

odborný časopis



cena: 50 Kč / 2,3 €

sociální služby

Asertivita

jako strategie
jednání

**Registr
smluv**

Přínosy a rizika:

Duchovní péče o umírající



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

ročník: XVIII.
duben 2016

Dopřejte svým klientům pohodlí a zdravou pokožku

Díky natahovacím kalhotkám pro střední a těžký únik moči **MoliCare® Mobile**



- **Spolehlivé a bez zápachu**

Třívrstvé savé jádro pohltí moč i nežádoucí zápach.

- **Dokonale sedí**

Přizpůsobí se každému a neomezují v pohybu.

- **Udržují pokožku zdravou**

Jemný antibakteriální povrch nedráždí pokožku a eliminuje až 99,9 % bakterií. Prodyšné materiály dovolují pokožce dýchat, proto se nezapaňuje.



POVRCH
BEZ UMĚLÝCH
MATERIÁLŮ



Inkontinence

Vzorky ZDARMA pro nové klienty žádejte na bezplatné lince
800 100 333 nebo navštivte **www.hartmann.cz**.



**O krok dál
pro zdraví**

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: 4/2016 DUBEN

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 10× ročně, 20. den v měsíci,
resp. nejbližší následující pracovní den

Redakce:

Šéfredaktorka: Mgr. Veronika Hotová

sefredaktor@apsscr.cz

+420 607 056 221

Zástupkyně šéfredaktora: Ing. Kateřina Endrštová

redakce@apsscr.cz

+420 725 345 575

Jazyková korektura:

české texty: Mgr. Tamara 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 Žlíbků 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.: 00421/2/67201931-33 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 šéfredaktora.

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

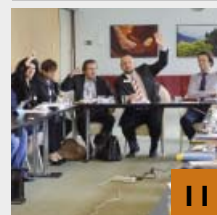
ISSN 1803-7348

Z obsahu čísla:

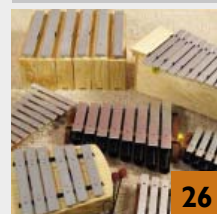
- **Aktuality APSS ČR** 5
- **Aktuální nabídka seminářů
Institutu vzdělávání APSS ČR** 7
- **Ze života sekcí APSS ČR:
Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež na malém
městě, Podpisy smluv o poskytování sociální služby** 8
- **Reportáž: Jiří Horecký byl zvolen
novým prezidentem E.D.E.** 11
- **APSS SR: Implementácia podmienok kvality
do praxe poskytovateľov sociálnych služieb** 12
- **Poradna konceptu Bazální stimulace** 12
- **Asertivita jako strategie jednání
aneb Jak být v mezilidské komunikaci přímý, I. díl** 14
- **Management infekcí spojených
se zdravotní péčí v sociálních službách, 2. díl** 16
- **ZPSS v SR: Podmienky kvality
poskytovanej sociálnej služby na Slovensku** 19
- **Validace podle Naomi Feilové
– klíč k porozumění lidem s demencí, 2. díl** 20
- **Kinestetická podpora pohybu
dle VIV-ARTE® KINÄSTHETIK-PLUS** 24
- **Muzikoterapie – Náměty pro hudební aktivity
s uživateli v sociálních službách, 2. díl** 26
- **Přínosy a rizika duchovní péče o umírající** 28
- **Právní poradna: Zvláštní příplatek** 31
- **Problematické situace při poskytování
pečovatelských služeb, 2. díl** 32
- **Veřejný ochránce práv:
Ochránce a národní preventivní mechanismus** 35
- **Právo: Registr smluv a nové povinnosti
pro příspěvkové organizace obcí a krajů** 36
- **Pro inspiraci: „Dejte jim za uši“
aneb Kurzy sebeobrany pro seniory** 38
- **Zařízení certifikovaná Značkou kvality** 39
- **Dobrá praxe: Péče o osoby trpící
Parkinsonovou nemocí** 40
- **Střípky z domova** 41



8



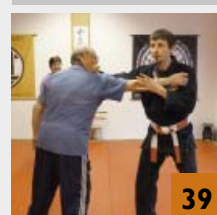
11



26



28



39



41

BONBONY
BONWOLLY

Bonmoty a aforismy
Paula Kosorina

*Snažte se žít
 tak, abyste
 jednou nemuseli
 odcházet ze světa
 jako Berdych
 z Wimbledonu – se
 slovy Citím, že jsem
 měl na víc.*



ÚVODNÍK VICEPREZIDENTKY



Vážené kolegyně, vážení kolegové,
 poslední dobou často slyším stesky ohledně terapií v sociálních
 službách. Ať už v souvislosti s aktivizacemi nebo s potřebností odborné
 péče pro uživatele. Bohužel si myslím, že jsou oprávněné.

Nabídka vzdělávání je opravdu široká, především na 6–8 hodin,
 což já vnímám spíše jako ochutnávku, nabídku a nasměrování k dalšímu,
 dlouhodobému a systematickému vzdělávání.

I přesto se však jako houby po dešti množí „terapeuti“, kteří zavádějí nové terapeutické
 metody, formy práce s uživatelem, koncepty péče atd., které znají po pár hodinách
 semináře spíše z doslechu. Přitom jejich původní vzdělání nemá se zaváděnou terapií nic
 společného.

Webové stránky, letáčky a úvodní informace pro nového uživatele to unesou,
 zřizovatelé a provozovatelé jsou stále „novátorští“, a to se chce. Aktivizujeme jednoho
 i všechny. Vždy, když má dotyčný „terapeut“ službu, když to stihne, pokud se mu chce...
 A zodpovědnost za terapii? To je horký brambor, který se žhaví do té doby, než se něco
 stane. Pak ho nikdo nechce a přehazují si ho mezi sebou všichni zúčastnění.

Kde však hledat řešení? Kde je napsáno, co je, a co není terapie? Kdo je, a kdo není
 terapeut? U fyzioterapie, ergoterapie a logopedie jsem myslela, že je to jasné. Pracovník
 má odborné vysokoškolské vzdělání! Světe div se, i kurz stačí! A tak není potom divu,
 že canisterapeut je ten, co má pejska a má ho rád, muzikoterapii dělá ten, kdo rád zpívá,
 v arteterapii se dobře uplatní pracovník, který pěkně maluje a původem je vyučený
 šikovný řemeslník... Stesky jsou opravdu na místě!

Ale abych jen nekritizovala, chci se na závěr podělit o zkušenosti ze Značky kvality pro
 ambulantní služby, kde jsme se setkali s terapiemi a terapeuty, kteří pracovali dle pravidel,
 která jsme na základě konzultací s odborníky stanovili. Základními požadavky jsou
 harmonogram každé terapie, její pravidelnost, terapeutický plán a pravidelné terapeutické
 záznamy. Terapeut musí být odborník v oboru, který absolvoval dlouhodobé, ucelené
 a systematické vzdělávání nebo výcvik, který byl zakončen diplomem či certifikátem.

Mgr. Irena Lintnerová, viceprezidentka pro ambulantní služby APSS ČR

EDITORIAL



Milí čtenáři,
 jak je známo, člověk je tvor společenský. Znamená to, že nemáme rádi
 samotu a upřednostňujeme před ní společnost dalších lidí. Zakládáme
 rodiny, vídáme se s přáteli a vytváříme přátelství nová. Blízcí lidé jsou
 pro nás důležití a pomáhají nám řešit různé těžké životní situace. Pokud
 jsme jakkoliv nemocní, je obrovskou výhodou, pokud o nás má kdo pečovat
 a my se máme o koho opřít. To samé (v ideálním případě) poskytujeme také. A jak se
 tak říká, i sdílená radost je větší radost. Zkrátka – ve společenství je naše síla, a tím
 pádem logicky i naše slabina, pokud jsme „na světě tak nějak sami“. Žít ve společnosti
 dalších lidí však znamená, že se s nimi musíme dorozumět. Nikdo z nás by asi nepopřel,
 že mezilidská komunikace je někdy opravdu těžká, a že jsou chvíle, kdy se zdá dokonce
 zcela nemožná a přiděluje nám spoustu starostí (a je už celkem jedno, zda se jedná
 o nedorozumění s partnerem, manželem, dětmi, klientem, kolegou či nadřízeným).
 Veškerá nedorozumění pro nás znamenají diskomfort a minimálně špatnou náladu.
 Není tedy rozhodně na škodu osvojit si techniky asertivní komunikace. Co to vlastně
 asertivní komunikace je a jak nám může pomoci, se můžete dozvědět z prvního dílu
 článku Markéty Vaculové Asertivita jako strategie jednání aneb Jak být v mezilidské
 komunikaci přímý. Asertivní jednání nám může pomoci ve všech oblastech našeho
 života, samozřejmě tedy i v naší práci. Pomáhá nám respektovat a snažit se chápat nejen
 druhé, ale hlavně sami sebe. Pokud totiž máme pěkný vztah sami k sobě, teprve poté
 můžeme mít pěkné vztahy s ostatními. U pomáhajících profesionálů to platí dvojnásob.
 Když se cítíme dobře a jsme vyrovnaní, spokojení a „v pohodě“, můžeme dávat našim
 klientům ze sebe maximum. A to by mělo být naším cílem.

Přeji Vám tedy krásné prosluněné dny a spoustu „dorozumění“ s lidmi, kteří se pohybují
 ve Vaší blízkosti. Protože i když nás lidé někdy štve, žít se bez nich nedá.

S přáním krásných jarních dní

Mgr. Veronika Hotová, šéfredaktorka

SENI CUP pojednání

SENI cup je mezinárodní fotbalová liga osob s mentálním postižením, která se mezi handicapovanými těší stále větší oblibě. Cílem projektu je poukázat na to, že i lidé s postižením mají chuť a možnost účastnit se sportovních utkání a intenzivně prožívat vše, co s tím souvisí: tréninky, posilování i samotná utkání. Současně přitom dokazují, že mají smysl pro kolektivní spolupráci a fair play.

Vlize SENI cup je prostě vítězem každý.

Tradičním patronem turnaje je fotbalová legenda **Antonín Panenka**, který si tentokrát přiveze svého kamaráda, slavného kanonýra Dukly Praha i reprezentace **Ládu Vízka**.

Spolu s dalším patronem, hercem a showmanem **Jakubem Kohákem**, který určitě nezapomene kopačky, předvedou v exhibičním utkání něco ze svého fotbalového umu. O dobrou náladu se postará zpěvák Martin Maxa, skupina AJETO z pražského DOZP Sulická a taneční skupina Lucarino Dance z Domova Na Svobodě Čížkovice.



Přijďte si zahrát, zafandit a pobavit se!

Srdečně vás zveme 25. května 2016 do Havlíčkova Brodu!

Nad letošním ročníkem opět převzala záštitu ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová.

Partneři:

Město Havlíčkův Brod, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Konto Bariéry, Nadace Charty 77, časopis Můžeš, Rezidenční péče a Receptář.

Více informací na www.seni.cz

Jednání Prezidia APSS ČR

Ve čtvrtek 17. 3. 2016 se v Domově Palata v Praze konalo jednání Prezidia APSS ČR. Prezident APSS J. Horecký přivítal přítomné členy a omluvil nepřítomné. Dále představil nové členy Prezidia: předsedkyni za Olomoucký kraj Ing. Hanu Řezáčovou, předsedu organizace Libereckého kraje Bc. Radima Pochopa a jeho zástupkyni Michaelu Albrechtovou. Ing. Jaromíru Mísíčkovi poděkoval za jeho dosavadní práci pro APSS.

Prezidium projednalo tyto body:

- aktuální situaci ve financování sociálních služeb pro r. 2016;
- aktuální legislativu: novelu zákona o soc. službách, zákon o registru smluv, o elektronické evidenci tržeb, záměr zákona o sociálních pracovnících, Materiálně-technický standard, Personální standard aj.;
- jednání se zdravotními pojišťovnami ve věci úhrad ošetrovatelské péče a o připravovaných změnách na r. 2017;
- zprávu o činnosti Profesního svazu zdravotnických pracovníků v sociálních službách;
- změny v nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě;
- stížnosti na inspekce kvality sociálních služeb.

Prezidium schválilo:

- přidružené členy, společnosti Vermont, s. r. o., JVB Engineering, s. r. o., a Residence Rosa, s. r. o.;
- úpravu Statutu Profesního svazu zdravotnických pracovníků v sociálních službách;
- čestné členy Profesního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách;
- zastupování APSS ČR v Evropské asociaci poskytovatelů dlouhodobé péče o seniory (E.D.E.).

Prezidium bylo seznámeno se:

- zprávou o stavu členské základny;
- zprávou o činnosti odborných sekcí.

Další jednání se uskuteční 28.–29. 6. 2016 v sídle APSS ČR v Táboře.

Redakční úprava: **Ing. Kateřina Endrštová**



Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, z. s., vyhláší 7. ročník výtvarné soutěže určené dětem od předškolního věku do 15 let

ŠŤASTNÉ STÁŘÍ OČIMA DĚTÍ

Děti prostřednictvím kresby, malby či fotografie mohou ztvárnit svou představu o starých lidech a stárnutí, ale i představu o svém životě v seniorském věku.

Uzávěrka zasílání soutěžních prací je 30. 6. 2016.

Bližší informace a podmínky účasti na www.stastne-stari.cz.

Plán odborných konferencí APSS ČR – 1. pololetí 2016

Pokoje umírání, 4. 5. 2016, 2016, Liberec

Bariéry rozvoje terénních služeb, 5. 5. 2016, Praha

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

Registr smluv a příspěvkové organizace, 31. 5. 2016, Praha

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

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

Členové APSS ČR k 12. 4. 2016: 984 organizací, 2334 registrovaných služeb



Srdečně vás zveme na konferenci

Pokoje umírání

Kdy: 4. 5. 2016

Kde: Krajský úřad v Liberci

Na konferenci vystoupí odborníci nejen z České republiky, ale i ze Švýcarska.

Témata:

- Jak chápeme paliativní péči ve Švýcarsku
- Proces zavádění a certifikace paliativní péče ve Švýcarsku
- Paliativní péče v domově pro seniory – pohled a realita z české strany
- Pokojná smrt – akceptace a základy komunikace
- Paliativní péče v Novém domově, p. o., Karviná



Přihlásit se můžete na www.apsscr.cz, v menu Konference & Kongresy & Semináře. Vstup zdarma



Konference se koná v rámci projektu financovaného z Programu implementace švýcarsko-české spolupráce, na Ministerstvu zdravotnictví ČR reg. číslo CH/10/2/047 s názvem „Rozvoj geriatrické a paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb“.

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

MODUL KLIENTI VE VERZI PREMIUM

Modul Klienti ve verzi PREMIUM přináší moderní způsob vedení ošetrovatelské dokumentace a odesílání dávek na zdravotní pojišťovny. Ocení jej všechny zdravotní sestry, které pracují v sociálních službách.



Poznejte výhody elektronického podpisu i vy!



Ušetříte náklady
za tisk.



Ušetříte čas
strávený ručním
podepisováním.



Ušetříte náklady
za skladování
a archivaci
dokumentace.



Získáte přehled
o vytvořených záznamech a dokumentech
a poznáte, které ještě
nebyly podepsány.



Vše v souladu
s legislativou –
potvrzeno soudním
znalcem.



Časové razítko nad
rámeček legislativy
pro dlouhodobé
prokázání platnosti.



Semináře IVA I. pololetí 2016



Datum	Název semináře	Místo	Lektor
26. 4.	Demence v obrazech	Ostrava	Mgr. Lucie Pohlová
27. 4.	Techniky vyhovění druhým aneb jak dosáhnout souhlasu	Brno	Bc. Magdalena Ožanová
3. 5.	Motivace versus manipulace klientů v sociálních službách	Brno	Mgr. Lubomír Pelech
4. 5.	Jak zvládat emoce	Praha	PaedDr. Vladimír Šik
5. 5.	Asertivita jako strategie jednání	Ostrava	Mgr. Markéta Vaculová
9. 5.	Individuální plánování se zaměřením na pečovatelské služby	Praha	Mgr. Marcela Hauke
10. 5.	Procedurální standardy kvality v sociálních službách	Praha	Ing. Bc. Jan Sembdner
10. 5.	Alternativní a augmentativní komunikace a její praktické využití	Brno	Mgr. Irena Lintnerová
11. 5.	Myšlenkové mapy v individuálním plánování	Praha	Mgr. Marek Sušinka
11. 5.	Psychohygiena a syndrom vyhoření	Brno	Mgr. Bc. Andrea Tajanovská
12. 5.	Příprava poskytovatelů sociálních služeb na inspekci kvality	Praha	Mgr. Lucie Bicková
12. 5.	Aktivizační techniky v sociálních službách	Brno	Mgr. Bc. Andrea Tajanovská
12. 5.	Právní minimum pro management sociálních služeb (5denní cyklus)	Tábor	Kolektiv lektorů
16. 5.	Motivace versus manipulace klientů v sociálních službách	Tábor	Mgr. Michaela Veselá
17. 5.	Psychohygiena a syndrom vyhoření	Ostrava	Mgr. Bc. Andrea Tajanovská
17. 5.	Alternativní a augmentativní komunikace a její praktické využití	Praha	Mgr. Irena Lintnerová
18. 5.	Pokojná smrt – akceptace a základy komunikace	Brno	Mgr. David Šourek
23. 5.	Techniky vyhovění druhým aneb jak dosáhnout souhlasu	Ostrava	Bc. Magdalena Ožanová
24. 5.	Základy vedení pomáhajícího rozhovoru	Brno	Lenka Šimková
24.-25. 5.	Využití sebepoznání a typologie klienta pro jednání sociálních pracovníků	Ostrava	Bc. Magdalena Ožanová
2. 6.	Asertivita jako strategie jednání	Brno	Mgr. Lubomír Pelech
14. 6.	Práce s rodinou uživatele sociálních služeb	Praha	Mgr. Michaela Veselá
15. 6.	Základy rehabilitace a manipulace s klienty, škola zad	Praha	Bc. Milan Prudký
16. 6.	Personální standardy kvality v sociálních službách	Praha	Ing. Bc. Jan Sembdner
22. 6.	Demence v obrazech	Tábor	Mgr. Bc. Andrea Tajanovská
23. 6.	Protokol sexuality a individuální plánování s uživatelem	Praha	Mgr. Helena Čálková

Bližší informace 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

Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež na malém městě

V řadě větších měst působí sociální služba nízkoprahové zařízení pro děti a mládež. Holky a kluci se schází v odpoledních hodinách v nízkoprahovém klubu a tráví zde volný čas. Se sociálními pracovníky řeší své každodenní slasti a strasti, jako například partnerské vztahy, problémy ve škole nebo jiné rodinné patálie. Přichází si k nim pro radu, pomoc nebo podporu. Snáze se pak orientují v náročných situacích, učí se je zvládat vlastními silami a zvyšují si tím šance na úspěchy v dalším životě.

■ **Text a foto: Mgr. Jakub Jansa,**
vedoucí Klubu Uličník pro děti a mládež,
Diakonie Západ

Děti a mládež z měst mají možnost využít tuto sociální službu opravdu nízkoprahově. Provozní doba služby je přizpůsobena jejich možnostem a zájmu, umístění zařízení je zpravidla na atraktivních a snadno dostupných místech města. Kromě ambulantní formy je často služba nabízena i ve formě terénní. Sociální pracovníci oslovují a nabízejí službu cílové skupině přímo v ulicích města, pomoc tedy přichází přímo za klientem.

V menších městech a vesnicích ale žije také mládež a děti, které zažívají stejné situace jako jejich vrstevníci ve městech. Provoz nízkoprahového zařízení je však finančně nákladná záležitost a jeho zřízení v malých městech a vesnicích je téměř ne-reálné. Z tohoto hlediska má nízkoprahová služba poměrně vysoký práh. Pro obyvatele menších měst a vesnic je téměř nedostupná, protože málokdo se v odpoledních hodinách vypraví do většího města a tento typ sociálního zařízení vyhledá.

Řešením přiblížení sociální služby tohoto typu dětem a mládeži může být tzv. mobilní klub (klub na kolečkách je velmi flexibilní). Není nutné držet kamenný klub a platit za něj nájem. Vše, co je pro výkon služby třeba, si pracovníci do lokality přivezou. Jelikož v jednom městečku či vesnici nemusí být dostatečně početná cílová skupina (každodenně poskytovaná služba by nebyla dostatečně vytižena), může mobilní klub každý den dojíždět do jiného města či vesnice, a tak obhospodařit několik lokalit za jedny náklady. Ve výsledku může mít větší klientskou základnu než klasický

klub ve velkém městě. Nevýhodou mobility klubu je zvýšená časová náročnost na pracovníky. Kromě přímé práce, což je základ jejich činnosti, musí ještě svoji práci řádně evidovat, vykazovat a hlavně se musí do daných lokalit dopravit. Z tohoto důvodu je potřeba počítat s časovou dotací na dojezd, a to zejména s ohledem na vzdálenost lokalit od místa parkování mobilního klubu, s ohledem na stav komunikací a zejména s ohledem na rozmary počasí.

V naší republice je řada míst, kde by bylo nízkoprahové zařízení pro děti a mládež třeba. Jde například o oblast bývalých Sudet, kde je nižší hustota obyvatel, vyšší nezaměstnanost a problematická dopravní dostupnost. Díky podpoře projektu „Streetwork pro děti a mládež“ České asociace streetwork, o. p. s., a nadace The Velux Foundations bylo dvěma organizacím – Diakonie Západ a Kotec, o. p. s. – umož-

něno poskytovat sociální službu pro děti a mládež v oblasti českoněmeckých hranic.

V těchto dnech je to už rok, co Diakonie Západ provozuje Klub Uličník pro děti a mládež, který v podobě speciálně upraveného skříňového Mercedesu jezdí do lokalit Janovice, Poběžovice, Bělá nad Radbuzou a Bor u Tachova. Posádku vozu tvoří dva sociální pracovníci, kteří mají své zázemí v Domažlicích, kde Diakonie Západ provozuje klasický kamenný nízkoprahový klub. Klub Uličník z něj metodicky, zkušenostně a personálně vychází, což bylo (a je) velkým profitem rozjezdu dalšího zařízení.

Pracovníci se v prvním roce života nového zařízení zaměřili na PR služby, aby si vytvořili dobrý základ pro další působení a rozvoj v jednotlivých lokalitách. Každá sociální služba potřebuje podporu veřejnosti. Cílem pracovníků bylo navázání vztahu s místními školami a zástupci města. Bylo třeba „vykomunikovat“ vzájemné role a nastavit spolupráci. Někde se to podařilo ihned, někde později a někde se to nepodařilo vůbec.

Další rovinou byla široká veřejnost – obyvatelé měst. Sociální služba pro děti a mládež musí být pro veřejnost čitelná. Pochyby typu: „Co to tam ti dospěláci s těmi dětmi dělají?“ začínající službě příliš nepomohou. Jelikož skříňový Mercedes nej-



Klub Uličník

dříve vypadal jako chladírenský vůz, bylo nutné zapracovat na jeho vnějším vzhledu, aby už na dálku bylo možné službu identifikovat. Poměrně funkčním prostředkem pro informování veřejnosti se staly místní zpravodaje, kde vyšlo několik článků o službě a jejím poslání. Nejdůležitějším úkolem pracovníků bylo cílovou skupinu seznámit se službou a získat si její důvěru. Díky dobrým vztahům s místními školami mohli pracovníci navštívit jednotlivé třídy a formou krátké besedy seznámit žáky s posláním služby. Na konci každé besedy se žáci osobně do mobilního Klubu Uličník podívali. Odpadly tím počáteční obavy z vyhledání služby, protože cílová skupina si k ní rychle našla cestu. V jednotlivých městech pak byla vytipována místa pro parkování mobilního Klubu. Ukázalo se, že vhodné místo je takové, které je poblíž centra nebo sídliště a zároveň tak trochu schované. Ideální je, pokud je v blízkosti prostor pro míčové hry a další pohybové aktivity.

Na pracovníky je při výkonu práce v mobilním klubu kladen požadavek na práci s prostorem. Na rozdíl od terénní formy

je zde pracovníkům i klientům k dispozici malé prostorové zázemí. Schází i časový prostor a další materiální vybavení, kterým disponují ambulantní formy služby. Tento rozdíl je znatelný například při uzavírání dohody o poskytování služby nebo při individuálním plánování s klientem. Tým pracovníků tedy musel nastavit nové metodické postupy, byly vytvořeny nové podpůrné nástroje, zjednodušeny a zefektivněny procesy individuálního plánování, aby mohly být použity v podmínkách mobilního klubu.

I přes široké věkové rozpětí (6–20 let) vyhledávají Klub Uličník převážně žáci z prvního stupně základní školy. Příčinou je přirozená lidská vlastnost. Nové věci/nová služba přitahuje mladší děti více než starší. Stejnou zkušenost máme i ze zařízení v Domažlicích, kde ho v začátcích navštěvovali zejména žáci vyšších ročníků prvního stupně. Postupem času se přirozeně tato cílová skupina změnila a průměrný věk návštěvníků klubu se zvýšil. Mladší cílové skupině jsou přizpůsobeny aktivity měsíčního tematického programu, který doprovází poskytování služby

v každém městě. Pracovníci se s klienty baví například o rizicích internetu, učí se s nimi sestavovat bezpečný profil na sociálních sítích či probírají nástrahy dospívání. Klienti jsou s programem vždy dopředu seznámeni a na jednotlivé aktivity se už těší a sami si o ně říkají.

Ikdyž je práce v mobilním klubu na pomezí ambulantní a terénní formy poskytování služby, klienti inklinují převážně k využívání sice malého, ale atraktivního prostoru, který Klub Uličník nabízí ve skříňové části vozu. Aktivně se zapojují do preventivně naučných programů. S pracovníky také raději komunikují a řeší své zakázky v prostoru mobilního klubu. Služba v ulicích měst cílovou skupinou vyhledávána příliš není. Jde o malá města a pro klienta není problém k mobilnímu klubu přijít a o sociální službu požádat.

Mobilní klub nabízí sociální službu pro děti a mládež v lokalitách, kde je potřeba a zároveň není možné z finančních (a mnohdy i personálních) důvodů zřídit klasický nízkoprahový klub. Dětem a mládeži z městeček a vesnic se tím opět o kousek snižuje práh pro využití služby.

Podepisování smluv o poskytování sociální služby

■ **Text: Mgr. Marcela Hauke,**
ředitelka Pečovatelské služby
Města Dvůr Králové nad Labem

1. Smlouvu podepíše poskytovatel a uživatel (případně zákonný zástupce v případě nezletilých osob).
2. V případě ustanoveného opatrovníka podepisuje smlouvu opatrovník (pozor však na znění rozhodnutí!) – poskytovatel si ve spisu ponechá kopii soudního rozhodnutí. Je-li to však jen trochu možné, je vhodné, aby na smlouvě byl i podpis uživatele jako důkaz toho, že se s ním rovněž jednalo a měl možnost se adekvátně vyjádřit.
3. V případě, že uživatel nemá přiděleného opatrovníka, ale podle lékařského posudku není schopen sám jednat, podepisuje smlouvu obecní úřad obce s rozšířenou působností – § 91 odst. 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
4. Smlouvu může podepsat rovněž zástupce na základě zastoupení členem domácnosti dle § 49 a následných ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen OZ). Zastoupení schvaluje soud. Zastupování má tato omezení a rizika:

- a) Zástupce může nakládat s příjmy zastoupeného jen v rozsahu potřebném pro obstarání obvyklých záležitostí, jak to odpovídá životním poměrům zastoupeného; s peněžními prostředky na účtu zastoupeného však může nakládat jen v rozsahu nepřesahujícím měsíčně výši životního minima jednotlivce (viz § 52 odst. 2 OZ).
 - b) Zastoupení může zastupovaný kdykoliv odmítnout. K odmítnutí zastoupení stačí schopnost projevit přání. c) Zastoupení rovněž zaniká, pokud soud jmenuje zastoupenému opatrovníka.
5. Pokud uživatel nemůže číst a psát, ale je schopen se seznámit s obsahem smlouvy pomocí přístrojů či speciálních pomůcek nebo prostřednictvím jiné osoby, kterou si zvolí, opatří smlouvu svým podpisem; jestliže se nemůže ani podepsat, učiní místo podpisu před alespoň dvěma svědky na listině rukou (nebo jiným způsobem) vlastní znamení, ke kterému jeden ze svědků připiše jméno uživatele (§ 563 OZ).
 6. Nelze-li postupovat podle předchozího bodu, vyžaduje se k jednání osoby, která nemůže číst a psát, forma veřejné listiny (notářský zápis – § 563 OZ). I zde však platí, že osoba je schopna porozumět a chápat smlouvu. Jinak se postupuje dle bodu 3.

