinárodně uznávaných postupů, úprava podmínek pro úhradu diagnostiky apod.

Dana Hradcová z Centra pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče FHS UK vystoupila s tématem Radost z jídla, praktická etika v dlouhodobé péči. Přednášku zaměřila na oblast pečujícího vztahu, praktickou etiku, tedy etiku každodennosti. Upozornila, že se často mluví o tom, že je někdy péče přehnaná a tedy může být škodlivá, nicméně péče je lidskému druhu přirozená. Etika každodenního života přesahuje etická témata, kodexy i pravidla. Zdůrazni-



Martina Mátlová,
ředitelka České alzheimerovské společnosti, o. p. s.

la, že pečující vztah vyžaduje neustálé úsilí těch, kdo pečují i těch, kdo péči přijímají. U jídla se pak lidé setkávají a vznikají další interakce. „Dobré jídlo je improvizovaná a experimentální choreografie, v níž se snažíme udržet všechny u stolu.“

Andrea Tajanovská, lektorka Institutu vzdělávání APSS a expertka v sociálních službách, představila unikátní nabídku vzdělávání zaměřenou na péči o osoby s demencí, konkrétně seminář Demence v obrazech, Proměny stáří a geronto-oblek a Pokojnou smrt (všechny semináře jsou v nabídce Institutu vzdělávání APSS).

V rámci odpoledního mezinárodního kulatého stolu zaměřeného na dobrou praxi a používání nástroje v péči o osoby s demencí ve Švýcarsku vystoupili přední švýcarské odborníky.

Benno Meichtry odpřednášel téma Zákon na ochranu osobnosti a etika v pobytových zařízeních sociálních služeb. Ve Švýcarsku vznikl nový zákon na ochranu dětí a dospělých v roce 2013. Cílem bylo poskytnout jedinci co nejvíce práv, tedy více práv i postiženým jedincům (nesvéprávné osoby jsou tak lépe chráněny). Dále Benno Meichtry promluvil na téma pověření k zastupování a institut projevené vůle. S pomocí těchto opatření lze ošetřit ve Švýcarsku všechny možné životní situace osoby s omezením svéprávnosti.

Henny Messerli vystoupila s tématem paliativní péče u lidí s demencí. Základní podmínkou je přijetí života a akceptace

smrti jako jeho součásti. Paliativní péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nevyléčitelné nemoci a podílejí se na ní různí odborníci. Součástí paliativní péče je i doprovázení rodinných příslušníků a blízkých – paliativní péče tedy nekončí smrtí osoby s demencí, ale pomocí s truchlením pozůstalých.

Marianne Geiser představila problematiku lidských zdrojů a vzdělávání v oblasti demence. Nástup do domova je výzvou i pro celé sociální okolí osoby s demencí. Vzdělání a empatictí pracovníci jsou nesmírně důležití. Aby byl empatický přístup zajištěn, musí být splněny některé body, např. dobré pracovní zázemí a dobrá pracovní místa. Zásadní je řízení a chování vedení.

Edgar Studer prezentoval „Domov plný emocí“ pro osoby s demencí, což je konkrétně švýcarský domov Bethlehemacker, jehož je ředitelem. Domov je zaměřen na emoce osob s demencí, nachází se v něm ošetrovatelské oázy, ve kterých jde většinou o působení na všechny smysly (např. masáž v kombinaci s hudbou a promítáním). V domově mají i imitaci vlakového kupé, kde na LCD obrazovce promítají cestu mezi dvěma místy (v zimní a letní variantě), dále podporují mezigenerační projekty. Osoby s demencí se setkávají s dětmi od čtyř let na řízených setkáních, kde spolu vykonávají různé činnosti a „hrají si“, což je prospěšné nejen pro osoby s demencí, ale právě i pro děti, které si vytvářejí vazby k seniorům a rozvíjejí empatii.

Všechny přednášky švýcarských odborníků vzbudily u českého publika veliký zájem, rozpoutala se tak zajímavá „mezinárodní“ diskuze.

Konference Demence v České republice, jejímž hlavním partnerem byla společnost HARTMANN-RICO, a. s., si vzala za cíl vytvořit prostor pro setkání a diskusi odborníků na demenci nejen z České republiky, ale i ze zahraničí, a přenos těchto informací mezi širší obecnost. Tento cíl byl rozhodně splněn a celý den byl plný inspirace, zajímavých informací a námětů k přemýšlení. ■



Ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová a ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček

Švýcarští odborníci obohatili program konference Demence v České republice



O zajímavý odpolední odborný program konference Demence v České republice se postarali švýcarští odborníci, kteří navštívili Českou republiku v rámci poslední studijní cesty projektu „Přenos zkušeností

a dobré praxe v oblasti péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami“ (PF 168), na jehož realizaci více než rok a půl spolupracují organizace APSS ČR, Gerontologické centrum v Praze a CURAVIVA Schweiz.

■ **Text: Mgr. Petra Kulveitová,**
projektová manažerka APSS ČR
Foto: Archiv Domova u fontány Přelouč

Pro 4 švýcarské účastníky, experty organizace CURAVIVA Schweiz z oddělení Péče o seniory a Vzdělávání a zástupce poskytovatelů sociálních služeb, byl připraven pestrý odborný program zaměřený na péči o osoby s demencí v České republice, který zahrnoval workshopy i exkurze v pobytových zařízeních sociálních služeb. V pondělí 18. ledna účastníci navštívili Domov U Biřičky v Hradci Králové a odtud pokračovali do Domova u fontány v Přelouči. Obě zařízení si pro švýcarskou delegaci připravila nejen prezentaci a prohlídku zařízení, ale proběhla zde i rozsáhlá diskuze

o podmínkách poskytování péče o osoby s demencí a příkladech dobré praxe. V Přelouči se do diskuze zapojili i zástupci Pardubického kraje, kteří švýcarským účastníkům představili strategii kraje v oblasti péče o lidi trpící různými formami demence.

Úterý 19. ledna strávili Švýčarí aktivní účastí na konferenci Demence v České republice, která se konala v pražském hotelu Olšanka. Nejprve si se zaujetím vyslechli dopolední příspěvky českých přednášejících, které informovaly o aktuální situaci v péči o osoby s demencí z pohledu sociálních a zdravotních služeb v ČR, odpoledne se již sami ujali slova v rámci mezinárodního kulatého stolu a představili dobrou praxi ze Švýcarska, např. v oblasti demence a paliativní péče

či lidských zdrojů, vzdělávání a etiky v souvislosti s demencí. Jak může fungovat péče o osoby s demencí v praxi, ukázal v zajímavém příspěvku Edgar Studer, vedoucí Centra pro osoby s demencí Domicil Bethlehemacker, který své zařízení popisoval jako „domov plný emocí“. Všichni účastníci kulatého stolu tak měli možnost se osobně seznámit se švýcarskými autory studie *Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku*, a to Henny Messerli a Bennem Meichtrym, kteří zpracovali vybraná témata dané problematiky a jejich řešení ve Švýcarsku. Zároveň zde byla představena i studie českých autorů *Specifika poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*, která analyzuje současný stav a řešení problematiky péče o osoby s demencí v obou zemích, zabývá se využitelností švýcarských nástrojů v českém prostředí a mapuje zkušenosti a příklady dobré praxe z návštěv specializovaných zařízení a institucí ve Švýcarsku.

Následující den proběhl workshop na odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení Ministerstva práce a sociálních věcí věnovaný aktuálním otázkám v oblasti financování a meziresortní spolupráce v péči o osoby s demencí. Poslední zastávkou v odborném programu byla prohlídka Domova Alzheimer v Roztokách u Prahy.

Protože jsme v procesu realizace projektu již v samotném závěru, lze konstatovat, že všechny stanovené cíle byly splněny. Na základě výměnných studijních cest a odborných stáží došlo k seznámení se s kvalitním, dobře nastaveným a v praxi fungujícím švýcarským systémem péče o osoby s demencí, k vzájemnému přenosu zkušeností a zejména k dalšímu zviditelnění této problematiky, kterou je nutné v souvislosti s demografickými změnami řešit ve všech dotčených oblastech za účelem zefektivnění a zkvalitnění péče o osoby s demencí.

Při realizaci projektu se čeští a švýcarští experti zaměřili na aktuálně řešená témata související s péčí o osoby s demencí, jako jsou specifické problémy osob s demencí, zohlednění jednotlivých fází onemocnění, specializované formy byd-



Návštěva v Domově u fontány v Přelouči



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through
the Swiss Contribution to the enlarged European Union



Přivítání chlebem a solí

lení a péče, restriktivní opatření, etika, multidisciplinární přístup v péči a jeho efektivita, ochrana práv seniorů s demencí, paliativní péče u osob s demencí či poradenství pro rodinné příslušníky a jejich podpora.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR spolupracuje se švýcarskou asociací CURAVIVA Schweiz již několik let a v řadě aktivit nám byla i vzorem. „Společný projekt se zaměřením na osoby žijící s de-

meni byl jistou kulminací společné úspěšné spolupráce a připojení Gerontologického centra, resp. osobnosti doc. MUDr. Ivy Holmerové, Ph.D., pak zárukou toho, že výstupy projektu jsou nejen kvalitní, ale také prakticky použitelné,“ dodává Jiří Horecký, prezident APSS ČR. Dokládají to i velmi pozitivní ohlasy na zmíněnou konferenci Demence v ČR, které se mimo jiné účastnil ministr zdravotnictví i ministryně práce a sociálních věcí.



Odborné studie

V rámci projektu „Přenos zkušeností a dobré praxe v oblasti péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami“ (PF 168) vyšly dvě odborné studie, a to **Stacionární péče o osoby s demencí ve Švýcarsku** (Henny Messerli a Benno Meichtry) a **Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku** (Iva Holmerová, Jiří Horecký, Petr Hanuš). Studie jsou dostupné zdarma v PDF na intranetu APSS.



INZERCE


alzheimer home
zátiší



ALZHEIMER HOME ZÁTIŠÍ z.ú. - registrovaná poskytovaná pobytová sociální služba, domov se zvláštním režimem, poskytuje komplexní zdravotní péči pro seniory se syndromem demence.

Pro nově otevřené špičkové zařízení v Praze 4 – Kunraticích (nedaleko stanice metra „C“) hledá zaměstnance na tyto pracovní pozice:

- Pracovník v sociálních službách podle zákona č. 108/2006 Sb.
- Všeobecná sestra podle zákona č. 96/2004 Sb.
- Zdravotnický asistent
- Dobrovolník

Nabízíme práci v novém a moderním prostředí, odpovídající finanční ohodnocení, možnost vzdělávání a osobního rozvoje.

V případě zájmu nás, prosím, kontaktujte pomocí formuláře na stránce:

www.alzheimerhome.cz/volna-pracovni-mista
či emailem na adrese info@alzheimerhome.cz

alzheimer home

senior home

medical center

restaurant cafe

Medzinárodný dobrovoľnícky tábor

Poslaním DSS pre deti a dospelých Integra je zabezpečovanie pomoci, podpory a poradenstva rodinám, ktorým osud nadelil ťažkú zodpovednosť za starostlivosť o svoje ťažko zdravotne postihnuté dieťa alebo o dospelého príbuzného.

■ **Text a foto: PhDr. Bystrík Tomly,**
vedúci terapeutického úseku,
Domov sociálnych služieb pre deti
a dospelých Integra, Bratislava

V týchto ťažkých životných situáciách sa snažíme umožniť ľuďom zostať rovnocennými členmi spoločnosti a zároveň umožniť im, aby ich rodiny zostávali funkčné.

Úsilím zariadenia je vytvárať atmosféru vzájomného rešpektu, dôvery, profesionálnej odbornosti a zodpovednosti a zabezpečiť dôstojné podmienky každodenného života prijímateľov sociálnej služby, našich klientov. Rešpektujeme ich osobnosť, zručnosti a schopnosti, pomáhame rozvíjať sa vďaka odborným ošetrovateľským, opatrovateľským a terapeutickým výkonom.



Skvalitňujeme podmienky bývania a pomáhame viesť plnohodnotnejší život.

Sociálne služby poskytujeme celoročnou pobytovou formou trinástim klientom, trinástim klientom týždennou pobytovou formou a dvanástim klientom ambulatnou formou. Zariadenie podporovaného bývania, ktoré je súčasťou zariadenia, je celoročným domovom pre dvanásť klientov. DSS Integra tvorí spoločne veľkú

rodinu päťdesiatich prijímateľov sociálnych služieb a štyridsiatich ôsmich zamestnancov.

V roku 1985 vyhlásila OSN 5. december za Medzinárodný deň dobrovoľníkov, aby upozornila na úlohu dobrovoľníkov, dobrovoľníckej komunity a organizácie. V roku 1990 prijala Medzinárodná asociácia dobrovoľníckeho úsilia aj Všeobecnú deklaráciu dobrovoľníctva. Asociácia sa zameriava

Využitie preterapiu u ľudí s mentálnym postihnutím

■ **Text: Mgr. Ivana Vetešková,**
psychológ, Domov sociálnych služieb
pre deti a dospelých Integra, Bratislava

Preterapia je metóda, ktorá pomáha pri komunikácii s ľuďmi, ktorých schopnosť nadviazať alebo udržať psychický kontakt je narušená. Metóda vychádza z Rogersovho prístupu zameraného na klienta. Je založená na princípe zrkadlenia a napomáha klientom nadviazať kontakt s realitou, so sebou samým i s ostatnými. Používa sa u tých, ktorí sú označovaní ako nevhodní pre psychoterapiu – ľudia s vážnym psychickým ochorením, ťažkým mentálnym postihnutím, s autizmom alebo s demenciou. Preterapia je vhodná nielen ako psychoterapeutická metóda, ale môžu ju využívať i ďalší pracovníci pomáhajúcich profesií. Umožňuje zlepšiť komunikáciu s klientmi v domovoch sociálnych služieb, s dlhodobo hospitalizovanými psychiatrickými pacientmi (Prouty et al., 2005).

Preterapia je súčasťou terapie zameranej na človeka, ktorej priekopníkom je Carl Rogers. Jeho prístup k terapii je založe-

ný na troch nevyhnutných podmienkach: na bezpodmienečnom pozitívnom prijatí, empatii a kongruencii.

1. *Bezpodmienečné pozitívne prijatie* znamená vrelý a prijímajúci postoj.
2. *Empatia* je spojená s vyjadrovaním porozumenia pre klientovu skúsenosť.
3. *Kongruencia* je otvoreným vyjadrovaním pocitov terapeuta voči klientovi.

Tieto podmienky sú účinné iba vtedy, ak existuje medzi klientom a terapeutom psychologický kontakt. U klientov s ťažkým postihnutím je schopnosť nadviazovania kontaktu obmedzená. Preterapia využíva techniky podporujúce psychologický kontakt, tzv. kontaktné reflexie.

Kontaktné reflexie sú techniky uskuotočňovania empatického kontaktu. Používajú sa vtedy, keď nie je možné nadviazať dostatočný kontakt s klientom pre zahájenie terapie. Existuje päť druhov kontaktných reflexií (in: Prouty et al., 2005):

- situačné reflexie
- tvárové reflexie
- telové reflexie
- slovné reprodukčné reflexie
- zopakované reflexie

Situačné reflexie – terapeut využíva pri sledovaní aktuálnej klientovej situácie, okolia a prostredia, v ktorom žije a reflektuje klientovo správanie. (Príklad: Klient sa uprene pozerá na škrvnu na podlahe a terapeut reflektuje: „Pozeráte sa na veľkú škrvnu na podlahe.“) Tento druh reflexií podnecuje kontakt s realitou (Prouty et al., 2005).

Tvárové reflexie – terapeut sa pozerá klientovi do tváre, pozoruje preexpressívne emócie a komentuje ich. (Príklad: „Pavol sa usmieva.“) Tento druh reflexií podnecuje kontakt na rovne emócií a býva nevyhnutný pre prácu s klientmi v regresii, keďže vysoké dávky sedatív, psychosociálna izolácia či inštitucionalizácia vedú k atrofii alebo k obrannému utopovaniu emocionálneho vyjadrovania (Prouty et al., 2005).

Telové reflexie – využívajú sa pri klientoch so psychózou či mentálnym postihnutím, kedy býva typické bizarné držanie tela, gestá a pohyby. Nezriedka sa vyskytujú echopraxie, katatonické a strnulé pozície. Terapeut ich môže reflektovať slovné alebo telesne. Slovné zrkadlenie je popis pohybov a držanie tela klienta: „Juraj sa kolíše.“ Takéto reflexie pomáhajú kliento-

– cez hranice hendikepu

výhradne na propagáciu a posilnenie dobrovoľníctva po celom svete. V súčasnosti zastrešuje sieť organizácií a jednotlivcov vo viac ako 100 krajinách.

Dobrovoľníctvo:

- je založené na osobnej motivácii a individuálnom rozhodnutí,
- je formou podpory aktívnej občianskej účasti a záujmu o rozvoj komunity,
- má formu skupiny aktivít uskutočňovaných väčšinou bez špecifickej organizácie,
- zvyšuje ľudský potenciál, kvalitu každodenného života a posilňuje ľudskú solidaritu,
- poskytuje odozvu na dôležité sociálne výzvy a prispieva k vytvoreniu lepšieho a pokojnejšieho sveta,
- prispieva k životaschopnosti ekonomického života a práce a vytváraní nových profesií.

Aktivity realizované pre našich klientov však bez dobrovoľníckej činnosti rôznych organizácií by boli ohrozené a neuskutočniteľné. V DSS Integra máme s prácou dobrovoľníkov dlhoročné skúsenosti. Spolupracujeme s viacerými organizáciami, ktoré pomáhajú uskutočňovať sny našim klientom. Medzi najvýznamnejšie patrí občianske združenie INEX Slovakia, s ktorým

spolupracujeme už okruhých 10 rokov, a to od roku 2005.

Čas, ktorý dobrovoľníci strávia v našom zariadení počas dvoch týždňov strávených na medzinárodnom dobrovoľníckom tábore, je pre našich klientov veľmi vzácny, vítaný i očakávaný. Vždy sa veľmi tešia na nové zážitky, aktivity, kultúru, skúsenosti a hlavne na nové priateľstvá.

