

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Individuální plánování péče s uživateli osobní
asistence a pečovatelské služby**
diplomová práce

Autor práce: Bc. Kateřina Sochorová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Mgr. Hana Francová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

Abstrakt

Tato diplomová práce se zabývá procesem individuálního plánování péče v organizacích poskytujících terénní sociální službu osobní asistence a pečovatelskou službu.

Teoretická část je zaměřena na vývoj sociálních služeb a sociální služby v České republice. Dále charakterizuje službu osobní asistence a pečovatelskou službu.

Zákon č. 108/2006 Sb. ukládá poskytovatelům sociálních služeb povinnost zpracovat a plnit standardy kvality sociálních služeb. V teoretické části diplomové práce stručně popisují všechny standardy kvality sociálních služeb. Největší pozornost je věnována standardu kvality č. 5 (Individuální plánování průběhu sociální služby), který je pro tuto diplomovou práci klíčovým. Vyhláška č. 505/2006 Sb. definuje kritéria, která je poskytovatel povinen naplňovat.

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat, jak jsou poskytovateli osobní asistence a pečovatelské služby reflektována kritéria naplňování standardu kvality č. 5. Dílčím cílem práce je zjistit, s jakými uživateli činí individuální plánování péče poskytovatelům největší potíže.

H1: Obtížnost naplňování standardu kvality č. 5 se zmenšuje s rostoucím počtem požadovaných aktivit ze strany uživatele sociální služby.

Pro testování hypotézy a naplnění cílů ve své diplomové práci jsem zvolila kvantitativní výzkum. Použila jsem metodu dotazování pomocí dotazníku. Dotazník obsahoval 22 otázek, 14 uzavřených, 8 polouzavřených. Otázky v první části dotazníku jsou směřované k hlavnímu cíli práce, ve druhé části k dílčímu cíli a testování hypotézy. Vlastní odpovědi u polouzavřených otázek jsem roztrídila a provedla jednoduché kódování. U každé otázky jsem v programu Excel vytvořila tabulku s četnostmi. U vybraných otázek jsem pomocí programu SPSS provedla statistickou analýzu závislosti v kontingenčních tabulkách a analýzu pomocí koeficientu nejistoty.

V rámci mého výzkumu jsem prostřednictvím e-mailu oslovila poskytovatele pečovatelské služby a osobní asistence v Jihočeském kraji. Kontakt na poskytovatele jsem získala z Registru poskytovatelů sociálních služeb. E-mail obsahoval odkaz na

internetové stránky www.vyplnto.cz, kam jsem umístila dotazník. Tento dotazník mohl vyplnit pouze příjemce odkazu. Zpět se vrátilo 167 vyplněných dotazníků

Výsledky dotazníkového šetření zaměřeného na naplnění hlavního cíle práce jsou jednoznačné. Převážná část dotázaných uvedla, že individuální plánování probíhá v jejich organizaci pravidelně, nejméně jednou ročně a to společně s každým uživatelem. Poskytovatelé mají písemně zpracována pravidla pro individuální plánování a většinou podle těchto pravidel postupuje. Většina pracovníků při plánování sociální služby osobní cíl uživatele zohledňuje a také pravidelně hodnotí. Téměř všichni dotázaní také uvádějí, že jejich organizace má pro každého uživatele určeného klíčového pracovníka. Převážná část respondentů kladně odpovědělo na otázku, zda má organizace zpracován systém předávání informací mezi zaměstnanci týkající se individuálního plánování uživatelů.

Druhá část dotazníku byla zaměřena na naplnění dílčího cíle práce a testování hypotézy. Z uvedených odpovědí je patrné, že největší obtíže činí individuální plánování poskytovatelům s uživateli využívající péči malého rozsahu. S těmito uživateli respondenti nejobtížněji nalézají osobní cíl, sestavují individuální plán a poté je pro ně nejtěžší individuální plán s těmito uživateli vyhodnotit. Naopak nejsnáze se většině respondentů individuální plánování provádí s uživateli využívajícímu službu velkého rozsahu, popř. středního rozsahu.

Po shrnutí uvedených výsledků můžeme konstatovat, že kritéria naplňování standardu kvality č. 5 jsou převážnou většinou poskytovatelů reflektována. Poskytovatelé mají písemně zpracovanou metodiku individuálního plánování a v praxi podle ní postupují. Plánují společně s uživatelem, zohledňují osobní cíl uživatele a společně plán vyhodnocují. Mají písemně zpracovaný systém předávání informací o individuálním plánování uživatele a pracovníci se jím řídí.

Největší obtíže poskytovatelům činí individuální plánování péče s uživateli, kteří využívají pouze službu malého rozsahu. Tuto skutečnost potvrzují i výsledky statistické analýzy. Na základě odpovědí respondentů lze hypotézu, že obtížnost naplňování standardu kvality č. 5 se zmenšuje s rostoucím počtem požadovaných aktivit ze strany uživatele sociální služby, uznat jako platnou.

Klíčová slova

Individuální plánování

Osobní cíl uživatele

Pečovatelská služba

Služba osobní asistence

Standard kvality č. 5

Abstract

This diploma thesis deals with the process of individual planning focusing on the care in the organization providing domiciliary services and care services.

The theoretical section devoted attention to the development of social services in the Czech Republic. Furthermore, it specifies care services as well as personal assistance services.

According to the Act 108/2006 Coll., on social services, providers of social services are obligated to draw up quality standards of social services and to respect them. In the theoretical section, there are briefly described all quality standards of social services. The thesis is focused mainly on quality standard No. 5 (The Individual Planning in Social Services).

The public notice No. 505/2006 Coll. defines the criteria, which are obligatory to be respected by providers of social services.

The aim of the thesis was to find out, how are the criteria of the quality standard No. 5 ensured by providers of personal assistance and care services. A partial aim of the work was to outline, to which users makes the individual planning the biggest difficulties.

H1: Difficulty of meeting quality standard No. 5 declines with the increasing number of activities, required from the user of the social service.

I've chosen a qualitative research to test the hypothesis and for achievement of the objectives. The relevant qualitative research relied on the questioning method. The questionnaire contained 22 questions, 14 closed and 8 semi-closed. Questions in the first part of the questionnaire are directed to the main objective of the thesis, questions in the second part to the stopover and to the testing of the hypothesis. I categorized the own responses in semi-closed questions and made simple coding. For each question, I created a spreadsheet with the frequency in the Excel program. For the selected questions, I carried out a statistical analysis of dependence in the cross tabulations and an analysis based on the uncertainty coefficient by using the SPSS program.

As part of my research, I approached provider of the care and personal assistance in the South Bohemian Region via e-mail. I received the contact to the provider from the Register of social service providers. The e-mail included a link to the website www.vyplnto.cz, where I placed the questionnaire. This questionnaire could fill in only the recipient of the link. 167 completed questionnaires returned back.

The results of the questionnaire survey focused on the main objective of the thesis are clear. The majority of respondents indicated that individual planning takes place in their organization regularly, at least once a year and together with each user. Providers have elaborated rules for individual planning into the written form and the majority progresses accordance with these rules. Most workers reflect and regularly evaluate the personal target in planning social services. Almost all respondents reported that their organization has a key worker for each user. The majority of respondents answered positively to the question whether the organization has developed system of information between employees regarding users' individual planning.

The second part of the questionnaire was focused on partial aim of the work and on testing of the hypothesis. From the responses, it is clear that individual planning makes the greatest difficulties to the providers with users using a small scale care. The respondents find it the most difficult to reach the personal target, to compile an individual plan and to evaluate it with these users. On the contrary, implementation of individual planning with service users using large scale or alternatively medium scale is for the most respondents the easiest. After summarizing of these results, we can conclude that the criteria of the quality standard No. 5 are reflected by the vast majority of providers. The providers have a written methodology for individual planning and they practice it. They plan together with the user, taking into account his personal target and they evaluate the plan collectively. They have a written system for the transmission of information about an individual users' planning and the staff follows it.

Individual planning makes the greatest difficulties to the providers with users using only a small scale care. This fact is confirmed by the results of statistical analysis. Based on respondents' answers, the hypothesis that the difficulty of meeting the quality

of standard No. 5 decreases with increasing number of required activities by the user of social services, can be consider as valid.

Key words

Individual planning

Quality standard No. 5

User's personal target

Care service

Personal assistance services

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 5. 2013

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Tímto děkuji vedoucí mé diplomové práce Mgr. Haně Francové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady, poznatky a věnovaný čas. Dále děkuji RNDr. Renatě Klufové, Ph.D., za odbornou pomoc se statistickou analýzou získaných dat. Zvláštní poděkování patří sl. Radce Máškové za pomoc s překladem abstraktu k diplomové práci do anglického jazyka.

Obsah

1	SOUČASNÝ STAV	13
1.1	VÝVOJ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	13
1.2	SOCIÁLNÍ SLUŽBY V ČESKÉ REPUBLICE.....	15
1.2.1.	<i>Definice a účel sociálních služeb.....</i>	<i>15</i>
1.2.2	<i>Typy sociálních služeb.....</i>	<i>16</i>
1.2.3	<i>Formy sociálních služeb.....</i>	<i>16</i>
1.3	PEČOVATELSKÁ SLUŽBA.....	17
1.3.1	<i>Historie pečovatelské služby v České republice.....</i>	<i>17</i>
1.3.2	<i>Charakteristika pečovatelské služby</i>	<i>18</i>
1.3.3	<i>Základní činnosti pečovatelské služby.....</i>	<i>19</i>
1.4	OSOBNÍ ASISTENCE	20
1.4.1	<i>Historie osobní asistence</i>	<i>20</i>
1.4.2	<i>Charakteristika osobní asistence</i>	<i>21</i>
1.4.3	<i>Základní činnosti osobní asistence.....</i>	<i>22</i>
1.5	STANDARDSY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	23
1.5.1	<i>Principy standardů kvality</i>	<i>23</i>
1.5.2	<i>Jednotlivé standardy kvality</i>	<i>24</i>
1.5.3	<i>Inspekce poskytování sociálních služeb</i>	<i>28</i>
1.6	INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ	30
1.6.1	<i>Povinnosti poskytovatele dle přílohy 2 Vyhlášky č. 505/2006 Sb.....</i>	<i>30</i>
1.6.2	<i>Co je individuální plánování</i>	<i>31</i>
1.6.3	<i>Plánování zaměřené na člověka</i>	<i>31</i>
1.6.4	<i>Klíčový pracovník</i>	<i>32</i>
1.6.5	<i>Lidské potřeby a jejich zjišťování</i>	<i>33</i>
1.6.6	<i>Osobní cíle klienta</i>	<i>36</i>
1.6.7	<i>Cyklus individuálního plánování</i>	<i>38</i>
1.6.8	<i>Význam individuálního plánování pro poskytovatele sociálních služeb</i>	<i>40</i>

2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	42
2.1	CÍLE	42
2.2	HYPOTÉZA	42
2.3	OPERACIONALIZACE POJMŮ	42
3	METODIKA.....	44
3.1	POUŽITÉ METODY A TECHNIKY	44
3.2	CHARAKTERISTIKA SOUBORU	46
4	VÝSLEDKY	47
4.1	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	47
4.2	VÝSLEDKY STATISTICKÉ ANALÝZY	72
5	DISKUZE	84
6	ZÁVĚR.....	95
7	SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	97
8	PŘÍLOHY	104

Úvod

Proces individuálního plánování péče je mezi odbornou veřejností stále velmi diskutované téma. Zákon č. 108/2006 Sb. ukládá poskytovatelům sociálních služeb povinnost individuálně plánovat společně s uživatelem. Vyhláška č. 505/2006 Sb. v příloze 2 uvádí soubor kritérií, které je poskytovatel sociální služby povinen v rámci naplnění standardu kvality č. 5 reflektovat.

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na individuální plánování péče v pečovatelské službě a službě osobní asistence, která je poskytována uživatelům v jejich přirozeném prostředí. Důvodem výběru tématu diplomové práce je má osobní zkušenost s prací sociální pracovníce v terénní sociální službě. Během své praxe jsem se setkala se skutečností, že pro některé pracovníky je individuální plánování péče s uživatelem nemalým problémem. Tyto problémy jsou patrné zvláště u klientů, kteří požadují pouze dovoz a zajištění stravy, mytí oken, občasný úklid, praní prádla apod. Dle mé zkušenosti bylo pro pracovníky nejtěžší nalézt s těmito klienty osobní cíl uživatele.

Výzkum proto probíhal u registrovaných poskytovatelů terénní sociální služby osobní asistence a pečovatelské služby.

Teoretická část diplomové práce se zabývá sociálními službami, standardy kvality sociálních služeb a především procesem individuálního plánování. Popisuje osobní cíl uživatele, zjišťování jeho potřeb, roli klíčového pracovníka, samotný individuální plán a jeho vyhodnocení.

Praktická část je zaměřena na proces individuálního plánování u oslovených poskytovatelů. Pomocí dotazníkového šetření jsem se snažila zmapovat, jak jsou poskytovateli reflektována kritéria naplňování standardu kvality č. 5. Dále jsem zjišťovala, s jakými uživateli činí individuální plánování péče poskytovatelům největší obtíže.

1 Současný stav

1.1 Vývoj sociálních služeb

Počátky solidarity a podpory osob ve stavu nouze jsou patrné již v předcivilizované společnosti (Matoušek a kol., 2007b). V prvobytně pospolné společnosti se kmenové společenství staralo o své nemocné a staré příslušníky tím, že je ponechali ve své pospolitosti (Tröster a kol., 2005).

Problém sociálně slabších byl zájmem panovníků již ve starověku. První sociální služby se však objevily až po přijetí křesťanství a zavedení církve. Většina těchto služeb se soustředila na poskytování přístřeší, základní stravy a jisté základní zdravotní péče (Matoušek a kol., 2007a). Tyto útulky byly historicky nejstarší vývojovou formou sociálních služeb a sloužily většinou chudým, sirotkům, nemocným a prostitutkám (Tomeš, 2010). V počátcích křesťanství existovala pomoc soukromá, kterou realizovali jednotlivci, a pomoc veřejná, kterou organizovala církev (Tokarová, 2003). Prvním poskytovatelem sociálních služeb byla tedy církev, stát přistupoval k potřebným spíše represivně. V celé společnosti převládala až do počátku novověku tendence sociálně potřebné vyloučit ze svého okolí (Matoušek a kol., 2007a).

Snaha o pomoc potřebným byla patrná kromě křesťanství i v dalším náboženství. Islámské náboženství například rozlišuje mezi sociální spravedlností a dobročinností. Podle tradice má každý muslim, který je toho finančně schopen, přispívat 2,5 % ročně ze svého majetku na podporu sociálně znevýhodněným. Tato praxe není považována za dobročinnost, ale spíše za sociální solidaritu, přerozdělení majetku. (White, 2008).

Na počátku novověku bylo v Evropě zavedeno domovské právo. Tento institut závazně ukládal obcím starat se o osoby sociálně potřebné, které do konkrétní obce příslušely. Tato pomoc byla však jen minimální a nekvalifikovaná (Matoušek, 2008). Postupně pod dohledem státu začaly vznikat ústavní zařízení, které měly dlouhodobě

pečovat o lidi sociálně znevýhodněné. Na přelomu 18. – 19. století vznikla tradice ústavní péče jako hlavní možnost řešení sociálních problémů (Matoušek a kol., 2007a).

Na přelomu 19. a 20. je sociální práce pojata jako samostatný obor, vznikají první specializované školy a univerzitní programy. Cílovými skupinami jsou zejména chudí, chronicky nemocní, vězni a starší lidé. Postupně se péče rozšiřuje i na ohrožené děti, ženy ohrožené násilím, bezdomovce, nezaměstnané, závislé na návykových látkách, rizikovou mládež, prostitutky (Matoušek, 2008). Přelom 19. a 20. století byl také dobou pro vznik sociální práce s mládeží, která je předchůdcem služeb sociální prevence (Matoušek a kol., 2007a).

V roce 1918 vzniká v ČSR Ministerstvo sociální péče. Toto ministerstvo spravovalo veškeré sociální agendy (Tomeš, 2010). V důsledku 1. světové války vznikaly velké újmy na zdravotním stavu obyvatelstva. Vlivem podvýživy a hladovění se rozmohla tuberkulóza jako sociální nemoc. Do popředí zájmu státu se také dostala péče o válečné invalidy (Vurm, 2007). V meziválečném období dochází k velkému rozmachu dobrovolných sociálních služeb a specializovaných poradenských služeb, původně nestátních a církevních, později byly některé přebírány státem. V tomto období však převládaly služby ústavního charakteru (Matoušek a kol, 2007a).

Po 2. světové válce dochází k formulování lidských a dětských práv v mezinárodních dokumentech. Tato skutečnost je velkým impulsem pro rozvoj sociální práce (Matoušek, 2008). V šedesátých letech dvacátého století v západních zemích přichází vlna kritiky ústavní sociální péče. Vznikají léčebné komunity, stacionáře, rozvíjí se terénní sociální služby, chráněné a podporované bydlení a zaměstnání. Jsou vypracovány a realizovány preventivní sociální programy, sociální poradenství je budováno pro různé cílové skupiny. V naší zemi však byla sociální politika od roku 1948 formována zcela jiným směrem. Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení sjednotil sociální systém v ČSSR. Veškerou sociální péči převedl na stát, jedinou výjimkou bylo ústavní zaopatření. Zákon umožňoval zřizování, provozování a udržování ústavů sociální péče dobrovolným organizacím, církevním a náboženským společnostem, podnikům a jednotným zemědělským družstvům. Terénní sociální práci

poskytovala pouze pečovatelská služba. V zemi převládala ústavní péče, docházelo však také k postupnému vývoji sociálního poradenství (Matoušek a kol., 2007a).

Po revoluci v listopadu 1989 bylo nutné přistoupit k rozsáhlým změnám v oblasti sociálního zabezpečení (Kahoun a kol., 2009). Změna poměrů po roce 1989 znamenala vznik a nárůst nestátních neziskových organizací a občanských sdružení. Organizace pro poskytování sociálních služeb vznikaly také v církevní oblasti. Situace se začala měnit i v ústavních zařízeních, byly proto nutné legislativní změny. Začalo se na nich pracovat již v roce 1994, v roce 1997 byl vládou schválen věcný záměr zákona o sociální pomoci (Matoušek a kol., 2007a). V oblasti sociální péče došlo k zásadním reformám až v roce 2006, kdy byl přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Kahoun a kol., 2009).

