

Univerzita Hradec Králové
Filozofická fakulta

Bakalářská práce

2022

Andrea Chladová

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Individuální plánování se seniory v pobytových službách

Bakalářská práce

Autor: Andrea Chladová
Studijní program: Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností
Forma studia: kombinovaná
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Hradec Králové 2022



Zadání bakalářské práce

Autor: Andrea Chladová

Studium: F19BK0071

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Individuální plánování se seniory v pobytových službách**

Název bakalářské práce Individual planning for seniors in residential services
AJ:

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce s názvem Individuální plánování se seniory v pobytových službách se zaměřuje na tvorbu individuálních plánů v domově pro seniory. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak se multidisciplinární tým podílí na individuálním plánování. V teoretické části bude věnována pozornost popisu základních pojmů jako je například individuální plánování, metodám a způsobu zjišťování individuálních potřeb, dokumentaci pro tvorbu individuálního plánu klienta a další. Praktická část se bude zaměřovat na porovnávání spolupráce multidisciplinárního týmu ve třech domovech pro seniory. Praktická část se bude věnovat popisu každého zařízení, následovat bude kvalitativní výzkum v podobě polostrukturovaných rozhovorů.

MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2. vyd. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7. HAUKE, Marcela. Pečovatelská služba a individuální plánování. Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-. PROCHÁZKOVÁ, Eva. Biografie v péči o seniory. Grada, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 9788090466814. HENDL, Jiří a Jiří REMR. Metody výzkumu a evaluace. Portál, 2017. ISBN 9788090466814. REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Oponent: doc. PhDr. Ing. Emília Janigová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Ve Zvíkově dne

.....

Andrea Chladová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. et Mgr. Danielu Štěpánkovi, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky a také za čas, který mi věnoval při konzultacích mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

Anotace:

CHLADOVÁ, Andrea. Individuální plánování se seniory v pobytových službách. Hradec Králové, 2022. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Bakalářská práce se zaměřuje na tvorbu individuálních plánů v domově pro seniory. Jejím hlavním cílem je zjistit, jak se multidisciplinární tým podílí na individuálním plánování. V teoretické části je pozornost věnována popisu základních pojmů jako je například individuální plánování, metodám a způsobu zjišťování individuálních potřeb klienta, dokumentaci pro tvorbu individuálního plánu klienta a další. Praktická část se zaměřuje na porovnávání spolupráce multidisciplinárního týmu ve třech domovech pro seniory. Praktická část se věnuje popisu každého zařízení, jimiž jsou Domov Libuše, Domov důchodců Humburky, Domov důchodců Černožice. Následuje kvalitativní výzkum v podobě polostrukturovaných rozhovorů s klíčovým pracovníkem, sociálním pracovníkem a s koordinátorem individuálního plánování.

Klíčová slova: individuální plánování, senior, pobytová služba, domov pro seniory, multidisciplinární tým

Annotation:

CHLADOVÁ, Andrea. Individual planning with seniors in residential services. Hradec Králové, 2022. Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts. Thesis supervisor Mgr. and Mgr. Daniel Stepanek, Ph.D.

This bachelor thesis focuses on the creation of individual plans in a home for the elderly. Its main goal is to find out how a multidisciplinary team participates in individual planning. In the theoretical part, attention is dedicated to the description of basic concepts such as individual planning, methods and methods of determining the individual needs of the client, documentation for creating an individual client's plan and more. The practical part focuses on comparing the cooperation of a multidisciplinary team in three homes for the elderly. The practical part is devoted to the description of each facility, which are the Libuše Home, the Humburky Retirement Home, and the Černožice Retirement Home. This is followed by qualitative research in the form of semi-structured interviews with a key worker, a social worker and an individual planning coordinator.

Key words: individual planning, senior, residential service, home for the elderly, multidisciplinary team.

Obsah

ÚVOD	9
1. TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Sociální práce se seniory	11
1.1.1 Senior a stáří	11
1.1.2 Specifika sociální práce se seniory	12
1.1.3 Pobytové služby	13
1.2 Potřeby a osobní cíle seniorů	15
1.2.1 Potřeby seniorů	15
1.2.2 Osobní cíle seniorů	16
1.2.3 Metody zjišťování osobních cílů a potřeb	18
1.3 Individuální plánování	19
1.3.2 Dokumentace	21
1.3.3 Vyhodnocování individuálního plánu	23
1.4 Multidisciplinární tým	25
1.4.1 Multidisciplinárního týmu a spolupráce	27
1.4.2 Komunikace v týmu a předávání informací v MDT	28
1.4.3 Složení pracovního týmu	30
1.5 Shrnutí teoretické části	33
2. METODICKÁ ČÁST	35
2.1 Formulace cíle výzkumu	35
2.2 Zdůvodnění výzkumné strategie	35
2.3 Zdůvodnění výběru výzkumného vzorku a jeho charakteristika	36
2.4 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	38
2.5 Průběh výzkumu	39
2.6 Způsob zpracování získaných výsledků	40
2.6.1 Etická rizika výzkumu	41
3. ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	42
3.1 DVC 1: Zjistit, kdo v zařízení se podílí na individuálním plánování	42
3.2 DVC 2: Zjistit, jaké dokumenty jsou používány při tvorbě individuálních plánů v různých zařízeních	47
3.3 DVC 3: Zjistit, jak jsou naplňovány cíle v individuálním plánu klienta v různých zařízeních	48

3.4 DVC 4: Zjistit, jaké největší překážky vnímají pracovníci, při zjišťování cílů od klientů v různých zařízeních	51
3.5 Shrnutí výzkumné části	53
ZÁVĚR	57
Seznam použitých zdrojů	59
Seznam tabulek	61

Seznam zkratek:

DPS domov pro seniory

DVC dílčí výzkumný cíl

DZR domov se zvláštním režimem

IP individuální plánování

KHK Královéhradecký kraj

KIP koordinátor individuálního plánování

KP klíčový pracovník

MDT multidisciplinární tým

SP sociální pracovník

TO tazatelská otázka

ÚVOD

Individuální plánování se seniory jsem si jako téma mé bakalářské práce zvolila, na základě té skutečnosti, že jsem pět let pracovala v domově pro seniory jako pracovník v sociálních službách a zároveň jsem vykonávala funkci koordinátora individuálního plánování. Při péči o seniora jde především o zachování jeho schopností, dovedností a udržení jeho psychické pohody, to je i hlavním cílem individuálního plánu klienta v domově pro seniory. Osobní cíle seniora bývají často nenaplněny, kvůli zhoršení zdravotního stavu klienta, zároveň bývá velmi složité zjistit osobní cíle klienta, zejména z důvodu kognitivního deficitu. Protože z důvodu, že k naplnění cílů individuálního plánu seniora dochází zřídka, může se lehce stát individuální plán pouze formalitou. A právě proto je při individuálním plánování se seniory důležitá spolupráce týmu, ať už při zjišťování cílů nebo při jejich naplňování. Toto vše mě inspirovalo ke zvolení tématu bakalářské práce, s cílem **zjistit, jak se multidisciplinární tým podílí na individuálním plánování.**

Bakalářská práce bude rozdělena na tři hlavní části: teoretickou část, metodologickou část a na analýzu a zpracování výsledků výzkumu. V úvodní kapitole teoretické části charakterizují pojem senior a stáří, dále popíšu základní specifika práce se seniory, protože tak jako při práci s jinou cílovou skupinou je i při práci se seniory důležité znát její specifika, v úvodní kapitole také definuji pobytové služby a vzhledem k tomu, že má bakalářská práce bude zaměřena na domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, popíšu rozdíl mezi těmito službami.

V další kapitole se budu věnovat potřebám a osobním cílům seniora a uvedu metody, které mohou usnadnit jejich zjištění. V rámci třetí kapitoly teoretické části popíšu proces a význam individuálního plánování, dále popíšu zásady vedení dokumentace individuálního plánování. V závěru této kapitoly se budu věnovat vyhodnocování individuálního plánu.

V poslední kapitole se zaměřím na multidisciplinární tým a jeho přínos při individuálním plánování. Dále se budu věnovat komunikaci a předávání informací. Efektivní komunikace a řádné předávání informací mají zásadní dopad na spolupráci a funkčnost týmu. V závěru této části se budu věnovat složení multidisciplinárního týmu a

blíže definuji činnost klíčového pracovníka, sociálního pracovníka a koordinátora individuálního plánování, kteří jsou při procesu individuálního plánování nepostradatelní.

V praktické části bakalářské práce zformuluji cíle výzkumu, díky kterým se pokusím zjistit, jak multidisciplinární tým podílí na individuálním plánování v pobytových službách pro seniory. Dále zdůvodním vybranou metodu. Pro svůj výzkum jsem si zvolila kvalitativní metodu, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory provedu v Domově Libuše, Domově důchodců Humburky a v Domově důchodců Černožice. Následně transformuji dílčí cíle do tazatelských otázek pomocí transformační tabulky. Dále charakterizuji výzkumný vzorek, kterým jsou pracovníci z výše uvedených zařízení, na pozici koordinátora individuálního plánování, klíčového pracovníka a sociálního pracovníka a zdůvodním, proč jsem zvolila právě je. Součástí kapitoly je stručný popis zařízení, ve kterých je prováděn výzkum. Následuje popis průběhu výzkumu, způsob zpracování získaných dat a etická rizika výzkumu.

Poslední část bakalářské práce se věnuje analýze a interpretaci výsledků výzkumu. V závěru kapitoly porovnávám přístup multidisciplinárního týmu k individuálnímu plánování v jednotlivých zařízeních. Snažím se najít možné přednosti nebo naopak nedostatky týmu při procesu individuálního plánování.

V této práci se snažím shrnout nejdůležitější informace, které potřebuje pracovník v sociálních službách vědět při tvorbě individuálního plánu seniora. Dále se pokouším shrnout získané výsledky výzkumu tak, aby byli nápomocné při tvorbě individuálních plánů především v praxi. Doufám, že díky výzkumu potvrdím, jak je důležitá spolupráce týmu nejen při tvorbě individuálního plánu, ale i při péči o seniora.

1. TEORETICKÁ ČÁST

Pro začátek, abychom správně pochopili celé téma, je nutné si vysvětlit základní pojmy, co vůbec pojem senior a stáří v lidském životě znamená, kdy a jak přichází, jak se s ním každý jedinec vyrovnává, a jak můžou ostatní členové společnosti a zejména pracovníci v sociálních službách svou činností přispět ke zlepšení života starých lidí, žijících nejen v domovech pro seniory.

Je potřeba si uvědomit, že i staří lidé mají potřebu žít důstojně, ve slušném a čistém prostředí, avšak mnohdy s ohledem na zdravotní stav toho nejsou sami schopni dosáhnout. A proto je třeba se starými lidmi pracovat, pomáhat jim, a vytvářet jim co nejlepší podmínky pro jejich nenáročný život. Jednoduše řečeno, vytvářet pro ně konkrétní individuální plány. Vysvětlím pojem multidisciplinární tým, popíšu výhody a úskalí této práce v týmu, přiblížím a vysvětlím náplň práce lidí, podílejících se na tvorbě individuálních plánů, jejich schopnosti komunikace a efektivitě předávání informací v týmu.

1.1 Sociální práce se seniory

V této podkapitole obecně charakterizují pojmy jako senior a stáří, shrnu specifika sociální práce se seniory a obecně charakterizují pobytové služby, zároveň uvedu rozdíl mezi domovem pro seniory a domovem se zvláštním režimem.

1.1.1 Senior a stáří

Stáří se týká každého z nás. Haškovcová (in Malíková 2020, s. 15) charakterizuje stáří jako „*přirozené období lidského života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku.*“ Většina lidí na stáří nahlíží negativně, jako na období, kdy ztrácí radosti a možnosti života, optimismus a naději. Se stářím přichází řada omezení jako omezení soběstačnosti, ať už v důsledku snížení mentálních funkcí nebo omezení pohybových schopností. Zejména z těchto důvodů se lidé obávají, že nebudou schopni vést samostatný život a budou závislí na pomoci druhých, s příchodem stáří se zároveň zvyšuje strach z osamělosti a opuštěnosti.

Pro někoho, ale může být stáří jedním z nejkrásnějších období jeho života, kdy může realizovat to, co z různých důvodů zatím nestihl. (Malíková 2020, s. 13-16)

„Pojmem senior se označuje jakýkoli starý či starší člověk důchodového věku, tedy od 60 let výše.“ (Mahrová a kol. 2008, s. 107) S odchodem do důchodu je spojena změna společenské role a společenského statusu. Člověk, který odejde do důchodu musí změnit svůj životní styl, protože celý život chodil do práce a najednou se objevuje nadbytek volného času. (Dvořáčková 2012, s. 13-14)

V současné době je hodně rozšířené a používané členění stáří podle Mühlpachra (in Malíková 2020, s. 14):

- 65–74 let – mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
- 75–84 let – staří senioři (změna funkčních zdatností, atypický průběh nemocí)
- 85 a více let – velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

Musíme si, ale uvědomit, že vždy záleží na konkrétním průběhu stáří, na jeho projevech, a také na tom, jak se každý člověk na stáří připraví. To, jak se člověk se stářím vyrovná, je dáno, jak jeho osobností, tak i životními zkušenostmi, výchovou, prostředím, ve kterém žije, ale i reakcemi okolí a vzděláním. (Malíková 2020, s. 17) Ke stáří neodmyslitelně patří smrt, která nejen ukončuje lidský život, ale znamená to, že se člověk musí smířit, jak se smrtí svého životního partnera, tak se smrtí svých vrstevníků. (Dvořáčková 2012, s. 14)

1.1.2 Specifika sociální práce se seniory

Důvodem potřeby sociální práce a péče o seniora není věk, ale potřeba v situacích způsobených sociálními nebo zdravotními faktory jako jsou například limity spojené s hybností, smyslového vnímání, ale i jiných kognitivních funkcí. Tyto limity omezují člověka ve schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby, naplňovat své plány a udržovat kontrolu nad svým životem. Významně se tím snižuje kvalita života seniora. Sociální práce je zejména potřebná v zařízeních jako jsou například domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem. Sociální práce v těchto zařízeních je součástí pomoci seniorům, kteří zde žijí. (Matoušek a kol. 2005, s. 163-179)

Podle Mühlpachra (in Dvořáčková 2012, s. 15) se v péči o seniora uplatňuje sociální práce zaměřená na včasnou preventivní pomoc a dále pak pomoc ve specifických

životních situacích. Sociální pracovník musí vycházet ze sociální situace, která je daná věkem seniora. Individuální práce by se měla zaměřit zejména na posilování samostatnosti a povzbuzování jeho aktivit.