Dobrovoľnícke aktivity znamenajú vytrhnutie zo stereotypu života, nakoľko možnosti opustenia zariadenia a voľného pohybu sú pre ťažké postihnutia pre klientov a ich rodiny veľmi obtiažne.

Metódy práce dobrovoľníkov sú spontánne, inovatívne, prinášajú veľa zážitkov, skúseností, čo vedie k obojstrannému obohateniu. Spôsobuje to najmä skutočnosť, že základom dobrovoľníctva je spájanie ľudskej a profesionálnej pomoci, ktorá nezriedka obohatí tak obdarovaného, ako aj darcu.

Výsledkom spolupráce nielen počas medzinárodného dobrovoľníckeho tábora je množstvo aktivít počas celého roka a nielen spoločenských, kultúrnych a športových, ale aj pomoc pri úprave okolia a individuálnych asistenčných službách našim klientom.

v zariadeniach sociálnych služieb

vi ľahšie žiť vo svojom tele a pomáhajú mu prekonávať telesné odcudzenie (Prouty et al., 2005).

Slovné reprodukčné reflexie – nemálo psychotických či ťažko mentálne postihnutých klientov žije na predrečovej úrovni. Vyjadrujú sa úlomkovito, v nesúvislých vetách či len s občasnými slovami. Objavujú sa echolálie (klient opakuje slová bez porozumenia), slovný šalát (nezmyselná slovná produkcia), neologizmy (novotvary – vytváranie nových slov bez významu). Terapeut pozorne počúva a reflektuje slová, hoci jeho významu nerozumie, aby bol klient prijatý ako rovnocenný partner v komunikácii. Terapeut môže príležitostne reflektovať aj neverbálne zvuky, čo napomáha rozvíjať komunikačný kontakt (Prouty et al., 2005).

Zopakované reflexie – stelesňujú základ opätovného kontaktu. Ak terapeut vidí, že daná reflexia bola účinná, zopakuje ju. Zopakované reflexie môžu byť krátkodobé alebo dlhodobé. Zopakované reflexie možno ilustrovať na príklade terapie schizofrenného muža. Terapeut opakuje: „*Usmiali ste sa.*“ (niekoľko minútové ticho). Terapeut opakuje: „*Stále sa usmievate.*“ (opätovný kontakt).

Uvedených päť techník poskytuje klientovi pomyselnú komunikačnú sieť na rôznych úrovniach, čím získava dostatok príležitostí, aby vyjadril, čo potrebuje a mohol s terapeutom nadviazať vzťah. Týmto spôsobom sa klient posúva z predexpresívneho stavu (neschopnosť vyjadrovať svoje pocity) na úroveň expresie (schopnosť vyjadriť svoje pocity) (Prouty et al., 2005).

Kontaktné reflexie podporujú kontaktné funkcie klienta. Účelom preterapije je rozvíjanie emocionálneho, komunikačného kontaktu a kontaktu s realitou. *Realitný kontakt* znamená uvedomovanie si sveta, ľudí, miest, vecí, udalostí. Emocionálny kontakt možno definovať ako uvedomovanie si vlastných nálad, pocitov a emócií. *Komunikačný kontakt* je symbolickým vyjadrením reality a emócií prostredníctvom slov a viet. Je to však viac ako len prenos informácií, pretože jeho súčasťou je zmysluplné vyjadrenie nášho prežívania seba a sveta. *Komunikačný kontakt* sa vždy vzťahuje k druhým ľuďom (Prouty et al., 2005).

Použitá literatúra: Prouty, G., Werde, D., Portner, M.: *Preterapie*. Praha: Portál, 2005.

KURZ PRO MENTORY V PROBLEMATICE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ UŽIVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB



Kurz plánujeme na únor až duben roku 2016. Školíme vždy minimálně dva pracovníky u jednoho poskytovatele sociálních služeb. Tito pracovníci po úspěšném absolvování kurzu obdrží certifikát **Průvodce – mentor v práci s klientem s rizikem v chování.**

Kurz je celkem 62hodinový a rozdělený do tří bloků. Školí minimálně tři naši průvodci a členové APPRCH ČR.

Mentori jsou oprávněni u svého poskytovatele vzdělávat další pracovníky v **Pravidlech šetrné sebeobrany**. Pracovníci, kteří budou proškoleni mentorem, získají Osvědčení z Pravidel šetrné sebeobrany.

Přednostně doporučujeme akreditovaný kurz **pro domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby s mentálním postižením, duševním onemocněním a pro návazné další poskytovatele sociálních služeb.**

Podrobné informace o kurzu a harmonogram kurzu na základě přihlášek poskytovatelů budeme zveřejňovat na naší webové stránce www.restricke.cz

Kontakt:

Mgr. Eva Pogodová,
tel.: 724 335 109
pogodova@seznam.cz
www.restricke.cz

Doprovázení umírajících

Setkání se smrtí každého člověka zneklidňuje, ať již si to uvědomuje, nebo ne. Z mnoha psychologických výzkumů víme, že strach ze smrti je v našem životě určitou neměnnou konstantou a že nemizí ani opakovaným kontaktem s umírajícími či truchlícími. Psychologové to vysvětlují tak, že tváří tvář smrti se v nás perou dvě zcela protichůdné tendence. Jednak je to velmi vitální vůle k přežití. Tento instinkt nám přikazuje, abychom život ve všech situacích zachránili a zachovali. Na druhou stranu si ale uvědomujeme (na rozdíl od ostatních tvorů), že jednoho dne nevyhnutelně zemřeme. Toto protichůdné střetávání v nás vyvolává hluboký, niterný strach, se kterým se snaží lidstvo vyrovnávat po celé generace.

■ **Text: Mgr. David Šourek,**
expert projektu APSS Rozvoj geriatrické
a paliativní péče v pobytových zařízeních
sociálních služeb, lektor Institutu
vzdělávání APSS

Strategie zvládání strachu ze smrti a z lidské konečnosti můžeme najít v kulturním dědictví dřívějších období. To, co dříve úspěšně pomáhalo strach zvládnout, byly rituály, jejichž výrazným aspektem byla především veřejná přítomnost umírání, smrti a truchlení. Rituály však byly v posledním období opuštěny a jako jediná strategie zvládání smrti zůstalo její vytěšňování z vědomí, popření smrtelnosti, a tím také vykázání umírajících a truchlících z veřejného prostoru.

K tomu v naší době ovlivňují umírání ještě dva další důležité aspekty. Jednak rychlý vývoj medicíny vedl k tomu, že se smrt stala fenoménem vysokého věku (dříve byla smrt přítomná v každé etapě lidského života), jednak se za poslední století výrazně prodloužila očekávaná délka života. To znamená, že dnes čím dál více umíráme ve vysokém věku na chronická a dlouhodobá onemocnění a že se společně s životem prodloužilo i umírání – a to navzdory tomu, že si většina z nás přeje zemřít rychle a bez dlouhého utrpení. Medicína, které bylo umírání do rukou svěřeno, si ovšem také čím dál více sugeruje, že možnosti zachování a prodloužení života jsou nekonečné, a že umírání je tedy výrazem selhání, kterému je potřeba bránit. Umíráme v rukou profesionálů, kteří nás nechtějí nechat zemřít, což musí vést samozřejmě k napětí v okamžiku, kdy navzdory jejich snaze nevyhnutelně umírat začneme.

➤ Strach ze smrti

Strach a nefungující strategie jeho zvládání jsou také příčinou „zdivočení“

a zhrubnutí v našem přístupu k umírajícím, které vede k tomu, že se z umírání stává téměř nesnesitelný proces. Takové „zdivočení“ se projevuje například právě v tom, kde a jak necháváme lidi zemřít. Až 80 % lidí umírá v cizím prostředí (nemocnice, LDN, domovy, sanitky), a to bez ohledu na jejich přání. Přání umírajících obecně přestávají být respektována.

Shrnutí: umírání je dnes proces plný strachu a obav, protože jsme ztratili jistoty, opustili jsme rituály, které nám pomáhaly se se smrtí vyrovnat a přijmout ji, ani nemůžeme počítat s tím, že zemřeme na místě, které by bylo pro nás bezpečné, a v souladu s našimi představami a přáními. Abychom se s touto nejistotou vyrovnali, smrt skrýváme a potlačujeme ji. Pokud potlačení není možné, protože se nás smrt bezprostředně dotýká, jsme strachem zaskočeni a cítíme se opuštěni a bezmocní. Někteří se snaží z této situace utéci a hledají východisko např. v sebevraždě. Nemělo by nás pak překvapit, že eutanázie je na nejlepší cestě stát se strategií řešení dilematu smrti a strachu z umírání.

➤ Představy umírajících

Když se zeptáme seniorů či umírajících na jejich představu o důstojném umírání, dozvíme se následující:

- Chtějí umřít doma, ve známém prostředí, tedy obklopeni těmi, kteří je mají rádi.
- Chtějí umřít bez bolestí.
- Chtějí ukončit svůj život způsobem, který jim umožní dokončit „poslední věci“.
- Chtějí se vyrovnat s otázkou smyslu života a také smrti.

Tak vlastně zní i „zakázka“ pro pobytová zařízení jakéhokoliv typu, ve kterých lidé završí svou cestu životem. Jenže nejsou naše instituce protikladem toho, co bychom si pod pojmem dobrá a pokojná smrt představovali? Uvažujeme-li o životě



a smrti v instituci, mohou se nám před očima objevit některé děsivé představy:

- Osaměle vegetující senior neovládající své smysly a zbavovaný své autonomie.
- Uniformní místnosti bez jakékoliv individuality či přátelskosti.
- Vyčerpaný personál, častokrát bez adekvátní přípravy na náročnou práci.
- Žádný prostor pro mezilidské setkání a kontakty.
- A další.

Izolovanější a zapomenutější umírání už být nemůže a je jedno, zda výše uvedené fantazie jsou realitou našich domovů či nikoliv – pouhá jejich existence v naší fantazii stačí k tomu, abychom měli z umírání velký strach.

➤ Co můžeme zlepšit?

Pokud jako profesionálové myslíme kvalitě našich pobytových služeb vážně, musíme se ptát, co můžeme a máme udělat pro to, abychom našim klientům nabídli kvalitu života až do jeho konce, tedy i v umírání, a abychom jim umožnili zvládat strach s koncem života spojený. Mnoho zařízení pro seniory se začíná zajímat o nápady a příklady z hospicového hnutí, o paliativní filosofii a o zlepšení své kompetence v kontextu paliativní péče a doprovázení umírajících. Uvědomují si totiž, že skrze integraci paliativního přístupu jsou více respektovány potřeby člověka v oblasti fyzické, psychické, spirituální i sociální, a tím je umožněn kvalitní život i v období umírání.

v pobytových zařízeních



Paliativní filosofie či hospicová kultura se pak stávají jedním z pečovatelských konceptů v zařízení.

Pokud chceme převzít a aplikovat koncept důstojného doprovázení umírajících a jejich blízkých, je potřeba věnovat pozornost následujícím 5 kritériím:

1. Umírající člověk a jeho blízcí stojí v centru služby.

To znamená, že kontrolu nad celou situací mají ti, kterých se to týká. Na první poslech nám to může znít jako samozřejmost. Ve skutečnosti je ale aplikace tohoto principu skutečnou revolucí. Pro pečující profesionály to znamená vzdát se své moci. Nikoliv oni, ale umírající člověk je tím, kdo udává tón, určuje tempo, rozhoduje, co se má stát. To může znamenat konec i mnoha dobře míněným představám pečujících profesionálů, někdy i příbuzných. Blízké a příbuzné se ovšem musíme naučit brát vážně s vědomím, že častokrát trpí více, nežli jejich umírající blízký. Dobrá a včasná práce s rodinami a příbuznými je klíčová a vybudovaná důvěra mezi rodinou a zařízením častokrát rozhoduje o tom, zda poslední chvíle člověka budou klidné a důstojné, nebo naopak hektické.

2. K dispozici je interdisciplinární tým.

Nejedná se pouze o tým zdravotníků, ale i jiných důležitých profesí. Je potřeba

si uvědomit, že umírání není nemoc, ale kritická životní fáze, která je někdy doprovázená nemocí, a různorodé potřeby člověka, které v této fázi vznikají, mohou být naplněny pouze týmovou prací. Interdisciplinární přístup samozřejmě neznamená nutnost najímání nových odborníků, ale lepší zapojení stávajících (lékaře, sociálního pracovníka, pastoračního pracovníka, dobrovolníků) a jejich vzdělávání.

3. Jsou zapojeni dobrovolníci.

Ti ovšem nefungují jako „ucpávací dír“, ale mají své definované úkoly, kterými zprostředkovávají „všednost, každodennost“. Jejich úkolem je především přinášet mezilidský kontakt a také narušovat hermetickou uzavřenost našich domovů. Toho se ovšem často bojíme a nechceme, aby někdo nahlížel pod pokličku všedního dne, nebo nedej bože, aby viděl náš pasivní přístup. Otevřít naše domovy dobrovolníkům je pro kvalitu naší práce velmi zdravé.

4. Dobrá znalost kontroly symptomů.

Především jde o terapii bolesti. Umírající se nejvíce bojí, že budou trpět bolestmi. Uvádí se, že ve zhruba 95% všech případů mohou být bolesti umírajících úspěšně řešeny prostřednictvím metod moderní terapie. Skutečný počet těch, kterým je od bolesti dostatečně pomoci, je ale úplně jiný. Situace v domovech je zde specifická, protože domovy jsou závislé na postoji a názoru lékaře a mnoho lékařů nepovažuje za nutné vyřadit speciální formuláře pro předepisování těchto léků, a to i přesto, že někteří právníci (zejména na západ od naší hranice) neváhají nedostatečnou léčbu bolesti označovat jako „ublížení na zdraví“. Změna v domovech proto není jednoduchá, vyžaduje nadlidské nasazení personálu k získání motivovaných lékařů a také posílení kompetencí sester prostřednictvím studia paliativní péče a získáním potřebné praxe.

Přes všechny úvahy o možnostech medikamentózní léčby bolesti ale nesmíme zapomenout, že bolest se týká všech

dimenzí lidského bytí – tělesné, duševní, spirituální a sociální.

Tělesná složka znamená otázku důstojného a opatrného zacházení s tělem umírajícího a láskyplné dotýkání. Sociální dimenze znamená dbát na prevenci sociální izolace, kterou bolest způsobuje. Duševní složka znamená pracovat se strachem a úzkostí člověka a snižovat je a spirituální část se vypořádává s „posledními věcmi“ a náboženskými otázkami, jejichž neřešení nebo vyřešení má na vnímání bolesti svůj výrazný podíl.

5. Kontinuita pomoci pro potřebné a jejich blízké.

Především to znamená zajistit dostupnost paliativní péče vždy, kdy je potřebná.

Kontinuita ale rovněž znamená doprovázení rodiny. Především klíčový pracovník by měl být v období smutku blízkým a příbuzným k dispozici. Zármutek je v každém případě velmi zatěžující fází života. Doprovázení pozůstalých truchlících může představovat prevenci řady zdravotních rizik a může přispět k tomu, aby pozůstalí zvládli čas ztráty bez tělesné či psychické újmy. Vzhledem k tomu, že personál domovů na to pravděpodobně nebude mít dostatečné množství času, nabízí se opět otázka možnosti zapojení dobrovolníků, a tedy „otevření“ organizace.

Pobytová zařízení pro seniory byla vždy místa života i smrti. Spojují v sobě snahu umožnit svým obyvatelům příjemný, kreativní a bezpečný konec života s péčí o těžce nemocné klienty, klienty s potřebou náročné péče nebo s demencí. I v životě jednotlivých klientů se mění potřeba pomoci: před nedávnem byli ještě aktivní a účastnili se mnoha nabídek zařízení, a náhle, nebo i po dlouhém procesu, stojí v popředí požadavek na péči a doprovázení umírajícího. Jako pomáhající profesionálové bychom měli pracovat na překonání vlastního strachu a obav ze smrti, abychom i v této poslední fázi života našich klientů mohli poskytovat láskyplnou a lidskou péči a umožnili tak našim klientům pokojnou smrt. Začít musíme u sebe.

Institut vzdělávání APSS ČR nabízí seminář
Pokojná smrt, a to v termínech
22. 3. 2016 (Tábor),
31. 3. 2016 (Ostrava)
a 18. 5. 2016 (Brno).
Více informací na
www.institutvzdelavani.cz,
e-mail: institut@apsscr.cz,
tel. 724 940 126

Otazníky nad teatroterapií

Teatroterapie u nás bývá definována v podstatě jako využití divadla pro terapeutické a umělecké účely zároveň. Na první pohled jde o velmi přitažlivé spojení příjemného s užitečným. Co je však jeho základem? A je skutečně možné propojit obě oblasti, tedy divadlo a terapii tak, aby divadlo zůstalo divadlem a terapie neboli léčba si zachovala všechny potřebné atributy, tzn., aby byla bezpečná a v rámci možností plně uspokojovala potřeby léčeného? Pro alespoň částečnou odpověď na tyto otázky je zapotřebí prozkoumat oba zmiňované obory.

■ **Text: Mgr. Štěpán Smolík, Ph.D.,**
psycholog, dramaterapeut, zakládající
člen Asociace dramaterapeutů ČR

Divadlo je prastarým uměleckým oborem, jehož náplní je tvorba a vznik divadelního představení. Divadelní představení je tedy umělecké dílo prezentované pomocí divadelních prostředků, mezi nimiž dominuje herecká akce. Podobně jako v jiných uměleckých oborech, i v divadle je hlavním smyslem určité sdělení autora potenciálním divákům či posluchačům prostřednictvím daného uměleckého díla, v tomto případě prostřednictvím divadelního představení. V případě divadla se jedná většinou o společné autorství dramatika, režiséra, dramaturga, herců, kostýmních či jevištních výtvarníků a dalších.

Kromě této funkce, kterou většinou nazýváme funkcí estetickou, zaměřenou na uměleckou podobu a hodnotu díla, však v průběhu dlouhého vývoje divadla došlo ke vzniku funkcí nových. Divadlo se díky svému širokému rejstříku prostředků (výtvarných, hudebních, tanečních i jinak pohybových, mluveného slova, textu a dalších) ovlivňujících paralelně všechny smysly a poměrně snadné dostupnosti začalo velmi záhy užívat například i pro politické, náboženské, výchovné, vzdělávací a zábavné účely. Před více než dvěma tisíci lety byl rozpoznán i léčivý potenciál divadla.

