

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Lenka Šourková

**Standardy kvality sociálních služeb se zaměřením na
individuální plánování s klientem s mentálním postižením**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Martina Karkošová Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2013-2015

DIPLOMA THESIS

Lenka Šourková

**Quality standards of social services with a focus on individual
planning with clients with mental disabilities**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Martina Karkošová, Ph.D.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 13. 2. 2015

Lenka Šourková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vážené paní Mgr. Martině Karkošové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a návrhy při zpracování mé diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce „Standardy kvality sociálních služeb se zaměřením na individuální plánování s klientem s mentálním postižením“ je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je rozdělena do třech celků, které předkládají teoretické poznatky problematiky poskytování sociálních služeb. První část popisuje sociální služby, jejich historii, současný legislativní základ, vymezení sociálních služeb i problematiku personálního obsazení. Druhá část se zabývá standardy sociálních služeb, jejich vymezením, plněním obsahu standardů realizací individuálního plánování, je zde popsán proces individuálního plánování, jeho metody i význam klíčového pracovníka. Třetí část se zaměřuje na osoby s mentálním postižením, popisuje jejich psychické zvláštnosti, metody práce a sociální služby pro klienty s mentálním postižením.

Výzkumná část práce si klade za cíl zjistit konkrétní přínosy individuálního plánování s klientem s mentálním postižením pro klíčové pracovníky, ale i pro klienty samotné. Praktická část je orientována na průzkum teoretických znalostí klíčových pracovníků, jejich motivaci individuálně plánovat, zajištění vnějších podmínek pro individuální plánování. Ve výzkumné části byly stanoveny čtyři hypotézy, k jejichž ověření byl sestaven dotazník, který je určen klíčovými pracovníky konkrétních třech vybraných zařízení. Výsledky výzkumu jsou interpretovány v závěru praktické části diplomové práce. Závěr rekapituluje teoretické i praktické poznatky práce. Použitá literatura a internetové zdroje jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů, přiřazené přílohy předkládají praktické ukázky sestavení individuálních plánů.

Klíčová slova

Dotazníkový výzkum, individuální plánování sociální služby, klíčový pracovník, osoba s mentálním postižením, poskytovatel, sociální služby, standardy sociálních služeb, uživatel, zákon o sociálních službách.

Annotation

The thesis "Quality standards of social services with a focus on individual planning with clients with mental disabilities" is divided into theoretical and research part. The theoretical part is divided into three sections which present theoretical knowledge of the issue of providing social services. The first chapter describes social services, their history, current legislative basis for the definition of social services and staffing issues. The second chapter deals with the standards of social services, their definition, content standards, completing the implementation of individual planning, there is described a process of individual planning, its methods and the importance of key worker. The third chapter focuses on people with mental disabilities, describes their psychological traits, methods of work and social services for people with mental disabilities.

The research part of the work aims to identify the specific benefits of individual planning with clients with mental disabilities for key workers, but also for the clients. The practical part is focused on the exploration of theoretical knowledge of key personnel, their motivation individually plan, ensuring external conditions for individual planning. The research section were set four hypotheses whose verification has been compiled questionnaire, which is designed to key staff selected three specific facilities providing social services. The research results are interpreted and discussed at the end of the practical part. The conclusion summarizes the theoretical and practical knowledge of the thesis. References and Internet resources are listed in the sources, in the end are assigned annexes submitted by practical examples of the preparation of individual plans.

Key words

Individual planning of social services, key social worker, people with mental disabilities, provider, questionnaire survey, social services, standards of social services, user, the Social Services Act.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	
1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	11
1.1 Sociální služby v historickém kontextu	11
1.2 Koncepce zákona o sociálních službách.....	14
1.3 Vymezení jednotlivých sociálních služeb.....	19
1.4 Personální zajištění sociálních služeb.....	26
2 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	31
2.1 Vymezení standardů kvality sociálních služeb.....	31
2.2 Proces individuálního plánování.....	35
2.3 Klíčový pracovník v procesu individuálního plánování.....	39
2.4 Metody individuálního plánování.....	42
3 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V KONTEXTU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	45
3.1 Vymezení pojmu a klasifikace mentální retardace	45
3.2 Psychické zvláštnosti osob s mentální retardací.....	49
3.3 Metody práce s osobou s mentálním postižením.....	51
3.4 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením.....	56
4 PRAKTICKÁ ČÁST	61
4.1 Cíl výzkumné činnosti a hypotézy.....	62
4.2 Metodologie výzkumu	63
4.3 Výběr výzkumného vzorku.....	64
4.4 Místo výzkumu a časový harmonogram.....	65
4.5 Vlastní výzkumné šetření.....	66
5 INTERPRETACE A DISKUSE VÝSLEDKŮ	89
ZÁVĚR	96
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	99
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK	105
SEZNAM PŘÍLOH.....	107

Úvod

Nejvýznamnější změnu v systému sociálních služeb za posledních dvacet let přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která se týká uživatelů, poskytovatelů i zadavatelů sociálních služeb. *„Přijetím nového zákona a postupná transformace sociální péče na moderní pojetí sociálních služeb představují příležitost skutečné humanizace jejich poskytování u nás“* (Michalík, 2008a, s. 6). Dříve zájemce žádal o službu, ta mu byla případně přidělena příslušnými orgány v rámci správního řízení. V současné době si každý zájemce o sociální službu sjednává její obsah s poskytovatelem samostatně, na základě smluvního vztahu – smlouva o sociální službě (Michalík, 2008b).

Hlavním cílem současné právní úpravy je vytváření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb uživatelů služeb, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu nebo věku, zajištění potřebné podpory a pomoci v určitých nepříznivých sociálních situacích, které nemohou zvládnout bez pomoci. Cílem přijatého zákona o sociálních službách je *„...podporovat proces sociálního začleňování a sociální soudržnosti společnosti“* (Michalík, 2008b, s. 10). Pomáhá uživatelům prostřednictvím služeb žít běžným životem, zaměřuje se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života.

Klíčovým prvkem v novém systému sociálních služeb je zajištění kvality, jež má být garantována standardy kvality sociálních služeb, které stanovují normy a zásady pro poskytování sociálních služeb. *„Hlavním smyslem standardů kvality sociálních služeb je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva těch, kteří službu přijímají, tedy uživatelů, tak těch, kteří ji poskytují – poskytovatelů“* (Horecký, 2011, s. 54). Standardy kvality sociálních služeb stanovují pouze obecný rámec, čímž dávají příležitost a zároveň odpovědnost poskytovatelům, aby pracovali na svém konkrétním obsahu, dle konkrétního zaměření sociálních služeb.

Základním měřítkem kvality služeb je individuální plánování služby a s tím související individuální přístup ke klientovi, zohlednění individuality jedince s úsilím plnit cíleně a systematicky jeho očekávání (Malíková, 2011). Provázanost kvality plánování služby s kvalitou poskytování podpory a péče v oblasti ostatních standardů kvality sociálních

služeb „... *právem dává plánování služby zásadní postavení v systému kvality*“ (Horecký, 2011, s. 23). Proces individuálního plánování definuje standard č. 5 „Individuální plánování průběhu služby“ a jednotlivé metodiky vypracované pro konkrétní zařízení sociálních služeb, zohledňující specifika organizace (Čermáková, 2002).

Sociální služby jsou poskytovány širokému spektru osob, z nichž jednu skupinu tvoří uživatelé s mentálním postižením. Cílem je jejich maximální začlenění do společnosti s ohledem na jejich individuální možnosti. Znamená to umožnění žít běžným stylem života s individuálně poskytovanou podporou. Při práci s těmito uživateli je nutné využívat metody, které umožňují navázání kontaktu a komunikace, k získání dostatečného množství informací o přáních a potřebách.

Diplomová práce „Standardy sociálních služeb se zaměřením na individuální plánování s klientem s mentálním postižením“ si klade za cíl zjistit přínos individuálního plánování s klienty s mentálním postižením pro klíčové pracovníky v sociálních službách ve vybraných zařízeních, ale i pro samotné uživatele sociálních služeb. Diplomovou práci tvoří část teoretická a praktická. Teoretická část je rozdělena do třech celků, které předkládají teoretické poznatky problematiky poskytování sociálních služeb. První kapitola popisuje sociální služby, jejich historii, současný legislativní základ, vymezení sociálních služeb i problematiku personálního obsazení. Druhá kapitola se zabývá standardy sociálních služeb, jejich vymezením, plněním obsahu standardů realizací individuálního plánování, je zde popsán proces individuálního plánování, jeho metody i význam klíčového pracovníka. Třetí kapitola se zaměřuje na osoby s mentálním postižením, popisuje jejich psychické zvláštnosti, metody práce a sociální služby pro klienty s mentálním postižením.

Praktická část se věnuje vlastnímu výzkumnému šetření. Zkoumá teoretické znalosti klíčových pracovníků, jejich motivaci individuálně plánovat, zajištění vnějších podmínek pro individuální plánování. Ve výzkumné části byly stanoveny čtyři hypotézy, k jejichž ověření byl sestaven dotazník, určený klíčovými pracovníky třech konkrétních vybraných zařízení poskytující sociální služby osobám s mentálním postižením. Výsledky výzkumu byly zpracovány do grafů a interpretovány v závěru praktické části. Závěr diplomové práce předkládá doporučení vyplývající z výzkumu

pro konkrétní poskytovatele sociálních služeb, u nichž bylo prováděno výzkumné šetření. Dále uvádí možnosti následných výzkumů ze zkoumané problematiky individuálního plánování.

V závěru diplomové práce jsou uvedeny přílohy, které obsahují konkrétní příklady individuálních plánů, jež byly tvořeny s klienty s mentálním postižením.

1 Sociální služby

Sociální služby jsou dle „Slovníku sociální práce“: „... *všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti*“ (Matoušek, 2008, s. 203). Matoušek (2007) upřesňuje, že jsou „... *poskytovány lidem společensky znevýhodněným...*“ (Matoušek, 2007, s. 9), kteří se snaží v maximální možné míře začlenit do společnosti. Sociální služby kladou tedy důraz na osobu uživatele/klienta, na jeho nejbližší okolí i zájmy širší společnosti.

Konkrétně jsou sociální služby definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vydaný Ministerstvem práce a sociálních věcí, dle kterého mohou být sociální služby státní a obecní, sociální služby nestátní. Ve všech případech existuje veřejnoprávní ochrana, kdy stát dozoruje a reguluje podmínky provozu sociálních služeb (Matoušek, 2012).

1.1 Sociální služby v historickém kontextu

Na území našeho státu se od **středověku** vyskytovaly instituce, které pomáhaly potřebným, šlo především o zajištění stravy, přístřeší. Pomoc spočívala zpočátku na církvi, postupně přešla na náboženské obce řeholních řádů a jejich klášterů, při kterých byly zřizovány nemocnice a útulky pro chudé, zmrzačené, staré, sirotky, slepce. Jednalo se o zařízení smíšeného typu. Některé ústavy byly založeny i bohatými mecenáši. První špitál, který se stal útočištěm pro 12 nemocných, byl v Praze před Týnem zřízen v roce 929 knížetem Boleslavem I. Za vlády Soběslava I. (1125-1140) bylo vydáno nařízení, na základě kterého musel každý župní hrad v Čechách zajistit ošacení a stravu danému počtu potřebných (Vencovský, 1996). I přes tuto podporu byla velice rozšířená žebrota „... *prošení almužny od domu k domu*“ (Matoušek, 2012, s. 113).

V období **renesance** částečně přebírají péči o potřebné měšťané ve správě měst. V roce 1484 byl založen Městský špitál občany Menšího Města pražského, který měl na svou dobu vysoké hygienické požadavky. Byly zakládány sirotčince, které se zaměřovaly na

výchovu opuštěných dětí, v roce 1637 Václav z Kumburku zřídil v Praze „ohřívárny pro žebrající“. Žebrákům byly zpravidla vyhrazeny prostory, kde byla žebrota tolerována, často byli ještě rozděleni na domácí a přespolní, ti byli z města vyháněni (Matoušek, 2012). Opatření vůči chudým byly poprvé upraveny v roce 1552 v říšském policejním řádu, v těchto prvotních obdobích tedy převládají v péči o potřebné represivní prvky vedle „... *křesťanské filantropie jako první institucionalizované podoby sociálních služeb*“ (Matoušek, 2007, s. 19).

V **16. a 17. století** dochází k posílení moci církve a habsburské monarchie, v roce 1620 byla zřízena tehdy největší pražská nemocnice, která byla v provozu až do 20. století. „*Šlo o první zařízení v zemích Koruny české, které bylo funkčně rozděleno na nemocnici poskytující zdravotní péči a špitál pro péči sociální*“ (Matoušek, 2012, s. 114).

Od poloviny **18. století** jsou viditelné snahy budovat zařízení nejen azylová, ale i léčebná. V období vlády Marie Terezie, dochází k vybudování školského systému, zároveň je věnována pozornost zanedbaným dětem neboli dětem ulice. Tyto děti byly posílány po dosažení věku 6 let do tzv. tkalcovských škol, které byly nižším typem škol obecných. Vlivem **osvícenství** přestává mít církve **koncem 18. století** vliv v této oblasti. Císařem Josefem II. jsou zřizovány „zdravotně - sociální“ instituce: chorobinec na Karlově v roce 1789, Všeobecná nemocnice v roce 1790, oddělení pro duševně nemocné církevní hodnostáře při nemocnici Milosrdných bratří. V Praze byl v roce 1789 zřízen nalezinec, který „... *plnil funkci útulku pro nemanželské děti, než byly umístěny do pěstounských rodin*“ (Matoušek, 2012, s. 115). Tyto instituce se řídily dle pravidel vydaných Josefem II. v roce 1781, který se tímto zasloužil o podporu ústavních forem péče.

V **polovině 19. století** byla legislativně upravena péče o chudé, která nadále zůstává v kompetenci obcí. Byl přijat zákon č. 105/1883 ř. z., o domovském právu, a zákon č. 59/1868 čes. z. z., chudinský zákon. Domovské právo v příslušné obci náleželo každému státnímu občanovi, ale pouze v jedné obci (Weyr In: Matoušek, 2007). S tím souviselo i zaopatření chudinské, Šilhánová a Haberlová (1992) k chudinskému zákonu říkají: „... *vznikl v době, kdy byla v Rakousku formulována tzv. všelidská práva, jejichž cílem mělo být uskutečnění práva na existenci*“ (Šilhánová, 1992, s. 47). Toto opatření zahrnovalo povinnost poskytnout chudým občanům základní výživu, ošetření, péči a

výchovu jejich dětí, umístění do obecního ústavu nebo ubytování v obecní pastoušce (Kinkor In: Matoušek, 2012).

Školský zákon z roku 1869 upravuje zřizování ústavů pro děti tzv. „zanedbané a zpustlé“. V Praze byla zřízena první vychovatelna v roce 1883 v Libni z iniciativy Josefa Šauera, v dalších letech Olivovna v Říčanech, Zemská vychovatelna. V této oblasti se angažovaly také různé spolky: Jednota pro blaho opuštěných káránců, Spolek pro blaho nuzných dítek, Moravsko-slezský ochranný spolek v Brně.

Po vzniku Československa v roce 1918 byla velká část rakousko-uherských zákonů převzata právním řádem nově vzniklé republiky. Péče o chudé byla záležitostí rodiny, dále nastupovalo veřejnoprávní zabezpečení (obec, okres), podpora ze strany spolků, fondů a dalších soukromých subjektů. Dochází k rozvoji ústavní péče, vznikají Masarykovy domovy v Praze (nyní Thomayerova fakultní nemocnice), které patřily k nejmodernějšímu zařízení v Evropě s divadelním sálem, kinosálem, sportovním a tenisovým hřištěm, bazénem a knihovnou. Nacházel se zde starobinec, chorobinec a ústav pro děti s celkem 3256 lůžky (Matoušek, 2007). Nejznámější dobrovolné spolky z tohoto období je Společnost Čs. Červeného kříže, organizace Okresních péčí o mládež, Masarykova Liga proti tuberkulóze. Byly zřizovány: „... *poradny pro volbu povolání, pro duševní zdraví, městské sociální poradny, poradny pro úchylné děti, poradny pro matky s dětmi, tuberkulózní poradny, venerické poradny*“ (Kodymová In: Matoušek, 2007, s. 26).

Po druhé světové válce dochází v Československé republice ke změně v koncepci sociálního zabezpečení přijetím zákona č. 174/1948 Sb. o zrušení domovského práva, záležitosti obcí v této oblasti přebírá stát. V roce 1956 byl přijat zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, což potvrdilo **koncepci sociálního státu**, kdy sociální péče je záležitostí státu a jeho orgánů. Bylo možné zřizovat ústavy sociální péče i dobrovolným organizacím, církvím a podnikům, ale vždy byly dozorovány Státním ústavem sociálního zabezpečení. Další zákon o sociálním zabezpečení č. 101/1964 Sb. klade „*důraz na služby jako hlavní prostředek péče o potřebné občany*“ (Matoušek, 2007, s. 28). V §76 je dána přednost služeb před peněžními příspěvky a zároveň věcným dávkám před finančními. Nově se objevuje termín „občané, kteří potřebují zvláštní pomoc“, kam patří ti, kteří se nachází v mimořádně obtížných podmínkách. Zákon v

§ 76 ukládá péči i o občany „těžce poškozené na zdraví“. Péče spočívala z převážné části na státu, který zřizoval instituce nebo vyvíjel tlak na potřebné organizace. Kontrolní a řídicí úlohu měl Státní úřad sociálního zabezpečení, výkonnými orgány v oblasti sociální péče byly národní výbory. Péče o společensky nepřizpůsobivé občany je specifikována až v zákoně č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, který dával povinnost organizacím zaměstnávat tyto osoby a napomáhat tím k resocializaci. Posledním předrevolučním zákonem byl zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

Celá etapa sociálního státu je charakterizována důrazem na ústavní péči, pečovatelskou službu, na poradenství, stát neumožňoval rozvoj služeb jinými způsoby. V osmdesátých letech jsou zřizovány „odbory péče o pracující“, které se zaměřovaly na mladistvé, svobodné matky a ženy s dětmi, zaměstnance se změněnou pracovní schopností, osoby v důchodovém věku, Romy (Šiklová In: Matoušek, 2007). V šedesátých letech vznikaly manželské poradny, které prováděly rovněž výběr žadatelů o adopci dítěte, linky důvěry, zařízení pro seniory. Ústavní péče byla stěžejní, většinou se jednalo o velké ústavy s nízkým dodržováním etiky ke klientům.

1.2 Koncepce zákona o sociálních službách

První návrhy nového systému sociální pomoci v České republice se začaly objevovat již v roce 1994, přesto byl nový zákon o sociálních službách přijat až v květnu roku 2006. Byl vydán ve Sbírce zákonů pod číslem 108/2006 Sb., vstoupil v platnost 1. 1. 2007 (Matoušek, 2007).

Základní zásady poskytování sociálních služeb jsou patrné z § 2 zákona o sociálních službách, kde je řečeno: *„Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet s individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální*

začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“ (Zákon č. 108/2006 Sb., online, cit. 2014-08-20).

Smysl zákona a jeho konkrétní určení je následující: „Hlavním posláním zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů, jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin. Zákon č. 108/2006, o sociálních službách vytváří právní rámec pro nesčetné množství vztahů mezi lidmi a institucemi v případech, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je také upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí“ (Otázky a odpovědi, s. 1, online, cit. 2014-08-20).

Předchozí citace předkládají základní charakteristiky nového systému sociálních služeb dané novým zákonem o sociálních službách. Matoušek (2007) uvádí následující znaky tohoto systému:

- Nejdříve je nutné poskytnout dostatek informací osobě, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci, aby ji dle svých možností mohla řešit sama.
- V případě, že tyto informace nestačí k vyřešení problému, přichází na řadu sociální služby.
- Sociální služby mají být určeny danému konkrétnímu člověku a problému.
- Je zdůrazňována samostatnost klientů při řešení nepříznivé sociální situace a předcházení jejího delšího trvání, snaha o aktivaci.
- Kvalita poskytování sociálních služeb nesmí být v rozporu s lidskými právy a základními svobodami, při zachování lidské důstojnosti

Přijetím zákona došlo také ke **koncepčním změnám** v systému. Jedná se o následující změny:

I. Příspěvek na péči. Jeho poskytování je základním nástrojem k fungování nového modelu sociálních služeb. „Jedná se o nově zavedenou státní sociální dávku, která

posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb“ (Stručný průvodce, 2006, s. 5, online, cit. 2014-08-15). Zákon č. 108/2006 Sb. v § 7 říká: „Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu“ (Zákon č. 108/2006 Sb., online, cit. 2014-08-20).

Příspěvek na péči náleží těm, kteří jsou závislí na pomoci jiné osoby v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu se rozumí denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání, motoriky, orientace v prostoru. „*Soběstačností se rozumí úkony umožňující účastnit se sociálního života, tj. komunikovat, nakládat s penězi, či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit vyprat, uklidit. Příspěvek náleží člověku, o kterého je pečováno, nikoliv tomu, kdo péči zajišťuje. Schopnost zvládnout péči o sebe a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci někoho jiného, a to od mírné závislosti až po závislost úplnou. O příspěvek lze požádat na obecním úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt“ (Stručný průvodce, 2006, s. 5, online, cit. 2014-08-15).*

II. Zákon zavedl novou kategorizaci sociálních služeb. Sociální služby se dělí na tři oblasti:

- **Sociální poradenství** – je součástí všech sociálních služeb.
- **Služby sociální péče** – služby pečovatelské, jejichž prostřednictvím se pečuje o osobu, která není schopna se postarat sama o sebe.
- **Služby sociální prevence** – služby pro osoby se sociálními problémy, jejichž prostřednictvím se může klient integrovat zpět do společnosti (Matoušek, 2007; Zákon č. 108/2006 Sb., § 32, online, cit. 2014-08-20).

Sociální služby jsou členěny také podle místa jejich poskytování:

Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. především v domácnosti, v místě kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Jde například o pečovatelskou službu, osobní asistenci či terénní programy pro ohroženou mládež.

Za **ambulantními službami** člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra.

Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně, respektive celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale také chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy (Malíková 2011; Zákon č. 108/2006 Sb. § 33, online, cit. 2014-08-20).

III. Poskytování sociálních služeb je zákonem o sociálních službách v § 90 a § 91 nově založeno na **smluvním principu**. Dosavadní právní úpravy rozhodovaly ve správním řízení o poskytnutí sociální služby, přijetí do zařízení, přemístění, ukončení pobytu, úhradě za pobyt v zařízení. *„Sjednávání druhu služby a rozsahu poskytovaných služeb podle individuálních potřeb osob ve smlouvě, včetně podmínek poskytování služby, je významným krokem směřujícím k uplatnění svobodné vůle osob, kterým jsou služby poskytovány. O osobách a jejich potřebách nebude někým rozhodováno, ale budou účastníky podmínek sjednání poskytované služby“* (Otázky a odpovědi, s. 16, online, cit. 2014-08-20). Elementární zásada při uzavírání smlouvy je *„... rovnoprávné postavení obou stran smluvního vztahu“* (Michalík, 2008b, s. 3).

Smlouva o poskytování sociálních služeb musí být uzavřena v písemné formě, vyjma případů, kdy to není možné (např. telefonická krizová pomoc) nebo by písemná forma byla kontraproduktivní pro účelné poskytování služby (např. nízkoprahová zařízení pro děti a mládež). Obecně platí, že poskytovatel je povinen smlouvu se zájemce o službu uzavřít. Charakter smlouvy je soukromoprávní a řídí se příslušnými ustanoveními občanského zákoníku.

Zákon č. 108/2006 Sb. stanoví povinné náležitosti smlouvy:

- „a) označení smluvních stran,*
- b) druh sociální služby,*
- c) rozsah poskytování sociální služby,*
- d) místo a čas poskytování sociální služby,*
- e) výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 a způsob jejího placení,*

f) ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,

g) výpovědní důvody a výpovědní lhůty,

h) dobu platnosti smlouvy“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 91, online, cit. 2014-08-20)

IV. Pro poskytovatele sociálních služeb byl zaveden **system registrace**. Nová koncepce sociálních služeb předpokládá, že tyto služby budou z velké části poskytovány nestátními subjekty, doposud však pro ně nebyla stanovena pravidla. Byly evidovány pouze v obecných registrech, kde jsou zapsána občanská sdružení a veřejně prospěšné společnosti. „ *Pro oblast sociálních služeb neexistovala žádná zvláštní úprava, která by stanovila požadavky na odbornou způsobilost personálu, na prostory v nichž se služby poskytují a na kvalitu poskytovaných služeb“ (Matoušek 2007. s. 46).*

Zavedení **registru poskytovatelů sociálních služeb** je základním předpokladem k získání přehledu o rozsahu a charakteru sítě sociálních služeb. Pro poskytovatele je zařazení do registru podmínkou k poskytování sociálních služeb a jedním z předpokladů pro čerpání finančních prostředků z veřejných rozpočtů. Údaje z registru poskytovatelů současně umožní vytvoření veřejného informačního systému, který bude sloužit k lepší orientaci v systému sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb budou mít bez ohledu na jejich právní formu stejná práva a povinnosti.

Podmínky registrace stanoví § 79 zákona o sociálních službách:

„a) podání písemné žádosti o registraci, která obsahuje náležitosti uvedené v odstavci 5,

b) bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby,

c) zajištění hygienických podmínek, jsou-li sociální služby poskytovány v zařízení sociálních služeb,

d) vlastnické nebo jiné právo k objektu nebo prostorám, v nichž budou poskytovány sociální služby,

e) zajištění materiálních a technických podmínek odpovídajících druhu poskytovaných sociálních služeb,

f) skutečnost, že na majetek fyzické nebo právnické osoby, která je žadatelem o registraci, nebyl prohlášen konkurs nebo proti ní nebylo zahájeno konkursní nebo vyrovnací řízení anebo nebyl návrh na prohlášení konkursu zamítnut pro nedostatek majetku“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 79, online, cit. 2014-08-20)

Z registru, který je veden v listinné a elektronické podobě, je vytvořen informační systém o sociálních službách, který je dostupný na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Informační systém umožňuje získávat aktuální informace o konkrétních poskytovatelích sociálních služeb.

V. Zákon č. 108/2006 Sb. stanovuje v části osmé § 109 a § 110 **předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka**, aby byly zajištěny standardy kvality poskytovaných služeb ze strany zaměstnanců organizace. Část devátá v § 115 a §116 vymezuje předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách, stanovuje okruh pracovníků, kteří vykonávají odbornou činnost. Vymezením předpokladů pro výkon povolání sociálního pracovníka a výkon činnosti v sociálních službách, byly stanoveny podmínky, za kterých lze sociální služby vykonávat, což je přínosem pro kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

1.3 Vymezení jednotlivých sociálních služeb

Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Příčiny vzniku nepříznivé sociální situace jsou velmi různé, a proto také existuje velmi pestrá škála druhů sociálních služeb. Ovšem je nezbytné si uvědomit, že poskytnutí sociální služby nedokáže v plné míře odstranit tyto příčiny. Poskytnutí sociální služby má člověku pomoci, respektive podporovat jeho vlastní aktivitu vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace. Sociální služba nemůže převzít odpovědnost člověka za jeho vlastní osud či životní perspektivu. Existuje situace, kdy z důvodu věku či zdravotního stavu je člověk odkázán na pomoc prostřednictvím sociálních služeb, ale i v tomto případě musí služba působit tak, aby byla maximálně podporována samostatnost a svébytnost člověka a chráněna jeho důstojnost (Matoušek, 2007).

Sociální služby zahrnují tři základní oblasti služeb, tj. **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.**

I. Sociální poradenství se člení na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Smyslem sociálního poradenství je poskytování potřebných informací, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace. Dle Michalíka (2008a) je jedním z obecných úkolů sociálního poradenství vytváření předpokladů pro efektivní fungování sociálních služeb.

Základní sociální poradenství jsou povinni poskytnout všichni poskytovatelé sociálních služeb, a to bez ohledu na to, kdo je o radu požádá.

Odborné sociální poradenství poskytují specializované poradny, které se profilují buď podle nějakého jevu (např. problematika domácího násilí) nebo podle cílové skupiny (např. osoby se zdravotním postižením, senioři, cizinci). Sem je zařazeno i půjčování kompenzačních pomůcek (Malíková, 2011; Zákon č. 108/2006 Sb., § 37, online, cit. 2014-08-20).

II. Služby sociální péče dle zákona č. 108/2006 Sb.: *„napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 38, online, cit. 2014-08-20). K zajištění poskytování těchto služeb lze použít příspěvek na péči.

Zákon o sociálních službách upravuje v § 39 až § 52 **čtrnáct druhů služeb sociální péče:**

- **Osobní asistence** je terénní služba určená zejména lidem se zdravotním postižením a seniorům. Osobní asistenti pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a umožňují jim účastnit se života společnosti.
- **Pečovatelská služba** je převážně terénní služba poskytovaná především v domácnosti. Služba je určena zejména lidem se zdravotním postižením, seniorům a případně i rodinám s dětmi. Pečovatelé pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a o domácnost.
- **Tísňová péče** je nepřetržitá telefonická nebo jiná elektronická komunikace s lidmi, kteří jsou vystaveni vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Pomocí

této komunikace je možné zprostředkovat neodkladnou pomoc v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu.