1.2 Sociální služby v České republice

1.2.1. Definice a účel sociálních služeb

Sociální služba je definována jako soubor činností, které pomáhají člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Nepříznivá sociální situace je taková situace, kdy je oslabena nebo znemožněna schopnost řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo možnost sociálního začlenění a nedocházelo k sociálnímu vyloučení (Molek, 2009). Tyto služby jsou poskytovány osobám sociálně znevýhodněným. Jejich cílem je zlepšit kvalitu života těchto osob, začlenit je v maximální míře do života ve společnosti, popřípadě chránit společnost před riziky, kterým může být vystavena vlivem těchto osob. Sociální služby tak zohledňují nejen osobu sociálně znevýhodněnou, ale i její rodinu a širší okolí. Sociální služby jsou řízeny v České republice Ministerstvem práce a sociálních věcí, v širším smyslu pak také Ministerstvem zdravotnictví - kojenecké ústavy, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy - výchovné ústavy pro děti a mládež, Ministerstvem vnitra - prevence

kriminality mládeže a Ministerstvem spravedlnosti - Probační a mediační služba ČR (Matoušek a kol., 2007a).

1.2.2 Typy sociálních služeb

Sociální služby jsou podle funkce rozděleny takto:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Služba osobní asistence a pečovatelská služba, které jsou předmětem diplomové práce, spadají do kategorie služeb sociální péče – *poz. autora*. Cílem služeb sociální péče je umožnit uživatelům zapojení do běžného života společnosti. Pokud to stav uživatelů vylučuje, je jejich cílem zajistit uživateli důstojné prostředí a zacházení (Matoušek, 2008).

1.2.3 Formy sociálních služeb

Sociální služby se dále dělí podle způsobu, jakým jsou poskytovány:

- ambulantní sociální služby – součástí služby není ubytování, uživatel za nimi dochází do zařízení poskytující tyto služby,
- terénní sociální služby – služby poskytované uživatelům v jejich přirozeném prostředí,
- pobytové sociální služby – služby v zařízení, ve kterém je uživatel ubytován (Zákon č. 108/2006 Sb.).

1.3 Pečovatelská služba

1.3.1 Historie pečovatelské služby v České republice

Vznik novodobé pečovatelské služby úzce souvisí se založením Československého červeného kříže v roce 1919. Členky Československého červeného kříže poskytovaly pomoc seniorům v jejich domovech. Jednalo se zejména o pomoc s osobní hygienou, úklidem domácnosti a vařením. Z této pomoci se postupně vyvinula pečovatelská služba. Veřejnou správou nebyla nijak financována, byla proto odkázána na veřejné sbírky a činnost dobrovolníků. V roce 1940 byl Československý červený kříž rozpuštěn, jeho činnost byla přerušena, obnovena byla až po 2. světové válce. Po převratu v roce 1948 byl Československý červený kříž zařazen do jednotné Národní fronty, čímž ztratil svoji samostatnost a nezávislost. Sociálním problémům nebyla věnována přílišná pozornost, předpokládalo se, že jsou jen přežitkem kapitalismu a časem vymizí. V roce 1952 přešla pečovatelská služba pod státní zdravotní správu a byla omezena převážně na péči o nemocné osamělé občany, v roce 1955 bylo organizování pečovatelské služby opět svěřeno Československému červenému kříži. Až do roku 1968 se sociální problémy řešily jako zdravotní, v socialistické společnosti se sociální problémy nepřipouštěly. Po roce 1968 převzaly poskytování pečovatelské služby odbory sociálního zabezpečení okresních národních výborů, pečovatelská služba již byla chápána jako společensky významná a důležitá. V sedmdesátých letech začala výstavba domů s pečovatelskou službou, v osmdesátých letech vznikly tzv. domovinky. Po převratu v roce 1989 dochází k rychlému rozvoji sociálních služeb a tedy i pečovatelské služby. Nově tyto služby začaly poskytovat městské a obecní úřady, neziskové a církevní organizace (Vítová, 2010a).

1.3.2 Charakteristika pečovatelské služby

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní soubor služeb, které podporují klienty v setrvání v jejich přirozeném prostředí. Je poskytována osobám, které z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení nejsou schopny zajistit své životní potřeby vlastními silami a potřebují k zajištění těchto potřeb pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována převážně v domácím prostředí klientů. Pečovatelskou službu poskytují obce, církve a soukromé agentury (Kozlová, 2005). Služba je poskytována ve vymezeném čase, základním principem je poskytování úkonů, je poskytována za úhradu, až na výjimky, uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb. Maximální výše úhrady je daná zákonem (MPSV, 2013a). Výjimku tvoří služba poskytována rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Těmto osobám je služba poskytována bez úhrady, kromě nákladů za stravu poskytnutou v rámci základní činnosti. Bez úhrady je pečovatelská služba poskytována také účastníkům odboje, osobám soudně rehabilitovaným a jejich pozůstalým manželkám nebo manželům starším sedmdesáti let (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Nejrozšířenější skupinou, která využívá pečovatelskou službu v ČR i v jiných evropských zemích, jsou senioři. Demografický vývoj předpokládá, že v roce 2050 bude třetina obyvatel České republiky starší 65 let (Kubalčíková, 2011). Zřejmě tedy význam sociálních služeb včetně pečovatelské služby poroste – *poz. autora*.

Pro poskytovatele pečovatelské služby jsou zákonem vymezené základní činnosti, které musí nabídnout. Další úkony může poskytovatel uživateli nabídnout formou fakultativních služeb, které mohou zvýšit atraktivitu nabízené pečovatelské služby (Vítová, 2010b).

1.3.3 Základní činnosti pečovatelské služby

Vyhláška č. 505/2006 Sb. definuje základní činnosti pečovatelské služby takto:

- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
 - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití,*
 - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,*
 - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru,*
 - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
 - *pomoc při úkonech osobní hygieny,*
 - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty,*
 - *pomoc při použití WC,*
- *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:*
 - *zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,*
 - *dovoz nebo donáška jídla,*
 - *pomoc při přípravě jídla a pití,*
 - *příprava a podání jídla a pití;*
- *pomoc při zajištění chodu domácnosti:*
 - *běžný úklid a údržba domácnosti,*
 - *údržba domácích spotřebičů,*
 - *pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování,*
 - *donáška vody,*
 - *topení v kamnech včetně donáška a přípravy topiva, údržba topných zařízení,*
 - *běžné nákupy a pochůzky,*

- *velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti,*
 - *praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,*
 - *praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
- *doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět,*
 - *doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.*

1.4 Osobní asistence

1.4.1 Historie osobní asistence

Pojem osobní asistence je ve světě spojen se jménem Eda Robertse. Žil ve dvacátém století v Kalifornii. Studoval na univerzitě v Berkley, přesto, že byl těžce tělesně postižený. Jeho postižení vyžadovalo stálé používání dýchacího přístroje. V šedesátých letech dvacátého století založil s přáteli hnutí Independent Living. On i jeho přátelé se nechtěli smířit s tím, že by svůj život strávili v nemocnici nebo v ústavu. Zásady hnutí se rozšířily do celého světa. Hlavní zásadou hnutí je, že každý člověk má právo na sebeurčení. Proto je nutné poskytovat osobám takovou podporu, aby mohli toto své právo realizovat. Nejlepším odborníkem na život se znevýhodněním je člověk, který je sám znevýhodněn, při pomoci a podpoře je proto nutné řídit se jeho radami (Hrdá, 2006).

V České republice vypracovala první projekt na poskytování služeb osobní asistence Pražská organizace vozíčkářů. Vycházela při tom ze švédských a holandských zkušeností. V roce 1991 začala poskytovat první osobní asistenci. Avšak

pravděpodobně prvním člověkem, který využíval služby osobní v Československu, byla Jana Hrdá. Po úmrtí její matky v roce 1985 pod záštitou Okresního ústavu sociálních služeb začala ve svém domově organizovat placenou osobní asistenci. Její zásady se zcela shodovaly se zásadami propagovanými ve světě. Pracovníci Pražské organizace vozíčkářů se proto všemožně snažily o uzákonění a rozšíření služby osobní asistence. Později se přidávali další poskytovatelé a služba osobní asistence se začala rychle rozšiřovat (Hrdá, 2006).

1.4.2 Charakteristika osobní asistence

Osobní asistence je zaměřena na pomoc osobám, které se z důvodu zdravotního znevýhodnění ocitly v nepříznivé sociální situaci (Kozlová, 2005). Zahrnuje služby, které zmírňují důsledky zdravotního znevýhodnění klienta při všech jeho činnostech. Na rozdíl od pečovatelské služby není omezena místem a časem, může být poskytována i 24 hodin denně. Službu osobní asistence nejvíce využívají klienti se zdravotním a mentálním znevýhodněním nebo senioři. Jsou to klienti, kteří by byli jinak odkázáni na ústavní péči. Těmto uživatelům osobní asistence umožňuje žít takovým životem, který se co nejvíce podobá životu bez omezení. (Matoušek, 2008). Pomáhá klientům se zvládnutím běžných každodenních dovedností. Orientuje se také na klienty, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace (Koláčková, Kodymová, 2005). Není omezena ani vymezenými úkony, které mají být prováděny v určitém čase (Hrdá, 2006). Povinností osobní asistence je poskytnout základní činnosti definované zákonem. Popřípadě, je-li toho poskytovatel schopen, může zajistit další činnosti, označované jako fakultativní (MPSV, 2013a). Úhradu za služby osobní asistence hradí uživatel, maximální výši úhrady stanoví právní předpis (Zákon č. 108/2006 Sb.).

1.4.3 Základní činnosti osobní asistence

Podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. jsou základní činnosti osobní asistence definovány takto:

- *pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
 - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití,*
 - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,*
 - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním vnějším prostoru,*
 - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,*
- *pomoc při osobní hygieně:*
 - *pomoc při úkonech osobní hygieny,*
 - *pomoc při použití WC,*
- *pomoc při zajištění stravy:*
 - *pomoc při přípravě jídla a pití,*
- *pomoc při zajištění chodu domácnosti:*
 - *pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí,*
 - *nákupy a běžné pochůzky,*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
 - *pomoc a podpora rodině v péči o dítě,*
 - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*
 - *pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
 - *doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět,*

- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
 - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,*
 - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí.*

1.5 Standardy kvality sociálních služeb

1.5.1 Principy standardů kvality

Dle Tomešové jsou standardy kvality sociálních služeb založeny zejména na těchto principech:

- *dodržování práv uživatelů – uživatelé jsou znevýhodněni vůči poskytovateli a jeho pracovníkům, proto poskytovatel usiluje o vytvoření podmínek k naplnění práv uživatelů,*
- *individualizace podpory – uživatelům jsou služby individuálně přizpůsobeny,*
- *respektování volby uživatele – jsou vytvářeny takové podmínky, v nichž se uživatel může svobodně rozhodnout a chápe důsledky svého rozhodnutí,*
- *zaměření na celek – situace uživatele posuzována je v širším kontextu, ne pouze v jednotlivém hledisku,*
- *flexibility – služba je přizpůsobena potřebám uživatelů.*

Z těchto principů je patrné, že kvalita sociálních služeb závisí hlavně na pracovnících, jejich přístupech a profesionalitě (Tomešová, 2006). Míra spokojenosti se uživatele se sociální službou souvisí s tím, jak pracovník respektuje lidskou důstojnost a uplatňuje etické zásady sociální práce (Novotný, Francová, 2010).

1.5.2 Jednotlivé standardy kvality

Vypracování a naplňování standardů kvality sociálních služeb jsou nutnou podmínkou pro poskytování služeb. Slouží ke kontrole požadované kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou rozčleněny do třech skupin – procedurální, personální a provozní standardy (Kozlová, 2005).

Procedurální standardy:

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Dle přílohy 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. má poskytovatel povinnost písemně definovat poslání, cíle a zásady poskytované služby. Dále je povinen definovat cílovou skupinu, které je služba určena. Poskytovatel se posláním, cíli a zásadami řídí při své práci. Vytváří podmínky k tomu, aby uživatel mohl uplatňovat svou vůli při řešení své sociální situace. Poskytovatel postupuje podle písemně zpracovaných pracovních postupů. Má zpracované vnitřní pravidla pro ochranu uživatele před předsudky a negativním hodnocením a podle těchto pravidel postupuje (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Poslání a osobní cíle organizace mají přímou návaznost na cíle uživatelů. Při definování poslání, cíle a cílové skupiny uživatelů je důležité uvědomit si, jakým uživatelům je služba určena a jaký vliv může mít služba na změnu jejich nepříznivé sociální situace (Sýkorová a kol., 2008).

2. Ochrana práv osob

Tento standard ukládá poskytovateli za úkol písemně zpracovat vnitřní pravidla pro předcházení situacím, při kterých by mohlo dojít k porušení lidských práv a svobod uživatele. Nutné je i zpracovat postup pro možnost, že k této situaci dojde. Ve vnitřních pravidlech poskytovatel vymezí situace, ve kterých by mohlo docházet ke střetu jeho zájmů se zájmy uživatele a pravidla pro řešení takové situace. Poskytovatel musí mít také zpracována pravidla pro přijímání darů. Pro poskytovatele jsou písemně zpracované postupy závazné (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Naplňování práv uživatelů je

v rámci současných sociálních služeb jedním z hlavních ukazatelů kvality poskytované služby (Kořínková a kol., 2008).

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Tento standard se soustřeďuje na povinnost poskytovatele písemně zpracovat vnitřní pravidla o informování zájemce o sociální službu a to pro něj srozumitelným způsobem. Poskytovatel informuje zájemce o možnostech a podmínkách poskytování služby, jedná s ním o jeho požadavku, očekávání, o osobních cílech, které by bylo možno prostřednictvím sociální služby realizovat. Má také zpracovány postupy při odmítnutí žadatele a definovány důvody k odmítnutí zájemce (Deverová a kol., 2008).

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Poskytovatel má písemně vypracována vnitřní pravidla pro uzavírání dohody mezi uživatelem a poskytovatelem o poskytování sociální služby. Smlouva má především objasnit vtahy mezi účastníky smlouvy, okruh osob, kterým je smlouva určena, upřesnit práva a povinnosti obou stran (Hrdá, 2006).

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Více o standardu kvality č. 5 viz kapitola Individuální plánování – *poz. autora*.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard č. 6 se zabývá dodržováním lidských a občanských práv a ochranou osobních údajů. Poskytovatel má povinnost písemně zpracovat pravidla pro vedení, uchovávání, zpracování a archivace dokumentace uživatele, které považuje za nezbytné pro poskytování sociální služby. Vnitřní pravidla organizace stanoví, kdo a za jakých podmínek smí nahlížet do dokumentace. Pokud to uživatel nebo charakter sociální služby vyžaduje, musí být dokumentace vedena anonymně (Matuška a kol., 2008).

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Standard se zaměřuje na bezpečnost uživatele, má být zároveň impulsem pro poskytovatele vedoucím ke zlepšování kvality služeb. Poskytovatel písemně zpracuje pravidla pro podávání a vyřizování stížností ve formě srozumitelné uživateli. Osoby informuje o způsobu a formě podávání stížností. Stížnosti jsou evidovány a vyřizovány v předem určené lhůtě, která musí být přiměřená. Uživatel musí být informován o možnosti obrátit se na nadřízený orgán poskytovatele, pokud není s vyřízením stížnosti spokojen (Hrdá, 2006).

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Poskytovatel aktivně podporuje uživatele využívat běžně dostupné služby, tyto služby nenahrazuje. Pokud uživatel potřebuje jinou službu, poskytovatel mu tuto službu zprostředkuje, podporuje uživatele ve vztazích a kontaktech s přirozeným sociálním prostředím. Pokud dojde v těchto vztazích ke konfliktu, postoj poskytovatele je neutrální (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Personální standardy:

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Tento standard se týká personálního zajištění organizace. Poskytovatel písemně zpracuje počet pracovních míst, organizační strukturu, kvalifikační a osobnostní požadavky na pracovníky. Vychází při tom z počtu a potřeb uživatelů, finanční situace a časového snímku zaměstnance. Dále poskytovatel zpracuje závazný postup pro přijímání a zaškolování nových pracovníků (Kubíková, 2010).

10. Profesní rozvoj zaměstnanců

V rámci tohoto standardu poskytovatel písemně zpracuje způsob hodnocení zaměstnanců, finančního a jiného odměňování, plán dalšího vzdělávání zaměstnanců, systém výměny informací mezi pracovníky. Hodnocení pracovníků je velmi významné pro jejich osobní a profesní rozvoj. Dále je poskytovatel povinen zajistit pro své zaměstnance podporu nezávislého odborníka (Kašlíková a kol., 2008).

Provozní standardy:

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Poskytovatel určuje, kde a kdy je služba poskytována podle druhu sociální služby a podle potřeb cílové skupiny, které je služba poskytována (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Poskytovatel co nejprůhledněji zpracuje materiály informující o poskytované sociální službě a to tak, aby byly srozumitelné zejména okruhu osob, kterému je služba určena (Čámský a kol., 2008).

13. Prostředí a podmínky

Poskytovatel je povinen zajistit materiál, technické a hygienické vybavení podle druhu poskytované služby. Prostředí musí být důstojné a přizpůsobené potřebám cílové skupiny uživatelů (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

14. Nouzové a havarijní situace

Nouzové a havarijní situace mohou nastat při požáru, prasklém vodovodním potrubí, výpadku sítí, onemocnění pracovníků, nedostavením se pracovníka do služby apod. Ze strany uživatele tato situace může nastat např. při napadení klienta nebo personálu, při sebevraždě, úmrtí, ztrátě klíčů, úrazu, rapidním zhoršení zdravotního stavu apod. Poskytovatel má písemně zpracované nouzové a havarijní situace, které v průběhu služby mohou nastat. Je povinen prokazatelně seznámit personál a uživatele s postupem při řešení těchto situací. O průběhu nouzových a havarijních situací vede poskytovatel záznamy (Čámský a kol., 2008). Při naplňování tohoto standardu je velmi důležité vzít v úvahu také prevenci. Vždy je lepší situacím předcházet, než následně řešit vzniklou havarijní a nouzovou situaci (Čámský, 2010a).

15. Zvyšování kvality sociální služby

Prostřednictvím tohoto standardu je hodnocena kvalita služby. Poskytovatel průběžně kontroluje, zda je služba poskytována s definovaným posláním, cíli, zda je služba poskytována určené cílové skupině. Poskytovatel písemně zpracuje pravidla pro zjišťování spokojenosti uživatelů se službou. Způsob zjišťování by měl být bezpečný a pokud možno anonymní, aby se uživatel necítil ohrožen. Do hodnocení zapojuje poskytovatel také zaměstnance a další osoby, např. příbuzné uživatele. Nástrojem pro zjišťování kvality služeb je také vyhodnocování stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby (Baštecká a kol., 2008).

1.5.3 Inspekce poskytování sociálních služeb

U poskytovatelů sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, provádí krajská pobočka Úřadu práce inspekci poskytování sociálních služeb. Předmětem této inspekce je plnění podmínek stanovených pro registraci a kvalita poskytovaných sociálních služeb (MPSV, 2013c).

