

Práce s klientem s rizikem v chování

(manuál průvodce dobrou praxí)

Poděkování

Tato drobná publikace, která je jakýmsi manuálem pro průvodce dobrou praxí v problematice práce s klientem s rizikem v chování, je malá svým rozsahem a významná svým obsahem. Je to poprvé, kdy se vědomě pracuje s problematikou klientů, kteří v minulosti bývali a dosud ještě bývají stíženi nedůstojnému vystavení užití restriktivních, omezovacích prostředků, s argumentací, že „jinak to nejde, jsou totiž agresivní a nebezpeční.“ Těmito prostředky jsou stíženi i za situace, kdy agresivní nejsou, ale „mohli by být“ a zapomíná se, že tito lidé mají také právo na důstojný a variabilní život, srovnatelný se zdravými vrstevníky.

Je zřejmé, že cesta od deinstitucionalizace péče k individualizované podpoře bude nesnadná a na jejím konci se bude zdát nesmyslné, že kdysi existovaly v zařízeních sociální péče jakési restriktivní prostředky, nekontrolovaně užívané. Deinstitucionalizace péče, která začala v některých vyspělých evropských demokraciích v sedmdesátých letech minulého století, vede k sociálnímu začleňování jejich dřívějších uživatelů, jejich začlenění do přirozené komunity, s naplňováním individuálních potřeb a vytvářením sociálních vazeb... a agresivity ubývá.

Není náhodou, že vedle velmi důležitých pravidel šetrné sebeobrany, které tvoří závěr publikace, a které jsme do značné míry přejali od belfastského zařízení v Muccomore Abbey Hospital, tvoří převážnou část publikace preventivní opatření, předcházení situacím, které vyvolávají nutnost zásahu omezením pohybu uživatele, a není náhodou, že příspěvek pana Ger de La Haye obsahuje i úvahu o přístupu pracovníků ke klientovi, jejichž stav a očekávání může spolupůsobit na vyvolání agresivního chování člověka, který je na nich někdy zcela závislý. Neboť institucionalizovaná péče s sebou nese i atribut moci a ovládnutí života svěřeného člověka.

Děkuji všem průvodcům dobrou praxí, kteří se na tvorbě manuálu podíleli, ať už jako přispěvatelé textu manuálu nebo jako spolutvůrci metodiky pravidel šetrné sebeobrany, stejně jako všem výborným lektorům kurzu, kterými byli pánové Clinton Stewart, Damien O'Kane, John McCart, Ger de La Haye, Martin Jarolímek, Jaroslav Šturma, Zdeněk Štandera a Martin Haicl.

Ivana Janišová

Kontext zajišťování kvality v sociálních službách

Reformní procesy a změny ve společnosti zasahují také do oblasti sociálních služeb. Zvyšují se požadavky na kvalitu nabízených služeb, jejich strukturu, pružnost a individualizaci. Významnou roli v transformaci sehrávají nové přístupy vyžadující otevřenost a vstřícnost při vyjednávání mezi zřizovateli, poskytovateli a uživateli.

Evropský sociální model vytváří společné charakteristiky sociální politiky jednotlivých evropských zemí. Přesto, že se sociální systémy jednotlivých zemí od sebe navzájem odlišují, a to s ohledem na historické, politické a kulturní souvislosti, ve kterých se vyvíjely, mají také mnoho společného. Mezi společné principy můžeme řadit například **oblast ochrany práv uživatele, individuální přístup, partnerství při plánování sociální služby, podporu nezávislosti, začlenění a integraci lidí s handicapem, podporu běžného způsobu života, kvalifikační požadavky pro výkon práce a systém celoživotního vzdělávání poskytovatelů sociálních služeb a mnohé další.**

Naše sociální služby procházejí v posledních letech rozsáhlou transformací, zaměřenou právě ke shora uvedeným principům. Po vzoru britského modelu byl ve spolupráci odborníků z řad poskytovatelů, uživatelů a zástupců veřejné správy zpracován systém zajištění a hodnocení kvality v sociálních službách. Národní standardy kvality se staly jedním z hlavních nástrojů zajištění kvality, bezpečnosti i odbornosti poskytovaných služeb. Vzhledem ke své obecnosti jsou aplikovatelné na všechny typy služeb. Obsahují základní principy poskytování kvalitní sociální služby.

S přihlédnutím k tomu, že uživatelé, kterým jsou sociální služby poskytovány ve specializovaných zařízeních mimo přirozené sociální prostředí, patří k nejvíce ohroženým skupinám, zaměříme se v následujícím textu na nástin rozboru kontextu poskytování právě rezidenčních služeb.

Z praxe dobře víme, že pobyt obyvatel v ústavech není vždy zcela dobrovolný. Za lidi duševně choré mnohdy rozhodují o využití služby jejich opatrovníci, které jim k hájení práv a zájmů ustanovil soud. Rozhodování za ty, jimž byla způsobilost k právním úkonům omezena nebo odejmuta úplně, patří k snadno zneužitelné pravomoci. Funkci opatrovníků paradoxně vykonávají u mnoha klientů sami

pracovníci ústavů. Koncepce současné sociální politiky směřuje ke změně tohoto stavu. Výkonu opatrovnictví by se měli postupně ujímat osoby vně zařízení, avšak hromadné změny opatrovníků s sebou přinášejí i určitá rizika. S přihlédnutím k tomu, že na mnoha místech doposud nefungují občanské poradny, ve kterých můžeme spatřovat vhodné subjekty pro přebírání garance nad výkonem opatrovnictví, jsou v současné době oslovováni rodinní příslušníci a přátelé klientů. Vyhledávání lidí s vhodnými morálními předpoklady je práce složitá, mnohdy bez kýženého efektu. Někdy se stává, že zvolený opatrovník spíše brání kvalitnímu poskytování služby například tím, že omezuje nákupy věcí, hrazení léků a uspokojování sociálně kulturních potřeb svého chráněnce. Vzniklou situaci musíme řešit opětovným návrhem na změnu opatrovníka. Jde o proces velmi zdoluhavý, který trvale naruší sociální vazby mezi klientem a blízkou osobou.

K dalším „nedobrovolně“ pobývajícím obyvatelům v rezidenčních zařízeních řadíme tzv. latentní nedobrovolníky. Ty přiměly k užívání rezidenční služby složité sociální okolnosti nebo nejbližší sociální okolí. Do zařízení přicházejí bez jakýchkoliv očekávání, s největším přáním návratu domů. Praxe ověřila, že členové obou skupin „nedobrovolných“ uživatelů projdou dříve nebo později uspokojivým adaptačním procesem a vysoké procento se v rezidenčním zařízení domestifikuje. Délka adaptačního procesu je různě dlouhá (od měsíce do půl roku) a přímo úměrně ovlivněna kvalitou poskytované služby.

Naprosto odlišné postoje zaznamenáváme u klientů institucionalizovaných, kteří do zařízení pro dospělé nastupují ze zařízení pro mládež nebo zařízení jiných. Pro tuto skupinu není instituce ústavnictví neznámou a byrokratická pravidla rezidenční organizace cizí.

Marginální skupinu v rezidenčních zařízeních doposud tvoří lidé, kteří se sami o svobodné vůli rozhodnou, že nabízenou sociální službu potřebují a chtějí, alespoň po nějaký čas, žít ve vybraném zařízení. U této skupiny probíhá adaptační proces nejrychleji a poskytovaná služba dosahuje nejvyšší efektivity.

Nástup do rezidenčního zařízení představuje zásadní mezník v životě jednotlivce, který ovlivňuje další průběh jeho životní dráhy, a to trvale nebo po delší čas (po dobu pobytu v zařízení). Vzhledem k uvedenému můžeme považovat za jeden z nejdůležitějších úkolů každého poskytovatele sociální služby odhalování a definování individuálních potřeb uživatele. Již před nástupem bychom měli pracovat s informacemi o fázi života, ve které se jedinec nachází, o zkušenostech, které má za

sebou, a perspektivách, které má před sebou. Neméně důležitými jsou pro nás informace o věku (dětství, dospívání, dospělost nebo stáří), životní situaci (sociální okolnosti, které vedly k rozhodnutí o využití služby) a očekáváních a přáních, se kterými do organizace přichází.

Historický exkurz

Velký zlom v běhu života mnoha duševně nemocných ve většině západních zemích nastal v 50. a 60. letech minulého století. Lidé handicapovaní (duševně nemocní, fyzicky i mentálně postižení) začali být postupně propouštěni z rezidenčních zařízení „na svobodu“.

Hromadné propouštění lidí z pobytových ústavů označujeme jako dekarceraci. Tento termín odvozujeme od karceru, tedy kázeňského trestu, u nás zakotveného ještě ve školském řádu z roku 1922, kdy žáci středních škol zůstávali za své přestupky proti školnímu řádu uzavřeni ve školách. Karcer u nás zrušil školní řád z 12.8.1936.

Motivy této reformy byly vedle motivů finančních, především humanitární. Péče domácí měla začít nahrazovat péči ústavní. Mnozí reformátoři chtěli tímto opatřením předcházet účinkům dlouhodobé hospitalizace duševně nemocných. Tento negativní jev, tzv. institucionalizace, vzniká tam, kde jsou lidé izolováni od vnějšího světa. Hospitalizovaní se postupem času stávají na organizaci, která jim chtěla zprvu pomoci, zcela závislí a ztrácejí schopnost žít přirozeným způsobem života sami v běžných sociálních interakcích. Léčbu duševně nemocných v 50. a 60. letech 20. století ovlivnil vedle filosofie dekarcerace rozmach psychoterapeutických metod a objev nových léků. V důsledku uvedených změn začali v západních zemích prudce klesat počty dlouhodobě léčených pacientů v psychiatrických léčebnách a nemocnicích.

Druhá vlna tažení proti ústavní léčbě nastoupila v 80. letech minulého století. Jejím ústředním heslem se stala teze, že duševně nemocní mají právo na svobodný a nezávislý život. Určitou latentní roli i tentokrát sehrály otázky finanční. Paradoxem však zůstává, že mnozí pacienti na tom byli po propuštění hůře než předtím. Často se ocitali v situaci, kdy se o ně v domácím prostředí neměl kdo starat nebo nikdo starat nechtěl. Stali se tak bezprizorními.

Na rozdíl od většiny západních zemí situace u nás byla naprosto odlišná. Vzhledem k uzavřenosti společnosti před rokem 1989 a předlistopadové sociální politice zůstávali handicapovaní lidé až do doby celkem nedávné „uvěznění“ v ústavech a psychiatrických léčebnách. Společnost se tvářila, jako by žádné duševní ani fyzické handicapy neexistovaly. Masové sdělovací prostředky zdravotně znevýhodněné skupiny obyvatel ignorovaly. Ani na naší politické scéně, ani v každodenním životě jsme se s handicapovanými spoluobčany běžně neseťkávali.

