

odborný časopis



sociální služby

cena: 50 Kč / 2,3 €

**Sterilizace
není legrace**

**Parkinsonova
nemoc**

a poruchy kontroly
impulzů

**Sociálně-patologické
jevy v azylovém domě**

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 nezapařuje.



POVRCH
BEZ UMĚLÝCH
MATERIÁLŮ



Inkontinence

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

HARTMANN



**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: 5/2016 KVĚTEN

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 Žlíbku 1800/77,

hala A3, 193 00 Praha 9 – Horní Počernice,

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

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

SMS: 605 202 115

Objednávky a distribuce na Slovensku:

MAGNET PRESS, SLOVAKIA, s. r. o.

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

Tel.: 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.

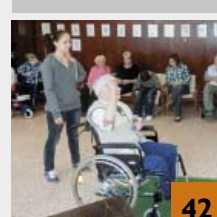
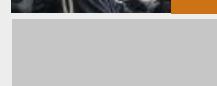
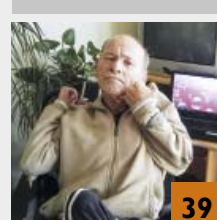
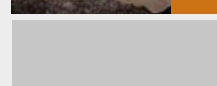
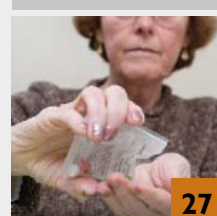
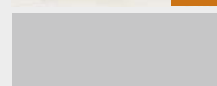
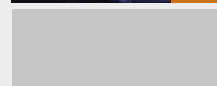
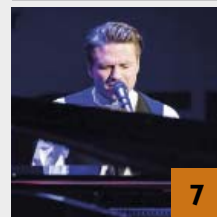
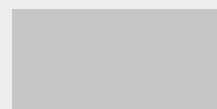
Registrace:

Povoleno rozhodnutím MK ČR E 11018

ISSN 1803-7348

Z obsahu čísla:

- **Aktuality APSS ČR** 5
- **Reportáž: Ti nejlepší byli oceněni na slavnostním vyhlášení soutěže Sestra roku 2015** 7
- **ZPSS v SR: Personálně štandardy a ich zavádzanie do praxe u poskytovateľov sociálnych služieb** 8
- **Komunikace s člověkem s mentálním znevýhodněním** 10
- **Parkinsonova nemoc a poruchy kontroly impulzů** 12
- **SOPAZYL – Sociálně patologické jevy v azylovém domě, I. díl** 16
- **Strašák jménem neohlášené inspekce?** 18
- **Asertivita jako strategie jednání aneb Jak být v mezilidské komunikaci přímý, 2. díl** 20
- **Poradenství: Dva podněty k rehabilitaci u lidí se schizofrenií** 24
- **V medikaci se dopouštíme alarmujícího množství chyb** 26
- **Poradna konceptu Bazální stimulace** 27
- **APSS SR: Zmysluplne využitý voľný čas v zariadení sociálnych služieb a jeho význam pre seniora** 30
- **Právo: Ad Regulace kouření na pracovišti** 31
- **Sterilizace není legrace aneb I defektní lidé mají právo se rozhodovat** 32
- **Veřejný ochránce práv: Doporučení OSN ohledně situace osob se zdravotním postižením v České republice** 34
- **PR HARTMANN: Přihlásili jste už svou instituci a vaše dobrovolníky do 4. ročníku Dobré duše?** 36
- **Zařízení certifikovaná Značkou kvality** 37
- **Bezpečná péče: Otazníky kolem Pravidel šetrné sebeobrany** 38
- **Dobrá praxe: Agentura LADARA – Tísňová péče** 39
- **Pro inspiraci: Bezpečné město Sokolov** 41
- **Střípky z domova** 42



BONBONY
BONWOLLY

Bonmoty a aforismy
Paola Kosorina

*Každý stojí pod
 nějakou horou,
 ale ne každému
 se chce nahoru.*



ÚVODNÍK VICEPREZIDENTKY



Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

nedávno jsem měla příležitost zúčastnit se konference Profesního svazu sociálních pracovníků v sociálních službách. Dovolte mi podělit se s vámi o dva postřehy, které jsem si odnesla. Tím prvním bylo množství sociálních pracovníků. V sále jich bylo na 200, a to je úžasné. Dokonce bylo nutné pro velký zájem o tuto konferenci navýšit kapacitu sálu. Jsem moc ráda, že se sociální pracovníci zajímají o svou profesi a jsou aktivní v přístupu k ní. Ať už to s profesními svazy sociálních pracovníků legislativně dopadne jakkoliv, máme již nyní základnu, která dává možnosti dále budovat prestiž této profese, a tím i prestiž celého odvětví sociálních služeb.

To druhé, co jsem si odnesla, je množství připravovaných změn, které nás v sociálních službách čekají. Řada z nich je zatím rozpracována, další jsou již připraveny vstoupit do legislativního procesu. MPSV, ale i nás však čeká ještě hodně práce. Chtěla bych povzbudit nás všechny, abychom se aktivně účastnili příprav a ovlivnili tak to, v jaké podobě budou tyto změny předloženy ke schválení. Nemůžeme ovlivnit jejich výslednou podobu, ale můžeme ovlivnit to, v jaké podobě budou předloženy. APSS ČR připravuje řadu aktivit v této oblasti. Prosím, sledujte dostupné informace a v pravý čas se aktivně zapojte do připomínkování svými konkrétními a faktickými podněty. Času bude hodně málo, proto budme připraveni a využijme nabízené možnosti v maximálně možné míře.

S přáním krásných jarních dní

Ing. Margita Pištorová,

viceprezidentka pro služby sociální prevence APSS ČR

EDITORIAL



Milí čtenáři,

jako velká milovnice zvířat samozřejmě s nadšením sleduji nové přírůstky pražské zoologické zahrady, a to zejména sluně a gorilí mládě (obě, v tuto chvíli, ještě beze jména). Zároveň mi visí nad pracovním stolem kalendář, kde je každý měsíc zobrazené mládě, které se narodilo v pražské zoo v roce 2015. Je tedy vidět, že „nadšenec“ jsem opravdu veliký. A vzhledem k tomu, jakou pozornost nová mláďata vzbuzují nejen v ČR, ale i v zahraničí, nejsem určitě sama. Když k tomu připočteme, že je právě květen, měsíc lásky, a počasí je k nám celkem shovívavé, není divu, že nás probouzející se příroda okouzljuje. Když se podívám na internetové komentáře k videím gorilích rodičů, často se opakují věty typu „příroda ví, jak si poradit“, „to je ale úžasná máma“ apod. Něco na tom určitě bude. V dnešní době je obrovský trh s knihami o výchově dětí podle různých metod, knih, jak se stát nejlepším rodičem široko daleko, jak vychovat nejúspěšnější dítě, zda jste špatný rodič, protože očkujete, či protože neočkujete, zda rodit v nemocnici, nebo doma v posteli, zda dát dítě na angličtinu v jednom roce, nebo „až“ ve 3 letech... Skoro bychom se mohli pozastavit nad tím, jestli se nám to trochu nevymklo z rukou. Na jednu stranu jde vývoj dopředu a možnosti jsou obrovské (a proč je nevyužít, když mohou v lecčems velmi pomoci), na druhou stranu se přikláníme zpět více k přírodě (ale někdy zapomínáme, že si příroda s některými věcmi poradit sama prostě neumí). Myslím, že je nutné najít mezi tím vším určitou rovnováhu a řídit se jak instinktem, tak rozumem. A to platí nejen pro výchovu dětí, ale např. i pro práci v sociálních službách. Na jednu stranu je potřeba klientům naslouchat a podporovat je v tom, co je pro ně přirozené, na druhou stranu je nutné je někdy jemně nasměrovat „správným“ směrem. V květnovém čísle najdete první díl seriálu o sociálně patologických jevech v azylových domech. Nikdo z pracovníků pracujících s uživateli azylových domů by asi nepopřel, že najít v některých případech „rovnováhu“, je nesmírně složité. Ale snažit se o to je potřeba každý den. Velmi důležitý je také článek Sterilizace není legrace aneb I defektní lidé mají právo se rozhodovat, který upozorňuje na to, že černobílé vidění v oblasti sterilizace mentálně postižených může být na škodu. Přemýšlejme o kontroverzních tématech, berme v potaz veškeré aspekty obou stran a respektujme svobodu všech lidí, nejen těch, kteří jsou pro laickou veřejnost „zdraví“. Zkrátka, budme ve svých soudech opatrní.

S přáním krásných májových dní

Mgr. Veronika Hotová, šéfredaktorka



Aktuální nabídka seminářů IVA



Datum	Název semináře	Místo	Lektor
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 soc. 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
17. 6.	Jak pečovat o klienty s Parkinsonovou nemocí	Tábor	Ing. R. Skála-Rosenbaum, Mgr. Patrik Burda
21.–22. 6.	Seminář pro ředitele	Chotoviny	kolektiv lektorů
22. 6.	Demence v obrazech	Tábor	Mgr. Bc. Andrea Tajanovská, DiS.
23. 6.	Protokol sexuality a individuální plánování s uživatelem	Praha	Mgr. Helena Čalková
26. 9.	Individuální plánování se zaměřením na pečovatelské služby	Praha	Mgr. Marcela Hauke

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

Plán odborných konferencí APSS ČR

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

Změny azylového bydlení v roce 2017, 27. 9. 2016, Praha

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

Členové APSS ČR k 9. 5. 2016: 987 organizací, 2345 registrovaných služeb

Značka spolehlivosti pro neziskové organizace

■ **Text:** Ing. Alena Gmentová,

ředitelka Asociace veřejně prospěšných organizací ČR, www.avpo.cz,
www.znacka-spolehlivosti.cz

Asociace veřejně prospěšných organizací ČR již druhým rokem nabízí neziskovým organizacím možnost projít hodnocením spolehlivosti a získat označení „Spolehlivá veřejně prospěšná organizace“, též značku spolehlivosti. K dnešnímu dni hodnocením úspěšně prošlo a značku získalo 22 „neziskovek“, které jsou zveřejněny na www.znackaspolehlivosti.cz.

ÚČEL ZNAČKY SPOLEHLIVOSTI

České neziskové organizace se potýkají s nedůvěrou a obavami veřejnosti, zda svoji práci odvádějí odpovědně a zda dobře hospodaří s věnovanými dary. Právě tuto nedůvěru veřejnosti v neziskovky chce odbourávat značka spolehlivosti. Tu získají organizace, které ve své činnosti splňují vysoké standardy transparentnosti a etiky, odpovědně naplňují svoje poslání a řádně hospodaří se získanými prostředky. Dárce se tak nemusí obávat, že jeho podpora bude zneužita nebo že má organizace nepřiměřené náklady na provoz či nepřiměřené odměny pracovníkům.

PRŮBĚH HODNOCENÍ

Hodnocení spolehlivosti je sofistikovaný proces založený na metodice, která splňuje zahraniční standardy ICFO i české standardy Programu Česká kvalita. V první fázi musí organizace splnit vstupní kritéria zaměřená na posouzení její transparentnosti a toho, nakolik již získává prostředky od soukromých dárců. Dále prochází komplexním posouzením svého fungování, na základě kterého hodnotitel zpracuje podrobnou zprávu včetně doporučení k dalšímu rozvoji organizace. Tato zpráva je představena radě složené z nezávislých odborníků, která rozhodne o udělení, či neudělení značky spolehlivosti.



CO HODNOCENÍ SPOLEHLIVOSTI NEZISKOVÝM ORGANIZACÍM PŘINÁŠÍ?

Značka spolehlivosti přináší neziskovkám pozornost dárců a médií. Držitelé značky zaznamenávají vyšší podporu ze strany soukromých dárců, využívají bezplatnou prezentaci v celostátním deníku nebo navazují bezplatnou spolupráci se specialisty např. na marketing a PR. Závěrečná zpráva z hodnocení jim dále poskytuje cennou zpětnou vazbu odborníka zvenčí.

V roce 2015 uznávalo MPSV ČR hodnocení spolehlivosti jako procesní analýzu, kterou neziskové organizace potřebovaly, pokud chtěly na konci roku žádat o evropskou dotaci na rozvoj. Této možnosti využilo 28 neziskovek. Mezi nimi i Diakonie ČCE – hospic CITADELA, která navíc splnila i kritéria metodiky a v lednu 2016 se stala držitelem značky spolehlivosti. Její ředitelka Květoslava Othová uvádí: „*Jsem organizací, která je součástí Diakonie ČCE, tedy velké organizace s celorepublikovou působností, která má nastavena pravidla a procesy řízení. Přesto pro nás bylo velmi přínosné projít nezávislým hodnocením v oblasti řízení organizace, včetně finančního řízení, tvorby strategie organizace, kvality služeb, PR a vztahů s veřejností. Díky hodnocení jsme si potvrdili naše silné i slabé stránky a jasně nadefinovali oblasti na zlepšení včetně konkrétních opatření ke zlepšení. Dnes už máme stanovené strategické cíle na období dvou následujících let a věříme, že jejich naplnění přispěje nejen ke zlepšení finanční stability naší organizace, ale také ke zvýšení povědomí o našich službách u široké veřejnosti. Udělení značky spolehlivosti si velmi vážíme, je pro nás nejen oceněním, ale především dalším krokem a nástrojem ke zvyšování kvality sociálních a zdravotních služeb, které poskytujeme.*“



Sentida 5

Nízké pečovatelské lůžko



red dot award
product design

Vysoká estetická úroveň a maximální funkčnost lůžka Sentida 5 vnáší do oblasti pečovatelsví výrazné zvýšení kvality péče. Design lůžek přispívá k psychické pohodě klientů, lůžko je bezpečné a díky podpoře aktivizace napomáhá i k začlenění do společenského života. Ergonomie a sofistikované funkce usnadňují náročnou každodenní práci personálu.



MAXIMÁLNÍ BEZPEČNOST

Nízká poloha 25 cm nad podlahou

Postranice dělené nebo průběžné podle potřeb zákazníka

Noční podsvětlení

STRATEGIE 3 STOP

Prevence pádu a bezpečný spánek (25 cm)

Bezpečná mobilizace ve výšce křesla (41 cm)

Optimální poloha pro ošetřování (80 cm)

Ti nejlepší byli oceněni na slavnostním vyhlášení soutěže **Sestra roku 2015**

Ve čtvrtek 31. března 2016 hostilo Hudební divadlo Karlín v Praze finalist(k)y soutěže Sestra roku, jež se konala už po šestnácté. Soutěž si klade za cíl ocenit těžké a důležité povolání nejen sester, ale i nelékařských zdravotních pracovníků, a dát jim najevo, že jejich práce má přínos a hlavně smysl. Slavnostní vyhlášení toho bylo rozhodně důkazem a ocenění tak byli ti nejlepší roku 2015. Slavnostní vyhlášení moderoval bravurně Libor Bouček, po jehož boku se během večera objevilo mnoho známých osobností.

■ **Text: Mgr. Veronika Hotová**

Foto: Tomáš Hercog

Záštitu nad soutěží Sestra roku převzala tradičně Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97, Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a Magistrát hlavního města Prahy. Odborným garantem soutěže byla Česká asociace sester, slavnostní předání ocenění zorganizovalo vydavatelství Mladá fronta, a. s., s divizí Medical Services, mediálním partnerem byl časopis Sociální služby.

Hlavními kategoriemi soutěže byly *Sestra v přímé ošetrovatelské péči* a *Sestra v managementu a vzdělávání*. Udělena byla i mimořádná cena redakce časopisu Zdravotnictví a medicína *Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství*, a veřejnost mohla rozhodnout o vítězi kategorie *Sestra mého srdce*. Porota složená z největších odborníků oboru rozhodovala přímo na místě, v rámci galavečera, pomocí hlasovacích zařízení, a to na základě promítnutých video-medailonků finalistů natočených přímo na jejich pracovištích a živých rozhovorů. Předsdkyní odborné poroty byla Martina Šochmanová, prezidentka České asociace sester, dále v porotě zasedli např. Jan Bartošek, místopředseda Poslanecké sněmovny PČR, psychiatr Radkin Honzák, Štěpán Svačina, předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, Jana Mílková, ředitelka Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Radek Policar, náměstek Minister-

stva zdravotnictví České republiky pro legislativu a mnoho dalších.

Vítězkou kategorie Sestra v přímé ošetrovatelské péči se stala Kateřina Palinčáková, hlavní konzultantka týmu chronických ran ARO v Nemocnici Valašské Meziříčí. Díky pili a nadšení pro věc se Kateřině podařilo přesvědčit vedení nemocnice, lékaře a všeobecné sestry, že správně ošetřovat chronické rány podle nejnovějších trendů s využitím vlhkého hojení je nejen ekonomicky efektivní, ale je hlavně velkým benefitem pro pacienty.

Vítězkou kategorie Sestra v managementu a vzdělávání se stala Renata Vsetečková, vrchní sestra, oddělení urgentního příjmu dospělých Fakultní nemocnice v Motole v Praze. Organizačně i metodicky vede 80 sester, záchranářů a sanitářů, je školitelkou kardiopulmonární resuscitace, podílí se na tvorbě a aktualizaci traumaplánu motolské nemocnice, přednáší na konferencích a je nadšenou mentorkou výuky mladých studentů – záchranářů, všeobecných sester z několika středních i vysokých škol: její pracoviště je výukovou základnou.

Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství obdržela Františka Ertlová, metodička vzdělávání z Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Jako svoji srdeční záležitost si vybrala obor anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče, který absolvovala v roce 1983. V roce 1993 nastoupila na katedru ARIP, kterou později i vedla. V roce 2003 úspěšně dokončila magisterské studium Pedagogika – správní činnost. Od svého nástupu na katedru akutní medicíny se věno-

vala zejména vzdělávání záchraných služeb. Vychovala 1600 řidičů, kteří nebyli jen jejími studenty, ale i dětmi. Mnozí z nich dnes mají specializovanou způsobilost, vysokoškolské tituly a působí i v řadách top managementu. V rozvoji vzdělávání v ČR uplatňuje i zkušenosti z Holandska, kde se aktivně účastnila tvorby vzdělávání v oblasti intenzivní péče v projektu PHARE.

Ocenění Sestra mého srdce obdržela opět Kateřina Palinčáková, domů tak odcházela dokonce s oceněním dvojítm.

Slavnostní vyhlášení bylo zpestřováno pravidelnými hudebními vstupy Ondřeje Brzobohatého a zpěvačky Dannie Elly, na programu byla i módní přehlídka. Součástí večera byl také křest knihy Osobnosti současného českého ošetrovatelství autorek Heleny Dryákové a Jany Kovaříkové. Slavnostního vyhlášení se zúčastnila např. i ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová, prezident APSS ČR Jiří Horecký, prezident České lékařské komory Milan Kubek, ředitel FN Motol Miloslav Ludvík a mnozí další.

Celý slavnostní galavečer proběhl v přátelské atmosféře, byl plný radosti, smíchu i slz dojetí. Pokud měli všechny přítomné sestry a nelékařští pracovníci během galavečera pocit, že jejich práce je opravdu významná a hodna ocenění, pak soutěž splnila svůj účel, protože to tak opravdu je. Jsou důležitou a nenahraditelnou součástí našeho zdravotnictví, bez nichž by to prostě a jednoduše nešlo.

Další informace na: <http://sestraroku.zdravi.euro.cz/>.





Personálne štandardy a ich zavádzanie do praxe u poskytovateľov sociálnych služieb

1. diel

Pojem sociálnych služieb v súčasnosti už neodmysliteľne čoraz častejšie spájame s ich kvalitou. Kvalitu posudzujeme z hľadiska minimálnych štandardov kvality a s procesom sústavného zlepšovania sociálnych služieb. Novela zákona o sociálnych službách v Slovenskej republike ustanovuje podrobne problematiku hodnotenia podmienok kvality sociálnych služieb. Napĺňanie kvality v sociálnych službách úzko súvisí s prehľadným, adresným a spravodlivým systémom financovania týchto služieb a zabezpečením finančných prostriedkov zo štátneho rozpočtu navýšením výdavkov rozpočtu na sociálne služby.

■ **Text: Mgr. Helena Gajdošíková,**
personálna manažérka,
Centrum sociálnych služieb, Straník

Zákon o sociálnych službách v súvislosti s definovaním kvality sociálnych služieb používa štyri pojmy:

- Oblasť – personálne podmienky;
- Kritérium – hodnota vymedzená akceptovanou spoločenskou koncepciou obsahnutou v základných dokumentoch;
- štandard;
- indikátor.

Formálne vzťahy v organizácii poskytovateľa sociálnych služieb upravujú rôzne normy, predpisy a pravidlá. V praxi sa ich uplatňovanie realizuje prostredníctvom funkcií personálneho manažmentu, pričom personálny manažment má priamy dopad na všetkých zamestnancov a ovplyvňuje výkonnosť organizácie. Zároveň tvorí východiskovú pozíciu pre oblasť zameranú na personálne podmienky pri hodnotení kvality poskytovaných sociálnych služieb. Filozofia, ciele a stratégie ľudských zdrojov vyplývajúce z celkovej stratégie organizácie sú rozpracované v politike ľudských zdrojov, ktorá konkretizuje hodnoty a stanovuje pravidlá správania sa, hodnotenia a motivácie zamestnancov. Sú definované štyri ciele politiky, ktoré môžeme použiť ako kritéria pre oblasť personálneho manažmentu. Patrí sem strategická integrácia, vysoká miera oddanosti, vysoká kvalita a flexibilita. Môžeme ju chápať ako systém stabilných zásad, ktorými sa subjekt personálnej politiky riadi pri rozhodovaní, ktoré

sa priamo alebo aj nepriamo dotýkajú oblasti práce a ako súbor opatrení, ktorými môže usmerňovať správanie a jednanie zamestnancov tak, aby efektívne plnili ciele organizácie. Metódy, zdroje a čas realizácie politiky sú obsahom programov personálneho manažmentu.

Cieľom politiky ľudských zdrojov je zaisťovanie plnenia cieľov organizácie prostredníctvom zamestnancov, podpora tímovej práce a právomocí zamestnancov, zlepšenie vnútropodnikovej komunikácie a zabezpečenie lojality zamestnancov.

Zákon o sociálnych službách v personálnych podmienkach poskytovania kvalitných sociálnych služieb určuje štyri vzájomne súvisiace kritéria, z ktorých vyplývajú príslušné štandardy a indikátory. Najväčší dôraz sa kladie na vypracovanie štruktúry a počtu pracovných miest, ktorý je primeraný počtu prijímateľov sociálnych služieb a ich potrebám a supervízií. Nižšia váha je na základe tohto zákona pridelená kritériám zameraným na ďalší rozvoj a zvyšovanie odbornej spôsobilosti.

Cieľom politiky ľudských zdrojov je zaistenie plnenia cieľov organizácie prostredníctvom zamestnancov, podpora tímovej práce a právomocí zamestnancov, zlepšenie vnútropodnikovej komunikácie a zabezpečenie lojality zamestnancov.

Účelom personálnych štandardov je skvalitnenie procesu riadenia ľudských zdrojov využívaním nových prístupov a nástrojov riadenia, podporou plánovania a formulovania cieľov v oblasti riadenia ľudských zdrojov, sledovaním a hodnotením ich plnenia a zlepšovaním organizácie riadenia ľudských zdrojov koordináciou jednotlivých personálnych procesov.

➤ Vymedzenie personálnych štandardov

3.1. Kritérium – vypracovanie štruktúry a počtu pracovných miest, kvalifikačných predpokladov na ich uplatnenie v súlade s § 84 s určením štruktúry, povinností a kompetencií jednotlivých zamestnancov. Počet zamestnancov je primeraný počtu prijímateľov sociálnych služieb.

Podľa § 7 zákona o sociálnych službách má poskytovateľ sociálnej služby povinnosť poskytovať sociálnu službu na odbornej úrovni. Príslušný štandard ku kritériu 3.1 určuje, že poskytovateľ sociálnej služby musí mať písomne vypracovanú štruktúru a počet pracovných miest, ktorá musí zodpovedať definovanej strategickej vízií, poslaníu a cieľom organizácie a aktuálnemu počtu prijímateľov sociálnych služieb. Kvalifikačné požiadavky na zamestnancov, povinnosti a kompetencie musia byť v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a zabezpečením napĺňania individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb. Poskytovateľ sociálnych služieb musí mať na základe tohto štandardu vytvorené podmienky na individuálnu spoluprácu s prijímateľmi sociálnych služieb, neprekračovať maximálny počet prijímateľov sociálnej služby na jedného odborného zamestnanca a dodržiavať minimálny percentuálny podiel odborných zamestnancov na celkovom počte zamestnancov.

Praktické naplnenie štandardu 3.1 by sme mohli rozvrhnúť do niekoľkých krokov.

1. Poskytovateľ spracuje organizačnú štruktúru, ktorú budú určovať nasledovné aspekty: počet a povolanie zamestnancov pre každý druh poskytovanej sociálnej služby, moc a právomoc založená na kom-



petenciách, odborná spôsobilosť a možnosti rozhodovania pri určení nástrojov na uplatňovanie právomoci a presne vymedzená zodpovednosť, rozsah riadenia, hierarchia riadiacich úrovní, centralizácia a decentralizácia rozhodnutí, špecializácia, ktorá je daná potrebami špecifikácie danej úlohy s prihliadnutím na význam rozvoja vzdelania, znalostí a zručnosti, schopnosti a ochoty meniť svoju kvalifikáciu a definovanie práce (organizačná štruktúra poskytovateľa sociálnych služieb musí mať podľa prílohy 1 zákona o sociálnych službách presne stanovený počet odborných zamestnancov, ktorý je jasne vyznačený, v textovej časti organizačnej štruktúry musí byť slovné popísaný jej obsah a dôležité väzby pracovných pozícií a personálneho riadenia. Táto textová časť môže byť súčasťou organizačného poriadku poskytovateľa sociálnych služieb).

2. Na každú pracovnú pozíciu uvedenú v organizačnej štruktúre poskytovateľ sociálnych služieb vypracuje *popis pracovného miesta*. Z tohto popisu musia byť jasné nároky na pracovnú pozíciu (pri náplni práce pre jednotlivých zamestnancov vychádzame z popisu pracovného miesta – kompetencie, právomoci, povinnosť, zodpovednosť).
3. *Spracovanie pravidiel* pre preskúmanie nutnosti zmeny v organizačnej štruktúre a popise pracovného miesta a pravidiel pre jej vykonanie – identifikovanie základných podnetov na preskúmanie a zmenu organizačnej štruktúry poskytovateľa sociálnej služby a pravidiel ich uskutočnenia.
4. *Spracovanie informačných tokov* – dokument musí obsahovať vymedzenie jednoznačných a jasných komunikačných tokov medzi jednotlivými pozíciami a pravidiel pre zamestnancov na poskytovanie informácií smerom von z organizácie (kompetencie, forma, obsah, vymedzenie prijímateľa informácie). Vymedzenie neformálnych aktivít pre zamestnancov na podporu pozitívnej organizačnej kultúry, ktorá sa podieľa na výmene informácií.
5. Spracovanie noriem správania sa personálu – *etický kódex zamestnanca* – kde sú obsiahnuté pravidlá profesionálneho správania sa zamestnancov voči sebe, prijímateľom sociálnej služby a voči ďalším osobám.
6. Vytvorenie *multidisciplinárneho tímu* s formálne stanovenými pravidlami a obsahom práce a formou a obsahom záznamu ich stretnutí.

3.2 Kritérium: Určenie postupov, pravidiel a podmienok na prijímanie zamest-

Kvalifikačné požiadavky na zamestnancov, povinnosti a kompetencie musia byť v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a zabezpečením napĺňania individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb.

nancov, zaškoľovanie zamestnancov, ktoré je v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi.

