

„Je užitečné „podívat se na sebe tak, jak nás vidí ostatní“ čas od času za účelem hledání potenciálních pravd v těchto image a posoudit, jak ostatní dospějí k tomu, že nás vidí takovým způsobem.“ (Valentine, Freeman, 2002: 470). Jsme ochotni riskovat své zaměstnání, odměny za své zásluhy, povýšení, přízeň našich kolegů a nadřízených, abychom zpochybnili nespravedlivý, neetický nebo neefektivní systém, postupy a praxi? Vidíme sami sebe jako část problému nebo jako součást jeho řešení? Klademe jako nadřízený důraz na víc než jen „papírování“ a zaběhlou metodiku?

Literatura:

Barvíková, J. – Svobodová, K. – Štátná, A. *Analýza současného stavu v oblasti terénní činnosti orgánů sociálně-právní ochrany dětí a stanovení optimálních podmínek výkonu sociálně-právní ochrany dětí ve vazbě na počet klientů.* [online] Praha: VÚPSV, 2009. Dostupný z http://www.mpsv.cz/files/clanky/8669/Projekt_HR170_08_def.pdf, [cit. 18. 6. 2009].
 Baslarová, I. *Soap opera a telenovela – tzv. feminní televizní žánry.* [online] Dostupný z http://gender.ff.cuni.cz/annotace_baslarova.htm, [cit. 3. 6. 2009].
 Beresford, P. Our Voice on Big Brother. *Community Care*; 6/21/2007 Issue 1678, p. 6, 2007.
 Brandon, D. Knaves or Fools? *New Statesman & Society*; 1/5/96, Vol. 9 Issue 384, p. 18, 1996.
 Ferguson, H. It's Time to Be Kind to Ourselves. *Community Care*; 3/14/2002 Issue 1413, p. 23, 2002.

Gibelman, M. Television and the Public Image of Social Workers: Portrayal or Beral? *Social Work*, Vol. 49, No. 2, p. 331 – 334, 2004.
 Isonson, N. *Po mnoha letech, kdy česká kinematografie byla ve světě téměř úplně neznámá, se stal Kolja prvním filmem, kterému se po dlouhé době dostalo mezinárodního uznání. Proč? Domníváte se, že je úspěch filmu oprávněný?* Dostupný z: <http://www.blisty.cz/files/isarc/9805/19980529a.html>, [cit. 3. 6. 2009].
 Ůlehla, I. *Umění pomáhat. Učebnice metod sociální práce.* Písek: Renesance Písek a ISZ Praha, 1996.
 Valentine, D. – Freeman, M. Film Portrayals of Social Workers Doing Child Welfare Work. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 2002, Vol. 19, No. 6, p. 455 – 471.
 Valentine, D. – Freeman, M. Through the Eyes of Hollywood Images of Social Workers in Film. *Social Work*, 2004, Vol. 49, No. 2, p. 151 – 161.
 Autorka působí ve VÚPSV, v. v. i.

Poznatky z praxe

Příspěvek na péči a jeho úloha při úhradě služeb sociální péče v domovech pro seniory

Pavel Pikola

Hlavními zdroji financování služeb sociální péče v domovech pro seniory jsou dotace a příspěvky z veřejných rozpočtů, dotace z MPSV a jiných resortů, úřadů práce, ze strukturálních fondů, úhrady od uživatelů služeb, platby od zdravotních pojišťoven a sponzorské dary. Pokud jsou přidělovány dotační prostředky ze státního rozpočtu, poskytují se pouze registrovaným poskytovatelům sociálních služeb, kterými jsou v rámci pobytové služby sociální péče domovy pro seniory. I přes využití všech možných způsobů financování prostředky na úhradu nákladů na sociální služby chybí a domovy pro seniory se bez dotací neobejdou. Jedním ze zdrojů financování služeb sociální péče v domovech pro seniory je příspěvek na péči. Článek se zaměřuje na možnosti individuálního čerpání příspěvku na péči v domovech pro seniory s ohledem na míru závislosti. Využívá přitom výsledky dotazníkového šetření provedeného v březnu 2009.