➤ Léčivý potenciál divadla

Tento léčivý potenciál spočívá na jedné straně právě v možnosti komplexního působení na celý organismus jedince a jeho přirozeném propojování s dalšími jedinci na straně druhé. Divadlo má tedy i výrazný socializační charakter.

V rámci vlivu na jedince se přitom jedná o propojení tělesné i duševní složky, tedy



o psychosomatické působení. Konkrétně jde o využití výše zmiňovaných smyslů, možnosti zapojení celého těla a zároveň využití duševních obsahů například ve smyslu zážitků, vzpomínek, pocitů, emocí, afektů, nálad, snů či fantazie.

V případě socializace se jedná o zapojování jedince do společnosti, učení a přebírání sociálních norem, rozvoj komunikačních a sociálních dovedností, stejně jako o rozvoj schopností umožňujících vyznat se ve světě kolem, porozumět struktuře společnosti, pochopit jednání ostatních, nalézt vlastní místo ve světě a společnosti. V tomto místě vliv divadla přesahuje i do oblasti duchovní, například v otázkách smyslu života, směřování jednotlivce i společnosti a podobně.

Terapeutické užití divadla tedy může přispívat:

- a) k prevenci a nápravě fyzických potíží ve smyslu až rehabilitačního působení;
- b) k prevenci a nápravě duševních neboli psychických potíží ve smyslu psychoterapeutického působení;
- c) k prevenci a nápravě nežádoucích společenských jevů, jako je kriminalita, zneužívání návykových látek, násilí a dalších;
- d) k osobnostnímu rozvoji, tzn. ve smyslu osvojování a rozvoje nových znalostí, schopností a dovedností;

e) k podpoře, rozvoji a udržování zdravě fungujících komunit ve společnosti a tedy k vývoji zdravě fungující společnosti.

Na tomto místě je zapotřebí zdůraznit, že výše uvedený léčivý potenciál divadla znamená pouze možnosti, které užití divadla nabízí. Rozhodně neznámá, že divadlo automaticky tyto možnosti naplňuje a že zúčastníme-li se divadelního představení, ať jako herci či diváci, okamžitě se nám a dalším zúčastněným začne dařit lépe. Podobně jako si pohledem na jinak léčivý heřmánek či užíváním jeho odvaru automaticky nezajistíme zdraví. Podstatou léčby neboli terapie je vždy záměrné a po- učené užívání určitého postupu, léku nebo jiného léčebného prostředku s cílem nápravy či zmírnění obtíží s konečným cílem zvýšení kvality života léčeného.

K jakékoli terapii je tedy zapotřebí:

1. vědět, komu a proč má být poskytnuta;
2. promyslet, jaká forma terapie, ve smyslu prostředků a přístupů, s jakým terapeutickým záměrem a v jakém pořadí bude užitá;
3. vědět, kdo a za jakých podmínek může danou terapii provádět;
4. určit kritéria účinnosti terapie, to znamená, podle čeho poznáme, zda volíme správné postupy;

5. stanovit, kdy a jak má být terapie zakončena.

Jinými slovy jde o to, aby došlo ke správnému určení neboli indikaci terapie, potřebné diagnostice a tedy zmapování stavu jedince pro stanovení správného terapeutického plánu a průběžnou úpravu tohoto plánu podle aktuálního vývoje stavu léčeného. Je rovněž zapotřebí, aby terapii prováděl patřičně vyškolený odborník. Patrně by už dnes málokdo šel s bolavým zubem ke kováři jen proto, že ten má kleště a velkou sílu. V neposlední řadě je s ohledem na stav léčeného a etiku práce potřebné i zvážit, zda, kdy a jakým způsobem by měla být léčba ukončena. Jsme-li totiž léčeni, jsme většinou odkázáni na odborný úsudek toho, kdo nás léčí. Dostáváme se tedy do pozice, kdy jsme snadno ovlivnitelní a manipulovatelní, čehož je možné zneužít v náš neprospěch, aniž bychom si to třeba uvědomovali.

» Podmínky úspěšné terapie

Pro úspěšnou terapii je taktéž podstatné, kdy, kde a jak probíhá. Terapie sleduje, respektive měla by sledovat, individuální potřeby toho, kdo ji podstupuje. To samo o sobě vyžaduje i určitou dávku intimity a bezpečí. Při somatickém vyšetření u lékaře spoléháme na jistou míru důvěrnosti ve smyslu prostředí i zacházení s informacemi ze strany zdravotníků. Určitě bychom se necítili nejlépe, kdyby nás lékař vyšetřoval na chodbě plné čekajících pacientů. Podobně i při jiných typech terapií, např. při psychoterapii, je pro zdárný průběh zapotřebí, abychom měli možnost sdělovat a sdílet s terapeutem cokoli o svých potížích a potřebách v atmosféře důvěry, bez obav z nežádoucího úniku informací nebo necitlivého zásahu někoho nepovolaného.

Toto jsou tedy základní podmínky pro terapii bez ohledu na to, jaké konkrétní prostředky jsou užívány; platí tudíž i pro terapeutické obory a směry využívající divadla. Jedním z oborů, které využívají zákonitosti

a prostředky divadla výhradně pro terapeutické účely, je dramaterapie.

» Dramaterapie

Dramaterapii provádí školení terapeuti – dramaterapeuti, a jak vyplývá z předchozího vymezení, záměrem není vznik uměleckého díla ve formě divadelního představení ani jakákoli veřejná produkce. Dramaterapeut tedy nesleduje umělecké cíle, ale snaží se nejprve zjistit, zda je potenciální klient pro tuto terapii skutečně vhodný, jaké jsou jeho potřeby a jaké dramaterapeutické prostředky je vhodné použít. Přitom zcela přirozeně konzultuje své postupy s kolegy z dalších oborů (např. s psychology, psychiatry, psychoterapeuty, speciálními pedagogy, sociálními pracovníky) a snaží se pro terapii vytvořit prostředí maximálně podporující prospěch klienta či klientů.

Naproti tomu, vrátíme-li se zpět k divadlu, je režisér jakožto jeden z hlavních autorů zmiňovaného uměleckého díla/divadelního představení, z důvodu uměleckého záměru a snahy o vznik svébytného uměleckého díla, často nucen korigovat i potlačovat potřeby jednotlivých herců i dalších zúčastněných. Jedná tedy vlastně v příkřím rozporu se záměrem terapeutickým.

» Primární terapeutický obor?

Pochopitelně i na divadle v průběhu vzniku inscenace při zkouškách nebo při její prezentaci v rámci představení může mít tento proces příznivý dopad na mnoho zúčastněných. Ve smyslu původního, výše uvedeného vymezení terapie jakožto záměrného a poučeného užití daných prostředků však žádný umělecký obor není primárně terapií a ani jí být nemůže.

Zůstává tedy otázkou, zda a v jakém kontextu je vů-

bec možné uvažovat o primárně terapeutickém oboru, který by využíval divadlo i pro umělecké záměry. Použijeme-li divadlo pro terapeutické či léčebné účely ve snaze o naplnění výše uvedených podmínek pro terapii, podaří se pak naplnit naše umělecké záměry? A užíváme-li divadla pro umělecký záměr, jak zajistíme ono tolik potřebné bezpečí pro klienty terapie?

Není tedy nakonec to, co u nás bývá nazýváno teatroterapií, spíše divadlem ve specifických skupinách ve smyslu již existující platformy např. v prostředí katedry Alternativní a loutkové tvorby DAMU nebo různých divadelních skupin a projektů v Čechách i zahraničí, jako jsou Jiné jeviště, divadlo v Zahradě, divadlo Ujeto, Divadlo z Pasáže a další?

V současné době, s rozvojem řady oborů, zažíváme někdy až panickou potřebu nadužívání odborných, technických a cizojazyčných pojmů. Částečně to může souviset s potřebou dodat našemu konání patřičný význam, ať již kvůli snahám o zaujetí potenciálních klientů, diváků či jiných konzumentů našich aktivit, nebo – což je neméně důležité – kvůli potenciálním donorům finančních prostředků. Způsob, jakým to provádíme, nás však někdy žene do absurdních pozic, kdy to, co děláme, nemá prakticky nic společného s tím, jak to nazýváme, přičemž špatně volené pojmoslovi může zároveň působit nesrozumitelnost nebo i absurdní vyznění našeho snažení. Termín terapie je jedním z nejvíce nadužívaných. Je možné, že v případě divadla se můžeme obejít bez jeho pomoci, aniž by se přitom vytratilo cokoli z krásy a široké škály možností a prostředků, kterou divadlo nabízí.

**Institut
vzdělávání APSS ČR
nabízí seminář
Divadlo ve specifických
skupinách,
a to v termínu
10. 3. 2016 (Praha).
Více informací na
www.institutvzdelavani.cz,
e-mail: institut@apssc.cz,
tel. 724 940 126.**

Jak vybudovat vzkvétající tým

Co vlastně způsobuje, že některé týmy fungují dobře, podávají výborný výkon a lidé se v nich cítí příjemně, zatímco jiné týmy jsou rozklížené, nefungují a práce v nich je někdy skoro jako za trest? A co je možné udělat pro to, aby váš tým patřil do té první skupiny?

■ **Text: Mgr. Jiří Sobek,**
Adpontes

Na kurzech týmové spolupráce děláme s lidmi jedno jednoduché cvičení, které na většinu účastníků hluboce působí. Některé dožene dokonce až k slzám. Naštěstí jsou to slzy radosti. Zadání je jednoduché. Rozhlédněte se kolem sebe a napište na lísteček každému členovi vašeho týmu, co na něm oceňujete. Může to být nějaká drobnost nebo i větší věc, záleží na vás.

Po pár minutách účastníci doručí lístečky jejich adresátům. Každý má tedy na konci před sebou třeba patnáct lístečků, které dostal od ostatních. A při četbě lístečků někdy přicházejí i ty slzy. Skutečně si na mě ostatní všimají tolika pozitivních věcí? To snad není možné! A já jsem si myslel, že jim spíš lezu na nervy. I takové reakce se objevují. Lidé se usmívají a jejich tvář má uvolněný a spokojený výraz. I ve skupině, která na začátku setkání byla jakoby

23 <<<<

zamrzlá a uzavřená, se atmosféra najednou změní. Přichází uvolnění a lidé jsou najednou mnohem otevřenější. Otevřenější sobě navzájem, otevření vzájemné spolupráci.

Je to vlastně velice jednoduché. Každý z nás touží po uznání od druhých lidí. Každý z nás potřebuje vědět, že ho ostatní oceňují a přijímají. A smutné je na tom to, jak málo si vzájemného ocenění a uznání dopřáváme. Přitom je v našich silách si vzájemné uznání poskytnout. Nic nás to nestojí. Těch patnáct lístečků, které si lidé odnášejí domů, je pro mnoho z nich tím nejvzácnějším darem.

➤ Čím se liší dobrý tým od špatného

Představte si, že jdete po dlouhé chodbě a potkáte několik kolegů. Někteří se na vás usmějí a tváří se vstřícně, jiní vypadají zamračeně. V jakém poměru by měl být počet lidí, kteří se na vás usmáli a zamračili, abyste se na konci chodby cítili příjemně? Ani ne v extázi, ani ne zdrceně?

Podobné otázky si kladla dvojice psychologů Marcial Losada a Barbara Fredricksonová. Při svých výzkumech pozorovali různé týmy v rozmanitých situacích. Zjistili, že dobré týmy se od těch špatných liší především poměrem pozitivních a negativních interakcí mezi členy týmu.

Například sedíte na poradě vašeho týmu a přijedete s novým nápadem. Ostatní se na vás dívají se zájmem, ptají se na podrobnosti, pokývují hlavou. Někdo váš nový nápad ocení. To jsou pozitivní interakce, které týmovou spolupráci posilují. Nebo si naopak představte, že se ostatní tváří odmítavě, kroutí hlavou a váš nápad hned kritizují nebo mu nevěnují vůbec žádnou pozornost. To jsou negativní interakce, které mohou tým brzdit.

Losada a Fredricksonová došli k tomu, že v opravdu špičkových týmech je poměr mezi pozitivními a negativními interakcemi až šest ku jedné. Šest vstřícných reakcí na jednu odmítavou. V takovém prostředí a v takové atmosféře lidé vzkvétají, cítí se spokojeně, mají chuť spolupracovat s ostatními a podávají excelentní výkon. Ale tým může dobře fungovat, i když je tento poměr zhruba 3:1. Tento poměr se nazývá Losadův. Ovšem pokud je toto číslo nižší, v týmu to začíná skřípat a výkon i atmosféra jdou dolů. Lidé se uzavírají více do sebe a chuť spolupracovat mizí.

➤ Třikrát oceňuj, jednou kritizuj

Chválit druhé lidi a oceňovat to, co dělají dobře, je přímá cesta k vytvoření opravdu dobrého týmu. Když druhé dostatečně oceňujeme, můžeme jim občas bez obav říci i to, co se nám nelíbí. Pokud dodržíme Losadův poměr, druhý člověk pak snadno

prijme i naši kritiku. To znamená, že jedno negativní sdělení by mělo být vyváženo nejméně třemi pozitivními. A to je opravdová výzva. Protože v běžném životě to děláme většinou přesně naopak. Pokud někdo něco dělá dobře, příliš si toho nevšimáme a bereme to jako samozřejmost. Zato jak někdo udělá něco, co se nám nelíbí, hned se ozve. Není divu, že se druhý člověk uzavře nebo že se brání. Tolik věci dělá dobře a nikdo si toho nevšimne. A jak jednou udělá chybu, hned to má na talíři.

Bohužel náš mozek se v průběhu evoluce naučil všimnout si spíše chyb, problémů a věcí, které nejsou v pořádku. Takové věci totiž mohly ohrozit naše přežití. Všimnout si naopak věcí, které fungují a které bychom mohli ocenit, je pro nás o dost těžší. Vyžaduje to vědomé úsilí. Ale pokud chceme pracovat v týmu s výbornou atmosférou, tak trocha toho úsilí jistě stojí za to.

Každý z nás touží po uznání od druhých lidí. Každý z nás potřebuje vědět, že ho ostatní oceňují a přijímají. A smutné je na tom to, jak málo si vzájemného ocenění a uznání dopřáváme.

➤ Plán o třech krocích

Naučit se oceňovat druhé je do velké míry věcí tréninku. Je dobré nezapomínat na tři věci:

1. Všimněte si, co druhý dělá dobře

To je docela těžké, protože náš mozek má sklon automaticky přestat věnovat pozornost věcem, které fungují, takže to vyžaduje trochu snahy. Na chvíli se zastavit a uvědomit si, co můj kolega nebo kolegyně dělá dobře či přímo výborně. Mohou to být zásadní věci nebo úplně drobnosti. Obzvláště důležité je všimnout si těchto věcí u lidí, kteří nás něčím štvou. Můžete použít techniku „nefunguje – funguje“. Do jednoho sloupečku si napíšete věci, které vás u daného člověka štvou („nefunguje“) a do druhého sloupečku se pak pokuste napsat co nejvíc věcí, které ten druhý dělá dobře („funguje“). A může se stát, že když budete vytrvale a nahlas oceňovat u svého kolegy věci ze sloupečku „funguje“, po čase začnou ubývat věci ze sloupečku „nefunguje“. Kdybyste se totiž zaměřili rovnou a pouze na to, co nefunguje a často to svému kolegovi připomínali, váš vztah by pravděpodobně brzy uvízl na mrtvém bodě.

2 Řekněte druhému, co se vám líbí a co oceňujete

Ano, je potřeba to říci nahlas. Stačí jedna věta. Ovšem musí být upřímná. Na to jsou lidé citliví. Nefunguje to tak, že druhého třikrát naoko pochválíte, abyste ho pak mohli jednou upřímně zkritizovat. A je také potřeba vyjadřovat ocenění opakovaně. Jednou to nestačí. Doma také chválíme šikovnou kuchařku po každém vydařeném jídle, a ne pouze jednou za rok.

3. Přijměte ocenění

To je úkol pro toho, kdo na svoji adresu slyší nějakou chválu nebo pozitivní odezvu. Přijměte to, co vám druhý říká. Vyvarujte se vět typu „ale to nestojí za řeč, mohlo to být lepší“. Daleko lepší je říci něco ve smyslu „díky, těší mě, že sis toho všimnul“.

➤ Oslad'te si porady

Společné porady týmu jsou další příležitostí, jak uplatňovat Losadův poměr. Zkusíte se v myšlenkách vrátit k poslední poradě. Čemu jste v průběhu porady věnovali nejvíce pozornosti? Řešení různých problémů, nebo věcem, které fungují dobře a které se vašemu týmu povedly? Možná se vám tato otázka zdá absurdní. Vždyť porady přece slouží k tomu, abychom společně řešili různé problémy. Ale je to opravdu tak?

I na poradách totiž platí Losadův poměr. Každý chce být součástí úspěšného týmu. Týmu, kterému se daří dobře. Týmu, který podává dobrý výkon. Ovšem jak se dozvíme, že se našemu týmu daří dobře, když nám to nikdo neřekne? Když na poradě řešíme samé problémy a nesnáze, snadno získáme dojem, že náš tým se v problémech přímo topí a vlastně vůbec úspěšný není. A to může být velmi demotivující, i když skutečnost může být přímo opačná. Ve skutečnosti to často bývá tak, že devadesát procent věcí funguje dobře a na poradě řešíme těch zbývajících deset procent, které je potřeba zlepšit. Ale i tak se může stát, že těch deset procent nefungujících věcí zcela pohltí naši pozornost a za chvíli můžeme získat dojem, že vlastně nefunguje skoro nic.

Proto je dobré zkusit prvních pět minut každé porady věnovat věcem, které se povedly a které se daří. Ocenit tým i jednotlivce. Užít si chvíli ten pocit, že se našemu týmu daří. Těch pět minut může mít pro atmosféru v týmu obrovský význam.