Hlavním garantem sociální péče v České republice je stát. Inspekce poskytování sociálních služeb je orgán, jehož prostřednictvím stát důsledně kontroluje, zda registrovaní poskytovatelé sociálních služeb plní své povinnosti a naplňují požadavky zákona o sociálních službách. Standardy kvality sociálních služeb jsou základním nástrojem, kterým inspekce ověřuje, zda poskytovatelé splňují požadavky zákona a v jaké kvalitě (Čámský, 2010b).

Průběh a způsob inspekce poskytování sociálních služeb se řídí zákonem č. 1008/2006 Sb., o sociálních službách a zákonem č. 552/1991 Sb., o státní kontrole (Malíková, 2011).

Inspekci poskytování sociálních služeb provádí od 1. 1. 2012 krajská pobočka Úřadu práce. Inspekce se provádí u poskytovatelů, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci. Zaměřuje se zejména na plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb a kvalitu poskytovaných služeb. V rámci plnění povinností poskytovatele posuzuje

inspekce smlouvu o poskytování sociálních služeb, zejména zda obsahuje všechny náležitosti smlouvy a zda je stanovena výše úhrady dle platného právního předpisu (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Kvalita poskytovaných služeb je měřena prostřednictvím standardů kvality poskytovaných služeb. Výsledkem je bodové ohodnocení a procentuální součet bodů (Čámský a kol., 2008).

Inspekční tým je složen nejméně ze tří inspektorů, je-li inspekce prováděna v pobytovém zařízení sociálních služeb, a nejméně dvou členů v ostatních zařízeních. Alespoň jeden člen musí být zaměstnancem krajské pobočky Úřadu práce. Do inspekčního týmu může svého zaměstnance vyslat také Krajský úřad (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Existují tři typy inspekce poskytování sociálních služeb:

- inspekce typu A kontroluje celkovou úroveň poskytované služby, plnění povinností poskytovatele a kvalitu poskytované služby,
- inspekce typu B kontroluje nápravu a splnění inspekci uložených opatření k odstranění nedostatků zjištěných při inspekci typu A,
- inspekce typu C prověřuje podněty a stížnosti na poskytovatele takového charakteru, kdy je nutné okamžité řešení (Čámský a kol., 2008).

Doba trvání inspekce je různá podle počtu uživatelů, kterým je služba poskytována. Nejčastější je inspekce třídní, pro pobytová zařízení s počtem uživatelů vyšším než 150 klientů může být i delší, neměla by však přesáhnout pět dní (Malíková, 2011).

Zahájení inspekce probíhá písemným vyrozuměním poskytovatele. Inspekční tým si vyžádá konkrétní dokumentaci. Po prostudování dokumentace se inspekční tým setká s vedoucím pracovníkem organizace, předloží mu pověření k provedení inspekce, dojedná časový harmonogram, průběh a náplň inspekce. Pracovníci osloví uživatele a zajistí jejich souhlas s rozhovorem se členy inspekčního týmu. Následně jsou dotazováni uživatelé vylosování. Rozhovory probíhají i se zaměstnanci poskytované sociální služby. Dalšími činnostmi sloužící ke zjištění a posouzení kvality péče jsou např. pozorování, prohlídka zařízení, analýza dokumentace, přítomnost při v místnostech běžného provozu, návštěva aktivit v zařízení apod. Inspektoři během

inspekce dbají na to, aby svou přítomností nenarušili chod poskytované služby a soukromí uživatelů. Po zjištění veškerých informací inspektoři provedou hodnocení dle bodového systému. Veškerá skutečnosti zjištěné při inspekci jsou zaznamenány do inspekční zprávy. Zpráva musí obsahovat výčet zjištěných nedostatků, inspekce navrhuje do inspekční zprávy uložená opatření k odstranění nedostatků a termín, do něhož musí být opatření realizována. Se zprávou je seznámen poskytovatel, který může proti inspekční zprávě podat námitku. Následně proběhne řízení o námitkách podle zákona č. 552/1991 Sb. V případě, že námitka podána nebyla, je poskytovatel povinen ve stanoveném termínu provést uložená opatření vedoucí k nápravě zjištěných nedostatků. Pokud tak neučiní, je s ním zahájeno správní řízení, které může vést k uložení pokuty a odejmutí registrace (Malíková, 2011).

1.6 Individuální plánování

1.6.1 Povinnosti poskytovatele dle přílohy 2 Vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Kritéria definovaná dle vyhlášky č. 505/2005 Sb.:

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;*
- b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;*
- c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;*
- d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;*

e) *Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).*

Vyhláška nestanoví, jakou formou má být individuální plán vypracován. Nezáleží, zda je psán ručně nebo elektronicky prostřednictvím softwaru. Důležité je, aby z dokumentace bylo patrné naplnění zákonných požadavků (Mlejnková, 2010).

1.6.2 Co je individuální plánování

Pro poskytování kvalitní sociální služby je individuální plánování klíčové. Umožňuje pochopit a formulovat potřeby a osobní cíle uživatele. Posiluje silné stránky klienta, podporuje v nejvyšší možné míře jeho samostatnost, možnosti a schopnosti, respektuje přání uživatele. Individuální plán nelze vytvářet formálně, podle předlohy, musí být přizpůsoben potřebám a cílům každého konkrétního uživatele (Uzlová, 2010).

Pro individuální plánování je podstatná komunikace mezi uživatelem a pracovníkem. Pracovník se s klientem sociální služby pravidelně setkává, společně plánují, jak prostřednictvím služby pomoci uživateli k naplnění jeho individuálních potřeb, hodnotí naplnění osobních cílů. Poskytovatel poskytuje sociální službu podle stanovených individuálních plánů. Uživatel může své osobní cíle v procesu plánování měnit podle svých potřeb momentálních potřeb (Čámský a kol., 2008).

1.6.3 Plánování zaměřené na člověka

Tento způsob plánování sociálních služeb se objevil na přelomu osmdesátých a devadesátých let dvacátého století v souvislosti plánování služeb s osobami s mentálním znevýhodněním. Je zde zdůrazňována priorita klientových potřeb a cílů nad potřebami organizace a nad tehdejšími způsoby poskytování sociálních služeb (Matoušek a kol, 2007a).

Při práci s klientem je bezpodmínečně nutné uvědomit si, že každý člověk je jedinečná bytost. Má vlastní schopnost ke změnám a k řešení různých životních situací. Tato schopnost může být z nejrůznějších důvodů omezena. Příčinou může být např. vývojová porucha, zdravotní a mentální znevýhodnění, proces stárnutí. Je proto potřeba objevit a posílit nevyužité zdroje a přispívat k udržování a podporování ostatních schopností. Tento postoj je základem práce zaměřené na člověka, od pracovníků vyžaduje empatii, úctu k osobnosti a schopnost vycházet klientovi vstříc (Pörtner, 2009).

1.6.4 Klíčový pracovník

Klíčový pracovník je zaměstnanec odpovědný za koordinaci péče a podpory u přiděleného uživatele. Je důvěrníkem uživatele, chápe ho, je schopen pro něj zprostředkovat pomoc, uživatel se na něj může kdykoli obrátit. V praxi o přidělení klíčového pracovníka rozhoduje pověřená osoba (Hauke, 2011). Klient má sice právo vybrat si svého klíčového pracovníka, bývá to však občas problémem. Noví klienti pracovníky neznají, proto je jim zpočátku klíčový pracovník přidělen a po určité době se koordinátor klíčových pracovníků dotazuje klienta, zda je s pracovníkem spokojen. Dalším problémem, který může nastat, je velký zájem klientů o jednoho pracovníka. Dochází tak k nepoměru v rozdělení počtu klientů mezi jednotlivé pracovníky. Schopní a aktivní pracovníci jsou pak přetíženi a snáze u nich vzniká riziko syndromu vyhoření (Malíková, 2011).

Od klíčového pracovníka jsou požadovány tzv. kompetence. Jsou to znalosti, dovednosti, návyky a osobnostní předpoklady, které jsou získány náležitým vzděláním, praxí a vyvrácením osobnosti. Klíčový pracovník musí znát standardy kvality sociálních služeb, rozumět jim i procesu individuálního plánování. S uživatelem jedná s úctou, bez předsudků, přistupuje k němu jako k rovnocennému partnerovi, respektuje ho, vytváří atmosféru vzájemné důvěry a bezpečí. Ovládá komunikační techniky, umí aktivně

naslouchat a vést rozhovor. Zvládá také administrativní činnosti spojené s individuálním plánováním (Hauke, 2011).

Klíčový pracovník má např. tyto úkoly:

- přebírá do péče klienty dle pokynů koordinátora,
- vytváří s klientem individuální plán směřující k dosažení osobních cílů klienta,
- při tvorbě individuálního plánu si uvědomuje míru rizik vyplývajících z jeho plnění a předchází jim,
- spolupracuje s ostatními pracovníky,
- zajišťuje a zodpovídá za plnění individuálního plánu
- používá vhodné aktivizační techniky pro zapojení klienta do jeho plánu,
- o všech změnách a problémech vznikajících v souvislosti s individuálním plánem informuje ostatní pracovníky a koordinátora,
- do dokumentace o individuálním plánu provádí správné, objektivní a pravdivé zápisy
- má vyřešeny své vlastní problémy a vztah k sobě samému a okolí
- dodržuje etické zásady (Malíková, 2011).

Základním úkolem klíčových pracovníků je však zjištění potřeb uživatele, míra jejich neuspokojení a nalezení cesty k naplnění těchto potřeb. Uspokojení základních lidských potřeb má zásadní význam pro tvorbu individuálního plánu a pro celkovou spokojenost uživatele se sociální službou (Malíková, 2011).

Pro kvalitní práci klíčových pracovníků je velmi důležitá jejich podpora. Může to být metodické vedení vyškoleným interním nebo externím pracovníkem nebo podpora ve formě supervize. Velmi potřebná je také zpracovaná metodika individuálního plánování s uživatelem (Bicková, 2010).

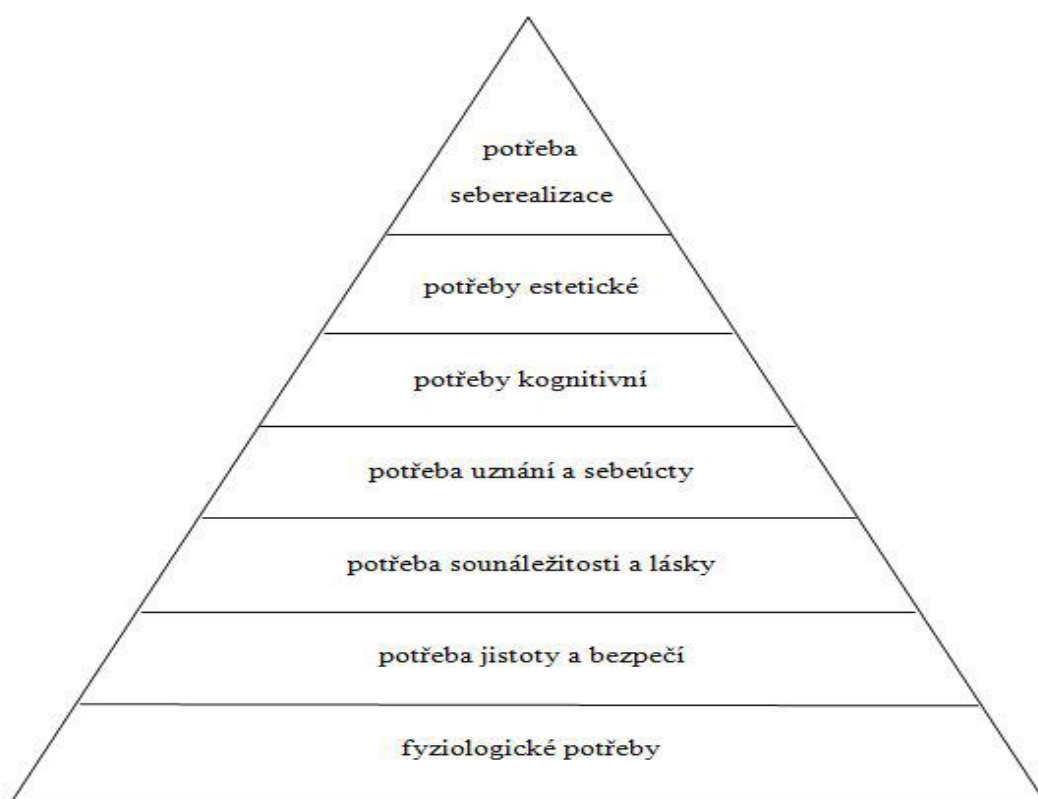
1.6.5 Lidské potřeby a jejich zjišťování

Lidská potřeba je stav, který vzniká vlivem pocitu nedostatku nebo přebytku, touha něčeho dosáhnout v biologické, psychické, sociální nebo duchovní oblasti. Lidské

potřeby jsou ve velmi těsném kontextu se zachováním a zlepšením kvality života. Počet a síla potřeb je závislá na mnoha faktorech. Jsou jimi např. věk osoby, kulturní a společenská úroveň, sociální prostředí, inteligenci apod. (Šamánková a kol., 2011).

V souvislosti s lidskými potřebami vzniklo mnoho škál, v sociální práci je však nejvíce používaná škála podle Maslowa (Malíková, 2011).

Obrázek 1: Pyramida potřeb dle Maslowa



Zdroj: Maslow, vlastní zpracování

Mezi fyziologické potřeby patří potřeba dýchání, potřeba příjmu jídla a pití, potřeba pohybu, spánku, potřeba vyprazdňování, sexuální potřeby, potřeba tělesné integrity (Malíková, 2011). Tyto potřeby jsou nejsilnější, jejich uspokojení je zásadní. Pokud nejsou uspokojovány, další lidské potřeby ustupují do pozadí (Research History, 2012).

Pokud jsou fyziologické potřeby naplněny, přichází na řadu další soubor potřeb, potřeby bezpečí a jistoty. Člověk se potřebuje cítit v bezpečí před násilím a agresí, potřebuje mít existenční jistotu (Research History, 2012).

Potřeba sounáležitosti a lásky představuje touhu milovat a být milován, potřebu přátelství, sociální integrace (Malíková, 2011). Dostává se do popředí, pokud jsou alespoň částečně naplněny předchozí potřeby. Člověk si náhle uvědomí nedostatek lásky a náklonnosti, nepřítomnost blízkých a přátel. Bude toužit po vztazích obecně a bude o takové vztahy intenzivně usilovat (Research History, 2012).

Každý člověk v naší společnosti (vyjma patologických jedinců) touží po úctě, ocenění a sebeúctě. Tyto potřeby můžeme rozdělit do dvou rovin. První je zaměřena na vztah k sobě samému, je to touha vážit si sám sebe, touha obstát sám před sebou, potřeba seberepektu. Druhá je potřeba respektu a uznání od ostatních (Research History, 2012).

Kognitivní potřeby jsou potřeby učení, vědění, touha po nových poznacích a informacích (Malíková, 2011).

Estetické potřeby jsou touhy po kráse, vkusu, umění. Může se projevat například touhou po upraveném a vkusném zevnějšku, po příjemném prostředí, ve kterém člověk pobývá, či touhou po uměleckém zážitku (Malíková, 2011).

Potřeba seberealizace spočívá v touze realizovat svoje schopnosti a dovednosti, něčeho dosáhnout, něco dokázat. Tato potřeba souvisí s duchovním vývojem člověka (Malíková, 2011).

Obecně lze říci, že touha uspokojovat své potřeby směřuje od základu pyramidy k jejímu vrcholu. Pokud jsou potřeby z dolních příček naplněny, objevují se nové z vyšších příček. Potřeby se však mohou v závislosti na okolnostech různě prolínat a pořadí nemusí být přesně stanoveny (Research History, 2012).

Způsoby zjišťování potřeb uživatelů souvisí s charakterem poskytované služby a se situací, v níž se klient nachází. Nejčastějším způsobem je komunikace (Johnová a kol., 2008).

Komunikace je v životě člověka velice důležitou součástí. Pokud spolu lidé ve společenství přestanou komunikovat, dochází k narušení sociálních vztahů.

Nedostatečná komunikace se projeví pasivitou uvnitř společenství, ztrátou kreativity. Člověk, který nekomunikuje, většinou rezignuje (Jankovský, 2003).

Každý člověk má svůj styl komunikace, tempo řeči, často užívané výrazy. Pracovník by měl umět klientovi porozumět, naučit se používat termíny, kterým klient rozumí a zná je (Venglářová, 2007).

Pokud klient nekomunikuje, je podle Malíkové (2011) vhodné použít následující způsoby a techniky:

- augmentativní a alternativní komunikace,
- rozhovor s osobami, které uživatele znají,
- studium dokumentace,
- pozorování uživatele v reálné situaci
- empatická fantazie – pracovník se snaží představit si sebe na místě uživatele
- imaginativní rozhovor – pracovník si představí, že s klientem hovoří, představuje si, co by odpověděl na kladené otázky,
- modelový rozhovor mezi dvěma pracovníky, z nichž jeden představuje klienta,
- analýza uspokojení potřeb – pracovník se soustředí na lidské potřeby a logickou úvahou se snaží zjistit, která potřeba není u klienta uspokojena.

1.6.6 Osobní cíle klienta

Pro kvalitní poskytování sociální služby a vytvoření správného individuálního plánu je základem stanovení osobního cíle uživatele. Společným sjednáváním osobního cíle již před začátkem poskytování sociální služby zjistíme, zda je služba pro uživatele vhodná, co od ní očekává, v čem mu můžeme pomoci. Pro spokojenost klienta se službou je proto velice důležité stanovit kvalitní osobní cíl (Sobek, 2009).

Osobní cíl popisuje předpokládanou změnu v životě uživatele, které lze dosáhnout prostřednictvím poskytované sociální služby. Tuto změnu vyjednávatel poskytovatel společně s uživatelem (Johnová, 2008).

Stanovení osobního cíle začíná již v rámci plnění třetího standardu kvality sociálních služeb, při jednání se zájemcem o sociální službu. Poskytovatel je povinen podrobně a srozumitelně informovat každého zájemce o službu o tom, jaké služby jaké cílové skupině poskytuje. Informuje zájemce také o individuálním plánování a o tom, že je nutné stanovit osobní cíl ještě před začátkem poskytování služby. Informace podává sociální pracovník, který budoucímu uživateli jasně a srozumitelně vysvětlí význam individuálního plánování a osobních cílů. Osobní cíl musí být formulován ve smlouvě o poskytování sociální služby (Malíková, 2011). Většinou však není velký časový prostor pro podrobnější zkoumání situace, proto se osobní cíl vyvíjí a mění v průběhu poskytované služby (Hauke, 2011).