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je dávkou poskytovanou osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Má jim umožnit, aby si podle vlastního uvážení zajistily potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny, nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb. Nárok na příspěvek mají osoby starší jednoho roku a poskytuje se po splnění podmínek uvedených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Úkony, jejichž činnost lze hradit z příspěvku na péči, jsou uvedeny v příloze č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zákon o sociálních službách rozeznává čtyři stupně závislosti, a to lehkou, středně těžkou, těžkou a úplnou závislost, jimž odpovídá výše příspěvku na péči. Je stanovena zvlášť pro děti do 18 let a pro dospělé. Vyšší částka příspěvku na péči pro děti je dána zejména tím, že děti nemají obvykle svůj vlastní příjem (mzda, plat, důchod či jiné příjmy). Současně má motivovat rodiny k tomu, aby děti zůstávaly v domácí péči. Výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc je patrná z tabulky č. 1.

Pro účely stanovení stupně závislosti jsou všechny úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti rovnocenné. Hodnotí se funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony péče o vlastní osobu a úkony

soběstačnosti a musí být prokázáno, že neschopnost zvládnout některý z těchto úkonů je důsledkem nepříznivého zdravotního stavu. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem rozumíme stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost. Při hodnocení schopnosti osoby zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti se posuzuje, zda je osoba schopna dlouhodobě, samostatně, spolehlivě a opakovaně rozpoznat potřebu úkonu, úkon fyzicky provádět obvyklým způsobem a kontrolovat správnost provedení úkonu.

Nárok na příspěvek

O příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností, a to na základě prošetření sociální situace žadatele o dávku a posouzení jeho zdravotního stavu lékařem posudkové služby. Nárok na výplatu příspěvku vzniká podáním žádosti o přiznání příspěvku. Příjemce musí do 15 dnů

od přiznání dávky oznámit, kdo a jakým způsobem mu bude pomoc poskytovat. Způsob výplaty příspěvku je oprávněná osoba povinna uvést v žádosti. Příjemce může plátce, tj. obecní úřad obce s rozšířenou působností, kdykoliv požádat o změnu ve způsobu jeho výplaty, přičemž ten je povinen této žádosti vyhovět a změnu provést od kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž mu byla taková žádost doručena.

U příjemců s I. stupněm závislosti byl od 1. 1. 2010 stanoven kombinovaný způsob výplaty dávky, tj. z celkové částky 2000 Kč se 1000 Kč vyplácí v peněžní formě a dalších 1000 Kč je hrazeno formou poukazek uplatnitelných výlučně u registrovaných poskytovatelů služeb sociální péče. Z tohoto způsobu vyplácení jsou možné výjimky v případě, že v blízkosti potřebné osoby není registrovaný poskytovatel požadované služby. Pak může obecní úřad obce s rozšířenou působností rozhodnout o tom, že příspěvek na péči bude vyplácen v plné výši v peněžní formě. Tato změna může pomoci zamezit odlivu

Tabulka č. 1: Výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc pro osoby do 18 let a starší

	Do 18 let věku, v Kč	Nad 18 let věku, v Kč
stupeň I (lehká závislost)	3 000	2 000
stupeň II (středně těžká závislost)	5 000	4 000
stupeň III (těžká závislost)	9 000	8 000
stupeň IV (úplná závislost)	12 000	12 000

Tabulka č. 2: Evidence nákladovosti služeb sociální péče u seniorů pobírajících a nepobírajících PnP

Vedete údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů, kteří příjemci PnP jsou a nejsou?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	1,0	2,0	3,1	3,1
	Ne	46,0	47,0	96,9	100,0
	Total	47,0	49,0	100,0	
Missing	0	48,0	50,0		
	System	1,0	1,0		
	Total	49,0	51,0		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

finančních prostředků ze systému sociálních služeb. V případě, že příjemce příspěvku na péči žije v domově pro seniory, stává se příspěvek na péči součástí plateb, jimiž hradí svůj pobyt a poskytované služby.

