

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2013

Jitka Frayová

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jitka Frayová

*Hodnocení procesu individuálního plánování
z pohledu klíčového pracovníka v Domově seniorů*

POHODA Chválkovice, p. o.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

2013

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.“

V Olomouci dne 3. 4. 2013

.....

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucímu práce ThLic. Michalu Umlaufovi za podporu, rady a drahocenný čas při vedení práce. Poděkování patří taky Bc. Lubomíru Vrajovi za zprostředkování výzkumu a samozřejmě šesti respondentkám, bez kterých by práce nemohla vzniknout.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1 SENIORSKÝ VĚK	8
1.1 Změny ve stárnutí	8
1.2 Potřeby seniorů a potřeby dle Maslowa.....	9
1.3 Zdravotní komplikace seniorů	11
1.3.1 Geriatrická křehkost	12
1.3.2 Komplikace sluchového a zrakového postižení.....	12
1.4 Pobytové služby pro seniory	13
1.5 Etika u seniorů	14
2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ.....	15
2.1 Individuální plánování – vymezení pojmu	15
2.1.1 Osobní cíl.....	15
2.1.2 Pojetí individuálního plánování.....	15
2.2 Vznik individuálního plánování.....	16
2.3 Legislativa individuálního plánování.....	16
2.4 Modely individuálního plánování	18
2.5 Proces individuálního plánování.....	19
2.5.1 Jednání se zájemcem	19
2.5.2 Smlouva o poskytování služby	20
2.5.3 Individuální plánování průběhu služby	20
2.5.3.1 Adaptační plán.....	20
2.5.3.2 Tvoření individuálního plánu	21
2.5.3.3 Individuální plán	21
2.5.3.4 Cyklus plánování.....	22

2.5.3.5	Spolupráce personálu	22
3	KLÍČOVÝ PRACOVNÍK.....	24
3.1	Požadavky na klíčového pracovníka.....	24
3.2	Typologie rolí klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování	26
3.3	Vzdělání klíčového pracovníka.....	26
4	Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o.	28
4.1	Obecně o Domově	28
4.2	Individuální plánování v Domově	28
4.2.1	Jednání s žadatelem o službu v Domově.....	29
4.2.2	Smlouva o poskytování služby v Domově	29
4.2.3	Individuální plánování v Domově	30
5	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	32
5.1	Respondentky.....	33
5.2	Typ a metoda výzkumů.....	34
5.3	Mapování terénu a zpracování dat	35
5.4	Průběh rozhovorů.....	35
6	VÝZKUM.....	37
6.1	Přínos individuálního plánování	37
6.1.1	Přínos pro klienty	37
6.1.2	Přínos pro pracovníky.....	38
6.2	Souhrn.....	39
6.3	Limity individuálního plánování a možné náměty ke změně	40
6.4	Souhrn.....	42
6.5	Průběh individuálního plánování	42
6.5.1	Postup při individuálním plánování.....	43
6.5.2	Zjišťování potřeb klienta	44

6.5.3	Přenos informací mezi pracovníky	45
6.6	Souhrn	45
6.7	Pomoc a podpora při individuálním plánování	46
6.8	Souhrn	47
6.9	Vzdělání klíčových pracovníků	48
6.10	Souhrn	49
6.11	Rozdíl před rokem 2007	49
6.12	Souhrn	51
ZÁVĚR		52
BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM		55

ÚVOD

Na úvod práce bych si dovolila představit problematiku, na jejímž základě jsem se rozhodla tuto práci zpracovat. Rokem 2007 začal platit Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v sobě nese povinnost individuálně plánovat s klienty v každé registrované sociální službě. Tento proces plánování se vztahuje nejvíce na pracovníky v přímé péči, tedy pracovníky v sociálních službách a také na sociální pracovníky. Vzniklý proces s sebou nese větší požadavky na personál, než na které byli zvyklí a u pracovníků může být vnímán nepopulárně.

Přicházím s výzkumnou prací, abych po několika letech průběhu individuálního plánování zjistila, jak dnes vnímají a hodnotí klíčový pracovníci vybraného zařízení koncept plánování. Jako výzkumný terén jsem si vybrala Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o., kde jsem strávila odbornou praxi a v průběhu praxe jsem si uvědomila možnou potřebnost zpětné vazby pro zařízení, směřující od klíčových k sociálním pracovníkům, v oblasti plánování sociální služby. Přínos výzkumu nevidím jen ve zpětné vazbě zařízení, ale také rozhovory s respondentkami by mohly mít přínos pro ně samé, v podobě reflexe jejich práce. Uvědomuji si ale, že tento přínos je spíše teoretický, z důvodu jeho komplikované měřitelnosti.

Cílem mé práce je zhodnotit skrze kvalitativní výzkum proces individuálního plánování podle klíčových pracovníků.

K cíli práce směřuji přes kvalitativní evaluaci za použitých polostrukturovaných rozhovorů, které proběhly v zařízení s klíčovými pracovníci. Hlavní výzkumná otázka zní: „Jak hodnotí proces individuálního plánování klíčové pracovníci?“ Tuto hlavní otázku dále rozpracovávám do šesti dílčích oblastí tázání, a to: kde vnímají klíčové pracovníci přínos a na druhou stranu limit individuálního plánování, jak vnímají průběh plánování. Dále mě zajímalo, co považují pracovníci za oporu v individuálním plánování, jak vnímají své vzdělání a zda si všimli rozdílu ve své práci od roku 2007. Poslední otázka byla kladena jen dlouhodobějším pracovnícům. Konkrétní metodologie výzkumu je rozvedena v kapitole Metodologie výzkumu.

Jsem si jista, že na téma individuálního plánování bylo provedeno nesčetně empirií, avšak výzkum prováděný na téma mé práce, se ve zmíněném zařízení ještě nekonal.

Ke zpracování tématu jsem použila jako stěžejní zdroj Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jeho provádějící vyhlášku, jelikož uchopuji pojem *individuální plánování* z pohledu legislativního. Dále jsme čerpala z knihy - Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách od kolektivu autorů a dalších autorů zabývajících se problematikou individuálního plánování. Dále literatury geriatrické a z písemných materiálů zařízení.

V práci bych chtěla představit teoretický rámec výzkumu, který obsahuje kapitolu o problematice stáří a potřebách seniorů, vzhledem k tomu, že klienti zařízení jsou převážně senioři. Dále se zaměřuji na individuální plánování z pohledu legislativy, na jeho koncept a průběh. V teorii se zabývám také klíčovými pracovníky, jejich prací a vzděláním. Poslední teoretickou kapitolou jsou zařazené informace o Domově seniorů POHODA Chválkovice, p. o. a o jejich průběhu individuálního plánování. Na tento teoretický rámec navazuje empirická část, která obsahuje metodologii výzkumu a samotnou kapitolu přednášející výsledky výzkumu.

1 SENIORSKÝ VĚK

Při individuálním plánování v domově pro seniory se nejčastěji setkáváme právě s klienty seniorského věku. Proto považuji za důležité se v následující kapitole lehce věnovat této skupině lidí a její problematice.

Seniorský věk se podle Mühlpachra (2004, s. 203) rozděluje do tří skupin: 65 – 74 let *mladší senioři*, 75 – 84 let *starší senioři*, 85 let a více jde o *velmi staré seniory*.

Do seniorského věku se člověk dostává procesem stárnutí, jak říká Křivohlavý (2002, s. 136) „stárnutí je plynulý přechod v rámci celého života“. Stárnutí je taky fyziologickým procesem života a nejedná se o nemoc (Haškovcová, 2002, s. 10). Procesem stárnutí všichni míříme ke stáří. Stáří můžeme definovat, jako „poslední ontogenetickou vývojovou etapu“ (Pacovský, 1990, s. 29). Ale taky podle Sýkorové (2007, s. 47) je stáří sociální konstrukt, který s sebou nese „být člověkem určitého věku ve společnosti“.

Stárnutí můžeme rozdělit na *fyziologické*, jehož průběh je v obecné normě a je to přirozený proces od početí až po smrt jedince (Vokurka, Hugo, 1998, s. 136). Nebo na stárnutí *patologické*, které má různé nechtěné projevy, může se jednat o stárnutí předčasné nebo stárnutí, kdy funkce těla se neshodují s kalendářním věkem (Malíková, 2011, s. 14 – 15).

1.1 Změny ve stárnutí

U člověka se při stárnutí objevují změny, avšak u každého jsou projevy jiné a záleží např. na jeho vzdělání, prostředí, ve kterém žil, výchově apod. (Malíková, 2011, s. 18 – 19). Venglářová (2007, s. 12) rozděluje změny u seniorů do třech okruhů, a to na změny biologické, psychologické a sociální.

Biologické změny. Pro stárnutí je typický úbytek funkční tkáně v celém těle. Snižuje se elasticnost svalů a cév, funkce nervové soustavy, kvalita spánku. Klesá vitální kapacita plic, funkce ledvin, tvorba slin, ale taky se zhoršují funkce smyslových orgánů apod. (Jarošová, 2006, s. 22 – 24).

Psychické změny. Tyto změny často navazují na biologické, kdy klient negativně prožívá tělesnou změnu, které se odráží v jeho psychice (Malíková, 2011, s. 21).

Ale objevují se i změny přímo psychologického rázu jako snížené intelektové schopnosti, zhoršení kognitivních funkcí, proměnlivost nálad, snížený zájem o okolní svět apod. (Jarošová, 2006, s. 24 – 28).

Sociální změny. Mezi ně patří odchod do důchodu, zhoršení ekonomické situace, osamělost, úmrtí partnera nebo vrstevníků, sociální izolace, fyzická závislost apod. (Malíková, 2011, s. 22). Mohou však vznikat i pozitivní změny a to především dobré vztahy v rodině, naplnění volného času, dobrá finanční zajištěnost apod. (Jarošová, 2006, s. 31).

1.2 Potřeby seniorů a potřeby dle Maslowa

Na změny v seniorském věku plynule navazují potřeby tohoto životního období. Každé vývojové období člověka má své specifické potřeby. To však neznamená, že by stáří nastavilo diametrální změny v lidských potřebách (Mlýnková, 2011, s. 48).

Zjišťování potřeb klientů a specifické potřeby této skupiny jsou velmi důležité pro kvalitní plánování služby. Jak říkají Pichaud a Thareauová (1998, s. 36) „potřebou se tedy nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje“.

Je více autorů, kteří se zabývají lidskými potřebami. Ve své práci použiji teorii Abrahama Maslowa a jeho Holistickou teorii hierarchie potřeb, kterou pokládám za jednu z nejpoužívanějších, která může pomoci při identifikaci potřeb klientů a lepšímu zorientování v potřebách.

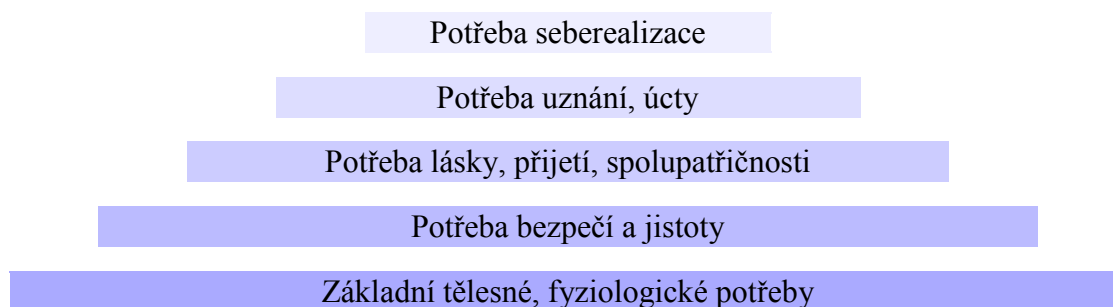
Filozofický směr *holismus* klade důraz na celistvý náhled na člověka. Člověk je složen ze čtyř rovin - biologická, psychologická, sociální a spirituální (duchovní), které jsou úzce propojeny a navzájem se ovlivňují (Pavlíková, 2006, s. 14-15). Tedy péče o klienty by měla být komplexní a směřovat k naplnění všech složek života.

Maslow rozděluje potřeby člověka do několika úrovní. Často bývají zobrazovány v pěti úrovnových pyramidách, ale je možné použít zobrazení s jiným počtem. Rozděluje potřeby na fyziologické, potřebu bezpečí jistoty, potřebu lásky a náležitosti, potřebu úcty, uznání a seberealizace. Potřeby staví do pyramidy, kde fyziologické potřeby tvoří

základnu, na níž jsou ostatní potřeby navršeny, a zastřešuje ji potřeba seberealizace, viz obr. 1 (Trachtová, 2001, s. 14 – 15).

Princip potřeb dle Maslowa funguje následovně: Nejprve musí mít člověk uspokojeny potřeby nižší, které se nacházejí na spodní části pyramidy, jsou to fyziologické potřeby a potřeba bezpečí. Až poté je schopen se zajímat o potřeby vyšší, jako láska a úcta, které směřují k potřebě seberealizace, sebeaktualizace. Maslow dodává, že naplnění potřeby pro další postup/ růst postačí dostatečná míra a ne zcela naplněná potřeba (Drapela, 1997, s. 138 – 139). Pro člověka je charakteristické, že po naplnění jedné potřeby touží naplnit další, a tak je bytost neustále vyžadující (Trachtová, 2001, s. 14).

Malíková (2011, s. 170) upozorňuje, že naplňování potřeb dle Maslowovy pyramidy, tedy ve směru zdola na horu, nemusí být u každého jedince platné a mohou se vyskytnout klienti, kteří budou mít potřeby v jiném pořadí.



Obr. 1- Maslowova pyramida

Zdroj: Wikipedie

Následně uvádím specifika potřeb lidí v seniorském věku:

Fyziologické potřeby

Uspokojování fyziologických potřeb patří mezi ty nejzákladnější a často jimi trávíme nejvíce času, mezi ně patří výživa, spánek, hygiena apod. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 37). Specifikum u starších lidí může být, že preferují více ochucená jídla z důvodu ubývání chuťových pohárku. Potřebují větší podporu při vyprazdňování, kde mohou nastat problémy v podobě zácpy nebo inkontinence. Také potřebují větší množství spánku, který probíhá ve více etapách přes den. Důležité je nepocítovat bolest, a aby klient byl v teple a pohodlí (Mlýnková, 2011, s. 48 – 49). U seniorů by se neměly opomíjet sexuální potřeby, které bývají často tabuizovaným tématem (Dvořáčková, 2012, s. 49).