Ke změně v přístupu k lidem s handicapem dochází pomalu v posledních patnácti letech. Po roce 1989 se začínají odemykat brány našich ústavů a otevírat větší možnosti pro rodiny, které chtějí pečovat o blízkou osobu v přirozeném prostředí. Dochází k celkovému posunu ve vnímání handicapu uvnitř společnosti, která zdravotně znevýhodněné začíná považovat za plnohodnotné občany. Handicapovaní se dostávají nejen do politiky, ale také na televizní obrazovky, stránky novin a časopisů, čímž i masové sdělovací prostředky přispívají k proměně obrazu zdravotně znevýhodněných skupin.

Aktuální otázky ústavní sociální péče

„Až budete mít chvíli, zkuste si představit svět bez ústavů ukrývajících lidi, bez kterých jsou neústavní lidé ve svých životech dezorientovaní.“ (Milan Cháb)

Sociální politika našeho státu se před rokem 1989 orientovala výhradně na práce schopné obyvatelstvo, kterého byla většina. Jako svých nástrojů využívala především finančních dávek a subvencí. Uvedený přístup naprosto ignoroval osoby, které se ocitli mimo zaměstnanecký svět. Z centra pozornosti tak byli vytěsněny především osoby zdravotně handicapované, ať už se jednalo o postižení somatické, mentální, psychické či psychiatrické. Částečně opomíjeny zůstávaly také osoby požívající starobního důchodu.

Tento přístup měl za následek stagnaci sociálních služeb, které by právě zmiňovaným skupinám pomáhaly žít co možná nejnormálnějším způsobem života v přirozeném sociálním prostředí. Většina zdravotnických a sociálních služeb pro uvedené skupiny obyvatel byla poskytována v ústavních zařízeních. Pouze zcela výjimečně byly využívány terénní sociální služby v přirozeném prostředí uživatelů,

prezentované pečovatelskou službou, která byla ve většině případů redukována pouze na dovážku obědů.

Rezidenční služby zaměřené na staré, somaticky, mentálně, psychicky a psychiatricky znevýhodněné skupiny obyvatelstva si i dnes v českém systému sociálních služeb udržují výsostné postavení. Děje se tak na úkor alternativních služeb, které se rozvíjejí jen velmi pomalu. Ke konci roku 2003 nabízelo v naší republice rezidenční sociální službu celkem 1.068 zařízení s celkovou kapacitou 77.254 lůžek. Žádosti dalších 79.820 občanů nemohly být s ohledem na nedostatek volných míst uspokojeny. 95 % neuspokojených žadatelů, celkem 75.581 občanů, by rádo využilo služby rezidenčního zařízení typu domova důchodců či domova – penzionu pro důchodce. Z řad žadatelů o poskytování služby v ústavu sociální péče pro dospělé zůstalo neuspokojeno 3.447 (z toho 1.550 chronických psychotiků a psychopatů (asi 45 %) a 182 chronických alkoholiků a toxikomanů (asi 5 %)).

Průměrný meziroční nárůst počtu pobytových zařízení, od počátku roku 1994 do konce roku 2003, o 33 (z čehož je necelých 10% ústavů pro dospělé) je spojen s nemalými finančními náklady, které jsou potřebné k jejich zbudování. Částka, se kterou musí investor při realizaci výstavby nového či rekonstrukci staršího objektu běžně počítat, dosahuje více než jednoho milionu korun na lůžko. Pokud tedy, dle statistiky MPSV ČR z roku 2003, vezmeme v úvahu průměrný počet uživatelů připadajících na jedno rezidenční zařízení, vyjde stavba nového ústavu na více než sedmdesát dva milionů korun.

Vzhledem k uvedenému nemůžeme v následujících letech očekávat markantní přírůstek počtu zařízení, jak tomu bylo těsně po roku 1989. Tehdy došlo ke kvantitativnímu nárůstu rezidenčních zařízení, avšak počet lůžek zůstal v globálu zachován. Popisovaný stav zapříčinily restituční majetku, kdy církevní a historické objekty, do kterých se ústavní zařízení mnohdy umísťovala, byly navraceny původním majitelům. Stát poté potřeboval zajistit pro stávající uživatele adekvátní prostory. Tak mohla na „zelené louce“, namísto objektů s nevyhovujícími stavebně technickými, hygienickými a bytovými parametry, vyrůst nová moderní zařízení. Počet handicapovaných osob žijících v historických a církevních objektech často přesahoval tři sta, takže namísto jednoho megalomanského zařízení vznikalo zařízení několik. Nevhodné stavebně technické podmínky a nadměrná kapacita byly v minulosti jednou z hlavních překážek pro poskytování kvalitní sociální služby.

Avšak ani nová moderní **rezidenční** zařízení nejsou konečnou stanicí v naší cestě za kvalitou.

Shora nastíněnou situaci velmi dobře řeší dlouhodobá koncepce MPSV ČR, jejíž nedílnou součástí je připravený zákon O sociálních službách, s jehož účinností se počítá od 1.1.2007. Návrh zákona preferuje poskytování sociálních služeb v přirozeném sociálním prostředí, čímž podporuje rozvoj alternativních služeb, které by měly v budoucnu nahradit do značné míry služby rezidenční. Připravená koncepce počítá s transformací velkých ústavů v menší komunitní bydlení, která zajistí nejen kvalitnější, ale také levnější službu. Dalšími z aktivit resortního ministerstva, které přispívají k dobré praxi v oblasti sociálních služeb, jsou dílčí projekty zavádění a hodnocení kvality v sociálních službách a projekt průvodců dobrou praxí.

Práce s klientem s rizikem v chování, aktivity MPSV.

- Problematika omezování pohybu uživatele sociálních služeb začala být řešena **v srpnu 2003 v souvislosti se zprávou CPT** (evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání) o stavu lidských práv v ČR. Tato zpráva mimo jiné poukazovala na zneužívání klecových lůžek s mříží či sítí v zařízeních sociální péče v ČR a upozorňovala na absenci kontroly vycházející z neexistence nastavených pravidel.
- **Koncepce MPSV v problematice práce s klientem s rizikem v chování** vychází ze dvou základních hledisek. Prvním je **ochrana práv a důstojnosti uživatelů** sociálních služeb a druhým je **podpora poskytovatelům** v postupném odstraňování omezovacích prostředků ze zařízení sociální péče.
- Po **metodickém opatření pro mimořádné použití klecových lůžek se sítí v zařízeních sociální péče** (má pouze ráz doporučení), které označilo klecová lůžka s mříží za nepřípustná a nastavilo požadavek evidence používání klecových lůžek se sítí (červenec 2004), nabyla v květnu r. 2005 **novela zákona o sociálním zabezpečení** , která v paragrafu 89 a poprvé nastavila pravidla evidence a požadavek souhlasu lékaře s použitím prostředků omezujících pohyb uživatelů a to pouze v případě situací ohrožení jejich života či zdraví nebo života či zdraví jiné osoby.
- **Zákon o sociálních službách** jde dál, připouští v situacích, kdy je nutné omezit pohyb uživatele, poslušnost neverbální zklidnění, verbální zklidnění, fyzické držení (profesionální, kompetentní), umístění do separované bezpečné místnosti za podmínky terapeutického dohledu a užití psychofarmak s lékařským dohledem. Stanovuje zásady prevence situací, které by mohly vyvolat omezení pohybu uživatele a klade důraz na individualizovanou péči o uživatele s rizikem v chování.
- Postupné zpřísnování podmínek pro možnost použití omezovacích prostředků je doprovázeno **podporou vzděláváním v dovednostech kompetentně zasáhnout** v situaci, kdy je nutné omezit pohyb uživatele. Odbor sociálních služeb poskytuje vybraným odborníkům z řad sociálních služeb **kurz v práci s klientem s rizikem v chování**, tento kurz, který je pořádán ve spolupráci s Velkou Británií a Holandskem, bude v prosinci ukončen a tzv. **průvodci dobrou praxí v problematice práce s klientem s rizikem v chování** budou

přímo v zařízeních sociální péče provázet pracovníky ve změnách v přístupu k uživatelům a budou předávat zkušenosti a získané dovednosti z oblasti prevence rizikového chování a jeho zvládnání – v souladu s lidskými právy klienta.

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve svých doporučeních monitoruje nejen prostředky pohyb omezující, ale také pohyb zklidňující.

Prostředky omezující pohyb uživatele (restriktivní prostředky) se obecně dělí na
fyzické (úchopy rukou) – nejsou zneužitelné k prevenci náročných situací, trestání ani úlevě v práci personálu
mechanické (kurty, řemeny, svěrací kazajky, klecová lůžka, izolační místnosti, zamčené dveře)
chemické (sedativa, neuroleptika...)

Lidské potřeby

Výskyt problémového chování (ignorování společenských norem, negativismus, agrese, autoagrese aj.) přímo závisí na naplňování základních životních potřeb. Pravděpodobnost výskytu se u jakéhokoliv člověka zvyšuje, pokud nejsou naplněny základní potřeby.

Každému člověku jako příslušníku lidského rodu jsou vrozeny určité potřeby.

Mezi základní lidské potřeby patří:

- 1) fyziologické potřeby (hlad, žízeň, sex)
- 2) potřeba bezpečí a řádu
- 3) potřeba sounáležitosti a řádu (příslušnosti ke skupině, potřeba lásky)
- 4) potřeba uznání
- 5) potřeba seberealizace (vyjádření vlastní osobnosti)

V průběhu života mají tyto potřeby různý význam a často vyžadují, ve vazbě na aktuální vývojovou úroveň, i různý způsob uspokojování.

Jednotlivé potřeby jsou ve vzájemné interakci. Uspokojení jedné z nich může tlumit druhou a opačně. V rámci kompenzace mohou být i psychické potřeby saturovány jiným než obvyklým způsobem. Jestliže nějaká potřeba není uspokojována v dostatečně míře nebo po dostatečně dlouhou dobu, dochází ke změně její intenzity, resp. se změní způsob jejího uspokojování. V rámci obranných mechanismů může být saturována jinak než obvykle.

