

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Veronika Hradilová

**Individuální plánování pro osoby s mentálním
postížením**

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

Poděkování

Děkuji Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a poskytnutí cenných rad. Také děkuji klíčovým pracovníkům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, za jejich čas a ochotu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu použitých zdrojů.

V Olomouci dne

.....

Bc. Veronika Hradilová

OBSAH

ANOTACE	1-5
ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	11
1.1 HISTORICKÝ POHLED NA OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	13
1.2 DOSPĚLÁ OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	15
1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	16
1.4 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	20
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PODLE ZÁKONA Č. 108/2006.....	24
2.1 POBYTOVÉ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	27
2.2 AMBULANTNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	31
2.3 TERÉNNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	34
3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ	38
3.1 KLÍČOVÝ PRACOVNÍK.....	41
3.2 PROCES INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ.....	43
3.3 SPECIFIKA A METODY INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ PRO CÍLOVOU SKUPINU	49
EMPIRICKÁ ČÁST.....	53
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	54
4.1 CHARAKTERISTIKA ZLÍNSKÉHO KRAJE	55
4.2 METODOLOGIE, CÍLOVÁ SKUPINA, ORGANIZACE VÝZKUMU.....	57
4.3 KAZUISTIKA UŽIVATELE	60
4.4 VLASTNÍ VÝZKUM - REALIZACE VÝZKUMU.....	61
4.5 ZÁVĚR EMPIRICKÉ ČÁSTI	87
ZÁVĚR	92
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	94
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	98
SEZNAM TABULEK.....	99
SEZNAM OBRÁZKŮ	100
SEZNAM PŘÍLOH	101

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Hradilová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Individuální plánování pro osoby s mentálním postižením
Název v angličtině:	Individual planning for people with a mental disability
Anotace práce:	<p>Práce je zaměřena na individuální plánování pro osoby s mentálním postižením. Teoretická část definuje mentální postižení, dospělou osobu s mentálním postižením, klasifikaci a etiologii mentálního postižení. Dále popisuje sociální služby podle Zákona č. 108/2006 o sociálních službách, Sb., ve znění pozdějších předpisů, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením. A v neposlední řadě standard kvality sociálních služeb č. 5 Individuální plánování, kde popisujeme klíčového pracovníka a jeho vlastnosti, proces individuálního plánování a specifika individuálního plánování pro cílovou skupinu.</p> <p>Empirická část pomocí kvalitativního šetření zkoumá, jaký vidí klíčoví pracovníci v sociálních službách přínos individuálního plánování pro osoby s mentálním postižením.</p>
Klíčová slova:	Mentální postižení, mentální retardace, sociální služba, individuální plánování.
Anotace v angličtině:	The thesis concentrates on the individual planning for the mentally disabled. The theoretical part defines the mental disabilities, a mentally disabled adult, classification and etiology of mental disabilities. Furthermore, it describes the social

	<p>services according to the law No. 108/2006 regarding social services in the latest version of the regulation aiming to mentally disabled individuals. The final topic of the first part is the standard of quality of the social services No. 5 Individual Planning, which describes the key social workers with their characteristics, the process of individual planning and the specifics of individual planning for a target group.</p> <p>The empirical part investigates the ways the key social workers see the benefits of individual planning for the mentally disabled.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Mental disability, mental retardation, social services, person centred planning.
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Síť sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením ve Zlínském Kraji</p> <p>Příloha č. 2: Nesouhlas se zveřejněním nahrávky</p> <p>Příloha č. 3: Vzor Individuálního plánu uživatele služby</p>
Rozsah práce:	113 stran
Jazyk práce:	Čeština

ÚVOD

„Ať už má člověk postižení jakéhokoli druhu, vždy se najde mnoho možností, jak mu pomoci.“

Susan Kerrová

Diplomová práce se bude zabývat osobami, které potřebují pomoc, konkrétně osobami s mentálním postižením. Chtěla bych navázat na bakalářskou práci, ve které jsem se zabývala osobami s tímto typem postižení, kdy jsem se zaměřila na oblast vzdělávání. Pro diplomovou práci jsem si zvolila téma „Individuální plánování pro osoby s mentálním postižením“. Hlavní motivací pro výběr této problematiky je, že v budoucnosti bych chtěla pracovat s osobami takto znevýhodněnými.

Práce s osobami s mentální retardací je velmi složitá, a aby naše práce „přinášela ovoce“ musí být důkladná a dobře propracovaná. Důležité je hned na začátku si stanovit cíle, kterých bychom chtěli s danou osobou dosáhnout, co bychom ho chtěli naučit. A k tomu slouží individuální plánování. Plány by měli být neustále obnovovány, kontrolovány, čeho už jsme dosáhli a čeho se nám pravděpodobně dosáhnout nepodaří, protože osoba, pro kterou je plán zpracovaný, nedosahuje takových pokroků, jaké jsme očekávali.

Myslím si, že individuální plánování v sociálních službách je jedním z nejdůležitějších faktorů dobré a účelné sociální služby. A proto jsem se rozhodla na toto téma zaměřit svou diplomovou práci.

Hlavním cílem diplomové práce je zkoumat, zda klíčoví pracovníci v sociálních službách vidí přínos v individuálním plánování pro dospělé osoby s mentální retardací. Z hlavního cíle následně vyplývají cíle dílčí:

- Charakterizovat osobu s mentálním postižením.
- Popsat systém sociálních služeb v České republice pro cílovou skupinu.
- Definovat proces individuálního plánování.
- Zjistit, jak klíčoví pracovníci vidí povinnost plánovat vyplývající ze zákona.

- Sledovat, zda plánují všichni pracovníci sociálních služeb, nebo zda tato povinnost spadá pouze na sociálního pracovníka.
- Zhodnotit, zda se klíčovými pracovníky daří naplňovat individuální plány uživatelů.
- Identifikovat rozdíly v procesu individuálního plánování mezi jednotlivými klíčovými pracovníky výzkumu.
- Popsat, jaká specifika vidí klíčoví pracovníci v individuálním plánování pro osoby s mentální retardací v porovnání s jinými cílovými skupinami.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou.

V teoretické části nejprve objasním pojem mentální postižení, jeho definici, základní charakteristické prvky a klasifikaci mentálního postižení, tedy rozdělení mentálního postižení dle stupně. Dále se budu zabývat charakteristikou sociálních služeb, jejich rozdělením na ambulantní, pobytové a terénní služby pro osoby s mentálním postižením. Jako poslední kapitole teoretické části uvedu individuální plánování, které je zahrnuto ve standardech kvality sociálních služeb vyplývajících ze zákona č. 108/2006 o sociálních službách. V této kapitole charakterizuji individuální plánování, osobní cíl, osobu klíčového pracovníka, proces individuálního plánování a specifika individuálního plánování pro cílovou skupinu.

Cílem teoretické části diplomové práce je pomocí teoretických poznatků ze související literatury provést ucelené teoretické shrnutí dané problematiky.

Empirická část je zaměřena na kvalitativní výzkum. Jedná se o rozhovory s klíčovými pracovníky, kteří individuální plány vytvářejí, a o kazuistiky osob s mentálním postižením. S ohledem na téma diplomové práce byl zvolen výzkum kvalitativní, který bude proveden pomocí strukturovaného rozhovoru a kazuistiky.

Zhodnocení dosavadních odborných poznatků:

Při psaní práce jsem vycházela především z odborných publikací. Osobami s mentálním postižením se u nás zabývají z pedagogického, psychologického a sociálně-právního hlediska Miroslava BARTOŇOVÁ, Marie ČERNÁ, Jaroslav KYŠUČAN, Martin LEČBYCH, Viktor LECHTA, Jan MICHALÍK, Jarmila PIPEKOVÁ, Ivo ŠELNER, Iva ŠVARCOVÁ, Marie VÁGNEROVÁ a Milan VALENTA a mnoho dalších autorů.

Mezi neznámější autory, kteří se zabývají systémem sociálních služeb, patří Pavel ČÁMSKÝ, Kristina KOLDINSKÁ, Lucie KOZLOVÁ, Václav KREBS, Oldřich MATOUŠEK a Ladislav PRŮŠA.

Individuálním plánováním a jeho výkladem se zabývá Martin BEDNÁŘ a Milena JOHNOVÁ. Dále se danou problematikou zabývá Lucie BICKOVÁ, Iva ČERNÁ, Marie FROULÍKOVÁ, Martin HAICL, Veronika HAICLOVÁ, Jiří HORECKÝ, Dana HRDINOVÁ, Jana MERHAUTOVÁ, Radka MRAZÍKOVÁ, Margita PIŠTOROVÁ, Dana ŠEDIVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ a Marcela VÍTOVÁ.

Téma individuálního plánování je obsaženo v zákoně č. 108/2006 o sociálních službách, Sb., ve znění pozdějších předpisů a v jeho prováděcí vyhlášce 505/2006 Sb. jako jeden ze Standardů kvality sociálních služeb.

V zahraničí se individuálním plánováním zabývá například Beth MOUNT¹, Wiliam J. REID², David THOMAS a Honor WOODS³, Paul CAMBRIDGE a Steven CARNABY⁴.

¹ MOUNT, Beth, 1992. *Person-Centred Planning: A Resourcebook of values, ideas and methods to encourage person-centred development*. New York.

² REID, Wiliam J., 2000. *The Task Planner: An Intervention Resource for Human Service Professionals*. Columbia University Press.

³ THOMAS, David a Honor WOODS, 2003. *Working with People with Learning Disabilities. Theory and Practise*. London: Jessica Kingsley Publishers.

⁴ CAMBRIDGE, Paul a Steven CARNABY, 2005. *Person Centred Planning and Care Management with People with Learning Disabilities*. London: Jessica Kingsley Publishers.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Osoby s mentálním postižením zastupují nejčetnější část všech osob s hendikepou, a podle statistik počet osob s mentálním postižením stále roste, a to nejen v České republice, ale celosvětově. Avšak celkový počet osob s mentálním postižením není znám.

Mentální postižení můžeme definovat z různých hledisek, a to z biologického, psychologického, sociálního, pedagogického nebo právního hlediska. Podle MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ (dále jen MKN) lze mentální postižení definovat jako: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“ (MKN - 10, 2010, str. 242)

FISCHER a ŠKODA (2008, str. 91 - 105) popisují mentální retardaci jako neschopnost jedince získat dostatek rozumových schopností i přes snahu ostatních ho vychovávat. Nejen, že takto postižený jedinec zaostává v intelektovém vývoji, ale vyvíjí se u něj jinak i psychické vlastnosti a dochází u něj k poruchám v adaptaci.

SLOWÍK (2007, str. 109 - 121) uvádí definici mentálního postižení z různých hledisek. Z hlediska biologického postižení vzniká organickým nebo funkčním poškozením mozku, z hlediska psychologického se jedná o nízkou úroveň intelektu, která je měřitelná pomocí standardizovaných IQ testů. Sociální hledisko chápe mentální postižení jako omezení, které nám neumožňuje zvládat svou situaci samostatně, ale s pomocí jiné osoby. Z pedagogického hlediska mentální postižení ovlivňuje procesy učení, snižuje je, a to i přes využívání speciálních vzdělávacích metod. Právní hledisko hovoří o mentálním postižení, jako o omezené způsobilosti k právním úkonům.

Podle ŠVARCOVÉ (2011, str. 13 - 16) mentální postižení není homogenní, u každého jedince se projevuje jinak, jako jsou odlišní lidé bez postižení, tak se liší i lidé s mentálním postižením.

V psychologickém slovníku od HARTLA a HARTLOVÉ (2000, str. 507 - 508) je mentální retardace definována takto: „*Stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností, přičemž organický původ je zjišťován u stále rostoucího počtu jedinců, nikoli však u většiny. Zpomalení, zpoždění duševního vývoje jedince, někdy sociálním zanedbáním, někdy v důsledku somatického onemocnění. Mentální retardace se projevuje v průběhu vývoje jedince a obvykle je provázena nižší schopností orientovat se v životním, zvláště sociálním prostředí, jedinec zaostává za vrstevníky v učení, sociálních a pracovních dovednostech i v citovém životě. K vnitřním příčinám mentální retardace patří genetické vady, metabolické poruchy, nemoci matky během těhotenství, porodní traumata. K zevním příčinám patří v první řadě málo podnětná výchova. Mentální retardace je často provázena somatickými vadami, poruchami motoriky, citů, vůle apod. stav lze zlepšit intenzivní výchovou, individuální v rámci běžné nebo zvláštní školy.*“

„*Na úvod si vysvětlíme pojem porucha učení, abychom mohli začít s jeho zkoumáním: jedná se o státem schválený pojem pro intelektuální funkce, které jsou limitovanější a vyvíjí se nebo jsou již vyvinuty pomaleji, než je tomu u většiny populace. Jak citát naznačuje, poruchou učení se rozumí pojem používaný k označení jedinců, kteří fungují na značně nižším intelektuálním stupni, než je tomu u průměrného člověka v naší společnosti.*“⁵ (THOMAS a WOODS, 2003, str. 11, autorsky přeloženo)

⁵ „*To begin the exploration of what is meant by a learning disability we will give an initial definition: the Government-approved term for intellectual functioning that is more limited and is developing or has developed more slowly than is the case for most of the population. As the quotation indicates, a learning disability is the terminology used to label people that function at an intellectual level that is significantly lower than the average level of people in society.*“ (THOMAS a WOODS, 2003, str. 11)

Charakteristické znaky mentálního postižení

VÁGNEROVÁ (2002, str. 146 - 159) za hlavní znaky mentální retardace považuje nízkou úroveň rozumových schopností, projevující se nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a obtížnou adaptací na životní podmínky. Dále uvádí, že mentální retardace je vrozená a jedná se o trvalé postižení, které se může na základě etiologie do určité míry zlepšit.

FISCHER a ŠKODA (2008, str. 91 - 105) popisují charakteristické znaky mentálního postižení takto: ztížená adaptace, odlišnosti v myšlení, především jsou osoby s mentálním postižením v oblasti myšlení spíše pasivní a spoléhají na informace od jiných lidí. Dále jsou to odlišnosti v řeči, v učení, v oblasti emocí a motivace a nápadnosti v chování (např. nerozumí všeobecně platným hodnotám a normám, nedovedou ovládat své emoce, časté afektivní reakce, atd.).

Související pojmy

VALENTA (2012, str. 28 - 30) nás seznamuje s pojmy **mentální postižení** a **mentální retardace**. Tyto pojmy popisuje jako synonyma. Jedná se o různé pojmy označující stejnou věc. Pojmy dříve označující toto postižení, například debil, idiot, dement se staly nadávkami, a podobně je tomu i u základního označení mentální retardace (anglicky „mental retardation“), proto se v poslední době nahrazuje označením mentální postižení (anglicky „mental disability“).

Podle ČERNÉ (2008, str. 9 - 10) se osobami s mentálním postižením zabývá nauka zvaná **psychopedie**. Psychopedie se zabývá rozvojem, výchovou a vzděláváním osob s mentálním postižením. Psychopedie spadá do oblasti speciální pedagogiky.

1.1 Historický pohled na osoby s mentálním postižením

Pokud se na mentální postižení podíváme z historického hlediska, je patrné, že s postupem času se péče o osoby s mentálním postižením rozvíjela, zlepšovala a společnost začala vnímat postižené osoby jako jedince, kteří si naši péči zaslouží, potřebují ji a vidí, že tato péče má svůj smysl.

V dávných dobách se na osoby s mentálním ani jiným postižením nebral ohled, ostatní potřebovali přežít a člověk s postižením je jen brzdil a ohrožoval. V období **antiky** nebyla

společnost osobám s postižením příliš nakloněna, např. v Sumeru se osoby nemocné nebo postižené usmrcovali. V Egyptě věřili, že po smrti bude člověk svého postižení zbaven a proto se autoři domnívají, že v této době nedocházelo k tak silné diskriminaci osob s postižením jako dříve. Avšak v antickém Řecku bylo postižení velmi stigmatizující, postižení, kteří přežili, byli ze společnosti vyloučeni. I v antickém Římě se setkáváme s usmrcováním osob s postižením v důsledku humanistického ideálu. Jeden z prvních učenců, kteří se snažili změnit názor na postižení, byl Hippokrates, který říkal, že postižení není znamení démona či následek viny, ale jedná se o patologickou funkci těla. (ŠELNER, 2012, str. 8 - 29)

Ve **středověku** lidé vycházeli z biblické lásky k bližnímu, a to vedlo k zakládání klášterů a lazaretů, kdy se starali i o osoby s mentálním postižením. Avšak i přesto bylo postižení bráno jako trest Boží. Postižení osob se muselo vymítit pomocí exorcismu – mučením a upálením. Postižení, kteří unikli, byli zavíráni do vězení, které se nazývalo věže bláznů. Často byli postižení veřejně předváděni jako zvířata. Ke konci středověku začaly vznikat nemocnice, které byly určené pro osoby psychicky a mentálně postižené. (ŠELNER, 2012, str. 8 - 29)

V **období renesance** se objevuje první klasifikace poruch, rozlišují se poruchy rozumových schopností a poruchy duševní. Podle této klasifikace je mentální postižení nazýváno Imbecilitas mentis (duševní zblbnutí). V tomto období se setkáváme s myšlenkami J. A. Komenského. Komenský tvrdil, že všichni jsou vzdělavatelni, proto musíme bez ohledu na jejich omezení vzdělávat všechny. Ovšem zaměřoval se spíše na vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, tito žáci měli být motivováni, mělo se s nimi pracovat pomalu a individuálně. Žáci s těžkým a hlubokým stupněm mentálního postižení, jsou podle něj vzdělatelní, jen pokud nejsou vzpurní. (VALENTA a MÜLLER, 2006, str. 17 – 28)

Na **přelomu 19. a 20. století** se osobami s mentálním začali zabývat osobnosti jako Marie Montessori, Helena Parhustová, Peter Peterson, anebo Eduard Sequin. (VALENTA a MÜLLER, 2006, str. 17 - 28)

Velký posun na našem území v péči a vzdělávání osob s mentálním postižením nastal přijetím Všeobecného školního řádu v roce 1774, který uzákonil, že nenadaní žáci, by se také měli účastnit výuky. Sociální pomoc pro osoby s postižením byla uzákoněna v roce 1863 Zákonem o domovském právu. V roce 1905 byl vydán Řád školní o vyučování, který povolil zakládat zvláštní pomocné a podpůrné třídy. V roce 1929 byly Zákonem o pomocných školách

pomocné školy zařazeny do školského systému. Po **listopadu 1989** nastal velký rozmach vzniku občanských sdružení, která se zabývají zlepšením péče a uplatňování práv osob s postižením. Začaly se zakládat specializovaná centra pro osoby s mentálním postižením, podporované bydlení, chráněné dílny, a další zařízení péče pro osoby s mentálním postižením. Celkově se péče o osoby s mentálním postižením zkvalitňovala a rozrůstala. (VALENTA a MÜLLER, 2006, str. 17 - 28)

Před rokem 1989 byly osoby s mentálním postižením umisťovány do ústavů sociální péče, rodičům bylo doporučováno pořídit si další dítě a postižené dítě dát do kojeneckého ústavu. V **90. letech**, jak již je zmíněno výše, se začaly zakládat nové služby, např. stacionáře a chráněné dílny. Šlo především o možnost osob s mentálním postižením smysluplně naplňovat svůj čas a možnost rozvíjet své dovednosti a učit se novým. O něco později v 90. letech začaly některé organizace zakládat chráněná bydlení a nastal rozvoj podporovaného zaměstnání. (MATOUŠEK, 2005, str. 115 – 116)

1.2 Dospělá osoba s mentálním postižením

HARTL a HARTLOVÁ (2000, str. 120) definují dospělost jako: „*období vrcholu zrání určité funkce nebo souboru funkcí. Obvykle dělena na dospělost biologickou, emocionální, sociální a kognitivní.*“

ČERNÁ (2009) uvádí faktory, které přispívají k dosažení dospělosti (např. ukončení školní docházky, dosažení plnoletosti, uplatnění na trhu práce, odchod z domova, manželství, právo volit) avšak tyto faktory se u osob s mentálním postižením setkávají s velkým omezením.

FISCHER a ŠKODA (2008, str. 97 - 98) tvrdí, že osoby s lehkou formou mentálního postižení jsou schopny být v dospělosti samostatné, dovedou si najít a udržet práci a potřebují jen dohled nebo oporu. Lidé se středně těžkým stupněm postižení v dospělosti mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, které často opakují a mají je zafixované, většinou se jedná o práce, které nevyžadují dokonalou přesnost a vyžadují trvalý dohled.

Osoby s lehkým a středním stupněm postižení jsou často zaměstnávány na chráněných pracovních místech či v chráněných dílnách, ale mohou být zaměstnány i v rámci otevřeného trhu práce. Dospělé osoby s těžkou až hlubokou formou mentální retardace jsou zcela závislé na péči jiných osob a většinou jsou umístěny do ústavní péče.

Pro osoby s mentálním postižením je zaměstnání důležitou formou sebenaplnění stejně jako pro osoby bez postižení. Dále jim může poskytnout ekonomickou nezávislost. To, že je osoba s postižením zaměstnaná u ní evokuje pocity potřebnosti a všeobecně pozitivně ovlivňuje názor společnosti na osoby s postižením, umožňuje navazovat nové společenské kontakty, díky práci rozvíjí své schopnosti a dovednosti. A také je vytváření nových pracovních míst finančně méně nákladné než poskytovat osobě s postižením podporu v nezaměstnanosti a osoba přestává být plně závislá na sociálních dávkách. (ČERNÁ, 2008, str. 196 - 198)

VÁGNEROVÁ (2002, str. 151 - 158) dále popisuje charakteristické znaky dospělé osoby s mentálním postižením v oblasti **myšlení**, osoby s mentálním postižením jsou méně zvědavé, pasivnější, jsou schopni základního logického uvažování, jejich myšlení je stereotypní, rigidní. Dále se zabývá **řečí** osob s mentálním postižením, ta je zhoršená v obsahové i formální podobě, výslovnost je nepřesná. Pro osoby s mentálním postižením je problematické porozumět mluvenému slovu, je to jak v důsledku omezené slovní zásoby, tak v důsledku nepochopení významu. **Komunikace** osob s mentálním postižením se vyznačuje nižší mírou empatie, schematicností a krátkou dobou trvání. V oblasti **učení** se často vyskytují omezení, zejména kvůli špatné pozornosti a paměti. Také se zaměřuje na **sexualitu** osob s mentálním postižením, sexuální potřeba bývá ve většinou uspokojována autostimulací, ale jedinec většinou neví jak se svou sexualitou naložit a může se stát obětí zneužívání. V některých zařízeních je osobám s mentálním postižením umožněn partnerský vztah, ale vždy s patřičnou antikoncepcí a podporou. Osoby s mentálním postižením se v období rané dospělosti potýkají se **zvýšenou agresivitou**, většinou vyvolanou stresujícím působením sociálního prostředí.

1.3 Klasifikace mentálního postižení

ŠVARCOVÁ (2011, str. 13 - 16) má na osoby s mentálním postižením dvojí pohled. Na jedné straně jsou to osoby s lehkou mentální retardací, které v mnoha případech zvládnou

dokončit základní a třeba i praktické vzdělání, mohou se vyučit v nějakém učebním oboru, dovedou si najít zaměstnání a někteří zakládají rodinu. Avšak na straně druhé jsou osoby s těžkou nebo hlubokou formou mentálního postižení, které nejsou soběstačné, nedovedou se o sebe postarat ani při uspokojování základních životních potřeb a jsou zcela odkázáni na pomoc jiných osob. Každý jedinec s mentálním postižením je odlišný a také každý stupeň mentálního postižení má jiné specifika.

Přesto jsou lidé s mentálním postižením škatulkováni do jedné skupiny a to přináší mnoho problémů, jak v diagnostice, tak v uplatňování práv a uspokojování potřeb, ale také dochází k porušování Listiny základních práv a svobod člověka. Lidé s lehčí formou mentálního postižení zvládnou mnoho věcí sami, třeba s lehkou dopomocí a mělo by jim být proto umožněno využít své právo starat se o sebe samostatně.

Mentální postižení je ve většině případů klasifikováno do čtyř základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace, ale například Mezinárodní klasifikace nemocí k těmto čtyřem kategoriím přidává další dvě: jinou mentální retardaci a neurčenou mentální retardaci. (MKN – 10, 2008, str. 242-243)

ŠVARCOVÁ (2011, str. 36 - 41) doplňuje, že ve starší literatuře se můžeme setkat s kategorií mírná mentální retardace, která odpovídá inteligenčnímu kvocientu 69 – 85, s touto kategorií už se dnes v běžném označení nesetkáme.

MKN - 10 (2008, str. 242-243) využívá pro mentální retardaci označení F70 – F79. Dále používá členění, které označuje rozsah daného postižení:

- .0 – označuje žádnou nebo minimální poruchu chování,
- .1 – označení pro významnou poruchu chování,
- .8 – jiné poruchy chování,
- .9 – bez zmínky o poruchách chování.