Potřeba bezpečí a jistoty

Tyto potřeby můžeme rozdělit na tři části a to na bezpečí finančního zajištění, fyzické bezpečí a psychické (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 38). Senioři mohou pociťovat strach z nemoci, nejistotu ze ztráty přítele nebo partnera, taky se může objevit finanční nejistota, nejistota z malého množství informací ohledně svého zdraví apod. (Mlýnková, 2011, s. 48 – 49). Proto je potřeba do jisté míry předcházet nejistotám a tvořit klientům bezpečné prostředí.

Potřeba lásky, sounáležitosti a uznání

Tyto potřeby můžeme nazvat sociální, neboť je klient může naplnit pouze v interakci s druhými lidmi. Potřeby mohou být naplňovány navštěvováním různých zájmových spolků, přátel apod. (Mlýnková, 2011, s. 48 – 49). Může zde také spadat potřeba autonomie člověka, jako jakési schopnosti samostatnosti a schopnosti postarat se o sebe (Sýkorová, 2007, s. 85 – 86).

Potřeba seberealizace

Může být naplňována v různých oblastech, jako jsou vztahy, hodnoty, pochopení, náboženství apod. Seberealizace se může odehrávat v různých kreativních činnostech, v náboženských obřadech nebo při rozhovoru. Rozpoznat a naplnit existenční potřeby je velmi důležité, neboť mohou být příčinou dalších problémů, např. somatických (Malíková, 2011, s. 269 – 275). V individuálním plánování je nezbytné se zabývat duchovními potřebami, tedy seberealizací a sebetranscendencí.

1.3 Zdravotní komplikace seniorů

Jak jsem již jednou podotkla, stáří není nemoc, ale bezpochyby je zapotřebí uznat, že přibývajícím věkem s sebou přináší zdravotní komplikace nebo prohlubuje ty stávající.

Charakteristika zdravotních problémů u seniorů se zpravidla označuje jako *polymorbidita*, tedy jakási přítomnost více nemocí najednou. K zdravotním komplikacím dnešní doby je zapotřebí uvést i demenci, u níž je zaznamenán velký nárůst (Haškovcová, 2002, s. 29).

Existuje velké množství diagnóz, avšak v seniorském věku je klient nejvíce ohrožován manifestací chorob souvisejících s poruchami regulace somatické, psychické a imunitní, dále také klesající odolností, vůči větší zátěži a pomalejšímu zotavení se. Ale také progredující funkční deteriorace. Velkým tématem u seniorů je tzv. *geriatrická křehkost*, která představuje jednotlivé symptomy, které často ohrožují seniorské klienty (Kalvach, Drbal, Zavázalová, Holmerová, 2008, s. 27 – 28).

1.3.1 Geriatrická křehkost

Geriatrická křehkost neboli „frailty“ je koncept symptomů, které jsou multikauzálně dány a neustále zhoršují zdravotní stav jedince, zvyšují jeho geriatrické komplikace a až přes ztrátu soběstačnosti směřující ke smrti. Geriatrická křehkost klienta/pacienta se určuje podle projevujících se znaků jako je: rychlý úbytek tělesné váhy, pomalá chůze, svalová slabost apod. (Kalvach, Holmerová, Jurašková, Weber, Šnejdrlová, 2008, s. 118 – 119).

Geriatrické symptomy/syndromy znamenají zdravotní problémy výhradně geriatrických pacientů. Symptomy/syndromy se těžce léčí a často jeden navazuje na druhý. Pro představu jde o dekonkreci, instabilitu s pády, malnutrici, dehydrataci, inkontinenci, demenci a další. Celkově jde asi o 68 obtíží seniorského věku (Kalvach a kol., 2008, s. 141).

1.3.2 Komplikace sluchového a zrakového postižení

Kromě geriatrických symptomů/syndromů se můžeme u seniorů často setkávat s deficitem sluchu i zraku.

Komunikace s klientem se *sluchovým postižením* bývá komplikovanější z důvodu, že senioři obvykle neovládají znakovou řeč nebo jinou metodu alternativní komunikace, v tomto případě je nejlépe s klientem komunikovat přes „papírovou“ formu, např. psaním vzkazů. Je zapotřebí sledovat gesta klienta a požadovat zpětnou vazbu pro zjištění, zda rozuměl (Hauke, 2011, s. 35 – 36). Vhodné je využít nebo doporučit kompenzační pomůcky jako jsou naslouchadla, které mohou zmírnit postižení.

Zrakové postižení nebo *poškození zraku* je do určité míry viditelné u většiny seniorských klientů a obvykle kompenzováno brýlemi nebo lupou. Pro větší jistotu klientů by se mělo dbát na velikost písma všech textů, které jsou věnované klientům. Pro těžší formy postižení je zapotřebí v zařízení vytvořit orientační body, podle kterých se mohou klienti pohybovat. (Hauke, 2011, s. 37).

Při uspokojování potřeb klientů je nezbytné nahlížet na jejich možná omezení, která mohou změnit ráz naplňování potřeby. Situace se může dosti zkomplikovat, pokud přichází klient s postižením obou smyslů.

1.4 Pobytové služby pro seniory

Pro seniory jsou určeny různé možnosti pomoci v jejich nepříznivé životní situaci. Může jít o služby *terénní*, které přijíždí ke klientům do jejich domácností, *ambulantní*, kdy klient navštěvuje zařízení nebo o služby *pobytové*, ve kterých klient bydlí (Zákon č. 108/2006 Sb., §33).

Zákon o sociálních službách nabízí k registraci pro seniory tyto pobytové služby: nejčastěji využívanou službou bývá domov pro seniory, dále je možné využít domovy se zvláštním režimem pro osoby se specifickými potřebami, chráněné bydlení nebo týdenní stacionář (zákon č. 108/2006 Sb.).

Jelikož je empirická práce uskutečňována v Domově pro seniory, následně bych se zmínila o této sociální službě.

Služba domov pro seniory je určena lidem, kteří z důvodů vyššího věku mají sníženou soběstačnost (Zákon č. 108/2006 Sb., §49). Uživatelům domova musí být poskytnuto ubytování, celodenní strava, péče o osobu klienta (např. pomoc při oblékání, dopomoc s přesunem), pomoc nebo vytvoření podmínek při hygieně. Služba by měla zprostředkovat klientům kontakt se společenským prostředím, tedy podpořit sociální začleňování. Tento druh služby by měl dále nabízet klientům sociálně terapeutické činnosti, jako podporu klientových sociálních dovedností, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů (vyhláška 505/2006 Sb., §15).

V dnešní době se řeší problematika omezeného počtu volných míst v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem, která je úzce spjata s nárůstem počtu starších obyvatel a s finančním zabezpečením chodu těchto služeb.

1.5 Etika u seniorů

Senioři mohou být v naší společnosti často vnímáni jako zátěž pro sociální systém či nadbytečnost. Můžeme být svědky problematiky seniorského věku plné předsudků a diskriminace ke stáří, přitom by stáří mohlo být vnímáno stejně jako jiné etapy života. Bez ohledu na to, jakou má člověk diagnózu nebo jinou disabilitu, je objektem lidské důstojnosti (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 216 – 218).

Diskriminace této skupiny spočívá hlavně v jejím zařazení do postproduktivní skupiny občanů, kteří se již kvůli zdravotním problémům nepodílí na podpoře ekonomiky (Čevela a kol., 2012, s. 216 – 218).

Důstojnost ke starým lidem, kteří prožívají často bolest, bezmoc, osamělost, a respektování každého člověka jako jedinečnosti, je základem etického přístupu ke klientovi. Každý člověk a jeho důstojnost by měla být podporována a chráněna, jak ve zdraví, tak i v nemoci (Čevela a kol., 2012, s. 216 – 218).

Základní etické zásady pro poskytování služby jsou: nabízet klientovi pouze pro něj výhodné nabídky, klientovi projevovat úctu, jeho problémy brát vážně, jednat s ním seriózně, poskytovat klientovi důležité informace, respektovat jeho rozhodnutí apod. (Malíková, 2011, s. 54).

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky, Mezinárodní etický kodex sociální práce, Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester, Etický kodex zdravotního pracovníka nelékařských oborů a etické normy v ošetrovatelském povolání z roku 1991 jsou dokumenty a předpisy, které se zabývají etickou oblastí péče o klienty (Malíková, 2011, s. 54).

2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

2.1 Individuální plánování – vymezení pojmu

Individuální plánování služby je podle Haiclových (2011, s. 26) tvoření jedinečného plánu služby pro klienta, je jakýmsi promyšleným postupem služby, do kterého je klient aktivně zapojen. Cílem je přizpůsobit službu klientovým požadavkům, schopnostem, osobním cílům a zapojit jej do procesu služby (Hauke, 2011, s. 16).

Význam individuálního plánování spočívá v tom, že pomáhá přizpůsobovat službu klientům, podle jejich specifických potřeb. Umožňuje věnovat se všem klientům, i těm, kteří o osobě „nedávají znát“. Tímto počínáním se může kontrolovat kvalita služby, přispívat k systematické práci s klientem a samozřejmě směřovat k osobnímu cíli klienta. Je důležité si uvědomit, že samotný proces plánování je důležitější než jen existence individuálního plánu (Bednář, 2011, s. 32 – 33).

2.1.1 Osobní cíl

V průběhu individuálního plánování se často operuje se slovem „cíl“. Tento pojem nemusí být vždy od klientů pochopen a zní dosti abstraktně. Cíl nebo osobní cíl je podle Bednáře (2011, s. 33) „to, čeho může uživatel dosáhnout využitím sociální služby“. Je to klientova „meta“, ke které za pomoci personálu míří. Cíl služby má zajistit, že klientovy potřeby budou brány na zřetel (Hauke, 2011, s. 45 – 50).

2.1.2 Pojetí individuálního plánování

Individuální plánování je možné podle Bickové a Hrdinové (2011, s. 74) chápat ve dvou pojetích – širokém a úzkém. Široké pojetí představuje individuální plánování jako komplexní poskytování každodenní služby klientovi, tedy všeobecnou péči o klienta a v kontaktu s ním. Kdežto úzké pojetí vnímá individuální plánování jako samotný proces, kdy se schází klient a klíčový pracovník, vzniká individuální plán nebo se vyhodnocuje současně nastavená služba.

V práci se budu věnovat i širokému i úzkému pojetí, proto pokud se zaměřím přímo jen na jedno pojetí, označím, o které se jedná.

2.2 Vznik individuálního plánování

Instituce plánování sociální služby má počátek v letech 2002 – 2003, kdy vznikly „Národní standardy kvality sociálních služeb“ na podpoření kvality v sociálních službách. Zároveň pojem plánování služby se odrazil v roce 2006 do nově vznikajícího Zákona o sociálních službách (Haiclovi, 2011, s. 23).

Jedním ze záměrů vzniku Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb. byla potřeba zavést do české legislativy a zároveň i do praxe individuální péči o klienty. Neboť situace v době před rokem 2007 byla obvykle taková, že systém pobytového zařízení nechápal individuální potřeby klienta, tudíž neumožňoval zajišťování těchto potřeb. Často bránil rozvoji klientů a ponižoval jejich lidskou důstojnost (Malíková, 2011, s. 157).

Tato změna v systému poskytování sociálních služeb, která klade požadavky na kvalitu ve službě, znamenala taky transformaci personálu. Požadovala a stále požaduje od zaměstnanců zařízení aktivnější přístup v práci s klientem, více administrativní práce, ale taky přivádí zaměstnance blíže ke klientovi, zkvalitňuje komunikaci a přispívá k větší spokojenosti jak pracovníka, tak klienta (Malíková, 2011, s. 157 – 159).

2.3 Legislativa individuálního plánování

Jak již výše zmiňuji, koncept individuálního plánování vychází ze Zákona o sociálních službách a z prováděcí vyhlášky. Vyhláška ve své příloze uvádí 15 Standardů kvality sociálních služeb, z nichž právě Standard číslo 5 popisuje povinnost individuálního plánování ve službě.

Zákon o sociálních službách §2 říká, že poskytovatel sociální služby musí zachovávat lidskou důstojnost klienta, musí mu poskytnout pomoc a podporu v jeho skutečných potřebách a v rozvoji k samostatnosti. Pomoc se musí zaměřovat k sociálnímu začleňování a nesmí porušovat základní lidské práva a svobody. Dále §88, písm. f) se zabývá povinnostmi poskytovatele: o každém klientu musí být vedeny originální písemné

záznamy, sociální služba má být vedena dle osobních cílů klienta, klient má být součástí svého plánování a vyhodnocování průběhu služby.

Standart číslo 5 vymezuje pět okruhů - kritérií, které musí být v individuálním plánování splněny, jak následně uvádí Haicl (2011, s. 39 - 43):

Kritérium a. Poskytovatel musí mít písemně zpracované vnitřní pravidla, podle kterých plánuje a vyhodnocuje individuální plány. Tudiž každé zařízení by mělo mít sepsanou metodiku, která dává jasný pracovní postup při individuálním plánování.

Kritérium b. Poskytovatel plánuje službu společně s klientem (nebo se zákonným zástupcem) a přihlíží přitom na jeho (klientovi) možnosti a osobní požadavky. Jde o to, aby klient společně s pracovníkem pracoval na klientových přáních a naplňování jeho potřeb - cílů.

Kritérium c. Poskytovatel společně s klientem hodnotí průběh poskytované služby a hodnotí plnění klientových představ a požadavků. Můžeme tento bod chápat, jako dotazování se klienta na jeho spokojenost se službou s tím, že je vedena písemná dokumentace ohledně vyhodnocení cílů.

Kritérium d. Každý klient má sobě určeného pracovníka, který ho provází průběhem služby a s kterým službu hodnotí a upravuje dle vlastních potřeb. (O tomto kritériu více v kapitole Klíčový pracovník.)

Kritérium e. Poskytovatel má v zařízení vytvořený informační systém, kterým si zaměstnanci předávají potřebné informace, které se týkají poskytování individuální služby.