➤ Závěr

Zkusíte sami, co se stane, když pravidelně zaměříte svoji pozornost na to, co ostatní kolem vás dělají dobře. Na to, co funguje a co se daří. A když začnete lidi kolem sebe pravidelně a upřímně oceňovat. Možná se budete divit, jaké změny se kolem vás začnou dít. ■

Práce s rodinou klienta

Sociální služby se v celém svém spektru zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, prací s rodinou zabývají v různé míře i intenzitě. Máme služby, které se s rodinou klientů prakticky nesetkávají, na druhé straně služby, jejichž klientem je celá rodina. Mezi těmito póly se nachází celá řada služeb, které s rodinou pracují nebo cítí, že by pracovat měly či mohly. Mnoho poskytovatelů využívá odlišné koncepty, z nichž se některé opírají o práci s klienty jako o základní kámen své práce, u jiných se zase setkáme s oddělením práce s klientem a práce s rodinou. Mnoho služeb se snaží rodiny různou mírou intenzity spolupráce zapojit do samotného poskytování služeb, a to od pomoci se sestavením klientova profilu přes zapojení do volnočasových aktivit až po hodnocení poskytované služby. Některé služby hledají další možnosti a způsoby práce s rodinou klienta a některé služby už to po několika pokusech vzdaly.

■ **Text: Mgr. Michaela Veselá,**
ředitelka Diakonie Církve bratrské,
lektorka Institutu vzdělávání APSS

V rámci práce s rodinou se můžeme rozcházet i v samotném pojetí pojmu rodina, stejně tak jako ve zcela konkrétních postupech práce s některými klienty, kteří mají například soudem určeného opatrovníka. To vše nám namíchá velmi zajímavý koktejl, který se pod názvem „práce s rodinou“ skrývá. Je tedy dost složité napsat jednoduchý článek a v něm uvést univerzální návod na práci s rodinou pro všechny druhy a formy sociálních služeb, které u nás fungují. Jak si tedy zachovat ochotu zapojit rodinu do řešení nepříznivé sociální situace našeho klienta a kde má začínat a končit hranice této spolupráce?

► Mýty a pověsti o práci s rodinou v sociálních službách

Mám za to, že se v našich sociálních službách rozšířily některé mýty, jež neprospívají jak obecným principům sociální práce a řešení již tak dost zamotaných životních problémů našich klientů, tak samotnému poskytování základních činností. Málo si uvědomujeme, že samotný pojem sociální práce v sobě zahrnuje základní premisu, totiž že sociální práce je činnost vztahující se k člověku a jeho sociálnímu, tedy společenskému životnímu prostoru. Mluvíme-li o sociální práci, mluvíme o práci s člověkem, který je či byl součástí nějakého společenství, z tohoto společenství ho nelze vytrhnout a nelze se tvářit, že nikdy neexistovalo nebo že sice existovalo, ale už není důležité. Kontext života našich klientů vždy vychází z rodiny, ať už je rodina funkční, či nikoliv. Podívejme se tedy společně na některé mýty „obohacující“

práci o nesmyslné chování nás, odborníků v sociálních službách.

Mýtus 1 – „Jsme vázáni mlčenlivostí.“

Kde se vzal tento argument? Především v našich obavách, abychom nepřestoupili nějaké zákony, které nám přináší legislativa demokratického státu. Obáváme se zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, a zároveň i zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Přitom však nejsme schopni rozlišit, co nám tyto zákony umožňují a co zakazují. Nezakazují nám totiž shromažďovat informace, ale ukládají nám, abychom s osobními a citlivými informacemi pracovali opatrně. Nesmíme jich zneužívat, nesmíme je šířit dál bez informovaného souhlasu klienta, a pokud je shromažďujeme, musíme je chránit jako cenný poklad. Nemusíme se tedy bát informace shromažďovat, alespoň ty, které potřebujeme k tomu, abychom mohli našemu klientovi poskytnout kvalitní službu. Největší chyby, které děláme, jsou právě v oblasti shromažďování nadbytečných informací. Často totiž shromažďujeme ty informace, které nepotřebujeme, nebo je potřebujeme jen velmi náhodně a zahlcujeme se nepotřebnými daty. Oproti tomu nejsme schopni zjišťovat informace, které pomáhají řešit nepříznivou sociální situaci klienta či které nám pomohou zjistit, jak naplnit osobní cíl klienta. V této oblasti máme velké, nevyužitě rezervy a spolupráce s rodinou by nám v mnohém mohla pomoci našeho klienta pochopit. Na druhé straně se i rodina zajímá o to, co se s klientem děje. Zde musíme rozlišovat podstatné informace, které rodině předat můžeme, a které nikoliv. Ideálně pak s informovaným souhlasem samotného klienta, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje.

Mýtus 2 – „Rodina nechápe naši práci.“

To je do určité míry velkou pravdou. Mnoho rodin přesnou úlohu dané sociální služby nechápe a nerozumí našim motivům a postupům. V této souvislosti můžeme zmínit celou společnost a její nedostatečnou informovanost o poslání sociálních služeb. V České republice máme poměrně dost nepřehledný systém druhů a forem sociálních služeb a orientovat se v tomto systému je někdy těžké i pro odborníka. Zde ovšem leží míček na naší straně hřiště. Často jsme tak zahlceni samotnou péčí o klienta, že nejsme rodině schopni vysvětlit, co a proč bude následovat po jaké činnosti, a naši práci jim zdůvodnit. Přiznejme si, že s rodinami neumíme vést dialog, mnohdy jim nedokážeme vysvětlit naše postoje, principy a metody práce. Předpokládáme, že pokud máme na webových stránkách vyvěšené standardy či pravidla naší služby, musí je každý pochopit. Přitom je často nepochopíme ani my samotní.

Jsou služby, které jsou pro veřejnost dobře „čitelné“, a již z jejich názvu vyplývá, čím se zabývají. Tyto služby mají výhodu a my ostatní se musíme o srozumitelnost o to více snažit. Je to namáhavé, ale zároveň velmi důležité. K vzájemnému pochopení může dojít jen díky fungující komunikaci mezi oběma stranami. Nepočítejme automaticky s tím, že rodiny všechno vědí a že mají možnosti, jak si informace o nás zjistit. Některé jistě ano, ale další v tom tápou. Pro fungující rodinu je podstatné vědět, kdo a jak se stará o jejich blízkého. My jsme tu od toho, abychom jim to sdělili a vysvětlili. Pokud umíme zdůvodňovat naše postupy, znamená to, že rozumíme své práci. Pak je pro rodiny snadněji pochopitelná naše role v řešení problému klienta.

Rozhodně je vhodné s rodinou klienta mluvit již při sjednávání služby a co nejpodrobněji vysvětlit principy naší práce – předejdeme tím mnoha nedorozuměním.

Mýtus 3 – „Rodinu nezajímá, co se s jejich blízkým děje.“

I zde můžeme říci, že to odpovídá mnohým našim zkušenostem. Je opravdu dost rodin, které svého blízkého doslova odloží do sociální služby a očekávají, že si poradíme sami. Dokonce se setkáváme s rodinami, které na svých blízkých parazitují, přicházejí za nimi pravidelně jen v den vyplacení důchodu nebo si „vyžebraávají“ peníze či dárky na jejich úkor. Jak si tedy poradit s nezájmem rodin o své blízké? Opět jsou to informace, které nám mohou

»»» 26

25 <<<<

pomoci pochopit, co se děje a v čem je problém. Bez nich nemůžeme odhalit příčiny neochoty rodiny s námi spolupracovat a zajímat se o svého blízkého. Potrhané rodinné vztahy a vazby jsou velkou osobní tragédií mnoha klientů i této společnosti vůbec. U mnohých rodin to nedokážeme změnit, u některých se nám napravovat a obnovovat rodinné vazby daří. I to je úkolem sociální práce napříč všemi druhy sociálních služeb.

Obnova sociálního prostoru klienta je velkým tématem současného pojetí sociální služby v naší zemi. Do tohoto sociálního prostoru můžeme zahrnout kromě rodiny i přátele, sousedy, kolegy a další známé. Pokud záměrně opomíjíme tuto část naší práce a nesnažíme se o obnovu mezilidských vztahů, podporujeme našeho klienta v závislosti na nás a na naší službě, což jde jak proti lidským právům, tak i proti zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Na druhou stranu chápou i argumenty mnohých pracovníků, že klient může vzdát svůj společenský život dobrovolně, nechce se s žádnými lidmi stýkat, chce být sám. Jeho rozhodnutí musíme respektovat, ale zároveň je dobré vědět, co je příčinou tohoto postoje. Pro člověka není zcela přirozené bezdůvodné odloučení od rodiny a to, že nechce vidět své děti, rodiče, sourozence a blízké.

Mýtus 4 – „Smlouvu máme s klientem, nikoliv s rodinou.“

Tato hranice je opravdu dost jasná a musím přiznat, že při mnohých konzultacích ohledně střetů mezi klienty a rodinami se tento argument snažím vždy zdůrazňovat. Smlouva je dokument s právními důsledky, jichž si musí být vědom jak klient a rodina, tak i pracovníci. Smlouva nám udává jasná pravidla hry. Především musíme pracovat ve prospěch klienta, to je jasně daná věc. Dovolím si opakovat připomenutí, že sociální práce má především řešit problematickou situaci klienta v kontextu se sociálním prostorem klienta, a tedy i jeho rodiny. V praxi to znamená, že musíme usilovat o pochopení klientova životního příběhu v souvislostech jeho rodinného života. Musíme vědět, kým klient je a byl pro svou rodinu, a naopak čím byla a je pro klienta jeho rodina. Považujeme přílišnou starostlivost rodinných příslušníků spíše za pozitivní snahu ovlivnit naši službu, vždyť oni chtějí vyjed-

nat jen ty nejvýhodnější podmínky, byť to často dělají nelegitimním způsobem. Chce to z naší strany dost trpělivosti, ale i schopnosti vyjednávání. Nezastupitelnou úlohu tu však musí hrát vždy samotný klient, jeho volní možnosti a naplňování potřeb podle jeho představ.

➤ Závěr

Mohla bych ve vyjmenovávání mýtů v práci s rodinou pokračovat, ale dovoluji mi závěrem spíše několik slov pro povzbuzení. Považuji za neobyčejné obdarování, když se nám daří pracovat ve prospěch klienta a udržovat jeho přirozené mezilidské vazby, včetně vazby rodinné. Je to nejcennější poklad, kterým můžeme přispět této čím dál individualističtější společnosti. Václav Havel řekl: „Lhostejnost k druhým a lhostejnost k osudu celku je přesně tím, co otevírá dveře zlu.“¹ Snažme se měnit svět bojem proti lhostejnosti, začít můžeme právě u svých rodin a rodin našich klientů. ■

**Institut
vzdělávání APSS ČR
nabízí seminář
Práce s rodinou uživatele
sociálních služeb, a to
v termínech 12. 4. 2016 (Brno),
18. 4. 2016 (Tábor)
a 14. 6. 2016 (Praha).
Více informací získáte na
www.institutvzdelavani.cz,
e-mail: institut@apssc.cz,
tel.: +420 724 940 126.**

¹ Václav Havel: Projev prezidenta ČR ke státnímu svátku ČR, Praha 8. 5. 1993.

Požární ochrana v PZSS

■ **Text: Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA,**
prezident APSS ČR,
Ing. Karel Vostrý,
ředitel úseku mezinárodní spolupráce UZS ČR

Většina státních orgánů pověřených kontrolou, inspekcí či dohledem má jistou míru subjektivního přístupu. Ne všechny skutečnosti, které jsou předmětem kontroly, je totiž možné přesně popsat či kvantifikovat a v některých případech je předpokládána celková erudice kontrolního orgánu včetně schopnosti posuzovat věci ve všech souvislostech. Na Asociaci se v minulosti v různých intervalech obracela členská zařízení s dotazy či potřebou sdílení zkušenosti z oblasti požární ochrany. Nutno dodat, že příklady dobré praxe se nešíří tak rychle jako ty špatné, a tak jsme i my naráželi spíše na ty horší situace, kdy např. požární inspekce požadovala likvidaci všech předmětů na chodbách včetně nástěnek a obrázků nebo kdy bylo konkrétní řešení celé roky v pořádku, než došlo ke změně personálního zastoupení (či složení) kontrolního orgánu a tento si

danou situaci či předpis vysvětloval jiným způsobem. V tomto článku prezentujeme různé případy, ale i výstupy z konzultací s odborníky na toto téma.

➤ Požárně bezpečnostní řešení

Pravidla požární bezpečnosti jsou upravena v několika legislativních normách a předpisech. Jedno si však každá organizace vytváří sama, resp. nechává vytvořit osobou s oprávněním dle zákona č. 360/1992 Sb., o výkonu povolání autorizovaných architektů a o výkonu povolání autorizovaných inženýrů a techniků činných ve výstavbě, a tím je tzv. požárně bezpečnostní řešení, které je součástí projektové dokumentace stavby.

Požárně bezpečnostní řešení (PBŘ) obsahuje řadu zákonem definovaných součástí, jako je např. stanovení únikových cest, vymezení bezpečného prostoru, stanovení počtu a druhů hasicích přístrojů, zhodnocení rizik, rozdělení stavby dle požárních úseků a řadu dalších věcí. Důležitou součástí PBŘ je stanovení minimální šíře únikových cest, která je v praxi důležitým parametrem (být ne jediným, viz níže)

pro určení toho, co (a zda vůbec) je možné umístit na chodby a do jiných prostor. Stanovení této šířky není definováno explicitně právním předpisem a je opět v pravomoci HZS.

V praxi jsme se setkali s případy, kdy PBŘ obsahovalo a definovalo dané skutečnosti a pravidla přísněji, než tomu bylo nutné v rámci všeobecně platných předpisů. Je možné udělat revizi PBŘ a tyto jeho části změnit. Nové PBŘ pak musí znovu schválit příslušný Hasičský záchranný sbor (HZS). V dané revizi lze také počítat s různými variantami řešení. Je však nutné mít na paměti, že při této revizi se bude nové PBŘ řídit legislativou platnou v té době. V mnoha případech totiž mohlo být PBŘ schváleno v době, kdy tehdy aktuálně platné právní předpisy nebyly či nemusely být tak přísné jako nyní, což je nutné velmi pečlivě zvážit.

HZS v tomto procesu plní roli orgánu, který vydává závazné stanovisko nebo stanovisko dle § 31 (výkon státního požárního dozoru) zákona č. 133/1985 Sb., o požární ochraně, ve znění pozdějších předpisů. Proti tomuto závaznému stanovisku

(resp. stanovisku dle § 31 zákona č. 133/1985 Sb.) není možné se odvolat, je však možné se odvolat proti výsledku celého stavebního řízení, jehož je nedílnou součástí.

» Únikové cesty

Častým problémem je střet zájmů HZS a PZSS ve věci únikových cest. Zatímco poskytovatelé pobytových sociálních služeb chtějí charakter domova co nejvíce přizpůsobit domácímu prostředí a na chodbách vytvářejí zákoutí k posezení, zdobí je obrazy a dekoračními předměty, HZS pak někdy striktně trvá na holých chodbách. Jak je to ve skutečnosti?

Z ustanovení § 5 odst. 1 písm. b) zákona č. 133/1985 Sb., o požární ochraně, vyplývá pro PZSS mimo jiné povinnost udržovat volné únikové cesty (další podrobnosti jsou řešeny vyhláškou č. 23/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany, ve znění vyhlášky č. 268/2011 Sb., která upravuje používání staveb a únikové cesty poněkud podrobněji).

Požárně bezpečnostní řešení (PBŘ) obsahuje řadu zákonem definovaných součástí, jako je např. stanovení únikových cest, vymezení bezpečného prostoru, stanovení počtu a druhů hasicích přístrojů, zhodnocení rizik, rozdělení stavby dle požárních úseků a řadu dalších věcí.

Klíčové je rozdělení na tzv. chráněné a nechráněné únikové cesty (jejich rozdělení naleznete ve svém PBŘ). Chráněné únikové cesty budou velmi pravděpodobně všechny chodby, kde jsou vstupy do pokojů a prostor okolo schodišť a výtahů. Dále je nutné při rozmísťování předmětů v těchto prostorách rozlišovat předměty na hořlavé a nehořlavé.

Na chráněné únikové cestě lze umístit předmět z hořlavé látky za těchto podmínek:

- vzdálenost hořlavého předmětu od části stavby z hořlavých hmot s výjimkou podlahy nebo jiného hořlavého předmětu musí bránit přenesení hoření, přičemž tato vzdálenost nesmí být menší než 2 m,
- hořlavý předmět nebo jeho část nesmí být z plastu, není-li dále uvedeno jinak,
- hořlavý předmět nesmí být umístěn na strop nebo podhled nebo do prostoru pod stropem nebo podhledem v části chráněné únikové cesty určené pro pohyb osob nebo činnost jednotek požární ochrany,

- hořlavý předmět musí být připevněn tak, aby nedošlo k jeho uvolnění při úniku osob nebo při činnosti jednotek požární ochrany,
- v prostoru chráněné únikové cesty lze na stěnu o ploše 60 m² umístit pouze jeden hořlavý předmět. Na podlaží chráněné únikové cesty nesmí být umístěny více než tři hořlavé předměty,
- hořlavý předmět ve tvaru „nástěnky“ nesmí být v prostoru chráněné únikové cesty umístěn, je-li větší než 1,3 m² při tloušťce 4 mm; umístění jiných hořlavých předmětů, není-li uvedeno jinak v bodu A.2., je možné pouze tehdy, bude-li dosaženo nejméně stejné úrovně požární bezpečnosti, přičemž plocha 1,3 m² nesmí být překročena.¹

V prostoru chráněné únikové cesty lze dále umístit:

- jeden malý závěsný automat na nápoje, jiné zboží nebo službu pro tři podlaží,
- květinovou výzdobu z plastů, pokud průměr plochy této výzdoby na stěnu není větší než 0,5 m² a hloubka této výzdoby nepřesahuje 0,1 m. Při umístění této výzdoby nesmí být omezena minimální šířka únikové cesty stanovená výpočtem.