Správný osobní cíl uživatele je takový cíl, kterého je možné dosáhnout základními a fakultativními činnostmi poskytovatele. Je to cíl společné spolupráce, na kterém se poskytovatel a uživatel společně dohodnou. Osobní cíl musí splňovat určité podmínky, naplňovat principy SMART:

- S – specifický cíl, který musí vycházet ze skutečných potřeb uživatele, nemůže být proto univerzální pro všechny,
- M – měřitelný cíl, lze podle určitých kritérií poznat, zda je naplňován,
- A – akceptovatelný cíl, vhodný, nemůže být v neshodě s právními a etickými normami,
- R – reálný cíl, který je splnitelný v rámci poskytované sociální služby,
- T – termínovaný cíl, kdy je stanovena doba, do které má být určitý cíl naplněn, nebo kdy má být zhodnoceno, zda je cíl naplňován (Hauke, 2011).

Pro stanovení vhodného osobního cíle jsou důležité i každodenní přání a rozhodování klienta. Můžou to být i zdánlivé maličkosti, které však příznivě přispívají k pocitu pohody a spokojenosti a pro kvalitní život mohou mít obrovský význam. Při vymezení osobních cílů se pracovníci s uživateli dopouští i různých chyb, proto je vhodné upřesnit, co osobní cíl není:

- obecná proklamace – jedná se o obecný cíl, který není konkrétní, individuální a patrně by se hodil pro většinu uživatelů poskytované služby,

- odborný cíl poskytovatele, je cíl, který spíše vyhovuje poskytovateli nebo rodině, než uživateli, v individuálním plánu ovšem musí být stanoven takový cíl, který je vlastní uživateli,
- osobním cílem není obvykle přímá odpověď na otázku: „Jaký máte osobní cíl?“. Taková otázka bývá pro uživatele matoucí, stresující a příliš osobní, může v něm vzbudit nedůvěru a nechuť k individuálnímu plánování (Sobek, 2009).

Pro uživatele bývá mnohdy nesnadné vyjádřit, co je pro něj důležité prostřednictvím sociální služby dosáhnout. Cíl spolupráce musí být pro klienta významný, osobně přínosný. Klient pak bude mít větší zájem o jeho naplnění, bude investovat do naplnění cíle více času a úsilí (Úlehla, 2007).

Podle vývoje a charakteru poskytované služby lze stanovit krátkodobé a dlouhodobé osobní cíle. Dlouhodobé cíle jsou obecnější, jsou však pro uživatele zásadní. Poskytovatel stanoví, kdy dojde ke zhodnocení stanoveného dlouhodobého cíle, např. za půl roku nebo za rok. Krátkodobé osobní cíle jsou naplňovány v krátkém období, většinou do jednoho měsíce. Krátkodobé i dlouhodobé cíle musí mít stanoveny způsob naplnění. Musí být určeno, kdo a kdy naplnění zajistí, podle čeho se posuzuje, zda je cíle dosahováno. U dlouhodobých cílů je vhodné mít stanoveny tzv. dílčí cíle, kroky, které povedou k naplnění cíle. Při určování kroků k naplnění cíle je důležité stanovit, kdo bude zajišťovat kroky k naplnění cíle, kdy, případně do jaké doby, jakým způsobem bude konkrétní krok probíhat a z jakého důvodu. Důvod je podstatný pro celé individuální plánování, může se vlivem situace měnit a klíčový pracovník musí na tuto změnu reagovat (Hauke, 2011).

1.6.7 Cyklus individuálního plánování

Povinnost individuálně plánovat nelze chápat pouze jako povinnost vypracovat individuální plán. Kvalitní individuální plán je důležitý důkaz naplnění pátého standardu, ale samotné individuální plánování předurčuje jeho výslednou podobu (Johnová, 2008).

Individuální plánování je proces, který se skládá ze čtyř fází: zkoumání situace, vlastní tvorba plánu, realizace individuálního plánu a vyhodnocení. (Johnová a kol., 2008). Během procesu plánování služby poskytovatel spolu s uživatelem vybírá, na jakých cílech uživatele budou společně pracovat a nastíní metody a postupy, které budou při této práci použity (Johnová, 2008).

První fáze spočívá ve zkoumání situace a porozumění situaci. V této fázi pracovník zjišťuje všechny podstatné informace o klientovi, naplánuje setkávání s klientem. Při prvním kontaktu dochází ke vzájemnému seznámení klíčového pracovníka s klientem a s individuálním plánováním, prioritou je vytvoření vzájemné důvěry (Malíková, 2011). Tato etapa je velice důležitá pro porozumění uživatele situaci a vlastnímu individuálnímu plánování. Nezbytné je také porozumění klíčového pracovníka situaci klienta. Pracovník shromažďuje informace různými metodami, jsou to např. rozhovory s uživatelem a jeho blízkými, pozorování, studium dokumentace apod. (Johnová a kol., 2008).

Pokud má uživatel služby, klíčový pracovník a ostatní zainteresované osoby dostatek informací, může nastat druhá etapa vlastního plánování, pojmenování stavu změny a plánování její realizace. Klíčový pracovník společně s uživatelem vybere oblasti, které je nutné prioritně řešit. Dle okolností se dohodnou na jejich zařazení do individuálního plánu, vychází při tom z již dříve formulovaného osobního cíle. Prodiskutují spolu kroky k dosažení cíle, to, jak by chtěl uživatel cíle dosáhnout. Pokud je naplnění cíle nereálné, pracovník tuto skutečnost taktně sdělí uživateli a hledají spolu ideální řešení. Tato fáze je pro klienta velmi důležitá, uvědomuje si zájem pracovníka o něj a jeho situaci, probouzí v něm vědomí, že na své problémy není sám. Na základě zjištěných skutečností vypracuje klíčový pracovník ucelený návrh na dosažení stanoveného cíle. S tímto návrhem seznámí uživatele, pokud uživatel souhlasí, zapracuje jej do individuálního plánu (Malíková, 2011). V této fázi plánování je také provedena analýza rizikových situací a preventivních opatření pro předcházení možným rizikům. Může být součástí individuálního plánu nebo zpracována samostatně. Je také nutné stanovit, kdo a kdy splní kroky plynoucí z individuálního plánu, aby byl proces plánování plynulý a jasný (Johnová a kol., 2008).

Ve třetí fázi dochází k realizaci individuálního plánu. Uživatel k naplnění stanovených cílů využívá vlastní síly s podporou pracovníků, případně dalších osob, využívá vlastní zdroje (Johnová, 2008). Klíčový pracovník si všímá klientova chování, projevů spokojenosti či nespokojenosti s poskytovanou službou, jeho aktivit. Všímá si také vlivu činností spojených s individuálním plánem na stav uživatele a na dosažení stanoveného osobního cíle. Konzultuje realizaci individuálního plánu s uživatelem, ostatními pracovníky, popř. dalšími osobami. Pokud se vyskytnou jakékoliv problémy nebo další rizika, ihned je spolu s klientem a ostatními zapojenými osobami řeší. Všechny důležité poznatky zapisuje klíčový pracovník do individuálního plánu (Malíková, 2011).

Závěrečnou fází je vždy zhodnocení naplnění stanovených cílů ve stanoveném termínu a porovnání s realitou. Pokud je patrné, že stanovených cílů bylo dosaženo a uživatel další podporu služby nepotřebuje, je poskytování sociální služby ukončeno. Pokud z hodnocení vyplyne, že osobního cíle dosaženo nebylo nebo je nutná podpora uživatele v dalších oblastech, začíná další cyklus individuálního plánování (Johnová a kol., 2008).

K zhodnocení individuálního plánu může docházet mimořádně i mimo stanovený termín. Děje se tak v případě podstatných změn v situaci uživatele. Klíčový pracovník individuální plán přehodnotí, jakmile se o těchto změnách dozví. Pokud nastanou změny menšího rázu nebo pouze krátkodobé změny, není nutné celý individuální plán přehodnocovat. Pracovník v takových případech zaznamená změnu do individuálního plánu a plán přehodnotí v předepsaném termínu (Hauke, 2011).

1.6.8 Význam individuálního plánování pro poskytovatele sociálních služeb

Individuální plánování zaměřené na uživatele sociálních služeb, které vychází z jeho skutečných potřeb, je velkým přínosem jak pro uživatele, tak pro poskytovatele. Tento způsob plánování posiluje týmovou spolupráci v organizaci. Pracovníci si předávají informace, spolupracují na plnění individuálních plánů, jejich práce je

založena na jednotném přístupu. Je patrné, že individuální plánování a systém klíčových pracovníků sebou nese také organizační změny. Klíčový pracovníci mají větší kompetence, přebírají část odpovědnosti za kvalitu poskytovaných služeb organizace (Johnová a kol., 2008).

Rovněž po poskytovatele individuální plánování znamená větší bezpečí, klíčový pracovník ví, na čem se spolu s uživatelem dohodli, má jakousi obranu proti nereálným požadavkům, které nejsou zahrnuty v individuálním plánu. Na základě zjištěných potřeb, přání a osobních cílů uživatelů je prostředkem ke zvyšování kvality služeb a podnětem pro změnu nabídky služeb. Individuální plánování lze využít také při tvorbě rozvojových plánů organizace (Hauke, 2011).

Individuální plánování péče je neustále opakující se proces, který dodává celé organizaci možnost kontinuálního rozvoje a růstu. Jednotlivý pracovníci svým postojem ovlivňují postoj celé organizace. Velmi záleží na středním a vrcholovém managementu, jak dokáže své pracovníky zaujmout, motivovat, jak oceňuje jejich snahu a výsledky, jaké jim vytváří podmínky pro individuální plánování (Malíková, 2011).

Při individuálním je potřeba vyvarovat se formalizace. Formalizace je výsledek snah vyhovět zákonným požadavkům bez snahy využít tento požadavek ve prospěch uživatelů sociálních služeb a pro rozvoj a zlepšení kvality služby. Vznikají tak zbytečné, nesprávné individuální plány. Jejich tvoření je plýtváním času, energie i finančních prostředků (Johnová a kol., 2008).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle

Hlavním cílem diplomové práce je zmapovat, jak jsou poskytovateli osobní asistence a pečovatelské služby reflektována kritéria naplňování standardu kvality č. 5. Dílčím cílem práce je zjistit, s jakými uživateli činí individuální plánování péče poskytovatelům největší obtíže.

2.2 Hypotéza

H1: Obtížnost naplňování standardu kvality č. 5 se zmenšuje s rostoucím počtem požadovaných aktivit ze strany uživatele sociální služby.

2.3 Operacionalizace pojmů

Sociální služby = mezi sociální služby patří pečovatelská služba a služba osobní asistence, které jsou důležité pro potřeby této práce.

Standard kvality č. 5 = sociální standard, který ukládá poskytovateli povinnost individuálně plánovat sociální službu společně s uživatelem (Malíková, 2011).

Počet požadovaných aktivit = počet činností, které jsou prováděny u uživatele. Službou malého rozsahu je služba, kdy uživatel využívá 1 - 4 požadované aktivity, např. dovoz stravy, zajištění stravy, praní prádla, občasný úklid apod. Služba středního rozsahu je služba, kdy uživatel využívá 5 – 8 požadovaných aktivit, např. pomoc a podporu v péči o vlastní osobu, zajištění a přípravu stravy, péči o domácnost apod. Služba velkého

rozsahu je služba, kdy uživatel využívá 9 a více požadovaných aktivit, např. celodenní péči a podporu.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Pro testování hypotézy a naplnění cílů v mé diplomové práci jsem zvolila kvantitativní výzkum.

Kvantitativní přístup předpokládá, že jevy, které jsou předmětem výzkumu, jsou měřitelné nebo nějakým způsobem tříditelné. Informace jsou získané v porovnatelné podobě, dále se analyzují statistickými metodami. Těmito statistickými metodami se ověřuje platnost představ o výskytu zkoumaných jevů, o jejich vzájemných vztazích a vlastnostech apod. (Reichel, 2009).

Použila jsem metodu dotazování prostřednictvím dotazníku. Při výběru otázek jsem vycházela z hlavního a dílčího cíle diplomové práce.

Při použití dotazníku je možné poměrně snadno získat informace od velkého množství respondentů v poměrně krátkém čase. Je vyloučen efekt tazatele. Výhodou je také ekonomická nenákladnost. Jeho nevýhodou je však nízká návratnost. Běžně je návratnost kolem 50 % považována za úspěch (Disman, 2002).

Dotazník obsahoval celkem 22 otázek (*viz kapitola 8 Přílohy*). 14 otázek bylo uzavřených, 8 polouzavřených. U uzavřených otázek mohl respondent vybrat pouze jednu odpověď. U polouzavřených otázek mohl respondent vybrat jednu z odpovědí nebo volně vyjádřit svůj názor. V první části dotazníku jsou otázky směřované k naplnění hlavního cíle práce, ve druhé části otázky směřované k naplnění dílčího cíle a k ověření hypotézy. U polouzavřených otázek jsem posléze vlastní odpovědi respondentů roztřídila do několika kategorií. Následně jsem u otázek s odpověďmi vhodnými ke statistické analýze provedla jednoduché kódování.

Jednotlivé položky dotazníku vyjadřují určité znaky, proměnné, zkoumaného souboru respondentů. Při statistickém zpracování pomocí počítačových programů je vhodné provést kódování. Kódování dat probíhá tak, že jsou jednotlivým položkám

dotazníku a každé kategorii odpovědi přiřazovány symboly, obvykle číselné (Chráska, 2007).

Pro větší přehlednost jsem pomocí programu Excel 2010 vytvořila u každé otázky tabulku absolutních a relativních četností. S ohledem na skutečnost, že převážná většina údajů získaných dotazníkovým šetřením jsou nominální data kategoriální povahy, byly pro statistické testování hypotézy zvoleny adekvátní metody. Statistická analýza výsledků šetření byla uskutečněna v programu SPSS. V první fázi hodnocení byla prováděna především analýza závislostí v kontingenčních tabulkách u vybraných otázek. V souvislosti dvou nominálních proměnných byla použita asymetrická míra, tzv. informační koeficient (koeficient nejistoty). Analýza asymetrické závislosti se zakládá na testování shody středních hodnot ve skupinách, které byly vytvořeny na základě kategorií vysvětlující proměnné. Asymetrické míry hodnotí intenzitu jednostranné závislosti vysvětlované proměnné na proměnné vysvětlující. Hlavním kritériem je hladina významnosti pro zamítnutí hypotézy o nezávislosti, která obvykle bývá 0,05. (Řezanková, 2007). Pokud je tedy hodnota vypočtené minimální významnosti menší než 0,05, můžeme hovořit o jednosměrné závislosti vysvětlované proměnné na proměnné vysvětlující. Důvodem pro použití asymetrické míry byla skutečnost, že získaná data nesplňují podmínky pro použití symetrické míry, např. chí – kvadrát testu.

Výzkum proběhl ve dnech 2. 3. – 22. 3. 2013. Odkaz na internetovou stránku s dotazníkem byl zaslán 70 -ti organizacím poskytujících pečovatelskou službu a osobní asistenci v Jihočeském kraji. Vyplněných dotazníků se vrátilo 167. U tohoto typu rozesílání dotazníků nelze přesně zjistit návratnost dotazníků. Lze ovšem zjistit návratnost dotazníků, které byly otevřeny. Návratnost dotazníků je dána poměrem vyplněných a zobrazených dotazníků. Jedná se ovšem o orientační údaj, který nebere v potaz ty oslovené respondenty, kteří ani nezobrazili úvodní text. Tato návratnost činí 74,7 %.

3.2 Charakteristika souboru

V rámci kvantitativního výzkumu jsem prostřednictvím e-mailu oslovila všechny poskytovatele pečovatelské služby a osobní asistence v Jihočeském kraji. K vyhledání kontaktů jsem použila Registr poskytovatelů sociálních služeb (MPSV, 2013b). V Jihočeském kraji bylo k 20. 2. 2013 registrováno 53 poskytovatelů pečovatelské služby a 17 poskytovatelů osobní asistence. V e-mailu jsem poskytovatele požádala o spolupráci pracovníků v přímé péči, popř. sociálních pracovníků, vysvětlila účel a cíl výzkumu a ujistila je o naprosté anonymitě. E-mail obsahoval odkaz na internetové stránky www.vyplnto.cz, na které jsem umístila dotazník. Dotazník nebyl určen k veřejnému vyplnění, proto ho mohl vyplnit pouze příjemce odkazu.

Při svém výzkumu jsem nezjišťovala pohlaví respondentů, protože dle mého názoru tento údaj není pro samotný výzkum důležitý. Záměrně proto v diplomové práci používám genderové nekorektní označení respondenti, dotázaní, pracovníci.

4 Výsledky

4.1 Výsledky dotazníkového šetření

Druh poskytované služby

Tabulka 1: Rozdělení četností informujících o vykonávané sociální službě (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Pečovatelská služba	119	71,25748503	119	71,25748503
Osobní asistence	48	28,74251497	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 167 respondentů uvedlo 119 (71,3 %) respondentů, že vykonává pečovatelskou službu. Ostatní respondenti vykonávají osobní asistenci.

Pravidelnost individuální plánování péče (nejméně 1x ročně)

Tabulka 2: Rozdělení četností informujících o pravidelnosti individuálního plánování v organizaci (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	164	98,20359281	164	98,20359281
Ne	3	1,796407186	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

V sledovaném souboru 164 respondentů (98,2 %) odpovědělo, že individuální probíhá pravidelně nejméně jednou ročně. Ostatní respondenti uvedli odpověď „ne“.

Vnitřní pravidla pro individuální plánování poskytované služby.

Tabulka 3: Rozdělení četnosti informující o písemném zpracování vnitřních pravidel pro individuální plánování v organizacích (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	156	93,41317365	156	93,41317365
Částečně	10	5,988023952	166	99,4011976
Ne	1	0,598802395	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda má organizace písemně zpracována vnitřní pravidla pro individuální plánování, označilo z celkových 167 respondentů 156 (93,4 %) odpověď „ano“, 10 (6 %) „částečně“ a 1 (0,6 %) respondent odpověděl „ne“.

Postup poskytovatelů podle těchto pravidel

Tabulka 4: Rozdělení četností informujících, zda poskytovatelé postupují podle zpracovaných vnitřních pravidel (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Vždy	78	46,7065868	78	46,70658683
Většinou	86	51,497006	164	98,20359281
Občas	3	1,79640719	167	100
Zřídka	0	0	167	100
Nikdy	0	0	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

78 (46,7 %) respondentů uvádí, že poskytovatel podle zpracovaných pravidel postupuje vždy 86 (51,5 %) respondentů uvádí, že poskytovatel většinou postupuje podle zpracovaných vnitřních pravidel, a 3 (1,8 %) uvádějí, že poskytovatel podle těchto pravidel postupuje občas. Odpovědi „zřídka“ a „nikdy“ neoznačil žádný respondent.

Plánování poskytování průběhu sociální služby společně s uživatelem

Tabulka 5: Rozdělení četností informujících o plánování sociální služby společně s uživatelem (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Vždy	105	62,8742515	105	62,8742515
Většinou	60	35,92814371	165	98,80239521
Občas	2	1,19760479	167	100
Zřídka	0	0	167	100
Nikdy	0	0	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda probíhá individuální plánování společně s uživatelem, odpovědělo 105 (62,9 %) respondentů „vždy“, 60 (35,9 %) respondentů odpovědělo „většinou“ a 2 (1,2 %) respondenti „občas“. Odpovědi „zřídka“ a „nikdy“ nevedl žádný respondent.