Lidské potřeby z hlediska vývoje lidské osobnosti

I. Kojenecký věk

- **Potřeba jistoty a bezpečí je spojena s matkou, která je zdrojem komplexního uspokojování všech možných potřeb**
- Biologické potřeby - koncentrace na jídlo, teplo a tělesnou pohodu je z reakcí dětí zřejmá
- Primární **potřeba stimulace** a s ní související **potřeba učení** – význam stimulační nabídky nejbližšího prostředí

II. Batolecí věk

- **Potřeba stimulace** – motorický vývoj umožňuje její samostatnější uspokojování a dává možnost regulovat charakter stimulace
- **Potřeba aktivity** – uspokojována především pohybem
 - Snížení potřeby aktivity má vždy nějaký význam: dítě ji ztrácí pokud není v takovém stavu, aby pro ně měla nějaký význam.
 - Neuspokojená potřeba aktivity, tj. nečinnost, vyvolává napětí
- **Potřeba jistoty a bezpečí** – dítě potřebuje poznat svět, ve kterém žije, potřebuje se v něm orientovat. Zkušenosti tohoto druhu tuto potřebu uspokojují. Ke konci batolecího věku začíná být jistota fixována na znalost pravidel funkce okolního světa.
- Vznik **potřeby sebeprosazení** – může mít až charakter negativismu
 - Varianta „Já sám“, tj. pokus o samostatnost, o vlastní řešení situace, vědomí vlastních kompetencí a s tím souvisejícím uvolňováním ze závislosti
 - Varianta „Já chci“- odráží vědomí sebe sama jako aktivní a kompetentní bytosti
- Dítě si potřebuje potvrdit hodnotu svých kompetencí, a tím i sebe sama, chce být pochváleno, oceněno, apod.. zpětná vazba ve formě reakcí dospělých má značný vývojový význam. Uspokojuje **potřebu pozitivního hodnocení**, které by bylo založeno na ocenění jeho činnosti.

III. Předškolní věk, věk iniciativy

- **Potřeba aktivity** – základním úkolem je rozvíjení takové aktivity, která by byla účelná. Na počátku období uspokojují dítě činnosti samy o sobě, teprve po dosažení určité úrovně se aktivita stává prostředkem k slouží k nějakému jinému cíli.
- **Potřeba jistoty a bezpečí**
 - Uspokojuje jí přesvědčení, že každé poznání musí mít absolutní platnost
 - Uspokojení dětské potřeby jistoty a bezpečí je jedním z předpokladů pro rozvoj **prosociálního chování**. Děti, které se cítí nejisté a ohrožené, snadněji reagují asociálně. Předškolní děti, které získaly základní pocit důvěry v život, nahlížejí na svět jako relativně bezpečný a věří, že je možné ovlivňovat dění, které v něm probíhá i vlastními

silami. To znamená, že vlastní chování má nějaký význam, že se lze spolupodílet na tom, jak se budou různé sociální situace rozvíjet atd.

- **Potřeba sdílení činnosti** –předškolní dítě preferuje kamaráda, s podobnými kompetencemi, potřeby, zájmy. Významná je shoda v oblasti vnějších znaků a projevů.

IV. Školní věk

- **Potřeba citové jistoty** je uspokojována pozitivním hodnocením, které lze chápat jako důkaz emoční akceptace.
- **Potřebu pozitivního hodnocení** uspokojuje ocenění dobrého výkonu. Úspěch posiluje sebedůvěru
- V souvislosti s potřebou pozitivního hodnocení může být saturována i **potřeba orientace**, hodnocení dítěte poskytuje určitou informaci o tom, jaký výkon je žádoucí. Tato zkušenost může ovlivňovat také volbu strategie budoucího chování.

Jestliže dobrý výkon není oceňován nebo chybí citově významná osoba, která by jej ocenila, nebude mít žádný význam ani pro dítě samé.

Sdílení života a trvalá přítomnost rodičů je nejdůležitější podmínkou funkčního vztahu mezi rodiči a dítětem školního věku.

Rodiče uspokojují celou řadu psychických potřeb školáka:

- Rodiče saturují **potřebu smysluplného učení**, protože slouží jako model určité role, vzor určitého způsobu chování
- Rodiče jsou samozřejmým zdrojem **jistoty a bezpečí**. Dítě školního věku si představuje, že tento svět bude beze změny trvat navždy. V tom je jistota, kterou mu soužití s rodiči přineslo.
- Rodiče významným způsobem mohou ovlivnit uspokojování **potřeby seberealizace** prostřednictvím svých požadavků na dítě, výběrem aktivit, které považují za důležité, a hlavně svým hodnocením.
- Rodiče představují určitý model pro budoucnost, vzor dospělého chování, které naplňuje představu dítěte o dosud **otevřené budoucnosti**. Potřeba naplnění budoucnosti začne být významná až v období dospívání.

Samozřejmost jistoty, kterou poskytuje rodina, umožňuje dítěti, aby se koncentrovalo na různé vztahy s vrstevníky. Potřebu kontaktu s vrstevníky můžeme považovat za jednu z nejvýznamnějších pro dítě školního věku. Vrstevníci uspokojují mnohé

potřeby, některé z nich mohou být paralelně uspokojovány rodiči i kamarády, resp. se do určité míry překrývají.

- **Potřeba citové jistoty** – naplňují ji do určité míry vrstevníci, poskytují dítěti podporu v různých živ. Situacích, sdílejí různé problémy
- **Potřeba učení, rozvoje určitých zkušeností** a dovedností, zejména v sociální oblasti. Ve vrstevnické skupině se děti učí jiným způsobům chování než doma nebo ve škole.
- **Potřeba seberealizace** – vrstevníci jsou srovnatelní, jsou na stejné úrovni, představují rovnocennou referenční skupinu. Sami vrstevníci se motivují k výkonu, a to jiným způsobem než dospělý
- **Potřeba identifikace se skupinou dětí stejného pohlaví**

V. Dospívání

- **Potřeba přijatelné pozice ve světě** – jedinec už není pozitivně akceptován bez ohledu na své chování (s výjimkou rodiny). Svou pozici si musí nějak vydobýt.
- **Potřeba jistoty a bezpečí** – byla a stále je vázána na minulou zkušenost a aktuální prožitky, avšak objevila se nová dimenze: anticipace budoucnosti, která ji tímto způsobem prezentuje buď jako přijatelnou, či naopak jako nejistou a ohrožující. Vždycky je i pouhé uvědomění mnoha budoucích možností důvodem ke ztrátě bývalého pocitu jistoty, který sice byl poněkud rigidní, ale v dětském věku plnil svou úlohu. Nyní je tato infantilní jistota pryč a je třeba usilovat o novou. Tato tendence je spojena s potřebou rozvoje nové identity, která by vyjadřovala i vlastní pozici v tomto světě.
- **Potřeba seberealizace** se rozšiřuje z přítomnosti i na budoucnost a není již zaměřena jen na aktuální úspěch a uplatnění.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** – přesah konkrétní reality umožňují až formální logické operace. Tím, že formulují určité možnosti, fungují jako naděje, jako otevření perspektivy. Budoucnost začne mít význam teprve tehdy, když je člověk schopen o ní uvažovat.
- **Potřeba vytvořit vlastní pravidla** vyplývá z tendence osamostatnit se z vazby na skupinu dospělých. Schopnost uvažovat o jiných možnostech vede k vytvoření vlastních norem, které by potřebám dospívajících lépe vyhovovaly.

VI. Adolescence

V období adolescence mají velký význam vztahy s vrstevníky. Díky nim dochází k emancipaci od rodiny a postupnému osamostatňování. Ve vztazích s vrstevníky dochází k uspokojování některých základních psychických potřeb:

- **Potřeba stimulace** – formou společné účasti na různých aktivitách a sdílením nějakého prožitku
- Kontakt s vrstevníky uspokojuje **potřebu orientace** a smysluplného učení – učí se od vrstevníků potřebné sociální strategie a rozlišuje jakou mají v různých situacích účinnost. Porovnávání sebe sama s kamarády vede i k lepšímu sebepoznání.
- Vrstevníci postupně nahrazují rodinu i v oblasti uspokojování potřeby **citové jistoty a bezpečí**. Emoční jistotu obvykle poskytuje stabilní kamarád. Kamarádství vyplývá z potřeby vztahu s jedincem, který je obdobně zaměřen, a tudíž má stejné problémy.
- Adolescenti dozrávají k naplnění partnerského vztahu, zahrnujícího i sexualitu. **Potřeba partnera** opačného pohlaví už není jen sekundárním projevem sociálního tlaku a potřeby uchovat si prestiž ve skupině vrstevníků jako v pubertě. Stává se skutečnou potřebou, kterou lze chápat i jako projev potřeby poznání, resp. sebepoznání, na jiné úrovni.
- **Potřeba nových postojů a způsobů chování** – v oblasti vztahů adolescentům k dospělým. Odmítají některé hodnoty a varianty řešení problémů, jeví se jim jako zastaralé.
- **Potřeba neodkladného uspokojení** – tendence zkrátit dobu, nezbytnou k dosažení nějakého cíle
- **Potřeba hledání smyslu života**
- **Potřeba hledání absolutně platných, trvalých hodnot**
- **Potřeba přesahu vlastního života**

VII. Období mladé dospělosti

Schopnost zvládnout přiměřeným způsobem profesní roli je jedním z psychosociálních kritérií dospělosti.