7. Smlouvu může rovněž podepsat zástupce na základě plné moci (§ 441 OZ).
8. Ke svědkům – § 39 OZ:
 - a) V případě soukromé listiny (například právě smlouva o poskytování sociální služby) je tato opatřena datem a potvrzena dvěma svědky (uvedou se údaje, podle nichž je lze identifikovat: jméno a příjmení, datum narození, bydliště).
 - b) Svědky mohou být jen osoby, které na smlouvě nemají zájem a nejsou nevidomé, neslyšící, němé nebo neznalé jazyka, v němž je smlouva psána. Svědci musí smlouvu podepsat a být schopni potvrdit, že uživatel rozumí obsahu smlouvy.
 - c) Je-li uživatel nevidomý, nebo se jedná o osobu, která neumí nebo nemůže číst nebo psát, musí jí být smlouva nahlas přečtena svědkem, který smlouvu nepsal. Uživatel poté před svědky potvrdí, že smlouva obsahuje jeho pravou vůli.
 - d) Je-li uživatel osoba se smyslovým postižením, která nemůže číst nebo psát, musí jí být obsah smlouvy tlumočen takovým způsobem dorozumívání, který si zvolila, a to svědkem, který smlouvu nepsal. Všichni svědci musí ovládat způsob dorozumívání, kterým je obsah smlouvy tlumočen.

Adiktologie

■ **Text: Michal Němec,**
předseda sekce adiktologických služeb APSS

• V sekci adiktologických služeb pokračujeme v jednáních s kraji a MPSV v rámci odlišných výkladů některých činností našich služeb. V posledních týdnech proběhlo další jednání na MPSV a zároveň jsme pracovali na znění zpřesňujících dokumentů.

• V březnu byla možnost podávat žádosti do 2. kola dotačního řízení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky na projekty řešící problematiku hazardního hraní a dalších závislostí, které byly v r. 2014 integrovány do protidrogové politiky, resp. oblasti, které nebyly dosud dostatečně řešeny. O problematice hazardního hraní a dalších činnostech majících potenciál závislosti (inter-

net, sociální sítě, počítačové real-time hry atp.) nejenže slýcháme z médií čím dál tím více, ale lidé s tímto problémem v našich službách rychle přibývají. Jsme na prahu další éry služeb pro lidi ohrožené závislostmi. Začínáme přizpůsobovat nabídku služeb této nové poptávce a pravděpodobně vzniknou i nové, specifické programy pro tuto cílovou skupinu. ■

Aktivní věk 2016

Ve středu 16. března se v budově Poslanecké sněmovny PČR v Praze konala konference s názvem Aktivní věk. Konferenci pod záštitou poslankyně Jitky Chalánkové pořádal spolek s poněkud „znejišťujícím“ názvem NEstárniBLBĚ. Jednalo se však o zcela seriózní vzdělávací aktivitu, jejímž cílem bylo představit přítomným inspirativní novinky a moderní technologie týkající se péče o člověka samotného, ale také možná řešení týkající se krajiny, prostředí, staveb či managementu navazujících služeb, které přispějí k aktivnímu věku nejen seniorů.



■ **Text: Ing. Kateřina Endrštová**
s použitím TZ NEstárniBLBĚ, z. s.
Foto: Mgr. P. Hanuš

Pozvání organizátorů přijalo více než 100 účastníků z řad zástupců poskytovatelů sociálních služeb, seniorských organizací, akademické obce, developer-ských firem, státní správy i samosprávy. Po úvodním slově moderátorů přítomné pozdravila poslankyně J. Chalánková a vyjádřila mj. víru v to, že podobné aktivity „zdola“ mohou přispět ke kultivaci diskuzí a poznatky z těchto seminářů, odborných jednání, besed a konferencí bude možné využít nejen při tvorbě le-

gislativy týkající se stárnoucí populace v ČR.

Podobně jako v celé Evropě si organizace sociálních služeb v ČR uvědomují nutnost aktivně se zapojit do systému odborníků, poskytovatelů služeb a organizací nabízejících navazující služby s cílem vybudovat partnerskou síť v dlouhodobé péči a podílet se na nastavení projektů, procesů, metod a pravidel, která umožní seniorům stárnout aktivně, moderně a chytře a pečujícím (ať už to budou instituce, rodina či blízcí) nabídnout širokou škálu nástrojů, které jim usnadní zajištění potřebné péče a bezpečí seniorů.

Na půdě sněmovny vystoupila dvacítko odborníků z řad akademiků i praktiků.

Jednotliví přednášející ve svých příspěvcích naznačili ideu, směr či cestu, kam by se moderní sociální služby měly či mohly ubírat tak, aby vyhovovaly požadavkům společnosti 21. století. Účastníci se seznámili s řadou témat, kterými se mohou inspirovat při „síťování služeb“ také na úrovni regionálních a místních komunit (obce, okresy, mikroregiony aj.): možnostmi bezpečného bydlení pro seniorskou populaci, poradenstvím v oblasti grantů a dotací, softwarem pro evidenci služeb, projektem zvyšování kvality péče či měření spokojenosti zaměstnanců, možnostmi uplatnění asistivních technologií v každodenní péči o seniory, možnostmi zlepšení kondice a životosprávy, zkušenostmi a podobou pobytových služeb pro seniory ve Francii či Velké Británii a řadou dalších. Poslední příspěvek, „Pohled odjinud“, přednesl dirigent Debahsish Chaudhuri, rodák z indické Kalkaty žijící ve střední Evropě. Tento filozofický vstup přinesl zajímavý vhled do mezigeneračních hodnot. Hodnoty, které dnes marně v naší společnosti hledáme, jsme náhle uviděli v mnohdy velmi zaostalé společnosti v Indii. V té Indii, která se klopotně, ale o to usilovněji, snaží dosáhnout naší „západní“ úrovně se vším, co k tomu patří.

Společná neformální diskuze všech přítomných, přednášejících i účastníků pak pokračovala při závěrečném rautu. Konference ukázala na řadu palčivých problémů českých seniorů. Propojení praxe a legislativy u nás dlouhodobě nefunguje. „Ukazuje se, že se málo daří přenášet dobrou praxi do legislativy. Navíc systém financování sociálních služeb je ve stávajícím modelu dlouhodobě neudržitelný,“ uvedla Anna Ježková, spoluzakladatelka a viceprezidentka nového spolku. „Naši první konferenci jsme chtěli nabídnout novou inspiraci,“ řekl Jakub Žákavec, prezident spolku.

Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR byla jedním z partnerů konference. ■

Jiří Horecký byl zvolen novým prezidentem E.D.E.

(Evropské asociace poskytovatelů dlouhodobé péče pro seniory)

Dne 12. 3. 2016 se tentokrát v České republice, v pražském hotelu Holiday Inn, konalo setkání Generální rady E.D.E., Evropské asociace poskytovatelů dlouhodobé péče pro seniory. Na programu byla kromě prezentace finanční zprávy, změn ve stanovách či stanovení data příštího kongresu E.D.E. i volba Výkonné rady a nového prezidenta. Na funkci prezidenta úspěšně kandidoval prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky Jiří Horecký, jenž byl zvolen naprostou většinou hlasů.

■ Text a foto: Mgr. Veronika Hotová

Na sobotním pražském setkání se sešli zástupci z mnoha evropských zemí, např. z Rakouska, Belgie, Chorvatska, Německa, Polska, Slovinska, České republiky a mnoha dalších. Jiří Horecký, prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, byl zvolen drtivou většinou hlasů po své přesvědčivé prezentaci, ve které představil svou vizi budoucího působení v čele E.D.E. „E.D.E. si prošla za poslední roky složitou situací danou jednak předčasným odstoupením předchozích prezidentů, a jednak trochu doplácí na to, že se příliš nerozvíjela a nepřizpůsobovala proměňujícím se potřebám členských asociací. To patří mezi mé první úkoly: celková stabilizace, včetně stabilizace finanční, redefinice poslání a cílů, podpora současných aktivit a dále větší spolupráce s klíčovými evropskými hráči v oblasti dlouhodobé péče,“ objasňuje Jiří Horecký své představy o vedení Evropské asociace. Na otázku, jaká evropská témata jsou v dlouhodobé péči aktuální, odpovídá bez váhání: „Dlouhodobě mezi ně patří problematika zajištění dostupné, kvalitní a důstojné péče o seniory, a to zejména v zařízeních pobytových. Dále jde o témata dlouhodobé udržitelnosti financování, nastavení podmínek tak, aby byly domovy pro seniory k dispozici těm, kdo je potřebují, ale i o snahu nastavit kvalitní rámce pro celou Evropskou unii. Celoevropským problémem je také trvající a narůstající nedostatek odborného personálu. Čeká nás řada problémů, výzev a otázek k řešení. Jako klíčové vidím rychlé šíření inovativních přístupů a příkladů dobré praxe.“



Generální rada E.D.E.

Být prezidentem E.D.E. znamená se těmito tématy aktivně zabývat, vnímat je nejen z národního, ale celoevropského pohledu a zároveň být prostředníkem pro sdílení informací, novinek, potřeb a zpětných vazeb,“ shrnuje čerstvě zvolený prezident Horecký.

➤ 20 let členství APSS ČR v E.D.E. očima čestného člena

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky je členem E.D.E. již neuvěřitelných 20 let. Celou tuto dobu byl tomuto vývoji přítomen Martin Dürrer, ředitel společnosti Lázně Velichovky 1897 a zároveň čestný člen Generální rady E.D.E. „Pokud mám definovat 20 let naší přítomnosti v E.D.E., rozdělil bych ji do několika období. První z nich bych nazval obdobím **emancipace** (počátek 90. let 20. stol.). V našich zařízeních dlouhodobé ošetrovatelské péče poskytujících služby pro seniory dochá-

zelo k převratným pozitivním změnám. Chtěli jsme je prosadit co nejrychleji a co nejlépe. Inspirací nám byly i materiály, které vypracovávalo právě E.D.E. Chtěli jsme do spolupráce kolegy z tehdejší Evropské unie zapojit, ukázat, co umíme a poučit se jinde. M. Kok, první prezident E.D.E., mi po své návštěvě Čech napsal, že mu tato návštěva otevřela oči. Byl překvapen úrovní poskytované péče i vzděláním personálu. Dalším obdobím bylo období **mostu**. Český zástupce byl zvolen členem Výkonné rady E.D.E., později, po třech volebních obdobích, sekretářem. Naše poloha a znalost jazyků z obou stran bývalé železné opony pomohla v roli prostředníka směrem na východ. Podařilo se začlenit Polsko, Litvu, Lotyšsko, Estonsko a vlastně i Švédsko. Vztahy s kolegy v Pobaltí jsou i po letech nadstandardní. Ne vždy ale mělo E.D.E. v ČR zelenou. Po zvolení pana Horeckého jsem byl velice rád, když se mohlo E.D.E. sejít na Kongresu v Praze. Tehdy přišlo E.D.E. k nám. O rok později se stal čestným členem člen AÚSP ČR, v Berlíně, 15. září 2012. Dnes má E.D.E. nového prezidenta, kterého všichni známe. Jak se bude „jmenovat“ další období, záleží právě na něm. Věřím, že to bude název veskrze pozitivní. Přejí Jiřímu Horeckému pevné zdraví, invenci, sílu a schopnost sjednotit tak odlišné asociace ke společným cílům. Prosazování principu „jednoty v různorodosti“ není jednoduché v rámci EU, stejně těžké to bude i v E.D.E. Společným cílem členů E.D.E. však musí být vždy zlepšení kvality života našich klientů, proto E.D.E. vůbec vznikla,“ komentuje Martin Dürrer poutavě období posledních dvaceti let.

Pražské jednání Generální rady bylo někdy vypjaté a docházelo i k menším názorovým střetům. Nakonec však dospěli všichni zástupci ke společnému řešení uspokojivému pro všechny a nová kapitola E.D.E., s českým představitelem v čele, se tak může začít psát.

E.D.E. je mezinárodní organizace, jež byla založena v roce 1989 v Lucembursku. Organizace zastřešuje asociace zastupující poskytovatele dlouhodobé péče v jednotlivých evropských zemích. Jedním z hlavních úkolů E.D.E. je podpora výměny informací a zkušeností mezi členy a usnadnění vzájemného přenosu dobré praxe napříč různými zeměmi. Zároveň se E.D.E. snaží zlepšit kvalitu péče a supervize. Více na www.ede-eu.org.

Současné složení Výkonné rady E.D.E.:

Jiří Horecký – prezident
(Česká republika)
Markus Mattersberger – viceprezident
(Rakousko)
Pascal Champvert – viceprezident
(Francie)
Marko Slavič – sekretář (Slovinsko)
Beatrix Kaserer – pokladník (Itálie)
Markus Leser – člen (Švýcarsko)
Elena Weber – člen (Itálie)

Poradna konceptu Bazální stimulace



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

**Ráda bych se zeptala, zda cílem
rozvíjející stimulace může být
u mobilního seniora s demenci
navázání kontaktu a komunikace.
Na tuto stimulaci kladně reaguje.
Děkuji za odpověď.**

Vedoucí zdravotního úseku
domova se zvláštním režimem

Odpověď:

Ano, protože rozvíjející stimulace patří do skupiny somatických stimulací. Může tedy plnit i funkci tzv. „somatického dialogu“. Autor konceptu Bazální stimulace prof. Dr. A. Fröhlich zmínil poprvé somatický dialog v roce 1982. Upozornil na skutečnost, že kožní percepční orgán nenabízí jen možnost senzorickej stimulace, ale také vedení „somatického dialogu“. Kůže je největším smyslovým orgánem pokrývajícím celé tělo a proto nabízí komunikační kanál k navázání komunikace. Somatický dialog je důležitý zejména v komunikaci s dětmi s těžkým postižením, s lidmi se změnou vědomí (coma) a s lidmi, kteří trpí demenci. Někdy je jediným komunikačním prostředkem mezi pečujícím a klientem. Je orientován na tělesné signály a verbální komunikaci nahrazuje dotekem a pohybem. Umožňuje nejen navázání komunikace, ale poskytuje také klientovi pocit jistoty a důvěry. Poskytovatelům péče nabízí možnost nonverbálně vyjádřit empatii. ■■■

Implementácia podmienok do praxe poskytovateľov soci

V minulom príspevku sme spomínali odbornú konferenciu na tému Kvalita ako súčasť politiky sociálnych služieb, ktorú usporiadala Asociácia poskytovateľov sociálnych služieb SR (APSS SR). Jadrom konferencie bolo predstavenie koncepčných východísk pri zavádzaní metodiky: Implementácia podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb – metodické východiská. Metodiku prezentovala jej autorka a garantka pracovnej skupiny pre kvalitu sociálnych služieb doc. PhDr. Kvetoslava Repková, CSc., z Inštitútu pre výskum práce rodiny.

■ **Text: Mgr. Juliana Hanzová,**
riaditeľka SENIOR HOUSE, n. o., Levice,
koordinátorka Asociácie poskytovateľov
sociálnych služieb SR za Nitriansky kraj

Ako sama autorka uvádza, metodika implementácie podmienok kvality do praxe predstavuje súbor štruktúrovaných a systemizovaných informácií smerujúcich k lepšiemu porozumeniu jednotlivým podmienkam kvalitnej sociálnej služby v kontexte výsledkov doterajšieho odborného a spoločenského vývoja a potrieb praxe sociálnych služieb. (Repková, 2015) A ako ďalej sama na konferencii jednotlivých poskytovateľov sociálnych služieb upozornila, metodika neposkytuje priame návody, ako robiť dennodennú kvalitnú sociálnu službu, ako vykonávať jednotlivé činnosti obsiahnuté v štandardoch a ich príslušných indikátoroch. Nepridáva taktiež poskytovateľom sociálnych služieb ďalšie povinnosti. Robí len systematizáciu tých povinností a zásad, ktoré poskytovateľovi ukladá sám zákon o sociálnych službách.

„Kvalita individuálneho výkonu, konkrétneho výkonu v konkrétnej situácii pri poskytovaní sociálnej služby alebo v súvislosti s ňou, by mala byť zaručená tým, že sa zabezpečuje osobami s príslušnou kvalifikáciou a kompetenciami. Preto nemôže ísť o návody, ako riešiť konkrétne, najmä problémové situácie, s ktorými sa v praxi poskytovatelia sociálnych služieb stretávajú tak, aby boli uistení, že konajú v súlade s právnymi predpismi. Nielenže, nemožno v dokumente takéhoto druhu zachytiť všetky možné situácie a ich variácie, ale potrel by sa tým tvorivý prístup jednotlivých poskytovateľov sociálnych služieb pri ich riešení a výnimočnosť každej konkrétnej situácie.“ (Repková, 2015)

Než uvádza autorka konkrétne kroky implementácie podmienok kvality do praxe, opiera sa i o medzinárodné skúsenosti s uvedenou problematikou. Podrobne

uvádza najmä český systém Štandardov kvality v sociálnych službách. Uvádza, že český systém je založený na kvalitatívnych štandardoch a je právne zakotvený v zákone č. 108/2006 Sb., o sociálnych službách, a ďalej vo vyhláske č. 505/2006 Sb., účinnnej od roku 2007. To znamená, že skúsenosti českých poskytovateľov sociálnych služieb v oblasti štandardov kvality, ich definovania, charakteristiky, rozpracovania, metodiky i kontroly je ďaleko, ďaleko pred Slovenskou republikou. Ako autorka ďalej uvádza, od roku 2013 realizuje MPSV ČR i individuálny projekt inovácie systému kvality v sociálnych službách. Cieľom tejto inovácie je navrhovať zmeny štandardov podľa požiadaviek praxe a tým aktualizovať a prispôbovať jednotlivé podmienky poskytovania sociálnych služieb aktuálnym potrebám praxe.

Vráťme sa ale na Slovensko. V období prípravy štandardov kvality a metodiky ako takej – teda od roku 2009 až do roku 2015 – neboli verejní a neverejní poskytovatelia sociálnych služieb systematicky usmerňovaní v tom, ako vlastne zavádzať štandardy do praxe tak, aby boli poskytované sociálne služby kvalitné a v súlade so zákonom o sociálnych službách.

A práve kvôli absencii takejto metodiky začala spolupráca medzi Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR (MPSVR SR) a Inštitútom pre výskum práce a rodiny, ktorej výsledkom je dokument určený práve pre poskytovateľov sociálnych služieb. Jediným cieľom je poskytnúť návod, ako implementovať podmienky kvality do praxe. Ďalším následným krokom bude samozrejme príprava metodického dokumentu pre proces hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby.

Problematika kvality sociálnych služieb má tri vnútorne súvisiace a vzájomne sa determinujúce aspekty – poskytovanie, manažovanie a hodnotenie kvality poskytovanej sociálnej služby.

kvality álních služieb

Poskytovanie, teda priame vykonávanie kvality je vlastne poskytovaním kvalitných sociálnych služieb vychádzajúc zo záväzkov či povinností rôznych právnych noriem, najmä však zákona o sociálnych službách. Nie je to nič nad rámec týchto noriem. Treba však vychádzať z faktu, že iba také poskytovanie služby, ktoré vychádza z plnenia zákonom stanovených noriem, môže byť predmetom kontroly a hodnotenia. Hodnotenia podmienok kvality.

Hodnotenie podmienok kvality je externou činnosťou ministerstva a orientuje sa na zisťovanie úrovne plnenia zákonom stanovených a definovaných povinností poskytovateľa sociálnej služby. Tieto povinnosti sú definované v štyroch oblastiach hodnotenia: ľudské práva a slobody; procedurálne podmienky; personálne podmienky; prevádzkové podmienky.

„Výkon hodnotenia podmienok kvality je regulovaný zákonnými kompetenciami, s možnými právnymi účinkami na fungovanie a existenciu poskytovateľa sociálnych služieb. Takéto hodnotenie nie je totožné s výkonom dohľadu MPSVR SR nad poskytovaním sociálnych služieb.“ (Repková, 2015)

Prvé dva aspekty – poskytovanie kvality a hodnotenie podmienok kvality sociálnych služieb majú jeden spoločný jav, a to že sú regulované zákonom o sociálnych službách. Naopak, tretí aspekt – manažovanie kvality je „dobrovoľný systém riadenia kvality v poskytovateľskej organizácii založený na princípe samohodnotenia organizácie a snahy o neustále zlepšovanie. Ide o zavedenie systémov z noriem radu ISO 9000, EFQM (Model výnimčnosti) či CAF (Spoločný systém hodnotenia kvality). V podmienkach Slovenska nie sú poskytovatelia sociálnych služieb právne viazaní zavedením systému manažérstva kvality ako cesty neustáleho zlepšovania organizácie prostredníctvom kvality.“ (Repková, 2015)

Zákon o sociálnych službách operuje v súvislosti s poskytovaním kvality so štyrmi systémotvornými pojmami: oblasť, kritérium, štandard a indikátor.

Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby (podrobne rozvedené a špecifikované v Prílohe č. 2 k zákonu č. 448/2008 Z. z. v znení zákona č. 485/2013 Z. z. sa hodnotia v štyroch základných oblastiach:

- základné ľudské práva a slobody;
- procedurálne podmienky;
- personálne podmienky;
- prevádzkové podmienky.

Každá z týchto širokých oblastí je ďalej

vymedzená vo viacerých kritériách. Kritériá definuje autorka ako hodnoty, ku ktorým sa hlási spoločnosť, ako hodnoty, ktoré odrážajú akceptované spoločenské koncepcie.

Kritériá sú následne podrobnejšie rozpracované v štandardoch. Tie už predstavujú dynamické hodnoty, ktoré sa rozvíjajú. Tým, že sú štandardy presne a jasne formulované, zamedzuje sa subjektívnemu výkladu a následne subjektívnej interpretácii kvality.

Tieto štandardy sa nakoniec špecifikujú vo forme indikátorov. Indikátormi sa už reálne hodnotí konkrétne sociálne prostredie. Sú to konkrétne kvalitatívne i kvantitatívne parametre, ktoré charakterizujú konkrétnu sociálnu službu a jej kvalitu. Jednotlivé oblasti a nim prislúchajúce štandardy, ktorých je 21, a následne ich jednotlivé indikátory, sú vzájomne previazané.

Táto vypracovaná metodika „predstavuje rámcový odporúčajúci materiál, ktorý by mal pomôcť poskytovateľom sociálnych služieb zjednotiť chápanie, čo jednotlivé štandardy znamenajú, prečo sú pre ich prácu dôležité, ako je ich možné zavádzať do vlastnej praxe tak, aby zlepšili východiskové podmienky pre poskytovanie kvalitnej sociálnej služby. Rovnako by mal poskytovateľom pomôcť pripraviť sa na proces hodnotenia podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby v súlade so zákonom o sociálnych službách so začiatkom od roku 2018.“ (Repková, 2015) Máme teda necelé dva roky na to, aby sme si my, poskytovatelia sociálnych služieb na Slovensku, poradili so zavádzaním podmienok kvality do praxe a pripravili sa tiež na ich následné hodnotenie. Pomôcť a priniesť cenné rady v tomto procese by mala i ďalšia odborná konferencia APSS SR, ktorá sa uskutoční 12. mája 2016 v Bratislave. Konferenciu bude niesť jej strešný názov „Zavádzanie štandardov kvality sociálnych služieb (Pohľad poskytovateľov sociálnych služieb)“ a v jednotlivých prezentáciách budú predstavené konkrétne skúsenosti konkrétnych poskytovateľov sociálnych služieb so zavádzaním týchto podmienok do praxe.

Použitý materiál:

- Repková, K.: Implementácia podmienok kvality do praxe poskytovateľov sociálnych služieb – metodické východiská. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2015.
- Repková, K.: Kvalita v sociálnych službách – jej chápanie a milníky doterajšieho vývoja. Prednesené na konferencii „Kvalita ako súčasť politiky sociálnych služieb“. Bratislava 10. 12. 2015.
- Repková, K.: Metodika implementácie podmienok kvality do praxe. Prednesené na konferencii „Kvalita ako súčasť politiky sociálnych služieb“. Bratislava 10. 12. 2015.

VZDĚLÁVÁNÍ

NEJEN PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY

KURZY V PRAZE

akreditováno MPSV ČR

Všechny uvedené kurzy můžeme za výhodnějších cenových podmínek uspořádat ve vaší organizaci.

DUBEN 2016

Praha
26. 4. 2016 1 500 Kč
9.00 - 16.30 hod.

STEREOTYPY, JAK JE ROZPOZNAT A VYUŽÍT PŘI PRÁCI S KLIENTY I V RÁMCI TÝMU

Lektorka: Zuzana Macáková
Uzávěrka přihlášek - 15. 4. 2016

Praha
28. - 29. 4. 2016 2 700 Kč
9.00 - 16.30 hod.

UMĚNÍ PTÁT SE PŘI ROZHOVORU S KLIENTEM

Lektorka: Svetlana Pokorná - Vrabecová
Uzávěrka přihlášek - 19. 4. 2016

KVĚTEN 2016

Praha
11. - 12. 5. 2016 2 700 Kč
9.00 - 16.30 hod.

PŘEDSUDDKY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Lektorka: Lucie Masopustová
Uzávěrka přihlášek - 2. 5. 2016

Praha
19. - 20. 5. 2016 2 700 Kč
9.00 - 16.30 hod.

PROFESIONÁLNÍ POMÁHÁNÍ V KONTEXTU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Lektorka: Svetlana Pokorná - Vrabecová
Uzávěrka přihlášek - 10. 5. 2016

PODZIMNÍ BĚH KVALIFIKAČNÍHO KURZU:

KVALIFIKAČNÍ KURZ PRO PRACOVNÍKY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Praha
19. 9. - 15. 12. 2016
9.00 - 16.30 hod. 8 900 Kč
15 vyučovacích dní + odborná praxe, 170 akreditovaných hodin

Absolvent získá kvalifikaci pro výkon pracovní profese pracovníka v sociálních službách dle zákona 108 / 2006 Sb. a možnost uplatnění ve všech typech služeb sociální péče.

Sleva při přihlášení do konce května 8.600 Kč

Portus Praha, z.ú.
Lucie Masopustová
telefon: + 420 773 920 998
e-mail: masopustova@portus.cz

přihlaste se online
www.portus.cz/vzdelavani

INZERCE

Asertivita jako strategie jednání aneb Jak být v mezilidské komunikaci přímý

1. díl

Asertivita je jednou z významných součástí zdravé sociální (mezilidské) komunikace. Pojem asertivita znamená nebýt v komunikaci pasivní, manipulativní nebo agresivní, ale naopak být přímý a ohleduplný k druhým, a to při současném zachování svých práv a názorů. Asertivní jednání si člověk neosvojí rigidním používáním technik, nýbrž je nutné, aby si „zvnitřnil“ jeho zásady (techniky samotné si zdokonalí časem, např. s pomocí supervize). Prvním předpokladem pro asertivní jednání je porozumění sám sobě, schopnost sebezpřijetí a uvědomování si svých emocí a jejich vlivu na komunikaci. Druhým předpokladem je schopnost porozumět druhým, přijímat je a jednat s nimi otevřeně.

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

Asertivita jako jedna z komunikačních technik mě provází již od střední zdravotnické školy, kdy jsem o ní slyšela poprvé. V té době byla nejvíce prezentována pomocí techniky „umění říct ne a poškrábaná gramofonová deska“. Tato pro mě nezvyklá komunikační metoda se mi ihned zalíbila kvůli mému nízkému sebevědomí a potíží s odmítáním a prosazením se. Super, řekla jsem si. To mi pomůže „vynutit si“ doma prodloužení nočních návratů. Bohužel, v mém podání technika zřejmě nefungovala, rodiče na mě stále „mám právo jít ven“ jaksi neslyšeli. Naštěstí, protože na asertivitu se takto „tunelově“ pohlížet nedá, protože pak by si člověk vybudoval spíše agresivní než asertivní komunikační styl.

Asertivní jednání nás provází již od dětství. Pro někoho je zcela přirozené, jiný si ho musí osvojit. Já sama trénink vítám, příležitost jsem měla např. i při psaní tohoto článku. S partnerem jsme byli předem domluvení, že v době, kdy budu článek psát, bude mít na starosti dítě a chod domácnosti. Přesto jsem během psaní v pravidelných intervalech poslouchala: „Každému je jedno, že dělám večeři“, „Kdybych se vystěhoval, tak by si toho nikdo ani nevšiml“ atd. Samozřejmě, že mě v tu chvíli lákalo reagovat zlostně, jenomže tím bych nic nezískala. Takže jsem se nadechla a využila jsem komunikačního pravidla „semafor“. Červená – pomocí nádechů či jiné aktivity odplavujeme vlnu zlostných emocí. Oranžová – promýšlíme si, co říct. Zelená – sdělujeme.

