

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Irena Peková

Individuální plánování sociální služby

osobní asistence pro seniory

(jako nástroj řízení kvality sociální služby v organizaci)

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: MUDr. Jiří Ježek

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2012–2015

DIPLOMA THESIS

Irena Peková

Individual planning

of the social personal assistance service for seniors

(as a tool for the quality management

of social services in an organization)

Prague 2015

Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Jiří Ježek

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Liberci dne 10.3.2015

Irena Peková

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Jiřímu Ježkovi, vedoucímu práce, za užitečné rady a připomínky, včetně zprostředkování cenných zkušeností z oblasti teorie i praxe z oblasti řízení sociálních služeb a péče o seniory.

Anotace

Diplomová práce je zaměřena na proces individuálního plánování průběhu terénní sociální služby osobní asistence pro seniory. Teoretická část se zabývá sociální službou osobní asistence v kontextu ostatních sociálních služeb a zákonnými podmínky pro výkon činnosti individuálního plánování. Rozebírá cíle, obsah a význam individuálního plánování. Pojmenovává vztah mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby. Vymezuje jejich práva, povinnosti a prostor pro spolupráci. Odpovědnost za individuální plánování služby osobní asistence pro seniory mají tzv. klíčoví pracovníci pracující přímo v terénu s uživateli služby. Praktická část na základě dotazníkového šetření zjišťuje, zda a v čem je pro klíčové pracovníky individuální plánování přínosem, zda mají potřebné znalosti a podmínky pro tuto odbornou činnost.

Klíčová slova

Individuální plánování, klíčový pracovník, osobní asistence, osobní cíl, poskytovatel sociální služby, senioři, sociální služby, standardy kvality poskytování sociálních služeb, uživatel služby.

Annotation

This diploma thesis deals with the individual planning process of field social personal assistance services for seniors. The theoretical part concerns with social services of personal assistance in the context of other social services, and with the legal conditions of the individual planning activity. It analyzes the goals, the content and the meaning of individual planning. It identifies the relationship between the social services supplier and user. It defines their rights, obligations and space for collaboration. Responsibility for individual planning of personal assistance services for the elderly are called “key workers” working right in the field with the service users. The practical part based on the questionnaire investigates whether and in what way is the individual planning for the key workers helpful, and whether the key workers have required knowledge and conditions for this professional activity.

Keywords

Individual planning, key worker, personal assistance, personal goal, quality standards of the social service provision, seniors, service provision, service supplier, service user.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČR A JEJICH PRÁVNÍ ÚPRAVA	11
1.1. Pojetí a specifika sociálních služeb	11
1.2. Sociální služby v ČR v letech 1990–2006.....	13
1.3. Zákon o sociálních službách a jeho koncepce	16
1.3.1. Typologie sociálních služeb.....	17
1.3.2. Osobní asistence v kontextu sociálních služeb	19
1.3.3. Historie osobní asistence	20
1.3.4. Osobní asistence po roce 2006	21
1.3.5. Instituty zákona o sociálních službách	24
1.4. Standardy kvality poskytovaných sociálních služeb.....	28
2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	32
2.1. Kritéria pro plánování a vyhodnocování Individuálního plánování	32
2.2. Kompetence, práva a povinnosti klíčového pracovníka	38
2.3. Proces Individuálního plánování	39
2.3.1. Cíle individuálního plánování.....	40
2.3.2. Obsah individuálního plánu	41
2.3.3. Osobní cíle a jejich hodnocení	43
2.3.4. Význam individuálního plánování.....	48
2.4. Individuální plánování jako nástroj řízení kvality sociální služby v organizaci	51
3 MOŽNOSTI PÉČE A PODPORY SENIORŮM.....	52
3.1. Rizikové skupiny seniorů.....	52
3.2. Formy péče o seniory.....	54
3.3. Nadstavbové modely péče o seniory	57
3.4. Role sociálního pracovníka v péči o seniory	59
PRAKTICKÁ ČÁST	61
4. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	61
OSOBNÍ ASISTENCE PRO SENIORY.....	61
4.1. Charakteristika výzkumného šetření, cíle, hypotézy, metodologie, časový harmonogram	61
4.2. Charakteristika respondentů	64
4.3. Charakteristika výzkumné techniky a výzkumného souboru.....	64

4.4. Vlastní výzkumné šetření	65
4.5. Analýza výsledků šetření	81
4.5.1. Vyhodnocení cílů výzkumné činnosti	81
4.5.2. Vyhodnocení hypotéz výzkumné činnosti	85
ZÁVĚR	88
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	90
SEZNAM ZKRATEK	94
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	94
SEZNAM PŘÍLOH.....	I

ÚVOD

Tématem práce je „Individuální plánování sociální služby osobní asistence pro seniory“ s podtitulem „jako nástroj řízení kvality sociální služby v organizaci“. Uvedené téma jsem si zvolila proto, že v sociálních službách, v oblasti péče o seniory pracuji jako sociální pracovnice a řízení procesu individuálního plánování je mojí pracovní náplní za kterou v rámci organizace nesu svoji odpovědnost.

Stáří je etapou lidského života, která má tak jako jiné vývojové etapy svá specifika. Z časového hlediska je řadíme k poslední fázi lidského života, která je provázena řadou změn ovlivňující život stárnoucího člověka. Dochází především k úbytku fyzických sil a k řadě fyziologických i psychických změn, které mají u některých jedinců za následek pomalou či postupnou ztrátu soběstačnosti. A právě těmto jedincům je věnováno téma práce, neboť poskytování sociální služby osobní asistence je jednou z možností, jak tuto ztrátu kompenzovat a jak umožnit stárnoucí populaci v rámci možností i přes handicapy stáří žít pokud možno co nejkvalitnější život a zůstat ve svém domácím prostředí.

Poskytování sociálních služeb nejen seniorům je státem uzákoněnou normou. Tam, kde na poskytování sociální služby přispívá veřejnými financemi, je stát zároveň garantem kontroly kvality poskytovaných služeb. Součástí zákonem stanovené péče je její individuální plánování, které již ve svém názvu zmiňuje zásadu individuálního přístupu ke klientovi s důrazem na zjištění, potřebnou podporu a pomoc v naplňování jeho základních potřeb. Jedná se o komplexní přístup zaměřený na člověka.

První – teoretická část – je rozdělena do tří kapitol.

První kapitola je věnována pojetí a specifikaci sociálních služeb a roli, kterou ve společnosti zastávají. Rozebírá a komentuje legislativní podmínky poskytování sociálních služeb před přijetím zákona o sociálních službách a po jeho přijetí a účinnosti od roku 2007. Dále se věnuje typologii sociálních služeb s akcentem na sociální službu osobní asistence. Věnuje se zásadám a podmínkám naplňování zákona o sociálních službách a standardům kvality poskytování sociálních služeb, prováděcímu předpisu tohoto zákona.

Druhá kapitola je věnována individuálnímu plánování průběhu sociální služby jako zákonem dané činnosti, kterou musí poskytovatele sociálních služeb prokazovat. Rozebírá cíle, obsah a význam individuálního plánování. Pojmenovává vztah mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby. Vymezuje jejich práva, povinnosti a prostor pro spolupráci. Věnuje se kompetencím, které musí mít tzv. klíčoví pracovníci, kteří společně s uživateli služby individuální plánování dělají a nesou za ně odpovědnost. Poukazuje na provázanost individuálního plánování s řízením kvality poskytované služby v organizaci.

Třetí kapitola se věnuje cílové skupině seniorů. Poukazuje z hlediska zdravotně-sociální podpory na rizikové skupiny z řad seniorů a následně možným formám péče o seniory. Poukazuje i na nadstavbové modely péče vhodných pro seniory, které jsou aplikovatelné v podmínkách výkonu terénní sociální služby pro seniory tj. v jejich domácím prostředí. Zmiňuje důležitost role sociálního pracovníka jako garanta profesionality v souvislosti s osobní asistencí poskytovanou seniorům.

Ve druhé – praktické části – je prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťováno, zda klíčoví pracovníci, provádějící v terénu individuální plánování s uživateli služby – seniory, mají k plánování potřebné podmínky a znalosti.

Jako **cíl práce** jsem si dala na základě teoretických východisek a dotazníkového šetření zjistit, **zda a v čem individuální plánování pomáhá klíčovým pracovníkům při práci se seniory v rámci poskytování služby osobní asistence**. Zda vnímají ve své praxi individuálního plánování jako smysluplný a užitečný nástroj. Zároveň jsem předpokládala, že ze zjištěných výsledků bude možno usuzovat na to, zda nadále trvá potřeba metodického vedení a dalšího profesního vzdělávání organizací a pracovníků, užívajících nástroj individuálního plánování.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČR A JEJICH PRÁVNÍ ÚPRAVA

„Sociální služby jsou poskytovány lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni s cílem zlepšení kvality jejich života tak, aby se případně mohly v maximální možné míře začlenit do společnosti. Zároveň prostřednictvím poskytování sociálních služeb dochází k ochraně společnosti před riziky, kterými jsou příjemci sociálních služeb nositeli.“¹

1.1. Pojetí a specifika sociálních služeb

„Sociální služby jsou všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti“²

Sociální služby mají řadu definic. Všeobecně lze rozlišovat sociální služby v tzv. širším anebo užším pojetí. V širším pojetí jsou sociální služby vnímány jako služby poskytované veřejnosti státem, tj. zahrnují např. oblasti péče o děti nebo seniory, oblasti školství, zaměstnanosti, bydlení, atd. V užším pojetí jsou vnímány a chápány jako služby, které jsou vykonávány, garantovány a regulovány státem (současně i neziskovým či soukromým sektorem), tedy veřejnou správou a jejich cílem je udržení či získání lidské soběstačnosti a důstojnosti, předcházení sociální exkluzi, respektive měly by vést k sociální integraci jedince.³

¹ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 9 s.

² MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání 1. Praha: Portál, s.r.o. 2003. str. 214.

³ BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: APSS ČR, 2011, 16 s.

Sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb, které jsou poskytovány v zájmu veřejnosti. Sociální služby jsou na rozdíl od komerčních služeb financovány z veřejných rozpočtů, proto jsou podrobněji upraveny a definovány legislativou než jiné služby, jsou více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. Pokud je sociální služba poskytována jako služba komerční, vzniká mezi poskytovatelem a uživatelem služby obchodní kontrakt. ⁴

Sociální služby vykazují všechny obecné charakteristiky jako ostatní služby. **Specifika sociálních služeb**, poskytované z veřejných zdrojů se liší od těch tržních či komerčních svojí podstatnou **rolí, kterou tyto sociální služby sehrávají ve společnosti.**

Základní symptomy, kterými se sociální služby odlišují od tržních či komerčních služeb lze vymezit takto:

- způsob financování,
- závislost na politických rozhodnutích,
- vazba na legislativu,
- provázanost se sítěmi existujícími v místní komunitě,
- intimní povaha služeb
- významná role rodiny či jiných neformálních společenství,
- etická a hodnotová dimenze. ⁵

Sociální služby, financované z veřejných zdrojů a jejich legislativní zakotvení je podstatnou oblastí, které se věnuje tato práce. Obecně lze shrnout, že sociální služby by měly v maximálním možném rozsahu společensky znevýhodněným lidem pomáhat žít běžným životem.

⁴ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd 1. Praha: Portál, 2007, 9 s.

⁵ MOLEK, Jan. *Marketing sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: VÚPSV, 2009, 10 s.

1.2. Sociální služby v ČR v letech 1990–2006

Z hlediska rozvoje sociálních služeb v ČR je období od roku 1990 do roku 2006 nazýváno transformačním obdobím.⁶

Přelomovým rokem pro možnou transformaci sociálních služeb byl rok 1989, kdy došlo u nás v důsledku Sametové revoluce ke změně společensko-politického systému a následné demokratizaci společnosti.

Po roce 1989 bylo nutné celý sociální systém transformovat. Koncepce předešlého tzv. sovětského modelu sociálního zabezpečení byla převzata a do naší právní úpravy převzata v padesátých letech 20. století, kdy kompetence k poskytování sociálních služeb přešla do rukou státu.⁷ Tento model byl náročný na ekonomické zdroje, vyžadoval jejich rozsáhlou redistribuci, vůči příjemcům služeb byl rovnostářský, nivelizační a stimuloval spíše pasivní chování než postoje obyvatel.⁸ Autoritativní režim podporoval kvantitativní stránku služeb státních zařízení a organizací. Poskytovatelé služeb se soustředili na **technické, hygienické a personální ukazatele**. Byla **preferována peněžitá a ústavní pomoc před domácí péčí**. **Neexistovala žádná měřítko pro posuzování kvality a efektivity poskytovaných služeb** a tudíž ani sankce za případné poskytování nekvalitních služeb.⁹

Jedním z podstatných problémů, vedoucím v devadesátých letech 20. století k nutnosti transformace sociálního systému, byl malý rozsah služeb, který byl upraven právní normou, a to následovně:

⁶ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 30 s.

⁷ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 35 – 36 s.

⁸ BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: APSS ČR, 2011, 15 s.

⁹ MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 49 s.

- poradenské služby,
- ústavní sociální péče,
- pečovatelská služba,
- stravování,
- kulturní a rekreační péče.¹⁰

Druhým z problémů byl právně stanovený okruh osob, které mohli o peněžitě dávky státní sociální podpory nebo služby sociální péče požádat. Nárok na případnou podporu či pomoc měli jen ti, které bylo možné zařadit do jedné z následujících skupin, což se ukázalo v průběhu devadesátých let jako nevhodné především z důvodů stigmatizace klientů systému:

- rodiny s dětmi,
- občané těžce zdravotně postižení,
- staří občané,
- občané, kteří potřebují zvláštní pomoc,
- občané společensky nepřizpůsobení.¹¹

Jak je uvedeno výše, přelomovým rokem pro možnou transformaci sociální systému byl rok 1989 a s ním spojená demokratizace společnosti. Proměna společenského systému vedla nutně k demonopolizaci sociálních služeb, kromě státu se mezi poskytovatele sociálních služeb zařadily především neziskové organizace, církve a fyzické osoby, které reagovaly na potřeby společnosti a na absenci celého spektra konkrétních služeb na celém území české republiky. Rozvoj služeb a vznik nových služeb probíhal spontánně (např. osobní asistence, azylové domy, domy na půli cesty,

¹⁰ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 37 s.

¹¹ TAMTÉŽ, 36 – 37 s.

nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, terapeutické komunity atd.), dosavadní legislativa upravovala hlavně institucionální péči a pečovatelskou službu, pro ostatní služby chyběla legislativa upravující právní podmínky pro jejich poskytování a hlavně jejich kvalitu. Neexistovala žádná instituce, která by na jedné straně byla oporou pro pracovníky v sociálních službách a na druhé straně řešila jejich případná pochybení a neprofesionalitu.¹²

V souvislosti s transformací sociálních služeb byly tak postupně od 90. let uváděny do života nové **principy**, které byly v té době již běžně uplatňovány v sociálních systémech vyspělých evropských zemí. Jednalo se především o nutnost **demonopolizace sociálních služeb, decentralizaci a demokratizaci státní sociální správy**. Za podstatné lze označit principy **změny postavení člověka při poskytování sociálních služeb** a **přiměřenost pomoci** odpovídající sociální potřebě jednotlivých příjemců služeb. Na tyto dva principy navazuje nutnost vzniku **mnohačetných forem poskytování pomoci, individualizace sociální pomoci** (příjemci služeb) a **profesionalizace sociální pomoci** (poskytovatelé). Důležitým principem je i vytvoření podmínek pro **vícezdrojové financování sociálních služeb**.¹³

Stejně jako byl pro společenskou změnu podstatný revoluční rok 1989, stejně tak bychom mohli za revoluční rok v oblasti poskytování sociálních služeb označit rok 2007, kdy vstoupil v platnost dlouho připravovaný Zákon o sociálních službách (Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, platný od 1.1.2007), který vnesl do poskytování sociálních služeb zcela nový systém. Řídící, metodická a koordinační činnost na úseku sociální péče a sociálních služeb byla ponechána v rukou Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

¹² BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: APSS ČR, 2011, 17 s.

¹³ PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2007, 23 s.

1.3. Zákon o sociálních službách a jeho koncepce

Až po několika letech diskusí a úsilí o novou legislativní úpravu sociálních služeb byl v roce 2006 schválen nový **zákon o sociálních službách**, který ve své právní formě **integroval principy poskytování sociálních služeb, které jsou v souladu s mezinárodními a národními strategickými dokumenty**, jakými jsou Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, s Evropskou sociální chartou, se Společným memorandem o sociálním začleňování a dále s Ústavou, Bílou knihou o sociálních službách, s Národním akčním plánem sociálního začleňování atd.¹⁴

Hlavní změna koncepce sociálních služeb oproti dosavadnímu stavu je patrná přímo z ustanovení § 2 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve kterém jsou definovány **základní zásady poskytování sociálních služeb**:

„(1) **Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství** (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

(2) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. **Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob**, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“¹⁵

Z výše citovaných základních zásad zákona o sociálních službách lze vyvodit následující důležité charakteristiky, které jsou prostupné či se prolínají celým sociálním systémem podpory a pomoci:

¹⁴ MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 53 s.

¹⁵ Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění

Osobě, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci se **primárně poskytují relevantní informace**, aby svoji situaci mohla pokud možno řešit sama a vlastními silami. Až **pokud** poskytnuté informace k řešení situace **nestačí**, lze **poskytnout vhodnou sociální službu** či formu podpory a pomoci, která je individualizovaná, tj. poskytnuta **přímo dané osobě dle jejích aktuálních potřeb**. Služba má mít **charakter** především **aktivizační**, má podporovat samostatnost klienta a předcházet delšímu trvání nepříznivé situace. **Kvalita poskytování sociální služby je v souladu s dodržováním lidských práv a základních svobod a se zachováním důstojnosti člověka.** ¹⁶

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, přinesl **34 druhů definovaných sociálních služeb**. Nárok na bezplatné poskytování sociálního poradenství může pomoci občanům orientovat se v nabídce poskytovatelů sociálních služeb. Občané mohou volit z nabídky sociálních služeb nebo využít podporu vlastní rodiny či služby případně kombinovat. ¹⁷

1.3.1. Typologie sociálních služeb

Sociální služby se dělí na tři oblasti:

- **sociální poradenství** – se dělí na **základní sociální poradenství** a **odborné sociální poradenství**. Základní poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb tj. poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je poskytováno v jednotlivých typech poraden, např. občanské, manželské, rodinné, poradny pro oběti trestných činů atd. Zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností, součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek. ¹⁸

¹⁶ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 39 s.

¹⁷ STRAKOVÁ, Martina, ČERMÁKOVÁ Kristýna. *Standardy kvality sociálních služeb – příručka uživatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. Číslování stránek neuvedeno.

¹⁸ Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, § 37.

- **služby sociální péče** – napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy to vylučuje nepříznivý zdravotní stav nebo vysoký věk těchto osob, je cílem těchto služeb zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Ke službám sociální péče patří: **Osobní asistence**, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora 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 a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.¹⁹
- **služby sociální prevence** – služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy pro vlastní krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucím 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. K službám sociální prevence patří: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, 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, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.²⁰

Zároveň zákon obsahuje dělení forem, jakými se tyto služby mohou poskytovat, a to jako služby **pobytové** (služby spojené s ubytováním v zařízení sociální péče),

¹⁹ Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, § 38 až 52.

²⁰ Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, §53 až 70.

ambulantní (služby, za kterými osoba dochází nebo je provázena nebo dopravovaná do zařízení sociálních služeb a součástí služeb není ubytování), **terénní** (služby poskytované v přirozeném sociálním prostředí). Zároveň zákon vymezuje rozsah tzv. **základních a fakultativních služeb**.²¹

Základní služby jsou ty, které musí poskytovatel v rámci výkonu služby zabezpečit jsou dány zákonem (dále jsou pak přesněji definovány v prováděcí vyhlášce zákona č.505/2006 Sb). Vymezení základních činností jednotlivých sociálních služeb umožňuje potenciálním uživatelům lépe si představit, jaký průběh výkon té či jiné sociální služby může být a co mohou či nemohou očekávat. Mimo tyto základní činnosti rozeznává zákon i tzv. **fakultativní činnosti**, které sice souvisí s činnostmi základními pro danou sociální službu, ale jsou poskytovány za úhradu a nejsou právě vymahatelné. Např. u služby osobní asistence patří mezi základní činnosti: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy nebo pomoc při zajištění chodu domácnosti atd. Mezi fakultativní služby může patřit např. kopírování dokladů nebo tisk dokumentů atd. Pokud poskytovatel nemůže některé činnosti nabídnout, jako např. mytí oken či velký generální úklid, kadeřnické služby, pedikúru atd., tedy služby nad rámec běžných činností, může je však osobní asistent klientovi v rámci výkonu své služby zprostředkovat za úplatu od jiného subjektu.²²

1.3.2. Osobní asistence v kontextu sociálních služeb

Osobní asistence je obecně vnímána jako pomoc a podpora, kterou poskytuje jedna osoba osobě druhé.

Osobní asistence jako terénní sociální služba byla legislativně ukotvena v České republice přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Její historie je ovšem delší.

²¹ Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, § 32, 33, 35.

²² BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: APSS ČR, 2011, 19 s.

1.3.3. Historie osobní asistence

Pojem osobní asistence je v historii spjat především s hnutím nazývajícím se **Independent Living** (překládá se volně jako „nezávislý nebo samostatný nebo sebeurčující“ život), které v **60. letech 20. století** založil **Ed Roberts** se svými přáteli, studenty s tělesným postižením na univerzitě v **Berkley v Kalifornii**. Cílem hnutí bylo dosáhnout rovnoprávnosti mezi lidmi se zdravotním postižením a těch bez postižení. V roce 1969 pak aktéři hnutí založili historicky první Centrum nezávislého života, které zprostředkovávalo pro zdravotně handicapované poradenství, informační servis a především službu osobní asistence. Filosofie osobní asistence je tak úzce spjata s myšlenkou nezávislého života, kdy **každý bez rozdílu má právo na vlastní život a sám o něm rozhodovat**, a přestože jsou lidé s postižením závislí na pomoci jednotlivců a společnosti, chtějí být nezávislí v rozhodování a mít právo na sebeurčení i v těch záležitostech, v nichž jsou závislí, případně nesamostatní.²³

Podstatou takto pojatého nezávislého života byla skutečnost, že se příjemce služby vymaňuje ze závislé a pasivně přijímané pomoci, ať už zdravotní či sociální péče a stává se rovnocenným občanem, který si sám určuje a řídí službu, protože jen on sám zná nejlépe svoje potřeby a možnosti. Posláním služby **osobní asistence je kompenzace nejrůznějších problémů s mobilitou, komunikací, sebeobsluhou, bezpečností** atd. tak, aby se klient mohl dle svých maximálních možností podílet na společenském životě, včetně adekvátního zpřístupnění možností emancipace i seberealizace včetně vzdělání a profesního uplatnění.²⁴

K filosofii hnutí Independent Living se postupně přihlásilo mnoho dalších států nejen v Americe, ale i ve světě. V Evropě vzniklo The European Network of Independent

²³ HRDÁ, Jana. *Co je osobní asistence* [online]. 8.3.2008 [cit.8.2.2015]. Dostupné z: <http://www.apoa.cz/index.php/o-osobni-asistenci/zakladni-udaje/historie-osobni-asistence>

²⁴ NOVOSAD, Libor. *Východiska a principy realizace služeb osobní asistence v ČR: uvedení do problematiky*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2006, 6 -7 s.