Hlavným cieľom *strategického personálneho manažmentu* v organizácii musí byť zabezpečenie kvalitných kvalifikovaných zamestnancov poskytujúcich služby na etickom princípe na základe potrieb prijímateľov sociálnych služieb, zabezpečenie neustáleho rozvíjania ich schopností a zručností, zabezpečenie motivácie a stabilizácia zamestnancov. Organizácia musí vypracovať *metodológiu tvorby stratégie*, ktorá zahŕňa hodnotenie uskutočniteľnosti, vhodnosť, určenie cieľov a nástroje na dosahovanie cieľov. Na základe tejto metodológie vybrať kľúčové oblasti, ku ktorým budú stanovené strategické ciele. Patrí sem získavanie a výber zamestnancov s cieľom zvýšiť efektívnosť a profesionálnu úroveň tohto procesu, rozvoj a vzdelávanie zamestnancov s cieľom zabezpečiť efektívne vzdelávanie a rozvoj zamestnancov v súlade s požiadavkami organizácie, hodnotenie a odmeňovanie zamestnancov s cieľom dosiahnuť vysokú úroveň motivácie a zodpovednosti zamestnancov a ich identifikácie s organizačnou kultúrou a strategické plánovanie ľudských zdrojov s cieľom zabezpečiť optimálne personálne zabezpečenie a vysokú kvalitu poskytovaných sociálnych služieb.

Ak vychádzame s príslušného štandardu na určenie postupov, pravidiel a podmienok na prijímanie zamestnancov, rozhodujúcim kritériom pre poskytovateľa sociálnej služby je odborná kvalifikácia pre danú pracovnú pozíciu a osobnostné predpoklady zamestnanca. Poskytovateľ sociálnej služby umožňuje zamestnancovi zaškolenie v súlade so všeobecnými záväznými predpismi, zabezpečuje mu odborné vedenie počas procesu adaptácie a umožňuje mu získavať nevyhnutné odborné vedomosti a zručnosti na výkon jeho pracovnej pozície.

Praktické zavedenie štandardu 3.2

1. *Personálne plánovanie* – predpoklad pre efektívny proces získavania zamestnancov v organizácii, slúži na realizáciu cieľov organizácie a usiluje sa o to, aby

organizácia mala dostatočné množstvo kvalifikovaných zamestnancov pre jednotlivé pracovné pozície a poskytované sociálne služby. Jeho cieľom je získavanie a stabilizácia potrebného počtu kvalifikovaných zamestnancov, zabezpečenie vzdelávania a rozvoja zamestnancov, aby sa stali flexibilnými a ľahko adaptovateľnými na meniace sa pracovné potreby, a zabezpečovanie obsadzovania voľných pracovných miest z vlastných zdrojov – postupom, vzdelávaním, zaškoľením – a ich stabilizácia.

2. *Analýza a tvorba pracovných miest v organizácii* – Cieľom analýzy pracovných miest je popis pracovného miesta pre každú pracovnú pozíciu podľa jeho účelu na poskytovanie sociálnej služby určenej cieľovej skupine – osobám s ťažkým zdravotným postihnutím na základe analýzy informácií o úlohách, zodpovednosti, zastupiteľnosti a väzbách na iné pracovné miesta – bližšie popísané v kritériu 3.1.
3. *Získavanie a výber zamestnancov* – zabezpečenie vhodných zamestnancov v požadovanej kvalite na voľné pracovné miesta s vynaložením minimálnych nákladov na ich získanie. Výber musí byť podriadený charakteru organizácie a poskytovaným sociálnym službám. Kvalifikačné požiadavky na zamestnancov, povinnosti a kompetencie sú v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a zabezpečením napĺňania individuálnych potrieb prijímateľov sociálnych služieb.
4. *Adaptačný proces a zaškoľovanie nového zamestnanca* – musí byť zameraný na zoznámenie sa zamestnanca s organizáciou, jej úlohami, štýlom práce a predpismi. Počas procesu adaptácie si nový zamestnanec má osvojiť pravidlá a normy zaužívané v organizácii, formy vystupovania a role, ktoré organizácia preferuje. Pre nového zamestnanca organizácia vypracuje plán adaptácie, ktorý zohľadňuje charakter náročnosti pracovného miesta, pričom samotná adaptácia sa spája s rozvojom a ďalším vzdelávaním zamestnanca. Dĺžka adaptácie je stanovená na 1 až 3 mesiace v závislosti od náročnosti pracovného miesta. Dôraz pri tomto procese organizácia musí klást na spätnú väzbu, kde je zamestnávateľ ochotný prijať nové podnety na činnosť organizácie. Úlohou organizácie je, aby v tomto procese pomohla novému zamestnancovi vytvoriť si priaznivý postoj k organizácii a k prijímateľom sociálnych služieb a dosiahla, aby zamestnanec v čo najkratšom čase podával plnohodnotný pracovný výkon, čím by sa úmerne znížili náklady na zamestnanca, ktorý mu pomáha v období adaptácie.

Komunikace s člověkem s mentálním znevýhodněním

Je při komunikaci s člověkem s mentálním znevýhodněním nutný zvláštní přístup, dovednosti a metody? A pokud je to potřeba, co může pomoci? Komunikace s člověkem s mentálním znevýhodněním nemusí být vždy odlišná od komunikace běžné. Většina lidí s mentálním znevýhodněním má lehkou formu mentálního postižení a mnohým lidem či přímo pracovníkům v sociálních službách s větší dávkou empatie a trpělivosti jde komunikace s těmito lidmi celkem snadno. Tak to může i zůstat (případně do doby, než se objeví nějaká nedorozumění či obtíže). Náročnější situace se ale mohou objevovat při komunikaci s člověkem s těžším stupněm mentálního postižení či s postižením kombinovaným.

■ **Text: Mgr. Markéta Vyšejnová,** manažerka kvality ve Společnosti DUHA, supervizorka, lektorka kurzů o komunikaci s mentálním znevýhodněním, seniorech s mentálním postižením v pobytových službách a o chráněném bydlení v praxi, vysejnova@spolecnostduha.cz

➤ Respekt

Setkáme-li se s dospělým člověkem na ulici, automaticky mu nezačneme v momentě, kdy nám dojde, že patří mezi lidi s mentálním znevýhodněním, tykat. Myslím si, že se přístup společnosti v tomto směru hodně zlepšuje a tento jev ustupuje. První, co si tedy musíme sami u sebe uvědomit, je náš respekt k ostatním, a zda ho máme k lidem se zdravotním znevýhodněním nastavený stejně. Případně si připustit, že lepším vodítkem při volbě způsobu jednání je spíše věk člověka než jeho znevýhodnění.

➤ V jaké jsme vlastně roli

Ještě dříve, než se podíváme na samotnou komunikaci, je potřeba si uvědomit, kdo proti nám vlastně stojí a v jaké roli kdo je. Pokud jsme se rozhodli pracovat v sociálních službách s klienty s mentálním znevýhodněním, jsme v profesní roli a klient v roli nakupujícího určité služby, kterou poskytujeme. A podobně jako je nám nabízeno zboží v jiných službách a my si vybíráme, co si vlastně koupíme, tak i poskytování sociální služby by mělo probíhat stejně. Tímto způsobem můžeme pomoci člověku s mentálním znevýhodněním posílit jeho autonomii a učit ho rozhodovat o svých záležitostech. Takové rozhodování se může zpočátku týkat každodenních maličkostí

(například co můžeme uvařit k obědu) postupně až po velká rozhodnutí, např. jestli chce klient bydlet v Chráněném bydlení, nebo využívat službu Podpora samostatného bydlení.

➤ Co může komunikaci ovlivňovat

Než si dále popíšeme, jak můžeme komunikaci ovlivnit, je dobré porozumět tomu, co může komunikaci komplikovat. Překážkou v komunikaci na naší straně bývá hlavně zpočátku strach a obavy, neochota či neschopnost se naladit a případně trochu upravit tempo řeči a některé výrazy, neznání vlastní autonomie člověka se zdravotním postižením a rozhodování za něj, třeba i v „dobré víře“. Na straně člověka s mentálním znevýhodněním to může být např. kolísající psychická aktivita, konkrétní myšlení, snížené sociální dovednosti, nižší míra pozornosti a zvědavosti, oslabená paměť aj. (Vágnerová, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008) Neuvádím zde možné potíže

Při komunikaci s člověkem s mentálním znevýhodněním je v každodenní praxi našich asistentů běžné opakovat určitou informaci vícekrát, vřídlně připomenout, co již bylo řečeno, nebo opakovat nějaký postup.

samoúčelně, ale proto, abychom věděli, proč je vlastně někdy potřeba komunikaci přizpůsobovat. Při samotné komunikaci pak zdůrazňujeme to, co druhému jde, ne to, co mu nejde a s čím má potíže. O motivaci ale až dále.

➤ Prosím, česky

Dobrym doporučením je mluvit česky. Co se zdá jednoduché, je dnes možná těžší, než bychom si mysleli. Do slovní zásoby studentů sociální práce se dostávají cizí výrazy, aby studenti „prokázali“ svou odbornost. Je nutné, aby se tohoto zvyku v praxi rychle zbavili, aby jim jejich klienti rozuměli. To znám z vlastní zkušenosti. Některá slova jsme rychle přijali, a tak když se věci „komplikují“, je třeba to „urgovat“ nebo se nám něco líbí, a tak to dokonce „lajkovat“. Některé výrazy asi už z mluvy nezmizí, ale omezit je v potřebné chvíli jistě můžeme.

➤ Trpělivost se vyplácí třikrát

Při komunikaci s člověkem s mentálním znevýhodněním je v každodenní praxi našich asistentů běžné opakovat určitou informaci vícekrát, vřídlně připomenout, co již bylo řečeno nebo opakovat nějaký postup. To samozřejmě vyžaduje dávku trpělivosti, která je důležitá při celé komunikaci. Umíte se zastavit, naladit se na tempo druhého, v klidu vyslechnout, co potřebuje a vysvětlit možnosti, jak lze se situací naložit? Trpěliví budme, i když se na něco ptáme. Je třeba hned nepodsouvat, co si myslíme, ale nejprve vyčkat na odpověď.

V praxi s jednou klientkou jsme zjistili, že našim otázkám většinou dobře rozumí, ale odpovídá až po několika vteřinách či minutách. Tato doba byla pro každého nového asistenta velmi znejistňující, tak nabízel další a další otázky, které ale rozhodování klientky ještě více prodlužovalo, neboť dál rozvažovala i nad dalšími informacemi, které jí předal.

➤ Humor

Humor do komunikace patří a dokáže různé situace odlehčit. Stejně jako mnoha lidem bez mentálního znevýhodnění, tak i některým lidem s mentálním znevýhodněním je blízky a nemusíme se ho bát, ani s ním šetřit. Ironie a různé dvojsmyslné poznámky však už mohou být na škodu. Může se stát, že je klient vezme doslova nebo si je vyloží jinak, než jaký byl náš záměr.

» Jak se zeptat?

Když člověku s mentálním znevýhodněním předáváme nějakou důležitou informaci, například kde se příště sejeme, není špatné se ujistit, zda si informaci pamatuje, ví, kde se místo shledání nachází, a zda jsme si porozuměli. Lze se ale zeptat špatně, neboť na otázku: „Rozumíte mi?“ je nejsnazší odpověď: „Ano.“ Tedy se ještě před rozloučením raději zeptejme: „A kde se tedy příště uvidíme? No ano, máte pravdu, budu se těšit...“ Používání otázek by ovšem nemělo sloužit k negativnímu hodnocení. Pokud tedy klient odpověď neví, nijak to nekomentujeme, informaci zopakujeme, případně mu doporučíme si ji zapsat.

» Názornost a orientace

Při komunikaci může pomoci některé informace názorně ukázat. Využít můžeme obrázky, fotografie nebo lze předvést scénku. Když se vrátíme k situaci „kdy a kde se sejeme“, můžeme použít mapu. Jeden z našich klientů služby Podpora samostatného bydlení si jednotlivá místa, a jak se k nim dostane, vyhledává za pomoci asistentky na leteckých fotografických mapách na internetu.

Abychom usnadnili orientaci v čase, můžeme si stoupnout s klientem ke kalendáři a ukázat, za kolik dní událost bude, nebo ji po dohodě spolu s ním vyznačit: napsat nebo (pokud klient nečte) nalepit k danému dni svou fotografii s obrázkem hodin daného setkání. Možností je mnoho a vždy je třeba hledat individuální postup. U jednoho z našich klientů Chráněného bydlení, který se postupně osamostatnil a využívá jen odpolední asistenci, se např. osvědčila práce s budíky. První budík je nastaven na dobu, kdy má vstát, druhý na dobu, kdy je třeba odejít z domu do práce, aby přišel včas. Díky tomu se podařilo, aby si udržel práci a samostatnost, na čemž mu záleží.

» Častá bolest – motivace

Na kurzu o komunikaci s lidmi s mentálním znevýhodněním se nepotkávám jen s novými pracovníky, kteří se rozhodli začít pracovat s touto cílovou skupinou, ale i s lidmi z praxe. Ti oceňují to, že získají nové dovednosti a vyzkouší si je při hraní rolí. Touto cestou se účastníkům daří rozšířit zásobu možností pro komunikaci, která jim vyhovuje. Profesionálové ze sociálních služeb tedy často vědí, jak s klientem dojednat podporu, těžké ovšem bývá, aby se podařilo některé méně oblíbené povinnosti uskutečnit. Pak se hodí umění motivovat, aby se věc podařila. Někdy stačí klienta dobře slovně podpořit („To zvládneš“), někdy nabídnout naši pomoc („Dáme se do toho společně a budeme to mít rychle hotové“), jindy pomůže nechat člověka, aby si důsledek zažil na vlastní kůži. Možností

U jednoho z našich klientů Chráněného bydlení, který se postupně osamostatnil a využívá jen odpolední asistenci, se např. osvědčila práce s budíky. Díky tomu se podařilo, aby si udržel práci a samostatnost, na čemž mu záleží.

je opět mnoho, na kurzu je společně popíšeme, sdílíme a vždy přibude něco nového i pro mě.

» Písemná komunikace

Když zde píšu o komunikaci, neměla bych zapomenout na komunikaci písemnou, i ta do tématu patří. Mnoho lidí s mentálním znevýhodněním díky otevřenému přístupu ke vzdělání číst umí, někdo se ale potýká s obtížnějším porozuměním psaného textu. Známe to všichni, když se hůře soustředíme, přečteme v knize celé odstavce, aniž bychom si uvědomili, o čem vlastně pojednávají. V praxi se s touto cílovou sku-

pinou velmi osvědčuje metoda Snadného čtení, která se zaměřuje na zjednodušení textu pomocí odstranění dlouhých souvětí, cizích slov a mnoha dalších pravidel, se zachováním samotné informace, kterou lze ještě doplnit jednoduchým obrázkem.

» Když druhý nemluví

Nakonec bych ráda zmínila, že komunikovat lze i s člověkem, který se verbálně, tedy slovně, nevyjadřuje. U těchto lidí doporučuji sledovat neverbální projevy, jako jsou pohyby očí, úsměv a další mimika, pohyby rukou, tedy gesta, pohyby těla. Vždyť tím, že někdo např. „pouze“ odejde, nám také něco sděluje. V těchto případech je potřeba se zaměřit na alternativní (nahrazující) a augmentativní (doplňující) komunikaci, metody a pomůcky, kterými mohou být různé předměty, fotografie, obrázky, soubor gest apod. Každá taková metoda by vystačila na samostatný článek, ne-li knihu, proto nebudu zabíhat do podrobností.

Nebojte se komunikovat s lidmi se zdravotním znevýhodněním, není to těžké, naopak jde o důležitou a běžnou součást života nás všech.

INZERCE

**Jeden za všechny,
všichni za jednoho!**

**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**



**SANEK
PONTE**

www.sanekponte.cz

Kurz zahradní terapie

Vaši odbornou kvalifikaci rozšíří kurz zahradní terapie akreditovaný MPSV, organizovaný **od 26. srpna 2016**.

Kurz je určen pro terapeuty a zájemce o práci v terapii v ústavech sociálních služeb, nemocnicích, lázních, nápravných a specializovaných zařízeních.

Kurz pořádá Zahradnická fakulta Mendelovy univerzity v Brně spolu s pedagogy lékařské a pedagogické fakulty Masarykovy univerzity Brno.

Bližší informace na stránkách Zahradnické fakulty Mendelovy univerzity v Brně – „Zahradní terapie“
<http://zf.mendelu.cz/26491-kurzy-a-seminare>



Parkinsonova nemoc a poruchy kontroly impulzů

Parkinsonova nemoc (PN) je závažné neurodegenerativní onemocnění. Projevu se především motorickým (hybným) postižením, ale rovněž celou řadou dalších příznaků, jako jsou psychopatologické projevy (např. deprese, halucinace, narušení paměti) či vegetativní symptomy. V posledním desetiletí se do popředí pozornosti dostávají i nové klinické jednotky z oblasti psychopatologie – poruchy kontroly impulzů a dopamin-dysregulační syndrom. Povědomí o nich je v široké lékařské veřejnosti i mezi samotnými pacienty zatím nedostatečné, proto zůstávají často nepovšimnuty a mohou ústit v závažné psychosociální problémy.

■ **Text: MUDr. Tereza Uhrová, Ph.D.,**
Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
a Centrum klinických neurověd Praha,
Psychiatrická klinika 1. LF UK
a VFN Praha

➤ Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc je pomalu a plynule progresivní onemocnění vznikající na podkladu rozvíjejících se chorobných změn v oblasti mozku nazývané bazální ganglia. PN je jedno z nejčastějších neurologických onemocnění středního a vyššího věku – v celé populaci se vyskytuje asi 1 případ na 1 000 obyvatel, avšak ve věkové skupině nad 65 let až 1 případ na 100 obyvatel. V České republice ale stále nejsou přesná data k dispozici, odhady se značně liší (cca 15–30 tisíc nemocných).

➤ Klinické symptomy a diagnostika PN

Nemoc se obvykle projevuje v páté až šesté dekádě. Asi 10 % z celkového počtu pacientů začíná mít první projevy již před čtyřicátým rokem věku. První klinické obtíže jsou často velmi nespecifické: bolesti ramen a zad, pocíť tíže končetin, pocit ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, tichost a monotónnost hlasu, nespecifická porucha písma či mikrografie, deprese, snížení libida a potence atd. Teprve později se objevují hlavní příznaky nemoci, tj. tremor (třes), rigidita (svalová ztuhlost), bradykinese (zpomalení pohybu), porucha stoje a chůze, vegetativní poruchy a problémy psychické.

K psychickým potížím řadíme především zpomalení psychomotorického tempa, depresivní symptomy a tzv. izolované kognitivní deficity (poruchy paměti a určitých procesů uvažování a plánování). Další psychické problémy mohou u PN vzniknout

v souvislosti s antiparkinsonskou léčbou; sem patří zejména tzv. polékové psychotické stavy a v posledním desetiletí je sem nově řazena též porucha kontroly impulzů (ICD) a dopamin-dysregulační syndrom (DDS).

Diagnostika PN je založena zejména na správném zhodnocení klinického obrazu; laboratorní a zobrazovací vyšetření slouží především k odlišení jiných parkinsonských syndromů.

➤ Porucha kontroly impulzů

Kontrola impulzů souvisí se schopností autocenzury, tj. schopností posoudit vhodnost, či nevhodnost svých slov a činů a přizpůsobit tomu své jednání. Impulzivita a ztráta zábrán představují nedostatečnou schopnost ovládat buď své činy, nebo řeč. Tato narušená schopnost kontroly může vyústit až v tzv. návykové a impulzivní poruchy, viz tab. č. 1. Typické pro tento druh poruch je, že činy nejsou předem plánované ani promyšlené a v jejich průběhu má nad nimi člověk minimální nebo žádnou kontrolu. V některých případech narůstá před provedením činu pocit napětí, které po realizaci činu opět klesá. Někdy může být pro-

Návykové a impulzivní poruchy

- **poruchy schopnosti člověka vzdorovat vlastním impulzivním činům nebo chování (byť poškozujícímu)**
- **typický stimulující nebo na odměně závislý a repetitivní (opakující se) charakter podobný závislostem**
- = **„behaviorální závislosti“ (závislosti týkající se chování)**

Tab. 1

blémové chování provázeno pocitem viny a výčitkami, nemusí to ale být pravidlem. Ojedinele může být následkem i nelegální, kriminální jednání.

➤ Výskyt ICD

Podle různých studií se nějaké narušení schopnosti kontrolovat své impulzy objevuje u 13–20 % pacientů s PN užívajících dopaminergní medikaci. Ne vždy se potíže rozvinou až do plného klinického obrazu, přesto je nutné informovat o problematice ICD jak lékaře v terénu, tak samotné pacienty.

Biologický podklad ICD není stále zcela jasný. Rozvoj ICD je spojován s užíváním a občasným předávkováním dopaminergní medikace, přičemž agonisté dopaminu představují vyšší riziko (14–17 % uživatelů) než levodopa.

**Parkinsonova
nemoc je pomalu
a plynule progresivní
onemocnění vznikající
na podkladu rozvíjejících
se chorobných změn
v oblasti mozku nazývané
bazální ganglia**

➤ Klinické projevy ICD

Následující text je zaměřen především na jasně definované klinické jednotky ICD. Je však nutné zdůraznit, že naplnění diagnostických kritérií předchází různě dlouhé a různě intenzivní období prodromů (tj. předzvěstí poruchy), kdy se může objevit pouhé narušení autocenzury (člověk „dřív mluví, než myslí“) nebo nadměrné zaujetí určitou činností, které však ještě nenarušuje běžné fungování (nadměrné hraní počítačových her, bezúčelné surfování na internetu apod.). Pod odstavcem věnovaným každé klinické diagnóze z okruhu ICD se pokusím vždy nastínit určité „varovné signály“ typické pro prodromální stadium. Nejedná se o výzkumem doložené, obecně přijímané projevy, nýbrž o zkušenosti z klinické praxe. Právě toto období počátku obtíží je však optimální pro včasné zásah,

Klinické projevy ICD

- **patologické hráčství (gamblerství)**
- **hypersexualita**
- **kompulzivní nakupování**
- **kompulzivní přejídání**
- **punding**

Tab. 2

který může zabránit vývoji dalších stádií a závažných komplikací. Viz tabulka č. 2.

» Patologické hráčství (gamblerství)

Patologickým hráčstvím rozumíme trvalé a maladaptivní (sociálně nežádoucí, nevhodné) hraní různých typů narušující osobní, rodinné nebo pracovní aktivity. Pro stanovení diagnózy je důležité zaujetí hraním, neúspěšné pokusy o kontrolu, narůstající finanční ztráty, lhaní o hraní, neklid či podrážděnost při omezení hry, zanedbávání vztahů, práce či vzdělání a půjčování si peněz. U gamblerů se často vyskytují i další impulzivní poruchy, zejména patologické nakupování či patologické hromadění věcí nebo hypersexualita. Pacienti s projevem patologického hráčství bývají také náchylnější k užívání návykových psychotropních látek. Rizikové faktory pro rozvoj gamblerství jsou podobné jako v obecné populaci: je to především mladý věk a mužské pohlaví; dále je to výskyt dalších psychiatrických problémů, užívání agonistů dopaminu ve vysokých dávkách a osobnostní impulzivní rysy; rizikový je též výskyt závislosti v předchorobí daného jedince, případně v jeho rodině.

Počáteční projevy mohou být zcela nenápadné – nemocný začne hrát např. dětské hry na počítači nebo on-line na internetu, a jak on sám, tak rodina jsou zpočátku rádi, že má čím zaplnit volný čas. Varovným signálem bývají občasná konflikty – když pacient odmítá přerušit hru, zapojit se do činnosti rodiny apod. Zlomovým okamžikem bývá zapojení finanční složky – různé druhy sázek, kupování losů, hraní na automatech, ale např. i kupování žetonů nebo „dalších životů“ v on-line hrách; zde je již riziko rozvoje gamblerství vysoké.

» Hypersexualita

Hypersexualita je charakterizována zaujetím sexuálními myšlenkami, dožadováním se sexu a touhou po časté genitální stimulaci. Jedinci trpící hypersexualitou často vyhledávají pornografii na internetu, využívají telefonické sexuální linky, někdy též kontaktují prostitutky a mohou se stát promiskuitními. To stejně jako v předchozím případě vede k finančním ztrátám a narušení sociálního a manželského života.

K rizikovým faktorům rozvoje hypersexuality opět patří mužské pohlaví, časný začátek onemocnění, léčba agonisty dopaminu, přítomnost deprese a léčba selegilinem.

K prodromálním příznakům patří erotické sny a erotické fantazie v narůstající intenzitě. Velmi důležitým varovným signálem je změna oproti dlouhodobým zvyklostem – nejedná se o obecně standardizované množství („kolik sexu už je moc“), ale o prosté zvýšení zájmu. Je nutné zdůraznit, že zvýšení sexuální chuti se nevyhýbá ani pacientům s impotencí; u nich pak dochází k výrazné frustraci a pocitům silné vnitřní tenze vlivem rozkolu mezi představami provázenými touhou a nemožností tyto touhy realizovat.

» Kompulzivní nakupování

Kompulzivním nakupováním označujeme opakující se impulzivní a excesivní (nadměrné, přemrštěné) nakupování nepotřebného zboží vedoucí k finančním potížím. Tato porucha je častější u žen; k dalším rizikovým faktorům patří výskyt závislosti nebo afektivních poruch v rodině.

Prvními příznaky této poruchy bývá přidávání nepotřebných věcí k nákupu nebo navyšování počtu kusů potřebného zboží (3 kg mouky místo 1 kg apod.). Někteří pacienti v tomto období vystačí „s papírkem“ s přesným rozpisem potřebných položek, řada pacientů ale připouští, že chodí nakupovat pouze „s dohledem“, tj. obvykle s partnerem/partnerkou.

» Kompulzivní přejídání

Kompulzivním přejídáním rozumíme epizody zvýšeného příjmu potravy a nutkavého jení. U nemocných dochází k nekontrolované konzumaci velkého množství jídla, tj. množství většího, než je zapotřebí k utišení hladu. Ztrácí se kontrola nad jídlem, pacient není schopen přestat jíst nebo není schopen si stravu adekvátně vybrat. Porucha je rovněž častější u žen.

» Punding

Zvláštní jednotku představuje tzv. punding. Jedná se o komplexní, bezúčelné, složité, stereotypní (neměnné) chování;

někdy se také používá označení „dysfunkční aktivity podobné hobby“. Punding může zahrnovat celý repertoár lidského chování. Nejčastější je intenzivní fascinace opakovanou manipulací a zkoumáním mechanických objektů (hodinek, rozebírání rádií...), ale může se skutečně jednat o jakoukoli „běžnou“ činnost: čištění, zahradničení, rybaření, psaní, kreslení, procházky, hru na hudební nástroj... Rozdílem oproti hobby je absence konce – činnost nemá žádný výstup, žádný závěr, stereotypně se opakuje donekonečna. Častým projevem bývá i jakési třídění, např. předmětů (přerovnávání skříní, řazení knoflíků, knížek apod.) nebo i kategorizace informací (kartičky s telefonními čísly), dále excesivní a bezúčelné užívání počítače a internetu. Podstatné je, že chování má rušivý a neproduktivní ráz i pro samotné pacienty. Když se je však někdo snaží násilím od činnosti odtrhnout, reagují často mrzutě až podrážděně, přerušují v nich buď pocity napětí. Punding se vyskytuje především u pacientů užívajících vysoké dávky dopaminergní terapie a často zejména u pacientů, kteří si samovolně dávky navyšují a léky nadužívají. Ohroženější jsou mladší pacienti s časným počátkem PN a pacienti zvýšeně impulzivní.

První projevy je někdy obtížné odlišit od běžného kutění. Zejména u kutilů může být hranice mezi koníčkem a poruchou velmi těžce stanovitelná. Punding může mít i celkem neškodnou nebo relativně přínosnou podobu, kdy není nutno jej řešit (výtvarné aktivity, výroba ozdobných předmětů, které je pacient schopen prodávat a finančně z toho profitovat apod.). Pro léčebnou intervenci je rozhodujícím faktorem narušení osobního nebo rodinného fungování.

V literatuře byly popsány i další, velmi vzácné impulzivní poruchy u pacientů s PN – např. kompulzivní zpívání nebo kompulzivní rizikové chování za volantem. Výskyt takových potíží není rozhodně pravděpodobný – ale pokud dojde u nemocného s PN ke změně chování, k nutkavému zabývání se činností, která dosud u něj nebyla obvyklá, je určitě správné konzultovat situaci s ošetřujícím lékařem.