Profesní role může nějak uspokojovat různé základní psychické potřeby mladého člověka

- **Potřeba změny, nových zkušeností a rozvoje nových kompetencí** – může být uspokojována zejména na počátku profesní kariéry. Zaměstnání přináší podněty, vytváří životní program
- **Potřeba sociálního kontaktu**
- **Potřeba seberealizace** – člověk chce něco dokázat, potvrdit svoje kompetence a sociálně se prosadit (kariéra, výdělek)
- **Potřeba samostatnosti a nezávislosti** – zaměstnání znamená ekonomickou soběstačnost a nezávislost na rodině
- **Potřeba otevřené budoucnosti** – uspokojuje představa možností dalšího profesního rozvoje

Většinu základních lidských potřeb může uspokojovat partnerský vztah, zejména:

- **Potřeba orientace a učení, potřeba nové zkušenosti** – rozvíjí sociální kompetence, přináší nové zkušenosti v oblasti sebehodnocení
- **Potřeba citové jistoty**- uspokojení potřeby intimity a citové akceptace
- **Potřeba seberealizace**
 - sebestpotvrzení, důkaz kvality jedince
 - potvrzuje normalitu jedince
- **potřeba otevřené budoucnosti** – představa dalšího společného života, manželství, rodičovství

Rodičovství může všechny základní potřeby uspokojovat a stejně tak může jejich uspokojení bránit

- **potřeba citové vazby** – dítě je vděčným objektem citového vztahu, přijímá city svých rodičů a oplácí je
- **potřeba nových zážitků, zkušeností**
- **potřeba seberealizace** – schopnost mít potomstvo potvrzuje normalitu dospělého člověka na biologické a psychosociální úrovni
- **potřeba smyslu existence** -
- **potřeba otevřené budoucnosti** – dítě je pokračování života svých rodičů

VIII. Období dospělosti

Stárnutí se projevuje změnou v pojetí intimity i generativity:

- **Potřeba intimity** staršího člověka je více zaměřena na sdílení, jistotu akceptace a podpory – lépe ji mohou uspokojovat trvalé a stabilní vztahy, nová zkušenost přestává být atraktivní

- **Potřeba generativity** je zaměřena na rozvoj další generace a na předání zkušeností.- stárnoucí člověk si potřebuje potvrdit význam své pozice v rámci generační kontinuity

Naplňování potřeb z hlediska profesního

- **Potřeba stimulace a učení** – nezáměr o nové podněty, přednost stereotyp a rutina.
- **Potřeba zázemí, jistoty a bezpečí** – klid a pohoda má větší význam než jiné hodnoty
- **Potřeba seberealizace** – usiluje ve větší míře o potvrzení vlastní hodnoty ve smyslu důrazu na spolehlivost, stabilní výkonnost a zkušenost. Jeho seberealizace se projevuje i tendencí předávat zkušenosti.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** – představa budoucnosti je spojena s odchodem do důchodu

Psychické potřeby v období starší dospělosti může nějakým způsobem ovlivňovat i manželství, partnerství vlastního dítěte

- **Potřeba stimulace** – z omezení kontaktu vyplývá pocit prázdnoty, naopak ze společného soužití vzniká riziko nadměrné stimulace.
- **Potřeba orientace** – snaha mladým manželům porozumět, vzniká riziko nepochopení, tendence radit a zasahovat tam, kde to není žádoucí.
- **Potřeba citové jistoty** – mnohdy neuspokojena, žárlivost na partnera svého dítěte
- **Potřeba seberealizace** – mnohdy neuspokojena z důvodu ztráty pocitu užitečnosti
- **Potřeba otevřené budoucnosti** – zaměřeno na prarodičovskou roli, narození zdravého vnoučete uspokojuje mnohé psychické potřeby prarodiče

IX. Období stáří

S postupem stárnutí, v důsledku ubývání všech kompetencí, může dojít k úpadku všech projevů vůle, k rezignaci a apatii.

Stáří je charakteristické poklesem potřeby změny a vzestupem potřeby jistoty a stability. Prožívání změn daných stářím a adaptace na toto období je spojena s větší koncentrací na vlastní potřeby. V období stáří se mění zaměření těchto potřeb a jejich subjektivní význam:

- **Potřeba stimulace** je snížena, starý člověk dává přednost stereotypu, nové informace jej zatěžují a vyvolávají pocit ohrožení. Změny mohou navozovat pocit dezorientace. Uvědomění, že mladším nerozumí a nestačí jejich tempu.
- **Potřeba citové jistoty a bezpečí** se zvyšuje – starý člověk se cítí mnohem více ohrožen a někdy nejde jen o přecitlivělost, ale o reálné riziko – např. onemocnění, ovdovění. Jistota a bezpečí se stává významnější hodnotou, než byla dřív.
- **Potřeba seberealizace** může být frustrována odchodem do důchodu. Starý člověk se může tomuto pocitu bránit sebepotvrzováním pomocí různých aktivit, popřípadě zdůrazňováním své minulé činnosti. Potřeba seberealizace je tak uspokojována alespoň symbolicky, v rámci vzpomínek.
- **Potřeba otevřené budoucnosti** – strach z nemoci, z opuštěnosti, i ze smrti. Přijatelná představa vlastní budoucnosti bývá založena na kompromisu, který klade důraz na zachování sebeúcty.

Problémové chování

termín Problémové chování byl definován takto

„jedná se o kulturně abnormální chování takového stupně, frekvence a trvání, že bude pravděpodobně fyzická bezpečnost daného člověka nebo jiných lidí, nebo chování,

v jehož důsledku pravděpodobně dojde k výraznému omezení nebo zakázání přístupu

k běžnému společnému vybavení“

Emerson 1995

Co je problémové chování

- agrese a násilí
- ničení majetku
- pokusy o sebepoškozování nebo sebevraždu
- verbální napadení
- výhružky
- pokřikování
- lhaní
- vykonávání tělesných potřeb na veřejnosti
- chování bez sexuálních zábran
- krádeže
- žalování na druhé
- zneužívání návykových látek
- časté vyžadování pozornosti ze strany personál /lékařů
- plivání
- rozmazávání exkrementů nebo jejich strkaní do kapes
- zastrašování
- rozeštvávání zaměstnanců / manipulace
- schovávání se
- křivé obviňování
- negativismus a apatie
- obtěžování / dotírání
- atd

Možné příčiny problémového chování

Vnitřní	Vnější	Mezilidské
Duševní zdraví Epilepsie Potíže se sluchem či zrakem Kognitivní (poznávací) schopnosti Dieta Tělesné postižení Vedlejší účinky léků Bolest Zneužívání návykových látek Závislost Fenotypy (soubor všech pozorovaných vlastností) chování	Hluk Teplota Přelidněnost Osvětlení Nedostatečná / přílišná stimulace Barvy Zasedací pořádek Sterilní prostředí Nepředvídatelné zvyky Nedostatečné pochopení ošetřov. Nerespektování soukromí Osobní prostor Zdroje – peníze , fyzická síla, přístroje Restriktivní / kontrolované prostředí Zneužívání - fyzické - sexuální - emocionální - finanční Předvídatelnost	Poškození smyslového vnímání Problémy s komunikací Nedostatečné oceňování Kultura a víra Postoje, očekávání a zkušenosti Pozornost Zklamání Strach Naučené chování Nízké sebevědomí Frustrace (zklamání)

Metody posuzování problémového chování

- 1) Pohovory – s daným klientem a s lidmi, kteří ho znají nejlépe (rodina, přátelé, oš. prak.lékař, zdrav. sestra, pečovatelka, oš. personál a celý pracovní tým – záznamy
- 2) pozorování – přímé po delší období - neformální / formální
cílené / náhodné - záznamy

Osobní bezpečnost

- Znáš dostatečně klienty ?
- Jak budu reagovat na agresivní chování některého z nich?
- Kdo mi může poskytnout okamžitou podporu?
- Jak vyhlásím poplach?

- Zním z tohoto místa únikovou cestu?
- Informoval jsem sloužící pers. o tom, kde se budu pohybovat, a o svém přibližném časovém rozvrhu?
- *oděv a vzhled*
- *držení těla a stanoviště*
- *bezpečný odstup*

Fyzická intervence

Definice

„ Jakákoliv metoda reagování na problémové chování, která zahrnuje využití určitého stupně přímé fyzické síly k omezení pohybu či mobility.

Předpokládá se, že osoba, vůči které je síla uplatňována, klade odpor.“

Formy fyzické intervence – zásahu

- zabránění člověku v chůzi za použití ruky, držení
 - Př. kladná - zabránění vstupu do vozovky
 - záporná - úmyslně postavená překážka – židle atd.
- zabránění člověku, který se rozhodl opustit určitý prostor.
 - Př.kladná - skok z okna
 - záporná – zabránění chůze z denní místnosti do ložnice

Právní aspekt

Jakákoli intervence může být důvodem k obvinění:

- **z napadení**
- **napadení a ublížení na zdraví**
- **nebo omezování osobní svobody**

Pokud je použití fyzické intervence nezbytné, musí být rozumné vzhledem k dané situaci a síly musí být použito v nejmenší míře nutné k zabránění nebezpečí hrozícího klientovi nebo dalším osobám.

Pečlivě zdokumentováno

Kdy použít fyzickou intervenci?

zabránit - ublížení na zdraví – samotnému klientovi

- nám – oš.personálu

- okolí – ostatním klientům

- ničení majetku - vlastního

- cizího

Jméno	Prostředí	Datum	Čas	Místo
Příčina		Popište co dělal dotyčný před incidentem		
Kdo byl v době incidentu přítomen v daném prostoru:				
Chování	začátek	konec	Popište jeho chování během incidentu	

Důsledek	Popište co se stalo bezprostředně poté.Co dělal dotyčný klient? Co dělal oš.personál?
Popište jakákoliv zranění, která dotyčný způsobil sobě nebo jiným a škody na majetku a zařízení.	
Popište všechny ostatní faktory, které by mohly být v souvislosti s inc. Relevantní., změna léků, záchvat, návštěva atd.	

Model průběhu agresivních incidentů z hlediska času a intenzity

včasný zásah
krizová

reaktivní
management

post-
intervence

prevence



De – eskalace

„Složitý interaktivní proces, ve kterém je pacient přesměrován do klidnějšího

osobního prostoru“

Stevenson 1991

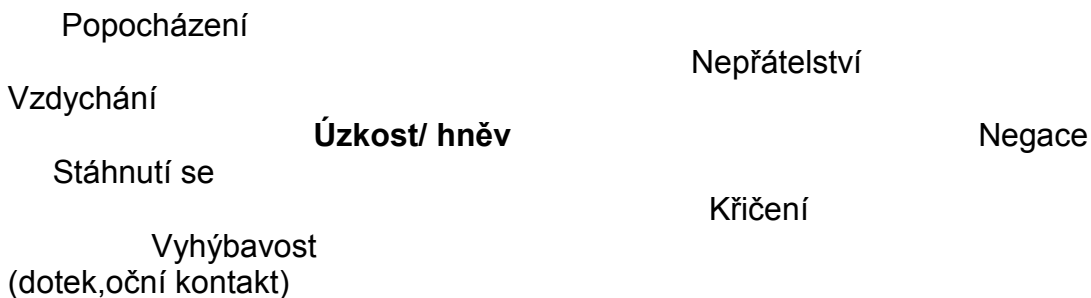
Při jejím používání je třeba využít

- Slovní reakce
- Nonverbální reakce

Je velice potřebné, aby byly zaměstnanci proškoleni v otázkách de-eskalace potenciálně násilných situací.

MZ ve své směrnici o restriktivních fyzických intervencích (červenec 2002) stanovuje, aby použití restriktivní fyzické intervence bylo minimalizováno zavedením preventivních strategií, které zahrnují „využití zmírňovacích technik k zabránění jakékoli další eskalaci“

De-eskalace během stádia úzkosti a hněvu



Cíle

- posouzení emočního stavu klienta
- identifikace hlavních spouštěcích faktorů
- snížení úzkosti / hněvu
- udržování verbální interakce – komunikace
- řešení problému

Aktivní naslouchání

Jaké máme možnosti dát najevo kl., že nás zajímá, že mu nasloucháme, že jsme na příjmu?