Mentální postižení můžeme také klasifikovat podle doby vzniku postižení. Pojem oligofrenie (slabomyslnost) neboli primární mentální postižení využíváme, pokud k postižení došlo během vývoje v prenatálním, perinatálním či raně postnatálním období (do dvou let

života). Takto vzniklé postižení má většinou trvalý charakter, který se nemění, tento stav se ve většině případů nezlepšuje ani nezhoršuje. (VALENTA, 2012, str. 53 - 55)

Pojem demence neboli sekundární postižení se využívá, pokud byl mozek poškozen po narození, většinou po druhém roce života. Oproti oligofrenii má takto vzniklé postižení větší tendence ke změně, a to směrem k horšímu. (VALENTA, 2012, str. 53 - 55)

MKN - 10 (2008, str. 242-243) uvádí, že mentální postižení měříme standardizovanými testy inteligence, podle jejichž výsledků se pak určí stupeň postižení jedince. Tyto testy, ale mohou být nahrazeny škálami měřícími sociální adaptaci na prostředí. Tyto škály nejsou natolik přesné jako testy inteligence. Intelekt a sociální adaptace se mohou v průběhu života jedince měnit, proto by měla diagnóza stupně postižení vždy odpovídat aktuálnímu stavu.

Lehká mentální retardace (dále LMR)

Podle ŠVARCOVÉ (2011, str. 36 - 41) MKN přiřazuje LMR označení F70. LMR odpovídá inteligenční kvocient 50 – 69. Osoby s LMR tvoří asi 80 – 85 % všech osob s diagnostikovaným mentálním postižením. U tohoto stupně postižení většinou jedinci mají schopnost řeči na úrovni každodenního používání, dovedou udržovat konverzaci, ale vývoj jejich řeči je opožděný. Často jsou samostatní v péči o svou osobu (např. základní hygienické návyky, najíst se, základní samoobslužné činnosti). Mentální věk osob s LMR je přibližně na úrovni 10 – 11 let. Největší problémy jedinců s LMR se vyskytují při učení, špatně si osvojují teoretické poznatky, ale jsou schopni dokončit základní vzdělání většinou na speciálních základních školách. Osoby s LMR mívají přidružené choroby či postižení, např. autismus, poruchy chování a jiné vývojové poruchy. Do kategorie LMR řadíme: slabomyslnost, lehkou mentální abnormalitu a lehkou oligofrenii (dříve debilita).

FISCHER a ŠKODA (2008, str. 97 - 98) popisují, že se osoby s LMR chovají a jednají jako děti středního školního věku. Dovedou pochopit základní pravidla logiky, ale jejich schopnost abstraktního uvažování je téměř nulová. Také uvádí, že žáci s LMR jsou schopni absolvovat základní školu praktickou nebo speciální a v některých případech jsou integrováni do běžné základní školy.

Středně těžká mentální retardace (dále STMR)

ŠVARCOVÁ (2011, str. 36 - 41) uvádí, že MKN přiřazuje STMR označení F71 a inteligenční kvocient 35 – 49. Osoby se STMR zastupují asi 10% všech osob s diagnostikovaným mentálním postižením. Osoby se STMR mají opožděný vývoj řeči a je také narušeno její chápání. Jejich učení je obtížnější, ale jsou schopni naučit se trivium (psaní, čtení, počítání). Osoby se STMR svým myšlením odpovídají mentálnímu věku 4 – 8 let. Většina osob se STMR je mobilní a dovedou se o sebe postarat, ale již je potřeba větší dohled než u osob s LMR. Osoby se STMR mívají přidružené tělesné postižení, neurologické onemocnění a v některých případech i psychiatrické onemocnění. Do kategorie STMR řadíme: středně těžkou mentální abnormalitu a středně těžkou oligofrenii (dříve imbecilita).

FISCHER a ŠKODA (2008, str. 97 - 98) osoby se STMR vyzrálostí myšlení přirovnávají k předškolním dětem. Jejich učení je potřeba fixovat častým opakováním a je spíše mechanické, než aby chápali logický smysl dané věci. Žáci se STMR ve většině případů navštěvují speciální školy.

Těžká mentální retardace (dále TMR)

ŠVARCOVÁ (2011, str. 36 - 41) popisuje, že TMR má podle MKN označení F72 a odpovídá jí inteligenční kvocient 20 – 34. Osoby s TMR zaujímají asi 5% osob s diagnostikovaným mentálním postižením. Žáci s TMR si většinou nejsou schopni osvojit ani základy trivia, ale naučí se alespoň dovednostem, které jsou pro jejich další život důležité, např. v oblasti samostatnosti, péče o vlastní tělo, hygieny. Osoby s TMR mentálním věkem odpovídají 18. měsícům až 3,5 let. Často trpí poruchami motoriky a je u nich vysoký výskyt přidružených vad. Do kategorie TMR řadíme: těžkou mentální abnormalitu a těžkou oligofrenii.

FISCHER a ŠKODA (2008, str. 97 - 98) tvrdí, že u osob s TMR myšlení i v dospělosti odpovídá batolecímu věku, jsou proto schopni pochopit jen jednoduché vztahy a souvislosti. V mnoha případech osoby s TRM nemluví nebo se naučí pouze několik slov, které ale nedovedou správně používat. Učení osob s TRM se vztahuje spíše jen na zvládnutí základů sebeobsluhy a splnění několika pokynů. U mnoha osob se spolu s TMR vyskytuje další kombinované postižení (např. epilepsie, tělesné postižení, apod.). Osoby s TMR jsou závislé na péči jiné osoby.

Hluboká mentální retardace (dále HMR)

ŠVARCOVÁ (2011, str. 36 - 41) uvádí, že HMR je podle MKN označována F73, odpovídá jí inteligenční kvocient nižší než 20. Osoby s HMR tvoří asi 1% osob s diagnostikovaným mentálním postižením. Osoby s HMR ve většině případů nemluví, vydávají pouze různé zvuky a projevují se spíše neverbálně, také mají problémy s porozuměním řeči. Osoby s HMR mají časté přidružené tělesné postižení, jsou imobilní či velmi pohybově omezení. Jako další přidružené poruchy se vyskytují např. epilepsie, smyslové postižení, pervazivní vývojové poruchy. Osoby s HMR vyžadují neustálou pomoc a dohled. Do kategorie HMR řadíme: hlubokou mentální abnormalitu a hlubokou oligofrenii (dříve idiocie).

FISCHER a ŠKODA (2008, str. 97 - 98) uvádí, že u osob s HMR se většinou jedná o kombinované postižení. Jejich poznávací schopnosti jsou velmi omezené a většinou rozpoznávají jen známé a neznámé, a na tyto podněty reagují kladně nebo záporně.

Jiná mentální retardace

Podle ŠVARCOVÉ (2011, str. 36 - 41) MKN přiřazuje jiné mentální retardaci označení F78. Tento typ mentálního postižení se diagnostikuje, pokud je ztížené nebo nemožné určit běžný stupeň mentálního postižení z důvodu přidružených vad jedince, např. nevidomí, neslyšící nebo u těžce postižených osob.

Neurčená mentální retardace

ŠVARCOVÁ (2011, str. 36 - 41) vychází z MKN a označuje nespecifikovanou mentální retardaci F79. Toto označení se využívá, pokud o jedinci víme, že má mentální postižení, ale nemáme dostatek informací pro diagnostikování stupně postižení.

1.4 Etiologie mentální retardace

Mentální postižení může vzniknout z široké škály různých příčin. Nedá se určit jednoznačný důvod, proč mentální postižení vzniká. U každého jedince může být příčina vzniku jiná, proto se jednotná etiologie mentálního postižení špatně určuje. Každý autor uvádí jinou škálu příčin vzniku či příčiny vzniku rozděluje do více kategorií. Může se také stát, že mentální postižení nevznikne pouze kvůli jedné příčině, ale jedná se o součinnost více provázaných podnětů, které vedly ke vzniku mentálního postižení.

VALENTA (2012, str. 55 - 61) určuje několik kategorií příčin mentálního postižení. Faktory endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější), také hovoří o mentálním postižení vrozeném a získaném a podle časového období vzniku rozlišuje faktory prenatální (před porodem), perinatální (v průběhu porodu a krátce po něm), postnatální (během života).

Nejčastější příčiny mentálního postižení

FISCHER a ŠKODA (2008, str. 92 - 93) vidí jako nejčastější příčinu mentálního postižení poruchu CNS, která může vzniknout rozličnými způsoby. Mentální postižení popisují jako multifaktoriální, tzn., že se na poruše CNS podílí jak genetické dispozice, tak různé vnější vlivy, které poškozují mozek v počáteční fázi jeho vývoje. Příčiny vzniku můžeme rozdělit do čtyř skupin:

- dědičná mentální retardace (např. Downův syndrom, Turnerův syndrom),
- teratogenní vlivy v prenatálním stádiu vývoje (např. chemické látky, fyzikální vlivy),
- poškození při porodu (např. nedostatek kyslíku neboli asfyxie, mechanické poškození hlavičky, krvácení do mozku),
- postnatální poškození mozku do 18 měsíců věku dítěte.

VALENTA (2012, str. 55 - 61) popisuje různé vlivy vzniku mentálního postižení, které se dále rozdělují podle období vzniku na prenatální, perinatální a postnatální, a které mají vliv na vznik mentálního postižení. **Prenatální období** je podle něj nejvíce poznamenáno působením dědičných faktorů, jedná se především o geneticky podmíněné poruchy (např. fenylketonurie), specifické genetické poruchy (např. Downův syndrom), infekce matky (např. zarděnky, neštovice, toxoplazmóza, atd.) a další exogenní faktory (např. rentgenové záření, chemikálie, fetální alkoholový syndrom, anémie, nedonošené dítě, přenášené děti). Specifické genetické poruchy jsou podle něj způsobeny endogenními faktory (např. mutace genů, chemické vlivy, záření, genomové mutace). Do specifických genetických poruch patří: Angelmanův syndrom, Syndrom kočičího křiku, De Lange syndrom, Di-Georgův syndrom, Edwardův syndrom, Klinefelterův syndrom, Downův syndrom, Trizomie chromozomu X a další. **Perinatální období** je spojeno s poškozením CNS, jedná se o mechanické poškození mozku, nedostatek kyslíku, nedonošené děti, nízká porodní váha nebo novorozenecká žloutenka. **Postnatální období** je typické vznikem mentálního postižení z důvodu vnějších

vlivů narušujících organismus, např. úrazy postihující CNS, různé infekce a záněty mozku, nádorové onemocnění a také sociální vlivy tzv. sociální deprivace.

ŠVARCOVÁ (2011, str. 41 - 43) uvádí, jako nejčastější příčiny mentální retardace:

- *„Následky infekcí a intoxikací:*
 - *prenatální infekce (např. toxoplazmóza, zarděnky, cytomegalovirus, pásový opar, kongenitální syfilis);*
 - *postnatální infekce (např. zánět mozku);*
 - *intoxikace (např. toxemie matky, otrava olovem).*
- *Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:*
 - *mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie);*
 - *postnatální poranění mozku nebo hypoxie.*
- *Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipoidóza, hypotyreóza – kretenismus, fenylketonurie, glykogenózy a další).*
- *Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou).*
- *Nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další).*
- *Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom).*
- *Nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů).*
- *Vážné duševní poruchy.*
- *Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek).*
- *jiné a nespecifické etiologie.“*

Shrnutí

Definovali jsme mentální postižení, objasnili terminologii vztahující se k mentálnímu postižení, popsali charakteristické znaky mentální retardace, vývoj dospělé osoby s mentálním postižením. Dále jsme uvedli stručný historický pohled na osoby s mentálním postižením, vydefinovali klasifikaci mentálního postižení a rozčlenili příčiny vzniku mentální retardace.

Mentální postižení neboli mentální retardace se projevuje nedostatkem rozumových vlastností. Jedná se o postižení vrozené a trvalé. Mentální retardaci klasifikujeme do čtyř základních typů, a to: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace. Do klasifikace přiřazujeme ještě jinou a neurčenou mentální retardaci.

Příčiny mentálního postižení dělíme na exogenní a endogenní, a podle období vzniku na prenatální, perinatální a postnatální. Mezi nejčastější příčiny vzniku mentálního postižení patří různé poškození mozku, chromozomální aberace, infekce matky v těhotenství či krátce po porodu a dědičně získané mentální postižení.

Sociální služby slouží k tomu, aby lidem pomohly v těžkých životních situacích, při zhoršeném zdravotním stavu, či z důvodu věku nebo z důvodu postižení. Některé sociální služby jsou zaměřeny na více cílových skupin a některé jsou specializované pro osoby s mentálním postižením. A právě v těchto zařízeních je lidem s mentálním postižením poskytována komplexní, soustředěná a odborná pomoc právě v oblastech, které potřebují. Druhy sociálních služeb a jednotlivé sociální služby pro osoby s mentálním postižením jsou popsány v následující kapitole.

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PODLE ZÁKONA Č. 108/2006

Podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) je sociální služba činnost, která se snaží o sociální začlenění nebo prevenci sociálního vyloučení formou pomoci a podpory osob, které se nacházejí v nepříznivé životní situaci⁶ nebo mají dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav⁷.

HORECKÝ a TAJANOVSKÁ (2011, str. 16) definují sociální služby takto: „*Sociální služby lze definovat jako služby, které jsou vykonávány, garantovány a regulovány státem, resp. veřejnou správou, a které vedou k udržení či získání lidské soběstačnosti a důstojnosti, předcházejí sociální exkluzi a vedou k sociální integraci.*“

MATOUŠEK (2007, str. 9 - 15) sociální služby chápe jako služby poskytované v zájmu veřejnosti. Jsou financovány z veřejných rozpočtů a podléhají platné legislativě. Poskytují se lidem v nepříznivé sociální situaci, za účelem zabránit exkluzi či pomoci znovu se do společnosti začlenit. Sociální služby se zaměřují nejen na uživatele sociální služby, jako jednotlivce, ale také na rodinu, skupinu a komunitu.

MPSV (MPSV, ©2014) uvádí, že sociální služby jsou poskytovány obci a kraji, nestátními neziskovými organizacemi, fyzickými osobami a ministerstvem práce a sociálních věcí, které v současné době zřizuje pět ústavů sociální péče.

⁶ Zákon o sociálních službách §3 b) (ČESKO, 2006) definuje nepříznivou sociální situaci takto: „*oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.*“

⁷ HUTAŘ (2007, str. 6) definuje dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav jako: „*ten, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a současně omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti tak, že má vliv na schopnost pečovat o sebe a být soběstačným.*“

Zákon o sociálních službách (ČESKO, 2006) rozlišuje tři druhy sociálních služeb:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Sociální poradenství

Sociální poradenství podle Zákona o sociálních službách § 37 (ČESKO, 2006) zahrnuje základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje informace směřující k vyřešení sociální situace, poskytuje informace o možnostech výběru sociálních služeb, dále poskytuje informace o základních právech a povinnostech a o možnostech podpory dalších členů rodiny. Odborné sociální poradenství je poskytováno v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a na pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a půjčování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální péče

Služby sociální péče podle Zákona o sociálních službách § 38 (ČESKO, 2006): *„napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“*

Mezi služby sociální péče patří následující služby: osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, podporu samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. (MATOUŠEK, 2007, str. 43 - 45)

Služby sociální prevence

Definuje Zákon o sociálních službách § 53 (ČESKO, 2006) takto: „*napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.*“

Služby sociální prevence zahrnují ranou péči, telefonickou krizovou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní a intervenční centra, krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeut. komunity, terénní programy a sociální rehabilitaci. (MATOUŠEK, 2007, str. 43 - 45)

Základní poskytované činnosti v sociálních službách

Zákon o sociálních službách § 35 (ČESKO, 2006) stanovuje základní činnosti, které jsou v sociálních službách poskytovány:

- a) *„pomoc při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu,*
- b) *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) *poskytnutí ubytování, případně přenocování,*
- e) *pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- f) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- g) *sociální poradenství,*
- h) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- i) *sociálně terapeutické činnosti,*
- j) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
- k) *telefonická krizová pomoc,*

l) nácvik dovednosti pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,

m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.“

Úhrada nákladů za sociální služby

Podle Zákona o sociálních službách § 71 a 72 (ČESKO, 2006) jsou sociální služby hrazeny různým způsobem. Některé služby si uživatel hradí sám v plné míře, jiné z části a některé jsou mu poskytovány bez úhrady nákladů. Uživatel platí za služby částku sjednanou ve smlouvě o poskytnutí sociální služby. Pokud příjmy uživatele nejsou dostatečné k pokrytí nákladů služby, je přizvána rodina ke spoluúčasti na hrazení služby.

Následující služby jsou poskytovány bez úhrady nákladů: sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, intervenční centra, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terénní programy, noclehárny, služby v kontaktních centrech, služby v nízkoprahových denních centrech, služby v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním znevýhodněním. (Vyhláška č. 505/2006)

Podle Zákona o sociálních službách (MATOUŠEK, 2007, str. 43 - 45) také rozlišujeme tři formy poskytování sociálních služeb:

- služby pobytové,
- služby ambulantní,
- služby terénní.

2.1 Pobytové služby pro osoby s mentálním postižením

Zákon o sociálních službách § 33 (ČESKO, 2006) definuje pobytové služby, jako ty služby, ve kterých se poskytuje ubytování. Do pobytových služeb řadíme týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, azylové domy, domy na půl cesty, terapeutické komunity, služby následné péče, odlehčovací služby, krizová pomoc, intervenční centra a sociální rehabilitace. Níže jsou podrobněji popsány pobytové sociální služby pro osoby s mentálním postižením.

§ 47 Týdenní stacionáře

Podle Zákona o sociálních službách § 47 (ČESKO, 2006) se v týdenním stacionáři poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností kvůli věku nebo zdravotnímu postižení a také osobám s chronickým duševním onemocněním, protože jejich stav jim neumožňuje být bez pomoci jiné osoby.

V týdenním stacionáři jsou poskytovány tyto činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služby v týdenním stacionáři jsou hrazeny z přiznaného příspěvku na péči a to ve výši 75%. Za ubytování platí uživatel 210 Kč za den a za celodenní stravu 170 Kč nebo 75 Kč pouze za oběd. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 48 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) se v domovech poskytují pobytové služby osobám se zdravotním postižením, které potřebují pomoc jiné osoby. Pokud službu využívá nezaopatřené dítě⁸, jsou mu poskytnuty osobní potřeby (např. prádlo, obuv, apod.) a některé služby (např. holení, pedikúra, apod.) s ohledem k jeho potřebám. Domov může být využit i pro výkon ústavní výchovy nebo předběžného opatření. Zde se uplatňují ustanovení podle Zákona o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních.

Jsou zde poskytovány tyto činnosti: poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Poskytnutí péče a služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením se hradí

⁸ Podle Matouška (2003, str. 126) nezaopatřené dítě je „v právním řádu ČR dítě do doby skončení povinné školní docházky a také po jejím ukončení, ale nejdéle do 26 let, pokud se dítě připravuje na povolání nebo se kvůli nemoci či svému stavu na povolání připravovat nemůže. Do 18 let se na nezaopatřené dítě považuje i dítě, které není zaměstnané, je vedeno v evidenci úřadu práce a nemá nárok na podporu v nezaměstnanosti.“

z přiznaného příspěvku na péči a to ve výši 100%. Dále se hradí celodenní strava ve výši 170 Kč a ubytování ve výši 210 Kč za den. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 50 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem poskytují podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) pobytové služby osobám, které potřebují pomoc jiné osoby kvůli chronickému duševnímu onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám s jakýmkoli typem demence.

V domovech se poskytují tyto činnosti: poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služby a péče v domovech se hradí z přiznaného příspěvku na péči a to ve výši 100%. Dále se hradí celodenní strava ve výši 170 Kč a ubytování 210 Kč za den. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 51 Chráněné bydlení

Jedná se o pobytovou službu, která se podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) poskytuje osobám, které vyžadují pomoc z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění. Může se jednat o chráněné bydlení individuální nebo skupinové.

Chráněné bydlení poskytuje uživatelům služby byt nebo dům a v něm asistenci a pomoc při zvládnutí vlastní domácnosti. Rozsah služby se odvíjí od míry postižení uživatele, někdy mohou pomáhat pracovníci služby 24 hodin denně, v jiném případě pomáhají jen v určité době s určitými činnostmi. Pomáhají uživatelům především tím, že jim radí, jak dané věci dělat a oni je sami provádí a tím se to učí. (MATOUŠEK, 2005, str. 121 – 126)

V chráněném bydlení se poskytují tyto činnosti: poskytnutí nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Maximální výše úhrady může být 130 Kč za hodinu podle skutečného času poskytování služeb a péče. Dále se hradí celodenní strava ve výši 170 Kč a ubytování ve výši 210 Kč za den. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 52 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

V této službě se podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) poskytuje pobytová sociální služby osobám v lůžkových zařízeních zdravotnické péče, které již toto nepotřebují, ale z důvodu svého zdravotního stavu se o sebe samy nedovedou postarat a vyžadují pomoc jiné osoby, a proto nemohou být propuštěny. Jsou propuštěny, až pokud mají zajištěny poskytnutí jiné sociální služby.

V této službě se poskytují následující činnosti: poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služby jsou hrazeny z přiznaného příspěvku na péči a to ve výši 100%. Dále se hradí celodenní strava ve výši 170 Kč a ubytování ve výši 210 Kč za den. (HUTAŘ, 2007, str. 10 -14)

Pobytové, terénní a ambulantní:

§ 44 Odlehčovací služby

Odlehčovací služby podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) poskytují služby jak pobytové, tak terénní, tak i ambulantní služby osobám, které se o sebe sami nemohou postarat kvůli svému věku, chronickému onemocnění nebo zdravotnímu postižení. Běžně je o takto postižené či nemocné osoby postaráno doma, ale osoby, které o ně pečují, si potřebují odpočinout nebo potřebují vyřídit neodkladné záležitosti, a proto využívají odlehčovací službu. Odlehčovací služba na čas převezme jejich péči o danou osobu.

Odlehčovací služby poskytují tyto činnosti: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, poskytnutí nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Maximální možná výše úhrady je 130 Kč za hodinu podle skutečného času poskytování péče a služeb. Dále se hradí 170 Kč za stravu a 210 Kč za den za poskytnutí ubytování.(HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 70 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) poskytuje terénní, ambulantní a pobytové služby, osobám, které se snaží o samostatnost, nezávislost a soběstačnost. A to pomocí nácviků situací a úkonu typických pro běžný život, takovou formou, kterou jim jejich stav dovoluje.

Služba sociální rehabilitace poskytuje tyto činnosti: nácvik dovedností zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnost, zprostředkování společenského kontaktu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Pokud se jedná o pobytovou službu, tak dále poskytují ubytování a stravu a pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu. Maximální možná výše úhrady je 130 Kč za hodinu podle skutečného času poskytování péče a služeb. Uživatel dále hradí celodenní stravu ve výši 170 Kč nebo 75 Kč pouze za oběd a za ubytování platí 210 Kč za den. (HUTAŘ, 2007, str. 14 – 18)

2.2 Ambulantní služby pro osoby s mentálním postižením

Podle Zákona o sociálních službách §33 (ČESKO, 2006) jsou ambulantní služby poskytovány formou doprovodu, dovozu nebo docházení do zařízení sociálních služeb, ale ubytování není poskytováno. Mezi ambulantní služby patří centra denních služeb, denní stacionáře, kontaktní centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, služby následné péče, odlehčovací služby, krizová pomoc, intervenční centra, sociální rehabilitace. Dále jsou popsány ambulantní služby, které mohou využívat osoby s mentálním postižením.

§ 45 Centra denních služeb

V těchto centrech podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) poskytují ambulantní služby osobám, které potřebují pomoc kvůli věku, chronickému onemocnění nebo zdravotnímu postižení.

Centra denních služeb pomáhají svým uživatelům rozvíjet sociální a pracovní dovednosti, tak aby měli možnost získat nebo si udržet zaměstnání. Může se jednat uživatele, kteří kvůli svému postižení nemohou být v zaměstnání bez cizí pomoci, ale chtějí si toto zaměstnání udržet. (KOZLOVÁ, 2005, str. 26 – 32)

Centra denních služeb poskytují tyto činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací nebo aktivizační činnosti, zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Maximální možná úhrada za poskytnutí služeb je 130 Kč za hodinu podle skutečného času poskytování péče a služeb. Dále se hradí strava ve výši 170 Kč za celý den či 75 Kč pouze za oběd. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 46 Denní stacionáře

Denní stacionáře poskytují podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) ambulantní služby osobám, které potřebují pomoc kvůli věku, chronickému duševnímu onemocnění nebo zdravotnímu postižení.

Služba poskytuje tyto činnosti: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Maximální možná úhrada je 130 Kč za hodinu podle skutečného času poskytování péče a služeb. Zvláště je hrazena celodenní strava a to částkou 170 Kč za den nebo 75 Kč pouze za oběd. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 66 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Tyto služby poskytují podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) ambulantní někdy terénní služby osobám, které jsou ohroženy sociálním vyloučením z důvodu věku nebo jejich zdravotního postižení.