Podle Janečkové (2005) s sebou sociální práce se seniorem nese spoustu problému a kritických momentů:

- Vzhledem k tomu, že zhoršení zdravotního stavu s sebou zároveň nese potřebu sociálních služeb, je žádoucí, aby byly oba typy služeb poskytovány souběžně a mělo by docházet k jejich průniku.
- Z hlediska zdraví seniora přináší zátěž i sociální změny. Sociální pracovník pomáhá klientovi adaptovat se na změnu, zároveň je nutné uchovat kontinuitu života, pracovat s životním příběhem klienta. Podporujeme tak jeho zdraví a kvalitu života.
- Sociální práce musí být prováděna kvalitně i v případě, že má klient v důsledku svého zdravotního stavu závažný problém s komunikací. I u těchto klientů je nutné rozpoznat jejich potřeby, proto musí být sociální pracovník vybaven dovednostmi potřebnými k navázání kontaktu.
- Práce se seniory je založena převážně na vzájemném vztahu zúčastněných osob a jejich vzájemné důvěře. To vyvolává v seniorech pocit bezpečí a jistoty. S podporou sociálního pracovníka může senior snadněji rozhodovat a lépe udržovat kontrolu nad svým životem. (Matoušek a kol. 2005, s. 164)

1.1.3 Pobytové služby

Dle zákona 108/2006Sb. §33 jsou pobytové služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde jedinec pobývá po určitou dobu. Služby sociální péče jsou dle zákon 108/2006 Sb. §38 charakterizovány jako služby, které „*napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.*“ (Zákony pro lidi.cz, 108/2006Sb.)

Sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé. Zřizovatelem může být kraj, obec, stát nebo nestátní nezisková organizace. Oblasti, které

jsou významné pro poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních, popisuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kvalitu poskytovaných služeb garantuje dodržování zákonných podmínek, dále je zajišťována pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality svými přesnými kritérii určují povinnosti poskytovatelů při poskytování služby vůči klientům.

Obsah základních činností u jednotlivých druhů služeb určuje vyhláška č. 505/2006Sb.. Vyhláška č. 505/2006 zároveň určuje maximální výši úhrad za poskytování některých služeb, definuje zdravotní stav žadatele a spolu se zákonem o sociálních službách stanovuje kvalifikační a personální požadavky pro výkon profese. Každému klientovi je sociální služba poskytována na základě vytvořeného individuálního plánu. Sociální standardy a individuální plánování jsou zárukou ochrany a dodržování práv klientů. (Malíková 2020, s. 27-45)

Typickými pobytovými zařízeními pro seniory jsou domovy pro seniory (dále jen DPS) a domovy se zvláštním režimem (dále jen DZR) a patří mezi služby sociální péče. DPS je *„pobytová služba s celoročním provozem, poskytovaná osobám se sníženou soběstačností především z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.“* (Malíková 2020, s. 42) *„V DZR se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“* (108/2006 Sb. §50, Zákony pro lidi.cz)

Z výše uvedeného vyplývá, že DZR se od DPS liší především v tom, že je určen pro osoby s chronickým duševním onemocněním jako je například Alzheimerova demence, kdežto DPS je určené pro osoby se sníženou soběstačností především z důvodu věku. Mimo jiné je režim zařízení DZR přizpůsoben specifickým potřebám klientů. Specifika spočívají především v opatřeních, která mají přispět k bezpečnému pohybu klientů.

1.2 Potřeby a osobní cíle seniorů

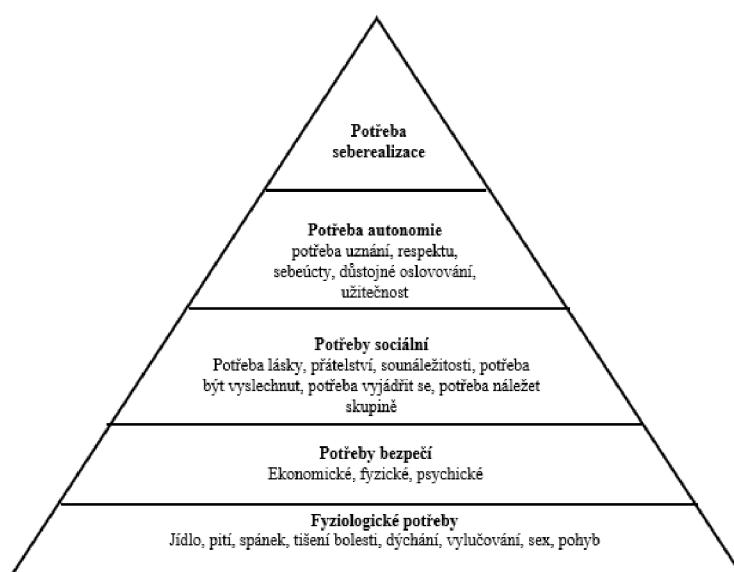
V této kapitole se budu zabývat charakteristikou a potřebami seniorů a popíšu, proč je důležité znát potřeby seniora v zařízení sociálních služeb. Dále popíšu osobní cíle seniorů a zjišťování osobních cílů dle metody SMART.

1.2.1 Potřeby seniorů

Tak jako každý z nás, potřebují i senioři ve svém životě uspokojovat všechny své potřeby, senioři jsou, ale velmi často při uspokojování svých potřeb odkázáni na pomoc druhých. (Janečková 2005 in Dvořáčková 2012, s. 38) Potřeby každého člověka jsou individuální a mají různou podobu, zrovna tak jejich uspokojování je pro každého jedince individuální. (Tajanovská a kol., 2011, s. 207,208)

„Potřeba je projevem určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí. Je velký předpoklad, že doplnění tohoto deficitu povede ke zlepšení stavu člověka či ke zvýšení jeho spokojenosti.“ (Trachtová 2001 in Malíková 2020, s. 165) Dle Trachtové (2001) nejčastěji změny potřeb ovlivňuje nemoc, typ osobnosti, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka a okolnosti vzniku nemoci. (Malíková 2020, s. 168)

Především v ošetrovatelství a v oblasti sociálních služeb se nejvíce používá členění potřeb podle A. H. Maslowa. Ten potřeby rozlišil do pěti úrovní.



(obr. 1 Maslowova hierarchie potřeb, Hauke, 2011 s. 46)

Většinou nelze uspokojit potřeby na vyšších úrovních, dokud nejsou uspokojeny potřeby na nižších úrovních. To platí i o potřebách klienta, kdy je vhodné postupovat od nižší úrovně k vyšší. (Hauke, 2011, s. 45-47) Pokud nejsou potřeby člověka dostatečně uspokojovány, dochází ke strádání a k deprivaci. Jedinec by měl na každou svou potřebu adekvátně reagovat a včas ji uspokojit. Pohnutky a příčiny nějakého chování, jednání či reakcí, které jsou zaměřeny na uspokojování určitých potřeb se nazývají motivy. (Tajanovská a kol., 2011, s. 208-211)

Poznání potřeb, zájmů, pořadí životních hodnot a požadavků na saturaci jednotlivých potřeb klienta je základní podmínkou úspěchu k poskytování individuální péče a tvorbě individuálního plánu. Znat potřeby klienta je zároveň důležité pro definování osobních cílů. (Malíková 2020, s. 171) Většinou zájemce o službu sám nejlépe ví, jaké má potřeby, ví, co potřebuje k tomu, aby se mu lépe žilo. Potřeby zjišťujeme především z rozhovoru se zájemcem případně od dalších osob, které se na péči podílejí. (Hauke, 2011, s. 45)

1.2.2 Osobní cíle seniorů

Osobní cíl „*vyjadřuje konkrétní individuální přání klienta, kterého by chtěl během svého pobytu v zařízení a s využitím poskytované sociální služby dosáhnout. Naplnění/dosažení osobního cíle vede k jeho vyšší spokojenosti; vychází z jeho osobních potřeb a může být zaměřen na výsledek poskytování určité sociální služby nebo na zlepšení stavu klienta.*“ (Malíková, 2020, s. 168) Osobní cíl může být formulovaný na základě deficitu potřeb nebo na základě přání klienta, je ovlivněn jak předchozím životním stylem klienta, jeho návyky tak i typem osobnosti, zároveň souvisí s hodnotovým postojem, celoživotními preferencemi a idejemi. Při stanovení osobního cíle mohou vznikat různé problémy. Mnoho klientů zaujímá pasivní postoj, nezájem, nejsou ochotni se osobně zapojit nebo se chovají odmítavě, nespolupracují. Další problém je, že klienti často nevědí, čeho by chtěli dosáhnout, obtížně se vyrovnávají s nově vzniklou situací a sami se sebou. (Malíková, 2020, s. 168-169) Dle Hauke (2011, s. 95) je osobní cíl klienta průnikem tří složek. Těmito složkami myslí: přání uživatele, potřeby uživatele a možnosti poskytovatele.

Osobní cíle můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé cíle.

Krátkodobé cíle jsou obvykle časově vymezeny v období jednoho měsíce a vyplývají z poskytovaných služeb a jejich kvality nebo z rozhovorů, jak s klientem, tak jeho blízkými.

Dlouhodobé cíle mohou být chápány jako obecnější cíle, které jsou pro klienta stěžejní. Vzhledem, k této cílové skupině (senioři), se stává jen výjimečně, že je dlouhodobý cíl naplněn do takové míry, že může být ukončena smlouva o poskytování sociální služby. Nejen proto je tedy vhodné si zároveň stanovit dílčí cíle a naplňovat je postupně způsobem, jaký byl dopředu zvolen či naplňován. (Hauke, 2011, s. 97-98)

Jak krátkodobý, tak i dlouhodobý cíl musí mít stanovený způsob plnění, kdo a kdy, případně do kdy plnění zajistí. Každý cíl musí zároveň naplňovat princip SMART.¹

Podle principu SMART musí být cíl:

- **Specifický**-nelze psát všem uživatelům stejné cíle, musí skutečně vycházet z přání a hodnot uživatele
- **Měřitelný** - musí být stanovena kritéria, na základě, kterých poznáme, že je cíl naplňován
- **Akceptovatelný** - přijatelný (nemůže být v rozporu například s etickými nebo právními normami)
- **Reálný**-cíl 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 (wikipedia.cz/SMART_metoda)

Podle Herzoga (2017, online) je v České republice v praxi přístup SMART nadužíván nebo je užíván nepřiměřeně. V určitých situacích nemusí být využití této metody výhodné ani pro klienta a ani pro pracovníka. Nedostatky, se kterými se lze setkat v praxi při aplikování této metody popisuje také Chloupková (2012, s. 23): *„Pracovníci nejsou spolu s klientem schopni naformulovat cíle dle metody, je to pro ně příliš náročné. Proto dochází k tomu, že jsou cíle stanoveny jen proto, že být stanoveny*

¹ SMART metoda, která slouží ke stanovení cílů, souhrn pravidel, který určuje, jak mají být cíle vyjádřeny, aby bylo možné na závěr vyhodnotit, zda jich bylo dosaženo či nikoliv. SMART metoda online dostupný z https://cs.wikipedia.org/wiki/SMART_metoda

musí, a jsou tudíž formální. Je stanoven jeden nebo několik málo cílů, které nevystihují celý průběh sociální služby a nerespektují klienta jako celistvou bytost“

1.2.3 Metody zjišťování osobních cílů a potřeb

Jak už jsem zmínila v předchozí podkapitole, je určení potřeb klienta v domově pro seniory jednou ze základních podmínek pro poskytování individuální péče. Na základě zjištěných potřeb, zájmů, životních hodnot a požadavků na saturaci jednotlivých potřeb, vytváříme individuální plán. Abychom mohli s těmito informacemi dále pracovat, musíme tyto informace umět vhodným způsobem získat.

Pokud klient komunikuje, dokáže hovořit o svých přáních a potřebách a spolu s klíčovým pracovníkem dokáže průběh služby hodnotit, je základní metodou při zjišťování cílů a osobních potřeb klienta rozhovor. (Haicl a kol., 2011, s. 151)

V pobytových zařízeních často pracujeme s klienty, kteří mají poruchu komunikace a často i poruchy vědomí, někteří nejsou schopni komunikovat vůbec. Tyto osoby mají velmi omezené možnosti, jak svému okolí sdělit své potřeby, pocity nebo zda jim určité situace vůbec vyhovují. Nekomunikující a dezorientovaný klient velmi často potřebuje naplňovat své osobní cíle a uspokojovat potřeby mnohem více, než většina komunikujících osob. Ke zjišťování a naplňování osobních cílů a potřeb u osob s poruchou komunikace či ztrátou vědomí používáme různé metody (techniky)² či prostředky alternativní komunikace. (Malíková, 2020, s. 171-173)

Metody zjišťování potřeb u osob komunikujících i osob s porucho komunikace
(Malíková, 2020)

- Pozorování uživatele v reálné situaci
- Empatická fantazie
- Imaginativní rozhovor
- Modelový rozhovor pracovník – pracovník empatik
- Analýza uspokojení potřeb
- Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace
- Využití elektronické komunikační tabulky a PC techniky
- Augmentativní a alternativní komunikační techniky

² Způsoby, díky kterým pracovník poznává potřeby klienta (Haicl a kol., 2011, s. 153)

„Zjišťování potřeb a tvorba individuálního plánu u nekomunikujících klientů je nepochybně specifickou a náročnou oblastí v práci klíčových pracovníků. Není vůbec možné tyto činnosti kvalitně, efektivně, a hlavně smysluplně provádět bez dostatku znalostí a dovedností, především intuitivních technik. Klíčový pracovníci se musí naučit používat postupně více metod, aby mohli individuálně uplatnit tu nejvhodnější. Správné používání metod ke zjišťování potřeb u nekomunikujících klientů vyžaduje systematický dlouhodobý výcvik a supervizi.“ (Zpravodaj APSS ČR, 2008, s. 3)

Podle Haicla (2011, s.154,155) se v praxi setkáme spíše s vlastní kombinací metod každého pracovníka, které používá pro zjišťování potřeb klienta. Kompetence pracovníků v této oblasti by se neměli zakládat pouze na odborné kvalifikaci, ale také na hluboké schopnosti empatie nebo přirozeném a otevřeném vnímání a uvědomování si.