Kromě Standardu 5 se individuálního plánování dotýká taky Standard číslo 3 a 4. Ve Standardu číslo 3 uvádí kritérium b potřebnost vyjednat s žadatelem o službu, jaké má očekávání od sociální služby před poskytnutím služby. A dále Standard číslo 4 kritérium c pojednává o uzavření smlouvy mezi uživatelem a poskytovatelem, která se přímo vztahuje na potřeby klienta a na jeho jedinečné cíle, ke kterým chce s pomocí služby klient dospět (Haicl, 2011, s. 43). Individuální plánování se samozřejmě dále dotýká taky Standardu číslo 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10 a 15 (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 67 – 68).

Standarty kvality sociálních služeb jsou závazné pro každou registrovanou sociální službu (zákon č. 108/2006 Sb., §88) a jejich dodržování je kontrolováno inspekcí

poskytování sociálních služeb, předmětem inspekce je plnění povinností poskytovatelů, a nebo poskytovaná kvalita (zákon č. 108/2006 Sb., §97).

2.4 Modely individuálního plánování

Následně bych chtěla představit čtyři modely plánování služby podle Haiclových, se kterými se v praxi setkáváme, tyto modely jsou teoretickým konceptem, tudíž se neobjevují v čisté podobě.

Model zaměřený na dosahování cílů. Tento model se uvádí jako nejstarší publikovaný a vychází z kognitivně behaviorálního přístupu. Zakládá si na dosahování osobních cílů, které si stanovuje klient. Cílem je myšlena pozitivní změna, která má díky sociální službě nastat. Dojít k cíli pomáhají dílčí kroky, které taktéž konstruuje klient s pracovníkem. Plánování v tomto modelu bývá administrativně náročnější a není ideálně použitelné pro nemotivované klienty, ovšem, co se týče měřitelnosti plnění a strukturovanosti, je model na dobré úrovni (Haiclovi, 2011, s. 27- 28, 32).

Model zaměřený na dialog a uživatele služby. Tento model se obvykle aplikuje u klientů, u kterých nebyl model na dosahování cílů možný použít. Klient je směřován ke krátkodobým cílům, spíše řešení aktuální situace. K tomu používá nejčastěji humanistické teorie. S klientem se pracuje nedirektivně a v bezpečném prostředí. Důraz je kladen na partnerský vztah klienta a pracovníka. Modelu bývá vytýkáno, že neklade důraz na strukturovaný plán a nedostatečně zásobuje klienty podněty (Haiclovi, 2011, s. 28 – 30, 32- 33).

Model vycházející ze schémat počítačové podpory. Zde se jedná o programy softwarových firem, které se vytvořily z ošetřovatelských programů a nabízí pomoc při plánování. Tyto multifunkční programy nabízí ulehčení a systematičnost práce, ale na druhé straně, taky odklon od přímé práce s klientem i se spolupracovníky (Haiclovi, 2011, s. 30, 33).

Model expertní. Bere si příklad z medicíny, kdy si pracovníci drží odstup od klientů. Pracovník je expertem s odborným názorem, avšak odstup od klienta může působit chladně (Haiclovi, 2011, s. 30, 33).

2.5 Proces individuálního plánování

Individuální plánování je proces, který má své fáze průběhu a dynamiku (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 73). Je to neustále se vyvíjející jedinečný plán služby, který je velmi variabilní a živý. Následně uvádím fáze průběhu tvoření individuálního plánu:

2.5.1 Jednání se zájemcem

Proces individuálního plánování, myšleno v širším slova smyslu, by měl začít již při jednání se zájemcem o službu, jak uvádí Standard číslo 3. Sociální pracovník má v rozhovoru s žadatelem zjistit jeho představy o průběhu služby, přítomna bývá rodina i popřípadě zákonní zástupci. Tento krok před uzavřením smlouvy o službě je velmi důležitý, neboť ve chvíli, kdy nevznikl ještě žádný závazek k zařizení, se může klient volněji rozhodnout. V této fázi je ideální zjistit od klienta jeho očekávání a k jakým cílům by měla služba vést. Je též dobré, prodiskutovat současný stav zájemce, jaké jsou jeho finanční zdroje a podpora od rodiny a blízkých. Již zde může vznikat postupná důvěra mezi potencionálním klientem a pracovníkem (Hauke, 2011, s. 28).

Jednání může být delším procesem a nemusí být dokončeno po první schůzce. Během jednání je vhodné navštívit klienta i v jeho přirozeném prostředí. Zvláště u starších osob je dobré, aby u návštěvy sociálním pracovníkem byla jeho blízká osoba, zájemce se nemusí obávat ohrožení cizí návštěvou. Může se stát, že rodina nebo blízká osoba neexistuje, v případě potřeby je obecním úřadem s rozšířenou působností pověřena osoba, která jedná v zájmu potřebného, např. podepisuje žádost o místo v domově pro seniory (Hauke, 2011, s. 28 – 33).

V průběhu vyjednávání služby se setkáváme v našem případě se seniory, u kterých se vyskytují nejrůznější zdravotní problémy. Častým omezením při dojednávání služby jsou hendikepy jako postižení sluchu, zraku nebo demence. S těmito žadateli je potřeba komunikovat specificky (Hauke, 2011, s. 35 - 41).

2.5.2 Smlouva o poskytování služby

Následující Standard číslo 4 pracuje již s informacemi z vyjednávání, tedy pokud žadatel má zájem o službu a kapacita služby i ostatní podmínky dané zákonem o sociálních službách §91 odst. 3 to dovolují, sepisuje se s žadatelem smlouva. Ona individualita služby spočívá i v tom, že se smlouva přímo dotýká skutečných potřeb klienta (Hauke, 2011, s. 52).

Zákon o sociálních službách §91 odst. 1 říká, že zařízení musí mít s každým klientem uzavřenou písemnou smlouvu o určitých náležitostech. 4. Standard kvality sociálních služeb uvádí, že uzavřená smlouva musí být pro uživatele srozumitelná a musí zahrnovat průběh a rozsah služby. Ve smlouvě musí být zachyceny individuální potřeby/osobní cíle uživatele a jeho schopnosti a přání plynoucí z poskytování služby (Hauke, 2011, s. 52 - 55). Uzavřením smlouvy se obě strany zavazují k plněním povinností, které ze smlouvy vyplývají.

2.5.3 Individuální plánování průběhu služby

V této podkapitole se dostávám přímo k samotnému individuálnímu plánování, tedy k užšímu pojetí, myslím tím přímé tvoření plánu služby a jeho vyhodnocování.

S touto problematikou se setkáváme u Standardu číslo 5. Je to situace, kdy žadatel podepsal smlouvu o poskytování sociální služby a stal se klientem.

2.5.3.1 Adaptační plán

Bývá praxí, že nově přichozí klienti mají připravený adaptační plán, tedy jakýsi plán pro přizpůsobení novému prostředí, tvoření si vztahů s klienty a pracovníky a vytváření pocitu sounáležitosti v zařízení. V pobytových službách může být tato doba „aklimatizace“ delší. Tento čas je vhodný pro vytvoření vztahu mezi klíčovým pracovníkem a klientem (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 83 – 84).

Co se týče procesu adaptace, Böhms (www.ebin.cz) vycházející z psychobiografického modelu péče, má na ni odlišný názor, a to takový, že v dnešní době se potýkáme s problémem, kdy se senior má adaptovat na instituci, ale přitom by se měla

instituce adaptovat na normalitu klienta. Z toho vyplývá, že adaptační plán by měl vznikat pro instituci.

2.5.3.2 Tvoření individuálního plánu

S nástupem klienta se musí začít tvořit i individuální plán (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 84), tedy dokument, ve kterém jsou zaneseny osobní cíle. Na základě Standardu číslo 5 si podobu individuálního plánu tvoří zařízení samo skrze svá vnitřní pravidla. Vnitřní pravidla individuálního plánování, také slouží personálu, jako opora při tvoření plánů a nejen to (Hauke, 2011, s. 74).

Jak říkají Musil a Navrátil (2007, s. 117), individuální plánování velmi úzce souvisí s životní situací člověka a s jejím posouzením, tudíž při hledání potřeb je nutné se zaobírat klientovou situací. Nejdůležitějším momentem při zjišťování potřeb klienta je samotný rozhovor s ním. Pro inspiraci při hledání potřeb klienta mohou posloužit různé modely, jako Maslowova pyramida potřeb, standardizované testy apod. (Hauke, 2011, s. 45 – 50).

Kubalčíková (2011, s. 58) poznamenává, že „individuální plán je tedy souborem činností, které povedou k uspokojení potřeb klienta a k obnově jeho sociálního fungování“. Sociální fungování je koncept, který říká, že lidé a prostředí jsou v neustálých interakcích. Prostředí na lidi klade stále požadavky a úkolem člověka je v této situaci najít rovnováhu mezi požadavky prostředí a zvládnutím situace (Navrátil, 2001, s. 12).

2.5.3.3 Individuální plán

Již výše uvádím některé informace o individuálním plánu, nyní bych uvedla, jak by měl plán vypadat.

Individuální plán by měl být srozumitelně psaný dokument pro každého klienta, který uvádí osobní cíle, ale také jak těchto cílů dosáhnout, v jakém časovém horizontu a kdo všechno se bude podílet na naplnění cílů. Stanoven by měl být i konečný stav. Tedy stav, kdy cíl bude splněn (Musil, Navrátil, 2011, s. 120).

Pro správný individuální plán jsou nepostradatelné dobře formulované cíle. Cíl musí být pro klienta významný, bude na něm klientovi záležet. Cíl musí být pro klienta

dosažitelný v reálné době, musí být konkrétní a srozumitelný, musí být realistický. Cíl by měl stát klienta úsilí a snahu (Bednář, 2011, s. 33 – 34).

Kromě individuálního plánu provázejí proces plánování další psané záznamy. Klíčový pracovník zaznamenává i průběžný vývoj služby a cílů u svých svěřených klientů. Jsou zaznamenávány různé aktivity klientů nebo naplňování sjednané podpory. Však každé zařízení může mít různé způsoby vykazování a vedení dokumentace o klientech, vždy záleží na vnitřních pravidlech toho zařízení (Bednář, 2011, s. 37).

Při plánování služby je důležité vycházet z principů plánování. Uživatel je poskytnuto, to co bylo domluvené, cíle individuálního plánu vycházejí ze skutečných potřeb uživatele a z jeho předpokladů a schopnosti. Vždy by se z individuálního plánu neměla stát formalita (Bednář, 2011, s. 33 – 34).

2.5.3.4 Cyklus plánování

Jak jsem již na začátku poznamenala, individuální plánování je proces. Tento proces začíná u zkoumání klientovy situace, pokračuje přes plánování služby a formulaci cílů, dále je realizovaný plán služby a až po určité době, kterou má zařízení určenou, je plán vyhodnocen (Bednář, 2011, s. 37). Vyhodnocení nebo přehodnocení plánu se děje pravidelně po určitém intervalu nebo při mimořádné situaci. Z vyhodnocení by mělo vyplynout, že s tím, co v uplynulé době ve službě proběhlo, souhlasí i pracovník i klient. Tudiž klient s pracovníkem prodiskutovávají, co se stalo, jak se pracovalo na osobních cílech, zda je klient spokojen, či má připomínky apod. Z vyhodnocení starých plánů se sestavují nové, aktuální a proces se opakuje (Hauke, 2011, s. 109 – 111).

2.5.3.5 Spolupráce personálu

Pro kvalitní poskytování služby a fungování individuálního plánování je zapotřebí kvalitní personál a ne jen kvalitní, ale též dobře spolupracující a komunikující. Jedná se o spolupráci všech zaměstnanců, zvláště těch v pomáhající profesi (Malíková, 2011, s. 160).

Týmová práce je nepostradatelnou součástí individuálního plánování. V tomto týmu je koordinátor, který zodpovídá za individuální plánování v zařízení, je to nejčastěji sociální pracovník. Koordinátor přiřazuje klíčového pracovníka klientům a řeší závažnější

problémy. Pracovník v sociálních službách/ klíčový pracovník se stará o přímou péči o klienta a zpracovává individuální plány. Další pracovníci týmu jsou moderátor, sociální pracovník, důvěrník klienta, zdravotnická personál, psycholog, volnočasový personál, fyzioterapeuti apod. (Malíková, 2011, s. 160 – 166).

3 KLÍČOVÝ PRACOVNÍK

Jelikož se individuální plánování a celá má empirie zabývá i tímto pojmem, považuji za důležité jej vysvětlit a rozvést.

Pojem klíčový pracovník nebo-li „key worker“ vysvětluje Matoušek (2003, s.72) jako pracovníka, který monitoruje klienta, vypracovává pro něj plány o službě a konzultuje s ním jeho osobní problémy.

Tento pojem vychází z vyhlášky č. 505/2006 Sb., kde 4. kritérium 5. Standardu říká, že každý klient má určeného pracovníka, který je zodpovědný za individuální plánování a průběh služby (Zavádění, 2002, s. 48). Tento zaměstnanec má kromě tvoření individuálního plánu a nesení zodpovědnosti za ně taky jiné role v zaměstnání (Vítová, 2011, s. 115).

Měl by to být zaměstnanec, se kterým si klient rozumí, má k němu důvěru a v případech nouze se na něj obrátí. Klíčovým pracovníkem nejčastěji bývá pracovník v sociálních službách. Avšak může to být i terapeut, sociální pracovník, aktivizační pracovník nebo jiný pracovník v přímé péči (Malíková, 2011, s. 162).

Standart 5 přímo říká, že každému z klientů je určen klíčový pracovník. Této informace se dotýká problematika přidělování pracovníků. Některé zařízení se kloní k přidělování pracovníků, jiné zase nechávají klienty vybírat. Problém spočívá v tom, že každý z pracovníků vykonává svou práci s jiným zájmem, tudíž jsou někteří pracovníci oblíbenější a žádanější. Z toho vyplývá, že by mohli být populárnější pracovníci přetížení množstvím klientů, kteří o ně žádají. Doporučeno je, aby jeden klíčový pracovník měl na starosti čtyři až pět klientů (Malíková, 2011, s. 162 – 163).

Funkcí klíčového pracovníka je podle Vítové (2011, s. 116) formulování osobních cílů a podporování klienta k jejich dosažení, ale také ověřování jeho spokojenosti se stávající službou.