Služba poskytuje následující činnosti: zprostředkování společenského kontaktu, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je poskytována bez úhrady. (HUTAŘ, 2007, str. 14 – 18)

§ 67 Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) ambulantní služby pro osoby se zdravotním postižením, které kvůli svému postižení nemohou být zařazeny na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jedná se o procvičování a podporu pracovních dovedností pomocí pracovní terapie.

Dílny poskytují tyto činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, nácvik dovedností samostatnosti, soběstačnosti a podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností. Uživatel si hradí celodenní stravu ve výši 170 Kč nebo 75 Kč pouze za oběd. (HUTAŘ, 2007, str. 14 – 18)

Terénní a ambulantní:

§ 40 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) terénní nebo ambulantní služba, které je určena pro osoby které potřebují pomoc kvůli jejich věku nebo chronickému onemocnění a pro rodiny s dětmi, které potřebují další pomoc. Služba je poskytována v jejich domácnostech nebo v zařízení ve smlouvou vymezeném čase.

Pečovatelská služba poskytuje následující činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při chodu domácnosti a zprostředkování společenského kontaktu. Úhrada za službu může být maximálně 130 Kč za hodinu, podle skutečně využitého času poskytování péče a služeb. A zvláště se hradí strava – 170 Kč za celodenní stravu, 75 Kč za oběd, 30 Kč za dovoz jídla, 115 Kč za objemný nákup a 70 Kč za praní a žehlení. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

Jedná se o nejčastější neústavní službu, které je osobám s postižením a seniorům poskytována v jejich vlastních domácnostech. Většinou se jedná o činnosti jako je pomoc při koupání, při oblékání, základní ošetřovatelské činnosti, nákup, pomoc s udržováním domácnosti, doprovod, praní, úklid domácnosti a další podobné úkony. Zřizovatelem pečovatelských služeb jsou obce a kraje (MATOUŠEK, 2007, str. 96 – 99).

§ 42 Průvodcovské a předčitatelské služby

Tyto služby jsou podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) poskytovány jako terénní nebo ambulantní osobám, které potřebují pomoc s orientací nebo komunikací při vyřizování osobních záležitostí. Většinou jsou poskytovány v rámci jiných služeb.

Služba poskytuje tyto činnosti: zprostředkování společenského kontaktu a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Maximální úhrada může být 130 Kč za hodinu podle skutečného času poskytování služeb a péče. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 54 Raná péče

Raná péče je podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) terénní služba někdy i ambulantní, která je poskytována dítěti a jeho rodičům do 7 let věku dítěte, které trpí zdravotním postižením, nebo je u něj riziko zhoršení zdravotního stavu. Služba podporuje rodinu a vývoj dítěte a bere v potaz jeho zdravotní postižení.

Společnost pro ranou péči jako hlavní cíl rané péče chápe jako prevenci vzniku druhotného postižení, které by mohlo vzniknout špatným vývojem funkcí postiženého orgánu nebo izolací dítěte od běžného společenského prostředí. Raná péče se snaží o posilování rodiny, je poskytována v přirozeném prostředí dítěte a poskytuje rodičům potřebné informace ohledně postižení jejich dítěte a o možnostech další pomoci. (SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI © 2009)

Raná péče poskytuje tyto činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování společenského kontaktu a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je poskytována bez úhrady. (HUTAŘ, 2007, str. 14 – 18)

2.3 Terénní služby pro osoby s mentálním postižením

Podle Zákona o sociálních službách § 33 (ČESKO, 2006) jsou terénní služby osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Mezi terénní služby se řadí osobní asistence, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terénní programy, pečovatelská služba, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, krizová pomoc, intervenční centra a sociální rehabilitace. Dále jsou uvedeny terénní služby, které mohou využít osoby s mentálním postižením.

§ 39 Osobní asistence

Osobní asistence je podle § 39 Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) poskytována jako terénní služba osobám, které potřebují pomoc kvůli svému věku, chronickému onemocnění nebo zdravotnímu postižení. Služba je časově omezená a je poskytována v přirozeném sociálním prostředí osoby.

Osobní asistence poskytuje následující činnosti: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc se zvládnáním domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování společenského kontaktu, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je placená, a úhrada může být maximálně 130 Kč za hodinu, vypočítává se ze skutečného času poskytování péče a pomoci. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

Tato služba pomáhá osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci způsobené svým zdravotním postižením. Díky pomoci osobního asistenta může osoba vykonávat věci a činnosti, které sama kvůli svému postižení nezvládne. S pomocí osobního asistenta dochází ke kompenzaci činností omezujících život osoby a uspokojování osobních potřeb, pomoc ve vzdělávání a v zaměstnání (KOZLOVÁ, 2005, str. 26 – 32).

§ 41 Tísňová péče

Tísňová péče je podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) poskytována jako terénní služba. Jedná se o vzdálenou hlasovou a elektronickou komunikaci pro osoby, které jsou v ohrožení zdraví nebo života při zhoršení zdravotního stavu nebo jejich schopností.

Tísňová péče poskytuje tyto činnosti: poskytnutí pomoci při krizové situaci, sociální poradenství, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování společenského kontaktu a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Službu hradí uživatel, jedná se o uhrazení nákladů na provoz komunikačních prostředků. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 43 Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení je podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) terénní služba pro osoby, které potřebují pomoc kvůli zdravotnímu postižení nebo chronickému onemocnění či duševnímu onemocnění.

Uživatel služby má svůj vlastní byt a pracovník mu chodí vypomáhat s činnostmi, které kvůli svému postižení sám nezvládá. (MATOUŠEK, 2005, str. 121 – 126)

Služba poskytuje tyto činnosti: pomoc se zvládáním domácnosti, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování společenského kontaktu a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Maximální možná úhrada je 130 Kč za hodinu podle skutečného poskytování služeb a péče. (HUTAŘ, 2007, str. 10 – 14)

§ 55 Telefonická krizová pomoc

Jedná se o terénní službu poskytovanou podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) osobám, jejichž zdraví je ohroženo nebo jsou v obtížné životní situaci a tuto situaci nejsou schopni v dané situaci sami vyřešit.

Služba poskytuje tyto činnosti: telefonickou krizovou pomoc a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba je poskytována bez úhrady. (HUTAŘ, 2007, str. 14 – 18)

§ 56 Tlumočnické služby

Tlumočnické služby jsou podle Zákona o sociálních službách (ČESKO, 2006) poskytovány jako terénní služba pro osoby s narušenou komunikací, především se smyslovým postižením.

Tlumočnické služby poskytují tyto činnosti: zprostředkování společenského kontaktu a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Služba se poskytuje bez úhrady. (HUTAŘ, 2007, str. 14 – 18)

Shrnutí

Sociální služby jejich druh, forma a soubor činností, které jsou v nich poskytovány, vycházejí ze Zákona o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášky č. 505. Sociální služba je činnost, která se snaží o sociální začlenění nebo prevenci sociálního vyloučení formou pomoci a podpory osob, které se nacházejí v nepříznivé životní situaci nebo mají dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav.

Rozlišili jsme tři základní druhy sociální služby, a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Podle formy poskytování jsme charakterizovali služby terénní, ambulantní a pobytové.

Služby specializované pro osoby s mentálním postižením jsou: centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, průvodcovské a předčitatelské služby, sociálně aktivizační služby, sociálně terapeutické dílny, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, sociální rehabilitace, raná péče, tlumočnické služby. V České republice se setkáváme i s poradenskými centry pro zdravotně postižené.

Aby byly sociální služby poskytovány kvalitně a péče byla poskytována uživatelům podle jejich individuálních schopností, dovedností, potřeb a přání využívá se v sociálních službách individuální plánování, které je zahrnuto ve Standardech kvality sociálních služeb, které jsou podle Zákona o sociálních službách pro všechny poskytovatele sociálních služeb povinné. O individuálním plánování pojednává následující kapitola.

3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

Kapitola vysvětluje, co je to individuální plánování, kdo je a čím se zabývá klíčový pracovník, jaký je proces individuálního plánování a jaká jsou specifika a úskalí při individuálním plánování pro osoby s mentálním postižením.

HAICL a HAICLOVÁ (2011a, str. 23- 34) definují individuální plánování, jako: *„plánování služby, jako proces, kontakt, dialog, ve kterém se potkává uživatel služby a klíčový pracovník jako zástupce poskytovatele, totiž v sobě zúročuje veškerou kulturu, hodnoty a kvalitu postupů organizace a pracovního týmu.“*

Individuální plánování vychází ze zákona č. 108/2006 o sociálních službách, Sb. ve znění pozdějších předpisů, kde je stanovena podle § 88 písmena f): *„plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců,“* pro poskytovatele povinnost dodržovat standardy kvality sociálních služeb, které jsou sepsány v příloze vyhlášky 505/2006 Sb. v platném znění, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. (BEDNÁŘ, 2011, str. 5 – 7)

Individuální plánování je ve standardech kvality sociálních služeb⁹ sepsáno ve standardu č. 5: Individuální plánování průběhu sociální služby, který patří mezi procedurální standardy. Tento standard je tvořen pěti kritérii. (Vyhláška č. 505/2006)

ČAMSKÝ (2011, str. 38 – 39) vidí individuální plánování jako nástroj poskytování sociálních služeb. Jeho hlavním úkolem je, aby byla služba poskytována v nejlepším zájmu uživatele, mělo by být upraveno jeho potřebám, přáním a osobním cílům. Individuální plánování by se mělo provádět společně s uživatelem a mělo by být v průběhu kontrolováno. Pracovníci na pozici klíčových pracovníků by měli být pečlivě připraveni a proškoleni.

⁹ JOHNOVÁ (2003, str. 23) definuje Standardy kvality sociálních služeb jako: *„soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována nezbytná úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personální, procedurální a provozní.“*

Individuální plány (dále IP) jsou vytvářeny pro každého uživatele individuálně a jsou nastaveny, tak aby uživateli vyhovovaly, vyvolávaly v něm pocit klidu a bezpečí a ne nejistoty a strachu.

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;
c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány jeho osobní cíle;
d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;
e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;

Tabulka č. 1 – Kritéria individuálního plánování (Vyhláška č. 505/2006)

Kritérium a) stanovuje pro poskytovatele povinnost mít písemně zpracovanou metodiku procesu individuálního plánování průběhu sociální služby. Metodika musí být přizpůsobena druhu a poslání sociální služby a z toho vyplývající cílové skupině.

Podle kritérií b) a c) je jasné, že individuální plánování probíhá společně s uživatelem sociální služby. Uživatel se aktivně podílí, jak na plánování, tak následně na naplňování plánů a také na hodnocení naplňování cílů.

Z kritéria d) vyplývá, že pro každého uživatele musí poskytovatel určit pracovníka, který se s ním podílí na plánování a hodnocení průběhu poskytování sociální služby, tedy klíčového pracovníka.

Poslední kritérium e) poskytovateli ukládá za povinnost vytvořit systém předávání informací mezi jednotlivými zaměstnanci o průběhu poskytování služby. Takto se zajistí, aby informace o průběhu měli všichni pracovníci, a nejen klíčoví pracovníci o svých uživateli.

JOHNOVÁ (2003, str. 10) uvádí důvody smysluplnosti tohoto standardu: „Standard vychází z principu, že sociální služby musí být individuálně přizpůsobeny potřebám jednotlivých uživatelů, a že uživatel musí mít možnost ovlivňovat jejich průběh a měnit osobní cíle, kterých chtějí prostřednictvím služeb dosáhnout. Zařízení se musí zajímat o osobní přání, zájmy a cíle uživatelů služeb, aby bylo schopno poskytovat služby cíleně a efektivně s využitím potenciálu jednotlivých uživatelů. Postup, na kterém se zařízení s uživatelem dohodne, musí být v závislosti na charakteru a rozsahu služby zachycen v dokumentu.“

„Proces individuálního plánování byl popsán jako cyklus poskytování péče, v jehož středu se nachází osoba, která služby přijímá, a poskytovatelé služeb se nachází okolo ní. Všichni účastníci tohoto procesu společně a na základě meziorganizační spolupráce jednají tak, aby vždy plnili potřeby dané osoby. Tento proces spojuje spoustu různých poskytovatelů služeb k zajištění toho, aby byly poskytnuty co možná nejkvalitnější služby. Individuální plánování k dosažení této kvality poskytuje jednoduchý meziorganizační mechanismus. Tento proces by neměl být exkluzivní a mělo by být možné ho použít bez ohledu na individuální styl komunikace. Spoustu principů týkajících se péče a služeb spojuje podstata zúčastnění individuálního plánování. Tyto principy jsou: protidiskriminační a protiopresivní praktiky, právo, posílení, účast a volba.“¹⁰ (THOMAS a WOODS, 2003, str. 157 – 158, autorsky přeloženo)

¹⁰ „The process of person centred planning has been described as providing a circle of care, with the person being supported as central and the supporters and facilitators surrounding the individual. All people involved work together in a joint, multi-agency approach to meet the needs of the person. This process draws together a diversity of service providers to ensure that the best possible care package is provided. Person-centred planning provides a single, multi-agency mechanism for achieving this. The process should not be exclusive and should be able to be used whatever the individual's communication style. It is the importance of the participatory nature of person centred planning that draws together so many principles associated with care and support: anti-discriminatory and anti-oppressive practise, advocacy, empowerment, participation and choice.“ (THOMAS a WOODS, 2003, str. 157 – 158)

Osobní cíl

JOHNOVÁ (2003, str. 23) definuje osobní cíl takto: „*Osobní cíle jsou to, čeho chce uživatel služby dosáhnout prostřednictvím poskytované sociální služby. Zahrnují zejména přání a potřeby uživatele.*“

BEDNÁŘ (2011, str. 34 - 35) stanovil kritéria, které by měl splňovat osobní cíl: „*Musí být významný; musí být dosažitelný v reálné době (rozdělení jednoho velkého na řadu malých); musí být konkrétní, zaměřený a týkat se chování; musí se týkat výskytu, nikoli nepřítomnosti něčeho; musí pojmenovat začátek, nikoli jen konec něčeho; musí být realistický; dosažení cíle musí stát úsilí.*“

Naplnování osobních cílů se projevuje a ovlivňuje různé standardy. Například standard č. 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, standard č. 3: Jednání se zájemcem o sociální službu, standard č. 4: Smlouva o poskytování sociální služby, standard č. 6: Dokumentace o poskytování sociální služby, standard č. 8: Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje, standard č. 9: personální a organizační zajištění sociální služby, standard č. 10: profesní rozvoj zaměstnanců, standard č. 15: Zvyšování kvality sociální služby a především standard č. 5: Individuální plánování průběhu sociální služby, který je stěžejní pro tuto práci. (BEDNÁŘ, 2011, str. 34 – 35)

3.1 Klíčový pracovník

JOHNOVÁ (2008, str. 85 – 86) uvádí, že by si každá organizace pro každého uživatele měla určit pracovníka, který je zodpovědný za plánování a průběh poskytování služby. Zajímá se o jeho potřeby, hodnoty a cíle. Takového pracovníka označuje termínem klíčový pracovník.

Termín klíčový pracovník není uveden ani v zákoně o sociálních službách č. 108/2006Sb. ani v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb., není uveden ani v katalogu prací, ale v sociálních službách se jedná o velmi používané slovní spojení.

VÍTOVÁ (2011, str. 115) definuje klíčového pracovníka takto: „*Klíčovým pracovníkem je nazýván zaměstnanec poskytovatele, který je na základě zákona o sociálních službách určen každému jednomu uživateli pro individuální plánování průběhu sociální služby a pro hodnocení naplnování osobních cílů. Je to tedy zaměstnanec poskytovatele, který má určité kompetence, zastává většinou souběh rolí, nese zodpovědnost za plánování a průběh služby.*“

Pro uživatele služby je klíčový pracovník často nejenom partnerem pro naplňování a průběh služby, ale také důvěrníkem.“

Podle JOHNOVÉ (2003, str. 23) je úkolem klíčového pracovníka plánovat konkrétní služby konkrétnímu uživateli sociální služby. Klást důraz na jeho přání a potřeby, tak aby poskytované služby vedly k jeho spokojenosti a také by měl obhajovat zájmy uživatele.

Klíčovým pracovníkem se může stát osoba, která splňuje podmínky vzdělání, má dovednosti a kompetence potřebné pro tuto profesi. Aby se mohl stát klíčovým pracovníkem, musí být s uživatelem, pro kterého vytváří IP natolik v kontaktu, aby věděl, jaké má uživatel schopnosti, dovednosti a omezení, které jsou pro stanovování IP důležité. (BEDNÁŘ, 2011, str. 36 – 37)

Podle VÍTOVÉ (2011, str. 115 - 124) klíčový pracovník vystupuje jako poradce (konzultant řešení), zprostředkovatel informací, pomocník při vyhledávání potřeb a osobních cílů uživatelů, terapeut, obhájce a jako realizační pracovník.

Kompetence klíčového pracovníka

Podle VÍTOVÉ (2011, str. 115 - 124) tvoří kompetence klíčového pracovníka jeho znalosti, schopnosti, dovednosti a postoje. Tyto kompetence si vytváří a prohlubuje během svého vzdělávání a výcviku a svou následnou praxí v sociálních službách, dalším vzděláváním a pomocí dlouhodobé supervize. Pro klíčového pracovníka není důležité, jaké je jeho vzdělání, ale je důležité, aby absolvoval speciální vzdělávací kurzy pro klíčové pracovníky.

VÍTOVÁ (2011, str. 117) popisuje znalosti, které by měl mít dobrý klíčový pracovník. Měl by znát: *„ poslání poskytovatele, hranice služby (co má být poskytováno a co již není obsahem služby), cíle služby, principy plánování služby, lidské potřeby, způsoby zjišťování potřeb a osobních cílů, metody, postupy a proces plánování služby, cílovou skupinu a její specifika, práva uživatelů, povinnosti poskytovatele, rozdíl mezi podporou a péčí, filozofii kvality sociálních služeb.“*

Schopnosti a dovednosti, které by měl mít každý klíčový pracovník (VÍTOVÁ, 2011, str. 117 – 118) stanovila autorka takto: *„ vést nedirektivní rozhovor, naslouchat, přizpůsobit komunikaci, vnímat uživatele, porozumět situaci uživatele, identifikovat potřeby uživatele, podporovat uživatele při formulování potřeb a osobních cílů, reagovat přiměřenou podporou,*

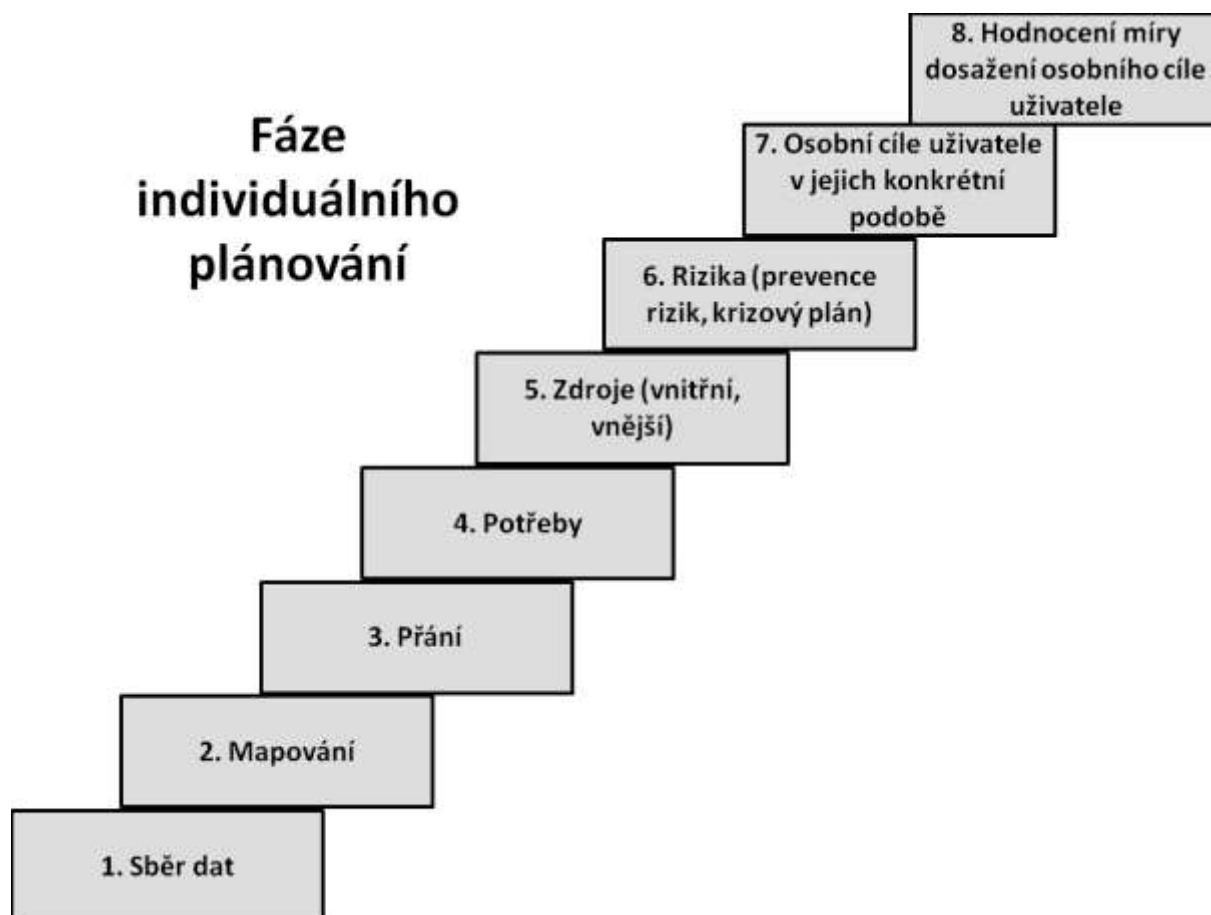
být empatický, týmově spolupracovat, respektovat hranice, zvládat rizikové situace, zapisovat, organizovat, sebereflektovat, odmítat neoprávněné požadavky, unést nepříznivou situaci uživatele a unést konfrontaci s představou o dokonalosti.“

Podle JOHNOVÉ (2008, str. 85 – 86) plní klíčový pracovník několik rolí, a to poradce, terapeut nebo obhájce. Uvádí, že nejčastější je kombinace těchto rolí.

3.2 Proces individuálního plánování

Na proces individuálního plánování se podíváme dvěma pohledy. První uvádí Merhautová a Mrazíková a se druhým se setkáváme u Bednáře a Johnové.