1.3 Individuální plánování

Individuální plánování (dále jen IP) je nařízený proces zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách a zároveň je to jeden z nejdůležitějších ukazatelů zajištění kvality poskytovaných služeb. Podle vyhlášky 505/2006 Sb a zákona 108/2006 Sb. je každý poskytovatel sociálních služeb povinen plánovat poskytování služby každému klientovi, zároveň je poskytovatel povinen hodnotit, zda, a jak je poskytování sociální služby klientovi užitečné. (Herzog, 2017, individualniplanovani.cz)

Podle Hauke je IP *„proces, ve kterém uživatel a poskytovatel hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat-budou tedy hledat cíl společné práce.“* (Hauke, 2012, s. 16) *„Individuálním plánování můžeme rovněž rozumět proces přemýšlení pracovníků sociální služby o jejich klientech a o tom, jak by jim mohlo být užitečné.“* (Herzog, 2017, individualniplanovani.cz) Proces IP obsahuje dva důležité prvky – **plán** (uvědomělý postup) a **dojednávání** (zapojení uživatele sociální služby do procesu jejího plánování). V procesu IP rozhodně nejde jen o zásadní potřeby nebo cíle uživatele, ale jde i o zcela běžné drobnosti, které provázejí každodenní život (např.: hygiena, oblékání, stravování). (Haiclová a kol., 2011, s. 26) Všechny služby by měly být plánovány individuálně, tak aby směřovaly k maximální možné míře samostatnosti a nezávislosti, s ohledem na možnosti a schopnosti klienta, tedy v jaké míře bude

poskytována podpora a péče³. „*Poskytování dobré sociální služby vyžaduje adekvátní míru zájmu a ponechání svobody klientovi; malá nebo nadměrná podpora a pomoc klientovi vedou k nepříznivým situacím: přepečování, zneužívání či zanedbávání.*“ (Malíková, 2020, s. 180)

Cílem individuálního plánování je:

- Poskytovat sociální službu v co největším zájmu uživatele
- Přizpůsobit ji jeho specifickým podmínkám, požadavkům, možnostem a schopnostem, osobním cílům
- Zapojit uživatele do procesu plánování i výkonu samotné služby (Hauke, 2012, s. 16)

Význam individuálního plánování

Význam individuálního plánování pro organizaci je zejména v nastavení standardní kvality sociální služby a zároveň pomáhá nastavenou kvalitu udržet i v případě organizačních změn. IP také přispívá ke smysluplnosti, účinnosti a efektivitě služby, také vede ke zvýšení účinnosti služby. (Hrdinová a kol., 2011, s. 89) IP nemá ovšem význam jen pro organizaci, ale i pro uživatele. V procesu IP vystupuje uživatel jako rovnocenný partner, zná svá práva a povinnosti. Uživatel má právo se rozhodnout, zda mu služba pomáhá naplňovat jeho představy o potřebné pomoci, uživatel také ví, jak bude služba probíhat a v jakém časovém rozmezí. Díky IP není uživatel jen pasivním příjemcem sociální služby, ale je odpovědný za její průběh na základě dohodnutých osobních cílů. (Hauke, 2012, s. 17,18)

Proces individuálního plánování

Proces IP se skládá z několika částí: Mapování klientovi situace, stanovení postupu, zaznamenávání plánu, realizace plánu, hodnocení plánu (revidování plánu). Všechny tyto fáze se opakují stále dokola.

Proces individuálního plánování můžeme zjednodušeně rozfázovat takto:

- **Mapování klientovi situace** – Pracovníci získávají informace o klientech, jejich potřebách, očekáváních a motivaci. Pro zkoumání situace klienta je stěžejní to,

³ Péče – pasivní přijímání jednotlivých úkonů uživatelem, pečující za uživatele vykonává jednotlivé úkony
Podpora – aktivní prvek, uživateli je poskytnutá nezbytná pomoc při zajišťování takových úkonů nebo jejich částí, které uživatel skutečně nezvládá (Hauke, 2011, s. 20)

jak klient rozumí své situaci, ve které se nachází, a jak chápe funkci klíčového pracovníka (co může klient od něj a jeho pomoci očekávat), zrovna tak důležité je, aby klíčový pracovník (dále KP) porozuměl situaci klienta. Vzájemné porozumění vytváří předpoklad pro úspěšnou spolupráci.

- **Stanovení postupu** – Pracovníci přemýšlejí v týmu o klientovi a hledají vhodnou podobu intervence.
- **Zaznamenávání plánu** – Pracovníci společně s klientem formulují společné cíle spolupráce a domlouvají plán. V této fázi je důležité vzájemné porozumění situaci. Podle požadavků, potřeb a možností je formulován cíl a definovat způsoby k dosažení cíle. Zároveň jsou určeny termíny naplnění a osoby odpovědné za plnění jednotlivých kroků k dosažení cíle. Domluvený postup je zaznamenávaný v podobě individuálního plánu.
- **Realizace plánu** – V této etapě klient a KP realizuje všechny naplánované činnosti v dohodnutém rozsahu. Může se také stát, že klient je například nemotivovaný nebo dojde ke zhoršení jeho zdravotního stavu, kroky pak nečiní, to by pak mělo být důležitým podkladem k revizi a k dalšímu plánování.
- **Hodnocení plánu (revidování plánu)** – V této fázi jsou pracovníky v týmu zpracovány informace za období, kdy byl plán realizován. Společně s klientem jsou porovnávány dosažené cíle s realitou. Klíčový pracovník společně s klientem na základě informací stanovují, co bude dále.

(Malíková, 2020; Herzog, 2017, individualniplanovani.cz)

1.3.2 Dokumentace

Individuální plán je „*záznam o procesu individuálního plánování. Typicky obsahuje „cíl spolupráce, kroky a revizi“.* (Herzog, 2017, individualniplanovani.cz)

Individuální plán slouží jako:

- Záznam o komunikaci mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby, zároveň slouží k tomu, abychom nezapomněli na nic, co jsme s klientem domluvili.
- Slouží k jednotnému postupu pracovníků.

- Pomocí individuálního plánu poskytovatel inspekci sociálních služeb dokladuje, že plánuje a hodnotí službu s každým uživatelem. (Herzog, 2017, individualniplanovani.cz)

Dokumentace o tvorbě a plnění individuálního plánu musí být vedena u každého klienta. K tomuto účelu slouží dokumentace, která je složena z několika částí.

- **Úvodní část** obsahuje základní údaje o klientovi a informace, které slouží k vytvoření jeho osobního profilu. Do této části se také většinou zapisují předpokládané rizikové oblasti a opatření, které slouží k prevenci a minimalizaci; zároveň tu také najdeme představy a přání klienta a dohodnutý osobní cíl.
- **Plán** - do této části se provádějí zápisy o dohodnutých činnostech a postupech k dosažení osobního cíle a termíny hodnocení. Vzhledem k tomu, že na plnění osobního cíle klienta se podílejí i ostatní zaměstnanci, je zde popsána spolupráce s dalšími pracovníky, jejich úkoly a povinnosti; do popisu plánu patří, jak použití pomůcek, vybavení a prostředků, tak i například spolupráce s rodinou.
- **Realizace IP** – zaznamenávají se zde dohodnuté činnosti vedoucí k dosažení osobního cíle, včetně odpovědnosti příslušných pracovníků.
- **Hodnocení IP** se provádějí vždy v termínu, který byl stanoven. V tomto termínu je proveden zápis o společném hodnocení IP s datem a podpisy. (Malíková, 2020, s. 186)

Dokumentace může mít podobu ručně psaných zápisů nebo může vycházet z počítačového programu. Kompletní vedení IP pouze v elektronické verzi se nedoporučuje a nejví se jako vhodné, a to z toho důvodu, že vede k odlidštění, typizaci postupů, odosobnění a formálnosti. Elektronická dokumentace může sloužit pro usnadnění, ke zkrácení nezbytného času pro vyhotovení záznamů je možné částečně využívat počítač. Stěžejním spíše zůstává písemný záznam, který podporuje holistický, individuální přístup a osobní vztah klíčového pracovníka s klientem. (Malíková, 2020, s. 187,188) Může se stát, že uživatel sociální služby odmítne písemně plánovat své služby a plány podepisovat. Pokud k této situaci dojde, dále KP s uživatelem sepíše dohodu o tom, že si písemné plánování nepřeje a individuální plánování bude prováděno pouze ústně. (Hauke, 2011, s. 108)

Zásady vedení dokumentace IP:

- Musí být uložena v pracovní místnosti personálu v uzamknuté skříni bez volného přístupu.
- Může být označena pouze jménem, příjmením, adresou, rokem narození.
- Klient musí vyslovit a podepsat souhlas, s povolením se zpracováním osobních údajů v rozsahu nezbytném pro poskytování sociální služby.
- Nesmí být zapsány tzv. „citlivé údaje“⁴.
- Každé zařízení musí mít zpracovaný postup pro nahlížení do dokumentace, s tímto postupem musí být seznámeni a musejí ho dodržovat všichni pracovníci.
- Informace, které jsou důležité pro plynulé plnění individuálního plánu klienta nebo informace o aktuálních změnách musí být přístupné všem pracovníkům.
- Dokumentaci IP průběžně kontroluje koordinátor – hodnotí kvalitu, rozsah a správnost záznamů. (Malíková, 2020, s. 187)

1.3.3 Vyhodnocování individuálního plánu

V dlouhodobých pobytových službách je zvykem hodnotit a aktualizovat individuální plán jednou za půl roku. Je dobré nejprve vyhodnotit celkový průběh služby a také spokojenost klienta s poskytovanou službou. (Sobek, 2021, adpontes.cz).

„Tato etapa, byť se může jevit jako formální, jednoduchá a bezproblémová, může být ve skutečnosti z mnoha důvodů velmi problematická a náročná (klient si nepamatuje osobní cíl a dohodnuté intervence k jeho splnění, aktuální zhodnocení je ovlivněno špatnou náladou a stavem).“ (Malíková, 2020, s. 184) Vyhodnocení individuálního plánu probíhá stejně jako individuální plánování u všech uživatelů, tedy i u těch, kteří komunikují s obtížemi nebo nekomunikují verbálně vůbec. Pracovníci nesmějí zapomínat na to, že i přes hendikep klienta, probíhá hodnocení IP ve spolupráci s ním. Při hodnocení má velký význam týmová spolupráce a dovednosti používání způsobů alternativní komunikace. Pracovník by měl při vyhodnocování zaměřit pozornost i na neverbální projevy klienta.

Při hodnocení IP je třeba mít na paměti, že se nejedná o hodnocení uživatele, ale jde o zhodnocení toho, kde se uživatel ve spolupráci s KP nachází. Nestačí hodnotit

⁴ Citlivými údaji se rozumí rodné číslo, etnický původ, politický postoj, náboženství, zdravotní a psychický stav

pouze jednotlivé cíle, ale je potřeba, aby KP společně s uživatelem hodnotil jednotlivé body IP. KP si při rozhovoru s uživatelem ověřuje, zda správně mapoval, zda existují nějaké nové informace do sběru dat a zda se vyskytla nějaká rizika a jakou v jeho životě hrají roli. Při hodnocení míry naplňování osobních cílů se KP zaměřuje na správnost určení a naplnění potřeb uživatele. Pracovník přemýšlí o tom, zda byl cíl správně určen, zda a s jakým úspěchem se realizovaly kroky k jeho naplnění. KP společně s klientem se také zamýšlí nad tím, co z individuálního plánu vyplývá do „nového kola“ IP a co tam již nepatří. (Merhautová, Mrazíková a kol. 2011, s. 142,143)

Poskytovatel písemně stanovuje pravidla, ve kterých je uvedeno: **kdy** k přehodnocení individuálního plánu dochází, **kdo** přehodnocení provádí, **v jakých případech** k přehodnocení dochází, a **jak přehodnocení vypadá**. K přehodnocení dochází pravidelně v předepsaných termínech nebo při mimořádně náhlých změnách (poskytovatelem má stanoveno, co je tímto důvodem pro mimořádné přehodnocení a do kdy musí zodpovědná osoba individuální plán přehodnotit od chvíle, kdy se o změně dozvěděla.) (Hauke, 2011, s. 109,110)

Hodnocení cílů

Vyhodnocení cílů bychom neměli provádět ve smyslu dobře-špatně, splnil-nesplnil, uspěl – neuspěl. Měli bychom mít na paměti, že i když se cíl nepodařilo naplnit, přesto si z toho klient může odnést nějakou užitečnou zkušenost. Je důležité mít nadále na paměti, že kvalitu sociální služby nelze zjistit podle toho, nakolik klienti „plní“ své cíle stanovené v individuálních plánech. (Sobek 2021, adpontes.cz)

Při hodnocení osobních cílů můžeme využít **techniku 4+1 otázka**. Tato technika se nejčastěji používá v rámci plánování zaměřeného na člověka⁵. Výhodou této techniky je, že jde spíše o reflexi a zpětnou vazbu k danému cíli, i z toho důvodu je dobré tuto techniku využít právě v pobytových službách určené seniorům.

⁵ Klíčovými principy plánování zaměřeného na člověka je hledání silných stránek, nadání a dovedností člověka v kontextu komunity, posilování hlasu člověka a jeho blízkých, mapování historie, hodnocení současnosti a definování potřebných změn do budoucna. (kvalitavpraxi.cz)

1.4 Multidisciplinární tým

V této kapitole definuji pojem multidisciplinární tým a týmovou spolupráci, popíšu jeho přínos v pobytových službách pro seniory. Také se zaměřím na jednotlivé body, které jsou důležité pro spolupráci v týmu, ale i na úskalí týmové spolupráce. Na závěr se v této kapitole zaměřením na komunikaci a efektivní předávání informací v týmu.

Týmová spolupráce v pobytových zařízeních je nezbytná při realizaci a tvorbě individuálního plánu, tato spolupráce má charakter tzv. „multidisciplinárního týmu.“. Pro definování pojmu multidisciplinární tým (dále jen MDT) je důležité si zvlášť charakterizovat definici týmu, týmové spolupráce a multidisciplinaritu.

Definice týmu

Hawkins, Shonet, (2000); Reeves et al., (2010) in Hrdá, (2018, s. 16) charakterizuje tým jako: skupinu osob, která spolupracuje na naplnění určitého cíle či cílů, za naplňování cílů nesou členové týmu společnou odpovědnost (každý cíl by měl přispívat k naplnění vize organizace). Členové týmu mají mezi sebou rozvinuté vztahy, jsou na sobě závislí. Každý člen zastává svou roli, v některých případech i vícero. Každý tým se vyznačuje vlastní skupinovou dynamikou, má sdílenou identitu, to zahrnuje i normy, zvyky i pravidla. Na rozdíl od jednotlivce podávají týmy větší výkon než jednotlivci a dokážou pružněji reagovat na požadavky uživatelů sociálních služeb. (Vítová a kol., s. 123)

Definice týmové spolupráce

Vítová a kol., (2011, s. 123) definuje týmovou spolupráci jako *„proces, který má svá stádia; členové týmu v něm zastávají různé role a používají různé techniky spolupráce. Týmy tedy procházejí vývojem, jehož výsledkem by měl být fungující celek, schopný reagovat na požadavky uživatelů sociální služby.“* Pozitivem týmové spolupráce je například úhel pohledu na určitou problematiku, možnost konzultace, předávání informací nebo využití více dovedností a zkušeností členů týmu.

Definice multidisciplinarity

„Multidisciplinární spolupráce existuje, pokud spolu dvě nebo více sociálních a zdravotních profesí pracují společně v týmu“ (Nancarrow et al., 2013 in Hrdá 2018, s.

