

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

ergoterapie

**ROLE ERGOTERAPEUTA A JEHO MOŽNOSTI
PŘI PRÁCI SE SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE
A VE ŠVÉDSKU**

**VLASTNÍ ZKUŠENOSTI ZE STÁŽE VE ŠVÉDSKU
A Z PRAXÍ V ČESKÉ REPUBLICE**

Bakalářská práce

Autor: Tereza Medková

Vedoucí práce: MUDr. Pavla Mádlová

Konzultant práce: Bc. Olga Kolembusová

Oponent práce: Bc. Monika Kohoutová

2007

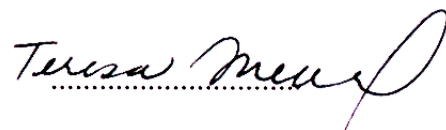
Poděkování

Děkuji MUDr. Pavle Mádlové, Geriatrická klinika 1. LF a VFN UK v Praze, za odborné vedení při zpracovávání bakalářské práce. Poděkovat chci také Bc. Olze Kolembusové, ergoterapeutce z KRL, za konzultace. Dále děkuji za pomoc a přispění se svými nápady a zkušenostmi Evě-Leně Rindhal. Vděk patří také mé mamince a Barboře Horáčkové, které při psaní bakalářské práce fungovaly jako mé jazykoví poradci a přispívaly svými názory. Nakonec děkuji Veronice Vachové za morální podporu při psaní této práce.

Čestně prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením MUDr. Pavle Mádlové a to na základě informací z uvedených zdrojů a vlastní praxe. Dále čestně prohlašuji, že během praxe jsem dodržela etické předpisy a normy, které jsem uplatnila rovněž při pořizování a uvádění údajů o pacientech, které jsou v mé bakalářské práci obsaženy.

Souhlasím s případným zapůjčením tohoto exempláře bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30. 7. 2007



Tereza Medková

Souhrn

Práce se zabývá postavením ergoterapeuta a jeho možnostmi v péči o seniory v České republice a ve Švédsku. Celá práce stojí převážně na praktických zkušenostech, získaných během praxí v obou zemích. Teoretická část obsahuje popis zařízení v České republice a ve Švédsku a roli či možnosti ergoterapie v těchto zařízeních. Dále informace o novém přístupu v péči o seniory The Eden Alternative. Příklady, jak vypadá aplikace této metody do praxe a výsledky výzkumů vlivu aplikace The Eden Alternative do praxe. V praktické části se nacházejí čtyři rozhovory s ergoterapeuty obou zemí, kteří odpovídali na šestnáct otázek rozdělených do pěti oblastí, kdy každá oblast pojednává jeden aspekt profese ergoterapie.

Cílem práce je poskytnout informace o stavu a možnostech ergoterapie ve Švédsku, kde je tento obor rozvinutější, za účelem načerpání nových poznatků, poučení se z jejich zkušeností a zamyšlení se, zdali je možné aplikovat některé z těchto myšlenek na péči o seniory v České republice. Práce je určena především ergoterapeutům, kteří se setkávají se seniory ve své praxi a dále osobám, které zajímají možnosti, postavení a role ergoterapeuta v péči o seniory.

Abstract

This paper is concerned with the role of Occupational Therapists and their options in care for seniors in the Czech Republic and in Sweden. The whole work is based mainly on practical experience gained on placements in both countries. The theoretical part consists of description of institutions in the Czech Republic and Sweden and a role or options of Occupational Therapy there. Furthermore the information about a new approach in care about elderly The Eden Alternative. Examples what the application of this method looks like and the results of research on the application of The Eden Alternative. In the practical part, we can find four interviews with Occupational Therapists from both countries, who answered sixteen questions divided into five areas where every area discussed different aspect of this profession.

The aim of this paper is to provide information about the situation and options in Occupational Therapy in Sweden, where this profession is more developed. Purpose of it is to gain new knowledge, to learn from their experiences and to consider whether some of the ideas can be used in care for elderly people in the Czech Republic. The paper is meant mainly for Occupational Therapists who meet elderly people in their work and also to people who are interested in the options, role and position of Occupational Therapist working with seniors.

Obsah:

I	Úvod	1
II	Teoretická část	3
1	Zařízení pro péči o seniory v ČR	3
	1.1 Domov seniorů Charlese Jordana	3
	1.2 Oddělení léčebné rehabilitace Krajské nemocnice v Liberci	5
	1.3 Palata – domov pro nevidomé seniory	6
	1.4 Domov seniorů v Malešicích	6
2	Zařízení pro seniory ve Švédsku	7
	2.1 Pečovatelský dům Söder	7
	2.2 Pečovatelský dům Solskiftet	9
	2.3 Centrum denní péče pro seniory - Åkesberga nemocnice	11
	2.4 Pečovatelský dům Enebacken (Åkesberga)	12
3	The Eden Alternative	15
	3.1 Co je The Eden Alternative?	15
	3.2 Jak může vypadat The Eden Alternative v praxi	17
	3.3 Studie aplikace The Eden Alternative do praxe	19
III	Praktická část	21
4	Účel studie	21
	4.1 Metody získávání informací	21
	4.2 Rozhovory	23
	4.2.1 Rozhovor 1	23
	4.2.2 Rozhovor 2	31
	4.2.3 Rozhovor 3	35
	4.2.4 Rozhovor 4	39
	4.3 Výstup	44
5	Diskuse	46

6	Závěr	49
7	Seznam použitých zkratk	50
8	Seznam použité literatury	50
9	Přílohová část	
	Příloha 1 – Švédský sociální a zdravotní systém	
	Příloha 2 – Seznam otázek k rozhovorům	
	Příloha 3 – Rozhovor 1 v angličtině	
	Příloha 4 - Rozhovor 2 v angličtině	

I Úvod

Na odborných praxích v průběhu studia jsem navštívila několik zařízení pro seniory. Dále jsem na stáži ve Švédsku jednu z dlouhodobých praxí absolvovala v domově s pečovatelskou službou a v průběhu pobytu navštívila několik dalších institucí pečujících o seniory. Získané informace a zkušenosti ze všech těchto míst jsou předmětem této práce.

Teoretická část práce se týká zařízení pro seniory v Čechách a ve Švédsku. Dále toho, jakou v nich hraje roli ergoterapeut a jaké jsou jeho priority práce s tamními klienty. Posledním větším bodem teoretické části je nová filozofie v péči o seniory – The Eden Alternative. Tato metoda aplikuje do praxe myšlenku ergoterapie, které se tentokrát neomezují pouze na ergoterapeuty a klienty, ale na všechny obyvatele a zaměstnance domova tím, že mění tamní prostředí a chápání péče o seniory. Ve Švédsku je pozice ergoterapeutů pevná a stabilní především díky zákonům a celkovému nastavení sociálně-zdravotního systému. Pro lepší pochopení tohoto systému je jedna z příloh věnována stručnému popisu švédského systému zdravotnictví a sociálního zabezpečení.

V praktické části práce je popsán pohled ergoterapeutů obou zemí, kteří mají zkušenosti s péčí o seniory, na jejich práci. Informace jsou získány skrze rozhovory s ergoterapeuty – dva z České republiky a dva ze Švédska.

Procento seniorů (nejen) v české populaci se zvyšuje a prognózy statistického úřadu udávají, že toto zvyšování bude rapidně pokračovat (Topinková, 2005). Díky kvalitnější lékařské péči – především lékům a možnosti resuscitace, přežívá daleko více lidí důchodového věku, kteří mají ale následkem mnoha zdravotních obtíží zhoršenou kvalitu života. Vzhledem k tomu, že mnohdy již nejde vyléčit příčiny všech těchto obtíží, je dobře vedená ergoterapie a rehabilitace obecně vhodným řešením situace, aby mohli tyto lidé i přes své zdravotní problémy žít kvalitní život po mnoho dalších let (Pfeiffer, 2001).

Jelikož je léčba medikamenty a ústavní péče poměrně drahá, je třeba hledat levnější a efektivnější způsoby péče o seniory a dále způsoby, jak mohou co nejdéle zůstat soběstační, aby žili kvalitní život, společnost byla schopna se o ně postarat a také pokrýt náklady na jejich péči. V této oblasti vidím v ergoterapii prostor k uplatnění .

Jelikož byla ve Švédsku v řešení tohoto tématu provedena již jistá opatření, úmyslem této práce je přinést náhled na tyto kroky, na to, kam vedly a možnost zamyšlení se, zdali je něco z toho možné aplikovat na péči o seniory v České Republice. Přínosem má být také podrobnější náhled na nejnovější trendy v péči o seniory v zemi, která investovala do budování sociálního systému a zabezpečení společnosti mnoho času a peněz. Cílem není srovnávání České Republiky a Švédska, ale hledání míst, kde je možné se poučit z jejich bohatších zkušeností.

II Teoretická část

Tato část práce pojednává o zařízeních pro seniory nebo zařízeních, kde senioři tvoří významný podíl z celkového počtu klientů, která jsem navštívila na odborných praxích v rámci studia. Popisuje zařízení jako celek, zdejší možnosti ergoterapie a roli ergoterapeuta v zařízení. Úmyslem je podat reálný náhled na současnou situaci v této oblasti. Pro hlubší pochopení zasazení ergoterapie do sociálně-zdravotního systému ve Švédsku a tím do v pečovatelských domovů a jiných institucí pro seniory, je v Příloze 1 popis tohoto systému. Dále teoretická část obsahuje informace o nové filosofii v péči o seniory, původem z USA, která si nachází cestu do pečovatelských domovů ve Švédsku, The Eden Alternative.

1 Zařízení pro péči o seniory v ČR

V České republice zajišťují péči o seniory převážně domovy důchodců, penziony pro seniory, denní centra, pečovatelská služba či hospice zabývající se paliativní péčí (www.tretivek.cz). Dočasnou péči poskytuje seniorům i nemocnice (léčebna dlouhodobě nemocných, rehabilitační oddělení, aj.). Níže je uvedeno a popsáno několik těchto zařízení jako názorný příklad soudobé péče o seniory v ČR spolu s popisem ergoterapie, jejích možností a ostatních složek rehabilitace, které zde případně probíhají.

1.1 Domov seniorů Charlese Jordana

Zařízení se nachází poměrně blízko centra Prahy. Má kapacitu okolo třiceti klientů. Tento domov navazuje na činnost sociálního oddělení Židovské obce v Praze. Domov nabízí tři hlavní služby:

Byty - jsou určeny pro klienty, kteří potřebují soustavnou pomoc. K dispozici jsou jednolůžkové pokoje vybavené koupelnou, polohovacím lůžkem, nábytkem, dorozumívacím zařízením klient – sestra a telefonem.

Lůžka - jsou určena pro dlouhodobě ležící klienty, kteří potřebují ošetrovatelskou péči a rehabilitaci. Klienti jsou bytováni na vícelůžkových pokojích.

Denní centrum - je otevřeno jak pro klienty domova, tak pro seniory žijící mimo domov Charlese Jordana. Pořádají se zde většinou skupinové aktivity jako čtenářský klub, promítání filmů, výuka jazyka a konverzace, hudební klub, zpěv, výtvarná činnost, společenské hry, trénink paměti, diskuzní skupiny, výlety a oslavy židovských svátků.

Klienti mohou v Domově Charlese Jordana dále využít – dietní košer stravování, ordinaci praktické a rehabilitační lékařky, rehabilitaci (vodoléčba, elektroléčba, tělocvik), pomoc při osobní hygieně, praní prádla, kadeřnici či pedikérku.

Domov zaměstnává jednoho ergoterapeuta, který má na starosti navrhování kompenzačních pomůcek a zajišťování servisu pro tyto pomůcky, řeší ergonomii prostředí a upravuje pokoje a zařízení tak, aby je klienti mohli co nejlépe využívat. Dále má k dispozici malou tělocvičnu v suterénu domu, kterou používá k nácviku motorických funkcí s klienty. Tělocvična má vybavení pro fyzioterapii. Tyto nácviky probíhají ve chvíli, kdy o ně klienti projeví zájem. Ergoterapeut se dále podílí na organizaci kulturního programu, výletů a jiných akcí. V rámci aktivizace klientů s nimi tráví čas a dělá jim společnost, provádí nácvik chůze a v případě potřeby i jiné nácviky. Dále provádí hodnocení ADL a jiná ergoterapeutická hodnocení. Na aktivitách denního centra se osobně příliš nepodílí i když je s ostatními zaměstnanci neustále v kontaktu a dochází zde k výměně informací o klientech a dění v domově.

1.2 Oddělení léčebné rehabilitace Krajské nemocnice v Liberci

Rehabilitační oddělení se nachází v I. suterénu výškové budovy krajské nemocnice v Liberci, spolu s bazénem, vířivkami a elektroterapií. Stálí zaměstnanci rehabilitačního oddělení pracují po celém areálu nemocnice, takže rehabilitační odd. spolupracuje poměrně intenzivně například s lůžkovými odděleními, chirurgií, léčebnou dlouhodobě nemocných, neurochirurgií, dětským oddělením a internou. V případě potřeby nadále spolupracuje i s jinými odděleními. Nemocnice zaměstnává 5 ergoterapeutů, 2 přímo na rehabilitačním oddělení, 2 na spinální jednotce a 1 v léčebně dlouhodobě nemocných. Dle nutnosti ergoterapeuti dochází za pacienty. Nadále má rehabilitační oddělení k dispozici 4 fyzioterapeuty, 3 lékaře, logopeda, odborníky na Bobath koncept, Vojtovu metodu, a jiné. Celý tým se schází 1x týdně, probírá současný stav a navrhuje další postupy.

Pacienti rehabilitačního oddělení jsou ve většině případech hospitalizováni v nemocnici (buď ambulantně nebo na několikátýdenní opakovaný pobyt, kdy podstupují intenzivní terapii). Většinou na terapii dochází podle pevného rozvrhu (pokud nemohou, dochází terapeut za nimi). Nejčastější diagnózy jsou CMP a autonehody. Většinou ve věku od padesáti let výše, ženy a muži ve stejném poměru.

Na každém pracovišti je přístup k internetu a k nemocniční informační síti. Pravidelně jsou pořádány semináře pro zaměstnance nejen rehabilitačního oddělení. Nadále je k dispozici knihovna s odbornou literaturou, video, DVD a jiné technické vybavení. Ergoterapie má k používání dílny.

Oddělení rehabilitace není zaměřené jen na péči o seniory, ti ale tvoří velký podíl klientů, kteří tamní péči podstoupí. Ergoterapie se zde zaměřuje především na hodnocení a nácvik ADL – zvýšení soběstačnosti klienta. Na oddělení LDN je stále přítomný jeden ergoterapeut, který se zabývá především aktivizací klientů a zlepšením kvality jejich života.

1.3 Palata - domov pro nevidomé seniory

Domov seniorů se nachází na Praze 5 pod Strahovem a okolo něj je velká rozlehlá zahrada o rozloze 3ha. Kapacita zařízení je 155 klientů, kteří jsou buď částečně nebo úplně nevidomí.

Zařízení nezaměstnává žádného ergoterapeuta. Zaměstnávají poměrně velké množství ošetřovatelů a sociálních pracovníků, kteří spolu tvoří rehabilitační tým, který se stará o aktivizaci klientů a zlepšování kvality jejich života. Na individuální úrovni dochází za klienty pracovníci zařízení a dělají jim společnost. Mohou si povídat, čtou časopisy, jdou se projít buď po chodbě nebo po zahradě, v případě potřeby klienty doprovodí do města a zařídí s nimi vše potřebné. V rámci skupinových aktivit jsou zajišťovány výlety, canisterapie, hudební odpoledne, taneční odpoledne, arteterapie, zprostředkování kontaktu s knihovnou pro zrakově postižené, v létě grilování v zahradě. V zahradě také chovají kočky a kozy a uvnitř domova jsou papoušci čímž je zajištěna animoterapie.

1.4 Domov seniorů v Malešicích

Kapacita zařízení je cca 218 klientů. Je zde oddělení pro klienty, kteří jsou soběstační a kteří nepotřebují trvalou péči ošetřovatelů. Druhá část domova je pro klienty, kteří potřebují zvýšenou péči (imobilita, stařecká demence).

V domově je rehabilitační jednotka složená z ergoterapeuta, arteterapeuta, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků a psychologa. Aktivizace klientů neprobíhá na individuální úrovni, i když v jistých případech ano, ale spíše formou skupinových aktivit, cvičení či kulturního programu. Celkově, záleží na vůli a osobním nastavení klienta, který si sám rozhodne, zdali se programu zúčastní a sám si vybere, které části a kdy. Klientům jsou nabízena kondiční cvičení, tréninky paměti, dílny a jiný arteterapeutický program. Jednou týdně je pečení, setkání u kávy, občas koncerty, přednášky a jiné jednorázové akce.