Hořlavý předmět neuvedený v A.1. a A.2. lze v prostoru chráněné únikové cesty umístit, jestliže:

- jde o židli z nehořlavé konstrukce s čalouněnou úpravou. Při umístění více než dvou židlí musí být tyto z nehořlavé konstrukce a zároveň musí být splněna podmínka podle § 19 odst. 3.,
- jde o jiný sedací nábytek, jehož čalouněná část musí splňovat podmínku podle § 19 odst. 3 a jeho konstrukce je vyrobena z materiálu, který splňuje tyto požadavky – třídu reakce na oheň nejméně D podle české technické normy uvedené v příloze č. 1 část 5 nebo stupeň hořlavosti nejméně C2 podle české technické normy uvedené v příloze č. 1 část 1 bod 3 a zároveň velikost předmětu nesmí být o rozměrech větších, než jsou obvyklé u běžné židle.²

Pokud toto splňují předměty, které máte umístěné na chodbách a jiných prostorách (kterou jsou označeny jako chráněné únikové cesty), pak je nutné splnit ještě další podmínku, a to průchodnost, tj. výše uvedené předměty nesmí svým umístěním:

- ovlivňovat pohyb osob v chráněné únikové cestě nebo při vstupu na ni nebo výstupu z ní, zejména při převržení, pádu nebo odvalení,
- zasahovat do minimální šíře chráněné únikové cesty, stanovené v projektové nebo obdobné dokumentaci nebo výpočtem po-

¹ Příloha č. 6 vyhlášky č. 13/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany staveb.

² Příloha č. 6 vyhlášky č. 13/2008 Sb., o technických podmínkách požární ochrany staveb.

³ Tamtéž

Častým problémem je střet zájmů HZS a PZSS ve věci únikových cest. Zatímco poskytovatelé pobytových sociálních služeb chtějí charakter domova co nejvíce přizpůsobit domácímu prostředí a na chodbách vytvářejí zákoutí k posezení, zdobí je obrazy a dekoračními předměty, HZS pak někdy striktně trvá na holých chodbách.

dle českých technických norem uvedených v příloze č. 1 část 2,

- bránit otevírání či zavírání dveří na této komunikaci nebo na vstupu na ni nebo výstupu z ní.

V chráněné únikové cestě lze umístit jeden hořlavý předmět umělecké či historické hodnoty nepřesahující rozměry 2 x 2 m za podmínky, že je stavba v části umístění tohoto předmětu zajištěna:

- elektrickou požární signalizací a zároveň stabilním hasicím zařízením, nebo
- elektrickou požární signalizací a osobou schopnou provést prvotní hasební zásah po dobu přítomnosti osob ve stavbě.

Hořlavý předmět nesmí zasahovat do prostoru chráněné únikové cesty víc než 5 cm. Textilní hořlavé předměty nejsou přípustné.³

Výše uvedené se týkalo předmětů hořlavých. Pokud jde o předměty nehořlavé, tam jsou pravidla o dost benevolentnější. U těchto předmětů se uplatní pouze tyto podmínky:

Nehořlavý předmět musí být připevněn tak, aby nedošlo k jeho uvolnění při úniku osob nebo při činnosti jednotek požární ochrany, a všechny podmínky průchodnosti (viz výše).

Některé ojedinělé případy, kdy HZS striktně odmítala přítomnost jakýchkoliv předmětů na chodbách, jsou tedy požadavkem nad rámec zákona. Na druhou stranu jsou podmínky umístování těchto předmětů přesně vymezeny a popsány. Při prověřování a rozhodování, zda můžeme některý z předmětů umístit například do prostor chodby, je nutné pracovat nejen s předpisy uvedenými v tomto článku, nýbrž i s Požárně bezpečnostním řešením. Bylo-li toto stanoveno přísně, tj. ve smyslu přísnějšího řešení, než jaké je dle zákona nutné, je možné toto PBŘ zrevidovat.

Očista klienta přímo na lůžku bez použití vody

– řešení praktické i šetrné zároveň

Znamé rčení praví, že čistota je půl zdraví. To samozřejmě dvojnásob platí u imobilních klientů upoutaných na lůžko. Zde sehrává správná hygiena klíčovou roli – díky ní je totiž možné předcházet vzniku kožních problémů, podráždění, či dokonce dekubitů.

Správná péče o pokožku klientů, kteří jsou trvale nebo dočasně upoutáni na lůžko, je s těžší. U těchto klientů totiž častěji dochází k různým nežádoucím kožním projevům, které způsobuje například častý styk pokožky se zbytky moči nebo stolice, či zapařování pokožky v důsledku používání nesprávných absorpčních pomůcek, které nedovolují pokožce volně dýchat.

Proto je nutné věnovat kůži klienta s inkontinencí maximální pozornost. Mezi nejčastější problémy zralé pokožky patří:

- ztráta elasticity,
- ztráta hydratace,
- pomalejší regenerace,
- ztráta ochranné vrstvy.

JAK PŘÍSTUPOVAT K OSOBNÍ HYGIENĚ O ZRALOU POKOŽKU?

Pokud je klient plně odkázaný na pomoc druhých, je jednou z povinností ošetřovatele, starat se o jeho hygienu. Ke klientovi přistupujeme s pokorou a všechny kroky se mu snažíme vysvětlit, aby ho naše snažení nevylekalo. K mytí klienta s inkontinencí používáme pouze přípravky, které nedráždí a nevysušují pokožku. Přípravek na mytí použijeme na místa, kde se kůže nejvíce potí nebo je znečištěna – ruce, nohy, podpaží, záhyby a okolí intimních partií. Očista těchto citlivých partií nesmí vyvolat podráždění. Je třeba dbát na důkladné opláchnutí zbytků použitých prostředků na mytí. Ruce si myjeme podle potřeby, tak abychom zabránili možnosti přenosu infekce. Osušení kůže provádíme měkkou osuškou, u lidí s citlivou pokožkou nejlépe

jen odsátím, to znamená bez zbytečného tření. Speciální masážní žinky se používají ke zlepšení prokrvení pokožky a pomáhají při odstraňování odumřelých buněk na kožním povrchu. Suchou a citlivou pokožku promašťujeme vhodným krémem nebo tělovým mlékem. Tyto přípravky vždy aplikujeme v tenké vrstvě

JDE TO I BEZ VODY!

Ne vždy je možné a také vhodné, použít k mytí klienta vodu. Jednak má působení vody na pokožku tendenci kůži ještě více vysušit. A svou roli zde sehrává také nutnost manipulace s klientem, což může v některých případech být velmi obtížné.

Proto má zdravotnický personál k dispozici také kvalitní přípravky, s nimiž je možné klienta důkladně omýt, aniž bychom přitom měli přístup k tekoucí vodě.



O krok dál
pro zdraví

Přípravky však musí především být:

- **šetrné ke zralé pokožce,**
- **s pH 5,5 pro nenarušování ochranné bariéry kůže,**
- **bez alkoholu a parfemace,**
- **hypoalergenní a dermatologicky testované.**

Na prvním místě jsou to čisticí ubrousky modré řady kosmetiky Menalind professional. Tyto vlhčené ubrousky z pevného a přitom jemného vlákna jsou k dispozici v praktickém balení po 50 kusech. Balení je navíc uzavíratelné, takže ubrousky nevy-

sychají. Jedná se o produkt, který zdravotnický personál ocení jak pro jednoduchost použití, tak i pro konečný výsledek, který si v ničem nezadá s mytím pod tekoucí vodou. Ubrousky Menalind professional lze použít na intimní partie, ale k očistě celého těla. Navíc kůži zbytečně nezatežují, nevysušují ji a ani nedráždí. Vyvážené pH 5,5 pomáhá udržovat přirozenou mírnou kyselost pokožky a nenarušuje její ochranný film.

Druhým skvělým pomocníkem při péči o hygienu imobilních klientů je čisticí pěna. Ta je rovněž součástí modré řady kosmetiky Menalind professional a vyrábí se ve 400ml balení. Před použitím pěnu protřepeme a ze vzdálenosti přibližně 15 cm nastříkáme na pokožku. Poté necháme chvíli působit než se začne na těle rozpouštět a setřeme. Tato pěna je navíc schopná neutralizovat případný zápach. Obsahuje kreatinin, který pokožku chrání před působením vnějších vlivů, posiluje přirozené obranné mechanismy pokožky a pomáhá ji tak udržet zdravou.

KOSMETIKA PRO KAŽDĚHO

Kosmetika Menalind professional je vhodná pro všechny typy kůže. Žlutá řada kosmetiky je určena k péči o pokožku celého těla a modrá řada je vhodná k čištění pokožky.

Pro klienty s inkontinencí je nevhodnější růžová řada kosmetiky Menalind professional, která je určena pro ochranu pokožky namáhané inkontinencí.

Všechny výrobky kosmetiky Menalind professional se skládají z vysoce kvalitních složek, jsou dermatologicky testované, hypoalergenní a bez přidaných parfemací a chemických složek tak, aby se minimalizovala možnost vzniku případné alergické reakce.

Kosmetika Menalind professional představuje dokonalý doplněk absorpčních pomůcek Moli® od firmy HARTMANN-RICO a je k dostání v lékárnách, zdravotnických potřebách anebo přímo v zařízeních sociálních služeb.

Právní poradna: rozvázání pracovního poměru výpovědí

Dotaz čtenářky:

Prosím o radu, jak řešit mou situaci.

Je mi 59 let, pracovala jsem po absolvování školy jako rehabilitační pracovník-fyzioterapeut.

Před 6 lety jsem odešla z polikliniky do domova se zvláštním režimem. Pracovala jsem s plným nasazením, kromě individuálního cvičení jsem zavedla také skupinové, naučila jsem některé klienty chodit i přesto, že byli upoutáni dlouhodobě na lůžko. Vedoucí mi nařídila učit chodit klienta, který měřil přes 190 cm a podle toho měl také váhu. Odmítal spolupracovat, chodit nemohl, protože měl trvale ztuhlé končetiny. Po upozornění a vysvětlení, že to nejde, jsem dostala příkázáno klienta postavovat a chůzi zkoušet. Tehdy (v r. 2010) jsem byla jediný fyzioterapeut na oddělení a nikdo z personálu „neměl čas“ mi pomoci. Klient se mi několikrát sesunul do náručí a mě začalo bolet pravé rameno a krční páteř. Situace se opakovaly, rameno mě začalo bolet více, řešila jsem to analgetiky, na uklidnění bolesti jsem si vybírala dovolenou, později jsem musela vyhledat ortopeda. V červnu 2014 při zvedání klientky na vodoléčbě (kterou jsem musela provádět také sama) a následně po zvednutí spastického klienta se mi zablokovala krční páteř, byla jsem přes měsíc v pracovní neschopnosti. Po návratu jsem se dozvěděla, že mě budou muset propustit, anebo půjdu pracovat jako pracovník v sociálních službách. Proč? Vždyť jsem byla přijata jako fyzioterapeut na dobu neurčitou!

Následně jsem absolvovala 2 operace ramene, můj zdravotní stav se nezlepšil, denně musím brát léky. Stav je trvalý, proto nemohu vykonávat své povolání (i podle posudku lékaře). Byl mi přiznán invalidní důchod (ztráta 40 % pracovní síly).

Své (fyzicky náročné) povolání jsem ale mohla vykonávat nadále, kdybych nebyla nucena přetěžovat své síly. Jak je možné, že uživatele, kteří mají 50–90 kg, jsem mohla zvedat sama? U fyzioterapeutek neplatí, že můžou zvedat jen 15 kg? Čím víc mě uživatelé měli rádi, tím hůře se ke mně choval zaměstnavatel: když zjistil, že mi poškodil zdraví, dostala jsem výpověď bez jakékoli náhrady, kterou jsem pod nátlakem musela podepsat (jinak mi zaměstnavatel nenapíše dovolenou a budu mít neomluvenou absenci!).

Do zaměstnání jsem nastoupila zdravá, zde jsem o zdraví přišla a zaměstnavatel mě vyhodil na dlažbu.

K., fyzioterapeutka (redakčně kráceno)

Odpovídá JUDr. Dominik Brůha, Ph.D.

Tazatelka v dotazu vysvětluje různé – podle jejího popisu – nestandardní jednání zaměstnavatele. Pokud jde o meritum celé záležitosti, kterým je rozvázání pracovního poměru výpovědí, pak tazatelka bohužel neuvádí žádný konkrétní úrazový děj či podezření na konkrétní nemoc z povolání, pro které si zřejmě myslí, že měla od zaměstnavatele dostat výpověď.

Tazatelce byla dána výpověď podle § 52 písm. e) zákoníku práce, tedy ze zdravotních důvodů, které ovšem dle zaměstnavatele nemají příčinu ani v pracovním úrazu, ani v nemoci z povolání, a ani v dosažení nejvyšší přípustné expozice. V posuzovaném případě tak byla dána výpověď pro tzv. obecné onemocnění, tedy „nepracovní“ onemocnění, v jehož důsledku tazatelka – podle posudku lékaře pracovních-lékařských služeb – dlouhodobě pozbyla způsobilost vykonávat dále dosavadní práci jako rehabilitační pracovník-fyzioterapeut.

Pokud má zaměstnanec za to, že mu výpověď byla dána v rozporu se zákonem, pak podle § 72 zákoníku práce může podat k soudu žalobu na určení neplatnosti výpovědi. Tazatelka má tedy možnost pokusit se napadnout výpověď žalobou u soudu, a to v daném případě buď s poukazem na to, že je přesvědčena, že:

a) nepozbyla zdravotní způsobilost dlouhodobě (tedy, že posudek poskytovatele pracovních-lékařských služeb je věcně nesprávný), nebo

b) sice dlouhodobě pozbyla zdravotní způsobilost, ale nikoli pro „obecné onemocnění“ zad a ramene, ale pro nemoc z povolání, případně pro pracovní úraz.

Uvedený soudní spor je sice možný, ale zřejmě by se jednalo o spor s velmi nejistým výsledkem, vzhledem k tomu, že v dotazu se nic o pracovním úrazu ani nemoci z povolání neuvádí.

Stejně tak se nic neuvádí o tom, že by se tazatelka cítila zdravotně způsobilá. Je pravděpodobné, že v rámci soudního sporu by soud zadal soudnímu znalci s příslušnou specializací vypracování znaleckého posudku, v němž by z pracovních-lékařského hlediska byla posouzena jednak otázka, zda vůbec došlo k dlouhodobé ztrátě její zdravotní způsobilosti, a pokud ano, zda bylo příčinou obecné onemocnění či nikoli. Lze předpokládat, že výsledek znaleckého posouzení by do značné míry ovlivnil i výsledek případného soudního sporu.

NOVINKA

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR vydala odbornou publikaci Karolíny Friedlové

Bazální stimulace[®]

pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy

Praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách

Publikace je určena pro pracovníky v sociálních službách, následné péči a ve speciálních školách. Vysvětluje teoretická vědecká východiska konceptu Bazální stimulace, navazuje a rozšiřuje odborný text předchozích publikací autorky, zejména knihy Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.

Autorka v publikaci poskytuje konkrétní návody pro poskytovatele péče formou případových kazistik, které během desetileté supervizorské činnosti sesbírala při odborných auditech proškolených certifikovaných pracovišť v České i Slovenské republice. Jednotlivé kapitoly jsou zaměřeny na uplatnění konceptu Bazální stimulace v ošetrovatelské péči, v práci fyzioterapeutů, ergoterapeutů a logopedů, ale také v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením nebo zdravotním znevýhodněním. Autorka předkládá speciálním pedagogům postupy, jak ve vzdělávacím procesu podporovat u žáků se zásadním oslabením v oblasti kognitivních, percepčních, motorických a komunikačních schopností rozvoj hybnosti, kognice, orientace a společenské integrace.

Gena: 299 Kč

Členové APSS ČR: 199 Kč

Publikaci objednávejte na stránkách www.apsscr.cz (e-shop) či na e-mailu: ucetni@apsscr.cz

Slovenští zákazníci mohou objednávat na www.preskoly.sk



SenseCar

Vozík, který dává péči smysl



Citlivá péče o člověka

- prostřednictvím SenseCar s nahřátou žínkou
- pro důkladnou očistu celého těla

Pečujeme smysluplně:

- namočíme žínky ve vodní lázni obohacené o tělový šampon
- vlhké žínky naskládáme volně do perforované nádoby
- nádobu vsuneme do nahřívací, napařovací skříně
- na displeji nastavíme požadovanou teplotu a požadovaný čas prohřátí
- zásuvku s nahřátými žínkami přendáme na vozík

SenseCar dopraví vše k lůžku člověka

- udrží po dobu ošetrovatelské péče stálou teplotu žínky
- dokáže dodatečně zvlhčit žínky
- umožní používání i jednorázových žínek pro intimní hygienu
- odveze vše, co již nepotřebujeme - odkládací nádoba na použité žínky a prádlo a odpadkový koš
- umožňuje pečovateli skutečně asistovanou péči
- umožňuje pečovateli snadnou manipulaci přímo u lůžka
- tichost zajišťují velká, tlumená kolečka pro nerušený provoz



Exkluzivní řešení rozvozu stravy

Společnost ABNER a.s. je **jediným výrobcem tabletovacích systémů** v České republice. Tyto systémy jsou určeny pro rozvoz stravy v nemocnicích, domovech pro seniory a pro poskytovatele sociálních služeb. Investice do vývoje nových technologií a výroby přináší owoce v podobě kvalitních a sofistikovaných výrobků, které **exportujeme do celého světa**.

Klasické systémy

V nabídce společnosti ABNER a.s. najdete klasické tabletovací systémy, zejména typ THERMOLINE, u kterého je teplota stravy zabezpečena izotermickou skořepinou a předeřhřátým porcelánem. Svoji kvalitou a cenou nemá tenhle typ na trhu konkurenci.

Inteligentní technologie ohřevu

Společnost ABNER a.s. vyvinula cenově dostupný tzv. kontaktní systém ohřevu stravy Active-Tray, který je integrován přímo do tabletu. Tato technologie přináší jídlo ke strážníkům vždy ve správné teplotě a bez ztráty kvality během transportu.



Omezuje udělení plné moci zmocnitele na jeho právech?

Veřejný ochránce práv v rámci své působnosti stanovené zákonem č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, jedná mimo jiné i na základě podnětů fyzických nebo právnických osob. V těchto podnětech se často objevují dotazy směřující k výkladu zákonů nebo žádosti o sdělení metodických postupů. I přesto, že tyto podněty v řadě případů s působností ochránkyně hraničí, vyvolávají potřebu objasnění některých základních pojmů. Tento příspěvek se tak bude věnovat frekventovaným dotazům na téma závislosti mezi udělením plné moci a omezením svéprávnosti.