16) Podstatou multidisciplinarity je provázanost. Provázanost přispívá k větší efektivitě a snaží se o součinnost při využívání zdrojů pomoci. „*V rámci instituce či organizace je konkrétní podoba spolupráce ovlivněna mnoha aspekty a zvyklostmi. Důležitá je vždy ochota spolupracovat, důvěřovat jiným odborníkům a respektovat jejich pohled na péči, napříč odbornostmi i postavením v péči. Důvěru a respekt k týmu musí mít i management zařízení nebo instituce, protože by měl podporovat a investovat do soudržnosti týmu.*“ (Čadkovská-Svejkovská, et al., 2008)

V prostředí DPS se setkáváme s celou řadou profesí. O DPS se hovoří jako o zařízení na tzv. zdravotně-sociálním pomezí. Znamená to, že v DPS působí jak profese zdravotní, tak profese sociální. V každé organizaci se složení MDT může lišit. Také se liší způsob jejich právního zakotvení, nároky na jejich profesní přípravu, základní hodnoty daných profesí, způsob naplňování hodnot v každodenní praxi a další. Společným cílem všech takovýchto organizací by však mělo být hledání vhodných způsobů, jak efektivně spolupracovat při každodenním běhu péče ve prospěch opečovávaného klienta. (Hrdá, 2018, s. 17)

Multidisciplinární tým a jeho přínos

Podle Nancarrowa et al., 2013 in Hrdá 2018 má MDT pozitivní přínos pro klienty, zaměstnance i organizaci.

Přínos pro klienty: Díky MDT se zlepšuje kvalita péče, přináší možnost zajistit kontinuitu péče, díky identifikaci a naplnění potřeb jsou klienti spokojenější. (Hrdá 2018, s.14)

Přínos pro zaměstnance: Čím lépe MDT funguje, tím spokojenější jsou zaměstnanci. Díky týmové spolupráci se zvyšuje úroveň rozlišení přínosnosti každého pracovníka, zvyšuje se duševní zdraví a spolupráce. Práci v týmu se buduje profesionální identita, přináší i potřebný náhled na naplňování vlastní role v týmu. (Hrdá 2018, s. 14)

Přínos pro organizaci: Spokojeností zaměstnanců se zvyšuje kvalita péče, dobře fungující tým dává prostor pro budování kultury organizace, implementuje přístupy zaměřené na člověka a implementuje inovativní myšlenky. MDT, který dobře funguje, je efektivnější, produktivnější a dobře využívá své zdroje. (Hrdá 2018)

1.4.1 Multidisciplinárního tým a spolupráce

Spolupráce MDT je při tvorbě individuálního plánu velmi zásadní a významně ovlivňuje úspěch či neúspěch IP. Pro úspěšné IP je důležitá správně organizovaná a hladce fungující celá činnost MDT. (Malíková, 2020, s. 158) Za největší dovednost MDT považujeme domlouvání se na cílech individuálního plánu klienta a jeho následnou realizaci, tato činnost je zároveň i nejnáročnější. (Hrdá, 2018, s. 22-24) V případě, že individuální plán vytváří KP, může mu tým poskytnout zpětnou vazbu či náměty na realizaci. Předávání informací v týmu popíšu v následující kapitole 1.4.2.

Spolupráce členů MDT v pobytových službách je složitější z toho důvodu, že jde o formální tým a jejich členové většinou nemohou ovlivnit jejich složení. I přesto musí dospět k co nejlepší vzájemné komunikaci a spolupráci, vzájemný respekt všech pracovníků vede k dosažení jejich společného cíle – kvalitního poskytování sociálních služeb. Další úskalí týmu je jeho různorodost (členy týmu jsou totiž zaměstnanci z různých pracovních pozic). (Vítová a kol., 2011, s. 122, 123) Aby mohl MDT dobře fungovat měl by mít nastavený tzv. rámec, dle kterého funguje. Do tohoto rámce patří:

Vyjasněný vztah mezi všemi MDT v domově – v domovech bývá různý počet MDT, proto by měl být jejich vzájemný vztah vyjasněn převážně s ohledem k jejich účelům a úkolům. Každý tým by měl zároveň vědět, proč existuje a jaké jsou jeho cíle.

Určitá velikost – Velikost MDT se nemusí zdát pro správné fungování důležitá, důležitá ale je a to s ohledem k řiditelnosti a komunikaci. Tým by neměl překročit 12 osob, protože větší týmy se mají tendenci rozpadat do podskupin.

Vyjasněná struktura – pro správné fungování týmu, by měli jeho členové dobře rozumět organizační struktuře a svému místu v ní, znát a respektovat hierarchii uvnitř týmu, mít definované vzájemné vazby. Každý člen by měl znát své kompetence, roli a odpovědnost. MDT by mělo mít nastavené kontrolní mechanismy. Kultura organizace a organizační struktura mohou být překážkou pro správné fungování týmu.

Podpora shora a prostředky pro své fungování – každý tým musí mít jasně stanovené vedení a vedoucí musí mít jasně dané své kompetence, zrovna tak nesmí chybět popis každé profese a jejich kompetencí. Nadřazení jedné profese nad druhou může věci usnadnit, ale stejně tak se může stát, že nadřízenost a podřízenost naruší rovnováhu a potenciál týmu z toho důvodu bude nevyužit. (Hrdá, 2018, s. 42-48)

Organizace by měla mít silnou organizační kulturu. Silná organizační kultura je důležitá pro efektivní výsledky péče. Mluvíme o ní tehdy, kdy je systém přijímán většinou členů organizace. Mezi přednosti silné podnikové kultury například řadíme: jasný a přehledný pohled na organizaci, přímou a jednoznačnou komunikaci, rychlé nalezení řešení a rozhodnutí, rychlou implementaci inovací, vysoká jistota a důvěra spolupracovníků. Jako nedostatky silné podnikové kultury naopak můžeme chápat například: trvání na tradicích a nedostatek flexibility, blokaci nových strategií nebo složitou adaptaci nových pracovníků (Procházková, 2019, s. 19,51,148-150)

„Má-li být úspěšně vybudován MDT, který je schopen kvalitní a efektivní mezioborové spolupráce, je zapotřebí definovat vedle jeho cílů především základní principy činnosti, (jakási ideová východiska), s nimiž by se mohli (a také měli všichni členové týmu identifikovat.“ (Jankovský,2007, Sociální práce s. 98) Principy mají význam, že péče odborníků není zaměřena pouze na klienta, ale i na jeho rodinu. S tím souvisí to, že v rámci MDT má rodina nezastupitelnou roli. Tento vztah je velmi důležitý, neboť umožňuje rodinným příslušníkům podílet se na péči klienta, stávají se tak pro všechny odborníky respektovanými partnery. (Jankovský, 2007, s. 99) Způsob spolupráce MDT je odrazem motivace klientů a jejich rodiny. I přesto, že je spolupráce s rodinou velmi důležitá, je nutné poukázat na to, že ne vždy má senior nějakého rodinného příslušníka má nebo na skutečnost, kdy se rodina nechce nebo nemůže podílet na péči o seniora. (Procházková, 2019, s. 19)

Dle Malíkové (2020, s. 158) při funkční týmové spolupráci musí vždy probíhat:

- Kontinuální předávání informací, postřehů, výsledků pozorování
- Výměna zkušeností mezi pracovníky
- Vzájemná konzultace a pomoc
- Poskytování vzájemné pomoci a podpory především v komplikovaných, neobvyklých či mimořádně náročných situacích

1.4.2 Komunikace v týmu a předávání informací v MDT

Při péči o seniora v pobytových službách se každý den stane mnoho nových událostí, z toho důvodu je nutné si v MDT efektivně předávat informace a zároveň s nimi pracovat. S předáváním informací úzce souvisí i komunikace v MDT, protože efektivní

komunikace⁶ má zásadní dopad na soudržnost a efektivitu týmu. Právě osobnostní charakteristiky a komunikační dovednosti členů MDT rozhodnou, zda bude spolupráce a IP plodná. (Hrdá, 2018, s. 31, 52, 54) „*Není neobvyklé, že se v rámci komunikace v týmu setkáme s různými komunikačními šumy, špatným pochopením informací a řadou dalších komunikačních nešvarů. Do této oblasti ovšem nepatří pouze samotný přenos informací, ale i vytváření společných komunikačních kanálů, schopnost naslouchat i správně přijímat informace nebo poskytnout a přijmout zpětnou vazbu.*“ (Smolová, 2017, s. 37) Dle DeVita (2001) in Smolová (2017, s. 36) je komunikační proces velmi důležitým prvkem, je to koloběh, kde sdělení prochází komunikačními kanály a jeho správnost je rušena šumy, působícími ze všech stran.

Dle Kotlera a Kellera (2007) in Smolová (2017, s. 38) závisí na třech faktorech, zda příjemce sdělení opravdu přijme. Těmito faktory jsou:

- **Selektivní pozornost** – lidé jsou vystaveni obrovskému množství podnětů, proto není možné věnovat pozornost všemu;
- **Selektivní zkreslení** – tendence interpretovat přijaté informace podle předem vytvořených úsudků a očekávání daných příjemců;
- **Selektivní zapamatování** – člověk si zapamatuje fakta, které jsou v souladu s jeho názorem.

Sběr informací

Ještě před samotným předáváním informací je důležité shromáždit všechny dostupné informace o klientovi. I přesto, že by individuální plán měl být sestaven především s klientem, je pro jeho tvorbu nezbytné mít shromážděno co nejvíc informací. Pokud víme, že ještě nemáme shromážděny všechny relevantní informace, měli bychom v jejich sběru pokračovat až do situace, která nenaznačuje, že bychom něco nevěděli.

Přístup k informacím vyžaduje komunikaci i směrem k rodinám obyvatel domova. Se získáváním informací od rodin souvisí to, že členové MDT mají k obyvatelům a jejich rodinám různý vztah a také s nimi přijdou do kontaktu s různou četností. Může se stát i to, že klienti a jejich rodiny vůči jednotlivým členům MDT vystupují jinak a sdělují jim rozdílné informace. (Hrdá, 2018, s. 22-26)

⁶ Komunikace představuje nástroj, jehož pomocí tým dosahuje společného cíle. (Smolová, 2017)

System předávání informací

V domovech se asi nejčastěji diskutuje náhled nezdravotnických profesí na aspekty zdravotního stavu klienta. Podle právního názoru Mgr. Aleny Hájkové k informacím, které se týkají zdravotního stavu mohou mít přístup: „(...) *bez souhlasu pacienta jsou to v první řadě osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání a jiní odborníci v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, kteří jsou zaměstnanci poskytovatele, a další zaměstnanci poskytovatele v rozsahu nezbytně nutném pro výkon povolání (...)*“ Znamená to tedy, že do zdravotní dokumentace klienta mohou nahlížet i sociální pracovníci a pečovatelé, pečovatelé musí rozumět, jak ke konkrétnímu klientovi přistupovat a musí vědět, co může nastat i z medicínského hlediska.

Do systému předávání informací mezi členy MDT patří porady, různá hlášení a ad hoc setkávání. Pravidelné setkávání a předávání informací pomáhá zajistit kontinuitu i komplexnost péče.

Hlášení a jeho struktura se v každém domově liší, většinou převažuje forma osobního setkávání členů v MDT. Jedná se o krátká setkání (do půl hodiny) MDT při směně. Setkání může probíhat kdykoli během dne, nejčastěji před začátkem a po konci denní a noční směny. Hlášení může probíhat i formou pečovatelských zápisů o průběhu dne obyvatel. Cílem hlášení je zajistit hladkou péči o klienty, velkou výhodou hlášení je i možnost přizpůsobit se flexibilně při změně podmínek pro poskytování péče.

Porady a jejich systém se stejně tak jako struktura hlášení v každém domově liší. Existuje mnoho druhů porad, ale zpravidla se jedná o setkání, které trvá alespoň jednu hodinu a více. Frekvence porad se liší dle konkrétních potřeb každého MDT.

Ad hoc setkání mohou sloužit k různým účelům a dějí se v různých složení. Mohou sloužit k řešení nenadálých situací, k nastavení procesů nebo k řešení komplexních situací, které potřebují náhled. Ad hoc setkání probíhají v každém domově. (Hrdá, 2018, s. 31-38)

1.4.3 Složení pracovního týmu

V pobytových službách se setkáváme s celou řadou profesí (jak zdravotní, tak i sociální profese), které se podílejí na IP. Důležité je podotknout, že ne všechny pracovní pozice musejí být ve všech pobytových službách a složení týmu se v každé organizaci může lišit. (Hrdá, 2018, s. 17)

Podle Malíkové (2020), s. 158 se **tým při plánování průběhu služby skládá z:** koordinátora, moderátora, sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách – klíčových pracovníků, důvěrníků klienta, všeobecných sester, aktivizačních sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, pracovníků pro volnočasové aktivity, psychologů a dalších pracovníků v zařízení.

Podle potřeby mohou být k projednání záležitosti související s IP zapojeny například: nutriční terapeut, logoped, praktický nebo odborný lékař, příbuzní, přátelé či jiné blízké osoby klienta, duchovní, a další.

Nyní blíže popíšu nejdůležitější pracovníky, kteří se podílejí na procesu IP. Těmito pracovníky jsou: pracovník, který zastává funkci koordinátora individuálního plánování, klíčový pracovník a sociální pracovník.

Koordinátor individuálního plánování

Funkci koordinátora IP by měl vykonávat vedoucí sociální pracovník, ale může jí vykonávat i vrchní sestra. Koordinátor zodpovídá za plynulou realizaci a funkčnost IP v daném pobytovém zařízení, z toho vyplývá řada povinností a činností:

- Vybírá pracovníky do funkce klíčového pracovníka pro konkrétní klienty
- Kontroluje činnost všech pracovníků, kteří se podílejí na realizaci IP a zjišťuje spokojenost klientů
- Kontroluje dokumentaci a kvalitu záznamů o IP
- Koordinuje týmovou spolupráci při IP
- Podílí se na řešení problémů vzniklých v souvislosti s IP klienta
- Podporuje předávání informací a výměnu zkušeností mezi ostatními pracovníky
- Je rádcem a opěrným bodem pro klíčové pracovníky, v případě potřeby poskytuje všem členům týmu psychickou oporu
- Usiluje o vytvoření funkčního a spolupracujícího týmu do multidisciplinární úrovně
- Organizuje pracovní porady zaměřené na IP (Malíková, 2020, s. 159, 160)

Klíčový pracovník

Klíčového pracovníka určuje koordinátor IP, tuto funkci nejčastěji vykonávají pracovníci v sociálních službách, někdy to také může být terapeut nebo aktivizační

pracovník nebo sociální pracovník. Tuto funkci by měl vykonávat pracovník, který je s klientem v každodenním kontaktu. Každý pracovník by měl být pro vykonávání této funkce odborně vyškolen, podporován a v této oblasti se bude i nadále vzdělávat. KP musí dodržovat etický kodex sociálních pracovníků a zachovat mlčenlivost. Vzhledem k tomu, že se KP od klienta dozvídá mnoho citlivých informací, je nutné rozlišovat informace, které jsou potřebné pro IP, které je potřebné přinést do týmu, a které mohou zůstat mezi klientem a KP. (Haicl, 2011, s. 115, 117) KP seznamuje příbuzné a blízké osoby klienta s významem, s přínosem jejich pomoci a spolupráce. V případě potřeby od rodinných příslušníků zjišťuje informace, které jsou potřebné k většímu porozumění klientovi a tvorbě individuálního plánu. (Malíková 2020, s. 164)

KP nese zodpovědnost za plánování a průběh služby, v rámci své činnosti tedy:

- Pomáhá klientovi formulovat a identifikovat potřeby a osobní cíle, podporuje klienta při naplňování potřeb a osobních cílů
- Projednává s klientem poskytování služby, péče a podpory, ověřuje spokojenost klienta a v případě nespokojenosti dojednává jiné řešení
- Dojednává způsob ověření a vyhodnocení naplňování osobních cílů klienta
- Je zodpovědný za individuální plány a jejich realizaci
- Přináší do týmu informace z poskytování služby, které pak s týmem projednává, koordinuje poskytování přiměřené podpory
- Iniciuje jednání na téma rozsah poskytovaných služeb, posouvání a zkvalitňování služby na základě individuálních plánů

Pro klienta je KP nejen partnerem pro plánování a průběh služby, ale také by měl být tím, na koho se klient může obrátit, rozumí mu, komu se může svěřit a s kým se cítí bezpečně. Může vzniknout i situace, kdy KP není s klientem schopen komunikovat a spolupracovat. Z toho důvodu je nutné při přiřazování KP brát v potaz jejich dosavadní vztahy, kvalitu komunikace a vzájemné sympatie a nesympatie. (Haicl a kol., 2011, s. 115-118)

Sociální pracovník

Sociální pracovník je v oblasti sociálních služeb pracovníkem s vyšší kvalifikací. V zařízení vykonává mnoho druhů činností včetně mnoha administrativních, ale zaměříme se však na to, jak se sociální pracovník podílí na individuálním plánování.