Zohledňování služby osobních cílů uživatele při plánování služby

Tabulka 6: Rozdělení četností informujících o zohledňování osobních cílů uživatelů během plánování služby (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Vždy	122	73,05389222	122	73,05389222
Většinou	44	26,34730539	166	99,4011976
Občas	1	0,598802395	167	100
Zřídka	0	0	167	100
Nikdy	0	0	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

Během plánování sociální služby 122 (73,1 %) pracovníků zohledňuje osobní cíle uživatele, 44 (26,3 %) zohledňuje tyto cíle většinou a 1 (0,6 %) občas. Odpověď „zřídka“ a „nikdy“ neoznačil žádný pracovník.

Průběžné hodnocení míry dosažení osobního cíle společně s uživatelem

Tabulka 7: Rozdělení četností informujících o hodnocení míry dosažení osobního cíle uživatele (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	154	92,2155689	154	92,21556886
Ne	5	2,99401198	159	95,20958084
Je to individuální	8	4,79041916	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti vybírali z odpovědí „ano“, „ne“ nebo uvedli vlastní odpověď. Míru dosažení osobního cíle hodnotí společně s uživatelem 154 (92,2 %) respondentů, 5 (3 %) respondentů společně s uživatelem tuto míru nehodnotí a 8 (4,8 %) respondentů uvedlo vlastní odpovědi, které jsem shrnula do kategorie „Je to individuální“. Zde uvádím některé vlastní odpovědi respondentů:

„U každého klienta je to jiné.“

„Záleží na mentalitě uživatele.“

„Dle rozšíření služeb.“

Četnost hodnocení dosažení osobních cílů uživatele uvedených v individuálních plánech

Tabulka 8: Rozdělení četností informující o četnosti hodnocení dosažení osobního cíle uživatele (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
1x za půl roku	115	68,86227545	115	68,86227545
1x ročně	26	15,56886228	141	84,43113772
Individuálně dle potřeby	26	15,56886228	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti vybírali odpověď z možností „1x za půl roku“, „1 x ročně“ nebo uvedli vlastní odpověď. 1 x za půl roku hodnotí dosažení osobního cíle uživatele 115 (68,9 %) respondentů, 26 (15,6 %) hodnotí osobní cíle uživatele 1 x ročně a 26 (15,6 %) respondentů uvedlo jinou odpověď. Tyto odpovědi jsem shrnula do kategorie Individuálně dle potřeby a zde uvádím některé vlastní odpovědi:

„Dle potřeby.“

„Dle termínu, který je naplánován v IP.“

„Zcela individuálně, jak je to možné, ale spíše po delší době.“

„Záleží na osobním cíli a uživateli.“

Určení klíčového pracovníka v organizaci pro každého uživatele

Tabulka 9: Rozdělení četností informující o určení klíčového pracovníka pro každého uživatele (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	162	97,00598802	162	97,00598802
Ne	5	2,994011976	167	100
Nevím	0	0	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

162 (97 %) respondentů na tuto otázku odpovědělo, že organizace má pro každého uživatele určeného klíčového pracovníka. 5 (3 %) respondentů uvedlo, že organizace určeného klíčového pracovníka pro každého uživatele určeného nemá. Odpověď „nevím“ neuvedl žádný respondent.

Počet uživatelů připadajících na jednoho klíčového pracovníka

Tabulka 10: Rozdělení četností informující, kolik uživatelů připadá na jednoho klíčového pracovníka (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Více než 10	84	50,2994012	84	50,2994012
6 - 10	46	27,54491018	130	77,84431138
1 - 5	37	22,15568862	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

84 (50,3 %) respondentů uvádí, že na jednoho klíčového pracovníka připadá více než 10 uživatelů, 46 (27,5 %) respondentů uvádí 6 – 10 uživatelů a 37 (22,2 %) respondentů uvádí 1 – 5 uživatelů.

System získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým uživatelům

Tabulka 11: Rozdělení četností informující o zpracování systému získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým uživatelům (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	153	91,61676647	153	91,61676647
Částečně	13	7,784431138	166	99,4011976
Ne	1	0,598802395	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

153 (91,6 %) dotázaných odpovědělo, že organizace má zpracovaný systém získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým uživatelům, 13 (7,8 %) dotázaných odpovědělo, že organizace má systém zpracovaný částečně a 1 (0,6 %) uvedl, že organizace tento systém zpracován nemá.

Uplatňování tohoto systému zaměstnanci v praxi

Tabulka 12: Rozdělení četností informující o uplatňování tohoto systému v praxi (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	84	50,2994012	84	50,2994012
Většinou ano	78	46,70658683	162	97,00598802
Většinou ne	4	2,395209581	166	99,4011976
Ne	1	0,598802395	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

84 (50,3 %) respondentů uvedlo, že zaměstnanci tento systém v praxi uplatňují, 78 (46,7 %) respondentů uvedlo, že zaměstnanci uplatňují systém většinou, 4 (2,4 %) respondenti označili odpověď „většinou ne“ a 1(0,6 %) respondent označil odpověď „ne“.

Ochota uživatelů spolupracovat s klíčovými pracovníky na vytváření individuálního plánu

Tabulka 13: Rozdělení četností informující o ochotě uživatelů spolupracovat s klíčovými pracovníky na vytváření individuálního plánu (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	29	17,3652695	29	17,36526946
Většinou ano	136	81,4371257	165	98,80239521
Většinou ne	1	0,5988024	166	99,4011976
Ne	1	0,5988024	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda uživatelé ochotně spolupracují s klíčovými pracovníky na vytváření individuálního plánu, 29 (17,4 %) uvedlo odpověď „ano“, 136 (81,4 %) respondentů odpovědělo „většinou ano“, 1 (0,6 %) respondent označil odpověď „většinou ne“ a 1 (0,6 %) respondent odpověděl „ne“

Porozumění uživatelů významu individuálního plánování

Tabulka 14: Rozdělení četností informují o porozumění uživatelů významu individuálního plánování (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	9	5,38922156	9	5,389221557
Většinou ano	135	80,8383234	144	86,22754491
Většinou ne	21	12,5748503	165	98,80239521
Ne	2	1,19760479	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

9 (5,4 %) respondentů uvedlo, že uživatelé smyslu rozumí, 135 (80,8 %) respondentů uvedlo, že uživatelé smyslu individuálního plánování většinou rozumí, 21 (12,6 %) respondentů uvedlo, že uživatelé smyslu většinou nerozumí, a 2 (1,2 %) respondenti uvádějí, že uživatelé smyslu individuálního plánování nerozumí.

Ovlivnění obtížnosti stanovení osobního cíle klienta rozsahem požadované péče z pohledu respondentů

Tabulka 15: Rozdělení četností informující o tom, zda je z pohledu respondentů obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	67	40,11976048	67	40,11976048
Většinou ano	62	37,1257485	129	77,24550898
Většinou ne	32	19,16167665	161	96,40718563
Ne	6	3,592814371	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

67 (40,1 %) respondentů si myslí, že obtížnost stanovení osobního cíle klienta je ovlivněna rozsahem požadované péče, 62 (37,1 %) je toho názoru, že většinou ovlivněna je. 32 (19,2 %) respondentů si myslí, že obtížnost stanovení osobního cíle uživatele ovlivněna rozsahem požadované péče většinou není a 6 (3,6 %) respondentů uvedlo odpověď „ne“.

U této otázky byla použita statistická analýza výsledků šetření. Výsledky uvádím v závěru této kapitoly.

Obtížnost stanovení osobního cíle v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 16: Rozdělení četností informujících o obtížnosti stanovit osobní cíl uživatele (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Využívajícími službu velkého rozsahu	16	9,58083832	16	9,580838323
Využívajícími službu středního rozsahu	4	2,39520958	20	11,9760479
Využívajícími službu malého rozsahu	125	74,8502994	145	86,82634731
Je to individuální	9	5,38922156	154	92,21556886
Závisí na kognitivních funkcích uživatele	7	4,19161677	161	96,40718563
Nezáleží na počtu aktivit	5	2,99401198	166	99,4011976
Obtížně se všemi	1	0,5988024	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

16 (9,6 %) respondentů odpovědělo, že je pro ně nejobtížnější stanovit osobní cíl u uživatelů využívajících službu velkého rozsahu (9 a více požadovaných aktivit). 4 (2,4 %) respondenti stanovují nejobtížněji osobní cíl s uživateli využívajícími službu středního rozsahu (3 – 8 požadovaných aktivit). 125 (74,8 %) respondentů uvádí, že je pro ně nejobtížnější stanovit osobní cíl s uživateli využívajícími službu malého rozsahu

(1 – 4 požadované aktivity). 22 respondentů uvádí jiné odpovědi, které jsem rozdělila do 4 kategorií.

Do kategorie „Je to individuální“ jsem zahrnula 9 odpovědí (5,4 %). Jsou to například tyto odpovědi:

„Závisí na konkrétním uživateli.“

„Je to velmi individuální.“

„S každým uživatelem je to jinak.“

Do kategorie „Závisí na kognitivních funkcích uživatele“ jsem zařadila 7 (4,2 %) odpovědí. Jsou to např. tyto odpovědi:

„Závisí na mentalitě uživatele.“

„Se seniory postiženými demencí.“

Do kategorie „Nezáleží na počtu aktivit“ jsem zařadila 5 (3 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„Nezáleží na tom.“

„Rozsah služby není rozhodující.“

1 (0,6 %) uvedl odpověď, že se mu obtížně stanoví osobní cíl se všemi uživateli.

U této otázky byla použita statistická analýza výsledků šetření. Výsledky uvádím v závěru této kapitoly.

Nejmenší obtížnost stanovení osobního cíle uživatele v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 17: Rozdělení četností informující o tom, s kterými uživateli pracovníci nejnásne nalézají osobní cíl (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Využívajícími službu velkého rozsahu	77	46,10778443	77	46,10778443
Využívajícími službu středního rozsahu	43	25,74850299	120	71,85628743
Využívajícími službu malého rozsahu	26	15,56886228	146	87,4251497
Je to individuální	8	4,790419162	154	92,21556886
Záleží na kognitivních funkcích uživatele	7	4,191616766	161	96,40718563
Nezáleží na počtu úkonů	5	2,994011976	166	99,4011976
S žádným uživatelem	1	0,598802395	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

77 (44,1 %) respondentů nalézají osobní cíl uživatele nejnásněji s uživateli využívajícími službu velkého rozsahu. 43 (25,7 %) respondentů nalézají tento cíl nejnásněji s uživateli využívajícími službu středního rozsahu. 26 (15,6 %) respondentů uvádí, že je pro ně nsnadnější nalézt osobní cíl s uživateli využívajícími službu malého rozsahu. 21 respondentů uvedlo vlastní odpovědi, které jsem rozdělila do 4 kategorií.

Do kategorie „Je to individuální“ jsem zahrnula 8 (4,8 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„Záleží na uživateli.“

„Je to u každého uživatele jiné.“

„Je to velmi individuální.“

Do kategorie „Závisí na kognitivních funkcích uživatele“ jsem zařadila 7 (4,2 %) odpovědí. Jsou to např. tyto odpovědi:

„Závisí na mentalitě uživatele.“

„S uživateli orientovanými, kteří mají zájem.“

Do kategorie „Nezáleží na počtu aktivit“ jsem zařadila 5 (3 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„Na rozsahu služby podle mého názoru nezáleží.“

„Rozsah služby není rozhodující.“

1 (0,6 %) uvedl odpověď, že se žádným uživatelem se mu osobní cíl nenalézá snadno.

U této otázky byla použita statistická analýza výsledků šetření. Výsledky uvádím v závěru této kapitoly.

Obtížnost sestavení individuálního plánu uživatele v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 18: Rozdělení četností informující o obtížnosti sestavit individuální plán uživatele (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Využívajícími službu velkého rozsahu	19	11,37724551	19	11,37724551
Využívajícími službu středního rozsahu	4	2,395209581	23	13,77245509
Využívajícími službu malého rozsahu	123	73,65269461	146	87,4251497
Je to individuální	8	4,790419162	154	92,21556886
Záleží na kognitivních funkcích uživatele	7	4,191616766	161	96,40718563
Nezáleží na počtu úkonů	5	2,994011976	166	99,4011976
Obtížně se všemi	1	0,598802395	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

19 (11,4 %) respondentů uvádí, že největší obtíže má se sestavením individuálního plánu s uživateli využívajícími službu velkého rozsahu. 4 (2,4 %) respondenti udávají, že nejobtížnější je pro ně sestavit individuální plán s uživateli, kteří využívají službu středního rozsahu. 123 (73,6 %) respondentů má největší obtíže se sestavením

individuálního plánu u uživatelů využívajících službu malého rozsahu. 21 respondentů uvedlo vlastní odpověď. Tyto odpovědi jsem rozdělila do 4 kategorií.

Do kategorie „Je to individuální“ jsem zahrnula 8 (4,8 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„Záleží na konkrétním uživateli.“

„Je to u každého uživatele jiné.“

„Je to velmi individuální.“

Do kategorie „Závisí na kognitivních funkcích uživatele“ jsem zařadila 7 (4,2 %) odpovědí. Jsou to např. tyto odpovědi:

„Závisí na mentalitě uživatele.“

„S těmi uživateli, kteří trpí demencí

Do kategorie „Nezáleží na počtu aktivit“ jsem zařadila 5 (3 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„Na rozsahu služby podle mého názoru nezáleží.“

„Rozsah služby není rozhodující.“

1 (0,6 %) uvedl odpověď, že s každým uživatelem je pro něj obtížné sestavit individuální plán.

U této otázky byla použita statistická analýza výsledků šetření. Výsledky uvádím v závěru této kapitoly.

Nejmenší obtížnost sestavení individuálního plánu uživatele v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 19: Rozdělení četností informující o nejmenší obtížnosti sestavit individuální plán uživatele (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Využívajícími službu velkého rozsahu	80	47,90419162	80	47,90419162
Využívajícími službu středního rozsahu	42	25,1497006	122	73,05389222
Využívajícími službu malého rozsahu	24	14,37125749	146	87,4251497
Je to individuální	8	4,790419162	154	92,21556886
Záleží na kognitivních funkcích uživatele	7	4,191616766	161	96,40718563
Nezáleží na počtu úkonů	5	2,994011976	166	99,4011976
S žádným uživatelem	1	0,598802395	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

Nejméně obtížné sestavit individuální plán uživatele je pro 80 (47,9 %) respondentů s uživateli využívajícími službu velkého rozsahu, pro 42 (25,1 %) respondentů je nejméně obtížné sestavit individuální plán s uživateli využívajícími služeb středního rozsahu a pro 24 (14,4 %) respondentů je to s uživateli využívajícími

službu malého rozsahu. 21 respondentů napsalo odpověď vlastními slovy. Tyto odpovědi jsem roztřídila do 4 kategorií.

Do kategorie „Je to individuální“ jsem zahrнула 8 (4,8 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„Záleží na konkrétním uživateli.“

„Záleží na osobnosti uživatele.“

„Je to velmi individuální.“

Do kategorie „Závisí na kognitivních funkcích uživatele“ jsem zařadila 7 (4,2 %) odpovědí. Jsou to např. tyto odpovědi:

„Rozhodující je mentální úroveň uživatele.“

„S aktivními uživateli, kteří mají zájem.“

Do kategorie „Nezáleží na počtu aktivit“ jsem zařadila 5 (3 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„Na rozsahu služby podle mého názoru nezáleží.“

„Rozsah služby není rozhodující.“

1 (0,6 %) uvedl odpověď, že s žádným uživatelem pro něj není lehké sestavit individuální plán.

U této otázky byla použita statistická analýza výsledků šetření. Výsledky uvádím v závěru této kapitoly.

Obtížnost vyhodnocení individuálního plánu uživatele v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 20: Rozdělení četností informujících o obtížnosti vyhodnotit individuální plán uživatele (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Využívajícími službu velkého rozsahu	25	14,9700599	25	14,97005988
Využívajícími službu středního rozsahu	6	3,59281437	31	18,56287425
Využívajícími službu malého rozsahu	118	70,6586826	149	89,22155689
Je to individuální	6	3,59281437	155	92,81437126
Záleží na kognitivních funkcích uživatele	6	3,59281437	161	96,40718563
Nezáleží na počtu úkonů	5	2,99401198	166	99,4011976
Obtížně se všemi	1	0,5988024	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

S uživateli využívajícími službu velkého rozsahu je nejobtížnější vyhodnotit individuální plán pro 25 (15 %) respondentů. 6 (3,6 %) respondentů uvádí, že je pro ně nejtěžší vyhodnotit individuální plán s uživateli využívajícími službu středního rozsahu. Vyhodnotit individuální plán s uživateli využívajícími službu malého rozsahu je

nejobtížnější pro 118 (70,6 %) respondentů. 18 dotázaných uvedli jiné odpovědi, které jsem rozdělila do 4 kategorií.

Do kategorie „Je to individuální“ jsem zařadila 6 (3,6 %) odpovědí. Jsou to např. tyto odpovědi:

„Je to zcela individuální.“

„Záleží na individualitě uživatele.“

Do kategorie „Závisí na kognitivních funkcích uživatele“ jsem zařadila 6 (3,6 %) odpovědí. Některé odpovědi:

„S těmi, co jsou negativní, nechtějí spolupracovat.“

„Záleží na mentálních funkcích uživatele.“

„S psychicky nemocnými.“

Do kategorie „Nezáleží na počtu aktivit“ jsem zařadila 5 (3 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„Počet aktiv nehraje roli.“

„Nezáleží na tom.“

1 (0,6 %) uvedl odpověď, že s každým uživatelem je pro něj obtížné vyhodnotit individuální plán.

U této otázky byla použita statistická analýza výsledků šetření. Výsledky uvádím v závěru této kapitoly.

Nejmenší obtížnost vyhodnocení individuálního plánu uživatele v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 20: Rozdělení četností informujících o nejmenší obtížnosti vyhodnotit individuální plán uživatele (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Využívajícími službu velkého rozsahu	74	44,31137725	74	44,31137725
Využívajícími službu středního rozsahu	43	25,74850299	117	70,05988024
Využívajícími službu malého rozsahu	30	17,96407186	147	88,0239521
Je to individuální	7	4,191616766	154	92,21556886
Záleží na kognitivních funkcích uživatele	7	4,191616766	161	96,40718563
Nezáleží na počtu úkonů	5	2,994011976	166	99,4011976
S žádným uživatelem	1	0,598802395	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

74 (44,3 %) respondentů uvádí, že je pro ně nejméně obtížné vyhodnotit individuální plán s uživateli využívajícími služby velkého rozsahu. Pro 43 (25,7 %) respondentů je nejméně obtížné vyhodnotit individuální plán s uživateli využívajícími službu středního rozsahu. 30 (18 %) respondentů nejsnadněji vyhodnocuje tento plán

s uživateli využívajícími službu malého rozsahu. 20 respondentů odpovědělo vlastními slovy. Tyto odpovědi jsem roztřídila do 4 kategorií.

