

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyriľometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**

*Diplomová práce*

**2013**

Bc. Libuše Dohnalová DiS.

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Bc. Libuše Dohnalová DiS.

*Individuální plánování v pobytových sociálních  
službách pro seniory a Podpůrná procesní péče  
od Moniky Krohwinkel*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.

**2013**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně, a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Měříně dne 14. 4. 2013

Bc. Libuše Dohnalová DiS.

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu diplomové práce panu Mgr. Martinu Bednářovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky při vypracování této práce.

Ráda bych také poděkovala celému pedagogickému sboru katedry křesťanské sociální práce za odborné vedení při přípravě na budoucí povolání.

Dále bych ráda poděkovala všem svým nejbližším, kteří mi poskytovali při psaní diplomové práce rady a doporučení. Stejně tak bych jim chtěla poděkovat za podporu a pomoc v průběhu celého studia.

# Obsah

Úvod .....	6
1 Proces individuálního plánování v pobytových sociálních službách pro seniory .....	9
1.1 Pobytové služby sociální péče pro seniory.....	10
1.2 Plánování průběhu poskytování sociálních služeb dle osobních cílů, možností a schopností .....	11
1.3 Individuální plán, písemné individuální záznamy průběhu služby a předávání informací mezi zaměstnanci .....	14
1.4 Přehodnocování procesu poskytování služby.....	16
1.5 Shrnutí informací o procesu individuálního plánování .....	17
2 Podpůrná procesní péče.....	22
2.1 Rámcový model.....	24
2.2 Model pečovatelského procesu .....	25
2.3 Model řízení .....	30
2.4 Strukturální model AEDL/ABEDL.....	31
2.5 Model rozvoje kvality .....	35
3 Metodologie výzkumného šetření .....	37
3.1 Cíle a výzkumná otázka .....	37
3.2 Kvalitativní výzkum .....	39
3.3 Design kvalitativního výzkumu.....	39
3.4 Volba případů .....	42
3.5 Metody sběru dat.....	43
3.6 Etické aspekty.....	45
3.7 Technika analýzy a analytický proces zpracování kvalitativních dat .....	46

4	Interpretace dat a výzkumné zjištění .....	48
4.1	Charakteristika organizací .....	48
4.1.1	Domov pro seniory číslo 1 (kód DS1) .....	48
4.1.2	Domov pro seniory číslo 2 (kód DS2) .....	49
4.1.3	Domov pro seniory číslo 3 (kód DS3) .....	50
4.1.4	Domov pro seniory číslo 4 (kód DS4) .....	52
4.2	Analýza dokumentů.....	53
4.2.1	Analýza vzorků dokumentací mobilních klientů (DS1-M, DS2-M, DS3-M, DS4-M) .....	55
4.2.1.1	Kritérium 1 .....	55
4.2.1.2	Kritérium 2 .....	63
4.2.1.3	Kritérium 3 .....	65
4.2.2	Analýza vzorků dokumentací imobilních klientů (DS1-IM, DS2-IM, DS3-IM, DS4-IM) .....	74
4.2.2.1	Kritérium 1 .....	74
4.2.2.2	Kritérium 2 .....	81
4.2.2.3	Kritérium 3 .....	82
4.3	Zjištěné výsledky a závěry .....	93
	Závěr.....	98
	Bibliografie:.....	101
	Seznam příloh:.....	105
	Seznam obrázků.....	106
	Seznam tabulek.....	107
	Přílohy .....	108

# Úvod

Předkládaná diplomová práce je výsledkem několikaletého seznamování, studování a prohlubování znalostí o systému Podpůrné procesní péče od Moniky Krohwinkel a individuálního plánování. Už několik let se věnuji oblastem péče o seniory, Podpůrné procesní péči a individuálnímu plánování, proto je pro mě osobně významné toto téma prozkoumat, porovnat a blíže se mu věnovat.

K problematice péče o seniory v domovech pro seniory mě přivedly již praxe na střední škole. Přístup pracovníků k seniorům mě často znepokojoval, nelíbila se mi nekomplexnost péče a zaměření převážně na úkony saturující především základní fyziologické potřeby. Mé představy o komplexní, kvalitně odváděné péči se naplnily, až prostřednictvím mé dlouhodobé zahraniční praxe realizované v německém domově pro seniory, kde jsem se seznámila s modelem Moniky Krohwinkel, která pojímá péči velmi komplexně. Již výše zmíněný systém Podpůrné procesní péče mě velmi oslovil. Začala jsem se tedy více zajímat o tento nástroj individuálního plánování a o individuální plánování, jak je známé v českém prostředí. Nejprve jsem se se systémem Podpůrné procesní péče seznámila v rovině teoretické, které byla věnována moje bakalářská práce. Následně jsem své poznatky prohloubila na mezinárodním semináři realizovaném zástupci charit České republiky, Německa a Slovenska. Nyní pokračuji ve studiu systému v diplomové práci.

Standardy kvality, jejichž obsahem je i pátý standard věnující se individuálnímu plánování, jsou často diskutovanou oblastí v kontextu sociálních služeb. Poskytovatelům sociálních služeb vyplývá ze zákona a z jeho prováděcí vyhlášky povinnost individuálně plánovat a přehodnocovat způsob poskytované sociální služby. Zákonem ani vyhláškou není dáno, jakým způsobem má být tato povinnost naplňována. Služby proto tápou a používají různé intuitivní techniky pro získávání informací, plánování a přehodnocování. Systém Podpůrné procesní péče se taktéž věnuje individuálnímu plánování. Vzhledem k mým zkušenostem a znalostem se domnívám, že by se Podpůrná procesní péče mohla stát vhodným nástrojem individuálního plánování.

Pokládám zde za důležité, zorientovat čtenáře v sociálních službách, a proto uvádím obecné rozdělení druhů a forem služeb. Mezi základní druhy sociálních služeb definované

zákonem 108/2006 o sociálních službách patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Služby jsou poskytovány pobytovou, ambulantní a terénní formou. V této diplomové práci se budu zabývat pobytovými službami sociální péče, a to domovy pro seniory.

Před zahájením mého snažení jsem nejprve zformulovala téma práce, které zní: Individuální plánování v pobytových sociálních službách pro seniory a ošetrovatelský model AEDL podle Moniky Krohwinkel. Jelikož jsem v průběhu práce zjistila, že model AEDL je pouze jednou z částí Podpůrné procesní péče věnuji se v diplomové práci celému systému (Podpůrné procesní péče).

Cílem práce je srovnat proces individuálního plánování ve vybraných domovech pro seniory v České republice a systém Podpůrné procesní péče podle Moniky Krohwinkel užívaný v německém domově pro seniory.

První část práce, tedy první dvě kapitoly mají teoretický, popisný charakter. Použitou metodou práce byla syntéza a analýza textů. V první kapitole se věnuji individuálnímu plánování. Obsah podkapitol odráží povinnosti týkající se individuálního plánování ze zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a ze standardu kvality číslo pět prováděcí vyhlášky 505/2006 Sb. Závěr kapitoly shrnuje celý cyklický proces individuálního plánování. V druhé kapitole koncentruji pozornost na systém Podpůrné procesní péče, tedy na všech jeho pět částí. Po Podpůrné procesní péči následuje empirická část práce. Hlavní výzkumnou otázku jsem si stanovila následovně: Který způsob individuálního plánování je kvalitnější – proces individuálního plánování ve vybraných domovech pro seniory nebo Podpůrná procesní péče v německém domově pro seniory?

Rozhodla jsem se tuto problematiku prozkoumat kvalitativním výzkumem. Zvoleným výzkumným designem se stala mnohopřípadová studie. Pro realizaci výzkumu byly vybrány čtyři domovy pro seniory a v nich dokumentace vždy dvou uživatelů služby. Empirická část práce je rozdělena do dvou kapitol. V první je představena metodologie výzkumného šetření a ve druhé interpretace dat a výzkumná zjištění.

V textu využívám společensko-vědní tedy harvardský styl odkazování. Oporou nebo také vodítkem při psaní diplomové práce se stal Manuál pro psaní závěrečných prací



katedry křesťanské sociální práce Cyrilometodějské teologické fakulty Univerzity  
Palackého v Olomouci.

# **1 Proces individuálního plánování v pobytových sociálních službách pro seniory**

Tato kapitola diplomové práce obsahuje pět podkapitol, ve kterých se budu postupně věnovat procesu individuálního plánování, zaměřeného především na pobytové sociální služby pro seniory. V první podkapitole čtenáře seznámím s pobytovými službami sociální péče pro seniory. Zaměřovat se budu nejvíce na službu domov pro seniory.

V dalších podkapitolách se věnuji individuálnímu plánování. Paragraf 88 zákona o sociálních službách určuje poskytovatelům povinnost plánovat průběh poskytované služby podle osobních cílů, potřeb a schopností, vést písemné individuální záznamy o průběhu služby, hodnotit průběh služby a dodržovat standardy kvality. Postupně budu v podkapitolách rozpracovávat kritéria pátého standardu kvality vyhlášky 505/2006, kterou se provádí zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, v kontextu procesu individuálního plánování. Pátý standard kvality sociálních služeb obsahuje pět kritérií, jimiž jsou: a) písemné zpracování vnitřních pravidel, kterými se řídí plánování a přehodnocování služby, b) plánování služby podle osobních cílů a možností osoby, c) průběžné hodnocení naplňování osobních cílů, d) určení zaměstnance, který na kritériích společně s osobou pracuje, e) vytváření a uplatňování systému získávání a předávání informací o průběhu služby mezi zaměstnanci (505/2006 Sb., příloha 2). V následujících podkapitolách se budu věnovat nejvíce kritériu a), b), c), e) a v poslední podkapitole shrnu zjištěné informace o individuálním plánování a jeho procesu.

Individuální plánování vnímám jako velmi stěžejní část služby, která má vést ke zkvalitňování života uživatele. Následující kapitoly si nekladou za cíl popsat komplexně a detailně vše, co se týká individuálního plánování a jeho procesu, ale poukázat na jeho významné pilíře, smysl a účel. Vycházím také z toho, že čtenář této práce se orientuje v problematice a je mu oblast sociálních služeb a individuálního plánování známá. K bližšímu nastudování těchto témat slouží bibliografie na konci práce a další dostupné publikace a odborné články.

Cílem této kapitoly je představit proces individuálního plánování tak, aby se stal dobrým podkladem pro empirickou část práce. Dále je cílem kapitoly ukázat kontrast a shodné momenty s modelem, kterému bude věnována další kapitola.

## 1.1 Pobytové služby sociální péče pro seniory

Ještě než představím pobytovou službu - domov pro seniory, považuji za důležité zmínit základní zásady poskytovaných služeb, podle nichž je služba poskytována.

Základními zásadami sociálních služeb je zachovávat lidskou důstojnost osob, poskytovat pomoc vycházející z individuálně určených potřeb osob, působit aktivně, podporovat v rozvoji samostatnosti, motivovat k nesetrvávání a neprohlubování sociální situace a posilovat sociální začlenění, dodržovat lidská práva a základní svobody osob (108/2006, § 2, odst. 2). Aby byly naplněny zákonem dané zásady služeb, jsou zřízeny organizace, které poskytují pobytové služby seniorům, v nichž jim zajistí podporu a péči, pokud nemohou setrvat v domácím prostředí.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do života společnosti a zajištění důstojného prostředí a zacházení (108/2006, § 38). Z mých osobních zkušeností vyplývá, že ne každá služba se snaží zapojovat své uživatele do běžného života společnosti, nejednou chybí nebo je v zařízeních omezena nabídka účastnit se společenského života nebo prostor pro diskusi o potřebách a přáních uživatelů. To, jestli budou různé aktivity a nabídky organizace uživatelé využívat, zůstává na volbě jich samotných, avšak chybou je, když se uživatelé nemohou realizovat ve společenském životě, protože jim to není umožněno zařízením. V oblasti začlenění vnímám značný potenciál rozvoje služeb. Vzhledem k cílové skupině je někdy velmi obtížné a někdy není ani možné navrátit osobám jejich soběstačnost a zapojit je do běžného života společnosti. Je však nutné se držet druhé části paragrafu 38, která nabádá k „zajištění důstojného prostředí a zacházení.“

Mezi nejrozšířenější služby sociální péče na našem území patří pečovatelská služba a domovy pro seniory (informace byly ověřeny dle Jeřábková, 2012, s. 218, dále Bareš 2009, s. 15). Nejčastější druhy sociálních služeb poskytovaných organizacemi pobytovou formou jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, azylové domy a noclehárny (Malíková, 2011, s. 59).

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, které potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické

osoby (108/2006, § 49, odst. 1). Základními činnostmi při poskytování služby v domovech pro seniory: jsou poskytování ubytování a stravy, pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, zájmů a osobních záležitostí (108/2006, § 49, odst. 2).

## **1.2 Plánování průběhu poskytování sociálních služeb dle osobních cílů, možností a schopností**

Tato podkapitola hovoří o plánování průběhu poskytované služby. Poskytovatelům určuje zákon o sociálních službách povinnosti, které dále rozšiřuje vyhláška pátým standardem kvality, především v jeho druhém kritériu. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni naplňovat kritérium, které jim určuje plánovat společně s osobou průběh poskytované sociální služby s ohledem na jejich osobní cíle a možnosti.

Individuální plánování je nástroj ujasňující sociálnímu pracovníkovi, co má dělat (Johnová, 2011, s. 5). V pozitivním přístupu k individuálnímu plánování, jak jej představuje Johnová, shledávám velký potenciál. Pokud pracovníci přistoupí v extrémním případě k plánování jako k zatěžující administrativě, která je navíc a nad rámec jejich práce, nestane se jim plánování pomocníkem, ale přítěží, které nebude mít smysl ani pro zlepšování služby a práce pracovníků ani pro samotné uživatele. V případě pozitivního přístupu začne dávat individuální plánování směr službě a taková služba začne mít pro uživatele smysl, protože se na něj bude více koncentrovat. Plánování je jedním z nejvýznamnějších instrumentů zajištění kvality poskytovaných služeb (Hauke, 2011, s. 16). Význam plánování služby tkví dále v respektování jedinečnosti každého člověka, ve zvyšování kompetence v oblasti rozhodování o sobě, v naplňování vlastní představy, zájmů, práv a povinností (Hauke, 2011, s. 15-18).

Rozsah a forma pomoci či podpory uživatelům sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost, lidská práva a základní svobody a vnímat klienta, jako neopakovatelnou osobnost s možností se sama rozhodovat, což se projeví při plánování služby (Veřejný ochránce práv, 2007, s. 31). Na klienta není nahlíženo jako na pasivní objekt, ale jako na aktivního činitele, jehož objektivizované potřeby mají rozhodující význam pro způsob a rozsah poskytované podpory případně péče (Veřejný ochránce práv,

2007, s. 31). Sociální službu je třeba poskytovat na základě individuálně určených potřeb, přání a schopností, které jsou zachyceny v procesu individuálního plánování (Johnová, 2008, s. 53). Saturace potřeb má zásadní význam pro tvorbu plánu a dosahování spokojenosti uživatele během pobytu v zařízení nebo při jiném poskytování služby (Malíková, 2011, s. 170). Klíčovým prvkem plánování je určit si žádoucí změnu, jinak řečeno osobní cíl v životě člověka a následně konkretizovat dílčí úkoly pro členy týmu vedoucí k dosažení vytčeného cíle (Johnová, 2008, s. 53). Samotný proces plánování je podle Johnové (2008, s. 54) důležitější než vypracovaný individuální plán. Cílem individuálního plánování je umožnit uživatelům žít běžným způsobem života ve společnosti (Bednář, 2011, s. 32). Význam individuálního plánování spočívá v systematické, strukturované práci s uživateli, kterým je jednotlivě věnována pozornost, s ohledem na kontrolu kvality a efektivitu služby (Bednář, 2011, s. 32-33). Při plánování je nutné zapojit všechny zainteresované strany, jak personál, tak klienta a jeho blízké a další neprofesionální skupiny, které mohou přispět svými nápady a představami (Johnová, 2008, s. 54). Z toho vyplývá, že každá strana (poskytovatel a uživatel) má svou nezastupitelnou roli (Johnová, 2008, s. 54). Aktivizace dalších zdrojů je velmi podstatná při plánování i realizaci plánu, posiluje začlenění člověka, rozšiřuje jeho možnosti a vede k lepšímu dosahování stanoveného cíle (Kol, 2008, s. 81).

Během plánování průběhu služby se zjišťuje osobní cíl uživatele. Ve výkladovém sborníku se hovoří spíše o cíli spolupráce, který více podtrhuje partnerské postavení poskytovatele a uživatele služeb, a zároveň vychází z cílů uživatele a jeho potřeb (Kol, 2008, s. 79) Cíl spolupráce představuje popis předpokládané změny v životě uživatele, dále vychází z konkrétní situace člověka a zároveň se nachází v rámci poslání a cílů sociální služby (Johnová, 2008, s. 54). Cíl úzce souvisí s životním stylem, tedy komplexním a stálým způsobem činností a vztahů, jímž saturujeme potřeby a dosahujeme cílů, a představami o budoucím životě (Kol, 2008, s. 79). „V procesu plánování je úkolem poskytovatele vybrat spolu s uživatelem služby, na jakých cílech uživatele se bude pracovat (které zapadají do rámce organizace), a navrhnout, jaké postupy a metody práce budou použity (Johnová, 2008, s. 54).“ Dobře stanovený cíl je měřitelný s jasnými znaky pro dosažení cíle a s minimálními rozdíly představ účastníků v tom, kdy je cíle dosaženo (Kol, 2008, s. 81). Při stanovování osobního cíle nesmí docházet k formálnostem a obecnostem, cíl musí být pro klienta významný, konkrétní, realistický, pozitivní a musí

být alespoň trochu náročný, příkladem špatně stanoveného cíle je např. podpora v samostatnosti při oblékání nebo častější kontakt s rodinou,... (Veřejný ochránce práv, 2007, s. 32). Vhodný cíl je ten, kterým je jasně dáno, jaké kroky bude klient podnikat sám (tamtéž). Příkladem je, zhlédnutí fotbalového zápasu na místním stadionu, který si klient určí a zajistí si doprovod pracovníka nebo udržování soběstačnosti v dosavadních činnostech, jako je samostatná příprava kávy (Veřejný ochránce práv, 2007, s. 32). Iniciativa pracovníků a blízkých se při stanovování cílů rozšiřuje ve chvíli, kdy uživatelé nemohou formulovat změnu své situace (Johnová, 2008, s. 54). Pracovníci pak musí porozumět situaci člověka, navázat s ním kontakt a soustředit se na základní lidské potřeby tak, aby jejich naplňování otvíralo další životní perspektivy (Johnová, 2008, s. 54). Pracovníci si musí uvědomovat, že nesmí stanovovat cíle na základě svých představ o životě uživatele a musí mít neustále na paměti, že od představ uživatele mohou být hodně vzdáleni (Johnová, 2008, s. 54). Na hranicích nejpřijatelnější podpory by měli pracovníci neustále pracovat a snažit se dojít k optimálnímu stavu.

Pro poskytování optimální podpory uživateli může pracovníkům posloužit koncept Johna O'Briena, který staví na projevení zájmu o člověka a ponechání svobody (Johnová, 2008, s. 55).



Obrázek 1: Koncept Johna O'Briena (Kol., 2008, s. 91)

Vysvětlení znázorněného konceptu Johna O'Briena.

Smyslem konceptu je přibližovat se podpoře uživatele, která je optimální, tedy žádoucí. Při ponechání přílišné svobody bez zájmu o klienta docílí pečovatel zanedbávání, naopak omezení svobody a velký zájem vede k přepečovávání, dále málo zájmu a svobody vede ke zneužívání (Johnová, 2008, s. 55). Žádoucí je odvádět dobré služby, proto musí být obě složky ve vzájemné rovnováze (Johnová, 2008, s. 55). Úkolem pracovníků je tedy dojít k vyrovnanému stupni svobody a zájmu o klienta.

Při plánování se pracovníci někdy opírají o předem vytvořenou strukturu životních oblastí (Antonů, 2007, s. 123). Limitem tohoto přístupu je omezení představivosti a tvořivosti účastníků plánování, naproti tomu pozitivum lze spatřovat v dané struktuře, která dává pracovníkům větší pocit jistoty (Antonů, 2007, s. 123). S tím je spojena i povinnost vyplývající z prvního kritéria pátého standardu kvality. Výsledkem naplňovaného kritéria jsou písemně zpracovaná vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování a přehodnocování procesu služby (505/2006 Sb., příloha 2).

Při plánování služby upozorňuje ochránce práv na právo svobodného pohybu a společenského života a riziko sociálního vyloučení a sociální regrese, proto je v průběhu plánování potřeba zjistit klientovy představy dne, volného času a každodenního smysluplného programu (Veřejný ochránce práv, 2007, s. 33-34). Dále upozorňuje, aby při individuálním plánování byl brán zřetel na terapeutické a aktivizační činnosti, aby měli klienti možnost zapojit se do nabízených aktivit a byli upozorněni na jejich nabídku (Veřejný ochránce práv, 2007, s. 34-35). Během toho také doporučuje zohlednit genderové složení uživatelů při tvorbě aktivit (Veřejný ochránce práv, 2007, s. 34-35). „Ochránce se domnívá, že písemné zaznamenávání průběhu poskytování služby má význam nejen pro budoucí hodnocení služby, ale vzhledem k tomu, že do poskytování služby klientovi je zapojeno více pracovníků, je třeba zajistit všem snadný a bezprostřední přístup k potřebným informacím o něm a jeho potřebách (Veřejný ochránce práv, 2007, s. 34).“

### **1.3 Individuální plán, písemné individuální záznamy průběhu služby a předávání informací mezi zaměstnanci**

Vrcholem individuálního plánování je tvorba individuálního plánu, který se stává významným prvkem v poskytování podpory a péče. Johnová pojednávající o individuálním

plánování v rubrice věnující se standardům kvality sociálních služeb píše, že se některé typy plánů, mezi nimiž vyjmenovává i ošetrovatelské, se kterými se lze setkat v praxi, liší od individuálních plánů chybějícím pohledem uživatele. Říká, že jsou to plány odborníků, které nevedou k sociálnímu začlenění, ale plní profesionální cíle, např. zlepšit jemnou motoriku, oproti cíli uživatele naučit se telefonovat (Johnová, 2008, s. 54). S tímto tvrzením autorky nesouhlasím, protože, inspirací nám může být model případně část modelu profesorky Moniky Krohvinkel, který lze bez pochybností využít v procesu individuálního plánování a může se stát jeho nástrojem. V německých zařízeních orientujících se na péči o seniory, kde také model vznikl, je k tomu dnes běžně využíván. Lze připustit, že některé typy plánů obsahují profesionální cíle a nezačleňují do jejich tvorby uživatele, ale s nimi pak pracují sami odborníci. Ráda bych tímto jen zdůraznila, že nelze tvrzení zcela paušalizovat.

Nejčastějším tvůrcem individuálního plánu je klíčový pracovník případně tým pracovníků včetně blízkých osob (Hauke, 2011, s. 103). Autorka dále uvádí, že důvodem týmové spolupráce je vytvořit takový plán, který se nejvíc přibližuje uživatelským potřebám, jeho cílům, dostatečně ho chrání a vytváří bezpečný prostor pro něj i pro poskytovatele (Hauke, 2011, s. 103). Systém předávání informací má podle pátého kritéria pátého standardu zpracováno každé zařízení. Hauke (2011, s. 104) doporučuje, že by měl klíčový pracovník seznámit ostatní pracovníky s novým individuálním plánem na pravidelných poradách týmu. Je však důležité si uvědomit, že se v individuálních plánech nacházejí osobní citlivé údaje o uživateli, a proto by měl pracovník zdůvodnit, jaké informace zjišťuje, které jsou potřebné k poskytování služby, dále by měla být v zařízení zajištěna ochrana údajů před neoprávněnou manipulací a vymezen způsob uložení spisů (Hauke, 2011, s. 104). Autorka ve své publikaci nabízí formulář, který by mohli klíčoví pracovníci používat pro vyplňování individuálního plánu. Obsah formuláře je uveden v příloze č. 1. Do individuálního plánu nepatří údaje, které nejsou důležité pro poskytování sociální služby, osobní názory klíčového pracovníka a diagnózy klienta (Hauke, 2011, s. 106). V individuálním plánu jsou rozepsány co nejkonkrétnější kroky pomoci uživateli. Jestliže je v plánu zaznamenán údaj, že každou středu pomáhá pečovateli klientovi s osobní hygienou, ale není určeno, co to konkrétně znamená, nejedná se o plán (Hauke, 2011, s. 106). Bez přesného vymezení úkonů není možné zajistit, kvalitní péči, která by odpovídala představě uživatele, protože střídající se pracovníci budou bez



informací provádět pokaždé jiné úkony, nebo se budou neustále klienta muset vyptávat, jak má jejich činnost vypadat.

Povinností poskytovatele sociálních služeb je vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování služby, jak ji vymezuje zákon o sociálních službách. Podle druhé přílohy vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, mají poskytovatelé vytvořit a uplatňovat systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování služby jednotlivým osobám.

Poskytovatel má určeno, kam zapisuje změny, které se stanou během období realizace cíle a s těmito záznamy následně pracuje při přehodnocování a tvorbě nového plánu (Hauke, 2011, s. 112). Do záznamů o průběhu poskytované služby pracovníci poznamenávají, jak probíhá realizace naplánovaného, jaké mimořádné situace se udály a jeho další potřeba přání a informace, které prospějí k vylepšení dalšího plánu (Hauke, 2011, s. 113).

Účinný systém předávání potřebných informací o službě je nutné zavést ve službách, kde se u uživatelů střídá více pracovníků zařízení (MPSV, 2002, s. 49). Na začátek je nutné uvědomit si kdo, kam a jaké informace zaznamenává a jestli dochází k provázanosti záznamů mezi pracovními týmy, která je velmi podstatná (MPSV, 2002, s. 49). Údaje o klientovi je nutné zpřístupnit pracovníkům, kteří je potřebují. Z toho důvodu je určeno, kdo údaje potřebuje a jak s nimi bude správně nakládat (MPSV, 2002, s. 52). V zařízení by měl být stanoven systém uspořádání údajů, přičemž základní důležité údaje by měli být snadno zjistitelné, umístěny na dohledatelném místě (osobní spis) a ne jen v záznamech o chodu zařízení, staré dokumenty je možné umístit do archivu (MPSV, 2002, s. 55). Nedostatkem v zařízeních je roztroušení údajů o uživateli na mnoha místech, zastaralost či nepotřebnost některých údajů a nepřehlednost záznamů (MPSV, 2002, s. 55).

## **1.4 Přehodnocování procesu poskytování služby**

Poskytovatelé mají povinnost hodnotit průběh poskytované sociální služby. Toto přehodnocování se děje za účasti osob, jimž poskytují službu s ohledem na jejich zdravotní stav (108/2006 Sb., § 88). Přehodnocování služby dále vyplývá z prvního kritéria pátého standardu kvality, podle kterého mají poskytovatelé závazek písemně zpracovat vnitřní

pravidla, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby (505/2006 Sb., příloha 2).

Při přehodnocování procesu poskytované služby dochází v některých případech ke zjištění, že bylo v průběhu procesu dosaženo osobního cíle. Následně se současná služba plánuje znovu nebo je ukončena. I když se domovy pro seniory snaží naplňovat cíle uživatele a směřovat k obnovení soběstačnosti a začlenění do společnosti je nutno poznamenat, že se k ukončení služby z těchto důvodů docílí velmi zřídka. Z osobní zkušenosti mohu říci, že jsem ještě nezaznamenala ukončení služby v domově pro seniory z důvodu naplnění osobních cílů a opětovného nabytí soběstačnosti v takové míře, aby byl senior schopen navrátit se zpět do původního prostředí. Cílem domovů pro seniory je sice obnovování nebo udržování soběstačnosti a začleňování do společnosti, ale je nutno přihlídnout k samotné charakteristice cílové skupiny a služby.