V procesu IP, má sociální pracovník dle standardu č. 5 funkci koordinátora. Při přijetí nového klienta do zařízení provádí edukaci o IP, představí klientovi přiděleného KP na adaptační období a zároveň ho seznámí s možností volby a změny KP na konci adaptačního procesu, zároveň dohlíží na průběh adaptačního procesu. Pokud není klient na jednolůžkovém pokoji, při nástupu do zařízení ho seznamuje s jeho spolubydlícím. Sociální pracovník provádí rozhovory s klienty a jejich příbuznými, v případě potřeby jim poskytuje sociální poradenství.

V řadě organizací, ale od sociálního pracovníka neočekávají, že by byl schopen zastávat roli KP. Podle Musila (2007) je sociální pracovník schopen s klientem samostatně pracovat a poskytnout mu službu, kterou mu nikdo z dalších pomáhajících pracovníků poskytnout nemůže, dokáže posoudit životní situaci klienta a společně s ním formulovat cíle a navrhnout postup intervence. Sociální pracovník na rozdíl od jiných pracovníků může při práci s klientem přijít na to, že zařízení dostatečně nereaguje na některé potřeby klientů, případně určí další. Sociální pracovník dokáže zprostředkovat spolupráci dalších odborníků, v rámci řešení problémů musí spojuje členy MDT, v rámci týmu zabezpečuje komunikaci. (sociální práce, 2007, s. 11)

1.5 Shrnutí teoretické části

Stárí je spojeno nejen s omezením soběstačnosti, ale i se změnou společenské role. Zejména v důsledku omezení soběstačnosti se senior stává klientem sociálních služeb - nejčastěji DPS nebo DZR. Právě v těchto zařízeních je potřebná sociální práce, která má určitá specifika. Služba DZR je určena pro osoby s duševním onemocněním, kdežto klienti DPS mají sníženou soběstačnost především z důvodu věku.

Součástí péče o seniora je rozpoznání jeho potřeb a zájmů. Znat přání a potřeby klienta je základní podmínkou úspěchu k poskytování individuální péče, definování osobních cílů a následnému vytvoření individuálního plánu. Osobní cíl může být definovaný, jak na základě přání klienta, tak jeho potřeb. V sociálních službách se často pracuje s klienty, kteří mají poruchy komunikace nebo nekomunikují vůbec, z toho důvodu by měli KP ovládat různé metody či prostředky alternativní komunikace.

Dle zákona 108/2006 Sb. a vyhlášky 505/2006 Sb. jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni s každým uživatelem individuálně plánovat, tzv. „poskytovat každému klientovi službu na míru“, zároveň jsou povinni poskytování služby hodnotit. Díky IP lze

v každé organizaci nastavit standartní kvalitu sociální služby a následně ji i v případě organizačních změn udržet. IP nemá význam nejen pro organizaci, ale i pro klienta, kterému pomáhá naplňovat představy o potřebné pomoci a motivuje klienta k zachování samostatnosti. Záznam o procesu IP nazýváme individuální plán. Každý individuální plán obsahuje důležité údaje o klientovi, dohodnuté osobní cíle, způsob dosažení cíle a termín hodnocení. Nedoporučuje se vést kompletní dokumentaci IP pouze v elektronické podobě, ale stěžejní by měl být písemný záznam, který podporuje individuální přístup a osobní vztah ke klientovi.

Při realizaci a tvorbě individuálních plánů je nezbytná spolupráce MDT. O MDT můžeme hovořit, pokud zdravotní a sociální profese pracují společně v jednom týmu. Nedílnou součástí MDT je rodina klienta. V každé pobytové službě se složení týmu může lišit. Díky správnému fungování MDT se zlepšuje kvalita péče zároveň je zajištěna kontinuita péče, což vede ke spokojenosti jak klientů, tak zaměstnanců. Spolupráce MDT je velmi zásadní při tvorbě individuálních plánů. I v případě, kdy plán vytváří KP může mu tým poskytnout zpětnou vazbu či náměty na realizaci. Za největší dovednost MDT považujeme domlouvání se na osobních cílech a následnou realizaci plánu. Při spolupráci členů týmu musí vždy probíhat předávání informací, výměna zkušeností mezi pracovníky, vzájemná pomoc a konzultace, poskytování vzájemné pomoci v komplikovaných či náročných situacích.

Nejčastěji je tým složen z koordinátora, moderátora, sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách – klíčových pracovníků, důvěrníků klienta, všeobecných sester, aktivizačních sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, pracovníků pro volnočasové aktivity, psychologů.

V závěru teoretické části blíže popisují činnost koordinátora individuálního plánování, který zodpovídá za plynulou realizaci a funkčnost IP, klíčového pracovníka, který je pro klienta nejen partnerem při plánování služby, ale zároveň je tím, na koho se může klient obrátit a jako poslední popíšu činnost sociálního pracovníka a jeho podílu na IP. Tyto pracovníky a jejich činnost popisují, protože se nejvíce podílejí na celém procesu a jsou součástí týmu v každém zařízení, z toho důvodu jsem je zvolila i jako respondenty ve svém výzkumu.

2. METODICKÁ ČÁST

Vše, co bylo doposud řečeno o individuálním plánování pro seniory v teoretické části bakalářské práce, se nyní pokusím přenést do praxe. Vhodně vybranou strategií provedu výzkum v oblasti tvorby individuálních plánů, a to v konkrétních, reálně fungujících pobytových zařízeních. Tato část nás provede celým průběhem výzkumu, od stanovení jeho cílů po způsob jeho provedení a zpracování. Vyhodnocení bude uvedeno v poslední části bakalářské práce.

2.1 Formulace cíle výzkumu

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jak se multidisciplinární tým podílí na individuálním plánování v pobytových službách pro seniory.

K naplnění hlavního cíle jsem si stanovila čtyři dílčí cíle.

DVC 1: Zjistit, kdo a jak se v zařízení podílí na individuálním plánování.

DVC 2: Zjistit, jaké dokumenty jsou používány při tvorbě individuálních plánů v různých zařízeních.

DVC 3: Zjistit, jak jsou naplňovány cíle v individuálním plánu klienta v různých zařízeních.

DVC 4: Zjistit, jaké největší překážky vnímají pracovníci, při zjišťování cílů od klientů v různých zařízeních.

2.2 Zdůvodnění výzkumné strategie

Pro potřeby této bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Při kvalitativní výzkumné strategii se pokoušíme na určitý prvek nebo proces nahlížet v jeho autentickém prostředí. Díky tomu vytváříme jeho obraz v co nejvíce komplexní podobě, včetně podob jeho vztahů s dalšími aspekty, často se snaží vysvětlit sociální jednání pomocí subjektivních významů. Při kvalitativní výzkumné strategii si na začátku výzkumu zvolíme základní výzkumné otázky, které můžeme během výzkumu doplňovat. (Hendl, Remr, 2017; Reichel 2009)

„Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje tím, že má připraven soubor témat/otázek, které budou jeho předmětem, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich pořadí. Mnohdy může tazatel formulace pokládaných otázek částečně modifikovat, nezbytné ale je, aby byly probrány všechny.“ (Reichel, 2009, s. 111) Díky volnosti polostrukturovaného rozhovoru můžeme vytvořit přirozenější kontakt s informantem a komunikace může lehčeji plynout.

2.3 Zdůvodnění výběru výzkumného vzorku a jeho charakteristika

Výzkum je zaměřen na pobytové služby pro seniory, jako kritérium pro výběr zařízení jsem si zvolila, že musí být v Královéhradeckém kraji. Oslovila jsem Domov pro seniory Libuše, Domov důchodců Humburky a Domov důchodců Černožice.

Domov důchodců Humburky

Domov důchodců Humburky (dále jen DD Humburky) se nachází v Královéhradeckém kraji (dále jen KHK), 2 km od Nového Bydžova. Zařízení je příspěvkovou organizací KHK, podle zákona č. 108/2006 Sb. §49 poskytuje sociální službu DPS. Zařízení má kapacitu 47 lůžek. Služby jsou určeny seniorům od 60let, kteří mají trvalé bydliště v KHK, případně na něj prokázanou vazbu a z důvodu snížení soběstačnosti nemohou setrvat v přirozeném sociálním prostředí. Pomoc klientovi je poskytována v činnostech, které vlastními silami již nezvládá a podporuje jeho samostatnost. (www.pohodahumburky.cz)

Domov Libuše

Domov Libuše se nachází v Kratonohách, ve vesnici vzdálené asi 12 km od Hradce Králové. Zřizovatel Domova je zapsaný spolek Krásný věk. Domov Libuše sdružují dvě pobytové služby DPS a DZR, které jsou poskytované dle zákona č. 108/2006 Sb. §49 a §50. Zařízení má celkovou kapacitu 22 lůžek, (10 lůžek DPS a 10 lůžek DZR). Služba DPS je pro seniory od 65 let věku, jejichž stav vyžaduje pomoc druhé osoby při zajištění běžných denních činností. Služba DZR je určena pro dospělé osoby od 50 let, které trpí některým typem demence a jejich stav vyžaduje nepřetržitou péči. Služby jsou poskytovány seniorům z Královéhradeckého a Pardubického kraje.

Vzhledem k tomu, že v Domově není stálá zdravotní ošetrovatelská péče, osoby, které potřebují nepřetržitou ošetrovatelskou péči nebo velké množství zdravotních výkonů, vyhledávají specializovaná seniorská zařízení. Posláním Domova je poskytnutí potřebné pomoci, podpory a péči klientům, kteří z důvodu snížené soběstačnosti, nemohou zůstat ve svém domácím prostředí. Zajištění kvalitního života klientů s ohledem na jejich individuální možnosti. (Směrnice Domova Libuše, 2017)

Domov důchodců Černožice

Zařízení se nachází v KHK směrem na Jaroměř a je příspěvkovou organizací KHK. Kapacita služby je 102 lůžek. Dle zákona 108/2006 Sb. §50 poskytuje pobytovou službu DZR včetně pomoci s řešením nepříznivé sociální situace. Služba je poskytována od 40 let osobám s duševním onemocněním, kterým je toto onemocnění diagnostikováno odborníkem z oboru psychiatrie nebo neurologie, kteří jsou těžce nebo úplně závislí na pomoci jiné osoby. Podmínkou pro přijetí domova je kromě věkové hranice 40let a diagnostiky duševního onemocnění také mít trvalé bydliště v KHK, případně mít na KHK prokázanou vazbu. (www.doduce.cz)

Z každého zařízení jsem si vybrala tři informanty, kteří jsou členy MDT. Ačkoliv má MDT mnoho členů, na základě teoretické části jsem vybrala – koordinátora individuálního plánování, klíčového pracovníka a sociálního pracovníka. Koordinátor zodpovídá za plynulou realizaci a funkčnost IP v daném pobytovém zařízení, klíčový pracovník by měl být s klientem v každodenním kontaktu, tudíž by měl vědět nejvíce informací o klientovi. Sociální pracovník dokáže posoudit životní situaci klienta a na základě toho formulovat cíle IP a navrhnout postup intervence.

Jako kritéria pro výběr třech informantů z jednotlivých zařízení jsem tedy určila, že musí zastávat funkci koordinátora IP, klíčového pracovníka a sociálního pracovníka a zároveň musí tuto funkci vykonávat alespoň jeden rok. Podmínku, že respondent musí funkci vykonávat alespoň jeden rok, jsem zvolila na základě zkušebního rozhovoru s kolegyní, která zastávala funkci klíčového pracovníka jen 3 měsíce.

Vzhledem k tomu, že budu mezi sebou porovnávat rozhovory stejných profesí v jednotlivých zařízeních, vytvořila jsem pro přehlednost tabulku respondentů.

Tabulka 1: Respondenti

Respondent	Délka praxe	Zařízení	Pracovní pozice
KIP1	5 let	Domov Libuše	Pracovník v sociálních službách
SP1	6 let	Domov Libuše	Sociální pracovník
KP1	2 roky	Domov Libuše	Pracovník v sociálních službách
KIP2	12 let	DD Humburky	Sociální pracovník
SP2	27 let	DD Humburky	Sociální pracovník
KP2	2, 5 roku	DD Humburky	Terapeut
KIP3	17 let	DD Černožice	Sociální pracovník
SP3	3 roky	DD Černožice	Sociální pracovník
KP3	20 let	DD Černožice	Pracovník v sociálních službách

Zdroj: vlastní zpracování

Pro označení respondentů jsou použity zkratky: KIP = koordinátor individuálního plánování, SP = sociální pracovník, KP = klíčový pracovník

2.4 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 2: Transformační tabulka

Dílčí cíl	Indikátor	Informant	Sada tazatelských otázek
DVC č. 1: Zjistit, kdo a jak se, v zařízení podílí na individuálním plánování.	Rozdílné složení týmu spolupráce při tvorbě individuálních plánů	Sociální pracovník Pracovník, který zastává funkci koordinátora individuálního plánování Klíčový pracovník	TO 1: Kdo u vás tvoří individuální plány? TO 2: S kým spolupracujete při tvorbě individuálních plánů? TO 3: Podílí se u vás v zařízení na individuálním plánování zdravotnický personál? (pokud ano, jakým způsobem ?) TO 4: Vnímáte nějaká

			negativa spolupráce v týmu u vás v zařízení? (Pokud ano, jaká?)
DVC č. 2: Zjistit, jaké dokumenty jsou používány při tvorbě individuálních plánů v pobytových službách.	Rozdílnost vedení dokumentace individuálního plánování	Sociální pracovník Pracovník, který zastává funkci koordinátora individuálního plánování Klíčový pracovník	TO 1: Z jakých dokumentů získáváte informace potřebné k tvorbě individuálních plánů? TO 2: Kdo z týmu se podílí na tvorbě těchto dokumentů? TO 3: Používáte elektronickou nebo papírovou dokumentaci?
DVC č. 3: Zjistit, jak jsou naplňovány cíle v individuálním plánu klienta v jednotlivých zařízeních.	Spolupráce personálu při naplňování osobních cílů	Sociální pracovník Pracovník, který zastává funkci koordinátora individuálního plánování Klíčový pracovník	TO 1: Jak zaznamenáváte plnění osobních cílů klienta? TO 2: Kdo z personálu zodpovědný za naplňování osobních cílů klienta? TO 3: Kdo a jak se podílí na naplňování cílů klienta? TO 4: Jak často vyhodnocujete naplňování osobních cílů klienta? TO 5: V čem vidíte největší přednosti a limity při naplňování cílů klienta?
DVC č. 4: Zjistit, jaké největší překážky vnímají pracovníci, při zjišťování cílů od klientů v různých zařízeních.	Problematika zjišťování cílů seniora	Sociální pracovník Pracovník, který zastává funkci koordinátora individuálního plánování Klíčový pracovník	TO 1: Jak zjišťujete osobní cíle od klientů, kteří vůbec nebo obtížně komunikují? TO 2: Co vidíte jako největší překážky při zjišťování osobních cílů klienta?