Z předchozího textu vyplývá, že poruchami z oblasti ICD jsou ohroženi pacienti na vysokých dávkách dopaminergní medikace, spíše mladší a s časným počátkem onemocnění, s výjimkou nakupování a přejídání spíše muži a dále pacienti s výskytem alkoholové či jiné závislosti v osobní nebo rodinné anamnéze. Další rizikovou vlohou jsou osobnostní impulzivní rysy a osobnostně podmíněná touha po vyhledávání nových podnětů (tzv. „novelty

»»» 14

K rizikovým faktorům rozvoje hypersexuality opět patří mužské pohlaví, časný začátek onemocnění, léčba agonisty dopaminu, přítomnost deprese a léčba selegilinem.

Na základě literatury i vlastních klinických zkušeností umíme identifikovat „rizikovou populaci“ pro rozvoj ICD (viz text). Je však nutné zdůraznit, že impulzivní poruchy mohou potkat jakéhokoli pacienta trpícího PN.

Proto je důležité o případných změnách v chování, v zálibách či ve využívání volného času informovat ošetřující lékaře a ověřit jejich možnou souvislost s antiparkinsonskou léčbou. Včasně zachycení potíží velmi usnadňuje cestu k jejich vyřešení!

Tab. 3

I3 <<<<

seeking“). Toto jsou však statistické údaje hovořící o míře rizika v mnohatisícových souborech pacientů s PN, které ale nemají valný význam pro jedince! V ambulancích se vyskytuje řada pacientů zcela opačných, u kterých jsou příznaky ICD přítomny (tj. např. starší ženy, abstinentky, s celkově střídavým životním stylem, které v pokročilém věku náhle začaly mít erotické sny a sexuální touhy). Proto je vhodné věnovat pozornost každé změně v chování u pacienta trpícího PN, viz tab. č. 3.

» Vyšetření

Stejně jako u všech ostatních psychických potíží (úzkost, deprese, halucinace...) je i zde základem diagnostiky podrobná anamnéza – pečlivé vyzpovídání pacienta. Neurolog by se na impulzivní projevy měl rutinně ptát při každé ambulantní kontrole, stejně jako zjišťuje přítomnost jiných vedlejších účinků léků (např. živé sny apod.). Při pochybnostech o přítomnosti potíží je vhodné probrat vše i s pacientovým partnerem nebo pečovatelem, který někdy spíše odhadne rozsah problémového chování.

» Léčba

Léčba ICD se dá schematicky rozdělit do 3 kroků uvedených v tabulce č. 4.

» Prevence

Spočívá především v řádném a podrobném poučení pacienta. K navýšení dopaminergní medikace nad obvyklé rozmezí vede většinou zhoršení hybného stavu, které narušuje možnost běžného fungování pacienta. Možný přínos a zlepšení funkčních schopností jistě převažuje nad potenciálními riziky. Pacient by však měl být informován o tom, jak se projeví event. komplikace vyšších dávek, aby se s nimi včas sám objednal ke kontrole a ke zhodnocení jejich závažnosti. Pacienti bohužel často vůbec netuší, že změna v jejich chování může nějak souviset s PN a s její léčbou. Navíc se často za své chování stydí a o potížích nehovoří ani se svými blízkými, natož s lékařem. K důležitým preventivním opatřením proto též patří cílené zjišťování přítomnosti impulzivních projevů v rámci ambulantních kontrol.

Ošetřující neurolog by se na výskyt těchto potíží měl vyptat při každé návštěvě pacienta! Důležitá je samozřejmě i „bezpečná“ léčebná strategie zohledňující individuální rizika pacienta.

» Redukce dopaminergní medikace

Redukce dopaminergní medikace je určitě záležitostí složitější. Snížení dávek pravděpodobně povede ke zhoršení hybných příznaků, což si posléze vyžádá další zásahy do léčby. Prvním krokem při řešení ICD by mělo být vynechání tzv. „záchranných“ dávek, tj. dávek užívaných navíc mezi pravidelnými intervaly. Možnosti snížení noční dávky levodopy nebo vysazení agonistů dopaminu nebo přidání inhibitorů COMT jsou velmi individuální a ošetřující neurolog musí u každého jednotlivce postupovat podle jeho konkrétní kombinace a intenzity impulzivních a motorických příznaků.

» Specifická léčba

Spočívá v první řadě v psychoterapeutické intervenci. Zde myslíme psychoterapii v širším slova smyslu – od poučení přes různá situační opatření (např. zamezení přístupu k penězům, zamezení přístupu na internet, zajištění doprovodu při nakupování, zajištění limitovaného množství předepsaných léků apod.) až po zapojení rodiny do léčby. Psychoterapie v užším smyslu je pak zaměřená zejména na posílení motivace potíže vyřešit a na zvládání problémových situací.

» Farmakoterapeutické postupy

Nejsou ještě dostatečně prozkoumány a podloženy; v literatuře popisované úspěchy některých léků se týkají malých počtů pacientů, nebyly ověřeny na větších sou-

borech. Lékaři jsou tedy stále odkázáni na vlastní zkušenosti a intuici. V léčbě ICD lze podat některá antidepresiva (ze skupiny tzv. inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu) nebo atypická antipsychotika (např. quetiapin). Pouze u pundingu existují již jednoznačnější doporučení – po redukci levodopy a agonistů dopaminu přistoupit k nasazení amantadinu, poté event. ke quetiapinu.

» Hluboká mozková stimulace

Další možností ovlivnění ICD je tzv. hluboká mozková stimulace (DBS) neboli zavedení elektrod do subthalamického jádra v mozku. Jedná se o nákladnou metodu, která u pečlivě vybraných pacientů s pokročilou PN může významně zlepšit motorické příznaky. U ICD je však působení DBS velmi variabilní – operace může sice příznaky zmírnit až odstranit, jindy je však nemusí ovlivnit vůbec nebo je může dokonce zhoršit. Rozhodnutí o zařazení pacienta s ICD do operačního programu je proto velmi složitou záležitostí patřící do specializovaných center.

Pacient by však měl být informován o tom, jak se projevují eventuální komplikace vyšších dávek, aby se s nimi včas sám objednal ke kontrole a ke zhodnocení jejich závažnosti.

» Závěr

U Parkinsonovy nemoci zahrnujeme pod pojem „porucha kontroly impulzů“ patologické hráčství, hypersexualitu, kompulzivní nakupování, kompulzivní přejídání a punding. Patofyziologický podklad ICD není ještě zcela jasný, ale jsou asociované s užíváním a občasným předávkováním dopaminergní medikace. Přestože jsou známy rizikové faktory pro rozvoj ICD, musí si lékaři i pacienti být vědomi skutečnosti, že ICD se mohou vyskytnout u jakéhokoli nemocného s PN užívajícího dopaminergní medikaci. Pacienti by se neměli za své potíže stydět, naopak by o nich měli aktivně informovat svého lékaře. Neurologové by zase měli sami po jejich výskytu aktivně pátrat při každé ambulantní kontrole. Včasný záchyt umožňuje podstatně rychlejší a jednodušší řešení a může předejít nepříjemným psychosociálním následkům. Strategie musí být přísně individuální podle převažující symptomatiky, standardizované léčebné postupy nejsou zatím vypracované.

Léčba ICD

1. Prevence
2. Redukce dopaminergní medikace
3. Specifická léčba
 - a. psychoterapie
 - b. farmakoterapie
 - c. hluboká mozková stimulace

Tab. 4

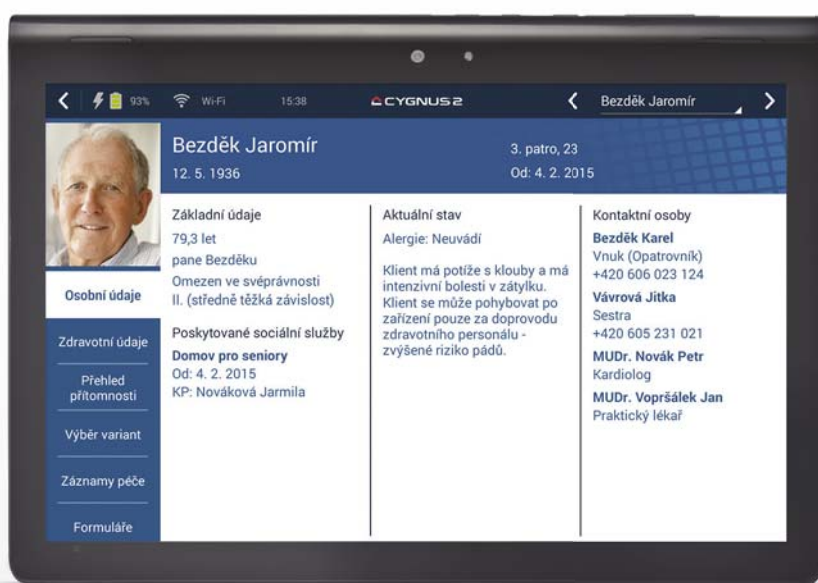
IRePad

Dotkněte se Cygnusu.

Spojili jsme vlastnosti skvělého hardwaru a softwaru. Vzniklo dokonalé partnerství, ve kterém jeden druhého perfektně doplňuje. Kombinace přenosného dotykového zařízení IRePad a cloudového řešení systému CYGNUS 2 přináší všem pracovníkům v sociálních službách zcela nové možnosti.

VŠE, CO POTŘEBUJETE VĚDĚT,
MÁTE NA DOSAH RUKY.

ZAMILUJTE SE NA PRVNÍ
DOTEK. JEDNODUŠŠÍ UŽ
TO BÝT NEMŮŽE.



ŘADA VOLITELNÉHO
PŘÍSLUŠENSTVÍ.



IRePad
s klávesnicí



IRePad
v silikonovém obalu

Využijte výhody IRePadu i vy!

- ✓ Informace můžete číst i upravovat přímo u klientů.
- ✓ Vášichni v týmu pracujete online a společně sdílíte aktuální informace.
- ✓ Jednoduchá aplikace zcela přizpůsobená dotykovému ovládání.
- ✓ S připojenou klávesnicí pohodlně sestavíte individuální plány nebo zapíšete záznamy péče.
- ✓ Nejvyšší míra zabezpečení na úrovni bankovních aplikací.
- ✓ Silikonové obaly jako ochrana proti mechanickému poškození.

SOPAZYL

1. díl

Sociálně Patologické jevy v Azylovém domě

Lidská populace je nedokonalá a každý jedinec je po celou dobu života vystavován nejrůznějším rizikům. Jde o fenomén, který nelze zcela vymýtit, ale k omezení rizikových faktorů může přispět každý z nás. Je zapotřebí si uvědomit, že každý je nositelem určitých práv a povinností a jako společnost i jednotlivci máme možnost vybudovat bariéru mezi zdravým a nezdravým prostředím. Stejně jako celé společnosti, ani našim zařízením se nezdravé jednání a chování nevyhýbá. Poskytování sociálních služeb provází negativní jevy a pracovníci všech profesí se musí umět vypořádat s nejrůznějšími sociálně patologickými situacemi.

■ **Text: Bc. Jiří Juřena,**
vedoucí azylové ubytovny pro muže,
sociální pracovník, Žďár nad Sázavou

V e svém článku bych se chtěl zaměřit na sociálně patologické jevy, které provázejí pobyt uživatelů azylového domu. K tomu, aby se uživatelé i zaměstnanci cítili v zařízení co nejlépe a nejbezpečněji, přispívají preventivní opatření, která musejí být dodržována z obou stran. Mají za úkol co nejvíce eliminovat vznik patologických situací a v případě, že nastanou, zmírnit jejich negativní dopad na poskytovanou službu, uživatele a zaměstnance.

Sociální služba Azylový dům je dle § 57 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytována osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Jde často o osoby, které mají opakované zkušenosti s trestnou činností, mají za sebou pobyt ve výkonu trestu a nechťejí pracovníky zařízení respektovat. Další skupinou jsou osoby, které opakovaně a dlouhodobě využívají služeb azylových domů pouze v době, kdy potřebují přechodné nepříznivé klimatické podmínky a jinak jim život na ulici vyhovuje. Jiní přicházejí z vlastního bydlení, o které z nejrůznějších důvodů, často vlastním přičiněním, přišli. Mnozí uživatelé se s bezdomovectvím potýkají dlouhodobě a jsou přesvědčeni, že se s tím stejně nedá nic dělat. Svou situaci přijali za vlastní, smíří se s ní a je velice obtížné je motivovat k postupným změnám, které je mohou alespoň přiblížit k důstojnému a spokojenému životu. Jsou i další skupiny, ale v rámci prevence není tak důležité, odkud a z jakých důvodů chtějí osoby službu využívat, ale to, zda svou situaci chtějí zlepšit a změnit.

► „Nezdravé jednání a chování“

Při zahájení využívání služby je většina klientů ochotna řídit se vnitřním řádem služby a standardy chování, které uznává společnost. Po nějaké době se však u nich projevuje sklon k návratu k životnímu stylu, na který byli zvyklí z ulice. Začíná se projevovat zanedbávání osobní hygieny, obcházení povinností uživatele služby, vyhýbání se plnění individuálního plánování, nedodržování pořádku, porušování pravidel apod. Zároveň dochází i ke slovním a fyzickým konfliktům, které si uživatelé ani neuvědomují a nepřipouští si je.

Ze strany zaměstnanců je takové jednání chápáno jako závažný problém, který narušuje řádné fungování služby. Toto „nezdravé jednání a chování“ pak ruší řádný a spokojený život všech uživatelů služby, jejich zaměstnanců i okolních obyvatel. Aby se tyto situace vyskytovaly co nejméně, je zapotřebí dodržovat opatření, která je dokážou mírnit nebo dokonce zcela eliminovat. Jejich podstatou má být humanizace prostředí a života, v němž tyto procesy probíhají.

► Trocha teorie

1. Sociální patologie

Společnost má nastaveny morální, sociální a právní normy, které se většina jejich

občanů snaží dodržovat a chápe je jako normální. Vše, co z těchto stanovených mantinelů vybočuje, je společností chápáno jako nezdravé a nežádoucí. Takové jednání je odmítáno a společnost se snaží o eliminaci takových jevů. Zjišťováním působících faktorů a příčin, které jsou aktivátory takového jednání, se zabývá sociologie.

To, že sociálně patologické jevy existují, však neznamená, že je musíme za každých okolností přijmout a smířit se s nimi. Každý z nás je nositelem práv i povinností, a je zapotřebí si uvědomit, že máme určité možnosti, které mohou vybudovat bariéru mezi zdravým a nezdravým prostředím.

2. Prevence

Prevence se musí vyplatit. Je hodnocena jako nejefektivnější forma boje proti nezdravým – sociálně patologickým – jevům.

Jak už jsem uvedl na začátku tohoto článku, každý jedinec má práva a povinnosti a má možnost se bránit. K vytvoření co nejbezpečnějšího prostředí, ve kterém se člověk pohybuje, přispívají různá preventivní opatření, která může dodržovat každý jedinec. Opatření mají za úkol co nejvíce eliminovat nebezpečnost situací, se kterými se každý z nás setkává, a dopad takových situací zmírnit. Prvotním úkolem aktivní prevence je tedy znemožnit, nebo co nejvíce snížit, riziko vzniku nezdravé (nebezpečné) situace.

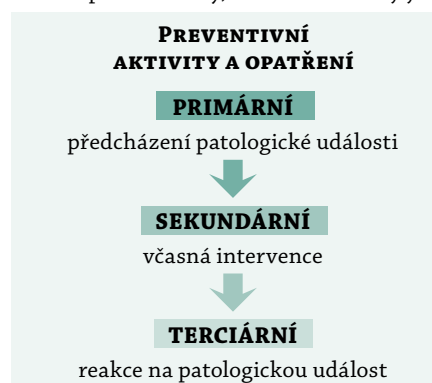
3. Sociální prevence

Je zaměřena na sociální faktory patologických jevů. Její opatření spadají z větší části do oblasti sociální politiky státu. Její podstatou je humanizace života a prostředí, v němž probíhají procesy socializace a sociální integrace.

► Preventivní aktivity a opatření

(viz obr. č. 1)

- Primární** – sem patří kvalitně zpracované standardy poskytování sociální služby, řádné poučení, školení, osobnostně vyzrálí zaměstnanci schopní reagovat a komunikovat i v krizových situacích. Cílem primárních aktivit je snaha, aby k některým situacím vůbec nedocházelo. Jde o dlouhodobou, uvědomělou práci s uživateli.
- Sekundární** – pravidla platí pro všechny a za všech okolností, tzn. dodržování všech standardů a vnitřních pravidel je



obr. č. 1

nutné ze strany uživatelů i zaměstnanců. Sekundární aktivity mají za úkol včas zachytit patologické jednání, zabránit jeho prohlubování a adekvátně reagovat směrem k vyřešení nezdravé situace.

- c) *Terciární* – cílené a vědomé působení na všechny strany, neustálá resocializace uživatelů, zabránění opakování konfliktů uvnitř i vně zařízení.

Dále bychom mohli aktivity rozdělit:

- a) *Specifická primární prevence* – je systém služeb, individuálního přístupu a aktivity každého jedince. V případě, kdy chybí nebo je nedostatečná a nesystematická, dochází u uživatele k dalšímu negativnímu vývoji.

Nespecifická primární prevence – jde o rozvoj uživatele. Může zahrnovat volnočasové aktivity, rozvoj zájmů, zajištění rekvalifikace, podporu při získávání zaměstnání, vlastního bydlení, obnovy kontaktů s rodinou a přáteli apod.

- b) *Sekundární prevence* – nejen při prvotním pohovoru se zájemcem o službu, ale zejména před zahájením poskytování služby a v jejím průběhu je zapotřebí systematickou prací zjišťovat a pojmenovávat existující nebo hrozící rizika,

reagovat na signály, které jsou předzvěstí negativního vývoje jedince i všech uživatelů.

- c) *Terciární prevence* – je již reakcí na nežádoucí nebo negativní situaci, která nastala. Cílem této aktivity je snížit negativní dopady, zmírnit následky, dosáhnout obnovení „normálního“ stavu.

➤ V praxi se osvědčilo využívat dva typy preventivních opatření

1. Prevence dovnitř

Před nástupem (žadatele/zájemce) – dle možností důsledně a úplně sociální šetření nám zodpoví otázku, zda žadatel spadá do cílové skupiny našeho zařízení. Zároveň nás však může upozornit na možnost vzniku patologických situací, které mohou nastat po zahájení využívání služby.

APSS ČR
připravuje konferenci

Změny azylového bydlení v roce 2017 – Ohrožení a hrozby

Kdy: 27. 9. 2016

Kde: Palác Charitas, Praha

Sledujte stránky www.apsscr.cz,
menu *Konference & Kongresy*
& *Semináře*

Po nástupu – je nutné předcházet vzniku situací, které by mohly narušit řádné poskytování služby a v případě jejich vzniku na ně správně a co nejdříve reagovat. Individuální plánování a pravidelné vyhodnocování rizik jednotlivce i všech uživatelů jako celku.

2. Prevence vně

Zlepšování pohledu okolí na uživatele zařízení. Pravidelné udržování okolí azylového domu, slušné vystupování jeho uživatelů, dodržování hygienických pravidel, zapojování se do aktivit města.

➤ Závěr

První část článku vás měla seznámit s pojmy, obecnými výklady, zásadami a principy prevence sociálně patologických jevů. V další části uvedu příklady z praxe, které se nám osvědčily při řešení provozu azylového domu i ty, které úspěch neměly.

INZERCE



Nemáte náklady za energie pod kontrolou? Máte možnost to významně ovlivnit. JAK SNÍŽIT PROVOZNÍ NÁKLADY VE VAŠICH KUCHYNÍCH!

V dnešní době jsou nepříjemným nákladem v rozpočtu příspěvkových organizací položky za média, jako jsou elektrika, voda či plyn. Tyto částky mohou být ovlivněny výběrem vhodného poskytovatele, ale především reálnými úsporami ve vlastním provozu.

Mezi možnostmi velkých úspor je i snížení energetické náročnosti zařízení v provozu Vaší kuchyně. Při prohlídkách kuchyní se často setkáváme s velmi starým energeticky nevhodným zařízením, jehož provoz Vás stojí, zcela zbytečně, mnoho provozních nákladů. Největší ztráty nalezneme v provozu Vašich mycích center – MYTÍ ČERNÉHO nebo BÍLÉHO NÁDOBÍ. Dále například používáním trojpecí místo konvektomatů atd.

Jakým způsobem zjistit, jestli i u Vás dochází ke ztrátám ve Vaší kuchyni?

Naším hlavním úkolem je poradenství, kdy součástí takového poradenství je vypracování auditu Vašich kuchyní. Mezi první audity, které Vám zdarma zpracujeme, jsou audity zmíněných Mycích center – Mytí černého a Mytí bílého nádobí. Jenom pro zajímavost, přibližně 70% veškerých nákladů provozu kuchyně mají na svědomí právě Mycí centra. V mnoha případech jsme dospěli k výsledným ohromujícím ročním úsporám, které se pohybovaly v sumách okolo 650.000,- Kč za jeden kalendářní rok. Pokud budete mít zájem o audit Vaší kuchyně, kontaktujte nás a my Vám rádi v dohodnutém termínu takový audit zpracujeme.

Od letošního roku přicházíme s možností uzavření tzv. Servisní smlouvy, která našim klientům poskytuje několik zásadních benefitů.

Mezi hlavní výhody patří garantovaný rychlý zásah při poruchách zařízení v kuchyních, slevy při nákupu chemie pro Vaši kuchyni, ale hlavně pravidelné, preventivní profylaktické prohlídky veškerého zařízení ve Vaší kuchyni. Výstupem této prohlídky je Protokolární zpráva o stavu zařízení. Díky této zprávě zjistíte, kolik budete muset reálně investovat do servisních prací, můžete efektivněji plánovat investice do obnovy vybavení Vaší kuchyně, získáváte slevy na náhradní díly a dopravu. V součtu těchto benefitů Vám tak přinášíme další úspory v provozu Vaší kuchyně. Audit mycích center v kombinaci se servisní smlouvou tak může reálně snížit Vaše mnohdy zbytečně velmi vysoké provozní náklady v kuchyních.



Informace o nabízených službách na **tel.: +420 602 567 014**
Patrik Matejovič - jednatel

www.toptradeprofi.cz

Strašák jménem neohlášené inspekce?

Postup při provádění inspekce podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se řídí zákonem o státní kontrole. Inspekci provádí inspekční tým, který tvoří obvykle 3 členové, přičemž vedoucí inspekčního týmu musí být zaměstnancem státu (MPSV). V zájmu odborného posouzení věci bývají k účasti na inspekci přizváni specializovaní odborníci, tedy externisté, kteří nesmí být podjatí vůči poskytovateli sociálních služeb, u kterého je inspekce prováděna. O výsledku inspekce se pořizuje inspekční protokol, na který se vztahují ustanovení o protokolu podle zákona o státní kontrole. Součástí inspekce je vedení rozhovoru s klienty o záležitostech souvisejících s poskytováním kontrolované sociální služby. Inspekce je oprávněna ukládat poskytovateli sociálních služeb opatření k odstranění nedostatků zjištěných při inspekci a poskytovatel je povinen tato uložená opatření splnit ve stanovené lhůtě. Poté lze provést následnou inspekci.



■ **Text: Mgr. Lucie Bicková,**
inspektorka a konzultantka kvality
sociálních služeb, supervizorka

V současné době probíhá inspekce poskytovatelům předem neohlášené, tzn., že inspekční tým se v místě poskytované služby ohlásí až po svém příchodu do služby. Tento způsob provádění inspekce vnímají poskytovatelé jako „velkého strašáka“. Veškeré potřebné materiály, které si inspekční tým vyžádá, by však měl mít poskytovatel zpracované nehledě na to, zda inspekce přijde, či nikoli, a to pro svou vlastní práci. Tyto neohlášené inspekce jsou náročné z hlediska organizace jejich průběhu v místě poskytované služby. Někdy není vedení přítomno nebo má již naplánovaný harmonogram jiných činností a inspekce tedy nepřichází ve vhodný čas. Stejně těžké je to i pro inspekční tým – přichází nevtáhn, nezván, má časové prodlevy, než dojde k nějaké vzájemné organizační shodě. V této úvodní situaci se však již projevuje zavedený systém zastupitelnosti zaměstnanců ve službě. Úplně „bezvládní“ by nikdy nastávat nemělo, vždy by měla být ve službě přítomna nějaká odpovědná

osoba. Neohlášené inspekce mají však i svá pozitiva, a to jak z pohledu poskytovatelů, tak z pohledu inspekčního týmu. Inspekční tým při přípravě na inspekci vychází pouze z informací zveřejněných v registru poskytovatelů sociálních služeb a na webových stránkách poskytovatele. Tyto informace jsou limitované a inspekční tým z nich nedokáže plně identifikovat, jak vypadá vlastní průběh služby, jaké jsou metody práce s klienty, jak jsou nastavena pravidla služby a další. Tudíž si předem nečiní žádný podrobný a konkrétní obrázek o službě, je nezaujatý. Pozornost inspektorů je výrazně zaměřena na praxi poskytovatele, tedy na případový proces – způsob přímé práce s klienty, rozhovory s nimi a studium jejich předložené osobní dokumentace (jednání se zájemcem o službu, uzavřená smlouva, individuální plánování včetně záznamů o průběhu služby apod.). Písemná pravidla služby jsou poskytovatelem předkládána v průběhu inspekčního šetření, což v důsledku znamená, že se inspekční tým nejdříve seznamuje s praxí poskytovatele a až poté, či průběžně, s pravidly služby, která pak dává do souladu se zjištěnou praxí. Další výhodou neohlášené inspekce, o které někteří poskytovatelé hovoří, je, že nestihnou mít obavy předem.

Poskytovatelé mají často obavy, aby požadavky a povinnosti, které jsou inspekci kontrolovány, naplňovali dobře.



► Jaké dokumenty vlastně inspekci předkládat?

Co chtějí inspektoři vidět? Inspekční tým neví, co vše má poskytovatel k realizaci služby nastaveno a zavedeno, pouze na základě svých zkušeností předpokládá, co vše může služba mít. Inspekční tým skutečně nemůže vědět, zda k jedné oblasti, např. ke stížnostem, má poskytovatel pro pracovníky zpracované jedno nebo dvě pravidla, či zda má samostatné pravidlo třeba i v nějaké alternativní podobě pro klienty. Poskytovatel také může mít různý systém vedení dokumentace – někdo má dokumenty zpracované pod názvem „standardy“, jiný má pravidla, metodiky, směrnice, nařízení. Důkazní břemeno je na poskytovateli a vždy je lepší předložit toho více než méně, zejména pokud si poskytovatel není jistý.

Inspekční tým v průběhu inspekce také kontroluje soulad poskytované praxe a dalších částí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to zejména § 1, 2 a 3, které pojednávají o řešení nepříznivé sociální situace, definují základní zásady a důležité pojmy, přičemž § 2 Základní zásady je těžištěm všech poskytovaných sociálních služeb. Pouze pro připomenutí uvádím základní teze: „...zachování lidské důstoj-

nosti a individuálně určené potřeby klientů, aktivní působení, podpora rozvoje samostatnosti, motivace k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, posilování sociálního začleňování, dodržování lidských práv a základních svobod klientů". Úkolem poskytovatelů je tyto zákonné požadavky profesionálním způsobem naplňovat, a to s ohledem na druh služby a složení okruhu



osob. Jiný bude rozvoj samostatnosti a sociální začleňování u seniorů a jiný u osob v produktivním věku či u dětí a mládeže. To, že pomoc musí působit na klienty aktivně, však neznamená, že budou senioři nuceni např. do aktivizačních činností, o které nemají zájem, a to jen proto, že jsme sami přesvědčeni o jejich užitečnosti a smysluplnosti a můžeme si udělat „čárku“ za splněnou aktivitu. Sociální služby mají co nejvíce přiblížit běžný život, a proto bychom i ve své profesionalitě měli používat zdravý selský rozum, avšak neměli bychom si plést profesionální sociální práci se sousedskou výpomocí.