Poskytovatel má stanoven, kdy dochází k přehodnocování individuálního plánu, tedy poskytované služby, kdo jej provádí, v jakých jiných případech dochází k přehodnocování a jak samotné hodnocení vypadá (Hauke, 2011, s. 109). Autorka dále uvádí, že hodnocení je prováděno pravidelně podle stanovených pravidel, a jsou určeny i mimořádné situace, ze kterých vyplývá nutnost přehodnotit službu a vytvořit či upravit nový plán. Je nutné, aby se přehodnocování služby účastnil opět uživatel. Společně s pracovníkem porovnávají skutečnost se zapsaným individuálním plánem, pracovník se ptá na zásadní změny v předešlém období, zjišťuje dostatečnost podpory a péče, spokojenost a stížnosti uživatele, naplnění osobního cíle a změny jeho potřeb (Hauke, 2011, s. 110). Z materiálu o zavádění standardů kvality do praxe vyplývá, že je vhodné vytvořit měřitelná kritéria naplňování osobních cílů, které určí, jak dosažení cíle, tak efektivitu služeb a naplňování poslání a cílů organizace (MPSV, 2002, s. 49).

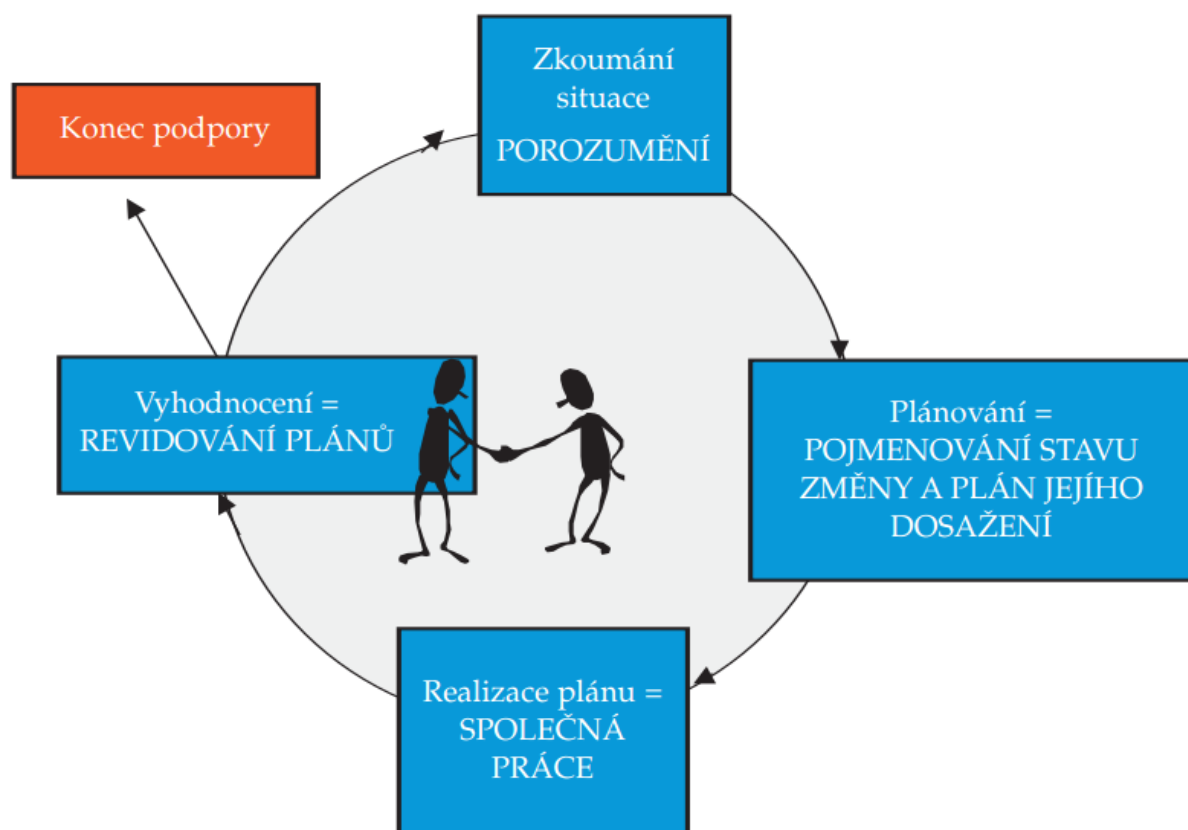
## **1.5 Shrnutí informací o procesu individuálního plánování**

Jelikož žádné z kritérií standardu nehovoří o procesu individuálního plánování, mám potřebu zde alespoň shrnout zjištěné informace z výše uvedených kapitol a dalších zdrojů, které uvádím v následujícím textu.

Individuální plánování je proces, který je složen ze čtyř, cyklicky se opakujících, částí důležitých pro pracovníka i pro uživatele (Kol, 2008, s. 87). Johnová (2008, s. 53)

pojednává o individuálním plánování jako o procesu, založeném na přemýšlení a vědomém usměrňování dalších kroků poskytované služby. Stručným obsahem procesu individuálního plánování je nejprve zjišťovat, v jaké se člověk nachází situaci, následně se společně dohodne změna a to, jak má změna vypadat, na základě toho je naplánován postup dosažení zlepšení, tedy cesta k dosažení změny, dále navazuje samotná realizace naplánovaných kroků k dosažení cíle a závěrečnou fází je hodnocení výsledků a srovnání nové situace se stanovenými cíli (Johnová, 2011, s. 5).

Hauke (2011, s. 17) pojednává o tom, že individuální plánování se prolíná s dalšími standardy zaměřujícími se na jednání se zájemcem o službu a sepsování smlouvy, jejichž vrcholem je kvalitně vypracovaný individuální plán.



Obrázek 2: Proces individuálního plánování (Kol., 2008, s. 87)

### **Zkoumání situace: Porozumění situaci**

V této první fázi je nezbytné navázat rovnocenný vztah založený na vzájemné důvěře mezi pracovníkem a uživatelem se zájmem o společnou práci (Kol, 2008, s. 87). Velmi důležitý je přístup pracovníka, který je ochoten naslouchat přáním uživatele, správně

je vyhodnocovat a začleňovat do procesu společné práce (Kol, 2008, s. 88). Pracovník v této fázi zjišťuje osobní historii klienta, zásadní okamžiky v jeho životě, záliby, návyky, názory a postoje (Veřejný ochránce práv, 2007, s. 31). Na základě těchto informací lze také zjistit klientovy potřeby a přání, které při naplňování povedou k udržování soběstačnosti (Veřejný ochránce práv, 2007, s. 31). Mezi základní postupy zjišťování informací patří pozorování uživatele, empatická fantazie, modelové rozhovory, analýza potřeb, rozhovor s doprovázejícími osobami, studium dokumentace, komunikační techniky, vizuální pomůcky (Bednář, 2011, s. 38, 39). Zkoumání situace uživatele slouží k lepšímu přehledu všech zainteresovaných stran a porozumění představ a pohledů uživatele (Kol, 2008, s. 88). Vzájemné pochopení vede k úspěšné spolupráci mezi klientem a pracovníkem (Malíková, 2011, s. 186).

### **Plánování:**

Podle výkladového sborníku platí: Mají-li všechny strany dostatek informací a rozumí situaci klienta, mohou podle priorit uživatele a možností poskytovatele vybrat cíle, na nichž budou společně pracovat. Po stanovení cíle spolupráce je následně plánován postup, vedoucí k jeho naplnění, přičemž větší cíle mohou být rozčleněny do cílů menších (Kol, 2008, s. 89). Klíčový pracovník zjišťuje reálnost představ klienta, jeho názory o dosažení cíle, společně zvažují varianty optimálního postupu (Malíková, 2011, s. 184). Při plánování musí být stanovena kritéria naplnění a dosažení cíle, musí být analyzovány zdroje umožňující naplnění cíle a vybrány nejvhodnější metody práce (Kol, 2008, s. 89). Dále je stanovena analýza rizikových situací a z nich plynoucích opatření pro jejich předcházení a termíny (ne termín splnění cíle) včetně odpovědných osob. Jak vyplývá z výkladového sborníku, je nutné zajistit, aby byl proces plánování plynulý, bezpečný a jasný.

### **Realizace plánu:**

V této etapě jsou klientem a dalšími zainteresovanými osobami plněny naplánované aktivity v dohodnutém rozsahu a čase (Malíková, 2011, s. 183). Při realizaci je klient podporován pracovníkem, který zaznamenává průběh společné práce, který je následně využit při revizi plánu (Kol, 2008, s. 90). Pracovník sleduje chování klienta, jeho spokojenost, míru zapojení, aktivitu a při nějakých změnách flexibilně upravuje činnosti

v plánu tak, aby odpovídaly jeho možnostem (Malíková, 2011, s. 185-186). Ty samozřejmě zapisuje do dokumentace s datem a podpisem (tamtéž). Pracovník zplnomocňuje uživatele, podle předchozí domluvy pracuje společně s klientem nebo samostatně, zasahuje nebo nechává uživatele zažívat důsledky jeho rozhodnutí a to je provázáno neustálou domluvou o potřebě podpory či péče. Při přímé práci s klientem se pracovníci snaží o evaluaci v komunikaci. Jedná se o podporu seniora, zvyšování jeho sebevědomí, projevování mu úcty, vážnosti a respektu jeho důstojnosti (Mlýnková, 2011, s. 58). V průběhu této fáze je zaznamenáván vývoj společné práce a další informace, s nimiž se později pracuje ve vyhodnocení (Johnová, 2008, s. 56). „Z hlediska dosažení cíle je cíl samotný stejně důležitý jako proces, cesta, která k němu vede (Kol, 2008, s. 90).

### **Vyhodnocení:**

Tato fáze uzavírá všechny fáze předchozí. Pracovník a klient v plánovaných termínech společně porovnávají dosažení cílů, srovnávají je s realitou a posuzují, zda-li mu byla poskytnuta optimální podpora s odpovídající mírou zájmu a svobody (viz schéma dle O'Briena) (Malíková, 2011, s. 183). Aktuální situace klienta (nevyspání, bolest) by neměla ovlivnit hodnocení celého období, pokud není uživatel schopen objektivního hodnocení, je toto hodnocení přesunuto na jiný termín nebo volí pracovník vhodné komunikační techniky a zjišťuje příčinu negativního postoje (Malíková, 2011, s. 187). Zjištěné informace v průběhu vyhodnocení jsou použity při stanovení nového cíle a vytváření nového plánu spolupráce. Pokud při vyhodnocení pracovník s klientem dojdou k tomu názoru, že klient nepotřebuje další podporu, je spolupráce v takovém případě ukončena (Kol, 2008, s. 90). Hodnocení výsledků práce lze využít pro hodnocení účinnosti intervencí v organizaci nebo službě (Johnová, 2011, s. 5). Z mých osobních zkušeností ovšem vyplývá, že se takové situace při péči o seniory stávají velmi zřídka.

### **Nedostatky v individuálním plánování**

Mezi nejčastější nedostatky v individuálním plánování podle Matouška jsou nezformulovaný osobní cíl uživatele nebo zformulovaný pouze pracovníkem a následné nekontrolované dosahování vytyčeného cíle (Matoušek, 2007, s. 129). Plány péče nejsou podle Matouška (2007, s. 129) individualizované, aktualizované, plánování se realizuje bez uživatele, klienti nejsou v plnění plánů podporováni a musí si volit mezi nezajímavými

možnostmi, informace jsou podávány zkresleně a neúplně, informace o klientovi nejsou předávány pracovníkům v přímé péči. Matoušková publikace byla vydána v době uvedení zákona o sociálních službách, domnívala jsem se proto, že zásadní nedostatky v průběhu individuálního plánování byly již odstraněny. Jak ale vyplývá z textu Bednáře, který vychází z podstatně novějších údajů, dochází pořád v plánování k chybám a nedostatkům. Plány jsou podle něj (Bednář, 2011, s. 43) formální, jejich obsah zná jen klíčový pracovník a ostatní pracovníci se plnění neúčastní, plány nenavazují na smlouvu, poslání a cíle organizace, pracovníci se k plánování staví odmítavě, děje se jen kvůli zákonné povinnosti a často se vytváří zbytečná byrokratizace. Malíková shledává limity v nedostatečném vysvětlení důvodů zjišťování informací uživateli a potřebě spolupráce, v neprofesionálním vystupování pracovníků, které nepodněcuje klientovu důvěru, v chybách v komunikaci, v negativním přístupu pracovníků k individuálnímu plánování a v neschopnosti pracovníků pracovat v týmu a zajišťovat tak spolupráci dalších osob při plnění plánu (Malíková, 2011, s. 187-188).

## 2 Podpůrná procesní péče

V této kapitole čtenář seznámím s Podpůrnou procesní péčí, jejíž autorkou je profesorka Monika Krohwinkel. Tato kapitola je členěna na pět podkapitol, logicky seřazených podle pěti stěžejních částí Podpůrné procesní péče. Kapitola byla psána s úmyslem posloužit jako inspirace tímto přístupem k péči pro české sociální služby pečující o seniory. S tímto přístupem jsem se seznámila při dlouhodobé zahraniční praxi v domově pro seniory a další informace jsem získala na mezinárodním odborném semináři Profesionální pečovatelé, realizovaném v rámci Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost Diecézní charitou Würzburg, Hradec Králové a Slovenskou katolickou charitou.

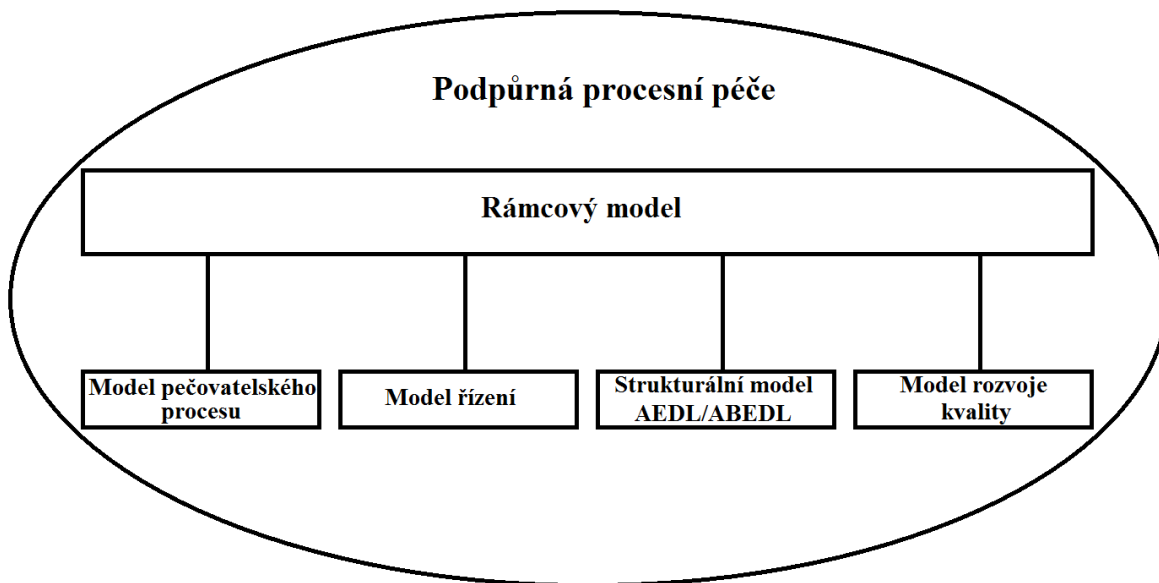
Domnívám se, že by mohl být tento přístup dostatečně inspirativní pro naše služby a mohl by obohatit a zkvalitnit naše přístupy k práci se seniory. Podpůrná procesní péče by se mohla stát nástrojem, který by naplnil naši povinnost plánování a přehodnocování služby.

Model je velmi rozsáhlý, a proto si tato kapitola neklade za cíl komplexní popis. Cílem této kapitoly se stalo představit Podpůrnou procesní péči jako možnou inspiraci pro naše služby a zároveň utvořit podklad pro empirickou část práce, která se zabývá srovnáním procesu individuálního plánování ve vybraných domovech pro seniory a Podpůrné procesní péče.

Podpůrná procesní péče prof. Moniky Krohwinkel se stala v německy mluvícím prostředí základnou pro poskytování péče (Rieckmann, nedatováno, s. 6). Tento model se využívá předně v zařízeních poskytujících služby seniorům, v nichž je propracovaná pečovatelská koncepce a společný postoj koncentrující se na individuální přístup ke klientům (Budnik a Lay, 2005, s. 14). Model slouží k rámcovému jednání, praxi, vzdělávání, výzkumu a managementu péče, dále dodává pracovníkům profesionální vědomosti a je spojnicí mezi teorií a praxí (Budnik a Lay, 2005, s. 16-17). Předpokladem kvalitní péče je úcta, kontinuita, organizační opatření a teoretický základ, který vyjadřuje respekt vůči všem osobám účastnícím se procesu péče (Rieckmann, nedatováno, s. 6). Völkel a Ehmann (2011, s. 6) uvádějí, že garance jasné a efektivní péče je možná v případě, že bude záměrně plánovaná. A proto profesionální péče požaduje systematickou

klasifikaci a činnosti, ve kterých může být nápomocen tento systém (tamtéž). Podpůrná procesní péče se vyvinula z pozorování a rozpoznávání potřeb osob vyžadujících péči a z teoretických základů od C. Royové, D. Oremové, C. Rogerse, V. Hendersonové, M. Rogersové, N. Roperové, L. Juchli (Rieckmann, nedatováno, s. 7-11). Humanistický přístup, jak jej představuje Carl Rogers, tvoří základ pro moderní pečovatelské koncepty, neboť je tak nazíráno na člověka jako na osobu autonomní a odpovědnou (Löser, 2004, s. 15). Na rozdíl od Freudovy teorie umožňuje humanistický přístup a potažmo i pečovatelský model svobodu, schopnost samostatně řešit a rozpoznat problémy, hledat a uskutečňovat řešení, reflektovat a vyhodnocovat rizika, zaměřovat se na cíle a usilovat o samostatnost a sebeurčení (Löser, 2004, s. 15). Vzdávající význam a prosazování podpůrné procesní péče v praxi i ve vzdělávání je znatelné již od začátku 90 let (Völkel a Ehmann, 2011, s. 6). Hlavním principem podpůrné procesní péče jsou životní podmínky a procesy klientů stojící ve středu zájmu péče. Zásadní se stává podpora schopností a zdrojů, které klienti potřebují, aby dokázali saturovat své potřeby a vyrovnat se s problémy, které vzniknou při realizaci životních aktivit, utváření svých sociálních vztahů a zvládnutí existenciálních životních zkušeností (Rieckmann, nedatováno, s. 6). Systém podpůrné procesní péče prochází neustálým procesem vývoje (Rieckmann, nedatováno, s. 18). Celkově se skládá z pěti částí, jimiž jsou Rámcový model, Model pečovatelského procesu, Model řízení, Strukturální model AEDL/ABEDL a Model rozvoje kvality. Koncept má pro cílovou skupinu navrhnout optimální proces a zajistit dobré výsledky a management kvality má následně přezkoumat dosažené výsledky, proces a strukturu (Löser, 2004, s. 16). Na koncept může být nazíráno jako na rámec, který splňuje určitý řízený plán, a který je v každodenní realitě naplňován (Löser, 2004, s. 17). Z toho důvodu se domnívám, že by se mohla stát Podpůrná procesní péče vhodným nástrojem individuálního plánování.





Obrázek 3: Podpůrná procesní péče

V následujících kapitolách budou rozpracovány jednotlivé části modelu. Předem nutno dodat, že se jedná o velmi rozpracovaný a rozsáhlý model, jehož části nelze v rámci diplomové práce představit příliš důkladně, protože by byl velmi překročen rozsah práce a dále proto, že to není cílem práce.

## 2.1 Rámcový model

Rámcový model stojí nad všemi čtyřmi částmi modelu, neboť základní obsahové výpovědi modelu jsou přijímány v rámci modelů ostatních (Rieckmann, nedatováno, s. 12). Tato část systému se skládá ze čtyř základních otázek. Rámcový model tedy odpovídá na následující otázky:

O koho jde?

Primární zájem náleží osobě přijímající péči, ale nelze opomenout ani osoby jemu blízké, které pro něj byly původními primárními pečovateli. Vjemy těchto dvou osob mají rovnocenný význam, avšak i to co vnímá pečující pracovník, by mělo být začleněno do pečovatelského procesu (Rieckmann, nedatováno, s. 12). Člověk má potřebu růstu, rozvoje a seberealizace, proto musí při péči dojít ke konfrontaci se schopnostmi, problémy a potřebami v oblasti životních aktivit, vztahů a existenčních životních zkušeností, protože jen to co klient považuje za důležité a co je přeneseno do pečovatelského procesu se může změnit (Rieckmann, nedatováno, s. 12).

Jaká je klíčová myšlenka při formulaci cílů?

Klíčovou myšlenkou je zachovávat, získávat a obnovovat schopnosti a zdroje pro dosahování nezávislosti a pohody v oblasti životních aktivit, vztahů a existenciálních životních zkušeností (Rieckmann, nedatováno, s. 12). Příkladem pro zachování schopností může být klient, který je schopen za pomoci pečovatele, který mu připraví a prostře jídlo, sám jíst, příkladem získávání schopností je, že klient cvičí chůzi za pomoci chodítka a berlí, s cílem zvládnout samostatný pohyb a příklad pro znovuzískávání schopností je, že zrealizováním předchozích činností dosáhne klient nezávislosti.

V čem spočívají metody péče?

Účinnost péče závisí na holisticky identifikovaných schopnostech, potřebách a z nich vyplývajících problémů (Rieckmann, nedatováno, s. 13). Ačkoliv jsou potřeby a schopnosti rozdělovány do různých kategorií jako např. fyzické, emocionální,... nemohou být nikdy posuzovány odděleně od ostatních. Je nezbytné komunikovat s klientem motivujícím způsobem, podporovat ho a instruovat, informovat a radit mu, vést jej a jednat v jeho intencích (Rieckmann, nedatováno, s. 13).

Co má na péči vliv?

Mezi ovlivňující faktory patří životní a vývojové procesy formované okolním prostředím, tedy všechny společenské, kulturní a ekonomické faktory, ostatní lidé, samotný pečující pracovník, procesy týkající se zdraví a nemoci, diagnostiky a léčby (Rieckmann, nedatováno, s. 13).

## **2.2 Model pečovatelského procesu**

Nyní představím další část systému Podpůrné procesní péče, Model pečovatelského procesu.

Pečovatelský proces je základem profesionální péče. Fillibeck, Sowinski a Besselman (2004, s. 1) jsou toho názoru, že nedostatečná kontrola procesu péče je nejzávažnějším nedostatkem v kvalitě péče o člověka. V pečovatelském procesu jsou zainteresované vždy nejméně dvě osoby, pečující a klient. Při vzájemné interakci hraje důležitou roli vztah obou stran, který má vliv na úspěšnost péče (Fillibeck, Sowinski

a Besselman, 2004, s. 1). Na základě procesu je péče a podpora klienta individuálně plánována, prováděna a pravidelně upravována (Mahlberg-Breuer, Mybes, 2007, s. 7). Pečovatelský nebo také ošetrovatelský proces byl poprvé popsán v roce 1961 autory Yura a Walsh (NANDA International, 2010, s. 3). Slovo proces znamená průběh, postup či vývoj a v tomto kontextu může být vnímán také jako vztahový proces (Budnik a Lay, 2005, s. 20). Pečovatelský či ošetrovatelský proces je základním metodickým rámcem pro realizaci cílů, který je zásadní pro způsob řešení praktických pečovatelských a sociálních situací vycházejících z interakce mezi klientem a pečovatelem (Mlýnková, 2010, s. 29). Jedná se o sérii vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch klienta při spolupracující individualizované péči (Staňková, 2005, s. 7). Důležité v procesu je důkladné pozorování, empatické naslouchání, bezpečnost a utváření podpůrné procesní péče skrze všechny zúčastněné (Elas, nedatováno). Pečovatelský proces je také probíhající proces hledající řešení problémů, který končí ukončením pečovatelského vztahu (Fillibeck, Sowinski a Besselman, 2004, s. 1).

Jednotlivé fáze procesu jsou sice definovány samostatně, ale úzce spolu souvisí, proto je nelze chápat jednotlivě, ale jako celistvý systém fungující integrálně. Fáze pečovatelského procesu jsou vymezeny různě. Pětifázový proces stanovuje model Liliane Juchli, šest fází obsahuje model Fiecher a Meier a čtyřfázový proces definuje Světová zdravotnická organizace (Mahlberg-Breuer, Mybes, 2007, s. 7).

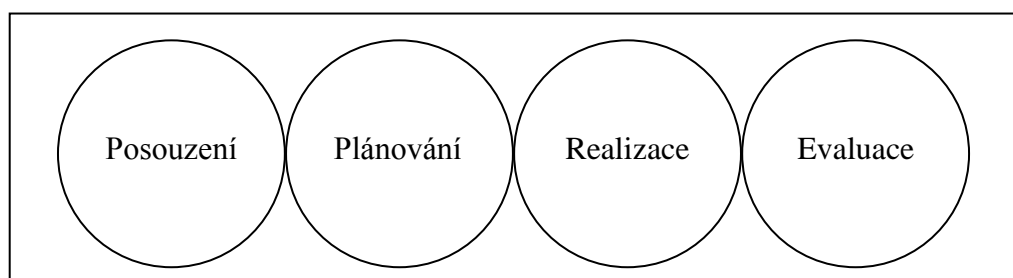
4 - fázový model	5 - fázový model	6 - fázový model
Posouzení - sběr informací a pečovatelské diagnózy	Posouzení - sběr informací	Sběr informací
-	Diagnostika - pečovatelské diagnózy	Rozpoznání zdrojů a pečovatelských problémů
Plánování	Plánování	Stanovení cílů (první část plánování péče)
-	-	Plánování opatření (druhá část plánování péče)
Implementace/Intervence/ Provedení	Implementace/Intervence/ Provedení	Provedení
Evaluace	Evaluace	Evaluace

Tabulka 1: Fáze pečovatelského procesu

V této práci bude následně rozpracován čtyřfázový proces z důvodu světového rozšíření a vysokého stupně relevance (zdroj z WHO) dále z důvodu největší podobnosti či shody s procesem individuálního plánování odpovídajícím pátému standardu kvality a v neposlední řadě jsou to fáze procesu uplatňující se v podpůrné procesní péči. Na základě práce Moniky Krohwinkel vyhrává čtyřfázový model díky své ostřejší definici a logické převaze, který získává stále větší vliv v německy mluvících zemích (Hülsken-Giesler, 2008, s. 319-320).

Proces začíná shromažďováním informací, na něž je vázáno plánování péče, následuje realizace plánovaných opatření a vše uzavírá vyhodnocení výsledků, které zahrnuje další shromažďování informací a proces se znovu cyklicky opakuje (Mahlberg-Breuer, Mybes, 2007, s. 7). Proces umožňuje individuální řešení problémů a orientaci na vztahy. Během procesu je nutno také počítat s životními změnami klienta, na které musí plán reagovat a přizpůsobovat se klientovi (Fillibeck, Sowinski a Besselman, 2004, s. 1). V Podpůrné procesní péči se jedná o proces orientovaný na člověka, jeho podporu a zaměřený na řešení jeho vztahů, problémů a rozvoje, protože v péči o seniory není často

nasnadě problémy vyřešit, ale jen prostřednictvím pečovatelské intervence ovlivňovat (Rieckmann, nedatováno, s. 14).



Obrázek 4: Čtyřfázový model dle WHO (Bullmann, 2008, s. 48)

První fází je **posouzení**. Je základem pro plánování a realizaci, zahrnuje sběr informací, důležité schopnosti mající vliv na péči, potřeby a problémy (Elas, nedatováno). Dále se zjišťují dovednosti, omezení, existenciální zkušenosti, přání, rituály a potenciální ohrožení (Bollmann, 2008, s. 49). Kvalitní odvedení práce v této první fázi je velmi důležité, protože má zásadní vliv na další fáze, které vycházejí ze zjištěných informací a skutečností (Fillibeck, Sowinski a Besselman, 2004, s. 1). Cílem posouzení je získat co nejvíce údajů týkajících se aktuálního stavu klienta a poznatků z předchozího vývoje problémů, sociální situace a jeho osobnosti (Mlýnková 2010, s. 30). Objektivní informace jsou skutečné, věcné, nezaujaté a nezávislé na osobním pocitu, které mohou být i měřitelné výsledky či vyšetření, naproti tomu subjektivní informace jsou osobní, jednostranné a závislé na osobních pocitech (Budnik a Lay, 2005, s. 57). Při sběru informací se prolínají subjektivní i objektivní informace. Pracovníci se snaží o pochopení životních návyků, potřeb, aktivit denního života, dále vycházejí z narušených bio-psycho-sociálních potřeb vlivem nemoci či stáří, oslabené schopnosti adaptace a soběstačnosti (Budnik a Lay, 2005, s. 57 a Staňková, 2005, s. 14).

