

Individuální plánování pohledem klíčového pracovníka v domově pro seniory

Bc. Ivana Dynková

Diplomová práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Ivana Dynková**
Osobní číslo: **H140209**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Individuální plánování pohledem klíčového pracovníka v domově pro seniory**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti individuálního plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

HROZENSKÁ, Martina, DVORÁČKOVÁ Dagmar. Sociální péče o seniory. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

BICKOVÁ, Lucie et al. Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: APSS ČR, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4.

Vedoucí diplomové práce:

doc. Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
Centrum výzkumu FHS

Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

15. dubna 2016

Ve Zlíně dne 1. prosince 2015


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně12. 2. 2016.....

.....Kraus J. J.

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Ktíždý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školská či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školská či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školská či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce přináší historický exkurs do vývoje pobytových sociálních služeb pro seniory v ČR. Najdeme zde popis a charakteristiku uživatele domova pro seniory a jeho proměny probíhající v procesu stárnutí. Teoretická část je primárně zaměřena na proces individuálního plánování. Vymezuje jeho legislativní ukotvení, zásady, jimiž se proces řídí, cíle a modely. Je zde definován pojem klíčový pracovník v sociálních službách, jeho kompetence, práva, povinnosti a také metody, které při své práci využívá. Práce si kladla za cíl zmapovat proces individuálního plánování v domově pro seniory ve Zlínském kraji pohledem klíčových pracovníků/důvěrníků. V praktické části předkládáme výsledky ze smíšeného výzkumu kvantitativního a kvalitativního, jež jsme realizovali pomocí dotazníkového šetření a následně polostrukturovaných rozhovorů. Z výzkumu vyplynuly přínosy i úskalí vnímané pohledem klíčových pracovníků/důvěrníků v průběhu procesu individuálního plánování. Výstupem našeho výzkumu je zakotvená teorie, která zachycuje samotný proces individuálního plánování ve vybraném domově a vztahy mezi jednotlivými proměnnými.

Klíčová slova: stáří, sociální služby, domov pro seniory, individuální plánování, individuální plán, klíčový pracovník, uživatel sociální služby

ABSTRACT

The diploma thesis brings a historical excursion into the development of residential social services in the Czech Republic. The description and characteristics of the clients of the home for the elderly and their ongoing transformations during the aging process can be found here. The theoretical part is primarily focused on the process of the individual planning. The thesis defines the legislative anchoring, the principles which control the process, goals and models. There is a defined term for a key worker in social services, their competences, rights, duties and also their methods used at work. The work was intended to map out the process of the individual planning in the home for the elderly in the Zlín region from the point of view of the key worker. In the practical part there are presented the results of the mixed research, quantitative and qualitative, which were implemented by using the questionnaire investigation and, subsequently, semi-structured interviews. Emerging from the research benefits and pitfalls of the perceived eyes of key workers during the pro-

cess of the individual planning. The output of our research is a grounded theory, which captures the very process of the individual planning in chosen home and relations among particular variables.

Keywords: old age, social services, home for the elderly, individual planning, individual plan, key worker, social service client

Poděkování

Děkuji doc. Mgr. Soni Vávrové, Ph.D. za vynikající vstřícný přístup, odborné vedení diplomové práce a cenné rady, jež mi po celou dobu poskytovala.

Dále chci poděkovat svému manželovi a dětem za láskyplnou podporu po čas mého studia. Bez jejich podpory by toto bylo zcela nemožné. Rovněž děkuji svým kolegům a pracovníkům domova, kteří našli dostatek odvahy a podíleli se na realizaci praktické části, za jejich otevřenost a sdílnost.

Motto:

„Stáří nemá být koncem života, ale jeho korunou.“

A. Repond

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 VÝVOJ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY V ČR OD MINULOSTI K DNEŠKU	14
1.1 UŽIVATELÉ DOMOVA PRO SENIORY A PROCES STÁRNUTÍ	16
1.1.1 Fyziologické změny v procesu stárnutí a využití pobytových sociálních služeb.....	18
1.1.2 Psychické změny v období stáří	19
1.1.3 Sociální změny v životě seniorů.....	21
1.2 PROMĚNY SPOLEČNOSTI V PŘÍSTUPU KE STÁRNOUCÍMU ČLOVĚKU A DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ	22
2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	24
2.1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ	26
2.2 ZÁSADY A CÍLE INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ	29
2.2.1 Změny v organizaci doprovázející proces individuálního plánování.....	31
2.3 ZÁKLADNÍ MODELY INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ.....	34
2.3.1 Model zaměřený na dosahování cílů	34
2.3.2 Model zaměřený na dialog a uživatele služby.....	36
2.3.3 Model vycházející ze schémat počítačové podpory	37
2.3.4 Model expertní	38
3 KLÍČOVÝ PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A PROCES INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ.....	39
3.1 KOMPETENCE KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA.....	40
3.2 PRÁVA A POVINNOSTI KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA A JEHO ROLE	41
3.3 PROCES INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ A METODY PRÁCE KLÍČOVÉHO PRACOVNÍKA	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	49
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	50
4.1 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	51
4.2 VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE A TECHNIK SBĚRU DAT	52
4.3 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	53
4.4 PRŮBĚH VÝZKUMU	55
5 ZPRACOVÁNÍ, ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	57
5.1 I. ČÁST VÝZKUMU – DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	57
5.1.1 Shrnutí I. části výzkumu.....	63
5.2 II. ČÁST VÝZKUMU – POLOSTRUKTUROVANÉ ROZHOVORY	64
5.2.1 Vyložení kostry analytického příběhu	85

5.2.2	Shrnutí II. části výzkumu	89
5.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	92
ZÁVĚR		95
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		98
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		104
SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ		105
SEZNAM TABULEK.....		106
SEZNAM PŘÍLOH.....		107

ÚVOD

Stárnutí lidské populace patří mezi významné demografické problémy současné společnosti. Je způsobeno především kombinací poklesu porodnosti, prodlužováním průměrného věku obyvatelstva, snižováním úmrtnosti a nárůstem skupiny starých lidí nad 80 let. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 15) Svůj podíl na tom mají také vyšší způsob kvality života obyvatelstva a zlepšující se zdravotní péče. V České republice nyní žije cca 1,42 miliónu osob starších 65 let. Odhaduje se, že v roce 2030 se toto číslo zvýší na 2,1 – 2,5 resp. 3,07 milionu. (Rabušic, 2004 cit. podle Haškovcová, 2010, s. 24) Přibývající věk seniorů, jejich zhoršující se zdravotní stav a zvyšující se závislost na pomoci jiné osoby vyvolává potřebu po kvalitních sociálních službách. Omezení v soběstačnosti nakonec způsobuje, že senioři již nadále nemohou setrvávat ve svém přirozeném prostředí a musí sami nebo za pomoci rodiny či jiné osoby vyhledat vhodné pobytové služby. S tím je úzce spjata otázka, co je to kvalitní péče o seniory, co má zajišťovat a jak má být poskytována. Z tohoto důvodu je nutné hledat další východiska.

Velký posun v sociální oblasti přinesl zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (dále jen zákon). Ten klade důraz na nový přístup ke klientovi, na jeho individualitu a zavádí poskytovatelům sociálních služeb mimo jiné také povinnost s klientem individuálně plánovat průběh služby. Individuální plánování je v ČR tedy zákonnou povinností od roku 2007.

Od nabytí účinnosti zákona uběhlo již 9 let, a přesto je individuální plánování v mnoha sociálních institucích stále ještě „strašákem“. Mnozí zaměstnanci v sociálních službách, jichž se plánování týká, stále ještě nemají v této problematice úplně jasno. Nepochopili dostatečně, co tyto změny přinášejí a mají problémy nová nařízení výše uvedeného zákona přijmout. Zvláště se to dotýká pracovníků, kteří v sociálních službách pracovali již před zavedením tohoto zákona. Někteří pracovníci v sociálních službách si často pokládají otázky typu: „Jak mám stanovit osobní cíle u uživatelů, jež jsou na sklonku života?“ „Jak plánovat u osob s demencí nebo u osob s poruchami komunikace?“ „Jak má vypadat správný individuální plán?“ „Má to vůbec smysl něco plánovat?“ „Proč to mám dělat?“ „Dřív se to nedělalo a taky to šlo.“ V některých sociálních službách je doposud individuální plánování pouze formální. Jeho cílům a zásadám nerozumí vedení organizace ani zaměstnanci a nedokáží tak ocenit jeho význam. Následně se všichni trápí a děsí se příchodu inspekcí poskytovaných sociálních služeb.

Celé individuální plánování je o způsobu vedení rozhovoru s člověkem, jež je odkázaný na pomoc jiné fyzické osoby. Jde o respekt ke každé lidské bytosti. Vedení rozhovoru má svůj řád, který musí pracovník dodržovat, jinak jde jen o obyčejné sousedské povídání si bez cíle, mimo profesionální úroveň. (Hauke – Pečovatelská služba a IP, s. 15)

Jelikož se autorka pohybuje v sociálních službách, a s individuálním plánováním přichází často do styku, bylo toto téma shledáno natolik závažné, že bylo vybráno pro diplomovou práci. V praxi se setkáváme u některých klíčových pracovníků právě s převažujícími negativními názory na individuální plánování.

V teoretické části diplomové práce si klademe za cíl podat ucelený přehled základních východisek souvisejících s problematikou individuálního plánování průběhu sociální služby. Naší snahou bylo objasnit hlavní přínos individuálního plánování a to nejen pro uživatele, ale také pro zaměstnance a organizaci jako takovou. Vycházíme z odborných publikací autorů pojednávajících o problematice sociálních služeb, jako jsou např. Haškovcová, Malíková, Bicková, Hauke, Matoušek, a dalších.

Cílem realizovaného výzkumu bylo zmapovat proces individuálního plánování v jednom vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji. Zaměřili jsme se především na to, jak tento proces vnímají a hodnotí klíčoví pracovníci a důvěrníci. Zajímalo nás, v čem spatřují přínosy nebo úskalí, s jakými nástrahami se v individuálním plánování potýkají a co jim činí v tomto procesu největší obtíže. Zaměřili jsme se také na pracovníky, kteří v sociálních službách pracují už řadu let a mají tudíž možnost srovnat průběh a poskytování péče „před“ a „po“ nabytím účinnosti zákona. Pro naši empirickou část jsme zvolili smíšený výzkum kvantitativní a kvalitativní, přičemž kvalitativní výzkum byl stěžejní metodou. Výstupem kvalitativního výzkumu byla zakotvená teorie, jež odkrývá vztahy mezi jednotlivými proměnnými.

Ze získaných výsledků realizovaného výzkumu navrhuje určitá doporučení, která slouží jako reflexe současného stavu zkoumané problematiky. Tato doporučení zároveň představují podněty pro možné zlepšení procesu individuálního plánování ve vybraném domově pro seniory. Výstupy našeho zkoumání budou předány vedení domova pro seniory. Jejich využití v praxi může tak posloužit k zefektivnění práce zaměstnanců, přispět k vyšší spokojenosti uživatelů a celkovému zlepšení kvality poskytované služby.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY V ČR OD MINULOSTI K DNEŠKU

Až do 19. století nenajdeme v dějinách lidstva žádné zařízení, jehož specializace by byla zaměřena pouze na péči o nemocné a nesoběstačné seniory. (Malíková, 2011, s. 60) Z historických pramenů se dozvídáme, že péče o staré lidi byla praktikována nejvíce v rámci rodiny. Pokud rodina chyběla, nebo na to z jakýchkoliv důvodů nestačila, ocitali se někteří staří lidé na periferii lidské společnosti. Tradiční péče měla charitativní charakter a vycházela především z principů křesťanské lásky. V roce 1504 vyšel v Anglii snad první zákon, který řešil sociální problémy starých lidí. Péči v Čechách a na Moravě bychom mohli charakterizovat jako vývojovou triádu: charita, obec, stát. Obec byla povinna, podle domovského práva ze dne 3. 12. 1863, se postarat o chudé, k práci nezpůsobilé příslušníky. Obce a města postupně budovaly pastoušky, chudobince, starobince, chorobince, nalezince a sirotčince. (Haškovcová, 2010, s. 183-190, s. 209) Významný mezník v péči o seniory nacházíme v době vlády Josefa II., který pokračoval v započaté reformě své matky Marie Terezie. Došlo k zakládání všeobecných nemocnic, které měly více méně sociální a azylový charakter než vysokou lékařskou úroveň. (Mlýnková, 2011, s. 60) Stát postupně za celý systém převzal garanci a od roku 1948, kdy bylo zrušeno tzv. domovské právo, stát převzal odpovědnost za sociální zabezpečení svých občanů. Podmínky pro vznik jednotného systému sociálního zabezpečení byly zakotveny v zákoně č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení. (Haškovcová, 2010, s. 183-190, s. 209) Vzniká jednotný koncept domovů důchodců, kdy tehdejší senioři přijímali pobyt v domovech s přiměřenou vstřícností. Poválečná generace byla skromná a kolektivní způsob soužití jí tolik nevadil. Vše se mění v 60. letech 20. století, kdy si lidé zlepšují svá obydlí a staví si rodinné domy. Zvyšuje se životní úroveň lidí. Domovy důchodců tak zůstaly světem pro sebe, kdy obyvatelé byli zapomenutí daleko za městem, kam se nedostaly ani ozvěny běžného tepajícího života. Odchod do domova pro důchodce byl provázen syndromem poslední štace, a proto se pozornost začala zaměřovat na problematiku adaptace seniorů na nové prostředí a nový životní styl. (Haškovcová, 2010, s. 214-218)

Do roku 1989 sociální systém služeb vytvářel z klientů neurčité kategorie svěřenců, jejichž život se nachází v rozporu se zájmy socialistické reality. Toto pojetí posilovalo institucio-

nální povahu zejména tzv. ústavního modelu. Ten pohlížel na své svěřence, jako na osoby, o něž je nutné pečovat a dále na ně celoživotně působit prostřednictvím výchovy, vzdělávacích pracovních či jiných programů. (Čámský, 2011, s. 11) Společně s Goffmanem (Goffman 1961, cit. podle Vávrová, 2009, s. 16-18) můžeme pobytové služby pro seniory nazvat *totální institucí*, jež je jedním z pěti typů totální instituce, které Goffman rozlišuje. Totální instituce jsou dle Goffmana organizace, které vytvářejí pro své členy prostředí, jež se v zásadním ohledu liší od života společnosti. Jde o jedno místo, kde současně žije a pracuje větší počet jedinců. Je zde zaznamenána absence soukromí. Pokoje uživatelů, které jsou jejich jediným soukromým prostorem, jsou často sdíleny ve dvojicích nebo ve vyšším počtu. Všechny aktivity probíhají pod dozorem jiné osoby a ve stanovených časových harmonogramech. Navíc také často dochází ke zprerhání sociálních vazeb, k oslabování rodinných, přátelských a profesionálních vztahů.

Po roce 1989 došlo k mnoha změnám v systému sociálních služeb. Tento proces je nazýván *transformací oblasti sociálních služeb* a byl obdobím poměrně bouřlivých změn. Těmito změnami se rozumí souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb. Výsledkem má být péče o klienta v běžných podmínkách. Do roku 2006 se sociální služby poskytovaly na základě právní úpravy z roku 1988, zákon č. 100/1988 Sb. později doplněn vyhláškou 182/1991 Sb.. (Čámský 2011, s. 9) V ČR jsou rozlišovány tyto typy rezidenčních služeb (Prudká, 2015, s. 89): *domovy důchodců*, *domovy s pečovatelskou službou* a *domovy-penziony pro důchodce*, jež existovaly od roku 2006. Nová legislativa zahrnuje tyto typy služeb do kategorie *domov pro seniory*. Zde se dostávalo starým lidem plného zaopatření, ubytování, stravy, úklidu, praní a žehlení prádla. Mimo jiné tyto domovy nabízely i různé skupinové programy. Matoušek (2005, s. 177-179) se zmiňuje také o *léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN)* a o *domovech důchodců (DD)*. LDN mají především zdravotnický charakter a péče je hrazena zdravotní pojišťovnou. Domovy důchodců (DD) poskytovaly klasickou institucionální péči. Mezi základní služby patřilo trvalé ubytování, péče o domácnost klienta, aktivizační programy, zajištění náročné ošetrovatelské i rehabilitační péče a hospicová péče o umírající.

V tomto období je důraz kladen na práva a povinnosti každého občana v České republice. Objevuje se široká nabídka sociálních služeb poskytovaných neziskovými organizacemi, církví, samosprávou krajů a obcemi ale i soukromými osobami. Z důvodu rozšíření druhů sociálních služeb bylo nutné zaměřit vnímání na kvalitu poskytovaných služeb, na nastave-

ní jejich pravidel, na přístup ke klientům či uživatelům služeb a na odbornost pracovníků. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 73)

Podstatné reformní změny v systému sociálního zabezpečení v České republice přišly v roce 2007 nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tomuto zákonu se více věnujeme v kapitole 2.1. Česká společnost (Dvořáčková, 2012, s. 85) se v poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí. Pokud se soběstačnost staršího člověka sníží natolik, že je nemožné, aby nadále žil sám ve své původní domácnosti, a rodina nedokáže zajistit patřičnou péči, přichází na řadu péče institucionální.

Pobytová zařízení sociálních služeb zaměřených na seniory najdeme legislativně zakotvena v již zmiňovaném zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách §34, písmeno d), e), f). Jedná se o *domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, a domovy se zvláštním režimem*. V naší práci se zaměříme na typické pobytové zařízení pro seniory, jimiž jsou *domovy pro seniory*. Zde jsou poskytovány pobytové služby s celoročním provozem osobám, které mají zejména z důvodu věku sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou pomoc v komplexní péči. Služba je určena seniorům, kteří vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe nemohou nadále setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí, a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (Malíková, 2011, s. 45)

Z výše uvedených poznatků vyplývá, že do domovů pro seniory mají být přijímáni uživatelé, kteří díky snížené soběstačnosti již nejsou schopni nadále setrvávat ve svém přirozeném domácím prostředí a jsou závislí na pomoci jiné fyzické osoby, aby nedošlo k jejich sociálnímu vyloučení. V následující podkapitole se zaměříme na obyvatele domovů pro seniory.

1.1 Uživatelé domova pro seniory a proces stárnutí

Každý člověk stárne již od svého narození. U každého tento nevratný proces probíhá jinak. Pokud jsme mladších věkových kategorií, nezajímáme se pravděpodobně o stáří v nás a kolem nás. Může nám připadat, že vlastní stáří je někde daleko. Určitě stojí za povšimnutí, že mezi lidmi jsou značné rozdíly v rychlosti stárnutí. Stárnutí je proces diskontinuitní, tzn., že v určitých obdobích svého života člověk stárne rychleji a v jiných zase pomaleji. Často můžeme vidět „staré mladíky“ a „mladé staříky“. (Haškovcová, 2010, s. 20) Je potřeba si uvědomit, že úpadek funkcí nezačíná až ve stáří, ale již v rané dospělosti. Většina

tělesných soustav totiž vykazuje po třicátém roce života každoročně úbytek funkce, přibližně 0,8 až 1 %. Tento degenerační průběh je velmi pozvolný. Většina tělesných soustav je programově předimenzována, takže běžný pozorovatel často nezaznamená žádnou změnu až do šesté dekády života. (Hayflick 1977, cit. podle Stuart-Hamilton, 1999, s. 23)

Uvedeme si zde několik definic stárnutí. Stuart-Hamilton definuje stárnutí následovně: *Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Avšak právě proto, že se jedná o proměnu kontinuální, je nesnadné nalézt uspokojivou definici okamžiku, ve kterém končí střední věk a začíná stáří.* (Stuart-Hamilton, 1999, s. 18).

Podle Hrozenkové a Haškovcové je stárnutí *specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, nezvratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy, jeho rozvoj se řídí druhově specifickým časovým zákonem. Taktéž podléhá formálním vlivům prostředí.* (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 30)

Langmeier a Krejčířová pod pojmem stárnutí vidí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které se projevují zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince. (Langmeier, Krejčířová 1998, cit. podle Dvořáčková, 2012, s. 9)

Podle definice Světové zdravotnické organizace je *stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.* (Kalvach, Zadák, Jirák et al., 2004, cit. podle Haškovcová, 2010, s. 20)

Pokusíme-li se stáří věkově vymezit na určité období lidského života, můžeme najít různá členění od různých autorů, která se budou lišit. Pro tuto diplomovou práci budeme vycházet z kategorizace věku podle Světové zdravotnické organizace.

- 60-74 let - starší věk, presenium
- 75-89 let - starý věk, senium
- nad 90 let - dlouhověkost

(Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 14)

Každý z nás prožívá svůj život originálním způsobem. I přes tuto rozdílnost se lze shodnout na významných okamžicích přicházejících s vyšším věkem. Tyto změny se odehrávají

v rovině tělesné, psychické a sociální. Změny v jedné oblasti zasahují do oblastí jiných. Jednotlivé změny jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. 1 – Změny ve stáří

TĚLESNÉ ZMĚNY	PSYCHICKÉ ZMĚNY	SOCIÁLNÍ ZMĚNY
<ul style="list-style-type: none"> ● změna vzhledu ● úbytek svalové hmoty ● změny termoregulace ● změny činnosti smyslů ● degenerativní změny kloubů ● kardiopulmonální změny ● změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování) ● změny vylučování moči (častější nucení) ● změny sexuální aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> ● zhoršení paměti ● obtížnější osvojování nového ● nedůvěřivost ● snížená sebeúcta ● sugestibilita ● emoční labilita ● změny vnímání ● zhoršení úsudku 	<ul style="list-style-type: none"> ● odchod do penze ● změna životního stylu ● stěhování ● ztráty blízkých lidí ● osamělost ● finanční obtíže

Zdroj: Venglářová, 2007, s. 12

V následujících podkapitolách se budeme podrobněji věnovat jednotlivým změnám, které probíhají ve stáří a jsou příčinou toho, že člověk přestane být soběstačný a stane se závislým na pomoci a péči jiné fyzické osoby. Někdy se zdraví člověka začne zhoršovat postupně a člověk má možnost se na nastávající změny připravit a reagovat na ně. Dochází ovšem i k situacím, kdy se zdravotní stav zhorší bez předešlých změn.

1.1.1 Fyziologické změny v procesu stárnutí a využití pobytových sociálních služeb

Staří lidé se od mladých odlišují tělesnými projevy, které označujeme jako fenotyp stáří. Kalvach (2004, s. 99-101) poukazuje na to, že s přibývajícím věkem se tělesná výška snižuje a naopak tělesná hmotnost s věkem obvykle stoupá. Jedním z hlavních ukazatelů fyziologické změny v procesu stárnutí je pravidelný úbytek fyzických a psychických sil. Pozvolna se dostavují involuční znaky. Dochází ke zpomalení pohybů, chůze je nestabilní, postava se nachyluje dopředu a zmenšuje se. Hovoříme často o tom, že starý člověk „roste do země“. Klesá elasticita svalů a svalstvo celkově ochabuje. Na kůži se objevuje pigmentace. Ženy mívají ve tváři výraznější vrásky. Vlasy ztrácejí svoji původní barvu a šedivějí. Mužům vlasy častěji řidnou.

Dochází také ke stárnutí smyslů. U hmatu byl pozorován vyšší práh citlivosti, čich zůstává relativně stabilní, ale dochází k oslabení rozlišování chutí. (Haškovcová, 2010, s. 31) Zrak

se vyznačuje zhoršením akomodace (schopností zaostřovat především na blízko), která vede ke stařecké dalekozrakosti (presbyopii). Nejzávažnější oční vadou vyskytující se u starých lidí je ztráta zrakové ostrosti, což je definováno jako schopnost vidět ostře předměty v určité vzdálenosti nebo schopnost zaostřit na detail. Rovněž se zmenšuje zorné pole. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 27-29) Sluch postupně slábne. Kosti středního ucha – kladívko, kovádlinka a třmínek v důsledku zvápnění nebo artrózy často ztvrdnou, což má vliv na přenos zvuku. Svazek nervových vláken - sluchový nerv, který vede z vnitřního ucha do mozku, se věkem neustále zmenšuje. Dochází k nedoslýchavosti. (Corso, 1980 cit. podle Stuart-Hamilton, 1999, s. 31) Někdy se můžeme setkat s poruchou řeči – afázií. Jedná se o poruchu lidí, kteří prodělali neurologická onemocnění, a která ovlivnila jejich schopnost mluvit a rozumět řeči. (Venglářová, 2007, s. 76)

Stuart-Hamilton (1999, s. 25-27) popisuje další příznaky stáří, jimiž jsou zpomalení činnosti trávicí soustavy a ztráta výkonnosti při exkreci toxinů a dalších odpadních produktů. V trávicí soustavě dochází ke zhoršenému vstřebávání živin. Dýchací soustava zajišťuje menší přívod kyslíku než dříve. Také oběhová soustava prochází změnou. Srdce začíná ztrácet svoji sílu a přitom potřebuje k rozvádění krve po celém těle daleko více energie a to v důsledku zužování a snížení pružnosti periferních cév.

Velmi častým problémem seniorů je inkontinence neboli mimovolný únik moči nebo stolice. Postižený není schopen ovládat vyprazdňování a dochází k pomočení nebo odchodu stolice proti jeho vůli. Za tento stav se mnozí senioři stydí a mnohdy ho nepřiznají ani svým příbuzným. (Mlýnková, 2011, s. 81)

Výše uvedené změny jsou často příčinou toho, že senioři ztrácejí schopnost postarat se sami o sebe a vyhledávají pomoc v domovech pro seniory, kde je jim zabezpečena potřebná péče. Tyto fyzické změny dále nepříznivě ovlivňují fungování mozku a také činnost psychiky. V následující podkapitole si přiblížíme psychické změny seniorů, jejich prožívání a nejčastější duševní poruchy.

1.1.2 Psychické změny v období stáří

Psychickou involuci lze nazvat spořádaně probíhající demontáží osobnosti. Dochází postupně k celkové změně osobnosti jedinců. Projevují se negativní vlastnosti a do popředí vystupují negativní rysy osobnosti. (Říčan, 2004 cit. podle Dvořáčková 2012, s. 12) Integrita (celistvost) osobnosti zůstává zachována. Mění se zpravidla jen její dílčí schopnosti.

U patologických typů jedinců můžeme pozorovat zvýraznění některých vlastností nebo rysů, např. podezíravost u paranoidních typů osobnosti. Jiné vlastnosti a rysy naopak ztrácejí na své intenzitě, jako je např. smysl pro pořádek. (Jarošová, 2006 cit. podle Mlýnková, 2011, s. 24) V důsledku změn v nervové soustavě, smyslových orgánech, v pohybovém ústrojí, v činnosti žláz a v látkové přeměně, dochází k úbytku řady duševních funkcí. (Wolf et al., 1982 cit. podle Dvořáčková 2012, s. 13) Objevuje se častější zapomětivost a je nesporné, že ve stáří dochází k pravidelnému snížení vštípivosti a výbavnosti, jež jsou složkami paměti. Často pak můžeme slyšet říkat seniory větu „mám to na jazyku“, ale myšlenku už nevysloví. (Haškovcová, 2010, s. 146)

Dvořáčková ve své publikaci uvádí Jedličkův charakteristický obraz psychiky seniorů:

- Psychické změny sestupné povahy – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, vštípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy.
- Psychické změny vzestupné povahy – zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti.
- Psychické funkce, které se s věkem nemění – např. jazykové znalosti, intelekt, slovní zásoba.

(Jedlička, 1991 cit. podle Dvořáčková 2012, s. 13)

Mezi nejčastější duševní poruchy ve stáří patří *depresivní syndrom a demence*. Symptomy jsou mnohdy nenápadné, schované za fyziologické změny. *Deprese* je často přítomna v počátku demence. Jejími obvyklými příznaky jsou: zhoršení soustředění a pozornosti, snížení sebedůvěry, pocity viny, poruchy spánku, poruchy jídla, smutek, ztráta plánování do budoucna, myšlenky na sebepoškozování nebo sebevraždu. *Deprese* se dělí podle závažnosti projevů na mírnou, středně těžkou a těžkou. U těžkých depresí se lze setkat s psychotickými příznaky, jako jsou bludy a halucinace, které jsou jinak přítomny u psychotických onemocnění, jako je schizofrenie, nebo poruchy s bludy. *Demence* je nejčastější organická duševní porucha ve stáří. Vzniká následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu. Dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí mozku, včetně paměti, orientace, myšlení, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku. Zhoršení kognitivních funkcí je doprovázeno zhoršením kontroly emocí, motivace a sociálního chování. (Venglářová, 2007, s. 18-26)

Také v oblasti citového života zaznamenáváme změny. Můžeme pozorovat větší sklon k plačtivosti, rychlé střídání nálad a emoční labilitu. U některých jedinců se zvyšuje pocit strachu a výrazná úzkost. Velkou psychickou traumatizující zátěží je ztráta životního partnera. Objevuje se pocit nenahraditelné ztráty, prázdnoty, samoty a opuštění. Tato situace je nesmírně bolestivá. Většina lidí se s ní časem vyrovná a naučí se s ní žít. Jsou však mnozí, kteří tuto emocionálně náročnou situaci neunesou, což může nejednou urychlit jejich vlastní smrt. (Mlýnková, 2011, s. 23)

Poklesem fyzické i psychické soběstačnosti u seniorů se dostávají do popředí zvýšené potřeby a nároky na pomoc od okolí. Tyto potřeby jsou vázány také na sociální změny, na které se zaměříme v následující podkapitole.

1.1.3 Sociální změny v životě seniorů

V životě každého člověka přichází mnoho změn. Každý se s těmito změnami musí nějak vyrovnat a tyto změny přijmout. Jednou ze základních lidských vlastností je adaptace. Díky adaptaci jsme schopni přežít i velmi náročné a obtížné situace. (Venglářová, 2007, s. 13)

Mlýnková (2011, s. 25-26) uvádí, že zásadní životní změnou je *změna sociální role* seniora z pracujícího člověka na roli *důchodce*. Člověk, který svou pracovní činností vytvářel hodnoty pro celý stát a ostatní obyvatele se najednou dostává do pozice, kdy od státu dostává penzi a svou práci již našemu společenství nijak nepřispívá. Díky tomu se může snížit společenská prestiž a autorita seniorů. Penzionování s sebou přináší i změnu ekonomické situace. Mnohdy nízká penze nestačí na udržení dosavadního životního standardu, na který byli seniori ve středním věku zvyklí. Zvláště dojde-li ke ztrátě jednoho z partnerů, je velmi obtížné si tento dosavadní životní standard udržet. Odchod do penze s sebou také přináší více volného času. Mnozí lidé již před penzí mají své představy, jak budou volný čas trávit. Mnozí však nevědí jak naložit s volným časem, kterého je najednou až příliš moc. Může se tedy v jejich životě objevit nuda, pocit neuspokojených potřeb a další negativní emoce, pokud den nenaplní smysluplnými činnostmi.

Zvýšený nárůst onemocnění ve stáří má rovněž svůj sociální rozměr. Dochází díky němu často k izolaci seniorů od okolí, ztrátě komunikace, ztrátě pocitu potřebnosti, pocitu blízkosti smrti a snížené soběstačnosti. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 33)

V důsledku odchodu do starobního důchodu, změn v úrovni péče o sebe a zvýšených nároků na pomoc okolí přichází nutnost hledat nový způsob života ve stáří. Odborníci varují při plánování zásadních změn: *Nechtějte změnit vše najednou!* (Venglářová, 2007, s. 13). Model adaptace na stáří vychází z reakcí na změny, které jsou ovlivňovány osobností seniora, reakcí jeho okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které již sám senior nezvládne. První přístup ke stáří je *konstruktivní*, kdy již během produktivního věku se člověk může připravit na stáří. Naplánovat si aktivity, které později rozvine, mít dostatek přátel a známých a dobré vztahy s rodinnými příslušníky. Druhým přístupem je *závislost na okolí*. Zdravotní potíže jsou mnohdy využívány seniorem jako manipulační prostředek k intenzivnějším kontaktům a závislosti na rodině nebo zdravotnících. Ve třetím adaptačním přístupu se jedná o *nepřátelský postoj* seniora k obtížnější situaci. Senior se nedokáže s obtížnější situací vyrovnat a pak projevuje nepřátelství – hostilitu lidem kolem sebe. Tento postoj bývá příčinou mnoha problémových situací v péči o klienty vyššího věku. (Venglářová, 2007, s. 13)

1.2 Proměny společnosti v přístupu ke stárnoucímu člověku a demografický vývoj

Z historie se dozvídáme, že se lidé ve starém Řecku a Římě zpravidla sotva dožívali 25 let. V Evropě byla průměrná délka života v 16. století prakticky stejná. Teprve v roce 1725 průměrná délka života dosáhla 30 let a v 19. století se již pohybovala kolem 40 let. V roce 1940 byl průměrný věk 50 let a stále se dramaticky zvyšuje. Podíváme-li se na střední délku života (údaj, který označuje očekávanou nebo pravděpodobnou dobu života), očekává se na počátku 21. století doba života v České republice pro muže 74,2 let a pro ženy 80,3 let. Další prognózy na rok 2065 odhadují, že se střední délka u mužů bude pohybovat kolem 86,5 let a u žen dokonce 91 let. Je potřeba zdůraznit, že i když byla průměrná délka života po staletí velmi nízká, v každé historické etapě vývoje lidské společnosti žili staří lidé. (Haškovcová, 2010, s. 22-23)

Každá lidská společnost se se starými lidmi vyrovnávala svým způsobem. Příhoda se zmiňuje o primitivním slovanském kmeni, který donucoval staré lidi, aby se vrhali do moře, podobně Čukčukové v severní Sibiři ustanovili syna, přítele nebo souseda, aby probodl či oběsil starého muže, který se prokázal svou zbytečností. (Příhoda, 1974 cit. podle Haškovcová, 2010, s. 38) Mečnikov hovoří o jednom kmeni v Ohňové zemi, který zabíjel a jedl

staré lidi. (Frenkel, 1953, cit. podle Haškovcová, 2010, s. 38) Podobně Miroslav Huptych popsal svědectví F. Hellwalda z roku 1882, jak Batakové pojídali své rodiče i příbuzné. Rovněž Pešehárové v Jižní Americe donuceni hladem zabíjeli a jedli stařeny ze svého kmene ještě dříve, než začali zabíjet psy. Také osud zestárlé eskymácké ženy byl rovněž zpečetěn. Buď byla ukamenována, utopena v moři, rozkrájena, probodnuta, nebo dokonce pohřbena za živa. Staří muži v Nové Kaledonii na tom nebyli o moc lépe. Byli zabíjeni svými příbuznými, pokud tito dospěli k názoru, že již *slušně a dlouho žili a uzráli pro matku zemi*. (Huptych, 2009 cit. podle Haškovcová, 2010, s. 38).