3.1 Požadavky na klíčového pracovníka

Požadavků pro výkon klíčového pracovníka je velké množství. Pro lepší přehlednost jsem rozdělila požadavky do dvou kategorií. První kategorie tvoří schopnosti

klíčového pracovníka vztahující se k teoretickým a praktickým znalostem. Kdežto druhá kategorie se zaměřuje na osobnostní schopnosti a vyzrállost pracovníka. Však je potřeba vzít ohled na to, že požadavky se prolínají a nelze je ostře vyhranit.

Z pohledu znalostí by měl mít klíčový pracovník dostatek informací ohledně procesu individuálního plánování v organizaci, měl by znát platné právní předpisy, ovládat verbální i neverbální komunikační techniky, měl by být schopen alternativní komunikace např. validace u seniorů s demencí a schopen spolupráce (Malíková, 2011, s. 163 - 164). Klíčový pracovník by měl také brát individuální plánování jako nedílnou součást své práce. Měl by umět vést rozhovor a ovládat aktivní naslouchání (Hauke, 2011, s. 76). Nemělo by se též zapomínat na etické hledisko v péči o klienta. Na opatrné zacházení s citlivými informacemi a na mlčenlivost, která je velmi důležitá pro jeho práci (Vítová, 2011, s. 118).

Z charakterových schopností se od klíčového pracovníka vyžaduje respektovat klienta jako partnera. Tento předpoklad je velmi důležitý pro vytvoření důvěry mezi klientem a pracovníkem. Dále by měl pracovník znát sebe samého, měl by mít vyřešené vlastní problémy a být vyzrálou osobností (Malíková, 2011, s. 163).

Úkoly, které by měl klíčový pracovník plnit, jsou (Malíková, 2011, s. 163 – 164): zjišťovat potřeby klientů, vytvářet individuální plán, s kolektivem spolupracovníků realizovat plnění plánu, informovat koordinátora o závažnějších změnách, být aktivním členem v týmu, faktické vedení dokumentace a ještě další úkoly, které jsou vždy pro každé zařízení specifické.

Z vlastní praxe vnímám, že klíčoví pracovníci bývají často všichni pracovníci v sociálních službách a myslím si, že se nebere v úvahu zkušenost či nezkušenost pracovníka v individuálním plánování. Jak píše Malíková (2011, s. 164 - 165), že časté chyby klíčových pracovníků v individuálních plánech mohou být způsobeny nedostatečným proškolením o smyslu a funkci individuálního plánování nebo také nespoluprací koordinátora klíčových pracovníků.

Pro správné a efektivní tvoření individuální služby pro klienty je zapotřebí, aby se organizace a její řízení staralo o pracovníky a koordinátory. Péče o ně prostřednictvím supervizí, intervizí a pracovním nepřetěžováním, které by mohlo spět k syndromu vyhoření (Malíková, 2011, s. 163).

3.2 Typologie rolí klíčového pracovníka v procesu individuálního plánování

Následně uvádím čtyři typy představ rolí klíčového pracovníka uplatnitelných u služby domov pro seniory, které sestavila Staňková (2011, s. 47 - 49).

Klíčový pracovník jako koordinátor práce týmu. Uplatňuje se, pokud se do plánování služby jednoho klienta angažuje více lidí, spolupracovníků. U tohoto typu se předpokládá, že klíčový pracovník bude koordinátorem, který zodpovídá za celý proces (Standardy, 2008, s. 86).

Klíčový pracovník jako administrátor individuálního plánu. Pracovník zpracovává individuální plán a vyhodnocuje jej, snaží se o co nejsprávnější vedení dokumentace, která má strukturovanou formu podloženou různými formuláři a postupy (Hermanová, 2009, podle Staňková, 2011, s. 48).

Klíčový pracovník jako důvěrník, partner klienta. Tento typ role se zaměřuje na vztah mezi pracovníkem a klientem. Je inspirovaný Rogersovou teorií orientovanou na člověka. Klade důraz na bezpodmínečné přijetí klienta na empatii a nedirektivnost (Navrátil, 2001, s. 50).

Klíčový pracovník jako podporovatel klienta při plnění jeho konkrétních přání a cílů. Úkolem pracovníka je podporovat klienta, aby si zvolil cíl, za kterým chce jít. Pracovník motivuje klienta a pomáhá mu s formulací a s plněním těchto cílů. Tento typ představuje práci s úkolově orientovaným přístupem (Navrátil, 2001, s. 231).

Všechny předcházející typy jsou ideální konstrukty, tudíž se reálně vyskytují obvykle v kombinaci více typů, z nichž některý převažuje.

3.3 Vzdělání klíčového pracovníka

Pokud vycházím z toho, že klíčový pracovník je nejčastěji pracovník v sociálních službách (Malíková, 2011, s. 162), zaměřuji se tedy na vzdělání těchto pracovníků, neboť zákon o sociálních službách zvláštní vzdělání pro klíčové pracovníky neuvádí.

Pro výkon práce pracovníka v sociálních službách postačí základní nebo střední vzdělání a absolvování kvalifikačního kurzu (Zákon č. 108/2006 Sb. §116). Vyhláška č. 505/2006 Sb. §37 (4) říká, že „minimální rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin“.

Ohledně dalšího vzdělání klade zákon o sociálních službách na zaměstnavatele povinnost, že musí zabezpečit pracovníkům vzdělání v minimálním rozsahu 24 hodin ročně, ve kterém si pracovníci prohloubí a obnoví kvalifikaci (Zákon č. 108/2006 Sb. §116 (9)).

Hauke (2011, s. 76 – 77) si klade otázku, zda jsou pracovníci s tímto vzděláním kompetentní k tvoření a vyhodnocování individuálních plánů. Spekuluje nad tím, zda by vyšší vzdělání některých pracovníků nezkvalitnilo průběh plánování, ale autorka je si jista, že počet pracovníků v sociálních službách není takový, aby umožnil organizační struktury. Tedy strukturu pracovníků v sociálních službách rozdělit na ty, kteří se budou zabývat individuálními plánováními a ty, kteří budou pouze spolupracovat k naplňování plánů.

Důležité je poznamenat, že vzdělání nemusí hrát u kvality individuálních plánů velkou roli. Je třeba zdůraznit motivaci pracovníka a jeho nadšení pro tuto práci, které dorovná výši vzdělání (Hauke, 2011, s. 77).

Jak jsem výše uvedla, zaměstnavatel musí zajišťovat vzdělání svým zaměstnancům v rámci zákona. Ale pokud si vedení zařízení uvědomuje potřebnost další kvalifikace, tedy považuje další vzdělávání za dobrou investici, která se vrací v kvalitě služby, otevírá se mu velké spektrum kurzů, workshopů apod.

Klíčový pracovníci by měli mít hlavní podporu od zařízení v pravidelných supervizích, které jsou orientované na potřebu pracovníka a jsou prevencí před syndromem vyhoření (Hauke, 2011, s. 77). Podporu může nalézt taky v sepsaných metodikách, které mu poskytuje zařízení, pro přehlednější a systémovější práci klíčového pracovníka (Bicková, 2010, s. 256 – 257). Ve vzdělávání by se neměl opomíjet ani osobností rozvoj pracovníka, nejen pro lepší pracovní výsledky, ale taky pro porozumění sám sobě a s tím souvisejí porozumění ostatním lidem (Malíková, 2011, s. 165).

4 Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o.

Jelikož jsem v zařízení Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o. sbírala data a následně vyhodnocovala, dovoluji si ve zkratce představit zařízení a seznámit čtenáře s jejich individuálním plánováním.

4.1 Obecně o Domově

Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o., (dále je Domov) nabízí dvě sociální služby – chráněné bydlení a domov pro seniory. V mé práci výhradně směřuje ke službě domov pro seniory. Domov je velké pobytové zařízení pro seniory, které pojme 200 klientů, ale již nyní se v areálu staví nový objekt, který bude mít kapacitu 100 klientů. O klienty a chod domova se stará 167 pracovníků na 6 odděleních, z toho 41 pracovníc v sociálních službách a 9 ošetřovatelek, které tvoří 50 klíčových pracovníc (www.ddol.cz).

Zařízení má právní formu příspěvková organizace, tedy jeho zřizovatelem a garantem je Olomoucký kraj, který se podílí z větší části na jeho financování (www.ddol.cz).

Cílem zařízení je podpořit soběstačnost uživatele, který z důvodu věku nebo svého zdravotního stavu není schopen se sám o sebe postarat bez pomoci jiné osoby a v jeho okolí není nikdo, kdo by mu potřebnou péči zabezpečil. Zajistit kvalitní ošetřovatelství o uživatele. Zabezpečit podmínky pro důstojný a aktivní život. Umožnit uživateli zachování samostatnosti a nezávislosti v co nejvyšší míře, dle jeho schopností (www.ddol.cz).

4.2 Individuální plánování v Domově

V následující kapitole budu postupovat v linii od jednání s žadatelem o službu, přes uzavírání smlouvy až k samostatnému individuálnímu plánování v užším smyslu. Hlavním materiálem, o který se opírám, jsou vypracované Standardy kvality sociálních služeb (Směrnice) zařízení.

4.2.1 Jednání s žadatelem o službu v Domově

Každý potenciální žadatel, který má zájem o službu, si musí podat žádost, která je následně vyhodnocena. V případě přijetí žádosti je klient obvykle zařazen do pořadníků čekatelů. Kde žádost čeká, až se uvolní místo. Po uvolnění místa je žadatel vyrozuměn dopisem. V případě zájmu žadatele o službu, a pokud je to možné, provádí se sociální šetření v domácnosti.

Před nástupem se může žadatel podívat po zařízení a je seznámen s podmínkami pobytu. V případě, že nemůže být žadatel přítomný jednání, může ho zastoupit rodina nebo pověřená osoba. Žadatel je seznámen s Domácím řádem a s návrhem Smlouvy o poskytování služby.

Jednání s žadatelem vede sociální pracovník a vedoucí sestry příslušného oddělení. Pokud je žadatel neslyšící, tedy používá znakový jazyk nebo je nevidomý, Domov zprostředkuje služby jiných organizací pro kvalitní dorozumění se s žadatelem.

Pověřený pracovník projednává s klientem možnosti služby a jeho očekávání. Žadatel je též seznámen s individuálním plánováním v Domově.

Čerpáno ze Standardu č. 3 (Vraj, 2013).

4.2.2 Smlouva o poskytování služby v Domově

Postup při uzavírání smlouvy je vždy individuální podle schopností žadatele. Žadatel musí být vždy seznámen s Domácím řádem Domova. Žadateli může být nápomocný při tomto aktu člen rodiny nebo jiná blízká osoba, pro lepší porozumění dokumentům. Při uzavírání Smlouvy, musí být žadatel seznámen, s jejím obsahem a musí mu být vše vysvětleno.

Ředitel Domova musí být vždy informován o žadateli, který je zastupován kolizním opatrovníkem nebo je zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Žadatel je při uzavírání Smlouvy seznámen s individuálním plánováním a jeho průběhem.

Čerpáno ze Standardu Domova č. 4 (Vraj, 2012).

4.2.3 Individuální plánování v Domově

Následně popisují postup při individuálním plánování služby v užším slova smyslu, podle Standardu č. 5 Domova (Vraj, 2012):

Po nástupu do Domova je klientovi vysvětlen průběh plánování. Poté vedoucí sestra určí klíčového pracovníka pro nového klienta. Klíčový pracovník má za povinnost plánování služby svých klientů. Pracovník může požádat vedoucí sestru o změnu klienta, ke kterému má antipatie, stejné právo má i klient.

Po přijetí klienta do služby je tvořen Adaptační plán. Je to dokument, který zaznamenává adaptaci klienta na nové prostředí, nejčastěji jej vypracovává klíčový a sociální pracovník za přítomnosti klienta. Po dobu adaptace se průběh služby a opakované činnosti klienta zaznamenávají do Realizačních listů pro období adaptace. Toto období trvá obvykle jeden měsíc. Po něm je adaptace klienta vyhodnocena.

Po uplynutí adaptačního období, klíčový pracovník za podpory sociálního pracovníka vypracovává Individuální plán s Osobním cílem klienta a tzv. Profil klienta podle M. Krohwikel, která ve své teorii rozděluje lidské potřeby do 13 oblastí. Domov podle této teorie zpracoval 10 okruhů potřeb klientů, jako je: mobilita, komunikace, orientace, tělesná hygiena, stravování, výkon fyziologických potřeb, oblékání, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost, oblékání a obouvání. Tento model se používá pro kvalitnější zjišťování potřeb klientů, vyhodnocuje se 2 krát za rok.

Individuální plán je dokument, který obsahuje Osobní cíle klienta, který si klient při nástupu do služby určil, a který se pravidelně aktualizuje společně s Profilem klienta 2 krát za rok nebo mimořádně při větší změně u klienta. Podílejí se na něm klíčový pracovník a sociální pracovník. Každý cíl v Individuálním plánu má své podpůrné kroky a osobu, které za plnění cíle odpovídá. Zformulovaný Individuální plán je stvrzen podpisem klíčového pracovníka, sociálního pracovníka a klienta. Pokud se klient nemůže podepsat, plán je podepsán od vedoucího sociálního úseku.

Zařízení při formulaci cíle používá metodu SMART. Znamená to, že cíl musí být specifický, měřitelný, akceptovatelný, reálný a termínovaný.

Všechny pečující personál průběžně zaznamenává průběh služby každému klientovi do Realizačních listů, které klíčový pracovník vždy po uplynutí měsíce a půl roku

vyhodnocuje. Do Realizačních listů se zaznamenávají důležité údaje a situace klienta, které mají vztah k naplňování cílů nebo jsou důležité pro spokojenost klienta.

U verbálně nekomunikujících klientů jsou jejich potřeby a přání tlumočeny klíčovým pracovníkem.

Aktuální informace na odděleních si předává ošetřující personál na neformálních denních schůzkách nebo prostřednictvím Individuálních plánů. Jsou také zaznamenávány do informačních deníků na odděleních pro orientaci při předávání služeb.

Povinnosti klíčového pracovníka jsou: všimnout si zájmů, potřeb a cílů klientů, kolegům koordinovat práci pro daného uživatele, odpovědnost za vytvořený Individuální plán a jeho realizaci, odpovědnost za měsíční a půlroční vyhodnocení Individuálního plánu a školení se v individuálním plánování.