Ergoterapeut se těchto aktivit částečně účastní. Dále má pak v kompetenci hodnocení ADL a jiná hodnocení, která s ergoterapií souvisí a mají něco vypovědět o klientově současném stavu a kondici (hodnocení kognitivních funkcí, paměti atd.), navrhuje kompenzační pomůcky a tyto návrhy předává lékaři. Jednou z dalších priorit ergoterapeuta je zvyšovat kvalitu života klientů, kteří v domově žijí. Najde-li tedy možnost, jak danému klientovi pomoci, snaží se to zajistit buď sám nebo tím, že zkontaktuje kompetentní osobu. Prioritou ergoterapie zde tedy je, aby klienti prožili poslední část života plnohodnotně, aktivně a v příjemném prostředí.

2 Zařízení pro seniory ve Švédsku

Institucionální péči o seniory ve Švédsku zajišťují například domovy s pečovatelskou službou. Dále pak denní centra a oddělení krátkodobé péče v nemocnicích. Velkou roli zde hraje domácí pečovatelská služba či osobní asistence (viz. Příloha 1).

2.1 Pečovatelský dům Söder

Toto zařízení bylo zřízeno jako domov pro osoby starší 65 let. Nachází se relativně v centru Stockholmu na poměrně rušné ulici. V jeho blízkosti je malý park, pár restaurací a obchod s potravinami. Je snadno dosažitelný autobusem (zastávka je cca 30 metrů) a nedaleko je zastávka vlaků, které jezdí na periferii města a do přilehlých obcí. Ve dvou budovách – osmi a pětipatrové, je 82 bytů. Byty jsou jednopokojové (cca 49 m²) i dvoupokojové.

V pečovatelském domě bydlí okolo 90 klientů, především vdovy či vdovci. Byty jsou jim pronajímány. Co odlišuje toto zařízení od normálního bytového domu je v domě přítomná pečovatelská služba a bezbariérová úprava bytů. Klienti, kteří mají zájem bydlet v tomto zařízení musí nejdříve podat žádost na Městské části, která následně provede hodnocení, zdali je klient potřebný a rozhodne o případném nastěhování. Tyto byty jsou klientům přiděleny na doživotí a opouští je většinou jen pokud se sami rozhodnou

vystěhovat či jsou převezeni do nemocnice následkem náhlého zhoršení zdravotního stavu, který se nelepší a vyžaduje soustavnou péči.

O tomto přeložení může rozhodnout klient, jeho rodina, Městská část a ve výjimečných případech i ošetřující lékař či ošetřovatelé. Spolu s hodnocením o potřebnosti bydlení v domově s pečovatelskou službou probíhá hodnocení o míře osobní asistence a jiné péče, která je poté v domově klientovi poskytována.

Tato instituce je finančně nesoběstačná. Klient hradí menší část nákladů z důchodových dávek a zbytek doplácí Městská část. Doplácí i nájem v případě, že má klient omezené prostředky. Městská část hradí také pečovatelskou službu a nezbytné kompenzační pomůcky.

Ošetřovatelská služba zaměstnává zdravotní sestry, ošetřovatele, nižší zdravotnický personál (tento nemá zdravotnickou školu, nýbrž krátkodobá školení z oboru), na poloviční úvazek jednoho ergoterapeuta a jednoho fyzioterapeuta, taktéž na poloviční úvazek.

Klientům je poskytována pomoc ve všem co potřebují, personál jim může chodit nakupovat, pomáhat s přípravou jídla, úklidem, osobní hygienou. Ergoterapeut a fyzioterapeut mají poměrně podobnou náplň práce a tím je především provádění hodnocení ADL a předepisování kompenzačních pomůcek. Vzhledem k vysokému počtu klientů a nízkému počtu ergoterapeutů nepřichází v úvahu jakákoliv individuální terapie. Je možné o ni zažádat přes lékaře, takže by pak tato terapie byla hrazena Ministerstvem Zdravotnictví a ne Městskou částí, ale pro seniory je velmi těžké ji získat. Kompenzační pomůcky kupuje, hradí nebo pronajímá instituce.

Klienti mají v přízemí budovy k dispozici knihovnu, kam dochází jednou týdně knihovník, po zbytek týdne mohou klienti používat knihovnu samostatně. Je zde restaurace, která je provozována soukromou osobou. Mohou jí navštěvovat klienti i lidé „zvenčí“. Cenově klienti zvýhodnění nejsou. Cena oběda je od 65 SEK (průměrná cena obědového menu ve Stockholmu). Dále je v přízemí společenská místnost s kuchyňským koutem, kde jsou pořádána

odpolední posezení u kávy. Kávu si klienti hradí z vlastních prostředků. Jednou týdně bylo organizováno odpoledne BINGO, ale o tento program nebyl příliš zájem, tak byl zrušen. Dvakrát týdně ráno probíhá v této společenské místnosti pro klienty cvičení, které je velmi oblíbené. Občas je zde pořádán koncert, ale i tento program je na ústupu. Klienti jsou poměrně aktivní a o program v zařízení mají zájem.

Bohužel byly v posledních letech značně sníženy příspěvky a dotace od Městské části na aktivaci seniorů, takže si volnočasové aktivity musí hradit klienti sami nebo byly zrušeny, jelikož nejsou prostředky k zaplacení osob, které by tyto aktivity pořádaly a nejsou prostředky k uhrazení nákladů.

Dále je zde upravené patro pro klienty se stařeckou demencí. Pracuje zde speciálně vyškolený personál. Patro je uzavřené a má odlišný režim. Klienti jí společně ve společenské místnosti. Vybavení jejich bytů je téměř stejné jako u ostatních bytů v budovách.

Každý klient je vybaven bezpečnostními hodinkami, které má neustále u sebe. V případě úrazu nebo potřeby stačí stisknout tlačítko, které aktivuje hlasový odposlech u klienta v bytě a současně jej spojí s personálem. Tento bezpečnostní systém je používán ve všech pečovatelských domech, které jsou v této práci zmíněny. Klienti mohou odcházet a přicházet jak potřebují (mimo klientů žijících na patře pro osoby se stařeckou demencí). Mají povinnost nahlásit odchod na déle než 24 hodin. V bytech je pohybový senzor, který spustí poplach v případě, že nezaznamená pohyb déle než 24 hodin.

2.2 Pečovatelský dům Solskiftet (Åkesberga)

Tento pečovatelský dům je zřízen a provozován obcí Åkesberga. Má dvě oddělení – jedno, kde lidé bydlí trvale a druhé, které je oddělení pro dočasnou péči. Stojí téměř na kraji obce, několik set metrů od pečovatelského domu ENEBACKEN. Jedná se o jednopodlažní budovu, která je rozdělena do několika křídel. Každé křídlo má svou vlastní zahradu, která je oplocena. Klienti si zde pronajímají pokoj s koupelnou. V každé koupelně je automatická

pračka. Pokoje jsou prostorné a světlé s hezkým výhledem do zahrady nebo do okolní přírody.

Toto zařízení není vybaveno ani uzpůsobeno pro osoby s demencí. Většina obyvatel jsou tedy lidé se sníženou mobilitou (po pádech, CMP, problémy s pohybovým ústrojím, slabost následkem nemoci). Jídlo je dováženo ze školní jídelny, která je ve vedlejší budově. Pokoje na oddělení trvalého pobytu jsou klientům přidělovány stejným způsobem, jako byty v pečovatelském domě Söder. Pokoje na oddělení dočasné péče slouží lidem, kteří mají kde bydlet a někoho, kdo se o ně stará, ale v tu danou chvíli se dočasně starat nemůže (manžel nebo manželka potřebuje odpočinek, je v nemocnici, rodiny/ ošetřovatelé jsou na dovolené, čekající na přidělení pokoje na oddělení s trvalým pobytem – pokoj se může uvolnit v jakémkoliv pečovatelském domě v okolí).

V zařízení je okolo 50 klientů. Pracují zde zdravotní sestry, ošetřovatelé a nižší zdravotnický personál, jeden manažer, který je původní profesí sociální pracovník a jedna zástupce manažera, která je profesí zdravotní sestra. Dále dvakrát týdně půl dne fyzioterapeut a jeden den v týdnu ergoterapeut.

Práce fyzioterapeuta spočívá v kontrole klientů indikovaných pro fyzioterapii, navrhování různých cvičení nebo nácviků chůze (napsané je předá ošetřujícímu personálu, který s klientem daná cvičení provádí) a spolu s ergoterapeutem se podílí na výběru kompenzačních pomůcek. Práce ergoterapeuta je zaměřená prioritně na výběr, předepisování a úpravu kompenzačních pomůcek. Neplánuje žádný „aktivační“ program. Podporuje toto plánování u ošetřujícího personálu, ale sám se ničeho neúčastní. Nejsou zde žádné prostory pro kreativní techniky. Je zde jeden velký sál, kde se pořádá jednou za měsíc mše a který se dá použít i pro jiné účely (koncerty, apod.), ale většinou se používá jako přijímací místnost pro návštěvy.

Personál nemá příliš času a mnohdy ani motivaci k lepší aktivaci klientů. Nejsou proto lidé, kteří by šli s klienty například na procházku a věnovali se jim. Je zde zaměstnán jeden člověk s mentálním postižením,

který plní funkci společníka, ale je jeden na 50 lidí. Podle místní ergoterapeutky je lepší spolupráce s oddělením dočasné péče, jelikož tam jsou klienti v lepším zdravotním stavu a také nový a více motivovaný personál.

2.3 Centrum denní péče pro seniory – Åkesberga nemocnice

Denní centrum je, ač umístěno v nemocnici, provozováno obcí Åkesberga. Spadá tím pod komunitní péči a do oblasti sociálního zabezpečení. Pobyt v centru denní péče a jeho délku a četnost „předepisuje“ odbor sociálního zabezpečení. Je určeno pro seniory ve věku 65 let a více, kteří bydlí doma a došlo u nich ke zhoršení zdravotního stavu (cévní mozkové příhody, infarkt myokardu či progresi onemocnění, které již měli předtím – roztroušená skleróza, aj.). Prioritou zařízení je především resocializace těchto klientů. Klienti si pobyt částečně hradí (minimální část), zbytek platí obec. Obec dále hradí i transport těchto klientů do denního centra a zpět domů. Počet klientů je celkově asi 50 lidí, nedochází však všichni najednou.

V terapeutickém týmu pracuje nižší zdravotní personál, asistent ergoterapeuta, ergoterapeuti a fyzioterapeuti. Střídají se zde, vždy jsou však minimálně 4 terapeuti, kteří se věnují klientům. Ergoterapeuti a fyzioterapeuti zde pracují v současné době všichni na poloviční úvazek, jelikož radnice snížila tomuto zařízení finanční dotace. To muselo následkem toho redukovat své služby i počet zaměstnanců.

V denním centru probíhají skupinové i individuální terapie. U nově příchozího klienta jsou provedena hodnocení funkce ruky, formou rozhovoru hodnocení ADL a zjištění dalších informací o klientovi a jeho zdravotním stavu. V rámci individuální terapie je u klientů prováděn nácvik chůze a jiná cvičení s fyzioterapeutem, s ergoterapeutem pak dlahování, uvolňování spasticity, Bobath concept, různé kreativní techniky, nácviky ADL. Individuální terapie trvá 30 minut.

Skupinové terapie probíhají vždy v úterý, kdy sem dochází skupina mladších a pohyblivějších lidí. Je pro ně vždy připraven aktivní, kolektivní

program (stanoviště s různými úkoly či nácviky, nácviky paměti, výlety, procházky, kreativní techniky – potisky, tkaní, vaření). Dále ergoterapeut navrhuje a předepisuje kompenzační pomůcky, za něž poté zodpovídá (úprava, funkčnost, údržba, zajišťuje servis). Udržet skupinovou terapii je poměrně náročné, jelikož se obvykle prolíná s individuálními terapiemi fyzioterapeutů a jiných ergoterapeutů.

Ergoterapeuti a fyzioterapeuti se zde dále snaží vzdělávat ostatní zdravotnický personál, aby byly dodržovány zásady školy zad a bylo zabráněno přílišné protektivě ze strany ošetřovatelů, kteří mají pak sklony dělat věci za klienty místo aby je do činností zapojovali.

2.4 Pečovatelský dům Enebacken (Åkesberga)

Pečovatelský dům Enebacken se od výše zmíněných zařízení liší tím, že je postaven soukromou osobou a provozován soukromou firmou. Obec Åkesberga potřebovala další pečovatelský dům kvůli narůstajícímu počtu stárnoucích osob, které potřebují permanentní péči, především zařízení uzpůsobené péči o osoby se stařeckou demencí či jinou formou mentálního postižení následkem stárnutí. Obec však nechtěla toto zařízení postavit sama a sama provozovat. V uspořádaném konkursním řízení byl vybrán Jarl Josefsson, který Enebacken postavil, jako již v pořadí 27. pečovatelský dům. Od něj si Enebacken pronajímá obec, která provoz svěřila soukromé firmě HSB Omsorg, která vlastní licenci na provozování pečovatelských domů.

Klienty, kteří se do Enebacken nastěhují vybírá opět obec a sociální pracovníci – systém je stejný jako u jiných pečovatelských domů. Přednostně jsou sem posíláni klienti se stařeckou demencí. Všichni musí mít více než šedesát pět let. Klient si zde pronajímá „byt“, který má rozlohu 29,1 m² a sklepní kóji. Byt je vybaven zařízenou bezbariérovou koupelnou, malou kuchyňskou linkou s dřezem a vařičem, polohovacím lůžkem, závěsným zařízením pro přesun osob a nočním stolkem. Měsíční nájem činí 6200 SEK. Dále klient platí 1500 SEK/měsíc poplatek za asistenční služby, 3000

SEK/měsíc za jídlo a 125 SEK/měsíc za hygienické potřeby. HSB za klienta platí televizní poplatky, léky a kompenzační pomůcky. Když je klient v platební neschopnosti nebo bez prostředků, platí za něj nájem a ostatní poplatky obec. Obec dále přispívá na každého klienta denně určitým obnosem, který vychází z míry závislosti a nesoběstačnosti klienta. Tento obnos se pohybuje v rozmezí 800 SEK – 1600 SEK. Stupňů závislosti je sedm.

Enebacken byl otevřen v září 2006. Má kapacitu 108 klientů. Budova má tři patra a suterén. Má čtyři křídla, v každém křídle je oddělení pro devět klientů. Dvě patra jsou určena pro ubytování lidí s demencí. V suterénu je denní stacionář pro lidi s demencí, kteří sem dojíždí z okolí. Tento Koutek, jak je zde nazýván (Corner), funguje poměrně nezávisle na pečovatelském domě. V suterénu se dále nachází knihovna, velká společenská místnost, kuchyňka, kancelář ergoterapeuta a fyzioterapeuta, tělocvična, sklad kompenzačních pomůcek, márnice a zázemí Enebacken (místnost na odpad, pomůcky k úklidu, technické zázemí budovy).

Ostatní patra pak vypadají téměř identicky – v každém křídle jsou pokoje klientů, společná jídelna s kuchyní, pro dvě křídla společná prádelna, zázemí ošetřujícího personálu. Dále je na každém patře společná hala, kde jsou výtahy, kanceláře sester, manažerů a odpočinková místnost personálu s malou kuchyňkou. Budova nemá žádnou uzavřenou zahradu ani ohraničený pozemek, ale v současné době je vypracováván projekt zahrady, která by měla být výhledově do dvou let dokončena. Na každém křídle je balkon vybavený zahradním nábytkem, který je klientům volně k dispozici.

V Enebacken jsou zaměstnány zdravotní sestry, jejich asistenti, ošetřovatelé, jeden ergoterapeut, jeden fyzioterapeut, každé patro má svého manažera a dále je zde jeden vrchní manažer. O chod budovy se starají dva lidé v pozici „domovníka“, dále uklízečky. Dvakrát týdně do domova dochází lékařka, dále pedikérka a kadeřnice.

Ergoterapeut zde pracuje na plný úvazek stejně jako fyzioterapeut. Jeho hlavní prioritou je předepisování kompenzačních pomůcek, jejich úprava

a údržba. Dále provádí hodnocení ADL, které následně předá ošetřujícímu personálu s nímž dále konzultuje, jaký mají zvolit přístup ke klientovi (na co klient stačí sám a kdy potřebuje pomoci). Je neustále ve styku se všemi zaměstnanci domova a zjišťuje, u kterých klientů došlo ke změně zdravotního stavu, zdali jsou předepsané kompenzační pomůcky funkční a když ne, proč. Je jedním ze zaměstnanců, kteří prošli školení metody The Eden Alternative, kterou má za úkol zavádět a podporovat v Enebacken. Má roli poradce a konzultanta pro ostatní ošetřující personál. Spolu s fyzioterapeutem vedou školení ošetřujícího personálu týkající se dodržování školy zad, nácvik přesunů, zacházení s kompenzačními pomůckami a informování o The Eden Alternative a o tom, jak tuto metodu převést do praxe. Ergoterapeut spolu s fyzioterapeutem dále organizují sociokulturní akce jako například taneční dopoledne, vystoupení dětských sborů, sázení rostlin, jejich následné přesazování, procházky s klienty, „otevřené“ dveře na prakticky uzavřených patrech pro klienty s demencí, atp.