Zdroj: vlastní zpracování

2.5 Průběh výzkumu

V první fázi jsem si nastudovala odbornou literaturu, kterou jsem použila v teoretické části. Na základě odborné literatury jsem si vybrala členy MDT, se kterými budu rozhovory provádět a sestavila jsem si otázky k rozhovoru. Po prvotním sestavení

otázek jsem si rozhovor vyzkoušela na kolegyni, která individuální plány tvořila krátce a na některé otázky nedokázala odpovědět. Z toho důvodu jsem se rozhodla, že respondent musí mít zkušenost s IP alespoň jeden rok.

V další fázi jsem oslovila vedení jednotlivých zařízení v Královéhradeckém kraji a seznámila je se záměrem mého výzkumu. Oslovila jsem Domov Libuše, Domov důchodců Humburky a Domov důchodců Černožice. Po jejich souhlasu s provedením rozhovorů u nich v zařízení jsem si domluvila termín schůzky. V každém zařízení jsem provedla rozhovor s koordinátorem individuálního plánování, se sociálním pracovníkem a s klíčovým pracovníkem. První rozhovor jsem uskutečnila v listopadu 2021 a poslední v únoru 2022.

Otázky jsem respondentům dopředu neposkytovala. Na začátku rozhovoru jsem každého respondenta seznámila s tím, jak bude rozhovor probíhat a s cílem mé bakalářské práce. Každého respondenta jsem se zeptala, zda nevádí, že si rozhovor budu nahrávat. Někteří měli z nahrávání obavy, ale potom, co jsem je ubezpečila, že nahrávka bude po přepsání smazána, všichni souhlasili. V případě nesouhlasu některého z nich jsem byla připravena si informace zapisovat, ale nakonec jsem byla ráda, že všichni souhlasili. Díky tomu jsem se mohla naplno soustředit na vedení rozhovoru a na podané odpovědi. Vzhledem k tomu, že někteří měli obavy i z celých prepisů, rozhodla jsem se, že v případě potřeby, budou v práci použity pouze úryvky z jednotlivých rozhovorů. Všichni dotazovaní odpovídali většinou jasně a stručně, neměli žádné větší problémy s porozuměním otázek. Některé se jim však možná zdály trochu zbytečné.

V poslední fázi jsem provedla přepis všech nahrávek a následně jsem informace z nich zpracovala.

2.6 Způsob zpracování získaných výsledků

Při realizaci kvalitativního výzkumu jsem prováděla polostrukturované rozhovory s pracovníky z jednotlivých organizací, které zmiňuji v tabulce 1. Některým respondentům zvláště v případě otázek u cílů DVC 1, DVC 2 a DVC 3 přišlo zbytečné, že se na ty samé otázky ptám všech třech pracovníků z jednoho zařízení. Může se zdát, že v případě těchto otázek by stačilo zeptat se v každém zařízení pouze jednoho respondenta, ale domnívám se, že každý pracovník, který se podílí na IP by měl být

dostatečně informován o celém procesu IP, dokumentaci a roli jednotlivých členů MDT v procesu IP. V případě, že by nastala situace, kdy by se respondenti ze stejného zařízení v odpovědích značně rozcházeli, mohlo by to poukázat na nedostatky celého procesu IP v zařízení.

Všechny rozhovory jsem si se souhlasem respondenta nahrávala na záznamník a následně jsem si rozhovory přepsala. Každý rozhovor trval kolem 15 minut. V poslední části výzkumu jsem zpracovávala všechny informace z rozhovorů. Při zpracovávání výsledků DVC 1, a DVC 3 jsem nejdůležitější informace pro lepší přehlednost zpracovala do tabulek. V závěrečné fázi výzkumu jsem komparovala mezi sebou získané informace z každého zařízení.

2.6.1 Etická rizika výzkumu

V průběhu výzkumu jsem narazila na rizika spojená se zkreslením informací, a to hned ve dvou případech. V první situaci, kdy mohlo dojít ke zkreslení informací bylo v zařízení Domov Libuše, kde jsem pracovala. V případě jsem už dopředu počítala s tím, že odpovědi nemusejí být zcela upřímné. S čím jsem ovšem nepočítala, že mi v DD Humberky neposkytnou soukromí při rozhovoru. Respondent se mohl cítit nesvůj ve společnosti spolupracovníků zvláště při otázce, která se týkala negativ spolupráce týmu. I přesto, že o nějakém negativu věděl nemusel mi to před ostatními kolegy sdělit z důvodu obav o svoje postavení v týmu. Jako další a zároveň poslední překážku v průběhu výzkumu jsem vnímala vlastní nezkušenost s vedením rozhovorů. Zpětně si uvědomuji, že kdybych nějakou předchozí zkušenost s výzkumem měla, požádala bych o soukromí při rozhovoru.

3. ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

V poslední části práce se budu věnovat analýze a interpretaci výsledků výzkumu. Dílčí cíle a tazatelské otázky, jsem uvedla v transformační tabulce. Nyní budu zpracovávat informace z rozhovorů s výše zmíněnými členy MDT z jednotlivých organizací. V závěru této části shrnu výsledky výzkumu a porovnáám mezi sebou výsledky z jednotlivých zařízení.

3.1 DVC 1: Zjistit, kdo v zařízení se podílí na individuálním plánování

V rámci zpracování DVC1 se budu věnovat MDT a jeho podílu na IP. Při zpracování DVC1 jsem odpovědi z každého zařízení pro lepší přehlednost zpracovala zvlášť do tabulky. Informace z tabulky jsem následně stručně shrnula.

Domov Libuše

Tabulka 3: Spolupráce MDT Domov Libuše

Otázky	KIP1	SP1	KP1
TO 1: Kdo u vás tvoří individuální plány?	Pečovatelský personál, klíčový pracovník klienta	Klíčový pracovník s koordinátorem	Klíčový pracovník
TO2: S kým spolupracujete při tvorbě individuálních plánů?	S klientem, s rodinou, se sociální pracovníci, případně zdravotnický personál	s pečovateli, se zdravotní sestrou, s rodinou klienta, s klientem a s druhou sociální pracovníci	s klientem, s rodinou, sociální pracovníci, ostatními pečovatelkami, zřídka se zdravotnickým personálem
TO 3: Podílí se u vás v zařízení na individuálním plánování zdravotnický personál? (pokud ano, jakým	Poskytuje informace, né zdravotnické, ale takové, jak o daného klienta pečovat	Určuje zdravotní limity klienta	Zdravotníci nám řeknou důležité věci o zdravotním stavu klienta

způsobem ?)			
TO4: Vnímáte nějaká negativa spolupráce v týmu u vás v zařízení? (Pokud ano, jaká?)	Žádná	Zdravotnický personál jsou agenturní zaměstnanci a netráví s klienty moc času	Kolegyně nechtou individuální plány, chybí schůzky ohledně individuálního plánování

Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí

V tomto zařízení tvoří individuální plány klientů KP. Funkci KP zastává pečovatelský personál. Podle SP1 na celý proces individuálního plánování dohlíží koordinátor. Dále se na celém procesu IP podílí klient, rodina, sociální pracovníci, ostatní pečovatelé a zřídkakdy zdravotnický personál. Od SP1 jsem se dozvěděla, že druhá sociální pracovníce v zařízení individuální plány netvoří, ale na IP se podílí tak, že tvoří životní příběhy klientů, kde zohledňuje existencionální a životní zkušenosti.

Co se týče zdravotnického personálu všichni tři respondenti uvedli, že se na IP podílí tak, „že poskytuje v podstatě informace, né zdravotnické, ale takové, jakým způsobem o konkrétního klienta pečovat, jak třeba cvičit, co je potřeba u něho trénovat z oblasti pohybové, (...) (KIP1)

KIP1 neshledává ve spolupráci MDT žádná negativa, kdežto SP1 a KP1 ano. SP1 považuje za limit, „že zdravotnický personál, vlastně nejsou zaměstnanci zařízení, jsou to agenturní zaměstnanci a netráví s klienty tolik času, jak by možná bylo dobré, jinak další limity nevidím.“ a KP1 si myslí, „že individuální plán je jeden z nejhlavnějších dokumentů o klientovi. (...) některé kolegyně si nechtou individuální plány. Přijde mi škoda, že nemáme i schůzky ohledně individuálních plánů“

Domov důchodců Humburky

Tabulka 4: Spolupráce MDT DD Humburky

Otázky	KIP2	SP2	KP2
TO1: Kdo u vás tvoří individuální plány?	Před přijetím plán tvoří sociální pracovníce, po přijetí klienta	Sociální pracovníce	Sociální pracovník a terapeutky

	adaptační klíčový pracovník a po třech měsících stálý klíčový pracovník		
TO2: S kým spolupracujete při tvorbě individuálních plánů?	S rodinou klienta nebo s jeho blízkými a se zdravotnickým úsekem	Sociální pracovnice, zdravotní sestra, klient případně rodina	se sociálními pracovnicemi
TO 3: Podílí se u vás v zařízení na individuálním plánování zdravotnický personál? (pokud ano, jakým způsobem ?)	Sdělují důležité věci, které se týkají poskytování služby, účastní se porad	ohledně zdravotní stránky klienta, aby bylo zřejmé, na čem se s ním musí pracovat	Jedná o tom, co bude klient ohledně zdraví potřebovat
TO 4: Vnímáte nějaká negativa spolupráce v týmu u vás v zařízení? (Pokud ano, jaká?)	žádná	žádná	Žádná

Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí

V tomto zařízení mi respondent KIP2 dostatečně popsal, kdo u nich v zařízení tvoří individuální plány: „*Individuální plán tvoří před přijetím sociální pracovnice ve spolupráci i s vrchní sestrou, která se účastní prvotního nebo toho před nástupního sociálního šetření... Vytvářím vlastně jako sociální pracovnice adaptační individuální plán, který dál vede po přijetí adaptační klíčový pracovník a po třech měsících předává už stálému klíčovému pracovníkovi.*“ Co mě překvapilo, že KP2 odpověděl, že u nich v zařízení tvoří individuální plány sociální pracovník, ale podle KIP2 by měl individuální plány tvořit právě i KP. V tomto případě jsem si nebyla zcela jistá, zda jsou ostatní zaměstnanci o procesu IP dostatečně informováni a odpovědi SP2 a KP2 ve mně zcela nezanechaly dojem, že to v zařízení funguje, tak jak uvádí KIP2.

Co se týče spolupráce KIP2 a SP2 spolupracují s klientem, s rodinou nebo s jeho blízkými a zdravotnickým personálem. KP2 udává, že spolupracuje pouze se sociálními pracovnicemi. Všichni tři respondenti udávají, že se zdravotnický personál podílí na IP

tak, že jim sděluje věci ohledně zdraví klienta, které jsou pro ně důležité. V tomto zařízení ani jeden z respondentů neudává žádné negativum spolupráce MDT.

Domov důchodců Černožice

Tabulka 5: Spolupráce MDT DD Černožice

Otázky	KIP3	SP3	KP3
TO 1: Kdo u vás tvoří individuální plány?	Vedoucí patra spolu s klíčovým pracovníkem	Individuální plány tvoří více lidí, sociální pracovníci, klíčový pracovníci, aktivizační pracovníci	Vedoucí patra s klíčovým pracovníkem
TO 2: S kým spolupracujete při tvorbě individuálních plánů?	s ostatními klíčovými pracovníky, zdravotní sestry	Sociální pracovníce, aktivizační pracovníce, rodina nebo opatrovník, pracovníci z přímé péče	Klíčový pracovník spolupracuje s vedoucí patra a někdy jsou porady celého týmu
TO 3: Podílí se u vás v zařízení na individuálním plánování zdravotnický personál? (pokud ano, jakým způsobem ?)	Zdravotní sestry tvoří ošetrovatelské plány, účastní se schůzek týmu, v individuálním plánu se může podílet na krocích k dosažení cíle	Klíčová zdravotní sestra zajišťuje spolupráci s ostatními zdravotníky, je přítomna, když se hodnotí individuální plán	Zdravotní sestra sděluje zdravotní potíže klienta a to na, co si mají dát pečovatelé při péči pozor
TO 4: Vnímáte nějaká negativa spolupráce v týmu u vás v zařízení? (Pokud ano, jaká?)	Pracovníkům přímé péče se těžko zpracovávají informace o klientovi do písemné podoby, nemají na to dostatek času	do počítače se napíše hodně informací, které se tam pak ztratí a nezužtkují se	žádná

Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí

V tomto zařízení KIP3 a KP3 uvedli, že individuální plány tvoří KP s vedoucím patra. SP3 proces IP v zařízení popsala blíže: *„Individuální plány tvoří více lidí, já pracuji na úseku sociální práce, takže v oblasti týkající se těch sociálně – právních záležitostí a vlastně zprostředkování se společenským prostředím, uplatňování práv a zájmů, to všechno má na starost sociální pracovník a jinak individuální plánování, co se týká úkonů sebek péče, to má na starost klíčový pracovník, případně koordinátor péče, a ještě aktivizační činnosti, ty si plánují aktivizační pracovníci.“*

Co se týče spolupráce, tak všichni tři respondenti uvedli, že primárně spolupracuje klíčový pracovník a vedoucí patra, ale že mají porady celého týmu, s tím souvisí i podíl zdravotnického personálu na IP, protože schůzek týmu se účastní i klíčová zdravotní sestra, která podle KP3 *„ (...) nám říká i zdravotní potíže toho klienta, jaké bere léky, na co si máme dát pozor, jak bychom měli polohovat, vlastně, kde je u něj nějaká riziková oblast(...)“*.