Tímto jsem se vyhnula agresivní reakci, kdy jsem mohla zareagovat následovně: „No to snad nemyslíš vážně, co pořád otravuješ“ nebo „No ty chceš snad metál, že jednou za měsíc uděláš jídlo“. Mohla jsem jednat manipulativně (umocnění vzlyky a slzami): „Jenom já nemám doma oporu, kdybych si raději vzala Pištu Hufnágla“ nebo pasivně (se značnou vnitřní nespokojeností): „Víš co, já už to skoro mám, takže zbytek večera dodělám“. Nakonec jsem ale zareagovala asertivně: „Mám pocit, že jsi nespokojený, protože jsem tě nepochválila za přípravu jídla. Omlouvám se, že jsem to neoceníla včas a nevnímala tě. Děkuji ti za pomoc. Chceš se nyní domluvit, jak si rozdělíme zbytek večera?“

V asertivitě je totiž důležité nejprve pochopit druhé a teprve potom se pokusit o to, aby pochopili oni nás. Asertivní komunikační styl, nebo spíše asertivní jednání, je vhodné vnímat jako jednu z mnoha technik, které se nesnaží člověku jen pomoci „zdravě se prosadit a odmítnat“, ale učí ho i umění naslouchat, adresně chválit, vhodně sdělovat nesouhlas, vhodně kritizovat a kritiku nebo odmítnutí i přijímat. Cílem asertivního jednání je výhra na obou stranách.

➤ Definice asertivity

Pojem asertivita označuje schopnost prosazovat svůj (i když odlišný) názor, stanovisko nebo zájem. Považuje se za důležitou komunikační dovednost. Umožňuje jasné vyjádřit a prosadit naše názory a myšlenky, aniž bychom narušovali práva ostatních. Do češtiny se slovo asertivita překládá jako „sebejisté jednání“ nebo „zdravé sebezprosazování“, v cizích jazycích nabývá různých

významů (v angličtině „to assert“ – tvrdit, prohlašovat, prosazovat se; ve francouzštině „assertion“ – tvrzení, výpověď a v latině „as-sero“ – přiřazovat, osvojovat, tvrdit). Autorem metody asertivního tréninku je americký psycholog Andrew Salter, který své žáky učil přiměřenému chování a trvání na svém názoru nebo požadavku. [1]

Člověk, který jedná asertivně, dosahuje svých cílů, aniž by poškozoval zájmy ostatních lidí. Ochraňuje vlastní práva a respektuje práva druhých a má přiměřené sebevědomí a sebedůvěru. V projevu vyjadřuje zaujetí a empatii pro věc. Dělá samostatná rozhodnutí a přijímá za ně odpovědnost, dokáže vyjádřit své potřeby, formuluje přímo požadavky na jejich uspokojení, je připraven na riziko odmítnutí. Jedná a hovoří upřímně, dokáže přijmout oprávněnou kritiku i ocenění a je schopen se o sebe postarat. Vztah s asertivním člověkem je založen na vzájemné důvěře, respektu a odpovědnosti a přináší oběma stranám uspokojení. [2]

➤ Komunikační dovednosti pomáhajícího profesionála

Pomáhající profesionál, zvláště při jednání s klienty, musí kromě asertivního jednání ovládat mnoho dalších komunikačních dovedností a volit je dle služby, situace nebo zakázky klienta apod. Za stěžejní komunikační dovednosti z mixu „efektivní komunikace“ bych kromě asertivního jednání označila především umění naslouchání, vhodnou argumentaci, mluvení za sebe – ne za situaci, tedy stylem „JÁ pocit“. Také je vhodné používat i další komunikační dovednosti, jako je zrcadlení, parafráze, přerámování. V neposlední řadě je užitečné být s partnerem v komunikaci empatický a kongruentní.

Pro efektivní, tedy zdravou komunikaci nejen v profesním, ale i osobním životě vnímám jako nutné mít sebereflexi a touhu své komunikační techniky stále zdokonalovat.

➤ Komunikace agresivní, pasivní nebo manipulativní

Lidé v komunikaci jednají nejen asertivně, ale i pasivně, agresivně nebo manipulativně. Tento komunikační styl se vystupňuje při prosazování požadavku, při konfliktu nebo v krizových okamžicích. Mnoho lidí se

v diskuzi drží svého (pasivního, agresivního) stylu stále, jiní mění strategie dle situace. Například osoba A jedná doma i v práci pasivně, osoba B jedná pasivně jen v práci, doma komunikuje vždy agresivně. Osoba C svůj styl rozhovoru mění dle situace. Nejpodstatnější ale je, jak se tito komunikanti chovají ke stanoviskům svým a cizím.

Agresivní lidé své požadavky tvrdě prosazují, často na úkor druhých. Neumí přijímat kritiku. Nerespektují názory ostatních, a pokud mají o svém rozhodnutí pochybnosti, nedají to najevo. Často si své nátlakové chování ani neuvědomují. V komunikaci jsou hlasití a využívají ironii, výsměch, výhrůžky, sarkasmus, často mluví o minulých problémech, přetáčí fakta.

Např.: „Musíš...“ „Všichni to dělají, je to zvykem.“ „Takže jenom ty to nezvládáš?“ „To jsem si mohla myslet, že jsi zbabělec.“ aj.

Manipulativní člověk také může jednat nevědomě, jindy je jeho chování účelové. Nosným prvkem jeho chování je manipulace za účelem dosažení svého. Využívá pláč, výčitky, „silná slova“, vzbuzuje pocit viny. Např.: „Hodně dcery vždy poslechnou.“ „To máš to svědomí nám nevyhovět?“ „Kolegyně mi peče častěji jak ty.“ „Jenom ty to umíš tak skvěle, kdybys to neudělala, tak to položí celý tým.“ „Pouze ty umíš mluvit s panem Vomáčkou, a když za ním nepůjdeš, tak zase zdemoluje celé oddělení.“ atd.

Pasivní jedinec naopak neumí (nebo se bojí) své přání, názor nebo požadavky sdělit. Slovně sděluje „ano, jistě, udělám to“, ale ve skutečnosti se cítí pod tlakem a nespokojen, protože vyhovět nechtěl. Chybí mu sebedůvěra a jistota při jednání s druhými, proto se nedokáže dostatečně prosadit. Nedokáže čelit manipulativnímu nebo agresivnímu chování. Někdy má problémy i s chováním asertivním, pokud mu dělá problémy přijmout jiný názor nebo kritiku (i vhodně podanou). Např.: „Tak já to udělám...“ „Když jinak nedáte, zajdu tam.“

➤ Projevy asertivního jednání ve skupinové komunikaci, hádce a ve vztahu k lidem

Při konverzaci několika lidí dohromady asertivní člověk naslouchá druhým a otevřeně vyjadřuje svůj názor, pasivní člověk se bojí promluvit a agresivní člověk huláká a skáče ostatním do řeči. Při hádce se asertivní jedinec snaží nikoho neranit, ale ani se nenechat ranit. Argumentuje k věci, k situaci, nikoliv k člověku. Ve vztahu k li-

dem se asertivní chování projevuje tak, že asertivní člověk si váží druhých stejně jako sebe, kdežto pasivní jedinec si cení ostatních více než sebe a agresivní typ protežuje a cení si sebe na úkor druhých. [3]

➤ Základní prvky asertivního chování – 3 stěžejní oblasti asertivního projevu

1. Verbální komunikace

Je-li hlas uvolněný a autentický, ne zbytečně hlasitý a zároveň ne zbytečně váhavý, bývá člověk vnímán asertivně a pozitivně. Důležité je vyvarovat se komunikačních nešvarů.

2. Neverbální komunikace

Držení těla by mělo být vzpřímené, uvolněné, otevřené a vyrovnané. Důležité také je, aby tělo bylo v souladu s tím, co říkáme. Využíváme prvky proxemiky (věda zabývající se vnímáním prostoru), posturologie (věda zabývající se postoji a uspořádáním těla v prostoru), gestikulace a mimiky.

3. Myšlení

V tomto případě je významné osobní nastavení. Pokud nejsme vnitřně úplně přesvědčeni o tom, že řekneme „ne“, stěží o tom někoho přesvědčíme asertivně. [4]

➤ Členění asertivity

V rámci asertivity můžeme rozlišit několik druhů jejích projevů. Patří mezi ně základní, empatická, eskalující, konfrontační, sebeotevírací a záporná asertivita.

■ **Základní asertivita** nám pomáhá vyjádřit své názory, myšlenky a city, např.: „Ráda ti pomůžu, ale zítra, dnes musím zůstat déle v práci.“

■ **Empatická asertivita**, na rozdíl od předchozího typu obsahuje i vnímání a citlivost vůči jiným lidem. Respektujeme názory jiných, ponecháváme si však možnost vlastního rozhodnutí, zda je budeme akceptovat: „Chápu, oč ti jde a nemám ti to za zlé.“

■ **Eskalující asertivita** je vystupňování původního požadavku bez použití jakékoliv agrese z naší strany s minimem negativních emocí a důsledků. Vyjádříme své potřeby a přání. Náš závěrečný výrok ale musí dát protějšku dostatek možností na změnu chování, např.: „Už několikrát jsem vás žádala, abyste důležité pracovní věci řešila se mnou. Pokud to nezačnete akceptovat, budu vám muset udělit písemné upozornění.“

■ **Konfrontační asertivita** popisuje rozdíly mezi sliby a realitou chování. „Ano, sice jsem ti dala své knihy k dispozici, ale

nepředpokládala jsem, že je budeš prodávat v antikvariátu. Už to prosím nedělej.“ [5]

Zdroje:

- [1] Wikipedia: otevřená encyklopedie. „Asertivita“ [online]. Dostupné z [www: https://cs.wikipedia.org/wiki/Asertivita](https://cs.wikipedia.org/wiki/Asertivita)
- [2] O'Brien, P. Pozitivní řízení: Asertivita pro manažery. 1. vyd., Praha: Management Press, 1999, 212 s. ISBN 80-85603-98-5, str. 21
- [3] volně z: Žák, V. Vzdělání.cz: „Co je a co není asertivita“ [online]. 28. 4. 2014. Dostupné z [www: http://clanky.vzdelani.cz/co-je-a-neni-asertivita-a5540](http://clanky.vzdelani.cz/co-je-a-neni-asertivita-a5540)
- [4] volně z: Alberti, R., Emmons, M. Umění stát si za svým. Praha: Portál, 2004, 240 s. ISBN 80-7178-869-4, str. 48
- [5] volně z: Novák, T. Jednej asertivně! Asertivně na duševní hygienu. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 120 s. ISBN 978-80-247-3999-1, s. 25–26

Seznam použité literatury:

- Alberti, R., Emmons, M. Umění stát si za svým. Praha: Portál, 2004, 240 s. ISBN 80-7178-869-4.
- Hadfield, S., Hasson, G. Jak být asertivní v každé situaci. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 216 s., ISBN 978-80-247-4269-4.
- Janáčková, L. Praktická komunikace pro každý den. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 112 s., ISBN 978-80-247-2479-9.
- Medzihorský, Š. Asertivita. 1. vyd. Praha: Elfa, 1991, 75 s. ISBN 80-900197-1-4.
- Novák, T., Capponi, V. Asertivně do života, 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 176 s. ISBN 80-247-0989-9.
- O'Brien, P. Pozitivní řízení: Asertivita pro manažery. 1. vyd., Praha: Management Press, 1999, 212 s. ISBN 80-85603-98-5.
- Ury, W. Jak překonat nesouhlas. Zásady vyjednávání s lidmi, s nimiž nelze vyjednávat. 6. vyd. Praha: Management press, 2015. ISBN 978-80-7261-300-7.
- Vybíral, Z. Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

Internetové zdroje:

- Peterková, M. Psychotesty a testy osobnosti online: „Asertivní jednání a techniky“ [online]. 2009. Dostupné z [www: http://www.psychotesty.psych.cz/texty/asertivni-jednani.htm](http://www.psychotesty.psych.cz/texty/asertivni-jednani.htm)
- Wikipedia: otevřená encyklopedie. „Asertivita“ [online]. Dostupné z [www: https://cs.wikipedia.org/wiki/Asertivita](https://cs.wikipedia.org/wiki/Asertivita)
- Wikipedia: otevřená encyklopedie. „Transakční analýza“ [online]. Dostupné z [www: https://cs.wikipedia.org/wiki/Transak%C4%8Dn%C3%AD_anal%C3%BDza](https://cs.wikipedia.org/wiki/Transak%C4%8Dn%C3%AD_anal%C3%BDza)
- Žák, V. Vzdělání.cz: „Co je a co není asertivita“ [online]. 28. 4. 2014. Dostupné z [www: http://clanky.vzdelani.cz/co-je-a-neni-asertivita-a5540](http://clanky.vzdelani.cz/co-je-a-neni-asertivita-a5540)

Management infekcí spojených se zdravotní péčí v sociálních službách 2. díl

V minulém čísle časopisu Sociální služby jsem se věnovala onemocnění

MRSA. V tomto díle budu pokračovat dalšími častými infekcemi spojenými se zdravotní péčí v sociálních službách, a to hepatitidou typu A, B, C a svrabem.

■ **Text: Mgr. Lucie Pohlová, DiS.,**
vedoucí zdravotního úseku
Nového domova Karviná,
lektorka Institutu vzdělávání APSS ČR

➤ Hepatitida typu A, B, C

Z praktických důvodů si rozdělíme hepatitidy (žloutenky) tak, jak se s nimi můžeme v našich podmínkách sociálních služeb setkat nejčastěji:

■ **Hepatitida typu A** (neboli žloutenka typu A) je obecně zánět jater, který je způsoben virem hepatitidy typu A, a bývá označován také jako nemoc špinavých rukou. Tímto označením je treffně popsána cesta přenosu. Ta totiž vzniká přímým kontaktem s infikovanou osobou, dále kontaminovanou vodou, ledem v nápojích, zeleninou, ovocem a syrovými mořskými plody, zvláště mušlemi, špatně tepelně zpracovaným masem i dotekem s kontaminovanými předměty.

■ **Hepatitida typu B** je onemocnění vyvolané virem hepatitidy typu B. V kapce zaschlé krve přežívá několik týdnů. Hepatitida typu B je přenosná krví a pohlavním stykem. K přenosu infekce stačí minimální množství krve při kontaktu s porušenou kůží (poranění rizikovým předmětem, piercing, tetování, akupunktura, injekční užívání drog apod.). K infekci dochází také přes sliznice při sexuálním styku nebo intimním, resp. blízkém styku v rodině (sdílené kartáčky na zuby, ručníky, holicí strojky, žiletky apod.). K přenosu může dojít taktéž z infikované matky na dítě. Virus se vyskytuje téměř ve všech tělních tekutinách, pro přenos infekce má největší význam krev, sperma a poševní sekret.

■ **Hepatitida typu C** je onemocnění, které se také přenáší krví. Určení diagnózy je často velmi obtížné, nemoc probíhá i několik let bez příznaků. Nejrizikovější skupiny populace jsou například injekční uživatelé drog, do 90. let bylo možno získat virus také krevní transfuzí; jsou popisovány případy, kdy se člověk nakazil při aplikaci piercingu či tetování. Přenos je možný i z matky na dítě.

Ze své zkušenosti z praxe mohu říci, že se v řadách seniorů nacházejí právě i uživatelé, kteří svým životním stylem nezavdali sebe-menší příčinu k tomu, aby onemocnění žloutenky typu B či C získali. Až na sklonku jejich života se však při odběru krve zjistila např. pozitivita žloutenky typu C. Onemocnění tak mnozí získali při operačních výkonech, které si vyžádaly krevní transfuzi. Byla jsem svědkem „nálepkování“ uživatelsky, kde personál „řešil“ cestu její nákazy. Onemocnění uživatelsky však bylo následkem tehdy (do roku 1992) nekontrolovaných transfuzí.

➤ Co dělat, pokud zjistíme, že se u našeho uživatele vyskytuje hepatitida?

Postup je stejný jako u předchozího onemocnění (MRSA), postupujeme podle vyhlášky č. 306/2012, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. Povinnosti zdravotníka je zajistit podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, povinné hlášení na krajskou hygienickou stanici – příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví, zajistit očkování a evidenci očkování u personálu.

V případě akutního výskytu hepatitidy je uživatel přeložen k hospitalizaci na in-

fekční oddělení, uživatelé s chronickou hepatitidou však hospitalizováni nejsou, při dodržování hygienických pravidel překlad uživatele nemá smysl. Vhodné je označení nosičství hepatitidy typu B a C v dokumentaci, personál musí být také o nosičství uživatele poučen a musí přizpůsobit situaci ošetrovatelské výkony.

V případě, že dojde ke kontaminaci například pracovní plochy biologickým materiálem (krví atd.), kontaminované místo se překryje mulem namočeným v dezinfekčním prostředku s virucidním účinkem, nechá se působit a po uplynutí expozice se místo umyje. Použité nástroje a pomůcky se dekontaminují ponořením do dezinfekčního prostředku s virucidním účinkem, po uplynutí expozice se provede mechanická očista a pomůcky se připraví ke sterilizaci.

Pracovníci by také měli odkládat pomůcky určené k opakovanému použití okamžitě do připraveného desinfekčního roztoku, následně pomůcku mechanicky očistit, opláchnout vodou, uložit do čistých prostor a následně transportovat ke sterilizaci.

Povinnosti pracovníka v přímé péči by měl být dohled nad dodržováním hygieny uživatele. V případě převozu uživatele k hospitalizaci je vhodné provést závěrečnou desinfekci pokoje. Pro zdravotníky a pracovníky v přímé péči platí také povinnost individualizace pomůcek uživatele (každý uživatel má své vlastní, což se týká i toaletních potřeb) stejně jako používání jednorázových pomůcek v co největší možné míře (ochranné rukavice atd.).

Největší obavou pracovníků je mimořádná expozice pracovníka krví uživatele (při poranění či závažné kontaminaci kůže a sliznic). V případě, že tato situace nastane, je vhodným postupem:

Dodržení hygienických pravidel u uživatele i personálu

Bariérová ošetrovatelská péče – tj. vyčlenění a individualizace nástrojů, pomůcek, toaletních potřeb; využívání jednorázového materiálu.

K desinfekci používat virucidní a bakteriocidní prostředky

(viz Předpis č. 306/2012 Sb., vyhláška o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče)

- nechat ránu několik minut krváčet;
- poté asi 10 minut důkladně vymývat mýdlem nebo detergentním roztokem a dezinfikovat přípravkem s virucidním účinkem;
- v případě drobných poranění, která prakticky nekrvácejí, začít s vymýváním ihned nebo krvácení vyvolat;
- každé poranění kontaminovaným nástrojem musí být nahlášeno příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví podle § 75 b., zákona č. 258/2000 Sb.

► Jak se dotýká onemocnění uživatele hepatitidou pracovníků úklidu?

Likvidace běžného odpadu by měla probíhat denně, odpad vznikající u lůžka uživatele se likviduje bezprostředně. Provedení úklidu probíhá dle zvyklosti každého oddělení. Provádí se zásadně na vlhko, používají se dezinfekční prostředky a klade se důraz na dodržování zásad jejich použití. Úklid se provádí přípravky k tomu určenými dle desinfekčního řádu a při výběru desinfekčního prostředku se dbá na to, aby prostředek nepoškozoval materiál, pracovní prostředí a zároveň byl účinný.

► Svrab

Svrab (scabies) je infekční zánět způsobený roztočem zákožkou svrabovou charakterizovaný silným svěděním a kožními změnami. Ty však mohou být málo patrné, hlavním příznakem bývá svědění. Jedná se o běžné parazitární onemocnění postihující zejména rodinné kolektivy. Může se vyskytnout v menších epidemiích.

Přenos nákazy může proběhnout intimním nebo sexuálním kontaktem, kontaktem s kontaminovaným osobním nebo ložním prádlem nebo spaním v jedné posteli s infikovanou osobou.

Onemocnění svádí k určitému „nálepkování“. Při pojmu svrab jsou časté tendence přiřazovat onemocnění k určitým skupinám populace. *Svrab však může získat kdokoli, může se vyskytnout i u osob s vysokou úrovní hygieny.* Diagnóza svrabu je pak velmi obtížná, protože léze jsou málo zřetelné, chodbičky většinou chybí nebo se obtížně detekují.

► Jak se bránit nákaze?

Personál by měl dodržovat hygienická pravidla a bariérovou ošetrovatelskou péči stejně jako v předchozích případech. Obdobný je i postup pro zdravotníky: povinné hlášení výskytu svrabu krajské hygienické stanici; po dobu přítomnosti uživatele v zařízení musí být zajištěna prevence šíření onemocnění a režimová opatření. Role zdravotníka by měla být také edukační: průběžně informovat uživatele a jeho rodinu o protiepidemickém a léčebném režimu.

Nutné je zdůraznit, že všechny intimní domáci a sexuální kontakty za poslední měsíc je nutné ošetřit preventivním způsobem (antiscabiezní mastí a dezinfekcí osobních věcí, viz níže), vždy po stanovení diagnózy lékařem.

Účinná léčba svrabu je aplikace masti podle ordinace lékaře, např. sírová mast se nanáší rovnoměrně po koupeli do suché kůže od brady po špičky prstů rukou a nohou; InfectoScab 5% se nanese po umytí stejně jako sírová mast, nejlépe je aplikovat ji večer. Po minimálně 8 hodinách účinku tohoto krému se musí uživatel opět osprchovat či vykoupat. Dostačující je většinou jednorázová aplikace. Pokud jsou zasaženy plochy nohou a dlaně, je doporučeno aplikovat krém ještě po týdnu. V případě, že na kůži zůstaly sekundární změny vyvolané parazitem, je vhodné po uplynutí antiscabiezní léčby aplikovat masti s kortikosteroidy či emolencia. V případě potřeby lze podávat antihistaminika dle ordinace lékaře. Dále platí poučení pracovníků, spolumýdlících či rodinných příslušníků, že přenos po 24 hodinách od ukončení léčby je nepravděpodobný. Bohužel, pro dny, kdy probíhá přeléčení uživatele, je vhodné jej poučit o nevhodnosti návštěv jídelny a dalších společných prostor zařízení. Vzhledem k tomu, že se terapie svrabu týká cca 1 dne, je toto doporučení akceptovatelné uživatelem a schůdné i pro pracovníky.

Pracovníci by měli také dohlížet na osobní hygienu uživatele; v tomto případě je nutné každodenní převlékání osobního prádla.

Při manipulaci s prádlem uživatelů s nálezem svrabu je žádoucí používání ochranných pomůcek; prádlo se třídí v místě použití, neprotřepává se, nepokládá se na zem a rovnou se dává do označených pytlů k tomu určených. Výměna lůžkovin se provádí denně. Ihned po výměně je nutné použité prádlo uzavřít do uzavíratelných pytlů a aplikovat do něj insekticid ve spreji (např. Biolit). Poté se doporučuje ponechat pytel bez kontaktu – v mrazivém prostředí 48 hodin, v létě minimálně týden. Po přeléčení uživatele je důležité zajistit důkladnou ohniskovou desinfekci pokoje. *Je pravdou, že představa nákazy svrabem může v pracovnících vyvolat obavy. Pracovníci se pak mnohdy dopustí nepředložeností, které by je za normálních okolností nenapadly. Stává se tak, že personál vypere na vyvážku kožešinové čepice uživatele nebo vlněný svetr.*

► Jak ošetřit předměty, u kterých nelze zajistit vyvážku a přežehlení?

U těchto předmětů je vhodná aplikace insekticidu ve spreji a ponechání předmětu bez tělesného kontaktu (např. polstrovaná židle, polštáře, kožešinové předměty,

koberce, potahy, látkové terapeutické panenky atd.). Je ovšem nutné ověřit, jestli materiál tyto přípravky snese a nepoškodí je. Ostatní oděv a obuv stačí 5 dní nepoužívat. Opatření se také týká dalších předmětů denní potřeby: je vhodné zlikvidovat krémy, masti nebo lotiony užívané uživatelem, protože v nich mohou roztoči přežívat až 7 dní.

Pracovníci úklidu se zaměří hlavně na péči o polstrovaný nábytek, speciálně sedačky, které je nutné důkladně vyluxovat, vystříkat insekticidním prostředkem, event. nechat vyschnout na slunci či nechat působit mráz.

Pro pracovníky prádelny vyvstává povinnost všechno osobní a ložní prádlo včetně ručníků prát procesem termodezinfekce nebo chemotermodezinfekce podle návodu výrobce: teplotou 90 °C (při praní) a teplotou 140 °C a 150 °C (sušení, žehlení). Tím se původní kontaminace vegetativními formami mikroorganismů snižuje na minimum. Totéž platí při chemotermickém postupu praní při 60 °C.

U textilií, které nelze prát obvyklým způsobem, lze materiál ošetřit insekticidním prostředkem, event. nechat vyschnout na slunci, nechat působit mráz nebo lze věci na 14 dní pověsit na dobře větrané místo.

FÓRUM SOCIÁLNÍ POLITIKY

Odborný recenzovaný časopis – obsah 1/2016

Editorial	1
Recenzované stati, studie, úvahy a analýzy	
Sociální ekonomika a sociální podnikání v České republice	2
Marie Dohnalová, Gabriela Korimová	
Sociálna ekonomika a sociálne podnikanie na Slovensku	6
Gabriela Korimová, Marie Dohnalová	
Dostupnost služeb sociální péče ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností v Jihočeském kraji	11
Pavel Bareš, Ladislav Průša	
Projekty podporované EU	
Projekty Fondu dalšího vzdělávání	18
Statistiky a analýzy	
Pohyblivé – flexibilní formy odměňování v letech 2008–2014	20
Poznatky z praxe	
Anketa „Ústavní péče o ohrožené děti“	22
Informační servis čtenářům	
Možnosti využití otevřených dat ČSSZ	26
Podpora připravenosti obcí na demografické změny	28
Konference RELIK 2015	29
Novinky v knižním fondu	31
Z domácího tisku	32
Ze zahraničního tisku	32

NOVINKA:

Obojživelná obuv Bonno Beany® je vyráběna z ultralehkého materiálu s tvarovou pamětí, takže botu na chodidle takřka nevnímáte.



beany®

Přezujte do pohodlí.

Dlouhodobé sledování a praktické zkoušky prokázaly postupné mírnění bolesti kolenních kloubů a snížené zatížení zádového svalstva!

Obuv **Bonno Beany®** je neobyčejně měkká a pohodlná.

Je testována a schválena jako **lehká pracovní obuv**.

Splňuje parametry ČSN EN ISO 20347.

Materiál obuvi je odolný vůči bakteriím a zápachu.

Uvnitř boty se neusazuje vlhkost, a voda tak obuv nepoškozuje.

Podrážka je testována na protiskluznost a splňuje normu SRA.

Účinně tlumí nárazy a vibrace při došlapu.

Nezanechává na podlaze šmouhy.

Ventilační otvory zaručují dobré provzdušňování a komfort.

Obuv je snadno omyvatelná vodou.



BONNO®

Objednávky na adrese:
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.
Husova 523
370 21 České Budějovice
oopp@bonno.cz



Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby na Slovensku

Poskytovanie sociálnych služieb na Slovensku definuje najmä zákon č. 448/2008, o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb., o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov. Upravuje právne vzťahy pri poskytovaní služieb, ich financovanie a taktiež dohľad nad poskytovaním sociálnych služieb.

■ **Text: PhDr. Emília Hanuláková,**
riaditeľka Viacúčelového zariadenia
pre seniorov, Čadca

Pri uplatňovaní zákona v praxi je možné v porovnaní s predchádzajúcou právnou úpravou vnímať novú filozofiu v oblasti sociálnych služieb, ako je napr. väčšia variabilita sociálnych služieb, možnosť kombinovať rôzne druhy služieb, zvýšenie objektivitu posudzovania odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby a iné. Prioritou je poskytovanie terénnych a ambulantných služieb pred pobytovými. Hlavným poslaním je zotrvanie človeka v rodinnom prostredí, smerovanie k službám poskytovaným na komunitnej úrovni, podpora začleňovania ľudí do spoločnosti, sociálna súdržnosť. V zákone sa deklaruje vytváranie takých podmienok, ktoré prispievajú k zámeru deinštitucionalizovať sociálne služby.

Tak, ako tento zákon ustanovuje práva klientov, adekvátne ustanovuje i povinnosti poskytovateľov sociálnych služieb, ktorými sa vytvárajú podmienky na to, aby sa práva prijímateľov sociálnych služieb mohli realizovať a aby im boli poskytované kvalitné sociálne služby.

Prijatím právnej normy vznikli pre poskytovateľov nové povinnosti, ako napr. plánovanie poskytovania služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa, vedenie písomných individuálnych záznamov, dodržiavanie maximálneho počtu prijímateľov na jedného zamestnanca, podiel odborných zamestnancov na celkovom počte, vypracovanie a uskuutočňovanie programu supervízie a mnohé ďalšie. Najviac diskutovanou je však povinnosť, ktorú upravuje paragraf 9 ods. 6 až 9, a to podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby podľa prílohy č. 2 písm. A zákona.

► Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby

Od januára 2009, kedy zákon nadobudol účinnosť, do decembra 2013 boli podmienky definované v troch oblastiach, avšak novelou zákona účinnou od 1. januára 2014 sa

rozšírili o oblasť dodržiavania základných ľudských práv a slobôd. Taktiež bol bližšie rozpracovaný systém vyhodnocovania plnenia podmienok kvality. Základnými pojmami, ktoré súvisia s podmienkami kvality poskytovanej sociálnej služby sú – oblasť, kritérium, štandard a indikátory.

1. Oblasť

Podmienky kvality pozostávajú zo štyroch základných oblastí, a to:

- základné ľudské práva;
- procedurálne podmienky;
- personálne podmienky;
- prevádzkové podmienky.

Tvorcovia zákona pri stanovení jednotlivých oblastí podmienok kvality vychádzali z dokumentov, ako je Programové vyhlásenie vlády SR 2012–2016 a Národné priority rozvoja sociálnych služieb na roky 2015–2020.

2. Kritérium

Jednotlivé kritériá sú stanovené zákonom. Každá z vyššie uvedených oblastí má vymedzených niekoľko kritérií (3 z oblasti základné ľudské práva + 10 z oblasti procedurálne podmienky + 4 z oblasti personálne podmienky + 4 z oblasti prevádzkové podmienky), čiže spolu je to 21 kritérií.

3. Štandard

Ku každému kritériu je definovaný príslušný štandard. Štandardy reprezentujú čiastkové hodnoty, na ktorých je sociálna služba postavená. Ich formulovaním by malo dôjsť k zamedzeniu presadzovania subjektívnych interpretácií kvality poskytovaných sociálnych služieb. Tak ako kritérií, i štandardov je 21.

4. Indikátory

Bližšie špecifikujú daný štandard a pomocou nich sa hodnotí reálne sociálne prostredie. Vyjadrujú do akej miery má poskytovateľ sociálnej služby definované postupy, pravidlá, ciele, prijaté preventívne opatrenia na predchádzanie vzniku krízových situácií, aké formy komunikácie využíva a ďalšie.

Veľmi stručne zhrnuté – podmienky kvality sa členia na 4 oblasti, 21 kritérií, 21 štandardov a 21 indikátorov.

► Hodnotenie podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby

Pri hodnotení podmienok kvality sa použije hodnotiaci škála, ktorá pozostáva z váhy kritéria a bodového hodnotenia indikátora. Dosiahnuté body sa sčítajú a ich celkový počet určí úroveň kvality podmienok poskytovanej sociálnej služby.

Plnenie podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby bude hodnotiť v zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. v znení neskorších predpisov Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny v SR prostredníctvom poverených štátnych zamestnancov. Zo strany verejných i neverejných poskytovateľov však bola prezentovaná nespokojnosť s tým, že nie sú metodicky usmerňovaní, akým spôsobom majú byť štandardy zavádzané do praxe. Preto vedenie ministerstva rozhodlo, že v spolupráci s Inštitútom pre výskum práce a rodiny spracuje materiál, ktorý pomôže pri zavádzaní podmienok do praxe. Vo februári 2015 vznikla pracovná podskupina pre zavádzanie štandardov kvality do praxe, ktorá bola súčasťou veľkej pracovnej skupiny zriadenej za účelom prípravy legislatívnych zmien v oblasti služieb. V decembri 2015 bol zverejnený vypracovaný metodický dokument „Implementácia podmienok kvality sociálnych služieb do praxe poskytovateľov sociálnych služieb – metodické východiská“. Má slúžiť poskytovateľom na bližšie porozumenie jednotlivých oblastí podmienok kvality, ktoré sú dané kritériami, štandardmi a zodpovedajúcimi indikátormi.

Na tento metodický dokument nadväzuje ďalšia výskumno-odborná činnosť, zameraná na vypracovanie metodiky pod názvom „Hodnotenie podmienok kvality poskytovaných sociálnych služieb – metodické východiská“. V expertnej pracovnej skupine, ktorá túto metodiku tvorí, majú zastúpenie i dvaja členovia Zväzu poskytovateľov sociálnych služieb v Slovenskej republike.

Treba len veriť, že po vypracovaní bude metodika prínosom pre všetkých a podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby prestanú byť „strašiakom“ tých, ktorí sociálne služby poskytujú.

Validace podle Naomi

– klíč k porozumění lidem s de



Renáta Nentvichová Novotná



Hana Janečková

**Validace
přináší řadu
podnětů
pro kvalitní péči
o člověka s demencí,
která je orientovaná
na člověka.**



**předchozím čísle
časopisu jsme vám
představily metodu
validace, její historii**

**a hlavní principy. Tato druhá část
popisuje stádia dezorientace podle
Naomi Feilové, techniky validace
a individuální a skupinové využití
validace u osob s demencí.**

■ **Text: Mgr. Renáta Nentvichová
Novotná,**

*lektorka validace a reminiscence,
Reminiscenční centrum, z. s.*

PhDr. Hana Janečková, Ph.D.,
*Reminiscenční centrum, z. s.,
vysokoškolská učitelka*

➤ Stádia dezorientace

Naomi Feilová ve své práci užívá pojem velmi staří, dezorientovaní lidé. Zdůrazňuje, že dezorientace u lidí s demencí pramení z kombinace fyzických, psychických a sociálních ztrát a následné neschopnosti se s těmito ztrátami vyrovnat. Dezorientovaní lidé vysokého věku již nedisponují flexibilním chováním, lpí na překonaných rolích, zápasí s nevyřešenými problémy, stahují se z přítomnosti, aby mohli přežít, vykazují významné kognitivní ztráty a nejsou již schopni intelektuálního náhledu.

Ovlivněna Erikem Eriksonem (česky 2015) popisuje Feilová stádia životního cyklu, kterými procházejí lidé během svého života a která s sebou přinášejí specifické životní úkoly (Feil, 2013, s. 26–27). Pokud člověk stěžejní úkoly předchozího životního stádia splní, může pokračovat bez zátěže do dalšího stádia. V případě, že si nevyřeší svůj životní úkol v některé ze životních fází, nese si nevědomky do dalších životních etap zátěž, která se ve stáří může kumulovat. Při dezorientaci staří lidé ztrácejí vlastní kontrolu a vracejí se do své minulosti, aby uvolnili své nahromaděné pocity a emoce. Dostanou-li příležitost, mohou se se svými nevyřešenými problémy, konflikty a krivkami vyrovnat a poté v klidu a vyrovnanosti důstojně zemřít.

Vlastní proces ztráty orientace u velmi starých lidí s demencí dělí Feilová do čtyř fází, které odpovídají určitému stupni

stáhnutí se z reality a zhoršování tělesného stavu. Popisuje nejvýraznější fyzické a psychické charakteristiky jednotlivých fází. (Feil, 2013, s. 67–79)

PRVNÍ FÁZE

– NEDOSTATEČNÁ ORIENTACE

V této počáteční fázi lidé s demencí vědí, kdo jsou, vnímají své „já“, ale prožívají jakousi nespokojenost. Navenek zvládají společensky předepsané role, avšak popírají své vnitřní pocity. Často odmítají dotyk a oční kontakt (Feil, 2013, s. 70). Výrazněji se objevuje symbolizace – objekty, zejména osoby, s nimiž se setkávají, mohou zastupovat některé významné osoby či situace v jejich minulosti (kabelka se stává symbolem osobní identity mnoha žen; dcera zastupuje ve vnímání muže trpícího demencí jeho manželku, která již zemřela; pečovatelka se stává zdravotní sestrou v ordinaci bývalého lékaře; panenku v náručí vnímá žena jako své malé dítě). Jak Feilová zdůrazňuje, abychom mohli vnímat a porozumět roli symbolů v chování člověka s demencí, musíme být dobře obeznámeni s jeho biografií. (Feil, 2013, s. 67) Lidem v první fázi dezorientace velmi záleží na čistotě, správnosti úsudku a kontrole nad vlastními věcmi. Znájí čas, domýšlejí věci do konce, vracejí věci na místo a udržují pořádek. Pokud je přistihneme při nějaké chybě, např. výpadku v paměti, stydí se. Snaží se zakrýt nedostatky, často si proto vymýšlejí své vlastní příběhy. Proto, aby se omluvili sami před sebou a zbavili se silné emoce (nejistoty, strachu ze ztráty kontroly), obviňují ostatní. Např. paní obviňuje svou spolubydlící, že jí kradie spodní prádlo (spolubydlící může symbolizovat její rodnou sestru, na kterou kdysi žárlila). Někdy nemocní hromadí věci, aby se ochránili před dalšími ztrátami. Když zemře partner, mohou klást vinu lékaři. Když nenajdou cestu domů, může za to autobus, který nejel apod. Lidé v rané fázi demence si jsou vědomi své občasné zmatenosti, ale popírají ji a konfabulují (vymýšlejí si příběhy, aby zakryli mezery v paměti). Po fyzické stránce mohou být v dobré kondici, s ohledem na věk mohou mít ztuhlé držení těla, jejich pohyb je však přesný a dobře zacílený. Mají jasný a přímý pohled, používají ukazovací gesta, mívají zkřížené paže, napjaté rty, če- list posunutou dopředu. Charakteristický je jasný, čistý hlas, někdy pronikavý nebo

Feilové

mencí

2. díl

plačtivý. Jejich kognitivní výbava je celkem neporušená, jsou schopni kategorizace, bez problému čtou, píšou, počítají, používají správná slova. Jejich smysly jsou relativně zachovány. (Feil, 2013, s. 71–72)

DRUHÁ FÁZE – ZMATENOST V ČASE

V této fázi dezorientace si lidé s demencí nestěžují na realitu, nevnímají čas (nerozděluje čas do sekund, minut, hodin, dnů), žijí podle svého vnitřního času, ve svých vzpomínkách, které vystupují na povrch a projevují se v chování. Objevuje se ztráta sebekontroly a schopnosti přiměřeného sociálního chování. Při své dezorientaci se lidé s demencí navracejí k základním, univerzálním pocitům, jako je láska, smutek, strach, zloba, snaha o identitu (moje místo, můj prostor). Jsou časově zmatení díky množství ztrát, které je zaplavují. Reakcí je pro ně stažení se do minulosti, které se stává obranou pro přežití. Ztrácejí kontrolu nad svými emocemi, které vyplouvají na povrch. Hovoří stále méně o konkrétních faktech, vzpomínají si především na osoby a situace, které pro ně měly nějaký emocionální náboj, některé scény z minulosti jsou živě prožívány. Často chtějí domů, na místo, kde byli šťastní, milovaní a potřební. Předměty či osoby ze současnosti se pro ně stávají symboly reprezentujícími důležitou věc nebo důležitou osobu z minulosti. Tvoří vlastní slova, aby vyjádřili to, co potřebují, používají zájmena (to, tam) namísto názvů a jmen. Jsou jim příjemné doteky, rádi zpívají, mohou číst, ale už nikoli psát, těžko koncentrují pozornost, mohou zřetelně slyšet zvuky z minulosti (např. když žena vyjadřuje svou zlobu vůči některé z pečovatelek, může to být proto, že je pro ni symbolem ztělesňujícím její matku, která se o ni v dětství nestarala). Pro druhou fázi dezorientace je charakteristické uvolnění držení těla, šoupavá chůze, postava ohnutá dopředu. Pohled bývá zaměřený do dálky, dech je pomalý, hlas níže položený, mluva pomalá a tichá. Lidé v této fázi často používají gesta, objevují se výrazná smyslová omezení. Pohyb po pokoji bývá pomalý a nepřímý, často jako by se člověk s demencí ptal „kam“? (Feil, 2013, s. 74)

TŘETÍ FÁZE – OPAKUJÍCÍ SE POHYBY

V této fázi již lidé nemohou zpracovat pocity, které se týkají vzpomínek dosud

přítomných ve vědomí. Významu nabývají pohyby a zvuky, které zde byly ještě „před řečí“. (Feil, 2013, s. 75) Části těla se stávají symboly, pohyby nahrazují slova. Když si např. starý pán na veřejnosti svlékne kalhoty, neuvědomuje si díky demenci nevhodnost svého chování, ale může to znamenat návrat do jeho mládí, kdy si hoši, navzdory rodičovskému zákazu a trestání, dokazovali svoji mužnost. Významně se mění řeč a stává se nesrozumitelnou. Lidé s demencí se nemohou soustředit na více věcí najednou, jsou netrpěliví, chtějí své potřeby okamžitě uspokojit. Objevuje se autostimulace, rytmické pohyby, někdy jakoby nemocní tančili. Dokáží bezchybně zpívat známé písně, ale neumějí utvořit souvislou větu. V důsledku snížené sebekontroly a ovládnutí vlastních projevů se setkáváme se zvuky, jako je chrčení, mlaskání, vzdychání, naříkání, křik. Mizí schopnost číst a psát. Lidé si vytvářejí nová slova, pokud hledají marně ta správná, může se

**Dezorientovaní lidé
vysokého věku již
nedisponují flexibilním
chováním, lpí
na překonaných rolích,
zápasí s nevyřešenými
problémy, stahují se
z přítomnosti, aby mohli
přežít, vykazují významné
kognitivní ztráty a nejsou
již schopni intelektuálního
náhledu.**

jedno slovo opakovat stále dokola. Svaly jsou uvolněné a pohyby neuvědomované. Objevuje se inkontinence. Oči bývají zavřené, nezacilené, nemocní někdy pláčou. Prsty a ruce mohou být neklidné – mlátí, bubnují, zapínají a odepínají knoflíky, opakují stále dokola stejné zvuky a pohyby. Dech je pravidelný, rytmický a klidný, hlas hluboký a melodický.

ČTVRTÁ FÁZE – VEGETOVÁNÍ

Poslední fáze, do které se může člověk s demencí dostat, jej dovede k úplnému oddělení od jeho okolí. Člověk se zcela uzavírá vnějšímu světu, ustává snaha kontrolovat svůj život, zbývající vnitřní zdroje stačí na pouhé přežívání – vegetování. Lidé v této fázi již nepoznávají své blízké, nevyjadřují žádné pocity, téměř chybí jakákoli aktivita. Jejich oči jsou většinou zavřené, mají bezcílný, prázdný pohled, povolené

svaly, sedí v křesle, leží schouleni v lůžku, nevykazují žádné uvědomění si svého těla, téměř žádné znatelné pohyby, verbálně nekomunikují. Vše nasvědčuje terminálnímu stádiu, blížící se smrti.

Je třeba dodat, že Feilová nepovažuje charakteristiku jednotlivých fází za absolutní. Její zkušenost ukazuje, že lidé s demencí přecházejí během dne z jedné fáze do druhé. Ráno se senior může jevit jako plně orientovaný, odpoledne však už může žít ve světě svého mládí a odkazovat např. na nutnost postarat se o dobytek. (Feil, 2013, s. 67) Tyto změny v úrovni orientace jsou pro život s demencí zcela běžné. Validující pracovník musí proto na tyto proměny velmi citlivě reagovat, rozumět jim a přizpůsobovat jim používané validační techniky.

Techniky validace

Validace zahrnuje soubor technik a komunikačních dovedností, které byly specificky vyvinuty pro potřeby navázání kontaktu s lidmi, kteří se ocitají ve svém vnitřním světě, se svými strachy, smutkem, zlobou a bezmocí. Nejsou náročné, ale pečující osoba, která jich užívá, ať je to blízký příbuzný nebo profesionál, musí mít schopnost akceptovat starého dezorientovaného člověka a vcítit se do něj, musí se odpoutat od soudů, předpokladů a očekávání a brát starého člověka s demencí takového, jaký je, se všemi jeho zvláštnostmi. V některých případech stačí intenzivní individuální validační práce jen několik minut denně. Délka setkání záleží na fázi, ve které se osoba s demencí nachází, ale vždy musí jít o velmi soustředěnou, a přitom upřímnou, otevřenou, nehodnotící, empatickou komunikaci a naslouchání, o hluboké setkání. Můžeme hovořit o terapii blízkostí, jak tento přístup nazvala holandská terapeutka Cora van der Kooij a její spolupracovníci.

1. Výchozí technikou je centrování.

Validující by měl sám sebe uvést do stavu, kdy bude oproštěn od vlastních emocí a bude schopen empatického naslouchání, otevřenosti a soustředění na seniora. Při centrování se validující soustředí sám na sebe, především na svůj dech, a snaží se v první řadě zbavit negativních pocitů.

2. Používání věcných otázek je technika, která umožňuje budování důvěry pomocí neohrožujících slov a věcných otázek. Jednoznačná slova, která nehodnotí, jsou lidem s demencí srozumitelná, nejsou zdrojem jejich nejistoty a podporují důvěru. Otázky na fakta začínající zájmeny „kdo, co, kdy, kde, jak“ dodávají lidem s demencí pocit vážnosti a sebeucty, protože na takové otázky mohou odpovědět.

»»» 22

21 <<<<

Podle Feilové se lidé v první fázi, kdy se přestávají orientovat, brání porozumění svým pocitům, nezajímají se o to, proč se chovají jinak než ostatní. Když je konfrontujeme s jejich pocity, stahují se zpět. Není proto vhodné používat slůvko „proč“, které vyžaduje odpověď postavenou na úsudku a pochopení. Ve druhé fázi je naopak vhodné se zaměřit na pocity, protože je lidé chtějí neomezeně vyjadřovat: „Z čeho jste smutná?“ „Kde vás to bolí?“ „Kdo vás rozzlobil?“ Je nutné ptát se vždy empaticky, aby otázky neevokovaly výsledek.

3. Opakování a přeformulování znamená, že vlastními slovy opakujeme to, co slyšíme. Opakování může mít podobu otázky nebo vyslovení klíčových slov, tj. jádra toho, co senior řekl. Validující převezme i výraz hlasu, výraz obličeje, držení těla. Vše musí být upřímné, v žádném případě nesmí dojít k zesměšnění. Dezorientované osobě obvykle pomáhá, když slyší opakování svých vlastních slov (viz tab. č. 1).

TAB. 1

PŘÍKLAD OPAKOVÁNÍ KLÍČOVÉHO SLOVA

Muž v počáteční fázi demence obviňuje „automechanika“, že mu rozbil auto, které je pro něj velmi důležité: „Opět jste mi rozbil auto, je to potřetí, dřív normálně fungovalo, nezaplatím ani halíř.“

„Chcete mít své auto v pořádku, chcete, aby to fungovalo jako dřív.“

„Přesně to chci, bez ale, kdyby, chci, aby to bylo jako dřív, je to dobré auto.“

„Je to skvělé auto, chcete, aby fungovalo i v budoucnu, říkáte, že minulý týden ještě fungovalo?“

„Ano, měl jsem pak nějaké problémy, když jsem vjel do jiné ulice v noci.“

Muž potřebuje někoho, kdo mu bude důvěřovat, podpoří jej, tím se stává silnějším, do jisté míry si uvědomuje, že ztrácí síly.

4. Rozpoznání a používání dominantního smyslu. Pokud rozpoznáme, která cesta vnímání reality je u osoby s demencí dominantní, můžeme snadněji probudit důvěru. „Mluvíme řečí této osoby“ a můžeme tak „lépe vstoupit do jejího světa“. (Feil, 2010, s. 65) Je nezbytné přesně naslouchat a pozorovat, všimát si a najít klíč k tomu, co a jak osoba říká (viz tab. č. 2). Někdo reaguje na zvuky („to zní hrozně“, „slyšela jsem to přesně“, „jeho hlas byl nepřijemný“), pro někoho jiného je důležitý hmat, dotek („dotýká se mě to“, „to mě hrozně zasáhlo“, „udeřilo mě to“).

TAB. 2

PŘÍKLAD UPŘEDNOSTŇOVÁNÍ ZRAKU

Paní popisuje výlet do hor:

„Bylo to nádherné, byli jsme nahoře, mohla jsem vidět vrcholky stromů.“

Důležitý je pro ni zrak, oči.

Popisuje, co viděla.

5. Použití polarity, tázní se na extrémy.

Validující pracovník povzbuzuje seniora, aby si vzpomněl na nějaký emocionálně silný zážitek ze života. („Co bylo nejhorší? Co bylo nejkrásnější? Jak moc to bolelo?“). Člověk s demencí pak může své pocity vyjádřit intenzivněji a prožít úlevu, může plakat, nebo se radovat. Technika je zaměřena na vnitřní obsah prožívání (viz tab. č. 3).

TAB. 3

PŘÍKLAD POUŽITÍ POLARITY

Žena si stěžuje, že jí nechutná jídlo:

„Je to nejhorší kuře, které jsem jedla.“

Validující ví, že paní je frustrována špatně sedící zubní náhradou.

Dává jí možnost volně hovořit o své zlobě. Tím se sníží její napětí a dojde k uvolnění.

6. Představit si opak. Smyslem této techniky je povzbuzovat klienta, aby myslel na protiklad prožívané situace („Jsou chvíle, kdy se to neděje?“). Díky tomu si snadněji vybaví nějaké, jemu známé řešení problému. Cílem je najít metodu, pomocí které řešil podobnou situaci v minulosti (viz tab. č. 4).

TAB. 4

PŘÍKLAD POUŽITÍ OPAKU

Paní si stěžuje, že každou noc je u ní v pokoji muž:

„Jsou noci, kdy k vám nechodí?“

„Vzpomínám si, že když jste byl u mě na pokoji, tak tam nebyl, přišel ihned, jak jste vy odešel.“

„Tento muž chodí vždy, když jste sama, kdybych byl celou dobu s vámi, tak by vás neobtěžoval.“

„Víte, ve svém životě jsem nikdy nebyla sama, můj muž byl stále se mnou, bylo hrozné, když zemřel.“

„Co jste dělala, když zemřel?“

„Měla jsem takový strach, že jsem vzala jeho fotku a hrála jeho oblíbený valčík, byla jsem celou noc vzhůru, sledovala jeho fotky, jen tak jsem noc přestála.“

7. Vzpomínání umožňuje prozkoumat minulost a napomoci obnovit obranné mechanismy, které člověk užíval dříve. Tím

může lépe zvládat současné problémy, zejména překonat ztráty, s nimiž se setkává v přítomnosti. Používáním slov jako „vždy“ nebo „nikdy“ dochází k aktivaci dřívějších vzpomínek, které povzbudí náladu a podpoří příjemné vztahy. Pro velmi staré lidi je náročné najít nové řešení situace. „Co byl nejhorší moment ve vašem životě? Co byl nejkrásnější moment? Jaká byla vaše svatba? Jak jste poznala svého manžela?“ Validující se nevyhýbá ani smutným vzpomínkám, těžkým zážitkům validovaného (viz tabulka č. 5).

TAB. 5

PŘÍKLAD POUŽITÍ VZPOMÍNKY

Paní říká, že se vůbec nevyspala.

„Bylo to vždy tak, že jste špatně spala, paní Anderlová?“

8. Užití nejednoznačných výrazů, jako jsou neurčitá zájmena on, ona, ono, něco, někdo. Lidé s demencí často používají neznámá, vymyšlená, zkomolená slova, kterým nerozumíme. Pro úspěšnou komunikaci je vhodné se neptat na význam nerosozumitelných slov a nemluvit o nich, jen pokračovat v komunikaci. Lidé s demencí často používají neurčitá zájmena, když nemohou najít správný výraz („Bylo to krásné“, „Mám rád muziku každou.“) (viz tab. č. 6).

TAB. 6

PŘÍKLAD UŽITÍ NEJEDNOZNAČNÉHO VÝRAZU

„Tato tatatenga mě strašně bolí.“

„Kde vás to bolí?“

9. Doteky jsou jednoduchou technikou, která je vhodná zejména u osob s problémy v komunikaci, ve vnímání vlastního těla a ve smyslovém vnímání. Používají se od druhé fáze dezorientace především proto, aby pomohly k navázání kontaktu. Doteky jsou lidem většinou příjemné, a pokud pracujeme s biografií člověka, mohou podpořit též vzpomínky na milovanou osobu. Někteří lidé však nemají doteky rádi ani ve vyšší fázi dezorientace, je tedy nezbytné respektovat jejich osobní prostor. Pokud doteky vyvolávají pozitivní pocity, představují bezpečnou „kotvu“ v životě starých lidí.

10. Upřímný, blízký oční kontakt je užitečný především u osob ve druhé a třetí fázi dezorientace. Soustředěný, upřímný oční kontakt validujícího prožívají lidé s demencí velmi dobře, většinou takovýto pohled aktivně vyhledávají. Pohled pečující osoby v nich vyvolává pocit, že jsou milová-

ni, v bezpečí, že má o ně někdo zájem. Tento bezprostřední oční kontakt je základním prvkem lidské komunikace od nejtělejšího dětství a je předpokladem vzniku úzkého vztahu mezi matkou a dítětem, který přetrvává až do konce lidského života. Hledá-li člověk s demencí naléhavě své rodiče, přímý oční kontakt toto jeho chování dokáže zklidnit. Osoby, které hledají své rodiče, to při přímém očním kontaktu dělat přestávají.

11. Zvučný, jemný a laskavý hlas. Lidský hlas je pro člověka nejpříjemnějším podnětem, který je schopen vnímat i ve vysokém stádiu dezorientace. Je vhodné mluvit jasně, jemně a s láskou, hlasem níže položeným. Vysoké tóny jsou ve vysokém věku hůře slyšitelné, ztrácejí se. Jestliže validovaný člověk neslyší, stahuje se do sebe, přestává komunikovat. Použitím doteků, očního kontaktu a hlubšího tónu hlasu můžeme s člověkem trpícím demencí navázat kontakt, probudit třeba i vzpomínku na milovanou osobu. Netrpělivá a nepřátelská řeč může vyvolat hněv a vyprovokovat agresi. Je ale nezbytné přizpůsobit hlas konkrétní situaci, např. nehovořit laskavě a jemně, když člověk s demencí vyjadřuje nepřátelství a chová se útočně.

12. Pozorování a zrcadlení. Validující pracovník si všímá dechu, očí, mimiky, pohybů a emocí a zrcadlí je svými pohyby, mimikou, gesty, hlasem. Pozoruje svaly obličeje, změny barvy pleti, pohyby brady, rtů, rukou. Všímá si polohy těla, napětí břicha, jak sedí nemocný na židli, jakou polohu mají nohy, jaký je celkový stav svalů. To vše odráží vnitřní stav člověka, jeho prožívání, pocity, emoce. Tím, že validující pracovník zrcadlí polohu těla, pohyby a hlas, vstupuje do světa člověka s demencí, naznačuje porozumění, vytváří kontakt a podporuje důvěru. Když osoba vstává a odchází, validující ji následuje, při zrychleném dechu zrcadlí rychlý dech (viz tab. č. 7).

TAB. 7

PŘÍKLAD UŽITÍ ZRCADLENÍ

Paní se pohybuje, jako když píše na stroji. Validující pracovník opakuje stejné pohyby a naváže oční kontakt, usměje se. Protože zná minulost této ženy, zeptá se: „Kolik napíšete slov za minutu?“ Paní odpoví.

13. Spojování projevů chování seniora s jeho nenaplněnými potřebami. Chování, které se objevuje u lidí s demencí, např. klepání, vstávání, odcházení, křik, nářek, pláč a mnoho dalších, souvisí s jejich potřebou hledat smysl. Za těmito často se opaku-

jícími projevy chování můžeme spatřovat, tak jako u většiny lidí, potřebu být milován, zbavit se strachu, být činnorodý a užitečný, sdílet pocity bolesti, obavy či štěstí s někým, kdo mu naslouchá.

Validace pomáhá neklidnému a dezorientovanému starému člověku najít pokoj, zbavit se napětí a prožívat život kvalitně.

14. Užívání hudby a veršů, kterým se lidé naučili v dětství. Lze zpívat písně, vyprávět příběhy, odříkávat modlitby či verše, které zůstaly v paměti i tehdy, když lidé s demencí již nepoužívají slova. Hudba a známé verše mohou probudit dávné prožitky a emoce. Hudba dodává lidem ve druhé a třetí fázi dezorientace energii a většínou rozproudí vnitřní pozitivní síly.

Vedle validace všedního dne, kterou uplatňujeme při každém kontaktu s lidmi žijícími s demencí, je vhodné nabízet každému jednotlivci alespoň třikrát týdně intenzivní validaci, která využívá cíleně některé z popsaných technik. Podle fáze, ve které se osoba s demencí nachází, se odehrává i délka setkání. Bývá to od jedné do patnácti minut. Ovšem délku setkání nelze generalizovat, důležitá není kvantita, ale kvalita.