- **Průvodcovské a předčitatelské služby** jsou určeny lidem, kteří mají sníženou schopnost komunikovat a orientovat se v prostoru, zejména osoby se smyslovým postižením. Pomoc je poskytována při obstarávání osobních záležitostí.
- **Podpora samostatného bydlení** je služba podobná pečovatelské službě, zaměřuje se více na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet.
- **Odlehčovací služby** se také mohou nazývat sdílené či respitní služby. Jedná se o různou kombinaci činností péče, které mají za cíl, umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek, tj. sdílí péči či na určitou dobu převezmou péči o člověka, který má sníženou soběstačnost. Obvykle je tato služba nabízena i v rámci jiných druhů služeb.
- **Centra denních služeb** se doposud nazývaly například „domovinky“ nebo i centra osobní hygieny. Jedná se o ambulantní službu, kterou mohou v průběhu dne využívat osoby se sníženou soběstačností, s cílem zajištění pomoci s osobní hygienou a současně pomoci s vyřízením osobních záležitostí, nabízejí sociálně terapeutické činnosti.
- **Denní stacionáře** jsou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností. V průběhu dne je zde zabezpečována komplexní péče s ohledem na potřeby uživatelů a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.
- **Týdenní stacionáře** jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Pobyt je zabezpečován obvykle po dobu pracovních dnů. Služba nabízí komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.
- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** jsou pobytovou službou s celoročním provozem, které zabezpečují osobám se sníženou soběstačností vyžadující pravidelnou pomoc, komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tito uživatelé nemohou déle setrvávat ve svém domácím prostředí.
- **Domovy pro seniory** jsou pobytovou službou s celoročním provozem, které zabezpečují seniorům se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc

komplexní péči a současně nabízí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především těm seniorům, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí.

- **Domovy se zvláštním režimem** jsou pobytovou službou s celoročním provozem s obdobnou nabídkou jako domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo domovy pro seniory. Tato zařízení vytvářejí specifické podmínky, které zohledňují potřeby osob s duševní nemocí, osob závislých na návykových látkách, osob s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory či domova pro osoby se zdravotním postižením.
- **Chráněné bydlení** je moderní typ pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením, které potřebují pomoc jiné osoby. Uživatelé služby žijí samostatně v podmínkách, které se blíží standardnímu bydlení v bytě. V potřebném rozsahu je zajištěn dohled a pomoc.
- **Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče** (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny) jsou poskytovány osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby a současně nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení, vzhledem ke své snížené soběstačnosti. Tato služba je spojovacím článkem mezi ukončenou zdravotní péčí a zahájením poskytování odpovídající sociální služby (Malíková, 2011; Zákon č. 108/2006 Sb., § 39 - § 52, online, cit. 2014-08-20).

III. Služby sociální prevence zákon vymezuje v § 53 jako služby, které „*napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 53, online, cit. 2014-08-20). Zaměřují se na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení osob a nejsou prioritně způsobeny neschopností pečovat o sebe z důvodu věku nebo zdravotního stavu. Služby sociální prevence napomáhají v oblasti tzv. „sociálně negativních jevů“, jako například kriminalita, bezdomovectví, zneužívání návykových látek, krize v rodině.

Zákon o sociálních službách upravuje v §54 až § 70 **sedmnáct druhů služeb sociální prevence:**

- **Raná péče** je terénní případně i ambulantní služba určená dětem do 7 let se zdravotním postižením a jejich rodičům. Pomáhá jim zvládnout specifické potřeby dítěte.
- **Telefonická krizová pomoc** je poskytována osobám v ohrožení života či zdraví, nebo jsou v obtížné životní situaci a nejsou schopny tuto situaci řešit vlastními silami. Jedná se především o provoz linek důvěry a podobných telefonních služeb.
- **Tlumočnické služby** jsou poskytovány především osobám se smyslovým postižením. Pomoc spočívá ve zlepšení komunikace s okolím a při vyřizování osobních záležitostí. Jsou poskytovány obvykle jako terénní služba.
- **Azylové domy** jsou pobytové služby pro osoby, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci a současně ztratily bydlení. Jsou zaměřeny na různé skupiny, např. azylové domy pro rodiče s dětmi, azylové domy pro ženy, pro muže, případně i pro osoby mladší 18 let. Poskytují se zde také služby základního sociálního poradenství.
- **Domy na půl cesty** jsou pobytovou službou pro osoby do 26 let, které žily dlouhodobě ve školských zařízeních ústavní nebo ochranné výchovy, nebo v jiných zařízeních pro děti a mládež a pro osoby, které byly propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Domy na půl cesty poskytují podmínky pro úspěšný samostatný start do běžného života a podporují sociální začlenění těchto osob.
- **Kontaktní centra** jsou obvykle ambulantní zařízení určená osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižovat sociální a zdravotní rizika spojená se zneužíváním návykových látek.
- **Krizová pomoc** je terénní, ambulantní, pobytová sociální služba určená osobám, které se přechodně nacházejí v ohrožení zdraví a života a nejsou schopny tuto situaci řešit vlastními silami. Patří sem i poskytování pomoci obětem domácího násilí. Krizová pomoc vedle poskytnutí stravy či ubytování nabízí především socioterapii a pomoc při vyřízení nezbytných osobních záležitostí.

- **Nízkoprahová denní centra** jsou určena osobám bez obydlí a nabízejí pomoc se zajištěním osobní hygieny, zajištěním stravy a vyřízením nezbytných osobních záležitostí.
- **Nízkoprahová zařízení** pro děti a mládež poskytují ambulantní služby pro děti a mládež ve věku 6 až 26 let, které jsou ohroženy společensky nežádoucími jevy (kriminalita, drogy, alkohol apod.). Cílem služby je zejména nabízet smysluplné využití volného času, pomoc v orientaci ve společenském prostředí a pomoc se změnou životního stylu.
- **Noclehárny** nabízejí osobám bez přístřeší možnost přenocování a podmínky pro osobní hygienu.
- **Služby následné péče** jsou určeny osobám trpícím chronickým duševním onemocněním nebo osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu. Jejich cílem je pomoc při zvládnutí běžných životních podmínek a prevence „recidivy“.
- **Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi** nabízejí rodinám s dětmi pomoc se zvládnutím následků dlouhodobé krizové sociální situace rodiny nebo jejího člena.
- **Sociálně aktivizační služby** pro osoby se zdravotním postižením a seniory nabízejí pomoc při zvládnutí běžných životních situací, aby nedošlo k ohrožení sociálním vyloučením.
- **Sociálně terapeutické dílny** jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. Účelem služby je dlouhodobá podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.
- **Terapeutické komunity** poskytují pobytové služby pro osoby závislé na návykových látkách nebo osobám s chronickým duševním onemocněním. Cílem služby je zbavení závislosti a vytvoření podmínek pro sociální začlenění.
- **Terénní programy** jsou realizovány s cílem vyhledávat osoby, které žijí rizikovým způsobem života nebo žijí v sociálně vyloučených komunitách. Terénní pracovníci pomáhají snižovat rizika, která jsou spojená s tímto způsobem života a v začlenění do společnosti.

- **Sociální rehabilitace** má za cíl pomoc lidem k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, a to rozvojem jejich schopností a dovedností a posilováním návyků potřebných pro samostatný život. Služba je určena osobám se zdravotním postižením, osobám ohroženým sociálním vyloučením z důvodu etnické příslušnosti, chudoby, dlouhodobé nezaměstnanosti apod. (Malíková, 2011; Zákon č. 108/2006 Sb., § 54 - § 70, online, cit. 2014-08-20).

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni poskytovat základní činnosti, které jsou uloženy zákonem pro jednotlivé typy služeb. Jedná se o **základní činnosti při poskytování sociálních služeb**, které jsou povinnou nabídkou vůči uživatelům služeb. Nad rámec základních činností mohou poskytovatelé zajišťovat další činnosti a nabízet je jako fakultativní služby např. nabídka kulturních, společenských, volnočasových aktivit, nabídka dopravy.

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb dle § 35 zákona č. 108/2006 Sb. jsou následující:

- „a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
 - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
 - c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
 - d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,*
 - e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
 - f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
 - g) sociální poradenství,*
 - h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
 - i) sociálně terapeutické činnosti,*
 - j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
 - k) telefonická krizová pomoc,*
 - l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
 - m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností“*
- (Zákon č. 108/2006 Sb., § 35, online, cit. 2014-08-20)

Konkrétní rozsah činností je předmětem smlouvy mezi uživatelem a poskytovatelem služby (Michalík, 2008b).

1.4 Personální zajištění sociálních služeb

Pracovníci, kteří mohou vykonávat v sociálních službách odbornou činnost, jsou definováni zákonem č. 108/2006 Sb., v §109 až § 111, dále pak v § 115 až § 117. Při poskytování sociálních služeb se spolupodílí více profesí, jejichž činnost je upravena příslušnými zákony. Při společné práci se mohou setkávat odborné postupy z různých oborů.

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost:

Sociální pracovníci – upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Pracovníci v sociálních službách – upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zdravotničtí pracovníci – upraveno zdravotnickými zákony

Pedagogičtí pracovníci – upraveno školskými zákony (Malíková, 2011; Zákon č. 108/2006 Sb., § 115, online, cit. 2014-08-20).

I. Sociální pracovník

Sociální pracovník většinou zprostředkovává sociální služby a pomáhá osobě, která je potřebuje, nabídnout ty, které jsou optimální a přínosné.

„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace“
(Zákon č. 108/2006 Sb., § 109, online, cit. 2014-08-20).

Sociální pracovník je tedy osobou přímo poskytující sociální služby. Jeho úkolem je rovněž služby koordinovat, vyhledávat klienty, služby, plánovat a hodnotit. Stanovení

předpokladů pro výkon tohoto povolání zákonem, je zajištěno zachování určité úrovně kvality sociálních pracovníků (Matoušek, 2007). „*Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 110, online, cit. 2014-08-20).

Odborná způsobilost je rovněž dána zákonem vzhledem k zodpovědné a náročné činnosti, kterou sociální pracovník vykonává. Podmínkou k činnosti sociálního pracovníka je minimálně vyšší odborné vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci. Sociální pracovníci jsou povinni se dále vzdělávat, např. absolvují specializační vzdělávání zajišťované vysokými a vyššími odbornými školami, účastní se akreditovaných kurzů, odborných stáží a školicích akcí (Matoušek, 2007). „*Školení sociální pracovníci sociální služby profesionalizují. V některých zahraničních zemích je zaměstnávání sociálních pracovníků podmínkou pro udělení licence nebo akreditace k výkonu sociální služby*“ (Matoušek, 2012, s. 179).

II. Pracovník v sociálních službách

V oblasti sociálních služeb vykonávají své činnosti také **pracovníci v sociálních službách**. Zákon 108/2006 Sb. v §116 specifikuje pracovníka v sociálních službách jako osobu, která vykonává:

- přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních,
- základní výchovnou nepedagogickou činnost,
- pečovatelskou činnost v domácnosti osob.

I zde je podmínkou výkonu činnosti bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Požadavky na odbornou způsobilost pracovníka v sociálních službách jsou méně náročné, než je tomu u sociálního pracovníka. Vždy však musí minimálně absolvovat **akreditovaný specializovaný kurz** v minimálním rozsahu 150 hodin. Náplň kurzu je stanovena § 37 vyhlášky č. 505/2006 Sb., je rozdělen do části obecné a zvláštní. **Obsahem obecné části** je problematika sociálních služeb, standardy sociálních služeb, komunikační dovednosti, základy zdravotní péče a první pomoci, etika pracovníka v sociálních službách, zachování lidských práv a důstojnosti, úvod do psychologie, sociálně právní minimum. **Zvláštní část kurzu** obsahuje vybrané tematické okruhy, dle

odborného zaměření účastníků a poskytovaných služeb – základy péče o nemocné, aktivizační a vzdělávací techniky, prevence týrání a zneužívání, odborná praxe, úvod do problematiky zdravotního postižení, zvládání jednání osob ohrožujících sebe i okolí (Malíková, 2011).

Dle § 116 zákona č. 2006/2009 Sb. je zaměstnavatel povinen zabezpečit svým pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu minimálně 24 hodin v daném kalendářním roce a umožnit jim tak upevnění a doplnění kvalifikace.

Kvalita poskytovaných sociálních služeb závisí na pracovnících. „*Nejefektivnější a přirozenou cestou je intenzivní kontinuální vzdělávání pracovníků, které zohledňuje typ poskytované služby a konkrétní potřeby pracovníků*“ (Horecký, 2011, s. 56). „*Závazně není nikde stanoven počet pracovníků přímé péče na jedno zařízení sociálních služeb. Všeobecně jsme však názoru, že počet odborných pracovníků v zařízení by měl korespondovat s počtem uživatelů služby tak, aby mohly být dostatečně zajištěny jejich potřeby. Tato skutečnost je mimo jiné v zařízeních sociálních služeb sledována prostřednictvím inspekci poskytování sociálních služeb, které sledují naplňování standardů kvality sociálních služeb*“ (Nejčastější dotazy a odpovědi, online, cit. 2014-08-27).

Profese, které se uplatňují v sociálních službách, patří mezi **pomáhající profese**. U těchto povolání se očekává zcela spontánní prosociální jednání, jež respektuje prospěch jiných osob, ochotu pomoci druhým, empatii, sdílení problémů jiných, prosazování pozitivních společenských cílů. Tyto profesionální dispozice či dokonce povinnosti tvoří podstatu pomáhajících profesí. Zároveň jsou lidé v těchto povoláních vystaveni ve zvýšené míře určitým rizikům, z nichž je nejzávažnější syndrom vyhoření (Matoušek, 2013).

Syndrom vyhoření představuje soubor příznaků, které se projevují ztrátou elánu, radosti ze života, ztrátou energie a nadšení. Postupně dochází ke stagnaci, rezignaci. Člověk je frustrován, reaguje podrážděně, má sklon k depresím, apatii, cynismu. Nakonec dochází k celkovému vyčerpání, které je reakcí na dlouhotrvající vleklou zátěž (fyzická, emocionální, psychická). Trvale převažuje negativní pohled na svět, pocit nedocení a zbytečnosti. **Syndrom vyhoření** je důsledek chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi (Jankovský, 2003).

Dochází k vyčerpání ve třech složkách:

Fyzické vyčerpání – pocit slabosti a únavy.

Emocionální vyčerpání – depresivní myšlenky, bezmoc a pocit, že jsem v pasti.

Mentální vyčerpání – změna ve vnímání sebe sama, smutek, pocit odmítání, nedostatek sebevědomí (Maroon, 2012).

Zajímavý je vztah mezi naplněním smyslu života a vyhořením. Míra vyhoření je nepřímo úměrná naplnění smyslu života. Lidé vykazující vysoké skóre vyhoření, mají nízké naplnění smyslu života a naopak, čím mají lidé vyšší naplnění smyslu života, tím je u nich nižší skóre vyhoření (Prášilová In: Jankovský, 2003). V procesu vyhoření hraje důležitou roli také délka zaměstnání. Čím déle je člověk zaměstnán na náročném úseku v péči o jiné osoby, tím méně mu zpravidla přináší jeho práce uspokojení. Začne se měnit vztah ke klientům, kolegům, přátelům i životnímu partnerovi.

Maroon (2012) popisuje sedm důvodů, které mohou vést k syndromu vyhoření:

- **Koncentrace na problémy.** Klienti jsou lidé s problémy, hledají pomoc, jsou nemocní, v nouzové situaci, mají určité slabosti, jsou depresivní, nemohou se o sebe postarat. Sociální pracovník je vystaven těmto problémům, zažívá jen to negativní. Když se klient uzdraví, poradí si s problémy nebo se s nimi smíří, přijde nový klient s novými problémy „... *vztah mezi klientem a pomáhajícím je komplementární, pomáhající dává, klient bere...*“ (Maroon, 2012, s. 52).
- **Nepřítomnost pozitivní zpětné vazby.** Často je zpětná vazba od klientů negativní, jde o kritiku, nepřátelství či výhružky.
- **Emocionální tlak.** Styk s klientem vychází jednosměrně od pomáhajícího, proto se pracovník snadno vyčerpá a unaví, což může mít negativní vliv pro jeho profesní a soukromý život. „*V některých případech se s klientem ztotožní, jeho lidská spoluúčast naroste do přílišných rozměrů ... takové citové břemeno se nedá unést*“ (Maroon, 2012, s. 52).
- **Možnost změny a zlepšení.** Hlediskem dobře vykonané práce je vyřešit problémy a zlepšit situaci. Chronické problémy jsou trvalé a jejich nedostatečnost vnímá klient i sociální pracovník, u kterého se brzy dostaví vyčerpání a bezmoc, často klient označí pomáhajícího za viníka svých nesnází.

- **Nadměrná blízkost.** Pomáhající vyzařující přílišnou empatii a hluboké ztotožnění, je postupně neúměrně vtažen do klientových problémů. Zesiluje tak tlak, který vede k vyhoření, často situace vyústí v cynismus pomáhajícího, lhostejnosti ke klientovi i okolí (Jun, 2010).
- **Chování klienta.** Klient je často pasivní, veškerou odpovědnost přenáší na pomáhajícího a tím na něj nakládá velkou zátěž.
- **Pravidla pro kontakt mezi pomáhajícím a klientem.** Někdy je styk řízen pevně stanovenými směrnicemi, které zesilují napjatou situaci. V případě, že se očekávání a cíle obou stran ocitnou v konfliktu, situace se vyhroť (Maroon, 2012).

Pomáhající profese vyžaduje, aby pracovník našel optimální stupeň osobní angažovanosti v jednotlivých případech a životních situacích klientů. Je nutné se vyhořením zabývat dříve než k němu dojde: „... vytvářet si vlastní systém podpory, postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího“ (Hawkins, 2004, s. 33).

2 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb definuje „Slovník sociální práce“ jako: „*Soubor dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby*“ (Matoušek, 2008, s. 213). Standardy jsou základní zásady a pravidla pro poskytování sociálních služeb a měřítko pro hodnocení jejich naplňování (Horecký, 2011).

2.1 Vymezení standardů kvality sociálních služeb

V současné době se často setkáváme s pojmem kvalita, který proniká do všech odvětví. Termín kvalita sociálních služeb, byl zaveden a užíván až s nástupem zákona o sociálních službách. Určitou úroveň kvality sociálních služeb, mají zaručovat sociální standardy (Horecký, 2008).

„Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007., znění kritérií standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění“ (Standardy kvality sociálních služeb, online, cit. 2014-08-23). Standardy byly vytvořeny ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že vznikly v takto široké a dlouhodobé diskusi, lze je považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Standardy se týkají všech sociálních služeb, a proto jsou v příslušné vyhlášce formulovány obecně (Čermáková, 2002). Následně si každé zařízení poskytující sociální služby vytváří své standardy pro daný typ sociální služby. Standardy mají pořadové číslo 1 až 15 a jsou rozděleny do tří základních částí.

Procedurální standardy stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je potřeba dbát při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Věnují se ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Kvalita služby je přímo závislá na zaměstnancích, na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na pracovních podmínkách.

Provozní standardy definují podmínky pro poskytování sociálních služeb, prostory kde jsou služby poskytovány, dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality (Čermáková, 2002).

Procedurálních standardů je osm, jejich obsah je podrobně popsán ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb. (online, cit. 2014-08-20):

1. Cíle a způsoby poskytování služeb. Jsou definovány cíle, postupy, poslání služeb. Veřejný závazek každého poskytovatele, který je „*vymahatelný od veřejnosti, pracovníků, zřizovatele, uživatele*“ (Horecký, 2011, s. 57). Stanovují se pravidla proti předsudkům a negativním hodnocením, pro uplatnění svobodné vůle uživatele.

2. Ochrana práv uživatelů sociálních služeb. Jsou definovány oblasti, ve kterých by mohlo dojít k ohrožení práv uživatelů služeb a k možnému střetu zájmů. Písemně jsou zpracována pravidla pro přijímání darů (Matoušek, 2007).

3. Jednání se zájemcem o službu. Srozumitelné informování o službách organizace, uzavření dohody o službě a formulace osobních cílů uživatele, stanovení pravidel pro odmítnutí zájemce. „*Odmítne-li Vám poskytovatel poskytnout službu, o kterou žádáte, je povinen Vám sdělit (na Vaši žádost napsat) důvody odmítnutí a také Vás informovat o jiných sociálních službách, které byste mohli využít*“ (Straková, 2008, online, cit. 2014-08-15).

4. Smlouva o poskytování služby. Uzavírá se ústně nebo písemně (vždy u ubytování nebo zajištění základních potřeb). Uzavření je za předem stanovených podmínek, uživatel ji může vždy vypovědět. „*Obsah smlouvy má vycházet z toho, co si sami přejete a potřebujete. Celé jednání o smlouvě pak musí probíhat tak, abychom všemu, co je ve smlouvě, rozuměli. Smlouva je závazný akt dvou rovnoprávných stran, který je možné v průběhu služby měnit. Neplnění smlouvy řeší občanský soud*“ (Straková, 2008, online, cit. 2014-08-15).

5. Individuální plánování průběhu služby. Jsou dána pravidla plánování služeb, uživatel má možnost měnit osobní cíle v průběhu poskytování služby, klíčový pracovník odpovídá za plán a realizaci služby. Naplňování cílů se průběžně sleduje, dochází k předávání informací o uživateli dle vypracovaného systému v organizaci.

6. Dokumentace o poskytování služby. Je přesně stanoveno, jaké údaje o uživatelích se shromažďují, jak dlouho se archivují. V odůvodněných případech může být evidence uživatelů anonymní.

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služby. Uživatelé jsou informováni o způsobu podávání stížností, jak a v jaké lhůtě bude stížnost vyřízena. Stížnosti musí být vyřizovány písemně, stěžovatel má možnost využít zástupce nebo tlumočnicka.

8. Návaznost poskytované služby na další dostupné zdroje. Je definovaná spolupráce s jinými dostupnými službami veřejnosti, s přirozeným sociálním prostředím uživatele.

Personální standardy jsou dva:

9. Personální a organizační zajištění služby. Je stanovena struktura a počet pracovních míst, kvalifikační předpoklady, pravidla pro přijímání a zaškolování pracovníků.

10. Profesní rozvoj zaměstnanců. Postupy pro hodnocení pracovníků, oboustranná komunikace mezi pracovníky a vedením, vypracování programu dalšího vzdělávání pracovníků. Zaměstnanci mají možnost konzultace s nezávislým odborníkem.

Provozních standardů je pět:

11. Místní a časová dostupnost. Je přesně dáno místo a doba, během níž je služba dostupná, což je závazné pro poskytovatele i uživatele služby.

12. Informovanost o poskytované službě. Tato povinnost je pro poskytovatele dána již § 88 zákona o sociálních službách „... *zajišťovat dostupnost informací o službě*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., online, cit. 2014-08-20). Zveřejňované informace musí být pravdivé a srozumitelné (Horecký, 2011).

13. Prostředí a podmínky. Poskytovatel musí zajistit důstojné, bezpečné prostředí, soukromí, tedy podmínky odpovídající potřebám uživatelů.

14. Nouzové a havarijní situace. „Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení“ (Vyhláška č. 505/2006 Sb., online, cit. 2014-08-20). „Nouzová situace je nebezpečná, obvykle nepředvídaná situace, která vyžaduje bezodkladné ukončení nebo odvrácení. Havarijní situace je neplánovaná mimořádná, náhlá událost, která vzniká v souvislosti s provozem technických zařízení a která způsobí nebo hrozí způsobit škodu na majetku či životním prostředí“ (Horecký, 2011, s. 66).

15. Zvyšování kvality služby. Pro zvyšování kvality je nutné měřit spokojenost uživatelů, analyzovat stížnosti, chyby, neshody, znát dobrou praxi, vycházet z interních a externích hodnocení organizace, zkoumat sebehodnocení, sledovat nové požadavky uživatelů.

Standardy kvality sociálních služeb jsou nedirektivní norma, nestanovují přesné popisy postupů, nastavují obecný rámec a dávají příležitost a zároveň odpovědnost poskytovatelům, aby vybudovalo svůj vlastní obsah na základě svých specifík (Horecký, 2011; Čermáková, 2002). Standardy kvality sociálních služeb vycházejí ze zásad, které tvoří základ všech sociálních služeb a které se musí odrážet v konkrétních pravidlech, metodikách, postupech a praxi. Jsou jimi:

Nezávislost, autonomie – poskytovat uživatelům přiměřenou podporu a péči. Uživatel je svébytná osobnost, je potřeba respektovat jeho hranice, přenechat mu zodpovědnost za vlastní rozhodování dle jeho možností a schopností.

Respektování potřeb – zjišťování potřeb uživatelů a v souvislosti s posláním služby pomáhat naplňovat to co uživatelé skutečně potřebují.

Integrace – způsob poskytování služby podporuje běžný způsob života uživatelů a zachování přirozených sociálních vazeb.

Partnerství – rovnoprávná spolupráce na všech úrovních.

Komunikace – oboustranná komunikace o hodnotách, cílech, postupech.

Subsidiarita – přenesení odpovědnosti co nejbližší k uživateli služeb, neobcházet při rozhodování ty, kteří mohou situaci či problém řešit.

Dodržování práv uživatelů – uživatelé jsou v nevýhodném postavení vůči zařízení, proto organizace usiluje o vytvoření podmínek, v nichž mohou uživatelé služeb svá práva naplňovat.

Respektování volby uživatelů – vytvoření podmínek, v nichž se uživatelé služeb mohou cítit důstojně, svobodně se rozhodovat a chápat dle svých možností důsledky svých rozhodnutí.

Individualizace podpory – přizpůsobení služeb jednotlivým uživatelům.

Zaměření na celek – na situaci uživatele služeb se pohlíží v souvislostech.

Flexibilita – služby se pružně přizpůsobují potřebám uživatelů, nikoliv uživatelé potřebám pracovníků (Horecký, 2011).

Cílem standardů na základě výše uvedených skutečností je:

- Zvýšení kvality poskytovaných služeb
- Garance ochrany práv a svobod uživatelů
- Podpora rovného přístupu a plnohodnotný život uživatelů služeb
- Podporovat přirozené zdroje uživatelů služeb, jejich nezávislost a autonomii
- Podpora setrvání uživatelů služeb v jejich přirozeném prostředí (Horecký, 2011; Straková, 2008).

2.2. Proces individuálního plánování

Individuální plánování je proces, je to činnost, která probíhá, má svůj vývoj, určitým způsobem se děje, vyhodnocuje se a plynule pokračuje nebo začíná znovu. Jedná se o záměrný, dojednaný proces, jehož smyslem a účelem je poskytovat uživateli podporu v tom, co potřebuje.

Proces vzniku individuálního plánování je důležitější než pouhá existence plánu. To, co se děje mezi uživatelem a pracovníkem, má vliv na to, zda vzniklý plán bude funkční

nebo pouze formální. Zákonné požadavky stanovují, že do procesu plánování musí být zapojen uživatel nebo jeho zákonný zástupce, cíle plánu musí být cílem klienta a při plánování musí být zohledněny jeho individuální potřeby a schopnosti (Horecký, 2011; Vyhláška č. 505/2006, Sb., online, cit. 2014-08-20).

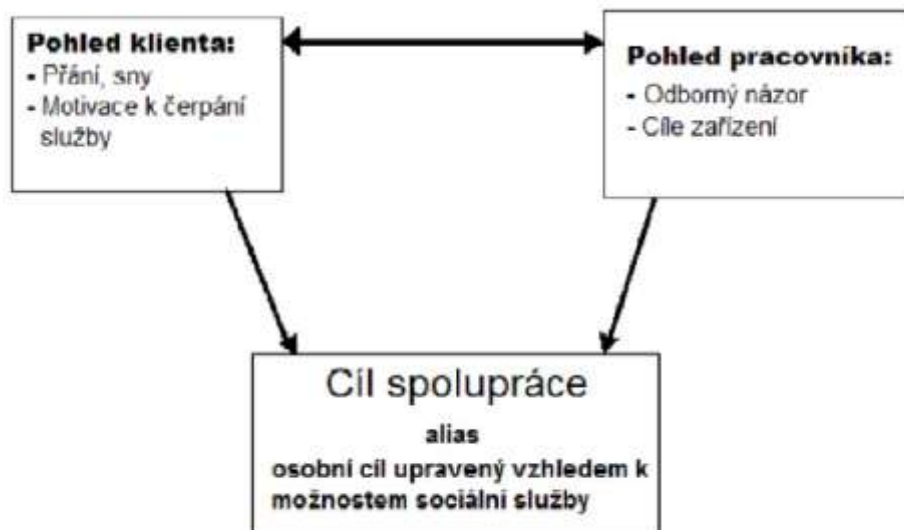
Zkoumání situace = porozumění situaci. Jde především o porozumění uživatele a pracovníka. *„Stěžejní je to, jak klient rozumí své situaci, jak chápe funkci klíčového pracovníka, a co může od něj a jeho pomoci očekávat“* (Malíková 2011, s. 183). Vzájemné porozumění předpokládá úspěšnou spolupráci, je důležité zpřehlednit situaci i pro ostatní zúčastněné (rodiče, opatrovník).

Je důležité znát pohled uživatele služby, jaké jsou jeho předchozí zkušenosti, jakou má představu do budoucna. Pracovník si dělá svoji představu o míře a potřebách uživatele. K tomu vyžívá rozhovory s uživatelem, případně dalšími osobami, rozbor dokumentace, pozorování. *„Z této fáze plánování by měla vzejít představa uživatele služby o budoucí změně“* (Johnová, 2008, online, cit. 2014-08-29).