- 1) Klademe otázky – dáváme mu prostor na to, aby je mohl zodpovědět a promýšlet
- 2) Vyslechneme ho

To jsou ty nejzřejmější odpovědi, které nás napadnou. Jak ještě jinak ale můžeme dát kl. Najevo, že nás zajímá, co nám říká, že mu nasloucháme + pracovat s tím, jak se bude dál rozhovor vyvíjet?

K tomu slouží techniky aktivního naslouchání:

- **oceňování**
- **zrcadlení pocitů**
- **parafrázování**
- **shrnování**

Oceňování – jde o to ocenit cokoli, co lze, kdyby to bylo „jen“to, že přišel, že to ještě nevzdal – vyjadřuji mu tím i respekt + zplnomocňuji ho, dávám najevo, že ještě to má ve svých rukách

Zrcadlení pocitů – zde jde o to všimnout si a pojmenovat emoce,. Které kl. dává najevo – „to pro vás asi muselo být velké zklamání, když....“ To jste asi musela být hodně rozzlobená, že jste měla zbytečnou cestu...“

Cílem zde je dát klientovi najevo porozumění pro jeho prožívání (což neznamená, že zároveň schvalujete jeho jednání)

Parafrázování - „rozumím tomu dobře tak, že byste si přál, aby...“ Takže vy říkáte, že kdyby nebylo dětí, tak už byste se dávno s mužem rozvedla?“ L“ze

použít vlastních slov a nebo i slov klientových – „Takže vy jste řekl manželce, že kdybyste měl přijít o děti, tak byste skočil pod vlak, rozuměla jsem tomu tak dobře? Je to tak? – a kl. buď to popře, třeba že to bylo jen v afektu, a nebo naopak potvrdí a můžeme o tom dál mluvit.

Cíl: dát najevo porozumění + možnost ověřit si, zda mluvíme oba o tomtéž, zda jsme porozuměli dobře.

(Aktivní naslouchání)

Shrnování – na konci, ale i v průběhu rozhovoru, zvláště když klient přichází s mnoha tématy... „takže vy říkáte, že problémy jsou—ta a ty. Co z toho bychom teď měli začít spolu řešit, na čem dnes pracovat?“ (to v průběhu)

A na konci: „mluvili jsme o tom a o tom, dohodli jsme to a to, já udělám do příště toto, vy toto,“ Klient je kompetentní v tom a v tom, pracovník v tom a tom – možno zapsat, dát kopii.

Cílem – ujednotit závěry, úkoly, mít na co navázat příště.

Vhodné kromě výkladu je doplnit cvičením: utvořit trojice, vybrat nějaký svůj drobný problém, který běžně ventilují.

Jeden je v roli pracovníka, který vede rozhovor, druhý v roli klienta a třetí je pozorovatel, který hlídá čas, všímá si použití jednotlivých technik + uvažuje o alternativách. Trvání: 10 minut, pak se průběh rozhovoru probere ve společné diskusi.

Poznámky k workshopu – Ger de la Haye

A. Poznámky

- ke vztahu mezi jedincem a sociálním kontextem
- kontrola poskytne určitý klid a jistotu
- ztráta kontroly může způsobit paniku
- ke vztahu mezi příčinami a následky
- ke vztahu mezi úsilím a výsledky

B. Důležité otázky – k poruchovému chování

1. Vnímají všichni pracovníci, kteří mají zkušenosti s poruchovým chováním klienta, toto jeho chování jako problém?
2. Jedná se skutečně o poruchové chování nebo máme co do činění s jiným problémem?
3. Vzniká potřeba znovu definovat poruchové chování?
4. Máme co do činění s poruchovým chováním anebo s poruchovým vnímáním normálního chování?
5. Je k dispozici analýza poruchového chování klienta?
6. Je možné, že příčinou poruchového chování je zdravotní problém?
7. Je možné, že příčinou poruchového chování je psychiatrický aspekt?
8. Je možné, že existují příčinné souvislosti mezi poruchovým chováním klienta a jeho fyzickým prostředím?
9. Je možné, že existují příčinné souvislosti mezi poruchovým chováním klienta a ostatními členy skupiny, ve které žije?
10. Je možné, že existují příčinné souvislosti mezi poruchovým chováním klienta a přístupem k němu?
11. Je možné, že existují příčinné souvislosti mezi poruchovým chováním klienta a denními či týdenními činnostmi v programu klienta?
12. Potřebuje klient speciální druh terapie?

C.Kruh

1. Definovat problém
2. Sběr informací a stanovení diagnózy
3. Plánování péče a dosažených cílů
4. Systematické provádění plánů péče
5. Zhodnocení

Nový kruh:

1. Znovu definovat problém
2. Sběr informací a úprava diagnózy
3. Úprava plánu péče a nových cílů, které mají být dosaženy
4. Systematický výkon upraveného plánu péče
5. Zhodnocení

Nový kruh

1. ATD

6 fází metodického cyklu Uceleného rehabilitačního přístupu: Fáze rehabilitačního procesu

1. Fáze orientace a tvoření vztahu

- *Úvod, vstup* budoucího klienta, tento člověk se dozví o službě a zatelefonuje. Nejde ještě o fyzické setkání.
- *První kontakt*, cca 3 první schůzky, kde se seznamujeme a nezávazně povídáme o nabídce služby a potřebě klienta.
- *Položení základů pro budování vztahu*, budujeme důvěryhodný vztah.
- *Vzájemné poznávání*; podmíněné tím, co považuje klient za důležité (*osobní kritéria*, přání, potřeby týkající se vlastní kvality života)

2. Fáze mapování

Mapujeme po krocích:

- a) *přání/potřeby pro podporu*
- b) *osobní kritéria*

- c) možnosti a omezení klienta
- d) potřebné a nutné zdroje
- e) možnosti a omezení prostředí, okolí.

Výsledek je zodpovězení těchto otázek:

1. *Jaká má klient přání?*
2. *S jakými překážkami má klient zkušenost, co je původem těchto překážek?
Jaká je souvislost mezi těmito překážkami?*
3. *Jakou podporu vyžaduje klient ve vztahu ke svému přání nebo zranitelnost?
S jakými překážkami potřebuje pomoci nebo v čem potřebuje podpořit?*
4. *Co považuje klient za důležité, k tomu aby uskutečnil své přání?*
5. *Jaké schopnosti má klient (silné stránky, motivace)? Zde nutné užít i omezení klienta pro vyváženost obou.*
6. *Jaké jsou žádoucí a nutné zdroje?*

Pasti:

1. Klientovo přání není užíváno jako základ!
2. Klientovo přání je bráno jako základní, ale není zkoumáno dál!
3. Klientovo přání je bráno doslova. Nutné zkoumat smysl, obsah přání.
4. Podpora se zapomene formulovat nebo pojmenovat.
5. Shromažďujeme informace pouze o určitém přání, ne o možných dalších potřebách.
6. Informace o klientových schopnostech nejsou shromážděny, jsou shromážděny pouze informace o klientových omezeních a problémech. A naopak!!!
7. Členové rodiny nebo jiní důležití lidé v sociální síti klienta jsou přehlíženi.
8. postižení je viděno jako definitivní a nepřekonatelná překážka.

3. Fáze stanovování cíle

Formulujeme *Dlouhodobé cíle, překážky* v jejich dosažení, a pro jejich překonání stanovujeme *Krátkodobé cíle*, které mají tyto kritéria:

1. **Cíl je zaměřen na *rozhodnutí, získání* nebo *udržení* žádoucí situace;**

2. Cíl je zaměřen na *blízkou budoucnost*;
3. Cíl je *srozumitelně a jasně formulován*;
4. Cíl je *formulován v konkrétních a měřitelných termínech*.

Pasti:

1. Cíle jsou formulovány pouze z perspektivy služeb nebo není jasné z čí perspektivy jsou formulovány.
2. Cíl přímo obsahuje klientovo přání, zatímco skutečná potřeba zůstane skryta. Pastí je, že pracovník nebude schopen přijít na cíl, který je realizovatelný v jistém čase, pokud použije pouhé interpretace klientova přání.
3. *Dlouhodobý cíl* je negativně formulován: „*Nemít problémy se sousedy.*“
4. *Krátkodobý cíl* nesouvisí s *dlouhodobým cílem*. Např. *dlouhodobý cíl* je orientován na *udržení práce v chráněné dílně*, zatímco *krátkodobý cíl* směřuje ke *zvýšení vlastních dovedností*, např. „*naučím se vařit*“.
5. (*Krátkodobý*) cíl je zaměřen na vnitřní intrapsychické změny klienta.

4. Fáze plánování

Plán podpory rozdělujeme na *Dlouhodobý plán*, jež se týká *dlouhodobého cíle*, a *Krátkodobý plán*, jež se týká *překážek a krátkodobých cílů*. *Krátkodobý plán* musí obsahovat princip *C+4K+J+P*, tj. *Co, Kdo, Kde, Kdy, Kolik času (odkdy dokdy), Jak a Proč*.

Pasti:

1. Plán není vytvořen podle tempa klienta. Když plán či my jdeme rychleji nebo pomaleji, proces začne stagnovat.

2. *Plán podpory* je vypracováván v nejobecnější variantě.
3. Jsou vytvořeny jen *krátkodobé plány*.
4. Kroky v plánu jsou příliš velké.

5. Fáze provádění

Propojujeme tři dimenze PSR: *Vztah, Služba a Čas*.

Pasti:

1. Pracovník se příliš věnuje provádění aktivit z plánu a ztrácí pohled na vztah.
2. Pracovník se příliš věnuje vztahu a ztrácí kontinuitu s aktivitami v plánu.
3. Pracovník se příliš věnuje provádění aktivit z plánu a ztrácí pohled na změny cílů či kroků. Plán je nástroj, ne dogma.
4. Pracovník nevytváří dostatek motivačních aktivit a motivačních rolí klienta.

6. Fáze reflexe a ukončení

Kritéria reflexe a 2 cíle reflexe:

1. Co bylo dohodnuto na začátku?
2. Cokoli se stalo, bylo to provedeno dobře?
3. Dosáhli jsme toho, čeho jsme chtěli dosáhnout?

První cíl – *reflexe procesu ve třech dimenzích:*

4. Vztah: Jaká je kvalita vztahu? Změnil se za uplynulou dobu? Jaká je kvalita komunikace? Jak se cítíme v tomto vztahu?

5. Služba: Souvisí plán s požadavky, potřebami, schopnostmi a omezeními?
Bylo možné využít 5 pilířů PSR? Odpovídala služba podpory na potřeby klienta?
6. Čas: Kolik bylo času na jednotlivé činnosti, na vztah a aktivity? Co bylo rychle/pomalou? Přizpůsobili jsme se tempu a času klienta?