Druhou fází – **plánování** charakterizuje stanovení cílů, vycházejících z informací zjištěných v předchozí fázi, určení způsobu dosažení, rozdělení úkonů, určení očekávaného výsledku a sepsání plánu (Staňková, 2005, s. 17-23). Naplánovaná intervence je v následující fázi naplněna ve spolupráci s klientem, s jeho blízkou osobou a dalšími zainteresovanými (Fillibeck, Sowinski a Besselman, 2004, s. 1). Vytvořený plán dává celkový obraz o individuální péči o klienta. „Mají z něj být patrné jasné vazby mezi stanovenými potřebami, očekávanými výsledky, plánováním péče, její realizací

i hodnocením jejích účinků (Staňková, 2009, s. 42)“ Z pozorování v praxi vyplývá, že dobře vedená dokumentace může zvyšovat účinnost a kontinuitu péče, může se stát prostředkem interdisciplinární spolupráce a být dokladem pro hodnocení poskytnuté péče a v neposlední řadě může sloužit jako podklad k rozvoji nových odborných poznatků v tomto oboru (Krohwinkel, 2007, s. 37).

Třetí fází je **realizace**. Zde dochází ke kreativnímu provedení všech naplánovaných pečovatelských úkonů, k pozorování a dokumentaci potenciálních ohrožujících faktorů a odchylek od naplánované péče (Bollmann, 2008, s. 49). V průběhu této etapy mohou být prováděny také úkony, které nebyly stanoveny v plánu péče, protože pracovníci reagují na nově vzniklé situace, plán může být pozměněn a mohou být naplánovány nové aktivity případně stávající pozměněny (Staňková, 2009, s. 53). Staňková (2009, s. 53-54) dobře podotýká, že rozdíl v původní péči a dnešní holistické, individuálně a kvalitativně orientované péči je v důrazu na větší zodpovědnost personálu, na jejich znalosti, hodnocení potřeb klienta a na to, že se nic nedělá proto, že se to tak vždycky dělalo nebo to tak někdo nařídil. V procesu jsou pracovníci, klienti a jejich blízcí rovnocennými partnery a jsou všichni aktivně zapojeni (Staňková, 2009, s. 53-54).

Během čtvrté **evaluační fáze** je přezkoumána a vyhodnocena účinnost celého procesu a její výsledky navazují opět na první fázi, která se podrobuje změnám (Elas, nedatováno). Toto hodnocení slouží k odpovědi na otázku: Zda-li bylo dosaženo stanovených cílů? Pokud ne hledají se příčiny počínaje první fází procesu a vše se přehodnocuje (Fillibeck, Sowinski a Besselman, 2004, s. 1). V této fázi se také pozornost soustředí na chybějící informace, které vedly k nedosažení cíle (Staňková, 2005, s. 18-19). Tato část procesu je část zlepšující kvalitu procesu (Sowinski, 2004, s. 2). Autorka podotýká, že řízení této evaluační fáze nebývá ve velké části institucí dobře vedena, nejsou prodiskutována či stanovena žádná opatření a také chybí reakce klientů na určité opatření. Obvykle se k této části procesu přistupuje jako k nutnému zlu a ne jako k fázi, která je velmi podstatná pro kvalitativní vývoj procesu (Sowinski, 2004, s. 2).

Nedocentelným prvkem aktuálně vedené dokumentace je, že pracovník i po nepřítomnosti na pracovišti ví, jakým způsobem má s klientem pracovat, jakou míru podpory potřebuje a jaké zvyklosti, preference, averze přetrvávají (Budnik, Lay, 2005, s. 58). Výrok autorů potvrzuje i má osobní zahraniční zkušenost z domova pro seniory. I

přesto, že jsem byla nově příchozí pracovník, po prostudování plánu se mi ukázal komplexní balík potřeb a přání klienta. Plán byl veden velmi precizně, a tak i já, která jsem znala uživatele jen z několika málo osobních kontaktů, jsem věděla přesně jaké úkony v jakém časovém sledu, na jakém místě a jak po sobě mají být zrealizovány. Z dokumentace jsem dostala objektivní, celistvý pohled na uživatele a nebyla jsem tak odkázaná pouze na kusé informace od spolupracovníků a neustálá doptávání uživatelů na jejich přání. V tomto případě nejsou vůbec nutné věty typu: „Dobrý den, já jsem tady nová, řeknete mi prosím, jak Vám tento úkon ostatní pracovníci dělají? nebo Promiňte nevěděla jsem, že toto máte/nemáte rád nikdo mi nic neřekl a podobně. Předchází se tímto trapným, nevhodným situacím a nedorozuměním jakož i nespokojenosti a nervozitě klientů a pracovníků. Uživatelé byli v zařízení postaveni do role expertů na péči o svoji osobu, věděli, co je sjednáno v plánu a to požadovali.

## **2.3 Model řízení**

Model řízení je další částí systému Podpůrné procesní péče. Základ Modelu řízení prof. Krohwinkel tvořil model Primary Nursing (Primární ošetřovatelství). Centrem tohoto modelu je ujasnit a určit oblasti úkolů a odpovědnosti (Rieckmann, nedatováno, s. 16). Za přímou péči a celý pečovatelský proces zodpovídá klíčový pracovník, který musí zahrnout do procesu a péče zdroje personální (kdo a co má vykonávat), časové (kdy, jak často, v jakém rozmezí), materiální (jaké přístroje, pomůcky, materiál užívat,...) a strukturální (jak bude činnost realizována) (Rieckmann, nedatováno, s. 16). Řízení podporuje a zajišťuje osoby, na něž je péče zaměřena, orientaci na schopnosti a zdroje osoby podle, kterých jsou plánována a realizována pečovatelská opatření, odpovědnost za celý pečovatelský proces, normalitu a kvalitu kontaktů i procesu (Rieckmann, nedatováno, s. 16). Aby byly zajišťovány všechny tyto úkoly, je nutné orientovat péči na člověka a ne na pracovní činnost. Při orientaci na pracovní činnost jsou pracovníci přiřazováni podle různých činností, naproti tomu při orientaci na člověka jsou pracovníci přiřazováni ke konkrétním osobám, které potřebují péči (tamtéž). Předejít nejistotě a negativnímu dopadu na proces řešení problémů lze pouze systémem péče orientujícím se na osobu, kterým můžeme zajišťovat kontinuální péči stálou osobou, u které klient ví jaké úkony a jak je bude osoba provádět (tamtéž). Vedení nese odpovědnost za celkové fungování systému, za přiřazování odborných pečujících pracovníků a jejich zastoupení, za kvalitu

a kontinuitu péče. Pro fungování péče je nutné vytvořit struktury, pomocí nichž lze snadno tyto jasně vytyčené odpovědnosti identifikovat, tak se mohou lidé v systému orientovat a celá péče dochází k transparentnosti a ověřitelnosti (Rieckmann, nedatováno, s. 18).“ Fungování systému Podpůrné procesní péče je založeno na fungování všech jednotlivých částí, avšak organizační prvek řízení péče není rovnocenný element nýbrž základní předpoklad (Rieckmann, nedatováno, s. 18).

## **2.4 Strukturální model AEDL/ABEDL**

Nejnámější částí systému Podpůrné procesní péče je Strukturální model AEDL/ABEDL. Podpůrná procesní péče byla a ještě dnes často bývá redukována pouze na tuto část celého systému (Rieckmann, nedatováno, s. 12). Účelem vzniku Strukturálního modelu byl systematický sběr dat v rámci pečovatelského procesu a jejich včlenění do pečovatelské dokumentace (Rieckmann, nedatováno, s. 18). „Tento model obsahuje instrumenty, které slouží k systematizaci obsahů, k zajištění jejich měřitelnosti a zhodnotitelnosti, a byl vyvinut jako strukturální model s názvem AEDL (z německého *Aktivitäten und Existenzielle Erfahrungen des Lebens*, tj. životní aktivity a existenciální životní zkušenosti) (Rieckmann, nedatováno, s. 18).“ Model je neustále rozšiřován novými poznatky, a proto bylo přihlédnuto k oblastí vztahů, které jsou v životě člověka nepostradatelné a mají vysokou prioritu (Rieckmann, nedatováno, s. 18). Z toho důvodu byla od roku 1999 oblast vztahů do strukturálního modelu doplněna - ABEDL (*Aktivitäten, Beziehungen und Existenzielle Erfahrungen des Lebens*, tj. životní aktivity, vztahy a existenciální životní zkušenosti) (tamtéž).

Pro pochopení strukturálního modelu je nutné si uvědomit podstatu Podpůrné procesní péče, která stojí na tom, že procesy životní, vývojové a procesy nemoci a zdraví závisí na schopnostech a zdrojích člověka, které mu umožňují realizovat životní aktivity, utvářet sociální vztahy, vyrovnat se s existenciálními životními zkušenostmi a rozvíjet se (Rieckmann, nedatováno, s. 18). Tři hlavní kategorie strukturálního modelu jsou životní aktivity, sociální vztahy a oblasti a existenciální zkušenosti, které obsahují další podkategorie (Rieckmann, nedatováno, s. 19). Všechny kategorie a podkategorie je nutné vnímat jako celkový komplex a nelze je posuzovat odděleně. „Oddělený lineární přístup k jednotlivým strukturálním aspektům je přesně tím, čeho je třeba se při implementaci strukturálního modelu vyvarovat (Rieckmann, nedatováno, s. 19).“ Následkem toho by



bylo vnímání člověka ne v jeho celistvosti, ale jen v rámci určitých částí a tento přístup by bránil v poznání, že schopnosti, potřeby a problémy související se kteroukoliv ABEDL aktivitou mají vliv na další životní aktivity (Rieckmann, nedatováno, s. 19).

Do kategorie životních aktivit patří prvních 11 ABEDL, přičemž první tři mají zvláštní význam a zásadní vliv na další životní aktivity (Rieckmann, nedatováno, s. 19). Do kategorie sociální vztahy a oblasti patří ABEDL 12, která se koncentruje na zajišťování a utváření sociálních kontaktů a vztahů. Člověk v rámci této ABEDL dokáže udržovat kontakt se sebou a s druhými, být ve vztahu, získávat podporu a vyrovnávat se se zátěží ve vztazích (Rieckmann, nedatováno, s. 20). Tato kategorie vedle životních aktivit má zvláštní význam, neboť každý člověk potřebuje síť vztahů, která mu umožňuje nacházet své místo a dosahovat spokojenosti a pohody (tamtéž). V poslední kategorii týkající se existenciálních životních zkušeností se odráží získávání podpůrných zkušeností, vyrovnávání se se zatěžujícími zkušenostmi, vyrovnávání se s podporujícími a existenci ohrožujícími zkušenostmi a zapojování dřívějších zkušeností při překonávání současné situace (tamtéž). Jinak řečeno Krohwinkel rozděluje existenciální životní zkušenosti na zkušenosti, které ohrožují existenci člověka (například ztráta nezávislosti, úzkost, strach, nedůvěra, izolace, beznaděj, bolest, umírání), zkušenosti podporující existenci (např. opětovné získání nezávislosti, důvěra, radost, integrace, jistota, naděje, dobrý zdravotní stav) a zkušenosti, které existenci podporují nebo ohrožují (např. kulturní spojitosti, světový názor, víra, náboženství, životní zkušenosti) (Budnik a Lay, 2005, s. 14).

„Všechny tři kategorie slouží k tomu, aby bylo možné posoudit člověka s potřebou péče v jeho zcela osobní situaci ve všech oblastech jeho života, na základě analýzy jeho stávajících schopností tak identifikovat konkrétní problémy a v jejich rámci nich pak vlastní činností usilovat o pozitivní vývoj/vliv (Rieckmann, nedatováno, s. 20).“

#### Výčet AEDL/ABEDL

1. Moci komunikovat
2. Moci se pohybovat
3. Moci udržovat vitální životní funkce

4. Moci o sebe pečovat
5. Moci jíst a pít
6. Moci se vyměšovat
7. Moci oblékat se
8. Moci odpočívat, spát, relaxovat
9. Dokázat se zabavit, zaměstnat, být činný, učit se, rozvíjet se
10. Moci se cítit a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu
11. Moci se postarat o bezpečné a stimulující prostředí
12. Moci zabezpečit sociální vztahy a oblasti
13. Umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi

(Budnik a Lay, 2005, s. 14).

Při vytváření plánu, podle kterého se následně realizuje péče, se užívá 13 životních aktivit strukturálního modelu. Každá životní aktivita je detailně rozpracována. Nejprve se vymezují možné problémy, k nim se určují zdroje, následně se definují cíle a možná opatření, která vedou ve fázi realizace k naplnění cílů.

**Problémy** lze chápat jako nedostatek, úplnou absenci nebo poruchu v jedné či více životních oblastí (Budnik a Lay, 2005, s. 69). Problémy vznikají ve chvíli, kdy je omezována nezávislost klientů například vlivem degenerativních, involučních změn organismu apod. a nedochází k její kompenzaci. Jsou zaznamenávány pečovatelské problémy nikoli medicínské diagnózy mezi těmito dvěma věcmi je nutno najít rozdíl. Obě se samozřejmě ovlivňují a jsou na sebe navázány, avšak pečující pracovník nemá kompetenci pracovat s lékařskými diagnózami, ale s vyplývajícími problémy pracovat musí. Příkladem je lékařská diagnóza infarkt myokardu a s ním související ohrožení života, dyspnoe, arytmie a pro pečovatele důležité možné problémy jako projevy strachu při dušnosti, nepříjemné pocity klienta při osobní hygieně za pomoci pečovatele nebo provádění stolice do podložní mísy, když před IM prováděl vše samostatně (Budnik a Lay, 2005, s. 69). Jsou zaznamenávány aktuální, skryté či předpokládané problémy při

vyjadřování či pozorování klientů. Dále jsou zformulovány krátce, stručně, klidně i jednoslovně, přesně, bez hodnocení a co nejobjektivněji proto, aby z nich bylo možno stanovit cíle, které budou realizovatelné (Budnik a Lay, 2005, s. 70-71).

Zjišťování **zdrojů** začíná otázkou, co může klient udělat sám, co zvládne, k čemu je motivován, kde potřebuje odborné vedení, podporu a kde a kdy je nutné převzít určité činnosti (Budnik a Lay, 2005, s. 62)? Zdroje jsou vnitřní možnosti člověka vyplývající ze sběru informací, které mu umožňují udržovat si sebevědomé jednání ve všech oblastech života. Tyto možnosti souvisejí zároveň se znaky osobnosti, jimiž je ctižádost, vytrvalost, vnitřní potenciál, možnosti pomoci v okolí a s dovednostmi a možnostmi řešení problémů a zabránění jim (Völkel a Ehmann, 2011, s. 31-32). Vnější zdroje se nacházejí v okolí a jsou jimi např. podpůrné pomůcky – chodítka, pomoc od ostatních lidí, brýle, zvuková naslouchadla, přizpůsobené rozmístění nábytku, stavební úpravy bytu,... Příkladem vyžití vnějších zdrojů může být člověk, který i přes své onemocnění se rád pohybuje a chce se naučit používat chodítka a znovu chodit (Völkel a Ehmann, 2011, s. 32). Zdroje pozitivně ovlivňují proces uzdravování a pomáhají klientům udržovat popřípadě dosahovat co největší samostatnosti. Zohledňováním zdrojů stoupá u klientů pocit samostatnosti a využíváním zdrojů působí péče aktivizačně a ne kompenzačně (Budnik a Lay, 2005, s. 62).

**Cíle** reagují na možné problémy a na jejich zdroje. Sestavují se v průběhu druhé fáze plánování. Ke každému problému je formulován alespoň jeden konkrétní cíl, který popisuje, čeho chce uživatel sám nebo za pomoci pečovatele dosáhnout (Völkel a Ehmann, 2011, s. 30). Prvním kritériem při určování cílů je stanovovat cíle společně s uživatelem případně s jeho blízkými. Důležité je, aby se mohl uživatel vyjádřit, cíle prohovořit, stanovování a realizaci cílů ovlivnit (Völkel a Ehmann, 2011, s. 31). Dalším kritériem je konkrétní a přesná formulace cílů. Roli hraje i stupeň samostatnosti, znalosti, dovednosti, motivace, chování a aktuální stav (Völkel a Ehmann, 2011, s. 31-32). Nepostradatelným kritériem při stanovování cílů je volba realistického, dosažitelného, kontrolovatelného cíle. Jen cíle, které jsou smysluplné, dosažitelné, odrážejí individuální situaci uživatele, vedou přes jednotlivé dílčí kroky k úspěchu (Völkel a Ehmann, 2011, s. 32-33).

Možná **opatření** jsou navázána na určené cíle. Opatření popisují metodu, způsob či potřebné kroky k úspěšně zrealizovanému cíli. S tím souvisí také čas, personál, materiál, způsob jednání (Völkel a Ehmann, 2011, s. 34). Opatření jsou projednána, plánována, chronologicky uspořádána s pečujícím personálem, s uživatelem, případně s jeho blízkými. Stejně tak praktikanti, pomocný personál a dobrovolníci jsou seznámeni s opatřeními, tedy s přístupy, a tím, jak je vedena péče (Völkel a Ehmann, 2011, s. 34). Výhodou společně stanovených opatření je, že je s aktuálním stavem srozuměn uživatel i pracovníci a společně se tak mohou aktivně podílet na jejich naplňování. Při formulaci jednotlivých opatření se vychází z těchto 7 pravidel: Kde, Co, Jaká forma pomoci, Kdy, Kde, Jak, Jak často (Völkel a Ehmann, 2011, s. 34).

## **2.5 Model rozvoje kvality**

Poslední součástí systému Podpůrné procesní péče je Model rozvoje kvality. Světová zdravotnická organizace jej definuje jako dynamický proces, který má podněcovat k dosahování neustále se zlepšujících výsledků (Rieckmann, nedatováno, s. 21). Deficitně zaopatřovací přístup s následujícími kategoriemi tvoří bariéru rozvoje kvality. Všechny dále zmíněné kategorie zvyšují závislost člověka na péči. První kategorií je neviditelnost, kdy nejsou identifikovány nebo jen povrchně problémy, potřeby a schopnosti uživatelů v oblastech životních aktivit a existenciální zkušenosti, tak zásadní pro člověka, nejsou zohledněny vůbec (Krohwinkel, 2007, s. 255). Fragmentace a linearita – souvislosti a interakce mezi jednotlivými ABEDL nejsou určeny, péče není souvislá, je roztrhaná do částí (Krohwinkel, 2007, s. 255).

Inkongruence znamená, že „neexistuje shoda mezi fyzicky-funkční a motivačně-emocionální dimenzí pečovatelské činnosti“ (Krohwinkel, 2007, s. 255). Dále je poskytována diskontinuální péče, která je stále přerušována a rozdílně poskytována podle střídajícího se personálu (Krohwinkel, 2007, s. 255). Na závislost orientovaná péče se koncentruje na problémy a nedostatky s účelem zaopatřit péči potřebnou osobu (Krohwinkel, 2007, s. 255).

Výše zmíněné kategorie poukazují na to, jak byla péče dosud chápána a jakým způsobem se nahlíží na tento druh péče (Rieckmann, nedatováno, s. 21). Deficitně-zaopatřovací přístup je stále přetrvávajícím přístupem při péči o seniory (Rieckmann,

nedatováno, s. 21). Dochází v něm k nepřesnostem, neurčitým a nedefinovaným skutečnostem, jejichž důsledkem je nemožnost zachování, získání a znovu získání schopností klienta (Rieckmann, nedatováno, s. 21). Kontrastem tohoto přístupu je Přístup orientovaný na člověka a jeho schopnosti, jehož obsahem jsou viditelnost, komplexnost, kongruence, kontinuita, nezávislost a životní pohoda (Krohwinkel, 2007, s. 256). Jsou-li tyto kategorie důsledně uplatňovány, jsou získané informace o osobě a celkový obraz o ní mnohem přesnější, čímž se zvyšuje šance na úspěšnou péči (Rieckmann, nedatováno, s. 22). Základním rozdílem mezi Deficitně zaopatřovacím přístupem a Přístupem orientovaným na člověka je přesunutí pozornosti z deficitu k orientaci na schopnosti (Rieckmann, nedatováno, s. 22). Využívání zkušeností z praxe vede k rozvoji kompetencí a kvality (Rieckmann, nedatováno, s. 22). Osobnostní rozvoj tvoří základ pro rozvoj kvality celého systému, stejně tak dochází k procesu rozvoje kvality pečovatelského procesu, který není nikdy dokončen. Antagonistou rozvoje kvality se stává nezpracování nových poznatků a jejich zapojení do procesu, které vede ke stagnaci, ztrátě potřebných kompetencí či k regresi (Rieckmann, nedatováno, s. 22).

### **3 Metodologie výzkumného šetření**

V předchozích částech práce jsem se věnovala teoretickému ukotvení práce, na které navazuje empirická část práce. Při teoretickém zvažování jsem se dotkla procesu individuálního plánování v pobytových sociálních službách pro seniory a Podpůrné procesní péče autorky Moniky Krohwinkel. Nyní k tématu přistoupím v rovině empirické, kdy je třeba charakterizovat metodologii výzkumného šetření a analyzovat výzkumné vzorky, a následně uvedu výzkumná zjištění.

V této kapitole se budu věnovat ukotvení a popisu použitých metod realizovaných ve výzkumném šetření. Postupně se zaměřím na definované cíle a výzkumnou otázku, zvolený design výzkumu, volbu případu a výzkumného vzorku, metodu sběru dat, etické otázky a techniku analýzy kvalitativních dat.

#### **3.1 Cíle a výzkumná otázka**

V této podkapitole představím výzkumné cíle a výzkumnou otázku. Cíle výzkumu jsou formulovány jasně, konkrétně, určují a popisují hlavní výzkumný problém, představují, čeho chce výzkumník dosáhnout a na co se koncentruje (Miovský, 2006, s. 123). Ráda bych prostřednictvím symbolického cíle zmínila oblast individuálního plánování, kterou definuje 2. příloha vyhlášky 505/2006 Sb., provádějící zákon o sociálních službách a systém Podpůrné procesní péče. Chtěla bych tím poukázat na existující systém a představit jeho využívání v německých domovech. Symbolický cíl se v podstatě shoduje s intelektuálním cílem, jak jej vymezuje Maxwell (2005, cit. podle Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 63), který se ptá, jakým způsobem empirie přispěje k rozšíření odborného poznání. Vzhledem k tomu, že jsem už ve své bakalářské práci akademické obci představila a podrobně rozpracovala Strukturální model AEDL od Moniky Krohwinkel, chtěla bych nyní porovnat model Podpůrné procesní péče a proces individuálního plánování ve vybraných domovech. Domnívám se, že model Podpůrné procesní péče, případně jeho prvky či části, by mohl i u nás sloužit ke zkvalitnění a obohacení služeb poskytovaných seniorům a stát se vhodným nástrojem individuálního plánování.

Pomocí aplikačního cíle, podle Maxwella praktického cíle (2005, cit. podle Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 63) bych ráda dosáhla zjištění, jakým způsobem pracujeme

s uživateli v domovech v rámci individuálního plánování a jakým způsobem se s uživateli pracuje v domově, který využívá Podpůrnou procesní péči. Ráda bych, kdyby se ze zjištěných výsledků dalo vyvodit, který z přístupů je lepší. Domnívám se, že zjištěnými informacemi by se mohly oba typy služeb (jak německé tak české) obohatit, uvědomit si své limity a podpořit své přednosti. Věřím, že poznatky zjištěné v práci, prospějí jak uživatelům, tak pracovníkům.

Poznávací cíl byl odvozen z výše uvedených cílů. Poznávací cíl je v podstatě základní výzkumnou otázkou. Formulace výzkumné otázky a její správné stanovení je velmi podstatným bodem výzkumu. Počet výzkumných otázek je stanoven obvykle dle potřeby, ty však musí být jasné, vystihovat podstatu problému, který má výzkum řešit (Miovský, 2006, s. 123). Výzkumná otázka tedy zní: **Který způsob individuálního plánování je kvalitnější – proces individuálního plánování ve vybraných domovech pro seniory nebo Podpůrná procesní péče v německém domově pro seniory?**

Kvalita způsobu plánování je velmi široká. Proto, aby bylo s výzkumnou otázkou v rámci výzkumu dobře pracováno, jsem pro tyto potřeby stanovila tři kritéria. Vymezená kritéria mají pojem kvalita zúžit, protože komplexní posuzování kvality by bylo nad rámec této diplomové práce. První kritérium se koncentruje na to, kdy a kde se objevuje v dokumentaci klientova participace? Klientovou participací v rámci dokumentace je myšlena klientova účast, podíl na vzájemné spolupráci, situace, kdy je klient aktivním subjektem, kdy si řekne o pomoc, podporu, spolupráci, kdy spolu pracovník s klientem kooperují na stejné úrovni, nikoli v pozici vedoucího a závislého, vyžadujícího péči. Druhé kritérium – jakými tématy a životními oblastmi se zabývá klientova dokumentace v kontextu rozsahu adekvátních informací? Třetí kritérium zjišťuje nakolik je dokumentace návodná, konkrétní a podrobná pro pečující personál, jinak řečeno Co, Kdy, Kde a Jak je v kontextu péče o klienta a spolupráce s klientem realizováno? Toto kritérium bude rozpracováno jen v závislostech na informacích, které se týkají pečujícího personálu, a které jsou stěžejní pro jejich práci a vykonávané činnosti. V rozpracovaných částech směřujících k třetímu kritériu nebudou zachyceny veškeré podrobnosti a konkrétnosti dat, neboť by výzkumník musel pracovat i s informacemi, které předcházejí následujícím činnostem pracovníka jako zdrojům a problémům klienta. Tyto informace již nebudou předmětem tohoto kritéria, neboť by se staly zbytečně rozsáhlým objemem dat.

Jak popisuje Švaříček, Šedřová a kol. (2007, s. 63) je vhodné, aby výzkumník pracoval na tématu, které má odbornou a praktickou relevanci a zároveň je spjato s jeho zájmy a životními zkušenostmi, jež se v této práci stalo. Jsou zde určeny cíle synergické, to znamená, že dosažení jednoho cíle se blíží k dosažení cílů ostatních (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 63).

## **3.2 Kvalitativní výzkum**

Pro empirické zpracování problematiky individuálního plánování jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. K této strategii mě přiměla potřeba podrobně zpracovat danou problematiku v konkrétním prostředí na skutečných případech, popsat, identifikovat a analyzovat zjištěné fenomény, prostudovat a porozumět jednotlivým procesům.

Crewell (1998, s. 12) charakterizuje tuto výzkumnou strategii jako proces hledání, porozumění, zkoumání sociálního nebo lidského problému, přičemž se vytváří komplexní holistický obraz, analyzují se různé typy textů, zveřejňují se názory účastníků výzkumu a provádí se zkoumání v přirozených podmínkách. Výhodou kvalitativního výzkumu oproti kvantitativní statistické analýze je získání hloubkového popisu případů, sledování vývoje a procesů, zohlednění působících kontextů, lokálních situací a podmínek (Hendl, 2008, s. 51). Cílem kvalitativního výzkumu je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorii o zkoumaných fenoménech (Hendl, 2008, s. 61). V kvalitativním přístupu výzkumníci využívají data z rozhovorů, z pozorování a data z dokumentů (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 15).

## **3.3 Design kvalitativního výzkumu**

Design výzkumu znamená rámcové uspořádání, které určuje základní podmínky, v nichž bude výzkum realizován (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 83). V logické posloupnosti v uvažování nad výzkumem je výzkumný design plán, který určí, jak výzkum provádět (tamtéž). V sociálních vědách existuje řada zavedených designů, mezi něž patří například etnografie, biografie, zakotvená teorie, případová studie, akční výzkum a evaluační studie (tamtéž).

Pro účel této práce jsem zvolila případovou studii, jejímuž teoretickému ukotvení, popisu a charakteristice se budu nyní věnovat.