Individuální terapie ergoterapeut prakticky neprovádí. Je zde snaha naučit dodržovat zásady ergoterapie ošetřující personál, který poté provádí formu terapie při každém úkonu, který je u klienta proveden, což je ve výsledku mnohem efektivnější a klientovi prospěšnější. Individuální terapie je možno provádět v nouzovém případě a jen po omezenou dobu.

Podobnou roli jako ergoterapeut má i fyzioterapeut. Jeho role je též prakticky konzultační a poradní. Spolu s ergoterapeutem aktivně podporují aplikaci metody The Eden Alternative, provádí školení zaměstnanců a hodnocení motorických schopností klientů. Neprovádí individuální terapie.

Kompenzační pomůcky nehradí klienti nýbrž OSB Omsorg. Proto jsou jejich majetkem a v případě, že je klient již nadále nepotřebuje, zůstávají v domově a je možné je dále využít. Invalidní vozíky jsou klientům zapůjčeny firmou, která se na toto specializuje a jsou později vráceny. Nákladnější vozíky jsou OSB pronajímány.

3 The Eden Alternative

Na dlouhodobé praxi v pečovatelském domě ENEBACKEN jsem se poprvé setkala s „The Eden Alternative“ (dále jen EA). V této části práce je uveden popis filosofie EA, jejích zásad, způsoby aplikace a výsledky zavedení EA do pečovatelských domů.

3.1 Co je The Eden Alternative?

Na webových stránkách www.edenalt.org se dozvíme, že EA je nová filosofie v péči o seniory. Vznikla začátkem 90.let a jejím zakladatelem je doktor William H. Thomas a jeho žena Judy Meyers Thomas. Jedná se o filosofii, která chápe stáří jako životní etapu ve které se člověk stále vyvíjí a žije plnohodnotný život plný událostí a je aktivní součástí společnosti a své rodiny.

Doktor Thomas pracoval v jednom pečovatelském domově ve státě New York a jednoho dne si všimnul, že jednou z největších „nemocí“ jeho klientů je **nuda, bezmocnost a osamělost**. Dlouho jej trápilo, že na tyto neduhy nemá žádný lék. Poté jej však napadlo vyjít z příběhu o stvoření světa, konkrétně té části o ráji – Zahradě, a vytvořit takovou „Zahradu“ z místa, kde pracoval. Tato zahrada měla místo oživit a přinést stimulaci a dynamiku do života v instituci, která vypadala více jako nemocnice než něčí domov. Nakoupil proto zvířata (ptáky, kočky, psy, králíky a jiné), rostliny a pokojové květiny, upravil zahradu tak, aby se v ní dala pěstovat zelenina, záhony uzpůsobil tak, aby se o ně mohli starat i klienti a vytvořil v blízkosti domova dětské hřiště. Přibližně takto začal celý projekt EA.

Postupem času byla založena nezisková organizace nesoucí název celé metody, která se zaměřuje na zlepšení kvality života seniorů, zkvalitnění procesu stárnutí a také zlepšení pracovního prostředí pro osoby, které se o seniory starají. Cílem projektu je eliminace nudy, bezmocnosti a osamělosti ze života seniorů. Organizace školí lidi pracující se seniory a „Edenizuje“

(jak tento proces sami nazývají) pečovatelské domovy. Ve stanovách má desatero, které je zde volně přeloženo.

1. Nuda, bezmocnost a osamělost jsou jako nákaza, která zapříčiňuje mezi našimi seniory velké trápení.
2. Komunita pečující o seniory se zavazuje k vytvoření lidského domova, kde se život otáčí okolo blízkého a neustávajícího kontaktu s rostlinami, zvířaty a dětmi. Jsou to právě tyto vztahy, které umožňují jak mladým, tak starým cestu k životu, který stojí za to žít.
3. Milující společenství je protilátka proti osamělosti. Senioři si zaslouží snadný přístup ke společnosti lidí i zvířat.
4. Komunita pečující o seniory vytváří příležitost jak přijímat i dávat péči. Toto je protilátka proti bezmocnosti.
5. Komunita pečující o seniory naplní každodenní život různorodostí a spontaneitou tím, že vytvoří prostředí, kde je prostor pro neočekávané a nepředvídatelné události a interakce. Toto je protilátka proti nudě.
6. Činnost beze smyslu rozleptává lidského ducha. Příležitosti dělat věci, které nám připadají smysluplné jsou nezbytné pro lidské zdraví.
7. Lékařská péče by měla sloužit právě lidské péči, ne ji opanovat.
8. Komunita pečující o seniory ctí seniory tím, že omezí důležitost byrokratického žebříčku podřízených a nadřízených. Namísto toho se komunita snaží dát co největší míru rozhodování do rukou seniorů a osob jim nejbližších.
9. Vytváření komunity pečující o seniory je nikdy nekončící proces. Lidský růst nesmí být nikdy oddělen od lidského života.
10. Moudré vedení je jako životodárná míza v boji proti těmto „nákazám“. Nelze je ničím nahradit.

3.2 Jak může vypadat The Eden Alternative v praxi

Článek na webových stránkách www.ncaonline.org/ncpad/eden.shtml, který se týká EA poukazuje na to, jak vypadá EA v praxi. Autor navštívil „Edenizovaný“ pečovatelský dům a popisuje, jak zařízení vypadá a jak probíhá denní program.

Domov má pěkně upravenou zahradu, dětské hřiště, krmítka pro ptáky a výběh s oslíkem. Uvnitř je domov barevný, plný obrázků, fotek, rostlin a dětí – vše připomíná domov. Ptačí klec je skoro v každé místnosti a o krmení se starají děti – dobrovolníci z místní školy. Klienti se po probuzení rozhodnou, zda si dají snídani v pokoji či půjdou na snídani do jídelny. Domovy mívají otevřenou dobu snídání - nemusí u ní být všichni najednou a také mívají stravování řešené formou švédského stolu, takže si klienti sami vyberou na co mají chuť. Tyto domovy se nesnaží přizpůsobit klienty dennímu programu, ale respektovat jejich přirozený rytmus.

Klienti se mohou rozhodnout, zdali půjdou ven se psem nebo se s dětmi podívat do místní školky či družiny. K obědu mohou mít zeleninu z místní zahrady. Po obědě mohou jít odpočívat nebo se připojit k ostatním ve společenské místnosti.

Zahrada by neměla být místem, které je jen na okrasu. Měla by vypadat přívětivě a přístupně všem klientům. Záhony by měly být vyvýšené a široké tak, aby na ně klienti dosáhli i z invalidních vozíků a nemuseli se příliš naklánět. Mnoho domovů mívá v zahradě dětská hřiště, takže se obyvatelé mohou dívat, jak si děti hrají.

Proti **osamělosti** je zde stimulující společnost domácích zvířat a dětí, kterým mohou staří lidé pomáhat s úkoly, vyprávět příběhy či s nimi chodit na procházky – jednoduchá řešení, jak k sobě přivést různé generace.

Tím, že se mají klienti o koho starat a mohou se podílet na rozhodování o dění okolo sebe, je potírán pocit **bezmocnosti**.

Přítomností hůř kontrolovatelných entit, jako jsou zvířata či děti, je do domova vnášena nevyzpytatelnost a vzruch, který narušuje pevný řád

a mnohdy ubíjející stereotyp a činí každý den odlišný. Tím, že si klienti mohou přivést vlastní nábytek a soukromé věci (obrazy, fotografie, doplňky) se zajišťuje různorodost a větší intimita prostředí.

Další příklad, jak vypadá aplikace The Eden Alternative do jiného domova seniorů popsali Richardem B. Rosher a Sherry Robinson (2005): „V lednu 2003 začala realizace The Eden Alternative. Okolí domova bylo upraveno a byl zaměstnán stálý personál na plný úvazek. Začaly změny prostředí. Nyní jsou květiny v každém pokoji, za každým rohem ptáci a tři akvária s rybičkami. Králíci pár bydlí v kotci, který byl navržen rodinným příslušníkem. Narození králíčích miminek je oznamováno domovním rozhlasem, který láká obyvatele ven, aby se šli na nově narozené podívat. V zařízení našly domov dvě krásné kolie. Dělají společnost seniorům, zdraví zaměstnance když přichází do práce a vítají návštěvy a studenty. Často jsou v domově přítomny děti. Začal letní prázdninový program, kdy zaměstnanci, jejichž děti jsou moc malé na to, aby byly samy doma, mohou být s rodiči v práci. Tráví den tím, že se podílí na aktivitách pro seniory. Jejich přítomnost značně oživuje prostředí.“

Doktor W. H. Thomas je stoupencem teorie „Vývojového stárnutí“ (Thomas, 2003). Tato teorie tvrdí, že:
„stáří je složité, ale to je i celý život“,
„stáří je podstatná a nevyhnutelná součást našeho života“,
„senioři potřebují co nejvyšší možnou úroveň zdraví, aby se mohli dobře rozvíjet“
„existuje tradiční a dynamická výměna, která probíhá mezi seniory, jejich rodinami a komunitou“.

Má dojem, že senioři žijící v pečovatelských zařízeních mají v dnešní době jen velmi málo příležitostí se aktivně podílet na dění ve svém okolí. Většinou radši jen pasivně přijímají to, co jim okolí nabízí.

Řešením je podle doktora Thomase nejen vytvoření vhodného prostředí, ale i příležitostí k tomu být aktivním účastníkem tvorby tohoto prostředí

a vytvoření příležitostí se v tomto prostředí realizovat. Vychází z idey Zahrady, jelikož v ní vidí podobenství s tím, jak by podle něj měl vypadat život v pečovatelských domovech.

Jednou „pravdou“, které jej zahrada naučila, je: „Zahrady jsou aktivní, jsou plné života a mění se. Zatímco název „pečovatelský dům“ vzbuzuje představu klientů pasivně přijímajících péči, termín „Zahrada stáří“ navozuje představu růstu, změny, živoucích členů společenství“ (Thomas, 2003).

3.3 Studie aplikace The Eden Alternative do praxe

V roce 1999 byly publikovány výsledky studie „Eden Alternative: The Texas Project“, která probíhala po dva roky v pěti pečovatelských domovech v Texasu. Tato zařízení obdržela menší grant na zavedení The Eden Alternative. Dohromady se jednalo o 734 lůžek. Mezi jinými výstupy výzkumu důsledků zavedení EA do praxe byla uvedena i tato čísla:

- 60 % pokles projevů anomálií chování
- 25 % pokles klientů upoutaných trvale na lůžko
- 11 % pokles počtu zranění zaměstnanců těchto zařízení
- o 18 % snížení používání pomůcek omezující pohyb či zábran
- o 48 % snížení absencí personálu.

Další výzkum aplikace EA provedený během let 1992 a 1993 doktorem Thomasem (Thomas, 2003) zaznamenal velkou změnu v užívání medikace. Zatímco ostatní pečovatelské domy zaznamenávaly stejné množství předepsaných léků nebo mírné zvýšení množství předpisů, pečovatelský dům s aplikovanou EA zaznamenal snížení medikace o minimálně 10 % a náklady na léky na osobu na den byly o 38 % nižší v domově s EA než v běžném pečovatelském zařízení.

V roce 1998 proběhla srovnávací studie ve dvou pečovatelských domovech v USA provozovaných stejnou organizací, kde byl jeden domov „Edenizován“ a druhý zůstal jako kontrolní pracoviště nezměněn (Coleman

a kol., 2002). Studie probíhala po dobu jednoho roku a sledovala, v čem se změni pečovatelský domov během prvního roku po aplikaci EA.

Výsledky ukázaly, že v „Edenizovaném“ pečovatelském domově se podstatně zvedl počet klientů, kteří v posledních 30ti dnech upadli a klientů, kteří se potýkali s vyživovacími obtížemi. Také zde bylo evidováno mnohem více žádostí ze stran klientů, kteří žádali odborný ošetrovatelský personál a předepsání hypnotik. Odešlo také více členů personálu a byl najat personál nový. Kontrolní pečovatelský domov měl podstatně více klientů žádajících předepsání anxiolytik. Závěrem bylo zhodnoceno, že aplikace EA neměla žádný pozitivní vliv v oblasti kognitivních funkcí, oblasti přežití nebo úspory v nákladech na péči. Kvalitativní pozorování v „Edenizovaném“ domově však ukázala, že změna byla pozitivní pro mnoho členů personálu i klientů. Z toho vyplývá, že je zapotřebí doby delší než 1 rok k tomu, aby se prokázala všechna zlepšení, která může aplikace EA přinést.

Další studie provedená na téma aplikace The Eden Alternative se týkala vlivu EA na rodinnou spokojenost (Roscher, 2005). Třicet sedm rodinných členů vyplnilo dotazníky před aplikací EA na pečovatelský domov a následně ty samé dotazníky po dvou letech, po aplikaci EA. Výsledky prokázaly výrazné zvýšení spokojenosti rodinných příslušníků po aplikaci EA. EA nabízí mnohem víc příležitostí pro zapojení rodinných příslušníků. Také bylo zaznamenáno velké zlepšení komunikace mezi personálem, klienty a jejich rodinnými příslušníky.

III Praktická část

4 Účel studie

Tato část obsahuje strukturované rozhovory s ergoterapeuty ze Švédska i z České republiky. Pojednává o tom, jak se ergoterapeuti cítí v této profesi a v celém systému, ve kterém je ergoterapie zasazena. Důraz je kladen na potenciální problémové oblasti a jejich osobní zkušenosti z praxe.

4.1 Metody získávání informací

Otázek je celkem šestnáct a jsou rozděleny do pěti skupin (k nahlédnutí v Příloze 2). První skupina otázek se týká vztahu ergoterapeuta a klientů. Ptá se na to, jak klienti vnímají ergoterapii, proč si zvolili práci se seniory a jaké jsou v jejich současném zaměstnání cíle a priority práce s klienty. Druhá skupina otázek je zaměřena na vztahy a spolupráci s kolegy. Třetí skupina otázek se zabývá vztahem ergoterapeuta k nadřízeným a naopak. Čtvrtá skupině otázek se týká možností dalšího vzdělávání v oboru, přístupu k novým informacím z oboru a komunikace s ostatními ergoterapeuty. V poslední skupině otázek je pojednávána spokojenost ergoterapeuta se svým zaměstnáním a s výsledky vlastní práce.

Ergoterapeuti, kteří tyto rozhovory poskytli, byli vybráni cíleně a podmínkou byla současná práce se seniory či rozsáhlejší zkušenosti s prací se seniory v minulosti. Předem byli informováni o tématu a účelu této práce. Otázky si měli možnost přečíst předem, čehož všichni využili a byly jim vysvětleny případné nejasnosti. Ergoterapeuti v České republice si přáli být zachováni v anonymitě.

Rozhovory probíhaly v klidném a nerušeném prostředí. Byly nahrány na diktafon a poté přepsány. Rozhovory ve Švédsku proběhly v angličtině. V původním znění jsou k nahlédnutí v Příloze 3 a Příloze 4. Překlad Rozhovoru 2 je poněkud méně srozumitelný což je dáno lehkou jazykovou

bariérou, kdy tázaný není zvyklý mluvit anglicky a činí mu obtíže se vyjadřovat plynule. V rámci zachování autenticity rozhovoru byla snaha přeložit odpovědi co nejpřesněji. Tázání absolvují rozhovor jenom jednou.

Výstupem bude poukázání na rozdíly či spojitosti v každé oblasti otázek, dále pak na fakta, která mohou být inspirativní pro další výzkum či realizaci v praxi.

4.2 Rozhovory

Následující část práce obsahuje přepsané záznamy rozhovorů s ergoterapeuty. Rozhovor 1 a Rozhovor 2 poskytli ergoterapeuti ze Švédska a jsou přeloženy do českého jazyka. V originále jsou k nahlédnutí v Příloze 3 a Příloze 4. Rozhovor 3 a rozhovor 4 poskytli ergoterapeuti z České Republiky.

4.2.1 Rozhovor 1

Tazatel (dále jen T): Interview číslo jedna, Eva-Lena, Enebacken. Má první otázka je: můžete mi říct, kde pracujete a co je náplní Vaší práce?

Eva-Lena (dále jen E): Dobře. Pracuji v Enebacken, což je pečovatelský dům pro 109 lidí, provozovaný soukromou společností HSB Omsorg. Tady pracuji.