MERHAUTOVÁ a MRÁZÍKOVÁ (2011, str. 136 - 147) sestavily proces individuálního plánování do následujících fází:



Obrázek č. 1 – Fáze individuálního plánování (autor: Pitnerová)

Sběr dat

Pro co nejlepší pochopení situace a potřeb uživatele o něm musíme mít, co největší množství informací. Jedná se o rodinnou a osobní anamnézu, jeho minulost, zvyky, rituály, koníčky, vztahy, životní události a informace o pobytu v zařízení. Tyto informace klíčový pracovník shromažďuje od uživatele, sociální pracovnice, z dokumentace uživatele, od rodiny a dalších blízkých osob či od ostatních pracovníků organizace. Pracovník je povinen zachovávat mlčenlivost. (MERHAUTOVÁ a MRAZÍKOVÁ, 2011, str. 135 – 145)

Mapování

Tato fáze probíhá neustále, jedná se o probírání zjištěných informací, pozorování. Je to základ pro formulaci přání, potřeb, zdrojů a rizik uživatele, z toho pak společně s uživatelem vytváří IP. Nejde o hodnocení, ale „zmapování“ situace uživatele. Pracovník musí být zblhlý v písemném projevu a zařízení musí mít dobře sestavenou metodiku předávání informací pracovního týmu o uživateli. Tato fáze je velmi důležitá u nekomunikujících uživatelů. (MERHAUTOVÁ a MRAZÍKOVÁ, 2011, str. 135 – 145)

Přání

Jedná se o vyslovené touhy uživatele, co by chtěl, co si přeje, co musí mít. Může se stát, že přání uživatele je nereálné (například imobilní uživatel si přeje chodit), pracovník i s takovýmto přáním musí umět pracovat, zkoumat jaká potřeba se v tomto přání ukrývá, protože za každým přáním se skrývá potřeba. Pracovník by měl umět rozlišit přání a potřebu uživatele. Pokud uživatel nemá žádné přání, neřekne žádné, neznamená to, že nemá žádné potřeby. Ale je neetické u nekomunikujících uživatelů nereálné nutit uživatele přání vyslovit. (MERHAUTOVÁ a MRAZÍKOVÁ, 2011, str. 135 – 145)

Potřeby

Klíčový pracovník zjišťuje potřeby uživatele na základě jeho přání, ale také ze zjištěných informací a ze svého mapování. Zaměřují se na potřeby biologické (strava, hygiena, spánek, pohyb, atd.), psychologické (potřeba jistoty a bezpečí, uznání, seberealizace, péče a pomoc, atd.), sociální (potřeba lásky, možnost komunikace, kontakt se společenským prostředím, atd.) a spirituální (duchovní hodnoty). (MERHAUTOVÁ a MRAZÍKOVÁ, 2011, str. 135 – 145)

Zdroje

Klíčový pracovník se zaměřuje na hledání zdrojů, které uživatel má. Tyto zdroje může využít pro naplňování přání, potřeb a stanovených cílů, jsou pro něj motivující. Rozlišujeme vnitřní a vnější zdroje. **Vnitřní** zdroje, jsou ty, které vycházejí z uživatele, jeho motivy (například vztah k rodině, hudba, četba). **Vnější** zdroje se vyskytují v okolí uživatele (například rodina, příroda, aktivity a činnosti zařízení, vybavení zařízení). (MERHAUTOVÁ a MRAZÍKOVÁ, 2011, str. 135 – 145)

Rizika

Riziko, je to co uživateli znemožňuje dosáhnout naplnění potřeb. I když má uživatel nějaký hendikep, jejich potřeby tím nesmí být trpět, pracovníci se zaměřují na možná rizika způsobená jejich postižením. Klíčoví pracovníci pracují s přiměřeným rizikem, rizikem může být nemoc, zhoršení zdravotního stavu uživatele, postupný útlum jeho schopností a dovedností. Pracovníci si předem možná rizika vydefinují. Snaží se o prevenci rizik, pokud je riziko vysoké sestavuje pracovník krizový plán. Vydefinováním rizik chrání pracovník, jak uživatele, tak sám sebe, ale zaručuje to i jednotný postup ostatním pracovníkům, pokud riziková situace nastane. (MERHAUTOVÁ a MRAZÍKOVÁ, 2011, str. 135 – 145)

Osobní cíle uživatele v jejich konkrétní podobě (dojednaná podpora)

Osobní cíle uživatel jsou definovány na základě předcházejících kroků, pomocí vydefinování přání, potřeb, zdrojů a rizik. Pracuje na nich klíčový pracovník společně s uživatelem. Cíl následně realizují pomocí různých aktivit a činností. Kroky vedoucí k naplnění cíle musí být konkrétní, přiměřené, dosažitelné a měřitelné. Pro splnění každého kroku vedoucího k cíli je stanovena osoba, která na něm bude s uživatelem pracovat, je stanoveno, kdy na tom budou pracovat a jak na tom budou pracovat, ale koordinátorem plánování je vždy klíčový pracovník uživatele. Důležitá je týmová práce a dobře nastavená metodika předávání informací o naplňování plánu mezi pracovníky. (MERHAUTOVÁ a MRAZÍKOVÁ, 2011, str. 135 – 145)

Hodnocení míry naplňování osobních cílů uživatele v jejich konkrétní podobě

Když se hodnotí naplňování IP, nehodnotí se uživatel jako takový. Jde o zhodnocení toho, jak uživatel ve spolupráci s klíčovým pracovníkem pokročil, jak jsou jednotlivé body plněny. Při hodnocení se znovu zabývají tím, zda byl plán dobře sestaven, jestli naplňuje potřeby uživatele, jestli je realizován, v jaké míře a jak úspěšně. (MERHAUTOVÁ a MRAZÍKOVÁ, 2011, str. 135 – 145)



Obrázek č. 2 – Cyklus plánování (BEDNÁŘ, 2011, str. 38)

BEDNÁŘ (2011, str. 38) popisuje cyklus individuálního plánování následovně: „Individuální plánování v sociálních službách je proces skládající se ze stejných částí jako plánování čehokoli jiného: zkoumání situace, tvorba plánu, realizace plánu a jeho vyhodnocení. Tento proces se může neustále opakovat, dokud nejsou naplněny všechny cíle (což by mělo vést k ukončení poskytování podpory).“

JOHNOVÁ (2008, str. 87 – 91) popisuje 1. fázi cyklu plánování následovně: uživatel, ale i ostatní lidé, kteří se budou zabývat individuálním plánováním, musí chápat situaci, ve které se uživatel nachází. Uživatel musí chápat smysl pomoci pracovníka, jaká je jeho role,

jeho kompetence, co od něj očekává. V této fázi je důležité, aby uživatel a klíčový pracovník mezi sebou navázali vztah založený na důvěře. Pracovník sbírá informace o uživateli, ale záleží na jeho přístupu, zda naslouchá uživatelským přáním a potřebám, což je v této fázi nejdůležitější. Pracovník může v této fázi využívat rozhovory, pozorování, analýzu dokumentů, atd. hloubka zjišťování informací je různá, záleží na typu sociální služby a ochoty uživatele sdělovat informace.

Ve 2. fázi se již na základě informací, které pracovník získal, společně vyberou cíle, na nichž budou dále pracovat, a formulují cíl spolupráce neboli osobní cíl uživatele. Po stanovení osobních cílů začnou plánovat postup, jak budou cíle naplňovat. Stanoví si kritéria podle, kterých poznají, že je cíl splněn, prozkoumají možné zdroje, které mohou vést k naplnění, vyberou metodu práce. Měli by sepsat možné rizikové situace, které by mohli nastat a postup, jak budou pracovat, pokud tyto situace nastanou. Také se v této fázi určují termíny plnění dílčích kroků a osoby odpovědné za naplňování dílčích úkolů. (JOHNOVÁ, 2008, str. 87 – 91)

Ve 3. fázi probíhá realizace naplánovaných dílčích cílů. Uživatel s pomocí pracovníků by měl využívat vlastní sil k naplnění svého osobního cíle. Všechny činnosti vedoucí k naplnění cíle se zaznamenávají a následně slouží k vyhodnocení plánu. (JOHNOVÁ, 2008, str. 87 – 91)

4. fáze a závěrečná fáze je zhodnocení neboli revidování naplnění osobního cíle stanoveného v IP, srovnání plánu se skutečností. Pokud zhodnocení ukáže, že dílčích úkolů bylo dosaženo, plán je považován za splněný, a uživatel nepotřebuje další podporu. U osob s mentálním postižením se nadále pracuje a sestavuje se nový plán. Pokud cíle dosaženo nebylo, či potřebuje uživatel další pomoc, je zhodnocení plánu použito pro nový postup plánování, a začíná se od začátku. (JOHNOVÁ, 2008, str. 87 – 91)

„Všichni lidé, kteří jsou pro jedince důležití, by se měli podílet na psaní plánovací knihy. Nicméně, tato kniha by měla být s ostatními sdílena pouze se souhlasem dotyčné osoby a může obsahovat například osobní údaje, upřednostňovaný způsob komunikace, blízcí lidé, dosavadní život, aktuální situaci, oblíbené, důležité a nepříjemné věci, sny, naděje, přání, potřebu podpory, cíle a plány.“¹¹ (THOMAS a WOODS, 2003, str. 158 – 159, autorsky přeloženo)

Pro možnost nahlédnutí, vytvoření si představy o možném vzhladu IP, je v příloze P 3 vložen vzor individuálního plánu uživatele služby. Vzor individuálního plánování byl pro účely práce poskytnut sociální pracovníci Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o., pobočka Zlín, poskytující služby denního a týdenního stacionáře

¹¹ *„All people identified as important by the individual should be able to contribute to the planning book. However, the book would be shared with others with the consent of the individual. The book may include factors such as: personal details, preferred communication methods, people in the individual's life, life so far, life now, things that are liked, things that are disliked, things important to the individual, dreams, hopes, wishes, support needed, goals, action plan.“ (THOMAS a WOODS, 2003, str. 158 – 159)*

3.3 Specifika a metody individuálního plánování pro cílovou skupinu

BEDNÁŘ (2011, str. 39 – 41) popisuje několik rad jak postupovat při spolupráci s nekomunikujícím uživatelem či s osobou s mentálním postižením. U nekomunikujícího člověka se doporučuje začít komunikaci specifickými metodami práce, například bazální stimulací¹² nebo použitím alternativní a augmentativní komunikace. Pracovník by měl svou pozornost plně věnovat uživateli, do rozhovoru s uživatelem by neměl vnášet vlastní očekávání, neměl by mu vnučovat své názory. Při komunikaci s osobou s mentálním postižením přizpůsobí svou řeč intelektovým schopnostem uživatele, představí se mu křestním jménem, nabídne mu tykání, pokud přijme, oslovuje ho také křestním jménem. Nezabývá se jeho postižením, neptá se na něj.

Pokud si není pracovník jistý, zda mu uživatel rozumí, snaží se pozměnit styl řeči, zjistí, zda nevyužívá speciální komunikační techniku nebo metodu. Měl by používat krátké věty, bez cizích slov, používat popis, obrázky, fotografie, využívat gesta a mimiku, pomáhat si ukazováním na dané věci, aby předešel nedorozumění. Pracovník musí dát uživateli dostatek času na pochopení významu komunikace, počkat si na odpověď, nespěchat. Vždy si musí ověřit, že mu uživatel porozuměl. Pokud pracovník uživateli nerozumí, musí přiznat, že to tak je, nelhat mu, měl by se pokusit o jiný druh komunikace. (BEDNÁŘ 2011, str. 39 – 41)

Metody individuálního plánování

Při individuálním plánování můžeme použít následující metody: **Rozhovor** využíváme, především s komunikujícím uživatelem, ale můžeme ho využít i pro nekomunikujícího uživatele. Jde o dialog mezi uživatelem a klíčovým pracovníkem. Rozhovor by měl probíhat v klidném prostředí s atmosférou důvěry. Měl by být předem sjednaný. Při zahájení rozhovoru se pracovník s uživatelem domluví, jak bude probíhat, jak dlouho bude trvat a upraví podmínky pro, co nejhladší průběh rozhovoru. Pak pracovník vybidne uživatele, aby mu řekl, jak je se službou spokojený, jestli dochází k naplnění jeho potřeb a přání a sám mu sdělí své vlastní postřehy a možnosti řešení. Pracovník se ptá, jaké jsou aktuální přání a potřeby

¹² „Bazální stimulace je nonverbální metoda založená na tělesném kontaktu s těžce postiženým člověkem.“ (ŠVARCOVÁ, 2011, str. 198)

uživatelé společně hledají možnosti podpory, která povede k jejich naplnění. Na závěr shrnou, na čem se domluvili, jaké zdroje a jaké postupy budou využívat k dosažení dojednaných cílů. Společně provedou záznam o individuálním plánování. Klíčový pracovník předá informace, které získal pomocí rozhovoru ostatním pracovníkům organizace, aby se i oni mohli podílet na naplňování IP uživatele. (HAICL a HAICLOVÁ, 2011b, str. 151 – 153)

Pokud se jedná o uživatele, který nekomunikuje, pracovníci používají svou intuici a empatii, aby rozpoznali potřeby a přání uživatelů. K tomu jim jako jedna z metod může sloužit **pozorování**, které probíhá v blízkosti uživatele, kdy se pracovník aktivně nezapojuje do činností s uživatelem, ale pozoruje ho a vnímá ho. Sleduje, co uživatel dělá, co se mu líbí, co se mu nelíbí, do jakých činností se zapojuje a jakým se vyhýbá. Na základě svého pozorování pak sestaví IP uživatele. Další metodou je **empatická fantazie**, kdy se pracovník vcítí do uživatele, představí si sebe v jeho pozici, pak se zaměří na pocity, které to v něm vyvolává, co by mohl chtít, co potřebuje. Nápady, které získá, může následně využít při vytváření plánů s uživatelem. Při **modelovém rozhovoru dvou pracovníků** jeden pracovník hraje roli uživatele a druhý jeho klíčového pracovníka. Vedou spolu rozhovor o průběhu a plánování služby, po ukončení rozhovoru spolu shrnou, co by uživatel mohl chtít, co potřebuje, jak mu mohou pomoci. (HAICL a HAICLOVÁ, 2011b, str. 153 - 156)

Imaginativní rozhovor je metoda, při které si klíčový pracovník vytváří ve své fantazii možný rozhovor s uživatelem, uživatel „odpovídá“ pomocí obrazů, zvuků, pocitů či fantazie. Na základě těchto představ sestavuje možné přání a potřeby uživatele. Využívá se spíše u uživatelů, které znají již dlouho. Další možností je využít **analýzu uspokojení potřeb**, podle odborných teorií lidských potřeb si klíčový pracovník sepíše základní lidské potřeby, a jednotlivou potřebu konfrontuje se daným uživatelem, jak je u něj naplněna. Potřebami, které naplňovány nejsou nebo jen z části se pak nadále zabývají a začleňují jejich naplnění do IP. Poslední metoda, kterou uvádíme, je **rozhovor s referujícími osobami**, jde o metodu, která využívá rozhovorů s osobami, kteří uživatele znají, rodina, opatrovník, blízká osoba, předchozí klíčový pracovník, jiní pracovníci zařízení, atd. ptáme se na otázky typu, co by mohl potřebovat, z čeho má strach, co má rád? Na základě zjištěných informací sestavují individuální plány. (HAICL a HAICLOVÁ, 2011b, str. 153 - 156)

Alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace je možnost, jak kompenzovat u osob s postižením problémy v komunikaci.

*„Systémy **augmentativní** komunikace jsou zaměřeny na podporu již existujících komunikačních možností a schopností. Jejich cílem je zvýšit kvalitu porozumění řeči a usnadnit vyjadřování. Systémy **alternativní** komunikace jsou ty, které se používají jako náhrada mluvené řeči.“* (JANOVCOVÁ, 2003, str. 16)

S osobami s mentálním postižením, které nekomunikují nebo mají zhoršenou komunikaci, můžeme využívat systém **Znak do řeči** (běžná komunikace je doplněná o přirozenou gestikulaci a mimiku, znakuji se hlavně slova, které mají klíčový význam pro pochopení významu komunikace), **piktogramy** (obrázky nebo symboly pomocí, kterých ukazujeme, co chceme nebo předáváme informace), **komunikační tabulky/deníky** (osoba s postižením má vytvořený svůj deníček nejpoužívanějších symbolů, obrázků a fotek blízkých osob, pomocí tohoto komunikačního deníku pak komunikuje), **komunikační systém Makaton** (slova jsou nahrazována pohyby rukou a hlavy, které tvoří znaky a symboly) a **komunikační systém Bliss** (skládá se ze 2300 symbolů na které osoba ukazuje a sestavuje z nich věty, většinou jsou nejčastěji využívané symboly začleněny do komunikačních tabulek). (JANOVCOVÁ, 2003, str. 15 - 28)

Výhody alternativní a augmentativní komunikace jsou: rozvíjí komunikační schopnosti, snižují pasivitu osob s postižením, umožňují osobám s postižením zapojit se do konverzace. Nevýhodou však je, že budí pozornost společnosti, jsou v životě méně využitelné než běžná verbální komunikace, zhoršují integraci do společnosti, všichni účastníci komunikace musí znát daný komunikační systém, znesnadnění porozumění mezi účastníky konverzace. (ŠVARCOVÁ, 2011, str. 123 – 125)

Shrnutí

Definovali jsme individuální plánování a jeho propojenost se Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Popsali jsme kritéria, která musí splňovat poskytovatelé sociálních služeb a charakterizovali osobní cíl uživatele. Vydefinovali jsme roli klíčového pracovníka, jaké jsou jeho povinnosti, jaké by měl mít kompetence, znalosti a dovednosti. Porovnali jsme dva procesy individuálního plánování a popsali několik metod,

kteří mohou být využívány při individuálním plánování. Dále jsme specifikovali úskalí IP pro cílovou skupinu, popsali jsme problémové oblasti v komunikaci s osobami s mentálním postižením a uvedli několik možností alternativní a augmentativní komunikace, jako náhrady či podpory komunikace.

Povinnost individuálně plánovat vychází ze zákona č. 108/2006 o sociálních službách, Sb. a je zahrnuta jako standard č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby ve standardech kvality sociálních služeb. Cílem individuálního plánování je poskytování sociální služby co nejlepším a nejefektivnějším způsobem v zájmu uživatele. Individuální plány sestavují klíčoví pracovníci, jedná se o zaměstnance organizace, kteří na základě svých vědomostí, zkušeností, schopností a dovedností plánují průběh sociální služby společně s uživatelem.

Proces plánování se může u každého pracovníka lišit. Může být různý i u jednoho pracovníka, ale pro různé uživatele. Pracovník by se měl snažit proces plánování, co nejvíce přizpůsobit individuálním možnostem a schopnostem uživatele. Jednou z možností, jak postupovat je: sběr dat, mapování situace, zjišťování přání, potřeb, zdrojů a možných rizik uživatele, stanovení konkrétních cílů uživatele a hodnocení naplňování plánu.

Při individuálním plánování pro osoby s mentálním postižením může klíčový pracovník využívat různé metody, například rozhovor, pozorování, empatickou fantazii, modelový rozhovor dvou pracovníků, imaginativní rozhovor, analýzu uspokojení potřeb nebo rozhovor s referujícími osobami. Práce s osobami s mentálním postižením může být složitá, někdy to může být způsobeno zhoršenou nebo nulovou komunikací, proto pracovníci využívají alternativní a augmentativní komunikaci, například piktogramy, znak do řeči, komunikační systém Bliss nebo Makaton a komunikační deníky nebo tabulky. Klíčoví pracovníci musí svůj styl plánování, styl práce, svou řeč, celou komunikaci i své jednání přizpůsobit mentálním schopnostem uživatele.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Hlavní výzkumný cíl diplomové práce je:

Zkoumat, zda klíčoví pracovníci v sociálních službách vidí přínos v individuálním plánování pro dospělé osoby s mentální retardací.

Dílčí výzkumné cíle:

Výzkumný cíl, bude podrobněji prozkoumán pomocí stanovených dílčích výzkumných cílů. Dílčí výzkumné cíle práce jsou stanoveny takto:

- Zmapovat sociální služby ve Zlínském kraji pro osoby s mentálním postižením.
- Zjistit, jak klíčoví pracovníci vidí povinnost plánovat vyplývající ze zákona.
- Sledovat, zda plánují všichni pracovníci sociálních služeb, nebo zda tato povinnost spadá pouze na sociálního pracovníka.
- Zhodnotit, zda se klíčovými pracovníky daří naplňovat IP uživatelů.
- Identifikovat rozdíly v procesu individuálního plánování mezi jednotlivými klíčovými pracovníky výzkumu.
- Zkoumat rozdíly v přínosu individuálního plánování mezi klíčovými pracovníky denního, týdenního stacionáře a celoroční pobytové služby.
- Popsat, jaká specifika vidí klíčoví pracovníci v individuálním plánování pro osoby s mentální retardací v porovnání s jinými cílovými skupinami.
- Zjistit, zda mají klíčoví pracovníci možnost vyjádřit se ke standardům kvality sociálních služeb, především ke standardu č. 5 Individuální plánování průběhu sociálních služeb.
- Popsat, jaké metody individuálního plánování nejčastěji využívají klíčoví pracovníci pro komunikující a nekomunikující uživatele.
- Zjistit, kdo všechno je zapojen do individuálního plánování průběhu sociálních služeb.

4.1 Charakteristika Zlínského kraje



Obrázek č. 3 – Mapa České republiky (<http://www.tourism.cz/>)

Ve Zlínském kraji najdeme okresy Zlín, Uherské Hradiště, Kroměříž a Vsetín. Kraj je čtvrtým nejmenším v České republice, sousedí s Olomouckým, Jihomoravským a Moravskoslezským krajem. K 31. 6. 2012 měl kraj 588 343 obyvatel, tedy 5,6 % obyvatel z celkového počtu České republiky. Kraj se skládá z 307 obcí, z toho je 30 měst. V současné době je hejtmanem kraje MVDr. Stanislav Mišák. Zlínský kraj zřizuje nemocnice a zdravotnická zařízení, školy a školská zařízení a příspěvkové organizace působící v oblasti sociálních služeb a kultury. (Zlínský kraj, © 2013)

Pro zkvalitnění sociálních služeb a jejich lepší dostupnosti pro veřejnost založil Zlínský kraj elektronický katalog služeb ve Zlínském kraji (<http://www.socialnisluzbyzk.cz/>), kde jsou vypsány sociální služby pro všechny cílové skupiny.

„Zlínský kraj zodpovídá za strategické plánování sítě sociálních služeb, které určuje, jaké služby mají být v následujících letech podporovány a podílí se na financování služeb, které na území regionu poskytují i jiní zřizovatelé. Ve svém teritoriu je zřizovatelem největšího počtu domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů pro seniory. Zajišťuje domovy se zvláštním režimem, denní a týdenní stacionáře, odborné sociální poradenství a intervenční centra, která jsou určena osobám ohroženým násilným chováním.“ (Zlínský kraj, © 2013)

Zlínský kraj zřizuje 11 příspěvkových organizací, poskytuje služby v 31 zařízeních po celém kraji a nabízí možnost využívat 47 sociálních služeb. Jedná se o domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, odborné sociální poradenství a intervenční centra. (Zlínský kraj, © 2013)

Sociální služby pro osoby s mentálním postižením ve Zlínském kraji

Ve Zlínském kraji najdeme 82 sociálních služeb poskytovaných osobám s mentálním postižením. Jedná se o 4 centra denních služeb, 12 denních stacionářů, 16 domovů pro osoby se zdravotním postižením, 1 domov se zvláštním režimem, 3 chráněné bydlení, 4 centra odborného sociálního poradenství pro zdravotně postižené Zlínského kraje, 2 odlehčovací služby, 11 služeb osobní asistence, 7 pečovatelských služeb, 1 zařízení podpory samostatného bydlení, 1 zařízení rané péče, 1 sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením, 7 sociálně terapeutických dílen, 4 zařízení sociální rehabilitace, 8 týdenních stacionářů. (Katalog sociálních služeb ve zlínském kraji, ©2014)



Obrázek č. 4 – Mapa vybraných sociálních služeb ve Zlínském kraji (autorsky upraveno)

Legenda:

- 1) Zlín – Občanské sdružení Hvězda
- 2) Uherský brod - Sociální služby Uherský Brod

- 3) Brumov-Bylnice – Charita Valašské Klobouky
- 4) Nový Hrozenkov – Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov
- 5) Uherské Hradiště – Středisko Cesta Uherské Hradiště
- 6) Uherské Hradiště – Sociální služby Uherské Hradiště
- 7) Kroměříž - Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka
- 8) Vsetín - Středisko Naděje Vsetín – Sychrov
- 9) Vsetín - Středisko Naděje Vsetín-Rokytnice
- 10) Vsetín – Domov Jitka Vsetín
- 11) Hrobice - Domov na Dubíčku Hrobice
- 12) Velehrad - Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Vincentinum,
Velehrad - Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská,
Velehrad - Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Salašská
- 13) Kunovice - Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská
- 14) Medlovice - Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice
- 15) Pačlavice - Domov pro osoby se zdravotním postižením Pačlavice
- 16) Staré město - Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město
- 17) Zašová - Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová
- 18) Zborovice - Domov pro osoby se zdravotním postižením Zborovice
- 19) Zlín - Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o.
- 20) Fryšták - Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o.
- 21) Kunovice - Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice - Na Bělince
- 22) Uherský Brod - Domov pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod
- 23) Otrokovice – Dům Naděje Otrokovice
- 24) Kvasice - Domov pro osoby se zdravotním postižením Kvasice
- 25) Chvalčov - Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník

4.2 Metodologie, cílová skupina, organizace výzkumu

Pro účely diplomové práce a zjištění hlavního výzkumného cíle nejlépe poslouží kvalitativní výzkum. GAVORA (2000, str. 142) definuje kvalitativní výzkum takto: „*Hlavním rysem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis. Pozorovatel zaznamenává skoro všechno, co se v daném prostředí odehraje, může přitom zhotovovat i audiofonní nebo obrazové záznamy, které potom analyzuje. Během pozorování nebo hned po*

něm dělá krátké zápisy, píše si poznámky, ze kterých potom skládá celkový obraz o zkoumaném prostředí. Přitom se snaží vysvětlovat jevy očima zkoumaných osob, a ne na základě svých vlastních názorů, očekávání, tradicí apod. všímá si rozdílů mezi zkoumanými osobami a zjišťuje, zda existují rozdíly v tom, jak se ony dívají na danou věc.“

Jako metodu sběru dat jsme zvolili rozhovor. ŠVARÍČEK a ŠEĐOVÁ (2007, str. 159 – 160) uvádí, že: *„Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu. Můžeme ho definovat jako nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek. Prostřednictvím rozhovoru jsou tedy zkoumáni členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny s cílem získat stejné pochopení jednání událostí, jakým disponují členové dané skupiny.*

Pomocí otevřených otázek může badatel porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval pomocí výběru položek v dotazníku. Rozhovor umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, což je jeden ze základních principů kvalitativního výzkumu.“

HENDL (2005, str. 164 - 190) dělí rozhovory na strukturované, neformální, rozhovor pomocí návodu, narativní rozhovor, fenomenologický rozhovor, skupinovou diskusi. Pro účely práce byl zvolen strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Jedná se o dopředu připravený soubor otázek, rozhovor je tedy dopředu jasně stanovený a není velký prostor pro možnost obměny, ale předejdeme díky tomu velké rozlišnosti v odpovědích jednotlivých respondentů rozhovoru. Tento typ rozhovoru se využívá především, pokud nemáme možnost rozhovor opakovat a potřebujeme získat určitý typ informací. Nevýhoda strukturovaného rozhovoru je, že se zabývá pouze daným tématem, ale pro potřeby této práce, která se zabývá především individuálním plánováním a nezahrnuje tedy více rozdílných témat, není problém.