» Nejčastější nedostatky

Poskytovatelé mají často obavy, aby požadavky a povinnosti, které jsou inspekci kontrolovány, naplňovali dobře. Tyto obavy je nezřídka vedou k tomu, že vytváří mnoho „papírů“ a stávají se obětí byrokracie. Je vytvořeno velké množství nepřehledných dokumentů, záznamy pak často obsahují zjištění a informace, které k poskytování služby nejsou potřebné, a naopak to, co je vyžadováno zákonem, chybí. Nakonec přijde inspekce a vytkne mnoho nedostatků, pracovníci se v tom ztrácejí a jsou nešťastní, neocenění. Jako příklad mohu uvést oblast jednání se zájemcem o službu, kdy krité-

rium standardu ukládá povinnost se zájemcem projednávat jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby. Poskytovatel musí prokázat, že toto vše s ním projednal a jediným prokazatelným způsobem je písemný záznam z projednání, což je i dobrá praxe, neboť informace jsou dohledatelné a dá se z nich vycházet i při uzavírání smlouvy, případně při prvotním individuálním plánování služby. Poskytovatel však často v praxi neprojednává a nezaznamenává zájemcovy požadavky, očekávání a osobní cíle a nemapuje jeho možnosti a schopnosti, ale zjišťuje např., zda je zájemce vdovec, jeho zdravotní pojišťovnu, jeho poslední zaměstnání, koníčky a koho si přeje informovat v případě úmrtí. Pokud poskytovatel neprojednává povinné náležitosti, velmi těžko navazuje na další požadavek standardu č. 4, který požaduje, aby poskytovatel sjednával s klientem rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání uživatele. Inspekčním týmem často vytýkaným nedostatkem bývá sjednávání stejného rozsahu služby všem klientům, což se děje především v pobytových službách. Schopnost kvalifikovaně vyjednat potřebný rozsah služby je plně v kompetenci sociálních pracovníků.

» Předsudky a negativní hodnocení

Další oblastí s častými nedostatky jsou předsudky a negativní hodnocení a podmínky pro uplatňování vlastní vůle. V praxi dochází k pochybením, např. pracovníci běžně užívají nevhodné pojmy a vyjádření, jako je „krmení“, „přebalování“, „ležáci“, „seďáci“ nebo v seniorských službách „kroužky šikovných ručiček“ apod. Tyto a mnohé další pojmy vyvolávají předsudky či negativní hodnocení a mnohdy ohrožují důstojnost klientů. Vždyť v běžném životě se přebalují děti, krmí se zvířata a kroužky mají žáci ve škole. Vzhledem k faktu, že sociální služby mají být službami profesionálními, je vhodné vést personál tak, aby na tento způsob vyjadřování raději zapomněl a nahradil ho vyjadřováním jiným, vhodným a důstojným. Oblast vlastní vůle klientů nebývá v některých službách ošetřena cíleně, pracovníci se jí zabývají nadohodu či ji nezjišťují správnými metodami. Např. potřebuje-li personál zjistit, zda chce klient noční kontroly, ptá se: „Nebudou vám vadit noční kontroly? Chcete noční kontroly? Děláme je vždy tak po 2 hodinách a jsou pro vaše bezpečí, kdyby se vám něco stalo...“ Co klient obvykle odpoví na uzavřené otázky? To, co chce pracovník slyšet, netroufne si s ním polemizovat. Ale

Tyto neohlášené inspekce jsou náročné z hlediska organizace jejich průběhu v místě poskytované služby.

otázku lze položit i jinak, např. „*Jak jste doma v noci spal, celou noc, nebo jste se budil? Potřebujete v noci s něčím pomoci? Býval jste sám v pokoji? Kontroloval vás někdo?*“ A na základě odpovědi pracovník nabízí obdobnou podporu, přičemž vždy dbá na přiměřené riziko. A co v této oblasti inspekce zkoumá? Jak s klienty poskytovatel pracuje, jak k nim přistupuje a přemýšlí o nich v souladu se základními zásadami, zda pracuje s přiměřeným rizikem a zda se průběh poskytování služby odvíjí od zjištěných potřeb, možností a schopností klientů, a ne podle potřeb, možností a schopností pracovníků.

» Oblast individuálního plánování

Slabou stránkou poskytovatelů je nezřídka oblast individuálního plánování průběhu služby. Pracovníci hledají v plánování zbytečné složitosti, ke kterým je vede mnohdy využívaný počítačový program. Přitom individuální plánování není nic jiného než zjištění a naplánování toho, co klient od služby očekává a potřebuje, tedy jak služba bude vypadat – jednoduché a praktické popisy. Slabým místem také bývá nedostatečné vedení záznamů o průběhu služby, ze kterých nelze zjistit zpětnou vazbu o tom, jak se klientovi ve službě žije, k čemu služba směřuje, jak probíhá a zda řeší nepříznivou sociální situaci klienta. Obdobně je to s hodnocením služby, kdy by měl poskytovatel hodnotit nejen naplňování osobního cíle klienta, ale i celý průběh služby. Inspekční tým se také často setkává se situací, kdy není plánován průběh celé poskytované služby, ale pouze jedna její dílčí část, např. že klient chce chodit ve čtvrtek do kavárny. Problémem je nepochopení smyslu individuálního plánování ze strany poskytovatelů, následné nařčení inspektorů z úřední šikany, buzerace apod.

» Závěr

Inspektoři bývají obviňováni z hnidopisství a hledání prohřešků za každou cenu. Nemohu mluvit za všechny, ale já, ani kolegové, se kterými spolupracuji v týmech, takto nepracujeme. Těšíme se ze služeb, kde je práce profesionální a přitom lidská, kde je služba poskytována klientům kvalitně a klienti i zaměstnanci jsou spokojeni. Víím, že je těžké státní kontrolu přijímat pozitivně, ale jako cestu vidím vzájemnou spolupráci a respekt a domnívám se, že na místě je pokora, a to jak u poskytovatelů, tak i u inspekčních týmů.

Asertivita jako strategie jednání aneb Jak být v mezilidské komunikaci přímý

2. díl

■ **Text: Mgr. Markéta Vaculová,**
vedoucí pečovatelské služby,
metodička SQSS, všeobecná sestra v DZR
a lektorka Institutu vzdělávání APSS ČR

► Využití asertivity při jednání s „problémovými“ klienty

Asertivita je účinná především v případech, kdy sdělujeme odlišný názor nebo postoj či v situacích, kdy se nechceme hádat (rodina, kolegové) nebo ani nemůžeme (klienti). Navíc žádnou hádkou stejně podstatu problému nevyřešíme. Proč děláme v komunikaci chyby? Za vším jsou emoce, osobnost člověka, naučené komunikační vzorce z dětství, vrozená průbojnost či plachost, vztahování si řečeného na sebe anebo (NE)umění efektivně komunikovat. A vše výše popsané se vystupňuje v hádce.

W. Ury se domnívá, že lidé jsou tak trochu jako stroje. Dostanou-li se do obtížné situace, místo toho, aby o věci přemýšleli, jednají. Ve sporu pak existují tři typické vyhraněné reakce: Oplácet, ustoupit nebo přerušit vztahy. [6]

K tomu můžeme opět vztáhnout ono nežádoucí chování agresivní (ve sporu oplácím) nebo pasivní (ve sporu ustupuji). A pokud by došlo vlivem problémové komunikace i k přerušení vztahů (manipulativní a agresivní chování), mělo by to na oba aktéry neblahý vliv. Tato nežádoucí situace může nastat i v sociálních službách, kdy sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách neví, jak adekvátně komunikovat s tzv. problémovými klienty. Těmto „verbálně agresivním, manipulativním či kverulantním“ klientům se pak vyhýbá, což bohužel ukazuje na jeho selhání jako pomáhajícího profesionála. Je nutné si uvědomit, že lze měnit pouze vlastní myšlení a komunikační dovednosti, a ne samotného klienta.

► Transakční analýza – způsob, jak analyzovat problémy v komunikaci

To, jak někdo upřednostní druhé před sebou samým nebo protežuje sebe na úkor jiného, mi připomíná Berneho transakční analýzu, kdy ideálem je dle Berneho stav „Já jsem OK, ty jsi OK“. U takového člověka bych předpokládala, že díky zdravému postoji dokáže komunikovat asertivně,

popř. dle Berneho transakční analýzy jako „dospělý“. Metodu transakční analýzy vytvořil americký psychiatr Eric Berne, který definoval v komunikaci a interakci s jinými lidmi tři základní pojmy: životní pozice, hry a ego stavy. Životní pozice neboli OK postoje byly rozvinuty T. Harrisem. OK postoje představují víru v přítomnost, či nepřítomnost široké škály pozitivních lidských vlastností u sebe a u ostatních. Mezi tyto vlastnosti patří: víra ve vlastní schopnosti, samostatné, kritické myšlení, přesné vnímání okolní reality apod. Rozlišují se 4 kombinace OK postojů. Z pozorování bylo zjištěno, že se člověk alespoň přechodně „zabydlí“ v každém stavu (od 1 po 4). Transakční analýza připouští, že se můžeme nacházet i v několika stavech najednou v závislosti na prostředí a kontextu (viz tab. č. 1). [7]

Berneho životní pozice – OK postoje úzce souvisí s postoji a chováním asertivním, pasivním nebo agresivním, jak v tabulce uvádí S. Hadfieldová (viz tab. č. 2). [8]

Podle transakční analýzy je naše já (ego) schopné zaujímat několik zcela odlišných stavů, ve kterých jinak vnímáme skutečnost, jinak myslíme, prožíváme i jednáme. Berne vychází z toho, že člověk se během života nebo i během jednoho dne nachází v různých pólech životních pozic (ráno jsem já KO, partner OK, v práci jsem pak já OK i kolegové OK).

Také naše osobnost disponuje třemi úrovněmi nazírání na svět, a to rodičovskou, dětskou a dospělou. Ty jsou spojeny s typickými charakteristikami chování. S trochou praxe se můžeme naučit jeden

stav od druhého rozlišovat, a to podle použitých slov, tónu hlasu a řeči těla (viz tab. č. 3). [9]

Každý z výše uvedených komunikačních stylů má své výhody i nevýhody, což je důvod, proč je různě volíme. Ideální by samozřejmě bylo, aby všichni lidé vnímali sebe i své okolí pozitivně (Já jsem OK, ty jsi OK) a komunikovali společně stylem dospělý – dospělý a asertivně, tedy aby dbali na práva všech.

► Asertivní schopnosti vhodné v zátěžových situacích

Kromě osvojování asertivních práv a technik je nutné současně praktikovat i další asertivní schopnosti. Mezi ně patří: umět pochválit, přijímat chválu, umět kritizovat, přijímat kritiku, požadovat s odůvodněním, odmítat neoprávněné požadavky. Poslední čtyři jsou ideální pro zvládání zátěžových situací.

- **Adresně chválit:** Neříkat „Ty jsi šikovná“, ale „Líbí se mi, jaké jsi zvolila barvy“.
- **Přijímat chválu:** Neříkat „Ale prosím tě“ nebo „To nic nebylo“, ale „Děkuji“ nebo „To jsi mi udělala radost“.
- **Vhodně kritizovat aneb vyjadřovat se k situaci, věci, a ne k lidem.** Konstruktivní kritika znamená sdělení, co se nám nelíbí, jaké pocity to v nás vyvolává a případně i navržení řešení. Pokud se poslední jeden nebo dva body vynechají, je výsledkem neproduktivní vyčítání a nulový přínos do budoucna: Neměli bychom říkat „Ty jsi nešika“, „Věčně chodíš pozdě“, „Jsi líný“, ale „Je mi líto toho hrnku, co jsi rozbil. Měla jsem ho ráda. Prosím,

tab. č. 1

Eric Berne – životní pozice a významy	
Já jsem OK – Ty jsi OK	Jedinec sebe i druhé vnímá pozitivně.
Já jsem OK – Ty nejsi OK	Sebehodnocení je pozitivní, ale hodnocení druhých negativní. Je zde tendence obviňovat druhé za své problémy, kritizovat je.
Já nejsem OK – Ty jsi OK	Sebehodnocení je negativní, naopak hodnocení druhých je pozitivní. Člověk má tendenci se cítit méněcenný a nekompetentní.
Já nejsem OK – Ty nejsi OK	Objevuje se negativní či kritické myšlení jak vůči sobě, tak vůči druhým.
(volně z: WIKIPEDIE: otevřená encyklopedie. „Transakční analýza“ [online]. Dostupné z www: https://cs.wikipedia.org/wiki/Transak%C4%8Dn%C3%AD_anal%C3%BDza	

dej si příště větší pozor“, „Mrzí mě, že jsi dnes přišla pozdě, byla mi zima, když jsem na tebe čekala. Příště mi, prosím, zavolej“, „Není vyneseno koš, odnes ho prosím, než půjdeš spát.“

- **Přijímat kritiku (zvláště odůvodněnou):** Neříkat „Co si to dovoluješ takto o mně mluvit, já nejsem flákač, to ty nic neděláš“, ale zamyslet se nad sdělením a říct „Máš pravdu, že jsem v posledním půlroce 2× odevzdal materiály pozdě. Příště termíny dodržím. Mrzí mě ale, že mě označuješ za flákače.“ [10]
- **Požadovat s odůvodněním:** Za odůvodněné požadavky není potřeba se omlouvat nebo je sdělovat útočně. Vhodné je sdělit své přání či potřebu s vysvětlením: „Prosím vás, vypněte to rádio, potřebuji se soustředit na zápisy do Cygnusu.“ [11]
- **Odmítat neoprávněné požadavky:** Zde musíme odlišit, koho budeme odmítat. Je-li to nevyžádaný telefonát od nějaké obchodní společnosti, můžeme jednoduše říct „Nechci, nemám zájem“ apod., tedy využít techniku poškrábané gramofonové desky. Pokud je to někdo z rodiny, kolega či klient, je vhodné navrhnout kompromis, odmítnout s odůvodněním nebo svým pocitem, tedy použít empatickou asertivitu. [12]

» Asertivita v praxi a jak jí docílit

V asertivitě se setkáváme nejen s asertivními právy a technikami, ale i s povinnostmi.

Mezi asertivní povinnosti patří: vědět, co chci; nést zodpovědnost za následky svého jednání; nelhat si do vlastní kapsy; všechno zdůvodnit; slyšet opravdu a jen to, co je řečeno; nestydět se říct, co chci; vědět, že pouze očekávat je málo; respektovat, že na otázku je možná odpověď kladná i záporná; vzdát se manipulace druhými a brát ohled na kontext rozhovoru.

» Asertivní techniky (nutné používat citlivě a s ohledem na druhé)

Sebeotevření – v diskuzi partnerovi volně sdělujeme, co a proč nám vadí nebo že něčemu nerozumíme. Sebeotevření umožňuje klidně vyjádřit i takové věci, které dříve způsobovaly pocity nevědomosti, úzkosti a viny.

Volné informace – pomáhají v hovoru s neznámým člověkem, snižují prvotní plachost, ale nutné je umět se otevřít na obou stranách.

Pokažená gramofonová deska – technika, která pomáhá prosadit oprávněné nároky tím, že své požadavky klidně opakujeme. Pomáhá nenechat se strhnout manipulativními manévry partnera, bez nutnosti připravených argumentů nebo pocitů zlosti. [13]

»»»» 22

tab. č. 2

	Asertivní	Agresivní	Pasivní	Pasivně agresivní
Postoj	Já jsem OK, ty jsi OK Flexibilní, otevřený Optimistický Důvěřuje sobě i ostatním Rozhodný, pozitivní Pozorný, srdečný, vlídný Podporuje druhé, vychází vstříc Sebejistý Schopný pochválit druhé i přijímat pochvalu	Já jsem OK, ty nejsi OK Nepřízřusobivý Úzkoprsý Útočný Nepřátelský Předpojatý Obviňuje druhé Nespolupracuje Nemající pochopení	Já nejsem OK, ty jsi OK Rezignovaný Pesimistický Bojácný Sebepodceňující Přízřusobuje se Smířlivý Plachý, úzkostný Upjatý, konvenční	Já nejsem OK, ty nejsi OK Negativní Zatvrzelý Rozmrzelý Podezřivavý, bez respektu Pesimistický Obviňuje druhé Snadno se urazí Závistivý Nedůtklivý
Chování	Konstruktivní Řeší problémy Zaměřuje se na řešení Vyjednává Spolupracuje, naslouchá Zajímá se o řešení a názory druhých Otevřený všem hlediskům Schopen dávat a přijímat pochvalu a kritiku	Destruktivní Sebestředný a sobecký Nepřipouští jiný názor Násilnický Má snahu dominovat a ovládat Útočí Necitlivý Trestá	Submisivní Povolný Bezradný Nemá vlastní nasměrování Nemá spojení s ostatními	Destruktivní Manipulativní Sebestředný Sobeký Obviňuje druhé Lstivý Sabotuje Záměrně nevykonný Rozvrací a podkopává Odkládá řešení Omlouvá se, že zapomněl Vyhýbá se zodpovědnosti Vymlouvá se a lže

(Hadfield, S., Hasson, G. Jak být asertivní v každé situaci. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 216 s., ISBN 978-80-247-4269-4, str. 24)

tab. č. 3

	Rodič	Dospělý	Dítě
Užívaná slova	dobrý/špatný, má se/nemá se, musíš/nikdy, správně/špatně	jak, co, kde a kdy, praktický, možný, zajímavý, zjistit, dělat, rozvažovat, rozumný, účelný	citoslovce, chci/nechci, nemohu, proč?, věřím, cítím, to je divné, bojím se, že
Hlas	zaujatý, kritický, uklidňující, chlácholivý	věcný, klidný	uvolněný/stísněný, výbojný, vzlykavý, mazlivý, žádající
Výraz a gesta	rozevřená náruč, vlídný úsměv, zdvižený prst, zamračená tvář	přemýšlivý, bdělý a cílý, vstřícný, otevřený	nebrzděný, naivní, smutný, spontánní, ztracený, bystrý, poznávající
Postoj	posuzující, pečující, chápající, dávající, autoritářský, moralizující	přímý, otevřený, zhodnocující fakta	udivený, stěžující, obranný, neukázněný, manipulativní, hravý, tvůrčí

(Projevy stavů ega podle transakční analýzy. v: Janáčková, L. Praktická komunikace pro každý den. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 112 s., ISBN 978-80-247-2479-9, str. 66)

tab. č. 4

10 asertivních práv, která při správném použití pomůžou odolat manipulaci [18]	
1. Máme právo sami posuzovat své vlastní chování a city a být za ně zodpovědní.	6. Máme právo být nezávislí na dobré vůli ostatních.
2. Máme právo nenabízet žádné omluvy a výmluvy ospravedlňující naše chování.	7. Máme právo dělat chyby a být za ně zodpovědní.
3. Máme právo posoudit, zda a nakolik jsme zodpovědní za řešení problémů druhých lidí.	8. Máme právo dělat nelogická rozhodnutí.
4. Máme právo změnit svůj názor.	9. Máme právo říci: „Nerozumím“.
5. Máme právo říci: „Já nevím“.	10. Máme právo říci: „Je mi to jedno“.
(WIKIPEDIE: otevřená encyklopedie. „Asertivita“ [online]. Dostupné z www: https://cs.wikipedia.org/wiki/Asertivita)	

21 <<<<

Přijatelný kompromis – pokud nebude dotčena naše sebeúcta či to negativně neovlivní naše emoce, můžeme vyjít druhému vstříc. V komunikaci je podstatný styl výhra – výhra.

Otevřené dveře – technika, která učí akceptovat manipulativní kritiku tak, že klidně přiznáme svému kritikovi, že v tom, co říká, může být něco pravdy. Učí nás přijímat kritiku klidně, bez úzkosti či obrany, čímž neposkytujeme kritikovi žádný důvod pro další napadání. [14]

Negativní aserce (zcela otevřené dveře) – jedná se o techniku, kdy se učíme souhlasit s kritickým hodnocením našich záporných vlastností. Nesnažíme se nijak vymlouvat či zapírat. Tímto způsobem se agrese a vztek u kritika snižuje. [15]

Negativní dotazování (zcela otevřené dveře s popostrčením) – otázkou: „A co ti ještě vadí?“. Druhou stranu podporujeme v naší kritice. Ovšem pouze tehdy, když jsou odpovědi na naši otázku racionální, lze tyto informace použít ke zdárnému vyřešení sporné situace. [16]

Selektivní ignorování – technika, která rovněž umožňuje vyrovnávat se s kritikou, a to tak, že na kritiku manipulativní, nevěcnou či příliš obecnou nereagujeme. Dáme však jasně najevo, že jsme slyšeli (např. „Myslím, že ti rozumím“), ale více se k nim nevyjadřujeme. Není přece potřeba vést hádku stylem „oko za oko“, když za podrážděním našeho kritika může být třeba momentální těžká psychická situace nebo i banálnější důvod, například bolest zubu. Pokud kritik pokračuje konkrétně a nemanipulativně, navážeme okamžitě věcnou komunikací. To nám umožní vyhnout se zkratkovitým, „alergickým“ reakcím na často opakované a obecné kritiky, přičemž může kritika vést k asertivnějšímu jednání. [17]

K asertivním právům uvedeným v tab. č. 4 přiřazuje Štefan Medzihorský ještě pravidlo: „Právo rozhodnout, zda budeš jednat asertivně, nebo ne“. [19] Asertivní práva je nutné používat uvážene, v kontextu s jinými pravidly efektivní „zdravé“ komunikace, aby nedocházelo spíše k chování agresivnímu nebo manipulativnímu. Takového

Asertivita je zdravý a čitelný přístup k druhým lidem, tedy nemanipulativní, neagresivní a nepasivní.

chování je nutné se vyvarovat, zvláště v sociálních službách při práci s klienty. Osobně tomu předcházím supervizí na pracovišti nebo intervizí s kolegy. Navíc trvale pracuji na zdokonalování komunikačních technik, k čemuž mi pomáhá sebezkušenostně-terapeutický výcvik v přístupu orientovaném na člověka a výcvik v systemické supervizi.

➤ Asertivní dovednosti

Asertivní jednání je výsledkem třech předpokladů: Prvním z nich je znalost sebe sama, svých emocí, umění zdravě pracovat s odmítnutím nebo kritikou. Druhým předpokladem je zvnitřnění správných komunikačních zásad – zevnitř vycházejících způsobů jednání, které může mít člověk vrozené nebo ukotvené správnou výchovou. Třetím jsou naučené a především řádně pochopené techniky efektivní komunikace a asertivity, kdy vhodnost a správnost jejich používání je prověřená dlouholetou praxí. Techniky efektivní „zdravé“ komunikace a asertivního jednání se dají osvojit, pokud vhodně používáme komunikační dovednosti, jako je aktivní a empatické naslouchání, schopnost adekvátně reagovat a vhodně argumentovat. Nezbytné je vhodně sdělovat kritiku i pochvalu, udílet zpětnou vazbu a umět je přijímat.

➤ Závěr – hodnota asertivního chování

Asertivita je zdravý a čitelný přístup k druhým lidem, tedy nemanipulativní, neagresivní a nepasivní. Člověk ve zdravé komunikaci má sám ze sebe i z okolí, se kterým komunikuje, dobrý pocit, protože může sdělit své potřeby či přání nebo cokoliv dojednat bez pocitu viny, bez výčitek své-

domí, bez manipulace s druhými nebo bez nátlaku od jiných. I po rozhovoru má dobrý pocit, který přetrvává, a o to ve zdravé komunikaci jde.

Asertivní jednání se obvykle stává komunikačním manévrováním ve vypjatých sociálních situacích a při sporech. Nemá být ani agresivní, ani pasivní. Asertivně jednající člověk dokáže věcně čelit kritice (zvláště oprávněné), manipulaci, afektovaným a agresivním výpadům, které jsou namířeny vůči němu. Jedná se o trénink, jak se vyjadřovat, nebojácně se prosadit (potvrdit si mimo jiné svou cenu). [20]

Pokud se o asertivní jednání pokoušíte nebo asertivitu již denně praktikujete, pak jistě při mnohých „těžkých rozhovorech“ zažíváte větší uspokojení z výsledku „zdravé“ komunikace. A nejen na vaší straně, ale i u klientů, protože jak bylo řečeno v úvodu, cílem asertivního jednání je výhra na obou stranách.

Zdroje:

- [6] Ury, W. *Jak překonat nesouhlas. Zásady vyjednávání s lidmi, s nimiž nelze vyjednat.* 6.vyd. Praha: Management press, 2015. ISBN 978-80-7261-300-7. s. 15–18.
- [7] WIKIPEDIE: 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)
- [8] Hadfield, S., Hasson, G. *Jak být asertivní v každé situaci.* 1. Vyd. Praha: Grada, 2012, 216 s., ISBN 978-80-247-4269-4, str. 24
- [9] Janáčková, L. *Praktická komunikace pro každý den.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 112 s., ISBN 978-80-247-2479-9, str. 66
- [10] volně z: Peterková, M.. *Psychotesty a testy osobnosti online: „Asertivní jednání a techniky“* [online]. 2009. Dostupné z [www: http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/asertivni-jednani.htm](http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/asertivni-jednani.htm)
- [11] volně z: Peterková, M.. *Psychotesty a testy osobnosti online: „Asertivní jednání a techniky“* [online]. 2009. Dostupné z [www: http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/asertivni-jednani.htm](http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/asertivni-jednani.htm)

- [12] volně z: Peterková, M.. Psychotesty a testy osobnosti online: „Asertivní jednání a techniky“ [online]. 2009. Dostupné z [www: http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/asertivni-jednani.htm](http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/asertivni-jednani.htm)
- [13] volně z: Medzihradský, Š. Asertivita. 1.vyd. Praha: Elfa, 1991. ISBN 80-900197-1-4, s. 45–46.
- [14] volně z: Novák, T., Capponi, V. Asertivně do života, 2.dopl.vyd. Praha: Grada, 2004, 176 s. ISBN 80-247-0989-9, str. 56–59.
- [15] volně z: Novák, T., Capponi, V. Asertivně do života, 2.dopl.vyd. Praha: Grada, 2004, 176 s. ISBN 80-247-0989-9, str. 56–59.
- [16] volně z: Novák, T., Capponi, V. Asertivně do života, 2.dopl.vyd. Praha: Grada, 2004, 176 s. ISBN 80-247-0989-9, str. 56–59.
- [17] volně z: Novák, T., Capponi, V. Asertivně do života, 2.dopl.vyd. Praha: Grada, 2004, 176 s. ISBN 80-247-0989-9, str. 56–59.
- [18] WIKIPEDIE: otevřená encyklopedie. „Asertivita“ [online]. Dostupné z [www: https://cs.wikipedia.org/wiki/Asertivita](https://cs.wikipedia.org/wiki/Asertivita)
- [19] Medzihradský, Š. Asertivita. 1.vyd. Praha: Elfa, 1991, 75 s.

Asertivní jednání se obvykle stává komunikačním manévrováním ve vypjatých sociálních situacích a při sporech.

ISBN 80-900197-1-4, s. 44.

- [20] Vybíral, Z. Psychologie komunikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4. s. 237–238.