T: ... a pracujete zde jako ergoterapeut.

E: ano

T: Zeptám se vás na 16 otázek. První skupina otázek se bude týkat Vás jako ergoterapeuta ve vztahu ke klientům. První otázka je: **Jak na Vaši práci (na Vás) reagují klienti?**

E: To záleží na klientovi a také na tom, co dělám. Často jim nevdí co dělám, často jim přináším radost – dám jim vozík, tak se stanou samostatnější, jindy si mohou myslet, že jsem trochu otravná nebo nepříjemná, jako když chci, aby si sami natáhli ponožku, když ví, že bych to mohla udělat za ně, ale já to neudělám, protože chci vidět, jestli to dokážou sami. To jsou potom pravděpodobně iritování nebo nervózní. A někdy je to děláním radosti takovými maličkostmi, jako vzít je na procházku. Ale někdy si někdo myslí, že ven jít rozhodně nechce, takže hodně záleží na tom, co s nimi dělám a co je to za člověka, na náladě toho dne, klienta... Ale většinou reagují hezky, řekla bych.

T: To je hezké slyšet. Druhá otázka je: **Spolupracují; vidí v ergoterapii smysl?**

E: Většinou pravděpodobně ne. Předpokládám, že vidí smysl v tom, že jim dávám vozík, ale někdy mám pocit, že si neuvědomují, že potřebují vozík a ten

smysl nevidí. Někdy nevidí smysl v tom, nalít si sám mléko do hrnku, protože jsou zvyklí, že to ošetřovatelé dělají za ně. Zdali vidí smysl? Já bych řekla, že tak 30% z nich. I když jim řeknu, že jsem ergoterapeut, mohou to zapomenout a myslet si, že jsem jenom obyčejný ošetřovatel, který jim moc nepomáhá. A někdy, jak jsem ti již řekla dnes ráno, jim neříkám: „Dobrý den. Jsem ergoterapeut a budu s vámi provádět hodnocení ADL“. Neříkám to, protože tomu pravděpodobně nerozumí a neviděli by v tom smysl. Tak jim řeknu něco jiného, co jim smysl dá, jako: „Strávím tu s Vámi dnes ráno a podívám se, jestli se umíte sama umýt, obléct a najíst“. Takže musím svá slova volit opatrně. A to je pak pravděpodobnější, že v tom uvidí smysl. Odpovídám moc krátce nebo moc dlouze?

T: Takto je to v pořádku, děkuji. Takže je to k této otázce vše?

E: Řekla bych pro shrnutí, že 30% klientů vidí smysl v tom, co dělám.

T: To je dobré.

E: Mohlo by to být lepší.

T: Má třetí otázka zní: **Proč jste si zvolila práci se seniory?**

E: Protože to bylo blízko domova. Zcela upřímně... Protože pro mne je důležité, že mám práci blízko místa kde žiji, protože jinak bych nemohla pracovat na plný úvazek. To není, že bych si to vybrala jenom proto, že to je blízko, ale kdyby tu v okolí byla řekněme psychiatrická léčebna, pracovala bych pravděpodobně tam. Takže ano, vybrala jsem si tuto práci kvůli tomu, že je blízko. Toto nemusí být moc dobrá odpověď, ale je pravdivá.

T: Nejsou dobré a špatné odpovědi.

E: Kdybych pracovala dál od domova, nemohla bych pracovat na plný úvazek, nemohla bych studovat, neměla bych tolik volného času na syna a na rodinu, nemohla bych chodit cvičit. Hodně věcí v životě musí pasovat.

T: Dobře, děkuji. Čtvrtá otázka je: **Jaké jsou cíle a priority Vaší práce s klienty?**

E: V Enebacken rozhodně kompenzační pomůcky. Invalidní vozíky, závěsy na zvedání, polštáře a podložky do vozíků, sprchovací židle, i sklopné. Určitě

kompenzační pomůcky. A druhou nejdůležitější věcí je, aby fungovaly každodenní aktivity. Třeba jako jak se nejlépe obléct a poradit. Nepracuji rovnou s klienty, ale radím ošetřovatelům. Jako například Maria (klientka) – může si sama natáhnout ponožku i když by si někdo mohl myslet, že ne, tak může pomoci, když jim řeknu, že může. Ptala jsi se na to, co s nimi většinou dělám?

T: Spíš na priority práce s nimi.

E: Kompenzační pomůcky – to je první. A pak nepřímo – radit ošetřovatelům.

T: Druhá oblast mých otázek se týká Vás ve vztahu ke kolegům. Pátá otázka je: **Jaké profese tvoří Váš pracovní tým?**

E: No zaprvé je to fyzioterapeutka, která zde také pracuje na plný úvazek a s ní mám nejbližší pracovní vztah. Toto je takový vnitřní kruh. A zrovna teď je to také studentka ergoterapie Tereza. A ten vnější kruh jsou ošetřovatelé, zdravotní sestry, 3 manažeři, na každé patro jeden a pak ještě vrchní manager. A pak jsou zde i jiní lidé. Nemyslela jsi klienty, že ne?

T: Ne, jenom kolegy se kterými pracuješ.

E: Občas mám co k dočinění s příbuznými klientů, ale to nejsou kolegové. No pak myslím, že uklízečky, ale s nimi moc v kontaktu nejsem. Jsou tu tři nebo čtyři. A samozřejmě Sodexho, lidé ze společnosti na kompenzační pomůcky. Jsem s nimi ve styku většinou skrze telefon. A také jiné společnosti, které prodávají kompenzační pomůcky – také po telefonu. Přes počítač a program, kam se píšou záznamy o klientech, jsem ve spojení s lidmi, kteří nám dělají počítačovou podporu. Dva nebo tři. Kdo ještě? Viděla jsi někoho na koho bych zapomněla?

T: Přemýšlím.... že by lékař?

E: Ne, s ní toho moc společného nemám a snažím se jí vyhýbat, protože nesouhlasím s tím, co dělá. Ona je moc medicínská a toto je domov takže ...

T: A ten pán přes sluchové pomůcky?

E: Jo ten. Trochu. Myslím, že to je vše co já vím.

T: Otázka číslo šest je: **Jak probíhá spolupráce s ostatními členy týmu?**

E: Mám velké štěstí, protože se mi výborně pracuje s mojí kolegyní fyzioterapeutkou a ona si myslí totéž o spolupráci se mnou. Tohle funguje velmi dobře. Potom ošetřovatelé – to je stejné jako všude jinde řekla bych. Ne že by mě přímo nenáviděli, ale občas si myslí, že jsem otravná... no není to pohroma. Ale bylo by mnohem milejší, kdyby víc chápali to, co tady dělám já a to co tady dělají oni a to, co by měl každý dělat. S většinou to funguje docela dobře. Někteří, třeba jeden nebo dva ze dvou set je fakt pohroma. Jo docela dobře se pracuje s ošetřovateli a ještě lépe se sestrami. A s mou manažerkou žádný problém nemám. Je tu jedna nižší manažerka, která si pravděpodobně mylí, že bych měla dělat něco jiného než dělám a občas se mi to snaží říkat, ale ona není moje nadřízená, takže si od ní nenechám říkat, co mám dělat. Nakonec je to opravdu dobrá spolupráce. No co jiného se dá očekávat pro ergoterapeuty – to je taková nepochopená profese. Mohlo by to být mnohem horší. Bylo to mnohem horší tam, kde jsem pracovala předtím. Mnohem horší.

T: Sedmá otázka je: **Máte pocit, že se s někým spolupracuje lépe nebo hůř?**

E: Myslím, že na toto jsem už odpověděla. S ošetřovateli rozhodně hůř, ale není to katastrofa. Záleží to celé na osobnosti člověka – v minulosti jsem potkala nějaké fyzioterapeuty, které jsem moc ráda neměla. Ale s ošetřovateli se celkově moc dobře nepracuje. Někdy...

T: Dobře. Osmá otázka je: **Jaké bylo/je vymezit Vaši pozici v pracovním kolektivu?**

E: Tady?

T: Ano.

E: No tady to bylo jednodušší, jelikož jsem pracovala se seniory v bývalé práci před čtyřmi lety, takže jsem už v tomto měla vlastní identitu. Jak že zněla otázka? Jestli to bylo těžké nebo jak jsem to udělala?

T: Jaké to bylo?

E: Jaké bylo zapadnout?

T: Ano. Jaké bylo vymezit Vaši pozici?

E: No musím tu prakticky každodenně vysvětlovat co a proč chci dělat. A tady to bylo trochu jiné, protože jsme zrovna otevřeli a bylo zde tolik praktických věcí k vyřešení, jako nákup kompenzačních pomůcek, plánování. Ale nejlepší na tom je, že mám manažerku, která ví k čemu zde jsem. Mám fakt velké štěstí. Ona říká ostatním, co dělám a co mám dělat.

T: K tomu se dostaneme v jiné otázce.

E: Ano, já vím. Je trochu těžké být jedem jediný ergoterapeut. Bylo by mnohem jednodušší vymezit naši pozici, kdybychom byli dva nebo tři. Ale je to poměrně jednoduché, řekla bych.

T: Třetí oblast otázek se týká managementu, nadřízených a pracovních podmínek. Devátá otázka je: **Myslíte si, že vaši nadřízení znají dobře rozsah Vaší profese, potřeby Vaší profese a využívají Váš potenciál?**

E: Rozhodně. Mám takové štěstí, že bych se měla smát každý večer ze spaní. Opravdu mám štěstí. Myslím, že je nejlepší šéfová ve Švédsku. Ví zcela přesně, co ergoterapeut dělá a zná hodně z mého oboru. Má mnoho zkušeností. Chtěla jsem koupit nějaké kompenzační pomůcky hned na začátku, poté co jsme se sem nastěhovali a ona řekla ne a řekla mi proč a teď o několik měsíců později když jsem získala víc zkušeností se ukázalo, že měla pravdu. Ví, na co jsem a říká lidem co tady mám dělat. Ale není to tak vždycky. Ne na každém místě. Ale zrovna tady v Enebacken je to naprosto skvělé.

T: To je moc hezké.

E: To je.

T: Otázka číslo deset je: **Máte u nich podporu ve Vašich rozhodnutích, nápadech, prostředcích?**

E: Ano. Myslím, že už k tomu nemám další poznámky. Rozhodně ano.

T: Jedenáctá otázka zní: **Máte pocit, že jste ve své práci nějak omezena? Pokud ano, kde myslíte, že je příčina Vašich omezení?**

E: Omezení by mohlo být to, že lidi nechápou, proč tady jsem. Samozřejmě, že omezením je také čas, ale takový pocit má asi většina zaměstnaných lidí.

Další omezení... no, ráda bych měla pro každého větší prostor. Ta společenská místnost dole ve sklepech je malá. Ale kdyby byla větší, stejně bych si myslela, že není dost velká (smích). Chtěla bych zde zahradu. To je omezující nemít zahradu, protože bychom mohli pořádat více venkovních aktivit. Bylo by fajn mít víc materiálů a víc stavů na tkaní. Více vybavení na různé aktivity. Řekla jsi, abych to vyjmenovala to, co je omezující, takže... Je mnohem víc věcí, které umožňují aktivity, ale to je vše ve tvé hlavě. A to je to, s čím přišel EDEN. Říkám ti o hodně negativních věcech, ale je zde i hodně pozitivních.

T: Já chtěla ty negativní.

E: Tak jo. Peníze samozřejmě. Chtěla bych víc peněz, víc ergoterapeutů, víc lidí, víc ošetřovatelů (smích). Ale podle okolností – není to špatné. Ano, zahradu, více podpory od ošetřovatelů, pochopení ...

T: Další oblast otázek je o možnostech vzdělávání, nových informacích a kontaktu s ostatními ergoterapeuty. Dvanáctá otázka je: **Máte přístup k novým informacím z oboru? V jaké podobě tyto informace jsou?**

E: Myslím, že se většině ergoterapeutů naučila hledat informace sama jelikož řešíme problémy. Teď když dělám magistra na Karolinska Institutet, jsem tak trochu zpátky. No kdybych tady jen tak seděla a nic nedělala, moc bych toho asi nevěděla. Ale myslím, že ergoterapeuti jsou naučení dělat něco ve všech částech svého života.

T: Ptala jsem se spíš na přístup k informacím. Jestli je snadné najít informace i tom, co potřebujeme zjistit.

E: Myslím, že ano. Asociace je dobrá a posílají mi časopis každé 2 měsíce nebo tak nějak a tak jsou všechny články, nabídka zaměstnání, kursy a tak. Ano, je to poměrně jednoduché.

T: Jsou zde ještě nějaké zdroje informací?

E: Internet samozřejmě, kolegové, webové stránky asociace, myslím, že bych mohla jít i na stránky Karolinské a podívat se i tam. Ale to všechno záleží na tom, jak se na to díváš. Nic nepřichází jen tak. Musíš jít a hledat. Já jsem ten typ člověka, co jde a hledá.

T: Děkuji. Otázka číslo třináct je: **Máte možnost dalšího vzdělávání v oboru?**

E: No ještě jednou – nic není pokud si o to člověk neřekne. Ale je zde hodně kursů. Ale váš šéf se neobjeví a neřekne ti: „Hele můžeš jít na tady tenhle kurs a já ti dám k tomu oběd zadarmo a lístky na autobus a učebnice...“ Tak to není. Musíš se po tom ptát a motivovat to. Myslím, že tady ve Švédsku toho je hodně, když chceš. Ale musíš to hodně chtít a dát tomu tu energii a volný čas. Takže když máš sílu, tak to zde je.

T: Otázka číslo čtrnáct: **Udržujete kontakt s ostatními ergoterapeuty nebo nějakou ergoterapeutickou organizací?**

E: Ano udržuji. Jsem zde jediný ergoterapeut, takže když mám nějaký problém, zvednu telefon a zavolám do své bývalé práce a zeptám se tam. Nemám moc kontakt s ergoterapeutickými organizacemi. Ale mám podporu ostatních ergoterapeutů takže se necítím vyloženě sama jestli je to to, co jsi myslela.

T: Ano děkuji. Poslední okruh otázek se týká spokojenosti s prací a s výsledky vlastní práce. Patnáctá otázka zní: **Jaký máte pocit z vlastní práce? Jste spokojena? Proč?**

E: No já jsem velmi spokojená. Za prvé protože je to blízko domova, za druhé protože mám ráda moji kolegyni fyzioterapeutku, zatřetí protože mám ráda svoji šéfovou a taky mám ráda tuto práci. Jsem docela dobrá přes kompenzační pomůcky. A jsem docela praktická. Nerada sedím na židli, ráda jsem v pohybu a to je to, co dělám. Jsem velmi spokojená s mou prací. Také si myslím, že jsem velmi dobře placená. Víím, že mnoho ergoterapeutů má menší plat než já. Řekla bych devět bodů z deseti na žebříčku spokojenosti. A také jsem ráda, že zde mohu mít studenty na praxi. Ne všechna pracoviště jsou tak otevřená. Myslí si, že studenti zabírají moc času, ale moje šéfová řekla rovnou ano. Takže mohu říct, že jsem s prací velmi spokojená.

T: Má poslední otázka je: **Jste spokojena s výsledky své práce?**

E: Ano, jsem velmi spokojená, protože srovnávám toto zaměstnání s těmi předtím a to jsem chodila domů a přemýšlela jsem, co všechno jsem nestihla

udělat. Tady jdu domů a myslím si, že jsem udělala co jsem mohla za těch osm pracovních hodin. Nechodím večer spát a v hlavě mi nevyří myšlenky o tom, co jsem neudělala tak jako v mém posledním zaměstnání. Takže jsem většinu dní spokojená a jdu domů s tím, že jsem udělala co jsem mohla.

T: To je dobré slyšet!

E: To ano. Ale myslím, že tento rozhovor by byl úplně jiný, kdyby byl proveden na mém bývalém pracovišti. To by byl mnohem víc negativní. Mnohem víc...

T: Mám dojem, že je fajn, že je pozitivní! Děkuji mnohokrát za rozhovor.

4.2.2 Rozhovor 2

Tazatel (dále jen T): Nejprve bych se Vás ráda zeptala na Vaši práci. Můžete mi říct, kde pracujete a co zde děláte?

Anne-Christine (dále jen A): Pracuji na obecním (komunitním) oddělení. Máme zde klienty, kteří jsou zde na krátkou dobu než se zase mohou vrátit domů nebo jdou do pečovatelských domů nebo jiných zařízení. To je první část mé práce. Ta druhá je, že pracuji na obecním oddělení, kde přiděluji kompenzační pomůcky všem, kteří jsou podporováni obcí Åkesberga a potřebují je – senioři, mentálně postižení, lidé po CMP, po nehodách. Také lidé žijící v institucích, ti také dostávají technické pomůcky. Jsou také pro lidi, kteří tam pracují, aby se jim pracovalo lépe a snadněji. Například zvedací zařízení, nástavce na toalety, ...