Do kategorie „Je to individuální“ jsem zahrnula 7 (4,2 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„Je to s každým uživatelem jiné.“

„Je to velmi individuální.“

Do kategorie „Závisí na kognitivních funkcích uživatele“ jsem zařadila 7 (4,2 %) odpovědí. Jsou to např. tyto odpovědi:

„Záleží na kognitivních funkcích.“

„S vitálními uživateli, kteří jsou psychicky na dobré úrovni.“

Do kategorie „Nezáleží na počtu aktivit“ jsem zařadila 5 (3 %) odpovědí. Jsou to např. odpovědi:

„S rozsahem služby to nesouvisí.“

„Záleží na přístupu pracovníka a ne na rozsahu služby.“

1 (0,6 %) uvedl odpověď, že s žádným uživatelem pro něj není lehké vyhodnotit individuální plán.

U této otázky byla použita statistická analýza výsledků šetření. Výsledky uvádím v závěru této kapitoly.

Přispívání individuálního plánování ke zkvalitnění sociálních služeb

Tabulka 22: Rozdělení četností informující o názoru respondentů o vlivu individuálního plánování na zkvalitnění sociálních služeb (absolutní a relativní četnost).

	Absolutní četnost	Relativní četnost %	Kumulativní absolutní četnost	Kumulativní relativní četnost %
Ano	87	52,09580838	87	52,09580838
Většinou ano	61	36,52694611	148	88,62275449
Většinou ne	13	7,784431138	161	96,40718563
Ne	6	3,592814371	167	100

Zdroj: vlastní výzkum

87 (52,1 %) respondentů uvádí, že individuální plánování má vliv na zkvalitnění sociálních služeb. 61 (36,5 %) respondentů je toho názoru, že individuální plánování vliv na zkvalitnění sociálních služeb většinou má, 13 (7,8 %) respondentů si myslí, že vliv většinou nemá a 6 (3,6 %) respondentů uvedlo odpověď „ne“.

4.2 Výsledky statistické analýzy

Z důvodu omezeného rozsahu práce uvádím v komentáři pod tabulkami pouze největší shodu mezi skupinami

Ovlivnění obtížnosti stanovení osobního cíle klienta rozsahem požadované péče z pohledu respondentů versus obtížnost stanovení osobního cíle v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 23: Kontingenční tabulka informující o vztahu skupin odpovědí.

			Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče?				Celkem
			1 ¹	2 ²	3 ³	4 ⁴	
S kterými uživateli je pro Vás nejobtížnější stanovit osobní cíl?	1 ⁵	Počet	7	5	4	0	16
		% z celk.	4,2%	3,0%	2,4%	0,0%	9,6%
	2 ⁶	Počet	0	4	0	0	4
		% z celk.	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	2,4%
	3 ⁷	Počet	56	47	20	2	125
		% z celk.	33,5%	28,1%	12,0%	1,2%	74,9%
	4 ⁸	Počet	2	2	5	0	9
		% z celk.	1,2%	1,2%	3,0%	0,0%	5,4%
	5 ⁹	Počet	2	1	0	4	7
		% z celk.	1,2%	,6%	0,0%	2,4%	4,2%
	6 ¹⁰	Počet	0	3	2	0	5
		% z celk.	0,0%	1,8%	1,2%	0,0%	3,0%
	7 ¹¹	Počet	0	0	1	0	1
		% z celk.	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
Celkem		Počet	67	62	32	6	167
		% z celk.	40,1%	37,1%	19,2%	3,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

¹ Ano

² Většinou ano

³ Většinou ne

⁴ Ne

⁵ Využívajícími službu velkého rozsahu

⁶ Využívajícími službu středního rozsahu

⁷ Využívajícími službu malého rozsahu

⁸ Je to individuální

⁹ Závisí na kognitivních funkcích uživatele

¹⁰ Nezáleží na počtu úkonů

¹¹ Se všemi uživateli

Nejvíce je zastoupena skupina 3 versus 1. Pro tuto skupinu respondentů je nejvíce obtížné nalézt osobní cíl s uživateli využívajícími službu malého rozsahu a zároveň zastává názor, že obtížnost stanovení osobního cíle klienta je ovlivněna rozsahem péče. Tato shoda činí 33,5 %.

Tabulka 24: Tabulka informující o koeficientu nejistoty (hladina významnosti činí 0,05).

			Hodnota	Asym. standardní odchylka ¹²	Přibliž. T ¹³	Minimální hl. významnosti ¹⁴	Přesná hodnota.
Nominální dle nominální	Koeficient nejistoty	Symetrie	0,132	0,035	3,421	0,000	0,000
		S kterými uživateli je pro Vás nejobtížnější stanovit osobní cíl? ¹⁵ Závislost	0,147	0,038	3,421	0,000	0,000
		Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované ¹⁶ péče? Závislost	0,120	0,033	3,421	0,000	0,000

Zdroj: vlastní výzkum

Minimální hladina významnosti $0,000 < 0,05$, je tedy zřejmá závislost proměnné A na proměnné B.

¹² Neplatí za předpokladu nulové hypotézy

¹³ Pomocí asymptotické standardní odchylky za předpokladu nulové hypotézy

¹⁴ Chí kvadrát pravděpodobnosti

¹⁵ Proměnná A

¹⁶ Proměnná B

Ovlivnění obtížnosti stanovení osobního cíle klienta rozsahem požadované péče z pohledu respondentů versus nejmenší obtížnost stanovení osobního cíle v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 25: Kontingenční tabulka informující o vztahu skupin odpovědí

			Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče?				Celkem
			1 ¹⁷	2 ¹⁸	3 ¹⁹	4 ²⁰	
S kterými uživateli je pro Vás nejméně obtížné stanovit osobní cíl?	1 ²¹	Počet	40	26	10	1	77
		% z celk.	24,0%	15,6%	6,0%	0,6%	46,1%
	2 ²²	Počet	16	20	6	1	43
		% z celk.	9,6%	12,0%	3,6%	0,6%	25,7%
	3 ²³	Počet	8	10	7	1	26
		% z celk.	4,8%	6,0%	4,2%	0,6%	15,6%
	4 ²⁴	Počet	2	2	4	0	8
		% z celk.	1,2%	1,2%	2,4%	0,0%	4,8%
	5 ²⁵	Počet	1	2	1	3	7
		% z celk.	,6%	1,2%	0,6%	1,8%	4,2%
	6 ²⁶	Počet	0	2	3	0	5
		% z celk.	0,0%	1,2%	1,8%	0,0%	3,0%
	7 ²⁷	Počet	0	0	1	0	1
		% z celk.	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	,6%
Celkem		Počet	67	62	32	6	167
		% z celk.	40,1%	37,1%	19,2%	3,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce je zastoupena skupina 1 versus 1. Pro tuto skupinu respondentů je nejméně obtížné nalézt osobní cíl s uživateli využívajícími službu velkého rozsahu a zároveň

¹⁷ Ano

¹⁸ Většinou ano

¹⁹ Většinou ne

²⁰ Ne

²¹ Využívajícími službu velkého rozsahu

²² Využívajícími službu středního rozsahu

²³ Využívajícími službu malého rozsahu

²⁴ Je to individuální

²⁵ Závisí na kognitivních funkcích uživatele

²⁶ Nezáleží na počtu úkonů

²⁷ Se žádným uživatelem

zastává názor, že obtížnost stanovení osobního cíle klienta je ovlivněna rozsahem péče. Tato shoda činí 24 %.

Tabulka 26: Tabulka informující o koeficientu nejistoty (hladina významnosti činí 0,05).

			Hodnota	Asym.. standardní odchylka ²⁸	Přibliž. T ²⁹	Minimální hl. významnosti ³⁰	Přesná hodnota. ³¹
Nominální dle nominální	Koeficient nejistoty	Symetrie	0,081	0,027	2,852	0,009	.
		S kterými uživateli je pro Vás nejméně obtížné stanovit osobní cíl? ³²					
		Závislost	0,074	0,025	2,852	0,009	.
		Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče? ³³ Závislost	0,090	0,030	2,852	0,009	.

Zdroj: vlastní výzkum

Minimální hladina významnosti $0,009 < 0,05$, je tedy zřejmá závislost proměnné A na proměnné B.

²⁸ Neplatí za předpokladu nulové hypotézy

²⁹ Pomocí asymptotické standardní odchylky za předpokladu nulové hypotézy

³⁰ Chí kvadrát pravděpodobnosti

³¹ Nelze vypočítat

³² Proměnná A

³³ Proměnná B

Ovlivnění obtížnosti stanovení osobního cíle klienta rozsahem požadované péče z pohledu respondentů versus obtížnost sestavení individuálního plánu v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 27: Kontingenční tabulka informující o vztahu skupin odpovědí

		Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče?				Celkem	
		1 ³⁴	2 ³⁵	3 ³⁶	4 ³⁷		
S kterými uživateli je pro Vás nejobtížnější sestavit individuální plán?	1 ³⁸	Počet	7	5	6	1	19
		% z celk.	4,2%	3,0%	3,6%	0,6%	11,4%
	2 ³⁹	Počet	0	3	1	0	4
		% z celk.	0,0%	1,8%	0,6%	0,0%	2,4%
	3 ⁴⁰	Počet	56	48	17	2	123
		% z celk.	33,5%	28,7%	10,2%	1,2%	73,7%
	4 ⁴¹	Počet	3	2	3	0	8
		% z celk.	1,8%	1,2%	1,8%	0,0%	4,8%
	5 ⁴²	Počet	1	1	2	3	7
		% z celk.	,6%	,6%	1,2%	1,8%	4,2%
	6 ⁴³	Počet	0	3	2	0	5
		% z celk.	0,0%	1,8%	1,2%	0,0%	3,0%
	7 ⁴⁴	Počet	0	0	1	0	1
		% z celk.	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
Celkem		Počet	67	62	32	6	167
		% z celk.	40,1%	37,1%	19,2%	3,6%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce je zastoupena skupina 3 versus 1. Pro tuto skupinu respondentů je nejvíce obtížné sestavit individuální plán s uživateli využívajícími službu malého rozsahu a

³⁴ Ano

³⁵ Většinou ano

³⁶ Většinou ne

³⁷ Ne

³⁸ Využívajícími službu velkého rozsahu

³⁹ Využívajícími službu středního rozsahu

⁴⁰ Využívajícími službu malého rozsahu

⁴¹ Je to individuální

⁴² Závisí na kognitivních funkcích uživatele

⁴³ Nezáleží na počtu úkonů

⁴⁴ Se všemi uživateli

zároveň zastává názor, že obtížnost stanovení osobního cíle klienta je ovlivněna rozsahem péče. Tato shoda činí 33,5 %.

Tabulka 28: Tabulka informující o koeficientu nejistoty (hladina významnosti činí 0,05).

			Hodnota	Asym.. standardní odchylka ⁴⁵	Přibliž. T ⁴⁶	Minimální hl. významnosti ⁴⁷	Přesná hodnota.
Nominální dle nominální	Koeficient nejistoty	Symetrie	0,098	0,030	3,066	0,009	0,005
		S kterými uživateli je pro Vás nejobtížnější sestavit individuální plán? ⁴⁸					
		Závislost	0,108	0,032	3,066	0,009	0,005
		Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče? ⁴⁹ Závislost	0,090	0,028	3,066	0,009	0,005

Zdroj: vlastní výzkum

Minimální hladina významnosti $0,009 < 0,05$, je tedy patrná závislost proměnné A na proměnné B.

⁴⁵ Neplatí za předpokladu nulové hypotézy

⁴⁶ Pomocí asymptotické standardní odchylky za předpokladu nulové hypotézy

⁴⁷ Chí kvadrát pravděpodobnosti

⁴⁸ Proměnná A

⁴⁹ Proměnná B

Ovlivnění obtížnosti stanovení osobního cíle klienta rozsahem požadované péče z pohledu respondentů versus nejmenší obtížnost sestavení individuálního plánu v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 29: Kontingenční tabulka informující o vztahu skupin odpovědí

			Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče?				Celkem
			1 ⁵⁰	2 ⁵¹	3 ⁵²	4 ⁵³	
S kterými uživateli je pro Vás nejméně obtížné sestavit individuální plán?	1 ⁵⁴	Počet	39	29	11	1	80
		% z celk.	23,4%	17,4%	6,6%	0,6%	47,9%
	2 ⁵⁵	Počet	16	19	6	1	42
		% z celk.	9,6%	11,4%	3,6%	0,6%	25,1%
	3 ⁵⁶	Počet	9	7	7	1	24
		% z celk.	5,4%	4,2%	4,2%	0,6%	14,4%
	4 ⁵⁷	Počet	2	3	3	0	8
		% z celk.	1,2%	1,8%	1,8%	0,0%	4,8%
	5 ⁵⁸	Počet	1	1	2	3	7
		% z celk.	0,6%	0,6%	1,2%	1,8%	4,2%
	6 ⁵⁹	Počet	0	3	2	0	5
		% z celk.	0,0%	1,8%	1,2%	0,0%	3,0%
	7 ⁶⁰	Počet	0	0	1	0	1
		% z celk.	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
Celkem		Počet	67	62	32	6	167
		% z celk.	40,1%	37,1%	19,2%	3,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce je zastoupena skupina 1 versus 1. Pro tuto skupinu respondentů je nejméně obtížné sestavit individuální plán s uživateli využívajícími službu velkého rozsahu a

⁵⁰ Ano

⁵¹ Většinou ano

⁵² Většinou ne

⁵³ Ne

⁵⁴ Využívajícími službu velkého rozsahu

⁵⁵ Využívajícími službu středního rozsahu

⁵⁶ Využívajícími službu malého rozsahu

⁵⁷ Je to individuální

⁵⁸ Závisí na kognitivních funkcích uživatele

⁵⁹ Nezáleží na počtu úkonů

⁶⁰ Se žádným uživatelem

zároveň zastává názor, že obtížnost stanovení osobního cíle klienta je ovlivněna rozsahem péče. Tato shoda činí 23,4 %.

Tabulka 30: Tabulka informující o koeficientu nejistoty (hladina významnosti činí 0,05).

			Hodnota	Asym.. standardní odchylka ⁶¹	Přibliž. T ⁶²	Minimální hl. významnosti ⁶³	Přesná hodnota. ⁶⁴
Nominální dle nominální	Koeficient nejistoty	Symetrie	0,073	0,026	2,743	0,026	.
		S kterými uživateli je pro Vás nejméně obtížné sestavit individuální plán? ⁶⁵					
		Závislost	0,067	0,023	2,743	0,026	.
		Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče? ⁶⁶ Závislost	0,080	0,028	2,743	0,026	.

Zdroj: vlastní výzkum

Minimální hladina významnosti $0,026 < 0,05$, je tedy patrná závislost proměnné A na proměnné B.

⁶¹ Neplatí za předpokladu nulové hypotézy

⁶² Pomocí asymptotické standardní odchylky za předpokladu nulové hypotézy

⁶³ Chí kvadrát pravděpodobnosti

⁶⁴ Nelze vypočítat

⁶⁵ Proměnná A

⁶⁶ Proměnná B

Ovlivnění obtížnosti stanovení osobního cíle klienta rozsahem požadované péče z pohledu respondentů versus obtížnost vyhodnocení individuálního plánu v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 31: Kontingenční tabulka informující o vztahu skupin odpovědí

			Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče?				Celkem
			1 ⁶⁷	2 ⁶⁸	3 ⁶⁹	4 ⁷⁰	
S kterými uživateli je pro Vás nejobtížnější vyhodnotit individuální plán?	1 ⁷¹	Počet	10	8	6	1	25
		% z celk.	6,0%	4,8%	3,6%	0,6%	15,0%
	2 ⁷²	Počet	2	3	1	0	6
		% z celk.	1,2%	1,8%	0,6%	0,0%	3,6%
	3 ⁷³	Počet	52	46	17	3	118
		% z celk.	31,1%	27,5%	10,2%	1,8%	70,7%
	4 ⁷⁴	Počet	2	1	3	0	6
		% z celk.	1,2%	0,6%	1,8%	0,0%	3,6%
	5 ⁷⁵	Počet	1	1	2	2	6
		% z celk.	0,6%	0,6%	1,2%	1,2%	3,6%
	6 ⁷⁶	Počet	0	3	2	0	5
		% z celk.	0,0%	1,8%	1,2%	0,0%	3,0%
	7 ⁷⁷	Počet	0	0	1	0	1
		% z celk.	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
Celkem		Počet	67	62	32	6	167
		% z celk.	40,1%	37,1%	19,2%	3,6%	100%

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce je zastoupena skupina 3 versus 1. Pro tuto skupinu respondentů je nejvíce obtížné vyhodnotit individuální plán s uživateli využívajícími službu malého rozsahu a

⁶⁷ Ano

⁶⁸ Většinou ano

⁶⁹ Většinou ne

⁷⁰ Ne

⁷¹ Využívajícími službu velkého rozsahu

⁷² Využívajícími službu středního rozsahu

⁷³ Využívajícími službu malého rozsahu

⁷⁴ Je to individuální

⁷⁵ Závisí na kognitivních funkcích uživatele

⁷⁶ Nezáleží na počtu úkonů

⁷⁷ Se všemi uživateli

zároveň zastává názor, že obtížnost stanovení osobního cíle klienta je ovlivněna rozsahem péče. Tato shoda činí 31,1 %.

Tabulka 32: Tabulka informující o koeficientu nejistoty (hladina významnosti činí 0,05).

			Hodnota	Asym.. standardní odchylka ⁷⁸	Přibliž. T ⁷⁹	Minimální hl. významnosti ⁸⁰	Přesná hodnota.
Nominální dle nominální	Koeficient nejistoty	Symetrie	0,066	0,025	2,549	0,015	0,014
		S kterými uživateli je pro Vás nejobtížnější vyhodnotit individuální plán? ⁸¹					
		Závislost	0,070	0,026	2,549	0,015	0,014
		Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče? ⁸² Závislost	0,061	0,024	2,549	0,015	0,014

Zdroj: vlastní výzkum

Minimální hladina významnosti $0,015 < 0,05$, je tedy patrná závislost proměnné A na proměnné B.