Schůzky celého týmu považuje KP3 za velké pozitivum, protože každý pracovník vidí klienta jinak a díky tomu může být péče o klienta lepší. SP3 uvedla, že schůzek, které se týkají jednoho konkrétního klienta, se může účastnit i rodina a klient: *„Po týdnu celý pracovní tým a zhruba za čtyři týdny a něco po tom nástupu, tam se zve rodina, pokud má zájem, ne vždycky tomu tak je, ale po většinou se to daří, tam jsou obeznámeni, i ten klient, pokud je schopen vnímat ty skutečnosti a vyjadřovat se ke svým záležitostem.“*

Jako negativa spolupráce v týmu respondent KIP3 uvedl: *„pracovníci přímé péče nám dokáží velice dobře poskytnout informace o tom klientovi, toho klienta velice dobře znají, ale těžko se jim to zpracovává v písemné podobě, a také, že nemají tolik časového prostoru, jaký by potřebovali.“* Respondent SP3 považuje za negativum zapisování informací do počítače, protože se zapíše hodně informací, které se pak úplně nezužítují. KP3 nenašla žádné negativum spolupráce v týmu.

3.2 DVC 2: Zjistit, jaké dokumenty jsou používány při tvorbě individuálních plánů v různých zařízeních

V následujícím zpracování DVC 2 popisují vedení dokumentace IP z každého zařízení. Informace jsou zpracovány na základě odpovědí respondentů z jednotlivých zařízení.

Otázky:

TO 5: Z jakých dokumentů získáváte informace potřebné k tvorbě individuálních plánů?

TO 6: Kdo z týmu se podílí na tvorbě těchto dokumentů?

TO 7: Používáte elektronickou nebo papírovou dokumentaci?

Domov Libuše – respondenti KIP1, SP1, KP1

Na základě rozhovoru s respondenty KIP1, SP1 a KP1, jsem zjistila, že v tomto zařízení získávají informace, které jsou potřebné při IP ze sociálního šetření, které má personál k dispozici ještě před nástupem klienta a tvoří ho sociální pracovníce ve spolupráci s klientem a jeho rodinou. Ze sociálního šetření je tedy vytvořen prvotní individuální plán a další informace k IP jsou získávány z knihy hlášení. Do knihy hlášení píše veškerý personál přímé péče, který je ten den na směně, přesněji kompletní zápis toho dne píše pověřený pracovník. Dále do knihy hlášení píše sociální pracovník a zdravotní sestry.

Veškerá dokumentace v zařízení je v papírové podobě, kromě individuálních plánů, které jsou nově i v elektronické podobě.

Domov důchodců Humberky – respondenti KIP2, SP2, KP2

V tomto zařízení respondent KIP2, SP2 odpověděli, že informace potřebné k tvorbě individuálních plánů získávají ze sociálního šetření, které provádí sociální pracovníce, případně zdravotní sestra. KP2 odpověděl, že individuální plány tvoří z dokumentů, které dostane od sociálních pracovníků.

V tomto zařízení používají papírovou i elektronickou dokumentaci. Vše, co se týká IP zaznamenávají do počítače, ale zároveň je vše vytištěno a uloženo v deskách.

Domov důchodců Černožice – respondenti KIP3, SP3, KP3

V tomto zařízení při tvorbě individuálních plánů využívají sociální šetření, které vytvoří sociální pracovníce, dále zdravotnickou dokumentaci, kterou zpracovává zdravotní sestra spolu s KP a vedoucím patra, také využívají knihu hlášení. Nejvíce jsou ovšem podle KIP3 využívány záznamy v systému Cygnus,⁷ „(...), protože ty, co tam zapisujeme, tak druhý den, ten pracovník a vůbec zpětně musí zjišťovat změny v pečovatelských záznamech, (...)“. KP3 uvedla jako pozitivum, že sociální pracovník dělá zápis ze schůzek týmu, tím pádem mohou čerpat i z něho.

V tomto zařízení mají dokumentaci v elektronické podobě, ale všichni tři respondenti se shodli na tom, že jsou rádi, když mají záznamy vytištěné, protože díky tomu si to přečte veškerý personál.

3.3 DVC 3: Zjistit, jak jsou naplňovány cíle v individuálním plánu klienta v různých zařízeních

V rámci DVC3 jsem se věnovala naplňování osobních cílů klienta. U každého zařízení jsem popsala, jak je zaznamenáváno plnění osobních cílů, kdo má za plnění cílů zodpovědnost, kdo se na jejich plnění podílí a jak často jsou cíle vyhodnocovány. Na závěr jsem zpracovala tabulku, kde jsou vypsané přednosti a limity, které vnímají pracovníci při naplňování osobních cílů klienta.

Otázky:

TO 8: Jak zaznamenáváte plnění osobních cílů klienta?

TO 9: Kdo z personálu zodpovědný za naplňování osobních cílů klienta?

TO 10: Kdo a jak se podílí na naplňování cílů klienta?

TO 11: Jak často vyhodnocujete naplňování osobních cílů klienta?

Domov Libuše – respondenti KIP1, SP1, KP1

V tomto zařízení je naplňování osobních cílů zaznamenáváno do archů záznamů denní péče nebo speciálních archů, které se týkají konkrétního cíle, ty jsou poté

⁷ Cygnus – systém pro pobytové služby, umožňuje vést ošetrovatelskou dokumentaci o klientech v elektronické podobě, usnadňuje zpracování sociální a ošetrovatelské dokumentace, klade důraz na naplnění Standardu č.5 (Individuální plánování průběhu sociální služby), díky Cygnusu je dokumentace vedena legislativně správně a maximálně efektivně.

zakládány do složky klienty včetně individuálních plánů, které nejsou aktuální. Dále jsou do knihy hlášení zaznamenávány informace odlišné oproti standardu. Za naplňování osobních cílů klienta mají zodpovědnost KP.

Na naplňování cílů klienta se podílí „*Veškerý personál, který se podílí na péči. To znamená sociální pracovník, klíčoví pracovníci tedy pečovatelé a zdravotnický personál, zkrátka všichni, kdo jsou v přímé péči a starají se o klienty.*“ (SP1) V každém plánu jsou kromě cílů vypsány i prostředky k dosažení cíle. Standartně jsou cíle vyhodnocovány po šesti měsících, ale pokud dojde k významnější změně v určité oblasti, k přehodnocení dojde po jednom měsíci od změny, v případě, že ke změně došlo u třech a více oblastí, vytváří se celý nový individuální plán.

Domov důchodců Humburky – respondenti KIP2, SP2, KP2

Na základě rozhovoru s pracovníky z tohoto zařízení jsem zjistila, že osobní cíle jsou zaznamenávány do rozvojového plánu každého klienta. Za naplňování cílů je zodpovědný KP a na jejich naplňování se podílí celý tým, který cíle každého klienta průběžně konzultuje. Jednou za tři měsíce KP přehodnocují rozvojový plán a minimálně jednou za půl roku vyhodnocují vše, co se týká individuálního plánování.

Domov důchodců Černožice – respondenti KIP3, SP3, KP3

V tomto zařízení naplňování cílů zaznamenávají do počítače v programu Cygnus. Za to, zda jsou cíle naplňovány je odpovědný klíčový pracovník a vedoucí patra. Na naplňování cílů se podílí všichni pracovníci domova včetně zdravotní sestry. Na schůzkách týmu má KP spolu s vedoucím patra možnost zjistit, jak probíhá naplňování cílů ze strany ostatních, na základě toho je pak schopný zaznamenat veškeré změny do individuálního plánu. K přehodnocení individuálního plánu dochází jednou za půl roku, ale v případě, že je na nějakou změnu třikrát upozorněno dojde k přehodnocení dříve.

Přednosti a limity při naplňování osobních cílů klientů z pohledu pracovníků v jednotlivých zařízeních

TO 12: V čem vidíte největší přednosti a limity při naplňování cílů klienta?

Tabulka 6: Přednosti a limity

	Přednosti	Limity
KIP1	V cílech žádná, ale v tom, že plán slouží jako vodítko pro personál, díky tomu ví, jak má kdo s konkrétním klientem pracovat a nedochází k nedorozumění	Klient někdy není ochoten nebo schopen své cíle naplňovat, to poté může způsobit negativní pocity, z toho, že není schopen dosáhnout toho, co chtěl
SP1	Díky tomu je udržena kontinuita péče a každý pracovník ví, co má s klientem dělat, díky tomu pracovníci vědí, jak mají s klientem pracovat, aby došlo k naplnění cílů	Z různých interních a vnějších příčin často nedojde k naplnění cílů, klient se zhorší po zdravotní nebo mentální stránce
KP1	Pokud se rodina chce podílet na naplnění cíle klienta, tak poté jsou díky tomu udržovány vztahy s rodinnými příslušníky	Většinou nejsou cíle naplněny kvůli zhoršujícímu se stavu klienta, postupující nemoci a demenci
KIP2	Díky tomu je déle zachována nebo zlepšena soběstačnost klienta	Pro klienty je limitem jejich stáří nebo jejich handicap, menší prostory pro rehabilitaci v zařízení
SP2	Díky tomu je jsou déle zachovány jejich schopnosti a tím i jejich spokojenost	Málo zaměstnanců, kdyby jich bylo více bylo by možné s klienty více individuálně pracovat a aktivizovat je.
KP2	Klient chce cíle naplňovat	Klient nechce cíle naplňovat
KIP3	To že se vůbec řeší a zjišťují přání a potřeby od klienta, díky tomu má personál lepší představu o tom, jak o klienta pečovat	Klienti si někdy stanoví nereálné cíle nebo cíle nejsou naplněny z důvodu zhoršujícího se stavu
SP3	Díky tomu, že Sygnus upozorňuje na to, kdy je potřeba zrevidovat individuální plán, tak je poskytován individuální přístup, protože každého pracovníka donutí zamyslet se nad konkrétním klientem	klienti nedokáží vyjádřit své přání a potřeby
KP3	Spolupráce týmu, informace jsou předávány a řešeny včas	žádný

Zdroj: vlastní zpracování

3.4 DVC 4: Zjistit, jaké největší překážky vnímají pracovníci, při zjišťování cílů od klientů v různých zařízeních

V rámci DVC 4 jsem vypsala, jak jednotliví respondenti zjišťují cíle od klientů a také, jaké největší překážky vnímají při zjišťování osobních cílů, následuje krátké shrnutí DVC 4.

TO 13: Jak zjišťujete osobní cíle od klientů, kteří vůbec nebo obtížně komunikují?

KIP1 se snaží nastavit s klientem takový způsob komunikace, aby byl schopen se s ním dorozumět a v případě, že žádný způsob komunikace nenajde, tak se snaží více spolupracovat s jeho rodinou.

SP1 uvádí, že je velmi důležitá spolupráce s rodinou a vzhledem k tomu, že je pečovatelský personál s klientem v denním kontaktu, je schopen jejich přání a potřeby rozpoznat.

KP1 se snaží komunikovat s rodinou, ale rodina má někdy přehnané očekávání a neuvědomuje si klientova omezení a vzhledem k tomu, že KP1 je s klienty každý den, zvládne si nastavit s klientem jakýkoli způsob komunikace.

KIP2 v první řadě se snaží s klientem alternativně komunikovat i prostřednictvím pomůcek, jakými jsou různé tabulky, obrázky s abecedou atd., dále se snaží spolupracovat s rodinou nebo s blízkými klienta.

SP2 prostřednictvím pomůcek, tabulek, posunků, abecedou nebo ve spolupráci s rodinou.

KP2 se snaží na klienta mluvit a nějak ho rozmluvit; uvádí, že někdy se to podaří a pokud se to nepodaří, komunikuje s klientem pomocí posunků.

KIP3 snažíme se nastavit takový způsob komunikace, abychom s klientem dorozuměli a důležitou roli hraje neverbální komunikace.

SP3 v případě zhoršené komunikace zjišťuje osobní cíle od rodiny; pokud je klient někým zastoupen, obrací se na kontaktní osobu, kterou určil soud.

KP3 snažíme se spolupracovat s rodinou, kteří by měla znát klienta nejvíce.

TO 14: Co vidíte jako největší překážky při zjišťování osobních cílů klienta?

KIP1 Největší překážku spatřuje v tom, že klienti s poruchou komunikace mívají většinou diagnostikován určitý stupeň demence. Stanovené cíle pak nebývají reálné, jsou buď přehnané anebo žádné.

SP1 klienti s kognitivním deficitem mají problém vyjádřit své skutečné potřeby

KP1 uvádí, že největší problém nastává v momentě, kdy klient vše neguje, nechce spolupracovat, stanovovat si nějaké cíle ani je naplňovat.

KIP2 Za jednu z hlavních překážek považuje skutečnost, že velký počet klientů je do domova pro seniory přijímán v době, kdy jejich zdravotní stav není uspokojivý, skoro by se dalo říct špatný, v němž již nějakou dobu setrvávají. Navíc změna prostředí v nich vyvolává pocit, že tím pro ně život končí. Takoví klienti nemají často zájem si nějaké cíle stanovit, natož je pak plnit a k jejich motivaci a znovunaplnění chutí do života se hledá cesta jen velmi těžko.

SP2 vidí problém v tom, že personál nemusí správně porozumět tomu, co klient opravdu chce, jaké je jeho přání a může si to vyložit jinak

KP2 uvádí, že největší překážkou je demence klienta.

KIP3 někdy má rodina s klientem rozdílné představy nebo může dojít ke špatnému předání informací mezi personálem.

SP3 jako největší překážku uvádí, že nový personál může být nezkušený, tím pádem nemusí ve skutečnosti zjistit, co klient opravdu. Dalším problémem se může jevit situace, kdy nekomunikující klient nemá rodinu, z toho důvodu nemá dostatek informací o klientovi a jeho dosavadním životě.

KP3 pokud klient nemá rodinu a klient nekomunikuje, nemáme poté dostatek informací o klientovi. Cíle jsou nastaveny na základě toho, jak personál klienta postupně poznává na základě neverbálních projevů.

Shrnutí DVC 4

V případě zjišťování cílů těch klientů, kteří obtížně anebo nekomunikují vůbec, se všichni respondenti shodli, že je nutné si s klientem v první řadě nastavit alternativní

způsob komunikace, který bude oběma stranám vyhovovat. Dále odkazovali na to, že se snaží, co nejvíce spolupracovat s klientovou rodinou a osobami jim blízkými. Ačkoli respondenti odkazovali na spolupráci s rodinou, SP3 upozornil i na to, že klient může být zbaven svéprávnosti a v tom případě se spolupracuje především s kontaktní osobou, kterou určil soud.

Nejvíce respondentů (respondenti SP2, KIP3, SP3 a KP3) upozorňuje při zjišťování osobních cílů na problém zkreslenosti informací, který může nastat tak, že informace, které se personál dozví od rodiny nemusí být zcela pravdivé nebo si personál mezi sebou informace nepředá. Zároveň je upozorněno na to, že i přestože má personál s klientem nastaven alternativní způsob komunikace, může si přání klienta vyložit po svém.