Skupinová validace

S validací je možno pracovat i ve skupině. Při skupinové validaci je výhodou skupinová dynamika. Ve skupině je přítomen jeden validující a jeden další pracovník. Skupinové setkání trvá přibližně jednu hodinu, odehrává se v příjemném prostoru, kde je důležitá atmosféra důvěry mezi všemi účastníky. Vzniká zde téměř hmatatelná energie, se kterou osoby s demencí ze setkání odcházejí. Při skupinové validaci má každý účastník svou roli, která navazuje na jeho životní příběh. Skupina je vhodná pro 5–10 osob především ve druhé a třetí fázi dezorientace. Zasedací pořádek by měl být stabilní, utvářen podle osobnostních předpokladů jednotlivých účastníků. Validace ve skupině se opírá o dané, pečlivě připravené schéma každého setkání, ve kterém se vhodným způsobem využívají jednotlivé validační techniky.

Závěr

Validace přináší řadu podnětů pro kvalitní péči o člověka s demencí, která je orientovaná na člověka. Zdůrazňuje empatický přístup k lidem s demencí, vnímání jejich potřeb, které jsou skryté za vnějšími projevy chování. Porozumění těmto potřebám je základním východiskem skutečné validující péče. Žádný projev člověka s demencí není devalvován, naopak je považován za platný, důležitý, hodný veškeré pozornosti a přemýšlení o nejvhodnějším přístupu. Validace pomáhá neklidnému a dezorientovanému starému člověku najít pokoj, zbavit se napětí a prožívat život kvalitně. I zde platí, že vhodný přístup, prostředí, podněty, vztah k člověku s demencí mohou posunout obraz demence u konkrétního člověka a změnit jeho prožívání tak, aby se cítil plnohodnotným, začleněným do lidského společenství, uvolněným a přijímaným. To se týká jak domácího, tak i institucionálního prostředí, ve kterém lidé s demencí žijí.

Poznámka autorek:

Hlavním cílem tohoto článku bylo vysvětlit srozumitelným a kulturně přiměřeným způsobem podstatu validace. Neděláme si nárok na přesnou interpretaci validace podle Naomi Feilové, jejíž koncept je chráněn registrovanou značkou. Zde můžeme odkázat na občanské sdružení *Terapeutika*, které je autorizovanou organizací pro Slovensko a Českou republiku (www.terapeutika.sk) a poskytuje též certifikované vzdělávání.

Zdroje:

- Erikson H. E., *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Portál 2015. 147 s. ISBN 978-80-262-0786-3.
- Feil Naomi, de Klerk-Rubin Vicki, 2013, *Validation, Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*, Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München, 10. Auflage, ISBN 978-3-497-02391-2.
- Feil Naomi, 2010, *Validation in Anwendung und Beispielen, Der Umgang mit verwirrten alten Menschen*, Naomi Feil, Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, Verlag, München, 6. Auflage, ISBN 978-3-497-02157-4.
- de Klerk-Rubin Vicki *Validations-Lehrer/in, Stufe 3, Kursmaterial*, 2013, *Validation Training Institute, Inc.*
- Feil Naomi, de Klerk-Rubin Vicki, 2015, *Validácia, Cesta, ako porozumieť dezorientovaným starým ľuďom*, 2015, *OZ Terapeutika*, Bratislava, 1. vydání, ISBN 978-80-971766-1-7.
- van der Kooij, Cora, Smulders Jan, Voortman Jos: *Closeness. Validation Educatief, Apeldoorn, The Netherlands. Tréninkové video vyrobené ve studiu Provideo, Utrecht. Nedatováno.*

Kinestetická podpora pohybu VIV-ARTE® KINÄSTHETIK

Kinestetická mobilizace je pohybový a komunikační koncept. Vychází z poznání, že pohyb a interakce tvoří základ učení a vývoje. Namísto pasivního nevyváženého vedení pohybu při současném provádění mobilizace pacienta koncept nabízí vyváženou podporu pohybu za maximálního využití pohybových rezerv pacienta.



Mgr. HANA NEDĚLKOVÁ

Jediná certifikovaná lektorka kinestetické mobilizace dle VIV-ARTE®KINÄSTHETIK-PLUS v České republice. Dlouhodobě se věnuje implementaci pohybové podpory ve zdravotnických zařízeních a zařízeních sociálních služeb. Pracuje na I. interním oddělení v Nemocnici Most, o. z., na pozici vrchní sestry.

■ **Text: Mgr. Hana Nedělková,**
certifikovaná lektorka
kinestetické mobilizace
VIV-ARTE®KINÄSTHETIK-PLUS

➤ Kinestetika

Pojem „kinestetika“ byl vytvořen v 70. letech 20. stol. doktorem Frankem Hartschem a Lenny Maiettovou z USA pro popis lidského pohybu a funkce. Oba zakladatelé vyvinuli koncept uspořádáním výsledků výzkumu kybernetiky chování od K. U. Smitha a dalších. V kybernetice chování je na člověka pohlíženo jako na sebekontrolující a sám sebe vytvářející systém se zpětnou vazbou. Zakladatelé konceptu vycházeli i z poznatků Feldenkraisovy metody¹. Dále byli ovlivněni poznatky moderního tance, klinické a humanistické psychologie.

Kinestetika je nástroj pro analýzu pohybu jakožto podkladu pro naučení se pohybu a vztahu. Od roku 1990 je úspěšně užívána v klinické i ambulantní praxi, koncept kinestetiky se již 25 let nachází ve vývojovém procesu. Po dlouholeté spolupráci s autory konceptu založila zdravotní sestra Heidi Bauder-Mišbach roku 1998 pohybovou školu VIV-ARTE® v Ulmu v SRN.

➤ Kinestetická mobilizace

Kinestetická mobilizace podle Bauder-Mišbach zahrnuje všechny pohybové aktivity, které napomáhají pacientovi k tomu, aby proces jeho uzdravování navzdory pohybovým omezením ze zdravotních důvodů nebo následkem poranění byl uskutečněn rychle a účinně.

VIV-ARTE®KINÄSTHETIK-PLUS je rozšířením kinestetiky dle Hache a Maiettové; mobilizace je rozdělena do tří fází (viz dále), je prováděna pohybová diagnostika a jsou vytvořeny koncepty pro naučení podpory pohybu.

Podpora pohybu vykonávaná dle konceptu umožňuje využít pohybových rezerv pacienta, je založena na aktivním a vyváženém tělesném pohybu za účelem zlepšení podpory pacienta v sebekontrolě pohybu, čímž se předchází projevům imobilizačního syndromu. Kromě podpory pohybového aparátu je pozitivně ovlivněno vědomí, metabolismus, psychika a také chování ve vztahu k mobilizaci.

Kinestetická podpora zprostředkovává ošetřujícím schopnosti, jak poznávat a vyvíjet vlastní pohybové základy pro normální lidské funkce. Nejde o žádné pevně dané techniky. Pečujícím umožňuje individuálně podporovat potřebnou péči. Koncept pomáhá chápat to, co se děje při vlastním pohybu a co se odehrává, když dva lidé spolu vykonávají běžnou denní činnost. Pečujícím

personál patří k profesní skupině, která má nejčastěji potíže z přetížení (bolesti zad) způsobené přímou péčí o pacienty v průběhu své pracovní kariéry. Při kinestetické podpoře pohybu pečující výrazně omezují zvedání a nošení pacientů, a tím předcházejí bolestivým projevům v oblasti bederní páteře. Snížení potíží z přetížení je možné chápat jako významný přínos k podpoře zdraví pečujících a redukci finančních nákladů spojených s pracovní neschopností.

V kinestetické mobilizaci je tělesná váha zúčastněných osob přenášena přes kostní struktury. Svaly mají možnost flexibility a vnitřní funkce mohou být vykonávány s malou námahou. Lidský pohyb vzniká přes běžné přenesení váhy mezi tělesnými částmi ve vertikální a horizontální rovině. Toto je podmíněno uspořádáním tělesných částí přes sebe a vedle sebe. Každou ze sedmi tělesných částí můžeme pohybovat samostatně a ve vztahu k sobě v různých směrech.

➤ Kinestetické principy

Dění v pohybovém procesu může být posuzováno a analyzováno ze šesti rozdílných úhlů pohledu – kinestetických principů. Pohybová činnost je reakce na vnitřní a vnější poznatky (interakce), která může být pohybovým aparátem (funkční anatomie) realizována (lidský pohyb) rozdílně podle pohybového úmyslu (lidské funkce), výkonnosti (námaha) a vlivů z okolí.

➤ Tři fáze mobilizace

Kinestetická mobilizace se skládá ze tří fází a souvisí se zvyšováním pohybové aktivity pacienta. Klienti s různým stupněm závislosti na podpoře pohybu druhou osobou mohou být často běžným způsobem mobilizace přetížení.

Mobilizace by měla být prováděna v následujících třech fázích:

1. fáze – Zahřátí/Warm-Up

Fáze zahřívání je přípravou na šetrnou a bezbolestnou změnu polohy. Cílem je zlepšení hybnosti kloubů, vyrovnaní svalového napětí, podpora tělesného vnímání, zjištění pohybových možností a rezerv klienta, rozehrátí svalů a kloubů. Fázi zahřívání je možné integrovat do celkové koupele či ranní hygieny. V popředí je snaha o udržení mobility klienta.

¹ Feldenkraisova metoda je výchovným systémem, který rozvíjí funkční sebeuvědomění, využívá těla jako primárního prostředku k učení se.

ybu dle -PLUS

2. fáze – Změna pozice

Funkční trénink je druhou fází, která je charakterizována integrováním pohybových postupů a koordinací změny místa.

3. fáze – Zklidnění/Cool-Down

Je zaměřena na rovnoměrné rozložení váhy a na snahu o neutrální postavení kloubů za účelem prevence dekubitů a kontraktur. Na krátkodobé manuální nebo materiální podložení, doprovázené minimálními pohyby do čtyř směrů, reaguje svalstvo změnou stavu napětí a váha je rozložena rovnoměrněji na podložku.

» Usnadnění běžné praxe

Pečující, kteří implementují koncept při vykonávání běžných aktivit denní praxe, jsou schopni efektivně analyzovat pohybové rezervy pacienta a na základě analýzy jeho zbytkového pohybového potenciálu sestavit takové pohybové vzorce, které ošetřujícím spolu s pacientem umožní vykonat pohyb společně bez vynaložení velkého úsilí. Při změnách pozice ošetřující pacienta nezvedají a tím se chrání před přetížením, neboť změnu pozice provádějí efektivním přenášením váhy z jedné tělesné části na druhou. Provádění kinestetické mobilizace nevyžaduje od ošetřujících zvýšenou časovou dotaci na pacienta, předpo-

ta. Znalosti kinestetické mobilizace mohou využít profesionální i neprofesionální ošetřující/pečující. Ošetřující i ošetřovaní se často dostávají na hranice svých psychických i fyzických sil. Pečující, kteří znají techniky správných přesunů a vykonávají je správnou technikou, vyzařují vlastní pocit jistoty při vykonávání pohybových aktivit s pacientem a svoji jistotu přenášejí na pacienta.

» Ekonomický přínos

V zemích, kde je koncept kinestetické mobilizace uplatňován v běžné ošetrovatelské a pečovatelské praxi, dochází k úsporám finančních prostředků spojených s nákupem drahých polohovacích lůžek, systémů a polohovacích pomůcek. Stejně tak dochází ke snížení nákladů vynaložených v souvislosti s pracovní neschopností ošetřujících z důvodu přetížení, které se projevují bolestmi zad, a současně snížení nákladů na léčení těchto ošetřujících.

Cílem kurzu kinestetické mobilizace je naučit účastníky místo zvedání, rychlých pohybů – běžně používaného způsobu „hop a je nahore“ nebo „jedna, dva, tři a nahoru“ – postupný pohyb, který je identický s fyziologickým pohybem. Jde o pohybové aktivity za využití přenesení váhy, provádění fyziologického pohybu pomocí pasivního nebo aktivního vedení a rozložení váhy do čtyř směrů. Kurzy jsou realizovány v jednotlivých zdravotnických zařízeních a zařízeních sociálních služeb; účastníci kurzu – zaměstnanci si tak mohou ověřit naučené poznatky přímo ve své běžné praxi.

» Závěr

Co obvykle pečujícím brání v účinné podpoře pohybu? Především vlastní omezení pohybu, neúčinné využití vlastních pohybových možností, nedostatek polohovacích pomůcek, nedostatek speciálních lůžek, neznalost technik, které by umožnily efektivní využití rezerv pacienta a snazší manipulaci s ním, bezradnost nad objemnějším klientem. Změnit vybavení jednotlivých zařízení většinou nelze, je ale možné změnit naučené postupy, zvyky a chování personálu při podpoře pohybu klientů. Takové změny chování pečujících při mobilizaci umožňují více volnosti při pohybu a vnímání vlastního těla, což vede k osamostatnění pečujících v situacích, kdy dosud pro mobilizaci potřebovali podporu druhých.

Ano, běžně prováděná podpora pohybu, tj. nošením, taháním, zvedáním, je jistě daleko rychleji provedená, čas však není vždy v péči o klienty tím nejdůležitějším aspektem. Podstatné a přínosné je i to, že je člověk v popředí, není vnímán jako objekt, neboť i tak mohou pečující dát klientovi najevo, že o něj mají zájem. Někdy stačí, když

se pečujícím podaří změnit postoj klienta, který se domnívá, že některou pohybovou aktivitu nezvládne tak, jako dříve, na postoj „zkusím to, mohu to udělat, ale jinak“.

Často používané motto

„Pohyb je život“

Heidi Bauder-Mißbach dále rozvádí:

„Když je pohyb život, potom je podpora pohybu současně podporou života.“

Použitá literatura:

- Bauder-Mißbach, H., *Základy podpory pohybu, Modul 1-4. Asselfingen: VIV-ARTE®, 2008.*
- Bauder-Mißbach, H. *VIV-ARTE®KINÄSTHETIK-PLUS Grundlagen der Bewegungsförderung Modul 1-4. Asselfingen: VIV-ARTE®, 2012*
- Eisenschink, A., M., Bauder Missbach, H., Kirschner, E. *Kinästhetische Mobilisation. Hannover: Schlütersche, 2003. ISBN 3-87706-736-0.*
- Lauber, A., Schmalstieg, P., *Prävention und Rehabilitation, Thieme, Stuttgart, 3. Auflage, 2012. ISBN 978-3-13-128613-0.*
- Nedělková, H., Halmo, R. *Kinestetická mobilizace. Most: Nemocnice Most, 2007. ISBN 978-80-239-9260-1.*

INZERCE

Huntingtonova choroba A PÉČE O PACIENTA

Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě zajišťuje pro poskytovatele pobytových sociálních služeb přednášku o Huntingtonově chorobě a specifikách péče o pacienty s Huntingtonovou chorobou.

○ **Přednáška je přímo ve vašem zařízení**

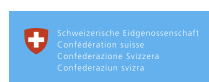
○ **Přednáška je zcela zdarma**

V případě zájmu nás co nejdříve kontaktujte, počet přednášek je omezen.



Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě, z.s.
Velké náměstí 37, Hradec Králové
Tel.: +420 775 321 784
E-mail: office@huntington.cz

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



www.huntington.cz
prednasky.huntington.cz

**Cílem vzdělávání
ošetřujících v kinestetické
mobilizaci je naučení
takových pohybových
strategií, které vedou
k podpoře a udržení
mobility pacienta.**

kladem je změna postoje k podpoře pacienta. Všechny činnosti spojené s podporou pohybu jsou plně integrovatelné do všech běžných denních činností, které ošetřující při poskytování komplexní ošetrovatelské péče provádí. Cílem vzdělávání ošetřujících v kinestetické mobilizaci je naučení takových pohybových strategií, které vedou k podpoře a udržení mobility pacien-

Muzikoterapie

Náměty pro hudební aktivity s uživateli v sociálních službách

2. díl

Obsahem minulého příspěvku bylo představení různých možností využití hudby v oblasti muzikoterapie. Následující text by měl nabídnout některé praktické podněty pro práci s uživateli sociálních služeb. Využijeme zkušenosti z oblasti muzikoterapie a budeme je zde prezentovat formou nabídky vybraných hudebních aktivit. Záměrem je poskytnout inspiraci také profesionálům, kteří o budoucí erudici v oblasti muzikoterapie neuvažují, mají však rádi hudbu a s uživateli sociálních služeb společně rádi hudebně tvoří. Dle zkušenosti muzikoterapeutů může hudba podpořit funkční schopnosti uživatelů v oblasti pohyblivosti, komunikace, kognitivních funkcí, ale také zlepšit spektrum adaptivních sociálních dovedností. Zkušenosti s hudbou však také nabízejí emocionální podporu a mohou ovlivňovat chování uživatelů. Kromě těchto příkladů je pro některé uživatele důležitá podpora jejich hudebního talentu, možnost pravidelné participace na společném muzicírování nebo jiná funkcionální využití hudebních dovedností.



Využití hudebního nástroje pro podporu pohybových funkcí elevace v rameni (foto archiv autora)

■ **Text: Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.,**
speciální a hudební pedagog
a muzikoterapeut

➤ Pohyblivost a hudební aktivity

Hudební trénink pohyblivosti může být užitečný pro mnohé seniory, osoby po úrazech, uživatele s tělesným postižením atd. Oblíbený a zároveň snadno realizovatelný způsob aplikace hudby spočívá ve cvičení a různých tělesných aktivitách při hudbě (např. v některých domovech pro seniory se setkáme s cvičeními s názvem Senior Dances). Jinou možností je hra na hudební nástroje, která může být přínosná i bez znalosti konkrétních metodických postupů pro jejich výběr a aplikace vzhledem k terapeutickým potřebám uživatelů (tyto po-

stupy jsou teoreticky dobře rozpracovány v oblasti Funkční muzikoterapie – viz příspěvek v minulém čísle). Např. hrou na klavír lze podporovat hybnost prstů a koordinaci horních končetin, hrou na sady bicích nástrojů pak rozvoj hybnosti horních končetin, manipulace s rozmanitými nástroji a ozvučnými předměty je vhodná pro podporu úchopových funkcí atd. (Kantor et al., 2014).

➤ Komunikace a interakce v hudbě

Pro některé uživatele, kteří nemohou komunikovat verbálně, má hudební komunikace zvláštní význam. V muzikoterapii jsou používány hlasové techniky na úrovni preverbální komunikace, např. formou voka-

lizace, ale také zpěv komunikačních frází (s podporou melodické a rytmické složky) nebo zpěv písní pro rozšiřování verbální produkce i slovní zásoby. Tyto aktivity mohou být užitečné pro děti, ale také pro osoby po afáziích, u seniorů s psychogeriatrickým onemocněním atd. Někteří muzikoterapeuti přitom rádi skládají pro své klienty písně, které mohou obsahovat témata podstatná pro osobnostní, kognitivní nebo sociální rozvoj (Baker, Wigram, 2005). Neverbálně lze interagovat také prostřednictvím hudebních nástrojů, což může být využíváno pro navázání interakce a vytvoření vztahu s uživateli s poruchami autistického spektra, schizofrenií, u malých dětí (např. v oblasti rané péče) atd. Při hudební komunikaci je důležitá citlivost na signály uživatele, schopnost následovat jeho hru nebo dokázat jej podpořit vlastní improvizací v důležitých okamžicích. Tyto schopnosti patří ke klinické citlivosti muzikoterapeutů a je možné je rozvíjet prostřednictvím výcviku i terapeutické praxe (Wigram, 2004).

➤ Rozvoj kognitivních funkcí

Přestože se rozvojem kognitivních funkcí muzikoterapeutická literatura zabývá spíš okrajově, nelze tyto možnosti hudby podceňovat. Muzikoterapeutické programy zaměřené na osoby se schizofrenií, dalšími psychiatrickými diagnózami, po úrazech mozku nebo s centrálními obrnami často využívají strukturované hudební aktivity interpretačního charakteru pro rehabilitaci kognitivních funkcí (Hanser, 1987). Např. zpíváme-li píseň nebo hraje-li určitou skladbu, uživatelé si musí zapamatovat slova, pořadí tónů vytvářejících melodii při hře na nástroj nebo aranžmá skladby (pamatovat si, kdy se mají zapojit a kdy přestat). Při skupinové hře se taktéž musí soustředit, vnímat ostatní spoluhráče a reagovat na domluvené signály. Hudební aktivity mohou rozvíjet také další kognitivní funkce a kognitivní operace. Např. oblíbenou aktivitou při práci s dětmi v Dětském centru Thomayerovy nemocnice v Praze-Krči bylo rozebírání a skládání kovových kamenů na metalofonu, jejich řazení podle velikosti a výšky tónů.

Další příklad, který je podpořen rozsáhlým zahraničním výzkumem, představuje využití hudby pro strukturaci denního

režimu, vytváření rituálů, zlepšení orientace v prostoru a čase a zmírnění úzkosti pramenící z kognitivních deficitů u osob s Alzheimerovou chorobou nebo s jinými formami demence.

» Emocionální stabilita a modifikace chování prostřednictvím hudby

Hudba dokáže být vstřícná vůči našim emocím. I v běžném životě si vybíráme k poslechu hudbu podle nálady, situace nebo potřeb daného okamžiku. Jinou hudbu posloucháme při depresi, jinou při úklidu, hněvu, nebo když máme radost. V některých okamžicích naopak potřebujeme ticho. Každý člověk má přitom specifické preference i výběr – proto nelze předepisovat konkrétní skladby pro konkrétní psychické stavy nebo životní situace (tyto snahy o tvorbu jakýchsi hudebních lékárníček nalezneme v některých dřívějších publikacích o muzikoterapii, současná praxe se však podobným experimentům vyhýbá).

Některé techniky a postupy, které se zkoumaly již v počátcích vývoje muzikoterapeutické profese, však přetrvávají v praxi mnoha muzikoterapeutů dodnes. Jedná se např. o behaviorální techniky hudebního podmiňování, které používají hudbu jako pozitivní stimul pro zpevnění určitého chování nebo eliminaci jeho výskytu (Taylor, 2010). Úspěšnost těchto technik je založena na tom, že uživatelé (i s těžkými kognitivními poruchami) mají v oblibě určitou hudbu a hudební aktivity je mohou pozitivně motivovat. Hudba je takto využívána jako jedna ze strategií pro zvládání stresu, cílené odvedení pozornosti od podnětů, které by způsobily emocionální rozladění, zlepšení adaptivity chování atd. Kromě poslechu mohou být využity také aktivní hudební aktivity, skupinové zpívání, hra na nástroj, hudební improvizace a mnohé další. Pokud se tyto postupy aplikují jako součást muzikoterapeutického procesu, je nutné se opírat o dobrou znalost uživatele, vyhnout se schematickým aplikacím hudebních aktivit a technik a respektovat volbu dané osoby.

» Rozvoj hudebního talentu

Kromě terapeutického působení má hudba významné místo také v hudebním vzdělávání a rozvoji talentu uživatelů. I zde se jedná o aktivitu, jejíž význam a využití není téměř omezeno věkem. V praxi muzikoterapie a speciální hudební výchovy byly rozpracovány zvláštní postupy a techniky, které mohou snadno pomoci vytvářet esteticky hodnotnou hudbu také uživatelům, kteří nedisponují výrazným hudebním talentem nebo potřebnými tělesnými, percepčními a kognitivními schopnostmi (Adamek, Darrow, 2010).

Osvojení základů hry na hudební nástroj nabízí kromě mnohostranného rozvoje osobnosti také smysluplné strávení volného času a je funkčně využitelné v běžném životě. Tím staví hudba před uživatele sociálních služeb nové životní výzvy a možnosti, neboť ovládnutí hudebního nástroje bývá sociálně ceněné a v některých případech přináší dokonce možnosti pracovního využití. Pro dospělé osoby s mentálním postižením je výuka hry na nástroj, výuka zpěvu, hraní v kapele, ale třeba také participace na realizaci rádia vynikající aktivizační službou, jak lze vidět na originálním projektu rádia Centra sociálních služeb Tloskov nebo na hudebních aktivitách skupiny Kabrňáci (působící taktéž při Centru Tloskov).

» Společné muzicírování

Hudební zkušenosti typu společného zpívání s doprovodem na hudební nástroje nabízí prostor pro sdílení příjemných sociálních zkušeností ve skupině. Takové skupiny bývají otevřené – každý může přijít a odejít, strávit příjemný čas, odpočinout si, zlepšit si náladu atd. Např. v domovech pro seniory se mohou společných kreativních aktivit účastnit také rodinní příslušníci, zaměstnanci a návštěvy (jak je to např. v hudebně-tanečních skupinách Reginy Valentíkové v domově pro seniory Anavita v Olomouci). Tyto aktivity však slouží také druhému spektru věkového kontinua – na několika pobytech pro rodiny s dětmi v rané péči, kterých se autor účastnil jako muzikoterapeut, byly takové aktivity součástí vzájemného poznávání a sblížování dětí i dospělých. Důležité je přitom, aby se z hudebních aktivit nestal nátlak na uživatele. Účast i způsob zapojení do těchto aktivit by měl být dobrovolný a přístup personálu respektující a tolerantní vůči uživatelům.

Pro snížení sociální exkluze uživatelů mohou být realizovány různé performační aktivity (hudební vystoupení) zaměřené na okolní společnost. Tyto aktivity mohou podporovat integraci uživatelů do okolí.



Koncert skupiny Kabrňáci, foto Matěj Lipský



Metalofony (zdroj www.lecive-nastroje.cz)

ní společnosti, ale také přizvat veřejnost do společných projektů. Příkladem jsou zahradní slavnosti realizované v některých institucích (např. Psychiatrické léčebně Šternberk na Moravě). Zde se jedná spíše o projekty typu komunitních umění (Community Arts), nikoliv o muzikoterapeutickou intervenci, nicméně z hlediska sociální rehabilitace mohou mít tyto projekty velký význam.

» Závěr

Citlivé využití hudebních zkušeností v rámci sociálních služeb nabízí uživatelům mnoho benefitů a pomáhá zlepšit jejich životní prostředí (zejména v rámci institucionální péče). Nezbytný je ovšem respekt – jak k osobnosti uživatelů, tak k jejich hudbě, jejich dosavadní hudební historii, k jejich potřebám a životní kultuře. Zkušenosti s hudbou totiž dokáží nabídnout podporu, ale také mohou ublížit. Za velmi užitečné považuji v této souvislosti využití konzultací a poradenských služeb profesionálních muzikoterapeutů.

Použitá literatura

- Adamek, M., S., Darrow, A., A. (2010). *Music in special education*. Silver Spring: American music therapy association (AMTA).
- Baker, F., Wigram, T. (2005). *Songwriting – methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hanser, S., B. (1987). *Music therapist's handbook*. St. Louis, MO: Warren H. Green.
- Kantor, J. et al. (2014). *Kreativní přístupy v rehabilitaci osob s těžkým kombinovaným postižením*. Olomouc: VUP.
- Taylor, D., B. (2010). *Biomedical foundations of music as therapy*. Wisconsin: Barton Publications.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Přínosy a rizika duchovní péče o umírající

V posledních letech došlo k jisté detabuizaci témat smrti a umírání. Publikuje se o nich v knížkách, rozhlase, objevují se televizní pořady s danou tematikou, zaznívají na konferencích. Často však lze v pozadí vysledovat jistou senzacechtivost, jindy povrchnost či je téma zástěrkou pro ty, kteří lační po legalizaci eutanázie. Je těžké oddělovat takové počiny od příspěvků hodnotných, erudovaných. Druhou obtíž, kterou lze vysledovat, je skutečnost, kdy příspěvky sice jsou korektní, avšak s určitým hendikepem – jsou to teoretické úvahy s malou zkušeností z praxe, z prostředí, které je umírajícím vzdálené. To nám je motivem příspěvku k tomuto tématu také svou troškou.

■ **Text: PhDr. Robert Huneš, ředitel Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s., v Prachaticích, prezident Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, člen Etické komise ministra zdravotnictví**
Mgr. Eva Ludačková, vrchní sestra Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích
 Foto: Archiv autorů

Pracujeme jedenáctým rokem v hospici a každý rok na Věčnost doprovodíme kolem 250–300 umírajících. V dnešní době je relativně snadné zalécat pacientovu fyzickou bolest. I ta nejtěžší nádorová je plně odstranitelná či umenšitelná na snesitelnou úroveň, a to v řádech minut, maximálně hodin. Pravda, někdy za cenu použití silných opioidních analgetik. Vlasý nám z rizika návykovosti hrůzou vstávat nemusejí, neboť u terminálně nemocných (předpoklad úmrtí do šesti měsíců) je taková hrozba irelevantní. Nadto je jejich užívání nevléčitelně nemocnými v praxi často zřetelně kratší. Průměrná doba hospitalizace před úmrtím je v českých a moravských hospicích cca 4–5 týdnů.