Cíl a metoda výzkumného šetření

Cílem výzkumného dotazníkového šetření u poskytovatelů služeb sociální péče - domovů pro seniory - bylo zjistit, jaký je faktický stav vedení přehledů o počtech seniorů podle přiznaných stupňů závislosti v domovech pro seniory. Zajímalo nás, zda jsou údaje o nákladovosti služeb sociální péče vedeny odděleně podle toho, zda seniori jsou či nejsou příjemci příspěvku na péči. Zjišťovali jsme rovněž, zda jsou údaje o nákladovosti služeb sociální péče vedeny odděleně také podle přiznaného stupně závislosti. Zjištěné skutečnosti se měly stát podkladem pro návrh opatření vedoucích ke stabilizaci financování služeb sociální péče. Za tímto účelem byly v březnu 2009 dotazníkem obeslány všechny domovy pro seniory v ČR registrované MPSV, uvedené na jeho webových stránkách. Vyplněný dotazník vrátilo celkem 96 z celkového počtu 465 domovů pro seniory, tj. 20,6 %. Při sestavování dotazníku se vycházelo ze tří hypotéz (H1 - Domovy pro seniory (DS) vedou přehledy o počtech seniorů podle přiznaných stupňů závislosti, H2 - Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů, kteří příjemci PnP jsou a nejsou, H3 - Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů podle jejich přiznaného stupně závislosti). Ty byly následně testovány statistickým softwarem SPSS, verze 16. Výsledná zjištění byla prezentována formou tabulek.

H1 - Domovy pro seniory (DS) vedou přehledy o počtech seniorů podle přiznaných stupňů závislosti

Výzkumné šetření potvrdilo, že všechny domovy pro seniory vedly přehledy o počtech seniorů podle přiznaných stupňů závislosti. Příjem z příspěvků na péči je totiž vedle dotací a povinných plateb za pobytové služby sociální péče ze strany seniorů jedním z důležitých zdrojů domovů pro seniory, z nichž jsou tyto služby financovány. Příjemcem příspěvku na péči je domov pro seniory, proto je již z výše přijatých příspěvků zřejmé, kolik seniorů a v jakém stupni závislosti příspěvek na péči pobírá. Úlo-

Tabulka č. 3: Evidence nákladovosti služeb sociální péče u seniorů podle přiznaných stupňů závislosti

Vedete náklady služeb sociální péče uvedených v otázce č. 2 a 3 odděleně u seniorů s přiznaným příspěvkem na péči podle jejich přiznaného stupně závislosti?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	1,0	1,0	2,1	2,1
	Ne	46,0	48,0	97,9	100,0
	Total	47,0	49,0	100,0	
Missing	0	48,0	50,0		
	System	1,0	1,0		
	Total	49,0	51,0		
Total		96,0	100,0		

Zdroj: Vlastní zpracování autora, 2009

hou domovů pro seniory je také sledovat zdravotní stav svých obyvatel a v případě, že se jejich schopnost zvládat úkony péče o svoji osobu a soběstačnost zhorší, je i v jejich zájmu navrhnout změnu stupně závislosti. Tyto návrhy je vhodné podávat vzhledem k délce řízení s předstihem, protože v případě zhoršení zdravotního stavu senior služby, jež mají být touto dávkou zabezpečeny, potřebuje v podstatě okamžitě. Proto lze hypotézu 1 na základě výše uvedených zjištěných skutečností přijmout.

H2 - Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů, kteří příjemci PnP jsou a nejsou

Z analýzy zasláných odpovědí vyplývá (viz tabulka č. 2), že pouze 2 % respondentů vedou údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně podle toho, zda seniori jsou či nejsou příjemci PnP, zatímco 47 % respondentů tyto údaje odděleně nevede. Zbýlých 51 % respondentů odpověď nevedlo, lze tedy předpokládat, že tyto údaje rovněž odděleně nevedou.