Každá společnost se musela nějakým způsobem prakticky vypořádat s problémem nezaměstnaných, ubohých, chudých, nemocných a starých lidí. Každá společnost se snažila podle svých ekonomických možností víceméně uspokojit alespoň základní potřeby těchto lidí. Prezident Václav Klaus ve svém novoročním projevu v roce 2008 pronesl, že: *přes nemalou řadu osobních i společenských problémů, které kolem sebe každý z nás vidíme a cítíme, dnes asi žijeme v nejlepším období naší země, v jakém jsme kdy žili*. (Klaus, 2008 cit. podle Haškovcová, 2010, s. 39).

V současné době média přináší četné informace o tom, že celá naše i světová společnost stárne a je potřeba s tím „něco“ udělat. Celosvětově se zaznamenává stárnutí populace a to nejen ve vyspělých zemích. Jedním ze znaků stárnutí populace je nárůst procentuálního podílu staršího obyvatelstva na celkovou populaci. Současný demografický trend je charakterizován klesající porodností, zvyšováním střední délky života, snižováním úmrtnosti a nárůstem skupiny velmi starých lidí (nad 80 let). (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 15)

V České republice nyní žije cca 14% osob starších 65 let. Odhaduje se, že v roce 2030 se toto číslo zvýší na 23-25%. V roce 2050 se očekává nárůst až na 33%. *V absolutních číslech to znamená, že početní zastoupení seniorů v populaci bude stále narůstat, ze současných 1,42 miliónu na 2,1 – 2,5 resp. 3,07 milionu*. (Rabušic, 2004 cit. podle Haškovcová, 2010, s. 24).

Problém stárnutí populace a téma kvality života ve stáří se týká nás všech. Je nezbytné této problematice věnovat dostatečnou pozornost.

2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Kořeny individuálního plánování, které se zaměřuje na člověka, můžeme najít již v osmdesátých letech minulého století v Severní Americe. Odtud se později rozšířily do Velké Británie, kde se postupně formovaly jako principy normalizace (začlenění do běžného života) pro zlepšení kvality služeb pro lidi s mentálním postižením. To umožnilo měnit zažitá stereotypy společnosti v pohledu na lidi s vážným zdravotním postižením. (O'Brien a O'Brien, s.7 cit. podle Havrdová et al., 2010, s. 57)

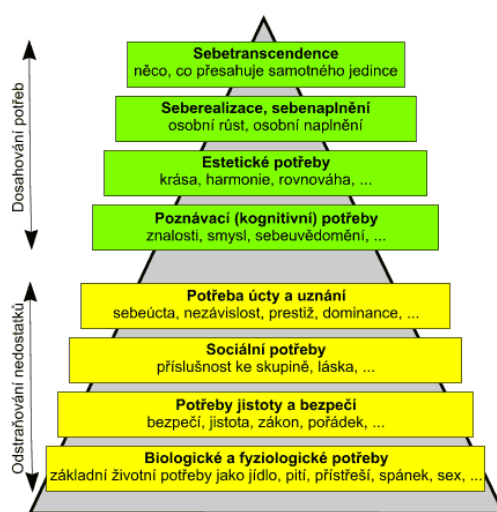
Bicková a Hrdinová (2011, s. 73) definují *individuální plánování jako proces*. Jde o činnost, která probíhá a má svůj vývoj: *někde začíná (při jednání se zájemcem o službu), určitým způsobem se děje, vyhodnocuje se a plynule pokračuje nebo začíná znovu. Proces má svou dynamiku – někdy je velmi živý, akční, jindy se na chvíli „nemůžeme hnout z místa.“ Jedná se o záměrný proces, jehož smyslem je poskytovat uživateli podporu v tom, co potřebuje. A důležité je vědět, že je dojednaný (účastníci vědí, co a jak se bude dít, k čemu směřují, kdo z nich má za co zodpovědnost.)* Bicková a Hrdinová (2011, s. 73).

Tento proces je kontinuální a strukturovaný. Dle Havrdové (Havrdová et al., 2010, s. 57) jde v individuálním plánování především o to, abychom porozuměli potřebám uživatelů. Pro rozpoznání těchto potřeb jsou nezbytné nejen dovednost aktivního naslouchání, ale také empatie, různé způsoby komunikace a dostatek času stráveného s klientem.

Bicková a Hrdinová (2011, s. 74) uvádějí, že hlavní podstatou individuálního plánování jako plánované služby je lidské setkání a dialog klíčového pracovníka a uživatele. V širším slova smyslu je individuální plánování chápáno v každodenním kontaktu s klientem, tedy v celém kontextu poskytování služby. V užším slova smyslu jde o plánování služby, ve kterém se dostávají do kontaktu klient a klíčový pracovník, za účelem vytvořit *individuální plán*. Tento dialog má za úkol naplňovat požadavky stanovené legislativou. Jde především o zjišťování potřeb a osobních cílů klientů, zdrojů pro naplnění jejich cílů a vyhodnocování průběhu služby. Klíčem a těžištěm k úspěšnému plánování služby je způsob jeho provedení. Závisí na použití adekvátních metod, které berou ohled na schopnosti a dovednosti uživatelů promýšlet a formulovat svoje potřeby a cíle a také nést zodpovědnost za stanovené kroky vedoucí k jejich naplnění.

V předešlých kapitolách 1.1.1, 1.1.2, 1.1.3 jsme si uvedli fyzické, psychické a sociální změny v životě seniorů, které způsobují, že se výrazně mění jejich potřeby. Potřeba je (Matoušek 2008, cit. podle Dvořáčková, 2012, s. 39) motiv k jednání. Pokud potřeby nejsou uspokojovány, dochází k deprivaci a strádání. Pokud člověk již nedokáže z jakýchkoliv příčin realizovat své potřeby, je úkolem rodiny anebo profesionální péče, aby mu pomohla s naplněním těchto potřeb. Sociální práce nejčastěji zajišťuje realizaci základních potřeb. (Urban, 2010 cit. podle Dvořáčková, 2012, s. 41)

Obr. 1 – Maslowova hierarchie potřeb



Zdroj: Hájek, © 2007

Mikšík (2003, s. 83) uvádí, že každá potřeba má dynamickou povahu. Vyznačuje se emočním doprovodem, silou a dobou trvání, jež vede k manifestnímu chování zaměřenému na její uspokojování. Potřeby se liší v jednotlivých věkových obdobích. U seniorů převládají a jsou zvýrazněny potřeby fyziologické. Z psychosociálních potřeb jsou to především potřeby bezpečí, jistoty, sounáležitosti a lásky. (Mlýnková, 2011, s. 48) Jedině klient ví, jak má jeho život vypadat. *Zjednodušeně lze říci, že klient je expertem na svůj vlastní život, pracovník je expertem na vedení rozhovoru.* (Hauke, 2014, s. 71).

V souvislosti s potřebami bychom si měli ujasnit, co rozumíme pod pojmem *péče a podpora*. V pečovatelských službách se poskytuje obojí a o těchto pojmech se vedou často diskuse. Uživateli má být poskytnuta podpora spíše než péče. *Péče* je chápána jako pasivní přijímání uživatelem jednotlivých dohodnutých úkonů, které pečovatelka za uživatele vykonává. Naproti tomu *podpora* je považována za aktivní prvek v zajišťování péče. Uživateli má být poskytnuta pouze nezbytně nutná podpora, tedy pomoc při zajišťování tako-

vých úkolů nebo jejich částí, které uživatel skutečně nezvládá. Jestliže pracovník nesprávně vyhodnotí míru nutné optimální podpory, dochází na jedné straně k „přepečovávání“, a na straně druhé k zanedbávání uživatele. (Hauke, 2011, s. 20-21) Klient je do značné míry bezmocný už jen tím, že něco potřebuje. Pracovník je mocný tím, že pomáhá, aby málo mocný klient byl o něco mocnější. Systematický přístup vychází z toho, že pokud děláme klientům něco, co si oni sami nevyžádali, pak to není pomáhání, ale jde o kontrolu. Jedním z problémů při pomáhání je splývání, kdy pracovník bere klientovi záležitosti příliš za svoje vlastní. (Kopřiva, 2013, s. 40, 46, 78)

V procesu individuálního plánování jde o nalezení cíle společné práce. Proces začíná u jednání se zájemcem o službu (standard č. 3). Poté následuje sepsání smlouvy o poskytování pečovatelské služby (standard č. 4) a pokračuje standardem č. 5 – samotným individuálním plánováním. Na jeho vrcholu stojí kvalitně vypracovaný individuální plán. Výsledkem je písemně zpracovaný individuální plán u každého uživatele. (Hauke, 2014, s. 16-17)

Individuální plán je záznam domluvy s klientem. Odpoví mi na otázku, proč vlastně službu potřebuje, k čemu má být a kdo z nás co udělá. Za týden, za dva, za měsíc vím, na co se mám klienta zeptat. Můžu zjistit, co se povedlo a co ne. Individuální plánování propojuje naši živou praxi s pamětí a s tím, co chceme sdělit kolegům. Bez tohoto sociální práci nejde dělat, protože když si podstatné věci nezaznamenám, tak si je nemám šanci zapamatovat. Natož předat kolegům! (Herzog, © 2011).

V následující podkapitole si přiblížíme legislativní rámec sociálních služeb a individuálního plánování.

2.1 Legislativní rámec individuálního plánování

Legislativní podklady pro systém individuálního plánování tvoří především zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon). Základní zásady při plánování služby jsou vymezeny v § 2 v zákoně a § 88, písmeno f). Dále pak vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, - Příloha č. 2 k vyhlášce 505/2006 Sb.: Obsah standardů kvality sociálních služeb v aktuálním znění. (Hrozenková, Dvořáčková, 2013, s. 8)

Příloha č. 2 k vyhlášce 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, vymezuje povinnosti poskytovatelům při plánování služby. Tyto povinnosti jsou obsahem standardu č. 5 *Individuální plánování průběhu sociální služby* a jeho kritéria: 5 a) Poskytovatel musí mít písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, jimiž se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; a podle těchto pravidel postupuje. 5 b) Průběh poskytování sociální služby plánuje společně s osobou s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby. 5 c) Poskytovatel průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány osobní cíle uživatele. 5 d) Pro každého uživatele má na realizaci výše uvedených postupů určeného zaměstnance. 5 e) Poskytovatel zajišťuje, aby byly získávány a předávány potřebné informace mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám. (MPSV, © 2009)

Zákon v § 3 stanovuje, že účelem poskytování sociálních služeb je především sociální začleňování. Tato zákonná povinnost tedy udává jednoznačně směr, kterým má individuální plánování směřovat a k čemu má sloužit. Sociální začleňování by se jednoznačně mělo odrážet v cílech individuálních plánů klientů. (Herzog, © 2011)

Nová právní úprava zákona se dotkla všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé sociální situaci. Nastolila nová pravidla, vytyčila nový směr všeobecně od institucionalizace k deinstitucionalizaci u mnoha osob s různým postižením. Tato deinstitucionalizace v pohledu seniorů a pobytových sociálních služeb znamená přechod k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí. (Malíková, 2011, s. 30) *Sociální služby tak migrují k uživatelům na rozdíl od doby, kdy se uživatelé stěhovali za sociálními službami.* (Vávrová, 2009, s. 12). Služby mohou poskytovat jen registrovaní poskytovatelé sociálních služeb, kteří na základě dodržení stanovených zákonných podmínek o způsobu garance kvality poskytovaných služeb obdrží registraci. Kvalita poskytovaných služeb je následně zajišťována stanovenými standardy kvality sociálních služeb. Standardy obsahují kritéria, která přesně určují povinnosti poskytovatelů při poskytování služby a povinnosti vůči klientům. Zákon přesně definuje pracovní pozice zaměstnanců a také kvalifikační a personální požadavky pro výkon profese. Zavádí povinnost celoživotního vzdělávání a účast na akreditovaných vzdělávacích akcích zaměstnanců. (Malíková, 2011, s. 33)

Zásadní změna (Čámský, 2011, s. 16) je v *přístupu ke klientovi*. Zákon opustil dosavadní paternalisticko-direktivní praxi. Došlo k vytvoření prostředí, kde se může rozvíjet vztah

mezi poskytovatelem a klientem založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, na úsilí o nevylučování klientů z přirozeného prostředí a na individuálním přístupu. Klient (Malíková, 2011, s. 33) není již jen pasivním příjemcem, ale je aktivním spolutvůrcem poskytované služby a partnerem pro pečující pracovníky. Spolupodílí se na vytvoření individuálního plánu, na jehož základě je mu služba následně poskytována. Sociální standardy a individuální plánování jsou velkou zárukou ochrany a dodržování práv klientů. *Cílem poskytovaných služeb* je podpora vlastních aktivit klienta, udržení jeho soběstačnosti co nejdéle, zajištění lidské důstojnosti, podpora sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny. Poskytované služby podporují klienta k tomu, aby mohl alespoň některé činnosti provádět sám a byl co nejméně závislý na pomoci jiné fyzické osoby.

K nejdůležitějším změnám, jež přinesl nový zákon (Prudká, 2015, s. 19), patřilo také zavedení tzv. *příspěvku na péči* (§ 7-30 zákona). Ten je určen osobám, které jsou z důvodu snížené soběstačnosti závislé na pomoci jiné osoby. Je odstupňován podle míry závislosti a dělí se na následující čtyři stupně (Malíková, 2011, s. 43): I. – lehká závislost, II. – středně těžká závislost, III. – těžká závislost, IV. – úplná závislost. Jde jen o příspěvek na péči, nikoliv o plnou saturaci nákladů na péči. (Čámský, 2011, s. 16) V současné době je připravována novelizace tohoto zákona a úprava výše příspěvku na péči je jednou z diskutovaných oblastí.

Tabulka č. 2 zobrazuje zdroje, které v roce 2011 participovaly na financování sociálních služeb, seřazené podle výše poskytovaného objemu.

Tab. 2 – Zdroje financování sociálních služeb v roce 2011

1. příspěvek na péči	43%
2. dotace ze státního rozpočtu	31%
3. úhrada klienta	23%
4. úhrada za ošetrovatelskou péči ze sektoru zdravotnictví	3%

Zdroj: Prudká, 2015, s. 27

Podle Hrozenkové a Dvořáčkové (2013, s. 67) je v současné době v České republice kladen důraz na poskytování takových služeb, které jsou zaměřeny na dodržování lidských práv osob při individuálním poskytování služeb. Zároveň respektují svobodnou vůli osob, zajišťují důstojný život a mimo jiné směřují k sociálnímu začlenění klientů. Dochází k uzavření

smlouvy o poskytování pomoci mezi poskytovatelem a uživatelem a tím jsou stanovena základní pravidla a povinnosti obou smluvních stran. Konkrétní sociální služba má vždy vycházet z potřeb jednotlivých klientů, z jejich individuálních plánů. V následující podkapitole si uvedeme jednotlivé zásady a cíle individuálního plánování.

2.2 Zásady a cíle individuálního plánování

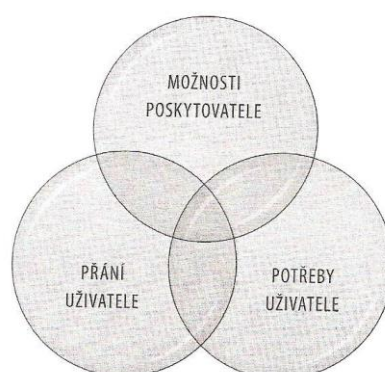
Jak jsme se již v předcházející kapitole zmínili, individuální plánování musí naplňovat standardy kvality. Souhrnně lze konstatovat, že cílem standardů a tedy i samotného individuálního plánování je zvýšit kvalitu poskytovaných služeb, zajistit ochranu práv a svobod uživatelů sociální služby, podporovat setrvání člověka nacházejícího se v nepříznivé situaci v jeho přirozeném prostředí, podporovat rovný přístup a plnohodnotný život uživatele a tím aplikovat politiku sociálního začlenění a podporovat přirozené zdroje uživatelů služeb, jejich nezávislosti a autonomie. (Bicková, Hrdinová, 2011, in Bicková et al., s. 56-57) Individuální plánování služeb je kontinuální proces, jak jsme se zmínili ve 2. kapitole, od jednání se zájemcem o službu (standard č. 3), sepsání Smlouvy o poskytování pečovatelské služby (standard č. 4) a tvorby a přehodnocení individuálního plánu (standard č. 5). Standard č. 5 bychom mohli nazvat *kuchařkou* pro klíčové pracovníky. Zde můžeme vyčíst, jakým způsobem se plánuje s uživateli tak, aby výsledkem byl smysluplný individuální plán. Je nutné vnímat individuální plánování jako *smysluplný proces*. Nejde pouze o akt vedoucí ke zpracování individuálního plánu, i když to tak v závěru může vypadat. (Hauke, 2011, s. 74)

Cíl uživatele, který je možné naplnit základními a fakultativními úkony poskytovatele a na kterém se dohodne uživatel spolu s poskytovatelem, nazýváme *osobní cíl*. Vzhledem k tomu, že není v silách poskytovatele naplnit všechny cíle uživatele, vybírají spolu takové cíle, na jejichž naplňování se dohodnou. Hovoříme o *cíli společné práce*. (Hauke, 2011, s. 94-95)

Jak jsme se již zmínili v úvodu této podkapitoly, samotnému individuálnímu plánování předchází jednání se zájemcem o službu a uzavření smlouvy o poskytované službě. Již zde by měl být zaznamenán a nazván prvotní cíl uživatele. Nejde zatím o osobní cíl uživatele, jedná se spíše o jeho představu a očekávání od služby. Klíčový pracovník a spolupracující tým zjišťují, jaké má uživatel potřeby a do jaké míry je organizace schopná pomoci mu s jejich naplněním. (Merhautová, Mrazíková, 2011, in Bicková et al., str. 99)

Pokud bychom chtěli graficky znázornit osobní cíl uživatele, pak bychom jej mohli znázornit jako průnik tří složek: přání uživatele, potřeb uživatele a možností poskytovatele. *Přání a potřeby uživatele musí odpovídat poslání organizace, cílovým skupinám a dalším vydefinovaným požadavkům, kterými se organizace vyznačuje. Dále musí naplňovat princip SMART. Proto se v procesu plánování hovoří o hledání cíle společné práce obou zúčastněných stran – ne každé přání uživatele bude organizace naplňovat.* (Hauke, 2011, s. 95).

Obr. 2 – Cíl společné práce



Zdroj: Hauke, 2011, s. 96

Pojem *SMART* (v anglickém překladu „chytrý“) je mnemotechnickou pomůckou, kterou používáme ke stanovení cílů uživatele. Jde o souhrn pravidel. Tato pravidla určují, jak mají být cíle vyjádřeny, abychom je mohli v závěru vyhodnotit, zda jich bylo dosaženo, či nikoliv. *Aby byl cíl cílem, musí tedy naplňovat termín SMART:*

- *Specifický (nelze cíl paušalizovat, nelze psát všem uživatelům stejné cíle, musí skutečně vycházet z potřeb, přání a hodnot uživatele).*
- *Měřitelný – musí být stanovena kritéria, na základě kterých poznáme, že cíl je naplňován.*
- *Akceptovatelný – přijatelný, nemůže být v rozporu např. s etickými, právními normami.*
- *Reálný – musí být splnitelný pomocí sociální služby s ohledem na věk a možnosti uživatele.*
- *Termínovaný – musí být stanoveno, kdy má být cíl naplněn, nebo kdy má dojít k hodnocení toho, jak je cíl naplňován* (Hauke, 2011, s. 97).

Herzog (© 2011) tento pojem rozšiřuje na *SMARTERS*, kde písmeno E vysvětluje jako Energizing – energizující, Excitable – fascinující, Enjoyable – zábavný, Engaging – strhující. Důraz pokládá právě na tuto charakteristiku cílů. Pokud je cíl dostatečnou motivací pro klienta i pracovníka, je to základ úspěchu.

Časté nedostatky, se kterými se při aplikování této metody v praxi setkáváme, popisuje Chloupková (2012, s. 23). Hovoří o tom, že někteří pracovníci nejsou schopni s klientem naformulovat cíle dle metody. Je to pro ně příliš náročné. Tím dochází k tomu, že cíle jsou stanoveny jen proto, že stanoveny být musí, tedy pouze z nutnosti a jsou tudíž formální. Další častý nedostatek je stanovení jednoho nebo několika málo cílů, které nevystihují celý průběh sociální služby a nerespektují klienta jako celistvou bytost.

2.2.1 Změny v organizaci doprovázející proces individuálního plánování

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách přinesl s sebou změny v pohledu na uživatele služby a na jeho podporu v jeho soběstačnosti. Služba je poskytována na principu dobrovolnosti, na základě smluvního vztahu a vychází z individuálních potřeb uživatele. V praxi to znamená, že v pobytových sociálních službách se odstupuje od plošného pečování. Lze konstatovat, že organizace se v tomto pojetí staly tzv. „učícími se“ organizacemi. (Havrdová, 2008 in Bicková et al., s. 96-97)

Merhautová a Mrazíková (2011, in Bicková et al., s. 97-98) uvádějí, že jedna velká vnější změna postupem času přinesla mnoho změn uvnitř každé organizace. Na procesech změn se začali podílet vedoucí úseků (střední management) i ostatní pracovníci. Důraz je kladen na osobní odpovědnost a její rozdělení. Často stojí proti změně zvyk, nechuť nebo odpor či nevědomost. Velmi záleží na tom, ve které fázi změny se management i ostatní pracovníci nacházejí. V tabulce č. 3 je zobrazeno 6 vývojových fází přijímání změn pracovníky.

Tab. 3 – Fáze přijímání změn pracovníky

1. fáze – nevědomá potřeba změny	Pracovníci si neuvědomují potřebu změny a reagují na ni s odporem, nechutí, rezignací či popíráním. Někdy se pokouší o vlastní výklad zákona.
2. fáze – střet s realitou	Pracovníkům se opakovaně dostávají jednotné informace o požadavcích legislativy od vlastní organizace či odborníků.

3. fáze – hledání a prostor pro otázky	Pracovníci si začínají klást otázky, jak mají navíc ke své práci ještě individuálně plánovat, jak skloubit roli klíčového pracovníka s pracovní pozicí pracovníka v přímé obslužné péči. Důležitá je v této fázi podpora manažerů.
4. fáze – chuť dělat to jinak	Chybí nástroje (pomocníci pro pracovníky a manažery), metodiky a jednotné postupy.
5. fáze – potřeba vzdělání	Patří sem tréninky klíčových pracovníků, alternativní způsob komunikace, trénink profesionálního rozhovoru, práce s emocemi a další.
6. fáze – podpora a možnost zpětné vazby	Je to moment, kdy pracovníci vidí výsledky svého úsilí a změn.

Zdroj: Merhautová a Mrazíková 2011, in Bicková et al., s. 97-98

Úspěch nebo neúspěch individuálního plánování ovlivňuje správně fungující činnost celého pracovního týmu v zařízení, především v oblasti komunikace – předávání a výměna informací, postřehů a výsledků pozorování, výměna zkušeností a vzájemné konzultace mezi členy týmu. Toto je zakotveno v 5. standardu. Je zde zdůrazněno, že se jedná o zcela nový způsob komunikace a spolupráce všech pracovníků, kteří se podílejí na zajištění péče klienta a poskytování sociální služby. Funkční týmovou spoluprací bychom mohli nazvat jako *činnost multidisciplinárního týmu*. (Malíková, 2011, s. 160)

Bicková a Hrdinová (2011, in Bicková et al., s. 76-77) hovoří o nejčastějších obtížích individuálního plánování:

- Ředitel nebo vedoucí služby zcela deleguje zodpovědnost za individuální plánování na jiné osoby a sám nerozumí smyslu individuálního plánování.
- Existence více způsobů individuálního plánování služby v organizaci. Je nutno se dohodnout na společných hodnotách, cílech a postupech a vytvořit vlastní metodu.
- Každý nový pohled vede ke změně systému individuálního plánování.
- Management odmítá individuální plánování jako zbytečné nebo jako formalitu. Ani pracovníci je tedy nevidí jako důležité.
- Přebujelá administrativa.
- Touha po dokonalosti. Poskytovatelé mají potřebu mít vše dokonale nastaveno.

- Převaha zdravotnického pohledu u vedoucích úseků.
- Individuální plány jsou vytvářeny pracovníky bez klientů.
- Není vypracován systém týmového sdílení. Chybí komunikace mezi pracovníky a managementem.
- Nedůvěra a špatné vztahy v týmu.
- Individuální plánování garantuje jiná osoba než přirozený vedoucí úseku (např. metodik, sociální pracovník) a vedoucí úseku „nemá zodpovědnost“.
- Metodiky vytváří někdo „shora“. Standard vyžaduje bezpodmínečné zapojení se celého týmu na tvorbě metodiky.
- Chybí supervize pro pracovníky či podpora jiného nezávislého odborníka.

Nové změny jsou často náročné, těžko je pracovníci i uživatelé přijímají a mnohdy se objevuje otázka: *Proč se máme měnit? Vždyť dosud to tak fungovalo dobře a nikomu to nevadilo...* (Bicková, Hrdinová, 2011 in Bicková et al., s. 77).

Personální zajištění v pobytových zařízeních u nás je v poměru 1:1,6 v počtu pracovníků na uživatele. Do tohoto zajištění jsou započítáni všichni pracovníci v zařízení včetně těch, kteří se na poskytování přímé péče nepodílejí. Tedy i administrativní pracovníci, pracovníci údržby, úklidu a další. Na jednoho pracovníka v přímé péči tak připadá pečovat o přibližně 3 až 15 klientů. Tento počet je velmi vysoký ve srovnání s jinými zeměmi. To pracovníkům v přímé péči neumožňuje dostatečně kvalitně vykonávat svou práci a vede je to především k demotivaci, syndromu vyhoření a následně k fluktuaci. (Malíková, 2011, s. 33)

Plánování přispívá k účinnosti a zefektivnění poskytované služby. Jde o hledání a nastavování hranic mezi: pracovníky a uživateli; pracovníky a rodinnými příslušníky; pracovníky a managementem; pracovníky navzájem; organizací a veřejností. Pokud je individuální plánování funkčně nastaveno, má pro organizaci nezpochybnitelný přínos. Ten Bicková a Hrdinová (2011 in Bicková et al., s. 89-90) spatřují především v prevenci plošného poskytování jednotlivých činností, zvýšení účinnosti služby, vytvoření systému pravidel, směrnic a metodik v organizaci, jež jsou nástrojem kontroly. Dále v angažovanosti jednotlivých uživatelů, zajištění bezpečí uživatelů i pracovníků díky vytvoření plánu, motivaci zaměstnanců a pocitu uspokojení z odvedené práce při vyhodnocování výsledků plánů,

posilování týmové práce a osobní zodpovědnosti, aktivizaci uživatelů a snižování jejich závislosti na službě a jejich maximální zapojení do běžného života. Hauke (2011, s. 18) spatřuje přínos především v zajištění většího bezpečí pro poskytovatele, protože ví, na čem se s uživatelem domluvil. Poskytovatel má obranu proti jeho požadavkům, které nejsou zahrnuty v plánu. Dalším přínosem je jednotný přístup zaměstnanců k uživatelům v souladu s individuálním plánem. Na základě zjišťovaných potřeb, přání uživatelů a jejich cílů dochází ke zvyšování kvality služby a změně nabídek poskytovaných služeb.

Následující podkapitola pojednává o základních modelech individuálního plánování.

2.3 Základní modely individuálního plánování

Individuální plánování služby je jednoduše řečeno proces „kontraktování“. Jde o dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude konkrétnímu uživateli poskytována podpora a péče. Tento proces obsahuje dva důležité prvky. Prvním z nich je „plán“ - uvědomělý postup a druhým je „dojednávání“ – partnerské zapojení uživatele sociální služby do procesu jejího plánování. Doposud zatím nebyla provedena studie, která by modely plánování pojmenovala a srovnala. Jednotlivé modely se od sebe liší základními přístupy k uživateli a v dalších hlediscích, jako je např. důraz na hodnocení průběhu služby, důraz na individuálně určené cíle, důraz na vztahy, důraz na amnestické údaje, důraz na specializaci výkonu plánujícího pracovníka, důraz na formální stránku a administrativu a důraz na sdílení. V praxi poskytování služeb se vykrytalizovaly čtyři základní modely plánování služby s uživatelem. Uvedeme si zde jednotlivé modely podle Haicla a Haiclové (2011, in Bicková et al., s. 26-34).

2.3.1 Model zaměřený na dosahování cílů

Jde o nejstarší uváděný model v souvislosti se standardy kvality sociálních služeb a plánování služby. Hlavním jádrem tohoto modelu je *vycházet z cílů*, které si uživatel stanovil. Cíl je zde chápán především jako změna, která by u uživatele sociální služby měla v souvislosti s poskytováním služby nastat. Kromě cíle pracovník také s uživatelem služby naplánuje konkrétní kroky, kterými by bylo možné k definovanému cíli dospět. Pracovník vystupuje v roli poradce. V tomto modelu jsou nejčastějšími pojmy *dlouhodobý cíl*, *krátkodobý cíl* a *kroky k dosažení cíle*. Teoretické kořeny této metody jsou v kognitivně behaviorálním přístupu. Vychází se zde ze znalosti procesů učení, poznávání a myšlení. Záznam

plánů bývá poměrně přesný, podrobný a konkrétní, ale na druhé straně administrativně velmi náročný. Výsledkem tohoto plánování služby je stanovení dlouhodobého cíle, ke kterému uživatel směřuje. Jsou stanoveny dílčí kroky, kterými se uživatel přibližuje cíli. Výhodou tohoto přístupu podle Haicla a Haiclové (2011, in Bicková et al., s. 26-28) je kontakt s uživatelem, jeho motivace a aktivace. Tento přístup nabízí plán poskytované podpory, který je strukturovaný, logický, přehledný a většinou dobře měřitelný a vyhodnotitelný. Pracovník spolu s uživatelem mohou výborně vyhodnocovat, zda došlo k naplnění dojednaných kroků (dílčích cílů), případně mohou analyzovat okolnosti, které vedly k selhání.

Nevýhodou modelu zaměřeného na dosahování cílů je, že selhává u nemotivovaných uživatelů a u uživatelů, jejichž uvědomování je nižší. Praxe přináší poznatky, že vyžadovat po uživatelích uvědomění si, čeho by chtěli prostřednictvím sociální služby dosáhnout, je pro některé uživatele velmi náročným požadavkem. To může být pro některé osoby v případě zdravotního stavu (např. osoba s těžkým mentálním postižením či onemocněním s demencí), pro jiné z důvodu nízké motivace (např. osoby bez přístřeší, drogově závislí, jež nemají motivaci ke změně své situace). Pro další osoby může být otázka příliš osobní a přesahující hranici privátních témat, které můžeme zaznamenat v domově pro seniory nebo u pečovatelských služeb.

Rizika této metody spatřujeme zejména tehdy, pokud ji používá personál, který nemá komunikační dovednosti a dobrou sociální citlivost. Formální uplatňování této metody vnáší mezi pracovníka a uživatele značný odstup. V praxi také pozorujeme, že přístup zcela selhává na odporu ze strany uživatelů. Druhým rizikem je dogmatizace plánu a přehlížení aktuálního „teď a tady“, tedy přirozené změny situace uživatele. Jde o riziko, pokud pracovník s uživatelem věnují velké úsilí vytvoření plánů s mnoha konkrétními dílčími kroky. V praxi lze často pozorovat situaci, v níž si ani pracovník ani uživatel neví rady se stanovením cíle a dochází k uzavření koalice. Domluví se spolu na formálním cíli, „aby se vlk nažral a koza zůstala celá“ a tento cíl plní pouze formálně. Oba z toho profitují. Uživatel, že není ohrožován ve svém bezpečí, pracovník profituje, že byl zaznamenán „nějaký“ cíl a dosažení tohoto cíle nepřináší žádné velké potíže. Skutečností je, že občan, uživatel sociální služby, není povinen mít cíl. Má nárok, aby mu služba byla poskytnuta bez ohledu na to, zda a jaký má stanovený cíl. Pouze zákon může určovat občanům povinnost, což tato metoda více či méně jasně přehlíží. Herzog a Herzogová (© 2015) konstatují, že *kombinace úkolového pojetí s pracovníky, kteří jsou vůči individuálnímu plánování v odporu, vytvá-*

ří smrtící koktejl pro individuální plánování. Na jedné straně hrozí, že vzniknou zcela formální samoučelné plány, na druhé hrozí direktivní přístup od personálu ke klientovi, což je blízké nevýhodám expertního pojetí.

Čermáková a Johnová (in Herzog © 2015) uvádějí, že má-li být dosaženo osobního cíle, musí poskytovatel i uživatel především vědět, čeho konkrétně chtějí dosáhnout v dlouhodobém i krátkodobém horizontu. Jaké zdroje k tomu mohou využít, kdo se bude na realizaci podílet. Jakými postupy a kdy dosáhnou cíle a jak poznají, že je cíle již dosaženo.

2.3.2 Model zaměřený na dialog a uživatele služby

Herzog a Herzogová (© 2015) označují tento způsob plánování jako *plánování zaměřené na člověka (person – centered planning)*, jež je výrazným konceptem, který se v ČR vyučuje. Vychází z tradic humanistické psychologie a psychoterapie. Někteří autoři hovoří o *individualizovaném plánování*, jiní jej označují jako *plánování budoucnosti*. Haicl a Haiclová (2011, in Bicková et al., s. 28) tento model nazývají *modelem zaměřeným na dialog a uživatele služby*.