Druhý cíl – *hodnocení výsledku, dosažení cílů*:

7. Byly cíle dobře formulovány?
8. Byly cíle dosaženy?
9. Jestliže byly dosaženy, které vlivy hrály největší roli?
10. Jestliže nebyly či jen částečně dosaženy, které zdroje a role byly využity?

Pasti:

1. *Reflexe a hodnocení* je prováděno (převážně) pracovníkem a klient a/nebo rodina (nebo ostatní) nejsou dostatečně zapojeni.
2. *Reflexe* probíhá podle *osobních kritérií pracovníka*. Past vznikla ve fázi, kdy jsme stanovovali cíle a nebrali klientova přání a *osobní kriteria* v úvahu.
3. Hodnotíme, co bylo špatně a co dobře místo toho, abychom reflektovali, jak proces probíhal.
4. *Reflexe* je příliš směřována na výsledek nebo příliš málo na proces (anebo opačně). *Kvalita procesu je určována stupněm těchto dvou aspektů*:
 - *Vztah klienta a pracovníka.*
 - *Zda služby vzaly na vědomí tempo klienta a přizpůsobily se mu.*

Omezení osobní svobody klienta z pohledu práva

Omezení osobní svobody klienta upravují:

- Listina základních práv a svobod (vyhlášená pod č. 2/1993 Sb.)
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně (sdělení MZV č. 96/2001 Sb.m.s.)
- Zákon č. 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 140/1991 Sb., trestní zákon
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Český právní řád vychází z principu, že osobní svoboda každého je zaručena, proto zásahy do osobní svobody lze činit pouze v případech a za podmínek výslovně zákonem vyjmenovaných.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanoví, že jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba dala svobodný a informovaný souhlas. Tento princip lze porušit pouze v některých případech např. může být proveden zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas (z důvodu duševního zdraví či nemoci), pouze je-li to k přímému prospěchu.

Zákon o péči o zdraví lidu § 23 obdobně a podrobněji určuje, že vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat.

Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného do ústavní péče, mj.:

- jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí anebo
- není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.

V souladu s tímto zákonem lze tedy činit opatření dočasně omezující osobní svobodu klienta (např. upoutání k lůžku) pouze ve čtyřech případech:

- klient k takovému zákroku dal svobodný souhlas (na základě informací o povaze tohoto opatření),
- lze předpokládat, že by klient s takovým opatřením souhlasil a neprojevuje nesouhlas,
- klient jeví známky duševní choroby či intoxikace (nemusí trpět duševní chorobou či být intoxikován, pouze jeví známky takového stavu) a zároveň ohrožuje sebe a své okolí,
- z důvodu zdravotního stavu klienta od něj nelze vyžádat souhlas a jde o neodkladný výkon, který je nutný k záchraně života či zdraví.

Zárok, který by omezoval svobodu klienta a byl by v rozporu s výše uvedenými ustanoveními, by byl považován za trestný čin podle § 231 trestního zákona.

Výjimkou jsou stavy tzv. krajní nouze, kdy se činem odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem (např. lidský život či zdraví) nebo nebezpečí nelze za daných okolností odvrátit jiným, dovoleným způsobem. Způsobený následek nesmí být stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil.

Komentář

k zákonu č. 218/2005 Sb., kterým se mění zákon 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), zákon č.462/1991 Sb., o životním minimu, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č.117/1995 sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

§ 89 a

(1) Při poskytování ústavní sociální péče podle § 87 a 89 nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž je ústavní sociální péče poskytována, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou.

(2) Ústav sociální péče je povinen o použití **opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu**

a) zákonného zástupce osoby, které je ústavní sociální péče poskytována,

b) zřizovatele zařízení.

(3) Ústav sociální péče je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu

a) jméno, příjmení a datum narození osoby, které je ústavní sociální péče poskytována,

b) datum a čas počátku použití opatření omezujícího pohyb osob,

c) důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,

d) jméno a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila,

e) informace, zda bylo opatření omezující pohyb osob použito na základě předchozí indikace lékařem,

f) vyjádření lékaře v případech, kdy k použití opatření omezujícího pohyb osob došlo bez předchozí indikace lékařem,

g) datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,

h) záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 2."

Vzhledem k postupující humanizaci společnosti a zvyšujícím se nárokům na důstojnost uživatelů poskytovaných služeb a v harmonizaci přístupů se zeměmi evropského společenství bylo z iniciativy Ministerstva práce a sociálních věcí ČR přistoupeno v historii poprvé k nastavení limitů omezování pohybu uživatelů sociálních služeb.

Nastavení pravidel požadovaly kompetentní orgány EU s oprávněnou kritikou jejich absence v zařízeních sociální péče v ČR. MPSV vycházelo při tvorbě znění předpisu jak ze snahy ochránit uživatele před zneužíváním prostředků omezujících pohyb, tak ze snahy ochránit pracovníky zařízení sociální péče před nemožností kompetentně zasáhnout v situaci zvýšené agresivity uživatelů.

Restriktivní (omezující) prostředky (opatření) dosud byly používány v zařízeních sociální péče bez zjevné kontroly, a to i v situacích, kdy k ohrožení života či zdraví přímo nedocházelo.

Opatření omezující pohyb osob jsou všechna opatření, která zamezí člověku svobodně a bez omezení se pohybovat v rámci zařízení. Zamezí mu svobodně opustit lůžko, místnost apod. a omezí tak svobodný projev jeho vůle. Jsou známy prostředky mechanické, fyzické a chemické.

Fyzické (úchopy, držení rukama) – nejsou zneužitelné k prevenci ani k trestu, ani k úlevě v práci personálu, ale musí být profesionální a šetrné. Odbor sociálních služeb pořádá kurz , ve kterém se odborníci z řad sociálních služeb mimo jiné učí pravidlům šetrné sebeobraně, tato metodika byla vyvinuta právě pro situace nutných zásahů v zařízeních sociální péče.

Mechanické - zejména kurty, řemeny, svěrací kazajky, klecová lůžka, izolační místnosti, zamčené dveře a všechny další mechanické zábrany volného pohybu člověka.

Chemické - např. neuroleptika, hypnotika.

K omezení pohybu uživatele lze přistoupit pouze tehdy, když byly bez úspěšného výsledku vyzkoušeny všechny ostatní možné strategie pro zabránění takovému jednání uživatele, kterým ohrožuje zdraví či život svůj nebo jiné osoby a rizika vyplývající z neomezení pohybu uživatele jsou větší než rizika vyplývající z jeho omezení. V případě použití omezovacího opatření v situaci, kdy není nutné chránit zdraví či život člověka, dochází k tomuto použití v rozporu s jeho lidskými právy.

Opatření omezující pohyb člověka musí být použito pouze za odborného dohledu lékaře, který uživateli průběžně poskytuje léčebnou péči a může být použito jen na dobu nezbytně nutnou. Dobou nezbytně nutnou se rozumí doba, po kterou trvá situace ohrožení života či zdraví uživatele či jiné osoby.

Rozsah a povaha omezení musí být přiměřená míře aktuálního ohrožení a individualitě uživatele a musí být ukončeno hned jak pomine situace ohrožení.

O použití opatření omezujícího pohyb uživatele informuje zařízení zřizovatele zařízení bez zbytečného odkladu. Způsob a pravidla podávání informací je věcí dohody mezi zřizovatelem a poskytovatelem služby.

O použití opatření omezujícího pohyb uživatele informuje poskytovatel bez zbytečného odkladu zákonného zástupce uživatele. Způsob a pravidla podávání informací je věcí dohody mezi poskytovatelem služby a zákonným zástupcem uživatele služby.

Odbor sociálních služeb připravuje podpůrnou metodiku, zahrnující i formuláře pro evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob.

K prevenci situací, které by mohly vést k nutnosti omezit pohyb uživatele s cílem ochránit jeho zdraví či život patří :

- analýza individuálních potřeb uživatele a naplňování těchto potřeb
- vytvoření individuálního plánu péče pro uživatele, jejich pravidelné týmové zhodnocování a důsledné naplňování
- zajištění stejných přístupů k uživateli všemi pracovníky v situacích, které by mohly vést nebo vedou k užití opatření omezujícího pohyb uživatele
- strategie de-eskalace nebo „zmírňování,“ které mohou odvrátit potřebu užití opatření omezujících pohyb pro uživatele
- zajištění vzdělávání pracovníků v péči o uživatele s rizikem v chování

- zavádění standardů kvality do zařízení
- posílení množství a odbornosti pracovníků v zařízení s ohledem na umístění uživatelů s problémovým chováním
- zajištění kvalitní diagnostiky pro uživatele a její revize
- vytváření příležitostí pro uživatele k zapojení do smysluplných aktivit, které zahrnují možnost volby a pocit z úspěšného splnění úkolu

Uživateli, který je vystaven situaci použití opatření omezujícího pohyb osob, je nutné poskytnout zvýšenou odbornou péči, revidovat způsob poskytované péče a hledat možnosti a způsoby zkvalitnění péče v souladu s jeho potřebami.

Pravidla šetrné sebeobran

Materiál je určen pro účastníky a absolventy kurzu “Zvládání agresivity uživatelů sociálních služeb v souladu s lidskými právy”.

Obecné zásady

- Zařízení musí mít písemně zpracována pravidla používání fyzických zásahů. S těmito pravidly musí být klient seznámen před příchodem do zařízení. Uživatel by měl tyto postupy chápat a souhlasit s nimi.
- U klientů, u kterých se objevuje zvýšené riziko agresivního jednání, má zařízení zpracován individuální plán prevence a krizový plán jednání v krizových situacích
- Nedokáže-li klient dát kvalifikovaný souhlas, postupuje se podle této metodiky a v nejlepším zájmu klienta.