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V prvních čtyřech kapitolách práce ukotvují kvalitativní výzkum v teoretickém rámci, ve kterém se zabývám lidmi v seniorském věku, tedy cílovou skupinou zařízení, ve kterém výzkum proběhl. Dále se věnuji procesu individuálního plánování a jeho postupu. Teoretický rámec popisuje též osobu klíčového pracovníka, požadavky na jeho výkon práce a vzdělání, jelikož tyto pracovníci se stali respondenty výzkumu. Teoretická část zahrnuje i informace o Domově seniorů POHODA Chválkovice, p. o., kde výzkum proběhl a o jejich průběhu individuálního plánování. Do teoretické části práce jsem čerpala hlavně z dostupné literatury a z Výroční zprávy Domova seniorů POHODA Chválkovice, p. o. a jejich vypracovaných Standardů kvality sociálních služeb.

Druhá část práce, zahrnující kapitoly pět a šest – empirická část, se skládá z metodologie výzkumu, analýzy rozhovorů, které proběhly s klíčovými pracovníky a vyhodnocení výzkumu. Rozhovory s respondentkami byly tematicky členěny do struktury šesti okruhů otázek, vycházející z hlavní výzkumné otázky, která zní: Jak hodnotí proces individuálního plánování klíčový pracovníci?

1. okruh – Vnímání přínosu individuálního plánování. Zajímalo mě, kde vidí klíčové pracovníce přínos individuálního plánování (dále jen IP).

2. okruh – Vnímání limitů IP. Ptala jsem se na komplikace procesu IP, které vnímají, a kde by viděly možné zlepšení a inovaci IP.

3. okruh – Vnímání celého průběhu IP. V tomto okruhu jsem se ptala respondentek na to, jak postupují při IP, jak zjišťují potřeby klientů, jak plánují činnost s klientem s postižením sluchu, zraku nebo s demencí, a jak si pracovníci mezi sebou předávají informace o plánování služby klientů.

4. okruh – Vnímání poskytované podpory při IP. Ptala jsem se, kdo je klíčovým pracovnícím nápomocen při IP, co jim pomáhá při plánování, a zda jsou jejich návrhy a připomínky v rámci IP brány na zřetel.

5. okruh – Vnímání vzdělání pro klíčové pracovníce. Zda respondentky pociťují vzdělání za dostatečné a jak se staví k dalšímu vzdělávání.

6. okruh – Vnímání rozdílu při práci s klientem před rokem 2007. Jak pracovnice vnímaly změnu ve své práci zavedením institutu IP. Tuto otázku jsem pokládala pracovnícím, které byly v tuto dobu zaměstnány v sociálních službách.

Pro zvolené okruhy jsem se rozhodla proto, že ráz těchto otázek, jako jsou klady a zápory individuálního plánování, podpora při plánování a vnímání svého vzdělání apod., může pomoci zařízení ukázat, jak klíčové pracovnice vnímají institut individuálního plánování a výsledky rozhovorů mohou být podnětným materiálem pro zařízení při dalším vývoji individuálního plánování. Ovšem doufám, že i samotné rozhovory mohly posloužit klíčovým pracovnícím, jako možný prostředek reflexe své práce.

5.1 Respondentky

Jak již výše zmiňuji, mé respondentky byly pracovnice v sociálních službách vykonávající práci klíčového pracovníka v Domově seniorů POHODA Chválkovice, p. o. Pojmenování „respondentky“ uvádím záměrně, jelikož v zařízení pracují jako klíčové pracovnice pouze ženy.

Po předchozí domluvě s vedením zařízení ohledně svolení s výzkumem jsem se rozhodla provést šest rozhovorů s pracovníci. Šest z toho důvodu, že Domov pro seniory má šest oddělení. Požádala jsem z každého oddělení jednu klíčovou pracovníci, abych měla zastoupena všechna oddělení. Klíčové pracovnice byly zkontaktované přes vedoucí sestru (staniční sestru), v čem vidím možné úskalí, neboť nemuselo jít o čistě náhodný výběr pracovníc, ale mohly být osloveny vytypované pracovnice.

Všech šest respondentek mi bylo ochotno poskytnout rozhovor. Rozhovory s respondentkami proběhly v rámci pracovní doby na pracovišti, nejčastěji v prostorách kuchyňky na oddělení nebo u klienta na pokoji. Podrobnější seznámení s respondentkami nabízím v tabulce č. 1. Použitá jména respondentek jsou pro diskrétnost fiktivní.

	věk	doba praxe v sociálních službách/let	vzdělání
Hana	30	4	středoškolské s maturitou + kurz pracovníka v sociálních službách
Lenka	58	5	vyučení + kurz pracovníka v sociálních službách
Olga	47	8	3 roky zdravotní školy
Jana	44	5	středoškolské s maturitou + kurz pracovníka v sociálních službách
Anežka	38	20	vyučena + kurz sanitárky
Šárka	40	14	vyučena + kurz sanitárky

Tabulka č. 1 – Přehled respondentek

5.2 Typ a metoda výzkumů

Za pomoci knihy M. Miovského – Kvalitativní přístup a metody psychologickém výzkumu, jsem se snažila vybrat nejvhodnější typ, metodu výzkumu a správně jej aplikovat.

Typem mého výzkumu je kvalitativní evaluace. Kterou jsem použila, protože se ve výzkumu zajímám o hodnocení a vnímání určitých skutečností v individuálním plánování pracovníků. U kvalitativní evaluace se operuje s pojmem hodnocení, posouzení, vnímání apod. (Miovský, 2006, s. 116). Proto považuji tento typ výzkumu za vhodný.

Jako výzkumnou metodu jsem si zvolila polostrukturované interview. Důvodem vybrání této metody byly výhody, které poskytuje. Jak uvádí Miovský (2006, s. 161) je polostrukturované interview jednou z nejlepších kvalitativních metod, díky její možnosti držet se struktury tématu a zároveň přirozeně rozvíjet rozhovor s respondentem a dávat prostor jeho poznatkům. V případě mých rozhovorů jsem uvítala částečnou strukturaci ke zjištění konkrétních informací od respondentek, které by jinak z rozhovoru nemusely vyplynout.

5.3 Mapování terénu a zpracování dat

Mapování výzkumného terénu nebo tzv. předvýzkum proběhl v rámci mé odborné dvouměsíční praxe přímo na pracovišti. Mapování se skládalo hlavně z pozorování práce klíčových a sociálních pracovníků. Z kterého jsem dospěla k názoru, že výsledek výzkumu, který se zaměří na klíčové pracovníky a jejich hodnocení práce, kterou vykonávají, může pomoci k jejich osobní reflexi práce a samo zařízení (sociální úsek) by mohlo využít zpětnou vazbu od klíčových pracovníků.

Rozhovory, tedy data získané od respondentek, byly zaznamenány jako audiozáznam a později přepsány do psané podoby, z které jsem vycházela při její analýze.

Jako metodu zpracování dat jsem použila vytváření trsů. Tato metoda seskupuje podobné jevy vyskytující se ve výpovědích a snaží se je zobecnit (Miovský, 2006, s. 221). Jednotlivé výpovědi respondentek jsou vždy označeny jejich fiktivním jménem a číslem stránky přepisu, ze které citace pochází.

5.4 Průběh rozhovorů

Rozhovory začínaly mým představením a představením struktury rozhovoru, o čem si budeme s respondentkou povídat. Následně jsem obeznámila respondentku, jaký je účel tohoto setkání s prosbou o poskytnutí audiozáznamu. Respondentkám jsem slíbila

nezveřejňování jejich nahrávek, pouze použití rozhovorů v přepsané formě a pod fiktivním jménem. Bezpečné prostředí pro respondentky jsem se snažila navodit partnerským přístupem a informací, že nejde o žádné zkoušení jejich znalostí. K jistější atmosféře našeho setkání přispěla i předešlá známost s pracovnicemi z mé praxe.

Dále následoval rozhovor týkající se přímo tématu individuálního plánování. U některých respondentek jsem musela používat větší množství pomocných otázek, a tím pádem z mé strany rozhovor více strukturalizovat. Jiné respondentky rozvíjely rozhovor samy v oblastech, které byly v rámci výzkumné otázky velmi obohacující.

Jak jsem již zmínila, rozhovory s respondentkami probíhaly na pracovišti v pracovní době, což se mohlo odrazit v nervozitě nebo napětí, ale nedokážu si představit, že by se téma individuálního plánování mohlo probírat jinde než v zařízení. Myslím si, že ochota poskytnout rozhovor o individuální plánování mimo pracovní dobu by nebyla velká.

6 VÝZKUM

V této části práce bych chtěla představit hodnocení výzkumu a poznatky z něj. Hlavní výzkumná otázka zní: Jak hodnotí proces individuálního plánování klíčoví pracovníci? Přičemž pojem proces individuálního plánování je používán v širokém pojetí.

Skrze metodologii výzkumu zmíněnou výše a konkretizující výzkumné podotázky, které vytvořily oblasti pro informace od respondentů, jsem zpracovala následující kapitoly. Kapitoly analýzy jsou identické se šesti okruhy otázek položených respondentkám. Okruhy se zabývají vnímáním přínosu individuálního plánování v práci klíčového pracovníka, ale i vnímání limitů tohoto konceptu. V dalším okruhu se ptám respondentek, jak vnímají celý průběh plánování a jak zjišťují potřeby klientů. Dále pak mě zajímala oblast podpory klíčového pracovníka a dostatečnost jeho vzdělání pro tuto práci.

6.1 Přínos individuálního plánování

V této kapitole se zaměřuji na pojem přínos. Tedy na přínos individuálního plánování jak jej vnímají klíčové pracovnice, jak pro své klienty, tak pro jejich práci.

6.1.1 Přínos pro klienty

Většina klíčových pracovnic se shodlo, že vidí přínos individuálního plánování pro své klienty. Jejich reakce byly obdobné, jak říká Olga (s. 1) *„že oni se svěří a řeknou, co rádi dělají, že je to přínos pro ně“*.

Pracovnice Šárka (s. 2) však vnímá přínos individuálního plánování pouze u orientovaných klientů, u klientů s těžším zdravotním stavem a hlavně u klientů s kognitivním deficitem, už ne. *„Když je ten klient takovej víc v obraze, když je to někdo, kdo to má v hlavě ještě uspořádaný, tak jo..., ale u takových těch ležáků, kteří jsou na tom už špatně“... (kýve hlavou, ve smyslu, ne)*.

Jedna z pracovnic se řadí k názoru, že plánování nese přínos hlavně pro klienta. Říká (Lenka, s.1), *„já si osobně myslím, že je to přínos hlavně pro ty klienty..., že se člověk o toho klienta zajímá nějakým způsobem, že s ním může pohovořit..., není to jenom o tom, že kolem nich běháme, děláme, co potřebujou, ale je to o jejich vnitřních potřebách“*.

Pracovnice vidí taky přínos individuálního plánování v existenci Adaptačního plánu a v postupném začleňování klienta do Domova. „*Pokoušíme se dozvědět, co by si představovali, jaké by měli představy, co by se jim líbilo, v čem potřebují pomoc. Nějak jim to tady usnadnit to bydlení, vlastně hlavně když dojdou noví, že jako, když to tady neznají, zabydlujou se, seznamují se se vším*“ (Lenka, s. 1). Nebo respondentka Jana (s. 1) uvádí, „*když se starý klient tady ocitne, tak je v začarovaném kruhu a jako starý člověk se musí cítit tak těžce...někdo se cítí nebo zadaptuje velmi dobře, kdo je společenský. Naopak, kdo byl uzavřený, tak tomu musí někdy pomáhat ten pracovník, aby se ještě více neuzavřel a aby si tady postupně zvykl*“.

Pracovnice pocítují přínos pro klienta v tom, že individuální plánování posiluje důvěru mezi pracovníci a klientem. Paní Olga (s. 1) uvádí posílení vztahu následovně: „*Navážeme bližší kontakty, my je víc poznáme a oni nás, máme větší důvěru..., když jsem s nimi častěji. Třeba by to ani nikomu neřekli, oni se nám třeba spíš svěří, že by dělali to nebo ono..., třeba paní tak do hloubky poznávám..., mně to třeba vyhovuje (individuální plánování) a su ráda, že to tak je. Je to plus*“. Paní Jana (s. 2) říká, „*pomáhá mi to otvírat toho člověka..., on je vstřícnější..., třeba, když je nemocný, povídám, co ho trápí, tak se otevře..., prostě svěří se*“.

Pracovnice Anežka (s. 1) pocítuje přínos pro klienta v jeho dokonalejším poznání skrze dokumentaci individuálního plánování a tím vzniká možnost kvalitnější služby. „*Když si přečtu to plánování..., tak člověk ví, že ráda (klientka) chodí na nějaké akce, můžeme jí tyto akce (společenský program) nabízet, že se toho ráda zúčastní nebo zase paní, kterou tam mám, jí zase nebaví ty akce, sice jí je nabízíme, ale víme, že na tu akci nepůjde..., člověk se dozví, co je zajímavá a co ne..., že nám to (dokumentace) něco dá, že se o tom člověku dozvíme víc, co třeba nevíme..., třeba, co dřív dělal, než sem přišel*.

6.1.2 Přínos pro pracovníky

Téměř všechny mé respondentky vnímaly přínos individuálního plánování pro svou práci. Paní Jana (s. 1 – 2) říkala: „*Určitě je to přínosné..., pomáhá mi to otvírat toho člověka..., jsem tomu nakloněná, mně to papírování třeba nevadí*“. Paní Anežka (s. 5) si myslí, „*že jako to plánování má něco do sebe..., vlastně o tom člověku se dozvíte. Je to potřebný*“.

Pracovnice pocítují přínos zejména ve zpřehlednění situace na pracovišti, zvýšení pozornosti na klienty a prohloubení vztahu pracovník - klient. Paní Hana (s. 1) uvádí: „*Tak pro nás, že máme tu orientaci vlastně, co si ty lidi přejí a aby to splňovalo ty jejich požadavky..., aby jsme měly ten přehled*“. Respondentka Lenka (s. 1) uvádí: „*Pokoušíme se dozvědět, jaké by měli představy..., v čem potřebují pomoc. Myslím si, že není špatné, když se člověk o toho klienta zajímá*“. Paní Olga říká: „*třeba paní tak do hloubky víc poznám, že ona se svěří*“. Paní Anežka (s. 1,2) uvádí lepší orientaci následovně: „*Na posledním semináři nám sociální pracovník řekl, že se to (do Realizačních listů) nemusí psát každý den. Ale píše se to skoro každý den, co dělali nebo nedělali. Může se to napsat jednou za měsíc, ale oni (sociální pracovníci) to vidí trochu jinak. My se tady měníme, střídáme, takže když já přijdu, tak vidím, čeho se paní zúčastnila..., a kdyby se to tam nezapisovalo průběžně, tak já ani nevím, co se dělo*“.