Cílová skupina

Cílovou skupinou výzkumu jsou pracovníci v sociálních službách, kteří jsou klíčovými pracovníky. Jedná se o pracovníky v sociálních službách pro osoby s mentální retardací, a to následujících sociálních služeb: denní stacionáře, týdenní stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Kritérium pro výběr vhodných osob pro výzkum bylo pracovat na pozici klíčového pracovníka nejméně jeden rok. Výslednou cílovou skupinu tvoří pět žen a jeden muž. Pro zachování anonymity, na jejich přání, budou označeni následovně: pán č. 1 a paní č. 2 až paní č. 6. Další postup pro výběr cílové skupiny účastníků rozhovoru je popsán níže v průběhu výzkumu.

Průběh výzkumu

Realizace výzkumu začala v listopadu 2013 vyhledáním všech sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením ve Zlínském kraji, a to pomocí elektronického katalogu Zlínského kraje (<http://www.socialnisluzbyzk.cz/>). Síť sociálních služeb ve Zlínském kraji viz příloha č. 1. Z těchto sociálních služeb byly pro potřeby diplomové práce vyčleněny následující služby: denní stacionáře, týdenní stacionáře a domovy pro osoby s mentálním postižením viz obrázek č. 2. Poté byly sestaveny otázky rozhovoru, a to v únoru 2014. Kvůli velikosti Zlínského kraje a následné dostupnosti realizace rozhovorů byl použit záměrný výběr. Byly osloveny 4 organizace v okolí Zlína (jedna přímo ve Zlíně, jedna v Otrokovicích, dále ve Fryštáku a v Kvasicích), oslovení organizací proběhlo v březnu 2014. Tyto organizace různě kombinují složení námi vybraných služeb, a proto byly vhodné pro potřeby práce.

Po jednání s vedením organizací, kterým byly poslány k nahlédnutí otázky rozhovoru, nabídlo vedení možnost účastnit se rozhovoru svým zaměstnancům, byl jim předán kontakt, následně jsme se na realizaci rozhovoru domlouvali emailem nebo osobně. S některými klíčovými pracovníky probíhal rozhovor v organizaci v jejich pracovní době a s dalšími v jejich volném čase u nich doma či v kavárně. Jednotlivé rozhovory s účastníky probíhaly v dubnu a květnu 2014. Účastníci rozhovoru si nepřáli, aby byla zveřejněna audionahrávka, ale pouze přepis rozhovoru. V příloze č. 2 je přiložen důkaz s podpisem všech účastníků, že si zveřejnění nepřejí.

V první fázi bylo vybráno 5 respondentů k rozhovoru, kteří nabídli spolupráci. Jednalo se o 5 žen. Následně se přihlásil 1 muž, kterého jsme pro rozšíření a pro vylepšení výzkumu také přidali do výzkumu. Počáteční výzkumný vzorek tedy činilo 6 respondentů. Po realizaci těchto rozhovorů jsme se rozhodli, že více respondentů nebudeme přidávat, protože odpovědi byly v určité míře podobné, začínaly se opakovat. I když někteří pracovníci byli ze stejné organizace, rozhovory byly prováděny individuálně, abychom zabránili možnosti ovlivnění názoru na problematiku individuálního plánování. Všichni účastníci byli seznámeni

s podmínkami rozhovoru, byla jim přislíbena anonymita a byli informováni o očekávané délce rozhovoru 15 – 25 minut. Rozhovory byly nahrány na diktafon, ale tato nahrávka sloužila pouze pro zachycení rozhovoru a možnosti přepisu.

4.3 Kazuistika uživatele

Kazuistika je zde vložena pro nastínění situace uživatele s lehkým stupněm postižení navštěvujícího sociální služby a také pro ilustraci možnosti stanovení IP, mapování situace, získávání informací, což je pro individuální plánování velmi důležité. Všechna jména byla upravena z důvodu zachování anonymity.

Uživatelce A. B. je 45 let. Zařízení navštěvuje již od útlého věku společně se svým bratrem. Využívá sociální službu denní stacionář. Uživatelka žije se svými rodiči. Ale rodiče už jsou staří a nemocní a o své dvě postižené děti se už nedovedou sami postarat, a proto jim s péčí o ně pomáhá nejstarší dcera Marie, která se k nim i se svým synem nastěhovala. Doma mají pejska Azora.

Uživatelka A. se zde učila psát, číst a počítat, ale bohužel kvůli jejímu omezení mentálním postižením si tyto dovednosti neosvojila. Naučila se pouze podepsat.

Má velmi ráda ruční práce, jako je tapikování, vyšívání, pletení šál, šití a háčkování. V současné době se uživatelka učí plést košíky z pedigu, ale tato činnost ji ještě moc nejde. Uživatelka má ráda společné aktivity, nacvičování na besídky, zpívání, společenské hry. Velmi ráda se také zúčastňuje společenských a kulturních akcí pořádaných domovem, například návštěva solné jeskyně, spinning, návštěvy divadla.

Hygienu uživatelka pod dohledem zvládá sama. Uživatelka se v domově 2x týdně sprchuje a umývá si hlavu. Se sprchováním pomoc potřebuje pouze pomocí slovního doprovodu a nastavení teploty vody, ale při mytí hlavy potřebuje větší dopomoc, aby jí nenatekl šampón do očí. Uživatelka má v jednom ze svých osobních cílů v individuálním plánu stanovené, že se učí stříhat si nehty a starat se o nemocné nehty na nohou.

V zařízení se učí také běžné činnosti péče o domácnost, jako je prostírání k obědu, úklid jídelny po obědě a udržování pořádku – skládání oblečení, úklid věcí, které už nepoužívá, rozlišování co je čisté a co špinavé, jeden z jejích dřívějších individuálních plánů bylo naučit se pomocným pracím v kuchyni, jako je chystání nádobí, nalévání polévky a roznášení jídla.

Tyto činnosti zvládla. Dalším cílem bylo naučit se ovládat myčku, ale tuto činnost sama uživatelka po čase zrušila, už o ni neprojevovala zájem. Klíčová pracovníce se domnívala, že se uživatelka myčku bojí ovládat.

Dříve byla uživatelka samostatná, došla rodičům pro noviny, sama dokázala trolejbusem dojet do zařízení, ale pak došlo k incidentu (posmívali se jí chlapani na ulici) a od té doby se bojí. Špatně se orientuje v cizím prostředí a bojí se cizích lidí. Proto když je bratr nemocný, sama do zařízení nejezdí.

Uživatelce se zhoršuje zrak a trpí inkontinencí. Uživatelka je plně mobilní a její mentální postižení na ní není natolik viditelné. Je lehce patrné z její zhoršené řeči, když se uživatelka začne zadržávat.

Je také zvýšeně citlivá a neustále vyhledává pozornost. Pokud jí pozornost není z nedostatku času věnována, stále upozorňuje personál, že něčemu nerozumí, že už to zapoměla nebo že danou činnost nezná či neumí. Ale když se jí někdo věnuje (stačí, že se na ni dívá a občas jí slovně podpoří, pochválí), tak danou činnost bez problémů zvládne.

4.4 Vlastní výzkum - realizace výzkumu

Účastníkům rozhovoru byly položeny následující otázky:

Osobní zkušenost

1. Jak dlouho pracujete v sociálních službách?
2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Jaký obor?
3. Jak dlouho pracujete s osobami s mentálním postižením?
4. Jaká je vaše pracovní pozice v organizaci?
5. Jak dlouho děláte klíčového pracovníka?
6. Jak jste se připravoval/a na práci klíčového pracovníka (nijak, školení, rady od jiných klíčových pracovníků organizace)?
7. Pokud jste absolvoval/a školení, bylo jednorázové nebo jej aktualizujete?
8. Rozlišujete ve vaší organizaci IP a osobní cíle uživatelů?
9. Kdo ve vaší organizaci sestavoval standardy kvality sociálních služeb?

10. Měli jste možnost se k nim vyjádřit?
11. Myslíte si, že ve vaší organizace je dobře nastavená metodika individuálního plánování?
12. Jaké vlastnosti by měl podle vás mít klíčový pracovník?

Styl plánování s uživatelem

13. Vypracováváte IP samostatně nebo na něm spolupracuje více pracovníků organizace?
14. Podílí se na zpracování IP i rodiny uživatelů? Pokud ne: Mají tu možnost? Proč si myslíte, že ne?
15. Zapojujete do individuálního plánování někoho jiného, odborníky, lékaře?
16. Jak postupujete při individuálním plánování? Jak sestavujete IP/proces IP?
17. Jakou metodu používáte při individuálním plánování?
18. Máte specifické metody pro nekomunikující uživatele?
19. Jak často obnovujete IP?
20. Jak vyhodnocujete naplnění IP?
21. Myslíte si, že vytváření IP pro osoby s mentálním postižením je složité, složitější než pro jiné cílové skupiny? Proč?

Přínos individuálního plánování

22. Myslíte si, že individuální plánování je přínosné, nebo se podle vás jedná jen o administrativní práci navíc?
23. Mělo by podle vás zůstat individuální plánování povinností ze zákona nebo by mělo být dobrovolné? Proč?
24. Kolika uživatelům jste přidělen/a jako klíčový pracovník? Zvládl/a byste víc, nebo by pro vás bylo lepší vytvářet IP pro méně uživatelů?
25. Pro uživatele, které služby sestavujete IP (denní, týdenní stacionář, celoroční pobyt)?
26. Stalo se vám, že se nepodařilo naplnit IP? Čím to podle vás bylo?
27. Po naplnění IP je pro vás věc, kterou se plán zabýval, uzavřená nebo se jí dále věnujete? (např. osobní hygiena klienta – aby se naučil umývat si vlasy sám)

Složení respondentů rozhovoru:

Pracovník	Délka praxe	Délka praxe (sociální služby pro osoby s mentálním postižením)	Vzdělání	Délka praxe jako klíčový pracovník	Počet uživatelů
Pán č. 1	11 let	8 let	Gymnázium	3 roky	2
Paní č. 2	10 let	10 let	SŠ (nástavba: sociální práce)	8 let	4
Paní č. 3	23 let	20 let	Vyučena (vysekávač usní)	8 let	3
Paní č. 4	25 let	25 let	SŠ (speciální pedagogika)	8 let	4
Paní č. 5	8 let	8 let	SŠ sociálně právní	8 let	1
Paní č. 6	5 let	5 let	ŠŠ obchodní	5 let	2

Tabulka č. 2 – Složení respondentů rozhovoru

Přepis rozhovorů:

Otázka č. 1: „ <i>Jak dlouho pracujete v sociálních službách?</i> “	
Pán č. 1	11 let.
Paní č. 2	10 let.
Paní č. 3	Letos už je to 23 let.
Paní č. 4	25 let.
Paní č. 5	8 let, začala jsem v této organizaci.
Paní č. 6	5 let.

Otázka č. 2: „ <i>Jaké je vaše vzdělání? Jaký obor?</i> “	
Pán č. 1	Gymnázium a dále kurzy sociálního pracovníka a další školení.
Paní č. 2	Středoškolské s maturitou, obor strojní technologie a dvouleté nástavbové studium sociální práce.
Paní č. 3	Vyučená v oboru vysekávač usní.
Paní č. 4	Středoškolské s maturitou, první gymnázium a pak maturita na pedagogické škole, obor speciální pedagogika.
Paní č. 5	Střední škola sociálně právní a všeobecné gymnázium.
Paní č. 6	Střední škola obchodní. A pak mám kurz střední zdravotnické školy, který zahrnuje výchovnou činnost, sociální činnost a nepedagogické minimum.
Otázka č. 3: „ <i>Jak dlouho pracujete s osobami s mentálním postižením?</i> “	
Pán č. 1	Asi 8 let.
Paní č. 2	Těch 10let.
Paní č. 3	V přímé péči pracuji 20 let. Celou dobu pracuji v tomto zařízení, ale začínala jsem tu jako uklízečka.
Paní č. 4	25 let.
Paní č. 5	Celou dobu co pracuji v sociálních službách, tedy 8 let.
Paní č. 6	5 let.
Otázka č. 4: „ <i>Jaká je vaše pracovní pozice v organizaci?</i> “	
Pán č. 1	Momentálně dělám aktivizačního pracovníka, takže vymýšlím různé aktivity, výlety, sportovní činnosti, výtvarné a další věci, ale zároveň dělám vše co je potřeba. Hygienu, péči, všechno prostě.
Paní č. 2	Pracovník v sociálních službách – nepedagogická výchovná činnost.
Paní č. 3	Pracovník v sociálních službách v přímé péči.
Paní č. 4	Pracovník v sociálních službách.

Paní č. 5	V současné době jsem pečovatelka u nejvíce postižených klientů. Dříve jsem pracovala jako asistent v sociálních službách.
Paní č. 6	Pracovník v přímé péči.
Otázka č. 5: „ <i>Jak dlouho děláte klíčového pracovníka?</i> “	
Pán č. 1	Klíčového pracovníka tady v organizaci dělám od začátku, co jsem tady, tedy 3 roky.
Paní č. 2	Od zavedení povinnosti mít standardy kvality sociálních služeb, tedy od roku 2007.
Paní č. 3	Od roku 2007.
Paní č. 4	Od zavedení standardů. Tedy od roku 2007.
Paní č. 5	Hned po absolvování zkušební doby jsem začala pracovat jako klíčový pracovník. (8 let)
Paní č. 6	4 roky.
Otázka č. 6: „ <i>Jak jste se připravoval/a na práci klíčového pracovníka (nijak, školení, rady od jiných klíčových pracovníků organizace)?</i> “	
Pán č. 1	Porada s nadřízenými, s kolegy, co to vlastně obnáší být klíčový pracovník, máme o tom vypracovanou metodiku, kdo je klíčový pracovník, co dělá, co je jeho povinností, s kým konzultuje věci, takže společná práce.
Paní č. 2	Nejdřív jsem do toho skočila rovnýma nohama, bez přípravy, ale pak jsme byly na kurzech u paní Šustkové a ještě další podobné kurzy. Byl to přímo kurz na individuální plánování.
Paní č. 3	Měli jsme školení, jinak jsme informace získávali od sociální pracovnice.
Paní č. 4	I školení, jednak ohledně standardů, ve kterých bylo zahrnuto i individuální plánování, individuální kontakt s klientem. Během těch let bylo takovýchto školení několik. Názory na školeních byly různé, někdo propagoval takovou formu, jiný zase jinou formu, dlouho se hledalo to nejlepší, jak postupovat a na posledním školení nám schválili, že tak, jak mi to děláme, tak to děláme nejlépe asi. A samozřejmě jsme získávali informace od sociální pracovnice.

Paní č. 5	Ano, měli jsme čtyřdenní školení. Poměrně takové podrobné, myslím si, že to nám dalo hodně. Bylo to hodně praktické, že jsme si mezi sebou mohli předat zkušenosti, velmi dobré školení. Vedla ho paní Šustková, která stále dělá takováto školení. A z toho hlavně čerpáme. A taky z vlastní dokumentace a metodiky organizace, když si třeba něčím nejsme jistí, tak se máme kam podívat.
Paní č. 6	Pomocí školení, rad od ostatních pracovníků organizace, komunikace s nadřízenou, se sociální pracovníci.
Otázka č. 7: „ <i>Pokud jste absolvoval/a školení, bylo jednorázové nebo jej aktualizujete?</i> “	
Pán č. 1	Školení bylo spíše interní tady v práci na základě našich vnitřních předpisů.
Paní č. 2	To první školení trvalo asi půl roku, kdy jsme dojížděli do Vsetína a teď pokud dostaneme nabídku na kurz či školení o individuálním plánování, tak toho využíváme v rámci dalšího vzdělávání pracovníků.
Paní č. 3	Ne, pouze to první úvodní školení, při zavádění standardů.
Paní č. 4	Školení nadále aktualizujeme, podle nabídky.
Paní č. 5	Bylo jednorázové, bylo to v době, kdy se to zavádělo do praxe, ty individuální plány. Když já jsem nastoupila, tak se individuální plánování nedělalo v takovém rozsahu, no a pak se to ještě aktualizovalo třeba jednou za rok. Jinak se scházíme pravidelně jednou měsíčně na týmových poradách a tam to řešíme mezi sebou, co klient potřebuje, každý řekne své poznatky, zkušenosti a tam se to nějak doladuje.
Paní č. 6	Bylo jednorázové. Absolvuji veškerá školení, která jsou mi organizací nabídnuta, velmi ráda, protože jsou mi velkým přínosem. Každá informace je dobrá.
Otázka č. 8: „ <i>Rozlišujete ve vaší organizaci IP a osobní cíle uživatelů?</i> “	
Pán č. 1	Individuální plány máme v papírech, zapisujeme je, jednou měsíčně je vyhodnocujeme, průběžně na nich pracujeme, prakticky každý den. Osobní cíle klientů jsou většinou takové abstraktní nebo jsou nesplnitelné. Například, že by chlapi chtěli mít auto, ženu a být bohatí, ale v některých případech se to rovná, individuální plán s jeho cílem. Zvláště u těch, kteří si to dokážou říct, takže se pokouší to naplnit.

Paní č. 2	U nás to funguje tak, že v podstatě z osobních cílů vychází individuální plány. Osobní cíl může být ani ne nekonkrétní, ale spíše nereálný, takže těmi individuálními plány se snažíme naplnit osobní cíle, co nejvíce.
Paní č. 3	Ano.
Paní č. 4	Osobní cíl, pokud mají, pokud jej dovedou vyjádřit, tak tím individuálním plánováním k němu můžeme dojít.
Paní č. 5	No, to děláme.
Paní č. 6	Ano, rozlišujeme to, ale nejvíce pracujeme s individuálními plány, ty osobní cíle uživatelů jsou, ale denně pracujeme na individuálním plánu a na ten navazuje ten osobní cíl, souvisí spolu.
Otázka č. 9: „Kdo ve vaší organizaci sestavoval standardy kvality sociálních služeb?“	
Pán č. 1	Sociální pracovníce ve spolupráci s někým jiným, to už bylo vytvořeno, když jsem sem nastoupil.
Paní č. 2	Sociální pracovníce.
Paní č. 3	Sociální pracovníce.
Paní č. 4	Sestavovala je sociální pracovníce.
Paní č. 5	Vedení, ale i já jako kmenová pracovníce jsem se na tom podílela. Popud šel od pana ředitele, ten se scházel s vedoucí přímé péče, s vrchní sestrou, tady s tím úzkým okruhem a tvořili to celé od začátku, celou metodiku. Tak, aby to potom vyhovovalo inspekci samozřejmě.
Paní č. 6	Vedení organizace, lidé k tomu pověření a samozřejmě spolupracovali s námi podřízenými.
Otázka č. 10: „Měli jste možnost se k nim vyjádřit?“	
Pán č. 1	Když zjistíme, že by se mělo něco změnit nebo třeba posunout, tak se k tomu můžeme vyjádřit. Mění se to především podle potřeb klienta.
Paní č. 2	Ano, dávali jsme jí podklady, když chtěla, abychom se k něčemu vyjádřily, ale formu tomu dala sociální pracovníce. Na věcech, jako je například skartační řád

	jsme se nepodíleli, ale co se týče uživatelů a přímé péče, to vždy chtěla podklady.
Paní č. 3	Ano měli, především k věcem, které se týkají přímé péče s uživateli.
Paní č. 4	Ano, sestavovala to na našich podkladech. Pokud to byly standardy, které se týkají provozu, které se týkají plánování, přímé péče s uživatelem, tak na našich přímých podkladech se vypracovaly standardy. Čili i za naší účasti.
Paní č. 5	Ano, jak udělali nějaký návrh, tak my kmenoví pracovníci jsme byli přímo u toho a pak to šlo dál na oddělení a ještě mohli dát připomínky, ještě než se to dalo konečně dohromady. Myslím si, že teď už je asi druhá aktualizace, ono se to pak v praxi doladí a pomalu upravuje.
Paní č. 6	Samozřejmě ano, ta možnost tam byla, což je dobře. U nás je ještě výhoda, že vedoucí pracovník spoustu let pracoval na naší pozici a postupně se vypracoval do vedoucí funkce a ten se zabýval sestavováním standardů, což je velice dobře.
Otázka č. 11: „ <i>Myslíte si, že ve vaší organizace je dobře nastavená metodika individuálního plánování?</i> “	
Pán č. 1	Myslím, že jo. Je to tam všechno, od začátku, jak zjišťujeme potřeby buď od klienta, nebo od rodiny, rozhovory, jak se zapisují individuální plány, jak se vyhodnocují, co by asi v zápise mělo být, aby to bylo pro každého pochopitelné, důležité věci. Takže je to dobře zpracované.
Paní č. 2	Myslím si, že výborně. Nechci nás nějak vychvalovat, ale myslím si, že máme velmi dobře zpracovanou metodiku. I když to tak nebylo od začátku. Původně jsme měli metodiku pro všechny uživatele stejnou, pak jsme rozdělily na komunikující a nekomunikující. To bylo taky špatně. Pak jsme začaly rozlišovat verbálně nekomunikující, kdy jsme využívali jiné metody, například pozorování. A pak komunikující, se kterými můžeme dělat rozhovory. Takže máme uživatele rozdělené na verbálně komunikující a verbálně nekomunikující.
Paní č. 3	Určitě, měli jsme tu i kontrolu a chválili nám, jak to máme zpracované.
Paní č. 4	Myslím si, že máme dobře sestavenou metodiku.
Paní č. 5	Myslím si, že je hodně podrobná, že se toho z ní dá zjistit a i pro nové zaměstnance

	je dobrá a hodně se z toho naučí.
Paní č. 6	Z mé pozice si myslím, že ano, ale teď jsme měli kontrolu, naše sociální pracovnice si ji vyžádala, což je dobře. Ona, jako ta která individuální plánování řídí a sama vytvářela metodiku, tak si pozvala odborníky, kteří jí k tomu řeknou, co děláme špatně, abychom se někam posunuli. Je to sice stresující, ale ano, pojďme hledat chyby, pojďme je řešit, pojďme se zdokonalovat, jak to děláme v běžném osobním životě. Každý děláme chyby.
Otázka č. 12: „ <i>Jaké vlastnosti by podle vás měl mít klíčový pracovník?</i> “	
Pán č. 1	Klíčový pracovník by měl mít určitě dobré srdce, snahu udělat maximum pro toho svého klienta. My takto klíčoví pracovníci zastřešujeme všechny jeho potřeby, prakticky od nákupů různých nebo vyřizování nějakých jeho věcí, děláme pro něj prakticky všechno, co je v jeho silách, komunikujeme se sociální pracovníci nebo s někým z nadřízených, co by se pro klienta mohlo udělat ohledně financí atd.
Paní č. 2	Asi by měl mít schopnost se vcítit, měl by si s klientem rozumět, uživatel by mu měl důvěřovat. Opravdu by před ním neměl mít strach nebo by ani neměl budit hrůzu v klientovi. Jinak mě teď další vlastnosti nenapadají.
Paní č. 3	Měl by umět pracovat s lidmi, měl by mít důvěru, komunikativní, empatický, musí se umět vcítit do klienta.
Paní č. 4	Hlavně umět komunikovat s uživatelem, tak aby mu uživatel rozuměl, aby to bylo srozumitelné, aby se dokázal vcítit do toho uživatele, aby měl dobré pozorovací schopnosti, aby dokázal dobře komunikovat i s pracovním týmem. Co se týká přímo toho individuálního plánování, to je prvořadé rozumět tomu klientovi, vcítit se do něho, umět s ním komunikovat, aby tam byla ta srozumitelnost, ptát se zase zpětně, jestli mi rozumí. A hlavně dobrý tým pracovní, který na tom potom pracuje, protože to si myslím, že je nejdůležitější, to je takové klíčové k tomu klíčovému pracovníkovi (úsměv). Jinak samozřejmě všechny ostatní vlastnosti, které musí k této práci mít. Trpělivost, a tak dále, práce na počítači a rychle jednat, umět navazovat kontakty se společnostmi nebo s jinými organizacemi, kreativní.