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.
- Medzihradský, 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.psyx.cz/texty/asertivni-jednani.htm](http://www.psychotesty.psyx.cz/texty/asertivni-jednani.htm)
- WIKIPEDIE: otevřená encyklopedie. „Asertivita“ [online]. Dostupné z [www: https://cs.wikipedia.org/wiki/Asertivita](https://cs.wikipedia.org/wiki/Asertivita)
- WIKIPEDIE: 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. Vzdelani.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)

INZERCE

TROPICO MÓDA

Pracovní oděvy
Pracovní obuv



100% PŘÍRODNÍ KONCENTRÁTY A PYRÉ

PRVOTŘÍDNÍ KVALITA BEZ PŘIDANÉHO CUKRU


Tropico

Tropické koncentráty
pro přípravu 100% přírodních džusů

Tropico, spol. s r. o

+420 516 417 979

www.tropico.cz

www.facebook.com/tropicokoncentraty

Dva podněty k rehabilitaci u lidí se schizofrenií

Pokud chceme pomoci lidem s duševním onemocněním, jako je schizofrenie, potřebujeme vědět, co to schizofrenie vlastně je a jaké metody práce můžeme využít. Dále potřebujeme porozumět tomu, co tvoří nepříznivou sociální situaci člověka se schizofrenií, jaké specifické potřeby z toho vyplývají, jaký přístup odpovídá těmto specifickým potřebám a jaké metody a postupy práce můžeme využít. Zodpovědět tyto otázky v úplnosti by znamenalo napsat celou monografii. V tomto článku se tedy zaměřuji na dva důležité aspekty práce s lidmi se schizofrenií, na kterých může rehabilitace člověka se schizofrenií stavět a jejichž opomenutí může snižovat účinnost pomoci.

■ **Text: Michal Šalplachta, DiS.,** psychoterapeut, lektor a supervizor, absolvoval např. výcvik v poradenství a psychoterapii zaměřený na klienta, tzv. Rogersovský přístup

➤ Co je to schizofrenie

Schizofrenie je většinou chronické duševní onemocnění, které člověku způsobuje vážnou poruchu ve vztahu ke skutečnosti, zasahuje jeho myšlení, vnímání, emoce i chování. Příznaky schizofrenie se dělí do tří oblastí:

- pozitivní příznaky**, které psychice něco přidávají, patří k nim bludy, halucinace, narušení asociací, podivné chování;
- negativní příznaky**, které psychice něco ubírají, patří k nim oploštění emocí, citové a sociální stažení, ochuzení řeči, snížení vůle, neschopnost se radovat, poruchy myšlení;
- kognitivní příznaky**, tj. narušení zpracování informací, potíže s pracovní pamětí, pozorností, rozhodováním (1); ke kognitivním příznakům bychom mohli přidat ještě narušení schopnosti překládat svoji smyslovou zkušenost do slov a symbolů.

U schizofrenie se střídá období akutního vzplanutí nemoci, tzv. ataky, při které dochází k výrazné dezintegraci duševních funkcí, změněnému vnímání skutečnosti, člověk může mít halucinace a bludy, a období remise (po ústupu ataky), při které se život člověka dostává více méně do normálu, zůstávají však deficit v oblasti kognitivních funkcí, snížení motivace a vůle, někdy se objevuje deprese a v některých případech přetrvávají halucinace či bludy i mimo akutní fázi. V nejnovějším pohledu je schizofrenie spojována s narušením meta-

kognitivních funkcí, což by se dalo přeložit jako nad-poznávací funkce. Meta-kognice zahrnuje naše schopnosti uvědomovat si, jak myslíme, jak plánujeme, jak poznáváme, jak prožíváme. Meta-kognice je základem pro sebeřízení, sebemotivaci, sebeovládání, ale i pro porozumění sobě, druhým lidem a světu kolem nebo pro učení se novým věcem (2). Meta-kognice umožňuje nadhled, a ten lidé se schizofrenií ztrácí. *Narušení meta-kognice* můžeme vnímat jako čtvrtou oblast příznaků schizofrenie. Tyto čtyři oblasti příznaků přispívají k tomu, že lidé se schizofrenií ve svém životě selhávají, se-

Klienti si díky reflektujícímu rozhovoru trénují sebeuvědomění, schopnost orientovat se ve svém životě, zacházet se svými prožitky, zvládat emoce a stres a také komunikační a sociální dovednosti.

lhávají ve vztazích, v práci, ve škole, v péči o sebe, ve zvládání financí, v řízení vlastního života. Ovlivňují, jak člověk se schizofrenií komunikuje, jedná a utváří svůj životní styl, dokonce i nakolik je schopný být v kontaktu s okolním světem. Na tyto čtyři oblasti příznaků bychom se tedy měli my, pomáhající, připravit.

➤ Rehabilitace jako práce se vztahem

Lidé se schizofrenií mají narušený vztah k sobě, k druhým lidem i k okolnímu světu. To se projevuje sníženou sebeúctou, vztahovačností, podezíravostí a strachem

z lidí, okolního světa i z vlastních pocitů (či „energií“, jak fyziologické pochody vlastního těla někteří vnímají). Pokud jim chceme pomoci, musíme se v první řadě zaměřit na vytvoření podmínek, které jim umožní začít narušené vztahy napravovat. První vztah, na kterém můžeme začít pracovat, je ten mezi námi a klientem. Vztah jako základ procesu změny k růstu pojmenoval jako první Carl R. Rogers, zakladatel přístupu zaměřeného na člověka, když definoval šest dostačujících a nezbytných podmínek změny:

1. Dvě osoby jsou spolu v kontaktu, vzájemně se vnímají, reagují na sebe, vedou dialog.
2. První osoba, pro niž použijeme termín klient, je ve stavu inkongruence (nesouladu, rozporu), je zranitelná, úzkostná, nespokojená. Zažívá rozpor mezi tím, co vnímá, že je, a tím, co chce.
3. Druhá osoba, pro niž použijeme termín terapeut, je v tomto vztahu kongruentní, uvědomuje si sebe a je se sebou v souladu, je osoba opravdová, autentická.



4. Terapeut pociťuje ke klientovi bezpodmínečné kladné přijetí. Vnímá ho takového, jaký je, bez nároku, že by měl být klient jiný. Dovoluje klientovi přesně takové prožitky, které má. Případné hodnocení a nároky na klienta kongruentně zvládá a umí je odložit.
5. Terapeut pociťuje empatické porozumění pro vnitřní prožívaný svět klienta, rozumí tomu, co klient vnímá, prožívá, jak hodnotí svět a jaké mu dává významy.
6. Klient vnímá alespoň v minimální míře podmínky 4. a 5., tedy bezpodmínečné kladné přijetí a empatické porozumění od terapeuta (4).

Pokud chceme umožnit klientovi rozvoj, je důležité s ním ve vztahu a komunikaci tyto podmínky utvářet a naplňovat. To však neznamená, že bychom neměli dělat nic dál. Tyto podmínky je důležité promítnout do kvality veškeré komunikace s klientem, ať už při nácviu vaření, nebo při rekapitulování jeho života. Vybavuji si rozhovory, které jsem vedl s klienty při pracovní terapii, když jsme řezali dřevo nebo vyráběli svíčky ze včelího vosku. Je užitečné využít každou chvíli na takový dialog, jehož úkolem není najít řešení, ale projevit zájem, umožnit klientovi sdílet a pojmenovávat svoji skutečnost. Když jsem začal pracovat s lidmi se schizofrenií a oni přinášeli různé situace ze svého života, byl jsem překvapen a frustrován, když klient

V nejnovějším pohledu je schizofrenie spojována s narušením meta-kognitivních funkcí, což by se dalo přeložit jako nad-poznávací funkce.

v bodě, kdy bychom se mohli zaměřit na řešení, najednou rozhovor ukončil. Někdy je samozřejmě namístě pokračovat v hledání řešení, často jde však o to, že si klient potřebuje svou zkušenost pojmenovat a při sdílení uspořádat. Rogersem popsany způsob vztahu a komunikace umožňuje s člověkem se schizofrenií pracovat na všech čtyřech oblastech příznaků. Reflektující, nebo též naslouchající rozhovor, tj. rozhovor, při kterém uplatňujeme Rogersem definované podmínky změny, umožňuje člověku zpracovávat emočně důležité zážitky, zvládat zatěžující emoce, umožňuje mu vytvářet si mapu nebo příběh vlastního života, které mu poskytují orientaci při rozhodování, plánování i řešení. Reflektující rozhovor funguje také jako trénink, posiluje kognitivní i meta-kognitivní funkce. Klienti si díky reflektujícímu rozhovoru trénují sebeuvědomění, schopnost orientovat se ve svém životě, zacházet se svými prožitky, zvládat emoce a stres a také komunikační a sociální dovednosti. Je jedním z hlavních nástrojů, jak klienty aktivizovat a motivovat. Toho využívá např. metoda motivačních rozhovorů, která také na Rogersových podmínkách staví.

» Rehabilitace meta-kognitivní funkce

Mezi hlavní meta-kognitivní funkce patří uvědomění a sebehodnocení. Abychom se mohli vědomě rozhodnout, udělat změnu, řídit svůj život, něco zvážit, posoudit nebo naplánovat, k něčemu zaujmout postoj nebo posoudit význam, potřebujeme uvědomění. Potřebujeme nejen vnímat, myslet a rozhodovat se, ale také vědět, že vnímáme, myslíme a rozhodujeme se. Ukazuje se, že rozvoj meta-kognitivních schopností umožňuje mírnit vliv kognitivního deficitu, zvyšuje funkční kompetence a dokonce rozvinutá sebereflexe jako forma sebeuvědomění předpovídá u lidí se schizofrenií schopnost udržet se na pracovním místě (2). Bez rozvoje meta-kognitivních schop-

ností budou mít klienti z rehabilitačních programů daleko menší užitek. Způsobů, jak rozvíjet uvědomění a další složky meta-kognice u klientů se schizofrenií, je více. Už jsme zmínili reflektující rozhovor, jehož pravidelné využívání vede také k posílení meta-kognitivních schopností. Rogersův přístup můžeme rozšířit o metodu preterapie, jejímž autorem je Garry Prouty (5), a který umožňuje využít Rogersův přístup i u klientů s vážněji narušenými kognitivními a meta-kognitivními schopnostmi. K rozvoji uvědomění můžeme využít také většinu aktivit, které s klientem děláme, tím, že u nich dáme prostor sebereflexi a uvědomění. Zpočátku může být nezvyklé ptát se klienta po nácviu péče o prádlo: „*Jak se ti žehnilo?*“ nebo se ke konci rozhovoru zeptat: „*Jak se nám dařilo povídat si?*“ či se při nácviu vaření ptát: „*Jak se ti drží vařečka?*“ Cílem těchto otázek je umožnit klientovi zaměřit pozornost a uvědomit si sebe i okolní situaci. Malia a Brannagan (6) doporučují pro rozvoj meta-kognice následující tři kroky:

- a) vybídněte klienta, aby před každou činností předpověděl, jak se mu bude dařit;
- b) po dokončení každé aktivity vybídněte klienta, aby zhodnotil, jak se mu dařilo;
- c) následně nabídněte svůj vlastní pohled.

Další možností jsou specifické tréninkové programy pro rozvoj meta-kognitivních schopností, jako je „Meta-kognitivní trénink pro schizofrenie“, který pomáhá lidem se schizofrenií si uvědomit chyby, které dělají v myšlení (7). Tento program byl přeložen do češtiny a můžete se s ním seznámit na stránkách www.ukde.de/mkt.

Zdroje:

1. Praško, J.; Možný, P.; Šlepecký, M. a kol. (2011) *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Triton.
2. Pěč, O.; Bob, P.; Pěč, J.; Lysaker, P. H. (2015) *Syntetická metakognice u schizofrenie*. Česká a slovenská psychiatrie 2015, 111(4): 189–193.
3. Doidge, N. (2012) *Váš mozek se dokáže změnit*. Brno: Cpress.
4. Šiffelová, D. (2010). *Rogersovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada.
5. Prouty, G.; Werde, D. V.; Portner, M. (2005), *Preterapie*. Praha: Portál.
6. Malia, K.; Brannagan, A. (2010) *Jak provádět trénink kognitivních funkcí*. Praha: Cerebrum.
7. Možný P. (2012) *Metakognitivní trénink pro schizofrenie*. Psychiatrie pro praxi 2012, 13(2): 81–84.

Bez rozvoje meta-kognitivních schopností budou mít klienti z rehabilitačních programů daleko menší užitek.



V medikaci se dopouštíme alarmujícího množství chyb



Roboticky připravená kapsa vícedávkové medikace

Pochybení při podávání léků má mnohem větší rozměr, než si připouštíme. Při průměrných 11 lécích připadajících na klienta a den podá domov sociální péče např. s 200 lůžky ročně přes 800 000 dávek léků. Množství a typologii chyb, kterých se přitom dopouští, ale obvykle ani nesleduje.

■ **Text: Ing. Simona Plischke, MBA**

ředitelka HC Logic, s. r. o.

www.hc-logic.cz

Foto: Archiv autorky

Ačkoli je medikační proces relativně jednoduchý, je vysoce rizikový. Je to proto, že pochybení během podávání léků patří k těm nejčastějším. I při správnosti podávání léků na úrovni 99,9 % by v ústavu s 200 lůžky došlo za rok k 803 medikačním chybám; 99,9 % spolehlivost je ale ve stávajících podmínkách nedosažitelná, a mnohem reálnější je tak bezpečnost medikace na úrovni 92 %. Při té by se ústav dopouštěl ročně více než 64 000 medikačních chyb.

Velký prostor pro zvýšení bezpečnosti i efektivity

Evropská asociace nemocničních lékařů uvádí, že 39 % pochybení vzniká již při preskripci léku lékařem, 23 % v procesu přípravy léku a zbývajících 38 % chyb

se děje přímo při podání léku sestrou. Jak tyto chyby vznikají? Příčin systémových neefektivit a rizik napříč celým medikačním procesem je hned několik.

Lékaři při preskripci jen zřídka používají systémy kontroly interakcí léků a do procesu obvykle vůbec nezapojují klinické farmaceuty, kteří by správnost ordinace prověřili. Případy polypragmatie, tedy podávání přílišného množství léků najednou, a nevhodné kombinace účinných látek tak byly odhaleny ve všech zařízeních, která medikaci svých klientů nechala zkontrolovat. Preskripce ale prostor pro chybovost teprve začíná.

Lékárny při přípravě léků nevyužívají ve světě běžných technologií (naráží zde na zastaralou legislativu), a nemohou tak zařízením nabídnout podstatně bezpečnější formu medikace, kterou jsou např. roboticky připravované dávky léků pro jednotlivé klienty. Medikační proces se ani za několik desetiletí příliš neinovoval, a v jednotlivých zařízeních se tak uplatňu-

je stále stejná manuální decentralizovaná příprava léků sestrami. Míru nebezpečnosti už tak neefektivního procesu navíc zvyšuje i často uplatňovaná praxe hromadného předpřipravování lékových s dávkami, a to někdy i na celý den. Podstatně se tím zvyšuje riziko záměny (nehledě na to, že tato praxe nesplňuje legislativně stanovený požadavek podávat léky přímo z originálního balení). Protože je proces přípravy léků časově velmi náročný a ústavy sociální péče jej často provádějí nad rámec svých povinností (a navíc trpí citelným nedostatkem zdravotních sester), nelze se této zaběhlé praxi příliš divit. Nedostatečná je pak také obvyklá verifikace správnosti podání i záznam o podání, který se často děje až s několikahodinovým zpožděním. Včasný, jednoznačný a úplný záznam zpravidla neexistuje.

Pro sestry je také administrativně náročné skladování léků a evidence s tím spojená, bývá proto nepřehledná, tudíž nespolehlivá. V kombinaci s faktem, že balení různých léků si jsou v některých případech podobná a v případě stejného léku s různou silou často téměř identická, riziko záměny výrazně roste. Nezanedbatelným faktorem obecně zvyšujícím rizikovost procesu je pak fakt, že sestry jsou přetěžovány, a proto nuceny v každém okamžiku k multitasking¹. Spěchají, bývají v průběhu přípravy a podávání léků vyrušovány (např. klienty samotnými či jejich návštěvami), po dlouhých směnách bývají unavené a v důsledku toho u nich roste i míra stresu.

Typů chyb, které se v procesu vyskytují, je celá řada: pochybení při ordinaci léku, chybná předepsaná síla (organizmus seniora zpracovává léky jinak než lidé ve středním věku), nečitelná, tedy nejednoznačná ordinace, záměna léku, záměna klienta, podání nesprávného množství léku, v nesprávném čase (např. nedodržení přesného terapeutického režimu při podávání antibiotik), podání nesprávným způsobem (např. nalačno místo po jídle), nesprávnou

¹ Multitasking (z angl. multi – mnoho, task – úloha), používán v informatice. V humanitních vědách značí schopnost provádět více než jeden úkol nebo aktivitu ve stejnou dobu. Současné vykonávání více různých činností, resp. jejich neustálé střídání se může stát i nežádoucím dlouhodobým způsobem chování poznamenaným např. poruchami koncentrace pozornosti, nižší efektivitou aktivity a stresem.
Zdroj: www.wikipedia.org

formou (např. v tabletě místo v kapkách), použití expirovaného léku a časté je také nepodání léku. Za medikační chybu se považuje též nesprávné nebo neúplné vedení dokumentace podání.

» Seniors medikační chyby ohrožují více

Lidské tělo snese mnohé, většina medikačních chyb proto našťastí ještě neznamená vznik nežádoucího účinku. Určité procento pochybení ale zhoršení zdravotního stavu, a ve výjimečných případech i ohrožení na životě člověka, skutečně vyvolá. Častěji je důsledkem medikační chyby nutnost dodatečného léčení nebo nezlepšení potíží, a tedy diskomfort a snížená kvalita života. Senior, u něhož došlo k nežádoucímu účinku, v důsledku potřebuje i více péče ze strany ošetrovatelského personálu.

Studii zabývajících se chybovostí v medikaci byly v zahraničí zpracovány desítky. Uvedme výsledky těch nejrozsáhlejších: celková chybovost v medikaci dosahuje 19,7 %, z toho 8,2 % chyb způsobí nežádoucí účinek (*Medication Errors in Critically Ill Adults*); chybovost v medikaci 19 %, z toho 7 % chyb způsobí nežádoucí účinek (*Medication Errors Observed in 36 Health Care Facilities*); chybovost v medikaci na úrovni 7,5 %, z toho 4,2 % chyb způsobí nežádoucí účinek (*Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients*).

Jak je vidět, pochybení při podávání léků dosahují ve světě vysokých hodnot. Z průzkumu provedeného mezi českými zdravotnickými experty v roce 2013 (*Průzkum odborných názorů předních českých zdravotnických odborníků na bezpečnost medikace v českých nemocnicích*) vyplývají ale varovná

čísla i pro české prostředí. Procento chyb v českých nemocnicích činí v průměru 4,4–8,7 % a podle odpovědí zdravotních sester (tedy té profese, která je nejbližší medikačnímu procesu) je dokonce ještě o řád vyšší, a to v průměru 12,6–16,5 %. Nežádoucí účinek pak způsobí průměrně 5,1–9,3 % z nastalých medikačních chyb.

» Jak dál v sociálních službách?

Protože medikační proces bývá v prostředí domovů sociální péče ještě rizikovější než v nemocnicích, lze předpokládat, že chybovost bude dosahovat nejméně horní hranice intervalu indikovaného pro prostředí nemocnic. Tedy osm a více procent. A protože jsou rizikem výskytu nežádoucího účinku staří lidé ohroženi výrazně více než průměrná populace, bude se i odhad procenta výskytu nežádoucího účinku pohybovat na nebo za horní hranici intervalu z průzkumu, tj. devět a více procent. V případě ilustrativního ústavu ze začátku článku by tedy šlo ročně o více než 5 500 podání léků, které negativně ovlivní zdraví klienta.

Skokového zvýšení bezpečnosti (i efektivity) medikačního procesu lze docílit pouze omezením lidského faktoru v něm, tedy jeho automatizací. V zahraničí je rozšířená např. robotizovaná příprava lékové terapie pro konkrétního pacienta, která zvyšuje nejen bezpečnost, ale šetří také čas zdravotním sestram. Ty se v důsledku toho mohou věnovat tolik potřebné ošetrovatelské péči a efekt zvýšení kvality poskytované péče se tak násobí. Dočkáme se využití těchto technologií pro medikaci v domovech sociálních služeb také u nás?

Poradenská společnost HC Logic, s. r. o., je partnerem zdravotních a sociálních zařízení v oblasti koncepcí rozvoje a výstavby, technologií, logistiky a optimalizace provozu. Nabízí inovativní řešení zvyšující bezpečnost, kvalitu a efektivitu, www.hc-logic.cz



Bezpečné podávání léků formou jednodávek

Poradna konceptu Bazální stimulace



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

Jsme domov pro seniory, převážná část našich klientů je imobilní. Tyto klienty pravidelně vysazujeme dle potřeby v dopoledních nebo odpoledních hodinách do křesla. Ráda bych se zeptala, zda máme před vysazením klienta do křesla aplikovat vestibulární stimulaci.

Vedoucí úseku péče, domov pro seniory

Odpověď:

Vestibulární stimulace se aplikuje u imobilních klientů před změnou polohy a vertikalizací. Pro imobilního klienta má velký význam. Stimulací vestibulárního aparátu lze zlepšit prostorovou orientaci, vnímání pohybu a ovlivňovat svalové napětí postulárních svalů. Především šjových, zádočných a svalů dolních končetin. U imobilních klientů, kteří mají problém udržet svalové napětí při sedu a velmi rychle po posazení mění postavení těla, je vestibulární stimulace zvláště významná. Výsledky z praxe prokázaly, že pokud začne personál konsekvantně poskytovat imobilnímu seniorovi alespoň jednou denně vsedě na lůžku vestibulární stimulaci formou ovesného klasu, dochází po 4–6 týdnech k výraznému zlepšení napětí zádočných svalů a klient udrží delší dobu vzpřímený sed. Což je výhodné zejména pro dobu nutnou k příjmu potravy a k fyziologickému polykání.

Vestibulární stimulaci můžeme provádět u klienta ležícího prostřednictvím zcela nepatrných pohybů jeho hlavou. Pokud klienta posazujeme, můžeme provádět vestibulární stimulaci v pozici vsedě. Klient sám nebo s pomocí provádí houpačkové pohyby vsedě. Dlaně má opřené o podložku, plošky nohou také a pohybuje se pomalu ze strany na stranu. Pečující může sedět vedle něho nebo za ním a poskytovat mu oporu. Další možností vestibulární nabídky je tzv. pohyb ovesného klasu. Při této stimulaci sedí nebo klečí pečující za klientem, pevně fixuje jeho tělo na svém těle a provádí pomalé pohyby trupem klienta do stran ve smyslu ležatě osmičky.

NOVINKA!

Dámské tílko Mia je utkáno ze 100% bavlny, velmi dobře se přizpůsobuje tělu a zvýrazňuje dámskou siluetu. Střih byl pečlivě propracován tak, aby v praktických ohledech postihl většinu požadavků uživatelů. Šířka ramínek je úmyslně zvolená tak, aby diskrétně skryla spodní prádlo. Stejně tak průramky jsou navrženy s cílem zakrýt prádlo a zároveň nechat podpaží dostatečně vzdušné, aby nedocházelo k nadměrnému pocení. Také celková délka tílka respektuje nároky na komfort a eleganci. Tílka Mia se vyrábějí v 5 barevných variantách.

BONNO[®]
Ladies Collection

MIA

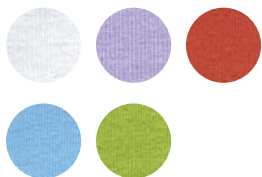
dámské
tílko

cena bez DPH

219:-

265 Kč vč. DPH

5 barevných variací



www.bonno.cz

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



„Hlavním cílem Grémia je převzetí odpovědnosti za poskytovanou péči,“

říká předsedkyně Lucie Brožková



1. Co vás vedlo k založení Grémia managerů agentur domácí péče?

Manažeri agentur domácí péče vnímali všeobecně nedobrou situaci v segmentu domácí péče. Byli přesvědčeni, že je zapotřebí ke konstruktivnímu řešení společných problémů spojit síly. Byly provedeny analýzy, vyhodnotily se diskuze, přidaly se vlastní poznatky a zkušenosti některých manažerů z řízení takové agentury v oblasti domácí péče a dospělo se k závěru, že je nutné tuto činnost aktivizovat. Shodli jsme se na tom, že tato specifická oblast primární péče není po mnohaleté stagnaci koordinována ani řízena a nemá plnohodnotné zastoupení nejen při prosazování zájmů agentur, ale i zájmů a práv našich pacientů. Proto jsme se rozhodli založit spolek managerů agentur domácí péče, jehož hlavním cílem je především převzetí odpovědnosti za poskytovanou ošetrovatelskou péči, zlepšit postavení agentur domácí péče v systému zdravotnictví ČR a obhajovat pozici a potřebnost agentur domácí péče v systému péče. Z dalších cílů nelze také opomenout samostatnou tvorbu ošetrovatelského procesu v domácí péči vyplývající z kompetencí všeobecné sestry; přijetí a nastavení doporučených postupů pro zajištění kvality a bezpečí v domácí péči, ale také zavedení měřitelného systému, který bude prezentovat kvalitu a smysluplnost ošetrovatelské péče.

2. Vnímáte spojení pečovatelské služby a domácí péče jako přínosné?

Samozřejmě. V dnešní době již řada poskytovatelů domácí péče poskytuje také sociální služby. V komplexnosti péče o klienta/pacienta ve vlastním sociálním prostředí vidíme toto propojení jako klíčové. Vzhledem k demografickému vývoji a stárnutí populace bude v budoucnu nutné zdravotní a sociální péči o klienty přiblížit, a tím zefektivnit péči o jejich osobu. Spojení domácí zdravotní péče a poskytování následných pečovatelských služeb u jednoho klienta je neefektivnější způsob komplexní péče. Všeobecná sestra, která pracuje s pacientem a zná jeho potřeby, bude přímo delegovat následnou sociální službu. Pokud tyto služby bude zajišťovat jeden tým, který si bude předávat aktuální informace o stavu klienta a jeho aktuálních potřebách, bude péče maximálně efektivní.

3. Jaké jsou vaše nejbližší cíle?

Snahou Grémia managerů agentur domácí péče, z. s., je v co nejkratší době vytvořit širokou funkční základnu.

O aktivitě výboru Grémia svědčí to, že jeho členy se stalo od února do dubna již 35 agentur, bylo připraveno první jednání valné hromady a byly stanoveny další termínované úkoly v této oblasti. Jako další z nejbližších cílů je nutno provést medializaci potřeb péče v domácím prostředí, zlepšit postavení domácí péče u odborné a laické veřejnosti. Nechceme zapomenout ani na prezentaci Grémia u odborných společností, státní správy a samosprávy. Vytváříme informační kanál mezi Grémiem a jednotlivými členy, ve kterém by byly prezentovány pozitivní i negativní zkušenosti z jednotlivých agentur, publikována právní poradna a výsledky jednání s pojišťovnami. Chceme vytvořit klidné pracovní prostředí mezi členy a spojit síly při řešení jmenovaných úkolů. Plně si uvědomujeme, že nás čeká mnoho práce, ale chceme zapojit do řešení úkolů všechny naše členy a transparentně je informovat o všech probíhajících jednáních.

VZDĚLÁVÁNÍ

NEJEN PRO SOCIÁLNÍ SLUŽBY

KURZY V PRAZE

akreditováno MPSV ČR

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

KVĚTEN 2016

Praha
23. a 24. 5. 2016 2 700 Kč
9.00 - 16.30 hod.

JAK SE ZACHOVAT PŘI ZRAŇUJÍCÍ KOMUNIKACI S KLIEMTEM

Lektor: Daniel Kaucký
Uzávěrka přihlášek - 12. 5. 2016

ČERVEN 2016

Praha
23. a 24. 6. 2016 2 700 Kč
9.00 - 16.30 hod.

PRÁCE S MOTIVACÍ KLIEMTA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Lektorka:
Svetlana Pokorná, Vrabecová
Uzávěrka přihlášek - 14. 6. 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.

AKČNÍ CENA KURZU:

8 600 Kč na prvního účastníka z organizace
každý další účastník 8 000 Kč
- sleva platí při přihlášení do konce května

UŠETŘTE 900 Kč ZA ÚČASTNÍKA !!!



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

přihlaste se online
www.portus.cz/vzdelavani



Zmysluplne využitý voľný čas v zariadení sociálnych služieb a jeho význam pre seniora

Forma celoročného pobytu, najmä denného celoročného pobytu, je pre seniorov najpriateľnejšou formou starostlivosti. Sme s nimi denne, nie sú sami, je o ich životné potreby postarané, kontakty s príbuznými sú im však dennodenne umožnené a ak je to čo i len trochu možné, snažíme sa tiež nevytrhnúť seniora z jeho prirodzeného sociálneho prostredia a nájdeme mu zariadenie čo najbližšie k jeho domovu.