Plánování = pojmenování změny a plán jejího dosažení. Po vzájemném porozumění je formulován cíl na základě požadavků a potřeb klienta a s ohledem na možnosti zařízení. *„Potřebné je také definovat kritéria naplnění cíle, ... určení termínů a odpovědných osob za plnění jednotlivých činností. Musí být provedena analýza rizikových situací a stanovena preventivní opatření pro jejich minimalizaci“* (Malíková, 2011, s. 183). *„V zájmu co největšího porozumění plánu ze strany uživatele služby může být individuální plán zpracován na velkém papíře a zobrazen pomocí jednoduchých obrázků, fotek“* (Johnová, 2008, online, cit. 2014-08-29).

Stanovení cíle spolupráce přehledně znázorňuje **Obrázek 1**:

Obrázek 1: Stanovení cíle spolupráce



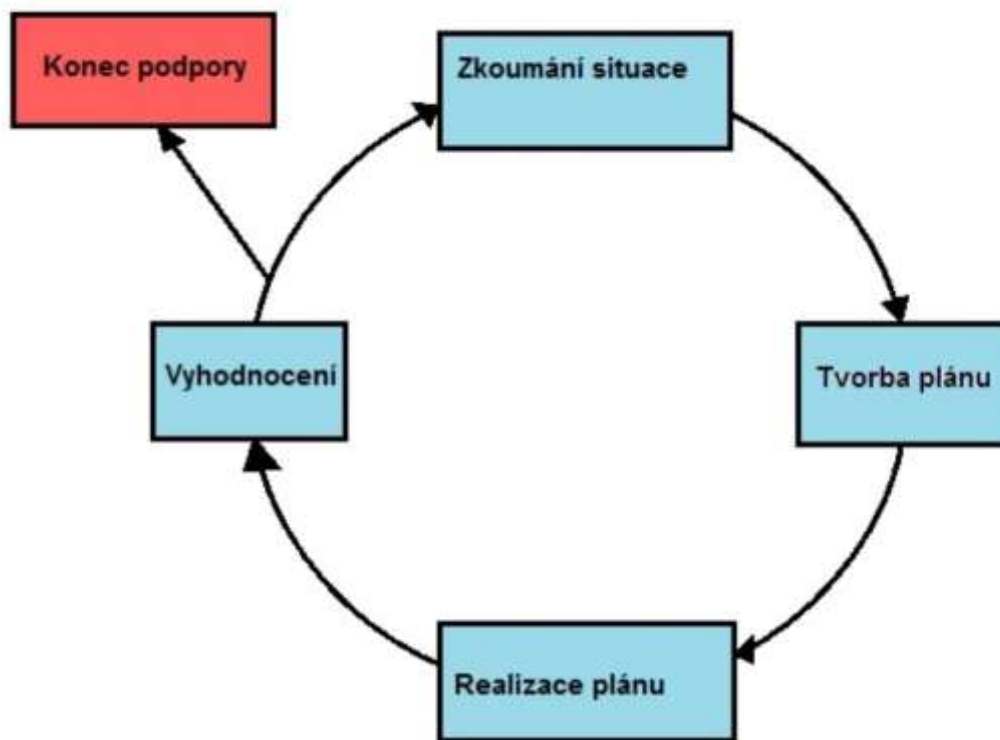
Zdroj: Herzog, online, cit. 2014-09-05

Realizace plánu = společná práce. Dochází k realizaci plánovaných činností s ohledem na náročnost a možnosti klienta. „*Uživatel služby s podporou pracovníků a případně dalších lidí využívá vlastní síly k naplnění stanovených cílů*“ (Johnová, 2008, online, cit. 2014-08-29).

Vyhodnocení = revidování plánů. Dochází k hodnocení plnění individuálního plánu, porovnávání plánovaných cílů s realitou. Zde je důležité posoudit optimálnost podpory, tedy přiměřená míra zájmu s možností svobodné volby klienta. Pokud bylo všech cílů dosaženo, je spolupráce v tomto bodě ukončena. V případě, že cílů nebylo dosaženo nebo jsou další oblasti, kde je potřeba podpory, jsou výstupy z hodnocení využity v dalším plánování, které začíná zkoumáním situace s cílem porozumět uživateli. „*Aby byla podstata a smysl individuálního plánování naplněny, musí do něj být zahrnuty všechny čtyři zmíněné základní složky, které se pak neustále v pravidelném cyklu opakují. Liší se pouze svým konkrétním obsahem*“ (Malíková, 2011, s. 183).

Opakující se cyklus individuálního plánování znázorňuje **Obrázek 2**:

Obrázek 2: Cyklus individuálního plánování



Zdroj: Johnová, online, cit. 2014-08-29

Individuální plánování je významný nástroj zajištění kvality poskytovaných sociálních služeb, M. Hauke (2011) stanoví cíle individuálního plánování následovně:

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

2.3. Klíčový pracovník v procesu individuálního plánování

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ani prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. termín klíčový pracovník neuvádějí. V sociálních službách jde však o zažité spojení.

„Ve smyslu zákona bychom klíčové pracovníky měli spíše označovat jako pracovníky pověřené individuálním plánováním nebo pracovníky odpovědné za individuální průběh služby“ (Horecký, 2011, s. 107). Slovo „klíčový“ označuje důležitost, hlavní roli pro daný úkol, tedy ve vztahu ke „svému“ uživateli, nikoliv ke svému zaměstnavateli.

Klíčovým pracovníkem je nazýván zaměstnanec poskytovatele služeb, který je určen každému uživateli pro individuální plánování průběhu sociální služby a pro hodnocení naplňování osobních cílů. Do pozice klíčového pracovníka vybírá zaměstnanec management poskytovatele, má tuto činnost v náplni práce, je pro tuto činnost odborně vyškolen, vzděláván a podporován.

V zákoně není přímo uvedeno, kdo by měl být klíčovým pracovníkem, v zásadě by to měl být zaměstnanec, který je s uživatelem v pravidelném a poměrně častém kontaktu. Nejvíce klíčových pracovníků se nachází v pozici pracovníka v sociálních službách a sociálního pracovníka, ale mohou to být i zdravotní sestry, vychovatelé, terapeuti a další zaměstnanci pracující v přímé péči dle druhu sociální služby. V žádném případě by to neměli být zaměstnanci z ostatních pracovních pozic, jako administrativní pracovníci, zaměstnanci kuchyně, prádelny (Horecký, 2011). Přesnější popis pracovní náplně pracovníka v sociálních službách a sociálního pracovníka přináší nařízení vlády č. 222/2010 Sb. v katalogu prací ve veřejných službách a správě v kapitole č. 2.08. „Sociální služby“, subkapitola 2.08.01. „Pracovník v sociálních službách“ a subkapitola 2.08.02. „Sociální pracovník“. Individuální plánování nebylo v katalogu prací v době účinnosti zákona o sociálních službách (k 1. 1. 2007) vůbec obsaženo, teprve doplněním této činnosti k 1. 10. 2010, umožnilo její popis, ale i zohlednění skutečnosti, že pracovník v sociálních službách individuálně plánuje a je podle toho i adekvátně odměňován (posunutí do 5. platové třídy). „*Sledování potřeb klienta a vedení individuálních záznamů o průběhu sociální služby (tzv. klíčový pracovník v sociálních službách). Řešení záležitostí spojených s poskytovanou službou, případně zprostředkování kontaktu klienta s kompetentním pracovníkem*“ (Katalog prací, 2010, online, cit. 2014-08-29). V 8. platové třídě je upraveno plánování sociální služby a její vyhodnocování: „*Plánování průběhu poskytování sociální služby včetně jejího hodnocení podle osobních cílů, potřeb a schopností klienta*“ (Katalog prací, 2010, online, cit. 2014-08-29).

Klíčový pracovník je často i důvěrníkem, uživatel se na něho může obrátit, svěřit se mu, zprostředkuje mu pomoc, rozumí mu, cítí se s ním bezpečně. Proto je důležité při přiřazování klíčových pracovníků přihlídnout na vzájemné vztahy obou, sympatie či nesympatie. Může dojít i k tomu, že vzájemně nemohou komunikovat a spolupracovat, pak je lepší změnit klíčového pracovníka „... *uživatelé i pracovníci mají na tuto změnu právo*“ (Horecký, 2011, s. 115).

„Počet klientů na jednoho klíčového pracovníka by měl být takový, aby klientům zajistil individuální přístup, náležitou pozornost a péči. Například v pobytových službách se osvědčuje počet 4 až 6 klientů na jednoho klíčového pracovníka, v jiných službách to však je jiné, vždy záleží na druhu služby a potřebách cílové skupiny“ (Nejčastější dotazy a odpovědi, online, cit. 2014-08-27). Vedoucí, **koordinátor individuálního plánování**, který přiděluje nově přichozí klienty klíčovým pracovníkům, musí zohlednit kritérium jejich míry soběstačnosti, může dojít k situaci, že některý klíčový pracovník má více klientů, ale s vysokou mírou soběstačnosti, jiný jich má méně, ale spolupráce s nimi je mnohem náročnější. Je rovněž nutné vyvarovat se situaci, kdy klienti chtějí mít za klíčového pracovníka oblíbeného zaměstnance, takže hrozí riziko přetížení. Všechny tyto aspekty musí koordinátor sledovat, zároveň hodnotí, zda je funkce klíčovým pracovníkem vykonávána odpovědně (Malíková, 2011).

Kompetence klíčového pracovníka jsou předpokladem pro výkon činností, tvoří je znalosti, schopnosti, dovednosti a postoje, které jsou posilovány praxí v individuálním plánování a dalším vzděláváním.

Znalosti klíčového pracovníka: „... *poslání poskytovatele, cíle a hranice služby, principy plánování služby, lidské potřeby, způsoby zjišťování potřeb a osobních cílů, metody postupy a proces plánování služby s cílovou skupinou a její specifika, práva uživatelů, povinnosti poskytovatele, rozdíl mezi podporou a péčí*“ (Horecký, 2011, s. 117).

Schopnosti a dovednosti klíčového pracovníka: vést nedirektivní rozhovor, naslouchat, přizpůsobit komunikaci, vnímat uživatele, porozumět jeho situaci, identifikovat jeho potřeby, podporovat uživatele při formulování potřeb a osobních cílů, přiměřená podpora, empatie, týmová spolupráce, respektovat hranice, zvládat rizikové

situace, odmítat neoprávněné požadavky, sebereflektovat. Klíčový pracovník musí dodržovat zásady etiky, dozvídá se citlivé informace, musí tedy zachovávat mlčenlivost (Etický kodex sociálních pracovníků ČR, online, cit. 2014-09-28).

Činnost klíčového pracovníka obsahuje kombinaci jednotlivých rolí:

- **Poradce, konzultant řešení** – pro spolupracovníky i uživatele, konzultuje způsob realizace naplánovaného cíle.
- **Zprostředkovatel informací** – přenáší informace mezi spolupracovníky a uživatelem. Je zdrojem informací o potřebách, cílech, podpoře, změnách a způsobu realizace. Od spolupracovníků získává informace o průběhu služby, plnění cíle, nutných úpravách plánu dle aktuálního stavu.
- **Pomocník při vyhledávání potřeb a osobních cílů uživatelů.**
- **Terapeut** – Vedení nedirektivních rozhovorů s uživateli má často terapeutický účinek, mohou si ulehčit při individuálním rozhovoru, je jim nasloucháno, vidí snahu z druhé strany. Na druhou stranu využití vnitřních skrytých zdrojů, zvyšuje sebevědomí a kompetence uživatele.
- **Obhájce** – je obhájcem podpory uživatele, jejího rozsahu a realizace. Může být také obhájce zaměstnanců u uživatele, který není spokojen se způsobem realizace, přístupem jednotlivých pracovníků a dalšími okolnostmi. Zároveň je klíčový pracovník členem realizačního pracovního týmu a musí být zdravě loajální.
- **Realizační pracovník** – je současně členem realizačního týmu, což je výhodné, protože může snadno kontrolovat uskutečnění dohodnuté podpory, zároveň sleduje změny u uživatelů služeb (Horecký, 2011).

Při práci klíčového pracovníka, může docházet k některým **profesním pochybením**, kterých je nutné se vyvarovat: manipulace, nepřijetí uživatele, zpochybnění potřeb uživatele, poučování, moralizování, nerespektování soukromí, nálepkování, obcházení, infantilní přístup, jednání z mocenské pozice, zachraňování, vytváření vztahu závislosti. Toto nevhodné jednání snižuje kvalitu nabízené služby a zhoršuje vzájemnou spolupráci uživatele a klíčového pracovníka.

Vzdělávání klíčových pracovníků probíhá na základě akreditovaných vzdělávacích programů k individuálnímu plánování, zde si na základě teoretických znalostí pracovník zkouší prakticky plánovat službu. Dále je možné využít teoretické semináře, workshopy, dílčí výcviky.

Klíčový pracovník spolupracuje s uživatelem, se kterým plánuje službu, s uživateli, kterým službu poskytuje. Často spolupracuje s rodinnými příslušníky, kteří mohou být na přání klienta plánování přítomni, v případě opatrovníků klienta musí být vždy s individuálním plánem seznámeni.

Klíčový pracovník spolupracuje s plánovacím a realizačním týmem, tedy s kolegy na různých pracovních pozicích, s vedením poskytovatele služeb, externími specialisty, dobrovolníky. Z tohoto vyplývá nutná potřeba dobrých komunikačních schopností a umění týmové spolupráce.

2.4. Metody individuálního plánování

Konkrétní techniky při plánování služby, se liší dle přístupů, které klíčový pracovník nebo daná organizace uplatňuje.

Rozhovor

V případě, že uživatel komunikuje (dokáže vyjádřit své potřeby, cíle, hodnotit společně s klíčovým pracovníkem průběh služby), je „*rozhovor základní metodou plánování služby*“ (Horecký, 2011, s. 151). Rozhovor probíhá mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem služby po vzájemné domluvě, v nerušeném prostředí, které zajišťuje pocit klidu a bezpečí. Pokud brání při rozhovoru potíže uživatele v percepční nebo expresivní složce řeči, používá klíčový pracovník prostředky alternativní nebo augmentativní komunikace.

Příprava klíčového pracovníka na rozhovor probíhá tak, že si prostuduje předcházející individuální plán uživatele, případně konzultuje se členy týmu průběh plnění, zkušenosti, postřehy, které by mohl využít v rozhovoru o plánování služby. Případně konzultuje své postupy s vedoucím či metodikem plánování služby.

Dojednání rozhovoru s uživatelem je důležité pro určení místa a času, také je možné uživateli vysvětlit, co bude rozhovor o plánování služby obnášet, proč se uskuteční a v čem spočívá. Uživatel se může lépe připravit, promyslet si případné potřeby a požadavky.

Vlastní rozhovor může mít několik částí:

Zahájení rozhovoru představuje vhodné navázání kontaktu s uživatelem služby, domluvu o tom, jak bude rozhovor probíhat a jak dlouho bude trvat.

Vyhodnocování průběhu služby, znamená to, že se klíčový pracovník uživatele ptá, jak je spokojen se způsobem poskytování služby, s podporou, kterou potřebuje k naplnění svých potřeb a osobních cílů, případně sděluje uživateli své vlastní postřehy. Výstupem je pokračování ve způsobu poskytování služby nebo signál ke změnám v realizaci.

Zjišťování potřeb a osobních cílů a dojednání podpory individuálně určených cílů. Výstupem je dojednání takové podpory uživatele, která umožní naplnění jeho individuálních potřeb a cílů. Rozhovor o aktuálních osobních cílech a dojednání podpory má většinou tyto fáze:

Vize – představy uživatele o svých cílech, kterých by mohl prostřednictvím sociální služby dosáhnout.

Priority – pro jaký cíl se rozhodne.

Zdroje – co sám uživatel může udělat pro naplnění potřeby či dosažení cíle.

Nabídka podpory – jakou podporu nabízí klíčový pracovník pro naplnění potřeby nebo cíle.

Dojednání podpory – na čem se klient a klíčový pracovník domluví, co kdo učiní.

Záznam z IP je písemný záznam z průběhu rozhovoru. Důležitou součástí je hodnocení průběhu služby, změny ve způsobu poskytování služby, aktuální osobní cíl, nabídnutá podpora, dojednaná podpora či vlastní aktivity klienta.

Ukončení rozhovoru proběhne shrnutím důležitých bodů klíčovým pracovníkem, zdůraznění nejpodstatnějších výstupů a domluvou, kdy proběhne nové plánování služby neboli revize plnění individuálního plánu.

Sdílení v týmu je důležité pro realizaci plánu, je informován pracovní tým a vedoucí dané služby. Na realizaci plánu se většinou podílí celý pracovní tým.

Realizace dojednané podpory a záznam průběhu služby trvá do změny situace uživatele nebo stanoveného data revize (přehodnocení) plánu. V tomto okamžiku probíhá nové plánování služby v jednotlivých bodech, jež byly uvedeny výše (Horecký, 2011).

Velkým pomocníkem v individuálním plánování pro poskytovatele služeb je **vypracovaná metodika** (soubor pravidel, která popisují způsob jak individuálně plánovat), kterou se řídí klíčoví pracovníci v praxi. Vytváří ji většinou pracovní tým složený z pracovníků, kteří mají zkušenosti s individuálním plánováním, formulují pravidla a postupy, které se jim osvědčily. Metodika by tedy měla popisovat „*skutečný, pravdivý stav současnosti*“ (Horecký, 2011, s. 78). Metodika není neměnná, v průběhu času se mění, doplňuje, dle nových poznatků, kompetencí, je specifická pro každého poskytovatele sociálních služeb (Metodika individuálního plánování Slunce, příloha A). Jedním z pomocníků, jsou kromě informací na internetových stránkách MPSV ČR, také stránky Centra pro kvalitu a standardy v sociálních službách při Národním vzdělávacím fondu, o.p.s., kde jsou teoretická východiska a snaha o propojení teorie kvality standardů sociálních služeb s praxí (Centrum pro kvalitu standardů v sociálních službách, online, cit. 2014-09-29).

3 Osoby s mentálním postižením v kontextu sociálních služeb

Podle Švarcové žije v naší republice asi 300 tisíc osob s mentálním postižením, lidí s těžkým mentálním postižením je asi 0,1% populace (Švarcová In: Matoušek, 2010). V současnosti převládá snaha o maximální začlenění osob s mentálním postižením do společnosti, což souvisí s podporou samostatnosti těchto osob ze strany specifických sociálních služeb

3.1 Vymezení pojmu a klasifikace mentální retardace

Pro současné označení pojmu mentální retardace převládala v naší i zahraniční literatuře dlouhou dobu terminologická nejasnost. Jen v naší literatuře se vyskytovalo v období let 1952 až 1989 více než dvacet různých označení, např. duševně postižení, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektní, rozumově postižení, rozumově zaostalí, intelektově úchylní, slabomyslní, oligofrenií, mentálně defektní, mentálně abnormální, mentálně opoždění atd. V roce 1959 se konala v Miláně konference Světové zdravotnické organizace, na níž se zástupci jednotlivých vědních oborů zabývající se problematikou jedinců s poruchami intelektu dohodli na používání termínu „mentální retardace“ (Pipeková In: Vítková, 2004).

Termín **mentální retardace** znamená opoždění rozumového vývoje, je odvozen z latinského „mens“ – mysl, rozum a „retardatio“ – zdržet, zaostávat, opožďovat. Nejznámější a nejvíce citovaná definice mentální retardace u nás je od M. Dolejšího, která se snaží o syntézu všech hledisek. *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko- fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturním; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“* (Dolejší, 1973, s. 38).

Vágnerová definuje mentální retardaci jako „... neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, i když byl jedinec přijatelným způsobem výchovně

stimulován“ (Vágnerová, 2004, s. 289). Nízká úroveň inteligence bývá spojena s postižením nebo změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti.

V posledních letech dochází také ke změně termínu mentálně postižený na **osoba, jedinec s mentálním postižením**. Vyjadřuje se tím skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidé, osobnosti, individuality (Pipeková, 2006).

Každá odborná disciplína třídí své poznatky a zkušenosti do klasifikačních systémů. Využívá se různých kritérií – etiologická, symptomatologická, vývojová, dle stupně postižení.

Klasifikace dle etiologie (Zvolský, 1996).

- **Dědičnost** – intelektové schopnosti dítěte jsou výsledkem průměru intelektového nadání rodičů. Lehká mentální retardace vzniká většinou v důsledku zděděné inteligence a vlivů rodinného prostředí.
- **Sociální faktory** – snížení intelektových schopností je způsobeno sociokulturní deprivací v rodinách nebo v institucionální výchově. Objevuje se v souvislosti se špatnými materiálními a bytovými podmínkami, nestabilními rodinnými vztahy. Tyto faktory jsou většinou příčinou lehké mentální retardace.
- **Další enviromentální faktory** – různá onemocnění a špatná výživa matky během těhotenství, infekční onemocnění dítěte v novorozeneckém období, špatná výživa kojence, úrazy spojené s nitrolebním krvácením, porodní traumata.
- **Specifické genetické příčiny** – dominantně, recesivně podmíněné, chromozomální aberace.
- **Nespecificky podmíněné poruchy** – příčina mentální retardace zůstává neobjasněna asi v 15 až 30% případů.

V současné speciálně pedagogické praxi je nejpoužívanější klasifikace dle stupně mentálního postižení. Lze ji určit srovnáním úrovně schopností mentálně postiženého jedince s normou, pomocí psychologické diagnostiky inteligence. Kvantitativní určení inteligence poskytuje odhad schopností a určuje pozici jedince s mentálním postižením ve vztahu k populační normě, tato hodnota je samozřejmě pouze orientační, nemůže zachytit

celou řadu kvalitativních znaků rozumových schopností. Průměrný výkon má hodnotu IQ 100, hranicí mentálního postižení je IQ 70 (Vágnerová, 2004).

V současné době se používá členění podle desáté decenální revize WHO z roku 1992 s platností od 1. 1. 1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení písmeno F. Oddíl F 70 – F 79 je celý věnován mentální retardaci a toto označení je považováno za základní kód. *„Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí“* (MKN 10, online, cit. 2014-09-30).

A) Druh postižení

F 70-79 Mentální retardace

B) Stupeň postižení

F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50

F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35

F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20

F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

F 78 Jiná mentální retardace Stanovení stupně mentální retardace je nesnadné pro přidružené senzorycké, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus.

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

C) Typ postižení

- Eretický (nepokojný, dráždivý)
- Torpoidní (apatický, netečný, strnulý)
- Nevyhraněný (Zvolský, 1996)

Lehká mentální retardace

U dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let. Vzniká vlivem dědičnosti, sociokulturní deprivace, nedostatku stimulace. Do tří let sledujeme opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, mezi třetím a šestým rokem se projevují nápadnější problémy: malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. Nejvýraznější problémy jsou v období školní docházky: konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza a syntéza, jemná a hrubá motorika lehce opožděna, poruchy pohybové koordinace. V oblasti emocionální se projevuje afektivní labilita, impulsivnost. Tyto osoby se vzdělávají podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole praktické, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace. Je možné zvládnutí jednoduchých učebních oborů, nejčastěji navštěvují odborná učiliště nebo praktické školy. Výskyt lehké mentální retardace v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80%, v celkové populaci 2,6% (Bazalová In: Pipeková, 2006).

Středně těžká mentální retardace

U dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let. Etiologie je často organická, rozvoj myšlení a řeči je výrazně opožděné, což přetrvává do dospělosti. Objevuje se epilepsie, autismus a další neurologické a tělesné potíže. Řeč je jednoduchá, slovník obsahově chudý s jednoduchými větami, často se vyskytují agramatismy. Vývoj jemné a hrubé motoriky bývá zpomalen s celkovou neobratností, nekoordinovaností pohybů a neschopností jemných úkonů. Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole speciální, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace. Další vzdělávání je možné v praktické škole. Pracovní zařazení je nejčastěji pod dohledem nebo v chráněném prostředí. Výskyt středně těžké mentální retardace v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 12%, v celkové populaci 0,4% (Bazalová In: Pipeková, 2006).

Těžká mentální retardace

U dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let. Etiologie často negenetická a genetická. Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku, objevuje se značná pohybová neobratnost s dlouhodobým osvojováním koordinace pohybů, časté somatické vady a příznaky celkového poškození CNS. U některých jedinců je možné osvojení hygienických návyků a sebeobsluhy. Rozvoj komunikačních dovedností je minimální, řeč je jednoduchá, někdy se ani nevytvoří. Afektivní sféra je výrazně narušena s projevy impulsivity, nestálostí nálad a poruchami pozornosti. Tito lidé potřebují celoživotní péči, vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole speciální. Výskyt těžké mentální retardace z celkového počtu jedinců s mentální retardací je 7%, v populaci 0,3% (Valenta, 2003; Vágnerová, 2004).

Hluboká mentální retardace

U dospělých odpovídá mentálnímu věku méně než tři roky. Etiologie je většinou organická. Postižení se projevuje těžkým omezením motoriky se stereotypními automatickými pohyby v kombinaci s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami. Jedinec nepoznává své okolí, většinou není schopen sebeobsluhy, projevuje se výkřiky a grimasy, lze dosáhnout porozumění jednoduchých požadavků. Výskyt hluboké mentální retardace z celkového počtu jedinců s mentální retardací je 1%, v populaci 0,2% (Švarcová, 2006).

3.2 Psychické zvláštnosti osob s mentální retardací

Z hlediska psychických zvláštností tvoří osoby s mentální retardací homogenní skupinu, každý jedinec je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. U většiny z nich se však projevují určité společné znaky, které závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky (Švarcová, 2006).

Vnímání

Bezprostřední vnímání probíhá na základě počitků, vjemů, představ; je vždy výběrové na základě individuální zkušenosti. U zdravého dítěte je proces utváření zkušenosti rychlý, u dětí s mentální retardací je to proces pomalý a probíhá s určitými odchylkami. Podílí se na tom především:

- Zpomalené zrakové vnímání a jeho snížený rozsah – jedinec není schopen pochopit perspektivu, nerozlišuje polostín.
- Nediferencovanost počitků a vjemů – tvarů, předmětů, barev. Silně je porušena diskriminace figury a pozadí, je nutné výrazně odlišit potřebné obrazce od pozadí.
- Inaktivní vnímání – jedinec není schopen vnímat detaily, při změně polohy obrázku již ho nemusí poznat.
- Nedostatečné prostorové vnímání, poruchy hloubky vnímání.
- Snížená citlivost hmatových vjemů.
- Nedokonalé vnímání prostoru a času (Valenta, 2003).

Myšlení a řeč

Myšlení jedince s mentální retardací je příliš konkrétní, bez vyšší abstrakce, s nepřesnostmi a chybami v analýze a syntéze. Myšlení je nedůsledné, značně nekritické s nepřesnými úsudky.

Myšlenky jsou vyjadřovány pomocí slov, řeči, která je u jedinců s mentální retardací často deformovaná. Nedostatky jsou především ve fonematickém sluchu, kdy jedinec hlásky slyší, ale nerozlišuje je nebo pouze nedostatečně. Dále bývá častý problém s artikulací, s celkovým obsahem sdělení, způsobené nedostatečným porozuměním. Jazyková necitlivost se projevuje četnými agramatismy. Vyjádření jsou jednoduchá s krátkými větami, jednoznačnými a konkrétními pojmy (Vágnerová, 2004).

Paměť

Jedinci s mentální retardací si vše nové osvojují pomalu po několikanásobném opakování, naučené rychle zapomínají, pamětní stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí uplatnit v praxi. Lépe si zapamatují vnější znaky předmětů a jevů, nepamatují si

vnitřní logické souvislosti, které často ani nepostihují. Je důležité opakování, využívat rozmanitosti a relaxace při učení všeho nového (Valenta, 2003).

Pozornost

Záměrná pozornost mentálně retardovaných osob vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, snížená schopnost věnovat se více činností. Je pro ni charakteristické, že s vyšší kvantitou výkonu se zvyšuje i počet chyb. Udržení záměrné pozornosti je mnohem kratší dobu než u intaktních vrstevníků, po soustředění musí následovat relaxace (Valenta, 2003).

Emoční prožívání

Nezralost jedince s mentální retardací se projevuje i v mnoha zvláštnostech v emocionální sféře:

- Jsou nedostatečně diferencovány
- Prožitky jsou primitivnější a protikladné
- Téměř neexistují jemné odstíny prožívání
- Jsou neadekvátní k vnějším podnětům
- Jsou opožděné s obtížnějším utvářením vyšších citů
- Častější výskyt chorobných emočních projevů (Pipeková In: Vítková, 2004).

3.3 Metody práce s osobou s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením mají stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé, obecně však platí, čím závažnější mentální postižení, tím je osoba závislejší na svém okolí. Potřeby těchto osob úzce souvisí s metodami práce, které jsou v sociálních službách využívány.

Potřeba stimulace. Pro psychický vývoj je přísun podnětů nezbytný, musí být však přiměřený možnostem mentálně postiženého jedince, dle Vágnerové (2004, s. 259) „... preferují stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci“, nemají potřebu

podnětové proměnlivosti. Důležitá je srozumitelnost, nesrozumitelné informace mohou vyvolávat obranné reakce.

Potřeba učení. Je dána snahou porozumět svému okolí v mezích svých možností. Je důležité brát zřetel na množství poskytovaných informací, je nutné je často opakovat, měly by mít nějaký řád, pravidla, jež umožní jejich snazší zapamatování.