Další nejčastější odpovědí na otázku, v čem je spatřována největší překážka při komunikaci s klientem, byla ta, ve které se mluví o klientově demenci a jeho kognitivním deficitu. Tuto odpověď uvedli tři respondenti: (KIP1, SP1, KP2).

Dva respondenti (KP1 a KIP2) poukázali také na situaci, kdy si klient žádné cíle stanovovat nechce, nemá dostatek motivace, která může být způsobena i tím, že nástup do domova je pro klienta velice stresující událost.

3.5 Shrnutí výzkumné části

Prostřednictvím DVC 1 jsem zjišťovala, kdo v zařízení se podílí na IP. Z rozhovorů jsem zjistila, že každé zařízení má nastavený vlastní způsob IP. V zařízení **Domov Libuše** je tvorba individuálních plánů především náplní práce KP. Funkci KP zastává pečovatelský personál. KP spolupracuje s klientem, rodinou, sociálním pracovníkem a občas se zdravotnickým personálem. Co považuji za pozitivní je, že v životním příběhu klienta jsou zohledňovány existencionální a životní zkušenosti. Tyto zkušenosti mohou hrát velkou roli v individuálním plánu a dosahování osobních cílů. Z vlastní zkušenosti musím říct, že je škoda, že neprobíhají schůzky, které jsou cílené přímo na IP, z toho důvodu je IP odsouváno trochu do pozadí a není mu přikládána taková váha. Problém se zlehčováním IP ze strany pečovatelů souvisí podle mě spíše s nesprávným zpracováním informací.

Oproti tomuto zařízení, které má velmi jasně a jednoduše celý proces nastavený, v **DD Humburky** mi celý proces přišel mnohem složitější a komplikovanější. Před přijetím klienta zpracuje individuální plán sociální pracovník tzv. adaptační individuální plán, který ale následovně předá adaptačnímu KP. Adaptační proces trvá tři měsíce a po jeho skončení je klient předán stálému KP. Jak jste se mohli dozvědět v teoretické části, KP by měl být pro klienta tím, na koho se může obrátit, komu se může svěřit a k vybudování jejich vztahu je za potřebí mnoho času. Právě z toho důvodu nepovažuji úplně za šťastné, že je po adaptačním procesu KP znovu změněn, neboť během tohoto procesu by si klient měl zvyknout kromě nového prostředí a nových obyvatel i na svého KP a měli by si vytvořit vzájemný vztah. Avšak v tomto zařízení ve chvíli, kdy si klient s KP utvoří pozitivní vztah musí navázat důvěrný vztah s někým jiným.

V posledním zařízení v **DD Černožice** zpracovává individuální plán primárně KP s vedoucím patra, ale sociální pracovník zpracovává oblasti, které se týkají sociálně-právních záležitostí a aktivizační pracovníci plánují aktivizační činnosti. Kromě výše zmíněných osob se na IP podílí i ostatní pracovníci, klient a jeho rodina. Vzhledem k tomu, že kapacita zařízení je 102 lůžek, jedná se vždy o pracovníky z jednoho patra, nikoli z celého zařízení jako u předchozích dvou zařízení.

Ve všech třech zařízeních byla velmi podobná spolupráce při IP se zdravotnickým personálem. Největší odlišností ve spolupráci je, že V DD Humburky a DD Černožice je přítomna zdravotní sestra po celý den, tím pádem se účastní i pracovních porad, kdežto v Domově Libuše jsou zdravotní sestry agenturními zaměstnanci. I přes tuto odlišnost ve všech zařízeních zdravotní sestry poskytují pečovatelům informace ze zdravotní dokumentace, které jsou důležité při péči o klienty, tím pádem jsou i nedílnou součástí IP. Ačkoli je praktický lékař a psychiatr součástí MDT na procesu IP se ani v jednom zařízení nepodílí. Z rozhovorů také vyplynulo, že vzhledem k tomu, že funkci KP, až na nějaké výjimky, zastávají pečovatelé, kteří nemají na IP tolik času, jak by bylo potřeba z důvodu, pracovní vyčerpání, což můžu potvrdit z vlastní zkušenosti. Co potvrzuje výzkum a zároveň moje osobní zkušenost je, že někteří pracovníci přímé péče neumějí správně zpracovat získané informace do písemné podoby nebo je správně nezužítávají.

V rámci DVC 2 jsem zkoumala, jaké dokumenty jsou používány při IP a způsob vedení dokumentace IP. Ve všech zařízeních uvedli jako hlavní dokument sociální šetření, který se používá k vytvoření individuálního plánu před nástupem klienta. Sociální šetření až na jednu výjimku v DD Humburky, kde šetření někdy vytváří i zdravotní sestra, tvoří sociální pracovník s klientem a jeho rodinou. V každém zařízení se lišily dokumenty, které se používají pro získávání informací po nástupu klienta a způsob vedení dokumentace. V **Domově Libuše** další informace získávají z knihy hlášení. Do knihy hlášení kromě personálu přímé péče píše i sociální pracovník a zdravotní sestry. Veškerá dokumentace v zařízení je vedena v papírové podobě, kromě individuálních plánů, které jsou nově i elektronicky. V **DD Humburky** jsem se kromě zisku informací ze sociálního šetření o dalších dokumentech, ze kterých čerpají, nic nedozvěděla, ale používají elektronickou i papírovou dokumentaci. V **DD Černožice** stejně jako v Domově Libuše využívají kromě sociálního šetření knihu hlášení, ale nejvíce využívají záznamy v systému Cygnus. V tomto zařízení vedou dokumentaci elektronicky, ale respondenti uvádějí, že pokud existuje i papírová podoba dokumentů, informace si pak přečtou úplně všichni.

V rámci DVC 3 jsem se zabývala naplňováním osobních cílů. V každém zařízení se výrazně lišil způsob zaznamenávání osobních cílů. V **Domově Libuše** jsou cíle zapisovány do záznamů denní péče a pro některé cíle je vytvořený speciální arch. V **DD Humburky** cíle zaznamenávají do rozvojového plánu, který je jednou za tři měsíce přehodnocen. V **DD Černožice** jsou cíle zaznamenávány do programu Cygnus. Ačkoli se lišil způsob zaznamenávání cílů, měli toho zařízení i mnoho společného. Ve všech zařízeních nese hlavní zodpovědnost za plnění cílů KP, ale na způsobu naplnění cíle se podílí veškerý personál. Neliší se ani doba přehodnocení individuálních plánů, standartně se celý plán přehodnocuje jednou za půl roku, ale v případě, že dojde k nějaké zásadní změně dříve a je na ní upozorněno, se tato doba zkrátí. Součástí naplnění DVC 3 bylo také zjistit přednosti a limity naplňování osobních cílů. Jako přednost nejčastěji respondenti uváděli zachování kontinuity péče ze strany personálu, individuální přístup ke klientovi a také delší zachování soběstačnosti klienta. Za největší limit pracovníci považují, že většinou nedojde k naplnění cíle z důvodu zhoršení zdravotního stavu klienta. Často také dochází k situaci, kdy si klienti stanoví nereálné cíle a zároveň mají problém s vyjádřením svých přání a potřeb v důsledku kognitivního deficitu.

Jako poslední jsem si určila **DVC 4**, kde jsem zjišťovala, největší překážky, které pracovníci vnímají při zjišťování cílů od klientů. Respondenti ve všech zkoumaných zařízeních se shodli na tom, že pokud zjišťují cíle od klienta, který má potíže s komunikací, snaží se nastavit alternativní způsob komunikace. Ačkoli respondenti mluví o alternativní komunikaci, mluví o ní v souvislosti se schopností empatie a přirozeném vnímání. není pochyb o tom, že empatie je nedílnou součástí kompetence pracovníků, ale je především potřeba, aby také dokázali ovládat intuitivní techniky, o kterých jste si mohli přečíst v teoretické části v kapitole 1.2.3. Z vlastní zkušenosti musím potvrdit, že výcvik, díky kterému by pracovníci uměli správně využívat tyto metody v domovech chybí a alternativní způsob komunikace s klientem je založený právě na schopnosti klienta a otevřeném vnímání.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jak se multidisciplinární podílí na individuálním plánováním v pobytových službách pro seniory. Pro naplnění hlavního cíle jsem si stanovila dílčí cíle, které jsem se pokusila naplnit pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory jsem prováděla v Domově Libuše, DD Humburky a DD Černožice. S těmito zařízeními jste se mohli seznámit v metodologické části. Největším rozdílem těchto zařízení, byla především jejich velikost. Z každého zařízení jsem zvolila tři respondenty – koordinátora individuálního plánování, klíčového pracovníka a sociálního pracovníka, které měli podle mě největší zkušenost s IP, což mi následně potvrdil i výzkum. Funkci KP nejčastěji zastávají pracovníci v sociálních službách a koordinátora IP sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách, s nimi nejčastěji spolupracují aktivizační pracovníci nebo zdravotní sestry. I přesto, že praktický lékař nebo psychiatr je nedílnou součástí týmu při péči o seniora, na procesu IP se ani v jednom zařízení nepodílejí. Informace od lékařů, které jsou důležité v přímé péči o klienta zprostředkovává ostatnímu personálu právě zdravotní sestra.

Největší odlišností v procesu IP v jednotlivých zařízeních bylo zpracování individuálních plánů, vedení dokumentace nebo zaznamenávání osobních cílů. Tyto odlišnosti jsou spojené především s velikostí zařízení. V malých zařízeních jako je Domov Libuše (22 lůžek) vedou dokumentaci IP v papírové podobě oproti tomu v DD Černožice (102 lůžek) vedou dokumentaci elektronicky. Jak jsem se, ale dozvěděla z rozhovorů, pracovníci v DD Černožice jsou zároveň nakloněny i k vedení papírové dokumentace, díky které podle nich dochází k lepšímu předání informací. Za největší překážku při zjišťování osobních cílů seniorů, na které se shodla většina respondentů považují právě kognitivní deficit klienta, díky kterému klient nedokáže své potřeby vyjádřit nebo jsou jeho nastavené cíle nereálné.

V minulosti jsem absolvovala akreditovaný kurz IP, kde se probírali náležitosti jako, co má plán obsahovat nebo, jak může vypadat, ale nebyly zmíněny problémy, které nastávají při zjišťování přání a potřeb, přitom se dá říct, že osobní cíle a jejich plnění jsou podstatou plánu, a kdyby plán žádné cíle neobsahoval, nebyl by to individuální plán, ale spíše „návod, jak pečovat o klienta“. Také nebyla zmíněna důležitost týmové spolupráce při IP.

Při plánování se seniorem bychom také neměli zapomínat na to, že ke stáří patří umírání. Přání a cíle seniora mohou souviset i s posledními okamžiky života. Je potřeba si uvědomit, že senior se v mnoha případech nedokáže smířit s jeho zhoršujícím se zdravotním stavem a úbytkem schopností, s tím se pojí i strach z přicházející se smrti. I přesto, že pracovníci mají strach s klientem hovořit o tématu smrti, měli bychom si uvědomit, že toto téma může hrát v individuální plánu velkou roli.

Na závěr bych uvedla, že je stále ve spoustě případech síla týmové spolupráce při péči o seniora podceňována, především ze strany pracovníků přímé péče. Vzhledem k tomu, že k práci pracovníka přímé péči, tím pádem i k výkonu funkce KP stačí akreditovaný kurz, je nedílnou součástí zachování kvality poskytování služby další vzdělávání těchto pracovníků v podobě povinného vzdělávání pomocí akreditovaných kurzů, jejichž nabídka, jak můžu potvrdit z vlastní zkušenosti, je i několik let stejná. Může to být i tím, že literatura na téma IP je spíše obecná a ne vše, se dá aplikovat při plánování se seniorem nebo pokud je zaměřena na IP se seniory, bývá pouze výjimečně aktualizovaná.

Seznam použitých zdrojů

Domov důchodců Černožice, dostupné z: <https://www.doduce.cz/>, (online).

Domov důchodců Humburky., dostupné z: <https://www.pohodahumburky.cz/>, (online).

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Grada, 2020, SBN 978-80-247-7891-4

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3849-9

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017, ISBN 978-80-262-1192-1

HERZOG, Aleš., *Individuální plánování v sociálních službách.*, In: individualniplanovani (online)., 2022. dostupné z: <https://www.individualniplanovani.cz/>

HRDÁ, Karolína. *Multidisciplinární tým v akci*. Nadační fond Veolia., 2018, ISBN 978-80-907190-1-9.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. SMART nemusí být „chytrý“. *Sociální služby*. Tábor. APSS ČR. Říjen. 2012.

JANEČKOVÁ, Hana. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, Oldřich, a kol., *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005., s. 163–190., ISBN 80-7367-002-X

JANKOVSKÝ, J., *Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu.*, Sociální práce., (online)., leden, 2007., Asociace vzdělavatelů v sociální práci., dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/10/2007-1.pdf>

MAHROVÁ, Gabriela, ČADKOVSKÁ-SVEJKOVSKÁ, Michaela., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada, 2008, ISBN 978-80-247-6644-7.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2020, ISBN 978-80-271-2030-7.

MUSIL, L., *Kvalifikovaný sociální pracovník je schopen s klientem samostatně pracovat.*, Sociální práce., (online)., leden, 2007., Asociace vzdělavatelů v sociální práci., dostupné z: <https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2020/10/2007-1.pdf>

Plánování zaměřené na člověka., In: kvalitavpraxi.cz (online)., dostupné z: <https://www.kvalitavpraxi.cz/dokumenty/planovani-zamerene-na-cloveka/>.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2019, ISBN 978-80-271-1008-7.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.

SMART metoda. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/SMART_metoda - metoda SMART. (online)

Směrnice Domova Libuše., Cíle a poskytování sociální služby: Mgr. Lenka Antošová. In.: Kratonohy, 2017

SMOLOVÁ, Helena. *Komunikační, interpersonální a týmové dovednosti*. Evropský a sociální fond, 2017.

SOBEK, Jiří., *Jak správně vyhodnotit cíle v individuálních plánech.*, In: Adpontes.cz (online)., 2021., dostupné z: <https://adpontes.cz/jak-spravne-vyhodnotit-cile-v-individualnim-planu/>.

TAJANOVSKÁ, A., HAICL, M., HAICLOVÁ, V., HRDINOVÁ, J., MERHATOVÁ J., MRAZÍKOVÁ, R., VÍTOVÁ, M., *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>., (online).

Zpravodaj APSS ČR., březen 2008., Bulletin., duben 2008., s. 1-3.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Respondenti.....	38
Tabulka 2: Transformační tabulka	38
Tabulka 3: Spolupráce MDT Domov Libuše	42
Tabulka 4: Spolupráce MDT DD Humberky	43
Tabulka 5: Spolupráce MDT DD Černožice.....	45
Tabulka 6: Přednosti a limity	50