Living – ENIL (Evropské hnutí sebeurčujícího života), které vytváří informační a koordinační síť a pomáhá evropským centrům v činnosti.²⁵

První českou organizací, která se přihlásila k myšlenkám hnutí Independent Living byla v roce 1990 Pražská organizace vozíčkářů, která ve spolupráci s MPSV ČR zahájila v roce 1992 pilotní projekt na poskytování služby osobní asistence pro deset lidí, kteří v důsledku velmi těžkého tělesného postižení byli odkázáni na invalidní vozík a pomoc druhých osob.²⁶

Rozvoj formy služby osobní asistence jako sociální služby podporované z veřejných zdrojů byl tak úspěšně odstartován. Rostl počet zájemců o tuto službu, ale zároveň i po roce 1989 díky demokratizaci společnosti tuto službu začali rozvíjet jako poskytovatelé především nestátní neziskové organizace, z počátku především občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti či církevní právnické osoby.²⁷

Spektrum příjemců služby osobní asistence je dnes však přirozeně širší, než jen lidé se zdravotním postižením.

1.3.4. Osobní asistence po roce 2006

Sociální služba osobní asistence byla v České republice legislativně zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Další podmínky pro poskytování této služby upravuje vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí

²⁵ HRDÁ, Jana. *Co je osobní asistence* [online]. 8.3.2008 [cit.8.2.2015]. Dostupné z: <http://www.apoa.cz/index.php/o-osobni-asistenci/zakladni-udaje/historie-osobni-asistence>

²⁶ MORÁVKOVÁ, Renata. Osobní asistence v širším kontextu společenských proměn. In. *Metodika poskytování osobní asistence dětem a mladistvým se zdravotním postižením* (kolektiv autorů). Vyd. 1. Liberec: Centrum pro postižené Libereckého kraje o.s., 2010, 6 s.

²⁷ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 98 s.

některá ustanovení zákona o sociálních službách. Účinnost obou právních předpisů je od 1.1.2007. Osobní asistence je zařazena do druhé kategorie služeb, tj. do služeb sociální péče.

„Příjemci služeb osobní asistence jsou osoby s tělesným, smyslovým a mentálním postižením, senioři a také rodiny pečující o dítě nebo dospělého se zdravotním postižením.“²⁸ V registru sociálních služeb dostupném na webových stránkách registru, kterým je Ministerstvem práce a sociálních věcí, je uvedeno celkem 270 subjektů, které mají poskytování této sociální služby ve své nabídce.²⁹

Hlavním cílem služby osobní asistence je především **pomoc se zvládnutím každodenních dovedností a úkonů, které by člověk dělal sám, kdyby mohl.** Důležitým aspektem je **zachování integrity člověka, právo na důstojný život a úcta k životu a k smyslu lidského života.** Charakteristické pro osobní asistenci je především to, že je poskytována v přirozeném prostředí klienta a není důležité, zda jeho nemohoucnost plyne z postižení, stáří, nemoci nebo z jiné příčiny. Platí zásada, že je osobní asistence poskytována bez omezení rozsahu, místa a času, tj. ve všem, vždy a všude dle klientových potřeb a dohody s ním.

Osobní asistence se vymezuje také jako **terénní** či **návštěvní** a je **alternativou pobytu klienta v pobytovém zařízení** typu domov nebo penzion či jiného ústavního zařízení.³⁰

²⁸ NOVOSAD, Libor. *Východiska a principy realizace služeb osobní asistence v ČR: uvedení do problematiky*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2006, 6 s.

²⁹ MPSV ČR. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 1.3. 2015. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1425900281288_1

³⁰ HRDÁ, Jana a kolektiv. *Osobní asistence: příručka postupů a rad pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2004, 10 – 13 s.

V zákoně sociálních službách je osobní asistence upravena v § 39:

Osobní asistence³¹

(1) Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podrobněji jsou činnosti, které poskytovatel musí ze zákona zajistit, upřesněny v prováděcí vyhlášce zákona č. 505/2006 Sb. Vyhláška také stanovuje maximální možnou cenu, kterou si poskytovatele mohou za službu účtovat. V roce 2015 činí tato sazba za hodinu osobní asistence 130,- Kč.³²

Služba **osobní asistence** je vhodná a **žádoucí u seniorů**, kteří **potřebují systematickou, komplexní a dlouhodobější péči** a kteří chtějí setrvat pokud možno **v domácím prostředí**. Osobní asistence zaplnila díky své komplexnosti a časové flexibilitě chybějící článek na trhu terénních sociálních služeb. Takto pojatá individuální služba reflektuje podporu a pomoc v naplňování základních fyzických, mentálních, emocionálních a duchovních potřeb seniorů.

³¹ Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění

³² MPSV. Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

1.3.5. Instituty zákona o sociálních službách

Kromě výše uvedených koncepčních změn, tj. nové typologie služeb, včetně zákonem daného minimálního rozsahu činností pro jednotlivě definované sociální služby, přinesl zákon do legislativní právní úpravy i nové **instituty**, jejichž úkolem je **vytvořit podmínky pro naplnění cílů právní úpravy zákona**. Těmito důležitými instituty jsou:

- příspěvek na péči,
- registrace poskytovatele sociální služeb,
- inspekce kvality sociálních služeb,
- fyzické osoby jako poskytovatelé sociálních služeb (asistent sociální péče)
- smlouva o poskytování sociálních služeb,
- standardy kvality sociálních služeb.³³

Příspěvek na péči je peněžitou dávkou, která se poskytuje výhradně na základě nepříznivého zdravotního stavu. „**Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci**. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“³⁴ Závislost na pomoci jiné osoby se stanovuje ve čtyřech stupních od lehké závislosti až po úplnou závislost. Míra závislosti se určí počtem úkonů vyjmenovaných v zákoně, které osoba není schopná samostatně zvládat. Příspěvek je rozdělen do dvou kategorií, první je určena pro osoby od jednoho roku do 18 let a druhá pro osoby starší 18 let. Příspěvek se vyplácí přímo osobě, která péči potřebuje, případně jejímu zákonnému zástupci. Právě oni v optimálním případě rozhodují o druhu, způsobu a průběhu jim poskytované služby. Příspěvek tak činí z osoby

³³ ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 17 s.

³⁴ Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, § 7.

potřebné péče „aktivního zákazníka“, který si služby jemu poskytované kupuje, a to jak ve vztahu k poskytovatelům sociálních služeb, tak např. ve vztahu ke svým rodinným příslušníkům, kteří o něj doma pečují. Otázkou je, zda se vždy podaří najít vhodnou péči, protože ne ve všech lokalitách je dostatečně pokryta nabídka služeb. V každém případě příspěvek je motivačně koncipován tak, že zásadní či aktivní rozhodnutí je na osobně potřebující péči, čímž by měl mj. vnášet mezi poskytovatele sociálních služeb zdravé konkurenční prostředí. Zároveň by měla koncepce příspěvku na péči přispět k tomu, že osoby, které potřebují péči, zůstanou ve svém domácím prostředí a ústavních služeb využijí pouze v krajních případech.³⁵

Registrace poskytovatele sociálních služeb je institutem, jehož smyslem je v první řadě zabezpečit, aby ten, kdo se chce být poskytovatelem sociálních služeb doložil, že splňuje zásadní podmínky pro poskytování sociální služby v požadovaném rozsahu a kvalitě tj. podmínky personálního a odborného charakteru, podmínky materiální, technické, hygienické atd.³⁶ O registraci rozhodují krajské úřady nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí, které spravuje online registr poskytovatelů sociálních služeb na svých webových stránkách, kde se uvádí: „**Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007. Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci či asistenti sociální péče, kteří pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí. Stejně tak není poskytovatelem sociální služby subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb ve smyslu tohoto zákona (např. soukromá úklidová firma nebo ubytovna).**“³⁷ Vysvětlující text o tom, kdo není poskytovatelem sociální služby, dává MPSV ČR jasně najevo, že registr poskytovatelů sociálních služeb je důležitým nástrojem ochrany zájmů klientů sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že jsou sociální služby poskytovány lidem

³⁵ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 40 – 43 s.

³⁶ ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 20 – 21 s..

³⁷ MPSV ČR. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 24. 2. 2015. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1424893259498_3

v nepříznivé sociální situaci, tedy velmi zranitelným lidem, je více než žádoucí, aby stát tyto klienty chránil. Vydáním či povolením registrace poskytovatelům služby počínaje, kontrolou plnění kvality poskytování sociální služby konče.

Inspekce kvality sociálních služeb je další z nástrojů ochrany klientů sociálních služeb ze strany státu. Kontrola registrovaných poskytovatelů spadala do působnosti krajských poboček Úřadů práce, od 1.1.2015 spadá výhradně do působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Předmětem inspekce sociálních služeb je plnění podmínek stanovených pro udělení registrace poskytovatelů sociálních služeb a kvalita poskytovaných služeb. Nežádoucí výsledek může vést k výzvě odstranění zjištěných nedostatků či závad, anebo i k sankcím od peněžitých pokut až po odebrání registrace.³⁸

Asistent sociální péče je jinou fyzickou osobou než osobou blízkou (tj. rodinní příslušníci), která může poskytovat péči osobě závislé na péči jiné fyzické osoby (např. přítel, sousedka, zdravotní sestra žijící ve stejné lokalitě atd.). Zavedením instituce asistenta sociální péče přinesla až praxe, uzákoněn byl až v roce 2011. **Cílem zavedení tohoto institutu je především zajištění dostupnosti potřebné pomoci v oblastech, kde není zajištěná dostupnost službami terénního charakteru** a zároveň umožnit lidem, kteří potřebují pomoc jiné fyzické osoby, aby mohli i nadále zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí bez nutnosti využívat pobytových zařízení. **Asistentem sociální péče se může stát pouze fyzická osoba, která je starší věku 18 let, musí být zdravotně způsobilá.** Poskytuje-li osobně pomoc asistent sociální péče, **není vyžadována registrace podle §79 zákona o sociálních službách.** Asistent sociální péče však musí být vždy **uveden jako pečující osoba v žádosti o příspěvek na péči** a s osobou, které poskytuje pomoc, musí uzavřít **písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci.** Na základě uzavřené písemné smlouvy provádějí kontrolu využívání příspěvku krajské pobočky Úřadu práce. Kontrola se samozřejmě týká kvality poskytované služby, zda způsob poskytované pomoci a její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti a zda je pomoc zaměřena na základní životní potřeby, které podle výsledku posouzení

38 MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 46 – 47 s.

stupně závislosti okresní správou sociálního zabezpečení není osoba, o kterou je pečováno, schopna zvládat.³⁹

Smlouva o poskytnutí sociálních služeb je institutem, který významně změnil postavení role poskytovatelů a příjemců služeb. **Smluvní princip poskytované služby staví osoby v nepříznivé sociální situaci do aktivní role.** V praxi to znamená, že musí aktivně vyhledat a kontaktovat poskytovatele a vyjednat si, jaká přesně a za jakých podmínek jim bude sociální služba poskytována. **Smlouva musí obsahovat práva a povinnosti poskytovatele i osoby, která bude službu využívat, jedná se tedy o rovnoprávný akt.** Samotným uzavřením smlouvy aktivní role uživatele služby nekončí. Aby bylo možné nastavit míru podpory či pomoci, musí se ve vzájemné spolupráci poskytovatel s uživatelem dohodnout, jak přesně služba bude vypadat, tj. co, kde, kdy, jak a za jakou cenu bude uživateli služby poskytnuto. Poskytovateli služby zákon navíc ukládá s uživatelem služby její samotné poskytování plánovat (Individuální plánování sociální služby), takže uživatel služby musí být připraven na to, že bude vyzván ke sdělení svých potřeb a cílů a že se společně s poskytovatelem průběžně budou domlouvat na formách, způsobech, konkrétních aktivitách atd. Případné řešení neplnění smlouvy je v kompetenci občanského soudu.⁴⁰

Standardy kvality sociálních služeb jsou institutem, který se zabývá kvalitativní povahou poskytovaných služeb. Jedná se o definovaný soubor 15 standardů, složených z měřitelných kritérií, které jsou upraveny v prováděcí vyhlášce zákona o sociálních službách č. 505/2006 S., v platném znění.⁴¹ Standardům kvality sociálních služeb se podrobněji věnuje následující kapitola.

³⁹ MPSV ČR. Asistent sociální péče [online]. 23. 11. 2012. [cit. 24. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13928>

⁴⁰ STRAKOVÁ, Martina, ČERMÁKOVÁ Kristýna. *Standardy kvality sociálních služeb – příručka uživatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. Číslování stránek neuvedeno.

⁴¹ STRAKOVÁ, Martina, ČERMÁKOVÁ Kristýna. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatele*. Vyd. 3. Praha: MPSV ČR, 2004. 5-6 s.

1.4. Standardy kvality poskytovaných sociálních služeb

Standardy kvality poskytovaných sociálních služeb (dále jen Standardy) byly nepovinně doporučovány MPSV od roku 2002, závazným právním předpisem jsou pro všechny registrované poskytovatele sociálních služeb od 1.1.2007. Standardy jsou výstupem česko-britského projektu, který byl realizován v letech 2002–2003 s cílem podpořit změny v oblasti kvality poskytovaných sociálních služeb.⁴² Znění zásadních kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Obecně lze za **standard** označit **zvykovou normu**, která je žádoucí a která definuje základní či minimální nároky na prokazatelnost jejího naplnění. **Kvalitu** lze obecně definovat jako **hodnotu**. Co je hodnotné? Hodnota v tomto případě je společenský konsenzus, co je hodnotné, je i kvalitní, něco, o co usilujeme, co je pro nás důležité, čeho si vážíme. Primárně jsou Standardy nástrojem pro dosahování kvality poskytované služby a až sekundárně nástrojem pro hodnocení a kontrolu. Písemně zpracované a legislativně zakotvené **Standardy jsou výsledkem společenské dohody**. Smyslem Standardů je za prvé zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva uživatelů služeb i poskytovatelů služeb, za druhé vymezují i povinnosti obou stran.⁴³

Principy tvorby a používání Standardů musí nutně vycházet ze základních **dokumentů subjektu** (zakládací listiny, stanovy atd.), **ze svého poslání** (veřejný závazek), **z cíle subjektu** (komu, co a jak budeme poskytovat za službu), **z potřeb okruhu osob, kterým jsou služby určeny** (přesné definování cílové skupiny např. senioři starší 65 let, matky s dětmi do 15 let věku, atd.), **z druhu či podruhu sociální služby** (poskytování s ohledem na specifickou cílovou skupinu a charakteristikou poskytované služby).⁴⁴

⁴² BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: APSS ČR, 2011, 23 s.

⁴³ BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: APSS ČR, 2011, 53 - 54 s.

⁴⁴ ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 52 - 53 s.

Základní přehled a dělení Standardů: ⁴⁵

Procedurální standardy, tj. 1 – 8 ⁴⁶, upravují oblast vztahů mezi uživatelem a poskytovatelem od prvotního jednání se zájemcem o službu přes náležitosti uzavírání smlouvy až po zohlednění individuálních potřeb uživatele. Podstatná část je věnována ochraně práv uživatelů a ochranným mechanismům jako jsou postupy při podávání stížností a jejich vyřizování, pravidla a řešení situací proti střetu zájmů osob, pravidla pro přijímání darů atd.

Standard 1 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Standard 2 – Ochrana práv osob

Standard 3 – Jednání se zájemcem o sociální službu

Standard 4 – Smlouva o poskytování sociální služby

Standard 5 – **Individuální plánování průběhu sociální služby**

Standard 6 – Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

Standard 8 – Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje

Personální standardy, tj. 9 a 10, se věnují oblasti lidských zdrojů. Kvalita poskytované služby je přímo závislá na odpovídajícím počtu pracovníků poskytujících službu určitému počtu uživatelů a rozsahu zajišťovaných služeb. Věnuje se oblasti kvalifikačních a osobnostních předpokladů pracovníků, jejich vedení a podpoře (např. supervize) a podmínkám, které k práci potřebují, včetně dalšího profesního vzdělávání.

Standard 9 – Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard 10 – Profesionální rozvoj zaměstnanců

⁴⁵ MPSV. Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

⁴⁶ STRAKOVÁ, Martina, ČERMÁKOVÁ Kristýna. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatele*. Vyd. 3. Praha: MPSV ČR, 2004. 6 s. (pozn. doplnění dělení Standardů na procedurální, personální a provozní).

Provozní standardy, tj. 11–15, určují podmínky pro poskytování sociálních služeb. V první řadě je to dobrá informovanost o službě a její dostupnost. Dále se soustřeďují se na materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované služby, na definování a řešení nouzových a havarijních situací, ekonomické zajištění služeb a jejich kvality. Důležitá jsou pravidla pro kontrolu a hodnocení poskytované služby, včetně pravidel pro zjišťování spokojenosti uživatelů služeb.

Standard 11 – Místní a časová dostupnost poskytované služby

Standard 12 – Informovanost o poskytované službě

Standard 13 – Prostředí a podmínky

Standard 14 – Nouzové a havarijní situace

Standard 15 – Zvyšování kvality sociální služby

Z uvedených Standardů je evidentní, že neexistují samostatně, ale že Standardy jsou **součástí vzájemně provázaného komplexu vnitřních pravidel subjektu – poskytovatele sociálních služeb**, které zahrnují **řády organizace** (např. organizační řád a popis pracovních pozic a jejich pracovní náplně, pracovní řád, podpisový řád, provozní řád, mzdový řád atd.), nejruznější **provozní směrnice nebo pravidla** (pravidla pro telefonickou komunikaci, zásady komunikace, pravidla pro psaní dokumentů, pravidla pro zacházení s klíči od bytu klienta atd.), **závazné pracovní postupy a metodiky práce** (provádění hygieny na lůžku, zásady při zajišťování a podávání stravy, zásady při oblékání a svlékání klienta a využívání kompenzačních pomůcek, metodika zjišťování spokojenosti uživatelů se službou atd.), včetně např. Etického kodexu subjektu či Osobního kodexu zaměstnanců. Je jen na poskytovateli sociálních služeb, jakým způsobem se zhostí a na základě zákonem daných norem vytvoří vnitřní předpisy organizace.⁴⁷

⁴⁷ HRONCOVÁ, Marcela. Vytváření vnitřní metodiky v neziskové organizaci. In: Kolektiv autorů. *Texty k řízení neziskové organizace*. Vyd. 1. Praha: AGNES, 2008. 27-30 s.

Soubory definovaných závazných pravidel pro poskytování sociálních služeb však nestačí. To **nejcennější**, čímž subjekt – poskytovatel sociálních služeb disponuje, jsou **lidé**: zaměstnanci a zaměstnavatelé, ředitelé a vedoucí pracovníci, sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách a celá řada odborných specialistů (psychologů, speciálních pedagogů, manželských poradců atd.), včetně ekonomů, dobrovolníků a členů správních rad. Ať již jsou v organizaci zastoupené jakékoliv profese, všichni musejí být s vnitřními předpisy seznámeni a **znát svá práva, povinnosti a kompetence.**⁴⁸

⁴⁸ HRONCOVÁ, Marcela. *Moderní nezisková organizace*. Vyd. 1. Praha: Ateliér vzdělávání, 2010. 26 s.

2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Individuální plánování průběhu sociální služby lze označit jako **způsob práce klíčového osobního asistenta**, který **ve spolupráci s klientem** vede k žádoucímu poskytování služby **s ohledem na individuální potřeby a přání klienta a je v souladu s posláním organizace**. Individuální plánování je proces, tj. jedná se o činnost, která má svůj vývoj, někde začíná, určitým způsobem se děje a probíhá, vyhodnocuje se a plynule pokračuje či začíná znovu, dokud je služba poskytována. Jedná se o **proces kontinuální a strukturovaný**, tzn. že se souvisle děje v čase a v určitých krocích.⁴⁹

Individuálně plánovat poskytování sociální služby ukládá poskytovatelům zákon o sociálních službách, a to:

„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 a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů.“⁵⁰

2.1. Kritéria pro plánování a vyhodnocování Individuálního plánování

Individuální plánování sociální služby upravuje Standard č. 5, který obsahuje celkem pět kritérií, viz. následující tabulka.

⁴⁹ BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: APSS ČR, 2011, 73 s.

⁵⁰ Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, § 88, písmeno f).

Standard č. 5. Individuální plánování průběhu sociální služby

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 její 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.

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.⁵¹

Tolik rámcové legislativní zakotvení normy, která přinesla do sociálních služeb individualizaci, tj. že všem uživatelům služeb již nebudou poskytovat sociální služby „plošně“. **Norma je rámcová, individuální plánování** jednotlivých služeb pak **vychází z druhu poskytovaných sociální služby a z cílové skupiny**, které jsou služby poskytovatele určeny. Plánování služby bude zcela jinak probíhat u dospělých a jinak u dětí, jiné bude pro lidi v pobytových službách než u lidí bez domova, rozdíly budou dle řešeného tématu u poradenských služeb, které mohou být praktikovány v kontaktních centrech např. v občanské poradně pro finanční oddlužení nebo prostřednictvím telefonické služby, např. na lince důvěry.

⁵¹ MPSV. Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění (převzatá tabulka).

Komentáře k jednotlivým kritériím:

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.**

Tvorba metodiky pro poskytování konkrétní sociální služby je plně v **kompetenci poskytovatele**. Metodika zohledňuje, o jaký typ služby jde a k čemu služba směřuje, vychází tedy z poslání služby. Pokud jde např. o službu osobní asistence pro seniory, v individuálním plánování se musí objevit, jakým způsobem se snaží uživatel aktivizovat, jak směřuje k jeho sociálnímu začlenění. Metodika popisuje **proces individuálního plánování s uživatelem, tj. jak probíhá v praxi a jak je přehodnocován**. Rozsáhlá a sebedrobnější metodika, neakceptující nároky praxe sociální služby, ze které není evidentní, „**jak se to v praxi opravdu dělá**“, naplnění uvedených kritérií nemůže vyhovět.⁵²

b) **Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.**

V metodice k individuálnímu plánování má poskytovatel popsáno, jak **společně s uživatelem plánuje**, jak konkrétně bude průběh služby probíhat, tj. „**co budou společně dělat**“, v čem mu má služba pomoci a v čem ho může podpořit. Akcent je kladen na reálné potřeby a přání uživatele služby. Plánování společné spolupráce vedoucích k naplňování cílů musí také vycházet z možností a schopností uživatele služby. Profesionální pracovník nemůže vnucovat své představy o poskytování služby, musí umět respektovat reálné očekávání uživatele od služby a najít formu a způsob jejich naplňování.⁵³ Nelze také povinnost plánovat průběh služby zredukovat na pouhou existenci plánu, samotný proces plánování je důležitější, při něm se stanovují kroky (prostředky), jichž je potřeba k dosažení požadovaných výsledků (např. pokud si

⁵² ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 141 – 142 s.

⁵³ ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 142 – 143 s.

uživatel po zdravotní indispozici přeje „moci na jaře zase vyrazit na procházku do parku“, lze naplánovat pravidelné rehabilitace, trénování chůze napřed po pokoji, pak bytě, pak po chodbě domu atd.).⁵⁴

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.

Třetí kritérium je úzce spjato s předchozím. Metodika určuje, **jak často** hodnocení probíhá, **kdo se na něm podílí**, zda jen klíčový pracovník a uživatel, případně jeho klíčový zástupce (buď zákonný zástupce nebo např. u osob s určitým stupněm demence to může být rodinný příslušník atd.) nebo je přítomen i sociální pracovník nebo celý realizační tým plánování (další pracovníci v přímé péči, ergoterapeut, psycholog atd. dle druhu služby). Z hodnocení osobních cílů by mělo být jasné, zda osobní cíl uživatele byl naplněn (sociální služba může být ukončena), nebo zda žadoucích výsledků naplněno nebylo. Pokud cílů nebylo dosaženo, nebo jsou další oblasti, kde uživatel potřebuje pomoc sociální služby, jsou výstupy hodnocení použity v dalším procesu plánování, které začíná zkoumáním situace s cílem porozumět klientovi.