Potřeba citové jistoty a bezpečí. U většiny osob s mentálním postižením je silně vyvinutá, založená na vztahu s blízkými a stabilitě prostředí, v němž žijí. Často přetrvává fixace na rodinu i v dospělosti, bez potřeby osamostatnění se (Vágnerová, 2004).

Potřeba seberealizace. Většinou je závislá na okolí, které jedince směřuje, vede, chválí. „*Spokojí se s dosažením pozitivní odezvy u ostatních, s pochvalou a oceněním, které jim aktuálně potvrzuje jejich vlastní hodnotu*“ (Vágnerová, 2004, s. 296).

Potřeba životní perspektivy. Závisí na schopnosti chápat základním způsobem pojem času, odlišit minulost, přítomnost a budoucnost. Osoby s těžšími formami postižení žijí převážně přítomností.

Uspokojování potřeb přijatelným způsobem může být často obtížné, náročné. Reakce na neuspokojení může být různá v závislosti na postižení a temperamentu jedince, ale většinou je stereotypní pro danou osobu. Schopnost porozumět obecně platným hodnotám a normám, pochopit jejich podstatu, není u osob s mentálním postižením vždy naplněna. Lidé s lehčím stupněm postižení sice obvykle vědí, jak by se měli v běžných situacích chovat, ale nelze od nich pokaždé očekávat standartní reakce. „*Důvodem je odlišné zpracování informací a sklon k jinému způsobu reagování ... mohou mít problémy s hodnocením nových situací i s aplikací běžných pravidel za různých okolností*“ (Vágnerová, 2004, s. 297). I malá změna může způsobit dezorientaci a tím pádem nepřiměřenou reakci. Často chápou pravidla pro danou situaci, ale nedokáží se podle nich chovat, řídí se především emocionálními impulzy.

Asistence patří mezi hlavní metody práce s osobou s mentálním postižením. Asistent dopomáhá při různých schopnostech a dovednostech klienta, které jsou v některých ohledech omezené. Dopomoc je využívána v různých oblastech dle potřeby, jako je

bydlení, péče o domácnost, péče o vlastní osobu, docházka do školy, do zaměstnání (Matoušek, 2010). Asistence je určena dané konkrétní osobě „... reaguje na konkrétní potřeby a může se přizpůsobovat změnám, ... pokud to rozvoj dovedností uživatele umožňuje, postupně dochází ke snižování míry podpory“ (Matoušek, 2010, s. 116). U osob s mentálním postižením spočívá pomoc nejen při praktických činnostech, ale také při organizování aktivit, chápání souvislostí, rizikových situací. Je nutné si uvědomit, že asistent za klienta nerozhoduje, pouze ho informuje tak, aby porozuměl, vysvětluje možné následky a tím dopomáhá k tomu, aby se klient sám rozhodl. Je zde nutná dobrá komunikace, umění vysvětlit a popsat situaci, napojení na klienta, jeho znalost a umění předvídat jeho chování a reakce.

Individuální práce s osobou s mentálním postižením je podobná asistenci, ale navíc cíleně usiluje o dosažení určitých změn v životě uživatele „... aby si klient osvojil specifické dovednosti, jež podle jeho možností a přání zvýší míru jeho samostatnosti“ (Matoušek, 2010, s. 117). Zde je využíván individuální plán se svými dlouhodobým i krátkodobým cílem, na kterém se s klientem pracuje – nakupování, cestování, praní, vaření, hospodaření s penězi. Činnosti, které se člověk učí během života je nutné s osobami s mentálním postižením cvičit, opakovat, rozdělit je na několik menších činností, které je nutné se učit postupně. V případě vaření je hlavní cíl umět vařit, ale dílčím cílem je seznámení se základními potravinami (Jak vypadá obal? Umím přečíst nápis?), umět oloupat brambory, nakrájet cibuli, umět zapnout a vypnout sporák, práce s mixérem atd. Individuální práce je většinou prováděna tak, že z počátku jsou činnosti vykonávány s asistentem, ten neustále popisuje a vysvětluje, pak mohou být činnosti vykonávány za částečné podpory asistenta a nakonec, v případě, že se klient učí dané činnosti dobře, už vykonává danou činnost klient sám pouze za dohledu asistenta. Může dojít i k situaci, kdy se klient je schopen naučit pouze dílčí úkol a nelze postoupit samostatně do dalšího kroku. I to je považováno za úspěch, každý posun v samostatnosti klienta je k jeho prospěchu. Vždy je nutné klienta chválit, povzbuzovat, pracovat v klidu a bez stresu. Metody při individuální práci mohou být různé, záleží na osobnosti klienta, na jeho schopnostech, přáních, na tom co se danému asistentovi osvědčí u konkrétního uživatele (Konkrétní individuální plán uživatele, příloha C).

Rozhovor. Pro navázání kvalitního vztahu s klientem „... je zásadně důležité zvládnout umění rozhovoru. Rozhovor je dorozumívání dvou nebo více osob, sdělování a sdílení pocitů, názorů, zkušeností nebo nadějí.....Jde o to, aby komunikující lidé jeden druhého pochopili, přijali, podepřeli nebo si navzájem poskytli zpětnou vazbu, radu nebo inspiraci“ (Matoušek, 2013, s. 95). Vlastní rozhovor by měl být tvořen převážně otevřenými otázkami, nevhodné jsou otázky sugestivní, profesionál by měl umět formulovat stručně klientovi pocity svými vlastními slovy (Matoušek, 2008). Kromě slovní komunikace současně probíhá **mimoslovní, neverbální komunikace**, kde hraje důležitou roli oční kontakt, odstín hlasu, výraz obličeje, gesta, pozice těla, případně vzájemné dotyky, oblečení a celkový zjev (Matoušek, 2013; Konkrétní individuální plán klienta, příloha D, E).

Skupinová práce je v publikaci O. Matouška (2013, s. 171) definována následovně: „Skupinová sociální práce je metoda sociální práce, která se snaží informovaným způsobem skrze záměrnou skupinovou zkušenost pomáhat jednotlivcům a skupinám uspokojovat individuální i skupinové potřeby a ovlivňovat a měnit osobní a skupinové problémy a problémy organizací a komunit“. Skupinová práce s osobami s mentálním postižením má své výhody i nevýhody. Některým uživatelům nepůsobí dobře pracovat ve skupině, obzvláště s určitými uživateli, může docházet ke vzájemným konfliktům, což ztěžuje práci přítomným pracovníkům. Někdy se uživatelům může zdát, že dostávají méně pozornosti od pracovníků než ostatní, mluví se o tématu, které je nezajímá, dělají se činnosti, které je nebaví. Je na každém pracovníkovi, aby vhodně posoudil jednotlivé osobnosti ve skupině, vhodně vybral činnosti, střídal je, rozděloval, vybíral vhodná témata k rozhovoru, motivoval klienty.

„Přínosem skupiny je možnost sdílení s lidmi, kteří mají podobné zkušenosti, zájmy nebo cíle“ (Matoušek, 2013, s. 172). K pozitivům patří vzájemná komunikace uživatelů, umění mluvit, odpovídat na otázky, neskákat do řeči, respektovat názory ostatních. Mohou zde vznikat přátelské vztahy. Práce ve skupině umožňuje také rozdělení rolí – něco umím já, něco zase ten druhý, tak se vzájemně doplníme při různých činnostech. Je zde poskytována a přijímána pomoc.

Pracovní terapie (ergoterapie) se zaměřuje na rozvoj osoby s mentálním postižením pomocí pracovních činností. „Vychází se z toho, že lidé se rozvíjejí tím, že dělají

nějakou smysluplnou činnost“ (Matoušek, 2010, s. 119). Jde o provádění pracovních úkonů, při kterých dochází neustálým opakováním ke zlepšení a k získání pracovních návyků. Tato metoda je využívána v denních stacionářích, sociálně terapeutických dílnách, v chráněném bydlení, slouží ke zvyšování samostatnosti a možnému přechodu na chráněné pracovní místo s možností zaměstnání třeba jenom na dvě hodiny. Uživatel si připadá užitečný, něčím prospěšný a zároveň dostane patřičné finanční ohodnocení.

Hudební (muzikoterapie), **taneční, výtvarná terapie** (arteterapie) jsou využívány jako podpůrný prostředek v rámci jiných poskytovaných služeb, mají za cíl rozvíjet osobnost člověka a umožnit relaxaci. Tyto aktivity mohou být i jedním ze způsobů trávení volného času, mohou být využity také jako dorozumivací prostředek při vzájemné komunikaci, při vyjadřování svých pocitů. Arteterapie je vhodná k využití při individuálním plánování s obtížně komunikujícím klientem, který neumí vyjádřit své potřeby a pocity. Zde je možné využít koláž, kresbu, vyjádření barvami, modelovací hmotou.

Komunitní podpora, je založena na vytváření komunit, ve kterých žijí osoby se speciálními potřebami společně s lidmi bez postižení. Jde o alternativní službu, která se snaží poskytnout osobám s mentálním postižením plnohodnotný domov, kde společně žijící osoby plní roli asistentů. Je zde dělba práce, dochází k přirozenému rozvoji osob při každodenních činnostech, často je součástí hospodářství s půdou a hospodářskými zvířaty nebo specificky zaměřená dílna. K tomuto typu patří camphillské komunity, kterých je ve světě více než 100, u nás je pouze jedna v Českých Kopistech, která se zaměřuje na výrobu svíček. Pro svoji obživu využívá rozlehlé polnosti, jejichž přebytky jsou rovněž prodávány. Komunita preferuje používání ekologicky šetrných potravin a výrobků (Camphill České Kopisty, online, cit. 2014-08-12).

Péče o osoby s mentálním postižením je zaměřena především na uspokojení základních potřeb, při kterých nemusí být aktivní účast opečovávaných osob. Jsou využívány jednoduché aktivity, jako kreslení, úklid, které vyplňují volný čas, nedochází však k cílenému rozvoji jejich schopností a dovedností (Matoušek, 2010).

3.4 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením

Před rokem 1989 byly služby pro osoby s mentálním postižením omezené především na ústavní péči. Dítě se považovalo za méněcenné, často byli rodiče nabádáni, aby ho odložili do kojeneckého ústavu, byla jim předkládána bezvýhodná prognóza zdravotního stavu – nevidí, neslyší, nebude chodit (Zuckoff, 2004). Tyto děti byly uzavřeny v ústavech, často někde mimo dosah ostatní populace, byl zde mizivý stupeň socializace, spjitost s okolním světem. Stejně tak to bylo i s okolní společností, pokud se vyskytl někdo se speciálními potřebami, byl středem zájmu, protože tyto osoby nebyly tak často viděny v běžném životě (Chvátalová, 2001). Někteří rodiče se přesto nenechali odradit a své dítě si nechali v domácí péči, pracovali dle svých možností na jeho rozvoji, podporu jim v té době poskytovalo **Sdružení pro pomoc mentálně postiženým**. Toto sdružení bylo podporou především pro rodinu osob s mentálním postižením, pořádalo besedy, setkání, kroužky, výlety.

Po revoluci na začátku devadesátých let minulého století se situace začala měnit, vznikaly nové služby, dochází ke změně koncepce sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Dochází k **transformaci sociálních služeb** se zaměřením na smysluplné vyplnění volného času, rozvoj dovedností uživatelů, snaha o zvyšování jejich samostatnosti a socializaci. Již v roce 1992 zprovoznila Společnost Duha chráněné bydlení, od roku 1995 začal rozvoj podporovaného zaměstnávání některými organizacemi (Matoušek, 2010). Vychází se z předpokladu, že většina osob s mentálním postižením by se mohla uplatnit, kdyby jim byly vytvořeny přiměřené podmínky (Matoušek, 2008).

V současné době je snaha o maximální začlenění osob se speciálními potřebami do společnosti, dle individuálních potřeb každého jedince. Převažuje snaha o zlepšení **kvality života** osob s mentálním postižením, která se hodnotí porovnáním jeho způsobu života se situací vrstevníka bez postižení žijícího v přirozeném společenství. Tento způsob hodnocení byl směrodatný i při vytváření Standardů kvality sociálních služeb (Matoušek, 2010).

Kvalita života je definována ve „Slovníku sociální práce“ jako „... *kritérium k hodnocení efektivity sociální péče, ... opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví,*

sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost“ (Matoušek, 2008, s. 92). Ideální představou je, aby osoby s mentálním postižením žily v místním společenství stejným způsobem jako ostatní osoby bez postižení, což souvisí s dosažením maximální možné samostatnosti uživatelů. Sociální služby neřídí život uživatelů, ale pomáhají, podporují pouze v nutné míře, aby nedocházelo k závislosti na daných službách. Sociální služby mají směřovat k integraci uživatelů do společnosti, na základě jejich individuálních potřeb je jim poskytována přiměřená podpora (Matoušek, 2010). Venglářová (2013) zdůrazňuje, že je nutné zohlednit v oblasti kvality života osob s mentálním postižením i sexuální stránku, která je jejich přirozeným projevem. I zde se musí přihlídnout na specifika související s psychickými zvláštnostmi těchto osob a se stupněm postižení.

V současné době je dospělým osobám s mentální retardací nabízena široká škála sociálních služeb, které umožňují poskytnutí podpory ve všech oblastech života – práce, bydlení, volný čas (Matoušek, 2010).

Dle § 37 zákona o sociálních službách je poskytováno **základní a odborné sociální poradenství**, které je bezplatné. Základní poradenství patří mezi povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, odborné poradenství má zaměření dle okruhů jednotlivých sociálních skupin a je poskytováno na příslušných místech v poradnách. V rámci základního poradenství jsou poskytovány základní informace v oblasti sociální, zdravotní, právní, bytové, využívání kompenzačních pomůcek a aktivní využívání volného času.

Osobní asistence je definovaná v § 39 zákona o sociálních službách, služba je poskytována dle konkrétních potřeb klienta převážně v jeho přirozeném prostředí, napomáhá k soběstačnosti a plnohodnotnému zapojení do běžného života. Umožňuje žít uživateli v přirozeném prostředí, zvládat každodenní činnosti, navazovat společenské kontakty, realizovat zájmy a potřeby (Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, online, cit. 2014-08-12).

Podpora samostatného bydlení dle § 43 je na rozdíl od chráněného bydlení terénní službou, kde je poskytována podpora v přirozeném prostředí klienta, v jeho domácnosti

a umožňuje mu zvládat nároky samostatného bydlení. Asistenti přichází dle dohodnutých termínů do domácího prostředí klienta a pomáhají mu pracovat na cílech, které byly stanoveny při uzavření smlouvy. Je to například úklid a udržování pořádku v domácnosti, plánování nákupů, samostatný nákup, péče o prádlo, jednoduchá příprava teplé stravy, samostatné cestování, komunikace s okolím, řešení rizikových situací, ovládání mobilního telefonu, počítače. Patří sem také doprovody k lékařům, na úřady, do kulturních zařízení (Společnost DUHA, online, cit. 2014-08-12). „*Velmi záleží na kvalitě poskytované asistence – asistent by měl dodržovat základní pravidla jako je nerozhodovat za uživatele, nedělat za něj, co může udělat sám, nemanipulovat apod.*“ (Matoušek, 2010, s. 124).

Odlehčovací služby poskytované osobám s mentálním postižením umožňují odpočinek pečující osobě, dle § 44 jsou poskytovány formou ambulantní, terénní nebo pobytovou. Uživatelé vzhledem ke svému postižení nemohou zůstat samostatně ve svém domácím prostředí bez pomoci jiné fyzické osoby. Pobytová služba je většinou sjednávána maximálně na dobu tří měsíců. Podpora je poskytována ve všech potřebných oblastech, dle přání klienta mohou asistenti rozvíjet výchovně vzdělávací činnosti i sociálně terapeutické v rámci možností jedince.

Denní stacionáře a týdenní stacionáře jsou upraveny v zákoně § 46 a § 47, umožňují využití širokého spektra činností, které umožňují klientům aktivně trávit svůj volný čas, setkávat se s ostatními klienty a přáteli mimo svůj domov. Mohou sem docházet na celý den nebo až v odpoledních hodinách po svém zaměstnání (Matoušek, 2010). Využívají se různé výtvarné činnosti, zdokonalování se při práci s počítačem, uživatel má možnost se zdokonalovat i v činnostech, které jsou využitelné v praktickém životě (psaní, nakupování, úklidové činnosti, péče o prádlo). V rámci denního stacionáře je možná účast i na různých aktivitách jako jsou masáže, plavání, výlety, představení a jiné společenské akce.

Chráněné bydlení je dle paragrafu § 51 sociální služba pobytová, která může mít formu skupinového nebo samostatného bydlení. Chráněné bydlení má zajistit pro klienty důstojné a bezpečné prostředí chráněného bytu, podporovat je ve snaze prožívat svůj život aktivně a zachovávat si lidskou důstojnost a sociální vazby, pomáhat jim s vytvářením, upevňováním a rozvíjením sociálních návyků a jiných potřebných

dovedností. V rámci této služby dochází do bytů organizace (které jsou většinou v běžné zástavbě) asistenti, kteří pomáhají uživatelům s každodenními činnostmi dle individuální potřeby, někdy je to 24 hodin denně, jindy stačí kratší doba. Často tito uživatelé navštěvují během dne nějakou jinou ambulantní službu a do bytů přichází až v odpoledních hodinách, kde se snaží přizpůsobit běžnému chodu domácnosti. Asistenti vedou uživatele k samostatnosti i v této sociální službě. Důležitým prvkem zde je bydlení společně s intaktní společností v rámci jednoho domu, umět s lidmi komunikovat, nevyvolávat konflikty, dodržovat pravidla domu (úklidy, odklizení sněhu v zimě, dodržování nočního klidu, zamykání vchodových dveří apod.). Uživatelé si nemohou sami vybírat, kdo s nimi bude v bytě bydlet, ale je v zájmu organizace obsadit byty tak, aby spolu uživatelé vycházeli v dobrém.

Sociálně terapeutické dílny jsou podle § 67 zákona o sociálních službách ambulantní služby pro osoby, které nemohou být vzhledem ke svým specifickým potřebám umístěny na běžném ani chráněném trhu práce, prostřednictvím sociálně pracovní terapie jsou zdokonalovány pracovní návyky a dovednosti. Cílem této sociální služby je rozvíjení jedince v pracovní oblasti a jeho případný posun na otevřený nebo chráněný trh práce. *„Pro ty klienty, kteří nemohou postoupit na další úroveň, mohou sociálně terapeutické dílny představovat prostor, kde lze smysluplně provozovat pracovní činnosti, které sice neuplatní ani na chráněném nebo na otevřeném trhu práce, avšak umožňují jistou seberealizaci v rámci maximální možné aktivace pracovního potenciálu člověka“* (Sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny, online, cit. 2014-09-03)

V rámci sociálně terapeutických dílen jsou využívány různé tréninkové dílny (kavárna, pekárna), úklidové, zahradnické činnosti, textilní, keramické, údržbářské, rukodělné dílny a další jiné aktivity (Centrum Arpida, online, cit. 2014-08-14).

Podporované zaměstnávání je *„... časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí, tj. na otevřeném trhu práce. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou a průběžně poskytovanou podporu před i po nástupu do práce“* (Česká unie pro podporované zaměstnávání, online, cit. 2014-08-23). Přímo na pracovišti probíhá trénink pracovních dovedností, seznamování

se s kolektivem, který je časově omezen. Pak již musí být hrazeny asistence z vlastních zdrojů.

Chráněná dílna je pracoviště zaměstnavatele vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Provozování chráněných dílen bylo platné do roku 2011, k 1. 1. 2012 došlo k transformaci chráněných dílen na chráněná pracovní místa.

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce, musí být provozováno po dobu nejméně tří let ode dne podepsání dohody. Podrobně jsou možnosti zaměstnávání popsány v zákoně o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. a jeho novele č. 367/2011 Sb., chráněné pracovní místo je specifikováno v § 75 tohoto zákona (Česká unie pro podporované zaměstnávání, online, cit. 2014-08-23).

4 Praktická část

Součástí diplomová práce „Standardy kvality sociálních služeb se zaměřením na individuální plánování s klientem s mentálním postižením“ je realizace výzkumu ve třech zařízeních sociálních služeb z pohledu klíčových pracovníků.

Před přijetím zákona o sociálních službách, byla péče klientům v sociálních zařízeních poskytována především skupinovou formou, jednotným způsobem, s charakterem rutinně vykonávaných úkonů. V současné době je kladen důraz na individuální plánování, jež je základem pro práci a poskytování úkonů péče v sociálních službách. Proces individuálního plánování je specifikován v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhlášce č. 505/2006 Sb. a dále ve standardech kvality sociálních služeb jednotlivých sociálních zařízení. Tato legislativní opatření zajišťují individuální přístup a péči o klienty, zohledňují individualitu jedince, usilují o systematické a cílené plnění jejich očekávání. Z přijatého zákona vyplývá povinnost zjišťování potřeb klientů už při podpisu smlouvy o sociální službě, individuální plánování s klientem, vedení dokumentace. Většina zařízení sociálních služeb má vytvořené speciální metodiky, které vedou klíčové pracovníky při individuálním plánování, obsahují přesné postupy, příklady, specifika pro jednotlivé skupiny osob se kterými se individuální plány tvoří.

Dalším bodem v individuálním plánování je samotná realizace individuálních plánů s klienty, naplňování cílů, jejich revize. Pokud probíhá individuální plánování v organizaci dle zákona a metodik, mělo by být přínosem pro klienta, organizaci i samotné zaměstnance. Při plánování je nutná neustálá aktivita, zkoumání, hodnocení, hledání nových přístupů, vyžaduje plné nasazení zaměstnanců, jejich vzájemnou spolupráci, sjednocený postup pracovního týmu. Individuální plánování je nepřetržitý proces, který v případě dodržení stanovených postupů umožňuje růst a rozvoj zařízením sociálních služeb jako celku. Významnou roli zde má vedení jednotlivých organizací, aby dokázalo zaujmout a motivovat zaměstnance k procesu individuálního plánování, oceňovalo, povzbuzovalo a vytvářelo vhodné podmínky pro realizaci. Důležité je, aby pracovníci pochopili záměr a smysl zjišťování potřeb při tvorbě individuálních plánů, aby uměli využívat vhodné metody a techniky, znali správné postupy řešení, měli oporu ze strany vedení organizací. Nežádoucí je formální plnění individuálních plánů,

vyhotovení plánu bez přítomnosti klienta, negativní postoj ze strany klíčových pracovníků, který se přenáší na samotné uživatele. Další překážkou v procesu individuálního plánování může být nevhodné prostředí, nedostatek časového prostoru, nekomunikující nebo nespolupracující klient.

Výzkumná práce zohledňuje nejčastější překážky, které mohou nastat při individuálním plánování, postoje klíčových pracovníků k realizaci celého procesu i pozitivní přínos, který má individuální plánování na všechny zúčastněné – uživatel, klíčový pracovník, organizace poskytující sociální služby.

4.1 Cíl výzkumné činnosti a hypotézy

Hlavní cíl výzkumné části diplomové práce je vymezen následovně:

Přínos individuálního plánování s klienty s mentálním postižením pro klíčové pracovníky v sociálních službách ve vybraných zařízeních.

Dílčí cíle výzkumné činnosti

Hlavní cíl je rozpracován v dílčích výzkumných otázkách:

- 1.** Mají klíčoví pracovníci ve vybraných zařízeních sociálních služeb dostatek informací o tom, jak správně tvořit individuální plán s osobou s mentálním postižením?
- 2.** Jsou každodenní činnosti klíčových pracovníků pozitivně motivovány tvorbou a realizací individuálního plánování s osobou s mentálním postižením?
- 3.** Jsou zajištěny vnější podmínky a dostatek času pro individuální plánování ve vybraných zařízeních?
- 4.** Je možné v případě konfliktu či nespokojenosti ze strany klienta požádat o změnu klíčového pracovníka?

Stanovené výzkumné hypotézy

Na základě výzkumných otázek, byly stanoveny následné výzkumné hypotézy:

Hypotéza č. 1: Předpokládá se, že všichni klíčoví pracovníci mají dostatek informací k tomu, jak tvořit a realizovat individuální plán s klienty s mentálním postižením (otázka číslo 6, 7, 8, 11, 14, 15, 20, 23).

Hypotéza č. 2: Předpokládá se, že více jak polovina klíčových pracovníků má pozitivní motivaci pro tvorbu a realizaci individuálních plánů s osobou s mentálním postižením (otázka číslo 9, 10, 12, 13, 22).

Hypotéza č. 3: Předpokládá se, že více jak polovina klíčových pracovníků nemá vytvořené dostatečné vnější podmínky k tvorbě individuálních plánů (otázka číslo 19, 21).

Hypotéza č. 4: Předpokládá se, že v případě nespokojenosti či krizové situace mezi klientem a klíčovým pracovníkem, může klient požádat o změnu klíčového pracovníka (otázka číslo 16, 17, 18).

4.2 Metodologie výzkumu

Empirická část je zpracována na základě kvantitativního výzkumu s využitím kvantitativních metod a technik. Na základě stanovených proměnných byly definovány hypotézy, které byly následným dotazníkovým šetřením ověřovány (Skutil, 2011).

Kvantitativní výzkumné metody:

- **Dotazník vlastní konstrukce** s uzavřenými, polouzavřenými otázkami (dichotomické, trichotomické, výběrové polytomické) a jednou otevřenou otázkou

Dotazník vlastní konstrukce autorky měl celkem 30 otázek, které se zaměřovaly na průběh individuálního plánování s klientem s mentálním postižením, na legislativní

informovanost klíčových pracovníků vzhledem k problematice, znalost elementární metodiky organizace, vnitřní motivaci a znalost významu realizace individuálního plánování pro klienta. Před uskutečněním samotného šetření byla provedena **pilotní studie**, která ověřila srozumitelnost a kvalitu dotazníku v praxi, na náhodně vybraném vzorku formou losování (6 respondentů) z organizace Centrum služeb Slunce všem, o.p.s., Unhošť. Na základě pilotní studie byl dotazník přehodnocen a následně zkrácen, některé otázky se ukázaly jako nedostatečně srozumitelné nebo nepodstatné pro sledovaný cíl výzkumné práce. Celkem měl upravený výzkumný dotazník **23 otázek**. Byl předložen v počtu 103 kusů klíčovým pracovníkům ve vybraných zařízeních poskytující služby sociální péče osobám s mentálním postižením. Z celkového počtu 103 předaných dotazníků respondentům se vrátilo 94 vyplněných dotazníků, které sloužily jako podklad pro vlastní výzkumné šetření.

Z celkového počtu otázek výzkumného dotazníku bylo jedenáct otevřených, jedenáct uzavřených a jedna otevřená. Výhodou dotazníkového šetření je možnost provést výzkumné šetření u většího počtu osob v krátkém čase. Dotazník je anonymní, respondenti mohou otevřeně psát své odpovědi a názory, mají čas na přemýšlení. Nevýhodou však může být nepochopení otázky v dotazníku, případně nepravdivé odpovědi nebo snaha vykreslit situaci v lepším světle, než je realita. K dotazníku byl přiložen vysvětlující dopis, který respondentům objasňoval účel výzkumu i způsob, jakým mají odpovídat na otázky (Dotazník, příloha F).

4.3 Výběr výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek klíčových pracovníků, kteří se podílejí na individuálním plánování s osobou s mentálním postižením, byl vybrán s cílem maximální objektivnosti výzkumu, výběr byl záměrný. Byly osloveny tři organizace poskytující sociální služby osobám s mentálním postižením, z nichž dvě jsou neziskovými organizacemi – Centrum služeb Slunce všem, o.p.s. Unhošť a Handicap centrum Srdce, o.p.s. Poděbrady, dále příspěvková organizace Středočeského kraje Zahrada Kladno.

Centrum služeb Slunce všem, o.p.s. je organizace, která poskytuje devět sociálních služeb a rovněž zaměstnává osoby se zdravotním postižením na chráněných pracovních

místech. Klientům s mentálním postižením jsou nabízeny následující sociální služby: denní stacionář, sociálně terapeutická dílna, chráněné bydlení, odlehčovací služby, osobní asistence, sociálně aktivizační služby a sociální poradenství. V této organizaci bylo 24 klíčových pracovníků (Centrum služeb Slunce všem, online, cit. 2014-10-23).

Handicap centrum Srdce, o.p.s. nabízí komplex služeb určený osobám se zdravotním postižením a především osobám s mentálním postižením. Těm je k dispozici sociálně terapeutická dílna, denní stacionář, týdenní stacionář, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení. V zařízení se podílí na individuálním plánování 28 klíčových pracovníků (Handicap centrum Srdce, online, cit. 2014-10-23).

Zahrada Kladno je zařízení s kapacitou 170 klientů. Poskytuje následující služby: sociálně terapeutické dílny, denní stacionář, týdenní stacionář, chráněné bydlení a domov pro osoby se zdravotním postižením. Celkový počet klíčových pracovníků v Zahradě Kladno je 51 (Zahrada Kladno, online, cit. 2014-10-23).

Celkem byl k dispozici **výzkumný vzorek** o velikosti **103 respondentů**, kteří jsou klíčovými pracovníky osob s mentálním postižením.

Každé z oslovených sociálních zařízení je specifické svým přístupem k osobám s mentálním postižením, všechny tři poskytují sociální služby dle standardů jednotlivých sociálních služeb a v konceptu individuálního plánování zaměřeného na uživatele služeb.

Přímou práci s klienty v těchto zařízeních vykonávají pracovníci v sociálních službách, sociální pracovníci, pedagogičtí pracovníci. Zahrada Kladno zaměstnává i zdravotnický personál.