Model vznikl jako praktická reakce na skutečnost, že předešlý model zaměřený na dosahování cíle je pro mnohé uživatele nepoužitelný. Základní zásadou modelu zaměřeného na člověka je co nejvíce ho respektovat při řešení situace a nabídnout uživateli při procesu plánování služby větší bezpečí. Namísto dialogu o osobních cílech je preferován *dialog o potřebách uživatele*. Pracovník plánující službu s uživatelem mu nabízí adekvátní podporu, provází ho při formování jeho potřeb, motivuje ho ke stanovení osobního cíle a aktivizuje jeho zdroje. Opouští se od pozornosti směřované k dlouhodobým horizontům. Podpora je sjednávána v konkrétních oblastech, které si uživatel aktuálně stanoví sám a které vyplývají ze situace „ted’ a tady“. (Haicl, Haiclová, 2011, in Bicková et al., s. 28-29) Dříve než pracovník uživateli cokoliv nabídne, nejprve důkladně prozkoumá, co uživatel skutečně potřebuje. Uživatel je v maximální možné míře odpovědný za to, za co odpovědný být může. V této odpovědnosti je potom nadále podporován. (Herzog, Herzogová, © 2015)

Dvořáčková (2012, s. 95) rovněž uvádí, že klíčový pracovník se snaží uživatele především podpořit. Jde mu o to, aby uživatel některé z formulovaných potřeb věnoval pozornost

a učinil z ní svůj osobní cíl. Teoretickými východisky modelu zaměřeného na dialog jsou humanistické perspektivy, Gestalt psychologie a Rogersovský přístup zaměřený na člověka. Nedirektivní přístup a partnerství jsou nespornou výhodou tohoto modelu. Nevýhodou může být skutečnost, že model nevyvíjí příliš velký tlak na změnu uživatele. Platí zde Gestaltovský princip: „Netlač řeku, teče sama.“ Někdy je uplatnění tohoto modelu (Haicl, Haiclová, 2011, in Bicková et al., s. 33) z manažerského hlediska přijímáno obtížněji. A to především z důvodu, že písemné výstupy nebývají tak plánovité a jednoznačně uchopitelné jako u přístupu zaměřeného na dosahování cílů. Jedním z rizik také může být, pokud pracovník plánující s uživatelem službu rezignuje na zásady poskytování služby a nenabízí uživateli dostatečné podněty či výzvy k řešení nepříznivé situace. Principy tohoto plánování lze využít při jakékoliv případové studii.

2.3.3 Model vycházející ze schémat počítačové podpory

Jedná se poměrně o nenáročný systém pro pracovníky. Model vychází z *definovaných schémat počítačové podpory*, které do sociálních služeb přinášejí softwarové firmy. Kořeny tohoto systému nacházíme v modelech plánování ošetrovatelské péče. Pracovník plánující službu zadá do počítačového programu okruh potíží a sám počítač mu nabízí předem nadefinované možnosti konkrétní podpory. Tyto možnosti poté pracovník probere spolu s uživatelem a dojedná aplikaci této podpory. (Haicl, Haiclová, 2011, in Bicková et al., s. 30) Počítač vygeneruje formulář pro zaznamenání individuálního plánu. Počítač sám podá zprávu (na základě vedením nastavených parametrů), že konkrétní klient ještě nemá plán, nebo že se blíží revize určitého plánu. (Hezrog, Herzogová, © 2015) V sociálních službách se setkáváme například s počítačovými programy Azylák pro azylové domy, IS Cygnus, eQip a PREUS pro velké pobytové služby a např. IS NZDM, PEPA v prostředí nízkoprahových služeb. (Kocman, 2012 cit. podle Hezrog, Herzogová, © 2015) Uvedené evidenční programy bezesporu usnadňují pracovníkům jejich práci a umožňují tak naplnit myšlenku individualizace péče. Máme jistotu, že na žádného klienta nezapomeneme, protože nás na něj upozorní informační okno, které vyskakuje na monitoru. (Hezrog, Herzogová, © 2015) Výhodou systému je snadná kontrolovatelnost, měřitelnost, přehledná nabídka evidence, statistiky a kontroly jednotlivých úkonů. Mezi největší nevýhody patří odcizení mezi pracovníkem a uživatelem, protože pracovník věnuje větší pozornost počítači. Počítač, který je jejich dialogu přítomný, jako by vytvářel neviditelnou bariéru, dokonce „třetí stranu“ roz-

hovorů. To může být důvodem, že se nevytvoří dostatečná atmosféra kontaktu a bezpečí. Je zde malý prostor pro osobní kontakt pracovníka s klientem. Může dojít k tomu, že uživatel potlačí a nesdílí své skutečné individuální určené potřeby. Za největší riziko můžeme označit povrchnost a formálnost, neboť může potlačovat tvůrčí proces, kontakt a dialog. Pracovníci nejdříve vnímají počítačový program jako velkou pomoc. Nemusí nést tak velkou zodpovědnost, ale později si mnohdy stěžují na administrativu, která je odvádí od přímé práce s uživatelem. (Haicl, Haiclová, 2011, in Bicková et al., s. 33)

2.3.4 Model expertní

Kořeny tohoto modelu najdeme v medicínském pojetí sociální práce. Expertní model se po dlouhá léta uplatňoval i v sociální práci (teorii i praxi). Mnozí poskytovatelé sociální služby dodnes stále hovoří o tom, že jdou na „sociální šetření“ místo na „jednání se zájemcem o službu“. Pro expertní model je typickým znakem udržování *odstupu pracovníka od uživatele a uchování expertní pozice*. Expertní pozice je spojená s „mocí“ nad uživatelem. Charakteristickými postupy pro uvedený model je získávání anamnéz, především osobních a sociálních a akceptování práce s dokumentací uživatele. Zatímco tradiční expertní model vytváří podmínky pro uvědomění pracovníka, expertní model přináší odborný náhled, systém a řád. (Haicl, Haiclová, 2011, in Bicková et al., s. 30-33) Pracovník je zároveň v pozici odborníka na problematiku se kterou klient přichází. Má kompetence navrhnout řešení, kudy jít dál. Projevená přání klienta a jím formulované cíle poměruje expert „kritickým okem“. Díky tomuto se přístup může střetávat s modely vycházejícími z humanistických terapií a z přístupu velké akcentace ochrany práv uživatele. (Hezrog, Herzogová, © 2015)

V tomto modelu je nevýhodou expertní odstup pracovníka a získávání mnoha citlivých a osobních informací. Uživatel může zažívat absenci partnerství, může se domnívat, že pracovník má nad ním převahu a moc a „ví věci lépe“. (Haicl, Haiclová, 2011, in Bicková et al., s. 30-33)

Pro rozvoj teorie a praxe je velmi vhodné, pokud se bude paralelně rozvíjet více modelů. Je otázkou svobodné vůle poskytovatele, jeho odbornosti a odpovědnosti, pro jaký model se rozhodne. Každý z výše uvedených modelů má svůj smysl a potenciál. Je potřeba však zmínit jeden limit, aby se někteří poskytovatelé nesnažili integrovat ze všech postupů „to nejlepší“. Paradoxně se stává, že pokud poskytovatelé sociálních služeb propadnou touze zahrnout vše a zalíbit se všem, jsou odsouzeny k nestravitelnosti.

3 KLÍČOVÝ PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A PROCES INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

V zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. ani v katalogu prací termín *klíčový pracovník* nenajdeme. Jde však o zažitý termín používaný v sociálních službách. Slovo *klíčový* označuje ústřední roli pro daný úkol, důležitost a nepostradatelnost. Klíčový pracovník je klíčovým ke „svému“ uživateli, nikoliv k zaměstnavateli. (Horecký, 2011, in Bicková et al., s. 107)

Ve standardech kvality je ustanoveno, že poskytovatel má pro plánování průběhu sociální služby, naplňování a hodnocení osobních cílů pro každého uživatele služeb určeného zaměstnance. Jde o pracovníka, který je odpovědný za plánování a průběh služby pro jednotlivce. Všimá si jeho potřeb, zájmů, hodnot a cílů jednotlivých uživatelů služby. Tento pracovník bývá označován jako tzv. **klíčový pracovník**. *V praxi se setkáváme s dvojím pojetím klíčových pracovníků. Pokud je v popředí vztah pracovníka s uživatelem, jde spíše o důvěrníka. V případě zdůraznění odborné způsobilosti se jedná spíše o case managera. Je důležité si uvědomit, jaký význam má pro člověka jeho klíčový pracovník: ten, za kterým mohu kdykoli jít, rozumí mi, umí pro mě zprostředkovat pomoc apod.* (MPSV, 2008, str. 85).

Klíčový pracovník není pouze odpovědný za koordinaci a plánování průběhu služby pro konkrétního uživatele. Je zároveň člověkem, na kterého se může uživatel kdykoliv obrátit se svými osobními záležitostmi, pocity a problémy. (Pierson a Thomas, 2010, s. 285)

Malíková (2011, s. 161-162) uvádí, že roli klíčového pracovníka nejčastěji zastávají zaměstnanci v pracovní pozici pracovník v sociálních službách, pracovník pro volnočasové aktivity, terapeut a někdy i ošetřovatel(ka). Pokud je v zařízení nedostatek pracovníků, může roli klíčového pracovníka vykonávat i všeobecná sestra. Sestra je ale jinou odbornou pracovnící a tato role jí nepřísluší.

Vítová (2011, in Bicková et al., s. 115-116) vidí v roli klíčového pracovníka především *pracovníka v přímé péči*, který je s uživatelem v denním kontaktu. Dále uvádí, že tuto pozici také mohou vykonávat sociální pracovníci, vychovatelé a další pracovníci pracující v přímé péči podle druhu sociální služby. Vybraní pracovníci musí být vybaveni schopnostmi a dovednostmi pro individuální plánování služby. Také musí být pro tuto činnost dále vzdělávání. Do role klíčového pracovníka by v žádném případě neměli být dosazováni

administrativní pracovníci, pracovníci kuchyně, prádelny, či správy budovy. Klíčový pracovník je tedy zaměstnanec poskytovatele, kterého vybral zaměstnavatel a má tuto činnost v náplni práce. Pro tuto činnost je odborně vyškolen a je dále vzděláván a podporován. Klíčový pracovník vykonává v organizaci funkci zástupce či velvyslance poskytovatele pro vyjednávání s uživateli o rozsahu a podobě individuálně poskytované sociální služby. Pro uživatele služby se klíčový pracovník stává nejen partnerem pro naplňování a průběh služby, ale také důvěrníkem a někým, s kým se cítí bezpečně. Fungování partnerské dvojice klíčový pracovník – uživatel může být pozitivně i negativně ovlivňováno mnoha faktory. Dojde-li k situaci, že dvojice spolu není schopná komunikovat, pak je nejlépe volit změnu klíčového pracovníka. Na tuto změnu mají právo pracovníci i uživatelé.

3.1 Kompetence klíčového pracovníka

Podle Havrdové by měl být klíčový pracovník tím, kdo má vlastnosti pomáhajícího profesionála. *Jde o soubor osobnostních dispozic, postojů, znalostí a dovedností, jejichž základem je respektující, neutlačující vztah.* (Havrdová et al., 2010, s. 58).

Vítová (2011, in Bicková et al., s. 117) uvádí, že předpokladem pro výkon činnosti klíčového pracovníka jsou jeho *kompetence*, které jsou tvořeny jeho znalostmi, schopnostmi, dovednostmi a postoji. Tyto kompetence se tvoří a posilují v průběhu vzdělávání klíčového pracovníka, jeho výcvikem, získáváním praxe v individuálním plánování, dalším vzděláváním a pomocí dlouhodobé intervize a supervize. Důležité jsou také kompetence v oblasti *etické*. Je nutné zachovávat mlčenlivost a dodržovat etický kodex sociálních pracovníků, či etický kodex daného poskytovatele sociálních služeb. Na klíčového pracovníka nejsou požadavky, co se týká určitého vzdělání. Samozřejmě zaměstnanci např. v oborech sociální práce, sociální pedagogika nebo speciální pedagogika mají k rozvíjení kompetencí klíčových pracovníků lepší teoretické základy.

Kompetence klíčového pracovníka (Hauke, 2011, s. 76) tvoří především znalosti, dovednosti, návyky a předpoklady (morální a charakterové), získané příslušným vzděláním, zkušenostmi a vyzrálostí vlastní osoby. Podmínkou je minimální střední vzdělání s výučním listem a kvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách.

Tab. 4 – Předpoklady a kompetence klíčového pracovníka

Co má klíčový pracovník znát :	Co má klíčový pracovník umět :
---------------------------------------	---------------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> ➤ poslání poskytovatele ➤ hranice, cíle služby ➤ principy plánování služby ➤ lidské potřeby ➤ způsoby zjišťování potřeb a osobních cílů ➤ metody, postupy a proces plánování služby ➤ cílovou skupinu a její specifika ➤ práva uživatelů ➤ povinnosti poskytovatele ➤ rozdíl mezi podporou a péčí ➤ filozofii kvality sociálních služeb 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ vést nedirektivní rozhovor ➤ naslouchat, přizpůsobit komunikaci ➤ vnímat uživatele ➤ porozumět situaci uživatele ➤ identifikovat potřeby uživatele ➤ být empatický ➤ týmově spolupracovat ➤ respektovat hranice ➤ zvládat rizikové situace ➤ zapisovat, sebereflektovat, organizovat ➤ odmítat neoprávněné požadavky ➤ unést nepříznivou situaci uživatele ➤ unést konfrontaci s představou o dokonalosti
---	---

Zdroj: Vítová, 2011, in Bicková et. al., 2011, s. 117-118

3.2 Práva a povinnosti klíčového pracovníka a jeho role

Hlavním cílem klíčového pracovníka je *podpořit uživatele* v jeho světě a v tom *mu pomoci žít*. Nejde o vnucování světa druhých, cizích myšlenek a názorů. Klíčového pracovníka bychom mohli označit jako průvodce uživatele na jeho cestě. Na základě pravidel stanovených poskytovatelem služby klíčový pracovník tvoří a přehodnocuje individuální plán spolu s uživatelem a s dalšími zúčastněnými osobami. Má za úkol koordinovat a řídit plánování u přiděleného uživatele a vést rozhovor spolu s ostatními osobami zapojenými do procesu plánování. Zodpovídá rovněž za správnost skutečných údajů v plánování služby. Klíčový pracovník informuje ostatní zaměstnance podílející se na individuálním plánování s uživatelem o individuálním plánu a s celým procesem plánování. Má rovněž právo vyžádat si konzultaci s pracovníkem, který je zodpovědný za tvorbu metodiky vedení klíčových pracovníků a také mít dostatek času na činnosti vyplývající z kompetencí klíčového pracovníka. Klíčový pracovník uživateli poskytne rady převážně tehdy, pokud o ně uživatel požádá. Své rady nevnučuje jako jediný správný způsob. Ponechává uživateli jeho svobodnou vůli se rozhodnout. Nabízí uživateli možnosti, jak může řešit určité situace. V žádném případě neříká, co má dělat a jak to má dělat (výjimku tvoří situace, kdy je míra rizika spojená s rozhodnutím uživatele příliš vysoká). Klíčový pracovník spolupracuje s ostatními členy plánování – lékař, rodina, sousedé. Vždy ale platí, že konečné rozhodnutí, jak bude

péče a podpora vypadat, je na samotném uživateli, pokud riziko rozhodnutí uživatele neohrožuje jeho zdraví či život. (Hauke, 2011, s. 78)

Klíčový pracovník podle Vítové (2011, in Bicková et al., s. 119-120) nejčastěji zastává následující role:

Poradce – konzultant řešení. Klíčový pracovník je konzultantem pro realizační tým a zároveň pro samotné uživatele. Zná hranice služby a je nositelem řešení a dokáže posoudit, zda poskytovaná služba může zajistit uživatelům potřebnou podporu v dojednaném rozsahu.

Zprostředkovatel informací. Klíčový pracovník je pro realizační tým nezastupitelným zdrojem informací o potřebách a osobních cílech uživatele. Přenáší informace oběma směry, mezi uživatelem a realizačním týmem.

Pomocník při vyhledávání potřeb a osobních cílů uživatelů. Díky svým schopnostem je klíčový pracovník schopen identifikovat potřeby uživatelů, kteří nejsou schopni sdělit své potřeby.

Terapeut. Jde o vedení nedirektivních individuálních rozhovorů, kdy uživatelé často sdělují i dlouho nesdělené a tím si uleví. Klíčový pracovník uživateli naslouchá, což má samo o sobě terapeutický účinek. Důležitá je také podpora uživatele v zapojení jeho vnitřních zdrojů, tedy toho, co ještě zvládne udělat sám, aby došlo k naplnění jeho osobního cíle.

Obhájce. V této roli klíčový pracovník obhajuje v realizačním týmu dojednanou podporu s jednotlivými uživateli, její rozsah a způsob realizace. Realizační tým může být přesvědčen, že dojednaná podpora je neadekvátní. Zde záleží na schopnostech klíčového pracovníka, aby ji obhájil. Někdy je zase naopak obhájcem realizačního týmu u uživatele, který není spokojen s poskytovanou službou. Musí být zdravě loajální ke spolupracovníkům.

Realizační pracovník. Jde o dvojroli: klíčového pracovníka, který je současně i členem realizačního týmu. Tato dvojrole bývá poměrně častá. Může tak uskutečňovat podporu, kterou dojednal sám a zároveň podporu dojednanou jinými klíčovými pracovníky.

Někdy se mohou vyskytnout profesní pochybení. Je důležité se vyvarovat především: manipulace, nepřijetí uživatele, devalvace potřeb uživatele, poučování a moralizování, nerespektování soukromí, „nálepkování“, obcházení, infantilizace, mocenské pozice, zachraňování, vytváření vztahu závislosti a dalších. Tím se zvýší kompetence klíčových pracovníků.

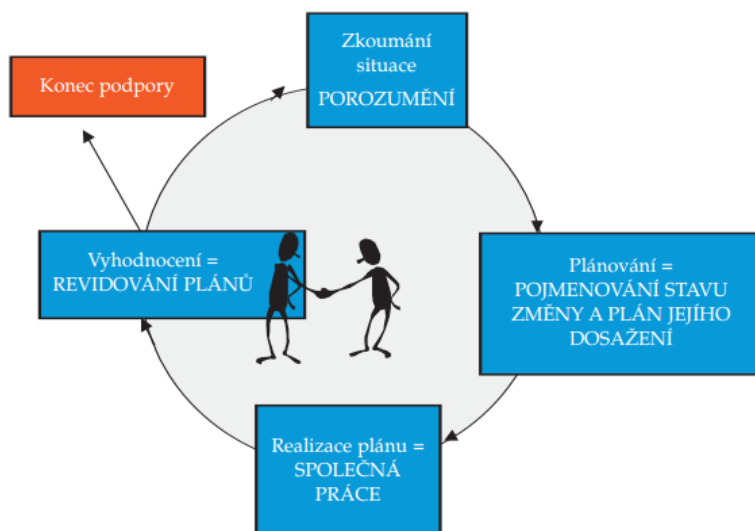
Klíčový pracovník rozhodně nevystupuje v týmu v roli „šéfa“. Tým neřídí, ale koordinuje a podporuje klima týmové spolupráce. Nevystupuje ani v roli „hodnotitele osobních cílů“. Jeho úkolem je uživateli pomáhat při formulaci potřeb a cílů a dojednat následnou podporu. K tomu používá různé metody, které mu pomáhají a na které se zaměříme v následující podkapitole.

3.3 Proces individuálního plánování a metody práce klíčového pracovníka

V předcházejících kapitolách jsme se seznámili s pojmem klíčový pracovník, jeho kompetencemi, právy a povinnostmi. Nyní si nastíníme průběh samotného procesu individuálního plánování a metody práce klíčového pracovníka.

V individuálním plánování jde o proces, který má své jednotlivé důležité momenty a zastávky významné jak pro pracovníka, tak i pro uživatele. Probíhá podle stejných pravidel, jako plánování čehokoliv jiného a skládá se z následujících částí: *zkoumání situace*, *tvorba plánu*, *realizace plánu a vyhodnocení*. Jde o proces, který se neustále opakuje, jak je znázorněno na obrázku č. 3.

Obr. 3 – Cyklus a organizace plánování



Zdroj: MPSV, © 2008

V první etapě, *zkoumání situace*, jde především o porozumění klienta a klíčového pracovníka. Aby klíčový pracovník dokázal porozumět přáním a potřebám uživatele a mohl si

o něm vytvořit celistvý obraz, seznámí se v maximálním možném rozsahu se všemi dostupnými informacemi a fakty o uživateli. (Malíková, 2011, s. 182) Prvotní informace a fakta o uživateli mívají většinou k dispozici sociální pracovníci a proto je v tomto bodě velmi důležitá spolupráce s nimi. Získané informace pomohou pracovníkovi lépe chápat souvislosti týkající se uživatele a také se tím předchází opakovanému sběru informací a duplicitě hovorů s uživatelem. Za dostupné údaje a fakta označujeme zejména rodinnou a osobní anamnézu, historii, zvyky, rituály, původní profese, zájmy, vztahy, zkušenosti, důležité události v životě uživatele, odkud do zařízení přichází a podobně. Je zde také nutno brát v úvahu etický rozměr a zachovávat mlčenlivost, protože pracovník se dostává do kontaktu s citlivými údaji uživatele. V rámci sběru informací klíčový pracovník zjišťuje míru soběstačnosti uživatele. Na základě zjištěných skutečností vyplyne míra jeho podpory a vše se zapracovává do plánu péče. V ideálním případě je plán péče součástí individuálního plánu. (Merhautová, Mrazíková, 2011, s. 136)

Pracovník (Malíková, 2011, s. 183-184) se stává klíčovým pracovníkem nového uživatele, kterého mu přidělí koordinátor nebo jiný stanovený pracovník poskytovatelem. Představí se přijatému uživateli, uvede svou pracovní pozici. Objasní mu roli klíčového pracovníka, seznámí ho, že mu bude nápomocen v adaptačním procesu v zařízení. Již při tomto seznamovacím rozhovoru cíleně zjišťuje, co uživateli může ulehčit zvykání na nové prostředí. První rozhovor je seznamovací, jde o vytvoření prvního kroku k získání důvěry uživatele, aby mohla vzniknout funkční spolupráce. Je velmi důležité, aby klíčový pracovník uzavřel a zakončil první rozhovor pozitivně. Dohodne si s uživatelem termín další schůzky a ujistí ho, že se na něj může v průběhu služby kdykoliv obrátit s jakýmkoliv problémem. Pokud je to možné, naváže pracovník kontakt s rodinou uživatele. Klíčový pracovník vystupuje profesionálně, empaticky, klidně, vyrovnaně, chová se taktně, citlivě a s pochopením respektuje chování a emoční projevy klienta. Při rozhovorech vychází ze zjištěných informací a výsledků pozorování.

Přistoupíme k *druhé etapě: plánování – pojmenování změny a plán jejího dosažení*. Klíčový pracovník identifikuje společně s uživatelem na dalších schůzkách jeho problémové oblasti, kterým je třeba věnovat zvýšenou pozornost. Podle okolností se dohodnou, které oblasti budou zařazeny do krátkodobého nebo dlouhodobého plánu. Krátkodobý plán řeší aktuální záležitosti, u kterých se nepředpokládá dlouhá doba k jejich dosažení. Dlouhodobý plán je orientován na dosažení výhledově vzdálenějších cílů, kterými je potřeba zabývat se

postupně a pracovat na jejich dosažení delší dobu. Pokud je stanovený cíl náročný na dosažení, je rozdělen na etapy s dílčími výsledky v dlouhodobém plánu. Klíčový pracovník posuzuje reálnost představ uživatele, jak by chtěl svého cíle dosáhnout. V případě nereálných představ k dosažení cíle pracovník taktně odůvodní nemožnost jejich uskutečnění a nabídne uživateli jinou variantu. Jde o nalezení různých variant a optimálního postupu. Etapa plánování je pro uživatele velmi důležitá. Uvědomuje si zájem o svou osobu, snahu řešit jeho problémy, vnímá partnerství a soudržnost. Získává ujištění, že na svou situaci a na problémy není sám. Z psychologického hlediska má společné plánování mnohdy vyšší přínos než samotný vypracovaný a realizovaný plán. V této etapě klíčový pracovník provádí analýzu rizik, která mohou vyplývat z naplánovaných provedených činností k dosažení cíle. Zároveň se stanovením možných rizik vypracuje plán opatření k jejich snížení. Objeví-li se v průběhu plnění individuálního plánu další rizika, pracovníci na ně musí neprodleně reagovat a vypracovat opatření k jejich prevenci, odstranění nebo alespoň minimalizaci. Pracovník vyhotoví písemný organizační rozpis zajištění individuálního plánu. (Malíková, 2011, s. 184-185) Merhautová a Mrazíková, (2011, s. 137-140) se zmiňují o *mapování (pozorování, stínování, čeho si pracovník všiml)*. Jde o vypozerované momenty, které se týkají toho, co se s uživatelem děje, co dělá, jak se mu daří, co ho těší, co říká, apod. Na mapování se podílí i ostatní členové týmu a zaznamenávají pro klíčového pracovníka důležité okolnosti, který s nimi dále pracuje. Mapování je podkladem pro vyhodnocení přání, tužeb, potřeb, zdrojů a rizik uživatele. Slouží jako „tahák“ pro klíčového pracovníka. Poukazuje také na vnitřní a vnější zdroje uživatelů. Každý člověk má své vlastní zdroje, z nichž čerpáme, rozlišujeme vnitřní a vnější. Vnitřními zdroji rozumíme to, čím uživatel disponuje. Jsou to jeho vnitřní motivy např. vztah k přírodě, zájem o hudbu, četbu, vztah k příbuzným. Vnější zdroje vycházejí z okolí. U imobilních a verbálně nekomunikujících uživatelů je právě mapování výchozím bodem pro zjišťování individuálních potřeb.

Třetí etapou je realizace plánu – společná práce. (Malíková, 2011, s. 185-186) Klíčový pracovník v průběhu realizace činností podle stanoveného individuálního plánu bedlivě uživatele sleduje. Všimá si jeho chování, projevů spokojenosti a nespokojenosti, jak se zapojuje do nabízených aktivit. Pozoruje, zda se nevyskytla další rizika a zda prováděné činnosti uživateli vyhovují a jsou-li efektivní. Svým chováním a přístupem dává uživateli najevo svůj zájem a snahu o dosažení osobního cíle a spokojenosti uživatele. Spolupracuje s ostatními zainteresovanými pracovníky, předávají si zkušenosti s realizací jednotlivých

činností individuálního plánu. Dojde-li ke změně okolností důležitých pro plnění individuálního plánu, klíčový pracovník flexibilně přizpůsobí činnosti plánu tak, aby korespondovaly s aktuálními možnostmi a schopnostmi uživatele. S těmito změnami ihned seznamuje obvyklým způsobem své spolupracovníky. Vznikne-li během realizace činností jakýkoliv problém, snaží se jej klíčový pracovník neprodleně řešit. Na společných poradách poté konzultuje s kolegy postupy, řešení, dohodnutá opatření, analyzují situaci a hledají optimální řešení. Na další poradě vyhodnocují, zda zavedená nová opatření byla efektivní. Všechny důležité poznatky a události během realizace individuálního plánu zaznamenává pracovník do dokumentace individuálního plánu s datem a podpisem.

Dostáváme se ke *čtvrté etapě, jímž je vyhodnocení – revidování plánů*. Mohli bychom říci (Merhautová, Mrazíková, 2011, s. 142), že se jedná o „inventuru“, nebo-li zhodnocení toho, kde se uživatel ve spolupráci se svým klíčovým pracovníkem na cestě individuálního plánování nachází. V žádném případě se nejedná o hodnocení uživatele. Pracovník spolu s uživatelem hodnotí jednotlivé body individuálního plánování. Při rozhovoru s uživatelem si klíčový pracovník ověřuje, zda správně mapoval, jestli se vyskytly nové informace do sběru dat a jakou roli hrají v životě uživatele jeho zdroje a rizika. Mimo jiné se orientuje na to, zda stanovený cíl byl správně určen. Společně se zamýšlí nad tím, co vyplývá z individuálního plánu do nového kola dojednávané podpory a co již bylo naplněno a již tam nepatří. Vyhodnocení plánu (Malíková, 2011, s. 186-187) se děje v předem dohodnutém termínu s uživatelem. Je s ním probrána celá situace, je mu připomenutý stanovený osobní cíl a činnosti v individuálním plánu. Klíčový pracovník se dotazuje uživatele na jeho názor, zda je spokojený s průběhem poskytované služby a objektivně doplní své vlastní hodnocení, přičemž se opírá pokud možno o fakta. Byť by se tato etapa zdála být jednoduchá, formální a bezproblémová, ve skutečnosti může být velmi náročná a problematická. Mnohdy si uživatel nepamatuje osobní cíl a dohodnuté intervence k jeho splnění. Jindy je aktuální zhodnocení ovlivněno momentální náladou a stavem. Není-li uživatel ve svém hodnocení objektivní, pak klíčový pracovník udržuje profesionální postoj a bez pocitů křivdy volí vhodné komunikační techniky, aby zjistil skutečné důvody. Problematické případy jsou projednávány s ostatními členy pracovního týmu. Hledají se nové možné způsoby řešení, zainteresování rodiny, konzultace s dalšími odborníky. Ze všech činností a konzultací se provádí zápis k průkaznosti a přehlednosti aktivity a postupů, které byly vyzkoušeny.

Platí obecná zásada, že ať klíčový pracovník zvolí jakoukoliv metodu plánování služby, musí být pro klienta *bezpečná, nesmí mu ublížit nebo jej poškodit*. (Bicková, Hrdinová, 2011, in Bicková et. al., 2011, s. 74)

Uvedeme si zde nejčastější metody práce klíčového pracovníka, o kterých se zmiňuje Hauke (2011, s. 83).

Analýza dokumentace. Za dokumentaci se považuje záznam jednání se zájemcem, Smlouva o poskytování pečovatelské služby, popř. její dodatky, již vypracované individuální plány, jiné záznamy o průběhu služby, vlastní poznámky a další písemné materiály. Z těchto dokumentů lze vyčíst potřebné údaje, nacházet změny, ke kterým dochází, objevit možná rizika spojená s průběhem služby. Dokumentace je důležitá při hodnocení služby, její potřebnosti, efektivnosti, kvality, zda nedochází k přepečování.

Pozorování. Tato metoda spočívá v plánovitém a záměrném sledování, které je cílevědomě zaměřeno k dosažení určitého cíle. Pozorování se nejčastěji ukazuje v práci s uživatelem, který není zcela orientovaný, nekomunikuje běžným způsobem, nebo nekomunikuje vůbec. Jedná se o osoby s těžkými demencemi, o osoby s mentálním postižením nebo o osoby po cévních mozkových příhodách, kde došlo ke ztrátě řeči. Pracovník „stínově“ sleduje uživatele v jeho denních aktivitách, mapuje a zaznamenává, jak dává najevo libost či nelibost. Na základě zjištěných skutečností pak vytváří individuální plán.

Rozhovor. Souhlasíme s Hauke (2011, s. 15), že celé individuální plánování je o způsobu vedení rozhovoru s člověkem, jež je odkázaný na pomoc jiné fyzické osoby. Jde o respekt ke každé lidské bytosti. Vedení rozhovoru má svůj řád, který musí pracovník dodržovat, jinak jde jen o obyčejné sousedské povídání si bez cíle, mimo profesionální úroveň.

Jde o způsob komunikace s jednou či více osobami, díky níž získáváme informace o názorech, postojích, obavách a přáních. Komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Jestliže je verbální komunikace v rozporu s neverbální komunikací, nezíská pracovník důvěru uživatele, protože nejvíce informací člověk vnímá neverbálně. Pouhých 10% připadá na vnímání slov samotných. Rozhovor má 5 fází. První fáze je *přípravná*, předchází samotnému rozhovoru s uživatelem. Je důležitá pro stanovení cíle rozhovoru. Druhá fáze je *otevření*, kde jde o napojení se na uživatele a vytvoření atmosféry bezpečí a důvěry. Třetí fáze je *dojednávání*, tedy hledání toho, na čem se bude dále pracovat. Čtvrtá fáze je *samotný průběh rozhovoru*, který pracovník vede tak, aby naplnil společný cíl a vytvořil nový

individuální plán. Pátá fáze je *ukončení*, kde pracovník shrne výsledky jednání, aby se ujistil, že obě strany případným změnám dobře porozuměly. Z rozhovoru vedeného za určitým cílem by měl pracovník vypracovat písemnou zprávu.

Za zmínku stojí metoda *empatické fantazie*, kterou zmiňuje Haicl a Haiclová (2011, in Bicková et al., s. 155) Tato metoda se používá u uživatelů, kteří nekomunikují. Jde o techniku, při níž se vcítíme do situace klienta a následně si představíme, co bychom potřebovali nebo co by nám mohlo vadit, kdybychom byli v takové situaci. Zpracované hypotézy projednáváme v týmu. Malíková (2011, s. 177) mimo tyto uvedené metody zmiňuje také komunikační techniky intuitivní, augmentativní a alternativní.

Obecně můžeme říci, že klíčový pracovník by měl umět v praxi využívat a kombinovat co nejvíce výše uvedených metod. Správné použití a zvládnutí těchto metod má velký podíl na úspěšném individuálním plánování.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Teoretická část nám poskytla náhled do problematiky individuálního plánování. Vymezili jsme si, co to je individuální plánování, jak je legislativně ukotveno, jaká jsou jeho specifika a jeho samotný průběh. Dále jsme si vymezili kdo je to klíčový pracovník a důvěrník, jaké má kompetence a jaké metody používá při své práci. Teoretická část se opírá o jednotlivé odborné publikace zabývající se problematikou individuálního plánování. Z praxe však dobře víme, že ne vždy všechny teoretické poznatky odpovídají realitě. Z tohoto důvodu je empirická část zaměřena na prozkoumání problematiky procesu individuálního plánování v domově pro seniory ve Zlínském kraji z pohledu klíčového pracovníka a důvěrníka.

Na samotném počátku naší výzkumné studie byla nastudována odborná literatura týkající se individuálního plánování a také jednotlivé metodologické publikace. Pro naši výzkumnou studii jsme vycházeli z metodologických publikací Miovskeho (2006), Strausse, Corbin (1999) a Chrásky (2008). Byl vypracován ideový plán výzkumu. Plán obsahoval formulaci výzkumného problému, výzkumné otázky, zdůvodnění výzkumného problému a smysl jeho řešení, popis teoretického rámce výzkumu, metody sběru dat, popis zamýšleného souboru, metody zpracování a analýzy dat a přibližný časový plán. Po přezkoumání a ověření možnosti provedení navrženého ideového plánu jsme začali s jeho realizací. Analýza dat byla provedena za využití postupu zakotvené teorie. Výstupem empirické části byla tedy zakotvená teorie, která postihovala vztahy mezi jednotlivými proměnnými. Následující tabulka zachycuje přehled přípravy a realizaci empirické části.

Tab. 5 – Přehled přípravy a realizace výzkumu

	duben 2015	květen 2015	červen 2015	srpen-září 2015	říjen- listopad 2015	prosinec 2015-únor 2016	únor- březen 2016
studium odborné literatury	I	I	I	I	I	I	I
teoretická příprava	I	I	I	I	I		
pilotní ověření dotazníku			I				
realizace I. části výzkumu – dotazníkové šetření, zpracování, analýza, interpretace				I	I		
realizace II. části výzkumu – rozhovory, zpracování, analýza, interpretace					I	I	I

Zdroj: vlastní výzkum 2015-2016

4.1 Cíl výzkumu, výzkumný problém a výzkumné otázky

Cílem realizovaného výzkumu bylo zmapovat proces individuálního plánování v jednom vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji. Zaměřili jsme se především na to, jak tento proces vnímají a hodnotí klíčoví pracovníci a důvěrníci. Zda jej vnímají pro uživatele, sami sebe a celou organizaci jako přínosný nebo naopak jako zatěžující či jako zcela zbytečný, nepochopený a podobně.