Hodnocení v žádném případě neznamena posuzování natož „souzení“ dovedností či postojů uživatele. Nežádoucí praxi představuje také hodnocení realizačního týmu konkrétního klienta a naplánování dalších kroků bez jeho účasti. Při snaze o posouzení míry péče a podpory řeší pracovníci řadu etických dilemat. Hodnocení **poskytování optimální podpory** je výsledkem **vyvažování** dvou směrů: **projevením zájmu o uživatele a ponecháním svobody** uživateli (koncept pomoci zaměřeného na člověka podle J.O'Briena). Dobrá péče je ta, kde jsou oba směry pokud možno v rovnováze. Dáme-li člověku příliš svobody bez zájmu, může dojít k zanedbání a naopak málo svobody a mnoho zájmu může vést k nežádoucímu přepečování. Malý zájem o klienta spojený s nedostatkem svobody může vést ke zneužívání.⁵⁵

⁵⁴ Kolektiv. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. 77 s.

⁵⁵ Kolektiv. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. 90 - 91 s.

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.

Metodika poskytovatele by měla obsahovat popis pracovní **pozice klíčového pracovníka**. Jaké jsou nutné pro tuto pozici dle druhu poskytované sociální služby **kvalifikační předpoklady, odborné dovednosti** a jakým způsobem jsou klíčoví pracovníci k jednotlivým uživatelům vybíráni a kdo o tom rozhoduje. Stává se, že ne vždy si klíčový pracovník s uživatelem porozumí a nemusí to nutně znamenat, že by pracovník dělal něco nebo svoji práci špatně.⁵⁶ Stačí, aby uživateli např. pracovník připomínal nějakou osobu z minulosti, na niž nemá dobré vzpomínky a tato nevědomá bariéra může způsobit, že nebude chtít spolupracovat. Při každém setkání mezi lidmi dochází nejen k interakci, tj. komunikaci, ale také k reakcím, které vždy nemusí být adekvátní.⁵⁷

Dobrou praxí je tedy mít stanovená pravidla, **za jakých okolností může klíčový pracovník požádat o změnu, stejné právo by mělo náležet i uživateli služby**, pokud s klíčovým pracovníkem není spokojený či mu např. nedůvěřuje. Důležité je stanovit z hlediska kvality poskytované služby počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníka, i když rozsah a složitost jednotlivých forem podpory se u jednotlivých uživatelů liší. Pokud má poskytovatel pro systém vedení klíčových pracovníků institut pracovníka – metodika, v písemné metodice by tento systém měl být popsán, stejně jako další podpůrné aktivity, kterými mohou být pravidla pro pracovní schůzky realizačních týmů pro individuální plánování, zda mají kromě podpory z vnějšku organizace i možnost čerpat podporu od nezávislého odborníka, např. supervizora. Jedno pravidlo by mělo být jasné, **každý uživatel by měl vědět, kdo je jeho klíčovým pracovníkem** a v čem se na něj mohou obracet. Bohužel, např. u pobytových služeb se zjišťuje, že uživatelé služeb to nevědí a někdy to nevědí ani sami pracovníci, kdo je klíčovým pracovníkem,

⁵⁶ ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 144 – 145 s.

⁵⁷ VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 11-14 s.

obzvláště tam, když uživatel přichází na konzultaci za více pracovníky (např. kontaktní centra, poradenské služby, pobytové služby atd.).⁵⁸

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.

Efektivně nastavený **system komunikace a předávání informací** mezi jednotlivými pracovníky podílejícími se na individuálním plánování je **základním předpokladem pro dobrou a kvalitní sociální službu**. Nemělo by jít o nahodilé sdělování „něčeho mezi dveřmi“, co se právě stalo. Poskytovatel by měl mít vytvořený systém, který umožňuje **opakované, funkční a pravidelné předávání informací** o tom, co se ve službě událo, jaké nastaly případné změny nebo mimořádné události u jednotlivých uživatelů a co z toho plyne pro další pracovníky, popř. pro poskytovatele. **Písemné zaznamenávání podstatných informací a jejich dostupnost** by měl tvořit pilíř systému. Pokud si pracovníci např. při předávání služby mohou sdělit informace i ústně, je to jen dobře, ale písemnými záznamy se předchází situacím, kdy z různých důvodů na ústní sdělení není čas (pokud není naopak čas na záznam, měl by být dodatečně zaznamenán) a také „zkreslení“ významu důležitého sdělení. Důležitý je i nastavení **systemu výměny informací mezi klíčovými pracovníky a blízkými osobami uživatele zapojených do plánování** (např. u terénní osobní asistence umístění „komunikačního sešitu v bytě klienta, ve kterém pracovníci informují o průběhu služby atd.). Do systému předávání informací patří pravidelné setkávání pracovníků na různých poradách (porady realizačního týmu individuálního plánování, intervize, supervize atd.) věnujících se cílenému předávání informací o konkrétních uživatelích služby.⁵⁹

⁵⁸ ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 144 – 145 s.

⁵⁹ ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 145 – 146 s.

2.2. Kompetence, práva a povinnosti klíčového pracovníka

Zákonná legislativa nezná termín „**klíčový pracovník**“, nicméně v oblasti poskytování sociálních služeb se tento termín běžně používá a „zdomácněl“. V rámci dané legislativy se jedná o zaměstnance poskytovatele, který **je individuálním plánováním s konkrétním uživatelem služby pověřen a nese za průběh služby svoji odpovědnost**. Legislativa neupravuje, kdo by měl klíčovým pracovníkem být, nicméně se předpokládá, že půjde o zaměstnance, který je s uživatelem služby v pravidelném a častém kontaktu, nejčastěji to jsou pracovníci v sociálních službách neboli také pracovníci v přímé péči a dále sociální pracovníci. Kvalifikační předpoklady pro tyto dvě pracovní pozice jsou jako jediné definovány a upraveny zákonem o sociálních službách. V případě sociální služby osobní asistence pro seniory, které se věnuje tato práce, jsou zpravidla klíčovými pracovníky osobní asistentky v přímé péči. Odbornou způsobilost pracovníka v sociálních službách definuje § 116 odst. 5 písm. a) a c) a jako minimální požadavek je uvedeno základní vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v rozsahu 150 hodin.⁶⁰

Základním předpokladem pro výkon pozice klíčového pracovníka jsou jeho **kompetence, práva a povinnosti**. Mezi zásadní **kompetence** patří **odborné znalosti, dovednosti** (praktické zkušenosti), **návyky a předpoklady** (charakterové, morální) získané příslušným vzděláním, zkušeností a vyzrálostí vlastní osoby. Klíčový pracovník **zná Standardy** a chápe individuální **plánování** jako nedílnou a samozřejmou **součást své práce**, zvládá administrativní činnosti s individuálním plánováním spojené. **Ctí etické normy** a v praxi se jimi řídí, tj. přistupuje k uživateli služby jako k rovnocennému partnerovi, jedná s úctou a vědomím jedinečnosti lidského života, vytváří prostředí bezpečí a důvěry a v případě, že uživatel má snížené kognitivní (rozpoznávací) schopnosti, jedná s ním tak, aby v každém okamžiku chránil jeho práva a základní svobody. Z uvedeného vyplývá, že klíčový pracovník **umí aktivně naslouchat** a **umí vést rozhovor**. Aktivně se dále vzdělává a pracuje na svém odborném a osobnostním rozvoji. Mezi **zásadní práva a povinnosti** klíčového

⁶⁰ BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: APSS ČR, 2011, 107 s.

pracovníka patří **tvorba a přehodnocování individuálního plánu** spolu s uživatelem a dalšími zúčastněnými osobami a zodpovídá za to, že údaje v plánování odpovídají skutečnosti. Klíčový pracovník **koordinuje realizační tým**, tj. seznamuje ostatní zaměstnance a další zúčastněné osoby zapojené do individuálního plánování s celým procesem individuálního plánování. Má **právo** vyžádat si **konzultaci s pracovníkem zodpovídajícím za metodické vedení klíčových pracovníků**, případně si vyžádat podporu **od nezávislého konzultanta**(nejčastěji superiora). Má **právo a povinnost** mít **dostatek času a podmínky** na činnost vyplývající z kompetencí klíčového pracovníka.⁶¹

2.3. Proces Individuálního plánování

Největším **nebezpečím** individuálního plánování je **formalizace**. Plánovat musí všichni poskytovatelé sociálních služeb, které jsou financovány z veřejných zdrojů, a tak je často plánování výsledkem snahy vyhovět požadavkům zákona o sociálních službách, Standardů, zřizovatelů a inspektorů atd. Zaměření na to, jak správně vyplnit kolonky v plánech bez využití nástroje individuálního plánování ve prospěch uživatelů služeb a vlastního rozvoje organizace, je častou chybou.⁶² Jak z toho ven?

Individuální plánování je **čtyřfázový proces**, který zahrnuje **zkoumání nepříznivé situace uživatele, tvorbu plánu, realizaci plánu a jeho hodnocení**. Tento proces by optimálně měl vést k ukončení poskytované podpory z důvodu ztráty potřeby užívání služby.⁶³ Aby bylo možné dobře realizovat a zaznamenávat individuální plánování, je potřebné v první řadě celému procesu rozumět, naučit se umět o individuálním plánování přemýšlet. Svým způsobem lze říci, že **individuální plánování je způsob myšlení klíčového pracovníka o uživateli služby**. Důležité je přemýšlet o tom

⁶¹ HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 76-80 s.

⁶² Kolektiv. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. 96 s.

⁶³ Kolektiv. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. 87 s.

a uvědomit si, kdo je člověk, který žádá o pomoc, jaký vůbec je, proč by naši službu mohl potřebovat a jak mu můžeme být užiteční? Je nezbytné jít s potenciálním uživatelem do kontaktu, ptát se a mluvit s ním, jak o něm samotném a tom, jak situaci vnímáme my, tak o smyslu sociální služby, kterou mu můžeme poskytnout. Pak teprve můžeme být schopni pro sebe i pro něj pojmenovat, co užitečného a jakým způsobem může díky poskytnuté službě něco získat. Individuální plány by tak mohly být „výkladní skříní“ poskytovatele ukazující, jak daleko co do vztahu a naší užitečnosti jsme se k uživatelům dostali.⁶⁴

2.3.1. Cíle individuálního plánování

Pokud se chceme věnovat jakékoli činnosti, která vyžaduje náš čas a úsilí, je dobré si vždy vyjasnit, proč se vybrané činnosti věnovat, jaký bude její přínos a jaký má vlastně smysl. Ne jinak je tomu i v případě individuálního plánování, proto důležité mít vyjasněné jeho cíle (přínos, smysl).

Cílem individuálního plánování je:⁶⁵

- **Poznat lépe člověka (uživatele) služby a jeho situaci.** Individuální plánování nám umožňuje **hlouběji poznat člověka**, se kterým pracujeme, umožňuje nám pochopit, jak vypadá **jeho svět**. Poznat, co vnímá jako důležité, co si ve svém životě přeje a co potřebuje k tomu, aby byl spokojený. Jde o prohloubení vztahu s tímto člověkem.
- **Podpořit člověka v naplňování jeho potřeb a cílů.** Teprve hlubší pochopení druhého člověka, poznání jeho nenaplněných potřeb a přání nám umožňuje začít uvažovat o tom, **jak člověka podpořit**, jakým způsobem s ním

⁶⁴ HERZOG Aleš. *Zaznamenávání individuálních plánů*. [online]. 5. 3. 2015. Dostupné z: <http://www.streetwork.cz/images/stories/Kluby/SananimTP/zaznamenani-individualniho-planovani-ales-herzog.pdf>

⁶⁵ SOBEK, Jiří. *Jak dobře individuálně plánovat. Praktická příručka pro každého, kdo se účastní individuálního plánování*. Vyd. 1. Praha: Adpontes, 2012, 8 – 9 s.

spolupracovat, jak mu pomoci v dosažení toho, **co je pro něj samotného důležité.**

- **Umožnit člověku žít život srovnatelný s vrstevníkem bez handicapu (běžný život, sociální začlenění).** Dobrý individuální plán posiluje **nezávislost uživatele** na sociální službě, umožňuje člověku žít v jeho běžném prostředí a oblasti jeho aktivit a vztahů. Individuální plánování umožňuje uživateli mít **možnost volby a kontroly nad vlastním životem**, učit se a růst a mít možnost **rozvíjet nebo udržovat své schopnosti a dovednosti.**

Klíčový pracovník se na základě hlubšího poznání a seznámení se s životem a nepříznivou sociální situací uživatele stává jeho „průvodcem“. V kontextu oboru sociální práce mluvíme o sociálním doprovázení. Optimálním cílem profesionálního sociálního doprovázení není co nejdéle doprovázet uživatele služby, ale právě naopak, doprovázet jej efektivně, po dobu nezbytně nutnou. Je důležité, aby pracovník nenahlížel životní dráhu a nepříznivou sociální situaci svými očima. Představy uživatele služby se mohou lišit od představy pracovníka, jak nejlépe jeho situaci řešit. Základem je tedy spolupráce. Následná tvorba individuálního plánu směřujícího k řešení nepříznivé situace uživatele služby je výsledkem vzájemné domluvy mezi pracovníkem a uživatelem.⁶⁶ Přitom je nutné podotknout, že za plánování nese odpovědnost klíčový pracovník, ne uživatel služby.

2.3.2. Obsah individuálního plánu

Při tvorbě a písemném zaznamenávání individuálních plánů je důležité si uvědomit, **proč vlastně plán vzniká a jakou nepříznivou sociální situaci řeší.** Pojmenováním či identifikací nepříznivé sociální situace uživatele dostává individuální plán „vnitřní logiku“. Individuální plánování je „jednoduchý“ způsob, jak mají sociální služby na nepříznivou sociální situaci uživatele reagovat. Pojmenováním nepříznivé sociální situace je tedy základním krokem, který je třeba učinit, aby bylo možné vůbec nějaké

⁶⁶ VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 76 - 77 s.

cíle stanovovat. Individuální plán lze tak rozdělit **do čtyř základních bodů** (odpovídá fázím procesu individuálního plánování, v odborné literatuře se názvosloví jednotlivých autorů liší, ale princip či význam zůstává stejný, viz následující dělení dvou autorů):

- 1) **Identifikace nepříznivé sociální situace, kterou plán řeší** ⁶⁷
(nebo také mapování – poznávání situace klienta) ⁶⁸
- 2) **Cíle spolupráce**
(nebo také plánování – vyjednávání cílů, tvorba plánů)
- 3) **Kroky k dosažení cílů** (nebo také realizace plánu)
- 4) **Revize individuálního plánu** (nebo také vyhodnocení)
- 5) **Jako pátý bod lze uvést shodně případné ukončení služby, pokud bylo cílů spolupráce dosaženo.**

Při identifikaci nepříznivé sociální situace uživatele a hledání jejího řešení je nutné mít na paměti **důležité principy**, které mohou **pomoci dobře** individuálně **plánovat**. Přestože se zaměřujeme na nežádoucí sociální situaci uživatele, individuální plán v konkrétních krocích směřujících k řešení situace vychází ze **silných stránek** a možností uživatele, nezaměřuje se tedy na problémy, ale na **hledání cest k řešení**. **Uživatel** služby měl být v centru plánování, být součástí plánovacího týmu, ve kterém má **aktivní roli**, tj. „já plánuji“ a ne „pro mě se plánuje“. **Důležitější je proces plánování** (samotná komunikace a kontakt s klientem, týmová spolupráce, zaměření se důležité potřeby uživatele) **než písemný záznam plánu**. Záznam plánu je „jen“ výsledkem a záznamem celého procesu, který by měl být všem srozumitelný (jednoduchost, přehlednost). Dalším principem je **neplánovat mnoho věcí najednou**. Forma a způsob plánování musí **odpovídat danému uživateli i typu služby**. ⁶⁹

⁶⁷ HERZOG Aleš. *Zaznamenávání individuálních plánů*. [online]. 5. 3. 2015. Dostupné z: <http://www.streetwork.cz/images/stories/Kluby/SananimTP/zaznamenani-individualniho-planovani-ales-herzog.pdf>

⁶⁸ SOBEK, Jiří. *Jak dobře individuálně plánovat. Praktická příručka pro každého, kdo se účastní individuálního plánování*. Vyd. 1. Praha: Adpontes, 2012, 46 s.

⁶⁹ SOBEK, Jiří. *Jak dobře individuálně plánovat. Praktická příručka pro každého, kdo se účastní individuálního plánování*. Vyd. 1. Praha: Adpontes, 2012, 30 s.

V praxi se nezdá stává, že **uživatelé služeb aktivní roli** v procesu individuálního plánování **odmítají**, nechtějí prioritně nabídnutou podporu a chtějí nechat za sebe rozhodovat, nechat o sebe pečovat. Sice mají svá přání a cíle, ale nemají již zájem o podílení se vlastními silami na jejich naplňování. **Pracovníci** pak mívají tendenci za uživatele vše naplánovat a vykonat, neboť mají potřebné dovednosti či schopnosti a celý proces se tak urychlí. V takových situacích je žádoucí, aby pracovníci měli od poskytovatele služby **dostatečnou podporu**, aby ustáli uživateli vyvíjené tlaky, které směřují pouze k požadované pasivní péči a aby mohli **využít mechanismů dobře nastavených pravidel vycházejících z poslání, zásad a cílů služby.**⁷⁰

2.3.3. Osobní cíle a jejich hodnocení

Standardy uvádějí pojem „**osobní cíl**“ osoby, se kterou poskytovatel plánuje společně průběh sociální služby a společně hodnotí, zda jsou tyto osobní cíle naplňovány. Odborná literatura však spíše pracuje s termínem cíl spolupráce. Tento pojem „**cíl spolupráce**“ lépe vyjadřuje podstatu právní úpravy poskytování sociálních služeb, které je principiálně založeno na **partnerském postavení poskytovatele a uživatele služeb** a přitom umožňuje, aby **cíle spolupráce vycházely z cílů uživatele a jeho potřeb.** Cíl je vázán především na člověka – uživatele. Za cíl spolupráce můžeme považovat „**stav změny**“, který by měl nastat spolupůsobením uživatele a poskytovatele služeb.⁷¹

Ne všechna přání a cíle uživatele spadají do kompetence řešení či pomoci poskytovatele. **Stanovování osobních cílů či cílů spolupráce musí být v souladu se základními zásadami poskytování sociální služby upravených zákonem o sociálních službách.**

⁷⁰ BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 136 – 137 s.

⁷¹ Kolektiv. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. 79 s.

Poskytovaná pomoc musí:

- vycházet z individuálně určených potřeb osob,
- působit na uživatele aktivně,
- podporovat rozvoj samostatnosti,
- motivovat je k činnostem nevedoucích k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace,
- posilovat sociální začleňování.⁷²

Osobní cíl uživatele lze tedy definovat:

Osobní cíl je takový cíl uživatele, který **je možné naplnit základními a fakultativními úkony poskytovatele** a na kterém se spolu s poskytovatelem **dohodnou**. Potřeby a přání uživatele musí odpovídat poslání organizace a cílovým skupinám. Proto se v procesu plánování hovoří o hledání společné práce obou zúčastněných stran – **ne každé přání uživatele bude organizace naplňovat**.⁷³

Dalším důležitým předpokladem je, aby stanovené cíle společné práce naplňovaly **princip SMART**. Jedná se o mnemotechnickou pomůcku, převzatou z oblasti projektového řízení, která slouží ke stanovování a měření cílů.

Každý cíl by měl být naplňovat princip SMART:

- **S – specifický** znamená jasně a srozumitelně pojmenovaný cíl, který zřetelně říká, **co chceme** (např. chci se naučit psát textové zprávy na mobilním telefonu).
- **M – měřitelný** vyjadřuje kvantifikovatelný cíl, tj. cíl musí vyjadřovat nějaké **měřítko nebo kritérium, podle kterého poznáme, že byl cíl naplněn** (např. budu trénovat chůzi, abych si mohla opět zajít ven a posedět na lavičce před domem).

⁷² Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění, § 2.

⁷³ HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 94 - 95 s.

- **A – akceptovatelný** znamená **přijatelný cíl**, tj. cíl nemůže být v rozporu např. s etickými či právními normami a měl by být přijatelný i pro všechny lidi, kteří nějakým způsobem mohou ovlivnit jeho naplnění (např. pokud si uživatel přeje psa a zdravotní stav mu nedovolí se o něj starat, nemusí být toto přání přijatelné pro jeho blízké).
- **R – reálný** a realizovatelný znamená **splnitelný** pomocí sociální služby s ohledem na věk a možnosti uživatele (např. chtěl bych se ještě podívat do Vídně atd.),
- **T – termínovaný cíl předpokládá termín vyhodnocení**, tj. kdy má být cíl naplněn nebo kdy má dojít k hodnocení toho, jak je cíl naplňován.⁷⁴

Dlouhodobé a krátkodobé cíle

Odborná literatura rozděluje cíle podle délky trvání na **dlouhodobé a krátkodobé cíle**.

Dlouhodobé cíle jsou **formulovány obecněji**, nicméně u nich platí, že by měly být měřitelné a pravidelně **vyhodnocovány např. po půl roce či roce**. Dlouhodobé cíle jsou pro uživatele zásadní, v případě terénní sociální služby osobní asistence pro seniory může jít např. o cíl zůstat v domácím prostředí a nemuset volit variantu ústavního zařízení nebo důstojně dožít doma v rodinném kruhu, zajistit pomoc se sebeobsluhou nebo pomocí v domácnosti. V případě cílové skupiny senioři dochází málokdy k ukončení služby z důvodů naplnění dlouhodobých cílů a ukončení služby, formulovat dlouhodobé cíle s uživateli seniory vyžaduje velmi citlivý přístup, zpravidla v jejich potřebách již nejsou rozvojové či vzdělávací cíle, ale cíle zaměřené na situaci tady a teď, na zajištění a pomoc se základními životními potřebami. Osobní cíle jsou průběžně naplňovány prostřednictvím poskytovaných služeb (ráno pomoc s osobní hygienou, pomoc při přípravě stravy a její podávání atd.). U dlouhodobých cílů je doporučováno **mít stanovené cíle dílčí a způsob jejich naplňování** (u přání zůstat co

⁷⁴ HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 97 s.

nejdéle v domácím prostředí může být dílčím cílem např. zajištění kompenzační pomůcky, aby klient mohl zůstat v domácnosti, např. chodítko, toaletní židle, sedačka na vanu atd.)

Krátkodobé cíle bývají termínované **obvykle do jednoho měsíce** a vyplývají z průběhu poskytovaných služeb, z kontrol kvality poskytované péče, z rozhovorů s uživatelem, ale i jeho blízkými osobami. Např. pokud je cílem uživatele zajištění doprovodu k lékaři, může realizace naplňování tohoto cíle pro pracovníka znamenat několik postupných kroků: objednat uživatele k lékaři, zajistit odvoz sanitkou nebo jiným způsobem (ve spolupráci s rodinou, taxi, sociální automobil atd.), připravit potřebné náležitosti k lékaři od oblečení až po osobní dokumenty uživatele atd.