4.4 Místo výzkumu a časový harmonogram

V rámci **předvýzkumu** byla realizována návštěva všech tří sociálních zařízení, následně konkrétní domluva termínů a způsobu realizace s vedoucími pracovníky v daném zařízení. Vlastní dotazníkové šetření probíhalo ve všech třech zařízeních sociálních služeb Centrum služeb Slunce všem, o.p.s. Unhošť, Handicap centrum Srdce, o.p.s. a

Zahrada Kladno, poskytovatel sociálních služeb. Vedoucí pracovníci informovali zaměstnance o probíhající výzkumném šetření a jeho účelu, následně byl předán autorkou výzkumu **informační dopis** přítomným respondentům s vysvětlením a prosbou o vyplnění dotazníku a vrácení v určitém termínu (Gavora, 2000). Zaměstnancům, kteří nebyli přítomni, předal dotazník příslušný vedoucí. Ve všech sociálních zařízeních byl shledán vstřícný přístup ze strany vedení i zaměstnanců. Dotazník byl předán všem klíčovým pracovníkům v počtu 103 kusů.

Před uskutečněním samotného šetření byla provedena **pilotní studie**, která ověřila srozumitelnost a kvalitu dotazníku vlastní konstrukce v praxi, na náhodně vybraném vzorku formou losování (6 respondentů) z organizace Centrum služeb Slunce všem, o.p.s., Unhošť.

Časový harmonogram sběru dat

Tabulka 1: Časový harmonogram

Předvýzkum ve všech zařízeních	květen - červen 2014
Výzkumné šetření formou dotazníku	září - říjen 2014
Vyhodnocení výzkumné části	listopad – prosinec 2014
Zpracování výzkumného šetření	leden – únor 2015

Zdroj: vlastní – výzkumné šetření

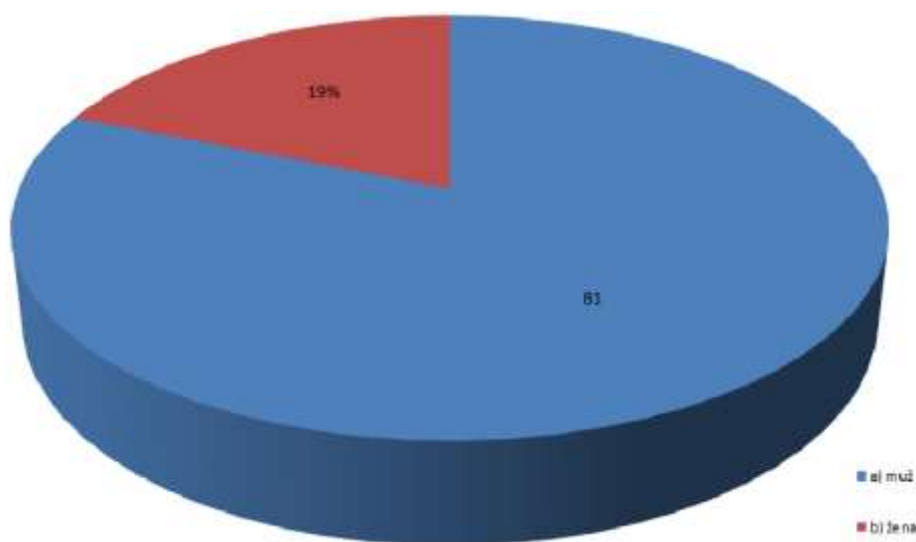
4.5 Vlastní výzkumné šetření

Celkem bylo ve všech třech organizacích rozdáno 103 dotazníků. Vrátilo se vyplněných zpět 94 dotazníků, návratnost byla 91%. Konkrétně zkoumaný **výzkumný vzorek N tvoří 94 respondentů** ze tří různých zařízení sociálních služeb, kteří jsou klíčovými pracovníky a podílí se na individuálním plánování s osobou s mentálním postižením.

Z celkového počtu otázek výzkumného dotazníku bylo jedenáct otevřených, jedenáct uzavřených a jedna otevřená. Ke zpracování dotazníku byla zvolena univariační analýza. Jednotlivé otázky byly analyzovány podle konkrétních odpovědí, respondenti zodpověděli všechny otázky. Získaná data byla vyhodnocena a procentuálně zanesena do **výsečových grafů**. Veškeré grafy v praktické části jsou výsledkem výzkumného šetření autorky diplomové práce, proto se u nich uvádí, že se jedná o vlastní zdroj.

Otázka 1: Jste muž nebo žena?

Graf 1: Zastoupení mužů a žen

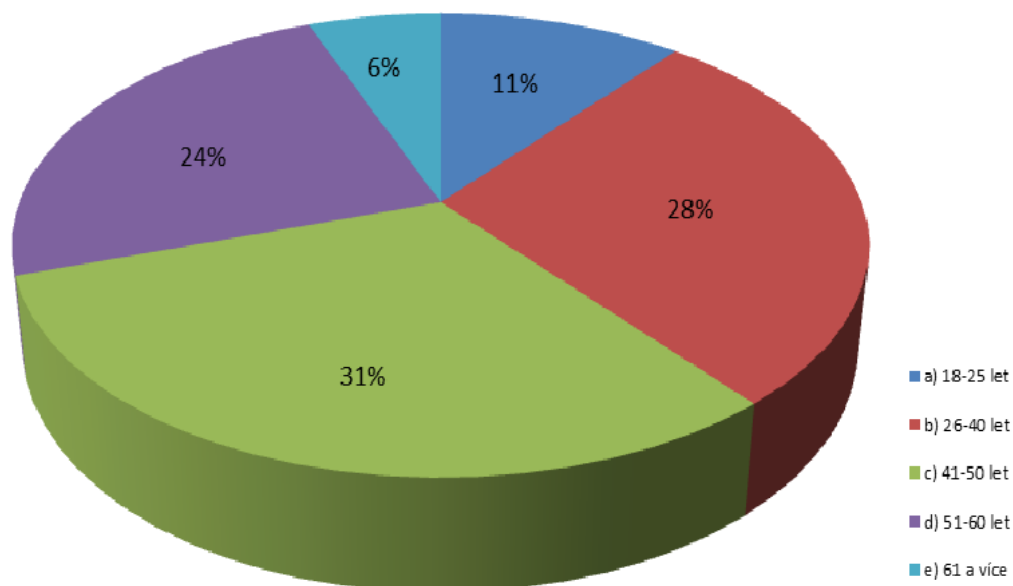


Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Z celkového počtu 94 respondentů, tvoří 81% ženy, mužů bylo pouhých 18, tedy 19%. Výsledek mapuje situaci v konkrétních třech zařízeních sociálních služeb, s nízkým zastoupením mužů. Muži jsou v těchto profesích nezastupitelní, mnozí klienti pozitivně reagují na muže, podílí se s nimi na údržbářských činnostech, jezdí na ozdravné pobyty. K situaci nízkého zastoupení mužů v těchto konkrétních zařízeních, negativně přispívá nízké finanční ohodnocení, které je obecně v sociálních službách.

Otázka 2: Váš věk?

Graf 2: Věk respondentů

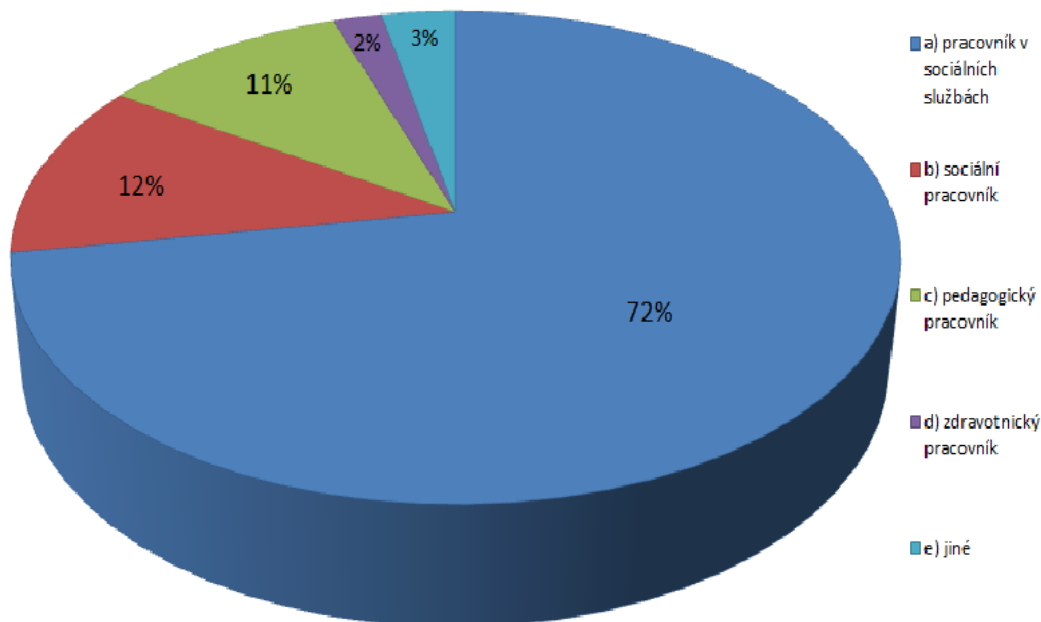


Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Graf ukazuje, že ve věkovém rozmezí 26 - 40 let je 28% osob, ve věku 41 – 50 let 31 % osob, věk 51 – 60 let uvedlo 24% respondentů. Mladá generace ve věku 18-25 let je zastoupena 11%, respondenti ve vyšším věku 61 a více let tvoří 6% z celkového počtu dotazovaných. Více než polovina respondentů je ve zralém středním věku.

Otázka 3: Na jaké pracovní pozici pracujete?

Graf 3: Pracovní pozice respondentů



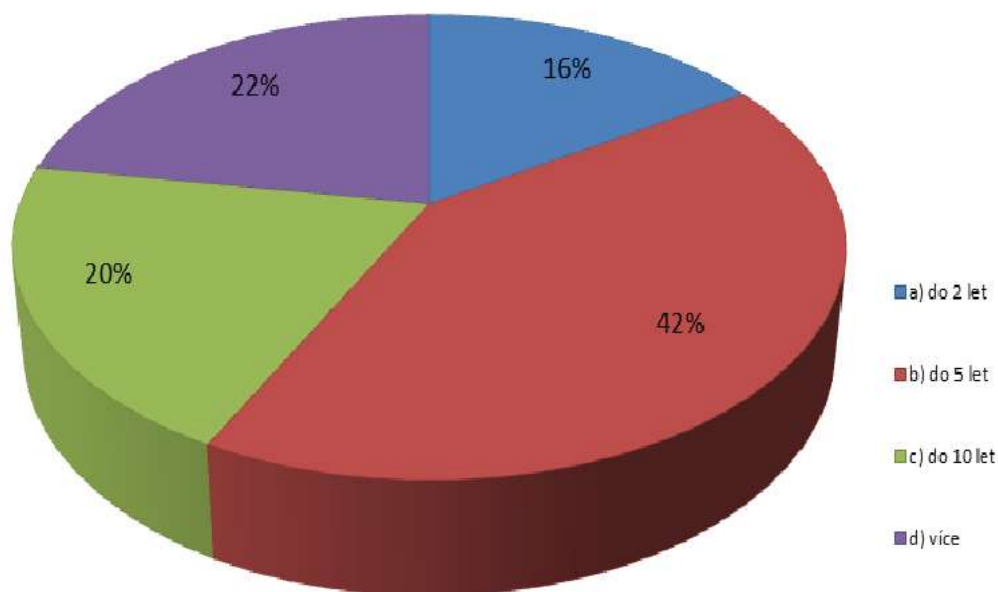
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Většina dotázaných 72%, pracuje na pozici pracovníka v sociálních službách. Vykonávají tedy přímou obslužnou péči dle stanovených úkonů péče pro daný druh sociální služby, podílí se na každodenní činnosti s klienty, znají jejich projevy, potřeby a přání. Na pozici sociálního pracovníka pracuje 12% respondentů. Sociální pracovník může být v přímé péči s klienty, ale není to podmínkou. Některá organizace využívá tyto zaměstnance pouze k plnění administrativních činností, k doprovodu klientů na úřady, jednání s rodiči, opatrovníky, zájemci o konkrétní službu, k poradenské činnosti. Zařazení pedagogický pracovník uvedlo 11% dotázaných, v zařízeních sociálních služeb pracují tito respondenti jako výchovní pracovníci, často mají speciálně pedagogické zaměření, které uplatňují při práci s klienty s mentálním postižením. Pracovní zařazení zdravotnický pracovník uvedlo 2% respondentů, 3% napsalo jiné pracovní zařazení, ve kterém pracují jako údržbáři, řidiči, kuchaři, jsou rovněž klíčovými pracovníky, na základě absolvování kurzu pracovníka v sociálních službách.

Otázka 4: Jak dlouho pracujete s cílovou skupinou (osoba s mentálním postižením)?

Otázka 4 nepřímo souvisí s Hypotézou č. 1 a Hypotézou č. 2.

Graf 4: Délka pracovního působení



Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Zaměstnanci uvedli, že 16% z nich pracuje s osobami s mentálním postižením maximálně dva roky, 42% uvedlo, že s cílovou skupinou pracují v rozmezí 2-5 let. Celkem 20% respondentů odpovědělo 5-10 let. Vysoký počet zaměstnanců 22%, pracuje s cílovou skupinou více jak deset let. Zde někteří uvedli konkrétní počet roků, nejvíce to bylo 25 let, nejméně 12 let. Většinou se počet odpracovaných let v této oblasti pohyboval mezi 13 až 16 roky. Delší doba, po kterou jsou klíčoví pracovníci v kontaktu s klienty s mentálním postižením, umožňuje získávat dostatek zkušeností, může však způsobit i ztrátu motivace, upřednostnění rutinního výkonu činností.

Otázka 5. Kolika osobám děláte klíčového pracovníka?

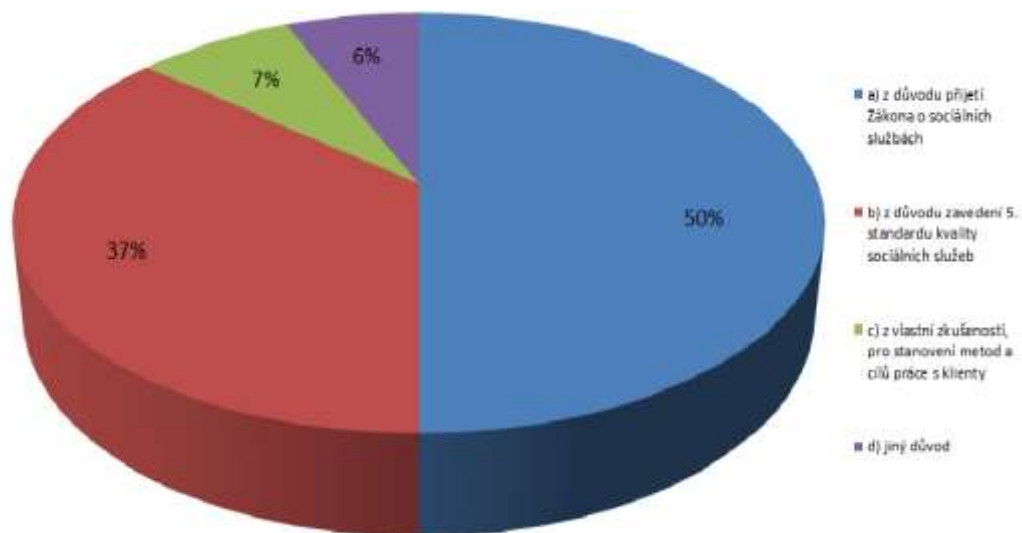
Otázka 5 nepřímo souvisí s Hypotézou č. 2.

Zde uváděli respondenti konkrétní počty osob, kterým jsou klíčovými pracovníky. Nejvyšší počet klientů na jednoho klíčového pracovníka byl 19 osob, nejmenší 2 osoby. V průměru vychází 8 klientů na jednoho klíčového pracovníka. Vysoké počty klientů na jednoho klíčového pracovníka mohou způsobit nadměrnou zátěž, časový stres, není dostatek času na tvorbu a realizaci hodnotných individuálních plánů. Konkrétní doporučení, kolik má mít klíčový pracovník klientů nejsou nikde uváděny, je na každé organizaci, aby zvažila únosnost a možnost efektivní realizace individuálních plánů.

Otázka 6: Proč jste začal/a užívat metodu individuálního plánování s klienty?

Otázka 6 přímo souvisí s Hypotézou č. 1.

Graf 5: Důvod užití metody individuálního plánování



Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

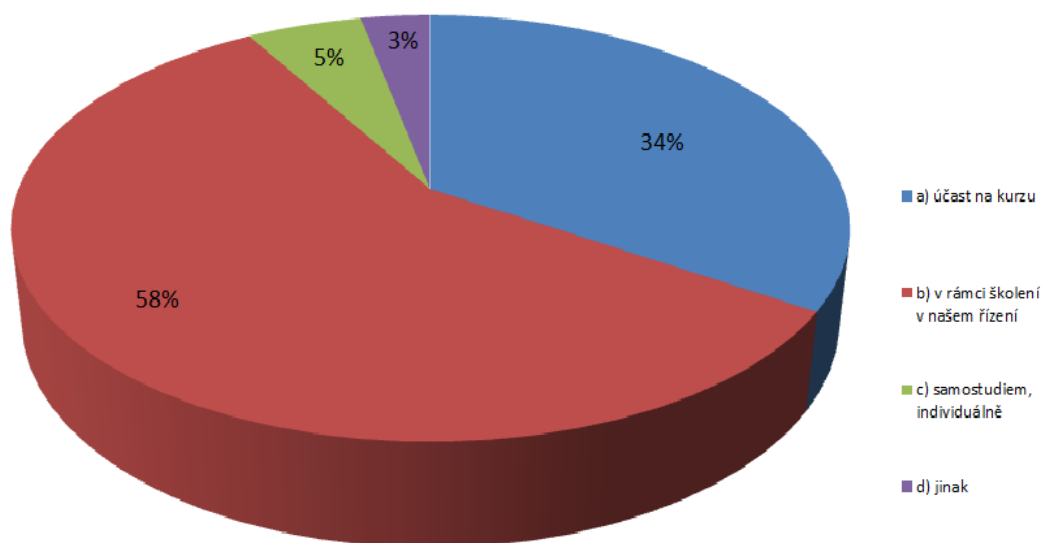
Důvod proč užívají respondenti metodu individuálního plánování, je v polovině případů přijetí zákona o sociálních službách, v 37% případů byl uveden jako důvod 5. standard

kvality sociálních služeb. Klíčoví pracovníci v 87% odpovědí uvedli, že mají v povědomí základní legislativní normy, závazné pro poskytování sociálních služeb. 7% respondentů uvedlo, že používají metodu individuálního plánování z důvodu vlastních zkušeností, 6% uvedlo jiné důvody. V konkrétních odpovědích uvedli: „Patří to mezi mé povinnosti. Musím to dělat. Děláme to na základě pokynů nadřízeného. Rozhoduje o tom nadřízený“.

Otázka 7: Kde jste se naučil/a individuálně plánovat?

Otázka 7 přímo souvisí s Hypotézou č. 1.

Graf 6: Zdroje informací



Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

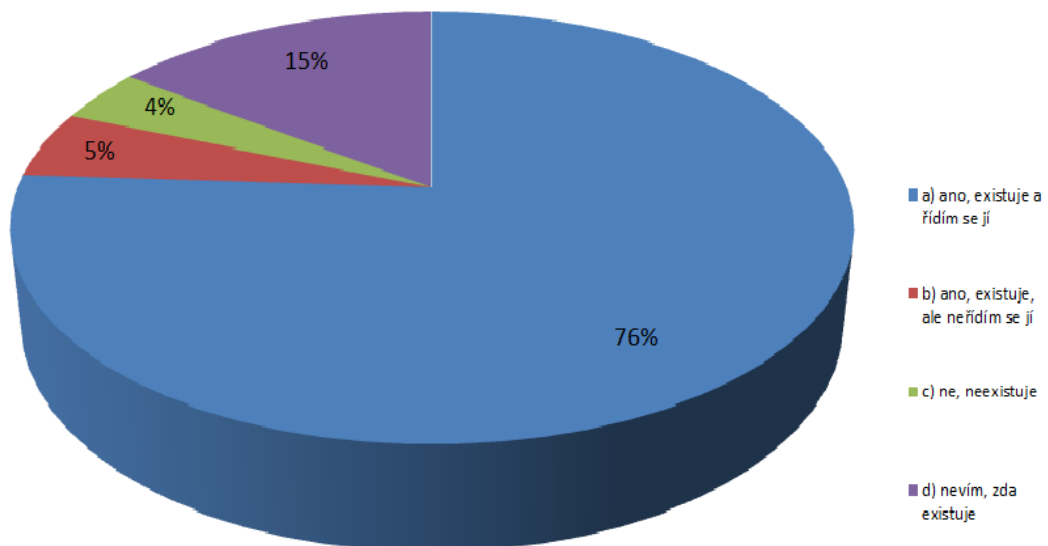
Účast na kurzu uvedlo 34% respondentů, školení v rámci zařízení sociálních služeb 58%. Samostudium uvedlo 5% klíčových pracovníků, 3% z dotázaných se individuálně plánovat naučili jiným způsobem. Byly zde uvedeny odpovědi: „Nikde. Zkušenosti z praxe. Dřívější praxe ve školství“. Celkem 92% dotázaných se zúčastnilo kurzu nebo

školení ve své organizaci, k individuálnímu plánování. Je povinností každé organizace v sociálních službách, vzdělávat své zaměstnance v rozmezí 24 hodin ročně.

Otázka 8: Existuje ve vašem zařízení metodika ke zpracování individuálního plánu a řídíte se jí?

Otázka 8 přímo souvisí s Hypotézou č. 1.

Graf 7: Metodika k individuálnímu plánování



Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

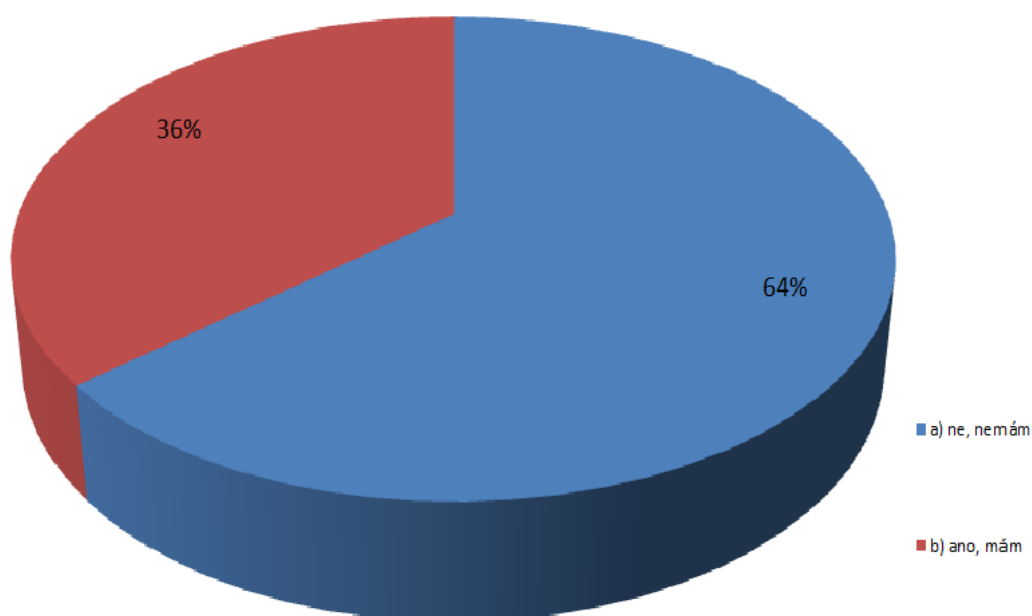
V odpovědích uvedlo 76% dotázaných, že existuje v jejich organizaci metodika k individuálnímu plánování, kterou využívají. Celkem 5% respondentů potvrdilo, že metodika existuje, ale oni se jí neřídí, 4% odpovědí popřelo existenci metodiky a 15% dotázaných neví, zda je metodika v jejich organizaci. Z uvedeného vyplývá, že téměř jedna čtvrtina respondentů 24% neví, zda metodika existuje nebo ji vědomě nevyužívá k individuálnímu plánování s klienty s mentálním postižením. Metodika slouží jako návod, pomoc ke správnému plánování, zohledňuje specifika daných organizací,

usnadňuje orientaci pro klíčové pracovníky. Je zákonnou povinností vedení organizace seznamovat zaměstnance s legislativou a interní metodikou.

Otázka 9: Máte nějakou vnitřní motivaci k individuálnímu plánování s klienty?

Otázka 9 přímo souvisí s Hypotézou č. 2.

Graf 8: Vnitřní motivace klíčových pracovníků



Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

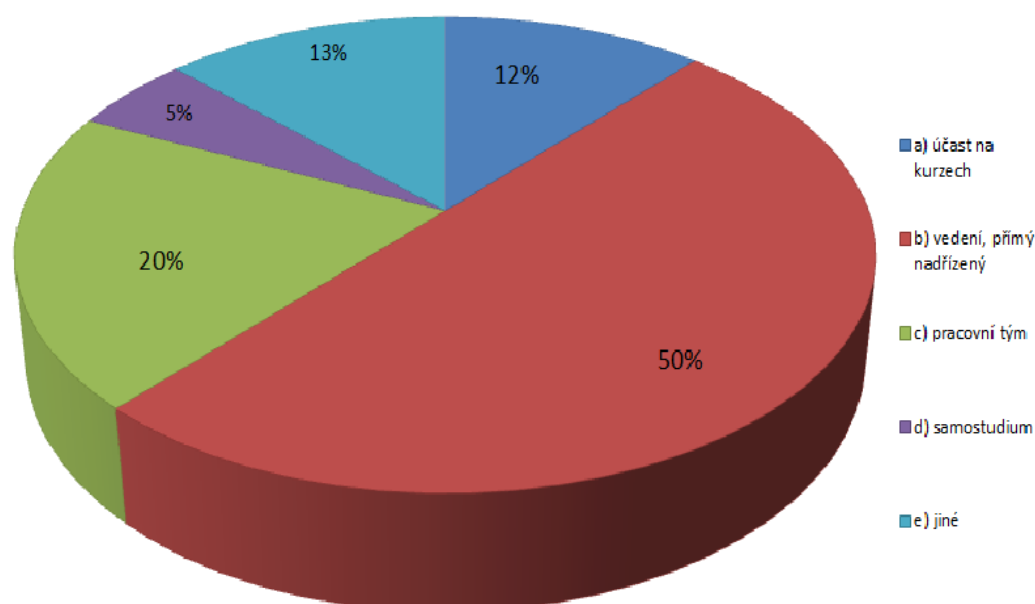
Na otázku odpovědělo 64% dotázaných záporně, nemají vnitřní motivaci k individuálnímu plánování s klienty. Tato skutečnost může negativně působit na samotné klíčové pracovníky i na klienty. Kladně odpovědělo 36% respondentů, někteří napsali i konkrétní pohnutky. Často se objevovalo „*uspokojení potřeb klienta*“ nebo „*zlepšení schopností a dovedností klienta*“. Mezi další odpovědi patřilo: „*Každý jedinec je jiný, potřebuje individuální přístup, proto je potřeba individuální plán*“. Dále: „*Díky individuálnímu plánování lépe poznám klienta, mohu mu poskytnout lepší službu, která je zaměřená na konkrétního klienta*“, nebo „*Sleduji pokroky klientů, jejich větší*

samostatnost. Bližší spolupráce s klientem a rodiči“. Je v zájmu vedení organizace motivovat své zaměstnance k zákonným činnostem, které následně vedou ke zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb.

Otázka 10: Co pozitivně působí na Vaši vnitřní motivaci individuálně plánovat?

Otázka 10 přímo souvisí s Hypotézou č. 2.

Graf 9: Pozitivní působení na vnitřní motivaci



Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

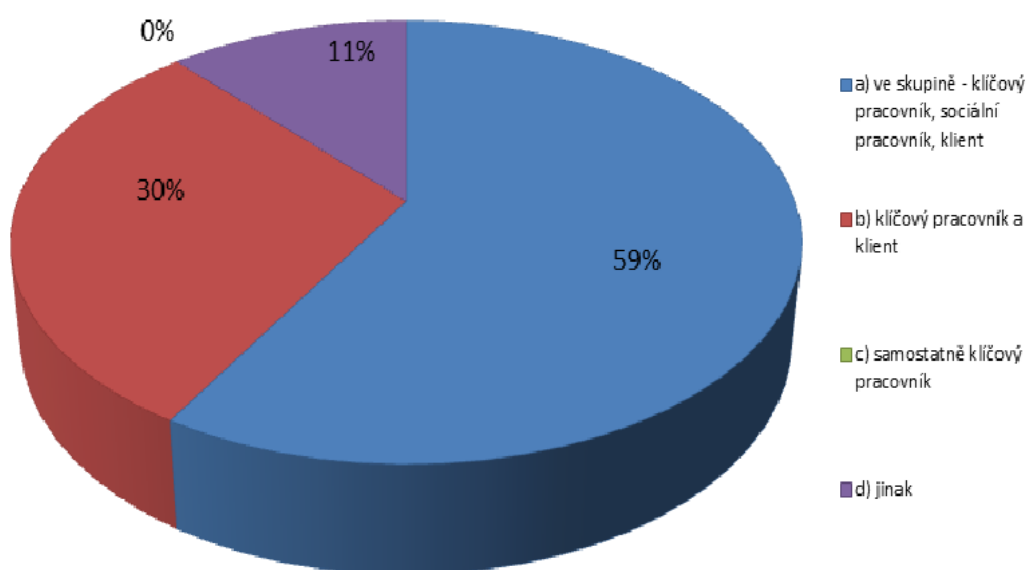
Polovina respondentů uvedla za největší zdroj motivace vedení organizace, případně svého přímého nadřízeného. Pracovní tým, který motivuje, označilo 20% dotázaných, 12% klíčových pracovníků je motivováno účastí na kurzech, 5% odpovědí uvedlo jako pozitivní motivaci samostudium. Ve 13% odpovědí bylo uvedeno jiné pozitivní působení, ve skutečnosti se jednalo převážně o negativně laděné odpovědi vzhledem k motivaci i samotné realizaci individuálního plánování. Pět odpovědí uvádělo: „*Nic*“. Další respondenti pak shodně odpovídali: „*Je to jen další povinnost*“, nebo „*je to práce navíc*“. Povinnost individuálního plánování vyplývá ze zákona č. 108/2006 Sb., o

sociálních službách. Individuální plánování je podstatou poskytování sociálních služeb, zakázka je tvořena již při sestavování a podpisu smlouvy o sociální službě.