■ **Text a foto: Mgr. Júlia Hlavačková,**
Riaditeľka zariadenia sociálnych služieb,
Samaritanka, n. o., Žarnovica

Tak, ako riešime v útlom detstve pre svoje dieťa inštitucionálnu dennodennú starostlivosť, pretože deti potrebujú záujem, lásku, pochopenie pre svoje fyzické i duševné potreby a v neposlednom rade kontakty s rovesníkmi a sebero vnými, tak sa nás potom podobné, ak nie rovnaké riešenia týkajú i v prípade našich rodičov či starých rodičov. I tí potrebujú všetko to, čo malé dieťa. Mohli by byť sami doma, v izolácii – to však nikomu neprospieva. Z mnohých výskumov zaoberajúcich sa skúmaním priorít starších ľudí a ich vplyvu na ich zdravotný stav vyplýva, že i sami seniori prehodnotili v období jesene svojho života svoje postoje a spomínali na to, aké boli ich sny, túžby a priority v mladom, strednom a neskôr v seniorskom veku.

Čo pokladali za najcennejšie v seniorskom veku?

Najviac si cenili DOBRÉ VZŤAHY, stretávanie sa v širokej komunite s blízkymi, o ktorých sa môžu oprieť, keď to sami potrebujú. Tí, čo si tieto vzťahy „pokazili“, teda nejakým spôsobom negatívne ovplyvnili v mladom alebo produktívnom veku, mali oveľa viac zdravotných problémov ako tí, ktorí sa mali o koho oprieť. Aj bolesti a trápenia znášali ťažšie. Skutočný záujem, porozumenie a dôvera sa nedajú získať zo dňa na deň.

Vnúčatá, ktoré sa pravidelne stretávali so starými rodičmi od svojho raného detstva, dve generácie, ktoré majú spoločné zážitky a za sebou množstvo krásne prežitých spoločných rokov, majú spolu potom pekný vzťah aj o niekoľko rokov či desiatok rokov neskôr. Čím viac členov rodiny sa podieľa na starostlivosti, tým je to samozrejme pozitívnejšie pre zdravý vývoj dieťaťa i zdra-



vý vývoj vzťahov v rodine. Dieťaťu vytvárame príjemné prostredie, obklopujeme ho svojou pozornosťou, láskou a presne toto potrebujeme všetci v každom veku, od mladosti až po starobu... Ak sme nedostupní, odmietaví, či nahnevaní, robíme sami sebe zle.

Všetci seniori, i tí bezdetní, sa môžu stretávať aj s inými ľuďmi zo svojho úzkeho (netere, synovci a ich deti) alebo širšieho okolia. Chce to však jedno podstatné. Vyjsť zo svojej ulity, z „pohodlia“ vlastnej samoty, z bezpečia fiktívnej izolovanosti. Viacerí si hovoria: „Dáš pokoj, máš pokoj!“ Ale keď nie sme sami, zdieľaná radosť sa znásobuje a bolesť sa spoločným zdieľaním znižuje. Veď niekedy stačí porozprávať sa s blízkym človekom a je vám oveľa lepšie.

Už v mladosti sme formovaní postojmi voči nám – od našich rodičov, ktorí sa nám viac či menej venovali. Nie je nič a nikto, kto by mohol nahradiť malým deťom prítomnosť rodičov. A platí to i naopak. Nie je nič a nikto, kto by mohol nahradiť rodičom



v období ich staroby prítomnosť ich detí. Deň človeka, ktorý je úplne sám, je dlhý a nekonečný. Hovorí sa, že budúcnosť je v rukách mladých, potrebujeme si však spomenúť i na to, akí sme boli my, keď sme boli mladí. Ponáhľame sa, chceme byť staršími, a keď už sme, mrháme svoj čas na pletky a nie na to, aby sme pomáhali tam, kde by to určite bolo potrebné. Musíme sa naučiť robiť správne veci v správnom čase. „Potom“ je už neskoro.

Prevencia je účinnejšia ako liečba. Ak sa túto zásadu naučíme používať v bežnom živote, máme väčšie šance na prežitie plnohodnotných vzťahov, radostných okamihov, stretnutí. Myslieť globálne a konať lokálne. Ak sa každý v ktoromkoľvek veku pokúsi lepšie spoznávať, prijímať a milovať iných, určite urobí ďalší krok k zlepšovaniu vzťahov s ostatnými. Pretože kto zohrieva srdcia druhých ľudí, zohrieva aj svoje srdce.

Rozdávaním radosť rastie. Na tento odkaz si spomeňme vždy, keď sme viac smutní ako veselí a keď sa nechceme poddať smútku. Tento odkaz máme na pamäti aj pri organizovaní rôznych podujatí a spoločenských stretnutí v našom zariadení sociálnych služieb. Nebolo tomu inak pri usporiadaní fašiangového posedenia. Počas celého jedného mesiaca sa seniori pripravovali, využívajúc so svojimi terapeutmi všetky možné formy práce a príprav, ktoré im boli dostupné. Tešili sa na masky, vyrábali si ich, zhotovovali fašiangové dekorácie, pohostenie a tešili sa na veselé prežívanie fašiangového popoludnia.

Prijímatelia sociálnych služieb, ktorí sú prijímateľmi celoročnej bytovej sociálnej služby, sa zomkli s tými, ktorí k nám chodia len do denného stacionára a pripravovali podujatie spoločne. Pridali sa i rodinní príslušníci a pomáhali našim klientom vytvoriť masky a výzdobu. Prepojili sa generácie, spolupracovali rovesníci, spolu sa zabavili, spolu zaspomínali a všetko to, čo sme pre toto príjemné popoludnie urobili, padlo na úrodnú pôdu. Naši seniori majú pekné zážitky. Nie sú sami, nie sú bez zaujímavých podnetov, žijú plnohodnotný spoločenský život a majú intenzívny kontakt so širokým sociálnym prostredím. A to je to, čo v tomto období svojho života potrebujú najviac.

Ad: Regulace kouření na pracovišti

V březnovém čísle časopisu jste se v právní poradně mohli seznámit s legislativou týkající se regulace kouření na pracovišti a jejím výkladem. Otázka regulace kouření na pracovišti spadá do problematiky zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a současně dodržování pracovního řádu, tj. respektování doby přestávek v práci, pracovní doby či případného úplného zákazu kouření na určitých pracovištích v souladu s právními a dalšími normami.

■ **Text: Ing. Kateřina Endrštová**
s použitím materiálů Domova U Biřičky,
Hradec Králové

Podle britské studie vycházející z rozhovorů se zaměstnanci kuřáci ročně chybí v práci o dva až tři dny déle než nekuřáci a jejich nepřítomnost na pracovišti způsobuje podnikům finanční ztrátu. Navíc cigaretový zápach je všudypřítomný a často přinejmenším nepříjemný.

Sociální služby jsou odvětvím, kde se uplatňují ve zvýšené míře hygienické předpisy. Odvětvím, kde se jedná o práci člověka s člověkem, a proto je kladen důraz na hledisko zdravotní, hygienické a v neposlední řadě i estetické a společenské. A kouření, či nekouření je jednou z věcí, kterou své okolí ovlivňujeme.

Pro ilustraci uvádíme stručný popis konkrétní zkušenosti s řešením problému kouření zaměstnanců v pracovní době včetně soudní dohry, kterou mají v Domově U Biřičky v Hradci Králové. Soud projednával a rozhodl případ, kdy se žalobkyně – zaměstnankyně organizace – domáhala určení neplatnosti dohody o rozvázání pracovního poměru s odůvodněním, že zaměstnavatel použil nerovného zacházení se zaměstnanci, když stejný prohřešek – porušení pracovní kázně – celkem čtyř zaměstnankyní posoudil s odlišnými důsledky a rozdílným způsobem řešení. Žaloba byla zamítnuta a soud rozhodl o platnosti ukončení pracovního poměru.

Co bylo podstatou soudního sporu?

Žalobkyně pracovala v domově pro seniory jako „pracovník v sociálních službách pro přímou obslužnou péči v nepřetržitém provozu“. V rozhodný den, v sobotu, odešla se třemi kolegyněmi v pracovní době, kdy měly „chvilku času“, do koupelny s úmyslem zakouřit si. Zde byly zastíženy při náhodné kontrole pracoviště ředitelkou organizace. O celé situaci byl sepsán protokol, který všechny zúčastněné podepsaly. V něm bylo uvedeno, že v době kontroly z pěti osob na oddělení pracovala jedna, další odešly z pracoviště, tj. dvě nepracovaly dle harmonogramu prací (bylo konstatováno porušení pracovní kázně) a dvě navíc kouřily (jednou z nich byla žalobkyně, bylo

konstatováno hrubé porušení pracovní kázně). Dále bylo v protokolu konstatováno, že v budově je zakázáno kouřit a pracovník je povinen znát předpisy organizace a řídit se jimi (zákoníkem práce, pracovní smlouvou, náplní práce, pracovním řádem) a dbát na bezpečnost a zdraví fyzických osob. Pro hrubé porušení pracovní kázně se ředitelka organizace rozhodla ukončit pracovní poměr žalobkyně, avšak vedle okamžitého zrušení pracovního poměru nabídla ukončení dohodou, kterou žalobkyně podepsala, avšak pozdější úvaha ji vedla k pocitu velmi přísného posouzení a nekorektního jednání ze strany zaměstnavatele a k podání žaloby.

Soud však žalobu zamítl, neboť neshledal žádné porušení zákona na straně žalované ředitelky organizace a konstatoval, že žalobkyně si byla vědoma svého jednání a důsledků, které takové jednání může přivodit. Jak soud popsál ve skutkovém závěru, žalobkyně:

- Odešla v pracovní době, kdy nečerpala žádnou přestávku, z oddělení s imobilními klienty s úmyslem jít si zakouřit, ačkoli věděla, že kouření je v celé budově zakázáno.
- Nevěnovala se klientům, tj. práci, za kterou byla placena, porušení povinností si byla vědoma, svým jednáním skutečně mohla ohrozit chod oddělení.
- Při jednání o ukončení pracovního poměru jí byly osvětleny náležitosti a dopady právních jednání o ukončení pracovního poměru a mohla si svobodně vybrat, jakou variantu zvolí.
- Nebylo prokázáno ani vyhrožování či poskytování nepříznivých referencí třetím subjektům žalovanou stranou.

Kouření je v sociálních službách „fenomén“ a ředitelé se velmi často obávají zásadních zásahů do zavedené praxe v případě těchto „nešvarů“ v organizaci. Často je důvodem obava ze ztráty zaměstnanců nebo jejich „odboje“ či soudních sporů, kdy „soud dá stejně vždy za pravdu zaměstnanci“. V každém případě jde o snadno vyčíslitelné ztráty, které nejsou malé, a ředitel by je v rámci péče řádného hospodáře neměl přehlížet, pokud k nim v organizaci dochází.

Použité zdroje:

www.stop-koureni.cz
www.kurakova-plice.cz, www.slzt.cz

Čemu má sloužit zákaz kouření?

Hlavním smyslem je ochrana osob před nemocemi způsobenými pasivním kouřením. Dalším důvodem je ochrana před požáry, čistota na místech, kde jsou připravovány např. léky, snížení právní zodpovědnosti, potenciální snížení spotřeby energie pro klimatizaci a také redukce odpadu.

Zákon pro nekuřácká pracoviště by měl cílit na tyto aspekty:

- redukce předčasných úmrtí, nemocí a postižení způsobených pasivním kouřením;
- redukce výdajů na zdravotní péči;
- zlepšení produktivity práce a celkové úspora za pracovní sílu ve společnosti;
- vytváření nových míst či zachování současných pracovních míst a zaměstnanců v regionu.

Většina zemí uplatňuje u kouření nějaký druh zákazu; zemí s úplným zákazem kouření, nákupu a prodeje tabáku je Bhútán, aktuálně zakázal prodej cigaret v celé zemi Turkmenistán.

Historie dokládá, že za vlády papeže Urbana VII. vyšel světově první známý zákaz kouření na veřejných místech (1590), který hrozil vyloučením z církve každému, kdo „užije tabáku v krytém přístřešku nebo uvnitř kostela. Nezáleželo na tom, zda jej bude žvýkat, kouřit, mít v dýmce nebo požívat nosem ve formě prášku“. Ve 2. polovině 20. století, kdy se výzkumné studie o nebezpečnosti pasivního kouření staly dostupné i pro veřejnost, odstartovaly tabákové společnosti „zdvořilou“ informační kampaň. Z obavy ztráty příjmu tento průmysl vytvořil mediální a legislativní program, který se zaměřil na *přizpůsobení*. Byla podporována *tolerance a zdvořilost* jako cesta k uklidnění napětí mezi kuřáky a lidmi okolo.

Vědci již našli **lékařské i vědecké důkazy** o tom, že *pasivní kouření* způsobuje stejné problémy jako *přímé kouření* včetně rakoviny plic, kardiovaskulárních chorob a respiračních nemocí, stejně jako chronickou obstrukční plicní nemoc, bronchitidu a astma. Na délce života nekuřáka žijícího s partnerem, který doma kouří, bylo prokázáno, že je u něj o 20–30 % větší riziko vzniku rakoviny plic. Také u osob, které jsou kouřem vystaveny na pracovišti, je riziko 16–19 %.

zdroj: wikipedia.org

Sterilizace není legrace

aneb I defektní lidé mají právo se rozhodovat

V lednovém článku Zdravotní handicap a pohlavní život rozvířil doc. Zvěřina téma sterilizací a kastrací osob s mentálním postižením. Tento článek má však upozornit na to, že sterilizace a případně kastrace se sice může zdát na první pohled jako jednoduché a všespásné řešení, ale že opak může být pravdou. Náš právní řád obsahuje mechanismy chránící proti zásahům do lidských práv. Nyní tedy již malý exkurz k této věci.

■ **Text: Mgr. Barbora Rittichová,
Mgr. Veronika Lapšanská**

Hned na počátku si dovoluji položit poněkud drzou otázku, která mě ovšem napadla neprodleně po přečtení článku doc. Zvěřiny. Mají právo mít dítě skutečně jen lidé s dostatečně vysokým IQ? Anebo to společnost dovolí i těm, kteří potřebují občas podporu či radu do života? Otázka vyznívá absurdně a snad i lacině. Možná se ale stačí podívat do naší historie a nemusí být ani příliš vzdálená. Tedy na počátku něco o zacházení s těmi, které společnost označovala, podobně jako doc. Zvěřina ve svém článku, za „defektní“ jedince a kteří také byli kdysi házeni v Taygetské skály.

✦ Z historie

Sterilizace žen s postižením¹ nebyla během první poloviny 20. století ojedinělým jevem. Byla legalizována nejen v mnoha evropských zemích, ale také v Kanadě a USA. Především ženy s mentálním postižením byly sterilizovány z eugenických důvodů. Tento významný zákrok byl zdůvodňován jako racionální reakce na to, že ženy mohou rozvíjet plnohodnotné vztahy zahrnující i vztahy sexuální, a proto je třeba situace adekvátně řešit.

V Kanadě byly sterilizace prováděny u žen s mentálním postižením v Albertě a Britské Kolumbii. V obou zemích byl v roce 1928, respektive 1933, přijat zvláštní zákon o sexuální sterilizaci a byl zřízen Eugenický výbor, který schvaloval sterilizace (žen i mužů)². Ke sterilizacím často docházelo na osobách žijících v institucích, které byly zákroku podrobeny bez informovaného souhlasu a znalosti celé situace. Až díky několika veřejně známým případům došlo ke zrušení těchto praktik a vzniku odškodňovacích mechanismů³. Velmi podobnou historii měly i Spojené státy americké. Některé státy USA zahájily provádění těchto výkonů už na počátku 20. století. Někde ovšem tyto praktiky probíhaly až do roku 1983⁴. I v případě USA však vznikl v mnoha státech odškodňovací mechanismus (např. v Severní Karolině existuje od roku 2011 Úřad spravedlnosti při zneužití sterilizací, který aktivně vyhledává oběti nucené sterilizace).

Evropa ovšem nezůstala pozadu. Jak je možné předpokládat, nejčastěji docházelo ke sterilizacím ve Švédsku (více než 60 000 osob) a v Německu (především během 2. světové války). Ve Švédsku byly původně sterilizovány osoby z minoritních a zranitelných skupin (např. lidé s mentálním postižením) a ve 30. letech také osoby, které neodpovídaly rasovému stereotypu. Po 2. světové válce už byla sterilizace nucena jen velmi zřídka. Jinak tomu ale bylo v případě žen žijících v ústavech. Pro ně byl právě tento zákrok často podmínkou k tomu, aby mohly být z ústavu, ve kterém žily, propuštěny⁵. Až v roce 1999 švédská vláda odsouhlasila vznik odškodňovacího mechanismu pro oběti sterilizací⁶.

Významnou zemí, kde docházelo ke sterilizacím, byl náš již dříve zmíněný sousední stát Německo. Jak lze předpokládat, největší množství osob bylo sterilizováno během 2. světové války (až 400 000)⁷. V roce 1984 přitom časopis Spiegel otevřeně hovořil o sterilizaci žen právě s mentálním postižením. Tyto zákroky byly prováděny zejména u dívek mladších 18 let, protože právní úprava umožňovala nekomplikované provedení sterilizace pouze na základě souhlasu jejich rodičů⁸.

✦ Aktuální právní úprava

A jak je tomu dnes u nás, v České republice? Pro případy osob, které nejsou schopny právního jednání bez další podpory či pomoci, je možno pracovat se dvěma variantami. Ty jsou upraveny primárně v zákoně o specifických zdravotních službách (č. 373/2011 Sb., zkratka ZSZS), zákonem o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb., zkratka ZZS), ve spojení s občanským zákoníkem (č. 89/2012 Sb., zkratka OZ) i předpisy civilního procesního práva. Ochrana osobám s postižením je samozřejmě poskytována mnoha mezinárodními úmluvami, mj. i Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením.

¹ Použití termínu osoba se zdravotním postižením, případně pouze osoba s postižením, vychází z definice obsažené v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, v čl. 1. V kontextu tématu je však, není-li specifikováno jinak, zaměřen na osoby, u nichž vlivem různých postižení, nemocí a dalšího došlo k ovlivnění rozumové a volní složky ovlivňující schopnost samostatného právního jednání. Jedná se typicky o osoby s mentálním postižením, demencí, s poúrazovými stavy apod.

² Clément, D. Alberta's rights revolution, *British Journal of Canadian Studies*, 2012, dostupný zde: http://historyofrights.ca/wp-content/uploads/documents/article_BJCS.pdf, s. 64–66.

³ Clément, D. Alberta's rights revolution, *British Journal of Canadian Studies*, 2012, dostupný zde: http://historyofrights.ca/wp-content/uploads/documents/article_BJCS.pdf, s. 66.

⁴ Begun, H. Empirical Analysis of Sterilization of Mentally Handicapped Individuals in the United States. *Journal of Student Nursing Research*. Vol. 1, Iss. 2 [2008], Art. 1, dostupný zde: <http://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=josnr>, s. 14.

⁵ The Economist, Nordic eugenics. Here, of all places. Publikováno 28. 8. 1997. Dostupné zde: <http://www.economist.com/node/155244>

⁶ The Local, Sweden to reflect on eugenics past. Publikováno 21. 12. 2005. Dostupné zde: <http://www.thelocal.se/20051221/2727>

⁷ Lüpke-Schwarz, M., Tödlicher Rassenwahn: Euthanasie. Publikováno 17. 07. 2013. Dostupné zde: <http://www.dw.com/de/t%C3%B6dlicher-rassenwahn-euthanasie/a-16936101>.

⁸ Sterilisation. Heimliches Wirken, *Der Spiegel*, 41/1984 <http://magazin.spiegel.de/EpubDelivery/spiegel/pdf/13511100>.

⁹ Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, č. 10/2010 Sb.m.s., pro ČR vstoupila v platnost dne 28. října 2009.

votním postižením⁹. První ze zmíněných variant je ta, *kdy osoba je omezena na svéprávnosti v oblasti rozhodování o zdravotních úkonech* natolik, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dle § 13 odst. 2). V těchto případech je možné provádět sterilizaci pouze a jediné ze zdravotních důvodů. To znamená, že je ji možné provést pouze tehdy, pokud jsou zde takové nemoci nebo vady, u nichž existuje vysoká míra pravděpodobnosti vážného ohrožení zdraví nebo života v důsledku těhotenství nebo porodu nebo ohrožení zdravotního vývoje plodu či zdraví nebo života budoucího dítěte. Pro osobu s postižením se zmíněným omezením svéprávnosti tedy případně nastupuje velmi striktní mechanismus, jehož cílem je nuceně sterilizaci nebo sterilizaci z jiných než zákonných důvodů zabránit. Sterilizaci pak lze provést pouze tehdy, když:

1. souhlasí opatrovník¹⁰;
2. je zde vyjádření osoby s postižením;
3. je zde souhlas odborné komise (ta je složena v případě ženy ze 3 lékařů z oboru gynekologie a porodnictví, v případě muže ze 3 lékařů z oboru chirurgie a urologie, dále z klinického psychologa a právníka poskytovatele zdravotních služeb, přičemž platí, že 4 z těchto osob nesmí být svázány s poskytovatelem¹¹);
4. je zde souhlas soudu s provedením tohoto zákroku.

K jednání komise je třeba uvést, že se koná vždy za účasti osoby s postižením. Ta není jen objektem zkoumání, ale, komise jí, stejně jako opatrovníkovi, podává informaci o povaze zdravotního výkonu, jeho trvalých následcích a možných rizicích. Informace musí být z povahy věci podána takovým způsobem, aby jí konkrétní pacient s postižením mohl porozumět. Komise zároveň ověřuje, zda pacient i opatrovník informacím plně porozuměli. Záznám o podání informace podepíší členové odborné komise, pacient a opatrovník pacienta.

Součástí záznamu je názor pacienta. Předně je třeba deklarovat, že ustanovení o vyjádření pacienta nesmí být vykládáno tak, že lze sterilizaci provádět i bez souhlasu pacienta. Sterilizace je zákrokem zcela krajním, se závažnými, trvalými a nezvratnými důsledky, když zabránění početí je možno docílit řadou dalších metod, které nedosahují takových následků. Tento

aspekt by mj. měl vždy zohledňovat i soud řešící souhlas se sterilizací. Pokud by pacient nebyl s ohledem na svou rozumovou vyspělost schopen informaci pochopit nebo záznam podepsat, uvede se tato skutečnost v záznamu. Záznám je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Osoby se zdravotním postižením nejsou objekty, o kterých rozhoduje „zdravá a rozumná“ společnost.

Odborná komise po projednání žádosti vypracuje písemné odborné stanovisko, ve kterém zhodnotí, zda jsou splněny podmínky k provedení sterilizace. Zároveň také uvede dobu platnosti stanoviska a přitom zohlední naléhavost provedení zdravotního výkonu. Ke kladnému stanovisku k provedení sterilizace je zapotřebí souhlasu všech členů odborné komise. V případě, že se souhlasu všech členů nepodaří dosáhnout, odborná komise ve svém stanovisku popíše důvody, které k tomu vedly. Poskytovatel předá kopii stanoviska odborné komise opatrovníkovi pacienta. Stejně tak by ji měl předat i pacientovi, neboť ten má právo na informace o svém zdravotním stavu, na přístup do zdravotní dokumentace, stejně tak i na přístup do soudního spisu ve své věci.

Návrh na udělení souhlasu soudu s provedením sterilizace podává dané instituci poskytovatel. K návrhu připojí veškeré potřebné dokumenty. Následně tedy dojde k zahájení soudního řízení, které bude znovu vyhodnocovat všechny konkrétní aspekty dané situace. Soud by měl v takto závažných rozhodnutích s pacientem vždy hovořit a pokusit se tak dostatečně seznámit s důvody, pro které chce osoba zákrok podstoupit. V praxi by snadno mohlo dojít k vyslovení souhlasu z důvodu nátlaku rodičů či nátlaku pečujících profesionálů, kterým by se jednoduše „nehodilo“, aby daná osoba měla děti. Znamenalo by to nutnost zajištění specifické péče, možná více služeb, jiného druhu, nastavení vhodných podmínek k bydlení apod. Ovšem sama skutečnost, že osoba má například mentální postižení, nesmí být nikdy důvodem k tomu, aby ji byla provedena sterilizace.

Pokud jde o případ, kdy *osoba se zdravotním postižením není omezena ve svéprávnosti* výše uvedeným způsobem (má například zachovanou svéprávnost a zároveň využívá podpůrce, zástupce z členů domácnosti, opatrovníka apod.), pak platí, že může absolvovat sterilizaci ze zdravotních důvodů,

a to již po 18. roku věku, na základě svého písemného souhlasu. V případě sterilizací z nezdrationních důvodů lze tyto provést až po 21. roku věku, a to na písemnou žádost osoby. V případě těchto osob je však vždy třeba zohledňovat rozumovou a volní vyspělost osoby (dle § 35 odst. 1 ve spojení s § 35 odst. 4 ZZS), tedy zda tato osoba skutečně dokáže posoudit charakter a důsledky tak závažného zákroku, jakým sterilizace je. Pokud ale i v případě osoby, která využívá podpůrná opatření při neschopnosti zletilé osoby právně jednat, poskytovatel shledá, že situace je taková, že přijme její souhlas, respektive žádost o sterilizaci, je třeba do držet ochranné opatření pro tyto osoby, dle § 101 OZ, které stanoví, že má-li být zasaženo do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky, lze zákrok provést jen s přivolením soudu. Toto opatření klade důraz právě na to, aby v případě těch nejzávažnějších zákroků na osobách se zdravotním postižením byly lékařské zákroky pod kontrolou soudu.

Stávající situace v praxi?

Před sepsáním tohoto článku jsem učinila pokusy získat data, která by mohla osvětlit počty osob se zdravotním postižením, které podléhají sterilizaci, ať již v postavení osoby omezené ve svéprávnosti, či bez něj. Bohužel však není možné tyto informace jednoduše získat. Ministerstvo spravedlnosti ČR sice monitoruje počty soudních rozhodnutí dle § 101 OZ, ovšem tyto počty jsou v jedné společné kategorii, bez rozlišení jednotlivých typů zákroků¹². Podobné je to pak s daty od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Ten byl podrobně dotazován na situaci osob se zdravotním postižením, ať již s omezením svéprávnosti, či bez něj. Po konzultacích k těmto datům však bylo Ústavem rozhodnuto, že data nelze poskytnout, neboť je z registru NRHSOP (Národní registr hospitalizovaných) nelze spolehlivě čerpat. Lze tedy říci, že v tuto chvíli je nepochybně výzvou do budoucna zajištění kvalitního monitoringu této agendy. Nelze se spokojit pouze s faktem, že nepřesná data naznačují minimální počty těchto zákroků na osobách s postižením. Na druhou stranu ovšem nelze opomenout, že stejně jako

»»» 34

¹⁰ ZZS používá nadále pojem zákonný zástupce, ačkoli tyto osoby budou mít právě na základě omezení svéprávnosti stanoveného opatrovníka.

¹¹ ZZS stanoví v § 13 odst. 4, že nesmí být v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli, členem kontrolního orgánu poskytovatele nebo statutárním orgánem, členem statutárního orgánu nebo společníkem poskytovatele.

¹² Konkrétně viz *Přehled o pravomocných rozhodnutích v opatrovnických věcech, Okresní soudy – počet věcí. Zpracování dat k 31. 12. 2015. Data zpracována dne 4. 3. 2016. (Kód sestavy S-SL-O) dostupné na stránkách Ministerstva spravedlnosti ČR zde: <http://cslav.justice.cz/InfoData/prehledy-statistiky-listu.html>. Konkrétně se jedná o bod 233 a 234 – Přivolení k zásahu do integrity u nikoli nezletilých osob, dle § 100 odst. 1 věty druhé OZ, § 100 odst. 2 OZ za použití § 100 odst. 1 věty druhé OZ a § 101 OZ. Za rok 2015 bylo učiněno 12 těchto rozhodnutí, při nichž byl souhlas udělen.*

**Nelze se spokojit
pouze s faktem, že
nepřesná data naznačují
minimální počty těchto
zákroků na osobách
s postižením.**

33 <<<<

v každé jiné věci, i zde bude vždy možnost ochranná pravidla jednoduše obejít a deklarovat, že konkrétní situace osoby je poněkud jiná než ta, která podléhá stanovené zákonné regulaci, a tedy i monitoringu.¹³ To je však pro některé problematické zásahy do integrity typické, a nelze se proto tímto argumentem „hájit“. Pravidelné sledování a vyhodnocování situace v dané věci ze strany státu je nepochybně nutné.