Plánování jednotlivých kroků k naplňování osobních cílů uživatelů služeb by mělo být základní **profesní dovedností** klíčových pracovníků.⁷⁵

Při zjišťování osobních cílů se v praxi objevuje řada problémů. Kromě absence principů SMART, tj. že cíle uživatel jsou formulovány příliš obecně a nesplňují podmínky měřitelnosti a termínů plnění, se nejčastěji **namísto cíle uživatele v individuálním plánu vyskytují cíle personálu nebo rodinných příslušníků.** Obzvláště u dospělých jedinců seniorů může tak docházet k velmi dehonestujícímu jednání vůči uživateli služby. Jedná se o různé nucení do činností, které uživatel nechce dělat nebo odmítá, např. denní procvičování kognitivních funkcí podle předem připravených cvičení (práce s textem, počítání, atd.). Výjimkou není plánování a realizace různých činností v době, kdy by se raději uživatel díval na televizi nebo odpočíval, kdyby se mohl rozhodnout sám (tak teď vypneme televizi a půjdeme společně zalévat květiny). **Různé aktivizační činnosti jsou jistě důležité, ale vždy by se mělo jednat o nabídku a možnost,** kterou uživatel může, ale také nemusí využít. Není povinností dospělého uživatele se neustále rozvíjet a proti své vůli se nechat aktivizovat. Opakem je neustále vyptávání se na přání a cíle klienta, které může být pro něj velmi stresující, obzvláště když pracovníci neumí zvolit vhodné otázky nebo způsob komunikace, který by uživateli vyhovoval. **Pokud uživatel nemá žádný cíl, nic**

⁷⁵ HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 97 - 98 s.

nechce, nic nepotřebuje a se vším je spokojený, je to určitě jen dobře, ale z podstaty podmínek pro poskytování sociální služby by ji neměl tedy potřebovat. V tomto případě jde zpravidla o **chybnou komunikaci pracovníka s uživatelem**. Musíme brát také v úvahu, že mnoho uživatelů, obzvláště seniorů, má tendenci dávat pracovníkům na jejich otázky ze svého pohledu sociálně přijatelnou odpověď, tj. říci jim to, co chtějí slyšet. Každopádně by pracovníci spolu s uživatelem měli umět pojmenovat, co je pro něj důležité, aby se i nadále cítil spokojený. Odpovědi na tyto otázky pak dávají vodítky k formulaci osobního cíle.⁷⁶

Specifickým problémem **při stanovování cílů** uživatele je skutečnost, když **uživatel nekomunikuje**. Na tyto bariéry v komunikaci musí být pracovníci připraveni zvláště u uživatelů služeb, kde za komunikačními potížemi stojí např. těžké mentální postižení, artismus, onemocnění demencí atd. Při plánování služby s uživateli, kteří nekomunikují, vychází klíčový pracovník ze **strategie vytváření hypotéz o potřebách uživatele prostřednictvím různých metod či technik**. Hypotézy následně posuzuje, ověřuje a doplňuje projednáváním či sdílením v pracovním týmu. Cílem jeho snažení je zjistit, jak je uživatel spokojený s průběhem služby, co potřebuje a získané náměty použít pro aktualizaci podpory.

Metody, kterými se pracovník dostává do kontaktu s uživatelem, můžeme rozdělit do několika hlavních přístupů:

- a) **intuitivní** (úvodní fáze kontaktu s potřebami uživatele vychází z prožitků, pocitů a intuice klíčového pracovníka)
- b) **racionální** (úvodní fáze kontaktu vychází z myšlenkových procesů a analýz klíčového pracovníka)
- c) **rozhovory s referujícími osobami**
- d) **informace ze studia dokumentace uživatele**⁷⁷

⁷⁶ SOBEK, Jiří. *Jak dobře individuálně plánovat. Praktická příručka pro každého, kdo se účastní individuálního plánování*. Vyd. 1. Praha: Adpontes, 2012, 97 - 98 s.

⁷⁷ BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 153 – 154 s.

Kombinace uvedených metod a jejich používání vycházejí z osobnosti a kompetencí klíčového pracovníka, které mu umožňují zmapovat, co má daný člověk rád, a naopak nerad. V jakém prostředí se cítí dobře, s jakými lidmi, při jakých činnostech? Jak jsou naplňovány jeho základní potřeby? Má dostatek podnětů, kontaktů s ostatními lidmi atd.? Hledá-li klíčový pracovník odpovědi na tento typ otázek, většinou získá poměrně jasnou představu o potřebách daného uživatele. Na základě toho pak může navrhnout další směřování služby, které vyjádří v osobním cíli uživatele.⁷⁸

2.3.4. Význam individuálního plánování

Zavedením Standardů kvality poskytovaných služeb přineslo do oblasti sociálních služeb mnoho změn. Funkční **zavedení individuálního plánování** služby znamená **příležitost pro zvýšení kvality poskytované služby**, nastavení hranic, naplňování práv uživatelů a realizaci služby podle skutečně zjištěných potřeb jednotlivých uživatelů. Zavedení individuálního plánování má svůj význam pro poskytovatele i pro uživatele.⁷⁹

Význam individuálního plánování pro uživatele

Uživatel sociálních služeb je **v pozici rovnocenného partnera** poskytovatele, má **možnost a právo se rozhodovat** o tom, že jím oslovená služba mu bude (a jak) pomáhat v jeho nepříznivé situaci a v naplňování jeho představ o potřebné pomoci. **Znalostí svých práv a povinností**, které jsou zakotveny ve smlouvě o poskytnutí sociální služby získává **pocit bezpečí**, neboť ví, na čem se společně s poskytovatelem domluvili, ví, jak služby bude probíhat, v jakém časovém rozmezí, za jakých podmínek. Nejpodstatnější asi je, že uživatel **není pasivním příjemcem sociální**, ale je **spoluodpovědný** za její průběh na základě osobních cílů nebo-li cíli **vzájemné**

⁷⁸ SOBEK, Jiří. *Jak dobře individuálně plánovat. Praktická příručka pro každého, kdo se účastní individuálního plánování*. Vyd. 1. Praha: Adpontes, 2012, 98 s.

⁷⁹ BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 89 s.

spolupráce mezi uživatelem a poskytovatelem.⁸⁰ Uživateli služby zůstává odpovědnost za jeho život, pracovníci v sociální službě mají odpovědnost za profesionálně vykonanou práci.

Význam individuálního plánování pro poskytovatele

Pro poskytovatele služeb je podstatné, že proces individuálního plánování umožňuje **zachovat standardní kvalitu služeb** i v době různých organizačních změn (např. při střídání nebo výměně pracovníků). Pro poskytovatele přináší **možnost rozvíjet sociální služby** na základě systematicky podchycených potřeb uživatelů, čímž dochází ke **zvýšení účinnosti služeb**. Plánování přispívá ke smysluplnosti, účinnosti a efektivitě služby tím, že všichni vědí, co dělat, a směřují ke stejnému cíli, jednotlivé kroky jsou konány a zdroje jsou využívány s rozmyslem. Individuální plánování se může stát **nástrojem kontroly kvality uvnitř organizace**, pokud pracovníkům i vedení je z individuálních plánů jasné, jak má poskytování služby vypadat. Vyhodnocování výsledků poskytovaných služeb může navíc přinášet **motivaci a uspokojení pracovníků**.⁸¹ Proces zavádění standardů kvality, zejména pak individuálního plánování, přináší příležitost v hledání a **nastavování hranic mezi:**

- **pracovníky a uživateli**
- **pracovníky a rodinnými příslušníky a dalšími blízkými uživatelů**
- **pracovníky navzájem**
- **pracovníky a managementem**
- **poskytovatelem (organizací) a veřejností⁸²**

⁸⁰ HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 17 - 18 s.

⁸¹ Kolektiv. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. 79 s.

⁸² BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 89 s.

Hledání kvality služby a **individualizace poskytování služeb** naráží na **střety s realitou**. Existuje zákonná direkce daná zákonem, ovšem pro realizaci je dán **volný prostor pro vytvoření vlastních pravidel**, které však musí být **v souladu se zákonem**. **Poskytovatelé (pracovníci)** často namítají, že na plánování **nemají čas, podmínky a ani dostatek lidí**. Někteří uvádějí, že samotné plánování odmítají i uživatelé. Některé organizace to řeší tak, že zaměstnanci se věnují plánování ve svém volnu nebo individuálně plánují pouze formálně a výsledek přinesou uživateli k podpisu s tím, že „*to zákon po nich chce*“. Asi nejnešťastnější komunikace s uživateli je, když je jim sdělováno, „*že musíme to naplánovat, musíte mít stanovený nějaký cíl, musíme to takhle dělat, máme to za povinnost atd.*“ Klíčový pracovník by neměl být pouhým vykonavatelem jednotlivých smluvních úkonů. Měl by být tím, kdo péči u uživatele koordinuje, je jeho důvěrníkem a průvodcem nelehkým životním obdobím. Vzhledem k tomu, že například u služeb pro seniory zastávají pozici klíčových pracovníků často pečovatelky a osobní asistentky se základním vzděláním či s výučním listem, je nutné **zaměřit se na kontinuální vzdělávání těchto pracovníků**.⁸³ Zavádění standardů ve většině organizací přineslo vytvoření nové **pracovní pozice metodika**, kterou zpravidla v organizaci vykonávají sociální pracovníci. Metodik hledá společně s pracovním týmem cesty, jak pomocí písemných metodických materiálů **zaznamenat dobrou praxi** a zakotvit **požadovanou kvalitu do fungujícího systému organizace**.⁸⁴ Metodické vedení a vzdělávání klíčových pracovníků by mělo být zaměřené především na poznání problematiky jednotlivých cílových skupin a vedení rozhovorů za účelem zjišťování potřeb a tvorby individuálního plánu.

83 HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 19 - 20 s.

84 HOLKOVÁ Ilona, GABRYSZ Aleš. *Manuál pro metodiky v sociálních službách*. Vyd. 1. Praha: Instand, 2011, 56 s. ISBN neuvedeno.

2.4. Individuální plánování jako nástroj řízení kvality sociální služby v organizaci

Standardy přinesly do sociálních služeb nástroj, který opisuje **pomyslný kruh**. Na začátku služba definuje poslání, cíle a cílovou skupinu a zásady práce, které potom uvádí do života veškerou svou činností, zejména individuálním přístupem a prací s uživateli. Obsah standardů na celý proces klade určité nároky. **Poslední standard je nástrojem k ověřování, nakolik se daří závazek poskytované sociální služby naplňovat.** Jedná se o sebehodnotící činnost poskytovatele, která má být plánovaná, průběžná a kromě uživatelů do ní musí být zapojeni zaměstnanci a další zainteresované subjekty (spolupracující organizace, samospráva, odborníci z oboru, veřejnost). Důležitým zdrojem pro případné zkvalitnění služeb jsou stížnosti uživatelů. Organizace dle stanovených kritérií vyhodnocuje, zda poskytování služeb je v souladu se zveřejněným posláním a cíli služby, čímž prokazuje, že její činnost není náhodná, ale systematická. **Hodnocení se zaměřuje na to, jak jsou naplňovány osobní cíle uživatelů,** a má sloužit k rozvoji, v případě sociálních služeb k jejich zkvalitnění.⁸⁵

⁸⁵ Kolektiv. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. 185 s.

3 MOŽNOSTI PÉČE A PODPORY SENIORŮM

Stáří je součástí našeho života. Teprve v posledních letech se u nás mluví o **kvalitě života**, nejen o jeho délce. Medicína umožňuje prodloužit život mnoha lidem s různými nemocemi. Reakce na životní změny, jež stáří rozhodně přináší, jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi na okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které senior nezvládne sám. Právě **samostatnost, rozumná míra finančního zajištění a možnost spolurozhodovat o sobě je ve stáří vysokou hodnotou.**⁸⁶

3.1. Rizikové skupiny seniorů

S ohledem na kvalitu života, včasnou zdravotně-sociální podporu i osobní bezpečnost členíme seniory do několika rizikových skupin:⁸⁷

1. **Osoby velmi staré** (80 – 90leté a starší) – s vyšším věkem klesá soběstačnost a zvyšuje se závislost.
2. **Osoby vyššího věku v jednočlenných domácnostech** – mezi rizikové patří např. jednočlenné domácnosti ve starých městských zástavbách, kde se zvyšují nároky na topení, vaření, úklid, chybí výtahy atd. Do této kategorie patří především staré osamělé nebo ovdovělé ženy, které jsou díky špatnému zdravotnímu stavu prostorově i vztahově izolované.
3. **Staří lidé žijící v ústavech** – problematická bývá adaptace těchto lidí na zcela nové prostředí, podmínky a pravidla zařízení. Obtížná je adaptace u lidí, kteří přicházejí do ústavu ve vysokém věku nebo ve špatném zdravotním stavu a „proti své vůli“.

⁸⁶ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 11 – 12 s.

⁸⁷ NOVOSAD, Libor. *Základy teorie a metod sociální práce: globální východiska a trendy v sociální práci se zřetelem k situaci v ČR*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2004. 51 – 52 s.

4. **Bezdětní staří manželé** – nemohou počítat s pomocí dětí, která je jinak velmi významná a napomáhá adaptaci seniora na snižující se soběstačnost obzvláště v případech, kdy děti bydlí společně se starými rodiči nebo v blízkém okolí.
5. **Staří lidé trpící zdravotním handicapem (fyzickým, psychickým nebo obojím)** – starý člověk žije v jednotě se svým domácím prostředím. V případě onemocnění, když jeho zdravotní stav neodpovídá požadavkům prostředí, ve kterém žije, systém se naruší a vzniká či se prohlubuje závislost.
6. **Staré páry, v nichž jeden z partnerů je vážně nemocen nebo zdravotně postižený (invalidní)** – obecně se předpokládá, že manželství a jeho přetrvávání do pozdního věku je nejmocnější obranou proti pobytu v ústavech. Manželský partner uspokojuje celou řadu psychických potřeb staršího člověka. Jeho onemocnění představuje jednu z nejzávažnějších zátěží vyššího věku. Je otázkou, zda přetrvávání takového, sociálními službami neošetřeného manželství do pozdního věku nevede spíše k sociální izolaci, obzvláště tehdy, kdy druhý z partnerů na sebe přebírá veškerou zodpovědnost a péči o partnera. Pečující se může stát „zajatcem“ nemocného.

Individuální sociální práce se starým sociálně potřebným člověkem vychází z analýzy jeho sociální situace determinované věkem a je plynulým procesem, který začíná posilováním jeho samostatnosti a povzbuzováním jeho aktivity. Za perspektivní řešení nepříznivé sociální situace ohroženého seniora může být zprostředkování pomoci formou sociálních služeb nebo zdravotní péče.⁸⁸

⁸⁸ NOVOSAD, Libor. Základy teorie a metod sociální práce: globální východiska a trendy v sociální práci se zřetelem k situaci v ČR. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2004. 52 s.

3.2. Formy péče o seniory

Formy péče o seniory můžeme rozdělit do tří skupin: ⁸⁹

- Péče zajišťovaná rodinnou
- Zdravotní péče (včetně ošetrovatelské péče)
- Sociální péče (pečovatelské úkony)

Rodinná péče je charakterizována již ve svém názvu. Pomoc a podporu poskytují seniorovi jeho nejbližší v prostředí, kde se většina lidí cítí nejlépe, doma. Domov je místo, které každý dobře známe, poskytuje pocit jistoty a bezpečí, je to naše zázemí. Ve většině rodin je samozřejmé, že se dospělé děti o své stárnoucí rodiče postarají, je to **nejoptimálnější řešení**. Bohužel ne vždy je to možné, domácí péče je náročná a v realitě současné společnosti naráží na **řadu překážek**. V první řadě je to **zaměstnanost střední „pečující“ generace**. Hodné lidí v produktivním věku si nemůže dovolit z ekonomických důvodů zůstat doma se svým rodičem a věnovat mu potřebnou péči. Dalším z častých důvodů jsou **povinnosti vůči vlastní rodině**, vychovávání vlastních dětí a péče o vlastní domácnost. Spojení domácností také nebývá často možné kvůli **nevyhovujícím bytovým podmínkám** jako je velikost a dispozice bytů atd. Problémy nastávají pokud **místní vzdálenost rodin** je velká, rodiny bydlí např. v jiných městech. **Nepříznivý zdravotní stav dětí** (např. rodičům je více než 90 let a jejich dětem okolo 70 let) a nebo také **vyčerpání a únava rodinných příslušníků při péči o seniory** jim nedovoluje v péči pokračovat. ⁹⁰

Zdravotní péče seniorům je poskytována **praktickými lékaři** pro dospělé. Praktický lékař ve své praxi uplatňuje nejen primární, ale i sekundární a terciární prevenci. V péči o seniory **spolupracuje s rodinou** a ostatními složkami primární péče jako jsou např. **domácí ošetrovatelská péče** (terénní zdravotní sestry pracující na doporučení praktického lékaře, jejich úkony jsou hrazeny ze zdravotního pojištění),

⁸⁹ MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 62 s.

⁹⁰ MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 62 – 63 s.

ale i s terénní službou **osobní asistence pro seniory, pečovatelskou službou** a jinými **neziskovými subjekty poskytující sociální služby**. Pro domácí péči je nezbytné, aby byl klinický stav stabilizovaný a aby domácí prostředí umožňovalo poskytovat péči, která předpokládá během dne i zapojení rodiny nebo jiného laického pečovatele či osobního asistenta. K nejčastějším úkonů domácí ošetrovatelské péče patří ošetrování chronických ran, aplikace inzulínu a podávání léků, poskytování fyzioterapie a poradenství o kompenzačních pomůckách. V případě potřeby poskytují zdravotní péči i ambulantní specialisté. Zdravotní péči, pokud ji zdravotní stav seniora vyžaduje, pak poskytují nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných (zdravotní zařízení následné péče) a hospice (paliativní péče).⁹¹

Sociální péče představuje celou řadu sociálních služeb, jejich podrobný výčet je uveden v kapitole č. 1.3.1. Typologie sociálních služeb. V tomto kontextu jsou vedeny jen ty vybrané služby a instituce určené seniorům. V první řadě sem patří **domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem**. V obou případech se jedná o celoroční pobytovou službu nabízející pomoc těm, kteří nemohou žít ve své domácnosti sami a potřebují komplexní trvalou péči. Rozdíl mezi nimi je v tom, že do domovů se zvláštním režimem jsou přijímáni obyvatelé, kteří mají zvláštní potřeby vyplývající z chronické duševní poruchy, ze závislosti na návykových látkách a z mentálního postižení. **Domy s pečovatelskou službou** jsou určeny k trvalému samostatnému bydlení seniorů, kteří potřebují pomoc pouze při některých úkonech a kteří si vybírají nabídky služeb tohoto zařízení dle svých potřeb (např. pomoc při velké hygieně, donášku nákupů nebo obědů atd.). Jedná se prakticky o kombinaci pečovatelské služby a pobytového zařízení. **Domovinky a denní stacionáře** jsou centra denních služeb a jsou určena pro denní pobyt seniorů s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, kteří potřebují denní péči. Seniori zde tráví svůj čas v době, kdy jsou pečující příbuzní v zaměstnání. Na stejném principu jako denní stacionáře pracují **týdenní stacionáře**. **Odlehčovací služby (respitní, sdílené služby)** umožňují

⁹¹ HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 60 – 61 s.

pečujícími o seniora poskytnout nezbytný odpočinek. Odlehčovací služby mohou být terénní i pobytové.⁹²

Dále mezi služby **sociální péče** patří **pečovatelská služba a služba osobní asistence pro seniory**, které jsou klasifikovány jako terénní služby. Navenek se v mnohých činnostech daným zákonem o sociálních službách překrývají, jejich smysl a dopad v praxi je však pro uživatele rozdílný.

Pečovatelská služba patří mezi terénní sociální služby s poměrně dlouhou tradicí. Sociální služby pečovatelské služby zahrnují **základní ošetřovatelské úkony** (hygienickou péči, pomoc při zajištění a podání stravy), **nakupování, péči o domácnost, ranní, žehlení, doprovod k lékaři a další služby**. Poskytovatelé pečovatelské služby zpravidla zřizují střediska osobní hygieny, prádelny, zajišťují a rozváží obědy.⁹³

Osobní asistence pro seniory je rovněž terénní sociální službou nabízející obdobné spektrum služeb jako pečovatelská služba, oproti pečovatelské službě má však osobní asistence zákonem **rozšířené spektrum nabídky o aktivizační a vzdělávací a výchovné činnosti, zajišťuje navíc pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**. Osobní asistence je vysoce **individualizovaná**, není časově omezena (pokud to podmínky poskytovatele dovolí). osobní asistent vykonává „komplexní činnost“, tj. že by správně nemělo být možné si objednat asistenci jen na zajištění nákupu nebo jen na úklid. Na takové jednotlivé úkony je možné si sjednat pečovatelskou službu nebo jiné subjekty jako např. donáškovou či úklidovou firmu. **Předpoklad práce osobního asistenta je v celém spektru pomoci v průběhu běžného či denního života seniora.**⁹⁴

⁹² MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2011, 65 – 66 s.

⁹³ MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. 1. vyd.* Praha: Grada Publishing, 2011, 66 – 67 s.

⁹⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl.* Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 239 s.

3.3. Nadstavbové modely péče o seniory

Služba osobní asistence poskytuje reálný prostor pro využití různých přístupů a modelů péče, které lze nazvat jako nefarmakologické přístupy nebo terapeutické přístupy a které jsou po proškolení zvládnutelné i pro pracovníky v sociálních službách (pracovníky v přímé péči). Mezi nejznámější a v domácích podmínkách uživatelů vhodné pro aplikaci lze uvést čtyři následující modely:

1) Terapie zaměřená na orientaci pacienta v realitě

Terapie zaměřená na orientaci člověka v realitě patří mezi nejstarší psychologické přístupy k demenci. Individuálně je vhodná pro uživatele služby s lehkou formou demence do 80 let. Individuální forma, využitelná v osobní asistenci, může probíhat kdykoli v průběhu dne a jejím **cílem je podpora orientace pacienta v okolí, v realitě**. Při tomto způsobu **osobní asistent používá různé nadpisy, kalendáře, hodiny a informační tabule** (př. práce s kalendářem pomáhá uživateli si uvědomit, jaký je den, roční období, zda se dnes děje pro uživatele něco významného: kdo má narozeniny, každý čtvrtek přijde na návštěvu dcera, odpoledne v pátek je velká hygiena atd.).⁹⁵

2) Práce se vzpomínkami

Práce se vzpomínkami nebo také reminiscenční terapie je založena **na rozhovoru, sdílení vzpomínek s uživatelem**, o jeho dosavadním životě, dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek, např. různé předměty, fotografie. Může jít o aktivitu více či méně strukturovanou, ale i zcela spontánní, nestrukturovanou, přičemž terapeutický aspekt vystupuje někdy více, někdy méně do popředí. Základním terapeutickým prvkem reminiscenčního přístupu je **navození dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti i kognitivní stimulace**. Nelze však podcenit ani potřebu mnoha lidí vyrovnávat se v průběhu vzpomínání s různými

⁹⁵ TAVEL, Peter. *Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí*. In: Československá psychologie 2009, ročník III, číslo 5, 455 – 464 s.

traumatickými zážitky, např. z války či z osobního života. Reminiscenční přístup je obzvláště vhodný pro lidi trpící demencí.⁹⁶

3) Práce s biografií člověka

Práce s biografií člověka umožňuje nalézat nové způsoby práce se seniory s následným využitím zdrojů o uživateli pro individuální plánování přímé péče. Principem je, **abychom lépe porozuměli našim uživatelům seniorům** a jejich způsobům chování, je nutné **poznat jejich životní příběh. Cílem je dokázat člověka vnímat integrovaného či celistvého**, ne jen tak, jak se nám v závěru svého života jeví a jak jedná. Prostřednictvím biografie lze nalézt pozitivní potenciál uživatele, tzn. zachovalé schopnosti a dovednosti, jež je dobré podporovat a také jich využívat pro zvládání denních činností. Práce s biografií staví mosty mezi minulostí a přítomností, po kterých je možné profesionálně doprovázet uživatele s cílem podporovat jeho identitu a integraci. Tato inovační rovina péče pozitivně podporuje zdraví seniora, ale i pečující osoby. Autorem modelu je rakouský prof. Erwin Böhm a primárně byl tento přístup určen k práci s lidmi postižených demencí.⁹⁷

4) Bazální stimulace

Bazální stimulace je koncept, který **podporuje v nejzákladnějších (bazální) rovině lidské vnímání. Základními prvky konceptu bazální stimulace jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení.** Koncept bazální stimulace umožňuje lidem se změnami v těchto třech oblastech podporu, a to cílenou stimulací smyslových orgánů, a využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky

⁹⁶ JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 21 – 23 s.