■ **Text: Mgr. Katarína Haukvitzová,**
Kancelář veřejného ochránce práv

Senioři jsou jednou z nejzranitelnějších skupin společnosti. Je snadné zneužít jejich důvěry, nemoci nebo důsledků postupujícího věku. Někdy však na svých právech bývají omezováni i bez zlého úmyslu, většinou z neznalosti. V rámci své praxe se ochránkyně setkala třeba s případem, kdy klientka domova pro seniory udělila plnou moc k zastupování třetí osobě, a ačkoliv tato třetí osoba dle názoru domova pro seniory nepostupovala v souladu se zájmy klientky při poskytování sociální služby, domov pro seniory nevěděl, zda může jednat se samotnou klientkou přímo, protože měl za to, že v rozsahu udělené plné moci by měl jednat pouze s osobou zmocněnou. Jako by se klientka udělením plné moci třetí osobě „sebeomezila“ na svých právech. Nejedná se o ojedinělý případ uplatňování této mylné úvahy v praxi.

Svéprávnost definuje¹ občanský zákoník (dále jen „NOZ“) jako způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem, tj. jako způsobilost právně jednat neboli činit právní úkony a být jimi vázán. Můžeme sami za sebe jednat ve všech životních situacích. Rozhodujeme tak bez omezení např. o svém rodinném a zdravotním stavu, hospodaříme se svými finančními prostředky, uzavíráme smlouvy nebo spravujeme svůj majetek. Svěprávnost nabývá člověk v plném rozsahu dovršením osmnáctého roku života². Do té doby je svéprávný pouze v rozsahu své rozumové a volní vyspělosti přiměřené věku, záleží tedy na individuálních schopnostech a vyspělosti nezletilého, zda chápe význam konkrétního právního jednání, je schopen

ho učinit a zda je právní jednání přiměřené jeho věku. Nezletilý může nabýt svéprávnost před osmnáctým rokem života jejím přiznáním soudem nebo nabytím manželství³. NOZ upravuje řadu dalších výjimek a pravidel pro činění právních úkonů před plným nabytím svéprávnosti⁴.

Svéprávnosti se nikdo nemůže vzdát ani ji postoupit někomu dalšímu, a učiní-li tak, nepřihlíží se k tomu⁵. Omezit svéprávnost člověka může jen soud⁶, a to v rámci řízení o svéprávnosti dle zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních. K omezení svéprávnosti⁷ může dojít, vyžaduje-li to zájem člověka, jehož svéprávnost je omezována, člověk trpí duševní poruchou, která není pouze přechodného charakteru, hrozila by mu jinak v důsledku jeho jednání závažná újma a k ochraně jeho zájmů nepostačuje mírnější opatření. Omezit svéprávnost člověka je možné pouze v rozsahu nutném k ochraně jeho zájmů. Soud by měl v rozhodnutí o omezení svéprávnosti přesně specifikovat, v jakých oblastech života člověka dochází k omezení jeho svéprávnosti. V těchto oblastech jedná za osobu omezenou na svéprávnosti soudem ustanovený opatrovník, neboť není-li osoba plně svéprávná, je právní jednání, ke kterému není způsobilá⁸, neplatné. Výjimky, kdy toto jednání nebude prohlášeno za neplatné, upravuje zákon⁹. Pro příklad může být jedinec soudním rozhodnutím omezen v hospodaření s finančními prostředky ve výši nad 10 000 Kč. Do výše 10 000 Kč je ale nadále zcela způsobilý s těmito prostředky hospodařit sám, bez opatrovníka. Rozhodnutí o omezení svéprávnosti také nezabavuje člověka práva samostatně jednat v běžných záležitostech každodenního života¹⁰, jako je např. koupě potravin v obchodě.

Z uvedeného plyne, že člověk svým rozhodnutím nemůže sám sobě svéprávnost žádným právním úkonem omezit nebo se jí vzdát. Svěprávnost může být omezena za zákonem splněných podmínek a pouze rozhodnutím soudu.

Na základě smluvního zastoupení, tj. na základě dohody o plné moci¹¹, zastupuje jedna strana druhou stranu ve sjednaném rozsahu. Udělením plné moci nedochází k žádnému omezení svéprávnosti. Plná moc opravňuje pouze k tomu, aby jedna strana (zmocněnec) jednala v určitém rozsahu za druhou stranu (zmocnitele). Rozsah zastupování a jeho způsob vymezuje dohoda o plné moci. Zmocněnec přitom postupuje v souladu s pokyny zmocnitele a těmito pokyny je zmocněnec vázán. Možnost činit vlastní úkony není udělením plné moci žádným způsobem dotčena, byť by mělo jít o úkony totožné s těmi, k nimž byl zmocněnec zmocněn. Udělení plné moci nepodléhá schválení soudu a její udělení nemůže nahradit rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti. V návaznosti na výše uvedený případ z praxe tak můžeme konstatovat, že domov pro seniory mohl jednat přímo se svou klientkou a řídit se jejími pokyny, bez ohledu na udělenou plnou moc.

Zmocnitel může na základě svého svobodného rozhodnutí plnou moc odvolat. Dokud však není takové odvolání zmocněnci známo, má se za to, že plná moc i nadále trvá. Osoba omezená na svéprávnosti se naproti tomu může domáhat navrácení svéprávnosti pouze prostřednictvím soudního řízení, a zda k jejímu navrácení dojde, na její svobodné vůli nezáleží.

Pokud zmocněnec činí za zmocnitele právní úkony, se kterými zmocnitel nesouhlasí, musí to zmocnitel bez zbytečného odkladu oznámit osobě, se kterou zmocněnec právně jednal. Neučiní-li tak, platí právní domněnka, že překročení schválil. U omezení svéprávnosti naopak platí, že opatrovník sice musí dbát přání a zájmu klienta, ale souhlas osoby omezené na svéprávnosti se nevyžaduje.

Výše uvedený příspěvek pouze objasňuje některé základní rozdíly mezi právními instituty plné moci a omezením svéprávnosti, neslouží jako výklad zákona a je reakcí na obsah podnětů adresovaných ochránkyni.

¹ § 15 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „NOZ“)

² § 30 odst. 1 NOZ

³ § 30 odst. 2 NOZ

⁴ Např. § 36 NOZ

⁵ § 16 NOZ

⁶ § 56 NOZ

⁷ § 55 a násl. NOZ

⁸ § 581 NOZ

⁹ § 65 NOZ

¹⁰ § 64 NOZ

¹¹ § 441 až 449 NOZ

Rozhovor s Růženou Kupčovou,

držitelkou plakety v soutěži Národní cena sociálních služeb – Pečovatelka roku 2015

Prota soutěže *Národní cena sociálních služeb – Pečovatelka roku 2015* rozhodla o tom, že plaketu v kategorii *Pracovník v sociálních službách – terénní služby* obdržela Růžena Kupčová z *Pečovatelství služeb města Vratimova*. Růžena Kupčová je podle čínského horoskopu narozena ve znamení draka. Lidé narození v tomto znamení jsou plni energie a mají výdrž, jsou bojovníky za pravdu, zastánci slabších a vždy připraveni pomoci. Vždy musí mít za co bojovat, čeho dosahovat nebo kam směřovat. Tomu odpovídá profese pečovatelky, kterou si paní Kupčová zvolila. Nominací do soutěže jí chtěl zaměstnavatel vyjádřit díky za její láskyplný přístup ke klientům a obětavou práci, kterou je schopna se stále stejnou, ba dokonce vzrůstající intenzitou vykonávat již dlouhých 24 let.

■ **Redakční zpracování:**
Ing. Kateřina Endrštová
 Foto: I. Kaňáková

1. Jste jednou z oceněných v soutěži Národní cena sociálních služeb – Pečovatelka roku 2015 a držitelkou plakety vítěze v kategorii terénních služeb. Co pro vás toto ocenění znamená?

Velmi si tohoto ocenění vážím, ani jsem v takové konkurenci o umístění nepřemýšlela, o to větší byla moje radost.

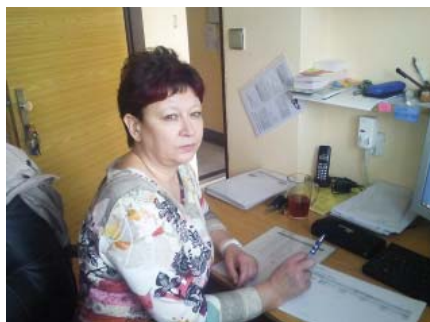
2. Co rozhodlo o tom, že jste se začala věnovat práci pečovatelky? Věděla jste, „do čeho jdete“?

Jako pečovatelka jsem nastoupila do zaměstnání v roce 1991. Proč? Tuto práci jsem si vybrala, protože jsem chtěla a chci pomáhat lidem a být užitečná.

Mé informace, co budu vykonávat, byly téměř nulové. Vůbec jsem netušila, jak tato služba funguje. Ale fakt, že jsem nějakým způsobem potřebná, vydržel a dodnes mě to utvrzuje v tom, že toto rozhodnutí bylo to pravé. Pořád se snažím o pozitivní přístup ke své práci; je to mnohdy komplikované, ale mám takové celoživotní krédo, které jsem zdělila po svém otci: vždy dělat věci tak, abych se za svou práci nemusela stydět a mohla říct ANO, toto jsem dělala já.

3. Co vás ve vaší práci povzbuzuje, co vám nejvíce pomáhá?

Pomoc či povzbuzení ... hledám na všem něco pozitivního. Pomáhá cokoli: od výletu s rodinou, sport nebo i celkové ztišení se v přírodě. K uživatelům se vždy snažím přistupovat s pozitivním myšlením, nikdy



dopředu nedělám unáhlené závěry, nikoho neodsuzuji za jeho chování, spíše se snažím pochopit, proč se někteří klienti chovají, jak se chovají. Mám zkušenost, že pokud přistupuji ke klientům opravdu pozitivně a radostně, oni to často vycítí a reagují stejně. Pokud ale ne, nic si z toho nedělám, zbytečně nad tím neuvažuji, neberu si práci „domů“. Zítřka to zkusím znovu.



R. Kupčová přijímá gratulaci od patronky soutěže H. Maciuchové

4. Jaké vlastnosti by měl mít člověk, který pozici pracovníka v sociálních službách zastává?

Obsahem práce je zejména pomoc bližnímu, snažit se práci vykonávat poctivě, nespěchat a být vstřícný a radostný. Za ta léta strávená v sociálních službách jsem se setkala s mnoha jinými kolegy (na seminářích apod.) a vím, že k tomuto povolání je také nutná notná dávka empatie. Ne vždy klient vítá pečovatelku s radostí, ne vždy má dobrou náladu... Je třeba počítat i s tímto a umět v této situaci obstát.

5. Co hlavně byste poradila kolegovi či kolegyni, kteří s pečováním v sociálních službách začínají?

Osobně se zatím necítím na to, někomu radit, spíše naopak docela ráda přijímám nové poznatky ze sociální sféry. Každopádně by začínající kolega měl dobře zvážit, zda má rád lidi a dokáže být empatický. Pokud ano, je to krásná práce, která člověka velmi obohatí a naplňuje.

6. Podle zaměstnavatele, který vás nominoval, „nikdy neklesáte na mysli“. Pokud se po tak dlouhou dobu věnujete pomáhající profesi, jak je vůbec možné „nevyhořet“? Co je podle vás tou správnou prevencí?

Asi mám v tomto směru štěstí. V práci se snažím vše řešit, jak se říká, selským rozumem a nenosím si problémy domů. Tam jsem ráda se svými bližními, ale když mám pocit, že už je toho dost, tak prostě vypnu.

7. Co byste si přála, co by vaši práci pečovatelky v terénu ulehčilo nebo zlepšilo?

Co se týká administrativy, té je všude plno, tu bych určitě omezila i u nás, jinak v terénu bych uvítala nějakou vychytávku, abych nemusela pořád hledat mobil, brýle apod. ☺

8. Zkuste se čtenářům svěřit s jedním momentem ze své praxe, který jste si uchovala v paměti?

Pokaždé mám radost, když mi při odchodu od klienta příbuzní děkují za péči o jejich rodinného příslušníka a je mi tak nějak hezky u srdíčka.

Děkujeme za rozhovor a přejeme další pěkné roky ve vaší práci.



Držitelé certifikátu Značka kvality v sociálních službách

www.znackakvality.info

Sociální služby, příspěvková organizace, Kynšperk nad Ohří

Sociální služby, p. o., je pobytové zařízení Karlovarského kraje, které poskytuje tři sociální služby – domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením a domov se zvláštním režimem. Areál domova je umístěn v krásném a klidném parkovém prostředí v části Dolní Pochlovice. Ubytování zajišťujeme ve dvou moderně vybavených (vč. rehabilitace) objektech, a to v jedno- a dvou- lůžkových pokojích, převážně s vlastním sociálním bezbariérovým zařízením. Všem klientům je nabízena plnohodnotná a kvalifikovaná nelékařská zdravotní a ošetrovatelská péče 24 hodin denně a 365 dní v roce. Široká škála volnočasových aktivit je nedílnou a vyhledávanou součástí pobytu klientů. Spolupracujeme s řadou obcí i s firmami v okolí a snažíme se reagovat na potřeby a přání našich klientů tak, aby se u nás cítili jako doma. Všem se věnuje stabilní a profesionálně připravený personál, bez kterého bychom nemohli patřit mezi nevyhledávanější služby tohoto typu v regionu i mimo něj.

Příklady dobré praxe:

Široká nabídka volnočasových aktivit – aktivizační pracovníci, kterých je dostatečný počet, každodenně pro klienty připravují a i s nimi praktikuji celou řadu individuálních i skupinových aktivit s přihlédnutím k individuálním cílům či přáním klientů. V nabídce je canisterapie, výlety a návštěvy výstav a dalších kulturních akcí, reminiscenční rozhovory, bazální stimulace aj. Tradicí je pořádání vlastního Dne otevřených dveří

s celodenním programem i každoroční projekt s názvem „Vy všichni, kteří jste venku, přijďte se podívat, jak žijeme my, kteří jsme uvnitř“. Tyto a další akce – pálení čarodějnic, společné oslavy svátečních dní, významných jubileí klientů atd. – nás utvrzují v dobře nastavené práci a dobré praxi jako celku. U nás tedy nehovoříme o jednom příkladu dobré praxe, ale o komplexu nabídky volnočasových aktivit, které jdou „ruku v ruce“ s cíli a přáními klientů.



Sociální služby, příspěvková organizace
Pochlovická 57,
357 51 Kynšperk nad Ohří

Certifikace

Ubytování	★★★★☆
Strava	★★★★☆
Volný čas a kultura	★★★★☆
Partnerství	★★★★☆
Péče	★★★★★
Bodové hodnocení	808,75 bodu
Celkové hodnocení	★★★★★

Centrum sociálních služeb Praha 2 – Domov pro seniory Jana Masaryka

Domov pro seniory je situovaný v klidné vinohradské zástavbě. Službu využívá 12 seniorů, kteří mají k dispozici dvoulůžkové pokoje a společné prostory: komorní jídelnu, relaxační místnost, kuřárnu, kuchyňku, koupelnu s masážními vanami, rehabilitační koutek, tvořivou dílnu, počítačový koutek, terasu se zelení, grilem a houpačkou. Samozřejmostí je wi-fi připojení zdarma v celém objektu. Provoz recepce 24 hodin denně umožňuje návštěvy klientů bez omezení. Domov je vybaven umělecky zpracovaným orientačním systémem. Strava je připravována ve vlastní kuchyni – 6 jídel denně s možností výběru druhu snídaně, oběda i večeře. Péče o klienty je zajištěna mj. výživovým specialistou, internistou, geriatrem, psychiatrem. Domov svým klientům poskytuje i paliativní péči.

Klienti si svůj režim dne určují sami, mohou využít individuální dopravy i doprovodu. Domov pořádá během roku rozmanité kulturní a společenské akce v místě i mimo domov. Organizace pravidelně zjišťuje u klientů i jejich blízkých spokojenost s poskytovanými službami a pružně reaguje na přání obyvatel.

Příklady dobré praxe:

Obědy na přání a dny mezinárodní kuchyně – každý obyvatel domova má možnost přát si své nejoblíbenější jídlo na oběd, což je klienty hojně využíváno již několik let. V jídelníčku je u konkrétního menu uvedeno jméno klienta, který si oběd přál. Favoritem se stala domácí bramborová kaše s řízkem nebo domácí buchtičky se šodó. Klienti s nadšením přivítali rovněž zařazení mezinárodních specialit do jídelníčku, a tak mohou ochutnat tradiční jídla např. italské, francouzské, maďarské či jiné kuchyně.

Paliativní péče – Našemu klientovi je zajištěna v případě potřeby paliativní péče na jedno-

lůžkovém pokoji s vlastním sociálním zařízením a přistýlkou pro blízké osoby. Obyvatel domova je tak zbaven stresové situace spojené se stěhováním do jiného zařízení typu hospice či nemocnice, kde by se musel vypořádávat se zcela odlišným prostředím a režimem. Našemu klientovi je zachována jemu dobře známá struktura péče, která kopíruje jeho dosavadní zvyklosti v domově. Není nucen zvykat si na jiné složení personálu, jinou stravu či jiný chod zařízení. Principem této služby je zachování realizovaného plánu péče o klienta domova se všemi jeho specifiky a poskytnutí důstojného prostředí, které ctí a naplňuje jeho potřeby a přání v posledních dnech života, za přítomnosti rodiny či blízkých.



Centrum sociálních služeb Praha 2
– Domov pro seniory Jana Masaryka
Jana Masaryka 34, 120 00 Praha 2

Certifikace

Ubytování	★★★★☆
Strava	★★★★★
Volný čas a kultura	★★★★★
Partnerství	★★★★★
Péče	★★★★★
Bodové hodnocení	910 bodů
Celkové hodnocení	★★★★★

Sportovní kvíz

1. Sportovní výrazy Určete, ke kterým sportům se vztahují jednotlivé sportovní výrazy a co znamenají.

Lutz, green, homerun, tartan, štulpny, krosček, lob, ippon, velodrom, Primátorky, tretry, telemark, K-2, regata.