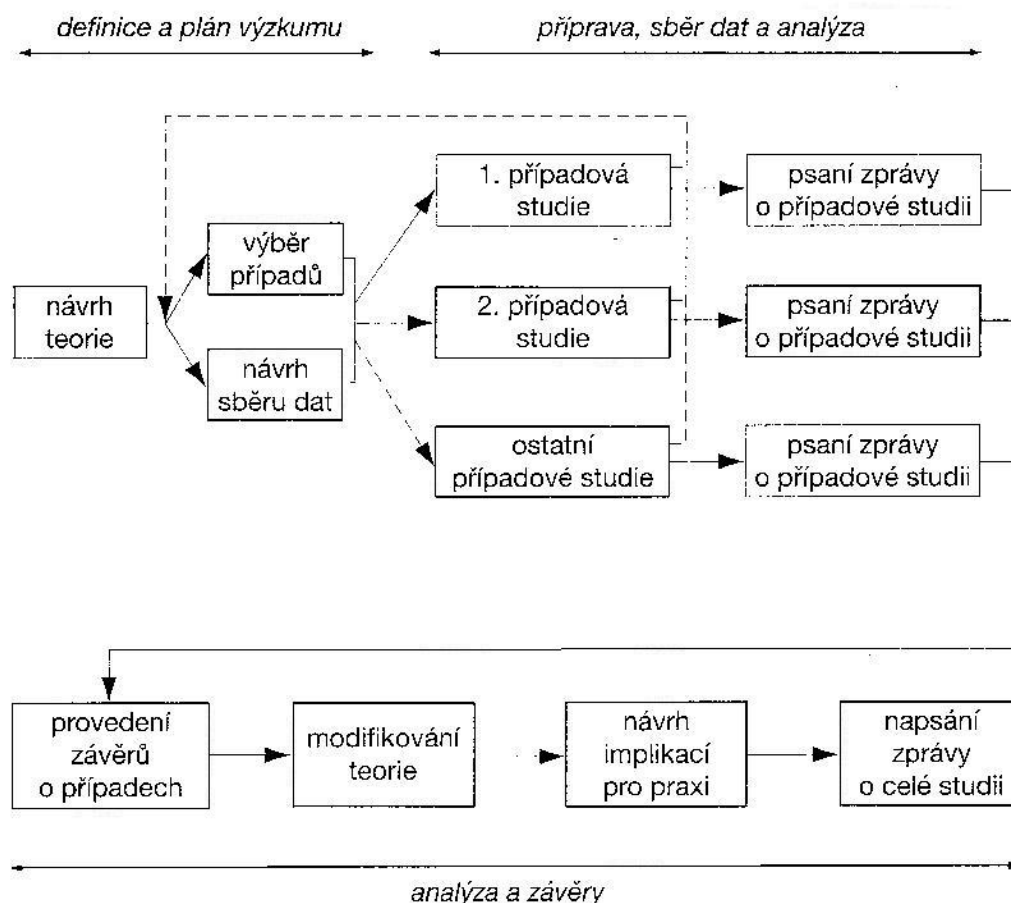


Případová studie je základním přístupem kvalitativního výzkumu. Případovou studii se rozumí výzkum zaměřený na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů (Hendl, 2005, s. 103). Studie se koncentruje na zjištění údajů o daném případě v jeho složitosti a komplexnosti vztahů a určení charakteristik daného případu nebo skupiny porovnávaných případů, příkladem může být zkoumání třídy využívající nové výukové metody předmětů (Hendl, 2005, s. 103-104). Oproti statistickému šetření, kde je sbíráno málo dat od mnoha respondentů, v případové studii se jedná o detailní studium a sběr velkého množství dat od jednoho či jen několika dalších jedinců (Hendl, 2005, s. 104). Hlavním předpokladem je, že po důkladném prozkoumání konkrétního případu se stávají srozumitelné i další podobné případy. Případy mohou být srovnávány mezi sebou a konec studie daného případu vřazen do širších souvislostí (Hendl, 2005, s. 104).

Případová studie se rozlišuje podle sledovaného případu na osobní případovou studii, studii komunity, studium sociálních skupin, studium organizací a institucí a zkoumání událostí, rolí a vztahů. V této diplomové práci chci koncentrovat pozornost na studium organizací a institucí, ve které se zkoumají formy, odborné organizace, implementace programů a intervencí, procesy změn a adaptací (Hendl, 2005, s. 105). Cíle zkoumání jsou různorodé, nejčastěji jde však o hledání nejlepšího vzorce chování, zavedení určitého typu řízení, zkoumání procesů změn, evaluace apod. (Hendl, 2005, s. 105).

Stake, kterého cituje Hendl (2008, s. 106) uvádí, že případová studie se provádí jako neintervenci a empatická činnost, kdy není rušen normální průběh aktivit, případ se ani netestuje, nebo nejsou prováděny rozhovory, přičemž informace jsou získávány diskretním pozorováním a zkoumáním dokumentace. Hendl (2008, s. 112) připouští využívání více zdrojů dat například rozhovory, záznamy pozorování nebo dokumenty, není však podle něj obvyklé používat všechny tři typy. Výzkumník se snaží zachycovat vícenásobnost realit, různé, rozdílné, kontradické pohledy na daný případ, avšak následná interpretace výzkumníka má větší váhu než interpretace sledovaných lidí (Stake in Hendl, 2008, s. 106).

Při zkoumání většího počtu případů mluvíme o mnohopřípadové studii, která se využívá při návrhu nové teorie (Hendl, 2008, s. 108).



Obrázek 5: Schéma mnohopřípadové studie (Hendl, 2008, s. 109)

Jednou z metod získávání kvalitativních dat může být analýza dokumentů. Výhody zkoumání dokumentů jsou rozmanitost dokumentů a množství informací, bezchybnost a nezkreslenost a neovlivňování oproti rozhovorům (Hendl, 2008, s. 130). „Subjektivita výzkumníka hraje roli při výběru dokumentů, ale ne v informacích, které jsou obsaženy v dokumentech (Hendl, 2008, s. 130).“ Dokumenty obsahují data, která vznikla v minulosti, nebyla vytvořena výzkumníkem a měla jiný účel než aktuální výzkum (Hendl, 2008, s. 204). Dokumenty mohou být jediným datovým podkladem případové studie (tamtéž).

Pokud bych v tuto chvíli měla uvést představovaný výzkum v rámci určené typologie, jednalo by se o případovou studii instrumentální, deskriptivní, která zkoumá několik případů, jejímž cílem je získat informace, porovnávat případy a zjišťovat jejich fungování a detailně je popsat (Hendl, 2008, s. 105-106). Zároveň se bude jednat o studii

organizací a institucí a mnohopřípadovou studii, neboť budu pracovat s více případy. Vybranou metodou získávání kvalitativních dat se stala analýza dokumentů.

### **3.4 Volba případů**

V následujícím textu představím volbu reprezentativních případů a vzorků pro případovou studii.

Volba případu výzkumu případové studie byla cílená. Přihlédneme-li k tomu, že se věnujeme kvalitativnímu designu, nemůžeme spoléhat na náhodný výběr. Pro realizaci výzkumu byly z obvyklých schémat vybrány typické případy. Cílem takto nastaveného výzkumu je zachytit běžné, obvyklé podmínky zkoumaných jevů a reprezentovat typické průměrné osoby (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 105). Zvolení případů vhodných pro empirickou část této práce bylo velmi důležitým krokem této práce a podléhalo daným kritériím. Spolupráce s vybranými organizacemi se rozkládala do časového horizontu několika měsíců. V organizacích byla realizována praxe, individuální návštěvy zařízení, rozhovory s pracovníky, studium dokumentace uživatelů a vnitřních předpisů zařízení. Kooperace s některými organizacemi byla započata ještě před zahájením práce na diplomové práci. Volba výzkumného případu byla podmíněna stanovenými kritérii. Zprv měly být vybrány tři domovy pro seniory poskytující sociální služby seniorům v kraji Vysočina, zároveň tyto domovy mají poskytovat služby více než padesáti uživatelům. Další spolupracující organizací se stal domov pro seniory v Německu, který poskytuje sociální služby seniorům, má více než 50 uživatelů a využívá model Podpůrné procesní péče podle Moniky Krohwinkel. Výzkumným případem se tedy stala dokumentace celkem 4 domovů pro seniory z České republiky a Německa. Jako vzorek byla v každém z domovů vybrána dokumentace dvou typických uživatelů, tedy dokumentace celkem 8 uživatelů. Kritérium typických uživatelů domova pro seniory vycházejí z mé osobní empirie. Jako typické uživatele domova pro seniory vnímám zástupce skupiny osob mobilních a imobilních. V mém vymezení osoba mobilní je osoba, která potřebuje malou míru podpory, jejíž mobilita není omezena nebo omezení zvládá pomocí kompenzačních pomůcek např. chodítka, francouzské berle, podpůrné hole. Osoba imobilní je osoba, která potřebuje velkou míru podpory, je trvale upoutaná na lůžko nebo je to osoba, která není schopna se sama pohybovat bez pomoci invalidního vozíku či kolečkového křesla. Při výběru dokumentace těchto uživatelů hrálo roli právě vymezení,

které bylo výše popsáno. V každém zařízení byla vybrána dokumentace uživatele s menší mírou podpory (mobilní) a s větší mírou podpory (imobilní). Tato kritéria výběru uživatelů byla představena sociálním pracovníkům organizací a ti dále ze svých uživatelů vybrali náhodně.

### **3.5 Metody sběru dat**

V následujících řádcích se budu věnovat vybraným metodám sběru dat a procesu získávání. „Metody sběru dat jsou specifické postupy poznávání určitých jevů, které badatel užívá s cílem rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé interpretují a vytvářejí sociální realitu (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 142).“ Pro potřeby výzkumu bylo zvoleno více výzkumných metod. První a hlavní z nich je analýza textových dokumentů a dále dotazování. Tato metoda se stala spíše okrajovou, dodatečnou avšak pomohla k rozšíření problematiky, k hlubšímu pochopení získávaných informací a k zvýšení pravdivosti a kongruence. Práce s dokumentací tvoří velmi specifickou oblast kvalitativního přístupu, která je dána tím, že materiály existují nezávisle na výzkumné činnosti, výzkumník je nevytváří, ale vytvořená fixní data shromažďuje (Miovský, 2006, s. 189). Při práci s dokumenty je omezená možnost zkreslení dat (Miovský, 2006, s. 189). V realizovaném výzkumu byly použity textové dokumenty jednotlivých organizací. Jednalo se o vnitřní předpisy organizací, formuláře k jednotlivým fázím procesu individuálního plánování, plány péče a další písemná data a informace vytvářená a získaná organizacemi pro potřeby individuálního plánování, poskytování služby a péče.

Součástí sběru dat byl záznam terénních poznámek. „Terénní poznámky obsahují, co výzkumník slyšel, viděl, prožil, o čem uvažoval v průběhu shromažďování a reflektování dat (Hendl, 2008, s. 197).“ Terénní poznámky byly shromažďovány do deníku písemnou formou. Byla do něj zaznamenávána především fakta, která vyplývala z dotazování se pracovníků a která doplňovala informace z dokumentace.

Proces získávání informací byl realizován v prostředí organizací. V prvním domově DS1 (charakteristika a kódy domovů jsou vysvětleny níže) jsem prvních 11 dnů pobývala v roli stážisty, kde jsem se seznamovala se zařízením, s vedenou dokumentací a s celým procesem příjmu nového uživatele, s procesem individuálního plánování a vedení dokumentace a s procesem poskytování péče. Následující 4 dny jsem v roli výzkumníka

analyzovala a přepisovala textovou dokumentaci, která mi byla předložena a vedla rozhovory se sociálními pracovníky. V druhém domově DS2 jsem v předchozích letech strávila celkem 6 týdnů praxe. Po předem domluvené schůzce v roli výzkumníka jsem zde strávila jeden den. Byla mi předložena dokumentace, kterou jsem opět analyzovala a vytvářela opis dokumentů, dále jsem opět vedla rozhovor se sociální pracovnící. S vedoucí sociální pracovnící třetího domova DS3 jsem spolupracovala v průběhu předchozího roku na různých seminárních pracích a projektech v rámci studovaného oboru. Po předem domluvené schůzce jsem v domově strávila část jednoho dne. Byly mi představeny dokumenty organizace, a všechny potřebné materiály poskytnuty vytištěné či okopírované. Během sběru dat jsem vedla rozhovor se sociální pracovnící a získávala další informace, ze kterých jsem tvořila jako v předchozích zařízeních terénní poznámky. Ve čtvrtém domově DS4 jsem absolvovala více než dvou měsíční praxi, kde jsem se v roli studenta seznamovala s celkovým chodem zařízení, pracovala jsem na sociálním úseku, kde jsem se seznámila s pracovní náplní sociálních pracovníc, dále mi byl v průběhu praxe představen model Podpůrné procesní péče. Byla mi doporučena odpovídající literatura zabývající se modelem. Dále jsem se seznámila s dokumentací uživatelů a procesem péče. Potřebné informace k diplomové práci jsem získala pomocí e-mailové korespondence se zaměstnancem top managementu organizace a dodatečné rozhovory jsem vedla prostřednictvím mezinárodních telefonátů. Se všemi spolupracujícími pracovníky z organizací jsem byla domluvená v případě potřeby na další spolupráci. V průběhu realizace výzkumu každé zařízení reagovalo specificky. Nejpřívětivější přijetí jsem zaznamenala ve třetím domově DS3, kde se mnou sociální pracovníce vedla velmi přátelský rozhovor. Bez problému mi poskytovala informace a potřebná data a na závěr si vyžádala zpětnou vazbu se slovy „až budete mít ten výzkum hotový, dejte mi prosím vědět, jak jsme dopadli, ať víme, v čem se máme zlepšit.“ Velmi vstřícné přijetí jsem dále zaznamenala v DS4, kde se mnou pracovník intenzivně korespondoval, zasílal mi potřebné materiály, podával mi informace při telefonním spojení a sám se zajímal o to, zda-li mám dostatek potřebných informací a materiálů.

### 3.6 Etické aspekty

Etickou rovinu výzkumu shledávám jako velmi podstatnou náležitost každého výzkumu. Smyslem této podkapitoly je tedy představit zásady, jimiž se výzkumník řídil při práci se všemi získanými daty.

Nejprve jsem všechny aktéry z řad pracujících obeznámila s důvodem získávání dat a všech dalších výzkumných kroků. Spolupracující pracovníky všech zařízení jsem podrobně seznámila se smyslem výzkumu, jeho účelem a cílem. Dále jsem jim představila výzkumný design a výzkumnou otázku a vysvětlila jsem ji kritéria pro volbu vzorku.

Souhlas uživatelů, jejichž dokumentace se stala předmětem zájmu. Všichni uživatelé podepsali dokument, ve kterém souhlasili s nahlížením studenta do jejich osobní a sociální dokumentace, při zachování plné mlčenlivosti. Dále souhlasili, že zjištěná fakta z jejich dokumentace může student použít ke studijním účelům, pod podmínkou zachování mlčenlivosti a neuvedení jména. V souhlasu bylo dále uvedeno, že při nahlížení do dokumentace je vždy přítomen kompetentní pracovník, který posoudí nezbytnost prohlédnutí daného dokumentu.

Při sběru dat jsem pracovníky opakovaně ujišťovala o zajištění anonymity, jak jich samotných, tak i klientů a částečně i zařízení. Dohodla jsem se s nimi na tom, že nebudu v práci uveřejňovat název jejich domova, jejich jména, žádné osobní údaje klientů a nebudou zveřejněna žádná data, která by umožnila čtenáři účastníky identifikovat. Dále jsem pracovníky ubezpečila o tom, že jak zařízení, tak dokumentace jednotlivých klientů bude zakódována a tím se opět zvýší jejich bezpečí. Anonymita šetření byla potvrzena podpisem smlouvy o mlčenlivosti mezi pracovníkem a jednotlivými zařízeními.

Kvůli zajištění ještě větší ochrany dat jsem musela přistoupit na požadavek dvou zařízení nepožívat si z dokumentace žádné kopie, jen potřebné informace přečíst a v případě potřeby si z nich vytvořit písemný záznam.

V souladu s etikou výzkumu nebudu k diplomové práci přiřazovat přílohy žádné dokumentace klientů ani vnitřních předpisů organizací.

### **3.7 Technika analýzy a analytický proces zpracování kvalitativních dat**

V následujících řádcích uvedu, jak bylo s daty nakládáno během analytického procesu zpracování dat. Analýza kvalitativních dat se věnuje systematickému nenumerickému organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvalitu a vztahy (Hendl, 2005, cit. podle Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 207). Účelem kvalitativní analýzy je přinést přesvědčivou evidenci o tom, že existuje jev, který je určitým způsobem strukturován, nikoliv však přinést představu o rozložení jevu v populaci (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 210)

Po procesu sběru dat jsem měla k dispozici velké množství materiálů. Německé texty jsem doslovně přeložila do českého jazyka. České dokumenty jsem uspořádala a rozsáhlá nepotřebná data vyloučila. Po zorganizování dat jsem zvolila univerzální techniku otevřeného kódování, která je podle Švaříčka a Šedřové (a kol., 2007, s. 211) velmi efektivním způsobem analýzy dat. Technika otevřeného kódování byla vyvinuta v rámci zakotvené teorie, ale díky jednoduchosti a účinnosti se používá v široké škále kvalitativních projektů (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 211). Při otevřeném kódování je text nejprve analyzován, rozdělen na jednotky, které se stávají významnými celky, těm je přidělen kód a ty jsou následně seskupeny do kategorií (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 211-222). Kategorizovaný seznam kódů podléhá analytické strategii, kterou se v tomto případě stala konstantní komparace (Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 222-226). Konstantní komparace provádí neustálé porovnávání, hledání podobností a rozdílů v jednotlivých datových zdrojích (tamtéž, s. 223-224).

Jednotlivé vzorky dokumentace jsem rozdělila do dvou skupin: na dokumentaci osob mobilních a dokumentaci osob imobilních. Tyto skupiny jsem společně analyzovala a porovnávala. Provedla jsem inventář všech dokumentů a odhalila v nich témata, kterým se v dokumentech věnuje pozornost. Podle vybraných témat/oblastí jsem dále analyzovala dokumentaci všech čtyř domovů.

1. Schopnost komunikovat
2. Schopnost pohybovat se

3. Schopnost udržovat vitální životní funkce
4. Schopnost o sebe pečovat
5. Schopnost jíst a pít
6. Schopnost vyměšovat
7. Schopnost oblékat se
8. Schopnost odpočívat, spát, relaxovat
9. Schopnost zabavit se, zaměstnat se, být činný, učit se, rozvíjet se
10. Schopnost cítit se a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu
11. Schopnost postarat se o bezpečné a stimulující prostředí
12. Schopnost zabezpečit sociální vztahy a oblasti
13. Umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi

Za prvním a třetím kritériem dokumentací klientů mobilních i imobilních jsou pro lepší porozumění uvedeny tabulky. Jednotlivá kritéria v kontextu jednotlivých témat byla oznámkována, neboť směřovala k porovnání mezi sebou. Známkování je provedeno jako ve škole, přičemž 1 (výborně) je nejlepší a 5 (nedostatečně) je nejhorší záznam. Vždy byla porovnávána dokumentace mezi sebou v rámci jedné oblasti. Pokud se v dané oblasti objevil záznam z individuálního plánování, měl větší váhu, než záznam z jiných dokumentů daného zařízení. Ve třetím kritériu se může zdát známkování dost přísné. To bylo provedeno podle výzkumného kritéria, tedy podle toho, zda se v dokumentaci vyskytují odpovědi na zájmena Co, Kdy, Kde, Jak, ze třetího výzkumného kritéria. Známkování je činnost subjektivní, avšak kvůli zvýšení stupně objektivity bylo provedeno další nezávislou osobou. Tato osoba měla k dispozici analýzu uvedenou v následující kapitole. Osoba byla seznámena s individuálním plánováním a systémem Podpůrné procesní péče. Známkování dále prováděla intuitivní technikou.

V posledním řádku tabulky je uveden průměr známek jednotlivých zařízení, která jsou tím pádem porovnávána opět mezi sebou v rámci všech kritérií.



## 4 Interpretace dat a výzkumné zjištění

### 4.1 Charakteristika organizací

Následující použité informace jsou vytaženy z webových stránek organizací a z registru poskytovaných sociálních služeb. Dále jsou to informace poskytnuté od zaměstnanců zařízení. Z důvodu zachování anonymity jednotlivých domovů nejsou přesné zdroje uvedeny.

#### 4.1.1 Domov pro seniory číslo 1 (kód DS1)

Tento domov je situován v blízkosti centra města v zástavbě. Při plném obsazení může poskytnout ubytování, stravu a péči 75 klientům v jedno a dvoulůžkových pokojích. Sociální služba byla registrována v roce 2011. DS1 je obecně prospěšnou organizací, jehož zakladatel je akciová společnost. Veřejný závazek služby: „Posláním DS1 je zajištění podpory nezávislosti a soběstačnosti klientů a umožnění prožitků aktivního a důstojného stáří. Veškerá činnost personálu směřuje k podpoře a zachování kontaktů s rodinou, přáteli a veřejností, k vytvoření domácího prostředí a atmosféry s respektováním individuálních potřeb klienta.“

„Cílem poskytované sociální služby je:

- podpořit soběstačnost klienta, chránit jeho soukromí a uplatňovat právo svobodného rozhodování, respektovat potřeby klienta, podporovat kontakt s přirozeným prostředím, rodinou, přáteli a jeho spokojenost s nabízenými službami,

- společně s klienty v rámci individuálního plánu rozvoje službu plánovat tak, aby co nejvíce splňovala potřeby a osobní cíle včetně zpracování a vyhodnocení adaptačního programu po nástupu klienta do domova a dalšího individuálního plánování služby prostřednictvím klíčových pracovníků,

- podporovat zvyšování soběstačnosti klientů prostřednictvím individuální nabídky ošetrovatelsko-rehabilitačních a aktivizačních programů,

- umožnit klientům vyjadřovat se k veškerému dění v domově a podílet se na tvorbě jídelníčku,

- poskytovat odbornou a bezpečnou zdravotně sociální péči, zprostředkovat péči o duchovní potřeby klientů.“

### **Proces individuálního plánování v DS1**

Z rozhovoru vedeného se sociální pracovníci domu vyplynulo, že nejezdí pravidelně na předběžná domácí šetření. Sociální pracovnice před příjmem navštěvuje pouze klienty, kteří jsou hospitalizováni v nemocnici, nebo na psychiatrické léčebně. Při příjmu klienta se sestavuje Vstupní plán péče. Ten sepisuje s klientem jemu přidělený klíčový pracovník. Tento plán je živým dokumentem 1 měsíc a po uplynutí této doby Vstupní plán péče zaniká a je z něj vytvořen klíčovým pracovníkem Plán péče. Platnost Plánu péče trvá 6 měsíců. Poté zůstává stejný nebo je přetvořen klíčovým pracovníkem.

Adaptační plán vytváří opět klíčový pracovník, je předstupněm individuálního plánu. Jsou v něm zaznamenány informace během prvního týdne po příjmu klienta, dále první, druhý a třetí měsíc. Z něj je vytvořen Individuální plán, sestavuje ho klíčový pracovník po 3 měsících od nástupu do služby. Přehodnocování individuálního plánu se děje po zrealizování cíle nebo po 6 měsících. Během trvání Individuálního plánu se zapisují záznamy do formuláře Průběhu plnění osobního cíle každý měsíc a do Individuálního plánu – Záznam se provádí záznam každých 14 dní. Rozdíl v těchto dvou formulářích je ten, že Průběh plnění osobního cíle je veden v elektronické podobě a Individuální plán – Záznam je ručně psanou formou.

### **4.1.2 Domov pro seniory číslo 2 (kód DS2)**

V malé obci je umístěn DS2, který aktuálně poskytuje službu 113 obyvatelům ve dvou registrovaných službách – domov pro seniory (57 uživatelů) a domov se zvláštním režimem (56 uživatelů). Domov byl otevřen již v 50. letech minulého století. DS2 je příspěvkovou organizací zřizovanou Krajem. „Posláním DS2 je poskytovat sociální služby seniorům převážně z Kraje Vysočina, kteří nemohou žít z důvodu snížené soběstačnosti ve svém domácím prostředí. Usilujeme o zachování jejich přirozených kontaktů a podporujeme jejich stávající dovednosti v péči o sebe sama, nabízíme pomoc při uplatňování jejich práv a zájmů a umožňujeme kvalitní prožití podzimu života.“

„Cíle služby:

-Poskytovat v souladu s posláním organizace kvalitní služby v domově pro seniory: podporovat uživatele, udržovat jejich soběstačnost, respektovat jejich potřeby, chránit jejich soukromí, podporovat kontakty s přirozeným prostředím.“

### **Proces individuálního plánování v DS2**

Z rozhovoru se sociální pracovníci domu vyplynulo, že jezdí pravidelně na sociální šetření do domácností zájemců o službu. Z šetření je vytvořen formulář Jednání se zájemcem o poskytování sociální služby. V den přijetí vypracuje klíčový pracovník společně s uživatelem Plán potřebné podpory (Předběžná inventura) a je zahájeno období adaptace. Do třech dnů od přijetí je z Předběžné inventury vytvořen Plán péče. Během tohoto období se záznamy zapisují do Záznamu průběhu poskytované sociální služby. Po 14 dnech od přijetí vypracuje klíčový pracovník ze zjištěných informací Inventář potřeb uživatele, který vzniká z Předběžné inventury a z Plánu péče. Na základě nového Inventáře potřeb uživatele je sestaven nový Plán péče. Inventář potřeb uživatele a Plán péče jsou přehodnocovány dle potřeby nebo v případě, že dojde ke změnám. Po jednom měsíci se vytvoří Individuální plán a je k němu vytvořen Záznam rozhovoru s klíčovým pracovníkem, který probíhá při formulaci Individuálního plánu. Při průběhu Individuálního plánu navštěvuje klíčový pracovník klienta alespoň dvakrát do měsíce a výstup z návštěv je zapsán do Záznamu průběhu poskytované služby. Přehodnocování individuálního plánu se děje dle potřeby, minimálně však jedenkrát za půl roku.

### **4.1.3 Domov pro seniory číslo 3 (kód DS3)**

DS3 se nachází v okrajové části města, je obklopen parkem. Domov byl otevřen v roce 1976. Při plném obsazení může nabídnout službu 146 klientům v jedno a dvoulůžkových pokojích. DS3 je příspěvkovou organizací města. „Posláním Domova pro seniory je poskytování pobytové sociální služby prostřednictvím pomoci a podpory, jako důstojné náhrady za přirozené sociální prostředí těm seniorům, kteří s ohledem na svůj věk a zdravotní stav nemohou trvale žít ve svém prostředí. Pomoc a podpora vychází z individuálně určených potřeb seniorů, respektuje a zachovává jejich základní lidská práva a svobody, důstojnost a usiluje o sociální začleňování klientů.“

„Cílem poskytované sociální služby je klient:

- který za pomoci služeb zařízení, podpory a pomoci důstojně prožije a dožije svoje stáří
- který je spokojený v těchto oblastech: ubytování, stravování, poskytování sociálně aktivizačních činností dle individuálních potřeb, soukromí
- který si za podpory poskytované sociální služby uchová co nejdéle svoje schopnosti a dovednosti, zejména ve vztahu ke své soběstačnosti a umí aktivně trávit svůj čas
- kterému je sociální služba poskytována dle jeho individuálních, osobních přání a poskytuje mu podporu při jejich realizaci.“

### **Proces individuálního plánování v DS3**

Sociální pracovnice mi při rozhovoru potvrdila, že rovněž navštěvují žadatele v domácnostech při sociálním šetření, ze kterého je vytvořen Záznam ze sociálního šetření. Po příjmu klienta následuje tříměsíční období adaptace, během něhož je sestaven Osobní profil klienta a Individuální plán. Z vnitřních předpisů zařízení vyplývá, že průběžná revize Individuálního plánu probíhá každých 6 měsíců nebo podle konkrétní situace i dříve, např. v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu. „Pokud se jedná o celkovou změnu Individuálního plánu klienta, vyhodnotí se aktuální Individuální plán písemně a odůvodní, z jakého důvodu není vhodný a proč je zapotřebí ho změnit. Po vyhodnocení se sestaví nový Individuální plán klienta v souvislosti s jeho novými požadavky a požadavky jeho sociální situace. Průběžné záznamy provádí klíčový pracovník do Záznamů o realizaci osobního cíle minimálně jedenkrát za měsíc.“ Hodnocení Individuálního plánu je součástí Záznamů o realizaci osobního cíle, které provádí klíčový pracovník. Plán péče je sestaven v den nástupu do zařízení a interval přehodnocování je každého půl roku. Do Záznamu a hodnocení péče zaznamenává personál situace a stav klienta, který může ovlivnit poskytování sociální služby např. předané informace klientům, nová přání, potřeby a požadavky klientů. Tato dokumentace slouží k předávání informací v týmu pracovníkům obslužné péče, aktivizačním pracovníkům, sociálním pracovníkům a zdravotnickým pracovníkům.