⁷⁸ Neplatí za předpokladu nulové hypotézy

⁷⁹ Pomocí asymptotické standardní odchylky za předpokladu nulové hypotézy

⁸⁰ Chí kvadrát pravděpodobnosti

⁸¹ Proměnná A

⁸² Proměnná B

Ovlivnění obtížnosti stanovení osobního cíle klienta rozsahem požadované péče z pohledu respondentů versus nejmenší obtížnost vyhodnocení individuálního plánu v souvislosti s rozsahem péče

Tabulka 33: Kontingenční tabulka informující o vztahu skupin odpovědí

		Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče?				Celkem	
		1 ⁸³	2 ⁸⁴	3 ⁸⁵	4 ⁸⁶		
S kterými uživateli je pro Vás nejméně obtížné vyhodnotit individuální plán?	1 ⁸⁷	Počet	38	23	11	2	74
		% z celk.	22,8%	13,8%	6,6%	1,2%	44,3%
	2 ⁸⁸	Počet	17	21	5	0	43
		% z celk.	10,2%	12,6%	3,0%	0,0%	25,7%
	3 ⁸⁹	Počet	10	11	7	2	30
		% z celk.	6,0%	6,6%	4,2%	1,2%	18,0%
	4 ⁹⁰	Počet	1	2	4	0	7
		% z celk.	0,6%	1,2%	2,4%	0,0%	4,2%
	5 ⁹¹	Počet	1	2	2	2	7
		% z celk.	0,6%	1,2%	1,2%	1,2%	4,2%
	6 ⁹²	Počet	0	3	2	0	5
		% z celk.	0,0%	1,8%	1,2%	0,0%	3,0%
	7 ⁹³	Počet	0	0	1	0	1
		% z celk.	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%
Celkem		Počet	67	62	32	6	167
		% z celk.	40,1%	37,1%	19,2%	3,6%	100,0%

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce je zastoupena skupina 1 versus 1. Pro tuto skupinu respondentů je nejméně obtížné vyhodnotit individuální plán s uživateli využívající službu velkého rozsahu a

⁸³ Ano

⁸⁴ Většinou ano

⁸⁵ Většinou ne

⁸⁶ Ne

⁸⁷ Využívajícími službu velkého rozsahu

⁸⁸ Využívajícími službu středního rozsahu

⁸⁹ Využívajícími službu malého rozsahu

⁹⁰ Je to individuální

⁹¹ Závisí na kognitivních funkcích uživatele

⁹² Nezáleží na počtu úkonů

⁹³ Se žádným uživatelem

zároveň zastává názor, že obtížnost stanovení osobního cíle klienta je ovlivněna rozsahem péče. Tato shoda činí 22,8 %.

Tabulka 34: Tabulka informující o koeficientu nejistoty (hladina významnosti činí 0,05).

			Hodnota	Asym.. standardní odchylka ⁹⁴	Přibliž. T ⁹⁵	Minimální hl. významnosti ⁹⁶	Přesná hodnota. ⁹⁷
Nominální dle nominální	Koeficient nejistoty	Symetrie	0,076	0,023	3,136	0,018	.
		S kterými uživateli je pro Vás nejméně obtížné vyhodnotit individuální plán? ⁹⁸					
		Závislost	0,069	0,021	3,136	0,018	.
		Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče? ⁹⁹ Závislost	0,084	0,026	3,136	0,018	.

Zdroj: vlastní výzkum

Minimální hladina významnosti $0,018 < 0,05$, je tedy patrná závislost proměnné A na proměnné B.

⁹⁴ Neplatí za předpokladu nulové hypotézy

⁹⁵ Pomocí asymptotické standardní odchylky za předpokladu nulové hypotézy

⁹⁶ Chí kvadrát pravděpodobnosti

⁹⁷ Nelze vypočítat

⁹⁸ Proměnná A

⁹⁹ Proměnná B

5 Diskuze

Cílem mé diplomové práce bylo zmapovat, jak jsou poskytovateli osobní asistence a pečovatelské služby reflektována kritéria naplňování standardu kvality č. 5. Dále mne zajímalo, s kterými uživateli činí poskytovatelům individuální plánování největší potíže a zda mají tyto obtíže souvislost s rozsahem poskytované služby. Výzkum byl zaměřen na poskytovatele terénní pečovatelské služby a služby osobní asistence. Osloveno bylo celkem 70 organizací, z toho 53 poskytovatelů pečovatelské služby a 17 poskytovatelů osobní asistence. Celkem se vrátilo 167 dotazníků. Dotazník obsahuje 22 otázek. Otázky v první části jsou zaměřené na naplňování standardu kvality č. 5.

Z celkových 167 odpovědí v době výzkumu 71,3 % respondentů vykonávalo pečovatelskou službu a 28,7 % službu osobní asistence.

Druhá otázka je zaměřena na pravidelnost individuálního plánování v organizaci. 98,2 % dotázaných uvedlo, že v jejich organizaci individuální plánování probíhá nejméně jednou ročně. Pouze 1,8 % dotázaných odpovědělo, že v jejich organizaci toto plánování pravidelně neprobíhá. Nelze to ovšem chápat tak, že individuální plánování probíhá pravidelně nejméně jednou ročně v 98,2 % organizací, protože někteří dotázaní mohou pracovat ve stejné organizaci. Přesto podle mého názoru výsledky poukazují na skutečnost, že ve většině organizací toto individuální plánování probíhá.

Dle vyhlášky č. 505/2016 Sb. musí mít poskytovatel písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých probíhá individuální plánování. Pro poskytovatele jsou tato pravidla závazná (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Je proto nutné, aby poskytovatel tato pravidla zpracoval, alespoň rámcově. Nemůžou však být příliš obecná a formální, podle takových pravidel lze postupovat v podstatě jakkoliv. S pravidly musí být seznámeni pracovníci v přímé péči (Johnová, 2002). Zda poskytovatelé toto kritérium naplňují, jsem se snažila zjistit prostřednictvím otázky č. 3. 93,4 % respondentů uvedlo, že má jejich organizace písemně zpracována pravidla pro individuální plánování poskytované služby. Podle 6 % respondentů má jejich organizace tato pravidla zpracována částečně. Jeden respondent, což je 0,6 % uvedl, že organizace, v níž pracuje, tyto pravidla zpracována nemá. Na tuto otázku navazuje otázka č. 4, prostřednictvím které zjišťuji,

zda poskytovatelé postupují podle těchto pravidel. Tato otázka nebyla povinná, pokud poskytovatel tato pravidla zpracována nemá, nemůže podle nich postupovat. Odpověděli na ni však všichni respondenti. Podle písemně zpracovaných pravidel postupuje 46,7 % poskytovatelů vždy, většinou podle nich postupuje 51,5 %. 1,8 % poskytovatelů podle nich postupuje občas. Obdobně jako u druhé otázky je nutné vzít v úvahu možnost, že někteří pracovníci pracují ve stejné organizaci. Z výsledků plyne, že téměř všichni poskytovatelé pečovatelských služeb a osobní asistence mají pravidla o procesu individuálního plánování písemně zpracována a většina podle nich postupuje.

Vzájemné působení a komunikace mezi uživatelem a pracovníkem je základem individuálního plánování. (Johnová a kol, 2008). Prostřednictvím další otázky (otázka č. 5) proto zjišťují, zda pracovníci plánují službu společně s uživatelem. 62,9 % dotázaných plánuje sociální službu společně s uživatelem vždy, 35,9 % plánuje společně s uživatelem tuto službu většinou a 1,2 % občas. Johnová a kol. (2008) dále uvádí, že v praxi se setkáváme s individuálními plány vzniklými pouze na základě uvážení pracovníků, s uživateli nejsou plány probírány nebo jen minimálně. Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že v případě poskytovatelů sociálních služeb pečovatelské služby a osobní asistence v Jihočeském kraji mohou s Johnovou nesouhlasit.

Dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. poskytovatel plánování sociální služby zohledňuje osobní cíle a možnosti uživatele. Úkolem poskytovatele je spolu s uživatelem vybrat, které cíle budou během poskytování sociální služby naplňovány. Popisuje předpokládanou změnu v životě uživatele sociální služby (Johnová, 2008). Z odpovědí dotázaných na otázku č. 6 vyplývá, že 73,1 % zohledňuje při plánování osobní cíl klienta vždy. 26,3 % dotázaných zohledňuje osobní cíle při individuálním plánování většinou a 0,6 % občas. Podle mého názoru musí být osobní cíl v individuálním plánu zohledněn vždy. Pokud nerespektujeme potřeby klienta, jeho přání, očekávání od poskytované služby, nemůžeme vytvořit kvalitní individuální plán. Takové plánování potom zcela ztrácí smysl.

Zákon č. 108/2006 Sb. a v návaznosti na něj i vyhláška č. 505/2006 Sb. dále ukládá poskytovatelům povinnost průběžně hodnotit individuální plány a míru dosažení cíle

uživatele společně s uživatelem. Účast klienta je velmi důležitá. Společně s klíčovým pracovníkem probírá jednotlivé úkony vedoucí k naplnění cíle, hodnotí, zda jeho cíl zůstává nezměněn nebo je vhodná jeho úprava, zda uživateli péče a podpora vyhovuje a co by si přál změnit (Hauke, 2011). Prostřednictvím otázky č. 7 jsem se snažila zjistit, zda poskytovatelé tuto povinnost splňují. Na otázku, zda pracovníci hodnotí míru naplnění osobního cíle společně s uživatelem, odpovědělo nejvíce dotázaných „ano“. Těchto odpovědí bylo označeno z celkových 167 92,2 %. Jako druhou nejčastější odpověď uvedli dotázaní, že to je individuální. Těchto odpovědí bylo 4,8 %. Pouze 2,99 % dotázaných označilo odpověď „ne“. Z výsledků je tedy patrné, že převážná část dotázaných s klienty pravidelně reviduje míru naplnění osobního cíle uživatele.

Hodnocení míry dosažení osobního cíle v individuálních plánech musí být prováděno v pravidelných intervalech. Doporučený interval je 1x za půl roku, záleží však na poskytovateli, jaký interval si stanoví. Tento údaj musí mít písemně zpracovaný ve vnitřních pravidlech, popř. v metodice k individuálnímu plánování. Samozřejmě je možné individuální plán a osobní cíle uživatele přehodnotit i v mimořádném termínu. Záleží také na rozsahu požadované služby. Tam, kde je kontakt s uživatelem častější, je vhodné hodnotit dosažení osobních cílů častěji. Kde naopak uživatel požaduje pouze např. donášku obědů, postačí hodnotit méně často (Bicková, 2010). Většina respondentů, které jsem oslovila, prostřednictvím otázky č. 8 uvedla, že v jejich organizaci probíhá hodnocení osobního cíle uživatele uvedeného v individuálním plánu 1 x za půl roku. Tuto odpověď označilo 68,7 % dotázaných. 15,6 % dotázaných uvedlo, že hodnotí osobní cíl uživatele 1 x za rok a shodně, 15,6 %, individuálně dle potřeby.

Poskytovatel má dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. pro každého uživatele určeného zaměstnance. Tento zaměstnanec plánuje společně s uživatelem průběh sociální služby a hodnotí společně s ním naplňování osobních cílů. Tento pracovník je označován jako klíčový pracovník (Johnová a kol., 2008). Z výsledků výzkumu týkajících se naplňování tohoto požadavku (otázka č. 9) je patrné, že téměř všichni oslovení poskytovatelé tohoto klíčového pracovníka pro každého uživatele stanoveného mají. Odpověď „ano“ označilo 97 % dotázaných, odpověď „ne“ pouze 3 %.

Malíková (2011) uvádí, že velkým problémem v procesu individuálního plánování bývá vysoký počet uživatelů, kteří připadají na jednoho klíčového pracovníka. Optimální počet klientů by měl být čtyři až pět klientů na jednoho pracovníka. Ve většině organizací je tento počet značně vyšší.

V terénní sociální službě není výjimkou, když klíčový pracovník má ve své péči 25 i více uživatelů. Pracovník má situaci ještě ztíženou tím, že péče není soustředěna na jednom místě, pracovník dochází za uživateli do jejich domovů. Mezi jednotlivými domácnostmi uživatelů bývá mnohdy velká vzdálenost (Hauke, 2011). Výsledky výzkumu vyplývající z otázky č. 10 názory obou autorek částečně potvrzují. Polovina respondentů, 50,3 %, uvedla, že má v péči více než 10 uživatelů. 27,5 % má v péči 6 – 10 uživatelů a 22,2 % 1 – 5 uživatelů. K tomu, aby byl snížen počet uživatelů na jednoho klíčového pracovníka, musí být navýšen počet pracovníků. Ve většině organizací je to však v současné době nemožné z důvodů finančního omezení. Zcela však souhlasím s názorem Hauke (2011), že pokud chceme poskytovat kvalitní sociální službu na profesionální úrovni, musí se počet uživatelů na jednoho pracovníka snížit. Klíčový pracovník by měl být důvěrníkem klienta, měl by mu pomáhat v jeho nelehké sociální situaci a v žádném případě by neměl být jen pouhým vykonavatelem požadovaných úkonů.

Dalším kritériem, které je poskytovatel povinen plnit, je vypracování systému předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým uživatelům. Tento systém uplatňuje poskytovatel v praxi (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Na otázku č. 11 91,6 % dotázaných odpovědělo, že organizace tento systém vypracovaný má. 7,8 % respondentů uvedlo, že organizace má tento systém vypracovaný částečně a pouze 0,6 % dotázaných uvedlo, že tento systém organizace zpracován nemá. Na otázku č. 12 50,3 % pracovníků odpovědělo, že tento systém v praxi uplatňuje, většinou ho uplatňuje 46,7 % pracovníků. 2,4 % pracovníků systém předávání informací v praxi většinou neuplatňuje, 0,6 % ho neuplatňuje vůbec. Tato otázka byla nepovinná, odpověděli na ni však všichni respondenti. Z výsledků je tedy patrné, že převážná většina dotazovaných pracuje v organizaci, která systém

předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým klientům zpracován má a také tento systém uplatňuje v praxi.

Prostřednictvím otázky 13 jsem zjišťovala, jak uživatelé spolupracují s pracovníky na vytváření individuálních plánů a zda uživatelé procesu individuálního plánování rozumí (otázka č. 14). Z vlastní zkušenosti vím, že pokud uživatel individuálnímu plánování nerozumí, není možné smysluplně a kvalitně individuální plánování provádět. Klienti většinou s pracovníky na individuálním plánování spolupracují ochotně, i když jim smysl není zcela jasný. Hledání osobního cíle je však v takovém případě značně ztíženo, vznikají nekvalitní, neprofesionální individuální plány. Z dotazníkového šetření je patrné, že uživatelé s pracovníky na tvorbě individuálního plánu většinou ochotně spolupracují. Tuto skutečnost uvádí 81,4 % dotázaných. 17,4 % dotázaných uvádí, že uživatelé ochotně spolupracují s pracovníky vždy. 0,6 % dotázaných uvádí, že uživatelé s pracovníky většinou nespolečně spolupracují a shodný počet má zkušenost, že uživatelé s nimi nespolečně spolupracují. Co se týče porozumění individuálnímu plánování, uvádí 80,8 % respondentů, že uživatelé procesu individuálního plánování „většinou rozumí“. Odpověď „ano“ uvedlo pouze 5,4 %. Odpověď, že uživatelé individuálnímu plánování většinou nerozumí, označilo 12,6 % a 1,2 % odpovědělo, že uživatelé individuálnímu plánování nerozumí. Lze tedy předpokládat, že klíčoví pracovníci uživatelům princip a smysl individuálního plánování dostatečně a srozumitelně objasňují.

Další část dotazníku je zaměřena na naplnění dílčího cíle práce. Dílčím cílem práce je zjistit, s kterými uživateli dělá individuální plánování péče poskytovatelům největší potíže. Tato část dotazníku je také přinesla informace potřebné k testování hypotézy.

Otázka č. 15 zjišťuje, zda je z pohledu respondenta obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče. 40,1 % dotázaných zvolilo odpověď „ano“, 37,1 % zvolilo odpověď „většinou ano“. 19,2 % odpovědělo „většinou ne“ a 3,6 % dalo přednost odpovědi „ne“. Jak je z odpovědí zřejmé, většina respondentů se domnívá, že rozsah požadované péče souvisí s obtížností stanovit osobní cíl klienta. Tuto otázku jsem stanovila jako výchozí při provádění statistické analýzy pomocí koeficientu nejistoty.

V následující otázce č. 16 odpovídali respondenti na otázku, s kterými uživateli je pro ně nejobtížnější stanovit osobní cíl uživatele. Jako nejčastější byla označena odpověď „využívajícími službu malého rozsahu“. Tuto odpověď označilo 72,5 % respondentů. Naopak odpověď „využívajícími službu velkého rozsahu“ označilo 9,6 % respondentů. Třetí nejčastější byly odpovědi shrnuté do kategorie „je to individuální“. Těchto odpovědí bylo 5,4 %. Dalších 4,2 % odpovědí jsem shrnula do kategorie „závisí na kognitivních funkcích“. 3 % respondentů je toho názoru, že na počtu aktivit nezáleží. Dalších 2,4 % nalézá nejobtížněji osobní cíl s uživateli využívajícími službu středního rozsahu. 0,6 % dotázaných nalézá osobní cíl uživatele obtížně se všemi uživateli. Tyto výsledky byly porovnány s předchozí otázkou č. 15 pomocí koeficientu nejistoty. Tabulky 23 a 24 uvedené v předchozí kapitole ukazují, že mezi skupinami jsou statisticky signifikantní rozdíly. Lze tedy říci, že pokud respondenti zastávají názor, že je obtížnost stanovení osobního cíle uživatele ovlivněna rozsahem péče, je pro ně nejobtížnější stanovit osobní cíl u uživatelů využívajících službu malého rozsahu, jak potvrzuje i koeficient nejistoty.

Terénní služba je často poskytovaná pouze v malém rozsahu. Jedná se např. o uživatele, kteří mají ve smlouvě sjednáno pouze donášení obědů nebo občasný úklid. V těchto případech je často diskutovaná otázka, zda má vůbec smysl individuálně plánovat. Je však nutné si uvědomit, že i uživatel, který je s poskytovatelem v kontaktu minimálně, má právo vyjádřit své potřeby a očekávání od sociální služby (Bicková, 2010).

Další otázka č. 17 naopak zjišťuje, s kterými uživateli se dotázaným plánuje nejsnáze. Zde jako nejčastější odpověď byla označena odpověď „využívajícími službu velkého rozsahu“. Tuto odpověď označilo 46,1 % dotázaných. Druhou nejčastější odpovědí, kterou uvedli respondenti, je odpověď s 25,8 %, „využívajícími službu středního rozsahu“. 15,6 % dotazovaných shledává jako nejméně obtížné stanovení osobního cíle uživatele s klienty využívajícími službu malého rozsahu. 4,8 % dotázaných zastává názor, že záleží individuálně na každém uživateli, 4,2 % respondentů je toho názoru, že záleží na kognitivních funkcích uživatele. Podle 3 % respondentů nezáleží na rozsahu požadované péče a 0,6 % nenalézá osobní cíl snadno

s žádným uživatelem. Výsledky u této otázky nejsou tak jednoznačné jako u otázky předchozí. Lze ovšem konstatovat, že nejněsněji nalézají dotázaní osobní cíl s uživateli, kteří využívají službu velkého a středního rozsahu. Je to zřejmě zapříčiněno tím, že s těmito uživateli tráví pracovníci nejvíce času. Pracovník s klientem více komunikuje, získává si jeho důvěru. Jak uvádí Malíková (2011), uživatel se pracovníkovi svěřuje se svými problémy a pocity. To umocňuje efektivitu individuálního plánování a jeho výsledky. Jak je patrné z tabulek 25 a 26, při statistickém zpracování výsledků i u těchto dvou otázek jsou patrné signifikantní rozdíly mezi skupinami. Dotazovaní, kteří jsou toho názoru, že obtížnost stanovení osobního cíle klienta je ovlivněna rozsahem požadované péče, zastávají také názor, že je pro ně nejméně obtížné nalézt osobní cíl uživatele s uživateli využívajícími službu velkého a středního rozsahu. Test koeficientu nejistoty tuto skutečnost potvrzuje.