T: Takže pracujete většinu času se seniory?

A: Je zde také oddělení krátkodobé péče pro děti. Bydlí doma s rodiči, ale sem jezdí občas na víkend nebo na týden. Pracuji v celé Åkesberga se všemi druhy klientů.

T: Dobře, děkuji. Dostaňme se tedy k otázkám na seznamu. První skupina otázek se týká Vás jako ergoterapeuta ve vztahu ke klientům. První otázka je:

Jak na Vaši práci (na Vás) reagují klienti?

A: Pracuji s našimi klienty hned poté, co přijdou sem k nám na oddělení krátkodobé péče. Přijdu za nimi hned ráno, abychom udělali hodnocení ADL a promluvit s nimi. Řeknu jim, proč tohle všechno děláme – třeba aby mohli jít pak zase zpátky domů. Tohle děláme společně s naší fyzioterapeutkou. Reagují dobře.

T: Spolupracují; vidí v ergoterapii smysl?

A: Většinou. V této části práce to není problém. Jsem v praxi už dlouho, takže vím, co a proč dělám. Takže je to většinou v pohodě. Spolupracují. Myslím, že to je o tom, jak moc se dokážete člověku přiblížit, jak mu vysvětlíte, proč tohle všechno děláme. Já vím, co přijde potom. Mohu jim říct, co se stane,

když něco udělají nebo, že když to neudělají, nebudou se například moci vrátit domů.

T: Děláte s těmi klienty i nácvik?

A: Ano dělám, ale ne tak moc. Teď zrovna ne. Máme zde hodně klientů s Alzheimerem a podobně a ti čekají na umístění v pečovatelském domově. Takže teď nemohu udělat víc, než jen hodnocení ADL.

T: Třetí otázka je: **Proč jste si zvolila práci se seniory?**

A: Na začátku jsem měla na výběr ze dvou zaměstnání. Jedna z nich byla práce se seniory. A tu jsem si vybrala. To už je hodně let. Bylo to v nově vybudovaném oddělení nemocnice, takže jsem věděla, že se tam bude dobře spolupracovat. Takže to je proč. Bylo to už před 32 lety.

T: **Jaké jsou cíle a priority Vaší práce s klienty?**

A: Prioritou je dostat je zpět domů. A já dělám, co je třeba, aby domů jít mohli. Jdeme k nim domů a podíváme se, jak to tam vypadá a co je třeba změnit – bezbariérové úpravy. Pak kompenzační pomůcky, hodnocení ADL, občas nácvik ADL.

T: Další otázka je: **Jaké profese tvoří Váš pracovní tým?**

A: Zdravotní sestry, doktoři, fyzioterapeuti, ošetřovatelé.

T: **Jak probíhá spolupráce s ostatními členy týmu?**

A: Jsem jeho částí a každý plníme svůj kus práce. Pracujeme dohromady. Je to velmi dobrý tým. Poslouchají, co říkám. Máme větší setkání jednou týdně a malé porady každý den, vždycky když dorazí personál. Většinou tam chci být. Sejdeme se, probereme klienty, uděláme plán.

T: **Máte pocit, že se s někým spolupracuje lépe nebo hůř?**

A: Ne, tady u nás ne. Samozřejmě je to lepší s fyzioterapeuty – pracujeme dost blízko. Ale pracuje se nám dohromady dobře. Zrovna teď to tak je.

T: **Jaké bylo/je vymezení Vaší pozici v pracovním kolektivu?**

A: Někdy jsme museli během těch let bojovat. Pracovala jsem po mnoho let jako vedoucí ergoterapeut a musela jsem často za náš obor mluvit. V posledních letech mám pocit, že už bojovat nemusím. Oni už ví, co umím.

Ví, jak mě použít. Občas to bylo na začátku těžké, ale teď už vím, kde je mé místo v týmu. K tomu mohu říct, že jsem silná osobnost. Víím co umím dělat a dokážu to říct.

T: Myslíte si, že vaši nadřízení znají dobře rozsah Vaší profese, potřeby Vaší profese a využívají Váš potenciál?

A: Myslím, že nás používá velmi dobře. Možná, že neví všechno, ale spoléhá se na mě. Ví, že udělám to, co se od mé profese očekává. Nepotřebuji, aby věděla všechno. Pracovala předtím jako zdravotní sestra. Nemůže znát vše o ergoterapii, to je moje část. Když je zapotřebí, můžu jí to vysvětlit.

T: Máte u nich podporu ve Vašich rozhodnutích, nápadech, prostředcích?

A: Myslím, že ano. Jak jsem již řekla, spoléhá se na mě. Ale také nemůže udělat všechno, co chceme my, protože má nad sebou také ještě nadřízené. Poslouchá to, co jí říkám, to je dobré.

T: Máte pocit, že jste ve své práci nějak omezena? Pokud ano, kde myslíte, že je příčina Vašich omezení?

A: Peníze jsou omezením. A politici. Myslím, že neví, co umíme. Ne my jako ergoterapeuti, ale jako celek – rehabilitační tým. Myslí si, že lidé sami doma mohou dělat víc, než vlastně mohou a tím ztrácí peníze. Kdyby nás poslouchali, ušetřili by hodně peněz, kdyby nám umožnili dělat pořádně naši práci, což je třeba dostávat lidi zpět domů. Kdyby nám dali víc peněz, uměli bychom je dobře použít, ale to neudělají. Musíme to nějak ustát.

T: Máte přístup k novým informacím z oboru? V jaké podobě tyto informace jsou?

A: Trochu ano. Jak jsem již řekla, problémem jsou peníze. Nemůžeme chodit na tolik kursů, na kolik bychom chtěli. Musím si hodně věcí najít na počítači a sama si je přečíst. Snažím se číst to, co píšou studenti. Máme taky naši asociaci – oni toho přečtou mnoho. Mám přístup do knihovny, máme Scandinavian Journal of Occupational Therapy a taky jiné časopisy. Mohla bych číst víc, ale problém je angličtina. Většina článků je v angličtině a zabere mi dost času než je přečtu, takže moc nečtu.

T: Máte možnost dalšího vzdělávání v oboru?

A: Měla jsem. Chodila jsem do školy tak dávno, že jsem musela hodně číst o tom, co se děje na univerzitě, ale už to více nedělám. Jsem na to moc stará. Do důchodu mi chybí 6 let. Chodím na menší kurzy. Také hodně získám od svých kolegů ze Stockholmu, protože spolupracuji hodně s Asociací. Hodně mluvíme o našem oboru když se setkáme. Takže takhle získávám informace.

T: Takže jste mi tímto vlastně odpověděla i na čtrnáctou otázku: Udržujete kontakt s ostatními ergoterapeuty nebo nějakou ergoterapeutickou organizací?

A: Ano, věděla jsem, že bude následovat.

T: Jaký máte pocit z vlastní práce? Jste spokojena? Proč?

A: Moc mě tahle práce baví, jinak bych jí nejspíš nevydržela dělat tak dlouho. Dokončila jsem školu v roce 1973. Takže jsem pracovala jako ergoterapeut po všechna ta léta, i v době, když mé děti byly malé. A viděla jsem, jak moc se obor změnil. Dnes je to úplně jiné zaměstnání. Líbí se mi čím dál tím víc. Vidím, že jsme si dokázali vymezit v péči o klienta své místo. Jsme respektováni kolegy a tak dále. Bylo to na začátku těžké. Nebylo nás tolik. Pracovala jsem s mnoha klienty, ale pořád je uspokojivé vidět je, když se vrátí zpátky domů. A že mohou žít dobrý život ještě pár let poté. Nebo je dostat do pečovatelského domu, kde budou taky žít hezký život. Aktivitu používáme často. Prostě něco dělat. Občas klienty takto směřujeme. Na této práci je dobré, že netrénujeme jenom s rukou nebo s nohou. Přenášíme to tak nějak do skutečného světa.

T: Jste spokojena s výsledky své práce?

A: Po většinu času ano, ale někdy ne. Protože okolo klienta jsou samozřejmě i další lidé, kteří řeknou: „Ne, my to tak nechceme“. Nebo to nechce klient sám, protože má děti, které říkají: „Ne ty už se domů nevrátíš, půjdeš do pečovatelského domova...“ A vy musíte říct ano, protože jsou klienti, kteří nepůjdou proti vlastním dětem. To není moc dobré. Ale většinu času mě velmi uspokojuje co zde děláme, s mou prací, s mojí částí naší práce.

T: Děkuji za rozhovor.

4.2.3 Rozhovor 3

Ergoterapeut pracující na rehabilitačním oddělení v nemocnici.

Tazatel (dále jen T): Jak na Vaši práci (na Vás) reagují klienti?

Ergoterapeutka (dále jen E): Reagují dobře, pozitivně. Spolupracují... jak kdo a jak kdy. Myslím si, že jednou z dobrých vlastností terapeuta je, že umí toho člověka namotivovat tak, aby správně spolupracoval a odhadnout, kdy nemá moc cenu toho člověka v tu chvíli do ničeho tlačit, protože by to bylo kontraproduktivní.

T: Spolupracují; vidí v ergoterapii smysl?

E: To, myslím, jsem už vlastně řekla. Nemůžu říct, že 100 % pacientů nebo lidí se kterými pracuji jsou motivováni na úplně 100 %, ale většinou se to daří.

T: Proč jste si zvolila práci se seniory?

E: Já osobně jsem si zas tak úplně nezvolila práci se seniory. Nebo si nemyslím, že by to byla moje priorita. Vyhovuje mi pracovat s dospělými klienty. Toto pracoviště je pro dospělé, ale převážnou část pacientů tvoří senioři.

T: Jaké jsou cíle a priority vaší práce s klienty?

E: Myslíte tady v tomto zařízení?

T: Ano.

E: Priority nebo cíle ergoterapie je zlepšení soběstačnosti a samostatnosti lidí a zhodnocení toho potenciálu, aby se mohli vrátit zpátky do svého domácího prostředí. To je teda prioritou.

T: A máte zde na tomto pracovišti stejné priority?

E: My to tady máme tak nastaveno, že ergoterapie je zaměřená na soběstačnost a na to se nabalují další věci – trénink motoriky horní končetiny, kognitivních funkcí a tak dál.

T: Jaké profese tvoří Váš pracovní tým?

E: Jsou to prvotně lékaři, pak sestry a ošetřovatelé, dále tu máme sociálního pracovníka, logopeda, fyzioterapeuty, klinického psychologa.

T: Jak probíhá spolupráce s ostatními členy týmu?

E: Já myslím, že je to o komunikaci a když se dobře komunikuje a včas se řeknou všechny potřebné informace, spolupráce je dobrá.

T: Mohu se také zeptat, jakým způsobem funguje spolupráce?

E: Co se týče spolupráce uvnitř rehabilitačního týmu, mezi fyzioterapeuty, logopedem, sociálním pracovníkem, tak tam spolupracujeme face to face. O těch klientech spolu mluvíme. Co se týče další spolupráce, tak výměna informací s ošetřovatelským personálem je podložena dokumentací.

T: Máte pocit, že se s někým spolupracuje lépe nebo hůř?

E: Přemýšlím teď, abych někomu nekřivdila nebo jej naopak nepřeceňovala. Myslím si, že komunikace s fyzioterapeuty nebo logopedem je lepší, jelikož je tam ten cíl, to že chceme zlepšit nějakou funkci toho člověka a nějako jej zase zařadit zpět, patrnější než například ošetřovatelskému personálu. Takže ta spolupráce je snazší, pro mě.

T: Jaké bylo/je vymezit Vaši pozici v pracovním kolektivu?

E: Já si myslím, že se tohle neustále vymezuje a že neustále je třeba připomínat, co je ještě naše kompetence a co už by třeba měly dělat sestry. Myslím, že to je stále v procesu.

T: Myslíte si, že Vaši nadřízení znají dobře rozsah Vaší profese, potřeby Vaší profese a využívají Váš potenciál?

E: Myslím si, že rámcově asi vědí. Je potřeba to někdy připomínat a taky znova to jasněji definovat a ... využívají váš potenciál? Na to nedokážu odpovědět.

T: Jestli do toho mohu vstoupit, tak jsem touto otázkou měla na mysli to, že když někdo nezná rozsah vaší profese a to, co umíte, může se stát, že budete dělat částečně práci například ošetřovatele nebo něco jiného, co není přímo ve vaší kompetenci. A když vychází tato neznalost z vedení, je těžké si pak vymezovat své pole působnosti.

E: Já myslím, že zde je to nastavené tak, že zde má ergoterapie volnou ruku, že nás nechají se vyjádřit, když si myslíme, že by se klient mohl ještě někam posunout nebo zlepšit. Nemyslím si, že by nás někdo vyloženě tlačil do nějakých aktivit, které by byly mimo naše kompetence.

T: Máte u nich podporu ve Vašich rozhodnutích, nápadech, prostředcích?

E: To máme myslím velmi dobrou podporu. Rozhodně si nestěžujeme.

T: Máte pocit, že jste ve své práci nějak omezena? Pokud ano, kde myslíte, že je příčina Vašich omezení?

E: To je pro mne dost široká otázka, v čem myslíte omezení?

T: Jak je vnímáte vy?

E: Já si moc omezení vědoma nejsem. Možná ze začátku to bylo tak, že jsem tu byla sama jako ergoterapeutka, takže tu byl časový handicap. Nemohla jsem se věnovat tolika lidem a tolik času, kolik jsem si představovala. Ale teď je tady už další ergoterapeut. Jinak mám podporu z vedení nemocnice pro rozvoj oboru a materiální zajištění.

T: Máte přístup k novým informacím z oboru? V jaké podobě tyto informace jsou?

E: Jsou to komunikace s ostatními ergoterapeuty, s Českou Asociací Ergoterapeutů, ať tedy prostřednictvím webu nebo kontaktem s jednotlivými členy výboru a třeba i s ergoterapeuty v zahraničí. Poté také samozřejmě zdroje literatury. Občas něco z knihovny, v českých časopisech také občas vyjde něco o ergoterapii.

T: Máte možnost dalšího vzdělávání v oboru?

E: Jednak jsou zde možnosti jednotlivých kursů a jednak ještě studuji Jihočeskou Universitu a myslím, že ten obor který tam studuji s ergoterapií velmi úzce souvisí, takže já se vzdělávám dál.

T: Udržujete kontakt s ostatními ergoterapeuty nebo nějakou ergoterapeutickou organizací?

E: To už bylo zodpovězeno předtím.

T: Jaký máte pocit z vlastní práce? Jste spokojena? Proč?

E: Jsem spokojena ve své profesi. Proč? Dělán profesi, která mě baví a pracuji na pracovišti, kde mám určitou možnost rozhodování. A o dalším důvodu již nevím.

T: Jste spokojena s výsledky své práce?

E: Jsem spokojena s výsledky své práce ač je to se seniory občas obtížné, protože tam ty výsledky nejsou vidět hned, jsou vidět za delší dobu a jsou nejspíš menší, ale ono je to o tom, jak si nastavíte cíle a zvolit správně ty cíle. Takže většinou jsem spokojena.

T: Děkuji za rozhovor.

4.2.4 Rozhovor 4

Ergoterapeut pracující v domově seniorů.

Tazatel (dále jen T): Jak na Vaši práci (na Vás) reagují klienti?

Ergoterapeut (dále jen E): Reagují veskrze pozitivně. Jsou samozřejmě lidé, kteří všechnu aktivitu apriori odmítají. To souvisí s jejich osobností. Když jsou pak ti lidé směřovaní na konec, když jsou před smrtí a uzavírají se světu a odsekávají vazby a nechtějí nic nového nachystat a nechtějí ani nové vztahy. Naši práci klienti nepřisuzují takovou důležitost jako třeba ošetřovatelské práci. Dokud mají tu naši péči a náš čas, tak to berou jako samozřejmost. V různých těch anketách nás zmiňují a oceňují. Ne že bychom na to čekali nebo tak něco. A když to potom není, když ten člověk třeba začne být upoutaný na lůžko, tak i teprve pak uvědomí, jaký význam to pro něj má.

T: Spolupracují; vidí v ergoterapii smysl?

E: Někteří. Lidé, kteří byli celý život aktivní, tak jsou aktivní i ve stáří. A lidé, kteří byli spíš pasivní – na tu televizi a četli knížky, tak se to akorát vystupňuje. Ale ergoterapie je i o tom zeptat se, jakou knížku máme vypůjčit, možnost slepecké knihovny. Ten volný čas jim zaplnit, aby to bylo příjemné a v pohodě.

T: Proč jste si zvolila práci se seniory?