➤ Duchovní péče

Závažnější je bolest nefyzická, na její léčbu jsou medicínské postupy obvykle krátké. Nefyzický rozměr člověka lze, v širším slova smyslu, označit jako jeho duchovní část. Při bližším pohledu se jedná o rozměr sociální (emoční), rozměr psychický (duševní) a rozměr spirituální (duchovní v užším slova smyslu). Všechny rozměry se často prolínají. Jisté je, že na rozdíl od medikamentózní léčby těla se pozitivní výsledky léčby o nefyzickou (duchovní) část člověka projevují časově mnohem později, u umírajících leckdy nikdy.

Kdy jindy však, než při umírání, si člověk zaslouží maximální péči? Proč má velká část populace strach ze smrti? Proč se k lidskému životu na jeho konci naše společnost nechová stejně intenzivně a laskavě, jako při jeho příchodu na svět?

Dostí se zaměřuje faktum smrti za proces umírání. Strach z umírání ale není totéž, co strach ze smrti, v hospicích o tom víme své. Smrti se lidé mnohdy nebojí, umírání však ano. Ve skutečnosti se jedná spíše o strach z osamělosti, ze ztráty vlastní důstojnosti (*Bude mě chtít dcera takto vidět? Inkontinentního? Upoutaného na lůžko?*), což jsou projevy bolesti sociální. Obavy z toho, co bude, strach z neznáma (měl můj život smysl, mohu odčinit své viny?) – to je existenciální bolest čili bolest duchovní. Z výše uvedeného plyne, že duchovní bolest, a tedy duchovní péči o ni, nelze chápat jako pouhé náboženství či dokonce „církveničení“. Duchovní péči chápeme jako léčbu směřující k tomu, aby člověk zemřel usmířen a s vděčností za život, který mu byl dán. Podstatnou a nepodkročitelnou podmínkou pro správnou duchovní péči je pacientova naděje, respektive dobrá míra naděje. Pro některého pacienta, a vlastně pro jakéhokoli člověka, je to nalezení či upevnění vztahu s Bohem, pro jiného pokorné stanutí před osudem či spokojené rozloučení s rodinou. Pro dalšího usebrané ohlédnutí za životem, náprava chyb a omluva tam, kde chybu napravit nešlo. Stanout v mysli na konci svých dní tak, že si člověk dokáže poctivě „do vlastních očí“ říci „Můj život měl smysl“. Věřící křesťan pak třeba slovy apoštola Pavla: „Dobrý boj jsem bojoval, závod dokončil, víru uchoval.“ To je cílem a úkolem duchovní péče v hospici. Prioritně skrze profesionální erudici pastoračního asistenta (nemocničního kaplana), ale vposledku též za pomoci kohokoliv, kdo o umírajícího

pečuje. A nejen v hospici, ale i v nemocnici, domově seniorů, doma.

Každý, kdo se účinně snaží druhému pomoci nalézat smysl života na konci jeho dní, pomáhá nejen jemu, ale i sobě. Navyšuje totiž svoji osobní naději, že až stane na prahu svého vlastního života, nebude z něj odcházet v osamění a trápení. Kdo dává, dostává. Budiž to výzvou všem, kdo pracují v pomáhajících profesích – lékařům, sestrám, ošetřovatelům, sociálním pracovníkům a dalším. Kvalitní paliativní léčba je při péči o umírající podmínkou nutnou, nikoli však postačující. Kvalitní duchovní péče je důležitá neméně, snad i více.

➤ K empirickým zkušenostem z hospice

Na začátku hospitalizace sbíráme od každého pacienta anamnestická data. Jejich



součástí jsou mj. i otázky směřující na duchovní rozměr člověka. Zejména: Je pro vás důležitá víra? Praktikujete víru? Jste pokřtěni? V jaké církvi? Díky zajištění těchto dat se pastorační asistentky i ostatní personál snáze orientuje v potřebách pacienta a v komunikačních způsobech s ním.

Pro potřeby tohoto příspěvku jsou využita data 247 pacientů z roku 2015 hospitalizovaných v Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Lze z nich vyčíst zajímavé skutečnosti a souvislosti. Z posledního sčítání lidu (v r. 2011) vyplývá, že za věřící se označilo 20,8 % obyvatel. Na konci dní člověka se ukazuje, že se duchovní rozměr stává důležitějším, neboť víra je důležitá pro 38 % našich pacientů. Obecně se uvádí, že pravidelnými návštěvníky bohoslužeb jsou cca 4 % populace (http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=161), zatímco na obdobnou otázku „Praktikujete víru?“ v hospici kladně odpovědělo téměř 28 % pacientů. Dokonce takřka 75 % našich pacientů uvedlo, že jsou pokřtěni. Skutečnost, že si tento fakt uvědomují, ukazuje, že nejsou k tomuto neteční a jistý duchovní přesah sebe sama uznávají, byť se vydávají v úzkém smyslu slova za nevěřící.



Uvedená čísla mohou být relativizována tím, že jsou v hospici pacienti spíše staršího věku (průměrný věk přesahuje 70 let), u dříve narozených je totiž vyšší míra religiozity. To je pravda, ale lze proti tomu stejně legitimně namítnout, že Češi (pacienti prachatického hospice) jsou podstatně méně religiózní než Moravané, čímž je předchozí argument smazán.

» Duchovní péče na vyžádání?

Můžeme usuzovat, že náboženskost či v širším smyslu duchovní potřeby pacientů v terminální fázi onemocnění jsou vyšší, než je obecné mínění. Lze to také doložit fakty. Totiž výše uvedená statistická data jsou odpověďmi pacientů při přijetí k hospitalizaci. Pak dochází k rozhodujícímu momentu v duchovní péči. Většina zdravotnických zařízení má dnes duchovní péči zakotvenu ve standardech, „Právěch pacientů“ apod. Duchovní péče ve skutečnosti obvykle znamená „možnost“ nebo „na vyžádání pacientem“. Jeden z autorů příspěvku si toto ověřil při svých opakovaných hospitalizacích v některých nemocnicích. Absence aktivní duchovní péče je realitou. Na vyžádání se objevuje spíše údiv, v lepším případě „*My vám nějakého faráře můžeme sehnat*“, v horším na pokoj poslali ústavního psychologa. Duchovní potřeby nejsou projevem psychické nedostatečnosti, které by měl řešit psycholog.

V hospici se naproti tomu pracuje s duchovní péčí aktivně, nikoli však násilně. Pacienty navštěvují, pokud to neodmítají (což mohou a my to respektujeme), pastorační asistenti či nemocniční kaplani. Vedou rozhovor, nabídnou možnost kněze, ale i společně čtou nebo hrají společenské hry. Výsledkem je, že podíl těch, pro něž je víra důležitá (výše uvedených 38 %), se začne významně zvyšovat. Po navázání vztahu s pastoračním asistentem reagovali zejména ti pacienti, kteří při přijetí k hospitalizaci sdělili, že víra pro ně není důležitá či ji nepraktikují, typově takto:

- *Paní C. – po měsíci si vyžádala rozhovor s knězem, po 2 měsících chce udělit svátost nemocných.*
- *Paní P. – po měsíci hospitalizace chce na mši sv., přeje si udělit svátosti.*
- *Paní M. – po 2 měsících hospitalizace se rozhoduje: „Zkusila bych kněze.“*
- *Paní S. – nejprve dlouho pevně odmítá, modlitbu chce, svátost ne. Čtyři dny před koncem života však nahlas volá, doslova křičí, že chce hned kněze.*

Z těch, kteří uvedli, že jsou nepraktikující, si nakonec v hospici vyžádalo a přijalo svátost nemocných 18 % pacientů. Po setkávání s pastorační asistentkou vyplynulo z rozhovorů, že jsou pokřtěni, v mládí chodili do kostela, ke svátostem, i svatbu ještě měli v kostele, a nyní jim byla nabídnuta

možnost obnovit si svůj vztah k Bohu. Tuto nabídku využili...

To však je, z křesťanského pohledu, maximum plnosti. Těch, kteří k tomuto nedospěli, ale projevila se u nich velká míra duchovních potřeb, které jsme jim pomáhali hledat a naplňovat, je většina. K tomu přesná data nemáme, ale ze zkušenosti víme, že je to většina. Typické situace, které řeší naši pastorační asistenti, jsou např.:

Rád si s vámi popovídám, ale o víru zájem nemám.

Faráře nechci, ale modlitbu ano. / Modlitba ano, kněz ne. Modlitbu bych chtěl, svátosti ne. – častá odpověď.

Zanevřela jsem na Boha, zemřely mi děti.

Věřící jsem byla, ale už nejsem.

Jasně „NE“ – např. od člověka, který je odmítavý ke všemu.

Tatínek už nemůže mluvit, ale víru vždy praktikoval, sestřičko, zavolala byste pana faráře?

Sestřičko, prosím, mohla byste zařídit, aby syn dostal svátost nemocných?

Sestřička se tiše modlí u pána, pán je pokřtěný, víru nikdy nepraktikoval, ale modlitbu chtěl, poslouchá slova modlitby a sestřičku drží za ruku, tak pevně, že ji nechce pustit.

Bůh pro mě nemá význam.

Rodina nechce kněze: „*Nechceme ho strážít smrti. Myslel by si, že musí zemřít.*“

S Bohem to mám vyřešené, nepotřebuji instituci.

Mám svoji víru, praktikuji po svém... (vztah k ezoterice, léčitelství) – po čase má pacientka zájem o bohoslužbu v kapli a nakonec chce přijmout svátosti.

Řada pacientů při příjmu sdělí, že víra důležitá není a nijak ji nepraktikují. Po čase chtějí přijmout svátosti.

Věty „*Zanevřela jsem na Boha, zemřely mi děti.*“ nebo „*Tatínek už nemůže mluvit, ale víru vždy praktikoval, sestřičko, zavolala byste pana faráře.*“ nejsou dokladem absence duchovních potřeb. Právě naopak! Je v nich přítomna velká duchovní bolest, resp. touha, která je při dobré péči umenšitelná, resp. naplnitelná. Naproti tomu tam, kde má české zdravotnictví odtazité standardizováno, že v případě přání pacienta mu zprostředkuje kněze, mu ve skutečnosti s těmito zásadními životními situacemi většinou nepomůže.

Dobrá duchovní péče je kontinuální, všude a vždy přítomná nabídka pomoci při volání po smyslu života. O tu se v hospici snažíme. Krádež, třeba i v podobě nenabídnutí této možnosti umírajícímu, působí velká trápení. Přejeme českému zdravotnictví více úcty k lidskému životu, zejména při umírání. Důvěru a naději vystihl V. E. Frankl: „*Jeden velký okamžik prožítý v závěru našeho života může dát zpětně smysl celému našemu životu.*“

Kosmetika Menalind professional

– vhodná nejen k péči o citlivou pokožku

Pokud trpíte samovolným únikem moči, může to přinášet nepříjemné důsledky i pro vaši pokožku. Jedním z nich je například větší citlivost pokožky, která může po čase snadno přerůst v podráždění, různé alergické reakce, či dokonce vyrážky. Proto byste neměli zapomínat na optimální péči o pokožku, o její šetrnou očistu i následnou hydrataci.

Přesně takovou ochranu a péči nabízí kosmetika Menalind professional.

Samovolný únik moči neboli inkontinence, je pro osoby v seniorském věku velkým problémem, který se samozřejmě nevyhýbá ani klientům zařízení sociálních služeb. Kožními problémy, které jsou s únikem moči nevyhnutelně spojené, jsou nejvíce ohroženi ti pacienti, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko. Optimální péče o pokožku se však nemůže podcenit ani u seniorů mobilních, protože s věkem pokožka ztrácí přirozenou elasticitu, má tendenci se vysušovat a je tak hůře odolná proti nepříznivým okolním vlivům. Svou roli zde hraje také pomalejší schopnost pokožky se regenerovat. Zralá pokožka totiž potřebuje ke své regeneraci až dvakrát delší čas, než mladá kůže.

Čím je pokožka starší, tím větší má tendenci k tvorbě suchých partií, slábne a zjemňuje se. Proto je třeba k péči o ni zvolit speciální kosmetické produkty, které budou obsahovat hydratační a vyživující látky a budou mít neutrální pH (5,5).

Optimální kosmetická péče pro zralou pleť zároveň nesmí být vůči pokožce agresivní – proto by měla být ideálně bez parfemace a měla by obsahovat vyživující složky, například kreatin, který pokožce zajistí potřebnou hloubkovou hydrataci a napomáhá také posilovat její přirozené obranné mechanismy.

Péče o pokožku inkontinentních osob

Jak již bylo řečeno výše, péči o zralou pokožku musí být věnována zvýšená po-

zornost, což dvojnásobně platí v případě péče o pokožku osoby, která trpí samovolným únikem moči. Na její pokožku totiž v první řadě negativně působí zvýšená vlhkost a samozřejmě i poměrně agresivní složky, které jsou v moči obsažené a které mohou vznikat jejím rozkladem, jako například čpavek. I při úniku moči je však možné, aby byla kůže zdravá a nevykazovala výrazné známky podráždění. Postačí jen dodržovat několik základních doporučení:



**O krok dál
pro zdraví**

- pravidelně vyměňujte absorpční pomůcky (nejpozději po 8 hodinách),
- pečujte o kůži pacienta několikrát denně podle potřeby, k očištění kůže nepoužívejte běžné mýdlo, ale kosmetické přípravky určené na citlivou pokožku,
- pokud je pacient imobilní, použijte vlhčené ubrousky nebo čistící pěnu, které umožňují čištění i bez nutnosti použití vody,
- nepoužívejte parfémované kosmetické produkty, které dráždí už tak dost citlivou kůži pacienta,
- samozřejmostí je pravidelné koupání či sprchování, minimálně jednou denně, nebo v závislosti na stupni znečištění,
- po vyčištění pokožky používejte krém, aby se v pokožce udržela vlhkost a podpořil se ochranný kožní film.

Co každá pleť ocení

Kosmetika Menalind professional je vhodná pro všechny typy kůže. K dispozici jsou tři řady – žlutá, modrá a růžová. Každá z těchto řad obsahuje jiné produkty a má jiné použití. Žlutá řada kosmetiky představuje hydratační péči o pokožku. Obsahuje například tělové mléko a krém na ruce. Oba přípravky v sobě ob-

sahují látky důležité pro hydrataci a podporu regeneračních schopností pokožky, jako je třeba panthenol, mandlový olej, či kreatin. Modrá řada obsahuje produkty, které byly speciálně vytvořeny k čištění namáhané pokožky. V této řadě naleznete například vlhčené ubrousky, které se skvěle hodí nejen k očištění při úniku moči, či stolice, ale například i k péči o intimní partie na dlouhých cestách, kde nemáte možnost se umýt ve vodě. Mycí emulze Menalind professional je vhodná k péči o všechny druhy pleti, díky svému vyváženému pH a obsahu zvlhčujícího panthenolu. K péči o citlivou pokožku hlavy se zase výborně hodí ošetřující šampon Menalind, který z vlasů velmi jemně odstraní veškeré nečistoty. Emulze i šampon jsou k dostání ve výhodných ekonomických baleních, která dlouho vydrží a navíc jsou pro snadnou aplikaci vybavena pumpičkou s dávkovačem.

Pro pacienty s inkontinencí je však specificky určena růžová řada kosmetiky Menalind professional. V sortimentu je k dispozici ochranný sprej chránící namáhanou pokožku před vnějšími vlivy. Přírodní účinné látky, jako panthenol, podporují regeneraci pokožky a dodávají jí pružnost. Jednoduše se aplikuje na pokožku a díky svému složení se lehce roztírá. Kožní ochranný krém chrání pokožku v intimní oblasti, kde je vystavena působení agresivních látek a tlaku. Krém obsahuje panthenol a nanáší se na pokožku jen v tenké vrstvě. Ochranná pěna na pokožku nabízí účinnou ochranu zvláště v intimní oblasti, která je nadměrně zatěžována agresivními složkami, obsaženými v moči a ve stolici. Tato příjemně lehká pěna se snadno nanáší i roztírá a je velmi vhodná také jako prevence proti dekubitům, které sužují především pacienti, déle upoutané na lůžko.

Všechny výrobky kosmetiky Menalind professional jsou vyrobeny z vysoce kvalitních složek, jsou dermatologicky testované a hypoalergenní, takže je eliminována možnost nežádoucí alergické reakce pokožky.

Kosmetika Menalind professional představuje dokonalý doplněk absorpčních pomůcek Moli od firmy Hartmann-Rico a je k dostání v lékárnách nebo výdejnách zdravotnických potřeb.

Zvláštní příplatek

Zvláštní příplatek je nárokovou složkou platu, jejímž účelem je kompenzovat mimořádné zatěžující vlivy související s výkonem některých prací. § 129 odst. 1 zákoníku práce (dále ZP) okruh prací spojených s negativně působícími vlivy vymezuje obecně tak, že se jedná o práce spojené s mimořádnou neuropsychickou zátěží, rizikem ohrožení života a zdraví nebo s obtížnými pracovními režimy.

■ **Text: JUDr. Vladimír Hort,**
právník, lektor Institutu
vzdělávání APSS ČR

Konkrétní podmínky, za nichž příplatek přísluší, rozdělení prací do skupin podle míry ztěžujících vlivů a stanovení výše zvláštního příplatku upravuje § 8 nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, a příloha č. 10. Toto nařízení vlády rozděluje práce vykonávané zaměstnanci ve veřejných službách a správě pro účely poskytování zvláštního příplatku do pěti skupin.

Zvláštní příplatek se poskytuje proto pouze těm zaměstnancům, kteří podle sjednaného druhu práce konají práce uvedené v příloze č. 10. Rozpětí zvláštního příplatku pro jednotlivé skupiny prací stanoví § 8 citovaného nařízení vlády. Konkrétní výši zvláštního příplatku určí zaměstnanci

zaměstnavatel podle podmínek, za nichž je práce konána, a podle míry ztěžujících vlivů, se kterými je spojena.

V dikci ustanovení § 129 odst. 1 ZP je uvedeno, že zaměstnanci, který pracuje za již zmíněných ztížených pracovních podmínek „přísluší“ zvláštní příplatek. Jedná se o kogentní ustanovení ZP a z toho vyplývající závěr o tom, že jde o nárokovou složku platu. Kogentní právní normou se rozumí norma, která nedovoluje odchýlení se od svého znění a je tak absolutně závazná. Na rozdíl od *dispozitivní právní normy* není možné například upravit právní vztah mezi dvěma subjekty jinak, než jak jej upravuje kogentní právní norma; pokud dojde k úpravám, jsou takové úpravy neplatné. Podle ustanovení § 4a odst. 1 a 2 ZP je možná odchylná úprava práva (zde na zvláštní příplatek) smlouvou jakož i vnitřním předpisem, ovšem za podmínky, že tato odchylná úprava zajistí dotčeným zaměstnancům vyšší právo (zde právo na zvláštní přípla-

tek), než je právo, které stanoví ZP nebo kolektivní smlouva. V souladu se zmocněním dle § 129 odst. 2 pak nařízení vlády č. 564/2006 Sb., stanoví rozdělení prací podle pracovních podmínek do skupin, podmínky pro poskytování příplatku a výši tohoto příplatku.

Z toho, co bylo uvedeno výše, vyplývá, že zaměstnavatel nesmí jednostranně „přesunout“ výplatu zvláštního příplatku do jiné složky platu, např. do složky osobního ohodnocení. *Osobní příplatek je totiž nenároková platová složka.* Přiznání této platové složky je závislé na výši prostředků na platy, která zbývá po uplatnění nárokových platových složek („až co zbude“). Osobní příplatek lze přiznat pouze zaměstnanci, který dlouhodobě dosahuje velmi dobrých pracovních výsledků nebo kvalitně plní větší rozsah pracovních úkolů než ostatní zaměstnanci, a dále takovému zaměstnanci, který je vynikajícím a všeobecně uznávaným odborníkem a vykonává práce zařazené do desáté až šestnácté platové třídy. Osobní příplatek je tedy možné v jednotlivých měsících zaměstnanci přiznat a v jiných nikoliv, kdežto výplata zvláštního příplatku musí být provedena (při splnění podmínek jeho přiznání) vždy, tj. v každém měsíci.

Dotaz čtenáře:

Pracuji jako personalista v příspěvkové organizaci a právě aktualizuji vnitřní platový předpis. Poskytujeme sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení a sociálně terapeutické dílny. Velká debata se strhla u § 8 nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. Příloha č. 10 vyjmenovává tři skupiny. Zajímá mě skupina II. bod 4 – Soustavné poskytování přímé zdravotní nebo přímé obslužné péče osobám u poskytovatele zdravotních služeb a v zařízeních sociálních služeb, 4.3 tělesně nebo mentálně postiženým. Katalog prací zařazuje obslužnou péči přímo do 5. platové třídy. Rozumím tomu tedy dobře, že zvláštní příplatek mohou dostat pouze pracovníci, kteří jsou zařazeni v platové třídě 3. a 4.?

Personalista organizace

Odpovídá JUDr. Vladimír Hort:

Debata zjevně vychází z nepochopení textu Přílohy č. 10 NV č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, a jeho smísení s jinou právní normou. Ustanovení § 3 tohoto citovaného nařízení zaměstnavateli ukládá zařadit zaměstnance podle § 132 odst. 3 ZP do platové třídy, ve které je podle nařízení vlády, kterým se stanoví katalog prací (NV č. 469/2002 Sb.), zařazena nejnáročnější práce, jejíž výkon zaměstnavatel na zaměstnanci požaduje. Zaměstnavatel tedy nezařazuje zaměstnance do platové třídy podle NV č. 564/2006 Sb., které zde nehraje žádnou roli. Povinnost zaměstnavatele určit zaměstnanci zvláštní příplatek v rámci rozpětí příplatku stanoveného pro příslušnou skupinu prací stanoví jiná právní norma, kterou je NV č. 564/2006 Sb., v ustanovení § 8 odst. 1. Rozdělení prací podle míry zatěžujících vlivů pracovních podmínek do skupin pak stanoví příloha č. 10 k tomuto nařízení. Dodávám, že NV č. 469/2002 Sb., kterým se stanoví katalog prací a kvalifikační předpoklady a kterým se mění nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, zde nehraje žádnou roli.

Aby to bylo srozumitelné:

pro přiznání zvláštního příplatku není rozhodující, v jaké platové třídě je zaměstnanec zařazen, rozhodující je pouze skutečnost, zda:

- jde o zaměstnance zařízení sociálních služeb pro osoby mentálně nebo tělesně postižené,
- zaměstnanec soustavně poskytuje přímou zdravotní nebo přímou obslužnou péči osobám (...) v zařízení sociálních služeb.

Pokud tedy zaměstnanec splňuje tyto výše uvedené požadavky, náleží mu vždy zvláštní příplatek a zaměstnavatel jej musí zaměstnanci přiznat (viz dikce „Zvláštní příplatek určí zaměstnanci zaměstnavatel...“). Jde totiž o finanční kompenzaci zvýšené neuropsychické zátěže takového zaměstnance, tedy kompenzaci za právní normou specifikovanou práci. K debatě došlo mylným spojením výkladu obou norem a zejména mylným spojením 5. platové skupiny (NV č. 469/2002 Sb.) s bodem 4 II. skupiny prací (NV č. 564/2006 Sb.) tak, jako by zvláštní příplatek náležel pouze zaměstnancům, kteří práci vykonávají ve 4. platové třídě, a jiným nikoliv.

Problematické situace při poskytování pečovatelských služeb

2. díl

V minulém čísle jsme se zaměřili na první tři problematické situace, se kterými se setkáváme při poskytování pečovatelských služeb (kdo je klient, tvorba a přehodnocování individuálních plánů a péče v domech s pečovatelskou službou). Podívejme se nyní na dalších pět situací, se kterými se setkáváme dnes a denně a mnohdy si nejsme jisti, jak je vlastně řešit.

■ **Text a foto: Mgr. Marcela Hauke,**
ředitelka Pečovatelské služby Města Dvůr
Králové nad Labem

➤ 1. Péče o osoby s demencí v domácím prostředí

Jak zaznělo na konferenci Demence v České republice, kterou pořádala Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR a Mladá fronta, a. s., dne 19. 1. 2016, osob s demencí přibývá a přibližně 80 % z nich žije v domácím prostředí. Pečovatelské služby poskytují služby ve stále větší míře právě klientům s demencí. Sociální služby pracující se seniory (ať pečovatelské služby nebo pobytová zařízení) hlásí nárůst osob s demencí. Podle Zprávy o stavu demence 2015¹, kterou vydala Česká alzheimerovská společnost, se odhaduje, že v současnosti v České republice žije více než 153 000 osob s Alzheimerovou nemocí, která je nejčastější příčinou demence. Přitom v 60. letech se počet těchto osob u nás odhadoval na 49 000, v roce 1990 jich bylo 79 000, v roce 2005 už 109 000. Odhaduje se, že v roce 2020 jich bude 183 000 a v roce 2050 až 383 000.

S věkem riziko vzniku Alzheimerovy nemoci roste (viz tabulka č. 1).

Mají-li pečovatelské služby této cílové skupině zajišťovat pomoc kvalitně a bezpečně, musí změnit svůj přístup a způsob



práce. Jenom s prováděním úkonů daných vyhláškou si již nevystačí. Některé služby již ke změně vykročily, ale jsou to stále spíše výjimky.

Ohledně péče o osoby s demencí nejenom v domácím prostředí existuje mnoho otazníků. Jak porozumět potřebám klienta s demencí, když ke komunikaci již slova nestačí? Jak zvládat problémové chování, které je s demencí často spojováno? Jak zajistit důstojnost života u klientů, kteří si svůj stav neuvědomují či ho negují? A jde to vůbec? Může poskytovatel nebo pečující osoba umístit klienta do pobytového zařízení bez jeho souhlasu v případě, že samostatný pobyt v domácím prostředí již pro něj není bezpečný? Jak účinně využívat podpůrná opatření při neschopnosti klienta právně jednat, která jsou ustanovena v novém občanském zákoníku? V čem může opatrovník pomoci a jaké jsou jeho hranice? A když už jsou zmiňovány hranice – kde jsou hranice terénní služby? Jak účinně nastavit spolupráci s dalšími subjekty? Jak se vypořádat s etickými dilematy, která péče o osoby s demencí před poskytovatele staví? Jak je to s odpovědností v sociálních službách?

Cestu k řešení lze spatřovat zejména:

1. v pravidelném vzdělávání zaměřeném na problematiku demence a práci s osobami s demencí;
2. ve zlepšení spolupráce s jednotlivými subjekty (s lékařem, sociálními terénními pracovníci při obcích s rozšířenou působností, rodinou a dalšími sociálními

mi službami) a nastavení hranice a kompetencí jednotlivých subjektů;

3. v nabídce dalších souvisejících služeb, jako je především poradenství pro rodinné příslušníky, nutriční poradenství, rehabilitace, denní stacionář, kognitivní trénink apod.;
4. v zavedení případových konferencí, případně etických komisí, v rámci kterých se bude dařit předávat informace a nacházet řešení společně se všemi zainteresovanými subjekty;
5. v zavedení komunikačních technik do běžné práce s osobami s demencí, jako je validace a účinná neverbální komunikace, které pomohou zjistit a naplňovat nevyslovené potřeby;
6. v práci s životním příběhem klienta;
7. a v neposlední řadě v propojení sociální a zdravotní sféry.

➤ 2. Infekční a parazitární onemocnění

V terénu se pracovníci při poskytování pečovatelské služby mohou střetnout s různými problémy. Infekční onemocnění a onemocnění způsobená různými parazity u klientů k nim bezesporu patří. Tato onemocnění vyvolávají mezi zaměstnanci velké obavy a ti pak nechtějí v těchto domácnostech poskytovat služby. Dokonce se někde onemocnění tohoto druhu objevují ve výpovědních podmínkách či v nouzových situacích jako důvod pro ukončení či neposkytování služby. Je to však správně

¹ MÁTL, O., MÁTLOVÁ, M. Zpráva o stavu demence 2015. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o. p. s., 2015, s. 13. ISBN 978-80-86541-45-7. Dostupné na: <http://www.alzheimer.cz/res/data/002/000331.pdf>.

né? Zdá se, že s těmito onemocněními je spojeno hodně předsudků a obav z možné nákazy. Je však nutné si uvědomit, že pro pracovníka by měla být každá domácnost, každý klient potenciálně infekční. To znamená, že by měl VŽDY dodržovat základní hygienické a bezpečnostní předpisy. Nikdy totiž nelze zcela vyloučit, že klient v sobě má infekční onemocnění nebo že se v domácnosti objevil svrab či štenice. Poskytovatel se o těchto problémech často dozví jen náhodou – buď mu to řekne klient sám, nebo na problém upozorní někdo z venku. Mnohdy to ale neví vůbec. A také je otázkou, jakou validní hodnotu mají informace, které získáme z jiných zdrojů než od klienta.