V souladu s Miovským (2006, s. 91) jsme nejprve na základě mapování a teoreticko-kritické analýzy stavu poznání formulovali výzkumný cíl. Dle Miovského (2006, s. 91) ... *by cíle výzkumu měly obsahovat popis hlavního výzkumného problému, kterým se chceme zabývat. Na ně pak úzce navazují výzkumné otázky.*

Výzkumným cílem bylo zjistit, jak je hodnocený proces individuálního plánování klíčovými pracovníky a důvěrníky ve vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji.

Jak jsme již výše uvedli, výzkumné otázky navazují na cíl výzkumu. *Výzkumnou otázkou je ve výzkumu podle zakotvené teorie výrok, který identifikuje zkoumaný jev. Tento výrok říká, na co přesně se chceme zaměřit a co chceme o daném předmětu vědět. U zakotvené teorie se otázky často orientují na dění a průběh.* (Strauss a Corbinová, 1999, s. 24).

Hlavní výzkumná otázka (HVO): Jak hodnotí klíčoví pracovníci a důvěrníci proces individuálního plánování ve vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji?

Dále byly stanoveny **dílčí výzkumné otázky (DVO):**

1. Jak probíhá proces individuálního plánování ve vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji z pohledu klíčových pracovníků a důvěrníků?
2. Co považují klíčoví pracovníci a důvěrníci ve vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji za největší přínosy a úskalí v procesu individuálního plánování?

Na základě těchto výzkumných otázek byly specifikovány 3 okruhy otázek pro polostrukturovaný rozhovor:

1. Popište, jak probíhá proces individuálního plánování ve vašem domově pro seniory.
2. Co považujete jako klíčový pracovník/důvěrník za přínosy v procesu individuálního plánování?

3. Co považujete jako klíčový pracovník/důvěrník za největší úskalí v procesu individuálního plánování?

4.2 Volba výzkumné strategie a technik sběru dat

Pro naši empirickou část jsme na základě získaných poznatků během mapování zvolili *smíšený výzkum kvantitativní a kvalitativní*, přičemž kvalitativní výzkum byl stěžejní metodou pro naši empirickou část. Pro lepší orientaci jsme použili pro data I. části výzkumu - dotazníkové šetření označení „A“. Pro data a údaje vystihující II. část výzkumu – polostrukturované rozhovory označení „B“.

A) I. část výzkumu – dotazníkové šetření

V rámci kvantitativního průzkumu byl zmapován terén, což umožnilo výzkumníkovi hlubší vhled do problematiky. Průzkum jsme provedli využitím *techniky dotazníkového šetření*. Výhoda této techniky spočívá v tom, že za krátkou dobu umožňuje rychle a ekonomicky shromáždit data od velkého počtu respondentů. (Chrásková, 2008, s. 163) Byl sestaven dotazník obsahující 16 položek. Položky 1 – 4 zjišťovaly sociodemografické údaje o respondentech. Položka č. 5 mapovala, zda je respondent v roli klíčového pracovníka nebo důvěrníka. Položka č. 6 zjišťovala, kolika uživatelům dělá respondent klíčového pracovníka nebo důvěrníka. K hlavní výzkumné otázce (HVO): „Jak hodnotí klíčoví pracovníci a důvěrníci proces individuálního plánování ve vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji?“ se vztahovaly položky č. 7 – 16. Vzhledem k malému počtu respondentů (34) nebyly v kvalitativním průzkumu formulovány hypotézy a výsledná data byla vyhodnocena deskriptivní statistikou na základě absolutních četností. Získané poznatky byly následně použity k ověření našich závěrů získaných kvalitativní analýzou. Výsledky budou validní pouze pro zkoumaný domov.

B) II. část výzkumu – polostrukturované rozhovory

Pro kvalitativní výzkum, jenž byl stěžejní částí naší empirické části, jsme zvolili *techniku sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů*. Dle Miovskeho (2006, s. 155-161) se jedná zřejmě o nejrozšířenější podobu techniky interview. Tazatel si vytváří určité schéma, které je pro něj závazné a specifikuje okruhy otázek, které bude pokládat účastníkům. Při použití této techniky je možné zaměňovat pořadí okruhů a toto pořadí upravovat podle potřeby a možností, abychom tím maximalizovali výtěžnost interview. Výhodou je, že tazatel

může použít následné inquiry, nebo-li upřesnění a vysvětlení odpovědí účastníka. Klade-
ním doplňujících otázek si výzkumník ověří, zda danou věc správně pochopil
a interpretoval. Téma je rozpracováno do hloubky.

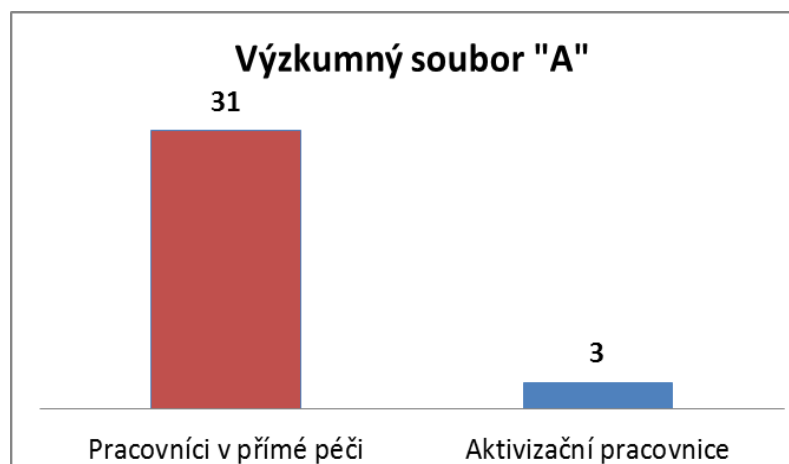
4.3 Výběr výzkumného souboru

Jde o případovou studii jednoho konkrétního zařízení ve Zlínském kraji na základě dostup-
nosti. V tomto vybraném domově pro seniory je ubytovací kapacita 165 uživatelů. V době
výzkumu bylo v domově ubytováno celkem 164 seniorů. Každý uživatel měl přiděleného
svého klíčového pracovníka/důvěrníka. V domově pracuje celkem 68 zaměstnanců.

A) I. část výzkumu – dotazníkové šetření - charakteristika výzkumného souboru

Pro náš výzkum jsme vybrali *metodu totálního výběru vzorku*. Výzkumný soubor byl tvo-
řen všemi možnými prvky uvažovaného základního souboru. (Miovský 2006, s. 131) Byli
osloveni všichni pracovníci v sociálních službách tohoto zařízení na pracovní pozici klíčo-
vý pracovník nebo důvěrník. V pracovním týmu se na individuálním plánování podílí cel-
kem 36 zaměstnanců. Tito zaměstnanci jsou na pracovních pozicích: 1 vrchní sestra,
1 sociální pracovníce (koordinátor individuálního plánování) a 34 pracovníků v sociálních
službách. Náš výzkumný soubor *tvořilo 34 pracovníků v sociálních službách na pracovní
pozici klíčový pracovník nebo důvěrník; z toho bylo 31 pracovníků přímé péče
a 3 aktivizační pracovníce*. Z toho výzkumného souboru bylo 18 zaměstnanců v roli klíčo-
vého pracovníka a 16 zaměstnanců v roli důvěrníka, zastoupení podle pohlaví 33 žen
a 1 muž.

Graf č. 1 – Výzkumný soubor „A“ I. části výzkumu – dotazníkového šetření



Zdroj: vlastní výzkum

Domov pro seniory ve Zlínském kraji je rozdělen na dvě oddělení A/B a C/D. Na oddělení A/B je 10 klíčových pracovníků a 7 důvěrníků. Na oddělení C/D je 8 klíčových pracovníků a 9 důvěrníků.

Tab. 6 – Zastoupení klíčových pracovníků a důvěrníků na jednotlivých odděleních

Oddělení	Počet klíčových pracovníků	Počet důvěrníků
A/B	10	7
C/D	8	9

Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

B) II. část výzkumu – polostrukturované rozhovory - charakteristika výzkumného souboru

Pro kvalitativní část výzkumu jsme použili, dle Miovského (2006, s. 133-135), *metodu záměrného (účelového) výběru a metodu samovýběru*. Záměrný výběr je nejrozšířenější metoda výběru v kvalitativním přístupu vůbec. Jde o cílené vyhledání účastníků, kteří splňují určitá požadovaná kritéria. Metoda samovýběru je založena na dobrovolnosti oslovených pracovníků zapojit se do výzkumu.

Kritérii pro výběr našeho výzkumného souboru byly: 1) *pozice pracovníka v přímé péči v roli klíčového pracovníka nebo důvěrníka (viz výzkumný soubor „A“)*; 2) *délka praxe ve zkoumaném zařízení 5 let a více*. Z výzkumného souboru 34 pracovníků v sociálních službách, který jsme popsali výše, bylo na základě stanoveného druhého kritéria vybráno 12 pracovníků v sociálních službách (dále jen PSS). Z těchto PSS bylo vybráno metodou samovýběru **5 pracovníků**, které jsme pro větší přehlednost označili A – E. Následující tabulka znázorňuje demografické údaje tohoto výzkumného souboru „B“.

Tab. 7 – Výzkumný soubor „B“ II. části výzkumu – polostrukturovaný rozhovor

OZNAČENÍ PRACOVNÍKA	POHLAVÍ	VĚK	DÉLKA PRAXE	VZDĚLÁNÍ	POZICE	POČET UŽIVATELŮ
A	žena	35 let	5 let	SŠ s maturitou	aktivizační pracovníce – klíčový pracovník	3
B	žena	54 let	5 let	SŠ s maturitou	pracovník v přímé péči – klíčový pracovník	5
C	žena	59 let	13 let	základní	pracovník v přímé péči – důvěrník	5
D	muž	57 let	12 let	základní	pracovník v přímé péči – klíčový pracovník	5
E	žena	45 let	20 let	základní	pracovník v přímé péči – klíčový pracovník	5

Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

4.4 Průběh výzkumu

Výzkum proběhl na základě zakázky paní vedoucí vybraného domova pro seniory ve Zlínském kraji. Problematika individuálního plánování je v domově neustále diskutována. Poté, co paní vedoucí byla podrobně seznámena s průběhem výzkumu, byl nejdříve vypracován dotazník, který obsahoval 16 položek.

A) I. část výzkumu – dotazníkové šetření

První část průzkumu začala na přelomu měsíce srpna a září 2015. Bylo osloveno celkem 34 pracovníků v sociálních službách (klíčových pracovníků a důvěrníků) po jednotlivých oddělení A/B a C/D. Tito byli seznámeni, že jim bude rozdán dotazník, který je anonymní a bude použit jako podklad pro naši případovou studii. Pracovníci byli požádáni o jeho vyplnění a následné vhození do připravených sběrných boxů na určených místech na každém oddělení.

B) II. část výzkumu – polostrukturované rozhovory

Druhá část výzkumu, hloubkové polostrukturované rozhovory, probíhaly koncem října a v průběhu listopadu 2015. Bylo osloveno celkem 5 pracovníků v sociálních službách. Jejich sociodemografické údaje jsme uvedli v předchozí kapitole 4.3 v tabulce č. 7. Každý pracovník byl individuálně osloven, zda souhlasí, aby s ním byl proveden rozhovor na téma individuální plánování. Dále byl ujištěn, že tento rozhovor bude anonymní a bude sloužit výhradně jako podklad ke zpracování této diplomové práce. Pracovník byl seznámen se skutečností, že od rozhovoru může kdykoliv odstoupit, a že výsledky zjištěné analýzou dat budou poskytnuty paní vedoucí zkoumaného domova pro seniory za účelem zkvalitnění sociální služby. Po získání jednotlivých souhlasů byla s každým individuálně domluvena neformální osobní schůzka. Dva pracovníci vyjádřili přání, zda rozhovor mohou provést společně. Bylo jim to umožněno. K získání dat jsme zvolili *techniku moderovaného rozhovoru (interview)* (Mioviský, 2006, s. 155), kdy interview je prováděno s jednou, maximálně třemi osobami. Využili jsme výhody znalosti prostředí vybraného domova pro seniory a jednotlivé rozhovory byly provedeny v kanceláři sociální pracovnice po skončení pracovní doby. Znalost „domácího“ prostředí odbourala počáteční tenzi a nervozitu účastníků výzkumu. Byla vytvořena příjemná atmosféra, kde se pracovníci cítili bezpečně a uvolněně

a rozhovory mohly nerušeně plynout. Při zaznamenávání rozhovorů jsme použili metodu fixace kvalitativních dat - audiozáznam. Jednotlivé rozhovory byly zaznamenány na diktafon, čímž jsme zachytili veškeré kvality mluveného slova, sílu hlasu, délku pomlky a různé doprovodné zvuky či řečové vady. (Miovský 2006, s. 197) Po transkripci prvního rozhovoru jsme zjistili, že data nebyla dostatečně saturována a proto jsme museli přistoupit k doplňujícímu rozhovoru. Ostatní zaznamenané rozhovory byly dostatečně saturovány a nebylo potřeba dalšího doplnění. Získaná data byla následně zpracována.

5 ZPRACOVÁNÍ, ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Následně jsme přistoupili ke zpracování získaných dat z I. části výzkumu – dotazníkového šetření. Tato data nám poskytla prvotní vhled do problematiky zkoumaného procesu individuálního plánování ve vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji pohledem klíčových pracovníků/důvěrníků. Získaná data jsme analyzovali a následně interpretovali. V této části si nejdříve uvedeme přehled sociodemografických údajů pracovníků v sociálních službách, kteří se účastnili našeho výzkumu. Dozvíme se, kolik uživatelů připadá na jednoho klíčového pracovníka/důvěrníka. Vyhodnotíme názory klíčových pracovníků/důvěrníků na systém individuálního plánování v jejich domově.

Poté přistoupíme ke zpracování, analýze a interpretaci transkriptovaných rozhovorů z II. části výzkumu. Tato data byla pro náš výzkum stěžejní. Získané poznatky této části předložíme v paradigmatickém modelu a následně si vyložíme kostru zakotvené teorie. V závěru kapitoly provedeme shrnutí obou výzkumných částí a porovnáme získané poznatky.

5.1 I. Část výzkumu – dotazníkové šetření

V kvantitativním průzkumu, který předcházela samotnému kvalitativnímu výzkumu, bylo ve vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji distribuováno pracovníkům v sociálních službách (dále jen PSS) na pozici klíčový pracovník/důvěrník celkem 34 dotazníků. Navrátilo se 26 dotazníků. Jde o vysokou návratnost dotazníků a můžeme konstatovat, že získaná data budou validní pro náš výzkum. Data byla přepsána do tabulky v programu Excel a následně analyzována a interpretována.

SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Z celkového počtu 26-ti navrácených dotazníků, se na průzkumu dle uvedeného pohlaví podílelo 25 žen a 1 muž. V tabulce č. 8 je znázorněn věk, vzdělání a délka praxe těchto účastníků.

Tab. 8 – Přehled věku, dosaženého vzdělání a délky praxe PSS

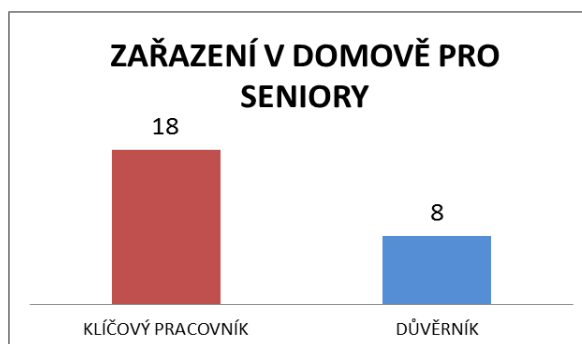
	VZDĚLÁNÍ			DÉLKA PRAXE				CELKEM PSS
	SŠ bez maturity	SŠ s maturitou	VŠ	méně než 2 roky	2-5 let	6-10 let	více než 10 let	
VĚK RESPONDENTŮ								
do 25 let		1			1			1
26-35 let	3	2	1	1	3	2		6
36-45 let	6	5		2	5	2	2	11
46-55 let	4	3			2	2	3	7
56 a více let	1						1	1
CELKEM PSS	14	11	1	3	11	6	6	26

Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

Nejpočetněji byla zastoupena věková kategorie ve věku **36-45 let**, kterou označilo **11 PSS** z celkového počtu. Druhou nejpočetnější kategorií byl věk v rozpětí 46-55 let, do níž náleželo 7 PSS. Třetí skupinu tvořil věk v rozpětí 26-35 let, kterou uvedlo 6 PSS. Nejméně početně byly zastoupeny věkové kategorie do 25 let a kategorie 56 let a více a to vždy po jednom pracovníkovi. V oblasti dosaženého nejvyššího vzdělání byla nejpočetněji zastoupena kategorie se **středoškolským vzděláním bez maturity, celkem 14 PSS**. Druhou nejpočetnější byla kategorie středoškolské vzdělání s maturitou, kterou označilo 11 PSS a nejméně početně zastoupena byla kategorie vysokoškolské vzdělání. Tu uvedl 1 pracovník. Nejvíce pracovníků, **celkem 11**, pracuje v zařízení **v délce 2-5 let**. Délku praxe 6-10 let vybralo 6 PSS a shodný počet označilo délku praxe více než 10 let. Praxi méně než 2 roky uvedli 3 PSS.

Graf č. 2 zobrazuje pracovní zařazení PSS v domově pro seniory a počet uživatelů na klíčové pracovníky/důvěrníky.

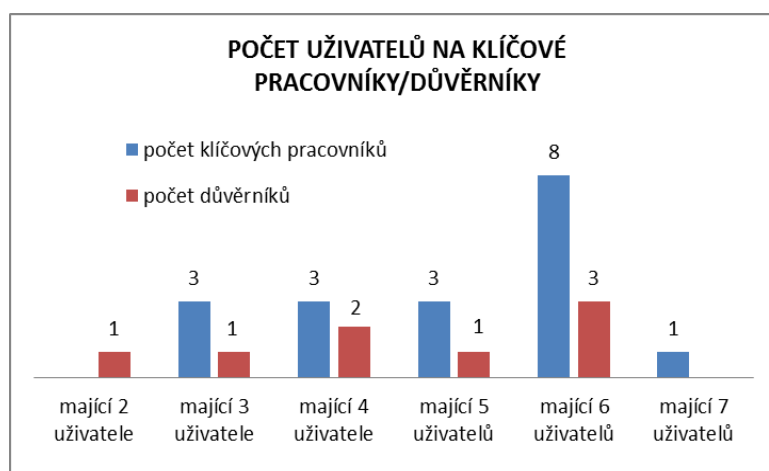
Graf č. 2 – Pracovní zařazení PSS



Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

Do průzkumu se zapojilo **18 klíčových pracovníků a 8 důvěrníků**. Analýzou bylo dále zjištěno, že **průměrně je na 1 pracovníka přiděleno 5 uživatelů**. Nejpočetnější zastoupení uvedlo 11 pracovníků, z nichž každý má přiděleno 6 uživatelů. Největší počet uživatelů, a to celkem 7, měl přidělen 1 klíčový pracovník. Ostatní 4 pracovníci mají každý po 3 uživateli. Obecně mají důvěrníci menší počet uživatelů, nejvíce však 6 jak je zachyceno v následujícím grafickém přehledu.

Graf č. 3 – Počet uživatelů na klíčové pracovníky/důvěrníky



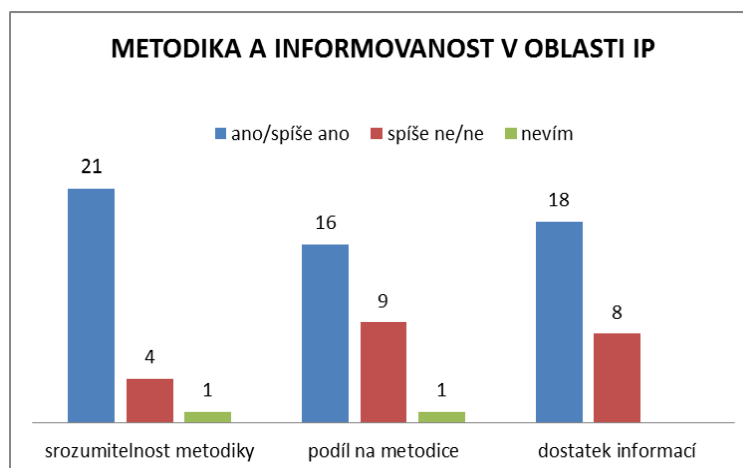
Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

Analýza dat – I. části výzkumu – dotazníkového šetření

METODIKA A INFORMOVANOST V OBLASTI IP V ZAŘÍZENÍ

Na tuto oblast byly zaměřeny položky č. 7, 9 a 11 dotazníku.

Graf č. 4 – Názory na metodiku IP v domově a informovanost v oblasti IP



Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

Graf č. 4 ukazuje přehled, jak PSS hodnotí srozumitelnost metodiky individuálního plánování (dále jen IP) v zařízení, jak vnímají skutečnost, že se podílí na tvorbě metodiky IP a zda mají dostatek informací k IP. Analýzou dat bylo zjištěno, že metodika **je srozumitelná většině PSS** neboť 21 dotazovaných zvolilo možnost „ano/spíše ano“. Za nesrozumitelnou ji považují 4 PSS a pouze 1 PSS si nebyl jistý.

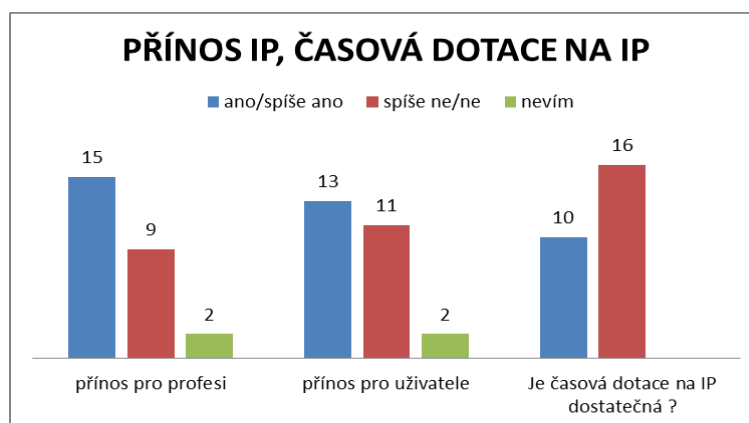
Podíl na tvorbě metodiky kladně hodnotí většina PSS, celkem 16. Tito uvedli, že se na tvorbě metodiky IP v zařízení podílí. Hodnota 9 představuje PSS, kteří se dle jejich názoru na tvorbě metodiky spíše nepodílejí. Opět 1 PSS si nebyl zcela jistý.

Zajímalo nás, zda mají PSS na pracovišti dostatek informací ohledně IP. Opět většina, 18 PSS, uvedla, že **mají dostatek informací k IP na pracovišti**. 8 pracovníků považuje informace na pracovišti za nedostačující.

HODNOCENÍ PROCESU IP A VYJÁDRĚNÍ SPOKOJENOSTI SE SYSTÉMEM IP V DOMOVĚ

Přímo k procesu IP se pojily položky č. 8, 10, 12, 13, 14 a 15 dotazníku.

Graf č. 5 – Hodnocení procesu IP v domově z hlediska přínosu pro zaměstnance, uživatele a časové dotace



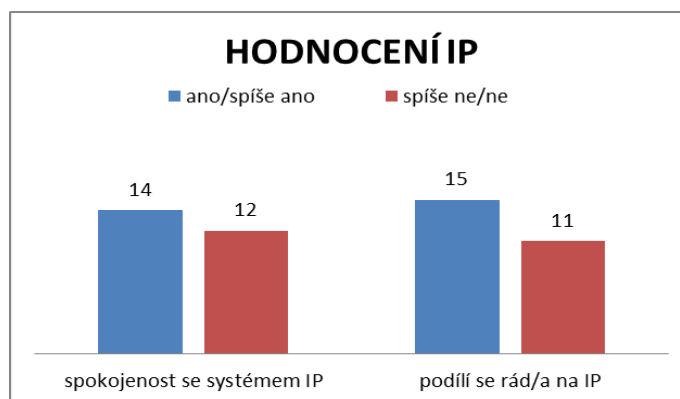
Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

V grafu č. 5 je zachyceno hodnocení PSS, zda považují IP pro jejich práci za přínosné. **Většina pracovníků, 15 PSS, nachází v IP přínos pro svou profesi.** Dále PSS hodnotili, zda považují IP z hlediska kvality poskytovaných služeb pro uživatele za přínosné. Grafové vyhodnocení naznačuje **téměř shodu názorů ano/spíše ano a spíše ne/ne.** Z těchto dat můžeme vyvodit závěr, že téměř polovina dotazovaných ve vybraném domově, ne zcela jistě

chápe proces a smysl IP. Při hodnocení časové dotace na IP 16 PSS vyjádřilo názor, že **časová dotace je nedostatečná**.

Hodnocení spokojenosti s IP v domově mapovaly položky č. 10, 13 a 15.

Graf č. 6 – Vyjádření spokojenosti se systémem IP v domově

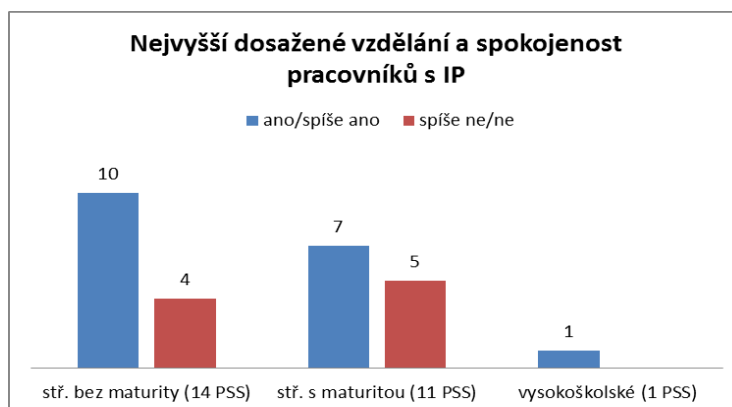


Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

Analýza dat opět poukázala na velký počet pracovníků, kteří **nejsou spokojeni s nastaveným procesem IP v domově, a neradi se na něm osobně podílí**. Jedná se téměř o polovinu dotazovaných. Znázornění v grafu vystihuje spokojenost dotazovaných s nastaveným systémem IP v jejich domově. Rovněž ukazuje vlastní ohodnocení pracovníků, jak rádi se sami podílí na procesu IP. Odpovědi vyjadřující spokojenost se systémem IP *ano/spíše ano* vybralo 14 PSS a *spíše ne/ne* vybralo 12 PSS. Obě skupiny dosáhly **téměř stejného počtu odpovědí**. Z celkového počtu 26 dotazovaných pouze 15 PSS ohodnotilo, že se na IP podílí rádi, a 11 PSS vyjádřilo, že se na IP podílí spíše neradi. Jak můžeme vidět v grafu, tyto odpovědi jsou velmi vyrovnané.

Zajímalo nás, zda na spokojenost zaměstnanců s IP v domově mají vliv nejvyšší dosažené vzdělání a délka praxe v zaměstnání (graf č. 8). Z dosažených výsledků můžeme konstatovat, že nejvyšší dosažené vzdělání nemá jednoznačný vliv na spokojenost dotazovaných, jak dále ukazuje graf č. 7.

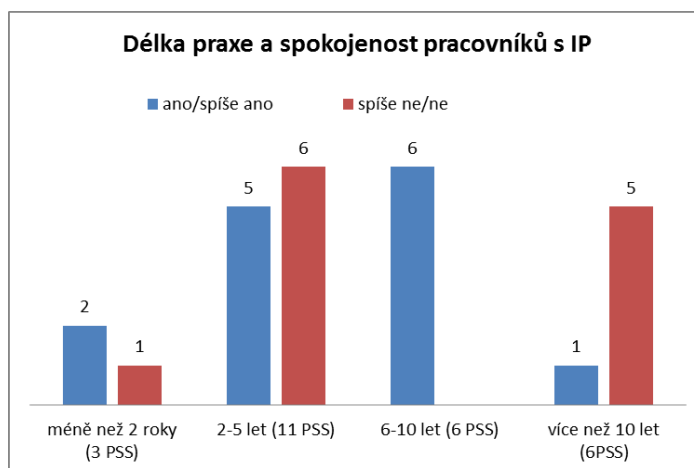
Graf č. 7 – Nejvyšší dosažené vzdělání a spokojenost PSS s IP



Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

Zvláštní pozornost jsme věnovali klíčovým pracovníkům a důvěrníkům, kteří v zařízení **pracují více než 10 let**. Tito pracovníci mají možnost srovnání poskytované péče před zavedením zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a zákonnou povinností individuálně plánovat. Analýza dat ukázala, že převaha těchto pracovníků **ne cítí spokojenost s IP**. Jak je znázorněno v grafu č. 8, z celkového počtu 6 PSS vyjádřil spokojenost s IP pouze jeden pracovník.

Graf č. 8 – Délka praxe a spokojenost pracovníků s IP



Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

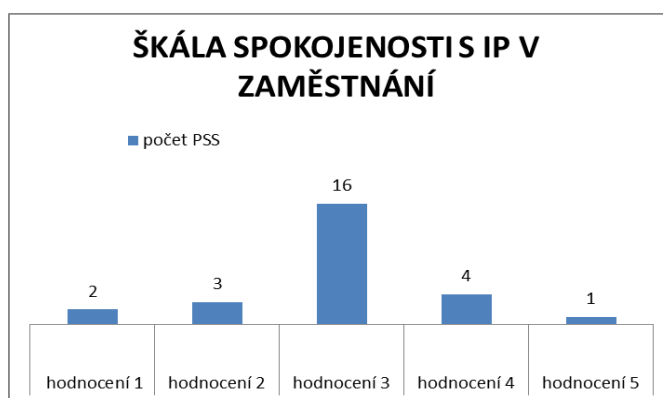
V položce č. 15 se PSS vyjadřovali k tomu, jak často probíhají v zařízení **porady zaměřené na IP**. Tuto položku zodpovědělo pouze 23 PSS. Nejfrekventovanější byla varianta „**neprobíhají žádné**“, kterou zvolilo 10 PSS.

VYJÁDRĚNÍ CELKOVÉ SPOKOJENOSTI S PROCESEM IP V DOMOVĚ

Položka č. 16 hodnotila celkovou spokojenost dotazovaných s IP v zaměstnání.

Zaměstnanci vyjadřovali známkou 1-5 svou celkovou spokojenost s IP v domově. Znamka 1 vyjadřovala největší spokojenost a známka 5 nejmenší spokojenost. Jak naznačuje graf č. 9, nejvíce pracovníků (16) svou celkovou spokojenost ohodnotilo **známkou číslo 3**. Hodnocení 1 a 2 zvolilo v součtu 5 PSS a hodnocení 4 a 5 rovněž 5 PSS.

Graf č. 9 – Škála spokojenosti



Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

5.1.1 Shrnutí I. části výzkumu

Analýzou kvantitativních dat jsme dospěli k následujícím poznatkům. Ve vybraném domově připadá průměrně na 1 pracovníka 5 uživatelů. Zaměstnanci se ve většině případů podílí na tvorbě metodiky, mají na pracovišti dostatek informací týkající se oblasti IP a vypracovaná metodika v zařízení je pro ně srozumitelná. V individuálním plánování vidí přínos pro svou profesi. Dotazovaní vyjádřili nedostatečnost podílu časové dotace na IP. V zařízení neprobíhají žádné porady zaměřené na IP, nějaké porady jsou a konají se 3x do roka.

Zaměstnance zařízení lze rozdělit na dvě skupiny. Jedna skupina se orientuje v problematice IP a rozumí jí a druhá skupina vykazuje jen částečné pochopení IP. V hodnocení přínosu pro uživatele z hlediska kvality poskytovaných služeb je zde téměř poloviční shoda názorů *ano/spíše ano* a *spíše ne/ne*. Téměř polovina dotazovaných není s nastaveným procesem IP v domově spokojena, a neradi se na něm osobně podílí.

Klíčovní pracovníci a důvěrníci, kteří v zařízení pracují více než 10 let (před zavedením zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách) vyjádřili nespokojenost s individuálním plánováním. V oblasti hodnocení vlastní celkové spokojenosti se klíčovní pracovníci a důvěrníci v největší míře ohodnotili známkou číslo 3.

Závěrečná zjištění z I. části výzkumu – dotazníkového šetření byly pro nás vstupními informacemi a poskytly nám prvotní náhled na proces a problematiku individuálního plánování ve vybraném domově před samotným kvalitativním výzkumem.

5.2 II. Část výzkumu – polostrukturované rozhovory

Následovalo zpracování dat kvalitativní části. Jednotlivé rozhovory zaznamenané na diktafon byly přesně transkribovány do písemné podoby. Poté byly jednotlivé řádky v textu číselně označeny. Jako metodu analýzy kvalitativních dat jsme zvolili *zakotvenou teorii*, jež představuje operace, pomocí nichž jsou zjištěné údaje analyzovány, konceptualizovány a opět poskládány novými způsoby, což je ústředním procesem nové teorie. Získaná data jsme podrobili *třístupňovému kódování* - otevřenému, axiálnímu a selektivnímu.

V otevřeném kódování byly jednotlivé transkriby pročitány, převedeny do datových segmentů a byla z nich abstrahována signifikantní slovní spojení. Tato spojení byla označena pomocí barevných tužek a bylo jim přiděleno číselné označení 1 – 100. Na zvláštní arch papíru jsme vytvořili seznam jednotlivých kódů. Vzniklé kódy jsme dále *komparovali a kategorizovali* na základě jejich podobností a vzájemných souvislostí či popisu stejného jevu. Ke vzniklým kódům jsme se několikrát vraceli a podrobovali jsme je další analýze, vzájemně jsme je slučovali a také nově pojmenovávali. V dalším kroku analýzy byly rozvíjeny *vlastnosti* (znaky nebo charakteristiky náležející kategorii) a *dimenze* (umístění vlastnosti na škále) jednotlivých kategorií, které byly stěžejní pro vytváření vztahů mezi kategoriemi.