Podle těchto výsledků je možné usuzovat, že domovy pro seniory v praxi údaje o nákladovosti služeb nevedou, což ve své podstatě stírá rozdíly v poskytování služeb sociální péče podle toho, zda uživatelé služeb jsou či nejsou příjemci příspěvku na péči. V praxi byly zjištěny i případy, kdy jsou finanční prostředky určeny všem seniorům bez rozdílu, zda jsou či nejsou příjemci PnP, a finanční úhrada služeb sociální péče je realizována podle faktické potřeby každého seniora. Tuto problematiku praxi lze vyřešit tím, že domovům pro seniory bude stanovena povinnost vést tyto údaje odděleně. Jenom pak bude možné kvantifikovat nutné finanční náklady na poskytování služeb sociální péče, které by teoreticky měly být u seniorů pobírajících PnP vyšší. Hypotézu 2 tedy lze na základě výše uvedených zjištěných skutečností přijmout.

H3 - Nadpoloviční většina DS nevede údaje o nákladovosti služeb sociální péče odděleně u seniorů podle jejich přiznaného stupně závislosti

Z odpovědí na dotazníkové šetření (viz tabulka č. 3) dále vyplynulo, že pouze 1 % respondentů vede údaje o nákladovosti služeb sociální péče poskytované klientům odděleně podle jim přiznaného stupně

závislosti, zatímco 48 % respondentů odpovědělo, že tyto údaje odděleně nevede. Zbývajících 51 % respondentů odpověď nevedlo, proto lze soudit, že údaje odděleně rovněž nevedou.

Ani tento problém nebude vyřešen, nebude-li domovům pro seniory stanovena povinnost tyto údaje vést odděleně. Jenom tak bude možné kvantifikovat nutné finanční náklady na poskytování služeb sociální péče, které by teoreticky měly být u seniorů s vyšším stupněm závislosti vyšší než u těch s nižším stupněm závislosti.

V současné době je však tato evidence dobrovolná a je stanovena jen v individuálním plánu každého klienta. Doporučované vedení přehledů o inkasu příspěvků na péči u seniorů podle stupně závislosti a vedení údajů o úhradách služeb sociální péče z těchto příspěvků na péči by umožnilo realističtější přehled a náhled na požadavky služeb sociální péče podle stupňů závislosti včetně jejich finanční náročnosti. Z těchto reálných údajů by bylo možné vypočítat a stanovit fixní platby za jednotlivé úkony služeb sociální péče, což by mohlo vést ke zprůhlednění a zmapování toku plateb. Na tato opatření by pak měla navazovat další opatření ke stabilizaci financování služeb sociální péče v domovech pro seniory.

Na základě zjištěných skutečností lze i hypotézu 3 přijmout.

Závěr

Z odpovědí respondentů dotazníkového šetření vyplývá, že služby sociální péče nejsou v domovech pro seniory poskytovány a evidovány adresně podle přiznaného stupně závislosti a výše příspěvku na péči, že naopak dochází k jejich soustřeďování na účtu domova pro seniory, z něhož jsou pak v rámci solidarity jednotlivé úkony služby sociální péče hrazeny dle potřeby seniorů bez ohledu na výši přijatého příspěvku na péči, který je součástí úhrady uživatele za pobyt a poskytované služby. Takto neevidovány nejsou jen výdaje na služby sociální péče v domovech pro seniory, podobná situace panuje i u služeb sociální péče poskytovaných příjemcům PnP, o něž je pečováno v místě jejich bydliště. Soustřeďování vybraných příspěvků na péči na jednom účtu v domovech pro seniory bez rozdílu a následně čerpání těchto prostředků dle potřeby služeb sociální péče bez ohledu na přiznaný stupeň závislosti a výši příspěv-

ku na péči je umožněno „zjevnou“ anonymitou těchto prostředků v důsledku nedostatečné evidence jejich využití. Pokud by však domovy pro seniory měly povinnost vést evidenci úkonů služeb sociální péče a výše PnP u každého seniora zvlášť a příznací stupeň závislosti by odpovídal skutečné potřebnosti seniora, nemohlo by docházet k absenci finančních prostředků na výdaje spojené s poskytováním služeb sociální péče. K nápravě tohoto stavu je proto třeba stanovit pro domovy pro seniory povinnost evidovat odváděné úkony a náklady na ně u každého seniora zvlášť.