Pracovnice Anežka (s. 1) vidí přínos také v situaci, kdy klíčová pracovnice přebírá klienty od druhé pracovnice. „*Člověk to (informace o klientovi) zjistí, když si přečte to plánování, třeba já když jsem vlastně převzala ten pokoj*“.

Další z pracovnic vidí přínos pro individuální plánování v zařízení v existenci obnovených podkladů pro plánování. Jana (s. 2) zmiňuje: „*Asi před rokem, jsme dostali nové podklady, které jsou dobře zpracované, víc to pomáhá, jsou podrobnější. Např. se zmiňují o tom, z jakého prostředí klient vychází apod..., tím, že jsou podklady, je to lepší*“.

6.2 Souhrn

Respondentky se vyjadřovaly o tom, jak vnímají přínos plánování jak pro klienta, tak pro svou práci.

Přínos individuálního plánování pro klienty viděly nejčastěji v dokonalejším poznávání klientů, jak skrze písemnou dokumentaci, taky díky častějšímu kontaktu, který jako klíčové pracovnice mají. Toto poznání přispívá ke kvalitě služby, jelikož pracovnice mohou být klientkám blíže a lépe poznat jejich potřeby. Důležitým faktorem přínosu pro klienty je, posilování důvěry klientů v personál a tvorba vztahu klient - personál, což může být úzce propojeno se spokojeností klientů a jejich pocitem bezpečí. Pracovnice zařadily též přínos individuálního plánování u nových klientů, kteří nastupují do služby. Z toho vyplývá, že považují Adaptační plán a adaptační období za důležité

a potřebné. Jedna z respondentek vnímá individuální plánování přínosné hlavně pro orientované klienty, u klientů s kognitivním deficitem, to již za přínosné nepovažuje.

Pracovníci vidí přínos individuálního plánování pro vykonávání své práce především v přehlednosti situace a v lepší orientaci ohledně klientů na pracovišti. Přínos pro ně znamená i zkvalitnění vztahů na oddělení mezi klientem a pracovníkem a zvětšení pozornosti na klienta a jeho situaci. Pracovnice vidí výhodu v individuálních plánech taky při převzetí klienta od jiné pracovnice. Jedna z respondentek považuje za přínosné i nové materiály, které v zařízení vznikly k individuálnímu plánování.

Často jsem v rozhovorech zaznamenávala, že pracovnice vidí přínos individuálního plánování pro klienta a pro pracovníka velmi úzce propojen. Jak říká paní Jana (s. 1): „*Jejich spokojenost (klientů) se přenese na nás (pracovníky)*“. I když jsem v této kapitole přínosy rozdělila, v citacích respondentek je pozorovatelná určitá provázanost přínosů např. co se týče dobrého vztahu mezi klienty a personálem.

6.3 Limity individuálního plánování a možné náměty ke změně

V této oblasti otázek jsem se zaměřila na limity, stinné stránky individuálního plánování, se kterými se pracovnice vyrovnávají.

Nejvíce jsou respondentky limitovány časem, který by potřebovaly k společnému trávení s klientem a k agendě individuálního plánování. Jak uvádějí: „*Máme nedostatek času. Tam jde o ten čas, aby člověk měl na ty lidi více času, teďka je to spíš, že nám ten čas pozbývá*“ (Lenka, s. 1). Nebo Olga (s. 1) uvádí: „*Mohlo by být víc času. Máme oddělení, kde je 44 lidí a nemáme tolik času, co bych si přála nebo co by oni chtěli*“. „*Je na to málo času, když je nás třeba málo a máme to oddělení takové těžší, tak já to (do Realizačních plánu) nezapisuju v týdnu vůbec, když už tak o víkendu. A taky se mi to nepovede vždycky. Ono je to složitější, když nás tady není víc, tak na to není toho času*“ (Šárka, s. 1).

Dalším limitem pracovnice uvádějí komplikované vedení agendy individuálního plánování a nespokojenost s touto dokumentací. Pracovnice Hana (s. 2) uvádí: „*Musí se to víst jako tady v těch dokumentech*“. „*Často slyším od kolegyň, že člověk tu práci musí nejprve vykonat a pak ještě podopisovat všechno do tych papírů*“ (Jana, s. 2). Paní Šárka

(s. 1) se staví k agendě následovně: „*Já tady toto (dokumentaci) nesnáším. Ty papíry jsou úplně šílený. To řeknu na rovinu, je hodně toho papírování, taky si myslím, že je to zbytečný, co děláme takový ty souhrny, který děláme jednou za měsíc. Pár vět tam napsat to mi nedělá problém, ale u toho nového klienta ty papíry!*“

Pracovnice zmiňují problematickou část individuálního plánování v častém vyhodnocování Realizačního listu a pociťují problém s vytvářením nových skutečností/formulací k zapsání do klientova Realizačního listu. Paní Hana (s. 2) uvádí: „*Musí se to pořád vyhodnocovat a když se přijde na to, že si to klient nepřeje, tak to všechno udělat jinak. Napsat to jinak, jinak to zformulovat.*“ Paní Anežka (s. 1) se vyjadřuje: „*Pořád se píše to hodnocení. Já mám problém, co tam napsat, ono je to pořád stejný. Pořád ty lidi chodí na stejný akce, účastní se stejných věcí a člověk tam píše pořád to stejný. Teda pokud se nezhorší (myšlen zdravotní stav), že by se přestal účastnit těch akcí. Tak vlastně je to třeba pořád dokola..., zase měsíc utekl, co já jim tam napíšu?*“

Dvě z klíčových pracovnic se shodují, že individuální plánování může tvořit nedorozumění nebo konflikt mezi pracovníkem a klientem. Paní Hana říká: „*Jakože to pochopí jinak než my to chceme, a pak je to takové konfliktní..., když to není podle představ toho člověka, když my to děláme pro něho jako dobře a on třeba to tak necítí nebo nemusí si to myslet..., nebo taky když se něco domluví, co on si třeba tak nepředstavuje..., třeba jedna paní řekne, co ona už může chtít, jaký už může mít cíle, že už nemá žádné cíle, tak to je pak těžký jako, to si myslíme, že jim něco vnucujeme, co oni nechtějí, takže je to takový...“* Paní Lenka (s. 1) se vyjadřuje k vzniku možného nedorozumění: „*Spíš pro ty klienty, že někdy opravdu je to těžké. Někteří lidi řeknou, já nic nepotřebuju a já nic nechcu a to mě nebaví. Takže tam spíš s člověkem musíme hodně věci probrat, co by se mu líbilo a v jakým směru se s ním dá pracovat. Někdy si musíme vlastně sami odhadnout trošku, jaký asi je (klient)..., co by tomu člověku asi pasovalo nebo co by ho mohlo povzbudit, oni ti lidi mají takovej pohled, že to sem idou dožít, že je to konečná“.*“

Kromě limitů individuálního plánování nebo komplikací, které při něm přicházejí, jsem se respondentek ptala taky na možnosti změny, úpravy nebo vylepšení individuálního plánování. Ale odpovědi se mi na tuto otázku nedostaly, většina respondentek nevěděla, kde by byla změna vhodná nebo v dobu tázání si ji nedokázaly uvědomit. Pouze paní Olga (s. 2) k tomuto dotazu uvedla: „*Myslím si, že to funguje jako dobře, že nějaké změny není potřeba.*“

6.4 Souhrn

Mezi stinné stránky individuálního plánování řadí respondentky nedostatek času na jeho bezproblémové zvládnání. Problém času je vnímán ze strany nedostatku pro psaní agendy, tak pro trávení času s klientem.

Další limit v plánování vidí respondentky v dokumentaci ohledně plánování, často se jim zdá komplikovaná. Jedna pracovnice považuje dokumentaci za zbytečnou, jako práci navíc. Však z výpovědí pracovníc byl viditelný nesoulad ohledně psaní dokumentace a to v četnosti zaznamenávání.

Některé pracovnice se shodují, že spolupráce na plánování může vytvářet nedorozumění a někdy i konflikty vyplývající z nepochopení mezi klientem a pracovníkem nebo z nejasné interpretace konceptu individuálního plánování.

Pracovnice dále uvádějí, že limitem je pro ně časté vyhodnocování plánování a též komplikace zaznamenávají při zapisování skutečností klientů do Realizačních listů, kdy se setkávají s tím, že se stejné záznamy u klientů neustále opakují vzhledem ke stejné situaci klienta. Respondetka Hana (s. 3) vidí zmiňovanou opakovanost ve stejném charakteru člověka: „*Ten člověk je jako furt stejnej, nijak se nemění.*“ Pracovnice mohou pociťovat v této situaci nejistotu, zda správně postupují nebo zbytečnost této své práce, když týden po týdnu sepisují obdobné záznamy.

V této oblasti se mi nepodařilo zjistit žádné náměty od pracovníc na možnou inovaci v individuálním plánování. Pracovnice nevěděly, jaká změna by tento koncept posunula dále.

6.5 Průběh individuálního plánování

V téhle oblasti otázek mě zajímalo, jak pracovnice vnímají průběh plánování a taky jak plánují u klientů se specifickými potřebami. Zajímala jsem se i o předávání informací mezi pracovníky, jak stanovuje Standart č. 5.

6.5.1 Postup při individuálním plánování

Většina respondentek chápe postup při individuálním plánování v užším pojetí velmi obdobně jako paní Jana (s. 1,2) popisuje: „*Když přijde ten klient, tak ho vůbec neznáme. Tak se vypracovává ten Adaptační plán a ten je měsíční a během toho se vlastně klient seznamuje s prostředím a my mu pomáháme se seznámit a během toho vlastně zjišťujeme jeho zájmy, koníčky...čím se zaobíral v životě, co ho baví a naopak nebaví, jestli je společenský nebo nespolečenský..., a za ten měsíc se ten Adaptační plán vlastně zavírá, jestli se klient zadaptoval. A pak vlastně následuje takové to, že se uzavírají Osobní cíle. Z toho vycházím vlastně, když si všímám klienta. A tam už je to individuální plánování pro každého jiné se zaměřením právě na tu specifickou povahu..., a potom máme to měsíční shrnutí, to je vlastně to jak se nám podařilo ty cíle udělat...nebo třeba, že se nám klient zhoršil a nepodařilo se to, co je v těch cílech.“*

Nebo paní Olga (s. 2) říká: „*Jak ten nový klient přijde, vlastně my ten plán nastavíme, tak až ho třeba poznáme, ale do deseti dnů, abych ho poznala, ne že přijdu za ním hned, oni sou ještě takoví...musí si zvyknout na to nový prostředí..., až vidím, že si trochu zvykl, tak za ním jdeme (klíčová a sociální pracovnice) a povídáme si, z toho hovoru nebo z toho dotazníku, co přijde s ním (od sociální pracovnice) sepíšeme Realizační list, napíše se vlastně co dělá a píše se to vlastně každý den a z toho po tym měsíci, vlastně jak si zvykne, zjistíme, co by ho bavilo, tak si tam uděláme hvězdičku a z toho vznikne ten cíl..., do toho Realizačního plánu zapisujeme všichni...klíčovej, sociální a holky co mají směnu...po tom měsíci se to uzavírá a hodnotí..., a po půl roce se to hodnotí i se sociální pracovníci a tam se ty cíle jako protřídí a zas třeba nějaký nový vznikne..., cíle formulujeme ve spolupráci se sociální pracovníci“.*

Pracovnice Anežka (s. 2) vnímá postup následovně: „*Klient když přijde, tak se mu dá ten Adaptační, aby se zadaptoval, že vlastně nemá přímo ten Realizační má ten Adaptační..., nabízejí se mu akce, vozí se třeba na to cvičení...seznámí se tady s těma možnostma, jaké tady vlastně jsou..., jakmile je tu měsíc a pokud vidíme, že se ještě nezadaptoval, tak mu tu dobu prodloužíme. A jak si zvykne na to prostředí a spolubydlíci, tak se mu dá ten Realizační, kde se zapisuje, čeho se účastní nebo jestli ho navštěvuje rodina..., napíší se jim ten cíl a pokud se dají plnit, tak se plní, ale plní se to podle toho zdravotního stavu“.*

Tyto postupy zmíněné od respondentek korespondují se Standardem č. 5, který je rozepsán v kapitole 4.2.3.

6.5.2 Zjišťování potřeb klienta

Při zjišťování potřeb se vyskytuje u respondentek shoda, že nejčastěji se snaží získávat informace od klientů verbální formou za pomoci neverbální komunikace a pozorování, popřípadě přiřazují prvky augmentativní komunikace. Respondentka Hana (s. 4): *„Někdo si řekne, někdo ne..., nebo něco nabídneme, když nás to napadne a buď řekne ano, nebo ne..., někdy to vidíme na tom, jak se chová“*. Paní Anežka (s. 3) zmiňuje: *„Někdo to řekne u jiných to poznáte nebo se jich na to ptáte, že jim to vyjmenujete a oni řeknou ano, ne..., nebo zvednou tvář, že se zasmějí, že je to třeba ono, co potřebují..., kdo už s vámi nekomunikuje (verbálně), tak to poznáte na té tváři nebo na těch očích, jak se na vás dívá smutně, tak víte, že něco není v pořádku“*. Paní Šárka (s. 2) říká: *„Rozhovorem. Postupem času přicházíme na to, jak s ním dělat. Co je potřeba, co třeba zvládne, co ne.“* Respondentka Jana (s. 3) uvádí, že jeden zdroj zjišťování potřeb může být i rodina - *„Rozhovorem a potom pozorováním, tím se dá taky hodně zjistit a pak se dá třeba ptát příbuzných, ale ono je to takové, na to není moc čas, a potom ještě pozorováním ve skupince“*.