Při axiálním kódování, jež je složitý induktivně-deduktivní proces (Miovský, 2006, str. 229), byly kategorie znovu uspořádány novým způsobem. Byl sestaven *paradigmatický model*, čímž jsme vytvořili základ pro selektivní kódování. Hlavním východiskem bylo nalezení *centrální kategorie*, kterou jsme dále systematicky uváděli do vztahu s ostatními kategoriemi a tyto vztahy následně ověřovali. Tím byla vytvořena *zakotvená teorie*. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 73-97)

Pomocí otevřeného kódování transkribovaných dat bylo abstrahováno celkem 100 kódů. Kódy jsme přepsali do tabulky a zaznamenali jejich lokalizaci (Příloha P III). Při hlubší analýze dat došlo ke slučování a přejmenování některých kódů. Vzniklé kódy jsme následně seskupovali do tematických celků. Kódy, které se vyskytovaly pouze 1x jsme nezaváděli. Vzniklo nám celkem 10 kategorií a 4 subkategorie, mezi nimiž jsme v další analýze hledali vzájemné vztahy a souvislosti.

Tab. 9 – Přehled jednotlivých kategorií

KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE/ Subkategorie	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Mobilní	PŘICHÁZEJÍCÍ/ Kompetence přicházejícího	Míra zapojení uživatele (nízká - vysoká)
Imobilní		Míra zapojení uživatele (dobrá - špatná)
Zvládání fyziologické potřeby		
Duševní stav		
Komunikace		
Lokalita	PŘICHÁZEJÍCÍ/ Prostředí	Složení rodiny (úplná - neúplná)
Rodinné zázemí		
KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Sociální podklady	PRŮBĚH INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ	Důležitost (nízká - vysoká)
Stanovení KP		Míra zapojení rodiny (nízká - vysoká)
Intervence rodiny		Uskutečnitelnost (reálné - nereálné)
Seznámení KP + Uživatel		
Metody práce		
Schůzka s uživatelem		Důležitost (nízká - vysoká)
Přání		
Potřeby		
Cíle		
IP-TVORBA		
Adaptační plán		
Adaptace		
Kontrola IP		
Zpracování informací		
KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Propojenost	KVALITA PLÁNU PÉČE	Důležitost (nízká - vysoká)
Rizikový plán		Míra zapojení uživatele (nízká - vysoká)
Oblasti		
Podpora UŽ		Soběstačnost (nezávislost - úplná závislost)
Míra soběstačnosti		Frekvence (stále - dle potřeby)
Klientovy zdroje		
Čárové kódy		
Přehodnocení PP		
KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Absence	BLÍZKÉ OSOBY	Návštěvnost (zřídka - často)
Pravidelnost		Míra zapojení (dobrá - špatná)
Komunikace		
Přání rodiny		
KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Tým	TÝMOVÁ PRÁCE	Frekvence (pravidelně - nepravidelně)
Vedoucí role		
Porady		
Koordinátor		

KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Cíl IP	POROZUMĚNÍ IP ZAMĚŠTNANCI	Podílení se na IP (řád - nerad)
SMART		
Přístup k uživateli		
Pocity KP		
Kompetence KP		
Změna		
Samostatné vzdělávání		
KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Metodika	PODPORA IP	Důležitost (nízká - vysoká)
Školení		
Porady	V ORGANIZACI	
Dostatek info k IP		
Supervize		
KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE/ Subkategorie	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Aktivity	HODNOCENÍ KLÍČKŮ/ Přínos IP	
Péče		
Přínos		
Obtíže	HODNOCENÍ KLÍČKŮ/ Úskali IP	
CYGNUS		
Nespolupráce uživatele		
Závist		
Služky		
Spolupráce s rodinou		
KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Poskytovaná služba	HODNOCENÍ SLUŽBY	Intenzita (dobrá - špatná)
Zákon		Významnost (žádná - vysoká)
KÓDY PREZENTUJÍCÍ KATEGORII	KATEGORIE	VLASTNOSTI KATEGORIE A JEJICH DIMENZIONALIZACE
Ideální počet UŽ/KP	ZLEPŠOVÁKY	
Změna v DS		

Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

Všechny kategorie jsou vzájemně významově propojeny. Nelze je vnímat jako oddělené výsledky naší analýzy.

Z těchto kategorií* byl sestaven paradigmatický model.

Tab. 10 – Paradigmatický model průběhu individuálního plánování ve vybraném domově

PŘÍČINNÉ PODMÍNKY	JEV/ FENOMÉN	KONTEXT	INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY	STRATEGIE JEDNÁNÍ	NÁSLEDKY
Přicházející - Kompetence přicházejícího	Průběh individuálního plánování (2)*	Kvalita plánu péče (3)*	Blízké osoby (4)*	Týmová práce (8)*	Hodnocení služby (10)*
			Porozumění IP zaměstnanci (5)*	Podpora IP v organizaci (9)*	
			Hodnocení klíčků – Přínosy/Úskali		

- <i>Prostředí</i>			(6)*		
(1)*			Zlepšováky (7)*		

Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

V následujícím textu si představíme jednotlivé kategorie, jejich vzájemné souvislosti a vztahy. Signifikantní výroky dotazovaných, které jednotlivé kategorie reprezentují a současně potvrzují naše zjištění, uvádíme v textu v uvozovkách kurzívou.

V rámci paradigmatického modelu byla za příčinnou podmínku označena kategorie **PŘÍCHÁZEJÍCÍ (1)**, jež obsahovala celkem 7 kódů a byla rozdělena do dvou subkategorií – *Kompetence přicházejícího* a *Prostředí*. Do subkategorie *Kompetence přicházejícího* náleželo 5 kódů: **Mobilní, Imobilní, Zvládání fyziologické potřeby, Duševní stav, Komunikace**. Do subkategorie *Prostředí* byly sloučeny 2 kódy: **Lokalita a Rodinné prostředí**.

Kategorie zahrnuje kódy s výroky probandů, jež nám poskytly podrobnou charakteristiku seniorů, kteří vstupují do domova pro seniory, uzavírají smlouvu o poskytnutí pomoci a stávají se tímto právním aktem uživateli domova pro seniory. Z jednotlivých fragmentů vyplynulo, že do domova přicházejí lidé různých kompetencí a z různých prostředí. Podle schopnosti mobility je ošetřující personál dělí na **mobilní** a **imobilní** („...už bude ten příjem, jaká co, nebo jestli je mobilní nebo imobilní“ (C42); „...je schopný na tom pokoju chodit, no tak on tech pár kroků ujde.“ (D140-141)). Uživatelé využívají k pohybu různé kompenzační pomůcky („...dále je to hybnost, jestli je to ležák nebo uživatel, který se dokáže posadit na lůžku, ééém, nebo nebo ho přesunujeme z lůžka na vozík, jó? Takže to je taková ta hybnost, jestli používá kompenzační pomůcky, jako vozíček nebo chodítka.“ (B30-32)). V domově se postupně mění skladba uživatelů. Dříve bylo dle slov dotazovaných více klientů mobilních („...bylo víc těch chodících...“ (E322)) a v současné době jsou přijímáni většinou klienti imobilní („...je přijímáno mnohem víc lidí, kteří jsou v podstatě až už ležící jako, jó...“ (D587); „...jenom ležící, čím dál víc je jich.“ (C589) což na pracovníky vyvíjí větší požadavky na péči („Je to horší.“ (C589)). V oblasti **zvládání fyziologické potřeby** jsou někteří uživatelé soběstační („... přejde si na záchod, přejde si do koupelky...“ (D141)), ale většina uživatelů v domově je inkontinentních („...ale uživatelé většinou, ... je inkontinentní.“ (B33-36)). I když se nastupující uživatelé na první pohled zdají být po **duševní stránce** v pořádku (Eh... člověk se může jevit jako pohledově, že je šikovný, že

se s ním dá domluvit.“ (D111)), dle dotazovaných je zde patrný vliv stařecké demence („... hlavně ta stařecká demence...“ (D115-116)) a snížení kognitivních funkcí („... většinou ty lidi bývají, kteří sem přijdou, dá se říct, jsou mentálně na tom už tak špatně, že je velice malé procento lidí, s kterými se dá rozumně mluvit...“ (D111); „Kolikrát on třeba ani neví, jestli je sobota nebo neděle.“ (D348-349)).

Z výpovědí personálu jsme dále zjistili, že do domova jsou přijímáni uživatelé s různou schopností **komunikovat**. Příčinou ztížené komunikace jsou časté centrální mozkové příhody („Pokud je to někdo, kdo prostě není schopen mluvit, po onemocnění, že, po mozkové příhodě a podobně, kdy ten člověk se dorozumívá jen posunky...“ (D98-99)). Uživatelé se sníženou schopností komunikovat používají k vyjádření nonverbální komunikaci, zvláště pak mimiku („... máme tady třeba pana Š., který špatně mluví, nedá se s ním domluvit, ale už vidím, jak se mu rozzáří oči, jó. Nebo někoho krmíme a je vidět, že mu to asi nechutná.“ (B136)) a gestikulaci („... máme tady pana na vozíčku, pana K., který také nemluví, ale rukama jó, že se domluvíme, prostě takto.“ (B136-142); „Někdy ta komunikace probíhá jako pomocí rukou, že si ukazujeme, co ten člověk potřebuje. Není schopen mluvit, a jak ukazuje, že něco chce... usměje sa, doneseme vody? Áno, kývne...“ (D221-222, 227-228); „Tak, rukama nohama asi. Tak jako snažíme sa vždycky nějak domluvit, asi rukama nohama, tak.“ (E42)). Personál uvedl, že k dorozumívání používá i metodu „papír a tužku“ („Někdy se stane, že pokud ten člověk je schopen ještě číst a přečte písmena, tak jako si to napíšeme na lístek. Třeba: vodu, jó. Nebo: ehm... no ale rohlíky nebo prostě nějaký zákusek, jó. Tak pokud ti lidi souhlasí, tak jako víme, co chce...“ (D230-232)) a vždy hledají další způsoby komunikace („...pokud nesouhlasí zkoušíme hledat dál.“ (D232)). V domově je v současné době zaznamenána absence využití techniky piktogramů („Ty obrázky tady nemáme. To nemáme tady.“ (D237)), ale již se zde s tímto způsobem komunikace dříve setkali („Tady byl ten jeden, no, cosi měl popsáné. Třeba měl: televiza, ručník, voda, pití, toaletní ...“ (C235-236, 238); „Jó. Kdosi tady byl, ale to byl jeden z mála. No, to měl už ten uživatel připravené přímo z domu.“ (D237,239)). Dle výroků pracovníků většina uživatelů dokáže své potřeby sdělit a vyjádřit („Ale většinu, tak jako řeknu si.“ (C233)). Nově příchozí nastupují do domova z různých **lokalit**. Prostředí, ze kterého uživatelé do domova přicházejí, je buď přímo z domova („... přijde do druhého prostředí, byl doma...“ (B42)) anebo z léčebny pro dlouhodobě nemocné („... byl na LDN...“ (B42)). Jsou i někteří, kteří žili ve špatných sociálních podmínkách („... býval v podmínkách, kde by nebyl ani pes,

*jó. Býval v nějaké staré chalupě nebo kde...“ (D124-127)) a ocitli se na hranici sociálního vyloučení („...nebo nekde pod mostem nebo to byl třeba i bezdomovec, nebo to byli nejací alkoholici, kteří se váleli tam nekde na náměstí, dělali městu ostudu, a potom sů šťastní, že tu mají střechu nad hlaví.“ (D124-127)). Další z uváděných charakteristik nastupujícího uživatele byl popis **rodinného zázemí**. Jsou uživatelé, kteří rodinu mají („...když je tam ta rodina...“ (C33)) a u některých uživatelů byla zaznamenána úplná absence rodiny („...dva uživatelé bohužel žádnou blízkou rodinu nemají...“ (A89); „... uživatelé, kteří rodinu nemají...“ (B128)).*

Za centrální kategorii jsme označili **PRŮBĚH INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ (2)**, kde jsme sloučili celkem 14 kódů: **Sociální podklady, Stanovení KP, Intervence rodiny, Seznámení KP + Uživatel, Metody práce, Schůzka s Uživatelem, Přání, Potřeby, Cíle, IP – tvorba, Adaptační plán, Adaptační plán, Kontrola IP a Zpracování informací**.

Výpovědi pracovníků přímé péče poukazují na provázanost standardu kvality č. 3 a č. 5. Prvotní informace získané sociálními pracovníci při sociálním šetření se zájemcem, **sociální podklady**, jsou dále předávány ošetřujícími personálu před nástupem zájemce do domova. („...dostávám základní informace od sociální pracovnice...“ (A19); „První záznam máme několik dní před nástupem uživatele, kde máme taky od sociálních pracovníků zmapované, nebo asi z jejich šetření, éhm... výsledované co ten uživatel dokáže.“ (B40-41)). Tyto vstupní informace pracovníci vnímají jako přínosné („Je to pro nás velice dobré, je to dobré, protože víme, na co se máme připravit, jó? ... nás to nakopne, aby jsme věděli, co máme si všechno pro toho uživatele nachystat, co on všechno bude potřebovat, jestli je ležák, že nepotřebuje, já nevím...,... jako že už víme, co od toho uživatele máme očekávat.“ (B46-50)), i když někdy zcela neodpovídají aktuálnímu stavu nově přichozícího uživatele („jede na to sociální šetření měsíc před a ten člověk, uživatel sa vrátí a úplně, buď je zhoršený anebo naopak, je zlepšený.“ (C55-56); „Určitě je to dobré pro informaci, jako né že by to bylo vždycky jinak, to sociální šetření, než jakože sa nám dostane ten klient do ruky, není to vždycky tak jako. Dojde i tak jak třeba je ten zápis. Jako je to dobré, určitě.“ (E67-69)). Před příjmem nového uživatele je zároveň **stanoven klíčový pracovník**, kterého stanovuje vrchní sestra („To se dozvídám od své vrchní sestry.“ (A114)), která také zajišťuje dlouhodobé zastupování klíčového pracovníka („v případě dlouhodobé nepřítom-

nosti toho klíčového pracovníka zajišťovala toto vrchní sestra, přidělí vlastně toho uživatele nějaké jiné pracovníci.“ (A171)). Při krátkodobé absenci klíčového pracovníka si otázku zástupu řeší personál sám mezi sebou („*Že se postará, s kým se domluvíjů.*“ (C189)). Velmi důležitá je dle výroků pracovníků při nástupu seniora do domova také **intervence rodiny** („*je velice dobré, když... ehm... přijde k tomuto rozhovoru i rodina, protože i od té rodiny se můžeme dozvědět ty informace.*“ (B18-19)). Pracovníci poukázali na různorodý přístup rodinných příslušníků („*Každý je jiný, každá rodina jinak.*“ (C289); „*Některé k tomu přistupují kladně, že nám poradí, co ten člověk byl, čím byl, co měl rád a podobně. Někteří se na nás dívají jak na blbce, co po nich chceme. Takže je to individuální. Každá rodina, každý člověk jinak.*“ (D286-288)). Samotné **seznámení klíčového pracovníka** s novým uživatelem zajišťuje vrchní sestra („*Tak obyčejně paní vrchní, představí, přijdeme tam, představíme se my...*“ (C32)), nebo pokud není klíčový pracovník na směně, představí se uživateli později sám („*Přijdu, představím se...*“ (B84)). Pracovníci vypovídají o mapování klíčového pracovníka („*Takže nejdříve děláme mapování toho klíčového pracovníka, to znamená, že si s ním musíme promluvit, zeptat se ho na jeho minulost, na jeho zvyklosti, ehm... a taky mu naslouchat, aby dostal k nám takovou důvěru a tak to... a je velice dobré, když... ehm... přijde k tomuto rozhovoru i rodina, protože i od té rodiny se můžeme dozvědět ty informace od toho uživatele a tak, no...*“ (B16-20)). Jako nejpoužívanější **metody práce** se ukázaly metoda rozhovoru („*Zjišťuji metodou třeba rozhovoru...*“ (A22)), pozorování („*nezbývá nic jiného, než to jako jenom vyzpozorovat.*“ (D100); „*...a vysleduju vlastně pozorováním jeho mimiku, co asi by se mu líbilo nebo co ne. Vlastně podle toho výrazu to zjistím.*“ (A56-57)) a analýza dokumentace („*vždycky nám přinesů ten papír a podle toho se trochu zařídíme, jestli je to diabetik...*“ (C39-40)). **Schůzku s uživatelem** si personál dohodne předem a navštíví jej na jeho pokoji („*...navštívím je na jejich pokoji, předem si to dohodneme...*“ (A73)). Během rozhovorů se pracovníci zaměřují na zjištění **přání** uživatele („*...pokud je to jeho přání...*“ (C530); „*třeba má přání, že by se chtěl víc rozhýbat...*“ (B99)), jeho **potřeb** („*...pokud je to možné, tak si s ním povykládáme o tom, co by potřeboval, jak se cítí, kde býval, čím byl, co dělal, co by ho bavilo...*“ (D94-95); „*Důležitá je hlavně potřeba klienta, samozřejmě.*“ (E64)) a **cílů** („*Jó a věnujeme tomuto rozhovoru minimálně půl hodiny a se všema se pěkně domluvíme a vždycky si stanovíme nějaký cíl.*“ (A74-75)) a poté v týmové spolupráci **sestavují individuální plán** („*...když já idu dejme tomu tvořit nový plánu nového klienta, tak většinu si vždycky veznu ze dvě*

sebu, jako pojdte mě pomoci, podte mě napovídat, co tam mám psat. Tak většinu to děláme takto. I když to dělá kdokoliv druhý.“ (E76-78)), který se nazývá adaptační plán. Ve výročních pracovníků se objevily rozdílnosti o délce trvání tohoto plánu („Tady tento adaptační individuální plán slouží měsíc zhruba a posléze se postupně individuální plán upravuje.“ (A20-22); „No, hmm,.. tady toto se vytváří tak na 3 měsíce až na půl roku,...“ (B91-92); „Na půl roku. (D151); „...no teď nevím kolik, neřeknu vám.“ (E73)). Pracovníci pomáhají novému uživateli s **adaptací** na nové prostředí („...ten člověk asi se potřebuje zadaptovat na to nové prostředí...“ (B81); „že se projedeme, podívá se, kde je jídelna, kde je kulturní místnost, aby se mohl orientovat, že tady na chodbě se vaří nebo dává kafe, je tam automat, nebo děvčata aktivizační vaří kafe. Prohlídka toho zařízení, aby viděl, a nebo parku...“ (B88); „Vysvětlíme, kde co je, třeba prádelna, jak to tady funguje, jakože seznámíme je s provozem, asi tak.“ (E173-174)). Ve vybraném domově probíhá individuální plánování v modelu počítačové podpory. Pracovníci sesbírání data a **informace zpracovávají** a zapisují do programu CYGNUS („Ten plán zapisujeme do počítače v programu Cygnus“ (B53)). Následnou **kontrolu** již nastaveného individuálního plánu pracovníci provádějí po půl roce a také průběžně, dle potřeby („Po půl roce, no tak kontrola je teda ta. Asi takto, já zapnu Cygnus, a mě vyskočí filtr, dám si moje a vidím, že bude mě svítiti kontrola nebo nebude. Tak sa na to podívám, projedu si ten plán, co je tam špatně. Ale většinu enom zkopírujeme, protože opravujeme ho průběžně...“ (E122-124)).

Do kategorie **KVALITA PLÁNU PÉČE (3)** jsme zavedli 8 kódů: **Propojenost, Rizikový plán, Oblasti, Podpora uživatele, Míra soběstačnosti, Klientovy zdroje, Čárové kódy a Přehodnocení IP.**

Analýza data ukázala **propojenost** individuálního plánu s plánem péče, na kterém se podílí celý tým pracovníků („No, a když už jsme si takto zmapovali toho uživatele, tak můžeme ehm... přistoupit k vytvoření ehm... plánu péče a individuálnímu plánu. Jako nedělá se to hned první den po nástupu...“ (B20-22)); „...a potom jak probíhají služby i ostatních děvčat, tak se vypořádává a domlouváme se mezi sebou, radíme si...“ (D105-106)).

Vedle plánu péče dále dotazovaní zmínili sestavování **plánu rizik** („...pak máme ještě rizikový plán, kde musíme vysledovat u uživatelů, jestli jim nehrozí nějaké nebezpečí, bývá to nebezpečí pádu, ... vysledováváme, jestli nemá třeba někde na pokoji třeba nějaké zbytečné koberce, ...nejaké ty dečky, aby o to nezakopával. A jestli uživatel vlastně ví nebo cítí

to riziko toho pádu...“ (B61-65)). Aby služba mohla být kvalitně poskytována, musí mít personál dobře zmapované jednotlivé **oblasti péče** („Plán péče má několik oblastí, je to každodenní činnosti, jó, které děláme vlastně každý den s uživatelem. Ehm, tyto každodenní činnosti mají určité oblasti. Je to oblast hygieny...“ (B24-26); „...orientace...“ (B28); „...hybnost...“ (B30); „...aktivizační činnosti nebo aktivizační plán...“ (B57)), ve kterých je zjišťována **míra soběstačnosti** a závislost uživatele na pomoci jiné osoby („...jak potřebuje pomoc při stravě při hygieně, při koupání, tady tyto veškeré životní funkce, které jakože pomáháme vlastně my.“ (E32-33)). K tomu slouží hledání **klientových zdrojů**, co dokáže udělat sám („...jsou tam klientovy zdroje a ty zdroje jsou to, co uživatel dokáže udělat sám. A zvlášť je to, co dělá ošetřující personál.“ (B74-75); „...uživatel se sám umývá..., jestli se sám obléká, jestli si vybírá oblečení sám... uživatel, který se dokáže posadit na lůžku...“ (B26-31)). Poté se stanovuje míra podpory uživatele, kterou dotazovaní rozdělili na podporu, dopomoc ze strany ošetřujícího personálu a úplnou závislost na pomoci jiné osoby („...co sám zvládá uživatel, co jemu musí být dopomoženo a co se mu dělá úplně zcela.“ (A41-42); „...musíme prostě vysledovat, co vlastně všechno on zvládne sám, co budeme dělat my, jako ošetřující personál.“ (B22-23); („...snažíme se ho vlastně co nejvíce podporovat v tom, co zvládá. To znamená, pokud trochu chodí, tak s chůzí, pokud se dokáže sám najíst, tak i v tom, v té sebeobsluze u toho jídla nebo i v oblékání.“ (A158-160)).

Po sestavení plánu péče personál nastaví v programu Cygnus **čárové kódy** odpovídající jednotlivým oblastem péče, aby jednotlivé poskytované činnosti mohli vykazovat neboli čipovat („...vlastně jsou u toho i čárové kódy, které vlastně čipují pracovnice v přímé obslužné péči a tam je vlastně všechno vidět kolikrát která činnost je provedena...“ (A39-41); „A když jak jsem říkala, máme tady tyto informace všechny, tak to zapisujeme do toho Cygnusu a na základě těchto všech informací nám vzniknou potom kódy, které denně čipujeme a ty kódy, to jsou vlastně ty činnosti ehm..., které my s uživatelem dennodenně děláme, ať je to ta ranní hygiena, ať je to oblékání, svlékání, prostě všechny tyto oblasti, které jsem jmenovala... se vytvoří ty, ty čárové kódy a ty čipujeme denně, v tom Cygnusu.“ (B65-69)). Plán péče je stejně jako individuální plán průběžně **přehodnocován** a upravován („Průběžně, podle toho v jakém stavu ten člověk je.“ (D63); „Do Cygnusu píšeme každý den hlášení jako aj na té noční sa podíváme co, kdo, jak. Když sa zhorší, tak měníme ty plány...“ (C64-65)).

Jako intervenující podmínky pro průběh individuálního plánování byly z výpovědí dotazovaných označeny kategorie **BLÍZKÉ OSOBY (4), POROZUMĚNÍ IP ZAMĚSTNANCI (5), HODNOCENÍ KLÍČKŮ (6) a ZLEPŠOVÁKY (7).**

Kategorie **BLÍZKÉ OSOBY (4)** sjednocovala 4 kódy: **Absence, Návštěvnost, Komunikace a Přání rodiny.** Velkou podporou při adaptaci a pobytu uživatele jsou rodina a blízké osoby. Z rozhovorů vyplynulo, že v případě **absence** rodiny, zastupují do jisté míry klíčoví pracovníci chybějící blízké osoby („...dva uživatelé bohužel žádnou blízkou rodinu nemají, takže tam je to horší, ale cokoliv je potřeba vyřídit, tak se snažím zajistit.“ (A89-90); „No tak se musí spolehnout chudák na nás. Bohužel.“ (E144)). Personál zaznamenává psychické změny u uživatelů spojené s **návštěvností** rodiny. Nejvíce jsou tyto změny patrné, pokud se uživatel s rodinou spolu na něčem dohodnou a rodina to pak nedodrží. Tento problém se nejvíce vyskytuje v období svátků a vánoc. („A co bývá nejhorší období, tak to jsou svátky. Hlavně vánoční svátky, jó. Kdy prostě ti lidi se těší, že přijede rodina a ona nepřijede. Naslibuje co a jak jako a bohužel maminko, tatínku, no nám to nevyšlo, protože, protože. Takže to bývá takové krizové období.“ (D83-86); „A potom sů tací aj plačtiví a takoví nevrlí, nó.“ (C87)). **Komunikaci** s rodinou a zapojení rodinných příslušníků do individuálního plánování vnímají klíčoví pracovníci jako důležitou součást tohoto procesu („...bylo by dobré, kdyby ti příbuzní s nama více komunikovali, ono je to těžké. Protože příbuzní, nekterí, bud' vůbec nejezdí, nebo jezdí málo, nebo se mjíjme. Jó, jako, řekla bych, že hmm... z těch uživatelů, které máme také... ti příbuzní jezdí, tak já nevím, pravidelně tak 30%, 20%. Jako že je vidět, že mají zájem o toho uživatele, kterého tady mají a že jsme s něma tedy v kontaktu a víme, že hm... prostě těm uživatelům něco dovezou, a áá... my si s něma můžeme promluvit a tím i jako takový větší vztah nás, jako pracovníků, jako toho uživatele a té rodiny, že je to takové domácké, že se ti uživatelé pak cítí jako velmi dobře, no.“ (B120-126); „Co se týče mých uživatelů tak u jednoho uživatele je to v pořádku s rodinou spolupracuji dobře...“ (A88-89)). Z výroků dotazovaných vyplynulo, že ne vždy je s rodinou dobrá spolupráce a mnohdy to bývá složité („...bývá to náročné jako hlavně v období, kdy se sem přihnou ty návštěvy, kdy sem přijdou ti příbuzní a někdy se s něma domluvit na těch jejich potřebách, které ti lidi potřebují je velice složité.“ (D259-261); „...příbuzní, i když se jim to stokrát řeklo, dalo se jim to od sociálních pracovníků na vědomí, nejsou schopni pochopit, pokud přinesou nové věci, že mají přijít za personálem, který

to má označit a zapsat do šatního lístku. Takže pak s tím jsou zbytečné problémy.“ (D377-379)). Pracovníci se často potýkají s problémem rozdílných **přání rodiny** a uživatelů („...stává sa to velice často. Třeba rodina si přeje, sedět, musí babička sedět dennodenně. Babička ale nechce sedět. A je tam ten střed zájmů jako. Je to velice často, jako a to není třeba jenom toto... musí jest toto, a ona to nechce. Nebo já nevím cokoliv. Je to často toto.“ (E334-338); „Rodina si přeje, že dotyčný bude chodit, ovšem dotyčný je v takovém zdravotním stavu, že je rád, že vůbec leží.“ (D296-297)).

Celkem 7 kódů slučovala kategorie **POROZUMĚNÍ IP ZAMĚSTNANCI (5): Cíl IP, SMART, Přístup k uživateli, Pocity KP, Kompetence KP, Změna, Samostatné vzdělávání**.

Dle zjištěných výroků je podle pracovníků hlavním **cílem individuálního plánování** správné nastavení poskytované sociální služby („Cílem... je vlastně toto individuální plánování nastavit správně na tu službu pro jednotlivé uživatele.“ (A132-133); „...všechno by mělo být naplánováno a vlastně už na začátku se zrovna ujasní to, co uživatel potřebuje od nás.“ (A155-156)), dále jako motivaci („...pro mě individuální plánování je motivace, motivace i uživatele i klíčového pracovníka k dosažení určitého cíle. Ehm, když si ten uživatel zadá nějaké to přání, já jako klíčový pracovník mu pomůžu a tím pádem uživatel se cítí spokojený a jako by byl doma.“ (B155-158)). Plán by měl dle sdělení vystihovat stav uživatele („Takže zjednodušeně řečeno, by ten individuální plán měl odpovídat stavu člověka.“ (D216)) a v popředí musí stát hlavně potřeby uživatele („Důležitá je hlavně potřeba klienta, samozřejmě.“ (E64)). Objevilo se vyjádření jednoho pracovníka naznačující nedostatečné porozumění stanovování cílů a individuálnímu plánování vůbec („Nebo tak jakože zeptáme se, pokecáme, a tím pádem to zhaslo.“ (E5051); „A nějaké plánování, cíle? Jaké můžou mít staříci cíle? Však nejsme ve školce.“ (E154-155); „A tak podívám sa tam, kdyby tam bylo něco blbě, paní se zhoršila, nebo pán se zhoršil, tak si to spravíme, upravíme k obrazu svému, asi tak.“ (E124-126)). Z výsledků analýzy vyplynulo, že pracovníci nemají žádné znalosti o principu **SMART**. Základní význam principu SMART nedokázal objasnit žádný z dotazovaných („...Smart znamená šikovný a ...“ (A127); „To bych lhala, nevím, nemožu si to teďka uvědomit. Opravdu nee.“ (B152); „Cosi jsem slyšel, ale to je zkratka. Já si nemožu vzpomět, co to znamená, protože to je z angličtiny.“ (D208-209); „No já su

z toho blbý. Co může specifický měřit?“ (D214); „Ne. Neví co to je vůbec.“ (E102)). Jako nejlepší **přístup k uživateli** považují pracovníci přístup vstřícnosti, empatie, naslouchání („...přístup takový vstřícný, empatický by měl být, jó, a měl by se zajímat, co ten uživatel chce říct, měl by ho nechat mluvit.“ (A197-198); „Nejlepší. To je složité, nejlepší...“ (D444); „Asi tak, přátelský, empatický, ale v rámci možností.“ (E205)), který ale zároveň nepřekračuje určité osobní hranice („Aby to mělo určité hranice.“ (E206)). Velmi důležitým pro náš výzkum bylo vyjádření osobních **pocitů klíčových pracovníků** k individuálnímu plánování. Některé výroky naznačovaly porozumění účelu individuálního plánování („Mě osobně to přináší to, že i když se podívám na ty ostatní plány těch ostatních uživatelů tak vím, jak k němu přistupovat k tomu uživateli, co by asi rád chtěl dělat, o co se zajímá, a tak dále.“ (A243-245); „Náročné, náročné, je to náročné, ale je to moje práce a já to neberu jako, že bych byla nějak více zatěžována, ehm... myslím si, že taky když mám 5 těch lidí, kterým dělám toho klíčového pracovníka, ano zdá se mě, že víc k nim, více za něma chodím, než za ostatníma, ale hm, věnuju se práci stejně všem uživatelům.“ (B160-163)) a jiné vyjadřovaly nespokojenost („Já si spíš myslím, že by se to mělo trochu upravit, protože podle mě to někdy je až zasahování do soukromí a intimity toho člověka.“ (D255-256); „Mně by stačil, jak jsem to říkal, pouze volně, průběžně s těma lidima si povykládat a šmitec. Ale ne abych věděl, jestli je schopný jest užítků a tak kdesi podobně. Jestli si zaváže tkaničky. To už je ad absurdum.“ (D508-511); „No, je to úplně na nic, jestli to teda chcete vědět. Je to úplně k ničemu.“ (E104); „Dělám to z duše nerada a dělám to jenom proto, že musím.“ (E254); „Já bych to úplně zrušila. Je to fakt zbytečné. Jako co si mám plánovat s 85 letým člověkem, když jako je tady na posledních. Jako měla jsem paní K., ta mě umřela, a když jsem jí říkala tehdy, když jsem byla za ňu ten plán sestavovat, tak mě říkala, proboha svatého, hlavně tam o mě nic nepiš. Tak, asi tak. Jako, já bych to zrušila úplně. Nejaké zapisování.“ (E258-261)). Do **kompetencí klíčového pracovníka** dle výroků patří porady týmu a společné přehodnocování individuálního plánu („...probíhají i vlastně i porady s ostatními pracovníky, vše musí do sebe zapadat.“ (A47-48); „Individuální plán se musí v podstatě kdykoliv kontrolovat nebo je nahlášeno od pracovníků z přímé péče, že se uživatel zhoršil, tím pádem se mu musí předělat i čárové kódy a musí se to vlastně celé přehodnotit, přepsat.“ (A51-53)), řízení a plánování schůzek s uživateli („Takže navštívím je na jejich pokoji, předem si to dohodneme, povyprávíme si...“ (A72-73)), podpora a pomoc uživatele („...je potřeba vyřídit, tak se snažím zajistit.“ (A90); „Klíčový

pracovník vlastně všechno zprostředkovává tomu uživateli, ...vlastně zajišťuje mu, pokud chce, třeba nákupy, ... zajišťuje mu kontakt s rodinou, kontakt s ostatními uživateli...“ (A135-137)); spolupráce s rodinou („...když je tam ta rodina..., prostě jich seznámíme, co a jak, co by potřebovali...“ (C33-36)); účast na konzultacích s metodikem („Chodili jsme k ní na konzultace jakože. Ona řekla: „To se mně nelíbí, to bys měla předělat...“ (E237-238)) a sdílení problémů a rady uživateli („...sa na vás obrátí se svým problémem...“ (E110)). Uživatelé mají možnost v případě nesouladu zažádat o **změnu svého klíčového pracovníka** („Určitě. Určitě je ta možnost a už sa to aj stalo, jakože.“ (E195)) a totéž se týká i klíčových pracovníků („Né, já né, ale jakože tady to už bylo. Bylo, handl.“ (E197)). Pracovníci, kteří pracují v domově 5 let, se sami aktivně podílejí na dalším **samostatném vzdělávání** („Ano, vzdělávám. Třeba na internetu se dívám a takto si zjišťuju informace.“ (A227-229); „... ta kniha, kterou máme je dosti náročná. Je to složitě. Já jsem si to četla... Snažím se, když je čas. Když je čas, tak jo.“ (B237-239)), zatímco pracovníci zaměstnaní v domově 20 let již po práci další vzdělávání nevyhledávají („Mám jiné starosti.“ (E252); „Ne.“ (D501)). Jedním z důvodů bylo pracovní vyčerpání a absence motivace ke studiu („Ne. To je kolikrát člověk tak vyfluslý, že je rád, že je rád. Tak jako to né. Chybí tam ta motivace.“ (D503)).