⁹⁷ PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografií a plány péče*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2014, 19 - 21s.

v paměťových drahách v různých oblastech. Stimulací je v tomto případě velmi **jemná metoda lidského dotyku**. Bazální stimulace může být aplikována přímo na tělo nebo přes oblečení. **Cílenou stimulací** uložených vzpomínek **lze aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci hybnost klientů**. Aplikace konceptu bazální stimulace je vhodná pro celé spektrum uživatelů, obzvláště pro klienty upoutané na lůžko nebo pro ta, kteří nemohou v důsledku nemoci komunikovat atd. Autorem konceptu je německý speciální pedagog Andreas Frölich.⁹⁸

3.4. Role sociálního pracovníka v péči o seniory

Při práci se seniory je důležitá činnost multidisciplinárních týmů, které se mohou skládat z různých profesí, např. pracovníků v přímé péči, zdravotníků, sociálních pracovníků, duchovních a dalších odborníků. V souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se změnila požadavky na vzdělání a změnila se i samotná náplň práce sociálních pracovníků. Z více administrativní pozice se **sociální pracovníci přesunuli k profesní garanci poskytování sociálních služeb**.⁹⁹

Sociální pracovník **musí umět vycházet ze sociální situace seniora dané věkem a jeho celkovou sociální situací**. Tato situace může být charakterizována postupně vznikající nesoběstačností, která způsobuje závislost na pomoci druhé osoby, úbytkem fyzických a psychických sil, který je příčinou zranitelnosti, a trvalou poruchou rovnováhy všech složek osobnosti způsobujícími vznik dezintegrace a maladaptace. Sociální pracovník **poskytuje základní či odborné sociální poradenství** a pomáhá řešit rozpory plynoucí z neschopnosti členů rodiny vhodně komunikovat s měnící se osobností starého člověka.¹⁰⁰

⁹⁸ FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 19 - 21 s.

⁹⁹ DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 87 s.

¹⁰⁰ MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce jako životní pomoc*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006, 12 – 13 s.

Role sociálních pracovníků se rozšířila zároveň do oblasti individuální práce s uživateli, individuálního plánování a aplikace různých druhů terapií či přístupů do praxe. V případě **sociální služby osobní asistence** pro seniory jsou **sociální pracovníci více v kontaktu** nejen se samotným **uživatel**em, ale i s jeho **rodinnými příslušníky, metodicky vedou** (metodicky řídí a kontrolují individuální plánování služby) **a proškolují pracovníky v přímé péči** (klíčové pracovníky).

PRAKTICKÁ ČÁST

4. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY OSOBNÍ ASISTENCE PRO SENIORY

4.1. Charakteristika výzkumného šetření, cíle, hypotézy, metodologie, časový harmonogram

Na základě teoretické části diplomové práce lze individuální plánování (dále IP) definovat jako způsob práce klíčového osobního asistenta, který ve spolupráci s uživatelem služby vede k žádoucímu poskytování sociální služby osobní asistence s ohledem na jeho individuální potřeby a je v souladu s posláním a cíli organizace, která službu osobní asistence poskytuje.

IP sociálních služeb je součástí Standardů kvality poskytování sociálních služeb (dále Standardy), které je vymezeno zákonem o sociálních službách a jako odbornou činnost jej všichni poskytovatelé sociálních služeb, čerpající státní dotace, musí prokazovat.

Jak bylo v teoretické části ukázáno, **zavádění IP do praxe je několikaletý proces**, který po formální stránce je již do organizací zaveden (povinnost), lze však předpokládat, že jeho skutečné metodické i praktické zvládnutí, naplňování a efektivní využívání není snadné a neděje se automaticky, a že tedy procesy školení, metodického vedení a zavádění dalších podpůrných nástrojů v organizacích není zdaleka dokončen a bude nejspíš tvořit další etapu zavádění IP do praxe.

Součástí diplomové práce je proto realizace dotazníkového výzkumného šetření, které má za cíl zjistit, **zda a v čem IP pomáhá klíčovým pracovníkům při práci se seniory v rámci poskytování služby osobní asistence.**

Na jedné straně nelze popřít, že klíčoví pracovníci s uživateli služeb individuálně neplánují, na druhé straně je velmi obtížné stanovit, nakolik je tento nástroj využíván a hodnocen jako ukazatel kvality. Kvalitativní stránku zavádění a realizaci IP nelze v rámci této práce hodnotit objektivně, ale pouze na základě výpovědí samotných pracovníků, kteří mohou celou věc samozřejmě posuzovat pouze v kontextu vlastního vnímání a chápání IP (neboť těžko může někdo posuzovat např. zda je jeho proškolení k IP dostatečné nebo zda to dělá dobře...). Odpovědi na některé otázky dotazníkového šetření podávají pouze subjektivní výpověď jednotlivých klíčových pracovníků, přesto jsou v souhrnném hodnocení cenným obrazem stavu věci.

Hlavní cíl výzkumné činnosti:

Zjistit, zda a jakým způsobem IP pomáhá klíčovým pracovníkům služby osobní asistence pro seniory v jejich práci při zajišťování poskytování odborné péče a její prokazatelnosti.

Dílčí cíle výzkumné činnosti:

1. Zjistit, zda klíčoví pracovníci, poskytující službu osobní asistence seniorům, individuálně plánují společně s klienty a dle standardů.
2. Zjistit, zda a jaké mají klíčoví pracovníci vnitřní a vnější předpoklady k individuálnímu plánování s klienty.

Hypotézy výzkumné činnosti:

H 1: IP je většinou realizováno podle metodiky dané organizací.

Tato hypotéza má ověřit převažující systémový způsob, jakým jsou IP do organizace zavedeny (prostřednictvím metodiky dané organizací)

Ověření hypotézy: Více jak 80% respondentů potvrdí, že po zavedení Standardů do praxe (povinně od roku 2007 dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) realizuje individuální plánování s klientem dle organizací dané metodiky.

H 2: Narůstá počet pracovníků, kteří mají při IP potřebné podmínky a dostatek času.

Tato hypotéza má ověřit míru pozornosti a vážnosti, jaká je procesu IP v organizaci věnována.

Ověření hypotézy: Více než polovina respondentů potvrdí, že má při IP s klienty potřebné podmínky a dostatek času, které z jejich pohledu k IP potřebují.

H 3: Část pracovníků má dosud potíže s praktickým prováděním IP

Tato hypotéza poukazuje na potřebnost dalšího vzdělávání v problematice IP.

Ověření hypotézy: Více než polovina respondentů potvrdí, že má s praktickým prováděním IP potíže.

H 4: U významné části pracovníků chybí dostatečná motivace k práci s IP.

Tato hypotéza poukazuje na potřebu další metodické práce v organizaci včetně dalších edukativních aktivit a návazných zpětnovazebních, supervizích aj. nástrojů v rámci organizace, které posílí zavádění IP do praxe a jejich efektivní využívání.

Ověření hypotézy: Více jak polovina respondentů uvede, že jim při IP s klienty chybí k plánování motivace (IP je chápáno spíše jako zákonem a vedením organizace vynucená administrativa).

Metody zpracování empirické části:

- Kvantitativní metoda – technika dotazníku
- Kvalitativní metoda – technika analýzy dokumentů (dostupné interní předpisy organizací – metodiky k individuálnímu plánování, jejichž pracovníci byli po domluvě s vedením organizace osloveni k vyplnění dotazníku).

Časový harmonogram:

- Květen – srpen 2014, příprava výzkumu
- Srpen – prosinec 2014, teoretická část
- Prosinec 2014 – empirická část
- Leden 2015 – vyhodnocení a interpretace

4.2. Charakteristika respondentů

Dotazníkové výzkumné šetření probíhalo v prosinci 2014. Zúčastnilo se jej celkem **60 respondentů – klíčových pracovníků**, pocházejících celkem z **6 organizací poskytujících terénní sociální službu osobní asistence pro seniory**. Tři organizace jsou z libereckého kraje, dvě jsou ze středočeského kraje a jedna má sídlo v Praze.

Výběr organizací byl proveden na základě jejich znalosti autorkou práce, která se v oblasti sociálních služeb pohybuje profesionálně již několik let (koordinátorka profesního vzdělávání pro pomáhající profese, sociální pracovnice a metodik sociální služby osobní asistence pro seniory). Zároveň jde o organizace, které byly ochotny spolupracovat.

4.3. Charakteristika výzkumné techniky a výzkumného souboru

Předložený dotazník obsahoval celkem 20 otázek, z toho 14 polootevřených a 6 otevřených otázek. Dotazník obsahuje otázky týkající se zkušeností pracovníků v délce praxe s cílovou skupinou senioři a délce praxe s IP. Další otázky byly zaměřeny na samotný proces IP s klientem a otázky, které mapují samotnou motivaci pracovníků k danému procesu IP s klientem, včetně pracovních podmínek pro jeho realizaci.

Dotazník byl po pilotním ověření upraven do finální podoby a předložen respondentům. Součástí dotazníku byl krátký průvodní text autorky, který respondentům objasňoval účel výzkumu. Ve spolupráci s vedením jednotlivých organizací je autorka všechny osobně navštívila a po předchozí domluvě s pracovníky využila dobu, kdy probíhaly jejich pracovní nebo organizační porady a předložila jim osobně dotazník k vyplnění. Zároveň byla respondentům po celou dobu vyplňování dotazníku k dispozici. Vyplňování dotazníku trvalo respondentům převážně více než jednu hodinu. Díky dobré spolupráci s vedoucími pracovníky organizací a klíčovými pracovníky – respondenty lze označit návratnost vyplněných dotazníků jako 100%.

4.4. Vlastní výzkumné šetření

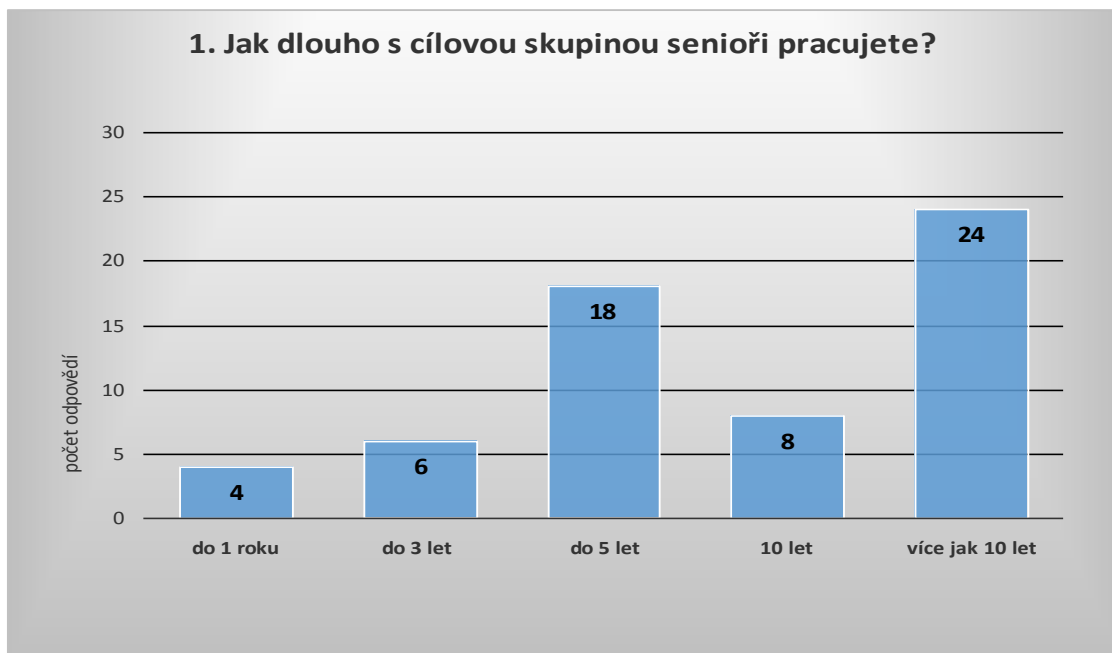
Základní soubor dotazníkového šetření byl tvořen 60 respondenty.

Všech 60 respondentů pracuje v organizaci poskytující sociální službu osobní asistence pro seniory a všichni pracovníci mají v náplni práce jako klíčoví pracovníci tvorbu a vyhodnocování IP společně s klienty.

Pro zpracování dotazníku byla zvolena univariační analýza. Všichni respondenti se vyjádřili ke všem otázkám. Odpovědi respondentů jsou v následujícím textu interpretovány, pro lepší přehlednost byly vybrané odpovědi zpracovány do grafů.

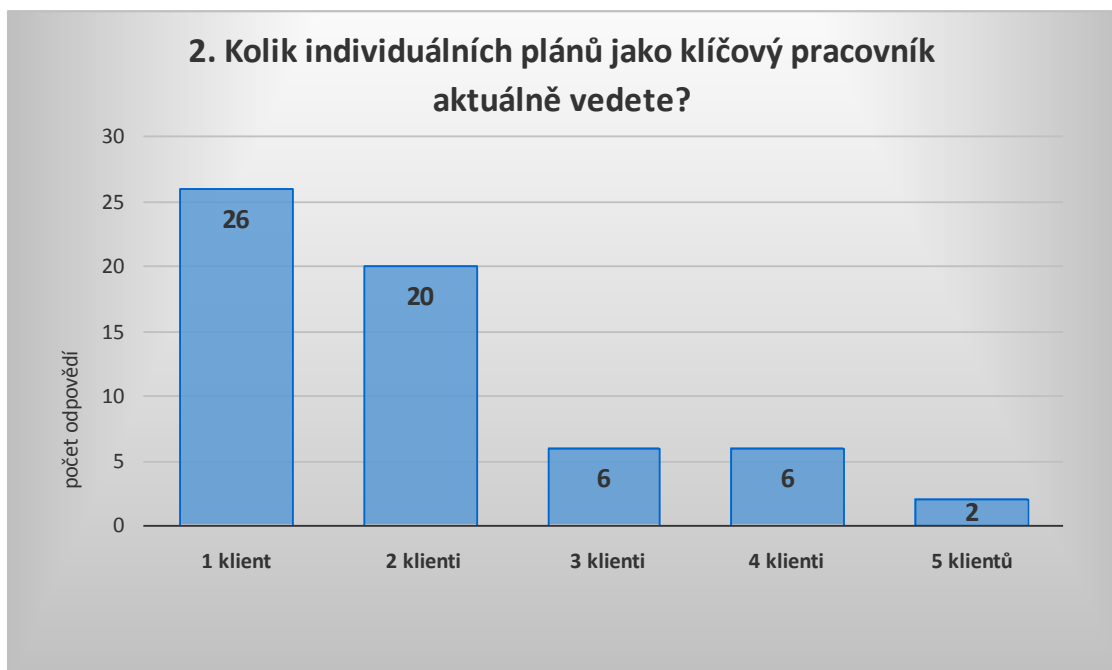
Základní soubor N = 60 respondentů.

Graf č. 1.



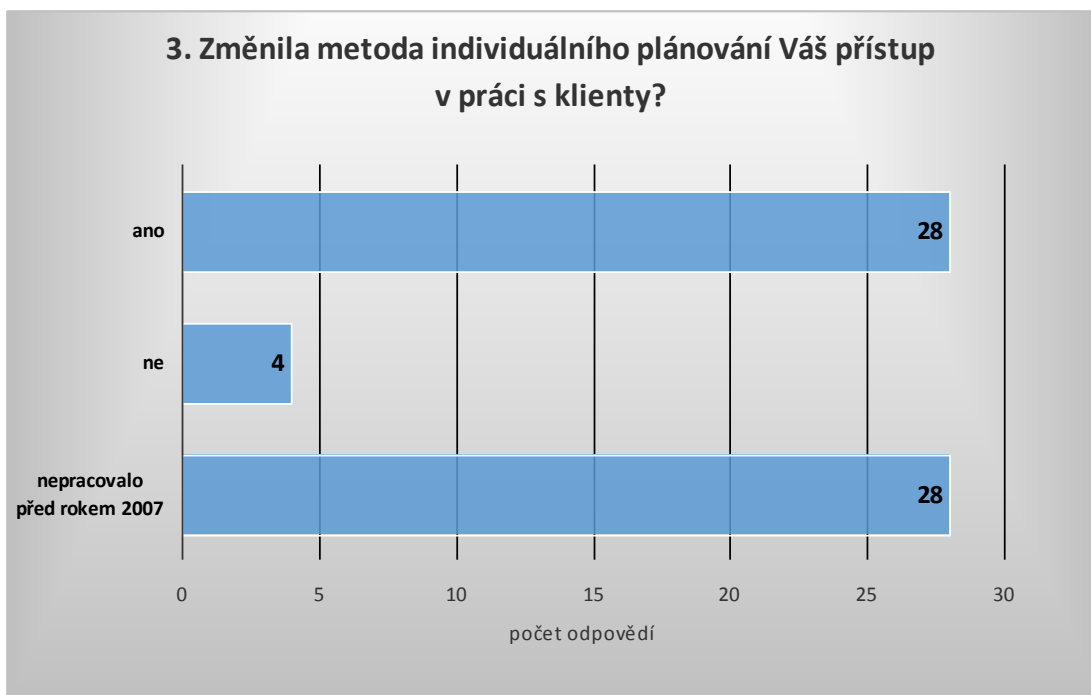
Tato úvodní otázka měla za úkol zmapovat zkušenosti (na základě délky praxe) respondentů s cílovou skupinou. Jako nejvíce let zkušeností s cílovou skupinou bylo uvedeno u jednotlivých respondentů 18, 17, 14, a 6 x 12 let praxe.

Graf. č. 2.



Z uvedených odpovědí vyplývá, že celkem 60 pracovníků realizuje 118 IP se svými klienty jako pracovníci klíčoví. Z toho je standardní věst 1–2–3 IP dle počtu hodin služby osobní asistence u jednotlivých klientů.

Graf. č. 3.



Otázka byla uvedena následujícím textem:

Individuální plánování průběhu sociální služby je pro registrované poskytovatele sociálních služeb povinné ze zákona od 1.1.2007, kdy vstoupila v platnost vyhláška č.2 MPSV č. 505/2006 Sb. – Standardy kvality sociálních služeb – prováděcího předpisu k zákonu č.108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění.

(Respondenti, kteří zahájili svou práci v sociálních službách až po roce 2007, měli pokyn otázku vynechat.)

Z uvedených 28 odpovědí na ano a jak uvedli celkem 8 pracovníci nárůst dokumentace a administrativy spojené s vykazováním IP jako negativní faktor. Ostatních 10 pracovníků se prakticky shodlo na tom, že jim IP umožňuje lépe vnímat osobnost klienta a jeho potřeby, lépe se jim díky dokumentaci mapují potřeby a přání klienta a více si uvědomují svůj profesní přístup ke klientovi:

„Uvědomění si konkrétních pracovních postupů, vývoj fyzického a psychického stavu klienta.“

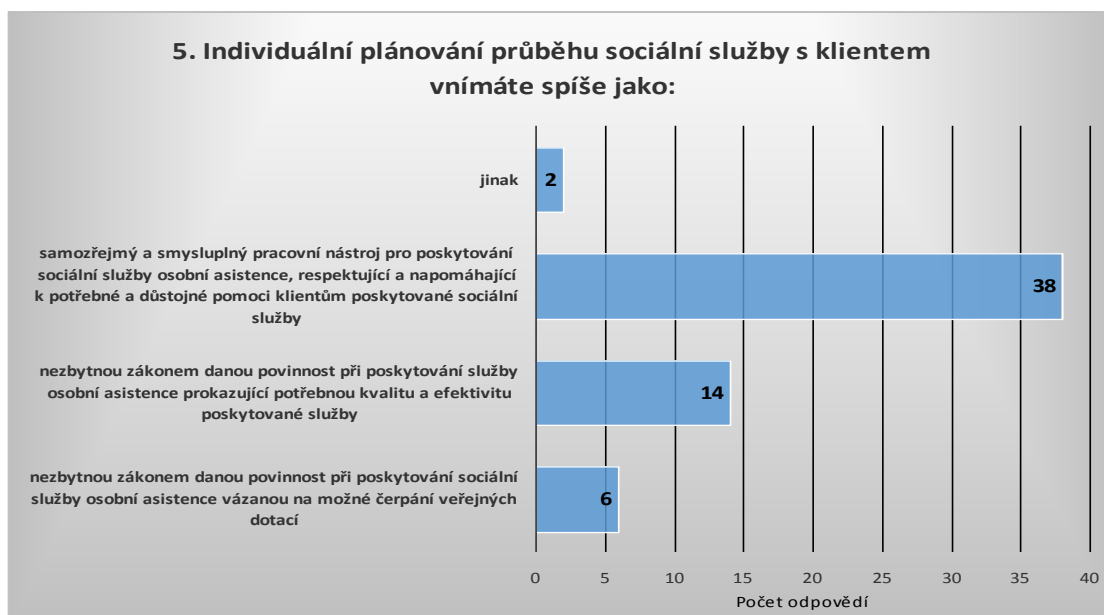
Navíc 12 z uvedených 20 pracovníků pak ještě uvedlo, že jim dokumentace IP velmi pomáhá při zastupování svých kolegů u jednotlivých klientů.

4. Co jste při nastavování způsobu péče o klienta používala dříve, než jste začala pracovat metodou Individuálního plánování?

(Respondenti, kteří zahájili svou práci v sociálních službách až po roce 2007, měli pokyn otázku vynechat.)

Jak je patrné z předešlé otázky, celkem odpovědělo 28 pracovníků, kteří pracovali v sociálních službách před rokem 2007. Jejich odpovědi se i přes různé formulace v praktické rovině shodují. Respektované při jejich práci vždy bylo přání a potřeby klienta, mapování jejich potřebných rituálů a zvyků, při samotné práci se řídili intuicí, vlastním citem pro řešení situace a dosavadními zkušenostmi. Pro 6 z uvedených 28 pracovníků bylo hlavně náročnější předávání informací o klientovi svým kolegům více ústní formou (všechny podstatné informace nebyly zpravidla nikde zaznamenány).