Literatura:

- Doroghazi, R. M. *Funding retirement*. Dostupné z <http://www.springerlink.com/content/j7k605tg0471v140?p=897918d451b54c5084880e5b748eb53&pi=25>, 1.6.2010.
- Forma, L. et al. *Health and social service use among old people in the last 2 years of life*. Dostupné z <http://www.springerlink.com/content/x508350112565252?p=be1db4b922894d3caf673a34a5b414e7&pi=14>, 1.6.2010.
- Králová, J. - Rázová, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Ostrava: ANAG, 2008. 374 s. ISBN 978-80-7263-462-0
- Larsson, K. - Thorslund, M. - Kareholt, I. *Are public care and services for older people targeted according to need? Applying the Behavioural Model on longitudinal data of a Swedish urban older population*. Dostupné z <http://www.springerlink.com/content/a766750281636516/?p=1b998090cbd749a08cdea85de36ee08e&pi=8>, 1.6.2010.

- Paz-Lopez, A. et al. *Software Architecture System for Elderly Care in a Retirement Home*. Dostupné z <http://www.springerlink.com/content/b564m7v872230160/?p=fc20d0639e5c4b868d3eb0b6154090ab&pi=2>, 1.6.2010.
- Průša, L. *Efektivnost sociálních služeb: vybrané prvky a aspekty*. Dostupné z http://praha.vupsv.cz/Full-text/vz_245.pdf.
- Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech 2008*. Praha: MPSV, 2009. ISBN 978-80-7421-005-1
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Autor je doktorandem ČZÚ v Praze.

Inspirace ze Skotska pro práci s ohroženými rodinami

Marcela Kašparová

Pracovníci občanského sdružení Amalthea měli možnost navštívit v roli partnera projektu Communem Reddere podpořeného z ESF samosprávný úřad ve skotském East Lothianu a seznámit se se systémem péče o ohrožené děti v této části Velké Británie. Návštěva byla zaměřena především na poznání tamní práce s ohroženými a pěstounskými rodinami s cílem posoudit možnost využití nabytých poznatků při poskytování služeb zaměřených na podporu pěstounů i ohrožených rodin v našich podmínkách, např. v rámci programu Sanace rodiny občanského sdružení Amalthea.

Nabyté informace a poznatky o tamním systému péče o pěstounské i ohrožené rodiny se staly inspirací k jeho porovnání s nastavením práce s ohroženými i pěstounskými rodinami v našem systému a hledání jejich styčných bodů a míst, kde je změna potřebná a zároveň i možná. K charakterizování rozdílů obou systémů, ale i zmíněných inspirací, poslouží příběh Martina, který zrcadlí stav systému péče o ohrožené děti v naší republice.

Martin se narodil jako čtvrté dítě v rodině. Mezi jeho rodiči docházelo k velkým neshodám, matka i otec Martina měli problémy s alkoholem, otec navíc v opilosti často matku v hádce uhodil. Rodina žila v bytě 2+1, Martin byl často těmto situacím přítomen. Sousedé rodiny si stěžovali na hluk a nepořádek, který Martinova rodina způsobovala, opakovaně v ní zasahovala také policie, na jejíž návrh bylo provedeno sociální šetření OSPOD z důvodu možných nepříznivých podmínek pro děti v rodině.

Sociální pracovníce OSPOD na základě sociálního šetření vyhodnotila situaci v rodině jako děti ohrožující, vykonávala nad rodinou dohled a snažila se Martinovy rodiče motivovat ke změně, i hrozbou odebrání dětí z péče rodičů. Situace v rodině se však ještě více vyhroutil a sociální pracovníce musela podat předběžné opatření, kterým byly všechny 4 děti z rodiny odebrány a umístěny do diagnostických ústavů – Martin spolu se starším bratrem.

Martin v diagnostickém ústavu zpočátku nespolečně pracoval, nechtěl dodržovat režim zařízení, odmítal se zapojit do společných aktivit. Odborné vyšetření ukázalo, že trpí deprivacním syndromem, objevují se u něj příznaky syndromu hyperaktivity (ADHD) a má sklony k agresivitě vůči sobě i okolí. Během jeho pobytu v diagnostickém ústavu ho jeho matka jednou navštívila, jednou mu také zatelefonovala.