U respondentek mě zajímalo i zjišťování potřeb klientů, kteří trpí poruchou sluchu, zraku nebo se u nich začíná projevovat demence. K poruše sluchu se vyjadřuje pracovnice Lenka (s. 4): *„To je tady bohužel většina lidí. Já mám paní, která špatně slyší, ale je velice dobře vnímavá, když si naproti sebe sedneme, tak se vždycky domluvíme, není to problém. Horší je to u lidí, u kterých nevíme, jestli opravdu špatně slyší nebo jestli je problém někde jinde, že potom člověk musí hodně křičet a je to takové nepříjemné a k tomu ještě odmítá naslouchátko“*. K poruše zraku se respondentky nevyjadřovaly, ale často se pozastavovaly u zjišťování potřeb u člověka s demencí. Paní Hana (s. 4) se zmiňuje o práci s klientem s demencí: *„Tak nabízíme jim vlastně to samé co ostatním a musíme jim ty akce častěji připomínat..., a oni přijdou.“* Paní Jana (s. 3) říká o zjišťování potřeb: *„Tak to je takový, že hodně s příbuznými a potom taky těmi gesty, mimikou, zkusili jsme taky přikyvování, nebo tím, že je chytíme za ruku a taky těmi gesty přivírání očí a tak.“* K problému vyhodnocení potřeb u člověka s demencí se vyjadřuje i paní Šárka (s. 2): *„Není s tím velký problém, když někdo špatně slyší, tak my víc křičíme. Když někdo špatně vidí, tak taky se“*

s ním dá..., když je v obraze tak to není problém, horší je to s tím komu je to nějak jedno..., kolikrát je jim to jedno.“

6.5.3 Přenos informací mezi pracovníky

Všechny pracovnice se shodly, že si informace mezi sebou předávají výhradně při ranním hlášení, tedy ústním přenosem informací. Kromě ústní podoby jsou vedeny sešity s hlášením, které slouží spíše pro informace o zdravotním stavu klientů. Pro ostatní důležité informace slouží k zápisu Realizační listy. Jedna pracovnice se zmiňuje i o poznámkách, které si pracovnice v sociálních službách vedou ještě samostatně pro svůj přehled na oddělení. Pracovnice se k přenosu informací vyjadřovaly následovně: *„Většinou na sesterně a vzadu si píšeme ještě mimo, jako pracovnice v sociálních službách takový sešitek, aby každá ta směna věděla, aby člověk nezapomněl, nebo když má někdo třeba dovolenou..., jinak se to předává hlášením, když přijde druhá směna, všechno se ji to vlastně musí říct“* (Olga, s. 3). *„Tak je tu hlášení a zapisuje se to takového sešitu. Jako z toho zdravotního hlediska, z těch sociálních se nezapíše nijak zvlášť..., to sociální se pak zapisuje do těch cílů...“* (Hana, s. 4, 5). *„Je tady sešit, do kterého se všechno zapisuje a každé ráno je porada, kde se všechny informace předávají..., pokud dojde ke konfliktu, tak se to musí zaznamenávat do toho Realizačního listu..., třeba že pán vyjížděl na druhého nebo na sestřičku...“* (Jana, s. 4). *„Máme tady sešit s hlášením, sestra to tam napíše, že je tam potřeba to nebo ono..., ale většinou ústně, písemně jen jestli je to potřeba...“* (Anežka, s. 3, 4).

6.6 Souhrn

Co se týká postupu pracovnic při individuálním plánování, tak většina z nich chápala postup práce velmi obdobně. Jejich vnímání postupu při plánování, jak uváděly ve svých výpovědích, je shodný se Standardem č. 5, tudíž Standart v práci klíčových pracovnic chápou a snaží se řídit podle něj.

V oblasti zjišťování potřeb hovořily respondentky hlavně o využívání verbální a neverbální komunikace, kterou využívají a díky které se snaží zjišťovat potřeby klientů. Zjišťování potřeb u klientů se specifickými potřebami se pracovnice shodly, že se nejčastěji setkávají s lidmi s poruchou sluchu. Však co se týče zjišťování jejich potřeb,

nepovažují postižení za velkou komplikaci. O práci s klientem s postižením zraku se respondentky nevyjádřily. Při rozhovorech vztahujících se k zjišťování potřeb klienta s demencí jsem pociťovala u pracovníků, které se starají o tyto klienty, nejistotu. Některá pracovníce se v této problematice zabírala větší zapomnětlivostí klientů, jiné se snaží využívat alternativní nebo augmentativní komunikace. Ovšem domnívám se, že pracovníce u klientů méně orientovaných si nejsou jisté ve zjišťování jejich potřeb a práce s nimi.

U přenosu informací se všechny respondentky shodují na předávání informací mezi kolegy a jejich výpovědi jsou shodné i s popisem ve Standardu č. 5.

6.7 Pomoc a podpora při individuálním plánování

Nejčastěji se pracovníce vyjadřovaly, že cítí podporu ve své práci od sociálních pracovníků, staniční sestry nebo od kolegyně. Pracovnice Jana (s. 4) říká k pomoci při individuálním plánování: *„Sociální pracovníce bych řekla, ona vlastně je nad námi a bere si naše papíry a konzultujeme s ní, pokud by teda bylo něco v nepořádku nebo kdyby ona zjistila nějakou potřebu navíc.“* *„Většinou se ptám těch starších kolegyní, které jsou tady několik let, co už mají víc těch zkušeností... (Anežka, s. 4). „Taky mezi sebou konzultujeme, každá to vidí jinak, je to hodně individuální, tak se poradíme jestli je to dobře“ (Olga, s. 4). „Máme tady naše nadřízené, naši staniční a sociální pracovníci, pak je tady vedoucí sociálních pracovníků s ním se dá o tom promluvit, pobavit, není problém..., když si nejsme jistí, můžeme promluvit se sociální pracovnící, jako říct: Já bych to u té paní viděla takhle, co na to říkáš ty? Když prostě mám problém obrátím se na tu sociální“ (Lenka, s. 5). „Staniční nám hodně pomáhá nebo sociální, se vším se na ni obracíme“ (Olga, s. 4).*

U respondentek jsem se zajímala taky o to, co jim při plánování nebo při realizaci plánů nejvíce pomáhá a kde vidí oporu. Pracovnice Lenka (s. 5) mluví o výhodě dobrovolníků při realizaci individuálního plánu: *„K některým lidem docházejí dobrovolníci, když se ten člověk cítí pořád sám a chce si s někým povídat, tak potom sociální domluví toho dobrovolníka. On s ním mluví, vozí ho ven a tak...“* Pracovnice Jana (s. 5) zase zmiňuje jako pomocný faktor zájem kohokoliv o dobro klienta, jak řekla: *„Pomáhá mi projevený zájem kohokoli, když mi aktivizační pracovníce řekne, že by chtěla paní chodit do hudebního kroužku..., nebo ze strany příbuzných, když oni řeknou*

jakoukoliv potřebu klienta.“ Pracovnice Anežka (s. 4) uvádí jako pomoc již dříve sepsanou dokumentaci klienta, která může sloužit jako odrazový bod. Jak říká: „*Když se podívám do těch ležster na to, co tam bylo nebo nebylo předtím, tak to můžu vlastně zhodnotit, jaká ta paní před tím byla, je to tam napsaný, a jak je na tom teď.*“

Pracovnice reflektují většinou vstřícnost a otevřenost ke svým návrhům a nápadům k práci. Jak uvádí pracovnice Olga (s. 4) k námětům směřujících k sociální pracovníci: „*Taky to s ní prokonzultujeme. To s ní máme i schůzky..., prokonzultujeme problémy a novinky..., taky když máme nějaký problém tak ona vždycky poradí.*“ Paní Lenka (s. 5) uvádí: „*Ano, to taky, když mám nějaký nápad obrátím se na sociální pracovníci..., ona řekne fajn, nějakým způsobem tu situaci zrealizujeme.*“ Respondentka Hana (s. 6) říká: „*No něco jim (nadřízeným) nabídneme a většinou to akceptují.*“

6.8 Souhrn

Většina respondentek říká, že, co se týká individuálního plánování, cítí podporu od sociálních pracovníků, staničních sester nebo že se v plánování podporují pracovnice navzájem. Z výpovědí pracovníc se dá usoudit, že se respondentky dělí na ty, co oporu vnímají hlavně od spolupracovnic a na ty, co pocítují oporu především ze strany nadřízených.

Po položení otázky, co pracovnícím nejvíce pomáhá při plánování nebo naplňování individuálních plánů, zazněly tři skutečnosti. A to, že vnímají jako výpomoc dobrovolníky, kteří pomáhají naplňovat individuální plány vzhledem k časovým možnostem pracovníc. Dále je jako pomoc vnímán zájem směřovaný od pracovníků, příbuzných nebo kohokoliv ke klientovi a k jeho situaci. Třetí podporou při práci byla uvedena existence dokumentů, která pomáhá pracovníci v jeho činnosti, jako opěrný a odrazový bod v práci s klientem.

Co se týkalo oblasti, jak vnímají sociální pracovníci návrhy a podněty, tak většina respondentů se vyjádřila, že jsou jejich návrhy brány na zřetel nebo alespoň jsou akceptovány.

6.9 Vzdělání klíčových pracovníků

V této oblasti otázek jsem se soustředila na to, jak klíčoví pracovníci vnímají své vzdělání pro tuto práci. Přehled vzdělání respondentek, uvádím výše v tabulce č. 1.

Respondentek jsem se ptala, zda vnímají své vzdělání, dosažené kontinuální výukou, za dostatečné pro práci klíčového pracovníka. Všechny respondentky kromě jediné, která si v této otázce nebyla jistá dostatečností, se shodly, že považují jejich stávající vzdělání za dostatečné. Jejich výpovědi zněly následovně: Paní Lenka (s. 6), *„myslím si, že pro tuto práci je dostačující“*. *„Mám ten kurz pracovníka v sociálních službách, ten je přímo na to určený“* (Hana, s. 6). *„Já si myslím, že to stačí, ale taky máme ty semináře...“* (Olga, s. 5). *„Já si myslím, že určitě ano. Nejvíc se člověk naučí tou praxí.“* (Šárka, s. 3). Paní Anežka (s. 4) uvádí: *„Já nevím, jestli je to dostačující. Protože my jsme se v tom kurzu, když jsme to dělali před dvaceti lety..., to bylo spíš tou formou o tom člověku. Probírali jsme tam spíš zdravotnické věci. Teď když se dělají ty kurzy, tak se dělají nějaký ty sociální kurzy..., ale asi je to spíš o přístupu k těm lidem, o tom jestli toho člověka dokážete pochopit nebo dokážete pochopit jeho potřeby.“*

Dále jsem se respondentek dotazovala, zda vítají další prohlubování svých znalostí a dovedností, které mohou využít u individuálního plánování nebo u ostatní práce pracovníka v sociálních službách. Setkala jsem se se zájmem o další kvalifikaci u větší poloviny respondentek, druhá část z nich vnímá další vzdělání za nepotřebné nebo se k této otázce nevyjádřila. Následují výpovědi respondentek, které se vyjadřují k potřebnosti dalšího vzdělání: Paní Hana (s. 6) - *„Tak pořád se musí člověk učit.“* *„My tady máme semináře, tam se probírají různá témata nebo taky co si sami najdeme na internetu, takže to vnímám potřebné.“* (Lenka, s. 6). *„Je to potřebný, je dobrý, že máme těch 24 hodin, které musíme splnit toho vzdělání..., je klad, že navštěvujeme každý rok nějaké to ústavní zařízení a můžeme vidět, jak to funguje jinde..., to další vzdělání je opravdu důležité, člověk by stagnoval a trendy jsou furt nové.“* (Jana, s. 5, 6). K dalšímu prohloubení vzdělání pracovnice Anežka (s. 4) říká: *„Já už ne. Možná ty mladý holky, co jsou tady třeba jo.“*

Dále pracovnice Lenka (s. 6) zmiňuje další potřeby, které by jako pracovník uvítala, nejedná se přímo o vzdělání, ale spíše o péči o pracovníka, však i péče o pečující spadá do jakési skupiny přípravy na práci pomáhajícího povolání. *„Někdy bychom*

potřebovaly nebo nebyl by tady špatný nějaký psycholog, ale bohužel to tady nehrozí, to je jenom pro klienty. Máme občas ty supervize, tak tam se dá něco říct, ale není to tak často většinou jednou za rok.“

Pracovnice Jana (s. 6) zase pociťuje potřebnost více se seznámit s tématem umírání a smrti, které je čas od času svědkem. *„Nevím jak tady lidi prožívají smrt, tady se vlastně o smrti nemluví..., je to tabuizované..., já nevím jestli by jsi o tom lidé přáli nebo nepřáli mluvit..., ocenila bych kdyby proběhlo nějaké školení, jak se chovat k tomu umírajícímu člověku...“*

6.10 Souhrn

V téhle kapitole jsem se věnovala vzdělání a vzdělávání klíčových pracovníků. Respondentky se shodly, že vzdělání, myšleno jako kontinuální docházka do vzdělávací instituce, které doposud dosáhly, je pro práci klíčového pracovníka dostačující. Dále mě zajímalo, zda respondentky považují další vzdělávání (hlavně kurzy a školení), které prohlubuje jejich znalosti a odbornost v oboru, za potřebné. Nadpoloviční většina pracovníků se shodla, že se účast na kurzech nebo návštěvu jiného zařízení v rámci svého dalšího vzdělávání, které předepisuje zákon o sociálních službách, hodnotí pozitivně a přínosně. Některá pracovníce vyjádřila nepotřebnost dalšího vzdělávání.

Kromě přímého zájmu či nezájmu o vzdělání se pracovníce zmiňovaly i o svých potřebách, jako o podpoře pečujícího nebo o potřebnosti probrání určitých témat spojených s jejich prací. Pracovnice pociťuje při práci potřebu psychologa, dostupného pracovníkům a uvítala by více setkání se supervizorem. Jiná pracovníce by se chtěla více seznámit s tématem smrti a umírání, se kterým neví, jak by měla ve své práci přesně nakládat a pociťuje na pracovišti toto téma tabuizované.

6.11 Rozdíl před rokem 2007

Posledním okruhem otázek jsem směřovala k vnímání rozdílů v péči o klienty před rokem 2007, kdy ještě individuální plánování neexistovalo. Na tuto otázku jsem se tázala pouze tří respondentek, tedy těch, které před tímto rokem pracovaly v sociálních službách.