Paní č. 5	Měl by být empatický určitě, komunikativní, ono je to někdy těžké, ale ta empatie někdy rovná se komunikace, protože někteří nekomunikují. Pak pozorovací talent, trpělivost. Pracovník, který tady pracuje, by měl být vhodný pro tu práci.
Paní č. 6	Vlastnosti? V první řadě by měl být trpělivý, empatický, chce tu práci dělat, vidí ve své práci smysl, chce to dělat sám od sebe, má to v sobě. Ono se rychle pozná, když ty vlastnosti nemá.
Otázka č. 13: „ <i>Vypracováváte IP samostatně nebo na něm spolupracuje více pracovníků organizace?</i> “	
Pán č. 1	Máme na to program, Cygnus se jmenuje a můžeme v něm všechno dělat a ten už v sobě má vyloženě kolonku individuální plán, kde postupným vypisováním a klikáním se celý plán sestavuje. Zaškolí nás do toho sociální pracovnice, nebo by to mohla udělat i ona, ale teď už to všichni umíme vytvořit sami. Můžeme tam sepsat postupné kroky, jak jsme to zjistili, od koho jsme to zjistili a postupně přidáváme. A dále na tom spolupracujeme se sociální pracovnící, ona je jednou měsíčně zpracovává, dělá z nich vyhodnocení a pak máme poradu, kde to všichni dohromady řešíme, i ostatní se mohou vyjádřit k mému klientovi nebo k mému plánu. Co si myslí, co by tam chtěli doplnit.
Paní č. 2	Když máme schůzky pracovníků přímé péče, tak si tam si tam většinou říkáme, co by se mohlo s určitým uživatelem dělat. Ten plán vypracuje klíčový pracovník, ale je možné, že návrh, co by mohlo být v individuálním plánu, zjistí někdo na noční při nějakém rozhovoru a na základě toho se pak zpracovává. Takže, ano spolupracujeme všichni a nejenom z přímé péče, ale třeba i paní kuchařka nebo i jiná pracovníci.
Paní č. 3	Samostatně s klientem vymyslíme plán, ale na jeho naplňování už se podílejí všichni pracovníci zařízení.
Paní č. 4	Vypracováváme samostatně, ale vlastně musí na tom pracovat všichni. Máme zavedené i takové, že si vlastně vypíšeme tady z těch individuálních plánu, který uzavře klíčový pracovník s daným uživatelem, vypracuje individuální plán a potom tady máme takový souhrn těch individuálních plánů, kde si vypíšeme, aby nemuseli jsme dlouze hledat, tady v těchto individuálních plánech, kde je to

	dopodrobna rozepsané, tak máme takový soupis, kde z čeho čerpáme, kdo jaký má plán, na čem se pracuje, pokud tady delší dobu nebudu, tak se podívám do toho souboru a budu vidět, že už se pracuje třeba na něčem jiném s uživateli, které nemám jako klíčový pracovník, takže takový přehled.
Paní č. 5	My to máme tak, že když je tam klíčový pracovník, tak jednou za měsíc musí zpracovat písemné hodnocení toho svého klienta a než to napíše, tak se ptá i kolegů, jaké oni mají třeba poznatky za ten měsíc. Je to tak částečně kolektivní, ale potom už si to zapíše ten klíčový pracovník, nějaký ten výstup si z toho udělá. Jinak se to probírá vždycky na každé té poradě. Na oddělení, kde pracuji já, jsme vždycky na směně minimálně tři, takže my už se radíme v průběhu té služby, když něco je s tím klientem, každý to vidí třeba trošičku jinak, takže si to mezi sebou řekneme. Ale jsou oddělení, kde pracuje člověk sám, takže se pak musí s kolegy radit na té poradě.
Paní č. 6	Na našem oddělení máme volnou ruku, můžeme si plán sestavovat sami, ale pro mě osobně je strašně důležité, že to můžu konzultovat se svými spolupracovníky na daném oddělení, plus s vedoucí, plus se sociální pracovníci, protože podle mě je důležitý pohled nebo názor i těchto lidí. Nejen můj, jako klíčového pracovníka, ale i ostatních i vedoucích, myslím přímé vedoucí a přímé sociální pracovnice. Můžu v tom být totiž emotivně zainteresovaná, můžu toho klienta vidět v růžových barvách, ale také v černých. A je strašně důležité naslouchat spolupracovníky, co zažijí s uživatelem, jaké mají zkušenosti, co se jim daří a nedaří. Nejsme v práci neustále, směnujeme. A jak se vyvíjíme my, vyvíjí se i klient, každý den je jiný a proto si myslím, že je strašně důležité spolupracovat.
Otázka č. 14: „Podílí se na zpracování IP i rodiny uživatelů? Pokud ne: Mají tu možnost? Proč si myslíte, že ne?“	
Pán č. 1	Pokud jsou v kontaktu a zajímají se o ně, tak se snažíme, aby se k tomu vyjádřily, co je pro ně dobré, nebo co by pro ně chtěly, co my můžeme udělat, spolupracovat. Takže tam kde ta možnost je, jsme rádi, když rodiče mají nějakou snahu se do toho zapojit. A my jim to vždy nabízíme.

Paní č. 2	Na zpracování ani ne, spíš na tom, ale vlastně ano, někdy je lepší doptat se rodičů. Oni přijdou sami s návrhem, někdy se to úplně neshoduje, s tím co by chtěl klient, jako spíš to co by chtěl ten rodič. Například když rodič chce, aby se naučil zapínat knoflíky. Pro rodiče a pro život je to důležité a uživatel to sám nemusí chtít. Moc o to nestojí, ale dá se to různými metodami nácviku, udělat tak, aby to pro něj bylo zábavné. Ne přímo na oblečení, ale na cvičebních pomůckách, takže se k tomu časem dopracujeme. Takže s rodinami spolupracujeme určitě, s těmi, které chtějí spolupracovat, někteří to berou jako hloupost. Ale s některými rodinami je dobrá spolupráce. Možnost mají, ale ne vždy toho chtějí využít.
Paní č. 3	Někdy ano. Když se rodičů zeptáme, třeba u nekomunikativních uživatelů, a nevíme, jaký by chtěl ten plán, tak se zeptáme rodičů a buď řeknou konkrétně, co oni vyzorovali a v průběhu práce to s nimi konzultujeme. A někdy je žádáme, aby i doma s uživatelem prováděli nácvik činnosti. Ale proč se někteří nezapojují, to bohužel nevím, do hlavy jim nevidíme.
Paní č. 4	Ano, ne u všech, ale hlavně u těch co nekomunikují verbálně i když my se s nimi dorozumíme, víme, co asi chtějí, jaké mají potřeby, přání, tak to vždycky ještě probíráme s rodiči, protože je důležité, hlavně tady u těch uživatelů, aby spolupracovali s námi rodiče, aby to samé dělali i doma.
Paní č. 5	Ano, pokud je mají a pokud je nemají, tak ten opatrovník, který je jim přidělen. Myslím si, že spolupracují docela dobře.
Paní č. 6	U nás je velké procento uživatelů, kteří mají opatrovníky, ale ti co mají rodinu, tak jejich rodiny spolupracují. Většinou nám dávají volnou ruku, jsou rádi, že s klientem pracujeme. Setkávám se s pozitivní reakcí.
Otázka č. 15: „Zapojujete do individuálního plánování někoho jiného, odborníky, lékaře?“	
Pán č. 1	Pokud to dovoluje situace a stav, tak určitě. Konzultace s lékařem a někdy i jinými odborníky. Ale většinou to děláme tady u nás, na základě našich zkušeností, našich pracovníků. Ale využijeme to, když si třeba nevíme rady, jedná se o nějakou speciální věc, tak využijeme odborníka.

Paní č. 2	Máme jednoho uživatele, který dochází do Slunečnice, a s nimi spolupracujeme hodně, měl problémy se čtením a nevěděli jsme, že by neměl používat lupu, takže třeba v tomto spolupracujeme s jinou organizací, kterou navštěvuje, ale jinak asi s nikým jiným nespolečujeme.
Paní č. 3	U nás ne.
Paní č. 4	Ano, může být. Nevím, jestli tady konkrétně, ale může to tak být. Může být i u nás, třeba chce cvičit v tělocvičně někde jinde, takže musíme zkontaktovat i tu druhou organizaci, takže ano.
Paní č. 5	No nevím, jestli úplně přímo do plánování, ale takhle nepřímě určitě. Ale máme tu i třeba kolegy, kteří nejsou v přímé péči, ale s klienty dělají různé aktivity a je taky zapojujeme. A v některých případech zapojujeme lékaře. Ale jinak další odborníky nebo někoho jiného moc nezapojujeme. Já u svojí klientky nezapojuji nikoho zvenčí, ale nemůžu říct, jak to dělají kolegové.
Paní č. 6	Na to máme školení, s lidmi, kteří jsou odborníci, jsou studovaní, mají praxi a jsou v dobrých pracovních pozicích. Ale jinak nemám zkušenost, že bychom někoho jiného zapojovali do plánování.
Otázka č. 16: „ <i>Jak postupujete při individuálním plánování? Jak sestavujete IP/proces IP?</i> “	
Pán č. 1	Snažíme se, aby každý klient, někteří si sami řeknou, co by chtěli, do čeho se chtějí zapojit a ti s horší komunikací, co si sami neumí říct, tak na základě vyzpovídání nebo rozhovoru s někým kdo je zná, z pročitání záznamů, sestavíme plán, který jim bude sedět, který by pro ně mohl znamenat něco v rozvoji, a snažíme se to pak dát nějak dohromady, takže pozorujeme, snažíme se dělat plán takový, aby odpovídal jejich schopnostem, aby se mohli někam posunout, nedáváme jim nereálné věci. A pak to všechno dáme do toho programu, jak už jsem říkal předtím.
Paní č. 2	Nejdříve si s uživatelem domluvíme schůzku, někdy si ji ani nedomluvíme, ale sejdem se, když je čas, popovídáme si o tom, co by chtěl, pak vypracujeme písemnou formu a pak postupně píšeme, jak jsme na plánu pracovali. A na závěr provedeme zhodnocení.

Paní č. 3	<p>Buďto pozorováním, pokud se to nekomunikující uživatel, a když je komunikující, tak většinou sám přijde s tím, že by se chtěl naučit třeba vysávat, utírat prach, nebo jiné plány, pak si sjednáme schůzku, naplánujeme nejbližší vhodný termín a pak už když je možnost, tak se věnujeme naplňování individuálního plánu. Ale když mám třeba noční, tak se tomu věnují jiné pracovnice.</p>
Paní č. 4	<p>Navážu kontakt s uživatelem, dáme si schůzku, někde takto v klidu, ideální stav, když můžeme být sami, ne vždycky se to tak daří, ale snažíme se, abychom měli schůzku, někde, kde jsme spolu v klidu, máme na to čas, prostor, nemusíme nikam odbíhat. A buďto už má sám ten uživatel, co bude chtít do toho individuálního plánu zanést anebo společně vymyslíme několik návrhů, nápadů a společně to sepíšeme. Kdo umí se i podepíše, takže to sepisujeme spolu. A potom třeba až je čas, tak zvažují postup, aby byl pro obě strany co nejlepší. Takže na tom pracuji potom už i třeba bez uživatele. A třeba po rozhovoru s ostatními kolegy, jak to napsat, jaký ten postup budeme dodržovat nebo co komu dám za úkol a pak to třeba teprve zapíšu. Ale ten základ to vymyšlení, to vždycky rozhodně spolu.</p>
Paní č. 5	<p>Pokud vezmu úplně ten začátek, když to vezmu třeba na nového klienta, kterého jsem teď zažila. Když přišel, tak jsme ho chvíli nechali, tak čtrnáct dnů jsme ho lehce pozorovali, jeho schopnosti, dovednosti. Byl to zrovna klient, který komunikuje jen částečně, nebo téměř vůbec. Takže jsme měli schůzku s maminkou, ptali jsme se, třeba co má všechno rád a na všechny základní věci. Pak jsme pro něho vytvořili dva základní individuální plány, které se týkaly sebeobsluhy, no a pak jsme na tom začali pracovat. Dostal to jeden klíčový pracovník, ale všichni se na tom podílí. Klienta zapojujeme do činností, které s tím souvisí, a klíčový pracovník si to pak zpracuje.</p>
Paní č. 6	<p>Vždycky při schůzi, nebo já sama i doma musím o uživateli přemýšlet. Vnímám ho, přemýšlím o něm, vcítím se do něj, znám jeho reakce, něco mě napadne. Tak se to nadhodí, zkonzultuje se to. Někdo si to dělá sám, ale já to ráda proberu s někým jiným. A zkusíme to, začneme na tom pracovat. Plán sestavujeme podle toho, co klient žádá, co on chce. I když nemluví, je nekomunikující, musím se do něj vcítit, musím ho pozorovat, musím se mu věnovat, musím sledovat, co by ho</p>

	bavilo, nebavilo, co by bylo dobré, nebylo dobré. Z jeho chování to vyzorují.
Otázka č. 17: „ <i>Jakou metodu používáte při individuálním plánování?</i> “	
Pán č. 1	Pozorování, člověk si to každodenní praxí prohlubuje, klienty už známe. Rozhovor s kolegy, pročítání záznamů i starších, konzultace s nadřízenými, sociální pracovníci, vedoucí oddělení i se zdravotníky. Aby ten plán byl co nejlepší, aby vyhovoval všem a odpovídal zdravotnímu stavu a schopnostem klienta a možnostem oddělení a vybavení organizace.
Paní č. 2	Rozhovor, pozorování, reference od rodičů. Pro mě je nejlepší metoda rozhovor, když jsme sami a uživatel vidí zájem, tak je šťastný, že se mu někdo věnuje, je to pro něj důležité, má s někým schůzku. Ale u verbálně nekomunikujících je snazší pozorování, protože, tam je to vidět, že třeba potřebují pomoc při stravě nebo při sebeobsluze, při hygieně, takže tam to člověk vypracuje, nechci říci, že sám, ale na základě vlastního pozorování. Ale já určitě upřednostňuji rozhovor. Můžu doptáváním zjistit, jestli o to uživatel vůbec stojí, jakou metodou by toho chtěl dosáhnout.
Paní č. 3	U nekomunikujícího uživatele pozorování. U komunikujícího uživatele rozhovory. Já upřednostňuji rozhovory, z toho pozorování to nemusí být vždy jasné.
Paní č. 4	Různě, většinou buďto pozorování, když jsou to nekomunikující, tam hlavně pozorování, vcítěním nebo spolupráce s rodinou. A jinak u ostatních uživatelů komunikujících, tak tam většinou si řeknou třeba i sami, co by chtěli dělat a my to třeba jenom upřesníme nebo nasměrujeme nebo tomu dáme postup, když je to těžký cíl, kterého by chtěl dosáhnout, tak je k tomu potřeba třeba dosáhnout pěti kroků, dílčích cílů jednodušších, takže to třeba potom takto rozepíšeme, takže potom už tou komunikací. Nejlépe se sestavují individuální plány, když celý ten tým spolupracuje, a my tady spolupracujeme dobře, což je velká výhoda a při různých akcích nebo činnostech zjistíme, že by někdo potřeboval tady v tomto zdokonalit anebo, že při té činnosti pronesl přání, kterého by chtěl třeba dosáhnout, já bych se to chtěl naučit. Potom si to mezi sebou jako tým předáme a to mi přijde úplně nejlepší verze, že oni sami ti uživatelé nejsou kolikrát schopni si vymyslet nebo si představit čeho by chtěli dosáhnout, oni jsou spokojení, tak, jak jsou, oni

	nepotřebují nic jiného, oni jsou sami se sebou takto spokojeni. Toto nařukávání, tím, že jsme dobrý kolektiv, a že nebereme jenom ty svoje uživatele, toto mi přijde jako nejlepší verze. Z tohoto jsou pak nejlepší individuální plány, na kterých se nejlépe pracuje, protože do toho jdou s takovou chutí.
Paní č. 5	Podle schopností těch klientů, buď rozhovor, pokud komunikuje, pokud nekomunikuje, tak pozorování a pak používáme ještě jiné techniky. Ale já používám hlavně rozhovor a pozorování.
Paní č. 6	Samozřejmě rozhovor, i když je uživatel nekomunikující. Pro nekomunikujícího uživatele máme komunikační deník, a podle komunikačního deníku se snažíme přijít k něčemu, co by uživatel chtěl. Na našem oddělení používáme hodně empatické pozorování. Ale rozhovor používáme také, podle možností, přes komunikační deník, přes různé znaky a podobně.
Otázka č. 18: „ <i>Máte specifické metody pro nekomunikující uživatele?</i> “	
Pán č. 1	Je to docela těžké, především pozorování, komunikační deníky, alternativní komunikace a taky cit, odhad, ale stane se, že za pár měsíců zjistíme, že individuální plán nefunguje, klient buď není schopen to vykonávat, nebo mu to nesesedlo, nebo mi s tím máme problém a prostě se to přehodnotí, zruší se, změní se, udělá se nový. Je to hledání co nejlepší by se dalo udělat.
Paní č. 2	Já co mám nekomunikující klientku, tak u ní používám jen pozorování nebo potom, na čem se domluvíme s rodiči.
Paní č. 3	Využíváme piktogramy nebo různé posunky, gesta.
Paní č. 4	Používáme piktogramy a hlavně pozorování. Nebo zase z přímé situace, když něco je, tak přímo z toho vycházíme. Když se dostaneme do nějaké situace, kde obě vycítíme, že toto by mohlo být, na tomto bychom mohly pracovat, vidím ten zájem toho uživatele a potom na tom stavíme. Většinou se to týká té sebeobsluhy nebo sebezdokonalování, ale vyplyne to vždycky od toho uživatele. Třeba vidíme, že si to chce vyzout sám a z toho už potom vycházíme.
Paní č. 5	Mám klientku, která nekomunikuje, pozoruji ji, sedám si k ní. Pozorování se mi velmi osvědčilo.

Paní č. 6	Ano, komunikační deníky, obrázky, znaky.
Otázka č. 19: „ <i>Jak často obnovujete IP?</i> “	
Pán č. 1	Jednou za měsíc si nad nimi sedneme, vyhodnotíme, co se stalo, jestli pokračuje dobře plán nebo jestli stagnuje nebo je úplně špatný nebo se změní. Takže jednou měsíčně pravidelně a jinak i ty zápisy celkově my hodnotíme, jako klíčoví pracovníci jednou za měsíc uděláme shrnutí, předá se to sociální pracovníci, která zhodnotí všechny individuální plány, pak je porada a tam se všechno konzultuje, takže jednou měsíčně je pravidelnost a aby měl plán smysl tak se musí plnit minimálně dvakrát za týden nebo za čtrnáct dní, provádět tu činnost, protože když máte individuální plán a děláte to jen jednou za půl roku, tak to nemá smysl, tak to není individuální plán, ale jen občasná aktivita.
Paní č. 2	Většinou když se naskytne, nebo když klient sám přijde s cílem, co by chtěl. Tak i když ještě není ukončený ten předešlý plán, vytváříme nový, takže máme rozpracovaných někdy i několik plánů. Pracujeme na více souběžně.
Paní č. 3	Pokaždé je to jinak, některé plány třeba máme na tři čtyři měsíce, jiné na půl roku. Pokaždé je to jinak, individuální. I u každého uživatele, je to s každým plánem jinak, jestli je krátkodobý nebo dlouhodobý. A taky záleží, jak je plán náročný.
Paní č. 4	Tady právě u těchto, co je ta sebeobsluha, ty jsou na delší dobu, ale vždycky do toho ještě přijdeme, že třeba by bylo dobré něco vložit, takže se jakoby obmění. Třeba když je to vyzouvání, obouvání to je moc, takže dáme třeba jenom vyzouvání, potom až obouvání, takže takový ten postup se upravuje a tím se ten plán mění. Ale je to na tři měsíce, ale i na půl roku, prodlužujeme to. A potom jsou takové situace, individuální plány, co vycházejí přímo z aktivit, které jsou třítydenní, čtrnáctidenní nebo týdenní, příprava na nějakou akci, seznámení se s něčím, tak ty jsou potom takové krátkodobější, ale většinou plány trvají delší dobu, jsou dlouhodobější. S tím, že se mohou obnovit, nebo že se do toho něco přidá a samozřejmě nikdy nekončí.
Paní č. 5	Vlastně každý měsíc při té poradě zjišťujeme, jestli ten plán je ještě aktuální, jestli ho nechat nebo mírně upravit, popřípadě úplně zrušit, že se třeba neosvědčil nebo už je splněný. Někdy je to plán krátkodobý někdy je dlouhodobý, ale na každé

	týmové poradě vždycky tak zhruba hodinu probíráme individuální plány.
Paní č. 6	Plány vyhodnocujeme každý měsíc, realizace probíhá denně a hodnocení každý měsíc. Po konzultaci s kolegyněmi, s nadřízenou a se sociální pracovníci se daný individuální plán u každého klienta hodnotí a vyhodnocují se většinou po půl roce, po roce. Záleží, jestli je klient ponořen do toho plánu, baví ho to a někam postupuje, nebo ne. Také záleží, jestli se jedná o dlouhodobý nebo krátkodobý plán. Jsou klienti, kteří pokračují milovými kroky a klienti, kteří pokračují milimetrovými kroky. Ale děkujeme za každý milimetr, a hlavně musíme vnímat ten milimetr, uvědomovat si ho a zvažovat co tento milimetr klientovi přináší. Ale jsou i těžší uživatelé, kdy nevidíme velký posun, alespoň ten milimetr, je důležité setrvat. Dát tomu čas tomu těžšímu klientovi, snažit se na tom pracovat, jestli se vůbec chytne, jestli má smysl v plánu pokračovat.
Otázka č. 20: „ <i>Jak vyhodnocujete naplnění IP, máte nějaká kritéria?</i> “	
Pán č. 1	Kritéria jsou takové, jestli to nějak funguje, jestli ten klient vůbec něco dělá, jestli s námi nějak funguje nebo jestli se vůbec nechytá a na základě toho zápisu, zápis děláme každý den, co klient dělal nebo nedělal a píšou se do těch kolonek i individuální plány. To jednou za měsíc projedu, udělám vyhodnocení a zjistím třeba, že za celý měsíc ten klient to IP plnil úplně výborně, super, takže to vyhodnotím, že to je dobrý, je spokojený, je tam posun, zlepšil se, dělá věci, které před měsícem nedělal. Nebo naopak, že se třeba z důvodu jeho nemoci nebo kvůli častým dovoleným pracovníků, bylo málo lidí, IP vůbec nedělalo, jenom třeba za celý měsíc jen jednou, tak to tam zapíšu. Z těch a z těch důvodů se momentálně IP neplní, anebo plní málo, anebo zjistíme, že to vůbec nefunguje a dá se návrh, jestli to zrušit nebo předělat, nebo se i zjistí, že už se to naplnilo, takže to zrušíme a stanovíme nový a to ho může posunout úplně nějak jinam.
Paní č. 2	Vždy společně si spolu sedneme a sepíšeme hodnocení plánu, a pokud se umí podepsat, tak to podepíše. Zhodnotíme, zda se nám to podařilo nebo nepodařilo, zda v tom bude pokračovat nebo jestli plán nějak změníme třeba trochu. A vždy písemně.