Otázka 11: Jak vytváříte individuální plán?

Otázka 11 přímo souvisí s Hypotézou č. 1.

Graf 10: Způsob tvorby individuálního plánu



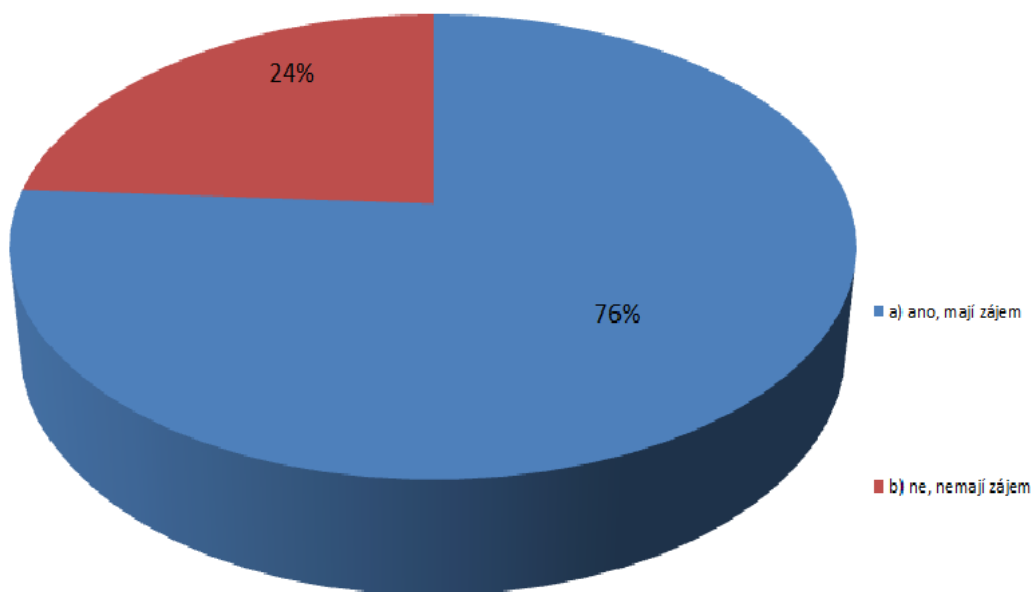
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Respondenti tvoří individuální plán v 59% případů ve skupině – klíčový pracovník, klient, sociální pracovník. Tvorbu individuálního plánu ve dvojici způsobem klíčový pracovník klient využívá 30% dotázaných. Žádný z oslovených klíčových pracovníků nevytváří individuální plán sám, bez účasti klienta. Jiným způsobem tvoří individuální plán 11% respondentů. Konkrétní odpovědi uváděly: „*Přítomnost ostatních kolegů*“, „*pomoc kolegů*“, „*přítomnost rodičů*“, „*dle individuálních potřeb klienta*“. Z uvedeného vyplývá, že 70% respondentů tvoří individuální plán s klientem za přítomnosti další osoby.

Otázka 12: Mají uživatelé zájem podílet se na individuálním plánování?

Otázka 12 přímo souvisí s Hypotézou č. 2.

Graf 11: Zájem uživatelů



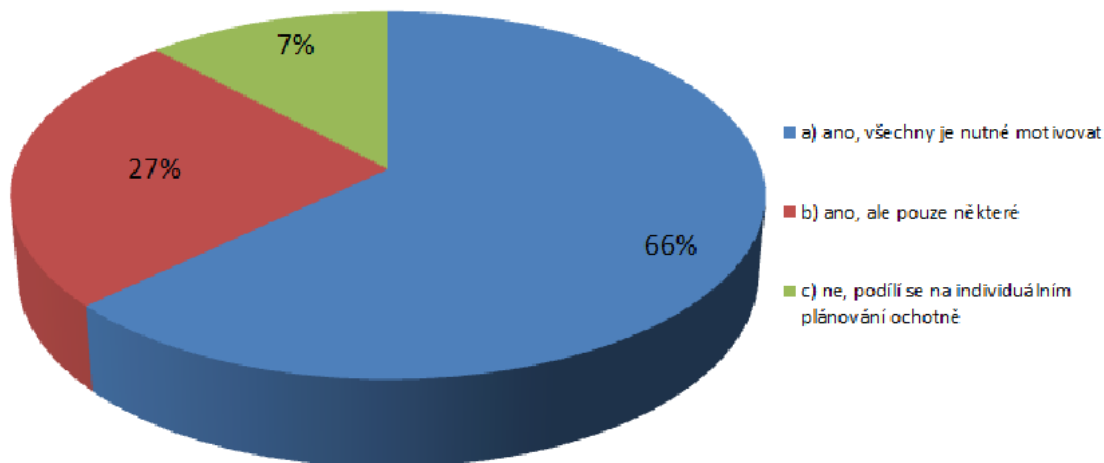
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Odpovědi klíčových pracovníků v 76% potvrdily zájem klientů s mentálním postižením o individuální plánování. Nezájem o individuální plánování u osob s mentálním postižením uvedlo 24% respondentů. Zájem často souvisí s mnoha dalšími aspekty, jako je vzájemný vztah mezi klíčovým pracovníkem a klientem, znalost potřeb klienta, umění dobrého plánování, komunikace, ale také aktivní realizace individuálního plánu. Další překážkou v tvorbě plánu může být pro klíčové pracovníky vysoká míra postižení klienta, nekomunikující klient, negativní projevy klienta, které mohou často souviset s jeho postižením.

Otázka 13: Je nutné klienty motivovat ke tvorbě a realizaci individuálního plánu?

Otázka 13 přímo souvisí s Hypotézou č. 2.

Graf 12: Motivace klientů



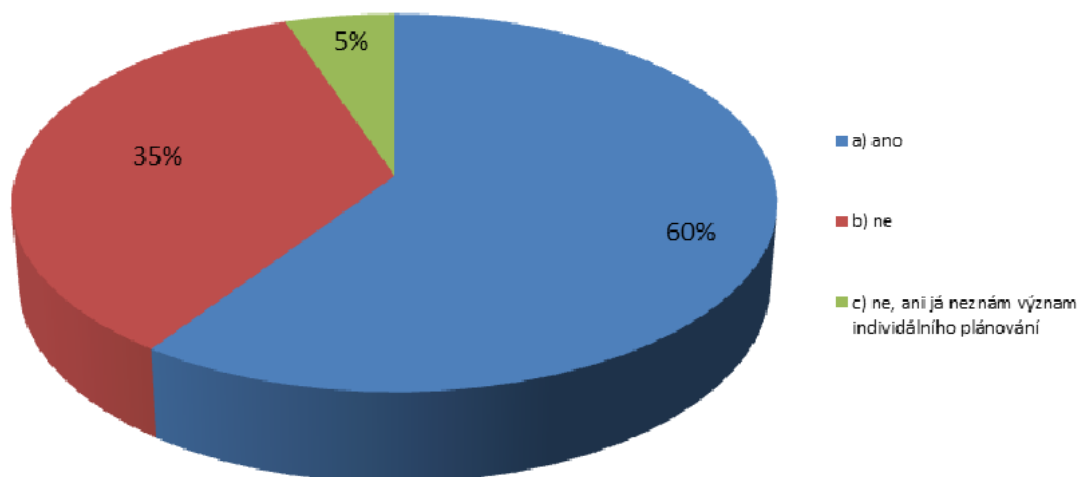
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Oslovení ve velké většině (66%) odpovídali, že je nutné všechny klienty k individuálnímu plánování motivovat. Klíčoví pracovníci si tuto skutečnost uvědomují, pokud chtějí tvořit plán s klientem s mentálním postižením, musí ho nejdříve vhodně aktivovat a nasměrovat. Další odpovědi (27%) uváděly, že je nutné motivovat pouze některé klienty, 7% respondentů má zkušenosti s klienty, kteří se podílí ochotně na individuálním plánování. Opět je zde souvislost mezi stupněm postižení uživatelů, vzájemným vztahem s klíčovými pracovníky, znalostí klienta a uměním probudit zájem.

Otázka 14: Vysvětlujete klientům význam a podstatu individuálního plánování?

Otázka 14 přímo souvisí s Hypotézou č. 1.

Graf 13: Vysvětlení významu individuálního plánování



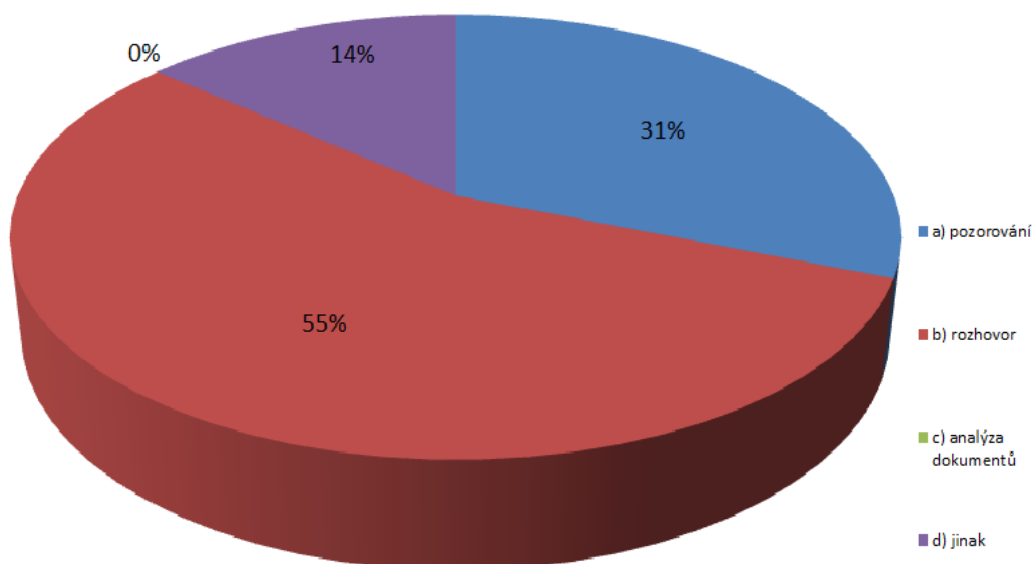
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Více než polovina dotázaných (60%) vidí potřebu osvětlit uživatelům sociálních služeb podstatu a význam individuálního plánování. Pokud klíčový pracovník klientům vysvětlí proč a co dělá, jaký to bude mít význam pro samotného uživatele, bude jejich činnost smysluplná i pro tyto osoby. Celkem 35% respondentů osobám s mentálním postižením nevysvětluje důvody svého počínání, 5% uvedlo, že ani oni neznají význam individuálního plánování. Zařízení sociálních služeb mají ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách povinnost školit své zaměstnance v uvedeném rozsahu, je nutné, aby bylo opakovaně zaměřeno na individuální plánování, jako stavební kámen sociálních služeb. Neustále nastupují noví zaměstnanci nebo ti stávající potřebují osvěžit své zapomenuté znalosti.

Otázka 15: Jak zjišťujete potřeby a cíle u osob s mentálním postižením?

Otázka 15 přímo souvisí s Hypotézou č. 1.

Graf 14: Zjišťování potřeb a cílů



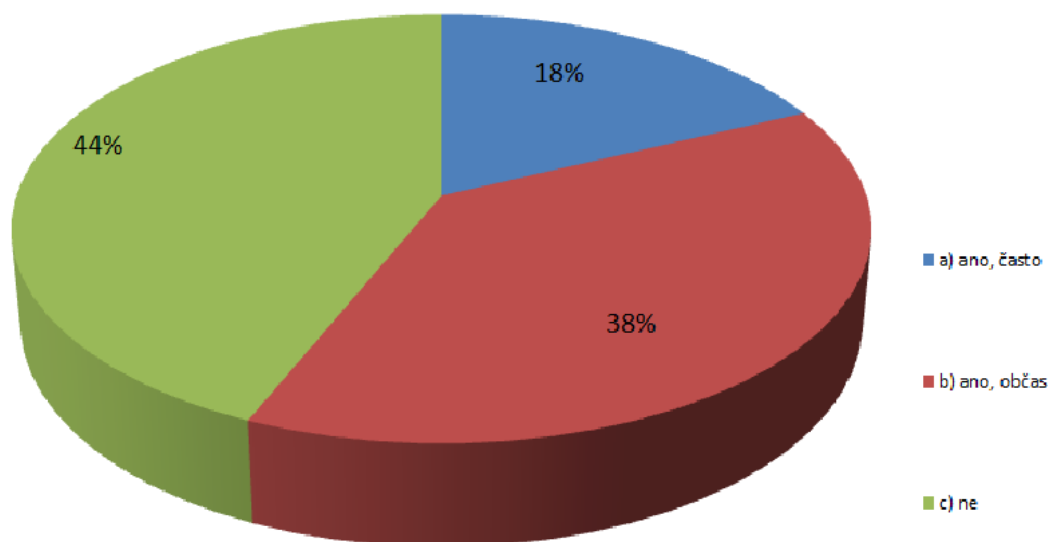
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Při individuálním plánování respondenti ve více než polovině případů využívají ke zjišťování potřeb a cílů rozhovor (55%), 31% dotázaných upřednostňuje pozorování, analýzu dokumentů neuvedl nikdo. Celkem 14% klíčových pracovníků uvedlo, že upřednostňuje jiný způsob zjišťování potřeb a cílů. Při upřesnění všichni uvedli, že užívají „kombinaci pozorování, rozhovoru, případně analýzu dokumentů“. Při individuálním plánování je nutné využít všechny dostupné informace o klientovi, aby cíl zohledňoval v co nejvyšší míře potřeby a přání klientů.

Otázka 16: Dochází při individuálním plánování ke krizovým situacím mezi klientem a klíčovým pracovníkem?

Otázka 16 přímo souvisí s Hypotézou č. 4.

Graf 15: Krizové situace při individuálním plánování



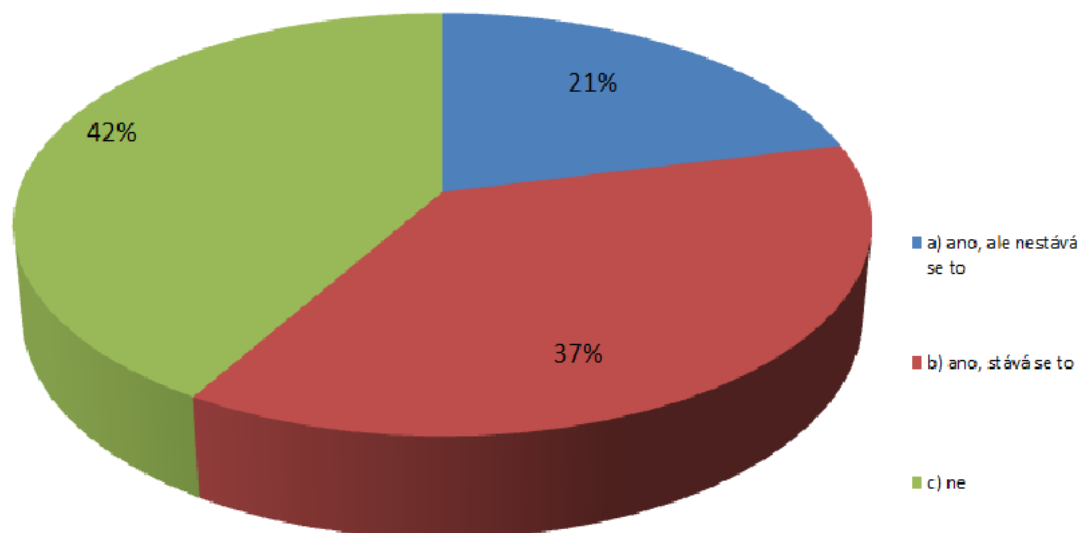
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Více než polovina dotázaných uvedla, že může nastat krizová situace mezi klíčovým pracovníkem a klientem. Celkem 18% respondentů uvedlo, že k těmto situacím dochází často, 38% odpovědělo, že se to děje pouze občas. Zbýlých 44% odpovědí uvedlo, že k tomu nedochází. Klíčový pracovník je s klientem v častém kontaktu, řeší s ním nenadálé situace, problémy, potřeby, může tedy dojít k rozporu v názorech či očekáváních na obou stranách. I klíčový pracovník může projevit své emoce, na rozdíl od klienta však dostatečně usměrněné, měl by zachovat profesionální postoj.

Otázka 17: Je možné, aby v případě nespokojenosti za strany klienta došlo ke změně klíčového pracovníka?

Otázka 17 přímo souvisí s Hypotézou č. 4.

Graf 16: Možnost změny klíčového pracovníka



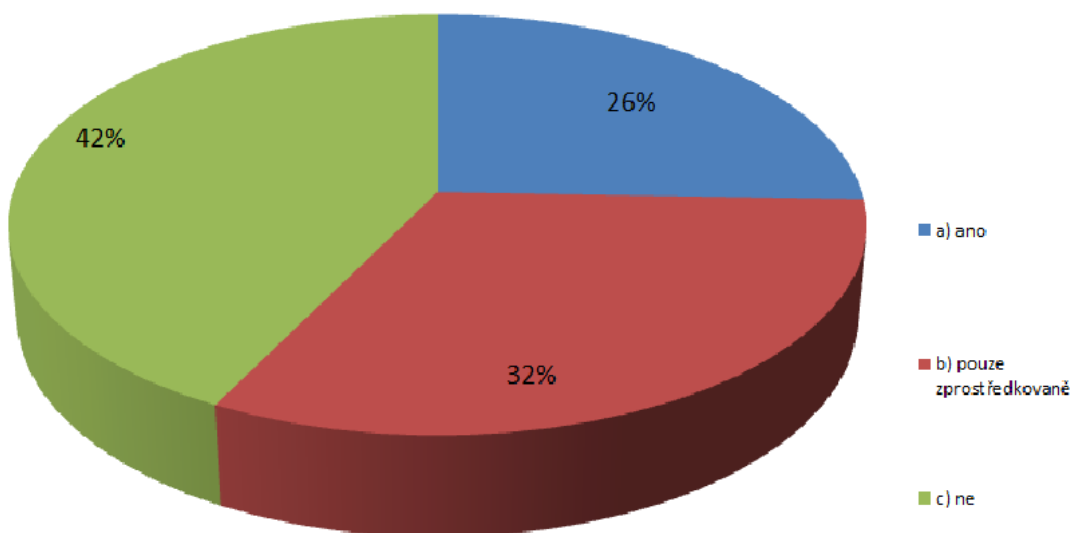
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Celkem 58% respondentů uvedlo, že je možné, aby došlo ke změně klíčového pracovníka v případě nespokojenosti ze strany klienta. Dotázaní uvedli, že je to možné, ale nestává se to (21%) a 37 % odpovědělo, že k tomu dochází. Nemožnost této změny uvedlo 42% respondentů. Jednou ze základních znalostí klíčových pracovníků by měla být znalost jejich pozice. Není to neměnná záležitost, požádat o změnu může klient i klíčový pracovník, záleží na organizaci, zda jí současné podmínky umožňují provést změnu okamžitě nebo výhledově (samozřejmě s ohledem na závažnost a nutnost konkrétní změny).

Otázka 18: Zažil/a jste takovou situaci osobně?

Otázka 18 přímo souvisí s Hypotézou č. 4.

Graf 17: Osobní zkušenost se změnou klíčového pracovníka



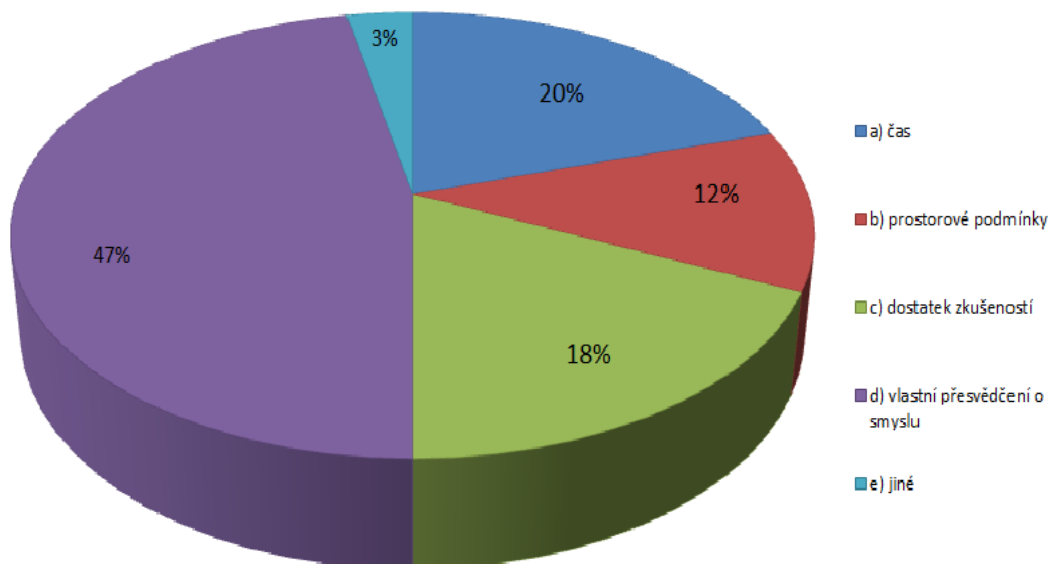
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Z grafu vyplývá, že 26% oslovených respondentů má osobní zkušenost se změnou klíčových pracovníků u klientů, 32% dotázaných má tuto zkušenost pouze zprostředkovanou. Celkem 42% klíčových pracovníků tuto zkušenost nemá. Změna klíčového pracovníka není neobvyklá situace, uživatel má právo vybrat si z možností, které jsou mu nabízeny. Toto právo uživatelů je součástí standardů i metodik organizací. Je v zájmu organizace, aby byl vztah klient – klíčový pracovník funkční.

Otázka 19: Co Vám při individuálním plánování chybí?

Otázka 19 přímo souvisí s Hypotézou č. 3.

Graf 18: Co respondenti postrádají



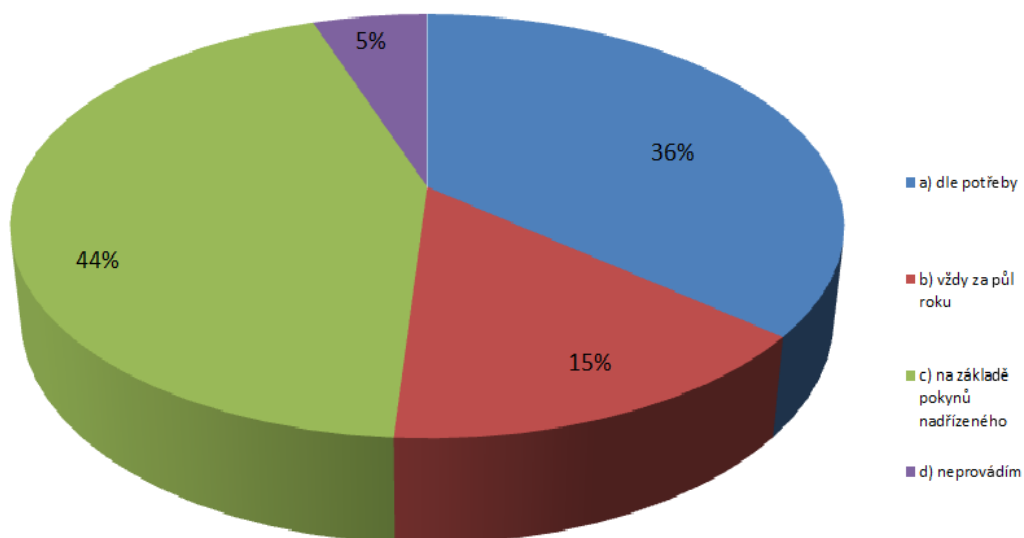
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Téměř polovina respondentů odpověděla na otázku, co jim chybí při individuálním plánování, že je to vlastní přesvědčení o smyslu (47%). Vysoký počet odpovědí, které předznamenávají negativní postoj k individuálnímu plánování, musí mapovat samotné vedení jednotlivých zařízení sociálních služeb. Následně organizovat interní školení, názorně ukazovat v čem je podstata a smysl jejich práce. Ztráta smyslu může nastat u klíčových pracovníků při práci s uživateli s těžšími formami postižení s nekomunikujícími klienty. Nedostatek zkušeností uvedlo 18% respondentů, 20% označilo za nedostatečné časové možnosti, 12% nemá prostor, kde by mohli sestavit a případně realizovat individuální plán. Celkem 3% dotázaných využilo možnosti se vyjádřit jinak, kde uvedli, že jim nechybí „nic“. Vedení organizace sociálních služeb musí zajistit svým zaměstnancům dostatečné podmínky pro tvorbu a realizaci individuálních plánů (čas a prostor).

Otázka 20: Jak často provádíte revize individuálního plánu?

Otázka 20 přímo souvisí s Hypotézou č. 1.

Graf 19: Revize individuálních plánů



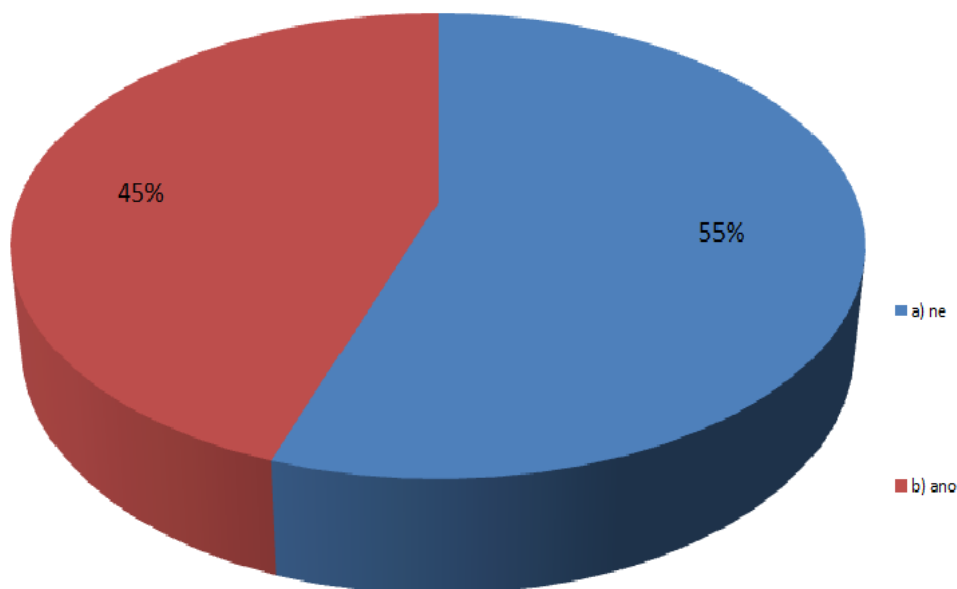
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Revize individuálních plánů provádí respondenti v 44% na základě pokynů svých nadřízených, vedoucí v těchto případech hlídají potřebné termíny revizí a následně upozorňují zaměstnance. Dle potřeby provádí revizi individuálního plánu 36% dotázaných, 15% zreviduje individuální plán jednou za půl roku. Revize neprovádí 5% respondentů. Individuální plány je nutné revidovat minimálně dvakrát ročně, případně dříve pokud to vyžadují podmínky. Při revizi dochází ke kontrole naplňování cíle, ověřování dostatečných způsobů podpory, je sledován případný pokrok či neúspěch plnění individuálního plánu. Následně jsou vyvozeny závěry s případným přehodnocením míry podpory poskytované uživateli sociální služby.

Otázka 21: Máte nějaké připomínky ke tvorbě a realizaci individuálního plánu?

Otázka 21 přímo souvisí s Hypotézou č. 3.