#### **4.1.4 Domov pro seniory číslo 4 (kód DS4)**

Domov se nachází v klidové části města nedaleko od centra a zároveň v blízkosti lesa a cyklistických a turistických stezek. Domov je zřizován římskokatolickou farností v daném městě. Tradice domova sahá až do 60 let minulého století. Od roku 1996 domov patří pod Spolek katolických domovů pro seniory. Tento spolek je spolkem církevních institucí a sdružuje 20 domovů, které mají společné administrativně správní oddělení. Mottem celého spolku je „Ve středu člověk“. Domov disponuje 102 místy pro dlouhodobou péči a 3 místy pro péči respitní. Jedno ze 4 oddělení je oddělení uzavřené a poskytuje péči osobám s demencí a dalšími psychickými obtížemi.

Domov a potažmo celý spolek motivují následující oblasti:

- Život v důstojnosti a samostatnosti
- Kvalita péče
- Život ve společenství
- Duchovní život
- Zahnutí příbuzných

#### **Proces individuálního plánování v DS4**

Z rozhovoru s pracovníkem zařízení vyplynulo, že před přijetím nového uživatele do domova nejezdí do domácnosti žadatele na domácí šetření. I když to pracovník vnímá jako velmi důležitý krok, nemá zařízení momentálně personální možnosti. První rozhovor s nově přichozím klientem vede sociální pracovník nebo ředitel zařízení. Po přijetí během prvního týdne je v úzkém kontaktu obyvatel s klíčovým pracovníkem, který zjišťuje informace potřebné pro tvorbu tzv. Pečovatelské anamnézy, ze které následně vyplývá Pflegeplan. Biografie obyvatele je sepsána pracovníkem sociálního oddělení a je založena do jeho spisu. Biografie je vytvořena do tří týdnů po příjmu nového uživatele služby. Po vytvoření Biografie vytváří klíčový pracovník do čtyř týdnů po příjmu klienta Pflegeplan. Pokud se výrazně nezmění stav klienta je Pflegeplan přehodnocován jednou za tři měsíce společně s Plánem aktivizace a psychosociálního doprovázení. V průběhu realizace

Pflegeplanu jsou zjištěné informace zaznamenávány do volného pole k jednotlivým aktivitám a při přehodnocování jsou následně začleněny do nového přepracovaného plánu.

## 4.2 Analýza dokumentů

Při analýze dokumentů jednotlivých zařízení a jednotlivých uživatelů byly dokumenty nejprve roztříděny. Přestože jsem měla k dispozici mnohem více materiálů, nebyly použity všechny, především z důvodu překrývání a zdvojování informací. Níže vypsane dokumenty se staly předmětem zájmu z několika důvodů. Individuální plány jsem vybrala proto, že jejich místo při výzkumu zabývajícím se individuálním plánováním je nezastupitelné, stejně tak Pflegeplan z německého zařízení. Plány péče byly vybrány, protože se zabývají obdobnými informacemi jako Pflegeplan a tedy komparace informací z Pflegeplanu a individuálních plánů by nebyla rovnoměrná, neboť v individuálním plánu je většinou určen jeden cíl, který je možný zařadit do jedné ze 13 životních aktivit, kterými se zabývá Pflegeplan. Proto mi musí čtenář dát zapravdu, že porovnávat 13 aktivit proti jedné oblasti je nepoměrné. Dalším důvodem, proč byly vybrány plány péče, byly vnitřní metodiky zařízení. V metodických materiálech DS1 stojí „Individuální plánování poskytování sociální služby je v DS1 realizováno zejména prostřednictvím Adaptačního plánu, Plánu péče, Individuálního plánu klienta.“ Podle výpovědi sociální pracovnice Adaptační plán je vytvořen v době adaptace, která trvá od přijetí klienta po dobu 3 měsíců a pak je z něj vytvořen individuální plán. Po uplynutí adaptačního období je také vytvořen Plán péče. „Klíčový pracovník spolu s vedoucí sociálně aktivizačního úseku nebo se sociální pracovníci sepíší po ukončení adaptací Plán péče klienta, kde jsou uvedeny přesné a individuální způsoby poskytování sociální služby klientovi, oblasti pomoci a podpory, kterou klient potřebuje (metodické materiály DS1)“. Adaptační plán nebyl použit z důvodu, že všichni klienti z DS1 byli dlouhodobými klienty a už měli vytvořeny individuální plány a plány péče. Plán péče v DS3 pojmají jako plán stanovující potřeby v oblasti hygieny, oblékání, stravy, tekutin, pohybu, doprovodu, orientace, komunikace, aktivit a sociálních potřeb (metodické materiály DS3). Tím se velmi přibližuje k definovaným 13 aktivitám, se kterými pracuje strukturální model.

Do používaných dokumentů v DS3 patřil také osobní profil klienta, neboť ve vnitřních materiálech domova stojí, že „znalost minulosti klienta je nutnou podmínkou pro tvorbu IP.“ Osobní profil klienta zařízení pojmá jako „důležitý zdroj informací pro

pochopení postojů, názorů, nálad, přání a cílů klienta. Jsou zde zmiňovány ty životní mezníky, které on považuje za důležité a podstatné. Osobní profil představuje souhrn toho, jak si klient představuje život ve vymezených oblastech. Jeho smyslem je popsat a porozumět preferencím člověka v určitých životních oblastech. V osobním profilu jsou uvedeny největší životní touhy a sny.“

Zkoumanými dokumenty se tedy v DS1 staly Individuální plán, Průběh plnění osobního cíle, Individuální plánování – Záznam, Plán péče klienta. Dokumentace klientů mobilních i imobilních byla shodná. Z DS2 byly použity z dokumentace klienta mobilního Individuální plán služby, Plán péče klienta, Inventář potřeb uživatele. Dokumentace imobilního klienta obsahovala navíc Záznam rozhovoru s klíčovým pracovníkem, to je záznam z individuálního plánování, dále Záznam průběhu poskytování služby, ale nebyl v dokumentaci sestaven Inventář potřeb uživatele. Při analýze dokumentů z DS3 byl použit Individuální plán, Záznam o realizaci osobního cíle, Záznam a hodnocení péče, Plán péče klienta a Osobní profil, nebo-li osobní historie klienta. Dokumentace imobilního klienta navíc obsahovala Účast klienta na akcích, neboli výtah, realizovaných akcí v domě, kterých se klient zúčastnil. Zkoumanými dokumenty v DS4 se staly Pfllegeplan – tedy plán cílů, problémů, opatření a zdrojů uživatele. Plán vytvořený podle strukturálního modelu Podpůrné procesní péče od Moniky Krohwinkel, Plán aktivizace a psychosociálního doprovázení a Biografie klienta. Všechny názvy dokumentů jsou záměrně uvedeny počátečními velkými písmeny a i dále v textu budou počáteční velká písmena používána z důvodu předcházení záměnám s podobnými termíny.

Analýzu všech dokumentů jsem prováděla na základě jednotlivých kritérií výzkumné otázky. Seřadila jsme k sobě dokumenty jednotlivých výzkumných vzorků, tedy dokumenty klientů mobilních a imobilních. Nejprve jsem analyzovala dokumenty klientů mobilních, následně klientů imobilních. Při analýze nebyly dokumenty mezi sebou smíchány nebo porovnávány v rámci jiných kategorií např. dokumentace uživatele mobilního z DS1 s uživatelem imobilním z DS3. V následující tabulce uvádím kódy jednotlivých vzorků. Vždy byly porovnávány vzorky mezi sebou ve směru vertikálním.

Kód zařízení	Dokumentace osob mobilních	Dokumentace osob imobilních
DS1	DS1-M	DS1-IM
DS2	DS2-M	DS2-IM
DS3	DS3-M	DS3-IM
DS4	DS4-M	DS4-IM

Tabulka 2: Kódy vzorků zařízení a klientů

Aby byly mezi sebou jednotlivé dokumenty a jejich obsah porovnáván stejným způsobem, postupovala jsem podle vybraných témat uváděných v kapitole 3.7. Nejprve jsem tedy analyzovala první kritérium podle vybraných témat, následně jsem zpracovala druhé kritérium, ze kterého vyplývá, jakým oblastem se jednotlivé části dokumentace věnují. Po té jsem analyzovala třetí kritérium opět podle vybraných témat. Stejným způsobem bylo postupováno v analýze klientů mobilních i imobilních.

#### **4.2.1 Analýza vzorků dokumentací mobilních klientů (DS1-M, DS2-M, DS3-M, DS4-M)**

##### **4.2.1.1 Kritérium 1**

Kdy a kde se objevuje v dokumentaci klientova participace?

##### **1. Schopnost komunikovat**

DS1-M – V individuálním plánu, v Průběhu plnění osobního cíle a Individuální plánování – Záznam nebyly v rámci prvního kritéria o komunikaci žádné záznamy. V Plánu péče se pouze ve dvou bodech objevuje poznámka že „klient je schopen se verbálně dorozumět a klient umí jakoukoliv přijatelnou formou vyjádřit svůj postoj, přání a potřeby.“

DS2-M – Neproveden žádný záznam.

DS3-M - V záznamu a hodnocení péče je dvakrát uvedeno, že si „klientka umí o službu požádat“

DS4-M – Je v oblasti komunikace vzhledem k prvnímu kritériu uvedeno, že se „klientka v rámci zdrojů ráda zúčastňuje rozhovorů. Je schopna komunikaci podporovat



pomocí gest a mimiky. Ráda si povídá a mluví o svých zájmech, zajímá se o každodenní události, vyžaduje od sociálních pracovníků, každý týden plán činností, chce používat komunikační zdroje – televizi, rádio, telefon, noviny, chce, aby ji pracovníci denně upozorňovali na události v domově a nabízeli jí účast na aktivizačních činnostech.“ Dále obyvatelka (zajímavost a odlišnost oproti českým domovům je osoba, již je poskytovaná sociální služba, nazývána klient nebo uživatel, v německém domově obyvatel) „používá podle potřeby brýle, které si může vyčistit sama a ozve se, když potřebuje pomoci, schůzky s ošetřujícím lékařem si domlouvá sama a sama telefonicky informuje rodinné příslušníky, když potřebuje doprovod mimo domov.“

## **2. Schopnost pohybovat se**

DS1-M – Jako své osobní přání a cíl si klient v oblasti moci se pohybovat v Individuálním plánu vytýčil „přeji si, abych občas mohl trénovat chůzi do a ze schodů v domově, s dopomocí nástup a výstup do autobusu, dále si přeji, abych mohl chodit s Vámi a s nějakou dobrovolnicí.“ V Záznamu o realizaci osobního cíle je pětkrát uvedeno, že si klient přál společně se projít po pokoji a trénovat chůzi po chodbě, dále je klient schopen samostatně se otáčet na lůžku sednout si a lehnout. V Plánu péče je uvedeno, že „klient sám provádí pohybové stereotypy samostatně nebo s dopomocí, stejně tak používat kompenzační pomůcky, je rád, když je mu věnována pozornost při rozvoji a posilování motoriky a rád cvičí s fyzioterapeutem.

DS2-M – Pouze v Plánu péče je uvedeno že „uživatelka chodí pomocí 1 fr. hole.

DS3-M – V Záznamu o realizaci osobního cíle je uvedeno, že uživatelka chodí sama na procházky do parku, v Plánu péče stojí, že „klientka samostatně provede sed, stoj, může chodit samostatně bez kompenzačních pomůcek i delší vzdálenosti. Ze Záznamu a hodnocení vyplývá, že „uživatelka chodí ráda cvičit, cviky zvládá bez problémů, ráda chodí na procházky a na terasu.“

DS4-M – V Pflegeplanung je uvedeno že „obyvatelka je mobilní, může se pochybovat pomocí chodítka uvnitř i mimo domov, chodí několikrát denně ven na procházku, může se samostatně pohybovat na lůžku, během dne nosí protiskluznou obuv a při problémech s chůzí se může hlásit kdykoliv pečujícímu personálu.

### **3. Schopnost udržovat vitální životní funkce**

DS1-M – Neproveden žádný záznam.

DS2-M – V Inventáři potřeb uživatel je uvedeno, že uživatel potřebuje pomoc při zajištění léků.

DS3-M – V Záznamu a hodnocení je záznam „Uživatelka zná, rozumí způsobu léčby, na které se sama podílí.“

DS4-M – Pflegeplanung je v rámci aktivity zabývající se vitálními životními funkcemi popsáno riziko prochladnutí/přehřátí, ve kterém se obyvatelka podílí při výběru vhodného oblečení odpovídajícím povětrnostním podmínkám dále riziko vzniku trombózy, kdy se obyvatelka denně pohybuje, nosí pohodlné boty a dolní končetiny si dává při odpočinku nahoru. Dále se zapojuje při komunikaci s lékařem, kdy si sama domlouvá schůzky a v případě nutnosti mu sama zavolá. Obyvatelka si sama přijímá léky, které jí pečovatelé denně přinášejí.

### **4. Schopnost o sebe pečovat**

DS1-M – V Plánu péče je uvedena klientčina participace při péči o tělo, kdy se do péče aktivně zapojuje „po připravení věcí k ranní hygieně si klientka omyje obličej a vyčistí zuby.“

DS2-M – V Inventáři potřeb uživatel se klient zapojuje při návštěvě kadeřnice a pedikérky a vyžaduje informace o jejich přítomnosti v domě.

DS3-M – Z Osobního profilu vyplývá, že v oblasti péče o sebe v prvním kritériu „potřebuje pomoc při péči o kůži, kterou má postiženou lupenkou, potřebuje pomoc s umýváním a následným promazáváním těla kosmetickými přípravky, vše se děje dle přání a potřeby klientky.“ V Záznamu o realizaci osobního cíle je uvedena participace klientky ve vyřčeném přání pomoci umýt vlasy a natočit na natáčky, další záznam svědčí o spolupráci klientky a pečujícího personálu při osprchování a promazání celého těla, při kterém se aktivně podílí.

DS4-M – V Pflegeplanu stojí klientčino přání osprchovat se v úterý vlažnou vodou za použití jejich vlastních sprchových potřeb, při tom je podporována pečujícím

personálem. Obyvatelka si sama domlouvá schůzky s kadeřnicí, samostatně může provádět osobní hygienu a zvládne se sama osušit. U umyvadla má od pečovatelů přistrčenou židli, kterou ráda používá a tím se zvládne sama obsloužit, v případě potřeby může zavolat pečující personál. Sama si domlouvá návštěvu pedikérky.

## **5. Schopnost jíst a pít**

DS1-M – V Plánu péče je uvedeno, že klient nepotřebuje pomoci jiné osoby při jídle a pití.

DS2-M – Z Plánu péče v oblasti příjmu potravy a tekutin je záznam o tom, že uživatelka chodí sama do jídelny a nepotřebuje pomoci.

DS3-M – Stejná výpověď jako v DS1-M a DS2-M je zaznamenána v Plánu péče.

DS4-M – Participace obyvatelky s personálem začíná ráno při přinesení snídaně, kterou chce jíst ve svém pokoji, stejně tak odpolední káva je servírována na pokoj. Obyvatelka si vybírá společně s personálem jídlo a při tom jim sděluje svá přání v oblasti stravy. Samostatně nemůže otevřít lahev vody, proto vždy když potřebuje, volá personál.

## **6. Schopnost vyměšovat se**

DS1-M – Z Plánu péče spolupráce s personálem vyplývá, že při potřebě na toaletu se klientka sama včas hlásí.

DS2-M – „Klient je samostatný při používání WC.“

DS3-M – Opět v Plánu péče je vyzdvihnuta klientova samostatnost při používání WC a inkontinentních pomůcek.

DS4-M – „Obyvatel chodí na WC samostatně a umí používat inkontinentní pomůcky, v případě potřeby může zavolat pomoc.“ Obyvatelka má problémy se zácpou sama užívá léky, které ve chvíli kdy jí docházejí, objednává u pečujících pracovníků.

## **7. Schopnost oblékat se**

DS1-M – V Plánu péče v oblasti oblékání klientka participuje tak, že se „aktivně zapojuje do péče o svou osobu, při oblékání nebo svlékání se zapojuje, zvedne ruku nebo nohu“

DS2-M – Neproveden žádný záznam.

DS3-M – V plánu péče je záznam, že se uživatelka sama obléká a svléká, dokáže si sama vybrat vhodné oblečení.

DS4-M – Obyvatelka si sama dokáže vybrat oděv, oblečení si uklidí do skříně a špinavé prádlo nosí do příslušného koše, samostatně se může oblékat a svlékat a v případě potřeby volá pečující personál, především při obouvání dolních končetin. Volá si své příbuzné a s nimi chodí do města nakupovat si nové oblečení. Volá si personál každé ráno, aby jí pomohl s nazutím a zavázáním bot, večer se zuje sama.

## **8. Schopnost odpočívat, spát, relaxovat**

DS1-M – Neproveden žádný záznam.

DS2-M – Neproveden žádný záznam.

DS3-M – Neproveden žádný záznam.

DS4-M – Obyvatelka chodí sama spát, potřebuje podporu při rozestlání a ustlání lůžka. „Ráno po probuzení pečující personál pomůže obyvatelce ustlat postel, ve večerních hodinách, je postel rozestlaná.“

## **9. Schopnost zabavit se, zaměstnat se, být činný, učit se, rozvíjet se**

DS1-M – Zaměstnání a rozvoj klienta je uveden v Individuálním plánu a v Záznamu o realizaci cíle. Zaměstnání spočívá v chůzi, uživatel chodí po domově s klíčovým pracovníkem i dobrovolníkem, záznam o chůzi je uveden několikrát, zároveň se překrývá s druhou životní aktivitou Moci se pohybovat. Dále se klient zapojuje rád do jednorázových volnočasových aktivit, na které je předem zván.

DS2-M – V Plánu péče je uvedeno, že „uživatelka navštěvuje klubovnu.“ Z inventáře potřeb vyplývá, že uživatelka chce dostávat informace o akcích v domově a nabídce činností. Její osobní cíl v Individuálním plánu je zaměřen na tuto oblast a je v něm zřejmá participace klientky neboť by „chtěla uplést nebo uháčkovat pravnoučkovi botičky, fence obleček a další věci, ale potřebuje od klíčového pracovníka pomoci sehnat předlohy.“ Dále v naplánovaném cíli je dohodnuta jejich spolupráce a to „uživatelka se domluví do kdy

a co přesně by chtěla plést či háčkovat a pokusí se daný časopis sehnat, pokud to její stav nedovolí tak předlohu sežene klíčový pracovník.“

DS3-M – Klientčina participace v rámci této oblasti spočívá v účasti na pořádaných aktivitách, kdy se dle Záznamu o realizaci osobního cíle zúčastnila masopustních her, dále byla u syna společně grilovat, sama chodí na procházky do parku. V Záznamu a hodnocení je uvedeno, že si volný čas klientka organizuje sama a o aktivizační činnosti domova nemá zájem, ráda se však účastní cvičení, které zvládá s menšími problémy.

DS4-M – Obyvatelka se podle Pflegeplanu zaměstná sama, chodí ráda ven na procházky a ráda se zúčastňuje nabídky zaměstnání v domově, obyvatelka je ráda v kontaktu se spolubydlícími, ráda se zúčastňuje zaměstnání v míře odpovídající jejím schopnostem. Samostatně používá informační zdroj jako např. rozhlas, televizi, telefon, noviny. Podle Plánu aktivizace a psychosociálního doprovázení se obyvatelka účastní 1x měsíčně výletu mimo domov, svátků a oslav pořádaných v domě, 2x měsíčně kavárny, 2x měsíčně biblické hodiny a 2x měsíčně bohoslužby a duchovní péče podle potřeby a přání klientky, 1x týdně společenských her, 1x za čtvrt roku kavárny poezie a prezentace médií podle příležitosti.

## **10. Schopnost cítit se a chovat se jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu**

DS1-M – Neproveden žádný záznam.

DS2-M – Neproveden žádný záznam.

DS3-M – V Záznamu o realizaci osobního cíle je uvedeno, že si klientka přeje za pomoci klíčového pracovníka umýt vlasy a natočit je na natáčky.

DS4-M – V Pflegeplanu je uvedeno, že se „obyvatelka cítí jako žena a chová se podle toho, věnuje pozornost svému vzhledu, ráda chodí do kadeřnictví, obléká se podle počasí a podle barev šatů.

## **11. Schopnost postarat se o bezpečné a stimulační prostředí**

DS1-M – Klient se orientuje podle Plánu péče ve svém přirozeném prostředí a nepotřebuje vodit do místností jako je pokoj, WC, jídelna,... Klient je stimulován a sám se účastní podle individuálních potřeb služeb nabízených v domově, zajímá se o dění

v domově, udržuje kontakt s rodinou alespoň 1x měsíčně, je v telefonickém a písemném kontaktu s rodinou a přáteli, klient má zájem o svůj finanční depozit.

DS2-M – Opět v Plánu péče vyzdvížena klientova orientace v domově a jeho okolí.

DS3-M – Klientka je podle Plánu péče a Záznamu a hodnocení orientovaná v čase a prostoru a sama žádá o službu, když ji potřebuje.

DS4-M – Opět je i Pfllegeplan zaměřen na obyvateľčinu orientaci časem, místem a situací. Dále je klientka sama schopna spravovat svoji poštu a finanční záležitosti, v zastupování sebe v úředních záležitostech dala plnou moc osobě blízké. Ze strany personálu je podporována při spravování svých osobních věcí a potřeb a pokoje.

## **12. Schopnost zabezpečit sociální vztahy a oblasti**

DS1-M – V Záznamu o realizaci osobního cíle stojí, že klient chodil se sociální pracovníci po chodbě a vyprávěl jí o svých příhodách v lese, v Individuálním plánu – záznam je uvedeno, že klient byl v doprovodu své dcery ve městě poslechnout si živou hudbu, dále má klient přání zúčastnit se divadelního představení. Klient je rád podle Plánu péče, když je věnována pozornost jeho vyprávění. Klient je v osobním kontaktu alespoň 1x měsíčně s rodinou, dále s rodinou a přáteli zůstává v telefonickém a písemném kontaktu. Klient projevuje zájem o společenské dění v zařízení a účastní se společenských akcí.

DS2-M – V Plánu péče je uvedeno, že uživatelka je společenská, je minimálně 1x za měsíc v kontaktu s rodinou. V Inventáři potřeb je uvedeno, že uživatelka vyžaduje od pracovníků informace o akcích v domově, potřebuje pomoc při seznamování s jinými uživateli a s denním harmonogramem v domově.

DS3-M – Osobním cílem v Individuálním plánu je uvedeno, že uživatelka chce být zapojena do kolektivu dalších klientů, svých vrstevníků. Sociální vztahy dle Záznamu o realizaci os. cíle udržuje pravidelným kontaktem se synem vnučkou a právnoučetem, dále udržuje vztahy s obyvatelem domova. Podle Plánu péče je klientka v osobním kontaktu s rodinou minimálně 1x měsíčně, dále je s rodinou a přáteli v telefonickém a písemném kontaktu. „Klientka projevuje zájem o společenské dění v zařízení a účastní se společenských akcí pořádaných v zařízení. U klientky se neprojevují známky sociálního

vyloučení. Klientka nevyžaduje na akce doprovod. Podle Záznamu a hodnocení si klientka často a ráda povídá s ostatními klienty, ráda se účastní společenských akcí

DS4-M – Obyvatelka může podle Pflegeplanu udržovat svoje sociální kontakty, zůstává v kontaktu s příbuznými, známými pomocí telefonu a díky návštěvám. Je svými návštěvami doprovázena mimo domov, obyvatelka se může sama rozhodovat.

### **13. Umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi**

DS1-M – Neproveden žádný záznam.

DS2-M – Neproveden žádný záznam.

DS3-M – Neproveden žádný záznam.

DS4-M – Podle Pflegeplanu se obyvatelka účastní života v duchovním společenství, může prožívat svoji víru a s tím spojené potřeby. Obyvatelka mluví otevřeně s personálem o své minulosti, obavách, úzkosti a strachu. Obyvatelka chce chodit v neděli na bohoslužby. V případě smrti má obyvatelka zařízené všechny potřebné věci i nadřeknutou spoluprací s pohřební službou.

V následující tabulce tři je uvedeno zhodnocení prvního kritéria dokumentací osob mobilních v kontextu 13 oblastí.

Oblast	DS1-M	DS2-M	DS3-M	DS4-M	Nejvyšší kvalita
1.	3	5	4	1	DS4-M
2.	1	4	1	1	DS1-M, DS3-M a DS4-M
3.	5	3	2	1	DS4-M
4.	4	4	1	1	DS3-M a DS4-M
5.	2	2	2	1	DS4-M
6.	2	2	2	1	DS4-M
7.	3	5	3	1	DS4-M
8.	5	5	5	1	DS4-M
9.	4	2	1	1	DS3-M a DS4-M
10.	1	1	3	2	DS1-M a DS2-M
11.	1	4	3	1	DS1-M a DS4-M
12.	3	2	1	2	DS3-M
13.	5	5	5	1	DS4-M
<b>Průměr</b>	3	3,38	2,54	1,15	

Tabulka 3: Zhodnocení prvního kritéria dokumentací osob mobilních

#### 4.2.1.2 Kritérium 2

Jakými tématy a životními oblastmi se zabývá klientova dokumentace v kontextu rozsahu adekvátních informací?

DS1-M – V Individuálním plánu klienta je cíl osobní přání klienta a naplánované kroky zaměřeny na pohyb klienta. Osobní cíl a cíl spolupráce zní takřka shodně tedy, „přeji si, abych občas mohl trénovat chůzi do a ze schodů v domově a s dopomocí nástup a výstup do autobusu.“ Další oblastí, která je zmíněna v Záznamu o realizaci osobního cíle, je komunikace s klientem o jeho minulosti. V Individuálním plánování – záznam je uveden opět pohyb klienta, dále oblast sociálních vztahů a otázka zaměstnání, účasti na aktivitách a společenských akcích zařízení. Plán péče se zabývá oblastmi: přesun na lůžko a změna poloh, jídlo, pití, prostorová orientace, oblékání svlékání, osobní hygiena, péče o vlasy a nehty, použití WC, volnočasové a zájmové aktivity, motorické, psychické a sociální



dovednosti, využívání služeb, upevňování kontaktů a sociální začleňování, sociálně terapeutické činnosti, uplatňování práv a zájmů.

DS2-M – Individuální plán klientky se zaměřuje na oblast zaměstnání. Osobní cíl a potřeba klienta zní „chtěla bych uplést pravnoučkovi botičky, fence obleček a další. Potřebovala bych předlohy. Můžu i háčkovat.“ Plán péče se soustřeďuje na tyto oblasti: hygienická péče, oblékání a svlékání, porucha orientace, porucha tělesné hybnosti, používání WC a péče o pomůcky pro inkontinentní, rozumová a kognitivní oblast, pohybová – motorická, společenská – sociální. Dalšími životními oblastmi se zabývá Inventář potřeb uživatele, jsou v něm rozpracovány potřeby uživatele v oblasti ubytování, stravování, běžné úkony péče, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně-terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů.