Paní č. 3	Když už vidíme, že to uživatel zvládne, nebo zvládne s pomocí. Nebo když vidíme, že je uživatel spokojený, tak plán splnil. Když řekne, že už to dál nezvládne, ale je rád, že takto to dokáže. Ačkoli je plán splněn třeba jen z poloviny. Tak to tam napíšeme. Že plán je splněn částečně, ale že klient je s výsledkem spokojený.
Paní č. 4	Vycházíme ze situace, máme i stanovené nějaké kritéria. Mělo by se dosáhnout, třeba u zadání nějakého úkolu, nějaký cíl, a u tohoto cíle by se mělo opravdu dosáhnout úplné samostatnosti. Například zapínání knoflíků, pokud není schopný ten knoflík zapnout, pořád potřebuje nějakou pomoc, nedosáhli jsme toho. Musíme cíl třeba pozměnit a místo knoflíku, když nedosáhne té samostatnosti, pořídíme suchý zips, a tady už se nám to podaří. Měli bychom dosáhnout až úplné samostatnosti, pokud se to nepodaří, tak můžeme plán obnovit nebo prodloužit. Často se nám stane, že se nepodaří naplnit plán, tak zvolíme jemnější variantu nebo plán přepracujeme, aby dosáhli třeba menšího cíle, abychom ho dosáhli, aby nás to motivovalo k další práci.
Paní č. 5	Je to různé, pokud je to jednorázové, že jedeme někam na výlet, tak se to splní. Tak se může dát větší cíl nebo se to bere jako splněné. A pokud je to třeba samostatnost v jídle, tak to je dlouhý proces, to jde úplně od začátku. Daří se, nedaří se a musí se třeba pokračovat. My si v těch začátcích sestavíme nějaká kritéria, ale to děláme se sociální pracovníci. Pokaždé máme nejméně dvě tři kritéria a podle toho to vyhodnocujeme.
Paní č. 6	Pracujeme v programu Cygnus, kde už máme dopředu stanovená určitá kritéria a podle těch tabulek jedeme. Je to dané, sociální pracovníce to nastavila. Myslím si, že u nás to funguje velmi dobře. Každý den realizujeme individuální plány, jak přes den, tak v noci a každý měsíc je hodnotíme.
Otázka č. 21: „Myslíte si, že vytváření IP pro osoby s mentálním postižením je složitě, složitější než pro jiné cílové skupiny? Proč?“	
Pán č. 1	Je to těžší v tom, jaké postižení ten určitý člověk má. Někdo s menším postižením nebo senior si sám řekne, má nějaký cíl, co chce, kdežto u lidí s těžkým nebo i hlubokým postižením, které tady máme, tak ten cíl nemá, například já chci za

	<p>měsíc jist lžící. Oni často vůbec neví, takže je to těžké a děláme pomalé postupné kroky. Je to těžké, jednak sestavit plán a jednak ho i udržovat. Musíme ten plán naplňovat, je to těžké, ale musíme se snažit, je to naše práce.</p>
Paní č. 2	<p>Nedá se mluvit o celé cílové skupině například seniorů nebo osob s mentálním postižením, ale spíš je to o jednotlivci. Někdo prostě na sobě chce pracovat, někdo, když ho dobře motivujete, tak se rád zapojí a pak je sám rád, že se zapojil, třeba za odměnu a pak už odměnu ani nechce, ale je to opravdu člověk od člověka. Nepřijde mi, že záleží přímo na cílové skupině. Přijde mi, že tady je to, ale jednodušší než například u seniorů. Tak už má člověk kde co za sebou a když tam přijdu jako pracovník a budu chtít s ním plánovat, tak je to asi náročné. Je pravda, že jsem to nikdy nezkusila, ale tak si to myslím.</p>
Paní č. 3	<p>Nevím, někdy je to složité, někdy to jde. Je to hodně individuální, ale třeba s osobami drogově závislými to musí být opravdu složité. Ale je to, jak kdy.</p>
Paní č. 4	<p>To určitě. To bezesporu. Je to tak.</p>
Paní č. 5	<p>No, je to složité. Asi ano, myslím si, že například senior má vždycky nějaký ten svůj cíl, na rozdíl od těch našich klientů, oni se k tomu dají navést, ale tam kde klient komunikuje a ten co nekomunikuje má taky své potřeby, ale je to dlouhý proces, aby to nějak člověk vyzoroval, co by to mělo být. Myslím, že celkově je to určitě složitější.</p>
Paní č. 6	<p>Určitě, ale nemůžu to objektivně hodnotit, protože jsem u jiné cílové skupiny nepracovala. Ale pokud budu mluvit o hendikepovaných, hendikepovaní jsou omezení svým mentálním postižením, jsou omezení, jak pohybově, tak i tím mentálním postižením, ale je na pracovnících jakou metodu zvolí, jak s nimi budou pracovat. Je to důležité, je to dobrá věc, ale musí se vědět, jak na to. Složitější, proč složitější, každý klient je složitý, protože má nějaký problém, zdravotní, mentální, psychický, jakýkoli. Takže už to je složité. Ale je to individuální. Jde o individuální přístup ke každému člověku, a je jedno jestli je to senior, mentálně postižený nebo drogově závislý.</p>

Otázka č. 22: „Myslíte si, že individuální plánování je přínosné, nebo se podle vás jedná jen o administrativní práci navíc?“

Pán č. 1	Administrativa je to určitě, musíme všechno zapsat, ale tak zase to slouží k vyhodnocování. A já osobně jsem byl rád, když jsem si mohl přečíst x let zpátky záznamy, což mi velice pomohlo, než kdyby to nebylo a vůbec bych nic nevěděl a musel bych se doptávat. Určitě to má smysl, je to cílená věc, krátkodobá, přesně stanovená, co chceme, kdy to chceme, jak to chceme, za jak dlouho to chceme a můžeme se na to soustředit. Není to abstraktní věc, nějak to dopadne, nějak se něco dělá, víme přesně, co, kdo to píše, kdo to naplňuje, co se kam má zapsat, kde to najdu, kde si to můžu přečíst, sociální pracovník ví, kde si vyjede zápisy od nás. Je to cílená věc, která je velmi praktická a pomáhá to a už jsem viděl spoustu naplněných plánů, které se podařily.
Paní č. 2	Na začátku roku 2007, 2008, 2009 bych možná odpověděla, že je to zase práce navíc, zase papíry pro papíry. Ale my jsme si v tom našly systém, který na to perfektně pasuje, naše sociální pracovnice vytvořila, tak že je to jednoduché, přehledné, nikoho to do ničeho netlačí, takže mi to přijde velice přínosné. Protože, ne že by se předtím nic nedělalo, ale asi potřeba to i nějak vykazovat a tady je opravdu přehled co se všechno udělalo, co všechno uživatelé dokázali, takže si myslím, že je to velmi přínosné, jak pro uživatele, tak pro nás, že vidíme, co se udělalo, a nás samotné to motivuje k další práci.
Paní č. 3	Jak kdy. Někdy je to opravdu administrativní, takové navíc, mohlo by to být jednodušší. Smysl to, ale má. Je to pro klienty možnost se více zapojit do činností, nejraději by seděli, poslouchali rádio, ale tak se musí zapojit. Takže si myslím, že je to přínosné.
Paní č. 4	Ze začátku jsme to tak cítili, že je to hodně té administrativní práce, hodně práce pro pracovníky navíc. Vždy jsme plánovali, aniž to byla povinnost, dělali jsme to automaticky, vycházelo to z potřeb a přání uživatelů, z přání rodiny a pracovalo se na tom bez zapisování, bez nějakých zdoluhavých řečí, pokud tuto práci dělají lidé, kteří jí rozumí a mají to cítění a dělají ji rádi, není potřeba toto dělat. Ale v současné době se to vyžaduje a náš přístup byl víceméně takový negativní

	<p>a vždycky jsme to dělali a nemuseli jsme to zapisovat a věděli jsme. Domluvili jsme se vždycky i s tím klientem. Přínos vidím hlavně v tom, že i když je to pro nás hodně práce, časově navíc a je to hlavně na úkor uživatele, tak vidíme, že oni rádi jdou, když vidí, že jdeme s individuálními plány, tak se na to těší. Těší se na ten individuální přístup, těší se na tu práci a dá se říct, že je to víc motivuje a mají větší snahu vymýšlet, v čem by se chtěli zdokonalit. I když nás to někdy stojí práci přesčas a je to náročnější než dřív, dá se říct, že je to přínos.</p>
Paní č. 5	<p>No to je takové. Já jako kmenová pracovnice jsem to měla těžší, protože jsme měli šest klientů, tak to pro mě bylo někdy opravdu náročné, ale nikdy jsem si nemyslela, že je to jen papír. Možná jen v samém začátku, když to pro nás bylo nové, člověk se toho vždycky první lekne, co to zase bude, ale když jsme to s kolegy nějak probírali, tak jsme všichni došli k tomu, že si nesmíme myslet, že je to papír pro papír a myslím si, že po čase už jsme se s tím všichni srovnali. Od začátku jsme věděli, že je to důležité, nejenom pro nás, ale pro kohokoli, kdo s tím klientem bude dále pracovat.</p>
Paní č. 6	<p>Přínosem je stoprocentně, je to dobrá věc, ale že je to administrativní práce, to je taky velká pravda, a že to někdy narušuje práci s klientem a to je taky pravda. Ale to navazuje na personální obsazení a souvisí to jedno s druhým. Myslím si, že na našem oddělení se všichni snaží, ale taky si myslím, že všichni máme rezervy. Naplánuji si třeba, že 70% dne prožiji s uživateli na 100%, ale pak už mi zbude jen 30% na dohánění ostatní práce a administrativy. Takže je jisté, že ten den mě ta administrativa bude hodně štvát, protože se jedná o čas, který jsem mohla věnovat uživatelům. Ale na druhou stranu je důležité to do těch papírů napsat, aby to ti ostatní věděli. Je důležité to umět skloubit. Ale jinak si myslím, že to plánování je velmi důležité, plánujeme i v osobním životě, i u svých dětí, všude.</p>
<p>Otázka č. 23: „<i>Mělo by podle vás zůstat individuální plánování povinností ze zákona nebo by mělo být dobrovolné? Proč?</i>“</p>	
Pán č. 1	<p>Ze zákona nebo dobrovolně? Ono je to prakticky smyslem, jako i my máme nějaké cíle v životě a určitě všichni lidi, někdo je schopen je sám vyhodnotit a jít si za nimi a někdo ne, tak jim pomáháme zase my a já si myslím, že by to mělo být, je to</p>

	dobrá věc. Je to součást života, takže jen to přizpůsobit jejich podmínkám a jejich schopnostem, ale cíle máme všichni a všichni se je snažíme plnit, posouvat se dopředu, takže jestli je to v zákoně nebo jestli dobrovolně. Nevím, jestli to hraje roli, ale určitě je to dobrá věc a mělo by to být součástí práce v sociálních službách.
Paní č. 2	Ano, mělo by to zůstat povinností ze zákona, protože to, co není ze zákona povinné, i když jsme rádi, že to děláme a je to přínos, jak to není pevně dané, tak si myslím, že by se to odkládalo na neurčito. Takhle člověk ví, že opravdu musí.
Paní č. 3	Mělo by být dobrovolné. Je to opravdu hodně administrativní práce navíc a s klientem se může plánovat, i když to není dané zákonem.
Paní č. 4	Já nevím. I když je to povinné, vždycky se to dá obcházet, i když je to u toho zákona dané navždycky se to dá pro dané zařízení usměrnit nebo charakterizovat. Pokud jde například o starší lidi a ti lidé chtějí mít klid a nepřejí si, aby se s nimi něco takového dělalo, že je to obtěžuje, je to pro ně nepříjemné, neúnosné. Tak to pro ně není dobré, je do toho nutit. A také pokud by bylo v zařízeních dvakrát tolik pracovníků, aby byl prostor pro víc individuální práce, třeba si s tou seniorkou posedět, povykládat a z toho by ten plán vyplynul, že se jí budeme ptát, co chcete. Pokud by tedy byla organizace na to připravená prosím, ať je to povinné ze zákona, ale jinak mi to přijde jako nerozumná věc. Nejsme na to připraveni, abychom takto pracovali. Třeba v našem zařízení to funguje dobře, téměř až nadstandardně, je tu dobrý pracovní tým, máme dostatek času na individuální přístup, ale v zařízení kde jsou třeba 2 pracovnice na 18 uživatelů, to prostě není možné, je to nepřínosné.
Paní č. 5	To je těžko říct. Nevím, co by to přineslo, kdyby to bylo dobrovolné. Jestli by si někteří neřekli, že to nebudou dělat, když je to dobrovolné. Něco tou povinností být musí, aby to lidi dělali. Teď když už to tak dlouho děláme, tak mi to přijde smysluplné. Obávám se, že by to pak začalo být moc volné.
Paní č. 6	Když bude dobrovolné, tak se dělat nebude, co si budeme nalhávat. Proč? To je jasné, takže by mělo zůstat povinností ze zákona.

Otázka č. 24: „ <i>Kolika uživatelům jste přidělen/a jako klíčový pracovník? Zvládl/a byste víc, nebo by pro vás bylo lepší vytvářet IP pro méně uživatelů?</i> “	
Pán č. 1	Jsem klíčovým pracovníkem dvou mužů. Myslím si, že dva až tři, se dá, než kdyby měl někdo dvanáct lidí, to už je potom těžko. Ale na tom plánu se potom podílí všichni, ví, že ten plán je a i když já tady nejsem, tak se na tom pracuje a zapisuje to někdo jiný. A já si pak ty zápisy vytáhnu a udělám zhodnocení.
Paní č. 2	Čtyřem jako klíčový pracovník. Vzhledem k tomu, že mám uživatelku, která tady je jednou do měsíce, tak asi ano. Optimální je tak čtyři pět uživatelů. Když chodí takto nepravidelně, je individuální plánování strašně složité. Špatně se vytváří individuální plány a ještě hůř se potom plní. Protože když na něčem začneme pracovat a měsíc s uživatelem nic neděláme, tak to v podstatě ztrácí svůj smysl.
Paní č. 3	Zatím tři. Čtyři je pro mě maximum.
Paní č. 4	4 až 5 uživatelů je myslím si ideální. Myslím si, že kdybych měla například 7 uživatelů, že už to nebude tak kvalitní.
Paní č. 5	Momentálně jedné klientce. Ale dříve na jiném oddělení jsem měla šest klientů, ale to si myslím, že už je moc. Ideální je, tak dva tři klienti, aby to člověk zvládal a opravdu to byla individuální práce.
Paní č. 6	Měla jsem 3 uživatele a teď mám 2. A jsem za to ráda, nejde o to, že bych to nestíhala, ale můžu se víc soustředit na ty dva. Na jiném oddělení bych asi řekla víc, ale my máme uživatele s těžkým a hlubokým postižením a ti 2 až 3 uživatelé jsou ideální.
Otázka č. 25: „ <i>Pro uživatele, které služby sestavujete IP (denní, týdenní stacionář, celoroční pobyt)?</i> “	
Pán č. 1	My tu máme jen klienty na celoroční pobyt tedy domov, jsou tu doma, a možná se nám díky tomu na plánech lépe pracuje.
Paní č. 2	Já pro denní a týdenní stacionář.
Paní č. 3	Jen pro denní stacionář.
Paní č. 4	Pro denní i týdenní stacionář a i pro komunikující i nekomunikující uživatele.

Paní č. 5	Moje klientka je na celoroční pobyt, tedy domov pro osoby se zdravotním postižením.
Paní č. 6	Celoroční pobyt, tedy domov pro osoby se zdravotním postižením.
Otázka č. 26: „ <i>Stalo se vám, že se nepodařilo naplnit IP? Čím to podle vás bylo?</i> “	
Pán č. 1	Určitě, i to se stává, že po čase zjistím, že to nefunguje, jak jsme si mysleli, nebo jak si klient myslel nebo přál, takže nemusí se hned zrušit IP, může se přístup změnit, i ten cíl se může trochu upravit, ale ta věc zůstane stejná, a když se zjistí, že to prostě nefunguje, tak se nic hrozného nestane a udělá se nějaká změna. Prostě se to nějak přehodnotí a jde se zase jinou cestou, zkouší se to zase jinak, anebo se to úplně zruší a vyhodnotí se to jako nerealizovatelné, nemožné. Buď jsme podcenili schopnosti klienta nebo i nás nebo celou situaci nebo možnosti zařízení či oddělení nebo se prostě zjistilo, že to sám klient sám nechce. Ale snažíme se poučit, jak z úspěchu, tak z neúspěchu, když se něco nepodaří, proč se to nepodařilo, vyhodnotí se proč, a buď se to změní a zkusí se to znovu nebo se to úplně zavrhne, že to prostě nejde. Stane se, že se to nepodaří, ale svět se nezboří a jde se dál a pak se zas něco podaří.
Paní č. 2	Ano, stalo se mi to, několikrát. Většinou to souviselo se zdravotním stavem, byla velká vůle k sebeobsluze, zavazování tkaniček, zapínání knoflíků, ale ztroskotalo to na motorice, ten zdravotní stav se natolik zhoršil, že bolest třeba v rukou byla tak velká, že už ani nácvik pak nebyl možný, takže jsme to volili jinou formou, například oblečení na suché zipy a plán splněný nebyl, tak jak to chtěl.
Paní č. 3	Ano, bylo to postižením uživatele. Jeho možnosti, schopnosti mu nedovolily splnit, co jsme si naplánovali.
Paní č. 4	Ano, třeba byl cíl moc náročný, těžký a uživatel nebyl schopný ho dosáhnout. Jeho zdravotní stav nebo spíše jeho postižení mu to nedovolilo.
Paní č. 5	Ano, určitě dřív u těch dospělých mužů. Byli to všechno komunikující klienti, on se třeba pro něco rozhodl a pak se mu třeba změnil zdravotní stav nebo on sám už neměl zájem o naplnění toho cíle, tak jsme po vzájemné dohodě plán uzavřeli a věnovali jsme se zase jiným činnostem.

Paní č. 6	Určitě, myslím si, že se to stane každému a kdo řekne, že ne, tak ten lže. A většinou to bylo nastavením nepřiměřeně vysokého plánu, nebo to byl plán, o kterém jsme dostatečně nepřemýšleli, nebo jsme to chtěli zkusit a prostě se to nepodařilo. Nebo jsme si mysleli, že to uživatel zvládne, ale nezvládl. Je to běžná životní situace, není to selhání. Myslím si, že je někdy dobré zkoušet větší věci, sami to ve svém životě taky děláme. Je to dobře, proč psát jenom pozitiva, i my máme negativa. Musíme to tam napsat, nepodařilo se, nedosáhl toho.
<i>Otázka č. 27: „Po naplnění IP je pro vás věc, kterou se plán zabýval, uzavřená nebo se jí dále věnujete (např. osobní hygiena klienta – aby se naučil umývat si vlasy sám)?“</i>	
Pán č. 1	Už ho přímo neděláme, tak jako ty fungující, nedělají se zápisy nebo takhle, ale určitě se na to nějak navazuje, protože pokud klient něco úspěšně dokončí, něčeho dosáhl, co on chtěl, nebo my jsme chtěli a už to umí, takže my to dál rozvíjíme. Určitě to na sebe navazuje, pokud se něco individuálním plánem naučí, tak se podaří celý ten smysl, můžeme navázat dalším plánem a on se zase posouvá někam dopředu, takže se na tom pracuje dál.
Paní č. 2	No to nejde, to nejde uzavřít. Myslím si, že kdyby se na tom dál nepracovalo, už se to sice nevykazuje, jednou se to naučil. Máme uživatelku, která se učila umývat vlasy a jak člověk jednou přestane. Pokud se to zautomatizuje úplně, tak budiž. Ale velmi dlouhou dobu právě trvá, než se ta činnost pro uživatele stane automatickou. Ještě dlouho potom co se plán uzavře, je potřeba na tom pracovat.
Paní č. 3	Nadále se tomu věnujeme. Například uživatelka M. měla plán, že se chce naučit podepisovat. Takže jsme začali procvičovat psaní, rozlišování písmen. To je plán, kterým jsme se zabývali před třemi lety a dodnes to procvičujeme, protože uživatelka se nenaučila úplně podepisovat, ale pouze iniciály, tak písmenka pořád cvičíme, a snažíme se spolu naučit celý podpis.
Paní č. 4	I když se nám podaří dosáhnout toho cíle, tak se na tom neustále pracuje dál, pořád se to kontroluje, jestli se tam neustrnulo, nešlo se dolů. Často se stane, že třeba po dovolené, když tu uživatelé nejsou tak je ten sešup úplně dolů a potom začínáme od píky znovu a obnovujeme plán. Stává se to velmi často, obnovujeme, zapomněli jsme to, musíme začínat znovu.

Paní č. 5	Ten plán se označí, že není momentálně aktuální, ale vždycky se domlouváme, že i ty starší plány, že se na ně jednou za čas mrkneme a můžeme se k tomu z nějakého důvodu vrátit. Někdy se změní okolnosti a je vhodné ten plán obnovit. Ono i při procházení těch starších plánů se může stát, že ten starší plán jen mírně upravíme a vrátíme se k němu.
Paní č. 6	Samozřejmě, že se tomu věnujeme dál. Pokud to uživatel zvládl, je spousta takových plánů, které se nám podařily a dál je děláme automaticky. A pokud jsou to plány, u kterých vidíme, že už se neposunují dál, tak je udržujeme. Něčeho jsme takovou těžkou cestou dosáhli, tak jsme za to rádi a udržujeme to. A spousta plánů se zakládá na tom, udržet dovednosti, kterých dosáhli v minulosti.

Tabulka č. 3 – Přepis rozhovorů

4.5 Závěr empirické části

Rozhovoru se účastnilo šest klíčových pracovníků s různou délkou praxe v sociálních službách. Nejkratší dobu v sociálních službách pracuje paní č. 6 a to 5 let a nejdéle paní č. 4 25 let. Ostatní pracovníci jsou v rozmezí mezi těmito roky. Pět z šesti zúčastněných pracovníků pracuje s osobami s mentálním postižením celou dobu, co pracují v sociálních službách. Pouze pán č. 1 původně pracoval v sociálních službách pro seniory. Všichni oslovení pracovníci pracují v přímé obslužné péči, ale některé organizace se liší pojmenováním pracovní pozice. Jde o pozice pracovník v sociálních službách, pracovník v přímé péči, aktivizační pracovník a pečovatelka.

Ze šesti respondentů pouze dva mají vzdělání sociálního charakteru, a to středoškolské studium na pedagogické škole, obor speciální pedagogika a nástavbové maturitní studium, obor sociální práce. Ostatní respondenti mají různé vzdělání a na práci v sociálních službách se připravovali pomocí různých kurzů a školení, například pomocí kurzu pracovníka v sociálních službách a kurzu střední zdravotnické školy, který zahrnoval výchovnou činnost, sociální činnost a nepedagogické minimum.

Dílčí cíl zmapovat sociální služby pro osoby s mentálním postižením ve Zlínském kraji byl naplněn pomocí charakteristiky Zlínského kraje a zaměřením se na soupis všech sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením v kraji. Všech 82 služeb je sepsáno

v příloze P 1. Byla také zpracována mapa vybraných sociálních služeb (denní, týdenní stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením), ze kterých bylo následně vybráno a osloveno několik zařízení, zda by se klíčoví pracovníci organizace chtěli zúčastnit výzkumného šetření.

Dílčí cíl, zjistit, jak klíčoví pracovníci vidí povinnost plánovat vyplývající ze zákona, byl zjišťován pomocí otázky č. 23: „Mělo by podle vás zůstat individuální plánování povinností ze zákona nebo by mělo být dobrovolné a proč?“ Paní č. 3 jako jediná uvedla, že by individuální plánování mělo být dobrovolné, protože je to moc práce navíc a s uživateli se podle ní může plánovat i tak. Pán č. 1 přímo neuvedl, že by plánování mělo zůstat povinné ze zákona, ale myslí si, že by mělo být součástí práce v sociálních službách. Paní č. 4 si myslí, že některé organizace jsou na individuální plánování připravené a jiné ne, uvedla, že je to způsobené nedostatečným počtem pracovníků, cílovou skupinou uživatelů a proto by to nemělo být povinné pro všechny. Paní č. 2, 5, a 6 si myslí, že by mělo zůstat povinné ze zákona, protože, co není povinné, se nedělá. Dalo by se to shrnout tak, že všichni zúčastnění klíčoví pracovníci si myslí, že by se mělo plánovat, ale polovina si myslí, že by to mělo být povinné a druhá, že ne.

Dílčí cíl, sledovat, zda plánují všichni pracovníci sociálních služeb, nebo zda tato povinnost spadá pouze na sociálního pracovníka, vyplynul s rozhovorů se sociálními a vedoucími pracovníky. Po navštívení několika organizací jsem zjistila, že ve většině případů plánování pracovníci v přímé péči a sociální pracovník jim slouží jako opora, rádce, zdroj informací. Také jsem se setkala, že sociální pracovník se podílí na individuálním plánování formou kontroly a hodnocení průběhu individuálního plánování a v menších zařízeních, kde je méně pracovníků, pracuje i jako klíčový pracovník pro několik uživatelů.

Dílčí cíl zhodnotit, zda se klíčovými pracovníky daří naplňovat individuální plány uživatelů, byl zjišťován pomocí otázky č. 26: „Stalo se vám, že se nepodařilo naplnit IP? Čím to podle vás bylo?“ Všichni dotazovaní odpověděli, že se jim již stalo, že se individuální plán nepodařil naplnit. U některých respondentů bylo vidět, že se na toto téma neradi baví, že jim to částečně přijde jako jejich selhání, že měli plán lépe sestavit, vhodněji vybrat. Ale u dalších jsem se setkala s názorem, že to není na škodu. Že se jim sice nepodařilo plán naplnit, ale nevidí to jako selhání, ale jako další možnost se rozvíjet. Bylo to pro ně motivací, aby v individuálním plánování pokračovali a dosáhli ještě lepších výsledků.

Dílčí cíl identifikovat rozdíly v procesu individuálního plánování mezi jednotlivými klíčovými pracovníky výzkumu byl zkoumán pomocí otázek č. 16: „Jak postupujete při individuálním plánování? Jak sestavujete IP/proces IP?“ č. 19: „Jak často obnovujete IP?“ a č. 20: „Jak vyhodnocujete naplnění IP, máte nějaká kritéria?“ Pán č. 1 sestavuje IP na základě rozhovoru s uživatelem nebo pozorování, snaží se, aby byl plán pro uživatele reálný a přínosný. Vypracovaný plán sepíše v programu Cygnus. Plány vyhodnocuje 1x měsíčně, zda pokračují, stagnují nebo se vůbec nenaplnují. Plán hodnotí podle toho, jestli uživatel na plánu pracuje a zda plán funguje. Paní č. 2 si nejprve sjedná schůzku s uživatelem, vedou rozhovor o tom, co by uživatel chtěl, sepíší záznam a IP, postupně sepisuje postup individuálního plánování, průběžně se plán hodnotí a v závěrečném zhodnocení uvede, zda byl plán naplněn či ne. Paní č. 3 začíná buďto pozorováním, nebo uživatel sám naznačí, co by chtěl, domluví se spolu, co by mohlo být cílem individuálního plánování. Plány jsou hodnoceny podle toho, jak uživatel zvládá jejich naplňování (zvládá sám, zvládá s pomocí, nezvládá). Paní č. 4 zkontaktuje uživatele, sjednají si schůzku, navrhnou IP. Někdy mají plán krátkodobý, někdy dlouhodobý, někdy plány prodlužují. Pokud se plán nedaří naplnit, dochází k obnově či úpravě plánu. Paní č. 5 ze začátku uživatele pozoruje, u některých uživatelů proběhne schůzka s rodiči, pak s uživatelem vytvoří IP, který vyhodnocuje každý měsíc. Na poradě s kolegy probírají jednotlivé IP a zjišťují, zda v plánu pokračovat, změnit ho nebo úplně zrušit. Pro vyhodnocení plánu má sestavena kritéria, které slouží ke kontrole naplňování IP. Paní č. 6 pracuje pouze s nekomunikujícími uživateli, proto se zpočátku snaží vcítit do uživatele, pozoruje ho, to prokonzultuje s kolegy a na základě toho vypracuje IP. Denně probíhá realizace IP, který vyhodnotí každý měsíc. Pro vyhodnocení plánu si dopředu stanoví kritéria, podle kterých plán následně zpracovává.