Graf 20: Připomínky k individuálnímu plánování



Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

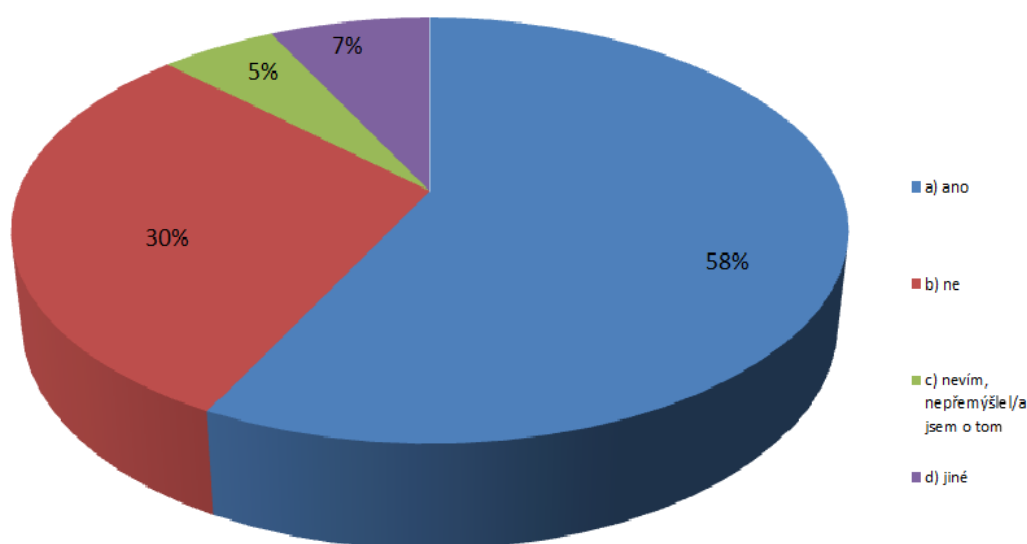
Připomínky k individuálnímu plánování, k jeho tvorbě a realizaci nemělo 55% respondentů, 45% dotázaných využilo možnosti napsat konkrétní připomínky, se kterými mají osobní problémy či potíže. Častou odpovědí bylo: „*Neumím vystihnout cíl*“, „*neumím vyjádřit cíl*“, „*problém s plněním cíle*“, další respondenti si stěžovali na „*nedostatek času*“. Část odpovědí vyjadřovala „*potíže s PC*“, „*neznalost práce na PC*“, „*problém s formulářem pro individuální plánování*“. Individuální plán se píše v konkrétních organizacích obvykle v elektronické podobě, je uložen tak, aby k němu měli přístup i ostatní členové týmu podílející se na realizaci plánu a plnění cíle. Další odpovědi popisují problém „*individuální plánování s nekomunikujícím klientem*“, „*přímět klienty k účasti na plánování*“ nebo „*přístup rodičů k individuálnímu plánování*“, „*spolupráce s rodiči na realizaci individuálních plánů*“. Poslední skupinu tvoří odpovědi typu: „*Je to zbytečné papírování*“, „*nevidím v tom smysl*“, „*je pak méně času na skutečnou práci*“ nebo „*proč se musí dělat plán za každou cenu*“. I když byla

část odpovědí negativních vzhledem k individuálnímu plánování, vyjadřují postoj a pohled některých dotazovaných klíčových pracovníků.

Otázka 22: Myslíte si, že individuální plánování může zlepšit kvalitu života osob s mentálním postižením?

Otázka 22 přímo souvisí s Hypotézou č. 2.

Graf 21: Zlepšení kvality života



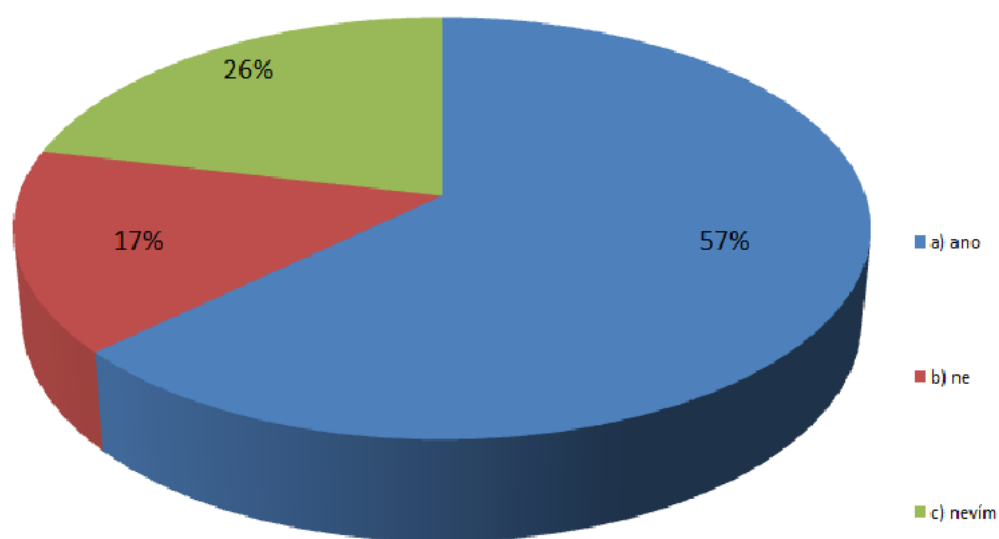
Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

O přínosu individuálního plánování pro klienty a zlepšení jejich kvality života je přesvědčeno 58% dotázaných. Zápornou odpověď uvedlo 30% respondentů, 5% o této otázce nepřemýšlelo. Celkem 7% odpovědí využilo možnosti dalšího vyjádření, kde byly uvedeny odpovědi: „*Motivuje k činnosti s klienty*“, „*zkvalitňuje práci*“, „*častější kontakt a konzultace s klientem*“, „*věnujeme jim více času*“, „*je to smysl naší práce*“. Vesměs byly všechny vypsané odpovědi pozitivní vzhledem ke kvalitě života osob s mentálním postižením. Celkem bylo 65% osob přesvědčeno o přínosu individuálního plánování.

Otázka 23: Myslíte si, že umíte tvořit a realizovat individuální plán s osobou s mentálním postižením?

Otázka 23 přímo souvisí s Hypotézou č. 1.

Graf 22: Schopnost tvořit a realizovat individuální plán



Zdroj: vlastní – dotazníkové šetření

Závěrečná otázka vyžaduje na respondentech, aby zhodnotili, zda umí tvořit i realizovat individuální plán s osobou s mentálním postižením, 57% odpovědělo kladně. Zápornou odpověď, neumím individuálně plánovat, uvedlo 17% dotázaných, 26% uvedlo, že neví. Celkem 43% oslovených klíčových pracovníků si není jisto nebo zcela jistě neumí jeden ze základních předpokladů pro poskytování sociálních služeb. Od stanovení a naplňování cílů individuálního plánu uživatele se odvíjí konkrétní sociální služba. Je nutné sledovat, zda probíhá realizace dle individuálního plánu, spolupráce s ostatními zaměstnanci, kteří se rovněž podílí na realizaci s klientem. Provádět konzultace, pozorování, revize individuálního plánu.

5 Interpretace a diskuse výsledků

Zpracováním dotazníkového šetření bylo možné dospět ke konečným výsledkům a zhodnocení pravdivosti stanovených hypotéz. Hlavním cílem výzkumné části bylo zjistit, zda je individuální plánování s klienty s mentálním postižením přínosem pro klíčové pracovníky v sociálních službách ve vybraných zařízeních. Dílčí cíle sledovaly informovanost klíčových pracovníků ohledně tvorby a realizace individuálních plánů, přítomnost pozitivní motivace individuálně plánovat s osobou s mentálním postižením, dostatečné zajištění vnějších podmínek pro tvorbu i realizaci plánů.

Z výsledků průzkumu je zřejmé, že klíčoví pracovníci jsou zainteresovaní, v 87% odpovědí uvedli, že znají legislativní důvody pro tvorbu a realizaci individuálních plánů, 76% respondentů se řídí metodikou organizace pro tvorbu a realizaci individuálních plánů a 92% dotázaných bylo proškoleny na kurzech nebo v rámci školení organizace. Nikdo z oslovených neuvedl, že plánuje sám bez přítomnosti klienta, což je v této oblasti elementární. Tvorbu individuálních plánů uskutečňují na základě rozhovorů, pozorování nebo kombinací jednotlivých metod. Z výzkumu vyplývá, revize individuálních plánů uskutečňují klíčoví pracovníci v 95% případů, a to na základě svých znalostí v této problematice nebo na pokyn vedoucího pracovníka. Zároveň 5% respondentů uvedlo, že revize neprovádí, přestože je to jejich povinností vzhledem k legislativním ustanovením. Je otázkou, zda za tyto klíčové pracovníky zpracovávají revize jiní zaměstnanci nebo vedoucí služeb, případně koordinátoři individuálního plánování. Z uvedeného je zřejmé, že vysoké procento dotázaných nepoužívá interní metodiku k plánování a neznají zákonné důvody k individuálnímu plánování služby. Je povinností vedení organizace v sociálních službách dle § 116 zákona č. 206/2009 Sb., zajistit svým pracovníkům další vzdělávání v rozsahu minimálně 24 hodin v kalendářním roce k obnovení, upevnění a doplnění kvalifikace (Malíková, 2011). Poskytovatelé sociálních služeb mají k dispozici nabídku akreditovaných vzdělávacích programů k individuálnímu plánování, které mohou probíhat přímo na pracovišti. Klíčoví pracovníci získávají teoretické základy pro individuální plánování a formou modelových situací sami plánují, následně mohou své poznatky a dovednosti ze samostatného plánování služby zlepšovat dlouhodobou intervizi.

Výzkum ukázal, že zaměstnanci pracují s klienty s mentálním postižením v 84% případů více jak dva roky, 22% respondentů více jak deset let, je možné předpokládat jejich dostatečné zkušenosti při poskytování služeb osobám s mentálním postižením. Celkem 72% dotázaných pracuje na pozici pracovník v sociálních službách, jsou tedy v každodenním přímém kontaktu s klienty, znají jejich potřeby a přání, mohou vhodně reagovat při tvorbě individuálních plánů a dopomoci uživateli ke stanovení cíle a určení vhodné podpory při jeho realizaci. Zároveň může dlouhodobé zatížení v pomáhající profesi ovlivnit klíčového pracovníka i negativně, což může mít za následek nepřijetí uživatele, manipulaci, devalvací potřeb uživatele, poučování a moralizování, nerespektování soukromí, rutinní vykonávání činností (Horecký, 2011). I zde je nutný vliv vedení organizace, organizování intervizí, realizace pravidelných hodnotících rozhovorů se zaměstnanci, interních dotazníků, supervizí.

Výzkum zjistil disproporce v počtech klientů na jednoho klíčového pracovníka, kdy mnozí uváděli počty více jak deset klientů. V průměru vychází osm klientů na jednoho klíčového pracovníka. Přesné počty nejsou nikde uváděny, pouze doporučovány, vše závisí na náročnosti požadované podpory, na schopnostech klíčových pracovníků. Aby byl proces individuálního plánování efektivní, je nutné nepřetěžovat klíčové pracovníky vysokým počtem klientů, pro některé z nich je tato funkce a k ní náležející povinnosti příliš zavazující a komplikovaná. Je povinností koordinátora individuálního plánování sledovat a hodnotit, zda klíčoví pracovníci vykonávají své přidělené úkoly v odpovídající míře (Malíková, 2011).

Výzkum prokázal nízkou úroveň pozitivní motivace klíčových pracovníků k individuálnímu plánování, současné pojetí sociálních služeb zohledňující individualitu každého uživatele, usilující systematicky a cíleně o naplnění jeho očekávání, vidí jako zátěž. Povinné zjišťování cílů a potřeb, individuální plánování, vedení dokumentace vnímají jako zbytečnou, něco navíc, dle Malíkové chybí „... *hlubší vzhled a uvědomění si všech souvislostí*“ (Malíková, 2011, s. 157). S motivací úzce souvisí i vytvoření vhodných podmínek pro individuální plánování, které byly dle výzkumu nedostatečné. Pracovníci nemají dostatek prostoru a času pro tvorbu a realizaci plánů, často jim dělá problém počítačová technika, dokumentace. Hlavní význam ve zvyšování motivace mají dle výzkumu, vedoucí pracovníci organizací a pracovní tým. Je povinností každé

organizace v sociálních službách zajistit vhodné podmínky pro individuální plánování, jednou z nich je i motivace klíčových pracovníků. Základem je informovanost, praktické vysvětlení významu individuálního plánování pro klienty, přínos pro personál i jednotlivé organizace. Individuální plánování vytváří prostor pro úzkou spolupráci s klientem, vzájemnou komunikaci, porozumění, které může následně snižovat konfliktní situace v zařízeních. Individuální plánování je zároveň prostředek k osobnímu růstu pracovníků, zlepšení komunikačních schopností, zvyšování profesionálního přístupu, sebevzdělávání, sebereflexi (Obecné standardy kvality sociálních služeb Slunce).

Většina klíčových pracovníků (76%) ve výzkumu uvedla, že klienti mají zájem o individuální plánování, je to rovněž jeden z pozitivně motivačních faktorů pro pracovníky. Ke zvýšení zájmu je vhodné motivovat i klienty, někteří se s plánem sami připomínají, některým je nutné osvětlit, jaký pro ně bude mít význam, podílet se na tvorbě a realizaci plánu. O tom, že individuální plánování zlepšuje kvalitu života klientů, je přesvědčeno 65% respondentů. Vnímají plánování jako opodstatněné vzhledem ke klientům, umožňuje jim komplexní přístup, což zvyšuje jejich kvalitu života. Klient může získat větší důvěru v zařízení i k pracovníkům, aktivní zapojení do poskytované péče, naplnění jeho života na základě představ, dochází ke zvyšování spokojenosti s poskytovanými sociálními službami s pocitem jistoty, důvěry a bezpečí. Důležité je, aby vše probíhalo „... *po společném projednání a na základě společné dohody*“ (Malíková, 159, s. 159).

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že ve sledovaných organizacích je uplatňováno právo klienta na změnu klíčového pracovníka. Může docházet ke krizovým situacím, v tom případě je vhodnější po vzájemné domluvě přidělit jiného klíčového pracovníka. Často si klienti sami řeknou, koho by chtěli, ne vždy je možná realizace, například pokud má klíčový pracovník vysoký počet již přidělených klientů. V takovém případě je nutné hledat co nejpříjemnější kompromis, dobrý vztah klíčového pracovníka a klienta umožní lepší spolupráci a kvalitnější realizaci plánu (Standardy kvality sociálních služeb Zahrada; Metodika individuálního plánování Handicap centrum Srdce).

Jedna třetina klíčových pracovníků uvedla, že neumí nebo si není jista, zda umí individuálně plánovat s klientem s mentálním postižením. Individuální plánování je

v sociálních službách dle legislativy elementárním prvkem, od kterého se odvíjí další poskytování služby klientovi a na jehož základě je rovněž posuzována kvalita poskytovaných sociálních služeb. Klíčoví pracovníci se v průběhu výzkumu vyjadřovali k jednotlivým tématům, jsou v této oblasti zainteresovaní, přesto uvádí potíže v oblastech stanovení cílů, plnění cíle, motivace klientů, ale i samotné komunikaci s klienty. Mnozí klienti mají své specifické obtíže, které mohou ztížit spolupráci, především u těžších forem mentálního postižení je nutné využívat vhodné metody práce. Funkce klíčového pracovníka je náročná, zodpovídá za tvorbu, ale především realizaci individuálního plánu ve spolupráci s dalšími pracovníky, kteří se na realizaci podílejí, kontroluje, hodnotí realizaci dohodnutých činností. V případě, že je klíčovým pracovníkem dalších klientů, jeho činnost se násobí, k tomu je nutné vykonávat své pracovní povinnosti. Z uvedeného vyplývá nutnost jistých předpokladů pro výkon této funkce, ne každý zaměstnanec v sociálních službách, musí být klíčovým pracovníkem. V případě, že klíčový pracovník nezvládá svoji funkci a ani s pomocí koordinátora a pracovního týmu nedochází ke zlepšení postoje, chování a výkonnosti „*není žádoucí, aby i nadále tuto funkci vykonával*“ (Malíková, 2011, s. 163-164).

Na základě interpretace výsledků dotazníkového šetření byla ověřena pravdivost stanovených výzkumných hypotéz.

Hypotéza č. 1: Předpokládá se, že všichni klíčoví pracovníci mají dostatek informací k tomu, jak tvořit a realizovat individuální plán s klienty s mentálním postižením.

K této hypotéze se vztahovaly otázky číslo 6, 7, 8, 11, 14, 15, 20, 23 a grafy číslo 5, 6, 7, 10, 14, 19, 22, reflektovaly základní předpoklady individuálního plánování služby. Respondenti odpovídali na otázky ohledně znalosti legislativní podstaty individuálního plánování, znalosti standardů kvality a metodik, tvorby a realizace plánů, jejich revize. Závěrečná otázka dotazníku vyžadovala přímé vyjádření klíčových pracovníků, zda si myslí, že umí individuálně plánovat.

S touto hypotézou nepřímo souvisí otázka číslo 4 a následně graf číslo 4, která mapuje délku zaměstnání s cílovou skupinou – osoby s mentálním postižením. Celkem 42% klíčových pracovníků uvedlo, že s cílovou skupinou pracují v rozmezí 2-5 let, 20%

respondentů s osobami s mentálním postižením pracuje 5-10 let. Vysoký počet zaměstnanců 22%, pracuje s cílovou skupinou více jak deset let. Z výzkumu je zřejmé, že většina klíčových pracovníků má elementární informace, dle kterých se snaží postupovat. Respondenti v 87% odpovědí znají zákonné normy, standardy kvality sociálních služeb, 76% se řídí metodikou příslušné organizace, 92% z nich se zúčastnilo kurzu nebo školení k individuálnímu plánování v rámci organizace. Nikdo z dotázaných netvoří individuální plán formálně – samostatně bez přítomnosti klienta, 55% respondentů využívá ke zjišťování potřeb rozhovor, 95% provádí revize individuálních plánů. Přes vysokou míru informovanosti klíčových pracovníků jich 43% neví nebo si nejsou zcela jisti, zda umí individuálně plánovat. Analýzou odpovědí výzkumného vzorku klíčových pracovníků nedošlo k potvrzení stanovené hypotézy, která předpokládala, že všichni klíčoví pracovníci mají dostatek informací k tvorbě a realizaci individuálních plánů.

Hypotéza č. 1 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 2: Předpokládá se, že více jak polovina klíčových pracovníků má pozitivní motivaci pro tvorbu a realizaci individuálních plánů s osobou s mentálním postižením.

K ověření této hypotézy se vztahovaly otázky číslo 9, 10 12, 13 a 22 a grafy číslo 8, 9, 11, 12 a 21. Klíčoví pracovníci odpovídali na otázky týkající se zájmu klientů o proces individuálního plánování, zda je nutné je motivovat, jestli se jim jeho realizací může zlepšit kvalita života. Otázka číslo devět se dotazovala přímo na přítomnost motivace klíčových pracovníků.

Nepřímo s touto hypotézou souvisí otázka číslo čtyři, pět a graf číslo čtyři; délka praxe s cílovou skupinou a počet klientů, jimž dělá respondent klíčového pracovníka. Z výzkumu vyplývá, že uživatelé mají o individuální plánování zájem (76%), ale většinou se musí motivovat (66%). Působí to pozitivně i na klíčové pracovníky, protože více jak polovina odpovědí uznává zlepšení kvality života (58%), jež je ovlivněna procesem individuálního plánování. Dalšími faktory v působení na motivaci je převážně vedení a pracovní tým, celkem 70% odpovědí. Negativně v motivační oblasti může působit vysoký počet osob, pro které jsou klíčovými pracovníky, ale i délka praxe, která

některé ovlivňuje negativně (rutina, apatie, vyhoření). Otázka číslo devět se dotazovala přímo na přítomnost vnitřní motivace klíčových pracovníků, 64% odpovědí bylo záporných, což popírá stanovenou hypotézu.

Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3: Předpokládá se, že více jak polovina klíčových pracovníků nemá vytvořené dostatečné vnější podmínky k tvorbě individuálních plánů

Vnějšími podmínkami k realizaci individuálních plánů se zabývaly odpovědi číslo 19, 21 a grafy 18 a 20. Celkem 32% dotázaných uvedlo nedostatek času a prostoru, ostatní odpovědi se vztahovaly k motivaci (vlastní přesvědčení o smyslu) a zkušenostem. Připomínky k individuálnímu plánu měla téměř polovina klíčových pracovníků (45%), týkaly se určení cílů, problém komunikace, práce na počítači, otázek ohledně smyslu individuálního plánování. Nebyly zde jako zásadní uvedeny nedostatečně vytvořené vnější podmínky.

Hypotéza č. 3 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 4: Předpokládá se, že v případě nespokojenosti či krizové situace mezi klientem a klíčovým pracovníkem, může klient požádat o změnu klíčového pracovníka.

Tuto problematiku mapovaly otázky číslo 16, 17, 18 a grafy 15, 16, 18. Celkem 56% respondentů odpovědělo, že může dojít při individuálním plánování ke krizovým situacím mezi klientem a klíčovým pracovníkem. Na základě rozporů nebo pouze na základě přání klienta, může dojít ke změně klíčového pracovníka, což potvrdilo 37% respondentů, s touto situací se setkalo 26% dotázaných, zprostředkovaně 32% klíčových pracovníků. Analýzou odpovědí došlo k potvrzení výzkumné hypotézy

Hypotéza č. 4 se potvrdila.

Z provedeného výzkumu je patrné, že klíčoví pracovníci mají dostatek informací ohledně procesu individuálního plánování, přesto se v odpovědích často objevuje nejistota v určitých úkonech, málo zkušeností a celková pochybnost o smyslu plánování. Je na vedení oslovených organizací, aby v těchto oblastech vyvinulo iniciativu, využilo možností školení, ale především praktických ukázek, spolupráce se zkušenějším kolegy. Je nutné přesvědčit zaměstnance konkrétními příklady o smyslu této elementární činnosti.

Standardy kvality jsou základem pro současné poskytování sociálních služeb, zaručují profesionální přístup k uživatelům, zaměřený na individualitu každého jedince. Následná spokojenost a pokrok k samostatnosti u uživatele, znamená smysluplnou práci klíčových pracovníků, zvýšení jejich motivace, efektivity a tím i zlepšení významu a postavení celé organizace.

Závěr

Diplomová práce si kladla za cíl, zjistit přínos individuální plánování s klienty s mentálním postižením pro klíčové pracovníky v sociálních službách ve vybraných zařízeních. Předmět zkoumání byl podložen poznatky v teoretické části diplomové práce, která přibližuje historické změny v sociálních službách až po současnou platnou legislativu, jež je dána zákonem č. 108/2006 Sb. Tento zákon je elementární silou, která vedla k zásadním změnám v sociálních službách, z nichž je nejdůležitější transformace sociálních služeb s následnou humanizací, jež vede k respektování individuality každého uživatele.

Dodržování určité úrovně sociálních služeb mají zajistit standardy kvality, jimiž se zabývá druhá kapitola teoretické části. Jedním z nejdůležitějších ukazatelů kvality je standard číslo 5, jež je základem pro proces individuálního plánování, na kterém se podílí klíčový pracovník s klientem. K tvorbě a realizaci individuálních plánů se využívají různé metody, jejichž použití závisí na specifických okolnostech, možnostech klienta, ale i schopnostech klíčového pracovníka. Třetí kapitola zkoumá osoby s mentálním postižením v kontextu sociálních služeb, metody práce i možnosti v nabídce služeb.

Výzkumná část práce zkoumala stanovené hypotézy. Z výzkumů vyplývá, že individuální plánování je u většiny klíčových pracovníků přínosem, neustále se vzdělávají, komunikují s klientem, jeho okolím, zlepšuje se kvalita poskytované služby a tedy i spokojenost klienta. Klíčoví pracovníci vnímají pokroky v samostatnosti nebo alespoň v dílčích krocích, které v ní vedou, což pozitivně působí na jejich motivaci. To vše zlepšuje kvalitu poskytovaných služeb ve zkoumaných organizacích, což vede k naplňování standardů kvality těchto služeb.

Výzkum ukázal, že velká část klíčových pracovníků nemá motivaci k tvorbě a realizaci individuálních plánů, nevidí smysl v tomto procesu nebo si nejsou zcela jisti svými znalostmi a zkušenosti. Tito zaměstnanci znají legislativní podmínky, neumí je však použít v praxi. Velký význam zde má i otázka vzdělání zaměstnanců, délka praxe, jejich motivace – proč vykonávají toto náročné povolání. Sociální služby jsou nedostatečně financovány ze státních zdrojů, platy zaměstnanců jsou nízké, často o výkon této práce

není zájem u osob s vyšším vzděláním. Koordinátor individuálního plánování si musí být vědom toho, že ne každý zaměstnanec je schopen být klíčovým pracovníkem, případně může být klíčový pracovník klienta s vyšší soběstačností, který spolupracuje a ochotně se podílí na individuálním plánu.

Zde je nutná iniciativa vedení organizací, aby se zaměřili na praktické provádění individuálních plánů formou pomoci ze strany zkušených, erudovaných koordinátorů či členů vedení. Na efektivní kontrolu tvorby a plnění individuálních plánů. V současné době existuje i nabídka různých školicích organizací, které vytvoří „školení na míru“ pro konkrétní potřeby daného zařízení. Organizace v sociálních službách mají povinnost poskytovat svým zaměstnancům školení v rozsahu 24 hodin ročně, je na vedení zkoumaných zařízení, aby využili vhodně tyto možnosti ku prospěchu, konkrétně pro posílení praktických schopností klíčových pracovníků individuálně plánovat a pozitivní motivace.

Pro poskytovatele má kvalita individuálního plánování zásadní význam, protože ho chrání před neoprávněnými požadavky uživatele, které nejsou v plánu. Na jeho základě stanovuje kapacitu služby, efektivnost služby, případnou změnu nabídky služeb, rozvojových plánů organizace (Hauke, 2011).

Na výzkum diplomové práce, by mohly navazovat podrobnější výzkumy, které by blíže specifikovaly kvalitu individuálního plánování. Například výzkum vlivu kvality individuálního plánování v závislosti na vzdělání klíčových pracovníků, případně na délce praxe. Další výzkum by se mohl zabývat závislostí mezi stupněm mentálního postižení klienta a motivací klíčových pracovníků, případně závislostí na počtu klientů, kteří připadají na jednoho klíčového pracovníka. Samostatný výzkum by mohl sledovat kvalitu individuálního plánování z pohledu klienta s mentálním postižením

Současné postavení uživatele sociálních služeb a chápání kvality podporuje partnerství, respektování individuálních potřeb, ochranu práv uživatelů, důstojnost, nezávislost a nesetrvávání uživatelů v nepříznivé situaci. Plánování služby je efektivním nástrojem, jak při poskytování sociální služby právě tyto hodnoty vytvářet, a tím naplňovat kvalitu života uživatelů i rozvíjet kulturu organizace. Plánování služby je ale ještě mnohem víc, je to výzva pro pracovníky v pomáhajících profesích „... je to příležitost ke kontaktu,

dialogu, partnerství a rozvíjení lidství“ (Horecký, 2011, s. 23). Poskytuje příležitost rozvíjet formální i neformální vztahy i kvalitu sociálních služeb. Je odpovědností každé organizace poskytující sociální služby, na každém jejím zaměstnanci maximálně využít možností, které poskytuje individuální plánování s klienty sociálních služeb.

Nestačí tedy pouhá znalost zákonných ustanovení, je nutné, aby každý zaměstnanec vykonával své povolání nejen z nutnosti, ale i z vlastního přesvědčení, že individuální plánování může pomoci klientům, ale i organizaci poskytující sociální služby.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použité literatury

ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. Praha: MPSV ČR, 2002. ISBN 80-86552-45-4

ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-899-7

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Paido: Brno, 2000. ISBN 80-85931-79-6

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

HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9

HORECKÝ, J. *Kvalita sociálních služeb*. Tábor: APSS ČR, 2008. ISBN 968-75-907536-5

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7367-013-5

JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 70-7254-329-6

JUN, H. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807367-590-5

HORECKÝ, J. et al. *Individuální plánování*. Tábor: APSS ČR, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3

- MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4
- MICHALÍK, J. et al. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. Pardubice: Silueta, 2008a. ISBN 978-80903658-2-7
- MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Praha: Studio Element, 2008b. ISBN 80-903658-1-7
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
- SKUTIL, M. et al. *Základy pedagogicko – psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7
- ŠILHÁNOVÁ, H., HABERLOVÁ, V. *Porovnání systémů sociální pomoci jako celku*. Praha, VÚPSV, 1992.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum, 1996.

VENGLÁŘOVÁ, M., P. EISNER. *Sexualita osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9

ZUCKOFF, M. *Naia se smí narodit*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-827-9

ZVOLSKÝ, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6

Seznam internetových zdrojů

HERZOG, A. Zaznamenávání individuálních plánů. In: *Sociální revue* [online]. 24. 3. 2011 [cit. 2014-09-05]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/zaznamenavani-individualnich-planu>

JOHNOVÁ, M. *Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením* [online]. 2008 [cit. 2014-08-29]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/005/000636.pdf>

ČERMÁKOVÁ, K., HOLEČKOVÁ, M. K. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele* [online]. Praha: MPSV ČR, 2008 [cit. 2014-08-15]. http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf

STRAKOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K. *Standardy kvality sociálních služeb – příručka pro uživatele* [online]. Praha: MPSV ČR, 2008 [cit. 2014-08-18]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf

Nejčastější dotazy a odpovědi. Pobytové služby. *MPSV ČR* [online]. [cit. 2014-08-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13370#d1>

Nejčastější dotazy a odpovědi. Personální zajištění. *MPSV ČR* [online]. [cit. 2014-08-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13369>

Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. *MPSV ČR* [online]. [cit. 2014-08-20]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev.pdf

Stručný průvodce zákonem o sociálních službách [online]. Praha: MPSV ČR, 2006 [cit. 2014-08-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>

Standardy kvality sociálních služeb. *MPSV ČR* [online]. [cit. 2014-08-22]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

MKN 10. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 2014-09-30]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>

Nářízení vlády č. 222/2010, o katalogu prací ve veřejných službách a správě. *MPSV ČR* [online]. [cit. 2014-08-29]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/8980/Katalog_praci_UZ_1_10_2010.pdf

Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. 11. 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *MPSV ČR* [online]. [cit. 2014-08-20]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006_novela.pdf

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ze dne 14. 3. 2006. *MPSV ČR* [online]. [2014-08-20]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_280414.pdf

Sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny. *MPSV ČR* [online]. 6. 6. 2012 [2014-09-3]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929#1>

Centrum pro kvalitu standardů v sociálních službách. *Národní vzdělávací fond* [online]. [cit. 2014-09-29]. Dostupné z: <http://www.nvf.cz/cekas>

Centrum služeb Slunce všem, o.p.s. Unhošť.[online]. [cit. 2014-10-23].