E: No já to nevím. Ale zaměřila jsem se na ně už během studia. Naplňuje mě to a člověk se dozví hodně zajímavých věcí, jednak ze střetu těch generací a jednak, to co je společné. Také mi vyhovuje, že ta práce s nimi není takové to kondiční – půl hodiny cvičit, nadržovat je a další půl hodiny další klient, že je to hodně volnější, o tom, že se seznámíš s lidmi, hodně o komunikaci, o kvalitě života, aby to bylo příjemné a aby to bylo v pohodě.

T: Jaké jsou cíle a priority Vaší práce s klienty?

E: Určitě je to kvalita života, ať už si pod kvalitou života představují cokoliv, i třeba to, že mě budou posílat do háje. Aby měli nějakou náplň, aby příjemně a důstojně strávili poslední měsíce nebo roky. Jak ten čas stráví, to už je na nich. Myslím, že by to mělo být tak, že se to zařízení ptá toho klienta: „Co vy chcete“? Ne, že se řekne: „Tady je dvakrát týdně cvičení tak na

to budete chodit.“ nebo: „Budete chodit cvičit, aby jste neměla zatuhlé klouby.“ Nevím co ještě. Ale mít přístup: „Chcete jít cvičit“? „Chcete dělat něco jiného“? Priorita je, aby si klient sám řekl, co chce dělat, ať už verbálně nebo že se to pozorováním ozkouší.

T: Jaké profese tvoří Váš pracovní tým?

E: Tak můj pracovní tým tvořím já. Ergoterapeut je jeden v zařízení. Potom máme arteterapeuta ve výcviku – teď bude kolegyně končit výcvik pod SUR, máme 4 fyzioterapeuty, psychologa a hledáme teď, dalo by se říct, takového kulturního referenta, který by zajišťoval kulturu, časopis a víc se podílel na volnočasových aktivitách a úzce spolupracujeme se sociálními pracovníky. Ti jsou 4.

T: Jak probíhá spolupráce s ostatními členy týmu?

E: V rámci tohoto našeho týmu musím říct, že velice dobře. Úzce ergoterapeut spolupracuje s fyzioterapeuty, tam je to o kompenzačních pomůckách, návčiku soběstačnosti u lidí, kteří jsou akutně zhoršení, i když tyto návčiky neprobíhají ve velkém rozsahu. A samozřejmě s arteterapeutem, kde je to zase o těch dílnách a potom jsou zde informace od psychologa. Informace jdou oběma směry. Dostanu informaci, že se někomu zhoršila chůze, tak zaměřuji chodítko, vozíček. Já zas zjistím při jiné příležitosti, že se mi ten člověk jeví psychicky zhoršený, tak kontaktuji psychologa. Je důležité, aby ten tým spolu mluvil, aby ty informace, i když se zdají třeba banální, běžaly. Takže já jsem spíš příznivec těch neformálních posezení po obědě nebo před snídaní, než se ten program rozeběhne, aby nebyla jednou za měsíc nějaká schůze, kde všichni škrobeně sedí a zapisují si do diáře. To je o ničem. Nejvíc informací o klientech získáš tak, že si prostě s někým z týmu dáš kafe a zanádváš si, že tahle paní tohle a tamto... Takhle zjistíš kdo co komu řekl, že se jedna obyvatelka s druhou hádá, kdo nemá rád jakého ošetřovatele no a pak je z toho jasné, že co se týče konkrétně tohoto klienta, nebudeš hledat pomoc u těchto lidí, ale u jiných lidí se kterými má lepší vztahy.

T: Máte pocit, že se s někým spolupracuje lépe nebo hůř?

E: No v rámci týmu aktivizačního nemáme problém. Velký problém je co se týče těchto zařízení s ošetrovatelským personálem. Oni jsou tak vychovávaní. Chtějí mít ty lidi čisté, přebalený, v převlečených postelích a pokud možno tiché, hodné a nic nechtějící. No a my tam pak vlítáme a začneme je tahat z postelí, děláme tam nepořádek a chceme, aby byli nějak aktivní. No a těm sestřičkám, zvláště když pak chceme, aby nám v tom pomáhaly, se to moc nelíbí.

T: Jaké bylo/je vymezit Vaši pozici v pracovním kolektivu?

E: Pro mě to nějak náročné nebylo, protože jsem nastupovala na místo, kde ergoterapeut několik let byl, takže to bylo celkem jasné, i když kolegyně měla „vlastní rukopis“, takže pracovala trochu jiným způsobem, ale vím, že pro ni, která vlastně vytvořila to místo ergoterapeuta to bylo trochu obtížné tím, že se stíraly hranice mezi fyzioterapií a ergoterapií. Také si myslím, že ty fyzioterapeutky samy s tím měly největší problém. Nepřipadalo jim to, jako že je ona nějaká velká pomoc a jakože cvičí a my taky cvičíme, tak proč ona tu musí být. Ale teď už to funguje úplně normálně, protože jsou rádi, že ty věci, co nejsou příliš v jejich kompetenci přesouvají na mě, jako na kompetentní osobu. Například kompenzační pomůcky. Řeknou akorát: „Tahle paní je na chodítko, jdi se za ní podívat“. A já jdu a zaměřím ji na chodítko.

T: Myslíte si, že Vaši nadřízení znají dobře rozsah Vaší profese, potřeby Vaší profese a využívají Váš potenciál?

E: Mám pocit, že ano. Ředitel našeho zařízení má vzdělání v oblasti rehabilitace a pracoval v oblasti rehabilitace, takže má poměrně přesnou představu o tom, co je to ergoterapie. Spíš by to tlačil víc tím nácvikovým způsobem, na tu soběstačnost, nástavce a madla a tak dále, ale lze mu dobře vysvětlit, že to je někdy i o něčem jiném. O příjemně stráveném volném čase a kvalitě života.

T: Máte u nich podporu ve Vašich rozhodnutích, nápadech, prostředcích?

E: Jo, myslím, že mám. I když jde o nějaké prostředky finanční – dovybavit něco, koupit, tak jestliže jsou ty možnosti, nejsme odsunuti na vedlejší kolej.

O našich požadavcích se rozhoduje na stejné úrovni, jako třeba o požadavcích ošetřovatelek.

T: Máte pocit, že jste ve své práci nějak omezena? Pokud ano, kde myslíte, že je příčina Vašich omezení?

E: Ano. Mám pocit, že jsem omezená a příčina je ve státních dotacích, které jsou malé, protože kdyby tady bylo víc personálu, tak je ta péče úplně o něčem jiném. Takže je to o penězích. Kdyby bylo víc sestřiček, tak nebudou takové otrávené a unavené, budou se samy víc těm lidem věnovat, budou mít energii na to popovídat si, dát si s nimi kafičko. A kdyby nás bylo víc, třeba jeden volnočasový pracovník na jedno oddělení a mohl třeba každého každý den obejít, ale když jsou teď jeden ergoterapeut a jeden arteterapeut na 200 lidí tak to nepokryje všechno. A rozhodně už ne třeba u klientů s demencí, kteří potřebují spíš ten stacionární systém péče a my ani nemáme místnost, kam bychom je dali, kde by mohli strávit den.

T: Máte přístup k novým informacím z oboru? V jaké podobě tyto informace jsou?

E: Nemám teď ani moc energii pátrat. Většinou hledám na internetu, na stránkách ČAE, když je něco zajímavého a pak co mám kontakt se spolužačkami, které jsou v praxi, tak tam se člověk dozvídá, co je zajímavého a nového.

T: Co nějaké knihovny? Máš nějakou možnost?

E: Ne. Na internetu pak hledávám většinou semináře než literaturu. Asi je to deficit, ale nevyhledávám žádnou literaturu.

T: Máte možnost dalšího vzdělávání v oboru?

E: Jsou semináře, to souvisí i s registrací, s Brnem, ale co já jsem byla na seminářích, které byly pro ergoterapeuty, akreditované ČAE, tak mi připadalo, že to neříká žádné nové informace. Já se třeba dozvěděla mnohem užitečnější věci na semináři o paliativní péči, který nebyl vůbec určený pro nás a za který nemám žádný kredit, ale byl úžasný a strašně mě obohatil,

jak osobnostně, tak profesně, ale jako vzdělávání to nikdo neuzná. Protože na to nemáš papír, kde je razítko od ČAE.

T: Udržujete kontakt s ostatními ergoterapeuty nebo nějakou ergoterapeutickou organizací?

E: S ergoterapeuty ano, s organizací ne.

T: Jaký máte pocit z vlastní práce? Jste spokojena? Proč?

E: Já celkem spokojená jsem. Myslím, že to celkově souvisí s tím duchem a celkovým vyladěním toho zařízení tady. Jak už jsem o tom mluvila, snažíme se to tady směřovat k té kvalitě, ptáme se těch lidí, co chtějí nebo nechtějí. Že jsou zařízení, kde mají tabulky a jakmile není odškrtnutý chlívček, tak je oheň na střeše. Takže v tomto ohledu jsem spokojená. I přesto, že se mi někdy zdá, že se ti lidé nezlepšují, oni ani nestagnují – oni se většinou horší. Ale zdá se mi to přirozené a necítím nějaké selhání. Snažím se tady mladé kolegyně ze škol vést k tomu, že to není selhání ani jejich, ani lékaře, ale že je to o tom paliativním, o zpříjemňování. Takže to zatím pod tímto vedením lze.

T: Myslím, že jsi tím vlastně odpověděla i na mou poslední otázku ohledně spokojenosti s výsledky své práce.

E: Víceméně mám pocit, že ano. To zase souvisí s množstvím personálu, kdy nestíhám to, co bych měla nebo chtěla. Že by se dalo dělat víc věcí, ale člověk je zde osm a půl hodiny a kdybys to stíhat zkoušela, tak se zhroutíš během tří měsíců. Takže jsou věci, které je nutné vypouštět, nedělat a je třeba se smířit s tím, že je nestihnu.

T: Dobře, děkuji moc za rozhovor.

4.3 Výstup

U první skupiny otázek vyplynulo, že klienti reagují na ergoterapii podobně v obou zemích - spíše kladně. Lidé, kteří chtějí být aktivní, ergoterapii oceňují. Většinou také spolupracují, ale záleží to na tom, jak ergoterapeuti klientovi dokážou podat, co s ním potřebují provést či jej správně motivovat ke spolupráci. Práci se seniory si vybrali každý z jiného důvodu. Prioritou práce s klienty v obou zemích je většinou získání co nejvyšší míry soběstačnosti. Rozdíl je v tom, že ve Švédsku pracuje ergoterapeut více s kompenzačními pomůckami, návrhy bezbariérových úprav domácností či úpravou prostředí ve kterém klienti žijí, což jim umožňují tamní zákony a sociální služby (viz. Příloha 1).

Dále ve Švédsku ustupují do pozadí individuální terapie a prioritou jsou spíše ergoterapeutická hodnocení či poradenská činnost. V obou pečovatelských domovech je snaha zvýšit kvalitu života obyvatel. U Rozhovoru 1 stojí za povšimnutí, že má ergoterapeut trochu odlišnou roli a priority práce než v ostatních zařízeních. Jeho práce je z poloviny poradenská, kdy provádí instruktáž ošetrovatelského personálu, jak zacházet s klienty dle zásad ergoterapie a dle toho, co který klient vzhledem k provedenému vyšetření ADL svede sám.

Z druhé skupiny otázek vyplynulo, že profesní složení pracovních týmů je v obou zemích téměř totožné. Ve všech případech se ergoterapeutům velmi dobře spolupracuje například s fyzioterapeuty, všechny strany také zmínily jisté obtíže při spolupráci s ošetrovatelským personálem. Spolupráce probíhá ve všech případech formou častějších setkání méně formálního založení a stěžejní je intenzivní a otevřená výměna informací. Vymezení místa v pracovním kolektivu je více v procesu v České republice, ve Švédsku na pracovištích, kde je ergoterapeut teprve krátkou dobu.

V Rozhovoru 1 je vidět, jak dobré zázemí v managementu může ergoterapeutovi velmi ulehčit práci při vymezování své role v pracovním kolektivu a v celém zařízení. Z ostatních rozhovorů vyplynulo, že ergoterapeuti

nemají problém s vedením zařízení. I když jejich nadřízení nejsou tak rozsáhle informováni, jako v případě Rozhovoru 1, jsou otevření diskusi, obecně ví, co mohou od ergoterapie očekávat, zajišťují v rámci možností dostatečnou materiální i finanční podporu a nenutí ergoterapeuty dělat nic, co není v jejich kompetenci. Omezení jsou vnímána každou stranou různě. Na straně ČR i Švédska byla zmíněna omezení nedostatkem financí, poté nedostatkem času. Zajímavý je v Rozhovoru 2 náhled na omezení z komplexnějšího úhlu pohledu – omezení ze strany politiků, kteří dle tázané nevyužívají plně potenciál rehabilitace.

Ze čtvrté části vyplynulo, že se v obou zemích ergoterapeuti nejvíce dostávají k novým informacím skrze komunikaci se svými kolegy z oboru. Výměna zkušeností je tedy to, z čeho se nejvíce učí. Už méně zásadní je kontakt s ergoterapeutickými organizacemi, i když v těchto případech jsou využívány psané informace poskytované na webových stránkách či v časopise. Dalším důležitým zdrojem informací jsou semináře pořádané pro ergoterapeuty. Ve Švédsku jich je dostatečné množství, je nezbytné po nich pátrat osobně a projevovat vlastní iniciativu a zájem o další vzdělání v oboru. Dále je ve Švédsku možnost dosáhnout vyššího vzdělání v ergoterapii na vysoké škole. Psané informace k dispozici jsou jak na internetu, tak v podobě časopisů a knih. Tento zdroj informací se ale netěší tak velké popularitě. V České republice je tomu podobně až na možnost vyššího vzdělávání v oboru na vysoké škole.

Poslední část otázek týkající se spokojenosti s prací a s výsledky vlastní práce je opět velmi subjektivní a individuální téma. Všichni tázaní jsou se svou prací spokojeni, baví je a mají pocit dobrých výsledků. Ani u jednoho jsem nepozorovala známky syndromu vyhoření či nespokojenosti.

5 Diskuse

V České republice bohužel není zatím dostatečné právní zázemí pro poskytování ucelené rehabilitace (není zákon o rehabilitaci). „V roce 1951 byla administrativním rozhodnutím ministerstva zdravotnictví přejmenována všechna fyziatrická oddělení na oddělení rehabilitační, což vyvolalo dojem, že je u nás rehabilitace dostatečně zajištěna“ (Švestková, 2005). Návrh zákona o rehabilitaci zatím ještě nebyl schválen, ale je nejspíš jenom otázkou času, než k tomu dojde, jelikož jsme vázáni množstvím mezinárodních smluv, které mají, mimo jiné, rozvoj a poskytování ucelené rehabilitace ve svých stanovách (Švestková, 2005). Jsou to například Úmluva OSN 2006, čl. 26 o Habilitaci a rehabilitaci; Doporučení Rady Evropy R(92)2006 o ucelené politice pro osoby s disabilitou; aj.

Jedením ze zásadních rozdílů mezi ergoterapií v Čechách a ve Švédsku je míra ukotvení nejen ergoterapeutů, ale většiny rehabilitačních pracovníků, v právním systému. Není předmětné srovnávat kvalitu ergoterapie v těchto dvou zemích, jelikož ergoterapie ve Švédsku je o třicet až čtyřicet let „starší“. Rozdíl je především v možnostech uplatnění, které ve Švédsku vyplývají ze zákona – ze státem dotovaných sociálních a zdravotních služeb. Trend deinstitucionalizace, který je u nás teprve na počátku je ve Švédsku již zavedeným standardem. Staří lidé mají možnost žít co nejdéle ve svých vlastních domovech. Je snaha, aby byli co nejvíce nezávislí a aktivně se podíleli na rozhodování o svém životě (Maria Haak, 2006). Ergoterapeut hraje v tomto systému poměrně výraznou roli tím, že provádí hodnocení soběstačnosti, návrh bezbariérových úprav prostředí a předepisuje kompenzační pomůcky (viz. Příloha 1)

Aspektem deinstitucionalizace však je, že může dojít k tomu, že senior zůstane co nejdéle doma, sociální oddělení mu poskytne asistenta a přestaví byt, ale klient nemá už například sílu na to, aby šel sám ven nebo se jinak zapojil do společnosti. Asistenti jsou placeni za to, aby klientovi zabezpečili základní potřeby (osobní hygiena, jídlo, úklid), ale ne za to, aby klientům

vyplňovali volný čas. Senior se pak může cítit opuštěný a v depresi, což kvalitu jeho života příliš nezvyšuje. Tyto negativní pocity navíc negativně ovlivňují zdraví a tělesnou kondici: nuda, pocit „vyhoření“, deprese, úzkost má vliv na růst tělesné váhy, zvýšení či snížení krevního tlaku, snížení funkce plic, jater a mozku (Wilcock, 1998).