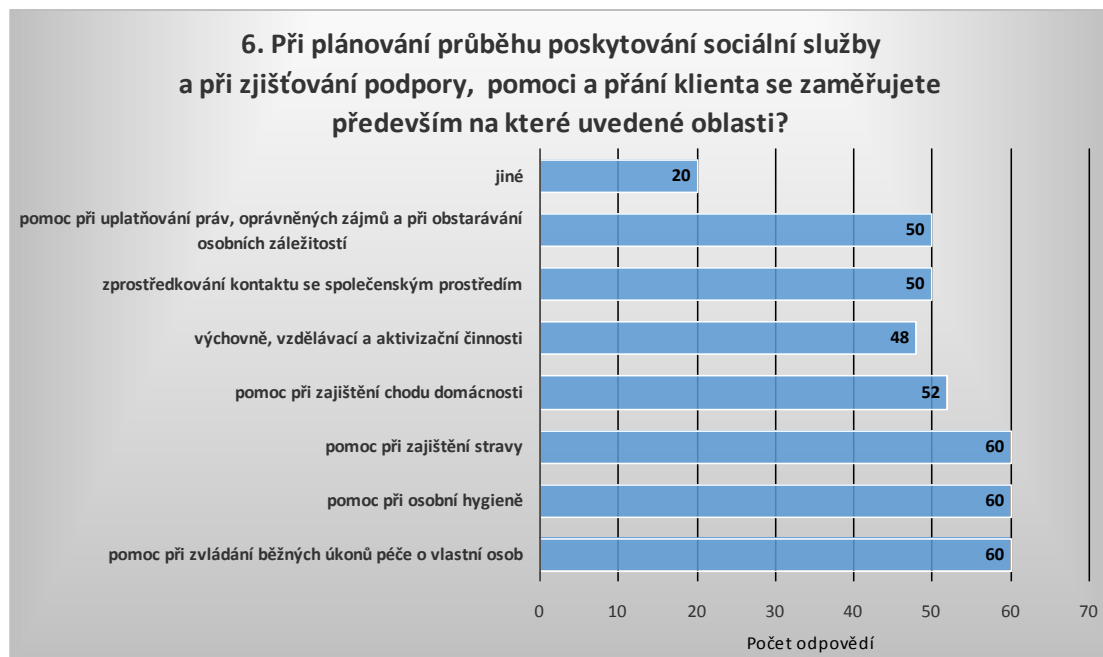
Graf. č.4.



(možnost zvolit pouze jednu odpověď)

Na otázku směřující na vnitřní vyladění osobních asistentů se zákonnou normou a praktickým přístupem a přínosem realizace IP zvolilo pouze 6 pracovníků odpověď, která je pro ně především nutnou administrativou, bez níž není možné žádat na provoz služby o veřejné dotace. 14 pracovníků vnímá proces IP jako nástroj, kterým lze prokázat kvalitu poskytované služby, 38 pracovníků bere proces IP prioritně jako samozřejmý a smysluplný pracovní nástroj. Pouze 2 pracovníci zvolili možnost individuální odpovědi, které uvádím: „*Možnost seznámit klienta a jeho rodinné příslušníky se způsobem a postupy naší práce*“, kterou lze volně interpretovat v podstatě jako další odpověď za možnost uvedenou jako c). Další odpověď: „*Plánování mě nebaví, raději se věnuji klientovi*“ – lze zařadit jako další odpověď uvedenou u jako a).

Graf. č. 5.



(možnost zvolit více odpovědí)

Doplňující odpovědi uvedlo 48 pracovníků:

Celkem 16 pracovníků uvedlo poskytování masáží v rámci konceptu péče Bazální stimulace, 20 pracovníků pak práci s Biografií klienta, dále pak jednotlivé odpovědi jako doprovod k lékaři, zajištění objednání ostatních služeb (kadeřník, pedikúra, manikúra, úklidová služba, instalatér), zajištění vhodných kompenzačních pomůcek (invalidní vozík, toaletní židle, polohovací postel atd.).

Z uvedených odpovědí je zřejmé, že proces IP je vnímám komplexně ohledně zjišťování potřeb a zajištění potřebné a žádoucí pomoci a podpory klientům, a pokud odpovědi nejsou 100%, lze z toho vyvodit, že jednotliví pracovníci se v odpovědi zaměřili na svého konkrétního klienta a konkrétní formy podpory, kterou mu poskytují, takže např. ne všem klientům je potřeba pomáhat v domácnosti nebo že si klienti řídí svoji seberealizaci (bod za e) výchovně, vzdělávací a aktivizační činnosti) sami, nepotřebují v tomto ohledu žádnou konkrétní podporu.

7. Využíváte v praxi zmapování jednotlivých oblastí uvedených v otázce č. 6 při další práci s klientem?

a) ne, uvedené oblasti více nerozpracovávám

Celkem 2 odpovědi

b) ano, napište jak

Celkem ano, ale nekonkretizováno, 4 odpovědi

Celkem ano a konkretizováno, 24 odpovědi

Příklady jednotlivých „obdobných“ odpovědí:

- samostatné rozhodování klienta, na čem a jak budeme pracovat
- stanovení míry žádoucí podpory a pomoci, zaměření se na detaily
- společné plánování s klientem, stanovit si v daných oblastech cíle atd.

Všech 60 pracovníků uvádí, že využívá zmapování potřeb k následnému stanovení míry potřebné a žádoucí podpory, vědí, na co se zaměřit a co klient potřebuje a ve spolupráci s ním řeší, jak nejlépe službu osobní asistence nastavit. Otázkou zůstává, proč někteří pracovníci nedokáží konkretizovat či si uvědomit dopad zmapovaných potřeb do praxe nebo proč uvádějí, že dále se „základní mapou“ klientova života, která poukazuje na cesty možné podpory dále nepracují nebo proč na tuto otázku nedokázali odpovědět.

8. Ovlivňuje pozitivně metoda Individuální plánování kvalitu péče o klienta (vnímá klient Vaši vzájemnou spolupráci v rámci IP pro sebe pozitivně)?

a) ne, proč

Celkem 4 odpovědi

Šest odpovědí se v tomto případě pojí s uvedením vážného zdravotního stavu klienta od pokročilého stádia Alzheimerovy choroby a pokročilého stadia stařecké demence, kterou klienti trpí až po celkově nepříznivý celkový psychický a fyzický stav (paliativní péče). Jeden klient má velkou nedůvěru ve veškeré písemné záznamy, bojí se jejich zneužití.

b) ano, v čem hlavně

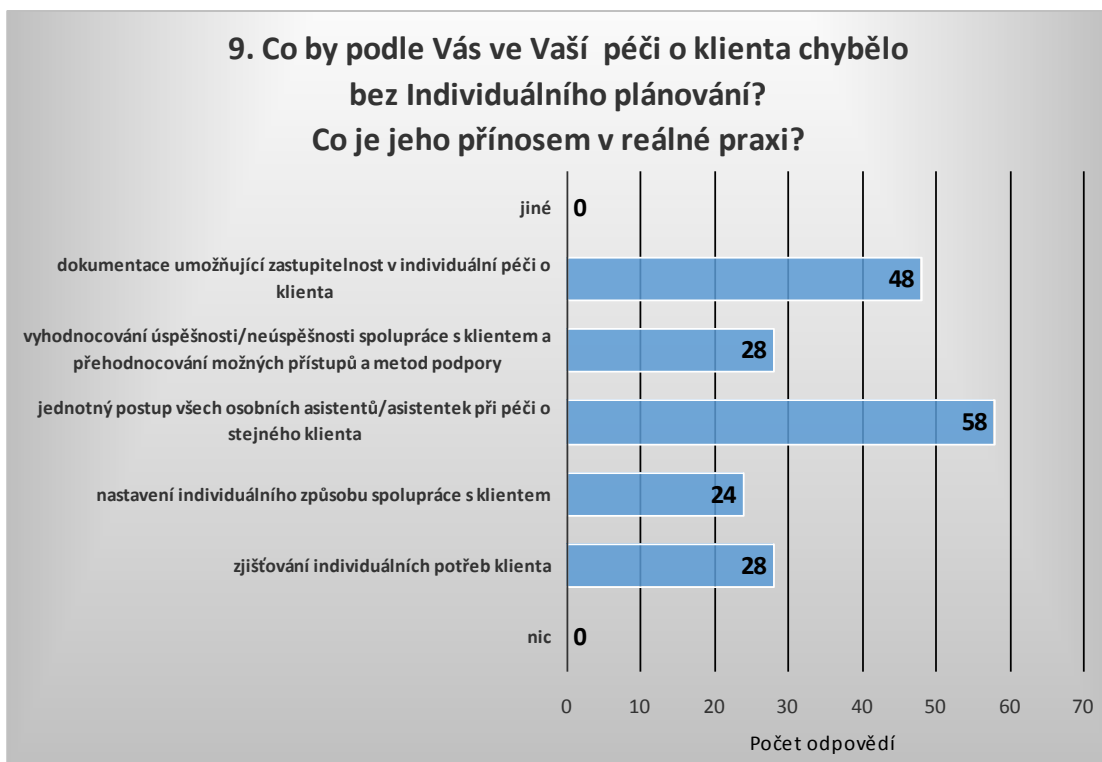
Celkem ano, ale nekonkretizováno, 4 odpovědi

Celkem ano a konkretizováno, 22 odpovědi

Příklady jednotlivých „obdobných“ odpovědí:

- *klient vnímá zájem o svojí osobu*
- *klient se sám rozhoduje o tom, co chce, co chce dělat a jak*
- *napomáhá pravidelné péči, zachovávání rituálů a zvyků klienta*
- *klient vnímá pozitivně naše plány a cíle*
- *klient péči vnímá jako rituál, na určité úkony se předem těší, usnadňuje mu*
- *to život*
- *v době nutného zástupu je klient rád, že nemusí vše říkat znovu kolegyni*
- *6 pracovníků zmínilo navíc i pozitivní vnímání poskytované péče rodinnými příslušníky, kteří mají souhlas klienta k nahlížení do dokumentace IP.*

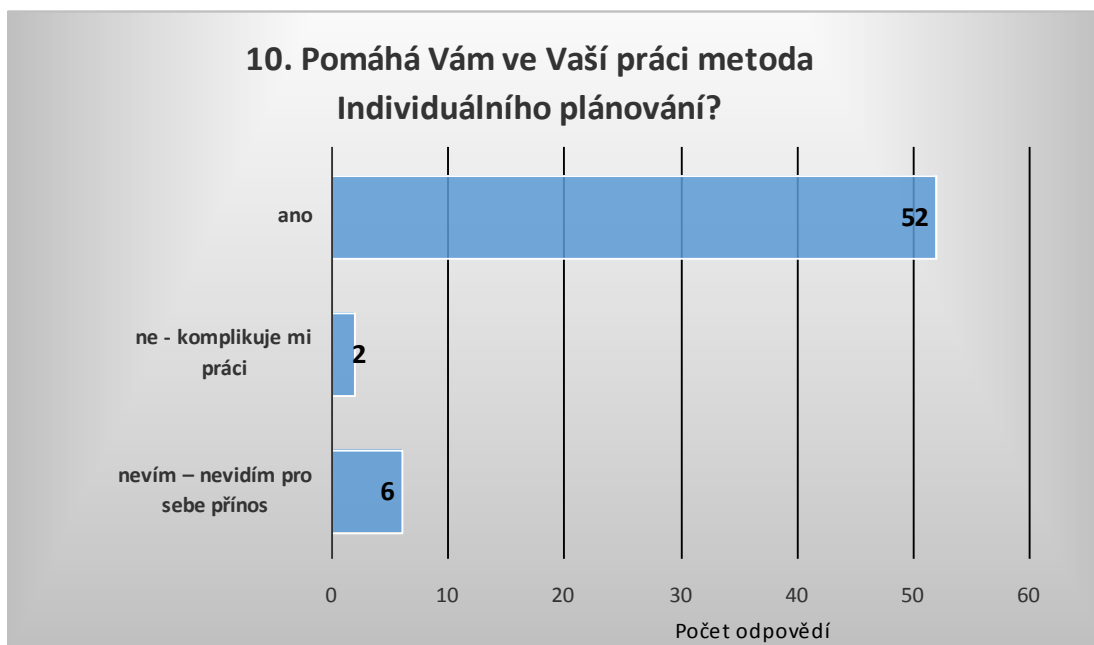
Graf č. 6.



(možnost zvolit více odpovědí)

Zajímavé je, že se ani v jednom případě nesetkáváme s absolutním počtem odpovědí ani u jedné z variant. V každém případě jako významný fakt vedení dokumentace IP převažuje možnost zastupitelnosti jednotlivých pracovníků, na který navazuje jednotný postup všech pracovníků spolupodílejících se na péči o jednoho klienta. Upřednostnění tohoto významu lze interpretovat i vzhledem k cílové skupině seniorů, kteří zpravidla vnímají změny již s určitými obtížemi.

Graf č. 7.



Příklady jednotlivých „obdobných“ odpovědí:

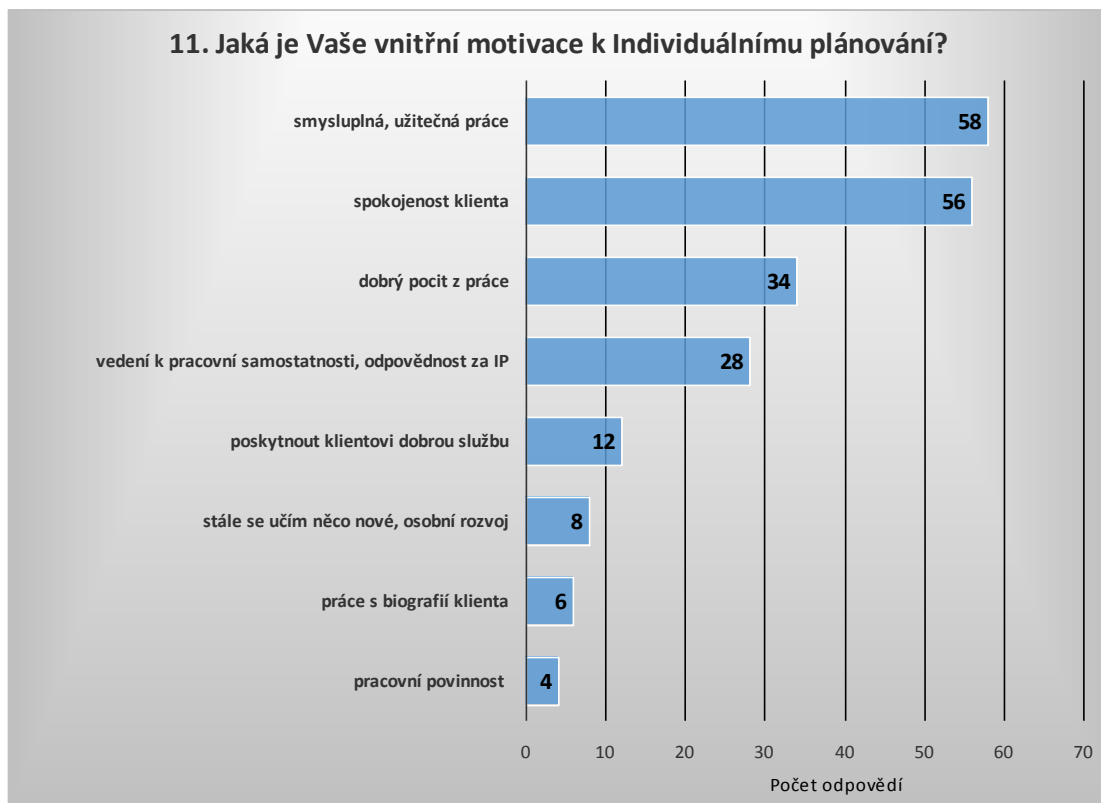
- *uvědomění si vlastní práce, spokojenost klienta*
- *individuální přístup, mohu lépe pomoci a vcítit se do jeho situace a potřeb*
- *pomoc „šitá“ na míru*
- *uspořádání veškerých činností a aktivit dle priorit klienta atd.*

Většina pracovníků vnímá IP jako právě důležitou součást své práce zaměřené na klienta, je pro ně individuální přístup v poskytování služby samozřejmostí. 6 odpovědí nevím – nevidím pro sebe přínos – lze interpretovat tak, že IP vnímají pracovníci jako nástroj užitečný pro klienta a pro organizaci a ne pro ně jako pracovníky. 2 záporné odpovědi lze interpretovat vzhledem k její závažnosti jako aktuální problém, který by vedení organizace s pracovníkem mělo řešit, neboť vypovídá o porušené rovnováze hranic pomoci či jejich vnímání samotným pracovníkem.

11. Jaká je Vaše vnitřní motivace k Individuálnímu plánování?

(otevřená otázka)

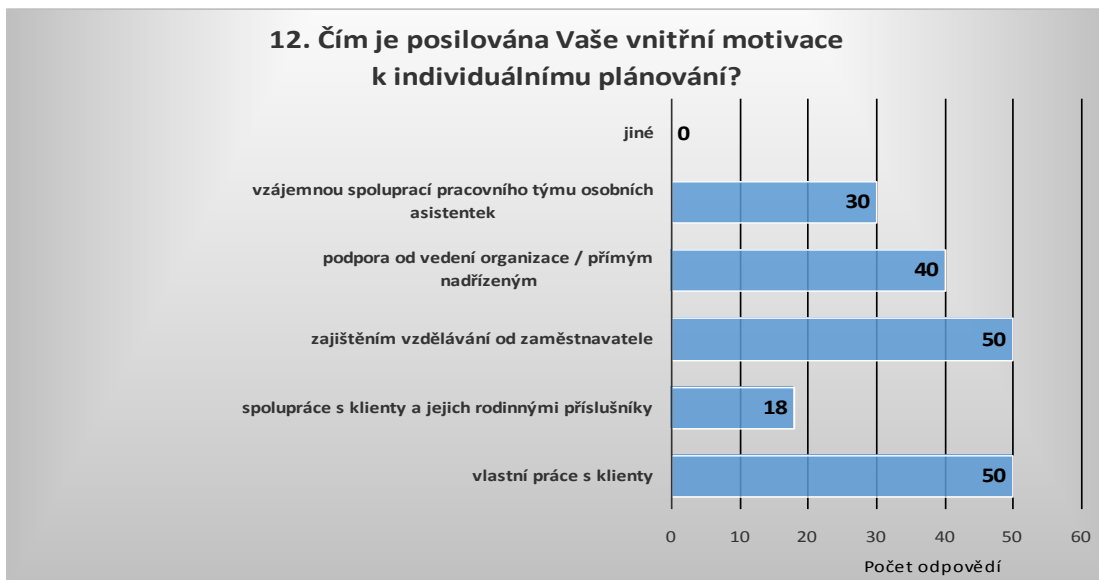
Graf. č.8.



Odpovědi na tuto otevřenou otázku lze shrnout do základních tématických odpovědí:

U této otázky převažují odpovědi, které vyplývají z vnitřní motivace jednotlivých respondentů a jejich vnímání IP jako součásti smysluplné, užitečné práce či dobrého pocitu z dobře vykonané práce. Převažuje orientace na práci s klientem jakou takovou, jejíž součástí je prostě její plánování prostřednictvím IP s klientem. Za důležité považují odpovědi vědomí své odpovědnosti za proces, vedení k pracovní samostatnosti, které lze interpretovat také jako zdravé profesní sebevědomí.

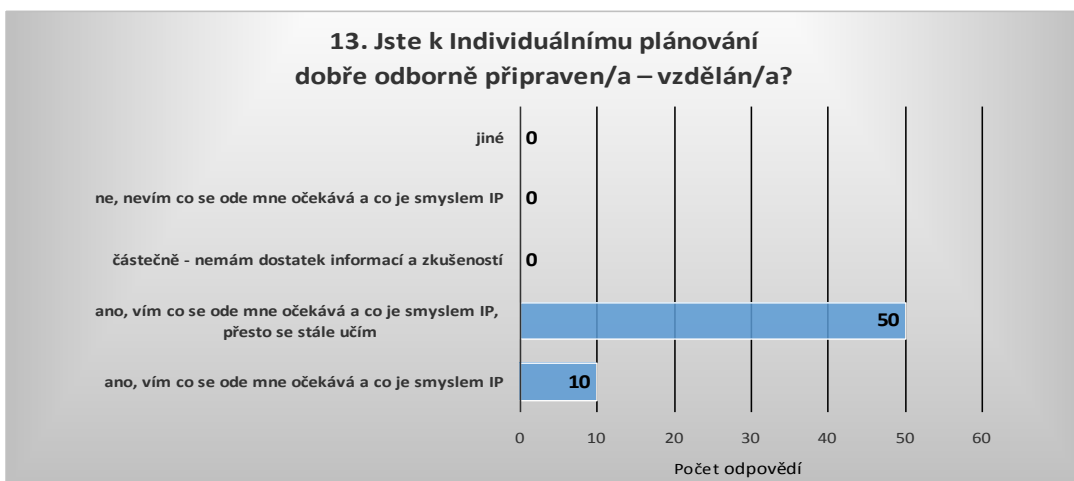
Graf. č. 9.



(možnost zvolit více odpovědí)

Posilování vnitřní motivace je pro většinu respondentů spojeno se zpětnou vazbou, v první řadě od klienta, ale i od rodinných příslušníků, podporou zaměstnavatele formou vzdělávání i v přímém vedení. Za důležitou považují týmovou spolupráci.

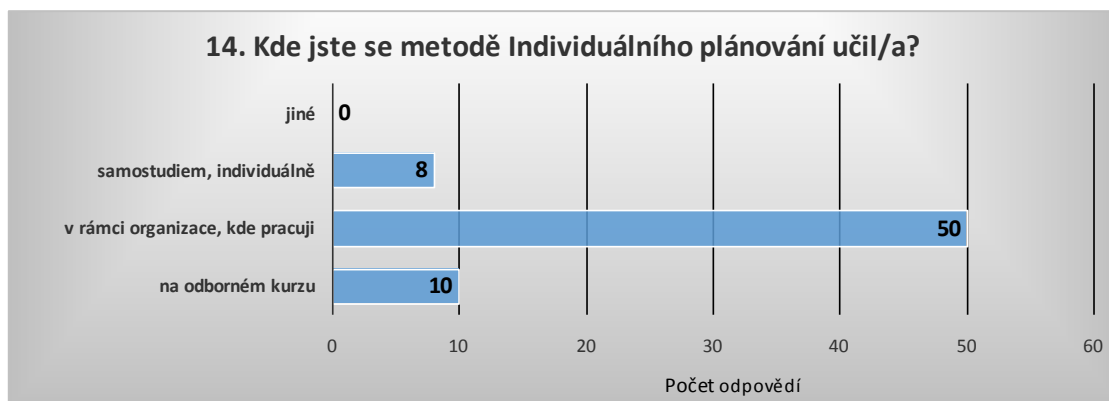
Graf. č. 10.



(možnost zvolit pouze jednu odpověď)

O znalosti nároku na odbornost a s ním spojený smysl IP s klientem lze prakticky uznat u všech odpovědí s tím, že převážná část respondentů si je vědoma nekonečného, učícího se procesu, kterou tato metoda reprezentuje.

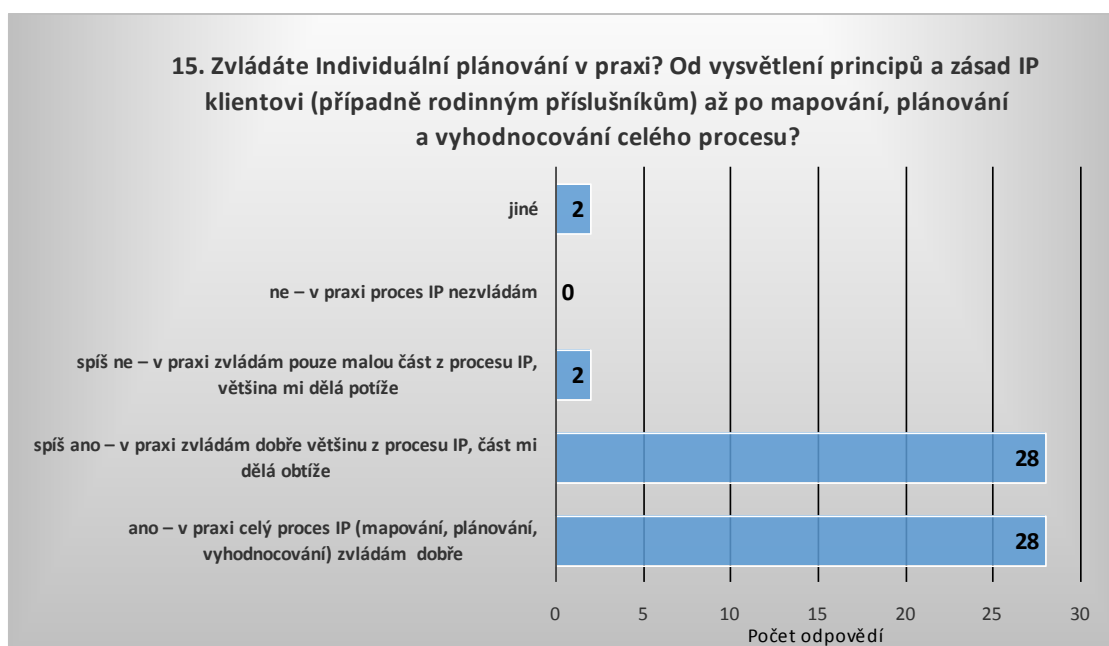
Graf. č.11.