Pravidla zásahu

- Fyzické zásahy se používají v aktuální situaci ohrožení zdraví nebo života klienta či jiné osoby.
- Cílem je uklidnit klienta, vytvořit klientovi pocit, že to co konáme, je ve snaze mu pomoci.
- Fyzické zásahy jsou jedním z krajních opatření. Snižování napětí uživatelů je třeba dosahovat především prevencí, přístupem, komunikací, úpravou prostředí, analýzou potřeb, prevencí rizik, individuálním plánováním.
- Správnost provedení zásahu se zvyšuje důkladným vyškolením, nacvičením reakcí a supervizí. Bez takového řádného výcviku nelze správnost zásahů garantovat.
- Za následky svého jednání nese odpovědnost pracovník (pracovníci), který (kteří) zásah provádí (provádějí). Pracovníci postupují především podle pokynů zaměstnavatele pro tyto situace.
- Při zásahu stále udržujeme s klientem slovní kontakt a snažíme se ho uklidnit.
- Základnímu cíli - zklidnění klienta - přizpůsobujeme obsah i způsob slovního projevu - tón, výška, hlasitost, vhodná slova.
- Pokud je u zásahu více osob, vybereme vyjednavče: osobu, které klient důvěřuje.
- Kvalitní zajištění zásahu vyžaduje potřebný počet pracovníků (zpravidla 2 – 5). Bez potřebného počtu pracovníků nemůže být zásah kvalitně a bezpečně proveden v souladu s metodikou. Dostatečný počet pracovníků (vnější pomoc) zajistíme přivoláním (řešení krizových situací).
- Je nezbytné vzít v úvahu fyzický a zdravotní stav klienta.
- V průběhu zásahu se nesnažíme zamezit pohybu klienta, neznehybňujeme. Pohybujeme se s klientem.
- Při zásahu si stále uvědomujeme, zda chráníme citlivá a pro zranění riziková místa těla klienta (hrudník, prsa – nesmíme zabránit volnému dýchání, smysly – oči, uši, pusa, nos, vnitřní strana ruky – možnost vzniku podlitin, ledviny – bolestivé, vnitřní strana kolena, prostor pod kotníky – možnost protlačení).
- Při zásahu také zpravidla nezakrýváme klientovi oči a uši, neboť hrozí riziko, že propadne panice a jeho stav agrese se ještě zhorší.

- Je velmi vhodné, aby u zásahu byla přítomna osoba stejného pohlaví jako je klient. Zvýší se tím pocit klientova bezpečí a důstojnosti.
- Doba fyzického zásahu by neměla přesáhnout 7 - 8 minut.
- Při zásahu využíváme vlastní kinetické energie, kinetické energie klienta a momentu překvapení.
- Rychlost a přesnost provedení zásahu zvyšuje efektivitu, důstojnost a bezpečí uživatele.
- Při zásahu neustále vyhodnocujeme situaci a snažíme se odstranit příčinu agrese klienta (např. odstranění zdroje agrese – další osoby, opuštění místa agrese...).
- Problémovému jednání předcházíme především kvalitní prevencí.
- Každý zásah je po skončení zdokumentován, provedena analýza situace a přijata preventivní či jiná opatření.

Bezpečný kontakt a přístup

- Příchod ke klientovi volíme vždy z boku, pracovníci zády k sobě - jednak se přibližujeme natočení svým bokem a jednak přicházíme ze strany klienta. Bočním postavením (nastavujeme bok + hýždě) si chráníme citlivé části těla před kopnutím.
- Zároveň přicházíme s otevřenými dlaněmi, aby klient viděl, že nepřicházíme ozbrojeni. Svým způsobem otevřené dlaně "demonstrujeme". (Foto č.1).
- První kontakt s klientem směřujeme k jeho lokti: loket kryjeme dlaní bližší ruky. Svou dlaní obejmeme jamku lokte klienta, palec leží těsně nad loketním kloubem. (Foto č.2,3).

Práce s klientem, který sedí

(dovednosti zásahu)

- Kryjeme dlaní loket. Posadíme se co nejtěsněji na připravené židle. (Foto č.4,5). Mírně rozkročenýma nohama zvýšíme stabilitu svého těla. Vnitřní ruku položíme na hřbet ruky a přitlačíme dlaň uživatele na jeho koleno (Foto č.6). Pokud je klient již zklidněný, můžeme jeho loket pustit. (Foto č.7). Pokud nikoliv, pokračujeme ve stabilizaci neklidného klienta: **fáze 1** - vlastním předloktím fixujeme předloktí klientovy ruky, vnější ruku uvolníme. Klientův

pohyb dále omezujeme tak, že k němu přitiskneme vlastní rameno, bok, koleno a vnější strany nártu.

- Volnou rukou můžeme v případě potřeby omezit pohyb hlavy.
- Pokud je klient neklidný, dosud použité prostředky nestačí a hrozí vytržení ruky: **fáze 2** - znovu uchopíme vnější rukou loket (Foto č.8) a vnitřní ruku podsuneme pod loket klienta a položíme na zápěstí (Foto č.9,10). Nestačí-li to, pak použijeme **fázi 3** - ruku klienta zasuneme směrem dozadu (do své podpažní jamky) – (Foto č.11) a zafixujeme uchopením pěsti klienta svou vnější rukou (dlaň obepíná pěst klienta a brání pohybu vpřed). (Foto č.12,13). Pokud klient vyrazí rukou dopředu, opět svou vnější rukou blokuje loket – fáze 2 (Foto č.14). Pohyb určuje klient, my ho jen činím bezpečným.
Pozn. – u hyperkinetických klientů (Downův syndrom) existuje riziko vykloubení ramene – nelze ho zcela vyloučit, je však dobré mu alespoň částečně předcházet (fixace vlastními rameny zezadu)
- Pokud klient je neklidný a kope: ruce ve fázi 3, bráníme rizikům pohybu dolních končetin tím, že venkovní ruku přiložíme na své vnitřní koleno, čímž dlaní vytvoříme zábranu v pohybu (v místě kolen klienta). (Foto č.15). Zvedáním a klesáním vlastní nohy opisujeme pohyb klientových nohou. Když jde klientova noha nahoru, zvedáme svou nohu s dlaní (Foto č.16).
- Pokud se klient předklání a zaklání: kopírujeme jeho pohyby a vnější rukou zajišťujeme hlavu v bezpečí před zraněním úderem (vždy v horní třetině hlavy, nad uchem). Ramenem bráníme klientovi v zaklonění dozadu, kde by se mohl případně zranit (Foto č.17).
- Fixace hlavy třetí osobou: přicházíme z boku, své koleno vsuneme mezi koleno klienta a pracovníka (Foto č.18), bližší ruku přiložíme za hlavu klienta, druhou na čelo (Foto č.19,20). Hlavu klienta případně zapřeme o svou paži – kryjeme všechny čtyři „roh“ hlavy (Foto č.21).
- Jak se klient postupně zklidňuje, volíme opačný postup - bezpečným způsobem opouštíme postavení (vrátíme dlaň na kolena, uvolníme dlaň, přidržíme jen loket, vstáváme za stálého držení lokte, odcházíme opět bokem od klienta. Komunikací a pozorováním sledujeme, zda uživatel je zklidněný.
- Důležité: nechceme a nesnažíme se dostat klienta do předklonu

Práce s klientem, který stojí (jde)

(dovednosti zásahu)

- Ke klientovi přicházíme za bezpečných podmínek, které byly popsány výše (Foto č.22), ruce fixujeme ihned do fáze 2
- Ve stoji zaujmeme rozkročený postoj, který zvyšuje naši stabilitu. Nohy fixují pohyb nohou klienta do stran (Foto č.23).
- V případě potřeby přejdeme do fáze 3 (Foto č.24).
- Pokud chce klient chodit: umožňujeme mu tento pohyb. Kopírujeme tedy vlastními pohyby pohyb klienta (Foto č.25).
- Pokud hrozí riziko, že klient sobě nebo nám ublíží hlavou, a nejsme schopni sami volnou rukou fixovat hlavu klienta (Foto č.26), přistupuje třetí osoba a postupuje stejně jako v sedě, s výjimkou vsunutí kolene, jen zaujímá stabilní postoj. Hlavu fixujeme vždy zepředu (Foto č.27). (Při fixaci zezadu hrozí riziko poranění páteře, rovněž se snižuje pocit bezpečí klienta, neboť dozadu nevidí.)
- Jakmile se klient uklidní, opouštíme polohy v opačném pořadí, jak byly zaujímány, a odcházíme bokem a stranou od klienta. Komunikujeme s klientem a pozorováním ověřujeme, že je zklidněný.

Práce s klientem, který leží na břiše

Obecné: Jsou-li u zásahu tři pracovníci, „vyjednaváč“ se stará o hlavu.

Třetí pracovník u hlavy je vhodný i v případě, že ji není třeba fixovat – zajišťuje komunikaci, kontroluje dýchání apod.

V poloze na břiše je velké nebezpečí dušení – ideální je, opírá-li se klient o lokty.

U lidí z Downovým syndromem je v poloze na břiše s hlavou zakloněnou dozadu značné riziko zapadení jazyka, především pokud klient křičí.

(dovednosti zásahu – **ruce klienta**)

- Přistupujeme ke klientovi z boku, od hlavy (Foto č.28). Vnitřní rukou blokujeme loket klienta proti úderu. Klekneme si vedle klienta (Foto č.29), přejdeme do fáze 2 a zároveň si leháme těsně vedle těla klienta (Foto č.30). V případě

potřeby přecházíme do fáze 3 (Foto č.31). Fáze lze, tak jako v sedě a ve stoje, střídat dle potřeby. Naše ramena fixují tělo, jedna noha končetiny, druhá noha zaujímá stabilní polohu (Foto č.32, 33).

- Pokud se ruka klienta vysmekne do stran, přesunujeme obě své ruce pod loket klienta („motýlek“) a tlačíme si klientovu paži na hrudník, loket do naší podpaždní jamky (Foto č.34).

(dovednosti zásahu - **držení hlavy**)

- Přistupujeme ke klientovi čelem, klekneme si k jeho hlavě, jednou rukou podložíme čelo klienta, druhou rukou držíme klientův týl. Hlavu klienta zapřeme do svých kolen (Foto č.35). Naše ruce fixují hlavu klienta proti zranění – rozhodně klientovi nějak „nepomáháme“ v pohybech hlavy – značné riziko poranění torzí a pod. Vytočí-li klient hlavu do strany, spočívá jedna naše ruka pod hlavou na zemi, ze stran jistíme kolena, shora předloktím - „klec“ (Foto č.36, 37). Necháváme jen minimální rozsah pohybu.

(dovednosti zásahu - **fixování nohou**)

- Přicházíme ke klientovi ze strany, překročíme pracovníka, který nám dělá místo a předklonění směrem k hlavě klienta poklekneme k jeho nohám (Foto č.38, 39). Bližší ruka jde přes lýtka a pod holeně, nalehneme na lýtka klienta, váha spočívá na našem lokti (Foto č.,40,41, 42). Usedneme s nohama směrem k hlavě klienta, zakloníme se dozadu směrem nad jeho paty. V případě potřeby pomáhá nohy fixovat další pracovník, který nám tlačí na ramena a tím nás stabilizuje (Foto č.43). Odchod probíhá zrcadlově. Důležitá je rychlost a přesnost provedení.