2. Pomíchané sporty V každém řádku se pomíchaly názvy dvou sportů, pokuste se je rozluštit.

KORFŠOLABÍVOKÁL
BASROFLÍGKRLNUSEO
JITASOHIKANKOKE

BABITFRELNNOISE
AFAITKAELBTOTL
TMANIKEGTAYSNSI

Autorka: Mgr. Jitka Suchá

.....
Pomíchané sporty
KORFŠOLABÍVOKÁL – korfšikovka, florbal
BASROFLÍGKRLNUSEO – golf, krasobruslení
JITASOHIKANKOKE – hokej, kanoistika
BABITFRELNNOISE – biatlon, frisbee
AFAITKAELBTOTL – fotbal, atletika
TMANIKEGTAYSNSI – tenis, gymnastika

Regata – jachting, veslování aj., závod lodí
K2 – horolezectví, hora v pohorí Karákóram v Asii, druhá nejvyšší hora světa, 8 611 m n. m.
Telemark – skoky na lyžích, stylově správný dopad po doskoku
Tretry – atletika (popř. cyklistika), speciální obuv
Primátorky – veslování, tradiční pražské závody osmiveslic
Velodrom – cyklistika, oválná dráha pro souťže v dráhové cyklistice
Ippon – judo, situace, kdy soupeř dopadne lopatkami na zem nebo do mostu
Lob – tenis, úder hrany do výše
Holi držena obema rukama a žádná část hole není přítomna na ledě
Krosček – lední hokej, zastavení nebo napažení protivníkače holi, hráč zasáhne tělo soupeře
Štulpny – fotbal, podkolenky zakrývající chráně
Tartan – atletika, umělý povrch atletického stadionu
Homerun – baseball (softball), situace, kdy pálkař oběhne všechny mety až do cílové mety
Green – golf, jamkovité, travnatá část golfového hřiště
Lutz – krasobruslení, skok z levé nohy na pravou, provedeny obloukem vzad

Sportovní výrazy
Řešení:

INZERCE

VÝCVIKOVÁ SKUPINA PRO MANAGERY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A SOCIÁLNÍ PRACOVNÍKY

Mgr. Jana Merhautová, Mgr. Pavlína Holancová, M.Sc.

Cílem výcviku je osvojit si schopnost propojit osobnostní předpoklady manažera s profesními dovednostmi, tzv. nástroji řízení.

Výcvik je zaměřen na

- rozvoj osobnostních předpokladů,
- získání náhledu, sebereflexe, empatie,
- udržení mentální, emocionální i fyzické stability,
- schopnost naslouchat a komunikovat, být objektivní, zdravě se prosadit,
- zájem o rozvoj a učení.

Absolventi si osvojí styly vedení a řízení, motivaci pracovníků, řešení problémů, práci s informacemi, schopnost rozpoznat a vyhodnotit kvalitu poskytovaných služeb, schopnost využívat supervizi, tvorbu a uplatnění firemní kultury aj.

Výcvik je koncipován jako roční 112 hodin, je akreditován MPSV, zahájení březen 2016.

Více informací: www.arttherapy.cz, tel. 724 152 893, 725 509 063
e-mail: seminar.belveder@seznam.cz

Poradna konceptu Bazální stimulace



Na dotazy čtenářů odpovídá PhDr. Karolína Friedlová, certifikovaná lektorka a supervizořka, jednatelka INSTITUTU Bazální stimulace.

Chcela by som sa opýtať, ako máme správne postupovať v tomto prípade: imobilný klient, ktorý je orientovaný a poskytuje sa mu bazálna stimulácia, má napísaný iniciálny dotyk aj s oslovením na viditeľnom mieste nad hlavou. Klient nesúhlasí s tým, aby to tam mal, a tvrdí, že ho to obmedzuje v jeho ľudských právach a cíti sa ako označovaný. Taktiež sa chceme opýtať, či je potrebné zaviesť iniciálny dotyk v prípade, že máme úplne orientovaných mobilných klientov, ale poskytuje sa im bazálna stimulácia.

Ďakujem veľmi pekne.

Referentka výkonu opatrovateľskej služby, zariadenie pre seniorov a domov sociálnych služieb

Iniciálny dotek se zavádí u klientů se změnou v oblasti vědomí (somnia, komat). Dále je nutné jej použít v péči u klientů plně při vědomí, ale se změnou v oblasti kognitivních funkcí (mentální retardace, demence). U klienta bez poruchy kognitivních funkcí a bez změny vnímání a vědomí nemusí být iniciální dotek vůbec zaveden. Není nutné u těchto klientů iniciální dotek zavádět, protože jejich stav jim umožňuje zaznamenat vaše oslovení a vnímat adekvátně situaci, že s ním chcete něco činit.

Maxikulich

■ **Text a foto: Hana Třasková**

Dům seniorů POHODA, o. p. s.,
Orlová-Lutyně

Kreativní myšlení je předpokladem originálních nápadů. Chce to jen odvalu a pustit se do něčeho nového a neobvyklého. Na cestě za tvořivostí vám může být nápomocen náš postup při výrobě maxikulichu. A proč zrovna maxikulich? Dům kultury města Orlová vyhlásil v rámci vánoční výstavy soutěž a uživatelky našeho domu seniorů téma natolik zaujalo, že se s chutí pustily do práce. Zkuste to i vy!

Pomůcky:

Textil bílé barvy a různých odstínů modré, kolíkový stav, bílá pevná vlna na osnovu, nůžky, tavná pistole, 2 polystyrenové koule, vlasce, velká jehla, ozdoby – hvězdičky.

Postup:

1. Vyžehlíme si plátina různých barev (ideální velikost čtverec 2 x 2 m) a natrháme je na pruhy (šíře 2,5 cm), dááme pozor, abychom pruh na konci nedotrhli úplně; stane-li se, konce svážeme.
2. Pruhy stáčíme do klubiček.
3. Na kolíkový stav si navlékneme osnovu: každým kolíkem protáhneme vlnu o délce plánovaného výrobku (v našem případě 1,5 m). Konce vlny je nutno zakončit uzlíkem. U 1. kolíku svážeme



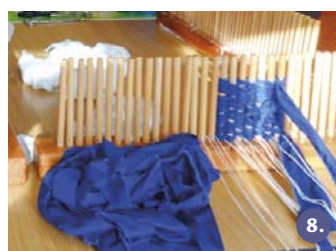
- 3 vlákna, pak pokračujeme vždy po 2 vláknech (ze 2 kolíků po jednom vlákně).
4. Můžeme začít tkát, a to tak, že pruhy textilu provlékáme kolíkovým stavem.
5. Jsou-li kolíky plné do své výšky, stahujeme textilní pruhy na osnovu, jeden kolík po druhém, a opět je zasuneme do otvorů stavu.
6. Aby bylo dosaženo tvaru kulichu, začneme ve 3. třetině plochy ubírat vždy 2 kolíky z pravé a 2 z levé strany. Po stažení kolíku pokračujeme již metodou ubírání 4 kolíků zprava a 4 zleva, v závěru ubíráme 6 kolíků zprava a 6 zleva. Konce vlny rozstříháme a zauzlíme.
7. Přední díl je hotov a totéž zopakujeme u zadního dílu maxikulicha.

8. Boční pruhy: navlékneme novou osnovu, ale pouze na 10 kolíků o délce vlny 1 metru. Postupujeme ve tkaní obdobně jako dosud – viz bod 3. Jsou-li kolíky naplněny, stáhneme je dolů a provedeme ještě jednou. Při třetím provlékání kolíků ubereme 1 kolík zprava a 1 zleva. Při čtvrtém již 2 kolíky zprava a 2 zleva. Vznikne tkaný pruh a celý proces ještě jednou zopakujeme, abychom měli takové pruhy 2.
9. „Bambule“: Na stůl si položíme paprskovitě pruhy natrhané látky a do středu dáme polystyrenovou kouli.
10. Kouli zabalíme do textilu a svážeme. Spodní pruhy natrháme na užší štrápce cca 1 cm. Totéž provedeme ještě jednou.
11. Kulich si můžeme ozdobit dle vlastní fantazie (korálky, hvězdičky, sněhové vločky). Používáme tavnou pistoli.
12. Vlascem navlečeným do velké jehly sešijeme přední a zadní díl kulichu a poté přišijeme boční pruhy. Na závěr na ně přilepíme „bambule“ se štrápci opět tavnou pistolí.

Náš maxikulich získal na vánoční výstavě 1. místo, což nás velmi potěšilo. Přejeme hodně radosti a úspěchů při práci.

A na závěr několik moudrých slov:

„Člověk se narodil k činnosti. Nebýt ničím zaměstnán a neexistovat, je pro člověka totéž.“
(Voltaire)



Příspěvky uveřejněné v této rubrice se nemusejí shodovat s názorem redakce. Redakce si vyhrazuje právo na redakční úpravu a krácení příspěvků bez vědomí autorů i na případné odmítnutí urážlivých či jinak nevhodných příspěvků.

Několik myšlenek o koncepci sociální práce v ČR

Zaujal mě článek *Revolta sociální práce*, který vyšel v časopise *Listy sociální práce č. 3, na jaře 2015*. Článek poukazuje na to, že veřejnost v ČR v současné době neví, co to sociální práce je a co sociální pracovník dělá, dále článek upozorňuje, že je profese sociálního pracovníka hluboce podceňována (což vím i z vlastní zkušenosti), chybí vhodná legislativa atd. Je v něm mj. též uvedeno, že je nejvyšší čas k hlasitému sdělení názoru sociálních pracovníků k tomuto tématu. Tedy se ozývám.

■ **Text: Mgr. Zuzana Štádlarová, DiS.,**
sociální pracovnice pověřené
obecního úřadu

Jsem jedinou sociální pracovnící na malé obci (pověřená obec). Mám na starosti sociální práci pro obec (dle zákona o hmotné nouzi), dále obecní terénní Pečovatelskou službu města Unhošť, ale i opatrovnictví několika občanů Unhoště, částečně i sociálně-právní ochranu dětí. Vidím tedy možnosti sociální práce z více úhlů pohledu (samozřejmě kromě opatrovnictví, které do sociální práce nepatří). Snad můj názor tedy bude k něčemu dobrý.

V naší milé České republice je bohužel již dlouho zvykem nevytvářet žádné ucelené a hlouběji promyšlené koncepce, ať už se to týká jakékoliv oblasti života. Od revoluce v roce 1989 se nastavení pravidel čehokoliv děje spíše nahodile, živelně, nekoncepčně, nesystematicky, dle volebních období apod. Až v posledních letech zaznamenávám snahu o sjednocení postupů a pravidel. Víím, že nastavit jednotná pravidla pro jakoukoliv lidskou činnost celorepublikově není vůbec snadný počín, chce to mnoho informací, aktuálních, dobře propracovaných statistik, znalost historie oboru atd. Takže si nedělám iluze, že bych tady nyní vysypala něco takového z rukávu. Ale pokusím se alespoň nastínit svou představu, která by možná mohla vlivně této zemi při etablování sociální práce jako profese zajímat.

Sociální práce se v mnoha ohledech velmi blíží lékařské pomoci a péči. Bylo by dobré se při nastavování sociální práce v ČR inspirovat v oblasti českého zdravotnictví. Platí totiž, že v podstatě tak, jako lékař léčí tělo a duši, my sociální pracovníci pomáháme našemu klientovi „léčit“ jeho

sociální situaci, resp. sociální problémy, samozřejmě za podmínky jeho aktivní spolupráce. Doprovázíme jej v obtížné životní situaci a na cestě z ní, pokud možno až k jeho znovuzačlenění do běžného života společnosti, což je, předpokládám, hlavní smysl naší práce – naučit ho žít „správně“, správným životním pravidlům, správně se rozhodovat a přitom chráníme jeho lidskou důstojnost. A co to má společného se zdravotnictvím? Před lety bývalo dobrým zvykem, že vstupní branou do zdravotnictví byli většinou praktičtí (rodinní) lékaři, kteří měli všeobecné medicínské vzdělání, aby uměli rozpoznat co nejvíce zdravotních obtíží. Ty potom vyléčili buď sami, anebo pokud viděli, že k vyléčení je třeba užšího, hlubšího vzdělání, posílali pacienta za specialistou (chirurgem, neurologem, kardiologem atd.). Výhodou to mělo v tom, že rodinný lékař znal nejen pacienta, ale i jeho rodinu a celou její zdravotní historii. Měl tedy daleko větší šanci určit správnou diagnózu, když věděl, které dědičné nemoci by mohly pacienta pravděpodobně trápit. Kromě toho byla vstupní branou do systému i záchranná služba a pohotovost. Pokud to bylo jinak, nechtě mě erudovanější pamětníci opraví.

Stejně tak bych si myslela, že na každém úřadu pověřené obce a obce s rozšířenou působností by měl být minimálně jeden, lépe dva sociální pracovníci, kteří by měli na starost občany své obce. V případě pověřených obcí by se jejich sociální pracovníci starali i o občany obcí ve spádovém území. Sociální pracovníci obcí by měli mít všeobecné sociální vzdělání, tj. měli by znát nejrůznější obtížné životní situace, do nichž se občan může dostat (vodítkem v jejich zmapování by mohl být např. výčet cílových skupin ve Standardizovaném zá-

znamu sociálního pracovníka), a způsoby, „jak z toho ven“. Spolu s klientem by v rámci klasické sociální práce „diagnostikovali“ hlavní a vedlejší problémy, které klient potřebuje a chce řešit, a buď by ho jeho sociální situací provedli sami, nebo ve spolupráci se sociálními specialisty (tj. se sociálními službami, ty bývají úžeji zaměřeny) či s dalšími odborníky (úřady, lékaři atd.). Nevylučuji ale, že by se klienti nemohli dostávat do sociálního systému také skrze další zachytné vstupní body (lékaři, policie, sociální a zdravotně-sociální služby). Bylo by ale potřeba vyřešit financování sociálních služeb tak, aby tato oblast netrpěla existenční nejistotou a mohla si dovolit opravdu kvalifikované pracovníky.

Věřím, že česká sociální práce se vzpamatuje a v blízké budoucnosti se etablouje jako velmi potřebná a kvalitní profese, která pomáhá lidem, kterým rodina ani jiné okolí pomoci nemůže.

INZERCE

FÓRUM SOCIÁLNÍ POLITIKY

Obdobný recenzovaný časopis — obsah 6/2015

Editorial	1
Recenzované stati, studie, úvahy a analýzy	
Preferovaná délka rodičovské dovolené: Srovnání osmi evropských zemí	2
Dana Hamplová, Petra Šalamounová	
Flexibilní režim čerpání rodičovského příspěvku a sladování rodičovství s placenou prací	10
Olga Nešporová	
Statistiky a analýzy	
Přístupnost veřejné správy pro občany s omezenou schopností pohybu a orientace	19
Poznatky z praxe	
Anketa „Bariéry v plnění oznamovací povinnosti případů násilí na dětech a jejich řešení“	25
Informační servis čtenářům	
Zlatým hřebem Týdne sociálních služeb byl VII. výroční kongres poskytovatelů sociálních služeb ČR	29
Indikátory integrace cizinců z třetích zemí v ČR a začlenění ruské komunity do většinové společnosti (informace o projektu EIF a jeho řešení)	30
Recenze: Problematika multikulturního soužití	
pohledem Dany Moree	31
Novinky v knižním fondu	31
Z domácího tisku	32
Ze zahraničního tisku	32

Postoje mladých ľudí k manželstvu a rodičovstvu, ktorí boli umiestnení v zariadeniach ústavnej starostlivosti

■ **Text: Mgr. Gabriela Valachová,**
sociálna pracovníčka

Život každého jedinca sa v rámci celého ľudstva líši svojimi individuálnymi zvláštnosťami. Je všeobecne známe, že rodina je významný socializačný činiteľ a do značnej miery ovplyvňuje spôsob, akým budeme neskôr vnímať svet okolo nás či medziľudské vzťahy. Každý máme rodinu, ktorá nás nejakým spôsobom ovplyvňuje a tvorí. Rodičov, či prostredie, do ktorého sa človek narodí, si nemôže nikto vybrať sám podľa svojich predstáv. Dieťa si nevyberá, či sa narodí do rodiny úplnej, neúplnej, do rodiny, kde sú partneri v manželstve, alebo kde žijú vo voľnom spoluzití. V dnešnej dobe je to skutočnosť a mladí ľudia si môžu klásť otázku, ktorá z týchto foriem spoluzitia je vhodnejšia pre deti i partnerov. Výchovou k manželstvu a rodičovstvu sa snažíme posilňovať myšlienku, že partnerské spoluzitie, ktoré je spojené manželským zväzkom, vytvára pre dieťa, jeho výchovu najoptimálnejšie podmienky. Taktiež pre partnerov táto forma spoluzitia prináša väčšiu istotu a zázemie v ich živote. Investovať do výchovy mládeže znamená veľký krok pre spoločnosť, ktorý sa neskôr odrazí v ich partnerskom spoluzití a výchove vlastných detí. Formy partnerského spoluzitia v súčasnej populácii je téma, na ktorú sa v spoločnosti aktívne vedú viaceré diskusie. Doba, v ktorej žijeme, alarmuje svojimi štatistikami o rozvodovosti, kriminalite a neustále oslovuje naše svedomie. Mnohí mladí ľudia nedôverujú manželstvu ako inštitúcii. Vidia v ňom príliš veľa puklín. Často sú svedkami rozpadu manželstva rodičov. Ani ekonomické dôvody už nie vždy udržia manželstvo. Mladí dnes už tiež nepodliehajú náboženskému názoru, podľa ktorého by malo manželstvo „trvať, až kým nás smrť nerozdelí“.