(možnost zvolit více odpovědí)

Převažují odpovědi (celkem 50), které reprezentují odpovědnost managementu organizace, která sociální službu poskytuje. Další odpovědi, celkem 18, odkazují na účast v odborném kurzu a jiné formy vzdělávání či sebevzdělávání.

Graf. č. 12.



(možnost zvolit pouze jednu odpověď)

Jiné odpovědi:

Citace odpovědi „*Volím variantu b + c, záleží na klientovi*“ 1 odpověď

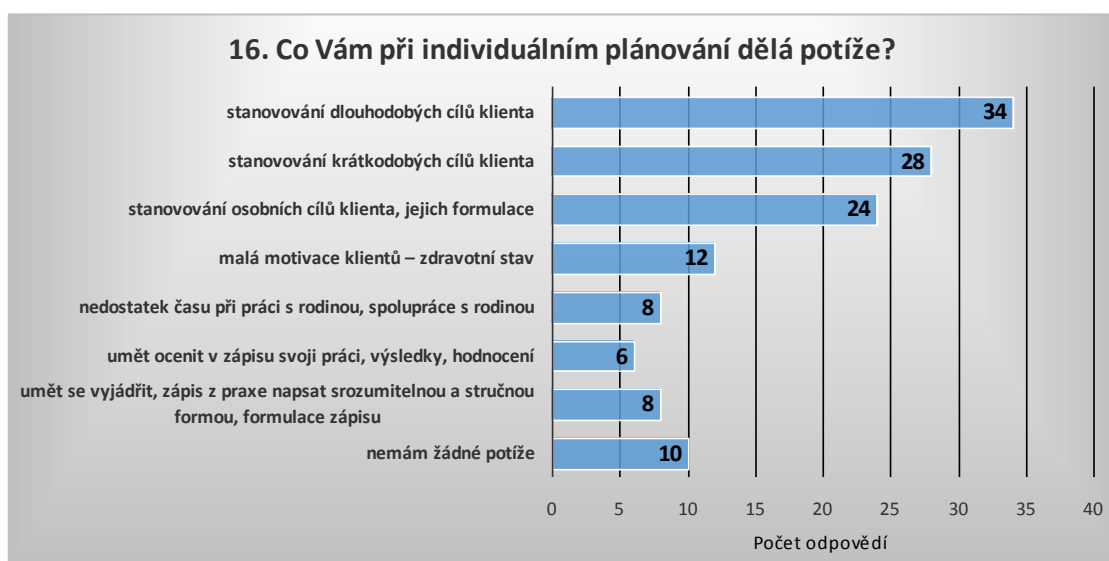
Citace odpovědi: „*Jak kdy, někdy je to s klienty těžké*“ 1 odpověď.

Znalosti jednotlivých etap procesu IP je hodnocena necelou polovinou jako dobře zvládnutelný a necelou druhou polovinou jako dobře zvládnutelný s částečnými obtížemi. Je zajímavé, že počty respondentů se v tomto případě shodují s odpověďmi u otázky č. 3, kde byl dotaz na délku praxe u jednotlivých respondentů a jejich zkušeností s IP s klientem. Potíže uvedl jen 2 respondenti, a u 2 volitelná odpověď poukazuje na důležitý aspekt, kterým je spolupráce klienta s asistentem.

16. Co Vám při individuálním plánování dělá potíže?

(otevřená otázka)

Graf. č.13.

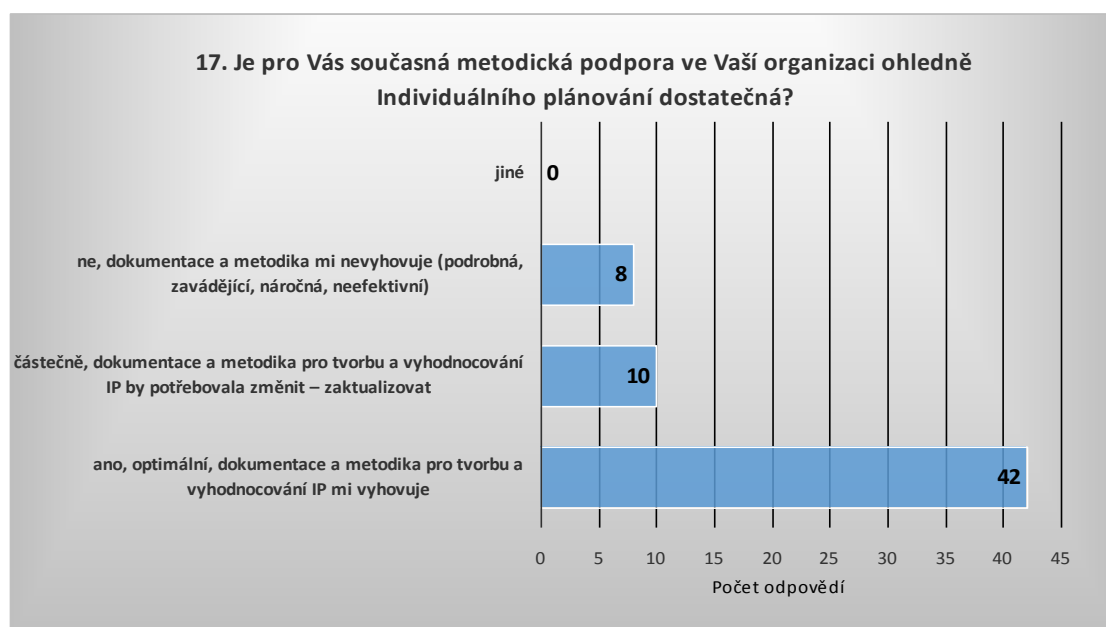


Odpovědi na tuto otevřenou otázku lze shrnout do základních tematických odpovědí:

Největší potíže při individuálním plánování jsou spojené se stanovováním cílů klienta, u stanovování dlouhodobých cílů 34 odpovědí, u střednědobých cílů 28 odpovědí a stanovování cílů klienta a jejich formulace dělá problém 24 respondentům, následuje 12 odpovědí poukazujících na malou motivaci klientů ke spolupráci vzhledem k jejich nepříznivému zdravotnímu stavu. Respondenti uvedli i několik komentářů typu: „*Klient má přání umřít*“, nebo „*Klient nemá žádná přání, jen nemít bolesti*“, dále

„Zdravotní stav klienta (demence) neumožňuje komunikaci ani spolupráci, natož pojmenování přání či cílů péče“. Z uvedeného vyplývá, že více než polovina má potíže se stanovováním cílů klienta vzhledem k cílové skupině senioři. Žádné potíže při IP uvádí 20 respondentů, další odpovědi se vztahují k problémům s formulací textů, celkem 16 odpovědi, se zápisem výsledků a hodnocení práce s klientem pak byly uvedeny 12 odpovědi. Další 16 odpovědi se týkají nedostatku času na spolupráci s rodinou klienta či žádnou spolupráci, uvedený komentář: „Rodina klienta nespolupracuje, klient nezájmem rodiny strádá a jeho jediným přáním je, aby dcery přišly na návštěvu.“

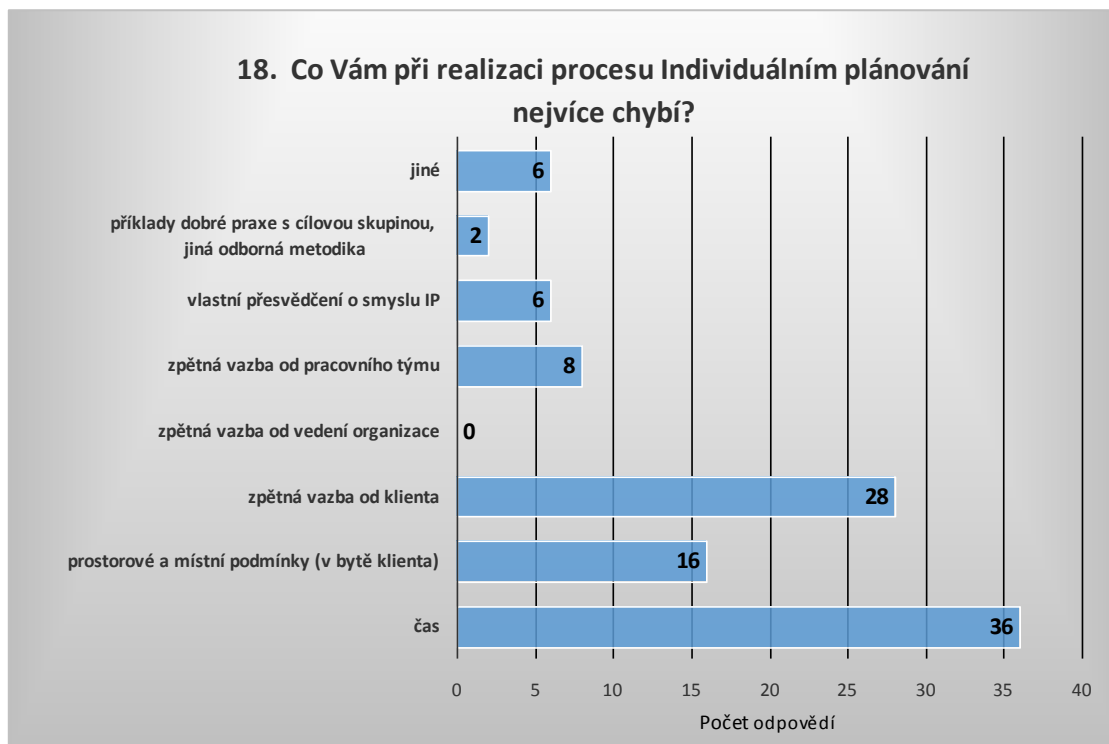
Graf č. 14.



(možnost zvolit pouze jednu odpověď)

Dokumentaci a metodiky pro tvorbu IP považuje za optimální více než polovina respondentů, celkem 42 odpovědí. 10 respondentů má částečné výhrady a poukazují na změnu či aktualizaci používané metodiky a 8 respondentům dokumentace nevyhovuje. V podstatě lze shrnout, že dvě třetiny pracovníkům dokumentace vyhovuje a jedné třetině ne.

Graf č. 15.

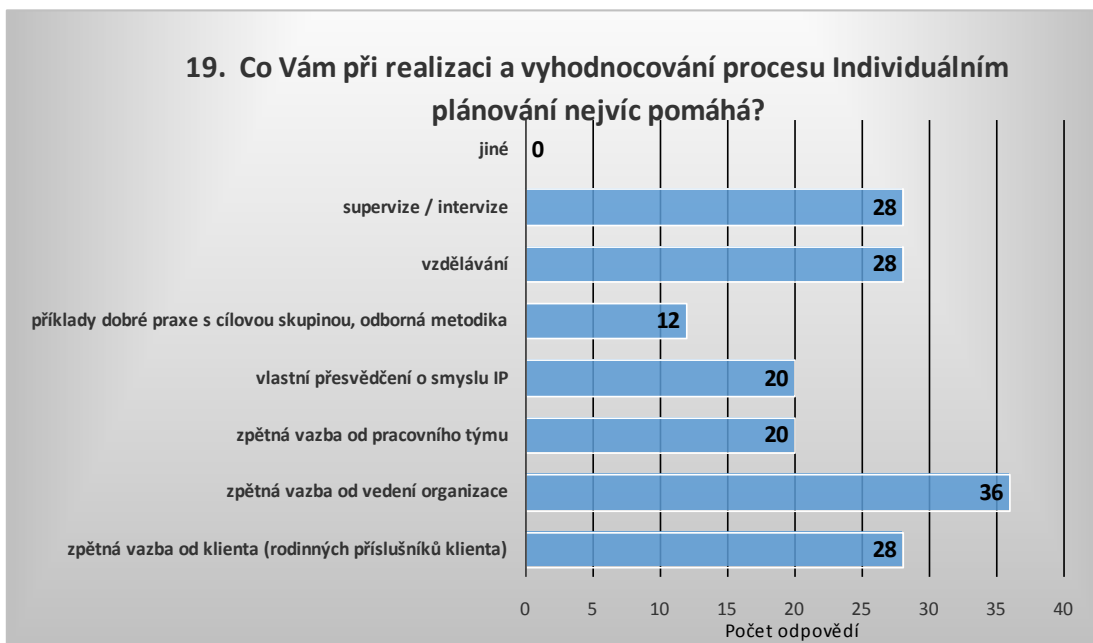


(možnost zvolit více odpovědí – v tom případě požadavek dopsat k odpovědím číselné priority)

Šestkrát bylo odpovězeno: „Podmínky pro IP mám, nic mi nechybí a nevím.“

Celkem 36 dotazovaných se shodlo, že jim při individuálním plánování se seniory chybí dostatek času. 28 dotazovaných nemá potřebnou zpětnou vazbu od klienta, lze se domnívat, že je to z důvodů specifík cílové skupiny seniory, kteří nemohou spolupracovat především z důvodu zdravotního stavu. 16 dotazovaných nemá prostorové a místní podmínky v bytě klienta, 8 klíčovým pracovníkům chybí zpětná vazba od spolupracujícího týmu. Skutečností je, že se v případě osobní asistence poskytované v bytě klientů jednotliví pracovníci potkávají zřídka, pokud si nepředávají návaznou službu. 12 respondentů pochybuje o smysluplnosti IP. 6 respondentům „nechybí k IP nic“. Všichni respondenti odpověděli, že jim nechybí zpětná vazba od vedení organizace, což je předpoklad toho, že v organizaci dobře funguje intervize a supervize.

Graf. č. 16.



(možnost zvolit více odpovědí)

Z uvedených odpovědí vyplývá důležitost zpětné vazby na vlastní práci. Nejdůležitější je zpětná vazba od vedení organizace (36x), zpětná vazba od klienta či rodinných příslušníků (28x), zpětná vazba od pracovního týmu (20x). Za důležitou podporou vnímají dotazovaní i vzdělávání a intervizi nebo supervizi (shodně 28x), včetně vlastního přesvědčení o smysluplnosti procesu IP (20x). Jako dobrý nástroj pomoci uvedlo 12 respondentů i příklady dobré praxe a odbornou metodiku.

20. Podle čeho vyhodnocujete spokojenost klienta?

(otevřená otázka)

Odpovědi na tuto otevřenou otázku lze shrnout v podstatě do jednoho odstavce, výpovědi jednotlivých pracovníků se v podstatě „neliší“:

- „Klient mne nedočkavě očekává, těší se na náš společný čas, moji podporu a pomoc.“
- „Klient se nejen těší, že přijdu, říká mi to. Důvěřuje mi, sdílí se mnou svoje osobní problémy, se kterými nechce mluvit s rodinou.“

- „Klientka nechce zástup, je spokojená, vyhotovily jsme spolu knihu nejlepších receptů a pracujeme na biografické knize, moc ji to těší a baví.“
- „Klient se na mě těší, je před víkendem smutný, že přijdu až v pondělí. Dělají mu radost společné procházky a cvičení, může se mi svěřit s trápením a bolestmi, které jej sužují.“
- atd.

Odpovědi poukazují na nejdůležitější nástroj osobní asistence, kterým je vytvoření osobního vztahu mezi klientem a asistentem.

4.5. Analýza výsledků šetření

4.5.1. Vyhodnocení cílů výzkumné činnosti

Hlavním cílem dotazníkového šetření bylo zjistit, zda a jakým způsobem IP pomáhá klíčovým pracovníkům služby osobní asistence pro seniory v jejich práci při zajišťování poskytování odborné péče a její prokazatelnosti.

Klíčovní pracovníci organizace pracují metodou individuálního plánování z důvodů zákonem stanovenou normou, kterou přineslo zavedení Standardů do praxe poskytovatelů sociálních služeb.

Necelá polovina klíčových pracovníků uvedla, že pracovala s cílovou skupinou **před zavedením povinnosti individuálně plánovat**, a že jejich **přístup ke klientovi je „stejný“** v tom smyslu, že se vždy snažili respektovat přání a potřeby klienta, zjišťováním pro něj důležitých životních rituálů a zvyků. Při samotné práci s klientem se řídili svojí intuicí, vlastním citem a dosavadními zkušenostmi. Problematická byla ale dočasná změna či výměna osobního asistenta, protože většina podstatných informací nebyla zpravidla nikde poznamenání a sdělovala se jen ústní formou. (Grafy a otázky č. 1, 2, 4).

Většina pracovníků (tedy ti se zkušeností před zavedením standardů i ti, kteří již do procesu IP s klientem nastoupili bez možnosti srovnávání rozdílů v přístupu a práci s klientem bez písemného vyhotovování záznamů IP) se shodují v tom, že **IP je smysluplným pracovním nástrojem pro poskytování služby osobní asistence, respektující a napomáhající k potřebné a důstojné pomoci klientům.** (Graf a otázka č. 5).

Jako **důležitý přínos IP** ze šetření vyplývá **komplexnost přístupu ke klientovi**, tj. vymezený rozsah činností oblastí podpory osobní asistence (zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a zajištění stravy, pomoc s chodem domácnosti, aktivizační činnosti atd.), které jsou klíčovými pracovníky zjišťovány, mapovány a dle nich je volena míra a způsob pomoci a podpory. **Mapování potřeb probíhá ve spolupráci s klientem nebo rodinnými příslušníky, přínosem je vzájemná spolupráce a míra spoluzodpovědnosti za průběh služby.** Prostřednictvím metodicky daných návodů k mapování potřeb seniorů dochází **ke komplexnímu přístupu.** Individuální přístup a skutečnost, že jeden osobní asistent pracuje a naplno se věnuje v době poskytování služby jen jednomu konkrétnímu klientovi pozitivně ovlivňuje klienta, který vnímá zájem o svoji osobu. Individualizovaná péče umožňuje zaměření se na podstatné aspekty klientových potřeb, kdy se pomoc a podpora dostává za hranici běžného „podání pomocné ruky“, umožňuje zaměření se na detaily, osobnost a intimitu prožívání klientova života. (Grafy a otázky č. 6, 7, 8, 9, 10).

Jako další důležitý přínos IP se ukázalo **písemné zpracovávání individuálního procesu poskytované péče.** Většina klíčových pracovníků uvádí jako pozitivum, že jim dokumentace IP velmi pomáhá při **zastupování** svých kolegů u jednotlivých klientů a samozřejmě v případě, kdy o jednoho klienta pečují více asistentů. V takovém případě je vnímán za důležitý **jednotný postup** všech asistentů při péči o jednoho konkrétního seniora, neboť právě senioři zpravidla vnímají změny již s určitými obtížemi. Za důležitou lze považovat i možnost takto seznámit klienta a jeho rodinné příslušníky se způsoby, postupy a obsahem asistentské práce. **Klienti i rodinní příslušníci** mají možnost podílet se na **plánování péče.** Mají možnost kontrolovat kvalitu poskytované

služby – zda je postupováno podle dohodnutého plánu péče a **sledovat celý proces**. (Grafy a otázky č. 4, 5, 9, 12).

Vedení písemných záznamů IP pomáhá klíčovým pracovníkům k reflexi vlastní práce, k jejímu uvědomění, „uvědomění své práce“. Pomáhá jim lépe vnímat osobnost klienta a zároveň si více uvědomují svůj profesní přístup ke klientovi. Vědomá, plánovaná a cílená péče a podpora asistenta klientovi je základním předpokladem pro její kvalitu. **Pravidelné vyhodnocování úspěšnosti či neúspěšnosti poskytované péče prostřednictvím IP je důležitou zpětnou vazbou pro samotného klíčového pracovníka i klienta.** Zpětná vazba od klientů, rodinných příslušníků, ale i od spolupracovníků a managementu organizace je pro většinou pracovníků uváděna jako **motivace pro výkon práce osobní asistence a s ním spojené realizování IP s klientem.** (Grafy a otázky č. 3, 10, 11, 12, 20).

Důležité je, že dokumentace IP je průkazným materiálem o poskytované péči a tudíž o kvalitě péči. Dokumentace umožňuje reflexi a hodnocení úspěšnosti / neúspěšnosti / vhodnosti / nevhodnosti poskytované péče a jako taková je nezbytná pro prokazování kvality služby, především pro samotné pracovníky a klienty, pro management organizace i pro kontrolní orgány, kterým je v tomto případě Inspekce kvality sociálních služeb. Zároveň je IP nástrojem o nejen o průkaznosti dobré práce, ale především o průkaznosti dobrého vztahu mezi klíčovým pracovníkem a seniorem. (Grafy a otázky č. 3, 5, 8, 9).

O znalosti nároku klíčových pracovníků na vlastní odbornost a s ním spojený smysl IP s klientem lze prakticky uznat u všech odpovědí s tím, že převážná část respondentů si je vědoma nekonečného, učícího se procesu, kterou tato metoda reprezentuje.

V procesu učení IP je pro většinu klíčových pracovníků nejdůležitější metodická podpora a zpětná vazba od vedení organizace. (Grafy a otázky č. 12, 13, 14, 15, 19).

Vnitřní motivací k IP je pro převážnou většinu klíčových pracovníků samotná práce s klientem a jeho spokojenost a vlastní vědomí vykonávání smysluplné a užitečné práce. Rovněž je pro ně motivující pracovní samostatnost při realizaci IP a a

odpovědnost za tento proces, díky kterému mohou mít „dobrý pocit z práce“. Motivace je posilována zpětnou vazbou, která je pro pracovníky důležitá od klientů stejně jako uznání od svého zaměstnavatele a také od spolupracujícího týmu. IP lze označit za přínosný právě díky jeho zpětnovazebnímu principu. (Grafy a otázky č. 11, 12, 19, 20).

Za největší úskalí či potíže označují klíčoví pracovníci **stanovování osobních cílů uživatele a jejich formulace**. Necelá polovina jich navíc uvádí, že jim na IP **chybí potřebný čas** a také **zpětná vazba od uživatele**. Lze se jen domnívat, že to může být obzvláště v případech např. u lidí trpícími demencí, kterým jejich zdravotní stav nedovoluje dát pro klíčového pracovníka potřebnou zpětnou vazbu. Třetině klíčových pracovníků úplně **nevyhovuje metodická dokumentace pro realizaci IP**, rádi by ji aktualizovali nebo zestručnili. (Grafy a otázky č. 16, 17, 18).

Dílčí cíle výzkumné činnosti byly dva:

1. Ověřit, zda klíčoví pracovníci, poskytující službu osobní asistence seniorům, individuálně plánují společně s klienty a dle standardů.