Ve Švédsku práci ergoterapeuta v zařízeních pro seniory dále ovlivňuje složení klientů. Vzhledem k rozsáhlé sociální podpoře a opatřením zmiňovaným výše jsou ve švédských pečovatelských domovech klienti v převážně špatném zdravotním stavu (špatná pohyblivost, stařecká demence, obojí), což ovlivňuje možnosti rehabilitace a náplň práce. Proto je zde kladen větší důraz na vzdělání a výzkum v oblasti rehabilitace a možností aktivizace u osob s demencí. O péči o osoby s demencí píše srozumitelně a přehledně J.M. Zgola (2003), která v této knize mimo jiné vyjadřuje myšlenku, že za aktivizaci klientů s demencí jsou zodpovědní také ošetřovatelé.

Ve oblasti zvýšení míry zapojení ošetřovatelů do rehabilitačního a aktivizačního procesu je velkým pomocníkem výše zmíněná The Eden Alternative. Jak jsem na praxi viděla proces zavádění EA já, probíhala v Enebacken značná snaha zapojit ošetřovatele do celého procesu Edenizace a přenést na ně podstatně vyšší zodpovědnost za zvýšení kvality života a aktivizace seniorů.

V rámci aplikace EA v Enebacken proběhlo sázení rostlin – květin a zeleniny, které bylo třeba později přesadit, čehož se opět účastnili klienti včetně ošetřovatelského personálu. Dále se v týdenním programu pevně usadilo páteční taneční dopoledne, které získalo velkou oblibu. Jsou zde organizovány jednorázové akce, jako jsou koncerty dětských sborů, oslavy významných národních svátků (Vánoce, Slunovrat), vše s velkou účastí ošetřovatelského personálu. Ošetřující personál dále prošel školením týkajícím se The Eden Alternative a její aplikace na klienty a prostředí, školy zad a přesunů.

Dále jsem vyzorovala, že rozhodnutí, která jsou vydávána ohledně klientů jsou zaměřena na zvýšení kvality jejich života i za cenu toho, že jsou

občas riziková. Jako příklad uvedu klienta, který měl po pádu frakturu stehenní kosti. Přetrvává u něj riziko pádu. Klient je i nadále po vyléčení schopen chůze s chodítkem. Ošetřovatelé pro klienta žádali invalidní vozík vybavený bezpečnostními pásy, aby klient nemohl sám vstát a chodit, jelikož u něj po úraze došlo k rapidnímu zhoršení mentálních funkcí a klient si nepamatuje, že chodit sám nemá, protože padá. Na pravidelné schůzi rehabilitačního týmu s ošetřovateli bylo rozhodnuto, že klient bude i nadále chodit s chodítkem i za cenu vyššího rizika pádu, jelikož je klient poměrně aktivní a prioritou je, aby klient tuto aktivitu udržel.

Vše naznačuje, že ošetřovatelé mají potenciál být významnou pomocí v rehabilitačním a aktivizačním procesu. V některých zařízeních ve Švédsku proto probíhá „převýchova“ ošetřovatelského personálu, kteří jsou založením své profese spíše hyperprotektivní a mají sklony *dělat všechno za klienta* místo toho, aby mu **pouze pomáhali**. Když se ale toto přeškolení podaří, aktivizace klienta výrazně vzroste, jelikož množství času, který s klientem tráví denně ošetřovatelé je podstatně větší než čas, který může klientovi věnovat například ergoterapeut.

6 Závěr

Teoretická část práce přináší náhled na současný stav péče o seniory v popsanych zařízeních poskytujících péči o seniory a popis role a možností ergoterapie tamtéž. Dané informace mohou pomoci utvoření ucelené představy o současné situaci v této oblasti. Na základě této představy je možné zvažovat, jakým směrem by se mohla ergoterapie v péči o seniory v ČR vyvíjet dále a zda je možné či hodnotné aplikovat některé z poznatků či zkušeností ze Švédska, včetně nové metody The Eden Alternative.

Praktická část doplnila část teoretickou výpovědí ergoterapeutů pracujících v těchto zařízeních, což dokresluje celkovou představu současného stavu ergoterapie u seniorů v obou zemích.

Je nezbytné najít v péči o seniory rovnováhu mezi tím, aby byli soběstační, ale ne ponecháni v izolaci. Dále, aby našli své pevné místo ve společnosti stejně tak, jak tomu bylo dříve. Dnešním nastavením společnosti je upřednostňovat mládí a stáří odsouvat do pozadí, jako něco, co je sice přirozené, ale nepotřebné a zatěžující (Thomas, 2003). Důležité je najít místo pro seniory v našich životech, přestat je brát jako povinnost nebo přítěž. Pak se snáz najde způsob, jak je zařadit zpět do společnosti, jak se o ně postarat a objevit, čím mohou být společnosti přínosní.

Na závěr si dovolím citovat doktora Thomase, který k odlišnosti generací vyjádřil myšlenku, která nabízí náhled na potenciál, který s sebou stáří přináší:

„Když jsme mladí a podléháme iluzi nesmrtelnosti, poutá nás k životu nesmírná, ač nevědoucí, síla. Staří nejsou poutáni k životu o nic méně zaníceně. Je to ten samotný fakt, že konec života je blízko, co činí čas tak vzácným. Starší věk má bohatost, která se snadno ztrácí v záři mladistvých vítězství. Stáří má vlastní sílu podnitit něco nového. Cílem už není pohnout nebem a zemí. Cílem je pohnout sebou samými. Odkrýt něco nového uvnitř starého“. (Thomas, 2003)

7 Seznam použitých zkratk

ADL = activities of daily living = běžné denní činnosti, aktivity všedního dne

CMP = cévní mozková příhoda

ČR = Česká republika

EA = The Eden Alternative

SEK = švédská koruna (měna)

8 Seznam použité literatury

1. Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Hay, J., Josephson, K., Cherry, B., Hessel, C., Palmer, J., Lipson, L.: Occupational Therapy for Independent-living Older Adults. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 1997, Oct 22-29, 278(16):1321-6.
2. Eden Alternative: The Texas Project. San Marcos, Texas Long Term Care Institute, 1999.
3. Haak, M.: Participation and Independence in Old Age, Aspects of Home and Neighbourhood Environments. Doctoral Dissertation, Lund University - Sweden, Division of Occupational Therapy and Gerontology, Department of Health Sciences, November 30, 2006.
4. Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., Jackson, J., Azen, S. P.: Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2002, Aug, 50(8):1381-8.
5. Lilja, M., Månsson, I., Jahlenius, L., Sacco-Peterson, M.: Disability Policy in Sweden. *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 14 / No. 3 / 2003, s. 130-135.
6. Lippertová-Grünerová, M.: Neurorehabilitace. Galén, Praha, 2005, s. 225-269.
7. Pfeiffer, J.: Ergoterapie. REHALB o.p.s., Praha, 2001, s. 37.

8. Roscher, R. B., Robinson, S.: Impact of The Eden Alternative on Family Satisfaction. *Journal of American Medical Directors Association*, May/June 2005, s. 189-193.
9. Roscher, R. B., Robinson, S.: The Eden Alternative: Impact on Student Attitudes. *Educational Gerontology*, 31, 2005, s. 273-282.
10. Thoesen Coleman, M., Looney, S., O'Brien, J., Ziegler, C., Pastorino, C. A., Turner, C.: The Eden Alternative: Findings After 1 Year of Implementation. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 2002, Vol. 57A, No. 7, s. M422-M427.
11. Thomas, W. H., Johansson, Ch.: Elderhood in Eden. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, August 21, 2003, Vol. 19, No. 4, s. 282-290.
12. Topinková, E.: *Geriatric pro praxi*. Galén, Praha, 2005, s. 4.
13. Wilcock, A. A.: *An Occupational Perspective of Health*. SLACK Incorporated, United States of America, 1998.
14. Zgola, J. M.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Grada Publishing a.s., Praha, 2003, s. 148.

Použité internetové zdroje:

1. Stránky sdružení The Eden Alternative.
www.edenalt.org , cit. 20.7.2007.
2. www.ncaonline.org/ncpad/eden.shtml , cit. 20.7.2007.
3. www.tretivek.cz , cit. 27.7.2007

9 Přílohová část

Příloha 1 – Švédský sociální a zdravotní systém

Jak popisuje Margareta Lilja a kol. v článku z roku 2003, základní filosofie švédského sociálně-zdravotního systému je poskytnout všeobecnou podporu společnosti, která je doplněna individualizovanou podporou pro lidi s disabilitou. Na základě této myšlenky byl postupně vybudován celý systém veřejných služeb.

Zdejší zdravotní systém je hierarchicky rozdělen do 3 politických a administrativních stupňů. Stát na národní úrovni, krajský výbor na oblastní úrovni a nakonec městský či obecní úřad. The National Board of Health and Welfare (Ministerstvo zdravotnictví a sociálního zabezpečení) je zodpovědné za zdravotní a sociální služby. Další orgán podílející se na zdravotně-sociálním systému je Swedish Council of Technology Assessment in Health Care (Švédská rada pro posuzování technologie ve zdravotnictví). „Ten hodnotí efektivitu a užívání zdrojů určených pro zdravotnický resort tím, že posuzuje nové a již zavedené metody ze sociálního, zdravotního a etického hlediska“ (Lilja a kol., 2003).

V posledních deseti letech docházelo v oblasti péče o starší osoby a osoby s disabilitou k decentralizaci zodpovědnosti. Zmenšil se vliv státu a zodpovědnost byla přenesena především na krajská a obecní zastupitelství. To má za následek založení mnoha soukromých společností podnikajících v sociální i zdravotní sféře.

Švédský zdravotnický a sociální systém zajišťuje například osobní péči, domácí asistenci, transportní služby, centra denní péče pro mladé a seniory, celkovou institucionální péči, kompenzační pomůcky a bezbariérové úpravy budov. Na většině těchto služeb se podílí nebo může podílet ergoterapeut.

Kompenzační pomůcky

Přidělování kompenzačních pomůcek se řídí směrnicí Ministerstva zdravotnictví a sociálního zabezpečení: „Poskytování kompenzačních pomůcek by mělo být založeno výhradně na potřebě a nemělo by se ohlížet na věk osoby, ekonomický status či na místo bydliště“ (Lilja a kol., 2003). Kompenzační pomůcky jsou běžně předepisovány ergoterapeuty, fyzioterapeuty a zdravotními sestrami a nejvíce předpisů je vydáno v zařízeních primární zdravotní péče jako součást rehabilitace.

Bezbariérové úpravy budov

Státem jsou hrazeny všechny bezbariérové úpravy domácnosti seniorů nebo osob s disabilitou, které jsou zhodnoceny jako nezbytné k tomu, aby dotyčný mohl provést činnosti ADL. Hodnocení nezbytnosti domácích úprav má čtyři části. Jsou to: žadatelovo hodnocení vlastních potřeb a problémů z jeho úhlu pohledu, hodnocení žadatelovy disability a možností řešení funkčních problémů provedené ergoterapeutem, návrh a technické hodnocení stavebních úprav provedené stavařem a prostudování zákona zdali je možno v tomto případě o grant žádat. V současnosti je ve Švédsku ročně upravováno asi 60 000 domácností a přibližně 85 % těchto žadatelů jsou starší 65 let.

Všechna tato opatření umožňují, aby švédští senioři zůstali ve svých domovech co nejdéle, což je trend posledních let (Haak, 2006). Do ústavní péče se dostanou až tehdy, když je pro ně nezbytná dvacet čtyř hodinová asistence či péče.

Dle Lilja je nevýhodou tohoto systému je, že počet seniorů ve Švédsku roste a je otázkou několika let, kdy společnost nebude schopna finančně pokrýt náklady na péči a všechny tyto výše zmíněné služby. Pro místní autority se například staly granty na bezbariérové úpravy domácího prostředí finanční úlevou, jelikož průměrná cena domácích úprav přijde na 15 000 SEK, když náklad na klienta umístěného v pečovatelském domově je přibližně 1 800 SEK

denně. I přesto vláda uvažuje o přesunutí části nákladů zdravotní a sociální péče na klienty samotné.

Další mezerou systému jsou nejasnosti ohledně informování klientů o možnostech podpory a poskytovaných službách. Klient nemůže plnohodnotně využívat něčeho o čem neví. Zákonem ale není určeno, kdo přesně a jakým způsobem by měl tyto informace poskytovat. Klienti jsou tudíž často odkázáni jen na rozhodnutí rehabilitačních, zdravotních nebo sociálních pracovníků, kteří o těchto službách něco ví, aniž by se sami mohli plně angažovat ve výběru vhodného řešení, protože není žádný ucelený zdroj, který by je informoval o jiných alternativách (Lilja, 2003).

Tatáž autorka předpokládá, že vzhledem k cenové dostupnosti dojde v budoucnu k dalšímu rozvoji domácí péče, aby byli klienti schopni co nejdéle co největší soběstačnosti.

Mimo jiné mluví ve prospěch ergoterapie na tomto poli výzkumy ve světě, které dokazují, že například již preventivně prováděná ergoterapie u seniorů z dlouhodobějšího hlediska šetří náklady na jejich péči (Hay a kol., 2002) a dále, že zvyšuje jejich spokojenost a kvalitu jejich života (Clark, 1997).

Příloha 2 – Seznam otázek k rozhovorům

A

Ergoterapeut – klienti

- 1) Jak na vaši práci (na vás) reagují klienti?
- 2) Spolupracují; vidí v ergoterapii smysl?
- 3) Proč jste si zvolil(a) práci se seniory?
- 4) Jaké jsou cíle a priority vaší práce s klienty?

B

Ergoterapeut – kolegové

- 5) Jaké profese tvoří váš pracovní tým?
- 6) Jak probíhá spolupráce s ostatními členy týmu?
- 7) Máte pocit, že se s někým spolupracuje lépe nebo hůř?
- 8) Jaké bylo/je vymezit vaši pozici v pracovním kolektivu?

C

Ergoterapeut – nadřízení, vedení

- 9) Myslíte si, že vaši nadřízení znají dobře rozsah vaší profese, potřeby vaší profese a využívají váš potenciál?
- 10) Máte u nich podporu ve vašich rozhodnutích, nápadech, prostředcích?
- 11) Máte pocit, že jste ve své práci nějak omezeni? Pokud ano, kde myslíte, že je příčina vašich omezení?

D

Ergoterapeut – nové informace z oboru, vzdělávání, komunikace s ostatními ergoterapeuty

- 12) Máte přístup k novým informacím z oboru? V jaké podobě tyto informace jsou?
- 13) Máte možnost dalšího vzdělávání v oboru?

14) Udržujete kontakt s ostatními ergoterapeuty nebo nějakou ergoterapeutickou organizací?

E

Ergoterapeut – osobní pocit z vlastní práce, spokojenost, výsledky vlastní práce

15) Jaký máte pocit z vlastní práce? Jste spokojeni? Proč?

16) Jste spokojeni s výsledky své práce?

Příloha 3 – Rozhovor 1 v angličtině

Tazatel (dále jen T): Interview number one with Eva-Lena in Enebacken. My first question is: can you tell me where do you work and what is your work?

Eva-Lena (dále jen E): Ok, I work in Enebacken that is a nursing home, 109 beds nursing home, and it is runned by HSB Omsorg – private company. That is where I work.

T: and you are on a position of an Occupational Therapist here?

E: yes

T: I am going to ask you 16 questions. The first part of the questions is about you as an Occupational Therapist in relation to the clients. The first question is:

How do the clients react on you and your work?

E: Well it depends on a client and it also depends on what am I doing. Often they do not dislike what I am doing, often I sort of bring happiness to them – I give them a wheel chair so they become more independant, some other time they might think I am a bit awkward or annoying like when I want them to put their own socks on when they know I can do it for them but I won't because I want to see if they can do it themselves. Than they get probably irritated or nervous. And sometimes it is just to make them happy with small things like taking them out for a walk. But some other time some other people think they don't want to go at all so it very much depends on what I am doing with them and what kind of person it is and the mood of that day,of that client... But most often it is nice reaction. I would say.

T: Ok, nice to hear that. The second question is: **Do they cooperate; do they see the sense in Occupational Therapy?**

E: Most often probably not. I suppose they can see the sense in them getting a wheel chair but sometimes I sort of have an insight they can't realise they need a wheel chair and they do not see the sense. Some other time they can't see the sense in pouring their own milk as they have been used to the nursing assistants to do that for them. If they see the sense – I would like to say maybe 30 % of

the time. Even though I tell them I am an OT they might forget and they might think I'm an ordinary care assistant that sort of doesn't help too much. And sometimes as I told you this morning, I do not tell them: „Hello I'm an occupational therapist and now we are going to do an ADL assessment.“ I don't say that because they probably can't understand or see sense in that. So I tell them other things which might give them sense, like: „I will spend the morning with you and see if you can dress yourself and see if you can wash yourself and see if you can eat.“ So I have to choose my words carefully. And then there is more likelihood they might see the sense in it. Am I giving you too long or too short answers?