Na závěr

Cílem tohoto článku nebyl detailní právní rozbor k tématu sterilizace, neboť k tomu jsou určena jiná fóra. Snahou bylo zejména upozornit na příliš snadné přijímání názorů o jednoduchých řešeních, která mají ovšem zásadní dopady nejen na život jedince, ale na celospolečenský náhled na postavení osob se zdravotním postižením v naší společnosti. Osoby se zdravotním postižením nejsou objekty, o kterých rozhoduje „zdravá a rozumná“ společnost. Jsou to lidé, kteří mají právo činit svoje vlastní volby, být v některých případech s potřebnou podporou. Proto se nesmí zapomínat na to, že smyslem stanovení tvrdých mechanismů procesu vedoucímu k umožnění provedení sterilizace není zabránění ve svobodné volbě osoby s postižením ve výběru vhodné metody k regulaci její plodnosti a zároveň svobodné realizaci práva na její sexuální život. Účelem je zejména zabránit situaci, kdy by pod typickou záminkou ochrany života či zdraví osoby s postižením či jejího dítěte docházelo k reálně nedůvodnému zásahu do reprodukčních práv, stejně jako se tomu v minulosti opakovaně a systematicky dělo ve velké míře po celém světě bez ohledu na politický či právní systém země.

¹³ Tomu odpovídá i osobní zkušenost autorky z některých diskuzních setkání s rodiči a dalšími blízkými osobami lidí se zdravotním postižením, s poskytovateli pobytových sociálních služeb a s veřejnými opatrovníky k tématu řešení otázky sexuality, partnerství a rodičovství osob se zdravotním postižením z roku 2016, i několika let předchozích.

Doporučení OSN zdravotním posti

Česká republika přijala mezinárodní úmluvu, ve které se zavázala brát vážně práva osob se zdravotním postižením, zřídit mechanismus, který bude sledovat dodržování práv osob se zdravotním postižením, prosazovat jejich práva a posílat OSN pravidelné zprávy, jak se jí to vše daří. Přijde mi to jako zodpovědný závazek, o kterém stojí za to vědět víc. Týká se totiž v určitých situacích každého z nás, nikoli jen osob se zdravotním postižením. Když ponesete domů těžkou tašku s nákupem, zlomíte si nohu nebo půjdete s kočárkem, oceníte koncept přístupnosti, bude-li fungovat v praxi. Rovněž můžete mezi vydanými doporučeními najít téma, které vás v profesním životě už dlouho pálí.

■ **Text: Mgr. Ing. Lenka Frýdková,**
Kancelář veřejného ochránce práv

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a doporučení Výboru

Pro Českou republiku vstoupila Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Úmluva“) v platnost dne 28. října 2009. Každý stát, který je smluvní stranou Úmluvy, předkládá Výboru pro práva osob se zdravotním postižením (dále jen „Výbor“) komplexní zprávu o opatřeních přijatých za účelem plnění svých závazků podle Úmluvy a o pokroku dosaženém v tomto ohledu do 2 let ode dne, kdy se stal smluvní stranou této Úmluvy. Následně předkládají státy nejméně každé 4 roky doplňující zprávy. Každá zpráva je posuzována Výborem, který podle svého uvážení vypracuje ke zprávě návrhy a obecná doporučení a zašle je příslušnému státu. Zajímavé je, že Úmluvu podepsala i Evropská unie, která je také povinna podávat pravidelné zprávy Výboru¹.

První doporučení Výboru

Na základě úvodní zprávy České republiky vydal dne 15. května 2015 Výbor Závěrečná doporučení k úvodní zprávě České republiky (dále jen „doporučení“)². Z jednotlivých doporučení vy-

bírám jen některá. Zajímavá jsou podle mne následující:

1. Ratifikovat Opční protokol k Úmluvě, který by zavedl novou příslušnost Výboru, a to přijímat a posuzovat oznámení osob, které si stěžují, že se staly obětmi porušení Úmluvy, a prověřovat oznámení osob se zdravotním postižením nebo skupin osob se zdravotním postižením nebo zastoupení osob se zdravotním postižením na závažné nebo systematické porušování práva garantovaného Úmluvou ze strany státu.³
2. Změnit v právních předpisech definici zdravotního postižení tak, aby reflektovala sociální a nikoli medicínský model a začlenila výslovné odkazy na překážky, jimž osoby se zdravotním postižením čelí, s cílem harmonizovat je s definicemi obsaženými v Úmluvě.
3. Monitorovat přístupnost, zejména u budov sloužících veřejnosti (pro osoby se zrakovým a sluchovým postižením, pro osoby s mentálním postižením), zajistit tlumočení do a z českého znakového jazyka, značení v Braillově písmu, používat augmentativní a alternativní komunikační prostředky, piktogramy.

² Originální anglický text Doporučení je dostupný zde: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&DocTypeID=5.

³ Závěry Výboru ve stížnostní agendě ve vztahu k jiným státům můžete najít zde: <http://juris.ohchr.org/en/search/results?Bodies=4&sortOrder=Date>.

ohledně situace osob se žzením v České republice

4. Zajistit dostupnost dokumentů v přístupných formátech pro všechny osoby se zdravotním postižením, které je potřebují, pro účely soudního a správního řízení a proškolení soudce a další pracovníky justice, pokud jde o práva zakotvená v Úmluvě.
5. Posílit proces deinstitucionalizace a vyčlenit dostatečné zdroje na rozvoj podpůrných služeb v místních komunitách, které by v souladu s článkem 19 Úmluvy všem osobám se zdravotním postižením bez ohledu na jejich postižení, pohlaví nebo věk umožnily svobodně si zvolit s kým, kde a v jakých životních podmínkách budou žít.
6. Co nejdříve eliminovat umístování dětí mladších 3 let do ústavní péče.
7. Vyčlenit finanční prostředky na zajištění tlumočení z a do českého znakového jazyka.
8. Zpřístupnit audiovizuální obsah televizního a rozhlasového vysílání pro osoby s poruchou sluchu či zraku.
9. Zajistit dostupnost informací týkajících se zdravotní péče osobám se zdravotním postižením a rodičům chlapců a dívek se zdravotním postižením, mimo jiné tím, že informace o příslušných službách se poskytnou a zpřístupní osobám se zdravotním postižením a jejich rodinám a že se zajistí dostatečný počet tlumočnicků českého znakového jazyka pro osoby se sluchovým postižením, které vyhledají zdravotní péči.
10. Zajistit stejnou mzdu pro všechny osoby se zdravotním postižením bez ohledu



VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV
OMBUDSMAN

na klasifikaci jejich zdravotního postižení, zvýšit úsilí v oblasti podpory zaměstnanosti osob se zdravotním postižením na otevřeném trhu práce, vyčlenit dostatečné zdroje.

11. Bez ohledu na opatrovnictví zajistit výkon práva volit a být volen.
12. Ustanovit monitorovací mechanismus ve smyslu článku 33 odst. 2 Úmluvy včetně doporučení, aby se jím stal veřejný ochránce práv. Poslanecká sněmovna aktuálně projednává Návrh změny zákona o veřejném ochránci práv (sněmovní tisk 379), podle kterého by ochránce sledoval a podporoval naplňování práv a zájmů osob se zdravotním postižením, a za tím účelem by se systematicky zabýval zejména problematikou práv osob se zdravotním postižením, navrhoval opatření směřující k jejich ochraně, prováděl výzkum, zveřejňoval zprávy a vydával doporučení k otázkám souvisejícím s naplňováním práv osob se zdravotním postižením, přispíval ke zvyšování povědomí veřejnosti o právech osob se zdravotním postižením a zajišťoval výměnu dostupných informací s příslušnými zahraničními a mezinárodními subjekty.

» A co dál?

Výbor požádal Českou republiku, aby nejpozději do 28. října 2019 předložila spojenou druhou a třetí periodickou zprávu a do této zprávy zahrnuje informace o provádění doporučení.

Vláda České republiky vzala dne 24. února 2016⁴ doporučení na vědomí. Současně uložila konkrétním ministrům dílčí úkoly⁵ a doporučila předsedovi Poslanecké sněmovny a předsedovi Senátu zohledňovat doporučení při činnosti Parlamentu. V rámci připomínkového řízení bylo akceptováno, aby každé doporučení mělo svého gestora a aby byl text doporučení zveřejněn přístupným způsobem pro všechny osoby se zdravotním postižením.

Máme před sebou období minimálně 3 let, kdy stojí za to se nad pomyslnou „hozenou rukavicí“ Výboru v podobě konkrétních doporučení zamyslet a pokusit se je uvést do praxe. Veřejná ochránkyně práv Anna Šabatová již nyní na některých tématech pracuje. Podala například návrh k Ústavnímu soudu, aby se sjednotila výše minimální mzdy pro všechny⁶, zabývá se užíváním českého znakového jazyka ve školách⁷ či v běžných životních situacích, zvyšuje přístupnost své vlastní Kanceláře a v neposlední řadě se připravuje na systematické sledování a podporu prosazování práv osob se zdravotním postižením.

Máme před sebou období minimálně 3 let, kdy stojí za to se nad pomyslnou „hozenou rukavicí“ Výboru v podobě konkrétních doporučení zamyslet a pokusit se je uvést do praxe.



⁴ Text Usnesení č. 163 z 24. února 2016 je dostupný zde: <https://apps.odok.cz/djv-agenda?date=2016-02-24>.

⁵ Například ministryni práce a sociálních věcí uložila vláda povinnost zveřejnit text doporučení na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Prozatím byla česká verze doporučení dostupná jen v rámci připomínkového řízení v systému eklep: <https://apps.odok.cz/eklep>.

⁶ Více na <http://www.ochrance.cz/aktualne/tiskove-zpravy-2016/invalidni-duchodci-maji-pravo-na-spravedlivou-odmenu-za-praci/>.

⁷ Zpráva ze šetření překážek, kterým čelí žáci se sluchovým postižením ve vzdělávání, byla vydána dne 20. listopadu 2015 pod sp. zn. 4958/2012/VOP dostupná v Evidenci stanovisek ochránce (ESO) na www.ochrance.cz.

Přihlásili jste už svou instituci a vaše dobrovolníky do 4. ročníku Dobré duše?

Stále čekáme na dobré duše! Čekáme na lidi, kteří svůj volný čas tráví nezištnou péčí o seniory v zařízeních sociálních služeb.

Možná, že i do vašeho zařízení docházejí tito obětaví dobrovolníci, bez kterých si už vaši senioři nedokážou svůj každodenní život v domově vůbec představit. A je dost možné, že ani vy si už nedokážete představit chod vašeho zařízení bez těchto lidí, kteří vám pomáhají ve vaší práci a podporují vřelý lidský vztah k našim nejstarším spoluobčanům. Jistě by proto bylo hezké těmto dobrým duším poděkovat. Rozhodně nepochybujeme o tom, že jste již dávno našli vhodný způsob, jak jejich práci ocenit, ale tím, že své dobrovolníky nominujete do projektu Dobrá duše, můžete tomuto poděkování dát ještě další důležitý rozměr...

JAK SE STÁT DOBROU DUŠÍ

Projekt Dobrá duše je rozdělen do dvou soutěžních kategorií. První je otevřena pro dobrovolníky jednotlivce, starší 60 let, kteří se soustavně a dlouhodobě (nejméně po dobu tří měsíců) věnují seniorům v zařízeních sociálních služeb. Nesmí se ovšem jednat o osoby, které jsou s dobrovolníkem v příbuzenském vztahu. Další nutnou podmínkou účasti v Dobré duši je i to, že přihlášený dobrovolník nesmí za svou činnost pobírat finanční odměnu. Druhá kategorie, kategorie institucí, je pak otevřena všem zařízením, která se věnují péči o seniory a kde jsou dlouhodobě vytvářeny podmínky pro jejich činnost a pro rozvoj dobrovolnictví. Kategorie institucí je tak otevřena pro všechna následující zařízení: Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem, Domov pro osoby se zdravotním postižením a Denní stacionáře. Podmínkou účasti je samozřejmě práce s dobrovolníky, podpora a rozvoj jejich činnosti.

PROČ SE DO PROJEKTU DOBRÁ DUŠE ZAPOJIT

Pozitivní zprávou je, že dobrovolnictví je v České republice na vzestupu. Svědčí to o tom, že naše společnost není tak sobecká, jak máme občas tendenci si myslet, když se mezi námi dokáže najít čím dál tím větší množství osob, které neváhají pečovat o jiné, aniž by jim z toho plynuly nějaké výhody.

Je proto potřeba si takových lidí nesmírně vážit a šířit dále do světa poselství, které bude motivovat i ostatní.

Pro seniory v zařízeních sociálních služeb jsou totiž jejich dobrovolníci naprosto nenahraditelnou a neodmyslitelnou součástí života. Pomáhají jim udržet sociální kontakt a vůbec kontakty se životem mimo instituci. Tráví s nimi volný čas například vycházkami nebo je doprovázejí na různé kulturní akce. Pokud to už zdravotní stav seniorů nedovoluje, docházejí k nim dobrovolníci alespoň na různé výtvarné práce, na hraní společenských her nebo jen na úplně obyčejné popovídání, které už samo o sobě má na duši našich nejstarších spoluobčanů ty nejblahodárnější účinky.

Dobrovolníci si rozhodně zaslouží náš obdiv i naše poděkování. Celý projekt Dobrá duše vznikl právě s tímto cílem – tedy poděkovat dobrovolníkům za jejich činnost, ocenit je a motivovat v dalších aktivitách.

Pokud tedy ve svém okolí, případně přímo ve vaší instituci, nějakého aktivního dobrovolníka máte, poraďte mu, ať se do čtvrtého ročníku projektu Dobrá duše přihlásí. Jistě

už samotná nominace na toto ocenění bude pro danou osobu velmi potěšující a bude představovat milý způsob, jak jí poděkovat za obětavou práci.

Přihlásit se však může i vaše instituce, pokud se soustavně a dlouhodobě věnuje rozvoji a podpoře dobrovolnické činnosti. I instituce, ve které působíte, se může ve čtvrtém ročníku projektu umístit, podobně jako se v těch uplynulých umístil třeba Dům svatého Antonína nebo Židovská obec v Praze.

Dejte veřejnosti vědět o práci, kterou odvádíte vy a vaši dobrovolníci, a pojďte s námi navázat na předešlé tři úspěšné ročníky Dobré duše.

Více informací se dozvíte na stránkách www.dobra-duse.cz.

JAK SE MOHOU DOBROVOLNÍCI A INSTITUCE DO DOBRÉ DUŠE ZAPOJIT

Přihlášení do projektu je poměrně jednoduché. Stačí jen vyplnit přihlášku, kterou zájemci naleznou na internetových stránkách www.dobra-duse.cz.

Vyplněnou přihlášku je následně třeba vytisknout, podepsat a odeslat na adresu uvedenou na stránkách. Obálka musí být označena heslem „Dobrá duše“. V obou kategoriích, tedy jak u jednotlivců, tak i v případě institucí, je velmi vhodné, pokud je přihláška doplněna rovněž zajímavými fotkami z dobrovolnické práce a osobními příběhy lidí, kteří pomoc poskytují, i těch, kterým je pomoc poskytována.

Uzávěrka přihlášek pro obě kategorie je letos mimořádně prodloužena do 15. května 2016, po tomto datu vybere odborná porota tři vítěze v kategorii jednotlivců i institucí. Vítěz každé kategorie se pak může těšit na peněžitou odměnu ve výši 5 000, respektive 10 000 korun a na další krásné ceny, které do soutěže věnoval partner projektu Dobrá duše, společnost HARTMANN-RICO a.s.

Neváhejte a zapojte se s námi do projektu Dobrá duše. Dobrých duší totiž není nikdy dost!





Držitelé certifikátu Značka kvality v sociálních službách

www.znackakvality.info

Domov Pod Kavčí Skálou, poskytovatel sociálních služeb

Domov Pod Kavčí Skálou, pobytové zařízení sociálních služeb v Říčanech u Prahy, je příspěvkovou organizací Středočeského kraje, registrovaná služba je „Domovy pro seniory“. Domov je provozován od roku 2001, v roce 2015 proběhlo rozšíření ubytovací kapacity o 10 %. Celková kapacita je nyní 55 uživatelů. V našem třípodlažním domově jsou k dispozici jedno a dvoulůžkové pokoje. K bezbariérové budově náleží udržovaná vzrostlá zahrada s vlastní minizoo. Při pěkném počasí zde naši klienti rádi tráví volný čas – sportují či relaxují na houpacích křeslech.

Posláním Domova Pod Kavčí Skálou je umožnit klientům prožít klidné a důstojné stáří v novém domově, který jim zajistí potřebné sociální, pečovatelské, stravovací a ubytovací služby. Všem obyvatelům poskytujeme nepřetržitou pomoc zdravotnického personálu i pracovníků v sociálních službách při denních činnostech a snažíme se zajistit jim rodinné prostředí a bezpečné zázemí. Nabízíme celou řadu volnočasových programů: procvičování paměti, kondiční cvičení, muzikoterapii, arteterapii, keramiku, pravidelné výlety, bohoslužby, služby fyzioterapeutů, počítačové kroužky a další.

Příklad dobré praxe:

Sportovní hry pro seniory – pořádáme je každoročně, účastní se jich jak naši senioři, tak i klienti z jiných domovů Středočeského kraje, Prahy a okolí. Sportovní hry pořádáme v neformálním stylu, k soutěžním disciplínám (např. Chyt si svou lahev, Setkání s Oklužákem atd.) podáváme nejen grilovanou kýtu a pravý moravský burčák.

Praxe studentů oboru pečovatelské služby

– jsme pracovištěm odborného výcviku, osvědčila se nám praxe studentů ze SŠ Kunice, kteří u nás absolvují praxi v oboru Pečovatelské služby. Studenti jsou mezi našimi seniory velice oblíbení. Jedná se v podstatě o mezigenerační setkávání. Několik studentů k nám po ukončení studia nastoupilo do zaměstnání.



**Domov Pod Kavčí Skálou,
poskytovatel sociálních služeb**
Marie Pujmanové 2045
251 01 Říčany

Certifikace

Ubytovaní	★★★★★
Strava	★★★★★
Volný čas a kultura	★★★★★
Partnerství	★★★★★
Péče	★★★★★
Bodové hodnocení	905 bodů
Celkové hodnocení	★★★★★

Domov Sedlčany, poskytovatel sociálních služeb

Domov Sedlčany je největším zařízením pro seniory ve Středočeském kraji. V současné době poskytuje dvě sociální služby, domov pro seniory s kapacitou 246 lůžek a nově domov se zvláštním režimem s kapacitou 54 lůžek. Posláním Domova Sedlčany je zajištění důstojného a aktivního života seniorů. Areál zařízení se skládá ze tří sedmipodlažních budov a stravovacího provozu. Všechny stavby jsou propojeny novými spojovacími chodbami se zimní zahradou. Okolo domova se nachází rozlehlá zahrada s terasou, lavičkami, krbem a senior parkem. Klientům je poskytována komplexní péče včetně canisterapie, arteterapie, muzikoterapie a ergoterapie. V rámci aktivizačních a kulturních programů jsou v nabídce především hudebně zábavné pořady, výlety a přednášky.

Příklad dobré praxe:

Vnitřní televizní kanál – klienti domova jsou informováni prostřednictvím nástěnek, interního rozhlasu, časopisu Náš Domov a vnitřního vysílání. Vnitřní vysílání je využíváno především pro pravidelná hlášení ředitelky domova a přenosy kulturních akcí z hlavní jídelny do pokojů imobilních klientů.

Spolupráce s místními organizacemi – probíhá v rámci volnočasových aktivit především s místním gymnáziem, muzeem a knihovnou. Mezi nejoblíbenější aktivity patří výtvarná tvorba s gymnazisty, muzejní přednášky, četba dětem

v knihovně s názvem „Pohádkový dědeček/babička“ a každoroční účast na komunitních projektech „Lukášek“ a „Noci s Andersenem“.

Pestrost poskytovaných terapií

– klientům je poskytováno několik odborných terapií. Pro muzikoterapii byla nově vybudována speciální muzikoterapeutická místnost. Ergoterapie byla v nedávné době obohacena nákupem pojízdných zahradnických vozíků. Díky nim se mohou zahradnické práci věnovat i imobilní klienti. V nejbližší době začne Domov Sedlčany nabízet klientům také magnetickou terapii a colorterapii.



**Domov Sedlčany,
poskytovatel sociálních služeb**
U Kulturního domu 746
264 01 Sedlčany

Dílčí certifikace

Ubytovaní	★★★★★
Strava	★★★★★
Volný čas a kultura	★★★★★
Partnerství	★★★★★
Péče	★★★★★

Otazníky kolem Pravidel šetrné sebeobrány

Dlouho jsem přemýšlela, jak toto téma uchopit, neboť je velmi nejednotné a složité. Dovolím si vrátit se do doby před 14 lety. Tehdy bylo, podle mého názoru, v oblasti lidskoprávní ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) uděláno to, na co jsme čekali dlouhou řadu let.

■ **Text: Mgr. Eva Pogodová**

vedoucí Asociace průvodců v problematice rizikového chování ČR

Začala plodná spolupráce mezi odborníky, klienty sociálních služeb a ministerstvem. Důvodem byl také mezinárodní tlak na Českou republiku, cílem bylo změnit přístup k těm, kteří potřebují sociální službu. V čele s MPSV probíhala práce na stanovení pravidel práce s agresivními klienty (zákaz klecí a jiných mučících praktik), tvorba § 89¹ do připravovaného zákona o sociálních službách a výškolení průvodců, kteří budou vzdělávat pracovníky v sociálních službách v tom, jak pracovat s agresivním klientem, aby nebyla porušena jeho práva.

MPSV pozvalo do ČR odborníky z Velké Británie a Nizozemska, kteří vzdělávali vytipované pracovníky z oblasti sociálních služeb ve zvládání problémového a agresivního klienta. Šlo tedy o osvojení si uceleného systému úchopů a držení agresivního klienta tak, aby nebyla porušena jeho lidská práva. Také se učili rozpoznávat příčiny problémového chování klienta a užívat metody prevence a deeskalace napětí tak, aby k agresivnímu chování nemuselo vůbec dojít. Výše uvedený systém by měli zvládat pracovníci v sociálních službách, a to všude tam, kde se objevuje nějaká forma agrese ze strany uživatele sociální služby. Ti, kteří prošli kurzem, dostali certifikáty MPSV. Tento systém zvládání a zklidnění klienta dostal název Pravidla šetrné sebeobrány (dále Pravidla) a takto byl také akreditován tehdy nově vzniklou Akreditační komisí MPSV.

Část takto akreditovaných odborníků se v roce 2006 sdružila do Asociace průvodců v problematice rizikového chování ČR. Cílem bylo udržení odbornosti a roz-

šíření dalších možností vzdělávání v práci s problémovým klientem. Bohužel, MPSV se v tento okamžik vzdává role iniciátora rozvoje a hlavně možnosti kontroly těchto odborníků. Naopak, Akreditační komise učinila řadu nevratných kroků rozvracejících ucelenou koncepci práce s problémovým klientem tím, že pod názvem Pravidla schvalovala kurzy vedené policisty, učiteli bojových umění a dalšími, kteří třeba jen pod hlavičkou Asociace absolvovali jeden kurz Pravidel, který pouze opravňuje absolventa užít tohoto systému proti agresivnímu klientovi v zařízení, kde pracuje. Asi největší kuriozitou bylo, když akreditační ministerská komise schválila pod hlavičkou jedné naší univerzity Pravidla jako osmihodinový kurz vedený policisty, která má v anonci uvedeno, že naučí pracovníky kopy, údery, odzbrojení a zneškodnění agresivního klienta – tedy to, co je v tomto vzdělávání naprosto zakázáno. Dostalo se nám vysvětlení, že přece musí být konkurence. To, že se tím prostřednictvím Akreditační komise oficiálně posvětilo flagrantní porušení lidských práv, nikoho nezajímalo.

➤ Pravidla šetrné sebeobrány

Ucelený kurz Pravidel by měl být pět nebo sedmidenní, pro mnoho poskytovatelů je tudíž drahý. Dva dny si pracovníci osvojují techniky snižování napětí, učí se vytvářet a pracovat s analýzami chování klientů a pracovníků, seznamují se s tím, co je primární a sekundární prevence, jak tvořit spolu s klientem krizové a podpůrné rizikové plány a také se seznamují s legislativním zakotvením restrikcí v našem právním řádu. Další pět dnů dva lektori po osmi hodinách učí maximálně patnáct pracovníků zvládat ucelený systém úchopů a držení.

Akreditační komise svým schvalováním otevřela pole pro akreditaci kurzů pod názvem Pravidla šetrné sebeobrány, které byly 8 nebo 16hodinové, maximálně třídní, tedy absolutně nedostatečné a tudíž nekvalitní. Již poněkoliště od roku 2009 došlo k nesystematickým krokům a poškození původně dobře nastavených změn. Před několika lety si Akreditační komise uvědomila, že je potřeba v základním kurzu pro budoucí pracovníky sociálních služeb (popř. i v jiných kurzech) mít vzdělaného lektora s osvědčením MPSV. Vyšla tedy z původního seznamu uveřejněného na portálu MPSV v roce 2006, aniž by

zkoumala, kolik těchto „průvodců“ se dále vzdělává a zdokonaluje v této oblasti. Z původního počtu mentorů je to v současné době pouze asi jedna třetina.

Upřímně řečeno, od schválení zákona o sociálních službách je stále řada poskytovatelů sociálních služeb, kteří ani za těchto 10 let nebyli schopni nastavit si průběžné vzdělávání svých pracovníků v práci s problémovým klientem. Pouze jeden absolvovaný kurz zdaleka nestačí. V nově nabytých dovednostech je třeba se průběžně vzdělávat, přinejmenším 16hodinovým opakovacím kurzem ročně a dalšími vzdělávacími a procvičovacími kurzy v technikách deeskalace napětí, nácviku reakcí pracovníků a změně jejich chování vůči takto problémovým klientům.

To byl jeden z důvodů, proč jsme akreditovali kurz pro budoucí mentory; druhým důvodem byla skutečnost, že jsme to měli odzkoušeno u některých poskytovatelů. Mentori jsou každoročně povinni zúčastnit se dvoudenního proškolení, supervize a dalšího vzdělávání. Mají List mentora a při odchodu od svého zaměstnavatele a také při nedodržení nastaveného vzdělávání tuto pozici mentora ztrácejí, což má uvedeno i v osvědčení. Kurz mentorů je pro jednotlivá zařízení finančně přijatelný a přitom dochází k systematickému a průběžnému proškolení zaměstnanců.

Nám se bohužel stalo, že hned po prvním kurzu jeden z těchto mentorů odešel ze svého zaměstnání, neúčastnil se ani opakovacího kurzu, ani supervize. Ztratil tím pozici mentora, ale vzápětí mu byl akreditován kurz pro zdravotní pracovníky v sociálních službách, který nabízí, že během 8 nebo 16 hodin naučí frekventanty jednotlivé úchopy a držení podle pravidel šetrné sebeobrány. Časově je to nemožné. Výše uvedený člověk tedy nemá platné osvědčení mentora ani jiné osvědčení. Dá se předpokládat, že v lepším případě si nikdo ze zúčastněných v tomto kurzu žádnou dovednost neosvojí, v horším případě může dojít k ublížení na zdraví při užití těchto předvedených úchopů.