Z Diagnostického ústavu byl Martin po tříměsíčním diagnostickém pobytu umístěn do dětského domova – byla u něj nařízena ústavní výchova.

Martin byl v dětském domově spolu s bratrem, postupně si v domově zvykl. Projev syndromu ADHD se u něj s věkem zvýraznil, pro pečovatele bylo náročné zvládnout jeho chování, protože Martin obtížně dodržuje jakákoliv pravidla, často se pere, provokuje ostatní, jedná účelově, funguje u něj model podmíněnosti „udělám to, jen když z toho něco budu mít“. Režimová léčba dětského domova ho v tomto chování ještě více podporuje. Martinova matka několikrát do dětského domova telefonovala, byla však opilá a nebylo v jeho zájmu, aby s ním v tomto stavu mluvila. Martin se o matce ani otci nezmiňuje.

Martin byl zapsán do registru dětí, pro které se hledá vhodná náhradní rodina. Sociální pracovníce OSPOD Martina navštívila v dětském domově 1x za půl roku.

O Martina projevil zájem pěstounská rodina s dalšími dvěma dětmi v pěstounské péči. Pěstouni s Martinem strávili několik víkendů v rámci hostitelské péče, poté se rozhodli požádat o svěření Martina do péče pěstounské. Martin s tím souhlasil a po pěti letech se dostal do nové rodiny.

Při předání Martina do péče pěstounů pracovníci dětského domova podali pěstounům jen základní informace, protože se obávali, že pokud by uvedli problémy, které s Martinem mají, do péče by si ho nevzali. Pěstouni se nedozvěděli ani informace o Martinově biologické rodině, pouze to, že rodiče o syna nejeví zájem a mají problémy s alkoholem.

Sociální pracovníci OSPOD našli pro Martina rodinu, vzhledem k délce pobytu chlapce v ústavní péči a jeho omezeným možnostem dostat se do jiné vhodné rodiny schválili pěstounskou rodinu jako vhodnou

i s vědomím určitého rizika pro další děti v rodině. Hostitelskou péči vystřídal předpěstounská péče, poté byla soudem schválena péče pěstounská.

Martin začal v novém bydlišti chodit do 4. třídy základní školy, měl však velké výchovné problémy, byl drzý na učitele i spolužáky, odmítal se učit a spolupracovat, často se pral se spolužáky, byl přistižen při kouření. Pěstouni velmi intenzivně komunikovali se školou a snažili se společně s ní najít vhodný přístup, který by Martinovi pomohl a zároveň mu nastavil pravidla a hranice.

Sociální pracovník OSPOD při pravidelném šetření v rodině po zjištění problémů s Martinem doporučil vyhledat pedopsychiatra, který by předepsal Martinovi léky na zklidnění.

Martin stupňoval své agresivní projevy, neposlušal ani doma, ani ve škole, rozbíjel věci, několikrát uhodil spolužáka a pěstouni situaci museli řešit s jeho rodiči u ředitele školy. Nakonec se rozhodli dětského psychiatra navštívit, už si s Martinem a jeho chováním nevěděli rady, byli vyčerpaní neustálými konflikty s Martinem a řešením následků jeho chování. Pěstounka začala pochybovat o tom, zda péči o Martina zvládne, jeho chování začalo negativně ovlivňovat také další děti v rodině. Pěstoun nakonec kontaktoval sociálního pracovníka OSPOD s tím, že zvažují zrušení pěstounské péče o Martina.

Dětský psychiatr Martina vyšetřil a navrhl nasazení léku Ritalin na zklidnění. Sociální pracovník OSPOD nabídl pěstounům možnost využít Středisko výchovné péče, které nabízí tříměsíční pobyt pro děti s problémovým chováním. Martinovi by se tam dostalo intenzivní režimové léčby a také terapie, pěstouni by si mohli odpočinout. Sociální pracovník OSPOD se také s pěstounem domluvil na tom, že si s Martinem promluví a udělí mu napomenutí za jeho chování.