DS3-M – V Osobním profilu klientky je uvedeno několik osobních údajů směřujících do minulosti klientky, podstatnější část údajů je zaměřena na její život v domově především v oblasti péče o vlastní tělo. Osobní cíl klientky a klíčového pracovníka je stanoven takto: Zachovat soběstačnost klientky v co největší míře jejích možností, zajistit všechny fyziologické potřeby, zapojit klientku do kolektivu vrstevníků. Záznamy o realizaci osobního cíle se směřují jak k cíli, tak k oblastem pečujícím o další sociální vztahy, zaměstnání klientky, péči o vlastní tělo a pohyblivost. Plán péče klienta se zaměřuje na oblasti: hygienická péče, oblékání a svlékání, porucha orientace, porucha tělesné hybnosti, používání WC a péči o pomůcky pro inkontinentní, příjem potravy a tekutin, rozumová, motorická a společenská oblast. V Záznamu a hodnocení jsou opět uvedeny oblasti zaměstnání, sociálního/společenského života a vztahů, péče o vlastní osobu, pohyb a komunikace.

DS4-M – Pflegeplan se soustředí na 13 aktivit a existenciálních životních zkušeností, jimiž jsou:

1. Moci komunikovat
2. Moci se pohybovat
3. Moci udržovat vitální životní funkce

4. Moci o sebe pečovat
5. Moci jíst a pít
6. Moci se vyměšovat
7. Moci oblékat se
8. Moci odpočívat, spát, relaxovat
9. Dokázat se zabavit, zaměstnat, být činný, učit se, rozvíjet se
10. Moci se cítit a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu
11. Moci se postarat o bezpečné a stimulující prostředí
12. Moci zabezpečit sociální vztahy a oblasti
13. Umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi

Biografie klientky se zabývá jejím životním příběhem od narození až po příchod do domova. Jsou v ní zaznamenány všechny důležité mezníky jejího života. S biografií se pracuje jako s významným zdrojem informací, které se dále využívají a zapracovávají do Pflageplanu, například dřívější klientčiny zájmy, koníčky, záliby, oblíbené jídlo, sociální kontakty, apod. Plán aktivizace a psychosociálního doprovázení se zařazuje k aktivitě č. 9 dokázat se zabavit, zaměstnat, být činný, učit se, rozvíjet se. Je v něm uvedena komplexní skupinová nabídka aktivit v domově a je zde zaznačeno jakého zaměstnání se obyvatelka účastní.

#### **4.2.1.3 Kritérium 3**

Nakolik je dokumentace návodná, konkrétní a podrobná pro pečující personál, jinak řečeno Co, Kdy, Kde a Jak je v kontextu péče o klienta a spolupráce s klientem realizováno.

Členění a vysvětlení struktury dokumentace významné pro pochopení třetího kritéria. V DS1-M jsou v Individuálním plánu klienta naplánované kroky k plnění cíle, kde je jasně uvedena pracovníkova participace, v dokumentu Průběh plnění osobního cíle jsou opět vytvořeny kroky k naplnění osobního cíle, četnost a osob, které na vytváření cíle

spolupracují. V Plánu péče je pod názvem Činnosti pracovníka v sociálních službách celá jedna část zaměřující se na všechny oblasti, kterými se plán zabývá. Tato část určuje kroky vedoucí k naplnění cílů.

s názvem Činnosti pracovníka v sociálních službách, kroky vedoucí k naplnění cílů. Údaje jsou uvedeny pouze v bodech, velmi stroze. Během pobytu v zařízení, kde jsem se seznamovala s vedením dokumentace a s plánováním, které je prováděno v programu Cygnus – komplexní informační systém pro pobytové a ambulantní poskytovatele sociálních služeb, jsem zaznamenala, že po záznamech klientových příznaků se činnosti personálu generují automaticky, proto je nyní z dokumentace těžko zjistitelné, zda-li s vygenerovanými činnostmi personál pracuje, vykonává je a zda-li odpovídají opravdové potřebě. Nutno však dodat, že záznamy o činnostech personálu obsahují pouze Co a Kdy má personál provádět. Z toho vyplývá, že třetí kritérium je naplňováno pouze částečně, i když je v dokumentaci hodně záznamů. O konkrétnosti a podrobnosti, tedy jakým způsobem má být intervence provedena lze diskutovat. Některé záznamy jsou nicneříkající, proto nebudu uvádět všechny. V DS2-M a DS3-M jsou plány péče nastaveny stejným způsobem jako v DS1-M. Protože jsou záznamy ve všech domovech velmi podobné nebo stejné, domnívám se, že jsou informace pouze generovány programem. Vzniká zde pravděpodobnost, že jsou záznamy vedeny v programu či v listinné podobě, ale neodpovídají tomu, jakým způsobem pracovník poskytuje pomoc a podporu klientů. To, nakolik faktická činnost pracovníků odpovídá vytvořeným plánům, by si zasloužilo další zkoumání. Je to však minimálně na zamyšlení jak je možné, že tři různí klienti ze tří různých domovů mají velmi shodnou dokumentaci a pracovníci mají tudíž provádět v podstatě úplně stejné úkoly. V individuálních plánech v DS2-M a DS3-M jsou taktéž stanoveny kroky plnění osobního cíle.

### **1. Schopnost komunikovat**

DS1-M – V Individuálním plánu – záznam je uvedeno, že pracovník během doprovodu klienta na aktivizaci a během plnění individuálního plánu s ním komunikuje. V Plánu péče je uveden záznam, který se realizuje dle potřeby to je „aktivní nabídka komunikace (rozhovory, diskuze, aktivní naslouchání aj.).

DS2-M – V dokumentaci je uveden pouze jeden záznam směřující ke komunikaci „personál má pomoci dle potřeby při telefonickém kontaktu s rodinou/přáteli.“

DS3-M – V Záznamu o realizaci osobního cíle je uvedeno, že si klientka přeje, aby jí klíčový pracovník tykal, ten se vzhledem k věku klientky tykání vyhýbá a klientku spíše neoslovuje.

DS4-M – Z Pflegeplanu vyplývá, že pracovníci v rámci oblasti komunikace mají povinnost nosit jmenovky, dále obyvatelka „každý týden v pátek dostane od zaměstnanců ze sociálního oddělení týdenní plán aktivit, denně před snídaní jí donáší pečující personál na pokoj Westfalské noviny.“ Je každý den informována o nových událostech v domě a je jí nabízena účast na pracovních příležitostech (aktivizaci).

## **2. Schopnost pohybovat se**

DS1-M – Individuální plán je zaměřen na pohyb klienta, protože klientovým cílem je chůze po domově s klíčovým pracovníkem i dobrovolníkem, chůze do a ze schodů nástup a výstup do autobusu, pracovník má tedy pomoci klientovi s oblečením, v doprovodu a pomocí francouzských holí se projít po chodbě, dojít do pokoje a pomoci se svlečením, tyto kroky mají být realizovány 1x za týden za pomoci fyzioterapeuta, dcery, sociální pracovnice nebo dobrovolníka. Z Individuálního plánování – záznam je patrné, že se chodí pracovník klienta ptát a domlouvat se s ním na průběžném plnění cíle. V Plánu péče jsou uvedeny tyto činnosti pracovníků: podpořit denně přesun z lůžka na židli, invalidní vozík a zpět, polohování na zádech, boku, břiše, posazení klienta na lůžku ke stolu, provést denně a dle potřeby asistovaný doprovod po zařízení.

DS2-M – V rámci třetího kritéria má pracovník podpořit klienta při přesunu z lůžka na vozík a zpět, při lehkém aktivním cvičení, při chůzi na pokoji/chodbě/v terénu, doprovázet ho pěšky ven, to vše provádět dle potřeby.

DS3-M – V Plánu péče je uveden záznam pro pracovníky „provést dle potřeby doprovod do koupelny, doprovod na kulturní akce, rehabilitaci, terasu, do kaple, lehké aktivní cvičení, masáže, apod.“

DS4-M – Z Pflegeplanu vyplývá, že pracovník má „každý den ráno zkontrolovat funkčnost chodítka, v případě poškození zajistit u domovního technika opravu,“ dále každý

měsíc je hodnocena pracovníky Bradenova škála, změny kůže jsou denně sledovány při osobní hygieně, patologické změny jsou oznámeny pečujícímu lékaři a zaznamenány do dokumentace. Bradenova škála ukazuje optimální ověřování stavu kůže při prevenci dekubitů (Best Practice, 2008, s. 1). Dále pečující personál má jedenkrát za tři měsíce hodnotit riziko pádů a každý měsíc riziko kontraktur a pohyblivosti kloubů. Obyvatel je motivován v aktivních pohybech kloubů.

### **3. Schopnost udržovat vitální životní funkce**

DS1-M – Neproveden žádným záznam

DS2-M – Ze záznamu vyplývá spoluúčast pracovníků, avšak není jasná „uživatelka potřebuje pomoc při zajištění léků.“

DS3-M – V Záznamu a hodnocení je uvedeno, že klientka venku upadla, rána na obličej jí byla ošetřena a pečující personál má „denně provádět převaz mastným tylem do zahojení.“ V Individuálním plánu je uveden cíl zajistit fyziologické potřeby, ten je naplňován denně pomocí pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků a všeobecných sester.

DS4-M – Protože obyvatelka ráda chodí ven a často větrá pokoj, pracovníci denně pozorují patologické změny, jimiž může být rýma, kašel, chrapt. Pracovníci poučí obyvatelku o potenciálním riziku trombózy. Léky jsou připraveny dle předpisu lékaře a jsou přineseny ráno a v poledne obyvatelce na pokoj. Pracovníci denně pozorují dolní končetiny a obličej, zda-li nevzniká otok či nedochází k dušnosti. Obyvatelka je stimulována a motivována dostatečně pít. Ošetřující personál dbá na to, aby během péče o tělo byly zavřeny dveře do koupelny a okna do pokoje, aby bylo zabráněno průvanu a intenzivnímu snížení teploty v pokoji. Každých 6 týdnů za obyvatelkou dochází lékař na vizitu, předepisuje jí léky, které jsou podávány pracovníky. Pokud má obyvatelka bolesti pohybového aparátu jsou zaznamenány do dokumentace a předány naordinované léky. Denně jsou pak sledovány účinky analgetik a nežádoucí účinky sděleny lékaři. Zrohovatělá místa na plosce nohy, která působí bolest při pohybu, jsou denně ráno po tělesné péči obvázány. Při návštěvě pedikérky jsou pravidelně odstraňována. Hlezenní kloub postižený artritidou je každé ráno stažen kompresním obinadlem.

#### **4. Schopnost o sebe pečovat**

DS1-M – Pracovníci mají podle Plánu péče podpořit klienta při péči o vlasy, holení, přípravě hygienických potřeb dle zvyklostí klienta, rozvoji soběstačnosti v hygienické péči. Pracovníci mají podle potřeby provést celkovou koupel, ranní hygienickou péči, mytí vlasů, stříhání nehtů, úpravu lůžka, výměnu ložního prádla.

DS2-M – Pracovníci mají klientku podpořit při výměně osobního prádla, úklidu osobních věcí, celkové koupeli, péči o dutinu ústní, úpravě vlasů, stříhání nehtů na rukou. Pracovníci mají provést výměnu ložního prádla jednou za týden, případně když je to nutné. V Inventáři potřeb je uvedeno, že pracovníci mají klientce denně vytřít podlahu, zajistit jí vyprání prádla a jeho označení a podpořit klientku při úklidu nočního stolku a srovnání věcí ve skříni. Pracovníci mají klientku informovat o přítomnosti kadeřnice a pedikérky v domově.

DS3-M – Z osobního profilu vyplývá, že uživatelce pomáhá personál s umýváním a promazáváním pokožky celého těla a pravidelně podle potřeby klientky je vyměňováno ložní prádlo. V Záznamu o realizaci osobního cíle jsou uvedeny poznámky o tom, jak bylo provedeno koupání, promazávání kůže a klientčina přání směřující k sebepéči. Stejně informace jsou uvedeny v Záznamu a hodnocení. V Plánu péče je úkolem pracovníků podpořit klientku každý týden při celkové koupeli, mytí vlasů, stříhání nehtů na ruce a nohou, provést podle potřeby desinfekci a povléknutí lůžka a uklidit osobní věci.

DS4-M – Každý týden v úterý je obyvatelka podporována ve sprše, při tom je schopna stát a držet se madel. 2x týdně pečující personál vyměňuje obyvatelce čisté ručníky. Každé ráno před snídaní jsou umyta klientce u umyvadla záda. Péči o nohy přebírá ošetřující personál a pedikérka, vše je realizováno dle potřeby.

#### **5. Schopnost jíst a pít**

DS1-M – V Plánu péče je uvedeno, že pracovníci mají denně provést „aktivní nabízení tekutin, úpravu formy stravy (mletá, krájená, tekutá), upevnění návyků správného stolování, přinesení stravy na pokoj, roznášení čajů“

DS2-M – V Plánu péče je uvedeno, že pracovníci mají uživatele donést stravu na pokoj.

DS3-M – V Plánu péče je záznam týkající se pouze aktivního nabízení tekutin a nalévání čajů s rozvozem do pokoje.

DS4-M – Denně nabízejí pečovatelé obyvatelce čerstvé nápoje a v pokoji je umisťují jí na dosah, nápoje jsou vždy čerstvé. Obyvatelku motivují k pití. Pracovníci každý den ráno společně se snídaní přinesou 2 lahve minerální vody bez bublinek, kterou v případě potřeby obyvatelce otevrou, současně přinesou dvě čisté skleničky. Každý den je snídaně a odpolední káva přinesena na pokoj. Po každém jídle pracovníci odnesou nádobí a zkontrolují obsah konvičky s tekutinami. Jednou za měsíc je provedena kontrola hmotnosti a jednou za tři měsíce vytvořen výpočet příjmu kalorií a tekutin.

## **6. Schopnost vyměšovat se**

DS1-M – V Plánu péče je uvedeno, že personál podporuje klienta podle potřeby v rozvoji soběstačnosti při používání WC. Provádí denně péči o močový katetr a vyměňuje inkontinentní pomůcky.

DS2-M – Personál podle Plánu péče podporuje uživatelku při výměně inkontinentních pomůcek.

DS3-M – Stejně jako v předchozích dvou případech personál i tuto klientku podporuje při výměně inkontinentních pomůcek.

DS4-M – Personál dohlíží na množství inkontinentních pomůcek a přináší v případě potřeby do pokoje nové balení. Dále „denně vyprazdňuje a čistí odpadkový koš. Vzhledem k problémům obyvatelky se zácpou jí denně pečující personál přinese při snídani 2 jablka a během dne salát, k obědu pak dostane ovocný kompot a k večeři smetanový jogurt. Při přetrvávajících problémech je personálem přinesen projímací lék, který si obyvatelka bere sama podle potřeby, personál dohlíží na to, aby měla obyvatelka dostatek léku u sebe. Denně ráno po snídani dovede pečující personál klientku na WC, aby se mohla vyprázdnit, přetrvávající problémy personál dokumentuje a hlásí ošetřujícímu lékaři.

## **7. Schopnost oblékat se**

DS1-M – Podle Plánu péče je obyvatelce denně vyměněno osobní prádlo.

DS2-M – Uživatelce je jako v předchozí dokumentaci každý den vyměněno prádlo a dále proveden úklid osobních věcí, je podpořena ve svlékání a oblékání šatů.

DS3-M – Stejně jako v předchozích případech se opět záznam podobá, pracovníci mají provést úklid osobních věcí, prádla.

DS4-M – Obyvatelce je denně po osobní péči poskytnuta pomoc při oblékání dolních končetin a obouvání a zavazování obuvi. Každý den ráno se pracovníci ptají po špinavém prádle a odnášejí ho do centrální prádelny. Obyvatelka dostane každé pondělí a pátek čisté oblečení.

## **8. Schopnost odpočívat, spát, relaxovat**

DS1-M – Neproveden žádný záznam.

DS2-M – Neproveden žádný záznam.

DS3-M – Neproveden žádný záznam.

DS4-M – Pflegeplan udává, že každé ráno po probuzení je obyvatelce ustlána postel a ve večerních hodinách opět rozestlána.

## **9. Schopnost zabavit se, zaměstnat se, být činný, učit se, rozvíjet se**

DS1-M – V Plánu péče je uvedena podpora klientky při „hraní her – individuální, skupinová, pasivní účast na volnočasových aktivitách v zařízení, využívání volného času – pěstičství, rybaření, kino,...“ Pracovníci mají uživatelku podpořit při arteterapii, drama a muzikoterapii, doprovodit na kulturní a společenské akce.

DS2-M – V Individuálním plánu je záznam vztahující se k cíli uživatele, na kterém je patrné co je úkolem klíčového pracovníka „uživatelka se domluví do kdy a co přesně by chtěla plést či háčkovat a pokusí se daný časopis sehnat, pokud to její stav nedovolí, tak to sežene klíčový pracovník.“ Z Plánu péče vyplývá z činností pracovníků podporovat klientku dle potřeby ve skupinovém cvičení, podporovat v zájmových aktivitách a zájmové činnosti na oddělení.

DS3-M - Neproveden žádný záznam.



DS4-M – Z Pflegeplanu je patrné, že obyvatelka obdrží od pracovníků každý pátek plán akcí a zaměstnání na následující týden. Denně je od pečujícího personálu obyvatelka upozorňována na aktuální nabídku, klientka je doprovázena na akce a zaměstnání, které si z nabídky zvolí podle aktuálního rozpisu. Pravidelně se zúčastňuje výletů, slavení svátků během roku, kavárny, oslav narozenin, biblických hodiny, bohoslužeb a duchovní péče, společenských her, kavárny poezie, mediálních prezentací, skupinových snídaní, canisterapie a individuálních rozhovorů.

## **10. Schopnost cítit se a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu**

DS1-M – Neproveden žádný záznam.

DS2-M – Neproveden žádný záznam.

DS3-M – V Záznamu o realizaci osobního cíle je uvedena klientčina potřeba starat se o svůj vzhled, tím, že projevila přání umytí a natočení vlasů a to bylo společně s pracovníkem zrealizováno.

DS4-M – Klientce personál podle její potřeby pomáhá s oblékáním a s úpravou jejího vzhledu.

## **11. Schopnost postarat se o bezpečné a stimulující prostředí**

DS1-M – V Plánu péče je uvedeno, že pracovníci mají „provést kontrolu bezpečného prostředí a dohlédnout na přítomnost klienta v zařízení.“

DS2-M – Pracovník má doprovodit v případě potřeby klienta na vyšetření a denně ho kontrolovat v noci.

DS3-M – Neproveden žádný záznam.

DS4-M – Obyvatelka je v případě potřeby podporována při vytváření příjemného prostředí ve svém pokoji při práci se svými osobními věcmi, svým nábytkem apod.

## **12. Schopnost zabezpečit sociální vztahy a oblasti**

DS1-M – Klientka je pomocí personálu podporována v udržování sociálních kontaktů v přirozeném prostředí. Je podporována v adaptaci a integraci v zařízení, ve vytváření citových vztahů.

DS2-M – V Plánu péče stojí, že klientka je podporována při telefonickém kontaktu s rodinou a přáteli podle potřeb. V Inventáři potřeb je uvedeno, že klientka potřebuje pomoci od personálu při seznamování s jinými uživateli

DS3-M – Uživatelka je podle Plánu péče podpořena podle potřeby v edukaci k sociálnímu chování.

DS4-M – Obyvatelka má zapojenou v pokoji svoji vlastní telefonní linku.

### **13. Umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi**

DS1-M – Neproveden žádný záznam.

DS2-M – Neproveden žádný záznam.

DS3-M – Neproveden žádný záznam.

DS4-M – Obyvatelka chce být doprovázena každou nedělí na bohoslužbu.

V následující tabulce čtyři je uvedeno zhodnocení třetího kritéria dokumentací osob mobilních v kontextu 13 oblastí.

Oblast	DS1-M	DS2-M	DS3-M	DS4-M	Nejvyšší kvalita
1.	4	3	3	2	DS4-M
2.	1	2	2	2	DS1-M
3.	5	4	3	1	DS4-M
4.	3	3	1	2	DS3-M
5.	3	4	4	1	DS4-M
6.	3	4	4	1	DS4-M
7.	4	3	4	2	DS4-M
8.	5	5	5	3	DS4-M
9.	4	3	5	1	DS4-M
10.	5	5	2	2	DS3-M a DS4-M
11.	4	3	5	3	DS2-M a DS4-M
12.	4	3	4	4	DS2-M
13.	5	5	5	2	DS4-M
<b>Průměr</b>	3,85	3,62	3,62	2	

Tabulka 4: Zhodnocení třetího kritéria dokumentací osob mobilních

## 4.2.2 Analýza vzorků dokumentací imobilních klientů (DS1-IM, DS2-IM, DS3-IM, DS4-IM)

### 4.2.2.1 Kritérium 1

Kdy a kde se objevuje v dokumentaci klientova participace?

#### 1. Schopnost komunikovat

DS1-IM – Oblast komunikace se v závislosti na prvním kritériu v dokumentaci objevuje v Individuálním plánu. Uživatelka si stanovila jako osobní cíl „chci si dát s Vámi kafe a popovídat si“

DS2-IM – V dokumentaci není rozpracovaná oblast komunikace, pouze v Záznamu průběhu poskytování služby je uveden záznam, že proběhl rozhovor užívatelky s klíčovým pracovníkem.

DS3-IM – V Záznamu o realizaci osobního cíle je uvedeno, že klientka si dlouho a ráda vypráví s osobami, které ji navštíví.

DS4-IM – V Plegeplanu je uvedeno, že klientka se může verbálně vyjadřovat, ráda se zúčastňuje na pokoji rozhovorů a ráda přijímá návštěvy. Dále užívatelka nosí brýle, může si je sama nasadit a sundat. Obyvatelka řekne, které brýle chce podat. Ráda vzpomíná na staré časy, dívá se večer na televizi, umí používat dálkové ovládání, čte ráda příchozí poštu, časopisy a noviny, umí rozpoznat jména.

## **2. Schopnost pohybovat se**

DS1-IM – V Plánu péče je uvedeno, že „klient je schopen se sám otočit na lůžku.“

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – V Plánu péče je uvedeno, že klientka „se postaví, ale na velmi krátkou dobu. Snaží se sama cvičit, když sedí na lůžku, tak pohybuje krouživými pohyby DK. Nacvičuje vstávání a usedání.“ S dopomocí se klientka posadí, stoj zvládne s pomocí nízkého chodítka, chůzi již ale nezvládá, pouze přešlapuje u lůžka s oporou chodítka, dle zdravotního stavu.

DS4-IM – Obyvatelka je motivovaná zachovat existující pohyblivost, zkouší zlepšovat motoriku ruky tak, že během dne protahuje a pohybuje prsty ruky a provádí cvičení s relaxačním míčkem. Pod vedením pracovníka může pracovat s ochrnutou horní končetinou a s pomocí může na pár sekund zvednout ochrnutou dolní končetinu. S pomocí a vedením pracovníků se otočí na bok a podrží postranice. Chce být polohována mimo postel. Sama si zavolá signalizací pomoc pečovateli v případě potřeby, ve chvíli kdy chce polohovat z vozíku na lůžko apod. Ráda se zúčastňuje fyzioterapie. Nepřeje si mít zvednuté postranice u lůžka. Během dne má nasazeny pevné boty. Obyvatelka je motivovaná k pohybu a díky tomu často procvičuje tělo malými pohyby na vozíku i na lůžku. Když má nějaké bolesti, zavolá pracovníky. Jedenkrát týdně se zúčastňuje masáže šíje u masérky domu.

### **3. Schopnost udržovat vitální životní funkce**

DS1-IM – Neproveden žádný záznam.

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Neproveden žádný záznam.

DS4-IM – Obyvatelka nemá problémy s dýcháním, během celého dne (v zimě a na podzim dle počasí) má ráda otevřené okno kvůli zajištění přísunu čerstvého vzduchu. Chlad a teplo vnímá pouze polovinou těla. Na noc chce, aby jí byly nasazeny ponožky. Ráda si zdřímne po obědě a jako prevence trombózy chce zvednout dolní končetiny, i v průběhu dne si nechává dát končetiny nahoru. Obyvatelka může přesně lokalizovat a popsat bolest.

### **4. Schopnost o sebe pečovat**

DS1-IM – Při hygieně si klientka umyje žínkou ruce a břicho.

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Neproveden žádný záznam.

DS4-IM – Obyvatelka ráda snídá a večeří na lůžku, proto je ústní hygiena provedena za pomoci nádoby s vodou. Uživatelka si sama vyndá zubní protézy a zpět je nasadí. S pomocí pracovníků si umyje a osuší obličej. Obyvatelka si velmi cení a zakládá na svém vzhledu, vyžaduje, aby o ni bylo pečováno až po snídání, chce mít nakrémovanou zdravou kůži a sama za pomoci personálu si nakrémuje obličej. Záleží jí také na vytvoření elegantního účesu. Obyvatelka navštěvuje každý měsíc pedikérku, se kterou si samostatně domlouvá schůzky a stejně tak samostatně si domlouvá schůzky s kadeřnicí. Obyvatelka se nechává každou středu vysprchovat a po té chce zůstat celý den v posteli.

### **5. Schopnost jíst a pít**

DS1-IM – Uživatelka má v rámci oblasti stravování v Individuálním plánu klienta uveden osobní cíl ve znění „chci si dát s Vámi kafe a popovídat si.“ V Průběhu plnění osobního cíle je uvedeno několik záznamů o tom, jak si klíčová pracovnice dala s klientkou kávu. V Plánu péče je uvedeno, že klientka zvládne sama jíst a pít.

DS-2-IM – V Záznamu průběhu poskytování služby je uveden zápis, že uživatelka může jíst a při rozhovoru s klíčovou pracovnící si pochvalovala palačinky.

DS3-IM – „Klientka sama jí a pije, strava jí musí být řádně připravena.“ Klientka si přeje po obědě připravit kávu s mlékem.

DS4-IM – Obyvatelka může jíst připravená jídla, která mají být podle přání donesena na pokoj. Obyvatelka jí velmi pomalu a při jídle usíná. Večeři a snídani jí obyvatelka v posteli. Sama si může umýt ruce, ústa a zuby. Nahlásí se personálu, když má hlad nebo žízeň. Obyvatelka si sama volí potraviny, které chce jíst. Má ráda ovoce, které jí pečovatelka přináší, ráda jí čokoládu a pralinky. Obyvatelka pije ráda víno. Z obyvatelčiny výpovědi vyplývá, že pila a měla ráda víno, ještě když žila doma. I když si je vědoma možného nebezpečí a problémů s rovnováhou především při udržení se na vozíku, chce pít víno dál. Při tvorbě Biografie klientka uvedla, že má ráda zelnou roládu, Eintopf, ryby, čokoládu, salám a nemá ráda mléko. Obyvatelka ráda pije šťávy, může pít samostatně.

## **6. Schopnost vyměšovat se**

DS1-IM – V Plánu péče je uvedeno, že obyvatelka je schopna „s pomocí personálu dojít si na WC“

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Z Plánu péče vyplývá, že klientka samostatně používá WC a při potřebě WC si sama zazvoní přenosným zvonkem, který má umístěný na krku.

DS4-IM – Klientka podle Pflegeplanu může ovládat močení a v případě potřeby zavolá na personál. Obyvatelka akceptuje provést potřebu na podložní mísu. Jakékoliv fyzické obtíže může verbálně vyjádřit.

## **7. Schopnost oblékat se**

DS1-IM – V Plánu péče je uvedeno, že uživatelka „natáhne a zvedne ruce, postaví se, zvedne nohy při oblékání.“

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Neproveden žádný záznam.

DS4-IM – Obyvatelka je v oblasti oblékání motivována k samostatnosti, přijímá pomoc od personálu, volí si sama oblečení, věnuje pozornost dobře upravenému vzhledu. Každý večer si obyvatelka vybírá oblečení na další den.

## **8. Schopnost odpočívat, spát, relaxovat**

DS1-IM – Neproveden žádný záznam.

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Neproveden žádný záznam.

DS4-IM. Neproveden žádný záznam.

## **9. Schopnost zabavit se, zaměstnat se, být činný, učit se, rozvíjet se**

DS1-IM – Uživatelka na tuto oblast reaguje tak, že „po opakovaném nabízení činností na aktivizaci pozvání přijme, ale zapojí se do činnosti je krátkodobě.“

DS2-IM – Klientka v rámci této oblasti má sestavený individuální plán. Cílem klientky je „důstojné dožití v DS2 zpříjemněné poslechem mluveného slova a oblíbené hudby a příležitostné krátké pobyty mimo pokoj.“ Uživatelka si vybere z nabídky k poslechu a vyjádří se ke svým potřebám. Ze Záznamu z rozhovoru s klíčovým pracovníkem během individuálního plánování vyplývá, že klientka má nejraději písně Karla Gotta a dechovky. V průběhu doby se bude uživatelka postupně domlouvat na dalších titulech k poslechu. Ze Záznamu průběhu poskytování služby vyplývá, že se uživatelka účastní akcí pořádaných domovem.