Na druhou stranu má zaměstnavatel povinnost vytvořit svým zaměstnancům bezpečné prostředí pro výkon jejich profese a k tomu jistě patří vytvoření základních pravidel bezpečnosti a hygieny:

1. Používat pracovní oblečení

Na základě vyhodnocených rizik zaměstnavatel stanovuje pro různé profese ochranné pomůcky a pracovní oblečení, zaměstnanci by se měli naučit převlékat a nepoužívat pro práci u poskytovatele civilní oblečení.

2. V terénu mít při sobě hygienický balíček

Tekuté bezoplachové mýdlo, dezinfekci – tekutou nebo alespoň dezinfekční ubrousky, ručník, jednorázové rukavice. Ne vždy je totiž možné v terénu využít koupelnu u klienta.

3. Používat jednorázové rukavice

Při manipulaci s prádlem, při provádění osobní hygieny, při stlání postele, při výměně plenkových kalhotek atd. Neobstojí argument, že se pracovníkovi v rukavicích špatně pracuje nebo že si to nepřeje klient – jde o zdraví pracovníka!

4. Očkování proti žloutence

Pracovníci v terénu mají nárok na bezplatné očkování proti hepatitidě typu B (viz § 9 vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů).

Někdy je na místě vytvořit s klientem rizikový plán, kdy je třeba se s ním domluvit, při jakých opatřeních je možné dále službu poskytovat, aby to bylo pro pečovatele bezpečné. Při jeho nedodržování ze strany klienta je poté možné poskytování péče případně i přerušit. Není-li si poskytovatel jistý, jak moc nebezpečné onemocnění je či co má dělat v případě výskytu například štenic v domácnosti klienta, doporučuji se obrátit o metodickou pomoc na příslušné epidemiologické oddělení krajské či okresní hygienické stanice.

3. Obézní klient

Neexistuje snad pečovatelská služba, která by někdy neřešila problém s péčí o těžkého klienta v domácím prostředí. Co má dělat pečovatelka, pokud najde klienta na zemi a sama ho nezvedne? Jak má zajišťovat hygienu v koupelně u imobilního obézního klienta? Jak s ním manipulovat na gauči?

Toto jsou situace, které by měly být zpracovány v nouzových a havarijních situacích v rámci standardu kvality č. 14. Je celkem nedůležité, jak se dokument bude jmenovat, důležitější je, že zaměstnanci vědí, jak se v těchto situacích zachovat.

Co k této problematice říkají paragrafy?

Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, v § 28–30 popisuje ruční manipulaci s břemenem (za břemeno je v tomto kontextu považován i člověk): muži mohou zvedat břemena do 50 kg při občasné manipulaci (tj. do 30 minut za osmihodinovou směnu), 30 kg při časté manipulaci a 5 kg při práci vsedě. U žen jsou tyto hodnoty nižší – 20 kg při občasné manipulaci, 15 kg při časté manipulaci a 3 kg při práci vsedě.

§ 103 zákona č. 262/2006 Sb., *zákoník práce*, určuje povinnost zaměstnavateli nepřipustit, aby zaměstnanec vykonával takovou práci, která neodpovídá jeho schopnostem a mohla by ho ohrozit na zdraví. Dle § 106 má zaměstnanec povinnost dodržovat předpisy bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a má právo odmítnout takovou práci, která by mohla jeho zdraví ohrozit.

Toto je typický střet zájmů – klient má právo na péči a pracovník má právo na ochranu svého zdraví při práci.

Doporučení:

1. Při jednání se zájemcem by sociální pracovník měl tuto situaci vyhodnotit jako rizikovou a domluvit se s klientem, jak budou postupovat a jak rizika minimalizují.
2. Jedná-li se např. o imobilního klienta, měl by mít klient povinnost si zajistit *zvýšenou postel*, aby s ním mohla pečovatelka manipulovat v bezpečné výšce, aniž by přitom došlo k ohrožení jejího zdraví.
3. Někdy je vhodné *poskytovat péči klientovi ve dvou*.
4. Klient by měl mít povinnost *zajistit si zvedací zařízení* či jiné transportní zařízení, které by ulehčilo pracovníkovi manipulaci.
5. Jestliže najde pečovatelka na zemi těžkého klienta, nebude se ho pokoušet zvedat sama, ale dle možností přivolá pomoc. Není-li pomoc dostupná, *zavolá na linku 150* (hasiče), kteří pomoc zajistí. Podobnou pomoc je schopná zajistit i městská policie, je-li v místě zřízená.

Věk	Pravděpodobnost vzniku Alzheimerovy nemoci
65+	5 %
75+	10 %
85+	30 %
90+	50 %

Tabulka č. 1

6. Pracovník je seznámen s *profesionálními způsoby práce s imobilním člověkem* tak, aby byla rizika poškození zdraví minimalizována.
7. *Odmítne-li klient* přizpůsobit svůj byt pro bezpečnou práci pečovatelky, měl by poskytovatel takovou péči odmítnout, případně *smlouvu vypovědět*.

Ještě je potřeba upozornit na jednu oblast: jestliže byl pracovník řádně a prokazatelně seznámen, jak s těžkým klientem manipulovat, ale přesto provádí péči v rozporu s pravidly bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, tak při případném poškození zdraví (např. strnutí zad) nebude mít nárok na odškodnění jako při běžném pracovním úrazu.

4. Zajišťování obědů

Zajištění stravy a dovozu obědů v pečovatelských službách vyvolávají neustálé dohady o tom, zda to je, nebo není sociální služba. Trendem je, aby tyto služby zajišťovali soukromí dodavatelé. Potud v pořádku, neboť by poskytovatel neměl nahrazovat běžně dostupné zdroje. Na druhou stranu, dovoz obědů a zajištění stravy patří mezi základní úkony, které musí být každý poskytovatel schopen zajistit. Z tohoto pohledu je možné uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby třeba jen na již zmiňovaný dovoz obědů, ovšem za předpokladu zjištěné nepříznivé sociální situace. Tzn., že klient není schopen si zajistit jídlo sám kvůli snížené soběstačnosti a nemá ani zdroje, které by mohly tento úkon zajistit (nemá rodinu, v místě chybí soukromý dodavatel, poblíž není jídelna, kam by byl schopen si na oběd dojít). Pokud si toto poskytovatel zdůvodní, poté je v pořádku, když obědy zajišťuje. Jsou města, kde je soukromý dodavatel obědů. Na tomto místě je však důležité upozornit, že oběd pravidelně dávány za dveře bez kontaktu s klientem není sociální služba!

5. Chudoba seniorů

V Česku žije v současné době cca 180 000 osob starších 65 let ohrožených chudobou a sociálním vyloučením. >>>> 34

² ČADA, K. a kol. *Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR*. Praha: GAC spol. s r. o., květen 2015, s. 5, 9. Dostupné na: http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/Analýza_sociálně_vyloučených_lokalit_GAC.pdf

33 <<<<

Narůstá rovněž počet seniorů žijících v sociálně vyloučených lokalitách – jejich počet se odhaduje na 7 %.²

Jestliže se jedinec nachází v nepříznivé sociální situaci a spadá do cílové skupiny poskytovatele, měl by s ním poskytovatel uzavřít smlouvu o poskytování pečovatelské služby, i když je zde reálné riziko, že klient služby neuhradí. Smlouvu může poskytovatel následně ukončit dle svých vnitřních pravidel v případě nedodržování smluvních podmínek, tedy když se z klienta stane neplatič. Situaci klienta to však neřeší.

Možná by stálo za úvahu nastavit různé tarify za poskytování sociální služby dle příjmových hladin. Ale to je věc k delší diskuzi. Nebo se smířit s tím, že budou v naší společnosti existovat senioři a zdravotně postižení, kteří v případě, kdy se bez pomoci druhých neobejdou, na poskytování sociálních služeb nedosáhnou? Nezdá se korektní ani návrh, který kdysi zazněl z oficiálních míst, aby poskytovatel v těchto případech služby sice poskytl (protože má povinnost je poskytnout), ale nevykazoval celkový čas strávený péčí. Tím se zvýší dostupnost péče i pro tuto nízkopříjmovou skupinu obyvatel. Toto se však zdá jako naprosto nepřijatelné a nekoncepční řešení.

Chudoba seniorů je vážný celospolečenský problém, který vyžaduje spolupráci všech zainteresovaných subjektů – od vlastní rodiny klienta přes úřad práce až po terénní sociální pracovníky při obcích s rozšířenou působností. Východiska jsou uplatnitelná v dlouhodobém horizontu a znamenají především aktivní přípravu na stáří, zaměstnávání starších osob a budování sociálního bydlení pro seniory, neboť náklady jsou tím největším nákladem seniorů a často překračují jejich skutečné možnosti.

> Závěr

V článku zmiňovaná a popisovaná témata tvoří jenom zlomek toho, co poskytovatelé označují za problémové situace. Lze jenom doufat, že změny, které jsou od roku 2017 očekávány v podobě velké novely zákona o sociálních službách, zákona o sociálním bydlení a profesního zákona přinesou nejenom zvýšení profesionality a efektivitu v sociálních službách, ale také snížení přebujelé administrativy, která ubírá tolik potřebný čas na řešení nepříznivých sociálních situací klientů.

INZERCE

Jeden za všechny, všichni za jednoho!


SANÉK
PONTÉ

www.sanekponte.cz

Říká vám intuice,
že potřebujete čerstvý vítr do organizace?

Cesta vede přes **spolupracující tým**, nikoliv přes jednotlivce.
Pomůžeme vám dát lidi do pohybu!

Kontaktujte Lenku Stárkovou, tel. **724 347 641** / e-mail lenka.starkova@sanek.cz

INZERCE

Vyzkoušejte

Cool Bar

Biogena

ideální řešení pro přípravu chlazených nápojů v sociální sféře



- jednoduchá obsluha
- spolehlivý chladicí systém
- stálá kvalita výdeje nápojů
- umístění až 3 druhů nápojů (možnost připojení na vodu)
- servis v rámci celé ČR



4 varianty koncentrátů: se 100%, 50 %, 25% a 10% podílem ovoce, navíc bez umělých barviv a konzervantů

Výdejní technologie Cool Bar určena pro spojení s koncentráty Biogena

www.biogena.cz

Více informací získáte na **800 777 377**



Ochránce a národní preventivní mechanismus

Dne 1. ledna 2016 to bylo již deset let, co v důsledku přijetí Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, zřídila Česká republika nezávislý orgán (tzv. národní preventivní mechanismus). Jeho úkolem je posílit prevenci proti špatnému zacházení¹, a to jako orgán monitorující, nikoliv jako orgán nahrazující klasické kontrolní mechanismy státu. Tímto orgánem se stal veřejný ochránce práv. Ochránce vykonává systematické návštěvy v místech, kde se nacházejí lidé omezení na svobodě. Mohou být omezení na svobodě soudním rozhodnutím (např. věznice, policejní cely) nebo v závislosti na poskytované péči (domovy pro seniory, psychiatrické léčebny).

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

Ohlédnu se proto zpět a dovolím si malou rekapitulaci. Ochránce provedl za 10 let působnosti národního preventivního mechanismu celkem 364 systematických návštěv různých zařízení, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Jaké jsou jeho úspěchy? Ideální by bylo konstatovat, že největším úspěchem je úplná absence špatného zacházení. Není tomu tak. Při systematických návštěvách jsme měli dostatek příležitostí si uvědomit, jak křehká jsou lidská práva a jak snadné je porušit je bez ohledu na to, zda se jedná o práva vězňů, seniorů, cizinců nebo dětí. Lidská práva jsou nedotknutelná a každý požívá stejnou míru jejich ochrany, i když hlas společnosti často volá po rozdílech. Takto selektivně ale veřejný ochránce práv ze zákona postupovat nesmí a nebude. Cílem systematických návštěv je prevence špatného zacházení. Přiblížme si alespoň okrajově, jak ochránce s tímto posláním za tuto dobu naložil.

¹ Špatné zacházení je jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost. Může spočívat v porušování základních práv, zákonů, podzákonných předpisů, standardů či principů dobré praxe. V zařízeních sociálních služeb může mít špatné zacházení obecně podobu ohrožení života, zásahů do důstojnosti a přehlížení studu, nerespektování práva na soukromí, posilování závislosti na poskytované péči, nerespektování sociální autonomie a práva na spoluúčast při rozhodování o vlastním životě. Může zde docházet k faktickému omezení osobní svobody, či zásahům do lidské důstojnosti klientů, přičemž míra ohrožení se odvíjí od úrovně jejich soběstačnosti.

Oblast osob omezených na svobodě soudním rozhodnutím

V oblasti osob omezených na svobodě soudním rozhodnutím ochránce přispěl k zavedení standardu poučování osob umístovaných do policejních cel způsobem, který minimalizuje pochybení, protože každý má právo vědět, proč je do cely umístěn a jaká jsou jeho základní práva, která může v cele uplatnit. Docílili jsme toho, aby poučení bylo osobě umístěné v cele vždy dostupné a obsahovalo informaci o třech základních pojistkách proti špatnému zacházení – právu vyrozumět osobu podle svého výběru, právu na přístup k advokátovi a právu na vyšetření



VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV
OMBUDSMAN

lékařem dle své volby. Do policejní cely se totiž může snadno dostat každý z nás, ať už v důsledku dopravní nehody nebo prostě jen tím, že se ocitne v davu rozvášněných fotbalových fanoušků.

V rámci prevence špatného zacházení u vězněných osob ochránce dlouhodobě kritizuje plošné provádění důkladných osobních prohlídek, přeplněnost věznic, hromadné ubytování (ložnice pro 8 i více vězňů), nedostatečné podmínky pro výkon trestu odnětí svobody osob dlouhodobě nemocných a s postižením a úroveň poskytované zdravotní péče. Jedná se o běh na dlouhou trať a ke zlepšení je potřeba systémových změn. Nicméně prvotním cílem trestu odnětí svobody je náprava pachatele, nikoliv prizonizace a podpora jeho „dovedností“ směřujících k recidivě po propuštění. Posuňme se blíže k tomuto cíli humanizací podmínek výkonu trestu. Jako zásadní vnímám působnost ochránce

u osob omezených na svobodě v důsledku závislosti na poskytované péči. Jedná se o nejzranitelnější skupiny osob, které jsou ve své bezmocnosti odkázány na služby a péči zařízení.

Oblast sociálních služeb

V sociálních službách ochránce zvýšil povědomí společnosti o tom, že péči o své blízké nemají lidé hledat v ubytovnách, které poskytují své služby nezákonně. Neregistrované zařízení sociálních služeb poskytují nekvalifikovanou péči, která má za následek zhoršení zdravotního a psychologického stavu klienta. Klienti jsou zcela svévolně ze strany zařízení omezováni ve volnosti pohybu a není dbáno na jejich základní životní podmínky².

Ochránce ve spolupráci s externími odborníky z oblasti zdravotnictví na podkladě zjištění a doporučení ze systematických návštěv v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem formuloval standardy zacházení v rámci péče zajišťované zařízením sociálních služeb³. Standardy byly odbornou veřejností přijaty a mimo jiné se staly součástí výuky na některých středních zdravotních školách. Jejich aplikace je zcela zásadní pro to, aby nebyly pouze teoretickým povídáním, ale opravdu vedly k požadovanému zlepšení.

V závěru se ptám: Má ochránce přestat kontrolovat dodržování lidskoprávních norem, jež mu ukládá zákon? Má se připojit k osočování osob s jiným názorem, nebo naopak k bezradnosti, nečinnosti, „vysezení“ problémů? Nebo by snad měl zvažovat, co je za daných podmínek reálně proveditelné, a co už je naopak riskantní, a podle toho křivit paragrafy? To není jeho posláním. Základní výzvou pro ochránce nadále zůstává navýknout samotné systémy, které jsou odpovědné za detenci a služby v institucích, „dýchat“ prevencí špatného zacházení, nikoliv pouze špatné zacházení odhalovat.

² Souhrnná zpráva ochránce k neregistrovaným zařízením sociálních služeb je dostupná zde: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/SZ-Neregistrovana_web.pdf

³ Souhrnná zpráva ochránce k domovům pro seniory a domovům se zvláštním režimem je dostupná zde: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/2015_Zprava_domovy_pro_seniory.pdf

Registr smluv a nové povinnosti pro příspěvkové organizace obcí a krajů

Prvního července tohoto roku (2016) nabyde účinnosti nový zákon o registru smluv. Od tohoto data budou zákonem vyjmenované subjekty povinny určitě smlouvy zpřístupnit veřejnosti v tzv. registru smluv. Sankce za nezveřejnění smlouvy (tj. nejprve neúčinnost smlouvy a následně zrušení smlouvy, viz níže) však budou vůči povinným subjektům, tedy i vůči příspěvkovým organizacím obcí a krajů, účinné až od července příštího roku (2017). Zákonem stanovené povinné subjekty tedy mají na seznámení s registrem a jeho funkcemi více jak celý jeden kalendářní rok.

■ **Text: Mgr. Petra Bielinová,**
advokátka, od roku 2011 se věnuje
tématům spjatým s komunální politikou,
www.bielinova.cz

➤ Na příspěvkové organizace „malých obcí“ se zákon o registru smluv nevztahuje

Zákon o registru smluv se týká (kromě státu a jeho složek) také všech obcí a krajů, jakož i jejich příspěvkových organizací či obchodních společností, ve kterých mají územně samosprávné celky většinou účast. Mezi „povinné subjekty“ zároveň výslovně nepatří tzv. menší obce, respektive obce, které nevykonávají tzv. rozšířenou působnost. Jinými slovy zákon o registru smluv se v případě obcí vztahuje pouze na cca 200 obcí, které jmenovitě v příloze č. 2 stanoví zákon č. 314/2002 Sb., o stanovení obcí s rozšířenou působností, a samozřejmě na hlavní město Prahu a jeho městské části. Na ostatní tzv. malé obce se zákon o registru smluv díky poslaneckému pozměňovacímu návrhu nevztahuje. Posledně jmenované obce získaly stejnou výjimku samozřejmě i pro své příspěvkové organizace a obchodní společnosti; ani na ně se tedy zákon o registru smluv ani zčásti nevztahuje.

➤ Jaké informace se nesmí nebo nemusí zveřejňovat

Zákon o registru smluv přináší také celou řadu výjimek, pokud jde o samotné povinně zveřejňované smlouvy a jejich obsah. Není totiž zdaleka pravda, že by příspěvkové organizace obcí či krajů musely od léta 2016 zveřejňovat úplně všechny uzavřené smlouvy. Zásadně se i nadále nezveřejňují

(a to ani dobrovolně nad rámec povinnosti uložené zákonem) takové informace, které nelze poskytnout dle zákona o svobodném přístupu k informacím. V praxi se bude jednat zejména o skutečné obchodní tajemství a dále o osobní údaje, s výjimkou oprávněně zveřejněných osobních údajů a rovněž i s výjimkou osobních údajů o příjemcích veřejných prostředků, které se dle § 8b zákona o svobodném přístupu k informacím veřejnosti poskytují. Zjednodušeně lze říci, že pokud některá část smlouvy není dnes přístupná na základě zákona o svobodném přístupu k informacím, bude ve stejném rozsahu nepřístupná i v registru smluv.

Smlouvu, na kterou se dle zákona vztahuje povinnost zveřejnění, bude moci v registru smluv zveřejnit kterákoli smluvní strana, nikoli pouze příspěvková organizace obce či kraje.

V takovém případě bude dotčená část smlouvy ze strany příspěvkové organizace obce či kraje (či jejich smluvní strany) před zveřejněním v registru smluv v rozsahu chráněných informací znečitelněna. Pro úplnost je třeba dodat, že ochrana osobních údajů či obchodního tajemství by se teoreticky mohla vztahovat nejen na obsah smlouvy, ale i na tzv. metadata (viz níže).

Kromě výše uvedeného pravidla zákon stanoví i mnoho dalších výjimek, kdy příspěvková organizace obce či kraje není povinna smlouvu v registru smluv zveřejnit (dobrovolně by však smlouva, respektive informace v ní obsažené, zveřejněny být mohly). Jedná se zejména o smlouvy s plněním v hodnotě 50 tisíc Kč bez DPH a niž-

ším. Dále se povinně nezveřejňují ani informace, které jsou předmětem průmyslového vlastnictví a autorského práva (například technická předloha, návod, výkres, projektová dokumentace apod.), smlouvy uzavřené na komoditní burze, v dražbě nebo v aukci či smlouvy uzavřené s autorem nebo výkonným umělcem atp.

➤ Co přesně znamená „zveřejnit smlouvu“ v registru smluv

Registr smluv je součástí portálu veřejné správy. Jedná se o bezplatně dálkově přístupnou webovou stránku, kde lze pomocí různých kritérií třídit a vyhledávat informace o uzavřených smlouvách, jakož i znění samotných smluv. V současné době je registr smluv již delší dobu plně funkční a řada obcí v něm zveřejňuje smlouvy dobrovolně: <http://portal.gov.cz/portal/obcan/rejstrik/data/10013/>. V registru smluv jsou nyní dobrovolně zveřejněny i smlouvy některých příspěvkových organizací, například Poliklinika Žďár nad Sázavou, Gymnázium Česká Lípa, Dům dětí a mládeže Nové Město na Moravě, Mateřská škola Přerov – Újezdec a další.

Smlouvu, na kterou se dle zákona vztahuje povinnost zveřejnění, bude moci v registru smluv zveřejnit kterákoli smluvní strana, nikoli pouze příspěvková organizace obce či kraje. Toto řešení bylo zvoleno zákonodárci proto, že sankcí za nezveřejnění smlouvy je nejprve její neúčinnost a později dokonce fikce zrušení smlouvy. Důsledky najednou „neexistující“ smlouvy pak dopadnou nikoli pouze na příspěvkovou organizaci obce či kraje, ale i na jejího smluvního partnera, proto i on má možnost smlouvu v registru zveřejnit a tímto nepřijemností tak předejít.

Samotné zveřejnění smlouvy bude v praxi probíhat tak, že příspěvková organizace obce či kraje (nebo jiná smluvní strana uza-

Plnění povinností dle zákona o registru smluv nepodléhá žádnému dozoru či kontrole prováděné ze strany státních orgánů. Není to totiž třeba, protože důsledek nezveřejnění smlouvy (neučinnost a následně zrušení smlouvy) nastává přímo ze zákona, a to uplynutím doby 30 dnů, respektive 3 měsíců. Protože se smlouva ruší od počátku, dostávají se smluvní strany do situace, jako kdyby smlouva nikdy uzavřena nebyla. Pokud bylo dle smlouvy již plněno, bylo plněno bez právního důvodu a na jedné či obou stranách vzniklo bezdůvodné obohacení, které by si strany měly vydat. V praxi se budou samozřejmě řešit jen ty situace, kdy se některá ze stran či jiná oprávněná osoba obrátí na soud a bude uplatňovat své nároky, například právě z bezdůvodného obohacení. Další potíže by příspěvkovým organizacím obcí či krajů mohly vzniknout v souvislosti s čerpáním dotací, neboť v případě nezveřejnění smlouvy týkající se veřejné zakázky, bude dílo plněno na základě neplatné smlouvy.

„Dejte jim za uši“

aneb Kurzy sebeobran pro seniory

■ **Text: Bc. Marie Matějčková,**
koordinátorka pro seniory a zdravotně
znevýhodněné, Komunitní středisko
Kontakt Liberec, p. o.
Foto: Vl. Šrýtrová

Komunitní středisko Kontakt Liberec (dále jen Kontakt) je příspěvkovou organizací statutárního města Liberce.

Práci se seniory se věnuje již od roku 2007 a za tu dobu získalo řadu zkušeností a inspirace. Liberečtí senioři se aktivně zapojují do tvorby jeho aktivit formou Rady starších, poradního sboru ředitele organizace, která iniciuje nové aktivity a dává zpětnou vazbu o tom, co senioři postrádají, jaké věci je trápí a co je aktuálně zajímavé.

Na základě spolupráce s Radou starších přišel Kontakt s nápadem uspořádat kurzy sebeobran pro seniory. Jako velký problém se totiž dlouhodobě ukazuje bezpečnost seniorů. Ti se často stávají oběťmi trestných činů, neboť útočníci si je vybírají právě z důvodu jejich zhoršeného zdravotního stavu a motorických funkcí. Liberečtí si ale řekli, že nechtějí být pasivní a čekat, zda se do takovéto krizové situace dostanou, ale chtějí být aktivními v každém směru a účinně útoku předcházet.

Následovala dlouhá fáze příprav, kdy bylo třeba vyhledat spolehlivé partnery projektu, kteří by měli dostatečné zkušenosti a předpoklady pro společné kurzy této specifické skupiny osob. Po řadě jednání jsme se rozhodli spolupracovat s Policií České republiky, která projekt zapojila do svých preventivních aktivit a ujala se teoretické části kurzu. Přednášky na téma „Jak se nestát obětí trestného činu“, „Prevence osobního bezpečí“, „Chování a komunikace ve vypjatých situacích“, „Prevence domácího násilí“ a „Ochrana a zabezpečení majetku“ – to vše absolvovali senioři se specialisty Policie České republiky mezi praktickými hodinami kurzů.

Při hledání lektora na praktickou přípravu jsme se setkali s velkým problémem,



protože kapacity školitelů Policie České republiky nedostačovaly, a bylo proto potřeba hledat jinde. Na základě doporučení jsme oslovili Sport centrum Budokan, které se výuce bojových sportů věnuje více než 20 let. Martin Procházka, který se stal lektorem praktické přípravy, jezdí po celé Evropě a věnuje se výuce nejrůznějších druhů bojového umění a má zkušenosti s výukou dětí, seniorů i zdravotně znevýhodněných.

V rámci kurzu se senioři seznámili s technikou Proforse, která je součástí systému Zachnin Budo. Tato technika má připravit správnou reakci napadeného člověka za pomoci chránění citlivých zón a bránění se útočníkovi tím nejjednodušším způsobem. Lektor seniory učil, že mohou použít vše, co mají zrovna po ruce, například tašku s nákupem či deštník. Nabádal je také k rychlému jednání, které útočníka překvapí, vždyť kdo by od seniorů čekal odpor? Martin Procházka také ukázal nejrůznější chvaty, které zvládnou i v případě zhoršeného zdravotního stavu, a upozornil na citlivé zóny, přes které mohou zneškodnit i útočníka o mnoho mladšího a v lepší fyzické kondici. Jednou z citlivých zón jsou uši, a tak lektor seniorům příznačně radil, ať dají útočníkovi za ucho. Jak prostě...

Speciální prostor byl věnován osobám, které chodí za pomocí hole či holí. Jak udělat z jasněho znevýhodnění svoji výhodu? Být dopředu připraven a vědět o své slabíně, útočníka správně odhadnout a být o krok před ním.

Pilotní kurz sebeobran se uskutečnil na konci roku 2015 a všech 10 účastníků (převažovaly ženy) bylo nesmírně nadšeno ze zajímavých informací, které se dozvěděli. Jak sami říkali, často se bojí jít večer domů a absolvovaný kurz jim dává pocit bezpečí a také odvalu, že krizovou situaci, pokud nastane, zvládnou. Cílem kurzu rozhodně není naučit seniory prát se a hlava nehlava tak řešit všechny konflikty. V mnoha případech je lepší raději si zajít, než si krátit cestu parkem, případně útočníkovi dát kabelku s padesáťkorunou. Ale jsou případy, ve kterých si senioři vybrat nemohou a musí se bránit, protože jim jde o život.

O kurzy sebeobran se zvedl velký zájem. Kontakt by s jejich organizací rád pokračoval, ale realizace vážně na finančních prostředcích, které se snaží získávat z nejrůznějších grantů i od jednotlivých dárců.





Držitelé certifikátu Značka kvality v sociálních službách

www.znackakvality.info

Spokojený domov, o. p. s., pečovatelská služba

Pečovatelskou službou umožňujeme lidem se ztrátou soběstačnosti důstojný život ve vlastním, domácím prostředí v průběhu celého dne, po celý týden, dle přání uživatele. Služba je terénní, jsme schopni a ochotni ji svým uživatelům poskytovat v jejich domovech nejen ve městech, ale i v malých obcích (jezdíme do 15 km od našich kontaktních míst, která máme v Mladé Boleslavi, Mnichově Hradišti, Turnově a Jinolicích). Uživatelům pomáháme jak s hygienou, oblékáním, chodem domácnosti, přípravou a/nebo podáváním stravy, tak i v oblasti komunikace či vyřizování osobních záležitostí. Díky službám Spokojeného domova mohou lidé prožít celý život ve své rodné obci a nemusí se ve stáří stěhovat do neznámého prostředí, např. domova pro seniory. Služby oceňují i pečující členové rodiny, kteří mohou chodit do práce s vědomím, že o jejich blízkého je i v době jejich nepřítomnosti postaráno.