V kategorii **HODNOCENÍ KLÍČKŮ (6)** jsme abstrahovali celkem 9 kódů a rozdělili ji na dvě subkategorie: **Přínosy IP a Úskalí IP**. Do subkategorie **Přínosy IP** náležely 3 kódy: **Aktivity, Péče, Přínos**. Do subkategorie **Úskalí IP** náleželo 6 kódů: **Obtíže, Cygnus, Nespolupráce uživatele, Závist, Služky, Spolupráce s rodinou**.

Z nasycenosti kategorie jsme odvodili dva rozdílné pohledy pracovníků na přínos individuálního plánování. První skupinu tvořili pracovníci pracující v domově 5 let. Tito spatřují přínos individuálního plánování především v aktivizaci uživatelů. Domov nabízí **aktivity** jako je skupinové cvičení („...uživatele vezmeme třeba na skupinové cvičení, aby se podíval... a potom vlastně ho pravidelně bráváme na nějaké ty aktivity.“ (A166-168)), navazování nových sociálních kontaktů („...popřípadě ho tam seznámíme s někým, kdo je z jeho bydliště...“ (A167-168)), různé společenské akce a duchovní oblast („pak jsou to společenské činnosti, což jsou různé společenské akce, duchovní záležitosti, jejich duchovní život a tak dál.“ (B59-61)). V domově probíhají pravidelné společenské a kulturní akce („Bude Fašank, budeme mět vystoupení...“ (C516); „Bude oslava Masopůsta...“ (D517); „Stavění

mája...“(C518)). Dalším přínosem individuálního plánování je zajištění kvalitní **péče** o uživatele („...v rámci péče třeba. Tak si myslím, že sa snažíme na nejvyšší míru. Kdyby některé ty babičky, řeknu to tak, byly doma, tak sa ani nekúpů, ani neuvaříja, ani já nevím co...“(E278-279)), naplnění potřeb člověka („Důležitá je hlavně potřeba klienta.“(E64); „...já furt říkám, že to ten přínos, protože kdyby jsme se těch uživatelů neptali, na ty jejich přání a na ty jejich potřeby, tak by prostě dělali bysme automaticky nějakou práci, jó, že bysme jim děli tu hygienu a tak...“(B180-182)), stanovení cílů je motivačním prvkem pro uživatele („...ale tady tuto, tím, že si oni určí sami, ty svoje cíle, tak je to pro ně jak jsem říkala ta motivace...“(B183)) a pro pracovníky se díky individuálnímu plánování vytrácí punc jednotvárnosti práce, která se tak stává různorodou („... a ta práce není jednotvárná a je to takové... zpestření.“(smích)(B183)). Do popředí je zaměstnanci vyzvedávána individualita člověka („Jako přínosem tady tohoto individuálního plánování považuju to, že každý uživatel je jedinec, který vlastně má určité nároky a nemusí souhlasit s druhým uživatelem. Takže ke všem je přistupováno individuálně. Žádný plán se neopakuje, není stejný.“(A60-64)), což je jednoznačně hodnoceno jako **přínos**.

Druhý pohled tvořily výroky pracovníků s praxí 20 let. Z jejich hodnocení vyplynulo, že individuální plánování nemá pro uživatele přínos („...toto já si myslím, že jak sa ptáte, jestli je to pro ně přínosem, tak já si myslím, že ne.“(D407-408)) a to z důvodu, že chtějí mít svůj klid („Tito lidi, co tady jsou, mají většinou zájem se najíst, napít, vyspat, jó, ty základní svoje potřeby a hlavně mět svůj klid.“(D304); „A oni místo klidu furt mají se o něco zajímat.“(D436)) a sami se na tomto procesu podílí neradi („Mě vadí, že lezu těm lidem do soukromí do jejich osobního života, proto se na tom rád nepodílím.“(D505-506)).

Mezi úskalí a **obtíže** při individuálním plánování klíčoví zmiňovali vzájemné vztahy klíčových pracovníků a uživatelů („...není dobrý vztah k tomu uživateli, že si jako by „nesednou“.(A192-193)), vytvoření závislosti uživatele na poskytované péči nebo na klíčovém pracovníkovi („...je závislý na té službě nebo konkrétně na té osobě...“(A235)), vyžadování péče, jež není předem dohodnutá („...nebo požaduje to, co chce jiný uživatel a není to třeba.“(A236)), nejednotnost a rozdílnost názorů školitelů dalšího vzdělávání v oblasti individuálního plánování („Já jsem měla asi 3 školení a každé bylo úplně jiné a museli jsme to neustále přepracovávat.“(B259)), pokles schopností v sebeobsluze uživatelů a zhoršený zdravotní stav („Klesají zdroje.“(B213); „to onemocnění bývá takové...“

(D117)), nedostatek počítačů na pracovišti („...co je ještě to úskalí v tom, že máme k dispozici jenom 1 počítač, a když chceme zapisovat, tak prostě se musíme nějak prostřídat.“ (B214)), absence koordinátora individuálního plánování („Podpora koordinátora, když potřebujeme nutně pomoc, ano, jdeme se zeptat, ale teďka jsou u nás nějaké takové změny, jak se to řekne... provozní změny, takže teďka momentálně pár dní, co to, prostě nemůžeme se na nikoho obrátit, jo. Ale v brzké době budou změny a už by to zase mělo fungovat dobře.“ (B241-244)), neporozumění plánování ze strany uživatele („vlastní chápání toho člověka, proč se to dělá, protože on si to ani jako nepřeje moc.“ (D424)) a stanovení nerealizovatelných cílů v individuálním plánu („...ty nerealizovatelné cíle“ (B204)). Dalším úskalím v procesu plánování je pro pracovníky plánování a zapisování informací do programu **Cygnus** v počítači („...ten Cygnus je hrozně zavádějící jako. To vás vyloženě zavádí..., že to není osobní. Jako tam sů prostě kolonky, kterých musíte vlézt, a musíte, aj když ... třeba vás to nepustí dál. Jakože není to dobré tady te. Moc se mě to nelíbí.“ (E183-185)). Zapojení samotného uživatele do procesu plánování hraje velmi důležitou roli. **Nespolupráce uživatele** a jeho nechuť podílet se na tomto procesu je pracovníky hodnoceno a vnímáno jako nejtěžší věc v průběhu individuálního plánování („...že nechce někdy plánovat...“ (A234); „...že se stává u některých uživatelů, že nechtějí nic si plánovat, chtějí v klidu dožít, nic je nezajímá, a toto je vlastně asi to nejhorší co může být.“ (A83-85)). Velkým problémem se ukázala **závist** ze strany uživatelů vůči poskytované péči, kterou personál zajišťuje jiným uživatelům („No jasně! Oni si závidí. Oni jak vidí, že idete to, tak ona chce taky to, no.“ (E117)). Je tedy běžné, že se pracovníci díky závisti potýkají s nároky uživatelů, kteří po nich vyžadují činnosti, které sami zvládají („... někteří, což opravdu nás tedy ranní, řeknou: „Obleč mňa, si za o placená. Tús oblékala také, obleč i mě.“ (B268-269); „To je klasická věc je donáška oběda. Teda jídla, ne jenom oběda. Oni si to mezi sebou řeknou, i ti, co by mohli chodit, tak najednou nemůžou...“ (D541-544)). Nemalým úskalím pracovníků v přímé péči, kterému musí dennodenně čelit, jsou postoje některých uživatelů, kteří je považují za své **služky** („Některí klienti toho zneužívají, že vyloženě si myslí, že jste jejich služka jakože.“ (E108-109)), které si oni platí ze svého důchodu („A jste za to placení, že? Natahne ruku, nohu. Vy jste za to placení a donesete mě to, však vás za to platíme. My vás za to platíme.“ (C570-571); „Ano. Já si vás platím, tak....“ (D572); „Ona byla z Bánova a dycky měla plno řečí...“však já si vás platím.““ (D575-576)) a také z poskytovaného příspěvku na péči („...kde chodíja ty peníze, ten pří-

spěvek na péči, však tolik peněz nám nejde.“ (C573-574)). Jako další úskalí se v hodnocení klíčových pracovníků ukázala **spolupráce s rodinou**, která není vždy ideální („... *nespolupráce rodiny...*“ (A188); „*taky to, že by byla dobrá ta komunikace s tou rodinou a ta rodina, prostě říkám, buď se mjíjme, nebo jezdí velice málo.*“ (B204-205); „*Kolikrát je to aj mylné. Rodina řekne něco a platí něco jiného, jó. Kolikrát dotyčný řekne taky něco, a rodina řekne, no jo, ale to tak není, ono je to zase jinak. Takže tam se to hádá mezi sebou, tady ty věci.*“ (D439-441)) a pracovníci často musí čelit i různým obviněním rodinných příslušníků („...*sme obviňováni z kdejakého průseru. Ať se to týká peněz, ať se to týká hader a tak podobně. Za všechno můžeme my, jako ne jenom jako ti co sů na směně, ale ti všichni. Oni už to pak hodí do jednoho pytle všechny.*“ (D263-265)).

Do kategorie **ZLEPŠOVÁKY (7)** byly sloučeny 2 kódy: **Ideální počet** a **Změna v DS**.

Pracovníci domova mají zpravidla jako klíčoví pracovníci v péči 3-5 uživatelů („*Já mám teda 3 uživatele...*“ (A238); „...*měl jsem šest, teď mám pět.*“ (D552)). Jsou i případy, kdy klíčový pracovník měl svěřeno 6-7 uživatelů („...*nekteřý aj šest, sedm má...*“ (C551)). Představy o tom, jaký by byl **ideální počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníka**, se poněkud lišily („...*a myslím si, že nějaké maximum je 4 - 5 uživatelů*“ (A238); „*Já bych těch 5. ...tak 4-5 na jednoho.*“ (B247); „*Tři. Maximálně tři. To by úplně stačilo.*“ (D549); „*No, takové 4, 5, no 5 mám teď. Tak jo, pět eště... Tak 4-5.*“ (E274)). V rámci zkvalitnění služby a **změn v domově** k lepším pracovním podmínkám pro pracovníky, by domov dle názorů pracovníků z oddělení CD potřeboval stavební úpravy („...*koncepce tohoto domova vlastně byla taková, že tady ti lidi budou šikovní, případně na vozíčku, budou sice se slabou dopomocí, vždycky byly soběstační téměř ve všem. Ovšem situace jako taková se ve státě mění, přibývá lidí mnohem horších a za těchto podmínek není možné dál tak pokračovat.*“ (D602-605)), z bezpečnostních důvodů rozšíření zárubní od pokojů („*Protože postele jsou širší jak futra...v případě požáru budu potřebovat lidi bleskově vystěhovat ven, tak neprojede futrama.*“ (D609-610); „*Na Áčku, tam jako jsou široké, dá se projet, ale jinak ani boha, jó. No takže v podstatě tady toto je postavené na hlavu.*“ (D612-613)), vybudování výtahu do třetího patra části D („*Chybí tady výtahy. Bylo by potřeba i výtahy. Tady máte výtah do druhého patra. Na co je tu třetí patro, když tam není výtah.*“ (D613-614)). Pracovníkům v části C a D chybí dále společné bezbariérové koupelny na jednotlivých patrech („*Usilujeme o koupelny všude z toho titulu, že se zhoršují lidi a je přijímáno mnohem*

víc lidí, kteří jsou v podstatě až už ležící jako, jó.“ (D589); „A ta koupelna tady ve trojce na tom C nebo D by sa zešla, protože my jich převážáme důle.“ (C593); „Chceme koupelnu ve trojce (třetí patro).“ (C588); „Důle je to vynikající, je tam přístup do těch kúpelek, tam je to bezbariérové, s vozíčkem najedeme, dobré. Důle je kúpelka, ležící popřevážáme, dobře, ale v tých dvojkách do tých sprch nevejde nikdo.“ (C597)). Práce je za těchto nevyhovujících technických podmínek pro pracovníky i uživatele náročná a sami pracovníci jsou si vědomi, že to má vliv na kvalitu poskytované služby („Za takových podmínek, za jakých to děláme, je ta služba špatně poskytovaná.“ (D592)). Klíčoví pracovníci z oddělení AB by chtěli více počítačů („...máme k dispozici jenom 1 počítač...“ (B213-214)) a kvalitní školení v oblasti IP („Já bych chtěla změnit asi to, že bysme měli mít opět školení ohledně to IP a plánu péče.“ (B256); „A chtěla bych prostě mět danou metodiku, jak to opravdu má byt, abysme se nemuseli bát, že když k nám přijde nějaká kontrola, že to máme špatně udělané.“ (B260-261)). Domov má kapacitu 165 míst („...tady je velký kolos. Tech lidí je tady strašně moc.“ (E288); „Teď ty velké kolosy sů opravdu k ničemu, jako...165 nebo 164.“ (E296)) a tak se zde objevuje i jistá anonymita („...je to, strašně je to anonymní tady. Anonymní, nelíbí sa mě to...“ (E306)) a výroky probandů poukázaly na skutečnost, že některé služby jsou poskytovány plošně a ne individuálně („Všecko je hromadně. Všechno je hromadně. Kúpe sa v pondělí tam, v úterý tam, ve středu tam, ve čtvrtek tam a v pátek sa převléká to. V sobotu ne, v sobotu sa dělá kostel, uklúzajů sa sesterny, v nedělu sa holí a dodělavá sa co je potřeba na celý týden a chystá sa na celý týden...“ (E303-305)). Jedna pracovnice vyjádřila názor, že by celé individuální plánování úplně zrušila („Já bych to úplně zrušila. Úplně, úplně.“ (E282)) a vrátila by se ráda k zapisování do sešitu („Zapisovali bysme tak, jak jsme to dělávali dřív.“ (E286)).

Za strategii jednání byla označena kategorie **TÝMOVÁ PRÁCE (8)** zahrnovala 4 kódy: **Tým, Vedoucí role, Porady, Koordinátor.**

Proces individuálního plánování v domově probíhá v **týmu** („...my jsme zvyklí pracovat v týmu.“ (B104-105)) a podílí se na něm pracovníci různých pracovních pozic, kteří přinášejí své poznatky („...dále se radíme s ostatními pracovníky, to znamená s pracovníky z přímé obslužné péče, s těma sociálníma pracovnicema, s vedoucí sestrou (vrchní) a s ostatními pracovníky.“ (A27-29); „...se staniční sestrou...“ (A145)) a také rodinní příslušníci

(„...i zdravotní sestry, sociální pracovnice, ehm... aktivizační pracovnice, i vlastně rodinní příslušníci.“ (B117-118)). Jeden pracovník se domnívá, že tým tvoří pouze pracovníci, kteří jsou s uživatelem denně v přímém kontaktu („Jenom ty, kteří jsou v přímém kontaktu, přímém kontaktu dnes a denně s tím člověkem.“ (D173)). Tento výrok poukazuje na chybné porozumění složení týmu v procesu IP. Z dalších výroků vyplynulo, že v týmu se společně **radí**, aby individuální plán mohl být správně nastaven („...su přidělena některému uživateli a teď si sestavuju ten plán a tak se ptám kolegyně: „A jak ty to vidíš? Nevidělas něco nebo... můžeš mi říct názor jaký ty máš na tady toto, mě se zdá, že uživatel se lepší, že se dokáže obléct, třeba vrchní díl oblečení. Zažilas to taky...“ (B166-168); „Každý řekne svůj názor...“ (E63)). V **roli vedoucího týmu** se necítí být tři dotazovaní („To jako ne že bych, já su klíčovka a bude to podle mě. To určitě ne. Důležitá je hlavně potřeba klienta, samozřejmě.“ (E63-64); „Že toto je taková spolupráce, že nemáme dané jako, že jako někdo je na výši, ale všichni stejně.“ (B168-169)) a jedna pracovnice označila sama sebe jako vedoucí týmu („...já si myslím, že já, protože všechno tak tyto podněty dostávám já od uživatele a všechno takhle si zařizuju já. A domlouvám.“ (A150-151)). Z analyzovaných dat byla zaznamenána rozdílnost názorů mezi odděleními AB a CD na pravidelnost vedení společných **porad týmů**. Porady týmů oddělení CD bývají průběžně („...průběžně s paní vrchní...“ (D284); „...já si myslím, že my máme poradu každý den.“ (E131)), zatímco pracovníci oddělení AB spíše žádné kolektivní porady nemají („Jako v týmu našich spolupracovnic spíše ne.“ (B171)). Důležitou roli v procesu IP hraje podpora koordinátora IP. V domově v současné době probíhají jisté provozní a personální změny a pracovníkům chybí podpora **koordinátora** („Hm... Podpora koordinátora, když potřebujeme nutně pomoc, ano, jdeme se zeptat, ale teďka jsou u nás nějaké takové změny, jak se to řekne... provozní změny, takže teďka momentálně pár dní, co to, prostě nemůžeme se na nikoho obrátit, jo. Ale v brzké době budou změny a už by to zase mělo fungovat dobře.“ (B241-244)). Někteří pracovníci si nebyli jisti, kdo je jejich koordinátorem IP a zda vůbec nějakého koordinátora v zařízení mají („Není.“ (C177); „Ne však kdo by nám, však kdo, co si my sami vyzporuje, my si řekneme.“ (D178); „Tož teoreticky Simona.“ (D180); „To tá Simona nás cosi ze začátku dycky když nám tak poradí nebo...“ (C181); „No ale teďka už ... Sami.“ (D1822, 184); „...teďka už většinu si to dělááme sami, ty plány, nó.“ (C183)).

Do kategorie **PODPORA IP V ORGANIZACI (9)** jsme sloučili 5 kódů: **Metodika, Školení, Porady, Dostatek informací k IP, Supervize.**

Metodiku v zařízení vytváří koordinátorka IP, je zpracována písemně, je uložena na sesterně a pracovníci k ní mají otevřený přístup („*Metodiky vlastně jsou na mmm..., jsou zpracované... písemně, které vlastně jsou na sesternách... Máme k nim volný přístup. Ano můžeme kdykoliv nahlédnout a podívat se.*“ (A201-2012); „*Ano na sesterně. Koordinátorka nám udělala ... metodiku pro nás, která nám teda hodně při tom plánování pomáhá. Jinak máme knihu... Ehm... To co nám vytvořila koordinátorka ano, ale ta kniha, kterou máme je dosti náročná. Je to složité. Já jsem si to četla...*“ (B233-237)). Opět jsou patrné rozdílné názory dotazovaných na srozumitelnost metodiky. Zatímco klíčovými pracovníky na oddělení AB se zdá vypracovaná metodika srozumitelná a nápomocná k práci („*... je to tam dobře napsáno, srozumitelně. ...cokoliv potřebuju vědět, tak se vlastně sejdeme a řekneme si.*“ (A201-2013)) pracovníci na oddělení CD ji vnímají jako nesrozumitelnou („*No, někdy ani moc ne.*“ (D466)) a ruce svazující („*...dalo by se říct, že to svazuje až ruky. Jó, místo aby nás to volně nechalo si s těma lidima vykládat, tak my se podle něčeho máme řídit, jó. To je ta metodika. Ale co když to tak není? Co když to místo těch nalajnovaných linek pasuje a mluví se s tím člověkem, a dorozumívá se s ním a rozumíme si s ním jinak, než s tú metodiků. To je jako takové určení... to je norma a podle toho to tak bude, hotovo. No to je na nic.*“ (D466-472)). Zaměstnavatel je povinen ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách zajistit pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu 24 hodin ročně. V domově se pracovníci účastní různých **školení** několikrát ročně („*Já jsem měla asi 3 školení...*“ (B259); „*...asi 2 školení.*“ (A225); „*Máme pět, šest? Sedm aj?*“ (C492); „*Ted' přesný počet neřeknu, ale ty školení bývají jako, no. Spíš bych řekl, že to je podle situace, podle potřeb toho zařízení.*“ (D495-496); „*Letos 4 určitě, ale to nebylo všechno na IP nebo bylo? Já už ani nevím ty témata.*“ (E247)). Někteří pracovníci zmínili rozdílnost názorů jednotlivých školitelů, což má za následek přepracovávání metodických postupů a plánů („*Já jsem měla asi 3 školení a každé bylo úplně jiné a museli jsme to neustále přepracovávat. A chtěla bych prostě mět danou metodiku, jak to opravdu má být, abysme se nemuseli bát, že když k nám přijde nějaká kontrola, že to máme špatně udělané. Uděláme si plán péče, přijde školitel, řekne, máte to špatně, předěláme to. Přijde další, zas to předěláváme a pak prostě nevíme, co je dobře, co je špatně. Je důležité, aby teda člověk*

věděl, teda jak se to dělá to plánování, že když přijde ta kontrola, tak aj když to budu mít třeba špatně udělané, tak já vím, co ten uživatel dokáže, co já s ním dělám, takže já si to prostě toto obhájím, jó? Ale jestli to mám správně, nevím.“ (B261)). V rámci zkvalitňování poskytovaných služeb probíhají v domově **porady** pracovníků s vedoucí zařízení, kde mají pracovníci možnost a prostor pro vyjádření svých připomínek a dotazů („Porady v zařízení jsou pravidelné, jsou každý týden, každých 14 dní vlastně. Ano, po odděleních. Tam si všechno vyřikáme, co potřebujeme, jaké máme problémy, co se bude dít, abysme byli připraveni a tak.“ (B173-176); „... teoreticky pokud se do toho něco nenatentuje tak s paní vedoucí co 14 dní. Ona sa ptá a potom aj třeba mezi sebou...“ (D283-285)). Analýzou dat byl abstrahován výrok jednoho pracovníka vyjadřující nespokojenost s řešením připomínek ze strany pracovníků v přímé péči („Nelíbí se nám, že prostě připomínky zaměstnanců, nás jako v přímé péči, kteří jsme přímo v tom poli, dnes a denně se setkáváme s takovýma a takovýma problémama, když jsou dané na schůzi v potaz, tak nejsou brány v potaz. A není s nima děláno teoreticky téměř nic. Jó. Navrhovali jsme spoustu věcí, už nás to ani nebaví něco říkat, že opravdu se jako nic moc nehne.“ (D618-621)). V rámci podpory individuálního plánování mají pracovníci na oddělení odbornou publikaci („Jinak máme knihu...“ (B234)), ale některým se zdá tato publikace náročná na pochopení („...ale ta kniha, kterou máme je dosti náročná. Je to složitě. Já jsem si to četla...“ (B236-237)). Výroky dotazovaných vyjadřovaly, že v oblasti individuálního plánování mají v zařízení **dostatek informací** („Myslím si, že ano.“ (A223); „Až moc.“ (E245)). Ze strany zaměstnavatele je pracovníkům poskytována podpora proti syndromu vyhoření v podobě **supervize** („Ano. Je tady teďka supervize.“ (B241); „Já jsem byl na jedné před rokem...“ (D479); „Supervize? Ta mě zatím minula. Pokaždé (smích). Nebyla jsem na směně.“ (E240)). Ne všichni dotazovaní v supervizi spatřují pomoc a podporu, naopak ji vnímají jako povinnost a splnění nějakého dalšího nařízení úřadu („Jestli je to podpora tož to já bych zase neřekl.“ (D476); „Mě to je jedno, prostě no jako ta supervize je v podstatě akorát, že se splní zase papír někde z úřadu. Kdyby to mělo praktický dopad tak prosím, ale praktický dopad to nemá. Takže jako, když už něco začíná tím, že pokud to někde řeknete tak budete potrestaní, což co to má za smysl? To já nemosím nic říkat. Já, protože, já nic neřeknu a okolí města, dědiny víja co sa děje v domově, když to roznesou důchodci. Tož jak je budu trestat, ty důchodce? Dyť to je nesmysl, co ta supervizorka řekne. Nesmíte nikde nic říkat! Se to dozví...“ (D481-486)).

Kategorii **HODNOCENÍ SLUŽBY (10)** jsme v rámci paradigmatického modelu zařadili mezi „následky“. Zde byly sloučeny 2 kódy: **Poskytovaná služba a Zákon**.

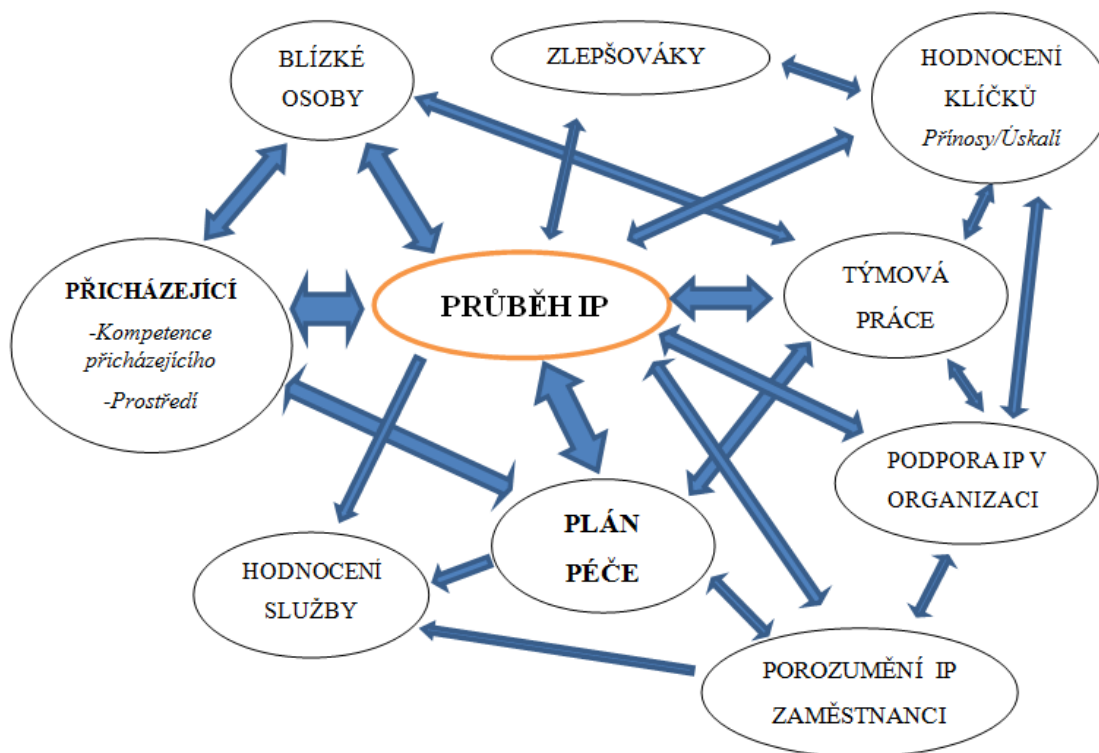
Pracovníci se vyjadřovali k **poskytované službě**, kterou sami dle jejich vyjádření považují za velmi dobrou („*Já si myslím, že ano, protože já třeba pracuji jako aktivizační pracovníce a myslím si, že je tady dost aktivit a všichni jsou co nejvíce zapojováni do těchto aktivit.*“ (A240-241); „*No kvalita služeb, já si myslím, že je na vysoké úrovni. Že se uživatelům musí tady líbit, protože mají tady opravdu vytvořené krásné podmínky. Velké pokoje, dobré stravování, mají tady hmm... společenské vyžití, můžou za kulturou i mimo zařízení. Takže a ty služby jsou pro ně poskytované opravdu, myslím si, že na úrovni.*“ (B249-252); „*No, já si myslím, že služby sů poskytované až nad rámec možností. Jako... Jako v rámci péče třeba. Tak si myslím, že sa snažíme na nejvyšší míru. Kdyby některé ty babičky, řeknu to tak, byly doma, tak sa ani nekúpů, ani neuvaříja, ani já nevím co, jakože... Enomže každý si na to velice rychle zvykne.*“ (E276-280)), ale zároveň sebekriticky připouští, že je stále co zlepšovat („*No je co zlepšovat.*“ (D556)). Výrok jednoho pracovníka nám poskytl pohled, jak on vnímá hodnocení pracovníků v sociálních službách ze strany veřejnosti a státu, a s tím související motivaci k práci a poskytovanou kvalitou služby („*A hlavně, aby se to zlepšovalo, tady chybí obrovská věc a tou je motivace, finanční motivace. Ano. Protože ta finanční stránka pracovníků jako takových je šíleně nedocenená. Je to neohodnocené společensky taky, jó, protože pořád je na nás pohlíženo, jak na nějaké sluhy a poskoky. Jó, když si to ty dotyční, ať je to rodina, nebo dotyční si to pletou s tím, že jsme tu od toho, abychom jim v podstatě lízali paty některým. Neříkám u všech. (důrazně) Jó, takže tady je ta motivace pro nás, jako pro lidi hlavně ta finanční obrovská jim chybí. Zarážejícím faktem je ten, že když ideme už jak se to teďka menuje, je to velice moderní, mělo se to jít do ciziny, po X letech od převratu, to su rád, že to možu říct, tak pořád není schopný stát nás za tuto práci ocenit. Jednoho krásného dne zestárnou všichni. I ti pitomí politici. Jó a tím pádem pak by měli poznat, co to je, když jsme nuceni, jó, takhle pracovat. Za těchto podmínek neustále slyšíme jednu věc: na nic nejsou peníze, jo. Přitom se ty peníze vyhazují do kdejakého cizího státu a na naše lidi se kašle. Takže tady toto je obrovské mínus, které prostě nás, jako brzdí v tom, abychom se o ty lidi mnohem líp starali než bysme měli.*“ (D559-569)). Měli jsme možnost srovnat výroky pracovníků, kteří pracují v sociálních službách před zavedením **zákona** 108/2006 o sociálních službách s výroky pracovníků,

kteří nastoupili do sociálních služeb již v platnosti tohoto zákona. Pracovníci s krátkou praxí hodnotí individuální plánování dle zákona jako přínosné („*No já si myslím /pokyvuje souhlasně hlavou/, že je to správně, protože všechno by mělo být naplánováno a vlastně už na začátku se zrovna ujasní to, co uživatel potřebuje od nás.*“ (A154-156); „*Je to dobré. Je to...já furt říkám, že to ten přínos...*“ (B180)). Naopak dlouholetí pracovníci s možností srovnání těchto dvou období vnímají individuální plánování jako zbytečné („*Jako pamatuju si dobu, kdy nebylo IP, někdo od stolu vymyslel zákonem to mosí byt, plánování, je to velice důležité! Je to úplně k ničemu.*“ (E104-106); „*Já bych to úplně zrušila. Úplně, úplně.*“ (E282); „*Jakože my už jsme věděli, která babička sa ide kúpat, mosí mět věci na tope-ní, aby sa jí zehříli, když sa kúpe. Vůbec sa nedělá to jak třeba tady sa stříhajú nehty jednu týdně. Tam prostě babina potřebovala ostříhat nehty, tak jsem šla a ostříhala jsem jí nehty. Tak úplně to bylo jiné. Né, toto sa nedá srovnat.*“ (E298-302); „*Před tím to bylo lepší.*“ (D343); „*Takové spíš nevím...*“ (C344); „*Bylo to klidnější.*“ (D345); „*Ano.*“ (C346)), jako nutnost z nařízení vlády a narušování soukromí uživatelů. Nevidí v plánování jeho pravý význam, jen byrokratickou povinnost („*Jó. Protože ted'ka vlastně svým způsobem díky jako nařízení z vlády jsme nuceni opravdu, lézt těm lidem do jejich osobního života. Mě osobně se to nelíbí. Proč. Proč já bych se měl někomu zpovídat, co bych chtěl, jak bych chtěl. Když něco budu chtět, tak přijdu, jako kdybych byl v jejich pozici, přijdu a řeknu si sám, jó? Ale proč já mám za tím člověkem chodit a vyptávat se ho. Kolikrát on třeba ani neví, jestli je sobota nebo neděla a ted' tam přileze někdo, a ted' chce po něm vědět: Chtěl byste to? Chtěl byste ono? Chcete tamto? Prostě ted' je to dost takové enom aby sa splnilo papírování. Ten přístup individuální to je k tomu člověku, ale ten člověk to chápe jinak než my. My to bere-me proto takto, že to musíme udělat.*“ (D347-371)).

5.2.1 Vyložení kostry analytického příběhu

Sestavili jsme schéma zakotvené teorie, která vystihuje jednotlivé vztahy mezi nalezenými kategoriemi. Původní vzniklé schéma bylo značně nepřehledné, a proto zde uvádíme jen nejdůležitější vztahy. Z realizovaného výzkumu vyplynulo, že pokud má být sociální služba kvalitně poskytována, je důležité správné nastavení individuálního plánu a plánu péče. Oba plány spolu úzce souvisí. Následující schéma (obr. č. 4) zachycuje průběh individuálního plánování ve zkoumaném domově pro seniory pohledem klíčových pracovníků a důvěrníků.