DS3-IM – Ze Záznamu o realizaci osobního cíle vyplývá, že se uživatelka účastní naplánovaných akcí domova a ergoterapie, tréninku paměti a cvičení. Uvedu pro představu: promítání DVD, Silvestru 2012, Vánoční besídka oblastní charity, Zpívání v jídelně, Grilování na terase, Přednáška o historii kostela v Polné...

DS4-IM – Obyvatelka podle Pflageplanu je schopna si částečně samostatně plánovat konstrukci každodenního života. Používá samostatně informační zdroje jako televizi, telefon. Ráda sleduje přírodu a okolní život z okna nebo ze zahrady, s pomocí dobrovolnice chodí alespoň jedenkrát týdně ven. Podle Plánu aktivizace a psychosociálního doprovázení se obyvatelka účastní každý týden pečení, čtecí skupiny,

procházek, každý měsíc kavárny, dále svátků během roku, slavení narozenin, zpívání, kavárny poezie, mediální prezentace, vedení individuálních rozhovorů a přijímání návštěv na pokoji. Klientka většinou odmítá každodenní nabídky, pokud je organizována ve velkých skupinách. Čas od času, se ale zúčastní velkých akcí a svátků v domě. Ráda se zúčastňuje výletů mimo domov a dovolené. V Biografii klientky je uvedeno, že se umí zaměstnat sama, že ráda zůstává sama na pokoji, ráda čte, dříve ráda chodila do kina, měla ráda cestování, pěší výlety a práci na zahradě. Obyvatelka se také zajímá o ornitologii.

## **10. Schopnost cítit se a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu**

DS1-IM – Neproveden žádný záznam.

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Neproveden žádný záznam.

DS4-IM – Obyvatelka je podle Pflegeplanu vědoma své role ženy. Má silný pocit studu a vyžaduje, aby intimní hygienu prováděly pouze ženy.

## **11. Schopnost postarat se o bezpečné a stimulující prostředí**

DS1-IM – Neproveden žádný záznam.

DS2-IM – Záznam této oblasti se v Individuálním plánu se prolíná se záznamem v oblasti č. 9 a to, že si obyvatelka v rámci individuálního cíle, který je uveden výše, vybere z nabídky tituly k poslechu a vyjádří se, které skladby chce poslouchat. Volné chvílky si zpřijemní poslechem hudby a mluveného slova.

DS3-IM – V Plánu péče stojí, že „klientka je částečně soběstačná v rámci lůžka, je orientovaná v čase a prostoru, o službu si umí požádat.“

DS4-IM – Obyvatelka je orientovaná místem a osobou. Má vlastního právního poradce, který ji doprovází ve všech záležitostech.

## **12. Schopnost zabezpečit sociální vztahy a oblasti**

DS1-IM – Klientka myslí na sociální vztahy v rámci Individuálního plánu v osobním cíli „chci si dát s vámi kafe a popovídat si.“ Z Plánu péče vyplývá, že klientka má ráda svoji rodinu a těší se z jejich návštěv.



DS2-IM – „Klientka akceptuje doporučení personálu v oblasti sociálního začleňování, účastní se společenských akcí pořádaných v zařízení.“ Přijímá návštěvy své rodiny.

DS3-IM – Klientka přijímá návštěvy svých rodinných příslušníků a je s nimi v kontaktu minimálně 1x měsíčně. Dále zůstává s rodinou a přáteli v telefonickém a písemném kontaktu. „Klientka projevuje zájem o společenské dění v zařízení. Klientka se účastní společenských akcí pořádaných v zařízení. Klientka je částečně soběstačná v rámci lůžka, na společenské akce potřebuje doprovod na inv. vozíku.“

DS4-IM – „Obyvatelka zachovává své sociální kontakty. Kontakt s příbuznými, přáteli, známými udržuje pomocí telefonu a dopisů. Někteří příbuzní navštěvují obyvatelku v domově.“ Obyvatelka má přítelkyni, která ji jednou za půl roku navštíví v domě a přenocuje v domě.

### **13. Umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi**

DS1-IM – Neproveden žádný záznam.

DS2-IM – V Záznamu průběhu poskytování služby je poznamenán záznam, že „uživatelku navštívil pan farář osobně u lůžka.“

DS3-IM – Neproveden žádný záznam.

DS4-IM – „Obyvatelka aktivně žije ve své evangelické víře, má zájem o prostředí okolo.“ Obyvatelka vedla rozhovor s klíčovou pracovnící, má v případě smrti uzavřenou smlouvu s pohřební službou a přeje si kremaci.

V následující tabulce pět je uvedeno zhodnocení prvního kritéria dokumentací osob imobilních v kontextu 13 oblastí.

Oblast	DS1-IM	DS2-IM	DS3-IM	DS4-IM	Nejvyšší kvalita
1.	4	5	4	1	DS4-IM
2.	4	5	1	1	DS3-IM a DS4-IM
3.	5	5	5	1	DS4-IM
4.	4	5	5	1	DS4-IM
5.	4	4	3	1	DS4-IM
6.	4	5	2	2	DS3-IM a DS4-IM
7.	3	5	5	2	DS4-IM
8.	5	5	5	5	
9.	4	1	2	1	DS2-IM a DS4-IM
10.	5	5	5	1	DS4-IM
11.	5	3	2	2	DS3-IM a DS4-IM
12.	4	3	1	2	DS3-IM
13.	5	4	5	2	DS4-IM
<b>Průměr</b>	4,31	4,23	3,46	1,69	

Tabulka 5: Zhodnocení prvního kritéria dokumentací osob imobilních

#### 4.2.2.2 Kritérium 2

Jakými tématy a životními oblastmi se zabývá klientova dokumentace v kontextu rozsahu adekvátních informací?

DS1-IM – Individuální plán klientky a jeho osobní cíl a cíl spolupráce je zaměřen na oblast komunikace, moci jíst a pít a zabezpečení sociálních vztahů a oblastí. Přesné znění cíle je „chci si dát s Vámi kafe a popovídat si.“ Individuální plán – záznam a Záznam o realizaci osobního cíle hovoří o realizaci stanoveného cíle. Témata a oblasti v Plánu péče imobilní osoby se nijak neliší od Plánu péče osoby mobilní. Oblasti v Plánu péče jsou uvedeny ve druhém kritériu u DS1-M, proto je zde již neuvádím.

DS2-IM – Individuální plán klientky se zaměřuje na oblast zaměstnání a péče o stimulační prostředí. Cíl klienta zní „důstojné dožití v domově zpříjemněné poslechem mluveného slova a oblíbené hudby a příležitostné krátké pobyty mimo pokoj.“ Záznam

rozhovoru s klíčovým pracovníkem podrobně rozpracovává individuální plán, zaznamenává přesně rozhovor pracovníka, s klientem a s rodinou. Záznam průběhu poskytování služby se opět přibližuje k oblastem určeným v Individuálním plánu a dále obsahuje záznamy z oblasti komunikace, existenciálních životních zkušeností, oblastí moci jíst a pít a sociálních vztahů. Plán péče se zabývá stejnými oblastmi jako plán péče klienta mobilního pouze s tím rozdílem, že v Plánu péče klienta imobilního chybí oblast oblékání a svlékání a je začleněna navíc oblast příjmu potravy a tekutin.

DS3-IM – Osobní profil klienta je veden v podobném duchu jako Osobní profil klienta mobilního, to se týče především informací zasahujících do historie klienta, dále jsou zde uvedeny informace nynější z oblasti komunikace, pohybu, stravování a bezpečného prostředí. Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka je „zpříjemnění života pravidelným větráním, zachování zbylé soběstačnosti.“ Záznam o realizaci osobního cíle hovoří o oblasti komunikace, péče o sebe, o utváření sociálních vztahů, zaměstnání a oblékání. K oblasti péče o sebe, pohybu, vyměšování, stravování, zaměstnání a oblékání se vyjadřuje i Záznam a hodnocení péče. Formulář o Účasti klienta na akcích slouží jako rozpis akcí realizovaných v domově, kterých se uživatelka zúčastnila.

DS4-IM – Pfležeplan, Biografie a Plán aktivizace a psychosociálního doprovázení se zaměřuje u klienta imobilního na totožné oblasti jako u klienta mobilního. Proto zde druhé kritérium nebude rozpracováno, protože je shodné s druhým kritériem u DS4-M.

#### **4.2.2.3 Kritérium 3**

Nakolik je dokumentace návodná, konkrétní a podrobná pro pečující personál, jinak řečeno Co, Kdy, Kde a Jak je v kontextu péče o klienta a spolupráce s klientem realizováno?

##### **1. Schopnost komunikovat**

DS1-IM – V rámci třetího kritéria v první oblasti jsou v Individuálním plánu klienta naplánované kroky pro pracovníka, který plní s klientem individuální cíl. Pracovník má klientce jednou za měsíc uvařit kávu a jít si s ní popovídat. Ze Záznamu o realizaci osobního cíle vyplývá, že pracovník stanovený cíl plní.

DS2-IM – Dle potřeby má personál komunikovat s klientem pomocí obrázků a podporovat komunikaci.

DS3-IM – V Osobním profilu v rámci komunikace je uveden záznam, že pracovníci klientce vykají a oslovují ji příjmením. V Záznamu o realizaci osobního cíle je uvedeno, že při ranní toaletě, když uživatelka špatně slyší, je jí vyměněna baterie ve sluchadle. Na klientku se musí hodně hlasitě mluvit, i když má sluchadlo. Na otázky klientka neodpovídá je na ní poznat, že personálu nerozumí. Klientka má dojem, že jí personál nadává a následně odmítá komunikaci.

DS4-IM – V Pflegeplanu je uvedeno, že personál oslovuje obyvatelku klidnými slovy, jí nechává dostatek času k vyjádření. Personál povzbuzuje obyvatelku pomocí rozhovorů k udržování sociálních kontaktů. Vede s ní rozhovory na téma příroda, cestování, každodenní dění v domově, hovoří o pozitivních aspektech rozhovorů pro její život. Personál při potížích s porozuměním neukáže žádné nevhodné reakce, během komunikace si všímá obyvatelčiných očí a gestiky. Jedenkrát týdně se obyvatelka účastní masáže obličeje. Ráno po ranní hygieně personál vyčistí obyvatelce brýle na čtení měkkým vláknem. Při oblékání jsou jí brýle pověšeny na krk díky řetízku, který má na brýlích. Večer před svlékáním jsou brýle sundány a položeny na noční stůl v dosahu obyvatelky.

Pracovníci nosí jmenovky. Pracovnice sociálního oddělení nosí každý týden v pátek plán aktivizace na další týden. Obyvatelčina pošta je jí přinesena na pokoj, podle potřeby otevřena a položena v jejím dosahu.

## **2. Schopnost pohybovat se**

DS1-IM – V Plánu péče je uvedeno, že personál má provést denně nebo dle potřeby „přesun z lůžka na židli, invalidní vozík a zpět, asistovaný doprovod po zařízení, připravit klienta ke stravě, vysadit jej do křesla ke stolu.“

DS2-IM – Klientka potřebuje pomoc při veškeré pohybové manipulaci. Personál má dle potřeby pomoci klientovi za pomoci zvedáku s přesunem z lůžka na vozík a zpět, vysazovat ho mimo lůžko a doprovázet ho k lékaři. Dále s ním má provádět denně nebo dle potřeby lehké aktivní cvičení, posazovat na židli nebo do křesla, vyvážet ho na vozíku ven a polohovat každé 4 hodiny.

DS3-IM – V Osobním profilu je uvedeno, že klientce ochabují svaly a z toho důvodu je odkázána na pomoc ošetřujícího personálu. Podle Plánu péče mají pracovníci klientce provádět a podpořit ji denně nebo dle potřeby při posazování mimo lůžko, při přesunu na WC, při přesunu z lůžka na vozík, klientku posazovat na lůžko, nacvičovat sed a stoj, polohovat a individuálně cvičit obě horní končetiny.

DS4-IM – Obyvatelka podle Pflegeplanu potřebuje komplexní podporu při pohybu v lůžku i mimo něj. Pracovníci chválí obyvatelku při každém pohybu, neboť tím je motivována k samostatnosti a má pocit soběstačnosti. Od pracovníků je motivována k aktivní spolupráci. Ráno, v poledne, odpoledne a večer je obyvatelka vysazována z lůžka na vozík a obráceně. Před každou mobilizací pracovníci informují obyvatelku, jak vše bude probíhat a budou ji navádět, co má dělat v průběhu transportu. Před tím, než je klientka přesunuta na invalidní vozík dostane sklenici vody kvůli stabilizaci krevního oběhu a potom je pomocí zvedáku přesunuta, transport zpět do postele je proveden stejným způsobem. Pod vedením pracovníků může klientka zdravou rukou pohybovat s rukou ochrnutou a na pár sekund zvednout a udržet ochrnutou nohu, stejně tak se pod vedením pracovníků dokáže udržet na boku. Pracovníci odstaví všechny rušivé faktory v pokoji, které zabraňují obyvatelce se samostatně pohybovat na vozíku. Obyvatelka je personálem doprovázena mimo pokoj a zase přivezena zpět. Každé ráno je zkontrolována funkčnost vozíku. Po každém obědě je obyvatelka pracovníky odvezena do koupelny k umyvadlu, aby se mohla umýt. Obyvatelka je pomocí pracovníků v případě únavy přesunuta do postele. Minimálně 3x denně – ráno, v poledne, večer, je prováděno pasivní pohybové cvičení postižených končetin. Během polohování jsou postižené ochrnuté končetiny podloženy multifunkčními polštáři. Každé ráno pracovníci obouvají obyvatelce pevné boty. Pracovníci zodpovídají za to, že bude obyvatelčin pokoj dostatečně osvětlen a přizpůsobují ho podle přání klientky. Večer zapínají její lampu na okně, aby v pokoji nebyla úplná tma. Ráno při ranní hygieně je pozorována kůže, jestli nejsou ohrožena místa proleženinami a následně jsou ohrožená místa na těle nakrémována. Při zčervenání kůže je vše zdokumentováno. Stejně tak, jsou pozorovány prsty na rukou a nohou, zdali nejsou postiženy otokem, bolestí nebo zčervenáním. Obyvatelce jsou každý den ráno podávány léky proti bolesti podle lékařského předpisu. Postižená bolestivá místa jsou promazávána podle klientčiných přání mastí proti bolesti. Pro procvičování jemné motoriky ruky má

obyvatelka ve svém dosahu umístěn relaxační míček. Obyvatelka dostává jedenkrát týdně masáž krku od profesionální masérky z DS4.

### **3. Schopnost udržovat vitální životní funkce**

DS1-IM – Neproveden žádný záznam.

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – V Individuálním plánu má klientka vytyčený cíl „zpříjemnění života pravidelným větráním, zachování zbylé soběstačnosti.“ Kroky vedoucí k naplnění cíle jsou zajišťování veškerých činností a fyziologických potřeb a pravidelné větrání. Na realizaci tohoto cíle se podílí pracovníci v sociálních službách, sociální pracovník, všeobecná sestra, činnosti jsou prováděny denně. V Záznamu a hodnocení péče je uvedeno, jakým způsobem bylo s klientkou pracováno, když měla střevní potíže. Dále je zde uvedeno, co měli pracovníci dělat, když se klientka vrátila z hospitalizace.

DS4-IM- Pečovatelé poskytují klientce denně léky podle předpisu lékaře, personál je odpovědný a zkontroluje, zda si klientka léky vzala, pokud zapomene, pomáhá jí. Aby bylo zabráněno nežádoucím účinkům a docíleno snížené dávky, jsou analgetika podávána podle předpisu lékaře a podle potřeby obyvatelky. Pečovatelé sledují příjem tekutin, zabraňují průvanu a chladu na pokoji během hygieny. Pečovatelé před hygienou zavřou dveře a okna v místnosti a případně zapnou topení. Pečovatelé kontrolují vícekrát denně teplotu v místnosti a upravuje ji podle potřeby. Po večerní hygieně jsou obyvatelce nazuty teplé ponožky. Pracovníci denně pozorují změny na kůži na dolních končetinách. Ráno před vstáváním pracovníci provádějí s klientkou aktivní pohybové cvičení na lůžku, procvičují chodidla a lýtkové svaly.

### **4. Schopnost o sebe pečovat**

DS1-IM – V Plánu péče je uvedeno, že pracovníci mají podpořit klientku při péči o vlasy, upevňovat návyky v hygienické péči, rozvíjet soběstačnost při péči, dále mají provést denně nebo dle potřeby péči o dutinu ústní, celkovou koupel, ranní hygienickou péči, mytí vlasů, stříhání nehtů, ošetření kůže promazáním, výměnu ložního prádla, péči o zubní protézu a večerní hygienickou péči.

DS2-IM – V tomto Plánu péče je uvedena také podpora úpravy vlasů, dále dle potřeby, či denně provedení činností jako je výměna ložního prádla a osobního prádla, úprava lůžka, úklid osobních věcí, celková koupel, ranní a večerní hygienická péče, promazávání kůže, stříhání nehtů, oblékání a svlékání.

DS3-IM - V Záznamu o realizaci osobního cíle je uveden záznam, že byla klientce provedena ranní toaleta a byla oblečena do svátečního oblečení, dále, že byla klientka vykoupaná, měla promazané končetiny, lůžko bylo čistě povlečeno. V dalším zápise je opět záznam o promazávání končetin. Obyvatelka je podle Plánu péče podporována denně nebo dle potřeby v hygienické péči, výměně ložního a osobního prádla, oblékání, svlékání, celkové koupeli, je jí prováděna desinfekce a povlékání lůžka a úklid osobních věcí. V Záznamu a hodnocení je uvedeno, že bylo zjištěno silné opruzení, proto pracovníci ošetřují oblast určenou mastí a také bylo klientce vyměněno lůžko za polohovací s antidekubitními pomůckami a zavedeno pravidelné polohování.

DS4-IM – V Plegeplanu je uvedeno, že klientka nerada vstává brzy. Personál proto provádí s klientkou ranní hygienu na lůžku i čištění protéz se odehrává v lůžku. Před vložením protézy do úst je aplikována lepicí pasta pro lepší fixaci. Ráno i večer je během ústní a zubní hygieny na klientku dohlíženo. Po každém jídle je obyvatelka odvezena k umyvadlu do koupelny, kde může za pomoci pečovatелů provést ústní hygienu. Večer ústní péči provádí pracovníci opět v lůžku. Každé ráno připravují pracovníci věci na hygienu k lůžku a po té je opět uklízejí. Ráno po snídani, obědě, i večeri probíhá péče o ruce a obličej u umyvadla v koupelně, kam obyvatelku dovezou pracovníci na vozíku. Pod vedením a dohledem jsou ruce a obličej umyty a usušeny. Nejprve však připraví pracovník správnou teplotu vody a mýdlo, následně všechny části těla pečlivě osuší. Alespoň 2x týdně jsou vyměněny ručníky a žínky. Péči o pleť v horní polovině těla zcela přebírají pracovníci. Po umytí jsou horní končetiny zcela nakrémovány, tělové mléko je objednané podle klientčina přání. Péči o nehty na ruku přebírá personál a upravuje je každé 2 týdny po celkové koupeli. O přítomnosti pedikérky je obyvatelka informována a na schůzky doprovázena. Po napolohování jak v lůžku, tak i na vozíku je obyvatelce v dosahu položen kapesník, aby si mohla očistit v případě potřeby nos.

Ranní a večerní hygiena je prováděna pracovníky na lůžku. Pokud se obyvatelka kvůli fyzické slabosti nemůže udržet na boku, přivolá si pracovník pomocnou sílu. Celková

koupel je prováděna každou středu po snídani, obyvatelka je osprchována za pomoci toaletního křesla. Po sprchování je obyvatelka podle svého přání položena do lůžka, chce v něm zůstat celý den. Česání přebírá taktéž pečovatelský personál, provádí se u umyvadla a každý čtvrtek v 10:30 jde obyvatelka ke kadeřnici, která jí umyje vlasy a vytvoří účes.

## **5. Schopnost jíst a pít**

DS1-IM – V Individuálním plánu má klientka určený cíl dát si s pracovníci kávu a popovídat si s ní. Pro klíčového pracovníka z toho plyne uvařit klientce kávu a jít si za paní jedenkrát za měsíc popovídat. V Záznamu o realizaci osobního cíle jsou uvedeny záznamy, které potvrzují naplňování cíle. Z Plánu péče vyplývá, že mají pracovníci podpořit klienta při sledování příjmu tekutin, rozvíjet soběstačnost v jídle a pití, dále mají provést denně nebo dle potřeby aktivní nabízení tekutin, volbu příboru, přinesení stravy na pokoj, umývání hrnečků a lahví na čaj, roznos čajů.

DS2-IM – Pracovníci mají klientce denně nebo dle potřeby aktivně nabízet tekutiny, donést stravu na pokoj, podat stravu a pomoci při jídle, připravit klientku k jídlu, zajistit bezpečné krmení bez rizika vdechnutí stravy, zkontrolovat dutinu ústní po jídle.

DS3-IM – V Osobním profilu klientky je uvedeno, že klientka se sama nají a napije, potřebuje od personálu rozporcovat stravu, popřípadě namazat a nakrájet. Při konzumaci jídla jí pracovníci pokládají horní končetiny na stůl, protože je sama nezvedne. Stejný záznam je i v Záznamu a hodnocení péče. Dopoledne a odpoledne je paní podávána svačina. Klientce podle Plánu péče jsou aktivně nabízeny tekutiny, je jí od personálu uvařena káva, dále upravována forma stravy, podávání stravy na pokoji a nalévání čajů.

DS4-IM – V Pflegeplanu je uvedeno, že klientka je jedenkrát za měsíc zvážena pomocí zvedáku. Pečovatelé se každý den ptají na její stravovací potřeby, přání, chtěné změny apod. Všechno jídlo je od pracovníků přineseno a připraveno do pokoje. Před příjmem stravy je obyvatelka od pečovatelů vysazena do vhodné pozice. Všechny pokrmy jsou umístěny tak, aby mohla obyvatelka na vše dosáhnout pravou rukou. Polévky podávají podle aktuálního přání klientky pečovatelé. Pečovatelé pozorují obyvatelčiny stravovací návyky, probouzejí jí, pokud usne v průběhu jídla a nabízí jí pomoc při příjmu stravy, pokud to nezvládá sama. Před každým jídlom u stolu jsou vedle obyvatelky položeny 2 kuchyňské utěrky, nebo umístěny kolem krku. Po jídle jsou umyty zubní protézy podle



předchozí oblasti. Každý den se zaznamenává množství přijatého jídla a jednou za 3 měsíce je propočteno potřebné množství příjmu kalorií a tekutin. Jídlo je připraveno od pečovatелů, aby ho mohla obyvatelka sama jíst (nakrájeno). Má ráda, ovoce, čokoládu a pralinky, které jí pečovatелé přinesou. Každý týden jí pečovatелé přinášejí na pití šťávy, které si přeje. O tom, že jsou všechny nápoje připraveny a postaveny v úchopové blízkosti obyvatelky, se pečovatелé přesvědčují při každé návštěvě pokoje, případně podají hrníček s pitím blíže, anebo dolijí. Každý večer je naplněn hrneček s pítkem minerální vodou a postaven na noční stolek.

## **6. Schopnost vyměšovat se**

DS1-IM – Podle Plánu péče personál prování denně umytí perineální-genitální oblasti, tuto oblast maže kvůli prevenci opruzenin, vyměňuje inkontinentní pomůcky.

DS2-IM – Personál provádí denně výměnu inkontinentních pomůcek a ošetření genitálu, záznam frekvenci stolice.

DS3-IM – Pracovníci podle Plánu péče zajišťují výměnu inkontinentních pomůcek. Podporují denně nebo dle potřeby klienta v hygienické očištění genitálu, výměně inkontinentních pomůcek, ošetřování kůže, poskytují pomoc při použití WC a WC křesla.

DS4-IM – Všechny toaletní návyky jsou kvůli nehybnosti vykonávány v posteli do podložní mísy, kterou přináší ošetřující personál. Jedenkrát ráno, v poledne, po obědové pauze, odpoledne, večer a dvakrát v noci chce obyvatelka přinést podložní mísu a za pomoci 2 pečovatелů je na ni posazena. Po vykonání potřeby je obyvatelka za pomoci personálu oblečena a podložní mísa je odnesena k desinfekci. Po každé potřebě jsou zkontrolovány inkontinenční pomůcky a v případě nutnosti vyměněny. Intimní hygienu po každé toaletě zcela přebírá pečující personál. Během dne jsou obyvatelce dávány z inkontinentních pomůcek vložky a v noci pleny. V průběhu vyprazdňování dává personál obyvatelce dostatek času a dopřeje jí klid, zvonek jí dá na dosah ruky. Po posazení na podložní mísu, nechá personál slyšitelně téct vodu na podpoření močení. V pondělí, středu a pátek dostává obyvatelka mírné projímadlo podle předpisu lékaře, v centrální kuchyni jsou pro klientku objednány potraviny bohaté na vlákninu. Denně sledováno vyprazdňování.

## **7. Schopnost oblékat se**

DS1-IM – Pracovníci provádějí dle potřeby výměnu osobního prádla, úklid osobních věcí, oblékání a svlékání, podporují při rozvoji soběstačnosti při oblékání, volbě vhodného oblečení a úpravy osobního prádla.

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Neproveden žádný záznam.

DS4-IM – Obyvatelka si spolu s personálem vybírá večer oblečení na další den. Každý den pracovníci informují obyvatelku o povětrnostních podmínkách. Po osobní hygieně ráno a večer oblékají pečovatelé obyvatelku do vybraného oblečení. Při oblékání je nejprve oblečena ochrnutá část těla a při vysvlékání zdravá část těla. Svlékání horní části těla se děje na invalidním vozíku.

## **8. Schopnost odpočívat, spát, relaxovat**

DS1-IM – Neproveden žádný záznam.

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Podle Plánu péče je klientce každé ráno a večer ustláno a rozestláno lůžko a během dne v případě potřeby upraveno.

DS4-IM – Obyvatelka ráda zůstává ráno déle v posteli, proto jí pečovatelé vysazují na vozík až po snídani. Obyvatelka si ráda zdřímne po obědě a večer chodí do postele okolo 16. hodiny. Její pokoj je připraven k nočnímu klidu v 16 hodin. Pracovníci rozsvěcí malou stolní lampu, položí hrníček s nápojem na noční stolek do úchopové vzdálenosti obyvatelky.

## **9. Schopnost zabavit se, zaměstnat se, být činný, učit se, rozvíjet se**

DS1-IM – V Plánu péče je uvedeno, že pracovníci v rámci třetího kritéria v této oblasti podporují klientku dle potřeby v individuálním či skupinovém předčítání, pasivní účasti na volnočasových aktivitách v zařízení, ve sborovém zpěvu a poezii, v pěstování, rybaření, vaření, vyšívání, sportovních činnostech, vycházkách, dále v arteterapii, dramaterapii, aktivním cvičení, dechové gymnastice, ergoterapii a provádí podporu

komunikace pomocí alternativní a augmentativní komunikace. Pracovníci provádějí podle potřeby asistovaný doprovod na kulturní a společenské akce, sledování TV a DVD filmů.

DS2-IM – V Plánu péče je uvedeno, že personál podpoří klientku, aby se mohla účastnit společenských akcí zařízení, dále vede rozhovory s klientkou. V Individuálním plánu je uvedeno, že pracovníci mají vzhledem k vytčenému cíli klientky „důstojné dožití v domově zpříjemnit poslechem mluveného slova a oblíbené hudby a příležitostné krátké pobyty mimo pokoj,“ zajistit technické vybavení – CD přehrávač, vozík a zajistit doprovod. Klientka potřebuje pomoci v nabídce titulů a zajištění titulů mluveného slova a hudby. Ošetrovatelský personál zapne CD přehrávač v dobu, kterou si klientka určí, zprostředkuje vyjížďky na vozíku. Rodina zajistí nahrávky hlasů vnoučat (básničky, povídání), klíčový pracovník zajistí seznam titulů a CD a koordinaci činností. Ze Záznamu rozhovoru s klíčovým pracovníkem je uvedeno, že rodina je nakloněna ke spolupráci, zajistí zvukové i obrazové záznamy vnoučat z dovolených, které jí budou pouštěny. Ze Záznamu průběhu poskytování služby vyplývá, že se uživatelka zapojuje do dění v domově – účastnila se canisterapie, bramborové párty a koncertu v jídelně.