Příklad dobré praxe:

Časová flexibilita – pečovatelskou službu poskytujeme 7 dní v týdnu od 6 do 22 hodin, po domluvě lze sjednat i jiný čas. Snažíme se vyjít maximálně vstříc potřebám uživatelů našich služeb.

Dostupnost i v malých obcích – naše služby jsou dostupné ve všech obcích v okruhu naší působnosti,

bez ohledu na velikost obce a administrativní hranice.

Péče v domácím prostředí i o lidi ve 3.

a 4. stupni závislosti – Pečovatelská služba Spokojeného domova, o. p. s., umožňuje zůstat v domácím prostředí i osobám, kterým byl přiznán 3. a 4. stupeň závislosti.



Spokojený domov, o. p. s., pečovatelská služba

Na Návsi 44

295 01 Mnichovo Hradiště – Veselá

Certifikace pečovatelských služeb:

Péče, individuální přístup a partnerství ★★★★★

Stravování ★★☆☆☆

Bodové hodnocení 401 bodů

Celkem ★★★★★

Domov Slunečnice Ostrava, příspěvková organizace

Náš domov poskytuje dvě sociální služby „domovy pro seniory“ a „domovy se zvláštním režimem“. Služby jsou poskytovány ve dvou zrekonstruovaných bezbariérových budovách. Kapacita služby DPS je 306 uživatelů, kapacita služby DZR je 89 uživatelů. Nabízíme pobyt v 235 jednolůžkových, 56 dvoulůžkových a 16 třílůžkových pokojích.

Bonusem pro naše klienty je každodenní přítomnost dvou praktických lékařů. V rámci rehabilitace je k dispozici vodoléčba, elektroléčba, tělocvična. V budově mají obyvatelé možnost využívat další služby: kadeřnictví, kosmetiku, pedikúru a bufet s posezením.

K budovám přináší velká zahrada s parkovou úpravou. V současné době se v ní nachází řada aktivních prvků: hřiště na pétanque, ruské kuželky, venkovní šachy, fitness senior park, altány, lavičky, ohniště a také mobilní WC a signalizační zařízení pro přivolání pomoci. Lze tedy říci, že z původního pasivního pojetí zahrady jsme dosáhli aktivního využití, což je v souladu se současným trendem. To vše se dá zvládnout s dobrým týmem a podporou zřizovatele.

Příklad dobré praxe:

Fit-park vybudovaný na přilehlé zahradě domova pro seniory je využíván obyvateli nejen ke cvičení, ale je i místem setkávání s přáteli či rodinnými příslušníky. Šest strojů slouží k udržování, příp. i zvyšování kondice nejen našich uživatelů, ale také jejich rodinných příslušníků nebo obyvatelů z blízkého okolí. Již řada našich uživatelů si Fit-park oblíbila natolik, že za příznivého počasí na strojích pravidelně cvičí. Jak sami uvádějí, pohyb venku má blahodárný vliv nejen na jejich tělo, ale také na duši.

Pečovatelské koncepty – V listopadu loňského roku se náš domov stal stým akreditovaným pracovištěm konceptu Bazální stimulace. Prvky konceptu jsou v péči o klienty aktivně využívány. V letošním roce na bazální stimulaci navazujeme dalším školením zaměstnanců, a to konceptem Psychobiografického modelu péče podle Prof. E. Böhma.



Domov Slunečnice Ostrava, příspěvková organizace

Opavská 4472/76

708 00 Ostrava – Poruba

Certifikace

Ubytování ★★★★★

Strava ★★★★★

Volný čas a kultura ★★★★★

Partnerství ★★★★★

Péče ★★★★★

Bodové hodnocení 868,5 bodů

Celkové hodnocení ★★★★★

Péče o osoby trpící Parkinsonovou nemocí

■ **Text: Dagmar Zavadilová**

*Domov pro seniory Háje, p. o.,
Praha 4 – Háje, www.dshaje.cz*

Foto: Archiv DS Háje

Domov pro seniory Háje (DS Háje), jehož zřizovatelem je hlavní město Praha, se nachází na okraji sídliště Jižní Město, nedaleko Milíčovského lesa a rybníků. Tři propojené budovy vytvářejí atrium. Kapacita domova umožňuje celoroční péči o 220 ubytovaných klientů a uživatelů denního stacionáře zaměřeného na péči a podporu klientů trpících Parkinsonovou chorobou. Poskytujeme komplexní sociální služby a dlouhodobě vyvíjíme snahu o dotváření příjemného prostředí pro důstojný a aktivní život v pozdním věku.

Domov seniorů není zdravotnickým zařízením – to je skutečnost známá zainteresovaným, avšak velmi často je tato informace nejasná či neznámá pro klienty či jejich blízké před nástupem do péče. Zdravotní a ošetrovatelskou péči provádějí registrované zdravotní sestry a pracovníci sociálních služeb. Praktický lékař dochází do domova dvakrát týdně. Kromě něho dochází pravidelně také psycholog, psychiatr, diabetolog, rehabilitační lékař a oftalmolog.

V roce 2013 DS Háje obhájil přidělení mezinárodního certifikátu systému managementu kvality ISO 9001 v oblasti služeb. S přijetím tohoto závazku, a také s nezbytnou reflexí potřeb vývoje systému v sociálních službách, jsou v domově každoročně stanovovány cíle a v krátkodobém i dlouhodobém horizontu strategicky plánovány i vyhodnocovány.

Co je za těmito našimi cíli? Zejména opravdový zájem o problematiku stárnoucí populace, péče o seniory a nezbytná reflexe vývoje sociálního systému.

Co je trendem dnešního vývoje sociálních služeb? Aby senior a obecně jakýkoli uživatel sociálních služeb mohl zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí, tedy doma. Kdo z nás by si to nepřál? Za podpory terénních sociálních a zdravotních služeb je dnes opravdu možné významně prodloužit či trvale ponechat klienta v domácím prostředí. A tam, kde již služby terénní péče nepostačují, přichází na řadu v dnešní době velmi reformovaný život v pobytovém zařízení. Každý člověk ve skutečnosti potřebuje harmonickou atmosféru, ve které se cítí pochopen, bezpečně a pohodlně. Právě vědomí této skutečnosti nás v posledních letech vedlo ke snaze sledovat měnící se potřeby stárnoucí populace, vývoje trendů a inovačních modelů péče pro tyto jednotlivé skupiny.

Jako ředitelka domova jsem měla štěstí na setkání s lidmi, kteří jsou odborníky a tématu péče se věnují opravdově. Společná práce nás posunula před více než 6 lety k realizaci zásadního rozhodnutí, které se stalo prioritou rozvoje koncepce, tedy poskytnutí potřebné specifické péče osobám trpícím Parkinsonovou nemocí. Úkol to nebyl lehký, naše rozhodnutí však bylo pevné. Osobně často v mnoha situacích používám jednoduchý nástroj: „Představ si, jak by bylo tobě...“. Věřte, funguje to. Ne vždy jdou představy ruku v ruce s možnostmi, zejména u takto citlivé a rozsáhlé problematiky. V rámci medicíny a vědy je Parkinsonova choroba v centru pozornosti odborníků, v rámci systému sociálních služeb směřovaných k takto nemocným je však v počátcích. Díky podpoře zřizovatele hl. m. Prahy, společnosti Parkinson-Help, z. s. (více www.parkinson-help.cz),



a pod záštitou prof. MUDr. Evžena Růžičky, DrSc., přednosta Neurologické kliniky 1. LF a VFN Praha, jsme v říjnu roku 2010 zahájili provoz prvního denního stacionáře pro parkinsoniky. Dnes, na počátku roku 2016, za sebou vidíme kus smysluplné práce. Důkazem jsou dvě nově otevřená oddělení pro parkinsoniky a narůstající zájem ze strany této cílové skupiny klientů, ale také velmi často jejich rodinných příslušníků či blízkých osob. Společné zkušenosti a podpora řady zainteresovaných nás dnes posouvají vpřed. Jmenujme aspoň to nejdůležitější, čeho jsme dosáhli: nabídka služeb odborného vzdělávání pro pracovníky v přímé ošetrovatelské péči, poradenství

pro pečující z řad rodin či blízkých osob, medializace tématu Parkinsonovy nemoci, společné konference, klubové činnosti aj. Podařilo se vzbudit veřejný zájem a propojit úsilí neziskového sektoru se státní správou. Aktivní a funkční spolupráce s Parkinson-Help, z. s., stejně jako pomoc ze strany APSS ČR v posledním roce, která podpořila projekt Parkinson zejména formou podpory vzdělávání a osvěty. Dovolují si konstatovat, že dnes již člověk, který je konfrontován diagnózou této nemoci, nezůstane bez podpory, informací či potřebné sociální péče. Strategii této péče je odborně podporovat a udržovat stávající schopnosti klienta, nikoli zneschopňovat jej snahou vykonat veškeré činnosti pomocí asistence místo něj. Profesionální sociální péče obecně pracuje s vědomím „Nemohu uzdravit, ale mohu se významně podílet na kvalitě života nemocného“, s respektem k jeho individuálním potřebám, přáním a ve vzájemné komunikaci s externími odborníky. Je důležité uvědomit si, že moderní péče se netýká jen lůžek a obvyklých pečovatelských pomůcek. Dnešní standard péče pracuje s emocionalitou a pocity klienta, které s chřadnutím a přibývajících lety tolik vystupují na povrch.

Jistě nejsme na konci cesty, ale dobrou zprávou je to, že můžeme vyhodnocovat zkušenosti, vyškolili jsme pro péči o parkinsoniky první odborný pečující personál, spolupracujeme v prostředí důvěry a kolegiality.

Významným přínosem je také spolupráce s dobrovolníky. Na programu dobrovolnictví spolupracuje náš domov více jak šest let. Jeho systémové zavedení bylo jednou ze strategií vedoucích ke zvýšení kvality života klientů. Vedlejší, neméně důležitým přínosem je zpětná vazba od dobrovolníků, kteří přicházejí s podněty viděnými „optikou člověka zvenčí“. Během loňského roku nám dobrovolníci věnovali celkem 673 hodin času. Ve spolupráci s koordinátorkou dobrovolníků vznikl projekt, který je plánován s ohledem na potřeby klientů, je monitorován a může posloužit případným zájemcům jiných zařízení jako vzor. Příkladem je výjimečně dobrá spolupráce s Církví bratrskou v Šeberově. 21 dobrovolníků různých profesí a zájmů přichází s nabídkou pravidelných skupinových i individuálních programů. Nelze spočítat všechny hodiny strávené např. přípravou aktivit či čas strávený na akcích mimo náš domov.

Co říci na závěr čtenářům? Mým přáním je „držet pevně, našlapovat po špičkách. S vědomím skutečnosti, jak křehké osobnosti jsou ti, o které pečujeme, s respektem k jejich prožitým životům.“

Střípky z domova

Japonský ples

Orlová Lutyně – Již tradičně se 11. 2. 2016 v Domově Vesna konal ples, v letoš-



ním roce inspirovaný Japonskem. Této společenské akce se zúčastnili především naši senioři, ale také jejich rodinní příslušníci a hosté. Program probíhal v odpoledních hodinách a byl zahájen seniory z Domova Vesna v hudebním uskupení Vesňáci s písni Japonečka. Svými vystoupeními potěšila i taneční skupina To be continued – mini kategorie, děti z aerobiku DDM a karatista Michal Slonina. V rámci programu byla uspořádána soutěž s japonskou tematikou – ochutnávka čajů, sbírání bonbonů hůlkami a skládání papíru a v závěru byla soutěž o ceny. K poslechu a tanci hrála živá hudba Romana Patky a v nabídce bylo i bohaté občerstvení.

Ing. Mgr. Martina Šilhárová, MBA, ředitelka, Domov Vesna, p. o., Orlová Lutyně

Valentýnský ples

Lysá n. L. – První letošní velkou společenskou akcí v našem domově byl bezesporu tradiční Zámecký – Valentýnský ples.



16. února jsme společně oslavili svátek zamilovaných, svatého Valentýna. Den, kdy se posílají valentýnky, dárky, květiny a cukrovinky. Ani my jsme nezůstali pozadu. Patříčně vyzdobený sál našeho zámku zaplnili naši klienti, jejich rodiny, senioři z Centra seniorů Mělník i pozvaní hosté z Obce baráčnické. Po úvodní skladbě zámeckého kapelníka následovala dražba prvního tance s ředitelem domova. Ten odstartoval několik tanečních sérií. Se svým uměním se přijeli pochlubit tanečníci z poděbradského Souboru country tanců. Jejich vystoupení nás povzbudilo a motivovalo, neboť průměrný věk účinkujících byl 73 let.

Pak přišla na řadu dlouho očekávaná bohatá „tombola“. Děkujeme sponzorům i zaměstnancům domova, moc jsme si to užili. Za rok opět na shledanou.

Bc. Markéta Koderová, sociální pracovnice Domov Na Zámku, Lysá nad Labem

Měsíc známých osobností

Praha 4 – Vstupem do únorového měsíce se otevřely dveře pro vzácné hosty. 2. února jsme přivítali v pořadu Křeslo pro hosta televizní novinářku, publicistku a moderátorku Zuzanu Bubílkovou. Klienti se dozvěděli o jejích novinářských začátcích a o seznámení s panem Šimkem. Paní Bubílková nás překvapila svojí zálibou ve výrobě šitých šperků, které přinesla na ukázkou.



O týden později usedl do křesla herec, režisér a hlavně ředitel Divadla na Vinohradech Tomáš Töpfer. S klienty se podělil o své zážitky nejen z natáčení Četnických humoresek, ale vyprávěl i o svém působení na různých divadelních štacích. Přítomní tak měli možnost nahlédnout do práce ředitele a herce v jedné osobě. Za obě návštěvy jsme velmi vděční a těšíme se na to, jaké osobnosti přivedou do našeho domova další měsíce.

Ing. Bc. Jaroslava Slivoňová, vedoucí aktivizačního oddělení, Domov pro seniory Chodov

Plesání s Večerníčkem

Náměšť n. Osl. – Letošním tradičním plesem v Domově pro seniory v Náměšti nad Oslavou nás 9. února provázela všemi generacemi oblíbená postava Večerníčka. Takto jsme si rádi zavzpomínali na příjemné chvíle prožité u televizních obrazovek společně s našimi dětmi a později i vnoučaty. Do role „hlasatelů České televize“ se vžila ředitelka domova Ing. Věra Bařinová a starosta města Vladimír Měrka. Vtipně



uváděli vystoupení známých televizních pohádkových postav, do kterých se převlékli naši pracovníci. Takže kdo z účastníků chtěl, měl možnost si zatančit s Krákoněšem, motýlem Emanuelem, broukem Pytlíkem, Ferdou Mravencem, vílou Amálkou a řadou dalších. Velkým lákadlem byla také bohatá „tombola“, protože ji rozdávala Manka s Rumcajsem! A že jste ještě nikdy neviděli tančit Macha a Šebestovou? Tak to se příští rok musíte přijet podívat k nám, už teď přemýšlíme, čím zase pobavíme a rozesmějeme obyvatele našeho domova.

Bc. Denisa Bacúrová, sociální pracovnice

Tradiční fašank

Božice – Dne 5. 2. 2016 se konal v Domově důchodců Božice tradiční fašank neboli masopust, známý též pod názvem ostatek. Důležité je, že se jedná o lidový zvyk, který znamená konec hodování a zábav a příchod doby půstu. Tradiční fašank se letos nesl netradičně v režii dětí. Navštívili nás žáci 2. B třídy ZŠ, tentokrát bez doprovodu paní učitelky. Ta si zahrála na žákyni a moc jí to s culíky a taškou na zádech slušelo. Slušelo to i všem princeznám, klaunům, pirátům i hokejistům. Žáci svým temperamentem přenesli dobrou náladu i na klienty domova. Správně naladěným návštěvníkům hrál



lidové a dobře známé dětské písničky, při nichž si všichni zatancovali a zazpívali, p. Hlaďo. A jak jinak „ukočírovat“ skotačivé děti nežli soutěžemi. Zapálení dětí pro hru přeskočilo na klienty, a tak nezůstalo jen u povzbuzování, sami se do soutěží zapojili. Na závěr konstatování: je dobře, že se děti a klienti DD Božice společně setkávají, udržují lidové tradice a uchovávají je pro další generace.

Bc. Viera Rydvalová Domov důchodců Božice, p. o.

Nezapomněli jsme popřát

Rožmitál p. Tř. – Tak jako v předchozích letech, ani letos jsme nezapomněli 8. 3. popřát našim klientkám k jejich svátku, Mezinárodnímu dni žen. Milé povinnosti předat každé ženě kytičku se ujal zástupce ředitele Ing. Ján Pecár. Některé z uživatelek hned věděly, co je za den, jiné se marně rozpomínaly, zda mají svátek či

Střípky z domova



narozeniny. Všem ale svítily oči radostí, když dostaly karafiát, jakýsi symbol starých časů. Aby byla oslava MDŽ dokonalá, připravili jsme na odpoledne v jídelně pro všechny, tedy i pro mužské osazenstvo, posezení s hudbou. K tanci, zpěvu a poslechu hrál pan Libor Šimůnek se svou kapelou. V repertoáru měli spoustu lidových a známých písniček, které si většina osazenstva ráda zazpívala. Podávalo se občerstvení a všichni přítomní se skvěle bavili a vzpomínali na léta dávno minulá.

Markéta Michálková, zástupce vedoucí ÚSS,
Centrum Rožmitál pod Třemšínem, p. s. s.

Historie a my

Jablonec n. N. – V roce 2015 probíhala v Centru sociálních služeb v Jablonci příprava na fotografickou výstavu „Historie a my“. Proto jsme oslovili aktivní seniory z našich klubů a ve spolupráci s jabloneckým souborem historických tanců Villanelle, který zapůjčil historické oblečení, se senioři vydali na pouť časem. V šatech z dob gotiky přes baroko až po rokoko se promě-



nili v urozené dámy a pána. Celkový dojem podtrhlo i romantické okolí frýdlantské radnice, kde se fotografovalo. Jelikož se senioři zhostili úkolu na jedničku, bylo těžké vybrat jen omezený počet fotografií, proto vznikl nápad vytvořit nástěnný kalendář pro rok 2016. Vernisáž výstavy fotografií proběhla 5. ledna 2016 v rámci slavnostního novoročního setkání s hudbou. Výstava i kalendář sklídily velký ohlas mezi seniorskou veřejností i mezi samotnými aktéry. Jeden z nich, A. Nemastil, podotkl: „Řekl jsem si, proč ne? Měl jsem příležitost zažít něco, o čem se mi ani nezdálo. Fotografování mě zajímá a dělá mi radost, proto jsem neváhal. V rámci své záliby chci vytvořit něco, co bude mít hodnotu. Možná ne zrov-

na pro Národní galerii, ale pro nás, seniory z Jabloneckého spolkáče, určitě.“

Blanka Svobodová
Centrum sociálních služeb Jablonec nad Nisou

100. narozeniny

Černá Hora – Nejstarší obyvatelka Domova pro seniory Černá Hora paní Margareta Valentová oslavila v pátek 11. března úctyhodné sté narozeniny. Paní Valentová se narodila v roce 1916 ve Vídni. Události té doby ji zavály do Československa, do města Adamov, kde prožila téměř celý život. Nejraději vzpomíná na své manželství, ve kte-



rém byla velice šťastná. Je pyšná na své tři děti, které ji pravidelně navštěvují. Oslavenkyně se stále těší dobrému zdraví, je plná elánu a optimismu. Velkou rodinnou oslavu si užila se vši parádou. Nechyběl narozeninový dort, květiny, dobré jídlo a pití. Ke gratulantům z řad zaměstnanců se připojili i zástupci města Adamov a OSSZ Blansko. A jaký recept na dlouhověkost nám jubilantka prozradila? Nikdy nechodila do hospody, nepila, nekouřila, raději se smála, zpívala, četla českou a německou literaturu, pěstovala léčivé bylinky a společně se svojí rodinou se těšila z každého dne. Ještě jednou oslavenkyni ze srdce přejeme všechno nejlepší!

Mgr. Jana Kaderková, sociální pracovnice
Domov pro seniory Černá Hora, p. o.

Mezigenerační spolupráce

Meziboří – Počátkem března se senioři z Domova sociálních služeb Meziboří, p. o., zúčastnili prohlídky Střední školy EDUCHEM, a. s., v Meziboří. Milé pozvání senioři přijali bez váhání a 3. 3. shlédli putovní výstavu na téma „Tomáš Baťa“ a „Rok po roce“ přímo na půdě školy. Toto setkání



bylo prakticky oficiálním začátkem vzájemné mezigenerační spolupráce. Starosta města Meziboří Petr Červenka neskrýval radost z prohlubování dobrých vztahů organizací v rámci jednoho města, tím spíše, jde-li o zmíněnou spolupráci mezigenerační. Putovní výstava seniory zaujala zejména pro období, kterého se týkala, vykouzlila pozitivní náladu a celkově se prohlídka nesla v duchu vzpomínání. Také pozvání do chemické učebny, kde si žáci připravili pro návštěvníky několik velmi vydařených chemických pokusů, a „osobní“ kontakt s dálkově ovládaným robotem byl pro většinu novým zážitkem. Na závěr netradičního a vydařeného dopoledne pak studentky věnovaly všem přítomným květiny a voňavou pozornost v podobě mýdla z vlastní dílny. Škole tímto děkujeme a do budoucna se těšíme na společné akce.

Bc. Marie Vorlová, DiS., sociální pracovnice

Tradiční ples

Třinec – Po vánočních a novoročních oslavách jsme nezhálehali a 26. února jsme pro naše klienty zorganizovali 2. tradiční ples. Plesu předcházely mnohočetné přípravy, nedílnou součástí plesu byla bohatá výzdoba, kterou klienti vyrobili v rámci volnočasové aktivity, a chutné zákusky a cukroví, které upekli. Při vstupu do spo-



lečenské místnosti, kde se ples konal, čekal na klienty přípitek a štěstíčko s kotilionem do „tomboly“. Ples zahájil úvodním slovem ředitel Senior domy Pohoda, a. s., následoval první tanec a zábava s dobrým jídlem a pitím. O pestrý program se postaral známý a velice oblíbený folklorní soubor Javorový, za jehož vystoupení se mu dostávalo zasluženého potlesku. Závěr plesu se nesl v duchu výherní „tomboly“, ve které vyhrál každý. Skvělá atmosféra trvala až do večerních hodin.

Mgr. Maria Schindlerová,
Bc. Nikol Zvolenská,
Senior Domy Pohoda, a. s., Třinec

Tančím tak rychle, jak dokážu

Krásná Lípa – 12. března 2016 pořádala Domov se zvláštním režimem Krásná Lípa za spoluúčasti Domova „Srdce v dlaních“ Filipov a Domu kultury Střelnice Rum-burk tradiční ples pro lidi s handicapem

Střípky z domova



s názvem „Tančím tak rychle, jak dokážu“. Tanečním večerem předcházela důkladná příprava, aby bylo vše perfektní, všichni se dobře bavili a odcházeli s nevšedními zážitky. Na ples přišlo 400 lidí z různých krajů – uživatelé sociálních služeb, zaměstnanci v sociálních službách, ale i veřejnost, která tuto společenskou akci shledala velmi zajímavou. Ples zahájila ředitelka DZR Krásná Lípa M. Havlíčková a viceprezident APSS ČR J. Procházka. Během večera vystoupily děti z Dětského domova v Lipové, Senior band z Domova „Srdce v dlaních“, zpěváci Heidi Janků a Bohuš Matuš. K tanci a poslechu hrála hudební skupina U-Style. Vládla příjemná atmosféra a návštěvníci alespoň na chvíli zapomněli na starosti běžného života. Poděkování patří učitelé Střední lesnické školy a SOŠ Šluknov J. Svobodovi a jeho žákům T. Mišechové, J. Paštikovi, A. Suchému, L. Špičkové, Z. Zadinovi a D. Zobačovi za zajištění bezpečnosti a pořádku na našem plesu.

Zaměstnanci Domova se zvláštním režimem Krásná Lípa

Nový sociální automobil

Prostějov – Dne 1. 3. 2016 proběhlo v Centru sociálních služeb v Prostějově slavnostní předání sociálního automobilu Dacia Dokker. Klíče předal zástupce reklamní agentury Kompakt, spol. s r. o., R. Adam do rukou ředitelky centra M. Liškové. Mezi hosty jsme přivítali vedoucího odboru sociálních věcí města J. Svozila a zástupce firem z celého regionu, díky nimž mohl být automobil pořízen. Projekt „Sociální automobil“ agentura realizuje od roku 1997. Funguje tak, že za peníze,



kteří firmy zaplatí za pronájem reklamní plochy na karoserii na 6 let dopředu, agentura zakoupí vůz a předá jej do užívání konkrétnímu zařízení. Slavnostní předání auta bylo zpestřeno vystoupením pěveckého sboru „Fialky“ složeného z uživatelů služby domov pro seniory a jejich rodinných příslušníků. Automobil bude sloužit především pro přepravu uživatelů služby denní stacionář pro seniory. Velmi si vážíme pomoci všech, kteří nám k získání nového automobilu pomohli. Děkujeme.

Hana Zajíčková, koordinátorka aktivizačních pracovníků, Centrum sociálních služeb Prostějov, p. o.

Pomněnkový ples

Protivín – V pátek 19. 2. 2016 se v Domově se zvláštním režimem Pomněnka Protivín konal 1. pomněnkový ples. Spo-



lečenská místnost domova byla krásně vyzdobená, na stolech bylo slané i sladké občerstvení a šampaňské na přípitek. Všem to velmi slušelo, což je velkou zásluhou kadeřnice, která byla dámám k dispozici celé dopoledne. Na žádném plese nesmí chybět „tombola“ a v té naší vyhrával opravdu každý. Ať již to bylo něco dobrého na zub, nebo drobnosti pro radost. Ples slavnostně zahájila paní ředitelka s přáním pěkné zábavy a ta v Pomněnce opravdu byla. Hned od první písničky byl taneční parket plný, tančilo se a zpívalo na známé melodie. Usměvavé tváře našich uživatelů nás ujistily o tom, že náš Pomněnkový ples se opravdu vydařil a stane se u nás v domově tradicí.

Lenka Vitková, DiS.

sociální pracovnice Pomněnka Protivín

Kam ve volném čase? Co třeba do Berouna?

Beroun – Domov seniorů TGM uspořádal hned dvě výstavy: O českých dirigentech a Doteky času. Slavnostní vernisáž výstav si ve čtvrtek 10. března nenechala ujít řada významných hostů. Výstava O českých dirigentech seznámí návštěvníky s životem a dílem dvou významných českých dirigentů, Rafaela Kubelíka a Václava Talicha, jehož život je spjat s městem Beroun. Obě osobnosti charakterizuje pevná vůle a věhlas překračující hranice České republiky. Výstava Doteky času je členskou



výstavou spolku Fotoklub Beroun. Výstavy domov pořádá ve spolupráci s Muzeem Českého krasu, p. o., Agenturou Jany Láskové a Fotoklubem Beroun za finanční podpory města Beroun. Patronát přijal doc. MUDr. Zdeněk Beneš, CSc., ředitel Thomayerovy nemocnice. Výstavy potvrzují do června a jsou součástí cyklu pod záštitou poslance PČR Richarda Dolejše.

Lukáš Gibiec

Domov seniorů TGM, Beroun

Svatba

Pardubice – Dne 15. 3. 2016 si v jídelně Domova pro seniory Dubina Pardubice řekli své ANO Václav Albrecht a jeho vyvolená Božena Danihelková. Ženichovi, pardubickému patriotovi, turistovi, cyklistovi a skautovi bude letos v září 90 let. Od konce loňského roku žije v našem domově, kde ho jeho dlouholetá partnerka denně navštěvuje. S výzdobou jídelny, ve které se obřad uskutečnil, pomáhali přátelé a příbuzní novomanželů, ale přispělo také Pohybové studio Hroch Pardubice, jehož členové uspo-



řádali mezi sebou sbírku na nákup květin a další výzdoby. Je to první svatba, kterou jsme v domově zažili, a byl to opravdu obohacující zážitek. Mít blízkého člověka, sdílet drobné radosti i starosti, pečovat o sebe navzájem, to vše zvyšuje kvalitu života a může mít i vliv na jeho délku, proto všem takovým vztahům u nás v domově velmi fandíme. Novomanželům pak přejeme ještě hodně společných chvil.

Mgr. Monika Kopecká, vedoucí

Domova pro seniory Dubina Pardubice

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



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**