Obr. 4 – Průběh IP pohledem klíčových pracovníků a důvěrníků



Zdroj: Vlastní výzkum 2015-2016

Centrem a hlavním středobodem **průběhu individuálního plánování** je nástup nového uživatele do domova. Prvními osobami, které vstupují do kontaktu s novým uživatelem, který je v té době veden jako zájemce o službu, jsou sociální pracovníci. Setkávají se na sociálním šetření, kde získávají prvotní informace o stavu žadatele o umístění do domova pro seniory. Tyto informace poskytují před nástupem zájemce klíčovými pracovníkům/důvěrníkům a získané poznatky se tak stávají prvotními podklady pro vytvoření adaptačního individuálního plánu a plánu péče. Vstupní informace mapují **prostředí a kompetence nově přicházejícího**. Ne vždy ale zjištěné informace odpovídají skutečnému zdravotnímu stavu, ve kterém nový uživatel nastupuje. Tuto rozdílnost vidí pracovníci v časové prodlevě mezi sociálním šetřením a dobou nástupu, kdy se mnozí zájemci zhorší po zdravotní stránce. I přes tuto skutečnost klíčoví pracovníci a důvěrníci oceňují poskytnuté informace, které jim nastíní, co všechno asi bude nový uživatel potřebovat. Noví uživatelé přicházejí nejčastěji z domácího prostředí nebo z LDN. O tom, jak bude individuální plán nastaven, rozhodují jejich **kompetence**. Do domova jsou nyní přijímáni lidé s větší mírou potřebnosti a závislosti na péči jiné osoby. Většina nově přichozích je imobilních,

často prodělali centrální mozkové příhody a trpí stařeckou demencí. Komunikace s nimi je někdy velmi obtížná. Velký vliv na nově příchozího má podpora ze strany **blízkých osob**. Výroky pracovníků vypovídají o absenci rodiny u některých uživatelů. Rodinní příslušníci jsou rovněž důležitou součástí **týmu**, který se podílí na procesu individuálního plánování. Jejich intervence přináší klíčovým pracovníkům/důvěrníkům cenné informace a poznatky o dřívějším způsobu života jejich drahých, jejich zvycích a rituálech, čímž napomáhají v procesu adaptace na nové prostředí. Personál se mnohdy setkává s rozdílnými přáními rodiny a uživatele a také občasným slovním napadáním ze strany blízkých osob či osočování za ztrátu různých věcí. Klíčové pracovníky stanovuje vedoucí sestry, která je představí uživateli. Dojde k navázání prvního kontaktu, rozhovoru a začíná se budovat vzájemné poznávání a důvěra. Pokud během pobytu vyvstanou nějaké problémy ve vztahu mezi klíčovým pracovníkem/důvěrníkem a uživatelem, mají oba právo na změnu. V týmu je stanoven cíl IP a je nastaven prvotní individuální plán na adaptaci. Pracovníci sestavují plán možných rizik a mapují klientovy zdroje v různých oblastech. Jsou to činnosti, které uživatel zvládá sám, kde bude potřebovat dopomoc personálu a v jaké oblasti a úkonech bude zcela závislý na pomoci ošetřujícího personálu. Prostřednictvím metod rozhovoru, pozorování a analýzou dat shromažďují pracovníci nezbytné informace, které později zaznamenávají do programu CYGNUS. Nedílnou součástí individuálního plánu je sestavení **plánu péče** a také plánu rizik. V programu CYGNUS jsou vygenerovány čipové kódy na jednotlivé úkony, které pracovníci uživateli provádějí. Kódy jsou následně čipovány přes čtečky do počítače. Pokud se zdravotní stav uživatele v průběhu pobytu změní, pracovníci ihned reagují na tuto skutečnost a přehodnotí nastavený plán péče. Individuální plán je z počátku nastaven na 30 dnů, poté je přehodnocen a nastaven na půl roku. Kontroly plánu péče probíhají průběžně. Díky počítačové podpoře se cítí klíčoví pracovníci/důvěrníci poněkud naváděni k tomu, že plánování probíhá spíše u počítače bez přítomnosti uživatele. Klíčoví pracovníci/důvěrníci mají průměrně ve své péči 5 uživatelů. Jsou však i výjimky, kdy klíčový pracovník měl 7 uživatelů. Do pracovního týmu, který se podílí na individuálním plánování, dotazovaní řadí sociální pracovnice, všeobecné sestry, aktivizační pracovnice, vedoucí sestru a blízké osoby. Tento tým nemá stanoveného vedoucího a všichni si navzájem sdělují své postřehy. Analýza rozkryla nejednotné názory klíčových pracovníků/důvěrníků jednotlivých oddělení AB a CD v různých oblastech. Jednou z nich bylo probíhání porad týmu. Každý dotazovaný měl na konání porad jiný názor. Podle někomu se porady týmu

nekonají vůbec a jiní si myslí, že mají porady každý den. Pracovníkům chybí podpora koordinátora IP. Domníváme se, že oddělení CD potřebuje zásadní stavební úpravy. To vyvozuje z poznatků analýzy v oblasti nápadů na **zlepšení IP**. Zásadní zlepšení vidí dotazovaní ve vybavení domova, což povede ke zkvalitnění poskytované péče. Části budovy oddělení CD z jejich pohledu potřebují rekonstrukci, protože byly koncipovány pro soběstačné osoby. V současné době již velmi málo uživatelů využívá koupelny na pokojích. Dotazovaní navrhovali vybudování bezbariérových koupelen v prvním a ve třetím patře v části „D“, vybudování výtahu do třetího patra, protože končí již ve druhém patře. Z bezpečnostních důvodů rozšíření zárubní dveří pokojů. Klíčoví pracovníci oddělení AB by v rámci zlepšení IP přivítali více počítačů a kvalitní školení na IP a také jednotnost názorů školitelů. V rozhovorech vyplynuly na povrch obavy pracovníků z případné inspekce kvality, aby měli plány „dobře nastaveny“. V oblasti **hodnocení spokojenosti** klíčových pracovníků/důvěrníků s procesem IP jsme zaznamenali opět rozdílnost názorů. Domníváme se, že to souvisí s délkou praxe v sociálních službách. Pracovníci s délkou praxe 5 let vyjadřovali spíše spokojenost a **přínos procesu IP** jak pro uživatele, tak pro pracovníka. Vyzvedli individuální přístup k uživateli, naplňování jeho potřeb a stanovení si cílů, které mohou být pro uživatele motivačním prvkem. Odpovědi dlouholetých pracovníků v sociální oblasti vyjadřovaly **nespokojenost s IP**. Zaznamenali jsme postoje, které ukazovaly, že pracovníci plánují pouze z nutnosti a v IP nevidí žádný smysl. Plánují s uživateli, protože to vychází z legislativního ukotvení zákona „a musí se to prostě dělat“. Z jejich pohledu nemá IP žádný přínos pro nikoho v organizaci, je to jen další zbytečná administrativa. Nejraději by vše vrátili do doby před platností zákona, jak deklaruje následující výrok: *„Jako pamatuju si dobu, kdy nebylo IP, někdo od stolu vymyslel zákonem to musí být, plánování, je to velice důležité! Je to úplně k ničemu. Já bych to úplně zrušila. Úplně, úplně.“* U těchto pracovníků byly zaznamenány příznaky syndromu vyhoření. Mezi nejčastější **úskalí**, s nímž se klíčoví pracovníci/důvěrníci setkávají, jsou neochota uživatele plánovat, nespolupráce rodiny či jejich nepřiměřené požadavky, závist mezi uživateli a vyžadování úkonů od personálu, které doposud zvládají sami. Jednou z nejtěžších překážek je pro klíčové pracovníky/důvěrníky postoj některých uživatelů, kteří je považují za svoje sluhy a služby. Dávají jim najevo, že si je platí z důchodu a z přiznaného příspěvku na péči, a proto jim musí všechno udělat. Rovněž pracovníci zaznamenávají vytvoření závislosti uživatelů na poskytované službě. Dalším úskalím jsou školení v oblasti IP. Rozdílnost ná-

hledů školitelů vnáší pracovníkům do jejich práce nejistotu. Vnímají, že tato podpora není jednotná a při příchodu kontroly či inspekce se obávají možných problémů. Za **přínosné** hodnotí pracovníci aktivizaci uživatelů a jejich zapojování do různých aktivit, které v domově nabízejí. Probíhá zde společné cvičení, zpívání, vaření, rukodělné práce a uživatelé mají možnost navazovat nové sociální kontakty a mnohdy mají v domově větší kulturní vyžití, než kdyby byli v domácím prostředí. Pracovníkům se dostává **podpory ze strany organizace**. Probíhají porady s vedoucí domova a jednotlivých oddělení. I v této oblasti byly ve výrocích zaznamenány rozdílné názory. Někteří pracovníci se vyjádřili, že mají sice prostor se na poradách volně vyjádřit, ale jejich připomínky nejsou stejně brány na vědomí a nic se neřeší. Metodika je dle výroků dotazovaných zpracována srozumitelně a je pracovníkům volně přístupná. Jeden výrok naznačoval, že metodika pracovníkům „...svazuje ruce.“ Pracovníci mají rovněž k dispozici odborné publikace věnující se problematice IP. Organizace poskytuje pracovníkům další vzdělávání dle nařízení zákona, zaměstnanci absolvují různé kurzy a školení. Ne každé školení však hodnotí přínosně, liší se odborností školitele. Doma se většina dotazovaných již samostatně nevzdělává. Opět to souviselo s délkou praxe v zařízení. Pracovníci pracující v sociálních službách 5 let si vyhledávají další informace o IP i ve svém volném čase, zatímco dlouhodobí pracovníci již nemají chuť. V domově probíhá podpora pracovníků v podobě supervize. I zde byly zaznamenány negativní postoje dlouholetých pracovníků, kteří nespátřují v supervizi žádný přínos. Obecně vnímají pracovníci podporu ze strany zaměstnavatele jako dostačující a **poskytovanou péči v domově hodnotí** na vysoké úrovni, mnohdy až za nadstandardní.

5.2.2 Shrnutí II. části výzkumu

Cílem výzkumu bylo zmapovat proces individuálního plánování pohledem klíčových pracovníků/důvěrníků ve vybraném domově pro seniory. Rovněž jsme se zaměřili na to, jaký přínos a úskalí spatřují klíčoví pracovníci/důvěrníci v procesu IP. Proces IP začíná v domově již při jednání se zájemcem. Dříve než dojde k uzavření Smlouvy o poskytnutí pomoci, si sociální pracovnice vyjasňují s žadatelem průběh a nastavení služby, zjišťují jeho potřeby, možnosti a očekávání od služby. Získané vstupní informace o žadateli, z něhož se stává nástupem do domova uživatel, následně předají několik dnů před jeho nástupem pracovníkům v přímé péči. Ti mají možnost se na příchod nového uživatele dostatečně připravit. Klíčového pracovníka/důvěrníka stanovuje vedoucí sestra, která ho také

představí novému uživateli při příjmu, pokud zrovna v domově vykonává službu. Klíčový pracovník/důvěrník zpočátku navazuje kontakt s novým uživatelem a snaží se vytvořit příjemnou atmosféru. Další fází klíčového pracovníka/důvěrníka je tzv. mapování, kde za využití metody rozhovoru a pozorování pracovníci zjišťují klientovy zdroje (vnitřní – vlastní možnosti a schopnosti, a vnější – blízké osoby, finanční zdroje a další). Následně je sestaven společně s týmem kolegů individuální plán/adaptační plán, který slouží na první 3 měsíce. Současně je vytvořen plán rizik a plán péče. Jsou nastaveny číselné kódy jednotlivých činností, ve kterých budou pracovníci uživateli pomáhat a činností, které budou pracovníci provádět zcela. Dochází ke stanovení osobního cíle uživatele, což může být například zlepšení hybnosti, trénink paměti, adaptace na nové prostředí apod.. Mnohdy je tento cíl stanoven nereálně a z některých výroků dotazovaných je dokonce patrná absence stanovení cílů s uživatelem a vyjádření jeho souhlasu s nastavenou službou. Analýza prokázala, že v domově je zaveden způsob počítačové podpory. Pracovníci zpracovávají získané informace v programu Cygnus. Tato podpora jim na jednu stranu pomáhá hlídat termíny přehodnocování plánů, ale na druhou stranu je nutí „sedět“ u počítače a plánovat bez přítomnosti uživatele. Plány jsou podle okolností přehodnocovány a upravovány a měly by vždy odrážet aktuální zdravotní stav uživatelů. Mnozí pracovníci však upravují individuální plán bez souhlasu a vědomí uživatelů. Zaznamenali jsme v domově absenci realizace IP a naplňování jednotlivých kroků k dosažení stanovených cílů. Pracovníci vše zaznamenávají do plánu péče, ale se stanovenými cíli v IP dále nepracují. Tuto skutečnost přikládáme právě počítačové podpoře, plánování IP u počítače a nedostatku porozumění IP ze strany personálu.

Velmi důležitým faktorem v IP jsou osoby blízké, které uživatele doprovázejí. Tyto osoby jsou pracovníky považovány za členy týmu, který se podílí na IP. Také zdravotní stav uživatelů hraje velkou roli v IP. Dotazovaní z oddělení CD uvedli, že domov byl koncipován pro „soběstačné lidi“. Dnes jsou přijímáni lidé spíše imobilní, po různých cévních mozkových příhodách a s demencí, s nimiž je komunikace velmi náročná a potřebují péči ve všech oblastech. Stanovovat si cíle u těchto osob shledávají pracovníci jako nesmírně náročné. Zde právě rodina významně pomáhá pracovníkům dotvářet obraz dřívějšího života uživatele.

Pracovníci s dlouholetou praxí srovnávali období „před“ a „po“ zavedení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Jejich výroky jednoznačně poukazovaly na lepší hod-

nocení období před platností zákona. Chtěli by toto období vrátit, více se věnovat uživatelům a jejich potřebám. Mají pocit, že zjišťováním potřeb a přání uživatelů jim „lezou do jejich soukromí“ a mnohé zjišťované informace jim přijdou příliš osobní. V individuálním plánování vidí jen povinnost a nenalézají v něm žádný smysl. K supervizi se staví odmítavě a nepovažují ji za účinný nástroj pomoci.

Jinak to vidí dotazovaní pracovníci s dobou praxe 5 let. Tito klíčoví pracovníci/důvěrníci považují IP za přínos pro jednotlivce a vidí v něm smysl a naplnění klientových potřeb a přání. Obecně se klíčoví pracovníci/důvěrníci shodli, že **přínosem IP** je kvalitně poskytovaná péče, aktivizace uživatelů, zajištění jejich fyzických, duševních a sociálních potřeb. Každý individuální plán je neopakovatelný a je sestaven právě na potřeby každého jedince. Někteří pracovníci považují IP za motivaci seniorů a jejich zapojení do dění domova a další etapy nového života. Pracovníci dennodenně musí čelit různým **úskalím v procesu IP**. Jako jedno z největších úskalí označili klíčoví pracovníci/důvěrníci nechuť uživatele plánovat. Dalšími jsou nespolupráce rodiny a jejich někdy nepřiměřené požadavky. Mnohdy se cítí klíčoví pracovníci/důvěrníci za svoji namáhavou práci naší společností nedoceňeni. Vnímají, že společnost na ně pohlíží jako na někoho, kdo vykonává „podřadnou práci“. Také finanční ohodnocení je velmi nízké a neodpovídá namáhavé práci, kterou musí pracovníci v přímé péči zvládnout na vysoké úrovni. Pracovníci ne zřídka zaznamenávají postoje některých uživatelů, kteří je považují za osobní služby. Výjimkou není ani závist ze strany uživatelů jednoho vůči druhému a požadování provádění úkonů po personálu, jichž se dostává jiným uživatelům. Rovněž velká kapacita domova, nedostatečný počet pracovníků, velká rozlehlá jednotlivá oddělení a také nedostatečné technické vybavení jsou pracovníky vnímány převážně negativně. V analýze jsme zaznamenali rozlišnosti názorů pracovníků oddělení AB a CD na problematiku týkající se zhodnocení konání porad týmů podílejících se na IP, skladby jednotlivých týmů, vedení týmů, a porad pracovníků PSS probíhajících v zařízení s vedením domova. Domníváme se, že tato rozdílnost nasvědčuje nejednotnému vedení pracovníků v oblasti IP. Jako jedno z úskalí označili pracovníci v současné době chybějící metodické vedení koordinátora IP a nedostatek časové dotace. Ze strany zaměstnavatele se zaměstnancům dostává podpory v podobě společných porad, supervizí, zpracovaných metodických postupů, pravidelných školení a odborné literatury na pracovišti.

Data naznačila oblasti, ve které mají pracovníci základní nedostatky v porozumění smyslu a procesu IP jako je například absence znalostí metody SMART, nutnost plánování v přítomnosti uživatele a oblast stanovování cílů s uživatelem. Hlubková analýza přinesla další zajímavý poznatek. Ačkoliv je v domově IP zavedeno již od roku 2007, a samotnou péči o uživatele pracovníci hodnotí jako velmi kvalitní a nadstandardní, stále je péče poskytována převážně plošně místo individuálně. Pracovníci se pak cítí nespokojeni a mnohdy frustrováni. U značné části dlouholetých pracovníků převažuje zdravotnický pohled na IP, což vychází ze zdravotnického modelu vedení domova. Určitá část těchto pracovníků je ve fázi neuvědomování si potřeby změny. Někteří klíčoví pracovníci/důvěrníci reagují s odporem či rezignací a jsou u nich patrné náznaky syndromu vyhoření.

5.3 Doporučení pro praxi

Ze získaných poznatků z obou částí výzkumu jsme vyvodili následující doporučení pro praxi. Domov má kapacitu celkem 165 uživatelů. Je rozdělen na dvě oddělení AB a CD. Jednotlivá oddělení jsou velká a chybí zde pozice úsekové vedoucí. V domově je doposud zaveden zdravotnický model. Všichni pracovníci v přímé péči spadají pod vedení vedoucí sestry. Ukazuje se zde řízení pracovníků, které je více zaměřeno na plán péče než na individuální plánování. Analýza ukazuje na nejednotnost přístupu ve vedení pracovníků a nutnost podpory zaměstnanců ze strany vedení domova a vytvoření odpovídajících podmínek pro kvalitní plánování. Přihlédneme-li k vyhodnocení z I. části výzkumu, bylo velkým překvapením zjištění, že větší polovina pracovníků s praxí v domově 2-5 let není s nastaveným průběhem IP spokojena.

Naším prvním doporučením je zavedení sociálního modelu v domově namísto stávajícího zdravotnického modelu a změna organizační struktury, kdy pozici vedoucí sestry zaujme sociální pracovník. Další krok spatřujeme v rozdělení jednotlivých velkých oddělení na menší úseky. Na každém úseku doporučujeme stanovit úsekovou vedoucí. Tím dojde ke zlepšení organizace práce a k jejímu zefektivnění. Na oddělení CD se vybudováním samostatné sesterny v části oddělení „D“ zmírní přetížení pracovníků. Ti zde pracují v malém počtu na velkou rozlohu domova a jejich sesterna je pouze v části „C“. Nesčetněkrát za den tedy musí zdolat velký kus cesty mezi jednotlivými odděleními. Jsou pak fyzicky více vyčerpáni než pracovníci oddělení AB. Navíc budou lépe znát své svěřené uživate-

le, o něž pečují, a jejich potřeby. Následně může dojít k odbourání plošného poskytování péče a zavedení individuálního přístupu. Z hlediska nedostatečného technického vybavení navrhujeme postupně vybudovat bezbariérovou koupelnu v 1. a 3. patře oddělení „D“. Jsme si vědomi, že toto bude spíše dlouhodobá záležitost, neboť půjde o velkou investici a zásah do rozpočtu celé organizace.

Vzhledem k tomu, že výsledky poukazují, že téměř polovina klíčových pracovníků/důvěrníků domova se nerada účastní na procesu IP a nepovažuje tento proces za přínosný, doporučujeme se zaměřit zvláště na podporu pracovníků ze strany vedení a managementu domova. Významné podpory se jim může dostat ze strany koordinátora IP. Doporučujeme proto znovu zavedení této strategicky důležité pozice, aby se zaměstnanci mohli o někoho „opřít“. Pracovníci potřebují jasné vedení a metodickou podporu. Koordinátor může klíčovými pracovníky/důvěrníky pomoci rozvinout komunikační dovednosti, naučit je správnému vedení rozhovorů, stanovování cílů s uživateli a pomoci s dohledem nad realizací IP.

S tím souvisí další doporučení. Práce v programu Cygnus je zavádějící, a proto doporučujeme plánovat s uživatelem na jeho pokoji a přejít na zaznamenávání IP metodou tužky a papíru. Tato metoda se osvědčila v jiných domovech stejného typu. Odbourává u pracovníků pocit nedostatku času, protože záznamy nemusí následně zpracovávat do programu a mohou tak více času věnovat samotnému uživateli.

Jako další důležitá podpora pro klíčové pracovníky/důvěrníky se nabízí v kvalitním proškolení pracovníků v oblasti IP. Považujeme za důležité zvážit výběr „kvalitního“ školitele. Měl by to být odborník znalý v problematice IP s dobrými referencemi, aby investice do školení byla pro organizaci přínosná. Pokud se v domově střídá více školitelů, pak nedoporučujeme snažit se za každou cenu přijímat úplně všechny návrhy na zlepšení IP. Často právě neustálé přepracovávání již zavedených postupů může vnést pracovníkům do jejich práce zmatek a nejistotu.

Velký podíl na úspěchu vedoucímu ke zlepšení procesu IP v domově spatřujeme v motivaci pracovníků. Mnohdy slovní ohodnocení ze strany vedoucího pracovníka potěší více, než finanční odměna. Obecně je na práci pracovníků v sociálních službách pohlíženo jako na podřadnou a po finanční stránce se pracovníci cítí nedocenení. Slovní ohodnocení ze strany vedoucího pracovníka může vyvolat patřičnou chuť ke změnám.

Doporučujeme, aby mohli být klíčoví pracovníci/důvěrníci vždy na směně nástupu nového uživatele. Tím by mohli ihned při nástupu více spolupracovat s rodinou uživatele. Zvláště pokud jde o uživatele se ztíženou komunikací.

V oblasti zlepšení komunikace s nekomunikujícími uživateli vidíme možnost dalšího vzdělávání pracovníků v oblasti augmentativní a alternativní komunikace.

Navrhujeme dále zavedení pravidelných porad jednotlivých týmů alespoň 1x týdně, kde si budou předávat své zkušenosti pracovníci jednotlivých pracovních pozic, jimiž jsou: pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, všeobecné sestry, koordinátor IP, aktivizační pracovníce, vedoucí sestry (případně vedoucí domova) a případně i zástupce rodiny. Klíčovými pracovníky a důvěrníky by rovněž pomohla podpora v podobě výměnných stáží v jiných domovech stejného typu.

Významný problém, jenž se odkryl během výzkumu, byl nedostatek pracovníků zajišťujících přímou obslužnou péči v domově. Jsme si vědomi, že tento faktor je podmíněn finančními limity domova na personální obsazení. Tato problematika by mohla být dle našeho mínění v budoucnu řešena v novele zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Bylo by záhodné do budoucna stanovit limitní počet uživatelů na jednoho pracovníka, aby nedocházelo k přetěžování pracovníků v sociálních službách a srovnatelnost kvality jednotlivých sociálních služeb by tak mohla být na vyšší úrovni.

Za velký nástroj pomoci zaměstnancům považujeme supervizi. Jelikož v domově pracují zaměstnanci, u nichž se vyskytují příznaky syndromu vyhoření, doporučujeme zvážit individuální supervize.

Všechna uvedená doporučení by mohla přispět ke zlepšení současné situace ve zkoumaném domově pro seniory a pomoci tak klíčovými pracovníky/důvěrníky v jejich nelehké práci a plánování.

ZÁVĚR

Každý z nás chce žít dlouho a kvalitním životem. Rok 2012 byl vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. Důvodem bylo, že Evropané stárnou a předpokládaný demografický vývoj není příznivý. I když stárnoucích lidí bude neustále přibývat, mohou se radovat z toho, že žijí déle než kdykoliv v minulosti. A přesto je stáří jednou zcela jistě dohoní a budou potřebovat pomoc někoho jiného. Budou si přát kvalitní péči, která jim zajistí důstojné a smysluplné prožití poslední etapy jejich života.

Současná situace v oblasti poskytované péče, zajišťování potřeb a individuálního plánování zatím není ve většině pobytových zařízení v České republice na odpovídající úrovni. Stále je patrna řada problémů a nedostatků. Aby byla poskytovaná služba kvalitní, je pro každou organizaci nezbytnou podmínkou mít správně propracovaný a nastavený systém individuálního plánování. K tomu je také zapotřebí, aby pracovníci, kteří se podílejí na procesu individuálního plánování, spatřovali v plánování významný a důležitý nástroj pomoci.

Diplomová práce se zabývá problematikou individuálního plánování pohledem klíčových pracovníků v domově pro seniory ve Zlínském kraji. Teoretická část se zabývá procesem individuálního plánování. V úvodní části přinášíme vhled do problematiky vývoje pobytových sociálních služeb pro seniory v České republice a charakterizujeme typického obyvatele domova pro seniory v kontextu jeho fyziologických, psychických a sociálních proměn, jež se objevují v procesu stárnutí. Zabýváme se legislativním ukotvením individuálního plánování a následně přibližujeme samotný proces individuálního plánování. Diplomová práce nás seznamuje s významem klíčového pracovníka, jeho kompetencemi a metodami, jež při své práci využívá. Jsou zde také zachyceny změny, jimiž organizace při zavádění individuálního plánování do praxe prochází.

Empirická část diplomové práce si kladla za cíl zmapovat proces individuálního plánování ve vybraném domově pro seniory ve Zlínském kraji pohledem klíčových pracovníků/důvěrníků. Na základě předem získaných poznatků jsme zvolili smíšený výzkum kvantitativní a kvalitativní. V I. části výzkumu, realizovaného dotazníkovým šetřením, jsme získali vhled do problematiky IP vybraného domova. Ve II. části výzkumu, jež byla pro náš výzkum stěžejní, nám hloubková analýza polostrukturovaných rozhovorů s pěti pracovníky poskytla mozaiku průběhu procesu individuálního plánování. Tuto mozaiku jsme následně seskládali dohromady. Výstupem byla zakotvená teorie, která nám nastínila pojetí a vztahy

zkoumaného procesu z pohledu dotazovaných klíčových pracovníků/důvěrníků. Data obou částí výzkumu se v mnohém shodovala. Z provedeného výzkumu lze vyvodit závěr, že získané poznatky můžeme zobecnit pouze v rámci zkoumaného domova.

Zákonná povinnost individuálně plánovat průběh sociální služby byla zavedena v roce 2007. Vybraný domov pro seniory je v současné době veden ve zdravotnickém modelu. Pracovníky v přímé péči řídí vedoucí sestra. V tom spatřujeme jednu z možných příčin, jež má za následek nejednotnost chápání a podpory procesu IP téměř u poloviny klíčových pracovníků/důvěrníků. Pracovníky domova bylo možné rozdělit na dvě početně téměř stejně velké skupiny. Jedna skupina vidí v individuálním plánování přínos pro uživatele a svoji profesi a je se systémem IP spokojená. Druhá skupina vyjádřila nespokojenost s nastaveným systémem IP. Pracovníci s délkou praxe více než 10 let, kteří měli možnost srovnání poskytované péče „před“ a „po“ zavedení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, vyjadřovali svoji nespokojenost s IP a nejraději by celé plánování zrušili.

Proces v domově je nastaven tak, aby splňoval základní kritéria daná zákonem. Proces začíná již u jednání se zájemcem o službu a následného uzavření smlouvy o poskytování pomoci podle standardu č. 3 a 4. Informace se dostávají od sociálních pracovníků k pracovníkům v přímé péči, potažmo ke klíčovým pracovníkům/důvěrníků. Individuální plánování se v domově děje v modelu počítačové podpory, což pracovníky odvádí od přímého kontaktu s uživatelem a vede spíše k plánování za „jeho zády“. V domově v současné době chybí podpora ze strany koordinátora individuálního plánování a vedení pravidelných týmových porad. Značné nedostatky se ukázaly v oblasti stanovování cílů s klientem a následná realizace kroků k dosažení zaznamenaných cílů. Individuální plán úzce souvisí s plánem péče. Odpovědi téměř poloviny dotazovaných klíčových pracovníků/důvěrníků naznačují, že v domově se plánuje spíše jen proto, že se to musí, protože to přikazuje zákon. Přestože je systém IP v domově zaveden již od roku 2007, má poskytovaná péče v domově převážně charakter rutinně vykonávané činnosti a systém skupinové péče. Pracovníci by sami uvítali přechod v některých oblastech od poskytování skupinové péče k péči individuální. Celkovou kvalitu poskytované péče hodnotí pracovníci jako na velmi vysoké úrovni.

Přínos této diplomové práce spatřujeme ve zmapování průběhu procesu individuálního plánování, jež nám poskytli jednotliví pracovníci. Tyto poznatky jsou velmi cenné a budou předány vedení domova. Mohou tak přispět ke zkvalitňování poskytované služby a zlepšení

procesu individuálního plánování ve zkoumaném domově. Ze získaných poznatků jsme následně vyvodili doporučení pro praxi. Jednu z výhod rovněž spatřujeme v možnosti, že s určitým časovým odstupem bude možné klíčovými pracovníkům/důvěrníkům opakovaně předložit dotazníkové šetření, jehož se účastnili. To umožní organizaci získat nové poznatky o vývoji a postupu v procesu individuálního plánování.

Pokud klíčoví pracovníci/důvěrníci vnímají individuální plánování jako zatěžující, nerozumí tomu, o co v něm skutečně jde, a vnímají jej jako byrokratickou zbytečnost, pak těžko mohou nenásilně a přirozeně pomáhat uživateli definovat to, v čem mu služba může pomoci. Mělo by tedy být hlavním úkolem jednotlivých služeb proškolení své pracovníky tak, aby získali porozumění pro individuální plánování, osvojili si dovednost přirozené komunikace a dokázali ji uplatňovat v praxi. Cílem individuálního plánování nemá být totiž pouze dokonale vytvořený individuální plán, ale hlavně skutečný zájem o klienta.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [2] BICKOVÁ, Lucie a Dana HRDINOVÁ. Proces individuálního plánování. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [3] CORSO, J. F., 1981 cit. podle STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, s. r. o., 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- [4] ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- [5] ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*, 2006. ISSN 1211-1244.
- [6] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. [on line]. [citováno 2015-08-09]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.
- [7] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [8] FRENKEL, Z. G., 1953 cit. podle HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Výroba: PBtisk Příbram, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [9] GOFFMAN, E., 1961 cit. podle VÁVROVÁ, Soňa. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb. Monografie*. Vydavatel: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009. ISBN 978-80-7318-869-6. [CD]
- [10] HAICL, Martin. Legislativní rámec plánování služby a způsoby jeho naplnění. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011. 272 s. ISBN 978-

80-904668-1-4.

- [11] HAICL, Martin, Veronika HAICLOVÁ. Metody individuálního plánování služby s uživateli. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011. 272 s. ISBN: 978-80-904668-1-4.
- [12] HÁJEK, M. *Motivace lidí*. [online]. © 2007 [cit. 2015-08-08]. Dostupné z: <http://www.vedeme.cz/pro-vedeni/kapitoly-vedeni/65-teorie-motivace/85-teorie-motivace.html>.
- [13] HAYFLICK, L., 1977, 1981 cit. podle STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, s. r. o. 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- [14] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Výroba: PBtisk Příbram, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [15] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. První vydání. Praha: nakladatelství Galén 2012, ISBN 978-80-7262-900-8.
- [16] HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, ISBN 978-80-247-3849-9.
- [17] HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory*. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- [18] HAVRDOVÁ, Zuzana a kol., *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: FHS UK, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.
- [19] HEZROG, Aleš, Lenka HERZOGOVÁ, *Individuální plánování v sociálních službách* [online]. © 2015 [cit. 2015-08-08]. Dostupné z: <http://www.individualniplanovani.cz/co-je-individualni-planovani/obsah-individualniho-planovani/>.
- [20] HERZOG, Aleš. Bez individuálního plánování nelze dělat sociální práci., str. 10, *Časopis sociální práce*, 3/2011, © 2011 [online] [cit. 2015-08-31]. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/soubory/sp3_2011_web-140320151102.pdf

- [21] HORECKÝ, Jiří. Klíčový pracovník v kontextu katalogu prací. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011. ISBN 978-80-904668- 1-4.
- [22] HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [23] HUPTYCH, M., 2009 cit. podle HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Výroba: PBtisk Příbram, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [24] CHLOUPKOVÁ, Soňa. SMART nemusí být „chytrý“. *Sociální služby*. Tábor. APSS ČR. Říjen, 2012.
- [25] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 1. Dotisk Havlíčkův Brod, 2008. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [26] JAROŠOVÁ, D., 2006 cit. podle MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [27] JEDLIČKA, V., et al., 1991 cit. podle DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [28] KALVACH, Z. Tělesné projevy stáří, In *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- [29] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. et al., 2004, cit. podle HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Výroba: PBtisk Příbram, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [30] KLAUS, V., 2008 cit. podle HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Výroba: PBtisk Příbram, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [31] KOČMAN, D., 2012 cit. podle HEZROG Aleš, Lenka HERZOGOVÁ, *Individuální plánování v sociálních službách*, [online]. © 2015 [cit. 2015-11-15]. Dostupné z:

<http://www.individualniplanovani.cz/co-je-individualni-planovani/obsah-individualniho-planovani/>

- [32] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [33] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- [34] MATOUŠEK, Oldřich., 2008 cit. podle DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [35] MERHAUTOVÁ, Jana a Radka MRAZÍKOVÁ. Jak individuálně plánovat. In BICKOVÁ, Lucie et al. *Individuální plánování v sociálních službách a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [36] MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0240-7.
- [37] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2. *Standardy kvality sociálních služeb*. © 2009 [online] [cit. 2015-08-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>.
- [38] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele*. Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR v rámci projektu „Vzdělávání v zavádění standardů kvality sociálních služeb“ koordinovaného společností EuroProfis, s.r.o. Vydání první, říjen 2008. [online] [cit. 2015-08-27]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf
- [39] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [40] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany. Učebnice pro obor sociální činnosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

- [41] PIERSON, John a Martin THOMAS. *Dictionary of social work*. Berkshire, England: Open University Press, 2010. ISBN 978-0-33-523881-1.
- [42] PLEVÁKOVÁ, R. *Individuální plánování v domovech pro osoby se zdravotním postižením očima pracovníků*. Zlín, 2014. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí bakalářské práce Soňa Vávrová. [online]
- [43] PRUDKÁ, Šárka. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. 1. vydání: Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-839-0.
- [44] PŘÍHODA, V., 1974 cit. podle HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Výroba: PBtisk Příbram, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [45] RABUŠIC, L., 2004 cit. podle HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vydání druhé. Výroba: PBtisk Příbram, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [46] ŘÍČAN, P., 2004 cit. podle DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [47] STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Přeložil Jiří KREJČÍ. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- [48] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ a kol., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [49] URBAN, D., 2010 cit. podle DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [50] VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0087-1.
- [51] VÁVROVÁ, Soňa. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb. Monografie*. Vydavatel: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009. ISBN 978-80-7318-869-6. [CD]

- [52] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [53] WOLF, J., et al., 1982 cit. podle DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
DD	domov důchodců
IP	individuální plánování
KP	klíčový pracovník
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
např.	na příklad
s.	strana
PSS	pracovník v sociálních službách
tzv.	tak zvaně
tzn.	to znamená

SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

<i>Obr. 1 – Maslowova hierarchie potřeb</i>	25
<i>Obr. 2 – Cíl společné práce</i>	30
<i>Obr. 3 – Cyklus a organizace plánování</i>	43
<i>Obr. 4 – Průběh IP pohledem klíčových pracovníků a důvěrníků</i>	86
<i>Graf č. 1 – Výzkumný soubor „A“ I. části výzkumu – dotazníkového šetření</i>	53
<i>Graf č. 2 – Pracovní zařazení PSS</i>	58
<i>Graf č. 3 – Počet uživatelů na klíčové pracovníky/důvěrníky</i>	59
<i>Graf č. 4 – Názory na metodiku IP v domově a informovanost v oblasti IP</i>	59
<i>Graf č. 5 – Hodnocení procesu IP v domově z hlediska přínosu pro zaměstnance, uživatele a časové dotace</i>	60
<i>Graf č. 6 – Vyjádření spokojenosti se systémem IP v domově</i>	61
<i>Graf č. 7 – Nejvyšší dosažené vzdělání a spokojenost PSS s IP</i>	62
<i>Graf č. 8 – Délka praxe a spokojenost pracovníků s IP</i>	62
<i>Graf č. 9 – Škála spokojenosti</i>	63

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1 – Změny ve stáří.....</i>	18
<i>Tab. 2 – Zdroje financování sociálních služeb v roce 2011</i>	28
<i>Tab. 3 – Fáze přijímání změn pracovníky.....</i>	31
<i>Tab. 4 – Předpoklady a kompetence klíčového pracovníka.....</i>	40
<i>Tab. 5 – Přehled přípravy a realizace výzkumu</i>	50
<i>Tab. 6 – Zastoupení klíčových pracovníků a důvěrníků na jednotlivých odděleních</i>	54
<i>Tab. 7 – Výzkumný soubor, „B“ II. části výzkumu – polostrukturovaný rozhovor</i>	54
<i>Tab. 8 – Přehled věku, dosaženého vzdělání a délky praxe PSS</i>	58
<i>Tab. 9 – Přehled jednotlivých kategorií.....</i>	65
<i>Tab. 10 – Paradigmatický model průběhu individuálního plánování ve vybraném domově.....</i>	66

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR

PŘÍLOHA P III: LOKALIZACE KÓDŮ

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane,

dotazník, který jste obdržel/a se zabývá názory klíčových pracovníků a důvěrníků na individuální plánování v domově pro seniory, kde v současné době pracujete. Prosím Vás o laskavé vyplnění tohoto dotazníku, které Vám nezabere víc než 10 minut. Dotazník je anonymní a získané informace budou použity jako podklad mé diplomové práce. Předem děkuji za Vaši ochotu a za Váš čas.