T: This is fine, thank you. So is it everything about this question?

E: Well I would say that 30% would be a good summary of a client knowing or getting the sense of what I am doing.

T: That is good.

E: Well it could be a lot better.

T: My third question is: **Why did you choose to work with elderly people?**

E: Well because it was near home. Actually honestly... Because for me, it is important that I live and work close because otherwise I couldn't work full-time. It is not that I picked it only because it is close but if there was, let's say, a psychiatric acute forensic hospital close I would probably work there. Yes, I chose my work because it is close to home. And then I happen to like it as well but the closeness. This might not be a very good answer but it is the truth.

T: There are no good or bad answers.

E: If I worked further from home I couldn't work full-time, I couldn't study, I wouldn't have as much time for my son and my family, I couldn't go to the gym. So it's many things in life that have to fit.

T: Ok, thank you. The fourth question is: **What are the priorities of your work with clients?**

E: In Enebacken I would definitely say it is technical aids. Wheel chairs, lifting slings, cushions in wheel chairs, showering chairs, tiltable ones as well...

Definitely technical aids. And the second most important thing is probably making everyday activities work. Like the best way to dress and give advice. It is not working directly with the clients but I give advice to the care assistants. Like when Maria (one client) sits down she can put her socks on herself even though somebody could think that she cannot help herself so it can help when I tell them. So was it a question about what I mostly do with them?

T: More about the priorities of your work with them.

E: Technical aids – that is the first one. And than indirectly - giving advice to the care assistants.

T: The second area of questions I have for you is about you as an Occupational Therapist in relation to your colleagues. The fifth question is: **What professions create the working team you work with?**

E: First of all it is the physiotherapist, she also works full-time, and I have the closest working relationship with her. That is like the inner circle. And right now it is the OT student Tereza as well. And the outside or further circle are the care assistants, the nurses, then the three managers of each floor and the top manager. And other people are here of course - you do not mean the clients, do you?

T: No, just your colleagues you work with.

E: Small amount of time I have things to do with the relatives but they are not colleagues. Well I suppose the cleaners but not very much, we have got three or four cleaners here. And of course Sodexo, the people from the technical aids company. I'm in touch with them over phone mostly. And different companies that sell technical aids – mostly by phone as well. Well over the computer and the journal I'm in touch with the IT support people, two or three of them. Who else would it be? Have you seen some that I have forgotten?

T: I'm thinking hard... maybe the doctor?

E: No I do not have much to do with her and I try to avoid her as well because I do not really agree with what she does. She is too medical and this is a home so

....

T: The man over the hearing aids?

E: The „hearing man“.. yes, slightly little bit. I think that is all what I know.

T: Ok, the question number six is: **How does the cooperation with the rest of the working team look like?**

E: Well I am extremely lucky because I work very well with my colleague the physiotherapist and she thinks the same about it too. That works extremely well. The care assistants – it's the same as any other place I suppose. They do not sort of hate you (laugh), but they think I am annoying sometimes... well it's not a disaster.. But it would be nicer if they more understood what am I doing here and what they are doing here and what everybody is supposed to be doing. With most of them it works out fairly well. Some of them, about one or two out of two hundred is a disaster. Yes – fairly well with the care assistants and even better with the nurses. And with my manager no problem at all. There is one below manager here which probably thinks I should be doing other things and sometimes she is trying to tell me but she is not my manager so I sort of do not let her tell me what to do. Over all I would say a very good cooperation. Well what more to expect from an OT - that is kind of a misunderstood profession. It could be a lot worse. It was much worse in my last working place. Much worse.

T: My seventh question is: **Do you have the impression that with some professions is the cooperation better or worse?**

E: I think I have answered that already. The care assistants definitely worse but not a disaster. It all depends on personalities – there might be some physios in the past I haven't liked very much. But over all nursing assistants not as good. Sometimes...

T: Good. The eighth question is: **How was it to define your position in the working collective?**

E: Here?

T: Yes.

E: Well here it was easier because I have been working as an OT with elderly in my old job about four years before so I had my identity as an OT. What was the question again? If it was hard or how did I?

T: How was it?

E: How was it to fit in?

T: Yes. How was or is it to define your position.

E: Well I have to explain myself every day more or less. And it was different here because we just opened the place so there were so many practical things to do in the beginning like buying lot of technical aids, do some planning. But the best thing about it all is that I have got a manager who knows what I am for and I am so lucky. She tells people what I am doing and what I should be doing...

T: We will get to this subject in the other part of the questions.

E: Yes I know. It's a little bit harder being the only OT. It would be probably easier to define our role if we were two or three. But it is fairly easy I would say.

T: So the third area of questions is about you as an OT in relation to you management, superiors or working conditions. The ninth question is: **Do you think your boss knows well the extent of your profession, the needs of your profession and that he/she uses fully your professional potential?**

E: Definitely. I am so lucky. I should laugh myself to sleep every night. Honestly, I am so lucky. I really think she is the best boss in Sweden. She knows what exactly OTs do and she knows a lot about my area. She is really experienced I can tell. Because I wanted to buy certain technical aids right at the beginning when we moved in here and she said no, she told me why and few month later I got more experienced and now I know she was right. She knows what I'm for and she tells people what I am supposed to be doing. But it is not always like this. Not in every place. But right here in Enebacken it is absolutely perfect.

T: Ok, that is nice.

E: Yes.

T: Question number ten is: **Do you have their support in the decisions you make, ideas you bring up, means you use?**

E: Yes. I think I haven't got any further comments really. Definitely yes.

T: The eleventh question is: **Do you feel restricted in your work? If yes, what do you think are these restriction(s) or what causes them?**

E: Restrictions could be that people do not understand why I am here. Of course restriction is time but probably most employed people feel that everywhere. Other restrictions... well I would like to have a bigger area for everybody. Like that room at the bottom in the basement is too small.. if I had a bigger one I would probably think I want even bigger (laugh). I would like a garden. That is restricting not having a garden because we could do more outdoor activities. It would be nice to have some more material, more looms. More equipment for activities. You told me to tell what is restrictive so..... More things are enabling as well. But it is all in your head. And that is what EDEN comes with. I'm telling you about the bad things but there are lot of good things as well.

T: I wanted to hear the bad things.

E: Ok. The money of course. I would want more money, more OTs, more people, more staff... (laugh). But considering the circumstances... not bad. Yes – garden, more support from the nursing assistants, understanding,

T: Good. The other area of questions is about you as an Occupational Therapist and further education, new information, communication with other Occupational Therapists. Question number twelve is: **Do you have access to new information from your profession? What form do they have?**

E: I think most OTs have learned to look for the information themselves because we are problem solvers and as I am doing my Masters degree now I am sort of in the business – like Karolinska Institutet. Well if I was just sitting here not doing anything about it I probably wouldn't know much. But I think OTs are taught to do something about everything in life.

T: I was more asking about the access. If it is easy if you want to find the information so if you find them.

E: Yes I think so because the trade union is good and they send me these magazines every two month or whatever and in there are all these different articles, new jobs and all these new courses and that. Yes, fairly easy.

T: Are there another information resources?

E: Internet of course, colleagues, website of the trade union on the internet, and I suppose I could go to the websides of Karolinska too and have a look around there. But it all depends on the way you look at it. Nothing comes for free. You heve to go and look for it. I am that kind of person that looks for things.

T: Thank you. Question number thirteen: **Do you think you have got the possibility of further education in your profession? What possibilities do you have?**

E: Well again – nothing is there if I do not ask for it. But there are plenty of courses to do. But your boss is not going to turn up to you and tell you: „Hey you can go to this course for free and I give you a free lunch and free tickets for the bus and free books..“. It is not like that. You have to ask for it and motivate it. I think there is plenty if you want it. In Sweden. But you must really want it and you have to have the energy to do it, in your free time, you must be prepared to do it. Not within the working hours. So it is there when you have the energy.

T: Question number 14: **Are you in touch with some other Occupational Therapists or some OT organization? How much?**

E: Yes of course I am, because if I get some problem and as I am the only OT here I phone to my old workplace and I ask them. I haven't got much contact with OT organizations. But I have support from other OTs just by picking the phone up so I do not really feel lonely. If it is that what you ment...

T: Yes, thank you. The last area of questions is about you as an Occupational Therapist being satisfied in your profession and he results of your work and as

you see them. The question number fifteen is: **What is the feeling you have about your work? Are you satisfied with it? Why?**

E: Well yes I am very satisfied. Firstly because it is close to home, secondly because I like my colleague physiotherapist, thirdly because I like my boss very much and I also like what I am doing. I am quite good at technical aids. And I am quite practical. And I do not like sitting down, I like to move around what I am doing. I am very satisfied about my work. I also think I am fairly well payed. I know many OTs that are less payed than me. I would say it is nine out of ten on satisfaction scale. And I am glad I am allowed to have students as well. Not all the working places are so allowing. They think the students take so much time but my manager said yes straight away. So I would call my self very happy about my work.

T: My last question is: **Are you satisfied with the results of your work?**

E: Yes I am because comparing to the place I used to work at I used to go home thinking: „Oh I did not have time to do this and I did not have time to do that and there was no time for the other thing to do.“ Here I go home thinking: „Well I did as good as I could within these eight hours of work.“ I do not go to sleep in the evening thinking, my head is not spinning like it used to be in my old place thinking: „Oh I did not to this..“ So I am satisfied most days when I go home thinking: „ We did as good as we could.“

T: Good to hear.

E: Yes but this interview would be compleatly different if you interviewed me at my last working place. It would be a lot more negative... very much.

T: I think it is quite good that it is positive. Thank you very much for the interview

Příloha 4 – Rozhovor 2 v angličtině

Tereza (further T): First I would like to ask you about your work. Can you tell me where you work and what you do here?

Anne – Christine (further A): I work in the part of the community department. We have got the clients that are here for a short time that can move back home or to the special nursing homes or other institutions. That is the first part of my job. The other part is – I work under Community with technical aids for everyone in Åkesberga who need it and who are supported by the Community – senior people, mentally disabled people, people after strokes, accidents,... Also those who live in the special homes or institutions, they should have the technical aids too. It is also for the people that work there so that they can work better and easier – lift systems for example, toilet seats,...

T: so do you work most of the time with old people?

A: Here is a department for short term stay also for children. They live with their parents but they can come for a weekend or for a week to this place. I work all over Åkesberga with all kind of clients.

T: Ok, thank you. Now let's get to the questions from my list. My first area of questions is about you as an OT in relation to the clients. The first question is:

How do the clients react on you and your work?

A: I start working with our clients when they come here to short-term stay department. I come there in the morning and have the ADL evaluation and talk with them. I get them know why I am doing this – that they can go back home again for example. I do it also with our physiotherapist. We do it together. They react well.

T: Do they cooperate; do they see the sense in Occupational Therapy?

A: Mostly. Yes in this part it is quite ok. I have been working for such a long time so I know how to why I am doing it. So mostly it is ok. They cooperate. I think it is about how close you can get to the person, how you can explain why we are doing this. I can see what is coming after, I can tell them. If you do

„this“, „that“ is coming after or when you do that perhaps you cannot go back home when you cannot manage some thing.

T: So do you do also the training with the people?

A: Yes I do. But not so much. Not for the moment. We have got a lot of clients here that are here because of Alzheimer and so on and they are waiting for a nursing home. So at the moment I cannot do much more than the ADL evaluation.

T: The third question is: **Why did you choose to work with elderly people?**

A: From the beginning it was because I had had two opportunities to work. And one of it was with elderly people. And I chose that. It was many many years ago. It was in a hospital and in a new part of it, a big hospital, so I knew we will work well together. So that is why. That was 32 years ago.

T: The fourth question is: **What are the priorities of your work with clients?**

A: The priority is to get them back home. And I do what is needed so that can go back home. We are going home and look how it is and what needs to get changed – house adaptations. Then technical aids, ADL assessments, sometimes ADL trainings.

T: The second area of questions is about you as an OT in relation to your colleagues. **What professions create the working team you work with?**

A: It is nurses, doctors, physiotherapists, nursing assistants (carers).

T: Another question is: **How does the cooperation with the rest of the working team look like?**

A: I am a part of it. Everyone is doing his part. We work together, it is a very good team I think. They listen to what I say. We have a bigger meetings once a week and a small meeting every day where the staff is coming. Most of the days I want to be there if I can. The meetings are in the afternoon not in the mornong... they start so early. I do not. We get together, discuss the clients and make plans.

T: **Do you have the impression that with some professions is the cooperation better or worse?**

A: No, not for us here. Of course it is better with the physiotherapists – we work so close. But we work very well together all of us. At the moment it is like that.

T: How was it to define your position in the working collective?

A: Sometimes during all those years we were fighting. I have been working here for many years as a leading OT too so I have been talking for OTs so much. Last years I think I do not need to fight anymore. They know what I can do. They know what to use me for. What is my part of the job here. It was sometimes hard at the beginning but for the moment they know what can I do for the team. To that I can say I am a strong person. I know what I can do and I tell it.

T: Good! Other area of questions is about you and your relation with the management and bosses. Do you think your boss knows well the extent of your profession, the needs of your profession and that he/she uses fully your professional potential?

A: She is using us fairly well, I think so. Perhaps she does not know everything but she relies on me, she knows that I will do what I shall do in my profession. I do not need her to know everything. Her previous profession is a nurse. She cannot know everything about the OTs. That is my part of it to do. If it is needed I should be able to tell her. I do not think she must know everything everytime.

T: Do you have their support in the decisions you make, ideas you bring up, means you use?

A: Yes I think so. It is as I said – she relies on me. But she is not able to do everything we want either because she has got bosses above her too. She is listening to what we say. It is fine.

T: Do you feel restricted in your work? If yes, what do you think are these restriction(s) or what causes them?

A: Money causes restrictions. And politicians. I think they do not know what we can do – not we just OTs but us a group. So they think people can do much

more at home with no help and they lose the money. If they were listening to us they would save a lot of money – by letting us do our work and the things we can do, as getting people back home. If they gave us part of the money we could use them better, but they do not. We will have to stand it.

T: Other area of questions is about further education, new information and communication with other Occupational Therapists. So **Do you have access to new information from your profession? What form do they have?**

A: We have a little bit. As I say the problem is the money. We cannot go to the courses as much as we want. I must find a lot of information in the computer and I have to read them myself. I try to read what new students write. We also have our union – they can read a lot of it and they do so. If I want to I have access to the library, to the Journals – we have got The Scandinavian Journal of Occupational Therapy and we have our own journal and I could read some more if I want to but once again the language. Most of it is in English and it takes me too long time to read it so I will not do it.

T: : Do you think you have got the possibility of further education in your profession? What possibilities do you have?

A: I had. I went to school such a long time ago so I had to read so much about what was going on at the University but I do not do that anymore. I am too old for that. It is just 6 years missing to my retirement. I go to smaller courses. And I am talking very much to my colleagues around Stockholm because I work very much with the Union and I need people – other OTs even from other parts of Sweden so we talk very much about Occupational Therapy when we meet. So that is my way to figure out what to do.

T: That is good. So you actually answered my next question what was : **Are you in touch with some other Occupational Therapists or some OT organization? How much?**

A: I saw it was coming after it.

T: Ok, so last area of my questions is about the satisfaction in your profession, results of your work... So: **What is the feeling you have about your work? Are you satisfied with it? Why?**

A: I like this work very much so otherwise I would not stay for so many years. I finished my education in 1973. So I have been working as an OT since that time for all those years even when my kids were small. And I have seen how much it has changed since then. It is a different job today. And I like it more and more. I can see we found our part of the job – around the treatment of the clients. In some way. We are respected by our colleagues and so on. It was difficult at the beginning. We were not so many then. I work with such people that it is a satisfaction to see a man or a woman to go back home. And that they can live a good life for many other years. Or get to a nursing home and have a good life there. Those activities we use so much. You do something.... reading or just being in a good way. We put our clients in that direction in some way. So I think this is good with this job. You are not just training an arm or just a leg. You put it to a real world in some way.

T: My last question is: **you satisfied with the results of your work?**

A: Most of the time, not always. Because of course there are other people around our clients that say – that is not the way we want it or the client does not want it. Because they have children that say: „No you are not going back home, you should go to the nursing home...“. And you have to say yes. There are clients that do not want to go against their children. Then it is no good. But most of the time I feel very satisfied with what we do here, with my work – with my part of it.

T: Thank you very much for the interview.