DS3-IM – V Plánu péče je uvedeno, že pracovníci mají dle potřeby doprovodit klientku na kulturní a společenské akce v zařízení, rehabilitaci, terasu, a ergoterapii. Ze Záznamu a hodnocení služby vyplývá, že se klientka účastní programu domova.

DS4-IM – Obyvatelka je informována od pracovníků o nabízených aktivitách domu, při potřebě aktivit je od pracovníků doprovázena. Aktivity, které a kdy obyvatelka využívá, jsou rozepsány u kritéria č. 1. Pracovníci předávají obyvatelce každý týden plán nabízených aktivit, každý den je na aktivity upozorněna.

## **10. Schopnost cítit se a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu**

DS1-IM – Neproveden žádný záznam.

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Neproveden žádný záznam.

DS4-IM – Obyvatelka si nepřeje, aby o ni pečovali muži, především v oblasti péče o tělo a při intimní hygieně obyvatelka akceptuje pouze ženy.

## **11. Schopnost postarat se o bezpečné a stimuluující prostředí**

DS1-IM – Podle Plánu péče pracovníci uživatelku podle potřeby podporují v rozvoji soběstačnosti a orientace v prostoru a provádí kontrolu bezpečného prostředí, kontrolu přítomnosti klientky v zařízení, označení jejích osobních věcí, zajišťují jí asistovaný doprovod po zařízení, a udržují s ní stálý kontakt.

DS2-IM – Pracovníci provádějí dle potřeby kontrolu klientky v noci, označují osobní věci, podporují trénink paměti pomocí písniček, vzpomínek, apod. Dále je prováděna podpora komunikace, stimulace vhodnými podněty (obrázky, hudba, TV, čtení). Tato oblast v rámci 3. kritéria je realizována také pomocí naplňování osobního cíle podle Individuálního plánu služby. Společná spolupráce byla popsána již výše.

DS3-IM – V osobním profilu klientky je uvedeno, že pracovníci umisťují klientce přenosný zvonek na krk pro případ přivolání personálu. V Záznamu o realizaci osobního cíle je uvedeno, že pracovníci povzbuzují klientku k optimismu. V Plánu péče je uvedeno, že jí personál označuje oblečení, provádí dle potřeby kontrolu bezpečného prostředí, obchůzky klientů, podporuje komunikaci a soběstačnost, doprovází dle potřeby klientku na pracovní terapii do dílny.

DS4-IM – Obyvatelce je zprostředkován kontakt s okolním světem pomocí TV a telefonu, proto personál umístí dálkové ovládání a TV program na noční stolek v dosahu klientky a telefon na pravou stranu od klientky. Pravidelný denní program je zajišťován personálem, soukromá příchozí pošta je obyvatelce předána pečovateli, úřední pošta a faktury jsou uloženy na sesterně a zpracovány při příchodu klíčové pracovnice, která po domluvě s klientkou je tímto úkolem pověřena. Pečovatelé informují klíčovou pracovnici o všech důležitých záležitostech týkajících se obyvatelky.

## **12. Schopnost zabezpečit sociální vztahy a oblasti**

DS1-IM – Pracovníci podporují obyvatelku podle potřeby v udržování sociálních kontaktů v přirozeném prostředí, zprostředkování a udržování kontaktů s rodinou a udržování stabilního sociálního prostředí, adaptaci a integraci v zařízení, sociální komunikaci a vytváření citových vztahů. Uživatelka v rámci individuálního plánování má stanoveny cíle směřující k zabezpečení sociálních vztahů. Klientka dle Individuálního plánu si chce dát kávu s klíčovou pracovnicí. Pracovník má naplánované, že má jedenkrát

za měsíc klientce uvařit kávu a vést s ní rozhovor. Ze Záznamu o realizaci osobního cíle vyplývá, že je cíl naplňován.

DS2-IM – Neproveden žádný záznam.

DS3-IM – Pracovníci mají pomoci klientce s písemnou korespondencí a telefonickým kontaktem s rodinou a přáteli.

DS4-IM – Pracovníci každé ráno, položí telefon do blízkosti obyvatelky po jejím pravém boku a večer jej dají na nabíječku.

### **13. Umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi**

DS1-IM – Pracovníci provedou dle potřeby asistovaný doprovod na bohoslužbu.

DS2-IM – Pracovníci zajišťují dle potřeby návštěvy kněze na pokoji.

DS3-IM – Pracovníci podle potřeby doprovázejí klientku do kaple.

DS4-IM – Pracovníci informují obyvatelku o evangelické a ekumenické bohoslužbě v domě a podle jejího přání jí doprovodí pomocí invalidního vozíku do kaple a po bohoslužbě ji vyzvednou. Pracovníci vedou s klientkou podle jejích přání, potřeb a situace vedou rozhovory směřující k existenciálním oblastem.

V následující tabulce šest je uvedeno zhodnocení třetího kritéria dokumentací osob imobilních v kontextu 13 oblastí.

Oblast	DS1-IM	DS2-IM	DS3-IM	DS4-IM	Nejvyšší kvalita
1.	3	4	2	1	DS4-IM
2.	3	2	3	1	DS4-IM
3.	5	5	3	1	DS4-IM
4.	3	3	2	1	DS4-IM
5.	2	3	1	1	DS3-IM a DS4-IM
6.	3	3	3	1	DS4-IM
7.	3	5	5	1	DS4-IM
8.	5	5	3	2	DS4-IM
9.	3	1	3	3	DS2-IM
10.	5	5	5	3	DS4-IM
11.	3	2	2	1	DS4-IM
12.	2	5	4	2	DS1-IM a DS4-IM
13.	3	3	3	1	DS4-IM
<b>Průměr</b>	3,31	3,54	3	1,46	

Tabulka 6: Zhodnocení třetího kritéria dokumentací osob imobilních

### 4.3 Zjištěné výsledky a závěry

V předchozí kapitole jsem uvedla výzkumná zjištění z dokumentací čtyř domovů pro seniory. V následujícím textu shrnu výzkumná zjištění a zodpovím výzkumnou otázku a výzkumná kritéria. K porovnání uvedeného výzkumu s dalšími proběhlými výzkumy, které se většinou v této části práce provádí nedojde, a to z toho důvodu, že ještě žádný výzkum v tomto kontextu nebyl realizován.

Provedeným výzkumem jsem se snažila zodpovědět základní výzkumnou otázku, která zní: **Který způsob individuálního plánování je kvalitnější – proces individuálního plánování ve vybraných domovech pro seniory nebo Podpůrná procesní péče v německém domově pro seniory?** Pro zodpovězení této výzkumné otázky byla specifikována tři kritéria, jejichž výsledek bude následně představen.

**První kritérium se koncentruje na to, kdy a kde se objevuje v dokumentaci klientova participace?** Z dokumentace klientů mobilních vyplývá, že téměř ve všech oblastech se nejlepší hodnocení vyskytuje v dokumentaci domova DS4-M mimo oblasti moci se cítit a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu a moci zabezpečit sociální vztahy a oblasti. V rámci oblasti moci se pohybovat má shodný záznam s čtvrtým domovem dobrý záznam i dokumentace domova DS1-M a DS3-M. V oblasti moci o sebe pečovat opět sdílí stejnou pozici i domov DS3-M. V oblasti dokázat se zabavit, zaměstnat, být činný, učit se, rozvíjet se je na stejné pozici opět domov DS3-M. V oblasti moci se cítit jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu se o první místo dělí dokumentace domova DS1-M a DS2. V oblasti moci se postarat o bezpečné a stimulační prostředí je na prvním místě společně s domovem DS4-M i dokumentace z DS1-M. V oblasti moci zabezpečit sociální vztahy a oblasti zaujímá první místo dokumentace DS3-M. Celkové průměry ve všech oblastech, nebo-li tématech v rámci jednotlivých domovů činí DS1-M = 3; DS2-M = 3,38; DS3-M = 2,54; DS4-M = 1,15. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že nejlepší záznamy má jak v rámci průměru, tak v porovnání v rámci jednotlivých oblastí dokumentace DS4-M, dále DS3-M, na třetím místě je DS1-M a v pořadí poslední hodnocení má DS2-M. Z analýzy vzorků dokumentací klientů imobilních vyplývá, že se až na oblasti moci zabezpečit sociální vztahy a oblasti a moci odpočívat, spát a relaxovat vyskytuje na nejlepší pozici dokumentace DS4-IM. Dále na stejné úrovni s dokumentací DS4-IM se vyskytuje v rámci oblasti moci se pohybovat DS3-IM, moci se vyměšovat opět DS3-IM, v oblasti dokázat se zabavit, zaměstnat, být činný, učit se a rozvíjet se DS2-IM, a moci se postarat o bezpečné a stimulační prostředí DS3-IM. V rámci oblasti moci zabezpečit sociální vztahy a oblasti dosáhla nejlepší hodnocení dokumentace DS3-IM. Oblast moci odpočívat, spát a relaxovat je v dokumentacích všech čtyř domovů na nedostatečné úrovni. Celkové průměry ve všech oblastech v rámci jednotlivých domovů činí DS1-IM = 4,31; DS2-IM = 4,23; DS3-IM = 3,46; DS4-IM = 1,69. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že nejlepší záznamy má jak v rámci průměru, tak v porovnání v rámci jednotlivých oblastí dokumentace DS4-IM, dále DS3-IM, na třetí pozici je DS2-IM a na posledním místě DS1-IM.

## **Druhé kritérium – jakými tématy a životními oblastmi se zabývá klientova dokumentace v kontextu rozsahu adekvátních informací?**

Témata a životní oblasti jsou porovnávány s tématy a oblastmi, které jsou vedeny v podkapitole 3.7. V dokumentacích mobilních i imobilních klientů se vesměs vyskytují záznamy z jednotlivých oblastí. Jakým tématům se věnují jednotlivé analyzované dokumenty, je uvedeno výše v předchozí podkapitole. Zde uvedeme pouze oblasti, kterým byla v dokumentaci věnována nejmenší pozornost, nebo byl v dokumentaci uveden malý rozsah informací, tedy byly hodnoceny známkou nedostatečně.

DS1-M – oblasti moci udržovat vitální životní funkce, moci odpočívat spát a relaxovat, moci se cítit a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu, umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi.

DS2-M – oblasti moci komunikovat, moci se oblékat, moci odpočívat, spát, relaxovat, moci se cítit a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu, umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi.

DS3-M – oblasti moci odpočívat spát a relaxovat, dokázat se zabavit, zaměstnat, být činný, učit se, rozvíjet se, moci se postarat o bezpečné a stimulující prostředí, umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi.

DS1-IM - oblasti moci udržovat vitální životní funkce, moci odpočívat, spát, relaxovat, moci se cítit a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu, umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi.

DS2-IM – oblasti moci udržovat vitální životní funkce, moci oblékat se, moci odpočívat, spát, relaxovat, moci se cítit a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu.

DS3-IM – oblasti moci oblékat se, moci odpočívat, spát, relaxovat, moci se cítit a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu, umět zacházet s existenciálními životními zkušenostmi.

Neadekvátní, paradoxní informace byly zjištěny v dokumentaci domova DS1-M, kdy v oblasti moci o sebe pečovat měla mobilní klientka, která zvládá péči o sebe samostatně uvedeno, že ji pracovníci provádějí celkovou koupel a ranní hygienickou péči. Dále



v oblasti moci jíst a pít měla stejná uživatelka uvedeno, i přesto, že může jíst normální stravu a nají se sama, že je jí upravena forma stravy na mletou, krájenou či tekutou. Poslední z neadekvátních informací, kterou výzkumník hodnotí jako nejvíce komickou je, že bylo v dokumentaci DS1-M i v dokumentaci imobilního klienta DS1-IM uvedeno v rámci aktivity dokázat se zabavit, zaměstnat, být činný, učit se, rozvíjet se uvedeno, že je klient začleněn do aktivit rybaření, kino, drama a muzikoterapie – žádnou z těchto aktivit zařízení neprovozuje a vzhledem k mobilitě především druhého klienta není možno, aby jmenované aktivity prováděl.

**Třetí kritérium zjišťuje nakolik je dokumentace návodná, konkrétní a podrobná pro pečující personál, jinak řečeno Co, Kdy, Kde a Jak je v kontextu péče o klienta a spolupráce s klientem realizováno?**

Z dokumentace mobilních klientů vyplývá, že až na oblasti moci se pohybovat, moci o sebe pečovat a moci zabezpečit sociální vztahy a oblasti se vyskytuje ve všech případech nejlepší záznam z dokumentace DS4-M. V oblasti moci se cítit a chovat jako muž či žena, prožívat vlastní sexualitu jsou na stejně dobré úrovni s DS4-M i záznamy z dokumentace DS3-M, dále v oblasti moci se postarat o bezpečné a stimulační prostředí zaujímá stejnou pozici dokumentace z DS2-M. Nejlepší záznam v oblasti moci se pohybovat má DS1-M. V oblasti moci o sebe pečovat získala nejlepší záznam dokumentace DS3-M. Nejlepší hodnocení v oblasti moci zabezpečit sociální vztahy a oblasti má DS2-M. Celkové průměry ve všech oblastech/tématech v rámci jednotlivých domovů činí DS1-M = 3,85; DS2-M = 3,62; DS3-M = 3,62; DS4-M = 2. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že nejlepší záznamy má jak v rámci průměru, tak v porovnání v rámci jednotlivých oblastí dokumentace DS4-M, o druhou pozici se dělí DS2-M a DS3-M a poslední místo zaujímá DS1-M. Z analýzy vzorků dokumentací klientů imobilních vyplývá, že se na nejlepší pozici ve všech tématech mimo oblast dokázat se zabavit, zaměstnat, být činný, učit se, rozvíjet se nachází dokumentace DS4-IM. Stejně dobré místo s DS4-IM v oblasti moci jíst a pít zaujímá domov DS3-IM. V oblasti moci zabezpečit sociální vztahy a oblasti je na stejné úrovni s DS4-IM i DS1-IM. V oblasti dokázat se zabavit, zaměstnat, být činný, učit se, rozvíjet se dosáhla na nejlepší pozici dokumentace z DS2-IM. Celkové průměry ve všech aktivitách v rámci jednotlivých domovů činí DS1-IM = 3,31; DS2-IM = 3,54; DS3-IM = 3; DS4-IM = 1,46. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že nejlepší záznamy má jak

v rámci průměru, tak v porovnání v rámci jednotlivých témat dokumentace DS4-IM. Na stejné úrovni s jedním záznamem v rámci jedné konkrétní oblasti, mají zbývající tři domovy.

Z výsledků předchozích tří kritérií vyplývá odpověď na výzkumnou otázku. Podpůrná procesní péče je kvalitnějším způsobem individuálního plánování než procesy individuálního plánování ve vybraných českých domovech.

## Závěr

V této diplomové práci jsem si kladla za cíl srovnat proces individuálního plánování ve vybraných domovech pro seniory v České republice a systém Podpůrné procesní péče podle Moniky Krohwinkel užívaný v německém domově pro seniory.

První část práce se ubírala teoretickým směrem, kde jsem postupně analyzovala odpovídající českou literaturu, která se zabývá danými tématy a zahraniční literaturu, která mi byla dostupná, a která k nim rovněž směřuje.

Nejprve jsem věnovala pozornost oblasti individuálního plánování. V první kapitole jsem vymezila službu, domov pro seniory, dále jsem představila plánování průběhu poskytování sociálních služeb, následně jsem se věnovala individuálnímu plánu, písemným záznamům, předávání informací mezi zaměstnanci a přehodnocování procesu poskytování služby. Nakonec jsem se soustředila na shrnutí procesu individuálního plánování, který měl celou kapitolu zaštitit. V následující části jsem představila systém Podpůrné procesní péče. Tedy systém, který se skládá z pěti částí, jimiž jsou Rámcový model, Model pečovatelského procesu, Model řízení, Strukturální model AEDL/ABEDL a Model rozvoje kvality.

Druhou část práce jsem zpracovala z empirického hlediska. Opět se dělila na dvě kapitoly. Nejprve jsem se věnovala ukotvení a popisu použitých metod realizovaných ve výzkumném šetření. Definovala jsem cíle a výzkumnou otázku, dále jsem popsala teorii kvalitativního výzkumu a použitého designu výzkumu, poté jsem objasnila výběr případu a metodu sběru dat a v neposlední řadě jsem vysvětlila etické otázky, vztahující se k realizovanému výzkumu a techniku analýzy a analytický proces zpracování dat. Prostřednictvím symbolického cíle jsem chtěla zmínit význam individuálního plánování, poukázat na existující systém Podpůrné procesní péče a vzájemně porovnat systém s procesem individuálního plánování ve vybraných domovech pro seniory. Aplikační cíl směřoval práci ke zjištění, jakým způsobem pracujeme s uživateli v domovech v rámci individuálního plánování a jakým způsobem se s uživateli pracuje v domově, který využívá Podpůrnou procesní péče, a k výsledku, který z přístupů je lepší? Poznávací cíl byl odvozen z předchozích cílů a stal se základní výzkumnou otázkou, která zní: Který způsob individuálního plánování je kvalitnější – proces individuálního plánování ve vybraných

domovech pro seniory nebo Podpůrná procesní péče v německém domově pro seniory? Pro zodpovězení výzkumné otázky jsem si stanovila tři kritéria:

1. Kdy a kde se objevuje v dokumentaci klientova participace?
2. Jakými tématy a životními oblastmi se zabývá klientova dokumentace v kontextu rozsahu adekvátních informací?
3. Nakolik je dokumentace návodná, konkrétní a podrobná pro pečující personál, jinak řečeno Co, Kdy, Kde a Jak je v kontextu péče o klienta a spolupráce s klientem realizováno.

V poslední kapitole jsem se věnovala samotné analýze dokumentace klientů z vybraných domovů pro seniory. Nejprve jsem zpracovala dokumentaci osob mobilních v kontextu tří kritérií následně pak dokumentaci osob imobilních. Domnívám se, že rozpracování a zhodnocení kritérií napomohlo ke správnému zodpovězení výzkumné otázky. Vyplynulé a zjištěné výsledky jsou uvedeny v závěrečné podkapitole. Z uskutečněného výzkumného šetření vyplynula odpověď na výzkumnou otázku, která zní: Podpůrná procesní péče je kvalitnějším způsobem individuálního plánování než procesy individuálního plánování ve vybraných českých domovech. Proto se domnívám, že by se mohla Podpůrná procesní péče stát vhodným nástrojem individuálního plánování, především v domovech pro seniory. Domovy by tak nemusely vymýšlet a psát zdlouhavé metodiky, které jim napovídají, jakým způsobem individuálně plánovat a přehodnocovat službu, ale měly by vhodný nástroj pro individuální plánování.

Ve své práci jsem si vědoma jistých limitů a to především ve zpracovaném výzkumném šetření. Ráda bych podotkla, že tento provedený výzkum byl mou první výzkumnou prací, a proto se ještě necítím být zcela kompetentním výzkumníkem. Umožnil mi však své nabyté znalosti a vědomosti využít a vyzkoušet si je, což mě opět posunulo dál ve vědění.

Oblast dalšího rozvoje shledávám v dalším zkoumání individuálního plánování v domovech pro seniory. Domnívám se, že by bylo vhodné zanalyzovat, jakým způsobem probíhá péče o klienta v kontextu naplánovaných aktivit, činností a různých postupů práce podle dokumentace. Tedy nakolik se odráží vypracovaná dokumentace v přímé péči, jestli je péče prováděna, realizována podle naplánované dokumentace. Dále se domnívám, že by

bylo vhodné informace o systému Podpůrné procesní péče dále šířit k odborné veřejnosti, například prostřednictvím odborných periodik, seminářů, konferencí a podobně. Vzhledem k výše zjištěnému věřím, že se bude model Podpůrné procesní péče dál šířit v českém prostředí, že nebude zapomenut a bude postupně využíván v praxi.

## Bibliografie:

1. Antonů, P. (2007). Na cestě ke kvalitě: Zavádění individuálního plánování služby do domovů důchodců (diplomová práce, Katedra sociální práce FF UK Praha). In Matoušek, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení* (s. 123) Praha: Portál.
2. Bareš, P. (2009): *Regionální dostupnost sociálních služeb. Zpráva z výzkumných šetření mezi pracovníky krajských úřadů a pracovníky obcí s pověřeným obecním úřadem*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí [on-line]. Dostupné 3. 11. 2012 z [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_302.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_302.pdf)
3. Bednář, M. (2011). *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Olomouc: Caritas-Vyšší odborná škola sociální Olomouc.
4. Best Practice (2008). Dekubity – prevence poškození tlakem [on-line]. Dostupné 22. 3. 2013 z [http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user\\_upload/FZV/download/Evidence\\_based\\_practice/12\\_2\\_2008.pdf](http://www.fzv.upol.cz/fileadmin/user_upload/FZV/download/Evidence_based_practice/12_2_2008.pdf)
5. Bollmann, M. (2008). *Der Pflegeprozess in der Altenpflege: Individuell und flexibel pflegen mit dem 4-phasen-Modell*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
6. Budnik, B., Lay, R. (2005). *Pflegeplanung leicht gemacht: Für die Gesundheits- und Krankenpflege*. München: Elsevier Urban & Fischer.
7. Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications.
8. Elas, J., (nedatováno). Pflegekonzept nach Monika Krohwinkel [on-line]. Dostupné 29. 11. 2012 z <http://www.altenpflegeschueler.de/sonstige/pflegekonzept-monika-krohwinkel.php>
9. Fillibeck, H., Sowinski, Ch., Besselmann, K. (2004). *Programm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger: Der Pflegeprozess*. Köln: BMGS/Kuratorium Deutsche Altershilfe [on-line]. Dostupné 29. 11. 2012 z <http://www.kda.de/files/bmg/bmgsposter2.pdf>

10. Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování, Praktický průvodce*. Praha: Grada Publishing.
11. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
12. Hendl, s. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
13. Hülsken-Giesler, M. (2008). *Der Zugang zum anderen: Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik*. Göttingen: V&R unipress.
14. Jeřábková, V. (2012): *Měření efektivnosti v oblasti sociálních služeb* [on-line]. Dostupné 3. 11. 2012 z [http://www.ondrejsimpach.ic.cz/publikace/konference\\_mezinarodni/FIS\\_VSE\\_DEN\\_DOKT](http://www.ondrejsimpach.ic.cz/publikace/konference_mezinarodni/FIS_VSE_DEN_DOKT)
15. ORANDU2012/prispevky/ST\_JERABKOVA\_DD\_FIS\_2012.pdf
16. Johnová, M. (2008). Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 1, s. 53-57.
17. Johnová, M. (2011). Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 3, s. 5.
18. Kol. (2009). *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče*. Praha: MPSV.
19. Kol. (2008). *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. MPSV ČR.
20. Krohwinkel, M. (2007). *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken*. Hans Huber.
21. Löser, A. P. (2004). *Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel: Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

22. Mahlberg-Breuer, A., Mybes, U. (2007). *Pflegedokumentation stationär: Das Handbuch für die Pflegeleitung*. Bonn : Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
23. Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing.
24. Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
25. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
26. Mlýnková, J. (2010). *Pečovatelsví 1. díl: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada Publishing.
27. Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany, učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing.
28. MPSV (2002). *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, Průvodce poskytovatele*. Praha: MPSV.
29. NANDA International. (2010). *Ošetřovatelské diagnózy: Definice & klasifikace*. Praha : Grada Publishing.
30. Rieckmann, S. (nedatováno). *Podpůrná procesní péče*. Hradec Králové: Projekt Profesionální pečovatelé.
31. Sowinski, Ch. (2004). *Kern des Pflegerischen Handelns: Begleitung des Pflegeprozesses*. Köln: BMGS/Kuratorium Deutsche Altershilfe [on-line]. Dostupné 29. 11. 2012 z <http://www.kda.de/files/bmg/bmgsposter2.pdf>
32. Staňková, M. (2005). *České ošetřovatelsví 3: Jak zavést ošetřovatelský proces do praxe*. Brno: Národní centrum ošetřovatelsví a nelékařských zdravotnických oborů.
33. Staňková, M. (2009). *České ošetřovatelsví 4: Jak provádět ošetřovatelský proces*. Brno: Národní centrum ošetřovatelsví a nelékařských zdravotnických oborů.



34. Švaříček, R., Šed'ová a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
35. Veřejný ochránce práv (2007). *Zpráva z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory* [on-line]. Dostupné 11. 10. 2012 z <http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml?x=2063061>.
36. Völkel, I., Ehmann, M. (2011). *Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege*. München: Elsevier Urban & Fischer.
37. *Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 16. 2. 2012.
38. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v účinném znění ke dni 29. 3. 2011.

## **Seznam příloh:**

Příloha č. 1 Formulář individuálního plánu (Hauke, 2011, s. 105)

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Koncept Johna O'Briena (Kol., 2008, s. 91).....	13
Obrázek 2: Proces individuálního plánování (Kol., 2008, s. 87).....	18
Obrázek 3: Podpůrná procesní péče .....	24
Obrázek 4: Čtyřfázový model dle WHO (Bullmann, 2008, s. 48) .....	28
Obrázek 5: Schéma mnohopřípadové studie (Hendl, 2008, s. 109) .....	41

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Fáze pečovatelského procesu .....	27
Tabulka 2: Kódy vzorků zařízení a klientů .....	55
Tabulka 3: Zhodnocení prvního kritéria dokumentací osob mobilních .....	63
Tabulka 4: Zhodnocení třetího kritéria dokumentací osob mobilních .....	74
Tabulka 5: Zhodnocení prvního kritéria dokumentací osob imobilních .....	81
Tabulka 6: Zhodnocení třetího kritéria dokumentací osob imobilních .....	93

# Přílohy

Příloha č. 1.: Formulář individuálního plánu (Hauke, 2011, s. 105)

## Individuální plánování – personální a organizační zajištění

5

Formulář individuálního plánu obsahuje:

- Identifikační údaje uživatele
- Osobní cíl uživatele
- Jméno klíčového pracovníka a telefonický kontakt na klíčového pracovníka
- Další osoby, instituce, které se podílejí na plnění osobního cíle
- Osoby, které mohou nahlížet do osobního plánu, a osoby, kterým lze poskytovat informace
- Úkony a způsob naplnění osobního cíle, tzn. konkrétní body, ve kterých klíčový pracovník popíše jednotlivé kroky směřující k dosažení cíle
- Rozsah, čas a způsob provádění jednotlivých úkonů
- Datum dalšího pravidelného přehodnocení individuálního plánu
- U změny individuálního plánu je zaznamenáno, odkdy, proč a jakým způsobem ke změně dochází či dojde
- Podpis uživatele, popř. jiné osoby (např. rodinný příslušník)
- Datum a podpis klíčového pracovníka

Do individuálního plánu se zapisují i další údaje:

- Odkud odebírá obědy
- Jakým způsobem se budou předávat jídlonosiče
- Místo pro jídlonosič v případě nepřítomnosti uživatele doma
- Zvláštnosti při komunikaci (např. komunikace přes papír, odezírání atd.)
- Zvířata v domácnosti
- Časové období, kdy nechce být klient rušen
- Použití klíčů (zda se používají při péči vždy, nebo pouze v nouzových situacích)
- Další okolnosti, které jsou pro poskytování péče důležité

Mít klíče uživatelů je velká zodpovědnost a naším úkolem je zabránit tomu, aby nedošlo k jejich zneužití. Rozhodně nesmí zaměstnanci běžně nosit klíče u sebe, brát si je domů, nechávat je ve služebním autě apod. Klíče musí být uloženy na bezpečném místě, kam má přístup pouze pověřená osoba. Ta klíče vydává proti podpisu a opět zkontroluje na konci služby, že byly všechny v pořádku vráceny na místo. Dále by měl pracovník s uživatelem určit, v jakém případě se klíče budou používat, a toto písemně zaznamenat. To znamená, zda je bude používat vždy,

105