Ivana Dynková, studentka studijního oboru Sociální pedagogika, FHS UTB ve Zlíně.

Pokyny k vyplnění: u každé otázky označte křížkem jednu zvolenou odpověď.

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Váš věk:

- do 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 a více let

3. V současném zaměstnání pracujete:

- méně než 2 roky
- 2 - 5 let
- 6 - 10 let
- více než 10 let

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- středoškolské bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vysokoškolské
- jiné (uveďte)

5. V domově pro seniory jste zařazen/a jako:

- klíčový pracovník
- důvěrník

6. Kolika uživatelům děláte klíčového pracovníka/důvěrníka?

- napište počet: _____.

V tabulce označte křížkem na každém řádku odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor na individuální plánování (dále jen IP).

		ano	spíše ano	spíše ne	ne	nevím
7.	Je metodika IP v zařízení, kde pracujete, dle Vašeho názoru srozumitelná?					
8.	Považujete IP pro Vaši práci za přínosné?					
9.	Podílíte se na tvorbě metodiky IP ve vašem zařízení?					
10.	Jste spokojen/a se systémem IP ve vašem zařízení?					
11.	Máte dostatek informací k IP na vašem pracovišti?					
12.	Z hlediska kvality poskytovaných služeb považujete IP pro uživatele jako přínosné?					
13.	Podílíte se rád/a na IP?					
14.	Je časová dotace, kterou můžete IP věnovat během Vaší pracovní doby dostatečná?					

15. Jak často probíhají na vašem pracovišti porady zaměřené na individuální plánování?

- neprobíhají žádné porady
- týdně – napište kolikrát: _____
- měsíčně – napište kolikrát: _____
- ročně – napište kolikrát: _____

16. Zakroužkujte prosím v číselné řadě známku, která nejlépe vystihuje Vaši celkovou spokojenost s IP ve vašem zařízení (1 = největší spokojenost, 5 = nejmenší spokojenost).

1 2 3 4 5

Děkuji za Váš čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Příloha P II: ROZHOVOR

Rozhovor B

T – tazatel

Datum: 4.11.2015

ČAS: 15.00 – 16.00

Místo rozhovoru: vybraný Domov pro seniory

T: M., my se známe, takže já se tě ptám, jestli dáváš souhlas k tomuto rozhovoru, který bude využitý pro moji diplomovou práci?

B: Samozřejmě dávám.

T: Rozhovor bude zaznamenán, já potom přepíšu a bude to potom použito pro moji DP.

B: Ano.

T: Prosím tě, M., jak dlouho pracuješ v tomto zařízení?

B: Tak v zařízení pracuju 5 roků, pracuji na pozici pečovatelky, takže pracovník přímé obslužné péče.

T: Na jaké pracovní pozici klíčový pracovník nebo důvěrník?

B: Já su klíčový pracovník.

T: Jsi klíčový pracovník. ehm... Kolik máš uživatelů?

B: Mám na starosti 5 uživatelů. Jsem 5-ti uživatelům klíčový pracovník.

T: Mohla bys mě prosím tě popsat, jak probíhá proces IP ve vašem domově pro seniory? Takže od koho se dozvídáš, že ty se stáváš klíčovým pracovníkem?

B: Takže, když k nám přijde uživatel tak paní vrchní nám ehm... přidělí uživatele a já su jeho klíčový pracovník. Takže nejdříve děláme mapování toho klíčového pracovníka, to znamená, že si s ním musíme promluvit, zeptat se ho na jeho minulost, na jeho zvyklosti, ehm... a taky mu naslouchat, aby dostal k nám takovou důvěru a tak to... a je velice dobré, když... ehm... přijde k tomuto rozhovoru i rodina, protože i od té rodiny se můžeme dozvědět ty informace od toho uživatele a tak, no. No, a když už jsme si takto zmapovali toho uživatele, tak můžeme ehm... přistoupit k vytvoření ehm... plánu péče a individuálnímu plánu. Jako nedělá se to hned první den po nástupu, protože ten uživatel, musíme prostě vysledovat, co vlastně všechno on zvládne sám, co budeme dělat my, jako ošetřující personál. Takže když tady toto takto jaksi už víme, tak přistoupíme k vytvoření toho plánu péče. Plán péče má hmm... několik oblastí, emm... je to každodenní činnosti, jó, které děláme vlastně každý den s uživatelem. Ehm, tyto každodenní činnosti mají určité oblasti. Je to oblast hygieny, kde zjišťujeme nebo kde zapisujeme, jestli uživatel se sám umývá nebo mu pomáháme my. Éeee.. jestli se sám obléká, jestli si vybírá oblečení sám, prostě tady toto už máme takto zmapované, takže to zapisujeme, jo? Další oblastí ehm... je orientace. Jestli ten člověk si pamatuje ééé... osoby blízké, ošetřující personál, jestli pozná předměty denní potřeby, jó? Jestli ví, že je ráno, večer a tak dále. To je ta orientace toho uživatele, dále je to hybnost, jestli je to ležák nebo uživatel, který se dokáže posadit na lůžku, ééém, nebo ho přesunujeme z lůžka na vozík, jó? Takže to je taková ta hybnost, jestli používá kompenzační pomůcky, jako vozíček nebo chodítka. Takže to je ta hybnost, dále je to vylučování. Samozřejmě nekdo je šikovný nepotřebuje, jeinkontinentní, takže nepotřebuje žádné inkontinenční pomůcky, ale uživatelé většinu... ehm... používají u nás pleny nebo natahovací kalhoty nebo mívají u lůžka ehm... u lůžka WC křeslo. Takže

tady to máme také zmapované, jestli kolikrát ho přebalujeme, jaké pleny potřebuje, takže takto...

T: Můžu se zeptat, dostáváte vlastně vy nějaké vstupní informace, než ten uživatel k nám nastoupí?

B: Ano.

T: Dostane se k vám nějaká informace, jak ten uživatel bude vypadat?

B: Ano, ano, ano. První záznam máme několik dní před nástupem uživatele, kde máme taky odsociálních pracovníků zmapované, nebo asi z jejich šetření, ehm... vysledované co ten uživatel dokáže. Ono se to může měnit, protože přijde do druhého prostředí, byl doma, byl na LDN třeba a tady je toněco jiného, ale ty nejdůležitější věci, ehm.. vlastně z těchto oblastí, které teď jmenuji víme už, jestli se sám nají, třeba takovéto věci máme od sociálních pracovníků.

T: A je to pro vás dobré tady ty prvotní informace?

B: Je to pro nás velice dobré, je to dobré, protože víme, na co se máme připravit, jó? Říkám pro nás je to pak my upřesňujeme, protože s tím uživatelem denně pracujeme, jó? Ale nás to nakopne, abysme věděli, co máme si všechno pro toho uživatele nachystat, co on všechno bude potřebovat, jestli je ležák, že nepotřebuje, já nevím...ééé... , když používá pleny, že nepotřebuje slipy nebo kalhotky a takové, jako že už víme, co od toho uživatele máme očekávat.

T: Hmm. Říkalas, že vlastně sesbíráš informace, jak s těmito informacemi potom nakládáš? Přepisujete to do nějakého programu, nebo kam to zapisujete, sestavuje ten plán?

B: Ten plán zapisujeme do počítače v programu Cygnus, jó? Ehm.. na základě těchto údajů, které jak jsem říkala ééé..., sice ještě jsem nedokončila, protože to byl plán každodenních činností, ještě jsou další a možu...

T: Ano určitě, vrátíme se klidně, klidně.

B: Ještě jsou to aktivizační činnosti nebo aktivizační plán, kde ehm... sů oblasti v rozumové činnosti, kde klient nebo uživatel jaké má, měl nebo má záliby, další jsou to pohybové, pohybové činnosti ehm... kde ehm... jako... mmm... nějaké takové cvičení, které vlastně zlepšuje uživateli pohyb a pak jsou to společenské činnosti, což jsou různé společenské akce, duchovní záležitosti, jejich duchovní život a tak dál. To je to aktivizační a pak máme ještě rizikový plán, kde musíme vysledovat u uživatelů, jestli jim nehrozí nějaké nebezpečí, bývá to nebezpečí pádu, ehm... vysledováváme, jestli nemá třeba někde na pokoji třeba nějaké zbytečné koberce, aby nebo nějaké ty dečky aby o to nezakopával. A jestli uživatel vlastně éééé.... ví nebo cítí to riziko toho pádu nebo takto. Takže to takto zaznamenáváme. A když jak jsem říkala, máme tady tyto informace všechny, tak to zapisujeme do toho Cygnusu a na základě těchto všech informací nám vzniknou potom kódy, které denně čipujeme a ty kódy, to jsou vlastně ty činnosti ehm..., které my s uživatelem dennodenně děláme, ať je to ta ranní hygiena, ať je to oblékání, svlékání, prostě všechny tyto oblasti, které jsem jmenovala, se na vytvoří ty, ty čárové kódy a ty čipujeme denně, v tom Cygnusu.

T: K Cygnusu má každý přístup, takže každý vidí, co se s tím uživatelem dělá.

B: Ano, ano. To je když jsme měli jednu školení, tak jsem si zapamatovala (smích), že nám školitelka říkala, že když si někdo přečte tady tento plán péče, mmm, ať je to naše kolegyně nebo je to někdo cizí, tak podle toho plánu péče pozná, jaký ten uživatel je. Protože ono je to rozdělené, že mmm jsou tam klientovy zdroje a ty zdroje jsou to, co uživatel dokáže udělat sám. A zvláště je to, co dělá ošetřující personál. Takže vlastně si člověk udělá ten úsudek o tom uživateli.

T: Je tam podpora nebo máte to nějak rozlišené?

B: Podpora je tam, že musíme provést nebo ho podpořit nebo mu poradit v těch, mm...tych činnostech.

T: A potom teda, když je to zapsané v Cygnusu jak ho kontrolujete ten plán? Je nějaký adaptační plán nebo jak je vlastně dělíte ty plány?

B: Ne, první je jakože ten člověk asi se potřebuje zadaptovat na to nové prostředí tak jako já jako klíčový pracovník bych měla... emm...

T: Konkrétně, přijdeš a?

B: Přijdu, představím se a řeknu tak jestli je to člověk třeba na vozičku, že se projedeme, podívá se, kde je jídelna, kde je kulturní místnost, aby se mohl orientovat, že tady na chodbě se vaří nebo dává kafe, je tam automat, nebo děvčata aktivizační vaří kafe.

T: Prohlídka zařízení.

B: Prohlídka toho zařízení, aby viděl a nebo parku, protože tady je krásné okolí, takže asi tak. No a toto je tak na ten měsíc, tak nějak jako až si ten uživatel zvykne, a na toho svého třeba spolubydlícího, no a pak hmmm... s ním právě vytváříme, protože nedílnou součástí tohoto plánu péče je individuální plán, a to je prostě plnění přání a potřeb uživatele. Jó. No, hmmm,.. tady toto se vytváří tak na 3 měsíce až na půl roku, bývají krátkodobé plány, dlouhodobé plány, podle toho co vlastně uživatel, co si přeje, co potřebuje, jó. Ehm.... stanovíme si zdroje uživatele, to... mmm... je to popis činností, které uživatel zvládá sám a..a.. hmmm.. ty právě napomohou k naplnění toho jeho přání.

T: Aby zůstal co nejdéle soběstačný?

B: Ano, ano, další je, hmmm... jo, kroky k naplnění tohoto plánu nebo tohoto cíle, to je co udělám proto, já, aby uživatel k tomu cíli, k tomu přání došel. Jó, jestli ho budu častěji dle možností navštěvovat, komunikovat s ním, abych získávala informace o něm, zda je spokojený, jestli to, co si přeje, jestli chodí, třeba má přání, že by se chtěl víc rozhýbat, tak jestli pravidelně chodí na cvičení, jó? A tak toto vyhodnocujeme také, vyhodnocujeme v tom individuálním plánu i to, že.. éhmm.. třeba uživatel chodíme za tím uživatelem ať je to jenom na pokoj nebo si ho dáme do vozičku jedzíme, mluvíme s ním a i toto pro ty uživatele velice důležité, že vidí, že je o ně zájem a že se tady cítí dobře.

T: Ahm. Takže na tom pracujete vlastně v týmu?

B: Ehm... Tady toto si vytvářím sama, jako klíčový pracovník, ale (důraz!) protože my jsme zvyklí pracovat v týmu a pracujeme mm... někdo má od nás osmičky, osmihodinové pracovní doby nekdo má dvanáctky, takže když tady třeba nejsou každý den, a uživatel je zvyklý, že s ním neustále někdo komunikuje, tak jsme zvyklí pracovat v týmu, takže vůbec to éé... není problém, když mám dovolenou nebo to, dycky mě někdo zastoupí třeba kolegyně, která třeba provede nákup, projede se s uživatelem, promluví si s ním a splní mu přání i ta druhá kolegyně, hm... nebo nemusím to být jenom já, takže je důležitá velmi ta týmová práce.

T: Takže v případě, že ty tady nejsi, tak ty si domluvíš s nějakou jinou kolegyní a je to na tobě, koho ty oslovíš.

B: Áno, ano, ano.

T: Není to ze strany vrchní třeba.

A: Ne, ne, ne, je to mezi nama. Je to týmová práce.

T: A kdo ještě patří do toho vašeho týmu, toho procesu IP?

B: Eh... toto...tady... patří i zdravotní sestry, sociální pracovníce, ehm... aktivizační pracovníce, i vlastně rodinní příslušníci.

T: Ano. Jak vycházíte s rodinami. Máš nějaké zkušenosti?

B: No, hm... jako ééé... bylo by dobré, kdyby ti příbuzní s nama více komunikovali, ono je to těžké. Protože příbuzní, nekteří, buď vůbec nejedí, nebo jezdí málo, nebo se míváme.

Jó, jako, řekla bych, že hmm... z těch uživatelů, které máme také... ti příbuzní jezdí, tak já nevím, pravidelně tak 30%, 20%. Jako že je vidět, že mají zájem o toho uživatele, kterého tady mají a že jsme s něma tedy v kontaktu a víme, že hm... prostě těm uživatelům něco dovezou, a áá... my si s něma můžeme promluvit a tím i jako takový větší vztah nás, jako pracovníků, jako toho uživatele a té rodiny, že je to takové domácké, že se ti uživatelé pak cítí jako velmi dobře, no.

T: A co třeba takoví uživatelé, kteří rodinu nemají?

B: No, uživatelé, kteří rodinu nemají hm... tak samozřejmě za tím nikdo nejezdí, ale my se jim věnujeme, tak jak jsem říkala, ne jenom ten klíčový pracovník, ten který je přidělený, ale vlastně všichni, protože ehm... by nám bylo takové, é... nevím, jak bych to řekla, jako aby člověk byl jakdyž odstrčený, sám, takže my strašně rádi s nima komunikujeme, příklad tady třeba za paní B. málo kdo jezdí, ale když ehm... je to ležák, krmíme ji, takže si s ní neustále vykládáme, prostě ten člověk potřebuje slyšet, že o něho má někdo zájem.

T: Můžu se zeptat, jak se dorozumíváte s uživatelem, který vlastně nemůže mluvit? Nebo má zhoršenou gestikulaci, komunikaci?

B: No je to takové těžší, ale musíme to vysledovat. Musíme vysledovat co, jestli to, hm... když se na něho podíváme, když příklad řekneme si tak ééé... pustíme mu televizi, jó? A začneme s ním komunikovat. Hraje vám dechová hudba, byl jste zvyklý a tak a vidíme, máme tady třeba pana Š., který špatně mluví, nedá se s ním domluvit, ale už vidím, jak se mu rozzáří oči, jó. Nebo někoho krmíme a je vidět, že mu to asi nechutná, ale nějaká sladkost, tak už víme, že mu máme koupit tu sladkost, jó. Pak nějak třeba... máme tady pana na vozíčku, pana K., který také nemluví, ale rukama jó, že se domluvíme, prostě takto.

T: Jak často potom navštěvujete třeba toho nového uživatele?

B: Máme jako v tom plánu, individuálním plánu máme napsané hm... termíny, jak často teda máme navštěvovat toho uživatele. Abych pravdu řekla, je to skoro každý den. Když jsme v práci, tak s tím uživatelem jsem, s těma uživatelama, jako já klíčový pracovník su s něma každý den, i když třeba nedělám na tom oddělení, kde on je, tak dycky za ním zaběhneme, jó a nemusím, tak jak jsem říkala, nemusím to být jenom já, ale je to týmová práce, takže kolegyně, která tam zajde taky.

T: Dokázala bys říct nebo slyšela jsi už někdy pojem SMART v IP?

B: Možná jo, ale teď mě to, nevím, nemůžu si to nějak...

T: Týká se to cílů, oblasti cílů, specifický, měřitelný, akceptovatelný, realizovatelný, termínovaný.

B: To bych lhala, nevím, nemožu si to teďka uvědomit. Opravdu nee.

T: V pořádku, nic. Dokázala bys takhle svýma slovy vlastně říct, co to to individuální plánování je?

B: Individuální plánování, individuální plánování, ééé... pro mě individuální plánování je motivace, motivace i uživatele i klíčového pracovníka k dosažení určitého cíle. Ehm, když si ten uživatel zadá nějaké to přání, já jako klíčový pracovník mu pomůžu a tím pádem uživatel se cítí spokojený a jako by byl doma.

T: Jaké to pro tebe je být klíčový pracovník? Je to náročné?

B: Eh... Náročné, náročné, je to náročné, ale je to moje práce a já to neberu jako, že bych byla nějak více zatěžována, ehm... myslím si, že taky když mám 5 těch lidí, kterým dělám toho klíčového pracovníka, ano zdá se mě, že víc k nim, více za něma chodím, než za ostatními, ale hm, věnuju se práci stejně všem uživatelům.

T: Když bych vzpomenula ještě ten váš tým, má ve vašem týmu někdo jakoby vedoucí roli, když se třeba bavíte o tvých uživatelích? Nebo to berete komplexně, jako kdo k tomu má jaké poznatky?

B: No já třeba mám, su přidělená některému uživateli a teď si sestavuju ten plán a tak se ptám kolegyně: „A jak ty to vidíš? Nevidělas něco nebo... můžeš mi říct názor, jaký ty máš na tady toto, mě se zdá, že uživatel se lepší, že se dokáže obléct, třeba vrchní díl oblečení. Zažilas to taky, jó?“ Že toto je taková spolupráce, že nemáme dané jako, že jako někdo je na výši, ale všichni stejně. Jo?

T: Probíhají porady ve vašem týmu? Jak často mýváte porady?

B: Jako v týmu našich spolupracovnic spíše ne.

T: Nebo v zařízení?

B: Porady v zařízení jsou pravidelné, jsou každý týden, každých 14 dní vlastně. Ano.

T: 14 dní. Po odděleních?

B: Ano, po odděleních. Tam si všechno vyřikáme, co potřebujeme, jaké máme problémy, co se bude dít, abysme byli připraveni a tak.

T: Co si myslíš o zákonu 108/2006 o sociálních službách, ty vlastně nemáš možnost srovnat před, protože ty tady pracuješ vlastně, když už byl zákon o soc. službách, fungoval, ale z tvého pohledu, je to dobré individuálně plánovat s každým uživatelem?

B: Je to dobré. Je to... já furt říkám, že to ten přínos, protože kdyby jsme se těch uživatelů neptali, na ty jejich přání a na ty jejich potřeby, tak by prostě dělali bysme automaticky nějakou práci, jó, že bysme jim děli tu hygienu a tak, ale tady tuto, tím, že si oni určí sami, ty svoje cíle, tak je to pro ně jak jsem říkala ta motivace, a hm... a ta práce není jednotvárná a je to takové ééé... zpestření.(smích) Nevím jak bych to jinak vyjádřila.

T: A ještě bych se zeptala hm... ohledně těch cílů, jestliže si třeba uživatel postaví nějaký nereálný cíl, že je třeba bez nohou a najednou se chce rozchodit nebo třeba po mrtvici nebo bez jedné nohy a chce se rozchodit, jakým způsobem třeba s ním pracujete s tím uživatelem, protože je asi jasné, že to bude horší ta chůze.

B: No musíme mu vysvětlit, že si nemůžeme dávat nereálné cíle. Jako ano, my to tam můžeme zapsat, že uživatel má přání chodit, i když má takový a takový problém, že je bez nohy. Musíme s ním o tom mluvit, aby pochopil, že to takto nejde, že ten cíl, to jeho přání je nerealizovatelné, jó, a tou komunikací se dostaneme někde, abysme ho trošičku podpořili a navedli k reálnému cíli, aby si dal.

T: Jaký máte poznatek uživatelé rádi plánují, nebo raději nechtějí. Z tvých osobních.

B: Hm. Nechtějí. Nechtějí. Musíme je na to navést sami. Jó.

T: Co jim třeba dělá největší problém? Že nechtějí komunikovat nebo...

B: On: „Já nic nechcu. Já nic nepotřebuju.“ Nic.

T: Ehm.

B: A tak musíme: „Nelíbilo by se vám, kdyby ste pravidelně ... nebo dle možností se podíval do přírody, do zahrady, jako musíme někdy opravdu ty uživatele navést na to, aby...

T: Umět vést ten rozhovor správným směrem.

B: Ano.

T: Co si myslíš, že jsou největší úskalí IP?

B: Největší úskalí? Právě ty nerealizovatelné cíle asi a taky to, že by byla dobrá ta komunikace s tou rodinou a ta rodina, prostě říkám, buď se mjíme, nebo jezdí velice málo. A ještě...

T: Co třeba zhoršení zdravotního stavu? Má na to vliv?

B: No, to, ale to ani ne, protože to jsem třeba opomněla říct, že když jsem dělala ten plán, když jsem mluvila o tom plánu péče, tam ten plán péče se mění třeba za půl roku, ale při změně zdravotního stavu uživatele. On může byt furt stejný, stejný, stejný a naráz, ééé, já nevím se uživateli zlomí noha (smích), zlomí si nohu teda uživatel, chodí do jídelny, takže

musíme přepracovat plán péče, ééé, že třeba mu tu stravu budeme vozit, že už nechodí do té jídelny.

T: Klesají jeho zdroje...

B: Ano, ano. Klesají zdroje. Takže takto asi. No a jinak, co je ještě to úskalí v tom, že máme k dispozici jenom 1 počítač, a když chceme zapisovat, tak prostě se musíme nějak prostrídat a ono je to takové trošku náročnější. No, jinak nevím.

T: Co třeba nálada ehm... uživatelů nebo potom zase úskalí ze strany klíčového pracovníka? Třeba nálada? Že dneska třeba nemá čas na plánování nebo náladu.

B: Hm. Ono, každý den to plánování se nedělá. Takže to ani ne, spíš příklad: Dneska jsem chtěla jít za uživatelkou, která si sama nepřesedne na vozíček, chtěla jsem ji vyvézt, protože ona odpoledne chodí ráda na káfé, no a zjistila jsem, že tam měla návštěvu a že už ji bratr odvezl k té kávě. Tak jsem šla za ní, povykládala jsem si s ní, kdo to vlastně tam byl, jo a takže nemusím plánovat, nemusela jsem plánovat, já jsem si s tou uživatelkou promluvila, a dneska už čas mět nebudu, abych si to zaznamenala, tak si to dopíšu. To tak někdy je. Někdy těm uživatelům uděláme nákupy, uděláme první poslední, ale my nestihneme to zapsat do počítače. Takže příklad na noční směně já si tam dopíšu se zpětným datem: V úterý odpoledne jsem s uživatelkou jezdila po domově nebo jako že jsem s ní komunikovala, že jsme si vyprávěli o návštěvě.

T: A tím, že je to v Cygnusu zaznamenané, vidí to ostatní pracovníci a mají k tomu přístup.

B: Ano, tak. Ano, ano.

T: Teď bych se zeptala na metodiku IP. Jestli máte v domově vypracovanou a jestli víš, kde je uložená.

B: Ano, je u nás uložená metodika IP.

T: Na sesterně?

B: Ano na sesterně. Ehm... soci... ééé... co ona dělá ta Simona? Koordinátorka nám udělala takovů, takovů metodiku pro nás, která nám teda hodně při tom plánování pomáhá. Jinak máme knihu...

T: Je to srozumitelné?

B: Ehm... To co nám vytvořila koordinátorka ano, ale ta kniha, kterou máme je dosti náročná. Je to složité. Já jsem si to četla... Takže tak.

T: Takže se vzděláváš i mimo práci? Doma? Doplnuješ si informace?

B: Snažím se, když je čas. Když je čas, tak jo.

T: Podpora koordinátora nebo supervize, funguje u vás v domově?

B: Ano. Je tady teďka supervize. Hm... Podpora koordinátora, když potřebujeme nutně pomoc, ano, jdeme se zeptat, ale teďka jsou u nás nějaké takové změny, jak se to řekne... provozní změny, takže teďka momentálně pár dní, co to, prostě nemůžeme se na nikoho obrátit, jo. Ale v brzké době budou změny a už by to zase mělo fungovat dobře.

T: Kolik by byl podle tebe ideální počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníka? Ty máš teďka pět.

B: Já bych těch 5. tak 4-5 na jednoho.

T: Co si myslíš o kvalitě poskytované služby vaším domovem?

B: No kvalita služeb, já si myslím, že je na vysoké úrovni. Že se uživatelům musí tady líbit, protože mají tady opravdu vytvořené krásné podmínky, velké pokoje, dobré stravování, mají tady hmm... společenské vyžití, můžou za kulturou i mimo zařízení. Takže a ty služby jsou pro ně poskytované opravdu, myslím si, že na úrovni.

T: Kdybys měla moc, ve vašem domově v procesu IP něco změnit, co bys chtěla změnit?

B: Tak to je těžká otázka. Co bych chtěla změnit.

T: Bylo by něco nebo jsi spokojená?

B: Jeh. Já bych chtěla změnit asi to, že bysme měli mít opět školení ohledně to IP a plánu péče, protože to jsme měli, co su tady já...

T: Kolik mělas školení?

B: Já jsem měla asi 3 školení a každé bylo úplně jiné a museli jsme to neustále přepracovávat. A chtěla bych prostě mět danou metodiku, jak to opravdu má být, abysme se nemuseli bát, že když k nám přijde nějaká kontrola, že to máme špatně udělané. Uděláme si plán péče, přijde školitel, řekne, máte to špatně, předěláme to. Přijde další, zas to předěláváme a pak prostě nevíme, co je dobře, co je špatně. Je důležité, aby teda člověk věděl, teda jak se to dělá to plánování, že když přijde ta kontrola, tak aj když to budu mít třeba špatně udělané, tak já vím, co ten uživatel dokáže, co já s ním dělám, takže já si to prostě toto obhájím, jó? Ale jestli to mám správně, nevím.

T: ještě poslední otázka. Zdá se ti, že někdo je závislý na té péči už? Nebo jakoby třeba vidí, že o jednoho pečujete, pomáháte mu v nějaké oblasti, chce to taky?

B: Ano. Je, jsou to tady takto uživatelé. Ehm... někteří, což opravdu nás tedy ranní, řeknou: „Obleč mňa, si za o placená. Tús oblékala také, obleč i mě.“ Jó. Takže se jim snažíme vysvětlit, že to všeci uděláme velice rádi pro ně, první poslední, ale že je velice důležité, dokud člověk může sám (s důrazem!) se o sebe postarat, tak je to pro jeho dobro. Jó? Ehm... Já už jako nemožu mluvit dál, já bych vzpomněla rodiče a to bych jako bečala... (dojetí)

T: Děkuji za rozhovor a přeji hodně úspěchů v práci.

Příloha P III: LOKALIZACE KÓDŮ

KÓD	LOKALIZACE
podklad	A19, A114, A125, A186,
	B40,
	C39-40, C50, C55-56
	D54, D57
	E15, E67-69
stanovení KP	A114
	B15
	C28
	D27
	E21
seznámení KP+UŽ	A117, A129
	B84
	C32
	D78, D93-96
	E23-26
adaptační plán	A21, 31, 165-169
	B21, B92, B144
	C60, C151
	D149, D154
	E37-39, E72-75
adaptace	B81, B84-88
	E171-173
metody	A22, A27, A56, A74,
	B17, B22, B136
	D100, D105, D138, D145-146
	E17, E72, E75, E86
intervence rodiny	B19, B120
	C33, C42, C285, C289
	D259-260, D267, D286-288
	E18, E137-145, E330-338, E342
mapování	A22,
	B16
	E32
tým	A27, 142
	B104-110, B117, B166
	C165, C167,
	D105, D171
	E58, 98
kontrola IP	A34, A51
	E120, E122
kódy	A39, A52
	B66
	D159
	E96
	A45
	B26-33, B57
E91	
individuální přístup	A60-64
program	A35, A67, A98, A99-102
	B52-53, B66, B223-226
	C64, C242, C245-248
	D243
	E55, E183
schůzka s uživatelem	A72, A121
	C72, C74-75
	D73, D76
	E48-52, E86
cíl - výsledek schůzky	A75
spolupracující uživatel	A77, A177-179

přínos IP pro KP	A79 D503, D405-410
nespolupráce	A83, A109-110, A234 B195, B197-199
nevzdávat se	A86
spolupráce s rodinou	A88 B124-126 D260, D286-288, D376
rodina	D102 A89 B128 D102-103 E144
nereálný cíl	A93, A94 B189
cíl	B182 E84, E154
motivace uživatele	A95 B183
čipování	A39, A98
plán péče	A103 B21, B71
propojenost	A43, A103-104, C156-158
obtíže IP	A109-110, A188, A192 B204-205, B213-215 C120, C122, C425, C428, C432, C435-436 D115-119, D121, D123, D259-263, D391-397, D399, D401, D422, D424, D426-427, D429, D431, D501, D557-567 E183, E189
SMART	A127, A129 B150, B152 C209 D207, D213, D215, D217 E102
IP-CÍL	A132 B155-158 D215
IP-TVORBA	B21, B90, C40-41 D301-302 E76-78
role KP	A135-137
pocity KP	A139, A182, A243 B160, B262 C252, C255, C450-453, C505, C507, C510, C512, C514, C516, C521, C524-525, C527, C529, D254, D256-258, D446-449, D454, D503-504, D506, D508-509, D511, D513, D515, D517-520, D522-523, D526, D528, D530, E104-105, E254, E163, E167, E317
vedoucí role	A150 B169 C187, D186 E63
zákon	A154 B180 D338, D341, D342, D345-354 E105, E151, E163, E258, E282-292, E296-307
podpora UŽ	A158 B77, B96
aktivity	A166 B58, B218

	C312, C314, C318-320, C322, CC514, C515 D308-309, D311, D313, D317, D323, D351-353, D434, D515 E324
zástup KP	A171 B108, B115 C187-188, C190-191, C195-196 D189, D194 E176-181
zjišťování zdrojů	A185
porady	A47, A186, A212 B171, B173-176 C280 D275, D277, D279, D281-283, D616-619 E130-133, E224-226, E228-235
přístup k uživateli	A197 C441, C445 D442, D444, D446-449 E201, E205, E207
metodika	A201, A204-210 B231-233, B236 C460, C462, C465 D457, D459, D464, D466-470 E208-214
koordinátor	A208, A219 B233, B241 C173, C175, C179, C181, C 473, C476 D176, D178, D180, D182, D472, D474 E215-218, E237
dostatek info k IP	A223 E245
školení	A225 B259 C488, C490, C496 D486, D489, D491, D493-494, D497 E247-250
samostatné vzdělávání	A227, A229 B234-239 C500 D256-258, D499, D501 E252
nápady	A231 C591, C595-597, C599, C609, C613, C615 D554-555, D557-558, D592-594, D600-604, D606-608, D610-612
ideální počet UŽ/KP	A238 B247 C549, C551, D547, D550, D552, E274
hodnocení služby	A240 B249 D123-128, D554, D587-590 E276-280
změna v DS	A248 B256 D581-582, D584, E258, E282
míra podpory	A41-42 B22-23
přehodnocení PP	A51-53 B100, B104, B208-211 C62, C64, C69, C153, C156 D63, D67-68, D154

	E123-125, E189
komunikace	A56, A72
	B98, B130-133, B136-142
	C97, C225, C227-229, C233, C236, C238, C240,
	D79-80, D98-100, D115, D221-224, D226, D230-232, D235, D237, D239
	E18, E42
rizikový plán	B61
	D142-144
čipování	B67
klientovy zdroje	B44, B74, B93
	D139-142
schůzka s UŽ	B144
plánování	B218
	E268
supervize	B241
	C478
	D477, D479-484
	E240-242
služky	B268-269
	C568-569, C571, C575
	D558, D570, D573, D576-578
	E108
nejdůležitější potřeby	B270
	E64, E340,
imobilní	B49
	C35, C42, C589
	D587
	E321
mobilní	C42
	D140-142
	E322
prostředí	B42
	D123-127
přání	B91, B99, B109
potřeby	B91, B133
	C195-196,
	D95-96, D197, D199, D205, D302-309
	E32-35, E64
nejezdí	B121
pravidelnost	B121
	C87
	D83-86, D88
změna uživatele	E29, E195-197, E199
závist	C538, C540
	D537, D539, D541-542, D544-545
	E117
papír	E157, E159
SQ	E161
rizika IP	D80-86, D368-374
	E192, E108, E263, E266, E331, E334-338
přání rodiny	C293, C296, C299
	D291, D294-295, D297-298
	E330, E336
oblečení	C45, C412, C359-360, C362
	D368-374, D405-410
finance	D131-134, D304-308
kompetence už.	D111-116, D159-160, D600-603, D348-349
péče	D127