Zkoumat rozdíly v přínosu individuálního plánování mezi klíčovými pracovníky denního, týdenního stacionáře a celoroční pobytové služby, tento cíl byl zjišťován pomocí otázky č. 22: „Myslíte si, že individuální plánování je přínosné nebo se podle vás jedná jen o administrativní práci navíc?“ Pro uživatele, které služby sestavujete IP. Tři klíčoví pracovníci pracují pouze s uživateli domova pro osoby se zdravotním postižením, jedna pouze s uživateli denního stacionáře a dvě pracovnice pracují s uživateli denního a týdenního stacionáře. Ani nemusíme rozlišovat mezi pracovníky různých služeb, všichni dotazovaní odpověděli, že si myslí, že individuální plánování pro osoby s mentálním postižením je velmi přínosné a velmi důležité, ale přiznali, že se také jedná o mnoho administrativní práce, která je

prováděna na úkor práce s uživatelem. Čas, který by mohli věnovat přímé péči, naplňování IP, místo toho stráví papírováním.

Cíl, popsat, jaká specifika vidí klíčoví pracovníci v individuálním plánování pro osoby s mentální retardací v porovnání s jinými cílovými skupinami, je zkoumán pomocí otázky č. 21: „Myslíte si, že vytváření IP pro osoby s mentálním postižením je složité, složitější než pro jiné cílové skupiny a proč?“ Někteří z pracovníků uvedli, že to tak je, že si to myslí, i když nikdo kromě pána č. 1 s jinou cílovou skupinou nepracoval. Většinou uváděli, že ani tolik nezáleží na cílové skupině uživatelů, ale je to individuální uživatel od uživatele a také se to odvíjí podle stupně postižení uživatele, motivace, snahy uživatele se zapojit do činností.

Dílčí cíl, zjistit, zda mají klíčoví pracovníci možnost vyjádřit se ke standardům kvality sociálních služeb, především ke standardu č. 5 Individuální plánování průběhu sociálních služeb, byl naplněn pomocí otázek č. 9: „Kdo ve vaší organizaci sestavoval standardy kvality sociálních služeb?“ a č. 10: „Měli jste možnost se k nim vyjádřit?“ Čtyři pracovníci uvedli, že standardy sestavovala sociální pracovnice a dva, že vedení organizace. Klíčoví pracovníci měli možnost se ke standardům vyjádřit, dát připomínky, a to především k procedurálním standardům, tedy k těm, které jsou zaměřeny na uživatele.

Dílčí cíl, popsat, jaké metody individuálního plánování nejčastěji využívají klíčoví pracovníci pro komunikující a nekomunikující uživatele, byl zkoumán pomocí otázek č. 17: „Jakou metodu používáte při individuálním plánování?“ a č. 18: „Máte specifické metody pro nekomunikující uživatele?“ Respondenti uváděli, že využívají pozorování, rozhovor, reference od rodičů, analýzu dokumentů (pročítání záznamů), vcítění, konzultace s nadřízenými a sociální pracovníci. Při plánování s nekomunikujícím uživatelem využívají pozorování, komunikační deníky, alternativní komunikaci, piktogramy, obrázky, znaky, posunky a gesta.

K naplnění cíle, zjistit, kdo všechno je zapojen do individuálního plánování průběhu sociálních služeb, poslouží otázky č. 13: „Vypracováváte IP samostatně, nebo na něm pracuje více pracovníků organizace?“, č. 14: „Podílí se na zpracování IP i rodiny uživatelů?“ a č. 15: „Zapojujete do individuálního plánování někoho jiného, odborníky, lékaře?“. Podle odpovědí pracovníků je jasné, že individuální plánování není záležitostí pouze klíčového pracovníka. Klíčový pracovník samostatně s uživatelem IP navrhne a zpracují, ale na naplňování už se podílí všichni pracovníci, kteří s uživatelem pracují. Do individuálního plánování jsou

zapojení i sociální pracovníci, kteří klíčovým pracovníkům radí, jak postupovat při plánování, ale také se podílejí na kontrole a hodnocení IP. Do plánování jsou zahrnuty i rodiny uživatelů, které navrhnou možné IP, probírají s klíčovými pracovníky potřeby a přání uživatelů či se zapojují do naplňování IP. Z odpovědí respondentů vyplývá, že ve většině případů využívají odborníky, jen u klientů, kteří dochází do jiné organizace nebo konzultují s lékaři, co uživateli jeho zdravotní stav dovolí.

ZÁVĚR

Diplomová práce v teoretické části charakterizuje mentální postižení, sociální služby pro osoby s mentálním postižením a individuální plánování.

V první kapitole definujeme mentální postižení a s ním související pojmy, historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením, dospělou osobu s mentálním postižením a klasifikaci a etiologii postižení.

V druhé kapitole popisujeme systém sociálních služeb v ČR vycházející z platných zákonů a dalších předpisů. Jsou zde charakterizovány sociální služby pobytové, ambulantní a terénní, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením.

Poslední kapitola teoretické části seznamuje s pojmy individuální plánování, osobní cíl, klíčový pracovník, proces individuálního plánování a specifikuje individuální plánování, možné metody a techniky, které se využívají při individuálním plánování s osobami s mentálním postižením.

V empirické části je charakterizován Zlínský kraj s ohledem na sociální služby pro osoby s mentálním postižením. V kraji je poskytováno 82 sociálních služeb, jejichž cílovou skupinou jsou právě osoby s mentálním postižením, jsou to centra denních služeb, denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení, centra odborného sociálního poradenství pro zdravotně postižené Zlínského kraje, odlehčovací služby, osobní asistence, pečovatelské služby, podpora samostatného bydlení, raná péče, sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace a týdenní stacionáře.

Empirická část diplomové práce je provedena pomocí kvalitativního výzkumu metodou strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Účastníky rozhovoru bylo 6 klíčových pracovníků v sociálních službách, kteří na této pozici pracují déle než 1 rok. Jednalo se o 5 žen a 1 muže. Empirická část odpovídá na hlavní výzkumný cíl a z něj vyplývající dílčí cíle: „Zkoumat, zda klíčoví pracovníci v sociálních službách vidí přínos v individuálním plánování pro dospělé osoby s mentálním postižením“.

Stanovené cíle byly naplněny a zodpovězeny pomocí rozhovoru. Z rozhovorů vyplynulo, že dotazovaní klíčoví pracovníci vidí v individuálním plánování velký přínos. Práci s uživatelem mají dopředu jasně stanovenou, je to motivující, jak pro uživatele, tak pro

pracovníky. Díky vyhodnocování IP je i vidět, že se na plánu pracuje a sami pracovníci mohou posoudit, zda IP pro uživatele přínosný, obohatil ho, napomohl rozvoji jeho schopností a dovedností. Ale i přes to vidí klíčoví pracovníci individuální plánování jako velké množství administrativy, která je prováděna na úkor práce s uživatelem, na úkor času, kdy mohou IP realizovat a ne popisovat průběh naplňování. Klíčoví pracovníci, účastníci se rozhovoru, nejčastěji jako metodu individuálního plánování používají pozorování a rozhovor.

Do individuálního plánování jsou zapojeni téměř všichni pracovníci organizace, nejen klíčoví pracovníci. Dále jsou zapojeny rodiny uživatelů a v některých případech i další odborníci. Klíčoví pracovníci uváděli, že si myslí, že individuální plánování pro osoby s mentálním postižením je velmi složité a v mnoha případech složitější než pro jiné cílové skupiny. Ale také uvedli, že velmi záleží na individuálních schopnostech a možnostech uživatele. Ne vždy záleží na tom, že je člověk postižený, ale záleží na tom, zda je schopen vyjádřit své přání a potřeby a následně pracovat na jejich naplnění.

V sociálních službách přichází popud k sepsání standardů kvality sociálních služeb od vedení organizace, většinou tato povinnost spadá na sociální pracovnice a jednotlivé vedoucí oddělení přímé péče. Dotazovaní pracovníci uváděli, že stejně je to praktikováno i v jejich zařízeních. Také uvedli, že byli osloveni, aby se ke standardům vyjádřili, sdělili své připomínky tak, aby byly služby poskytované co nejlépe. Tak, aby služba byla pro uživatele stimulující, efektivní, motivující a především, aby mu byla poskytnuta kvalitní pomoc a péče.

Práci bychom doporučili k přečtení studentům oborů sociálního zaměření, začínajícím klíčovým pracovníkům a lidem, kteří se zajímají o problematiku osob s mentálním postižením a o individuální plánování. Dále by práce mohla být přínosná také klíčovým pracovníkům, kteří již mají praxi s osobami s mentálním postižením a individuálním plánováním. Práce jim může přinést nové poznatky a informace, které mohou v praxi využít.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Seznam monografie:

- [1] BEDNÁŘ, Martin, 2011. *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Olomouc: Olomouc Caritas, 103 s. ISBN 978-80-260-0086-0.
- [2] BICKOVÁ, Lucie, 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [3] ČERNÁ, Marie et al, 2009. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [4] ČÁMSKÝ, Pavel, KROUTILOVÁ, Dagmar a Jan SEMBDNER, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: portál. ISBN 978-80-262-0027-2.
- [5] FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.
- [6] HAICL, Martin a Veronika HAICLOVÁ, 2011a. *Individuální plánování v sociálních službách ČR*. Str. 23 – 34. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [7] HAICL, Martin a Veronika HAICLOVÁ, 2011b. *Metody individuálního plánování služby s uživateli*. Str. 151 – 156. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [8] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- [9] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. 408s. ISBN 80-7367-040-2.

- [10] HORECKÝ, Jiří a Andrea TAJANOVSKÁ, 2011. *Sociální služby v ČR*. Str. 15 – 20. In: Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [11] HUTAŘ, Jan, 2007. *Sociální služby a pomoc v hmotné nouzi*. Vyd. 1. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. ISBN 978-80-903640-4-2.
- [12] GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- [13] JANOVCOVÁ, Zora, 2003. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita. 48 s. ISBN 8021032049.
- [14] JOHNOVÁ, Milena, 2003. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, 24 s. ISBN 80-86552-67-5.
- [15] JOHNOVÁ, Milena a kol., 2008. *Individuální plánování*. Str. 76 – 96. In: Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele. Praha: MPSV. 188 s.
- [16] KOZLOVÁ, Lucie, 2005. *Sociální služby*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-662-7.
- [17] MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- [19] MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [20] MERHAUTOVÁ, Jana a Radka MRAZÍKOVÁ, 2011. *Jak individuálně plánovat*. Str. 127 – 147. In: Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.

- [21] SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [22] ŠELNER, Ivo, 2012. *Fenomén člověk s postižením*. Vyd. 1. Olomouc: Caritas. 218 s. ISBN 978-80-87623-06-0.
- [23] ŠVARCOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
- [24] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [25] THOMAS, David a Honor WOODS, 2003. *Working with People with Learning Disabilities. Theory and Practise*. London: Jessica Kingsley Publishers. ISBN 1 85302 973 4.
- [26] VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- [27] VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2006. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
- [28] VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1
- [29] VÍTOVÁ, Jana, 2011. *Jsem klíčový pracovník*. Str. 115 – 124. In: Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.

Seznam legislativy:

- [1] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, *o sociálních službách*. In: Sbírnka zákonů České republiky. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>.

[2] ČESKO. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, *kteřou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. In: Sbírnka zákonů České republiky. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>.

Seznam internetových zdrojů:

[1] KATALOG SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE ZLÍNSKÉM KRAJI. *Osoby s mentálním postižením*. [online]. © 2014 [cit. 2014-01-12]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzbyzk.cz/sluzby/>.

[2] MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální práce a sociální služby* [online]. [cit. 2013-12-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>.

[3] SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI. *Raná péče* [online]. © 2009 [cit. 2014-03-20]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>.

[4] TURISTICKÉ REGIONY ČR. *Česká republika* [online]. © 1998 – 2014 [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.tourism.cz/encyklopedie/objekty1.phtml?id=111806&lng=4&menu=1>.

[5] WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008. *MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. akt. vydání k 1. 1. 2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-904259-0-3. [online]. © 2013 [cit. 2013-10-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualizace-mkn-10-platnosti-od-1-ledna-2013>.

[6] ZLÍNSKÝ KRAJ. *Sociální oblast*. [online]. © 2014 [cit. 2014-04-25]. Dostupné z: <http://www.kr-zlinsky.cz/o-kraji-cl-17.html>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

HMR	Hluboká mentální retardace
IP	Individuální plán
LMR	Lehká mentální retardace
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
STMR	Středně těžká mentální retardace
TMR	Těžká mentální retardace

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Kritéria individuálního plánování (Vyhláška č. 505/2006)	39
Tabulka č. 2 – Složení respondentů rozhovoru	63
Tabulka č. 3 – Přepis rozhovorů.....	87

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Fáze individuálního plánování (autor: Pitnerová).....	43
Obrázek č. 2 – Cyklus plánování (BEDNÁŘ, 2011, str. 38).....	46
Obrázek č. 3 – Mapa České republiky (http://www.tourism.cz/).....	55
Obrázek č. 4 – Mapa vybraných sociálních služeb ve Zlínském kraji (autorsky upraveno)	56

SEZNAM PŘÍLOH

**PŘÍLOHA P 1: Síť sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením ve
Zlínském kraji**

PŘÍLOHA P 2: Nesouhlas se zveřejněním nahrávky

PŘÍLOHA P 3: Vzor individuálního plánu uživatele služby

PŘÍLOHA P 1: Síť sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením ve Zlínském kraji

Zdroj: Katalog sociálních služeb ve Zlínském kraji (Dostupné z: <http://www.socialnisluzbyzk.cz/sluzby/>)

1) Centra denních služeb

- Centrum sociálních služeb Ergo Zlín
- Denní centrum Maják Slavičín
- Denní centrum sv. Ludmily Uherské Hradiště
- Integrované centrum Slunečnice

2) Denní stacionáře

- Denní stacionář pro klienty s mentálním postižením – Občanské sdružení Hvězda Zlín
- Denní stacionář pro osoby s tělesným a mentálním postižením Uherský Brod - Sociální služby Uherský Brod
- Denní stacionář pro seniory Brumov-Bylnice – Charita Valašské Klobouky
- Denní stacionář Slunečnice – Charita svaté rodiny Nový Hrozenkov
- Denní stacionář Zlín - Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o.
- Diakonie Českobratrské církve evangelické – středisko Cesta Uherské Hradiště
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Kvasice
- DOZP - denní stacionář - Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka, Kromeříž
- Dům Naděje Otrokovice, denní stacionář
- Středisko Naděje Vsetín - Sychrov, denní stacionář
- Středisko Naděje Vsetín-Rokytnice, denní stacionář

3) Domovy pro osoby se zdravotním postižením

- Domov na Dubíčku Hrobice
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice - Na Bělince
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Kvasice
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Pačlavice
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Salašská
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Vincentinum
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Zborovice
- Dům Naděje Otrokovice, domov pro osoby se zdravotním postižením
- Hrádek, domov pro osoby se zdravotním postižením Fryšták - Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o.

4) Domovy se zvláštním režimem

- Dům pokojného stáří Nedašov, domov se zvláštním režimem

5) Chráněné bydlení

- Dům Naděje Otrokovice, chráněné bydlení
- Dům Naděje Zlín
- Chráněné bydlení sv. Cyrila a Metoděje

6) Odborné sociální poradenství

- Centrum pro zdravotně postižené Zlínského kraje, pracoviště Kroměříž
- Centrum pro zdravotně postižené Zlínského kraje, pracoviště Uherské Hradiště
- Centrum pro zdravotně postižené Zlínského kraje, pracoviště Vsetín
- Centrum pro zdravotně postižené Zlínského kraje, pracoviště Zlín

7) Odlehčovací služby

- Centrum Auxilium Vsetín
- Odlehčovací služba - Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka Kroměříž

8) Osobní asistence

- Centrum Auxilium Vsetín
- Centrum osobní asistence Uherské Hradiště
- Centrum osobní asistence Valašské Meziříčí
- Osobní asistence, Frýdek-Místek
- Osobní asistence, Karolinka
- Osobní asistence, Valašské Klobouky
- Osobní asistence, Valašské Meziříčí
- Osobní asistence, Zubří
- Osobní asistence Slavičín
- Osobní asistenční služba Vsetín
- Středisko Naděje Vsetín - Rokytnice, osobní asistence

9) Pečovatelská služba

- Charitní pečovatelská služba Brumov-Bylnice
- Charitní pečovatelská služba Kelč
- Charitní pečovatelská služba Uherský Brod
- Charitní pečovatelská služba Valašské Klobouky

- Pečovatelská služba, Koryčany
- Pečovatelská služba města Chropyně
- Pečovatelská služba Napajedla

10) Podpora samostatného bydlení

- Podpora samostatného bydlení kroměříž

11) Raná péče

- Centrum Auxilium Vsetín

12) Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

- Centrum Auxilium - SAS pro osoby se zdravotním postižením

13) Sociálně terapeutické dílny

- Dílna U šikovných oveček, Vsetín
- Dům Naděje Otrokovice, sociálně terapeutická dílna
- Dům Naděje Zlín
- Kamarád Rožnov - sociálně terapeutické dílny
- Sociálně terapeutická dílna Uherské Hradiště
- Středisko Naděje Zlín
- Terapeutická dílna sv. Justiny Uherský Brod

14) Sociální rehabilitace

- Ergo Uherské Hradiště
- "Labyrint - centrum sociální rehabilitace", Uherské Hradiště
- Sociální rehabilitace – Luisa, Uherský Brod
- Sociální rehabilitace Elim, Vsetín

15) Týdenní stacionáře

- Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov

- Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Na Bělince
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Kvasice
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod
- Dům Naděje Otrokovice, týdenní stacionář
- Hrádek, týdenní stacionář Fryšták - Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o.
- Domov Jitka o. p. s., Vsetín
- Týdenní stacionář Zlín - Sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, p. o.

PŘÍLOHA P 2: Nesouhlas se zveřejněním nahrávky

Nesouhlasím se zveřejněním audionahrávky rozhovoru jako přílohy diplomové práce.

Datum: 21.5.2019 Místo: Brno

Podpis: [Podpis]

Nesouhlasím se zveřejněním audionahrávky rozhovoru jako přílohy diplomové práce.

Datum: 21.5.2019 Místo: Brno

Podpis: [Podpis]

Nesouhlasím se zveřejněním audionahrávky rozhovoru jako přílohy diplomové práce.

Datum: 21.5.2019 Místo: Brno

Podpis: [Podpis]

Nesouhlasím se zveřejněním audionahrávky rozhovoru jako přílohy diplomové práce.

Datum: 21.5.2019 Místo: Olomoucko

Podpis: [Podpis]

Nesouhlasím se zveřejněním audionahrávky rozhovoru jako přílohy diplomové práce.

Datum: 21.5.2019 Místo: Havlíkov

Podpis: [Podpis]

Nesouhlasím se zveřejněním audionahrávky rozhovoru jako přílohy diplomové práce.

Datum: 25.9.2019 Místo: Na chvat

Podpis: [Podpis]

PŘÍLOHA P 3: Vzor individuálního plánu uživatele služby

Jméno uživatele:

Klíčový pracovník:

Charakteristika uživatele:

1. Komunikace: (zvuky, žvatlá, jednotlivá slova, jednoduché věty, reaguje na řeč, rozumí příkazu a zákazu, řeč logická, chaotická, užívá vulgarismů)

2. Péče o své osobní věci: (úklid, péče o oblečení, péče o osobní věci)

3. Využívání služeb: (např. nakupování)

4. Sebeobsluha: (popis, co zvládá sám, s dohledem, s pomocí, nezvládne)

- Při jídle
- Toaleta
- Oblékání
- Hygiena
- Úprava a péče o vzhled

5. Zdraví, tělesná forma: (pravidla v dopravě, používání pásů, přecházení ulice, zájem o sport, sexualita, jednání s cizími lidmi)

6. Komunikace s druhými lidmi a sociabilita: (přátelství, navazování mezilidských vztahů, lásky, vyrovnání se s požadavky, pochopení pojmů, sebeovládání, pochopení pojmů spravedlnost a poctivost, bojí se lidí, věcí – jakých, samotářství, ničí věci, ubližuje ostatním, bere druhým věci, jídlo, vymýšlí si)

7. Zájmy ve volném čase:

8. Aktivity, které uživatel preferuje:

9. Vědomosti: (vědomosti o okolí, o svém zdraví, rodině, škole, kreslení, psaní, počítání)

10. Zlovyky:

11. Povahové rysy:

12. Zvláštnosti v chování:

Sebeobsluha:**Hygiena**

Činnost, úkon	Zvládá sám/a (pouze dohled)	Zvládá s dopomocí	Nezvládne sám
Celková hygiena ve sprše			
Čištění zubů			
Mytí rukou			
Utahování kohoutku, pouštění vody			
Hygiena po WC			
Splachování WC			
Česání			
Hygiena při menses (výměna vložky)			
Holení			
Mytí vlasů			

Poznámky:

Oblékání

Činnost, úkon	Zvládá sám/a (pouze dohled)	Zvládá s dopomocí	Nezvládne sám
Oblékání			
Zavazování tkaniček			
Zapínání zipů			
Zapínání knoflíků			
Obouvání bot			

Vyzouvaní bot			
---------------	--	--	--

Poznámky:

Stravování

Činnost, úkon	Zvládá sám/a (pouze dohled)	Zvládá s dopomocí	Nezvládne sám
Kultura stravování (jí čistě)			
Konzumace stravy (sám, rukama, krmení, atd)			
Přinést si tekutou stravu (polévku)			
Přinést si tuhoun stravu			
Nalít si čaj			
Přinést si čaj			
Odnést a uklidit si nádobí po sobě			
Krájení masa			

Poznámky (zvláštnosti ve stravovacích návycích, přípravě jídla):

Služby, které uživatel v zařízení využívá:

A) Ergoterapeutické

Činnost, úkon	Využívá / účastní se	Nevyužívá / neúčastní se
Pomocné práce v kuchyni		
Pomocné práce při úklidu		
Práce na zahradě (sběr jablek, pampelišek, sedmikrásek, hrabání listí, úprava chodníků, práce se sněhem)		

Stříhání molitanu, práce s polystyrenem		
Pracovní výchova (mačkání, trhání, výroba papírových koláží, výroba výstavních prací na nástěnky, výzdoba budovy, výroba dárkových předmětů)		
Nácvik a rozvoj jemné motoriky (korálky, skládačky, provlékaly)		
Malování na fólii, sklo		
Práce s textilem (šití, stříhání, párání, ažurování, vystřihování, lepení, textilní koláže, přišívání knoflíků, šití vonných polštářků)		
Práce s pryží		
Pečení perníků, zdobení		
Práce s rychleschnoucí hlinou, modelínou, plastelínou, moduritem, vizovickým těstem		
Ubrousková technika – zdobení květináčů		
Drátkování – výroba závěsných dekorací		

B) Rehabilitační činnosti a sportovní aktivity:

Činnost, úkon	Využívá / účastní se	Nevyužívá / neúčastní se
Cvičení jógy		
Cvičení v tělocvičně		
Cvičení v posilovně		
Cvičení s overballem		
Turistické vycházky		

Solná jeskyně		
Masáže		
Míčkování		
Saunování		
Rotoped		
Relaxace		
Reiki		
Cvičení na gymnastických míčích		
Dechová cvičení		
Sportovní činnosti (jaké)		
Plavání v městských lázních		

C) Hudební aktivity:

Činnost, úkon	Využívá / účastní se	Nevyužívá / neúčastní se
Nácvik tanců		
Cvičení s hudbou		
Zpěv sólový		
Zpěv skupinový		
Orffovy hudební nástroje – práce s nimi		

D) Výtvarné aktivity:

Činnost, úkon	Využívá / účastní se	Nevyužívá / neúčastní se
Kresba		
Práce s různými výtvarnými technikami (jaké)		

E) Společenská výchova:

Činnost, úkon	Využívá / účastní se	Nevyužívá / neúčastní se
Nácvik společenského chování v různých situacích		
Nácvik sebeobslužných dovedností		
Nácvik a upevňování hygienické péče		
Návštěva kulturních akcí (jakých se účastní, jaké odmítá)		
Příprava na vystoupení pro rodiče a veřejnost		

Individuální plán

Cíl	Plánování, řešení	Zhodnocení

Individuální plán vycházející z potřeb

Oblast	
Použitá technika	

Zjištění:		Návrh změny nastávající služby
Hodnocení, přehodnocení – termín Zpracoval KP, dne:		
Hodnocení naplnění – výsledek:		Vyhodnocení, návrh na změny nastavení služby:
Hodnocení: Zpracoval KP, dne:		