Respondentky se zaměřovaly na změnu ve vnímání blízkosti svých klientů a pocit lepšího poznání. Paní Anežka (s. 5) popisuje změnu i v souvislosti s jinou službou. *„Dřív došel člověk a nevěděli jsme o něm nic. Když jsem ještě byla na chráněném (služba: chráněné bydlení) tak tam ti lidi mluvili. Více méně žili samostatně a všechno vám řekli, prostě komunikovali. Když jsme kolem nich dělali, tak se s námi normálně bavili a svěřili se nám. Tam se to člověk dozvěděl, i když to individuální plánování nebylo, kdežto tady se to od nich kolikrát člověk nedozví..., kolikrát vám jestli to děláte správně nebo jestli jsou spokojeni neřeknou. Tak se to ostatní člověk dozví alespoň z toho plánování.“* Paní Olga (s. 5) uvádí: *„Já můžu říct za sebe, pro mě je to přínos, to že ty mé lidi více poznávám. Dříve jsem je znala tak nějak všechny stejně, tak nějak zběžně, ale teďka těch mých pět paní si ke mně udělalo bližší vztah..., já jsem je víc poznala a oni mě, cítím od nich větší důvěru, než u ostatních, kde dělám třeba jen úpravu...“*

Dále mluví paní Olga (s. 3, 6) o situaci, kdy si na nový systém v péči musel zvyknout jak personál, tak klienti. *„Na každou novou věc si člověk tak nějak musí zvyknout...Na začátku si nemohli (klienti) zvyknout a teď si myslím, že jsou zvyklí a jim to už divně nepřipadne, můžu mluvit za ty své. Jsou rádi, že za něma jdu, že si s nima sednu, že si popovídáme. Dříve na to nebyli zvyklí, ale teď jsou rádi.“*

Respondentky si uvědomovaly, že s příchodem individuálního plánování vzrostla zátěž v podobě písemného zaznamenávání. Paní Olga (s. 6) uvádí: *„My jsme s nima třeba pracovaly, všechno dělaly, ale nemuselo se to konkrétně psát. Tak zátěž byla pro nás to psaní, bylo to zatěžující, ale pak jsme si zvykly. Ono my jsme to do nedávna psaly moc, ale teď jsme se dozvěděly, že tak moc nemusíme. Byla to zátěž, ale teď je to dobrý.“* Paní Šárka (s. 3) uvádí: *„Papíry nemám ráda, ale musí se to psát, když je to naše povinnost. Nevím. Zdá se mi to někdy zbytečný.“*

Paní Šárka dále pociťuje, že se zvětšila náročnost klientů, oproti době před pár lety. *„Ti klienti jsou daleko náročnější, dřív byli takoví spokojenější. Mají větší požadavky, jsou víc nespokojení. Myslí si, že by každé k sobě potřeboval jednu (pracovnici), ale ono to nejde.“*

6.12 Souhrn

Dotazované respondentky si uvědomují rozdíl ve své práci, který zavedením individuálního plánování nastal. Vnímají, že se jejich vztah s klienty, kterým jsou klíčovými pracovníky, stal intenzivnější. Pociťují lepší poznání s klientem navzájem, a také vytvoření důvěry.

Pracovnice si uvědomuje, že příchodem této novinky v roce 2007 si musela na práci klíčového pracovníka a také na celé individuální plánování zvyknout a najít v něm smysl. Zvykat si však museli na změnu systému v péči i klienti.

Pracovnice uvedly, že příchod individuálního plánování se zvýšily požadavky kladené na ně, nejčastěji v dokumentové práci.

Jedna z respondentek mluvila o poznatku, že pokud srovná práci dnes a před rokem 2007, přichází k závěru, že klienti byli dříve více spokojeni s prací personálu. Tenhle poznatek by mohl mít souvislost i s individuálním plánováním. Je možné, že by větší pozorností směřovanou na klienta, která přichází s individuálním plánováním, si pracovník více všiml potřeb klienta a klient měl větší možnost požádat pracovníka o naplnění svých potřeb, a proto může být vnímána větší náročnost klientů. Však druhou možností, proč pracovnice vnímá větší náročnost klientů, by mohla být postupně přicházející další generace do domovů pro seniory a s ní přicházející nové očekávání klientů od služby.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zhodnotit skrze kvalitativní výzkum proces individuálního plánování podle klíčových pracovníků. Při výzkumu jsem vycházela z hlavní výzkumné otázky, která zní: „Jak hodnotí proces individuálního plánování klíčoví pracovníci?“ Tuto otázku jsem rozdělila do šesti oblastí, na které jsem se respondentek dotazovala a později podle nich i rozhovory vyhodnocovala.

Následně bych chtěla seznámit s výsledky výzkumu, které jsem zjistila. Text je členěn do odstavců podle jednotlivých oblastí šesti podotázek.

Přínos individuálního plánování pro klienty vidí pracovnice hlavně v dokonalejším poznání klienta, častějším kontaktu s ním a v posilování důvěry mezi klientem a pracovníkem. Pracovnice vidí přínos i v písemné dokumentaci, která přispívá ke zkvalitnění péče o klienta. Výhodou je také lepší adaptace nových klientů. Setkala jsem se ale i s výpovědí, že plánování je přínosné jenom pro orientované klienty. Respondentky vnímají přínos individuálního plánování pro svou práci především v lepší orientaci na pracovišti. Uvědomují si, že individuální plánování může zkvalitnit vztah mezi pracovníkem a klientem, ale taky být přínosné při převzetí klienta od jiné klíčové pracovnice. Z výpovědí respondentek vyplývá, že oblast přínosu pro klienty a pro pracovnice je velmi propojená a spokojenost jedné či druhé strany se prolíná.

Klíčové pracovnice spatřují jako největší limit v individuálním plánování nedostatek svého času. Další stinnou stránku vidí pracovnice v komplikovanosti papírové dokumentace až její zbytečnosti. Pozorovala jsem i nesoulad mezi pracovníci v rámci četnosti zaznamenávání do dokumentace. Pracovnice spatřují limit plánování i ve tvorbě možného konfliktu nebo špatné interpretace, které mohou vznikat z nedorozumění mezi pracovníkem a klientem v rámci plánování. Respondentky uvádí též limit v častém vyhodnocování Realizačních listů a v opakovaném sepisování stejných záznamů o klientovi, díky kterým jim tato práce může připadat zbytečná.

Průběh individuálního plánování byl u většiny pracovnic vnímán velmi obdobně, jak popisuje Standard č. 5 Domova seniorů POHODA Chválkovice, p. o. služby domov pro seniory. Tudíž odvozují, že tento proces pracovníci chápou a orientují se podle něj. Ohledně zjišťování potřeb klientů jsem zjistila, že pracovnice využívají převážně verbální

a neverbální komunikaci. U klientů se specifickými potřebami se setkávají nejčastěji s lidmi s poruchou sluchu, to však pracovnice nevnímají jako problém při zjišťování jejich potřeb. Problematictější oblast jsem zaznamenala u zjišťování potřeb u klientů s problémem v orientaci. Některé pracovnice měly povědomí o práci s klienty s demencí, u jiných jsem naopak pocítovala nejistotu z práce s tímto klientem a neuvědomění si specifických potřeb klientů. Co se týče přenosu informací mezi pracovníky, tak dle výpovědí pracovnic je přenos obdobný, jak je nastiňuje Standard č. 5 zařízení.

Podporu a pomoc pracovnice nalézají v sociálním pracovníkovi/ci, staniční sestře a u kolegů. Za povšimnutí stojí, že se respondentky obvykle dělily do dvou skupin. Na ty, které pocítoují podporu ve své práci převážně od nadřízených a na ty, kterým poskytují pomoc a podporu hlavně kolegyně. Další pomoc ve výkonu své práce vidí pracovnice v docházejících dobrovolnících, v kladném zájmu o klienta, který přichází z jakékoliv strany a v existenci písemné dokumentace.

V oblasti tázající se na dostatečnost vzdělání jsem přišla k závěru, že pracovnice považují za dostatečné své vzdělání získané kontinuální docházkou, avšak nadpoloviční většina respondentek považuje kurzy nebo semináře k prohloubení odbornosti za vhodné a potřebné. Kromě vzdělání v teorii oboru si pracovnice uvědomují potřebnost i psychologické pomoci pro personál, větší počet supervizí nebo provedení tématikou o smrti a umírání, se kterou se na pracovišti setkávají.

Poslední oblast se týkala jen respondentek, které zažily v sociálních službách, dobu před rokem 2007. Klíčové pracovnice si uvědomují, že dnes mají intenzivnější a pevnější vztah se svými klienty než dříve a též důvěrnější. Shodují se na tom, že po zavedení individuálního plánování bylo období, kdy si museli zvyknout jak ony, tak klienti na jiný styl práce a musely najít taky smysl plánování. Jedna z pracovnic přichází i s poznatkem, že dříve byli klienti více spokojeni a měli méně požadavků. Tento výrok může být spekulativní, zda je za zvýšením požadavků klientů vznik individuálního plánování nebo změna klientely v Domově. Možná by to mohl být podnět pro zpracování dalšího výzkumu, který by tuto otázku objasnil.

Provedení a zpracování výzkumu, ve kterém jsem se ptala, jak vidí klíčoví pracovníci individuální plánování, pro mě byl přínosný, protože jsem se mohla dozvědět, jak pracovníci přemýšlí o tomto konceptu a jak s ním pracují. Tuto zkušenost bych chtěla

využít pro svou profesní praxi, ale taky doufám, že bude nápomocná pro Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o. při další práci s klíčovými pracovníky a v metodické tvorbě.

BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM

Bednář, M. (2011). *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc.*

Bicková, L. (2010). Individuální plánování v pečovatelské službě. In Bicková, L., Čámský, P., Francová, H., Friedlová, K., Hlawiczka, T., Hofmanová, M.,..., Zajíc, P. (Eds.), *Pečovatelská služba v České republice (s. 247 – 258). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.*

Bicková, L., Hrdinová, D. (2011). Proces individuálního plánování. In Bicková, L., Černá, I., Froulíková, M., Haicl, M., Haiclová, V., Horecký, J., ..., Vítová, M. (Eds.), *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách (s. 71 - 86). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.*

Bicková, L., Hrdinová, D. (2011), Standardy kvality a jejich provázanost s individuálním plánováním. In Bicková, L., Černá, I., Froulíková, M., Haicl, M., Haiclová, V., Horecký, J., ..., Vítová, M. (Eds.), *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách (s. 51 - 70). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.*

Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie. Praha: Grada.*

Drapela, V. J., (1997). *Přehled teorií osobnosti. Praha: Portál.*

Erwin Böhmen Institut. Psychobiografický model Prof. E. Böhma [on-line]. Dostupné 17. 1. 2013 z <http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>

Haicl, M. (2011). Legislativní rámec plánování služby a způsoby jeho naplnění. In Bicková, L., Černá, I., Froulíková, M., Haicl, M., Haiclová, V., Horecký, J., ..., Vítová, M. (Eds.), *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách (s. 37 – 44). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.*

Haicl, M., Haiclová, V. (2011). Individuální plánování v sociálních službách v ČR. In Bicková, L., Černá, I., Froulíková, M., Haicl, M., Haiclová, V., Horecký, J., ..., Vítová, M. (Eds.), *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách (s. 23 - 34). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.*

Haškovicová, H. (2002). *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada.

Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

Kalvach, Z., Drbal, C., Zavázalová, H., Holmerová, I. (2008). Pojetí geriatrického pacienta a zdravotních problémů ve stáří. In Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., Weber, P. a kol. (Eds.) *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient* (s. 21 – 38). Praha: Grada.

Kalvach, Z., Holmerová, I., Jurašková, B., Weber, P., Šnejdrlová, M. (2008). Geriatrická deteriorace, Křehkost a disabilita. In Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., Weber, P. a kol. (Eds.) *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient* (s. 111-134). Praha: Grada.

Kalvach, Z., Holmerová, I., Jurašková, B., Weber, P., Šnejdrlová, M. (2008). Geriatrické syndromy. In Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., Holmerová, I., Weber, P. a kol. (Eds.) *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient* (s.141- 320). Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

Kubalčíková, K. (2011). *Individuální plánování v sociálních službách pro seniory: příklad vybrané organizace Pečovatelské služby*. Sociální práce/ Sociální práce, č. 3, s. 56 - 66.

Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada.

Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

Mlýnková, J. (2011). *Péče o staré občany*. Praha: Grada.

Mühlpachr, P. (2003). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.

Musil, L., Navrátil, P. (2007). *Posouzení životní situace klienta – jak na to*. Sociální práce/ Sociální práce, č. 1, s. 117 - 121.

Navrátil, P. (2001). *Přístup orientovaný na úkol*. In Matoušek, O. (Ed.), *Základy sociální práce* (s. 231 – 237). Praha: Portál.

Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.

Pacovský, V. (1990). *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum.

Pavlíková, S. (2006). *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada Publishing.

Pichaud, C., Thareauová, I. (1998). *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.

Standardy kvality sociálních služeb – výkladový slovník pro poskytovatele. Výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb. (2008). Praha: MPSV.

Staňková, M. (2011). *Role klíčového pracovníka v domově pro seniory*. *Sociální práce/ Sociální práce*, č. 3, s. 44 – 55.

Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří. Kapitoly gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Trachtová, E. a kol. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně.

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada.

Vítová, M. (2011). *Jsem klíčový pracovník*. In Bicková, L., Černá, I., Froulíková, M., Haičl, M., Haičlová, V., Horecký, J., ..., Vítová, M. (Eds.), *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách* (s. 115 – 123). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.

Vokurka, M., Hugo, J. (1998). *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf.

Vraj, L. (2012). *Standard č. 4. Olomouc: Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o.*

Vraj, L. (2012). *Standard č. 5. Olomouc: Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o.*

Vraj, L. (2013). *Standard č. 3. Olomouc: Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o.*

Vyhláška, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Vyhláška č. 505/2006 Sb. v účinném znění ke dni 15. 11. 2006.

Výroční zpráva Domova seniorů POHODA Chvátkovice, p. o., 2011 [on-line]. Dostupné 31. 10. 2012 z <http://www.ddol.cz/doc/ddol/data/files/4fa259133b471.pdf>

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 14. 3. 2006.

*Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatele (2002).
Praha: MPSV.*