Práce s klientem, který leží na zádech

(dovednosti zásahu – **ruce klienta**)

- Přistupujeme ke klientovi z boku (Foto č.44) a zaklekneme k jeho trupu. Ruku klienta držíme mezi kolena nad hrudníkem klienta, shora jistíme svými rukama kolem zápěstí (palce nahoře) (Foto č.45).

(dovednosti zásahu - **držení hlavy**)

- Principiálně stejně jako v poloze na břiše (dovednosti zásahu - **fixování nohou**)
- Fixování nohou je obvykle nezbytné, nohy jsou v poloze na zádech velmi nebezpečné, nejlepší se zdá být postup, kdy pracovník jistící nohy přichází zároveň s těmi, kteří jistí ruce – (Foto č.44) synchronizace a nácvik nezbytné! Nikdy se neobracíme tváří k nohám. Samotná fixace je podobná jako v poloze nad břiše, jen bližší ruka objímá nohy pod stehny (Foto č.46, 47, 48). Velmi vhodný je další pracovník, který zezadu fixuje rukama kotníky. Při odchodu neustále blokuji kolena.

Náhrady pracovníků v zasahujícím týmu

Náhrada pracovníka v týmu zezadu vestoje

- Vnější rukou uchopíme loket klienta, naše vnitřní ruka se podsouvá mezi ruku klienta a pracovníka, kterého nahrazujeme. Tento pracovník mírně ustoupí (učiní úkrok vzad). Potom posuneme ruku na zápěstí klienta, které uchopíme. Pracovník, který pozici opouští, vytahuje ruku, která držela zápěstí. Stále však fixuje pěst klienta svou dlaní. Nakonec i fixaci pěstí pouští a tuto fixaci přebíráme jako poslední část úkonu.

Nebezpečné situace

Při zvládnutí nebezpečných situací je důležitá 1. technika, 2. rychlost, 3. moment překvapení, 4. využití tělesné váhy.

Neméně důležitá je znalost klienta, která umožňuje prevenci nebezpečných situací a také míru ohrožení v konkrétním případě – té podřizujeme intenzitu zásahu

Po úspěšném uvolnění z nebezpečné situace rychle opustíme nepříznivé postavení, z bezpečné vzdálenosti monitorujeme chování klienta a volíme další postup

Situace - uchopení za vlasy

Uchopení za vlasy zepředu

- Postavíme se ke klientovi bokem - zády k jeho volné ruce (Foto č.49). Držíme klientovu ruku pevně na svých vlasech tak, aby nám nemohl vlasy vytrhnout, a to rukou na straně vzdálenější od klienta (Foto č.50). Kopírujeme jeho pohyby a jeho pohybu nebráníme.
- Uvolnění držení vlasů provedeme následovně:
 - Prsty své bližší ruky prudce vrazíme do jeho podpažní jamky (prsty jsou napnuté a u sebe) (Foto č.50).
 - Sevřeme ruku v pěst a klouby prstů zatlačíme mezi klouby prstů klienta na hřbetu ruky (Foto č.52).
 - Sevřeme ruku v pěst a klouby prstů volné ruky převedeme po žebrech klienta (Foto č.51).
 - Zatlačíme na nehet palce či malíčku svým palcem, tlačíme prst do ohnuté pozice (Foto č.53).
 - Protočíme se pod rukou klienta zády k němu – tím mu vyvracíme zápěstí a nutíme uvolnit sevření (Foto č.54).

Uchopení za vlasy zezadu

- V případě, že nedosáhneme na ruku klienta (např. když jsme drženi za dlouhé vlasy, cop apod.), snažíme se alespoň držet své vlasy a zabránit jejich vytrhávání.
- Ze situace se uvolňujeme podobně jako při držení zepředu – natočíme se bokem ke klientovi a použijeme výše uvedené postupy (Foto č.55, 56).

Situace - uchopení za paži

- Ve všech případech držení za paži využíváme tlaku proti nejslabšímu článku úchopu klienta, tedy palci. Začínáme vždy úkrokem vzad, abychom dosáhli stabilního postavení, drží-li nás klient jednou rukou, vysvobozujeme se pohybem těla nebo paže (pohyb v lokti) č.57, 58, 61 do strany směrem k palci

klienta. Při držení oběma rukama vytrhneme paži směrem nahoru nebo dolů podle úchopu, přičemž si můžeme pomoci druhou rukou např. uchopením za pěst (Foto č.59, 60).

Situace - škrcení

Škrcení zepředu nataženýma rukama (Foto č.62)

- Ukročíme jednou nohou vzad a zvedneme protilehlou paži (Foto č.63). Otočíme se celým tělem směrem za dlaní vztyčené paže, využitím kinetické energie těla srazíme paží ruce klienta (Foto č.64) a unikáme z nebezpečné pozice ve směru za rukou

Škrcení u stěny nataženýma rukama (Foto č.65)

- Pokrčíme nohu a zapřeme se jí o zeď (Foto č.66). Klouby prstů sevřené ruky zatlačíme na hrudní kost klienta (Foto č.67 - na hrudní kosti je bolestivé místo, útočník škrcení přeruší), případně ze strany pod žebra (Foto č.68).

Škrcení zepředu loktem (Foto č.68)

- Uchopíme klienta za zápěstí a loket a s vlastním výdechem posuneme jeho předloktí níž, čímž alespoň částečně umožníme dýchání (případně volání o pomoc). Druhou rukou tlačíme na loket klienta, spolu s tahem za zápěstí strhneme předloktí klienta stranou (Foto č.70).

Škrcení zezadu hákem (Foto č.71)

- Oběma rukama uchopíme předloktí a zápěstí klienta a stáhneme alespoň částečně směrem dolů (Foto č.72). Ukročíme vnitřní nohou za klienta na straně škrťící ruky. Ohneme se v pase a natočíme obličejem k tělu klienta (tlak nám nyní nepůsobí na krk, ale na čelist). (Foto č.73). Tlačíme na loket klienta a pokusíme se protáhnout hlavu vzad mezi jeho paží a tělem (Foto č.74).

Škrčení na zemi vleže na zádech (Foto č. 75)

- Klečí-li klient při škrčení vedle nás, přisuneme se k němu nejprve co nejbližší. Pokrčíme nohu na protilehlé straně od klienta (klečí-li obkročmo, volíme stranu dle okolností – např. aby ve směru pádu klienta byl dostatek místa). Zapřeme se nohou a zvedneme pánev (Foto č.76). Bližší ruku natáhneme mezi paží a tělem klienta a položíme ze strany na rameno. Vnější ruku položíme na loket klienta, čím vytvoříme páku (Foto č.77). Zatláčíme na loket a zároveň na rameno, útočník ztrácí stabilitu a padá na bok (Foto č.78).
- Jestliže na nás klient klečí obkročmo a přenáší váhu výrazně na paže, tj. vpřed, můžeme jej také uchopit zespodu za nártu a překlomit směrem přes naši hlavu (Foto č.79,80).

Škrčení na zemi v kleče, vleže na břicho

- Klečíme-li na zemi a klient na nás sedí jako na koni, nejprve nalehneme dopředu čelem na zem, čímž klient ztratí stabilitu. Zapřeme se nohou a prudce zvedneme jednu stranu těla (Foto č.81, 82). Vleže pokrčíme nohu a zvedáme se zapřením o koleno (Foto č.83, 84).

Jiné nebezpečné situace

Útok zepředu pěstí

- Jestliže klient útočí zepředu pěstí, přistupujeme k němu bokem a sledujeme stále pohyb útočící ruky. Úder vyrážím hřbetem ruky či předloktím do strany. Jestliže jsou útoky opakované, střídám bezpečné vzdálenosti – velmi malou a naopak dostatečně velkou (Foto č.85, 86).

Kousnutí

- Zafixujeme hlavu klienta přitlačení v místě, kde je zakousnut, a dezorientujeme jej např. zakrytím očí. Ostře zatlačíme prstem do místa za čelistní kloubní jamkou. Jedná se o bolestivý podnět, na který klient reaguje povoláním stisku (Foto č.87). Také je možné zacpat nos.

Kopnutí

- Především se snažíme dodržovat bezpečnou vzdálenost. Postavíme se bokem ke klientovi a rozkročením zaujmeme stabilní polohu. Kopající noha je vždy zadní. Položíme dlaně na sebe a takto zpevněnými rukama vyrazíme kop do strany.

Další opatření

Vstávání z podložky

- Uvolníme klientovi dlaně, aby se o ně, když vstává, mohl opřít. Stále blokujeme lokty, snažíme se být v pozici nad klientem (Foto č.88,89,90), přejdeme do kontroly paží ve stoje (fáze 2 - Foto č.91).
- Při opačném postupu (ze stoje do kleku) držíme paže v pozici 3 (Foto č-92,93), přechází-li klient z kleku do lehu, použijeme pozici 2, aby mohl dopadat na dlaně (Foto č.94, 95).
- Ze stoje do lehu na zádech – ukročíme vnitřní nohou do kleku č.96, přejdeme do fixace na zádech (Foto č.97, 98).

Situace vzájemného napadení klientů

Klient se chystá napadnout druhého (Foto č. 99)

- zezadu uchopíme klienta za rameno, tlakem vytočíme stranou a odvádíme (Foto č.100,101).
- sevřeme loket klienta (případně oba), vytočíme stranou, vahou svého těla odvádíme pryč.
- často je výhodnější přivolat dalšího pracovníka
- můžeme také zkusit odvést pozornost klienta (vykřiknout jeho jméno, hlasitě zatleskat apod.).

Klienti jsou již v kontaktu (perou se)

- zahákneme ruku pod rameno klienta, druhou rukou tlačíme na druhé rameno zezadu, takto klienta otočíme do strany, totéž provádí zrcadlově další pracovník s druhým klientem. (Foto č.102,103)
- je-li klient více agresivní, připraví se tři pracovníci, první uchopí hlavu tak, že přiloží dlaň na temeno, kloubem ukazováčku druhé ruky zatlačí klientovi na bod pod nosem, čímž ho strhne dozadu (Foto č.105), druzí dva okamžitě přebírají kontrolu nad pažemi klienta.
- podobně postupujeme, jestliže klient útočí na jiného člověka, ležícího na zemi (obvykle na něm klečí) – kloubem ukazováčku zatlačíme pod nos, strhneme vzad, přecházíme do polohy vleže na zádech

Kolektiv autorů (Foto č.106)

Fotopříloha: 106 x foto