V zariadeniach ústavnej starostlivosti sú deti vychovávané cudzími ľuďmi. Nevyrastajú v prostredí, ktoré by im v plnej miere nahradilo rodinu. To môže v budúcnosti ovplyvniť ich postoje k rodine, rodičovstvu, partnerstvu. V zariadeniach, ako sú napríklad detské domovy, prevládajú ženy

vychovateľky, čím sú deti ochudobnené o mužské vzory vo výchove. Tieto mužské vzory im môžu chýbať a práve to môže mať v ich neskoršom živote dopad na predstavy o ich rodinnom živote. Pri realizácii prieskumu, v ktorom sa zisťovali postoje mladých ľudí k manželstvu a rodičovstvu, ktorí boli umiestnení v zariadeniach ústavnej starostlivosti, sa zistilo, že 68 % respondentov si plánuje voľné spoluzitie s partnerom v spoločnej domácnosti vyskúšať, no iba na dobu určitú. Následne majú v pláne s partnerom uzatvoriť manželský zväzok. Ďalšou výraznou skutočnosťou, ktorá sa prejavila, bolo to, že respondenti, ktorí vyrastali v zariadeniach ústavnej starostlivosti, vnímajú manželstvo v 72 % ako inštitúciu, ktorá zabezpečuje svojim členom ochranu, kde sú si partneri vzájomnou oporou a spoločne vychovávajú deti. Každý človek má právo sa slobodne rozhodnúť pri voľbe svojho partnerského i rodinného života a ostatným zostáva to akceptovať. Avšak manželstvo, rodičovstvo sú hodnoty, ktoré človeka obohatia nielen zážitkami, skúsenosťami, ale zanechávajú v ňom neopísateľné a nenahraditeľné pocity či emócie. Na základe vyššie uvedených skutočností vidíme, že je potrebné nie len v rodine, ale i v zariadeniach ústavnej starostlivosti prostredníctvom výchovy viesť mládež k manželstvu a rodičovstvu. Naučiť mladých uvažovať a konať tak, aby ich činy boli prospešné a prínosné hlavne pre nich samých, pre spoločnosť, no hlavne pre ľudí, ktorí sú súčasťou ich partnerského a rodinného života. Nevedomosť nám v živote kladie nečakané prekážky a dokonca sa náš život začína uberať úplne iným smerom.

Život dnešných mladých ľudí sa dá charakterizovať ako rýchly a niekedy povrchný. Z toho dôvodu je veľmi dôležité, aby rodičia, pedagógovia, lekári, odborníci komunikovali s deťmi o všetkých pozitívach, ale i negatívach, ktoré život prináša. Viac ako kedykoľvek v minulosti je potrebné klásť veľký dôraz na výchovu k manželstvu i rodičovstvu, pretože dieťa dostáva základ do budúceho partnerského života už od útleho detstva, a to hlavne priamo z rodiny, prostredia, v ktorom žije. V dnešnej dobe sú moderné krátkodobé vzťahy, no mla-

dí ľudia si stále uvedomujú skutočnosť, že manželstvo je inštitúcia, ktorá zabezpečuje svojim členom ochranu, kde sú si partneri vzájomnou oporou a spoločne vychovávajú deti. Pri vstupe do manželského zväzku partneri preberajú na seba zodpovednosť jeden za druhého. Mnohí z vlastných skúseností vieme, že vybudovať si dobrý, zdravý, fungujúci partnerský vzťah je dlhodobá a namáhavá práca, no udržať si ho je oveľa náročnejšie. Žijeme v dobe, v ktorej si veľa ľudí myslí, že partnerské spoluzitie, život v manželskom zväzku a úloha rodiča je samozrejímá a prirodzená vec, ktorá nevyžaduje žiadnu zvláštnu prípravu. Tí, ktorí tieto skutočnosti zažívajú, vedia, že opak je pravdou. Na vedenie plnohodnotného partnerského života a zodpovedné plnenie úloh manžela i rodiča je potrebná systematická príprava. Pokiaľ chceme dosiahnuť, aby aj deti mali svoj režim, psychickú vyrovnanosť a vnímali rodinu ako bezpečnú zónu, je potrebné sa o rodinný život nevyhnutne starať, venovať mu dostatok času, lásky a pozornosti. Pri výchove mladých ľudí k manželstvu a rodičovstvu by sa mali mladí oboznamovať s problémami, ktoré partnerský život prináša. Mali by sa naučiť, ako zvládať tieto ťažké situácie a taktiež načerpať nové poznatky a skúsenosti. Dostatok času a pozornosti by mali byť venované mladým párom, ktorí sa rozhodujú o svojom ďalšom posune v partnerskom živote. Mali by sme sa u nich zamerať na elimináciu strachu z toho, či partnerský vzťah v manželskom zväzku bude fungovať, či nezlyhá pre bežné problémy. Vedeť ich nasmerovať, podporiť ich rozhodnutie pre vstup do manželstva a založenie rodiny. Poukazujem na nevyhnutnosť výchovy k manželstvu a rodičovstvu v súčasnej populácii so zameraním sa na partnerské spoluzitie, vzťahy tak ako v rodinách, rovnako i v zariadeniach ústavnej starostlivosti. Cieľom by malo byť nenútenou formou a prirodzenými metódami pôsobiť na mladých ľudí, aby premýšľali nad významom rodiny založenej na manželstve. Motivovať ich, aby aj sami vyvíjali záujem a zaoberali sa hodnotami ako je manželstvo a rodičovstvo, ktoré patria u človeka medzi tie najcennejšie a najvýznamnejšie. ■

Střípky z domova

Křest knihy „Fejetony“

Žďár n. S. – Dne 30. 12. 2015 proběhl v Domě klidného stáří slavnostní křest knihy „Fejetony“, kterou napsal obyvatel domova, pan Oldřich Zedníček. Pan Zedníček se narodil 21. 9. 1923 v Březí nad Oslavou, s manželkou Irenou vychoval dceru. Do Domu klidného stáří přišel 1. září 2010. Hned od počátku začal pravidelně přispívat svými fejetony do Zpravodaje Domova. První fejeton se jmenoval „Předvánoční lidové tradice“ a vyšel v prosinci 2010. Jak šel čas, fejetonů přibývalo a dceru pana Zedníčka napadlo vydat fejetony knižně.



A tak vznikla krásná publikace obsahující 29 fejetonů, které vtípně zachycují dnešní dobu a vycházejí z autorových bohatých životních zážitků a zkušeností. Nezbyvá, než obdivovat nadšení, energii a optimismus. I přes pokročilý věk je pořád v dobré duševní kondici, vyznačuje z něho pohoda a životní moudro může rozdávat. Obyvatelé i zaměstnanci Domu klidného stáří přejí panu Zedníčkovi kromě zdraví ještě mnoho tvůrčích let.

Bc. Eva Josífková, vedoucí Domu klidného stáří, Žďár nad Sázavou

3. ročník soutěže „Společně malujeme svět“

Litoměřice – Domov pro matky s dětmi Diakonie ČCE v Litoměřicích uspořádal 3. ročník celorepublikové výtvarné soutěže „Společně malujeme svět“. Děti a maminky z azylových domovů celé ČR malovaly obrázky a tvořily krásná díla již potřetí, tentokrát na téma Čáry a kouzla. Do 3. ročníku přihlásilo 21 azylových domů 139 obrázků. Porota měla opět nelehký úkol při hodnocení, proto rozhodla o udělení 5 zvláštních cen. Vernisáž výstavy a vyhodnocení výsledků proběhlo 2. 12. 2015 v sále Okamžik v Litoměřicích. Vítězové si užili svou možná první „chvilku slávy“, odnesli si medaili, diplom i cenu; pro všechny účastníky



soutěže byly připraveny sladkosti a drobné dárky. Na vernisáži se nejen vyhlašovaly výsledky, ale také se zpívaly vánoční koledy a na závěr byl pro účastníky připraven krásný raut. Daří se naplňovat motto soutěže: Bez konců nelze začít od začátku. Začátek je výzva, naděje, nutnost. I když osud žen a dětí z azylových domů není lehký, je nutné začít od začátku a jít dál. Umět se radovat i z „malých“ úspěchů, umět udělat něco, z čeho jiní mají radost, co je potěší. A tím určitě krásné obrázky od maminek a dětí jsou.

*Mgr. Lenka Vašutová, speciální pedagog,
Domov pro matky s dětmi
Diakonie ČCE Litoměřice*

Koncert v Klokotech

Tábor-Záluží – Dne 20. 12. 2015 proběhl v kostele Nanebevzetí Panny Marie v Klokotech Adventní koncert, jehož výtěžek věnovala Římskokatolická farnost našemu stacionáři. Zazpíval pěvecký sbor ZUŠ Tábor pod vedením paní učitelky Heleny Boučkové. Kostel se zaplnil do posledního místa a někteří návštěvníci museli dokonce



stát. Bylo to hezké připomenutí předvánočního času a koncert vynesl 5 189 Kč. Moc všem zúčastněným a návštěvníkům děkujeme.

*Mgr. Petr Brázda,
Denní a týdenní stacionář Klíček Tábor-Záluží*

Svatomartinská slavnost

Štítý – Dne 13. 11. 2015 se v našem domově duchodců konala Svatomartinská slavnost, která se od roku 2014 stala již tradicí. Slavnosti se účastnili uživatelé domova, jejich rodiny a přátelé. Pozvání přijali i uživatelé z okolních domovů pro seniory – DS Libina, DS Šumperk a DZR Jedlí. Dru-

hý ročník této akce zahájil jako v roce předešlém svatý Martin, který přijel na bílém koni. Pro některé to bylo velké překvapení, když uviděli opravdového koně a na něm sv. Martina v podání malé holčičky. Poté paní ředitelka přivítala všechny přítomné. Tematické vystoupení si pro tuto příležitost připravily děti z MŠ Štítý. Uživatelům, kteří mají rádi dechovou hudbu, zahrála hudební skupina Rozmarýnka, pro ostatní zahrála moderní hudební skupina Melodik Rock. Hlady jsme netrpěli, na stolech bylo připraveno bohaté občerstvení v podobě jednohubek, koláčků, slaných tyčinek atd. Celou slavnost zakončila večeře, kterou připravily naše kuchařky v podobě kachny,



dvou druhů zelí a knedlíků. Poté mohla pokračovat volná zábava. Všichni si tento den velmi užili, mnozí by na slavnosti setrvali až do pozdních hodin. Při loučení jsme slyšeli spoustu pozitivních reakcí. Bylo vidět, že mnohé takové setkání potěšilo a zahrálo u srdíčka. Děkujeme všem zaměstnancům, dobrovolníkovi Ondrovi a studentům Střední školy sociální péče a služeb Zábřeh, kteří se podíleli na zabezpečení této akce.

*Mgr. Anna Urbanová,
sociální pracovnice,
Domov duchodců Štítý, p. o.*

Tříkrálová sbírka na Uherskobrodsku

Uh. Brod – Celkem 1 301 047 korun letos vykoledovali účastníci Tříkrálové sbírky, která se na Uherskobrodsku konala od 2. do 14. ledna 2016. Do sbírky se zapojilo na 1200 dobrovolníků. Tříkrálová sbírka je každoročně vyvrcholením času Vánoc. Naším záměrem je zajistit přímou pomoc pro rodiny s dětmi, které se ocitnou v nečekané tíživé situaci. Dále peníze pomohou rozšířit provoz terénní služby pro osamělé seniory, udržet nepřetržitý provoz v Pečovatelské službě Bánov a přispějí k pořízení nového automobilu pro Domácí zdravotní péči Uherský Brod. „Jsem vždy zvědavý, kolik lidí nám otevře dveře, srdečnost a ochota lidí ale pokaždé předčí mé očekávání.“

Střípky z domova

poznámenal vedoucí jedné skupiny Aleš Kapsa, který v Uherském Brodě vyrazil letos na koledování už popatnácté. Od nultého ročníku v roce 2000 se mu věnuje také rodina Hamadova ze Starého Hrozenkova. „Tehdy jsem neměla se sháněním koledníků žádnou práci, protože koledovaly mé tři děti a já s nimi. Od té doby děti vyrostly a mají už své děti. A tak letos koledoval můj tříletý vnouček Vladimír a jeho školková spolužačka Barunka,“ řekla G. Hamadová, která pracuje jako vedoucí PS Bánov. Její dcera s vnoučkem Vladimírem koledovali ve Starém Hrozenkově. „Obešli docela velkou část obce. Nakonec se to minikoledníčkům tak zalíbilo, že když došli svoji



skoro tříhodinovou trasu, chtěli ještě pokračovat. To ale nakonec kvůli drobné nehodě nešlo – oběma se totiž podařilo skončit v kaluži, takže... ty tam černý vzadu... byl černý úplně celý,“ dodala s úsměvem G. Hamadová.

Oleg Kapinus, Oblastní charita Uh. Brod

Adventem až ke Třem králům

Břežany – Latinské slovo „adventus“ označuje příchod, očekávání příchodu Ježíše. Nejinak je tomu u našich klientů, kteří s rozsvícením první svíčky na adventním věnci zahajují období plné očekávání, příprav, oslav a událostí. Některé jsou tradiční, jiné se konaly poprvé. Jednou z těch „premiérových“ byla výstava betlémů, akcí tradiční byla nadílka sv. Mikuláše v zámecké kapli, kdy nás svou návštěvou a krásnými dárečky již poněkolkáté potěšili farníci ze Štítné nad Vláří. Další událostí bývá Mikulášský turnaj ve stolním tenisu. Na tento 18. ročník se sjeli sportovci z 11 zařízení, aby poměřili své síly a dovednosti. Klienti z Břežan se zúčastnili také akce s názvem Český Ježíšek pořádané Rádiem Impuls, tedy pokusu o překonání rekordu v počtu vypuštěných balónek v jeden okamžik. V celé ČR vzlétlo 87 923 balónek z 398 míst – rekord sice překonán nebyl, ale příjemná atmosféra a psaní „přání Ježíškovi“ nás po-



sunula o krok blíže k Vánocům. A pozornost našich klientů se už zaměřila na vánoční besídku, kde klienti hrají svým blízkým a přátelům vánoční divadelní přestavení, tentokrát s názvem Král pokorných. Divadlo bylo doplněno o vánoční písně naší zámecké kapely a přeneslo trochu té pravé vánoční atmosféry na diváky. A s poslední zapálenou svící na adventním věnci se koná adventní koncert v zámecké kapli. Svými písněmi a skladbami jezdí klientům zpříjemnit čekání na Štědrý den členové Znojemského komorního orchestru a Chrámový sbor sv. Kříže. A ke Štědrému dni, na nějž se těší malí i velcí, zbývá jen malý krůček. Tříkrálovým koledováním, při němž tři králové prošli společně s duchovním celým zařízením, požehnali a označili všechny dveře, se celé vánoční období na Zámku v Břežanech uzavírá. Svátek Tří králů je dvanáctým (a posledním) dnem Vánoc; po tomto dni začíná období masopustu plné zábavy a her.

*Mgr. Vlasta Harenčáková,
Zámek Břežany, p. o.*

Čtyři medaile pro Žampach

Žampach – 10.–15. ledna 2016 se konaly – tradičně v Horní Malé Úpě – Zimní hry speciálních olympiád. Zúčastnilo se jich na 200 sportovců, trenérů a partnerů z více než 20 registrovaných klubů. Po několika letech, kdy pořadatelé i sportovci bojovali s nedostatkem sněhu, byl letošní rok dobrý a od poloviny týdne byly podmínky téměř ideální. Sportovci z klubu Radost v Žampachu se v početné konkurenci opět neztratili a z her přivezli dvě zlaté a dvě stříbrné medaile. Vzhledem k tomu, že naše výprava byla letos početně oslabena, lze dosažené výsledky považovat za obrovský úspěch; vlastně ve všech zastoupených závodech



jsme obsadili medailové pozice. Oficiálním partnerem her byla obec Malá Úpa, která hry zařadila do programu oslav 450 let založení obce, a tradičně i lyžařské středisko SKiMU Sport Centrum Malá Úpa. Vedle sportovního programu byl pro účastníky her připraven i bohatý mimosportovní program a také projekt Zdravý sportovec.

*PaedDr. Luděk Grätz, ředitel
Domov pod hradem Žampach*

Kovbojský ples

Kravaře – V zimním období nastává ta pravá chvíle pro veselí a zábavu. Také klienti našeho domova měli možnost poveselet se na plese, který má již mnohaletou tradici. Ten letošní se konal 25. ledna a nazvali jsme ho „Kovbojský ples“. Do přípravy se



aktivně zapojili i naši klienti, někteří přišli na ples stylově oblečení. V kovbojském nebo country oděvu přišli také téměř všichni zaměstnanci a hosté z radnice města. Pozvání neodmítli dobrovolníci, kteří nám v průběhu roku pomáhají. Všechny přítomné přivítal „šerif“ domova Petr Adamec, následovalo vystoupení našich klientek s jejich country tancem. Co by však byl ples bez muziky? Svým zpěvem a krásnými písněmi nás celé odpoledne provázeli naši věrní muzikanti. Taneční parket byl stále plný. Podávalo se sladké občerstvení s kávou a dle libosti nápoje a pochutiny z bufetu. Vrcholným bodem plesu bylo losování bohaté „tomboly“, každý účastník vyhrál dvě krásné ceny, kterými přispěli jak zaměstnanci, tak i naši sponzoři a příznivci. Hlavní cenou se stal obrovský „kovbojský“ dort, na kterém nechyběl kovboj, koně, kaktusy a další typické symboly „Divokého západu“. Šťastnou výherkyní dortu se stala přítelkyně jednoho z našich klientů, která se o svou výhru na místě podělila. Náš „Kovbojský ples“ se vydařil, na tvářích našich klientů se zračila spokojenost a všichni odcházeli s nezapomenutelnými zážitky.

*Bc. Jana Polášková
sociální pracovnice, DS Kravaře*

Příspěvky v této rubrice mohou být redakčně kráceny.

Dopřejte pocit zdravé pokožky svým klientům

Kosmetika **Menalind®** professional
pro zralou a citlivou pokožku

Nutriskin Komplex

- přispívá k lepší elasticitě kůže
a podporuje její regeneraci

Emulze voda v oleji

- zajišťuje dlouhodobou a hloubkovou
hydrataci pokožky

Vyvážené pH 5,5

- nedráždí pokožku a udržuje ji zdravou

 Inkontinence

Pro další informace volejte na bezplatnou linku **800 100 333**, navštivte
www.hartmann.cz nebo kontaktujte svého obchodního zástupce HARTMANN-RICO.



**O krok dál
pro zdraví**