Závěrem musím konstatovat, že nám chybí ucelené a průběžné nastavení vzdělávání v práci s problémovým klientem, kontrola úrovně těchto kurzů i jejich lektorů a ověření ze strany inspektorů, zda mají poskytovatelé systematicky, nikoliv nahodile nastaveno vzdělávání pracovníků ve vlastním zařízení.

¹ § 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách: Opatření omezující pohyb osob

Tísňovou péči poskytujeme nepřetržitě 24 hodin po celý rok



Jednou z forem, jak pomáháme seniorům, lidem se zdravotním a chronickým onemocněním, je poskytování tísňové péče. Cílem naší Agentury domácí péče LADARA (dále jen Agentura) je oddalovat nebo zkracovat pobyt uživatele v pobytových zařízeních sociálních služeb a umožnit mu tak žít plnohodnotný život s pocitem bezpečí v jeho domácím prostředí. Ve městě Karlovy Vary a jeho blízkém okolí poskytujeme také osobní asistenci a pečovatelskou službu. Spojením tísňové péče a pečovatelské služby jsme schopni zajistit uživateli kvalitní péči celých 24 hodin denně po dobu celého roku. Hlavní úlohou tísňové péče je zajistit pocit bezpečí pro samotného uživatele i pro jeho rodinné příslušníky a okolí. Bez této služby by mnozí museli žádat o umístění v pobytových zařízeních.

➤ Dobrá praxe

Abychom čtenářům přiblížili propojení pečovatelské služby nebo osobní asistence a tísňové péče, popíšeme příběh jedné naší uživatelky:

Po vážném úrazu hlavy a následné dlouhodobé rekonvalescenci se paní K. rozhodla vrátit domů. Jejím přáním bylo zůstat ve svém bytě, být opět plně samostatná a znovu začít chodit na procházky. Její zdravotní stav po návratu z rehabilitačního zařízení to však neumožňoval, a proto se paní K. a její rodina domluvila s Agenturou na vzájemné spolupráci. Pracovnice Agentury docházely k paní K. 5x týdně – v pondělí, ve středu a v pátek poskytovaly paní K. pomoc při provádění celkové hygieny, v úterý a čtvrtek ji doprovázely na procházkách. Kvůli vysokému riziku pádu, který u klientky hrozil, jsme poskytli tísňovou péči. Tato služba u paní K. i její rodiny navodila pocit jistoty a bezpečí. Po půlroční spolupráci se zdravotní stav paní K. natolik zlepšil, že pomoc a podporu ze strany Agentury již nepotřebuje. Společný cíl byl naplněn.

Při poskytování krizových výjezdů v rámci tísňové péče jsme zachraňovali uživatelku z bytu, ve kterém unikala zemní plyn, řešili jsme uvíznutí uživatelky na plošině pro invalidy, jindy bylo nutno otevřít byt uživatelky, která upadla tak nešťastně, že zablokovala přístup do dveří bytu. Byt byl otevřen za součinnosti Policie ČR, Hasičského záchranného sboru a Zdravotnické záchranné služby. Uživatelka byla následně odvezena na ošetření do nemocnice.

Další krizový výjezd byl realizován po pádu uživatelky, při kterém došlo k tržné ráně na obličej. Také zde byla přivolána Zdravotnická záchranná služba. Následně došlo k ošetření v nemocnici. Po dobu čekání na příjezd záchranné služby byla přítomna pracovnice tísňové péče, která provedla předběžné ošetření a informovala rodinu.

■ **Text: Ing. Pavel Andrejkiv**

ředitel společnosti Agentura domácí péče
LADARA, o. p. s., Karlovy Vary
Foto: Archiv autora

➤ Tísňová péče

Cílem tísňové péče je zajištění neodkladné pomoci. Pro její zavedení je nutné, aby uživatel poskytl Agentuře klíče od svého bytu – tím umožní příslušnému pracovníku dostat se do bytu uživatele a poskytnout mu pomoc. Před zavedením tísňové péče provádíme i preventivní činnost, která spočívá v posouzení rizik spojených s pádem uživatele např. nevhodným rozmístěním nábytku, rohožek, koberečů apod. Součástí poskytování péče je také základní sociální poradenství (podávání informací o možnostech využití příspěvku na péči, využití jiných sociálních služeb, např. pečovatelské služby, osobní asistence apod.).

Pro zajištění tísňového volání lze využít mobilní telefon s příslušenstvím – náramkem s tísňovým tlačítkem, který uživatel nosí na ruce. V případě, kdy uživatel potřebuje pomoc, stiskne tísňové tlačítko, které je propojeno s mobilním telefonem. Okamžitě je realizováno automatické spojení s příslušným pracovníkem – operátorem či operátorkou tísňové péče, která zajistí okamžitou pomoc nebo zprostředkování jiné neodkladné pomoci. V případě nutnosti sloužící pracovník zprostředkuje výjezd



Zdravotnické záchranné služby a poskytnutí součinnosti např. při otevření bytu, podání informací o zdravotním stavu uživatele apod. V rámci krizových výjezdů, které jsou sjednány jako fakultativní úkon, se nejčastěji jedná o zvedání uživatelů po pádech v jejich domácnostech nebo provedení hygieny. Ke krizovým výjezdům dochází hlavně v nočních a brzkých ranních hodinách. V případě pádů uživatelů hrozí prochlazení, proleženiny a zlomeniny. Při včasné zásahy se nemusí zdravotní stav uživatelů dramaticky zhoršit. Součástí krizového výjezdu může být i provedení jednoduchého ošetření. Součástí tísňové péče je možnost pomoci SMS zprávy uživateli připomenout návštěvu lékaře, medikaci apod.

Tísňová péče dle § 41 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. **Tísňová péče** spočívá v zavedení tísňového volání pomocí mobilního telefonu, ve kterém je zabudováno tísňové tlačítko. Uživatel tísňové tlačítka použije v krizové situaci, např. při pádu. Tísňové tlačítko slouží ke spojení s operátorem tísňové péče. Po spojení dochází k řešení aktuální situace uživatele a následnému výjezdu pracovníka tísňové péče, který situaci řeší přímo v bytě uživatele. Z tohoto mobilního telefonu je možné volat stejně jako z jakéhokoli jiného mobilního telefonu.

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

365 a několik dní s nadějí v Naději

Zamyšlení jako moje prevence proti syndromu vyhoření a součást sebereflexe

■ **Mgr. Jiří Hána,**
sociální pracovník NADĚJE
Jablonec nad Nisou, 2015

Čas běží jako voda, nejhorší však je skutečnost, že ho nezastavíš! A tak, než jsem si to stačil uvědomit, utekl už celý rok od chvíle, kdy jsem nastoupil do Naděje.

Po ne příliš šťastném životním období se najednou objevila možnost pracovat v Azylovém domě Naděje v Jablonci nad Nisou. Vše přišlo jako blesk z čistého nebe a než jsem se nadál, stal jsem se sociálním pracovníkem v Azylovém domě Naděje v Podhorské ulici. Po počátečních rozpacích – než jsem si ujasnil své hlavní úkoly – jsem zjistil, že na světě jsou lidé, kteří potřebují mou pomoc a že jim ve většině případů pomoci dovedu. Ať už se jedná o pomoc při zařizování osobních věcí, zaměstnání, ubytování

nebo pouhé popovídání. Při těchto společných rozhovorech na témata, které klienty trápí, se mi ve většině případů podařilo vytvořit si pozici, kdy se klient svěřil se všemi svými starostmi a bolestmi a společně se snažíme situaci dle možností řešit. Tato práce mě zcela naplňuje, a pokud se podaří úspěšně celou věc vyřešit, mám radost společně s klientem.

Po celoroční práci jsem občas zklamán ze vztahů mezi některými klienty, kteří jsou schopni navzájem se okrádat a ubližovat si. Tato skutečnost mě nemile překvapila, až do té doby jsem si myslel, že naši klienti si jsou navzájem oporou a pomáhají si. Opak je však pravdou, a proto jsem si zadal cíl tuto skutečnost změnit. Snažím se o tom s klienty hovořit a vysvětlovat jim, že je potřeba navzájem si pomáhat, respektovat se a vážit si jeden druhého bez ohledu na jeho životní osudy. Ne vždy si za špatnou život-

ní situaci může klient sám, a proto ho nelze v žádném případě soudit. Stejným způsobem se snažím naléhat na klienty, kteří se potýkají s problémy všech možných závislostí. Pokud je potřeba, obracíme se společně na odbornou pomoc.

Velkým a milým překvapením pro mě byl a je kolektiv kolegů, kteří jsou k sobě velice otevření, jeden druhému vždy pomáhá, což jsem si cenil především v počátcích svého působení. Velmi si také vážím lidského a profesionálního přístupu vedoucích pracovníků. Je důležité vědět, že nadřizení jsou připraveni chránit zájmy zaměstnanců, pokud jsou v právu. Samozřejmě po dostatečném prověření a ověření celé situace.

Ohlédnu-li se zpět, zjišťuji, že mi Naděje dala naději, že i v dnešní těžké době lze lidem pomáhat, aby se mohli vrátit do normálního života, a já mohu být toho součástí. A za to veliké poděkování!

Kvíz o Praze

Tentokrát se kvíz vztahuje k našemu hlavnímu městu Praze. Doplňte k následujícím slovům vždy jedno podstatné jméno, které je společné všem třem názvům uvedeným na jednotlivých řádcích.

Riegrovy, Chotkovy, Vojanovy	Národní, Stavovské, Dejvické.....
Karlův, Palackého, Jiráskův	Veletržní, Clam-Gallasův, Černínský
Konviktská, Štěpánská, Nerudova.....	Rašínovo, Masarykovo, Alšovo
Václavské, Staroměstské, Jungmannovo	Střelecký, Slovanský, Dětský
Mostecká, Jindřišská, Staroměstská	Staronová, Klausová, Španělská
Anežský, Jiřský, Strahovský	Masarykovo, Hlavní, Smíchovské
Müllerova, Bílkova, Trmalova	Betlémská, Zrcadlová, Husova
Františkánská, Rajská, Hartigovská.....	Vladislavský, Brožíkův, Španělský.....
Náprstkovo, Národní, Zemědělské	
Matyášova, Prašná, Písecká	

Autorka: Mgr. Jitka Suchá

Riegrův, Chotkovy, Vojanovy sady; Karlův, Palackého, Jiráskův most; Konviktská, Štěpánská, Nerudova ulice; Václavské, Staroměstské, Jungmannovo náměstí; Mostecká, Jindřišská, Staroměstská věž; Anežský, Jiřský, Strahovský klášter; Müllerova, Bílkova, Trmalova vila; Františkánská, Rajská, Hartigovská zahrada; Náprstkovo, Masarykovo, Alšovo nábřeží; Střelecký, Slovanský, Dětský ostrov; Staronová, Klausová, Španělská synagoga; Masarykovo, Hlavní, Smíchovské nábřeží; Betlémská, Zrcadlová, Husova kaple; Vladislavský sál

Bezpečné město Sokolov

Městská policie Sokolov (MP) je svou filozofií práce zacílena na vstřícnost k lidem. Je a má být službou pro lidi. Byla zřízena v roce 2003, nyní má ve stavu 23 strážníků. Má také 15 dalších zaměstnanců; toto číslo se mění podle toho, jak je něčeho či spíše někoho někde potřeba. Lidé, kteří se starali např. o úklid a čistotu města, byli vedeni jako nezaměstnaní a práci našli u nás. My jsme jiná městská policie, naši filozofií je, jak je výše napsáno, spolupracovat, a to na všech úrovních, jak se složkami IZS ve městě, tak se všemi neziskovými organizacemi, školami, školskými zařízeními a dalšími.



■ **Text a foto: Mgr. Bc. Hana Procházková,**
vedoucí oddělení prevence kriminality,
Městská policie Sokolov
Redakční úprava: Ing. Kateřina Endrštová

➤ Bezpečné město

Sokolov je realizátorem projektu Bezpečné město. Samotný projekt charakterizuje ojedinělý styl práce bezpečnostních složek ve městě, je založen na spolupráci, participaci a na propojení se samosprávou i státní správou. Konkrétně jde o spolupráci MP, Policie ČR, samosprávy města a občanů. Každý občan ví, podle místa svého bydliště a problému, který potřebuje řešit, na koho se od policie, strážníků či zastupitelů může obrátit. Jdeme ve spoustě věcí občanům vstříc a z toho vyplývá také to, že u nás má prevence kriminality zelenou.

➤ Prevence u seniorů

Prevenci se u nás daří a v mnohém jde me příkladem i v celorepublikovém měřítku. Jednou z ohrožených skupin občanů jsou senioři, kteří se z důvodu pokročilého věku, zdravotního stavu, osamocení či z ji-

ných důvodů nemohou účinně bránit. Pro příklad dobré praxe u nás nemusíme jít daleko: tísňová tlačítka pro seniory, kterými za určitých podmínek a na základě uzavřené smlouvy hlídáme seniory, aby se v případě problémů měli na koho obrátit. Strážníci jsou pak ti „andělé“, kteří jim pomoc nabídnou jako první. Velmi úspěšný projekt jsou Asistenti prevence kriminality z nabídky dotačního systému MVČR. Dalším jsou pravidelné kurzy sebeobrany, které pořádáme již 6 let. Jsou zaměřeny na ženy a seniory. Konají se každý rok v rámci dvou tříměsíčních kurzů. Ty obsahují ukázky a praktický



nácvik situací, se kterými se může člověk setkat v běžném životě. Instruktoři vybírají konkrétní technické prvky, které pomohou s účinnou obranou bez ohledu na fyzickou kondici napadeného.

Seniorům dále nabízíme ve spolupráci s odborem sociálních věcí tzv. Senior expres. Projektem dopravy po Sokolově za symbolické jízdné, který jsme „nastartovali“ s místostarostkou R. Oulehlovou, jsme dali možnost těm starším z nás, aby si mohli zajet za svým lékařem, lékárníkem, známým, či kamarádem. I tito zaměstnanci obsluhující Senior expres spadají pod křídla MP. Nově si nevidomí v Sokolově (jako třetí po Praze a Brně) mohou vyzkoušet technologickou novinku ČVUT Praha: testujeme elektronickou hůl propojenou s kamerou i mobilním telefonem. Obraz přenáší operační středisko a my jsme schopni nevidomému v tísní pomoci s jeho navigací v terénu.

➤ Bez spolupráce by to nešlo

Jak už je napsáno v úvodu, bez dobré vůle chtít někomu pomoci nebo něco změnit nikdy nic nejde a my se v Sokolově snažíme měnit věci ku prospěchu všech právě na poli bezpečnosti. Kromě našich úkolů a povinností plynoucích ze zákona o obecní policii se snažíme dělat věci navíc a to směrem ke všem občanům města. V zimě (po dobu tří měsíců) stavíme stan pro lidi bez přístřeší, jehož provoz také sami spravujeme, a tím dáváme práci dalším lidem. Hřiště při základních školách se otevírají veřejnosti – zřídili jsme proto pozice správců a naši zaměstnanci tak dohlížejí na bezpečnost dětí i dospělých. V zimě máme pro řidiče zařízení, které nastartuje jejich zamrzlé miláčky, když se jim nechce jet. Spravujeme záchytné zařízení pro zvířata a děláme spoustu dalších věcí, které by se při jejich úplném výčtu čtenářům zdály neuvěřitelné, mnohdy možná přehnané či suplující sociální služby. Aktuálně jsme např. požádali občany o pomoc s oslovením seniorů v sousedství, kteří se z různých důvodů nemohou účastnit seminářů o bezpečnosti a nedostanou se k nim prostředky k osobní ochraně (slzotvorný sprej, osobní alarm, reflexní páska ke zviditelnění za tmy apod.). Na služebně MP si mohou vyzvednout letáček a starším sousedům vše vysvětlit. Díky této pomoci bude ve městě více seniorů, kteří mohou prožít klidné a bezpečné stáří.

Nic z toho by se nám nevedlo, kdybychom neměli podporu města, bez té by to opravdu nešlo. Chceme město klidné a bezpečné a to by bez spolupráce všech nebylo možné.

Střípky z domova

Klub vážné hudby

Kadaň – V kadaňském Domově pro seniory odstartovala nová aktivita, Klub



vážné hudby. „Jedná se o aktivitu zčásti poslechovou, zčásti vzdělávací. Na jednotlivých setkáních, která budou probíhat stylově v našem Retrokoutku, bychom chtěli klientům přiblížit kouzlo klasické hudby. Součástí hudebních hodin ale bude také bližší poznávání světových autorů,“ říká ředitelka Domova Lenka Raadová. První dvě únorová „kola“ již mají obyvatelé z Věžní za sebou. „Asi nelze začít jinak než českou klasikou. Na úvod jsme zvolili Bedřicha Smetanu a jeho symfonický cyklus Má vlast. Posluchači se ale mohou těšit i na Chopina, Mozarta, Beethovena, Bacha a mnoho dalších,“ slibuje L. Raadová.

Zdeněk Moravec, PR a projektový manažer, MěSSS Kadaň, Domov pro seniory

Svíčárna

Štítý – 26. 2. 2016 navštívili naši uživatelé Svíčárnu Rodas v Olomouci. Po příjezdu do areálu nás mj. přilákala i farma s domácími zvířaty. Uvnitř budovy nás čekali dva krásní papoušci ara, kteří poletovali mezi námi a nechali se i pohladit. Byli jsme zvědaví, co si pro nás majitelé Svíčárny připravili. Během občerstvení jsme shlédli film o historii i současnosti výroby svíček, mýdel a koupelových solí. Uživatelé si mohli vyrobit svíčku, mýdélko a koupelovou sůl dle vlastního vkusu či vůně nebo si zakoupit již vyrobenou svíčku. Celé prostředí bylo příjemné a voňavé. Nejen pro útulné prostředí a příjemné vystupování



majitelů bychom chtěli výlet zopakovat. Výlet jsme zakončili odpoledním obědem v obchodním centru Olympia.

Mgr. Anna Urbanová, sociální pracovnice, Domov pro seniory Štítý

Velikonoční turnaj

Tábor-Záluží – Ve čtvrtek 24. 3. 2016 měli stolní tenisté stacionáře Klíček Záluží opět možnost srovnat své sportovní dovednosti s klienty dalších devíti stacionářů, převážně z Jihočeského kraje. Ve svých výkonnostních kategoriích neklamali, nejvíce se vedlo Michalu Vladykovi a Milanu Kotaškovi, kteří si z Velikonočního turnaje v Písku odvezli ceny za druhé místo. Úspěšní byli i ostatní muži. Jirkové Kotaška a Vladyka spolu s Michalem Náhlovským



obsadili bronzové místo a nováček týmu Josef Drda místo čtvrté. Sportovní a kamarádskou atmosféru si v Písku užil také skalní fanoušek a „asistent trenéra“ Jirka Cíffra.

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

Výročí

Kyjov – Dnem otevřených dveří si ve středu 20. dubna 2016 připomnělo Centrum služeb pro seniory v Kyjově 55 let



od svého vzniku. Mezi pozvanými hosty nechyběl hejtman Jihomoravského kraje Michal Hašek, starosta Kyjova František Lukl, bývalá ředitelka centra Věra Houšťová, ředitelka Nemocnice Kyjov Danuše Křiváková a mnoho dalších. Program zahájil ředitel Centra Jan Letocha. Vystoupil pěvecký sbor centra, zaměstnankyně s užitelkami při tanci na vozíčcích a také taneční skupina Babky žabky. Veřejnost i pozvaní hosté se také dozvěděli něco o historii zařízení, o tom, jak se u nás nyní žije a také to, jaké plány má centrum do budoucnosti. Po bohatém programu následovaly prohlídky zařízení, k poslechu i tanci hrála hudební muzika s primášem Petrem Petřem z Kyjova a nechybělo ani občerstvení.

Zdeňka Haničáková, DiS., sociální pracovnice

Koncert ve tmě

Brno – Kromě obvyklého maškarního a jiného plesání organizujeme tradičně netradiční koncerty ve tmě. Jsme totiž zařízení pro nevidomé či slabozraké, a abychom poznání neúprosné temnoty umožnili také vidomým lidem, pořádáme vždy začátkem roku Koncert ve tmě, který se letos konal 4. února. Koncert probíhá v dokonale zatemněném historickém zámeckém sklepení, platí absolutní zákaz svících mobilů, baterek nebo svíček. Posluchači jsou na svá místa uváděni nevidomými obyvateli nebo terapeuty, kteří si musí trasu dopředu nacvičit. Tříčtvrtěhodinový pobyt v naprosté temnotě také vyžaduje určitou odolnost vůči tmě a klaustrofobii. Někdy ale dochází až k humorným situacím, to když zafunguje kouzlo nechtěného. Aby přechod do světla nebyl příliš násilný, osvědčilo se následné pohoštění při svíčkách, které vytvářejí kouzelnou a tajuplnou atmosféru. Jak sami uznáte, fotografie z tohoto koncertu poskytnout nemůžeme, ale o zážitky se rádi podělíme.

*Věra Černá, sekretariát
Centrum sociálních služeb pro osoby se
zrakovým postižením Brno-Chrlice*

Den úcty ke stáří

Vážany – Ve středu 6. dubna jsme se v rámci „Dne úcty ke stáří“ zapojili do mezigeneračního projektu na ZŠ U Sýpek v Kroměříži. Naše užitelky z Domova pro seniory ve Vážanech si zpříjemnily dopolední čas přímo v prvních třídách na základní škole. Děti si pro naše seniorky připravily krásné pásmo písniček, básniček a hry na flétničky. Děti jsme za jejich píli a milé přivítání odměnili velkým potleskem, žádné oko nezůstalo suché. Ani my jsme nezůstali pozadu a pro prvňáčky si připravili výrobu jarní výzdoby – motýlky, sluníčka apod. Pracovní dílnička se nesla v příjemném duchu předávání zkušeností a vzpomínání. V závěru dopoledne jsme si prohlédli třídy, družinu a fotomateriály o škole. A na úplný závěr si děti s paní učitelkou Malou pro naše dámy připravily krásné upomínkové předměty a kytičky – za to jim ještě jednou moc děkujeme! Všem, kteří se na této akci podíleli, moc děkujeme



Střípky z domova

za krásné dopoledne a věříme, že navázaná spolupráce bude i nadále pokračovat.

*Mgr. Barbora Malá,
vedoucí Domova pro seniory Vážany,
Sociální služby města Kroměříže*

Kuchařka aneb Měsíc knihy

České Budějovice – Měsíc březen byl vyhlášen jako Měsíc knihy, tak ani náš domov nezahálel a zorganizovali jsme si výstavku kuchařek. A ne ledajakých. Své nebo i půjčené kuchařky nosili nejen klienti, zaměstnanci, ale i rodinní příslušníci. Což



nám udělalo velkou radost, protože doslova hory kuchařek a různých časopisů s recepty se na nás valily ze všech stran. Sotva se na připravené stoly vešly. Dokonce jsme zaplnili nástěnku i několik let starými menu ze známých restaurací, např. Perly, Slunce nebo Masných krámů. A tak celý březen byla možnost nahlédnout do knih a třeba i porovnat ceny jídel kdysi a nyní z „retro“ jídelních lístků. A v rámci jara i blížících se Velikonoc jsme měli krásně nazdobený jídelní stůl, který souvisel s kuchařkovým tématem.

*Kateřina Míková, sociální pracovnice,
DpS Máj České Budějovice*

Vítání jara po našem

Brno – „Už kvetou!“ Věta, kterou my v Domově pro seniory na Koniklecové v Brně každoročně na jaře nedočkavě očekáváme, se nese všemi prostory domova. „Co že to kvete?“ ptá se nezasvěcený. No přece KONIKLECE! Nám tato vzácnost kvete, jak se říká, „za humny“. A protože kvete jen několik dnů, dle počasí, je potřeba na nic nečekat a v krátkém čase zorganizovat výlet pro všechny milovníky přírody. Letos jsme jej uskutečnili ve čtvrtek 31. března. Více než dvacet natěšených uživatelů se vydalo na plánovaný výlet. Pohled na vlnící se fialové moře protkané slunečními paprsky bral svojí krásou dech. Mnoho zúčastněných netušilo, jakou vzácnost ukrývá obyčejné brněnské sídliště. Čas vyměřený pro tuto pomíjivou krásu se nachýlil ke konci, poslední pohledy směrem ke kvetoucím paloučkům, s vysloveným přáním vidět tuto krásu znovu příští jaro, jsme se vydali na zpáteční cestu. Milé koni-



klece, děkujeme vám za radost, kterou jste nás obohatily, za pomyslné odemknutí nacházejících jarních dnů a v neposlední řadě za název našeho útulného DOMOVA.

*Kolektiv Domova pro seniory
Koniklecová Brno*

Turnaj seniorů v šipkách

Libochovice – Domov důchodců Libochovice pořádá 20. 4. 2016 již 9. ročník turnaje seniorů v šipkách. Výzvu přijalo 11 družstev z domovů seniorů, 13 žen a 20 mužů. Nejstarším účastníkem byl Vladimír Matejek z Roudnice n. L. (94 let). Mezi ženami zvítězila Valerie Zemanová z DD Roudnice n. L., kategorii mužů vyhrál Stanislav Kavka z MSSS Most. Umístění týmů určil součet bodů jednotlivých hráčů. Vítězem turnaje se stal tým MSSS Most. Domácí družstvo ve složení Zdeňka Lachmanová, Ján Dybala a Otakar Vochoomírka skončilo na čtvrtém místě. Děkujeme všem



doprovodům družstev, které se aktivně zapojily do hry a tím přispěly k dobré náladě a soutěživé atmosféře celého turnaje. Děkujeme i skupině Nová Vlna z Chráněného bydlení Litoměřice za hudební doprovod během celého turnaje.

*Iva Šabachová, CSP Litoměřice, p. o.,
Domov důchodců Libochovice*

Lázeňská sezóna v Meziboří

Meziboří – Díky nekonečnému úsilí všech zaměstnanců domova potěšit zdejší uživatele byla v březnu slavnostně zahájena „lázeňská sezóna“. Kulturně-sociální akce byla zahájena promenádou na improvizované lázeňské kolonádě. Doprovodný program s koncertem doplnila ochutnávka lázeňských oplatek a osvěžující minerální vody „Klášteřský pramen“ z tradičních lázeňských pohárků. Sezóna potrvá do začátku léta a bude probíhat

ve znamení „wellness pro harmonii těla a mysli“. Pro seniory jsou připraveny procedury, při kterých budou využity veškeré odborné fyzioterapeutické postupy. V nabídce jsou koupele s tradičními přísadami, jako je např. levandulová sůl, které jistě vyvolají vzpomínky na staré časy, kdy senioři sami jezdili do lázní. Nebudou chybět masáže, pitná kúra, pohybové aktivity a pro některé odvážné seniory i pozvolná redukce váhy na základě individuálního výživového plánu. Doplnkem bude kosmetika pro dámy seniorského věku, pedikúra a manikúra. Po celou dobu jsou připraveny přednášky



a besedy o lázeňství v Čechách. Naši senioři mají mnohé na výběr, v každém případě na ně čekají nevšední zážitky a odpočinkové jarní dny.

*Martin Krčka, fyzioterapeut
Domov sociálních služeb Meziboří*

„Jedeme v tom společně“

Praha-Chodov – První aprílový den v Domově pro seniory Chodov proběhlo slavnostní vyhlášení výsledků soutěže „Jedeme v tom společně“, kdy senioři a seniorky na šlapadle či rotopedu urazily symbolických 393 kilometrů, vzdálenost spojující nejvyšší horu Jeseníků Praděd s Prahou. V celkových výsledcích, které byla oceněna i naše klientka, paní Jaroslava Nováková. V součtu najetých kilometrů jsme se umístili na 6. místě z dvaceti zúčastněných domovů a v závěrečné rychlostní části závodu jsme dojeli jako osmí. My jsme vyhlášení pojali po svém: ocenění dostali všichni,



kteří reprezentovali náš domov i ti, kteří se na projektu podíleli. Nechybělo ani aprílové překvapení, a to osvědčená a všemi opévaná travestí show.

*Klára Vohrnová, PR a fundraiser
Domov pro seniory Chodov*

**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**