Z uvedených odpovědí lze konstatovat, že pracovníci všech organizací IP plánují společně s klienty dle standardů a dané metodiky. I když ne všichni jsou o smysluplnosti IP plánování přesvědčeni a mají určité obtíže (v obou případech menšina), lze konstatovat, že proces IP je vnímán ve všech organizacích jako živý nástroj a není praktikován jen formálně či formalizován. Jako pozitivum lze označit i to, že třetina pracovníků není plně spokojena s danou metodikou, rádi by ji aktualizovali či zestručnili, což lze brát jako aktivní přístup k podmínkám výkonu vlastní práce se seniorem. (Grafy a otázky č. 16, 17, 18).

2. Zjistit, zda a jaké mají klíčoví pracovníci vnitřní a vnější předpoklady k individuálnímu plánování s klienty.

Dotazování na vnitřní podmínky je velmi obtížné, neboť zcela podléhá subjektivnímu sebehodnocení každého pracovníka, nicméně i tyto výstupy určitou výpovědní hodnotu v kontextu této práce mají. Jedná se zejména o posouzení vlastních kompetencí, znalosti procesu IP a dovednosti aplikovat jej v praxi. Naprostá většina pracovníků uvádí že ví, co se od nich očekává a celý proces vnímají spíše jako trvalou příležitost k rozvoji vlastní osobnosti a poznávání „svého seniora“, jeho potřeb a přání. Vnější předpoklady jsou důležité pro samotný průběh a kvalitu odváděné práce v terénu. Většina pracovníků uvádí, že mají od zaměstnavatele potřebnou metodickou podporu a zpětnou vazbu. Nicméně necelá polovina pracovníků uvedla, že jim na IP chybí především dostatek času. (Grafy a otázky č. 13,12).

4.5.2. Vyhodnocení hypotéz výzkumné činnosti

Hypotéza 1: IP je většinově realizováno podle metodiky dané organizací.

Tato hypotéza navazovala přímo na cíle šetření a měla potvrdit převažující systémový způsob, jakým jsou IP do organizace zavedeny (prostřednictvím metodiky dané organizací)

Stanovená kritéria potvrzení hypotézy byla, že více jak 80% respondentů potvrdí, že po zavedení Standardů do praxe (povinně od roku 2007 dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) realizuje individuální plánování s klientem dle organizací dané metodiky.

Na základě výsledků dotazníkového šetření lze konstatovat, že **tato hypotéza se potvrdila.**

Hypotéza 2: Narůstá počet pracovníků, kteří mají při IP potřebné podmínky a dostatek času.

I tato hypotéza navazovala na cíle šetření a měla ověřit míru pozornosti a vážnosti, jaká je procesu IP v organizaci věnována.

Stanovená kritéria potvrzení hypotézy byla, že více než polovina respondentů potvrdí, že má při IP s klienty potřebné podmínky a dostatek času, které z jejich pohledu k IP potřebují.

Tato hypotéza se ve výsledcích dotazníkového šetření nepotvrdila. Více než polovina pracovníků uvádí, že na realizaci IP nemají dostatek času. Oproti tomu však více jak dvě třetiny pracovníků uvádí, že mají dostatečnou metodickou podporu a dokumentaci, se kterou při zpracovávání IP pracují, dále má více jak polovina pracovníků od zaměstnavatele potřebnou zpětnou vazbu. Je otázkou, nakolik je vnímání dostatečného času k plánování subjektivní záležitostí pracovníků plynoucí z určité administrativní zátěže, která je s IP spojená. V teoretické části je uvedeno, že mezi povinnosti klíčového pracovníka patří mít čas a podmínky pro IP a pokud je nemá (a jsou opodstatněné), měl by si je ve spolupráci s vedením organizace dokázat komunikovat, zajistit. (Grafy a otázky č. 18, 17).

Hypotéza 3: Část pracovníků má dosud potíže s praktickým prováděním IP

Tato hypotéza měla poukázat na potřebnost dalšího vzdělávání v problematice IP.

Stanovená kritéria potvrzení hypotézy byla, že více než polovina respondentů potvrdí, že má s praktickým prováděním IP potíže.

Tato hypotéza se ve výsledcích dotazníkového šetření potvrdila. Více než polovina pracovníků uvedla, že má potíže při formulování či stanovování cílů uživatele obecně, ale zmínili i formulaci cílů krátkodobých a dlouhodobých. Jak vyplynulo z teoretické části práce, stavení cílů uživatele služby nebo cílů společné spolupráce je základním předpokladem pro realizaci IP poskytované služby. Pracovníci uvedli i

několik komentářů typu: „ *Klient má přání umřít*“, nebo „*Klient nemá žádná přání, jen nemít bolesti*“, dále „*Zdravotní stav klienta (demence) neumožňuje komunikaci ani spolupráci, natož pojmenování přání či cílů péče*“. Z uvedeného vyplývá, že stanovování cílů vzhledem k cílové skupině senioři se může zdát velmi obtížné či nemožné. V tomto případě je třeba mít na paměti, že cílem uživatele či klienta služby v případě cílové skupiny senioři může být výkon samotné péče „tady a teď“ takovým způsobem, aby byla zajištěna pokud možno spokojenost klienta s probíhající péčí, s cílem naplnění jeho základních fyzických, mentálních, emocionální či duchovních potřeb v souladu se zachováním důstojnosti a práv seniora. Situace si v tomto případě žádá zajištění podpůrných prostředků pro zaměstnance formou dalšího profesního vzdělávání, metodického vedení, supervizí či intervizí a dalších zpětnovazebních metod reflektující obtíže pracovníků v přímé péči. (Graf a otázka č. 16).

Hypotéza 4: U významné části pracovníků chybí dostatečná motivace k práci s IP.

Tato hypotéza měla poukázat na potřebu další metodické práce v organizaci včetně dalších edukativních aktivit a návazných zpětnovazebních, supervizích aj. nástrojů v rámci organizace, které posílí zavádění IP do praxe a jejich efektivní využívání.

Stanovená kritéria potvrzení hypotézy byla, že více jak polovina respondentů uvede, že jim při IP s klienty chybí k plánování motivace (IP je chápáno spíše jako zákonem a vedením organizace vynucená administrativa).

Tato hypotéza se ve výsledcích dotazníkového šetření nepotvrdila. I přes určitou administrativní zátěž a potřebný čas k realizaci IP s uživatelem služby uvedla většina pracovníků svoji motivaci k IP především v souvislosti se spokojeností seniora. Pocit užitečnosti, smysluplné práce a dobrého pocitu z práce převažují tak nad skutečností, že IP je nutné realizovat a vyhodnocovat. Z uvedeného lze vyvodit, že prioritní je pro pracovníky samotná práce se seniorem. (Grafy a otázky č. 11, 12).

ZÁVĚR

Cílem práce bylo v teoretické části představit proces zavádění standardů kvality do sociálních služeb, zejména se zaměřit na proces zavádění individuálního plánování a jeho uvádění do praxe, v praktické části zmapovat aktuální stav tohoto procesu a ověřit, zda a jak pomáhá klíčovým pracovníkům individuální plánování služby osobní asistence pro seniory v jejich práci při zajišťování poskytování odborné péče a její prokazatelnosti.

Teoretická část ukázala celý proces zkvalitňování sociálních služeb a zavádění nástroje IP do praxe jako smysluplný a strategicky promyšlený, nicméně náročný a dlouhodobý. Z toho vyplývá i potřeba neustále ověřovat, jaký je aktuální stav v praxi a zdali IP, ale i ostatní nástroje podporující standardy kvality péče v sociálních službách skutečně vedou ke zvýšení kvality a jsou užívány kvalifikovaně a s dostatečným porozuměním a mohou tak být skutečným nástrojem řízení kvality sociální služby.

Výzkum uvedený v **praktické části** této práce prokázal, že IP je nástrojem řízení kvality sociální služby. Management organizace (dále jen management) má možnost prostřednictvím IP nastavovat požadovanou kvalitu služby v oblasti péče o konkrétního klienta. IP umožňuje managementu tuto požadovanou kvalitu řídit, tzn. kontrolovat, ověřovat, přizpůsobovat nároky apod.

Ve výzkumu se potvrdilo, že management používá jako nástroj řízení kvality „metodiku IP“, kterou zavádí do praxe. Jejím prostřednictvím má také možnost následně ověřovat, do jaké míry metodika v praxi skutečně funguje.

Dále se potvrdilo, že celý tento proces ukotvuje pracovníky ukotvuje v tom, co je a co není kvalitní prací. Převážná většina dotazovaných pracovníků potvrdila, že vědí jak mají správně pracovat, a že jim systém umožňuje předávání potřebných informací v týmu a cílenou spolupráci týmu v zájmu klienta.

Ze šetření dále vyplynulo, že senioři i rodinní příslušníci mají možnost podílet se na plánování péče. Mají možnost kontrolovat kvalitu poskytované služby – zda je postupováno podle dohodnutého plánu péče a sledovat celý proces.

Shrnutí:

Na základě výsledků uvedených v práci lze konstatovat, že proces zavádění IP a jeho užívání je v současné době na uspokojivé úrovni – stal se standardním nástrojem řízení kvality sociálních služeb a pracovníci jej umějí používat. Zároveň je zřejmé (a jak jsem již v práci zmínila, jedná se zřejmě o průběžný a „nekonečný“ proces), je třeba, aby i nadále probíhala metodické i praktické vzdělávací a jiné aktivity jak pro organizace, tak pro jednotlivé pracovníky, s cílem nejen zvyšovat kvalitu péče, ale zejména udržovat toto téma v trvalé pozornosti a diskuzi – neboť (jak bylo v práci uvedeno), kvalita souvisí bezprostředně s hodnotami a jejich vnímáním, z čehož vyplývá nutnost trvalé péče a kultivace myšlení a postojů, z nichž celá myšlenka standardů kvality péče v sociálních službách vychází.

Je potěšující, že výsledky dotazníkového šetření ve značné míře poukazují na připravenost pracovníků se v tomto procesu dále rozvíjet a obstát.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů:

NOVOSAD, Libor. *Východiska a principy realizace služeb osobní asistence v ČR: uvedení do problematiky*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2006, 34 s. ISBN 8073720507.

MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 9788073673109.

Kolektiv autorů. *Metodika poskytování osobní asistence dětem a mladistvým se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Liberec: Centrum pro postižené Libereckého kraje o.s., 2010, 87 s. ISBN neuvedeno.

HRDÁ, Jana a kolektiv. *Osobní asistence: příručka postupů a rad pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: Pražská organizace vozičkářů, 2004, 105 s. ISBN neuvedeno.

MOLEK, Jan. *Marketing sociálních služeb*. Vyd. 1. Praha: VÚPSV, 2009, 163 s. ISBN 9788074160264.

BICKOVÁ, Lucie a kolektiv. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 272 s. ISBN 9788090466814.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2014, 151 s. ISBN 9788024743158.

Česko. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění

STRAKOVÁ, Martina, ČERMÁKOVÁ Kristýna. *Standardy kvality sociálních služeb – příručka uživatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. Číslo stránek a ISBN neuvedeno.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 9788026200277.

STRAKOVÁ, Martina, ČERMÁKOVÁ Kristýna. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatele*. Vyd. 3. Praha: MPSV ČR, 2004. 111 s. ISBN 8086552993.

MPSV. Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

Kolektiv autorů. *Texty k řízení neziskové organizace*. Vyd. 1. Praha: AGNES, 2008. 144 s. ISBN 9788090369610.

HRONCOVÁ, Marcela. *Moderní nezisková organizace*. Vyd. 1. Praha: Ateliér vzdělávání, 2010. 55 s. ISBN 9788090451902.

Kolektiv. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV ČR, 2008. 187 s. ISBN neuvedeno.

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 135 s. ISBN 9788024738499.

SOBEK, Jiří. *Jak dobře individuálně plánovat. Praktická příručka pro každého, kdo se účastní individuálního plánování*. Vyd. 1. Praha: Adpontes, 2012, 143 s. Výukové CD. ISBN neuvedeno.

VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 159 s. ISBN 9788026200871.

BICKOVÁ, Lucie a kolektiv. *Pečovatelská služba v České republice*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 432 s. ISBN 9788090466807.

HOLKOVÁ Ilona, GABRYSZ Aleš. *Manuál pro metodiky v sociálních službách*. Vyd. 1. Praha: Instand, 2011, 56 s. ISBN neuvedeno.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 9788024721705.

NOVOSAD, Libor. *Základy teorie a metod sociální práce: globální východiska a trendy v sociální práci se zřetelem k situaci v ČR*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2004. ISBN 8070838906.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 9788024738727.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 9788087109199.

PRŮŠA, Ladislav. *Ekonomie sociálních služeb*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2007, 179 s. ISBN 9788073572556.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 8024712628.

TAVEL, Peter. *Nefarmakologické přístupy k pacientům trpícím demencí*. In: Československá psychologie 2009, ročník III, číslo 5, 455 – 464 s.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 151 s. ISBN 9788073675813.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Práce s biografii a plány péče*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, 2014, 133 s. ISBN 9788020431868.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. ISBN 9788024713144.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 9788024741383.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce jako životní pomoc*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006, 228 s. ISBN 8086633624

Seznam použitých internetových zdrojů:

HRDÁ, Jana. *Co je osobní asistence* [online]. 8.3.2008 [cit. 8.2.2015]. Dostupné z: <http://www.apoa.cz/index.php/o-osobni-asistenci/zakladni-udaje/historie-osobni-asistence>.

MPSV ČR. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 24.2.2015. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1424893259498_3

MPSV ČR. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 1.3.2015. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1425900281288_1

MPSV ČR. *Asistent sociální péče* [online]. 23.11.2012. [cit. 24.2. 2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13928>

HERZOG, Aleš. *Zaznamenávání individuálních plánů*. [online]. 5. 3. 2015. Dostupné z: <http://www.streetwork.cz/images/stories/Kluby/SananimTP/zaznamenani-individualniho-planovani-ales-herzog.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

IP – individuální plánování průběhu sociální služby nebo individuální plán dle kontextu věty.

Standardy – Standardy kvality poskytování sociálních služeb

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Standard č. 5, Individuální plánování průběhu sociální služby.....33

Seznam grafů

Grafy poukazují k jednotlivým otázkám dotazníkové šetření:

Graf 1: Otázka č. 1.....	65
Graf 2: Otázka č. 2.....	66
Graf 3: Otázka č. 5.....	68
Graf 5: Otázka č. 6.....	69
Graf 6: Otázka č. 9.....	72
Graf 7: Otázka č. 10.....	73
Graf 8: Otázka č. 11.....	74
Graf 9: Otázka č. 12.....	75
Graf 10: Otázka č. 13.....	75
Graf 11: Otázka č. 14.....	76
Graf 12: Otázka č. 15.....	76
Graf 13: Otázka č. 16.....	77
Graf 14: Otázka č. 17.....	78
Graf 15: Otázka č. 18.....	79
Graf 16: Otázka č. 19.....	80

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha – Dotazník kvýzkumnému šetřeníI

V Liberci 12.8.2014

Milé kolegyně a milí kolegové,

níže Vám předkládám dotazník a velice Vás prosím o jeho vyplnění.

Výsledky dotazníkového šetření použiji v praktické části své diplomové práce, kterou rozhodla věnovat problematice Individuálního plánování jako jednoho z nástrojů řízení kvality práce v organizaci.

Práce je zaměřena na terénní sociální službu osobní asistence pro seniory.

Na základě domluvy s vedením Vaší organizace si Vám proto dovoluji předložit dotazník a požádat Vás o jeho vyplnění.

Dotazník je anonymní, ani v diplomové práci nebude uvedena organizace, ze které výsledky pocházejí. Žádná odpověď není správná ani špatná, jak je z otázek patrné. Cílem je zmapovat specifika individuálního plánování průběhu sociální služby osobní asistence pro seniory, zamyšlení se nad jeho smyslem i úskalími, rolí klíčového pracovníka a možnou užitečnou strukturou

a případnou metodikou pro individuální plánování.

Diplomovou práci píše v rámci magisterského studia oboru Andragogiky, které se zaměřuje na teorii i praxi vzdělávání dospělých a oblast poradenství a péče o dospělé jedince (v průběhu celé jeho dospělé životní dráhy).

Děkuji Vám velice za spolupráci,

Irena Peková

1. Jak dlouho s cílovou skupinou senioři pracujete?

- a) do 1 roku
- b) do 3let
- c) do 5 let
- d) a více, napište kolik.....

2. Kolik Individuálních plánů jako klíčový pracovník aktuálně vedete?

- a) 1 klient
- b) a více, napište kolik.....

3. Individuální plánování průběhu sociální služby je pro registrované poskytovatele sociálních služeb povinné ze zákona od 1.1.2007, kdy vstoupila v platnost vyhláška č.2 MPSV č. 505/2006 Sb. - Standardy kvality sociálních služeb - prováděcího předpisu k zákonu č.108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění.

Změnila metoda Individuální plánování Váš přístup k práci s klienty?

(pokud jste zahájil/a svou práci v sociálních službách až po roce 2007, otázku vynechejte)

- a) ne
- b)ano,jak.....

.....

4. Co jste při nastavování způsobu péče o klienta používala dříve, než jste začala pracovat metodou Individuálního plánování?

(pokud jste zahájil/a svou práci v sociálních službách až po roce 2007, otázku vynechejte)

.....
.....
.....

5 . Individuální plánování průběhu sociální služby s klientem vnímáte spíše jako (uveďte jednu odpověď):

a) nezbytnou zákonem danou povinností při poskytování sociální služby osobní asistence vázanou na možné čerpání veřejných dotací

b) nezbytnou zákonem danou povinností při poskytování služby osobní asistence prokazující potřebnou kvalitu a efektivitu poskytované služby

c) samozřejmý a smysluplný pracovní nástroj pro poskytování sociální služby osobní asistence, respektující a napomáhající k potřebné a důstojné pomoci klientům poskytované sociální služby

c) jinak, napište.....
.....
.....

6. Při plánování průběhu poskytování sociální služby a při zjišťování podpory, pomoci a přání klienta se zaměřujete především na které uvedené oblasti? Zaškrtněte všechny možné varianty a prioritami označte dle praxe nejčastější oblasti podpory.

a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu

b) pomoc při osobní hygieně

c) pomoc při zajištění stravy

d) pomoc při zajištění chodu domácnosti

e) výchovně, vzdělávací a aktivizační činnosti

f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

h) a jiné, napište.....
.....

7. Využíváte v praxi zmapování jednotlivých oblastí uvedených v otázce č. 6 při další práci s klientem?

a) ano, napište

.....
.....

b) ne, uvedené oblasti více nerozpracovávám.....

.....

8. Ovlivňuje pozitivně metoda Individuální plánování kvalitu péče o klienta

(vnímá klient Vaši vzájemnou spolupráci v rámci IP pro sebe pozitivně)?

a) ne

b) ano, v čem hlavně.....

.....
.....
.....

9. Co by podle Vás ve Vaší péči o klienta chybělo bez Individuálního plánování? Co je jeho přínosem v reálné praxi?

Můžete zaškrtnout více variant.

a) nic

b) zjišťování individuálních potřeb klienta

c) nastavení individuálního způsobu spolupráce s klientem

d) jednotný postup všech osobních asistentů/asistentek při péči o stejného klienta

e) vyhodnocování úspěšnosti/neúspěšnosti spolupráce s klientem a přehodnocování možných přístupů a metod podpory

f) dokumentace umožňující zastupitelnost v individuální péči o klienta

g) jiná odpověď, napište.....

.....

10. Pomáhá Vám ve Vaší práci metoda Individuálního plánování?

a) ano, v čem hlavně.....

.....

.....

b) nevím – nevidím pro sebe přínos

c) ne - komplikuje mi práci. Napište co hlavně.....

.....

.....

11. Jaká je Vaše vnitřní motivace k Individuálnímu plánování?

.....

.....

.....

.....

12. Čím je posilována Vaše vnitřní motivace k individuálnímu plánování?

Pokud uvedete větší počet odpovědí, dopište, prosím, k odpovědím číselné priority.

a) vlastní práce s klienty

b) spolupráce s klienty a jejich rodinnými příslušníky

c) zajištěním vzdělávání od zaměstnavatele

d) podpora od vedení organizace / přímým nadřízeným

e) vzájemnou spoluprací pracovního týmu osobních asistentek

f) a jiné, napište čím.....

13. Jste k Individuálnímu plánování dobře odborně připraven/a – vzdělán/a?

Zaškrtněte jednu odpověď.

- a) ano, vím co se ode mne očekává a co je smyslem IP
- b) ano, vím co se ode mne očekává a co je smyslem IP, přesto se stále učím
- c) částečně - nemám dostatek informací a zkušeností
- d) ne, nevím co se ode mne očekává a co je smyslem IP
- e) jiná odpověď, napište.....
.....

14. Kde jste se metodě Individuálního plánování učil/a?

Můžete uvést více odpovědí.

- a) na odborném kurzu
- b) v rámci organizace, kde pracuji
- c) samostudiem, individuálně
- d) jiná odpověď, napište.....
.....

15. Zvládáte Individuální plánování v praxi? Od vysvětlení principů a zásad Individuálního plánování klientovi (případně rodinným příslušníkům) až po mapování, plánování a vyhodnocování celého procesu?

Zaškrtněte jednu odpověď.

- a) ano – v praxi celý proces IP (mapování, plánování, vyhodnocování) zvládám dobře
- b) spíš ano – v praxi zvládám dobře většinu z procesu IP, část mi dělá obtíže
- c) spíš ne – v praxi zvládám pouze malou část z procesu IP, většina mi dělá potíže
- d) ne – v praxi proces IP nezvládám
- e) jiná odpověď, napište.....
.....

.....

16. Co Vám při individuálním plánování dělá potíže?

.....

.....

.....

17. Je pro Vás současná metodická podpora ve Vaší organizaci ohledně

Individuálního plánování dostatečná? Uved'te jednu odpověď.

- a) ano, optimální, dokumentace a metodika pro tvorbu a vyhodnocování IP mi vyhovuje
 - b) částečně, dokumentace a metodika pro tvorbu a vyhodnocování IP by potřebovala změnit - zaktualizovat
 - c) ne, dokumentace a metodika mi nevyhovuje (podrobná, zavádějící, náročná, neefektivní)
 - d) jiné,.....
-

18. Co Vám při realizaci procesu Individuálním plánování nejvíce chybí?

Pokud uvedete větší počet odpovědí, dopište, prosím, k odpovědím číselné priority.

- a) čas
- b) prostorové a místní podmínky (v bytě klienta)
- c) zpětná vazba od klienta
- d) zpětná vazba od vedení organizace
- e) zpětná vazba od pracovního týmu
- f) vlastní přesvědčení o smyslu IP

g) příklady dobré praxe s cílovou skupinou, jiná odborná metodika

h) a jiné, napište jaké.....

.....
.....

19. Co Vám při realizaci a vyhodnocování procesu Individuálním plánování nejvíc pomáhá? Pokud uvedete větší počet odpovědí, dopište, prosím, k odpovědím číselné priority.

a) zpětná vazba od klienta (rodinných příslušníků klienta)

b) zpětná vazba od vedení organizace

c) zpětná vazba od pracovního týmu

d) vlastní přesvědčení o smyslu IP

e) příklady dobré praxe s cílovou skupinou, jiná odborná metodika

f) vzdělávání

g) supervize / intervize

h) a jiné, napište jaké.....

.....

20. Podle čeho vyhodnocujete spokojenost klienta?

.....
.....
.....
.....
.....

Děkuji Vám za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Irena Peková

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Irena Peková

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinované

**Název práce: Individuální plánování sociální služby osobní asistence pro seniory
(jako nástroj řízení kvality sociální služby v organizaci)**

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 80

Celkový počet stran příloh: 8

Počet titulů českých použitých zdrojů: 32

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 5

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: MUDr. Jiří Ježek