Dostupné z:

http://www.slunce.info/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=57

Osobní asistence. *Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje, o.p.s.*[online]. [cit. 2014-08-12] http://www.czp-msk.cz/osobni_asistence.php

Sociálně terapeutické dílny. *Centrum Arpida* [online]. [cit. 2014-08-14].

Dostupné z: <http://www.arpida.cz/socialni-sluzby/socialne-terapeuticke-dilny>

Camhill České Kopisty. [online]. [cit. 2014-08-12]. Dostupné z:

<http://www.camphill.cz/p/co-delame.html>

Slovníček pojmů. *Česká unie pro podporované zaměstnávání* [online]. [cit.

2014-08-23]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/82-slovnicek-pojmu.html>

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky. [online]. [cit. 2014-09-28]

Dostupné z:

http://www.imy-sdruzeni.cz/uploads/soubory/eticky_kodex_socialniho_pracovnika.pdf

Handicap centrum Srdce, o.p.s. Poděbrady. [online]. [cit. 2014-10-23]. Dostupné z:

<http://www.hcsrdce.cz/>

Podpora samostatného bydlení. *Společnost DUHA* [online]. [cit. 2014-08-12]. Dostupné

z: <http://www.spolecnostduha.cz/Podpora-samostatneho-bydleni>

Zahrada Kladno, poskytovatel sociálních služeb. [online]. [cit. 2014-10-23]. Dostupné z: <http://zahrada-usp.cz/>

Seznam ostatních zdrojů

Obecné standardy kvality sociálních služeb Slunce

Standardy kvality sociálních služeb Zahrada

Metodika individuálního plánování Handicap centrum Srdce

Seznam obrázků grafů a tabulek

Seznam obrázků

Obrázek 1: Stanovení cíle spolupráce.....	37
Obrázek 2: Cyklus individuálního plánování.....	38

Seznam grafů

Graf 1: Zastoupení mužů a žen.....	67
Graf 2: Věk respondentů.....	68
Graf 3: Pracovní pozice respondentů.....	69
Graf 4: Délka pracovního působení.....	70
Graf 5: Důvod užití metody individuálního plánování.....	71
Graf 6: Zdroje informací.....	72
Graf 7: Metodika k individuálnímu plánování.....	73
Graf 8: Vnitřní motivace klíčových pracovníků.....	74
Graf 9: Pozitivní působení na vnitřní motivaci.....	75
Graf 10: Způsob tvorby individuálního plánu.....	76
Graf 11: Zájem uživatelů.....	77
Graf 12: Motivace klientů.....	78
Graf 13: Vysvětlení významu individuálního plánování.....	79
Graf 14: Zjišťování potřeb a cílů.....	80

Graf 15: Krizové situace při individuálním plánování.....	81
Graf 16: Možnost změny klíčového pracovníka.....	82
Graf 17: Osobní zkušenost se změnou klíčového pracovníka.....	83
Graf 18: Co respondenti postrádají.....	84
Graf 19: Revize individuálních plánů.....	85
Graf 20: Připomínky k individuálnímu plánování.....	86
Graf 21: Kvalita života.....	87
Graf 22: Schopnost tvořit a realizovat individuální plán.....	88

Seznam tabulek

Tabulka 1: Časový harmonogram.....	66
------------------------------------	----

Seznam příloh

Příloha A – Metodika individuálního plánování chráněného bydlení Slunce.....	I
Příloha B – Šablona individuálního plánu a osobní profil.....	IV
Příloha C – Konkrétní individuální plán uživatele Tomáše.....	VII
Příloha D – Konkrétní individuální plán uživatele Martina.....	IX
Příloha E – Rozvoj komunikace.....	XI
Příloha F – Dotazník.....	XX

Příloha A – Metodika individuálního plánování chráněného bydlení Slunce

Příloha č. 22 ke standardu č. 5 sociální služby chráněné bydlení

Pravidla pro plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování sociální služby chráněné bydlení

1. Individuální plánování probíhá již od jednání se zájemcem o chráněné bydlení – osoba pověřená jednáním zjišťuje, jaké jsou potřeby a požadavky zájemce o službu. Tím je stanovena prvotní zakázka, která se pak stává podkladem pro zahájení spolupráce při podpisu smlouvy.
2. Při zahájení využívání služby je uživateli stanoven ředitelkou organizace Klíčový pracovník, jako osoba odpovědná za proces individuálního plánování a přehodnocování u konkrétního uživatele.
3. Klíčový pracovník informuje uživatele služby, že má právo volby klíčového pracovníka, pokud by chtěl spolupracovat s někým jiným, ale je potřeba brát ohled na provozní možnosti organizace.
4. Klíčový pracovník spolupracuje s uživatelem na tvorbě a přehodnocování individuálního plánu. Dohlíží, zda probíhá spolupráce s ohledem na individuální plán, ale není vždy tím, kdo konkrétní úkony poskytuje.
5. Pokud nemá klíčový pracovník uživatele úvazek v chráněném bydlení, mohou po společné domluvě do tvorby individuálního plánu pro chráněné bydlení zapojit pracovníka této služby.
6. Klíčový pracovník zjišťuje osobního cíle uživatele služby (jeho potřeby a přání), kterých chce s využitím poskytovaných služeb dosáhnout (důvod, proč přišel a chce využívat sociální službu chráněné bydlení).
7. Po stanovení cílů vycházejících z potřeb uživatele, které jsou v souladu s cíli a principy chráněného bydlení, podporuje klíčový pracovník uživatele ve stanovení jednotlivých kroků a postupů – jak cílů dosáhnout, kdo může při plnění cíle pomoci a

jak, předběžná dlouhodobost cílů (zda jde o proces dlouhodobé spolupráce nebo časově omezenou zakázku).

8. Klíčový pracovník provede zápis individuálního plánu.

9. Individuální plán má strukturovaný obsah/podobu, ale s ohledem na potřeby spolupráce jej lze přizpůsobit.

10. Individuální plán potvrdí klíčový pracovník a uživatel chráněného bydlení svými podpisy jako závazek ke spolupráci.

11. Individuální plán je vyhotoven ve dvou stejnopisech, přičemž jeden obdrží uživatel služby a druhý je zařazen do dokumentace a pracují s ním zaměstnanci organizace poskytující přímou podporu uživateli.

12. Zápis individuálního plánu by měl být v podobě srozumitelné pro uživatele služby.

13. Pokud s tím uživatel souhlasí a je-li to k prospěchu spolupráce, mohou se individuálním plánování podílet ještě další osoby (sociální pracovníce, rodinný příslušník...).

14. Má-li uživatel služby stanoveného opatrovníka, podílí se opatrovník na plánování služby s ohledem na respekt k právům, která má uživatel služby zachována.

15. Klíčový pracovník ve spolupráci s uživatelem služby průběžně hodnotí, jestli je cíl naplňován (změnila se nějak situace?, byla podpora užitečná?, daří se cíl naplňovat?, chce uživatel nějakou změnu? je celkově spokojen se službami, má nějaké stížnosti?)

16. Pokud se cíl nedaří naplňovat, zabývá se klíčový pracovník společně s uživatelem přehodnocováním spolupráce - zjišťováním důvodů – proč se cíl nedaří naplňovat, co by pomohlo, aby se to dařilo, co změnit ve spolupráci, lze cíl naplnit?

17. Revize individuálního plánu probíhá dle potřeby maximálně však 1x za půl roku.

18. Pokud je cíl naplněn nebo již v jeho plnění nechce uživatel pokračovat, zhodnotí klíčový pracovník s uživatelem průběh spolupráce a diskutují o tom, zda je potřeba pokračovat ve spolupráci na novém cíli – tvoří nový individuální plán.

19. Ke spolupráci a jejímu přehodnocování se vztahují nejen konzultace s klíčovým pracovníkem, ale i veškerá komunikace a spolupráce s dalšími pracovníky v přímé práci. Proto je důležité, aby byli všichni spolupracující zaměstnanci seznámeni s

obsahem individuálního plánu chráněného bydlení, respektovali ho a předávali si dostatek informací k efektivnímu poskytování služby. Z konzultací i podpory vznikají zápisy.

Příloha B – Šablona individuálního plánu a osobní profil

Individuální plán

uživatele sociální služby.....

Jméno a příjmení uživatele služby:.....

Rok narození:.....

Jméno klíčového pracovníka:

Jména osob, které se podílely na individuálním plánování:.....

Plán sestaven v období:.....

Současná situace:

(jak teď vypadá moje situace)

Hlavní cíl:

(Na čem bychom měli spolupracovat, čeho chci dosáhnout a proč)

Dílčí cíle:

(jaké kroky musíme podniknout, abych dosáhl velkého cíle, co všechno pro to musíme udělat)

Způsob spolupráce:

(kdo mi bude v plnění cíle pomáhat a jak)

Dlouhodobost plánu:

(přibližný odhad, jak dlouho na cíli budeme pracovat, jak poznám, že se cíl splnil)

Datum:

Podpisy:

Osobní profil:

Mé sny a přání:

(o čem sním, po čem toužím, co bych si v životě přál, bez ohledu na to, zda si myslím, že se to dá splnit)

Co je pro mne důležité?:

(Co v životě potřebuji, bez čeho se neobejdu...)

Mé silné stránky:

(Co mi jde, co umím, za co mě ostatní chválí...)

Co mám rád:

(rád dělám, baví mě, líbí se mi)

Co nemám rád:

Můj život jak vypadá teď:

(v různých oblastech – bydlení, finance, přátelé, volný čas, rodina, práce...)

Moje životní cesta:

(důležité okamžiky v mém životě od narození – jakou školu jsem vystudoval, kde jsem pracoval, kde jsem žil, co jsem zažil důležitého, že mi to změnilo život...)

Co je důležité pro uživatele služby z jeho pohledu:

Co je pro mne v životě důležité:

Co je pro mne důležité, abych se cítil dobře:

Co je důležitý problém k řešení:

Co je důležité pro uživatele služby z pohledu ostatních lidí (rodičů, opatrovníka, poskytovatele služeb...):

Co je pro uživatele v životě důležité:

Co je pro uživatele důležité, aby se cítil dobře:

Co je uživatelův důležitý problém k řešení:

**Individuální plán
uživatele služby denní stacionář**

Jméno uživatele služby: Tomáš XXX (nar. 1983)

Klíčový pracovník: Zuzana XXX

Plán sestaven: červen 2014

Jména osob, které se podílely na plánování: Zuzana XXX, Tomáš XXX

Současná situace:

Chodím do stacionáře už pár let a hodně se to mění, ale teď mám pocit, že mi nikdo z lidí v Centru moc nerozumí, nevědí o mně, co potřebuji, abych byl v pohodě, chovají se ke mně divně, po tom, co se mi stalo, že mi nefungovali léky a byl jsem v nepohodě. Necítím se dobře s nikým z klientů a ani ze zaměstnanců kromě Zuzky a Milana. Hodně jsem teď chyběl a už ani nevím, co umím, ani jestli lidi vědí, co bych chtěl dělat a co umím kromě zahradničení a to mě trápí. Nevím, co si o mně myslí, mám pocit, že se se mnou nikdo ani nebaví a nic neumím a všechno jsem zapomněl i z výrobků.

Hlavní cíl:

- 1) Chtěl bych dělat i jiné věci než zahradníky, třeba dělat nějaké různé výrobky
- 2) Chci zkusit pracovat i s někým jiným než s Milanem a Zuzkou, občas, ale dál být hlavně s nimi.
- 3) Chtěl bych, aby mě i ostatní pochopili a brali mě, že jsem dobrý i v jiných věcech a aby se se mnou bavili a už se mě třeba nebály, že budu někomu ubližovat, aby poznali, že jsem se změnil.

Dílčí cíle:

- ad 1. zkoušet a učit se i jinou činnost než zahradničení
- ad. 2. zkoušet si práci i s jinými zaměstnanci v jiné skupině
- ad. 3. učit se s lidmi mluvit a říct jim o sobě tolik, aby mě pochopili, ukázat jim, jaký teď jsem

Postupy ke splnění cílů:

ad 1. vybral jsem si z činností, které dělají ostatní, co se mi líbí, co chci zkusit a o takovou práci si budu říkat – výroba šperků, dekorací z květin, zdobení svíček malování na sklo.

ad 2. promyslel jsem, s kým bych chtěl zkusit pracovat kromě Zuzky a Milana a domluvil se s vedoucí stacionáře, abych s Viktorem nebo Veronikou mohl některý den práci vyzkoušet, když to půjde, tak s nimi budu pravidelně.

3. Na konzultacích se Zuzkou si budeme povídat o tom, co je to, co chci, aby o mně lidi věděli, v čem mám pocit, že mi nerozumí a zkusím s lidmi o těch věcech mluvit, nejdřív to probereme na konzultaci, abych se nebál, že řeknu něco špatně a že to třeba někoho neurazí a že mě budou rozumět. Natrénuji si to na té konzultaci.

Kdo bude s plněním cílů pomáhat:

Hlavně vedoucí, se kterými se o tom budu domlouvat, aby mi to, co budu chtít zkusit, pomohli domluvit s ostatními. A moje klíčová pracovnice, že pomůže s přemýšlením, jak věci říkat. A všichni, že na mě budou trpěliví, že se věci učím a učím se být s jinými lidmi a jsem z toho nervózní.

Za jak dlouho myslím, že se cíle splní:

Nevím, je to běh na dlouhou trať a nebude to pro mě lehké, snad se to povede. Až budu vědět, že když tu není Milan a Zuzka, tak vydržím i s někým jiným a nebudou na mě lidi koukat, jako že nic neumím a budou mě chválit a bavit se se mnou jako kamarádi a nebudou mít strach a já z nich nebudu na nervy.

Datum: 29. 6. 2014

Podpis: Zuzana, Tomáš

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

uživatele sociální služby denní stacionář

Jméno a příjmení uživatele služby: Martin XXX rok narození: 1984

Jméno klíčového pracovníka: Veronika XXX

Jména osob, které se podílely na individuálním plánování: Veronika XXX a Martin XXX

Plán sestaven v období: srpen - září 2014

Současná situace (jak teď vypadá moje situace):

Denní stacionář navštěvuje od pondělí do pátku každý lichý týden v měsíci. Minimálně komunikuje, často není schopen dostatečně porozumět požadavkům (oblékni se, umyj si ruce, zajdi si na WC, budeme svačit, jdeme k autobusu apod.), postupné zhoršování jemné motoriky. Celkový progresivní charakter jeho postižení, snaha o zachování stávajících dovedností a schopností. Přesto rád vykonává některé činnosti – navlékání korálků, skládání stavebnic, poslech hudby (zná slova mnoha písní z 90. let). Vše s přiměřenou dopomocí.

Hlavní cíl (na čem bychom měli spolupracovat, čeho chci dosáhnout a proč):

1. Martin bude pracovat na rozvoji mluvy a porozumění. Na Martinovi je často znát, že chce něco sdělit, ale neví jak.
2. Rozvoj jemné motoriky, která se postupně zhoršuje. Využití oblíbených činností uživatele.

Dílčí cíle (jaké kroky musíme podniknout, abych dosáhl velkého cíle):

1. Martin bude pracovat společně s obrázkovou knihou, kterou jsem pro něj vytvořila (viz obrázková kniha piktogramy – ROZVOJ KOMUNIKACE). Poslech známých písní, společná interpretace.
2. K rozvoji jemné motoriky jsem zvolila rukodělné činnosti (prstová cvičení, mačkání papíru, modelování plastelíny, trhání papíru, motání klubíček vlny, navlékání korálků) a stavebnice a společenské hry (skládání kostek).

Způsob spolupráce (kdo mi bude v plnění cíle pomáhat a jak):

- asistenti DS
- Veronika – klíčový pracovník

Dlouhodobost plánu (přibližný odhad, jak dlouho na cíli budeme pracovat, jak poznám, že se cíl splnil):

Plán budu plnit od 1. října 2014 do 1. října 2015. Splněný plán poznám takto:

Martinova jemná motorika se zlepší. Bude schopen lépe komunikovat dle obrázků, snaha o zlepšení komunikace verbální. Úspěchem v plánu bude dosažení dostatečného porozumění klienta, pokud mu budou předkládány příslušné obrázky k daným činnostem.

Revize plánu v lednu 2015.

Individuální plán byl konzultován s matkou klienta, která je jeho opatrovníkem. Souhlasí s obsahem a plněním plánu.

Podpisy: Veronika, Martin, opatrovník

V Unhošti 21. 9. 2014

Rozvoj komunikace

Pomůcka pro asistenty v denním stacionáři

Uživatel Martin XXX

Osnova:

- **Emoční schéma**
- **Čas – dny v týdnu, měsíce, roční období**
- **Denní režim**
- **Činnosti**
- **Oblékání**
- **Základy hygieny**
- **Lidské tělo**
- **Barvy a tvary**

Emoční schéma

Jak se dnes cítím?

Jsem veselý



Jsem smutný



Bojím se



Zlobím se
































Pláču



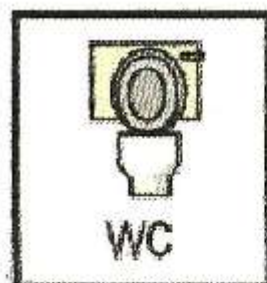
Čas

ČAS

 ROK	 MĚSÍC	 HODINA	 HODINY
 RÁNO	 DOPoledNE	 POLEDNE	 ODPOLEDNE
 VEČER	 DEN	 NOC	
 ČTVRT	 PŮL	 TŘIČTVRTĚ	 CELA
 KALENDÁŘ	 TÝDEN	 DEN	 VÍKEND
 PONDĚLÍ	 ÚTERÝ	 STŘEDA	 ČTVRTEK
 PÁTEK	 SOBOTA	 NEDELE	 ROK
 JARO	 LÉTO	 PODZIM	 ZIMA

Denní režim

RA'NO



DOPOLEDNE



chlebiček

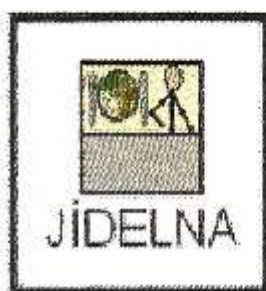


sodovka



rohlík

POLEDNE



polévka

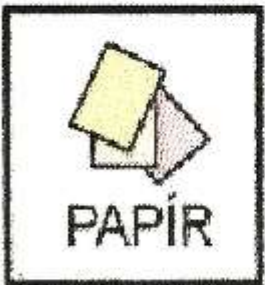


lžičo

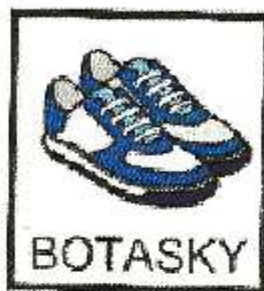
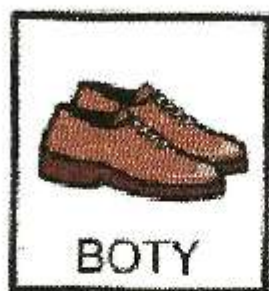
ČINNOSTI



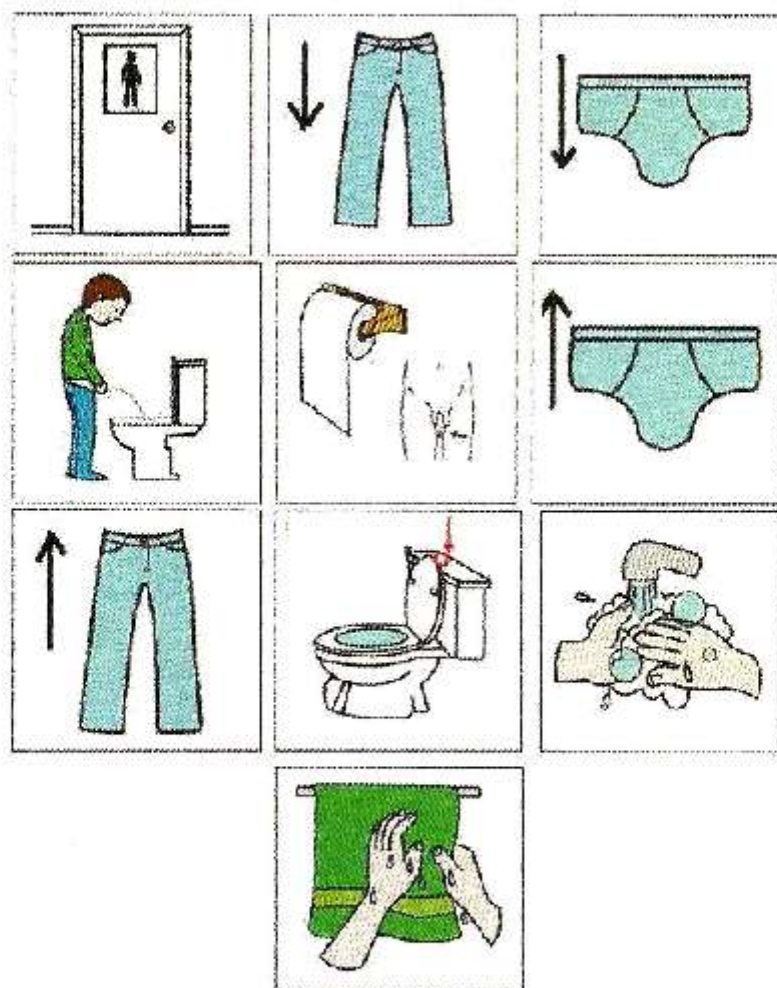
VOLNÝ ČAS



Obléčení – oblékání



Základy hygieny



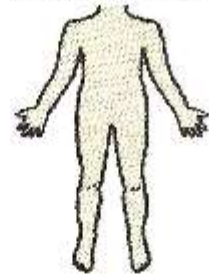
Lidské tělo



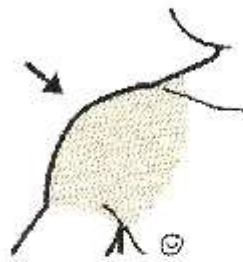
BRADA



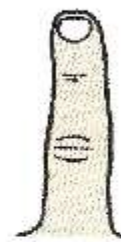
ÚSTA



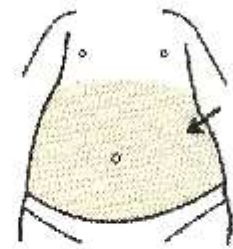
TĚLO



RAMENO



PRST



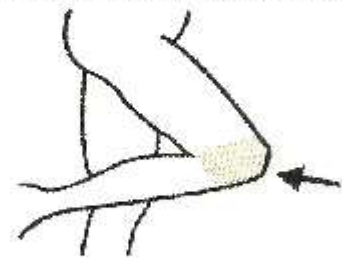
BŘICHO



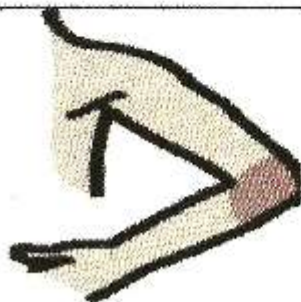
CHODIDLO



PATA



KOLENO



LOKET



ZÁDA



DLAŇ

BARVY A TVARY



BARVY



BÍLÁ



ČERNÁ



ČERVENÁ



ZELENÁ



MODRÁ



ŽLUTÁ



SEDÁ



HNĚDÁ



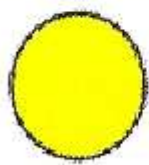
RUŽOVÁ



ORANŽOVÁ



FIALOVÁ



KRUH



ČTVEREC



OBDELNÍK



TROJÚHELNÍK



HVĚZDA



KOSOČTVEREC

Dotazník

Přínos individuálního plánování v sociálních službách

Vážené kolegyně a kolegové,

jmenuji se Lenka Šourková a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku.

Dotazník je určen klíčovými pracovníkům, je anonymní a bude sloužit pouze ke studijním účelům, ujišťuji Vás, že zjištěné informace považuji za přísně důvěrné.

Prosím Vás o Vaši maximální otevřenost při vyplňování odpovědí na otázky.

Dotazník obsahuje 23 otázek. Na uzavřené otázky prosím odpovídejte zakroužkováním jedné z variant, u polootevřených a otevřených otázek se prosím rozepište na připravené řádky.

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Bc. Lenka Šourková

1. Jste muž nebo žena?

- a) žena
- b) muž

2. Váš věk?

- a) 18-25 let
- b) 26-40
- c) 41-50
- d) 51-60
- e) 61 a více

3. Na jaké pracovní pozici pracujete?

- a) pracovník v sociálních službách
- b) sociální pracovník
- c) pedagogický pracovník
- d) zdravotnický pracovník
- e) jiné, napište.....

4. Jak dlouho pracujete s cílovou skupinou (osoba s mentálním postižením)?

- a) do 2 let
- b) do 5 let
- c) do 10 let
- d) více let, napište kolik.....

5. Kolika osobám děláte klíčového pracovníka?

Uved'te počet.....

6. Proč jste začal/a užívat metodu individuální plánování se klienty?

- a) z důvodu přijetí Zákona o sociálních službách
- b) z důvodu zavedení 5. Standardu kvality sociálních služeb
- c) z vlastní zkušenosti, pro stanovení metod a cílů práce s klienty
- d) jiný důvod, uveďte jaký.....
.....
.....

7. Kde jste se naučil/a individuálně plánovat?

- a) účast na kurzu
- b) v rámci školení v našem zařízení
- c) samostudiem, individuálně
- d) jinak, napište jak.....
.....
.....

8. Existuje ve vašem zařízení metodika ke zpracování individuálního plánu a řídíte se touto metodikou?

- a) ano, existuje a řídím se jí
- b) ano, existuje, ale neřídím se jí
- c) ne existuje
- d) nevím, zda existuje

9. Máte nějakou vnitřní motivaci k individuálnímu plánování s klienty?

- a) ne nemám
- b) ano mám, popište jakou.....
.....
.....
.....

10. Co pozitivně působí na Vaši vnitřní motivaci individuálně plánovat?

- a) účast na kurzech
- b) vedení, přímý nadřízený
- c) pracovní tým
- d) samostudium
- e) jiné, napište co.....
.....
.....

11. Jak vytváříte individuální plán?

- a) ve skupině – klíčový pracovník, sociální pracovník, klient
- b) klíčový pracovník a klient
- c) samostatně klíčový pracovník
- d) jinak, napište jak.....
.....
.....

12. Mají uživatelé zájem podílet se na individuálním plánování?

- a) ano, mají zájem
- b) ne, nemají zájem

13. Je nutné klienty motivovat ke tvorbě a realizaci individuálního plánu?

- a) ano, všechny je nutné motivovat
- b) ano, ale pouze některé
- c) ne, podílí se na individuálním plánování ochotně

14. Vysvětlujete klientům význam a podstatu individuálního plánování?

- a) ano
- b) ne
- c) ne, ani já neznám význam individuálního plánování

15. Jak zjišťujete potřeby a cíle u osob s mentálním postižením?

- a) pozorování
- b) rozhovor
- c) analýza dokumentů
- d) jinak, napište jak.....
.....
.....

16. Dochází při individuálním plánování ke krizovým situacím mezi klientem a klíčovým pracovníkem?

- a) ano, často
- b) ano, občas
- c) ne

17. Je možné, aby v případě nespokojenosti ze strany klienta došlo ke změně klíčového pracovníka?

- a) ano, ale nestává se to
- b) ano, stává se to
- c) ne

18. Zažil/a jste takovou situaci osobně?

- a) ano
- b) pouze zprostředkovaně
- c) ne

19. Co Vám při individuálním plánování chybí?

- a) čas
- b) prostorové podmínky
- c) dostatek zkušeností
- d) vlastní přesvědčení o smyslu
- e) jiné, napište.....
.....

20. Jak často provádíte revize individuálních plánů?

- a) dle potřeby
- b) vždy za půl roku
- c) na základě pokynů nadřízeného
- d) neprovádím

21. Máte nějaké připomínky ke tvorbě a realizaci individuálních plánů?

- a) ne
- b) ano, napište jaké
-
-

22. Myslíte si, že individuální plánování může zlepšit kvalitu života osob s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom
- d) jiné, napište.....
-
-

23. Myslíte si, že umíte tvořit a realizovat individuální plán s osobou s mentálním postižením?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lenka Šourková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinované studium

Název práce: Standardy kvality sociálních služeb se zaměřením na individuální plánování s klientem s mentálním postižením

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 91

Celkový počet stran příloh: 25

Počet titulů českých použitých zdrojů: 31

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 24

Počet ostatních zdrojů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Martina Karkošová Ph.D.