Otázka č. 18 zjišťuje, s kterými uživateli činí pracovníkům největší obtíže sestavit individuální plán. Tato otázka úzce koresponduje s otázkou č. 16 a pokud srovnáme výstupy z tabulek 16 a 18, odpovědi jsou také podobné. 73,6 % pracovníků uvádí, že nejvíce obtížné je podle jejich názoru sestavit individuální plán s uživateli využívajícími službu malého rozsahu. 11,4 % nejobtížněji sestavuje individuální plán s uživateli využívajícími službu ve velkém rozsahu. 4,8 % pracovníků si myslí, že záleží na individualitě uživatele a 4,2 % je toho názoru, že záleží na kognitivních funkcích uživatele. 3 % pracovníků uvedlo odpověď, že nezáleží na rozsahu poskytované péče. 2,4 % respondentů má největší potíže sestavit individuální plán s uživateli využívajícími službu středního rozsahu a 0,6 % dělá potíže sestavit individuální plán s každým uživatelem. Otázka č. 18 byla také podrobena statistické analýze společně s otázkou č. 15. Výsledky (tabulka 27 a 28) opět poukazují na skutečnost, že mezi skupinami existuje signifikantní rozdíl a existuje závislost jedné skupiny na druhé.

Oproti tomu se nejlépe respondentům (otázka č. 19) sestavuje individuální plán s uživateli využívajícími službu velkého rozsahu. Tuto odpověď označilo 47,9 % dotázaných. Na druhém místě byla označena odpověď „využívajícími službu středního rozsahu“ – 25,1 %. 14,4 % dotázaných nejméně obtížně sestavuje individuální plán s uživateli využívajícími službu malého rozsahu. Jak je tedy patrné, pracovníkům se

nejlépe sestavuje individuální plán s těmi klienty, s kterými přijdou nejvíce do styku. Dále 4,8 % respondentů uvádí, že záleží na individualitě uživatele. Opět 4,2 % respondentů je toho názoru, že závisí na kognitivních funkcích uživatele. Podle 3 % respondentů na rozsahu požadované péče nezáleží a 0,6 % se individuální plán uživatele nesestavuje lehce se žádným uživatelem. U této otázky byla také provedena statistická analýza spolu s otázkou č. 15, na jejímž základě lze usoudit, že mezi skupinami je signifikantní rozdíl (tabulka 29 a 30) a existuje závislost jedné skupiny na druhé.

Otázka č. 20 je zaměřena na názor respondentů, s kterými uživateli je vyhodnocení individuálního plánu pro respondenty nejobtížnější. Zde opět nejvíce respondentů (70,7 %) označilo odpověď, že nejobtížnější je pro ně vyhodnotit individuální plán s uživateli využívajícími službu malého rozsahu. Jako další nejčastější odpověď byla označena odpověď „využívajícími službu ve velkém rozsahu“ – 15 %. S uživateli využívajícími službu středního rozsahu se nejhůře vyhodnocuje individuální plán 3,6 % respondentům. Stejně procento respondentů je toho názoru, že je rozhodující individualita každého uživatele nebo že záleží na jeho kognitivních funkcích. 3 % dotázaných si myslí, že na počtu úkonů v souvislosti s vyhodnocením individuálního plánu nezáleží. 0,6 % dotázaných vyhodnocuje individuální plán obtížně s každým uživatelem. U této otázky byla také společně s otázkou č. 15 provedena statistická analýza pomocí kontingenční tabulky a koeficientu nejistoty. Její výsledky jsou shodné s výsledky předešlých analýz (tabulka 31 a 32).

Následující otázka (otázka č. 21) zjišťuje, s kterými uživateli se naopak respondentům vyhodnocuje individuální plán nejsnáze. Převládá odpověď „s uživateli využívajícími službu ve velkém rozsahu“. K této odpovědi se přiklání 44,3 % dotázaných. 25,8 % dále uvádí, že je pro ně nejsnadnější vyhodnotit individuální plán s uživateli využívající péči ve středním rozsahu. 18 % dotázaných nejsnadněji hodnotí individuální plán s uživateli využívajícími službu malého rozsahu. 4,2 % dotázaných se přiklání k odpovědím „je to individuální“, stejné procento k odpovědi „záleží na kognitivních funkcích uživatele“. 3 % odpovědělo, že nezáleží na rozsahu poskytované péče. 0,6 % dotázaných má potíže vyhodnotit individuální plán se všemi uživateli. Je tedy evidentní, že nejméně obtížné je pro uživatele vyhodnotit individuální plán

s uživateli využívajícími služby velkého a středního rozsahu. Tyto výsledky se opět shodují s výsledky u otázek č. 17 a 19. Statistické vyhodnocení této otázky s otázkou č. 15 také opětovně prokazuje, že je patrná signifikantní rozdílnost mezi skupinami, jak je patrné z výše uvedené kontingenční tabulky (tabulka 33) a provedené analýzy koeficientu nejistoty (tabulka 34).

Z odpovědí na otázky č. 16 – 21 je zřejmé, že celý proces individuálního plánování je z pohledu klíčových pracovníků ovlivněn rozsahem poskytované péče. Nejvíce potíží evidentně činí klíčovým pracovníkům plánování služby s uživateli, kteří využívají službu malého rozsahu. Naopak nejméně obtížný je proces individuálního plánování péče s uživateli využívajícími službu velkého nebo středního rozsahu. Podle mého názoru není možné provádět kvalitní individuální plánování s uživatelem, s kterým se vidíme zřídka. Tento problém je zřejmý zejména u uživatelů využívající pouze donášku obědů, zajištění stravy nebo občasný úklid.

Tyto služby jsou nejčastěji poskytovány osamělým uživatelům. Pokud využívá např. pouze donášku obědů nebo v případě osobní asistence zajištění stravy, má uživatel jistotu, že minimálně jednou denně přijde do kontaktu s pracovníkem. Ten mu může pomoci, pokud se zhorší jeho zdravotní stav, může si s ním ale také pouze popovídat. V tomto případě je nutné ovšem osobní kontakt s uživatelem. Je tak zajišťován aspoň minimální kontakt uživatele se společenským prostředím, který zabraňuje přílišné izolaci (Hauke, 2010). Pokud tedy pracovník pouze umístí nádobu s obědem za dveře uživatele, tento minimální kontakt se společenským prostředím uživateli neumožní. O uživateli nemá žádné nebo jen minimální informace, nemůže posoudit jeho potřeby a očekávání od služby. Těžko s ním také může navázat užší vztah založený na důvěře a pochopení, tolik potřebný pro proces individuálního plánování.

Prostřednictvím poslední otázky (otázka č. 22) zjišťují názor respondentů na individuální plánování v souvislosti se zkvalitněním sociální služby. Více než polovina dotázaných (52,1 %) zastává názor, že individuální plánování vliv na zkvalitnění sociální služby má. Druhou nejčastěji označovanou odpovědí byla odpověď „většinou ano“. K této odpovědi se přiklání 36,5 %. Dalších 7,8 % dotázaných si myslí, že individuální plánování vliv na zkvalitnění poskytované sociální služby vliv většinou

nemá a 3,6 % jsou toho názoru, že individuální plánování vliv na zkvalitnění služby nemá. Z těchto odpovědí tedy můžeme vyvodit závěr, že převážná většina pracovníků poskytující přímou péči smysl individuálního plánování chápe, uznává a uvědomuje si jeho důležitost a význam při kvalitním poskytování sociální služby. Jak je uvedeno v kapitole 1, individuální plánování má nejen přínos pro uživatele sociální služby, ale také pro poskytovatele. Pracovníci poskytující přímou péči by si tyto skutečnosti měli uvědomit a snažit se proto individuální plánování co nejkvalitněji uplatňovat v praxi.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zmapovat, jak jsou poskytovateli osobní asistence a pečovatelské služby reflektována kritéria naplňování standardu kvality č. 5. Z odpovědí na otázky dotazníkového šetření, které se vztahují se k naplnění hlavního cíle diplomové práce lze vyvodit závěr, že poskytovateli jsou kritéria naplňování standardu kvality č. 5 reflektována. Z odpovědí na otázky týkající se kritérií pro individuální plánování péče a postupu poskytovatele podle těchto kritérií můžeme vypožorovat, že převážná část poskytovatelů tato pravidla písemně zpracována má a postupuje podle nich. Individuální plán uživatele společně s uživateli pravidelně vyhodnocují téměř všichni dotázaní. Více než polovina respondentů dále uvedla, že společně s uživatelem plánuje vždy, další třetina respondentů plánuje většinou společně s uživatelem. Osobní cíle uživatelů zohledňují v individuálním plánování téměř všichni respondenti, míru dosažení osobního cíle hodnotí s uživatelem také většina dotázaných. Převážná část dotázaných uvedla, že jejich organizace má určeného klíčového pracovníka pro každého uživatele. Téměř všichni z dotázaných uvádí, že jejich organizace tato pravidla zpracovaná má a zaměstnanci ho v praxi uplatňují.

Dílčím cílem práce bylo zjistit, s jakými uživateli činí individuální plánování péče poskytovatelům největší potíže. Dotazníkovým šetřením bylo zjištěno, že dotázaným se nejobtížněji stanovuje osobní cíl uživatele s těmi uživateli, kteří využívají službu v malém rozsahu. Naopak nejlépe se stanovuje osobní cíl s uživateli využívajícími službu ve velkém a následně středním rozsahu. Obdobně odpověděli respondenti na otázku, s kterými uživateli je pro ně nejobtížnější sestavit individuální plán. Z odpovědí je patrné, že nejobtížněji se respondentům sestavuje individuální plán péče s uživateli využívajícími službu malého rozsahu, nejméně obtížně s uživateli využívajícími službu

velkého rozsahu, popř. středního rozsahu. Odpovědi týkající se vyhodnocení individuálního plánu jsou opět jednoznačné. Nejhůře se dotázaným vyhodnocuje individuální plán s uživateli využívajícími službu malého rozsahu, nejlépe s uživateli využívající službu velkého a posléze středního rozsahu. Z uvedených odpovědí a provedené statistické analýzy můžeme hypotézu, že obtížnost naplňování standardu kvality č. 5 se zmenšuje s rostoucím počtem požadovaných aktivit ze strany uživatele sociální služby, považovat za potvrzenou.

6 Závěr

Diplomová práce s názvem Individuální plánování péče s uživateli osobní asistence a pečovatelské služby se zabývá procesem individuálního plánování v organizacích poskytující terénní pečovatelskou službu a službu osobní asistence.

Hlavním cílem práce bylo zmatovat, jak jsou poskytovateli osobní asistence a pečovatelské služby reflektována kritéria naplňování standardu kvality č. 5. Pokud shrneme data získaná z odpovědí v první části dotazníku, můžeme konstatovat, že tato kritéria poskytovatelé naplňují. Poskytovatelé mají písemně zpracována vnitřní pravidla, kterými se řídí proces individuálního plánování a způsob přehodnocování tohoto procesu. Podle těchto pravidel ve velké většině postupují. Společně s uživatelem plánují způsob sociální služby. Při tomto plánování zohledňují osobní cíle, přání a potřeby klienta. Uživatelé významu tohoto procesu většinou rozumí a s klíčovými pracovníky ochotně spolupracují. Společně také hodnotí míru naplnění osobního cíle uživatele. Toto hodnocení probíhá většinou 1 x za půl roku, případně 1 x za rok nebo individuálně dle potřeby. Téměř všechny organizace mají pro každého uživatele určeného klíčového pracovníka. Většina poskytovatelů má vytvořen systém předávání potřebných informací mezi pracovníky o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým uživatelům a tento systém je uplatňován v praxi. Zajímala mne také skutečnost, kolik uživatelů připadá na jednoho klíčového pracovníka. Odpověď není příliš uspokojivá, polovina dotázaných uvádí, že má ve své péči více než 10 klientů. Dle mého názoru je tento počet příliš velký. Chápu ale, že poskytovatelé disponují omezenými finančními prostředky a možnost navýšení počtu zaměstnanců je v současné době značně problematická.

Dílním cílem diplomové práce bylo zjistit, s kterými uživateli činí individuální plánování péče poskytovatelům největší obtíže. Zde se odpovědi k jednotlivým fázím procesu individuálního plánování v podstatě shodují. Individuální plánování činí poskytovatelům největší potíže s uživateli využívajícími službu v malém rozsahu. Jsou to uživatelé, kteří požadují pouze 1 – 4 aktivity denně. Je to např. donáška obědů, praní prádla, mytí oken. S těmito uživateli přichází pracovník do styku minimálně. Má proto malý prostor pro vytvoření vzájemného vztahu a získání důvěry uživatele. Jak uvádím

výše v této kapitole, situace je také zkomplikovaná tím, že klíčový pracovník má ve své péči velký počet klientů, je proto omezen časově. Nejsnáze se poskytovatelům naopak individuálně plánuje s uživateli využívajícími službu ve velkém a středním rozsahu. S těmito klienty přichází pracovník více do styku, nalézá více prostoru pro rozhovor, lépe klienta pozná a porozumí mu. I přes uvedené obtíže je většina pracovníků toho názoru, že proces individuálního plánování přispívá ke zkvalitnění služeb.

H1: Obtížnost naplňování standardu kvality č. 5 se zmenšuje s rostoucím počtem požadovaných aktivit ze strany uživatele sociální služby. Tato hypotéza byla prostřednictvím statistických testů potvrzena.

Výsledky této diplomové práce mohou být zdrojem informací o naplňování standardu kvality č. 5 v organizacích poskytujících pečovatelskou službu a osobní asistenci. Mohou být inspirací pro pracovníky pracujících v těchto organizacích, zejména při individuálním plánování péče s uživateli využívajícími služeb malého rozsahu.

7 Seznam informačních zdrojů

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol., 2008. Hodnocení kvality v sociálních službách: Tématické diskusní setkání dne 9.1.2008 v Praze. In: *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele.: Výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, ČR, Tigis Print s.r.o. s. 165-185.

BICKOVÁ, Lucie, 2010. Individuální plánování v pečovatelské službě. In: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 247-258. ISBN 978-80-904668-0-7.

ČÁMSKÝ, Pavel a kol., 2008. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb.

ČÁMSKÝ, Pavel, 2010a. Nouzové a havarijní situace v pečovatelské službě. In: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 217-228. ISBN 978-80-904668-0-7.

ČÁMSKÝ, Pavel, 2010b. Zákon o sociálních službách – zásadní změny pro pečovatelskou službu. In: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 99-114. ISBN 978-80-904668-0-7.

DEVEROVÁ, Lenka a kol., 2008. Jednání se zájemcem o službu a smlouva o poskytování sociální služby: Tématické diskusní setkání dne 13. listopadu 2007 v Jihlavě. In: *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele. Výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV ČR, Tigis Print s.r.o. s. 56-75.

DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Dotisk 3.vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.

HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4738-499.

HRDÁ, Jana. Osobní asistence, poradenství a zprostředkování. *Asociace poraden pro zdravotně postižené* [online]. 2006 [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.apzp.cz/publikace/hrda-j-osobni-asistence-poradenstvi-a-zprostredkovani-praha-apzp-2006.html>

CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4329-6.

JOHNOVÁ, Milena a kol., 2008. Individuální plánování: Diskusní tématické setkání dne 7.12.2007 v Praze. In: *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele.: Výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV ČR, Tigis Print s.r.o. s. 113-130.

JOHNOVÁ, Milena, 2002. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Editor Kristýna Čermáková. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN 80-865-5245-4.

JOHNOVÁ, Milena. *Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením*. [online]. 2008. [cit. 2013-01-05]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/005/000636.pdf>.

KAHOUN, Vilém, 2009. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-346-2.

KAŠLÍKOVÁ, Tatjana a kol, 2008. Personální podmínky a supervize: Diskusní setkání dne 31.10.2007 v Praze. In: Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele.: Výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb. Praha: MPSV, ČR, Tigis Print s.r.o. s. 131-164.

KOLÁČKOVÁ, Jana a Pavla KODYMOVÁ, 2005. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. s. 89-110. ISBN 80-736-7002-X.

KOŘÍNKOVÁ, Dana a kol., 2008. Ochrana práv a uplatnění vlastní vůle uživatele sociální služby, opatření omezující pohyb, způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví: Tématické diskusní setkání dne 27. listopadu 2007 v Praze. In: *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele.: Výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, ČR, Tigis Print s.r.o. s. 26-55.

KOZLOVÁ, Lucie, 2005. *Sociální služby*. Praha: TRITON. ISBN 80-7254-662-7.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, 2011. Individuální plánování v sociálních službách pro seniory: příklad vybrané organizace Pečovatelské služby. *Sociální práce/ Sociální práca*, Brno: ASVSP, roč.11, č.3, s. 56-66. ISSN 1213-6204.

KUBÍKOVÁ, Alena, 2010. Personální a organizační zajištění sociální služby. In: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 175-186. ISBN 978-80-904668-0-7.

MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory pobytových sociálních zařízení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

Maslow's Hierarchy of Needs: A Theory of Human Motivation. *Research History*. [online]. 2012 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.researchhistory.org/2012/06/16/maslows-hierarchy-of-needs/>

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007a. *Sociální služby*. Praha: Portál. ISBN 978-80.7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2007b. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7357-331-4.

MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATUŠKA, Petr a kol., 2008. Dokumentace o poskytování sociální služby : Diskusní setkání dne 15.1.2008 v Olomouci. In: *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele. Výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV ČR, Tigis Print s.r.o. s. 113-130.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Pečovatelská služba*. [online]. 2013a [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13368#d2>

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. 2013b [cit. 2013-05-11]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Ustanovení k inspekcím poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. [online]. 2013c [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/6902>

MLEJNKOVÁ, Kristýna, 2010. Zákonné požadavky pro individuální plánování sociálních služeb. In: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 259-262. ISBN 978-80-904668-0-7.

MOLEK, Jan, 2009. *Marketing sociálních služeb*. Praha: VÚSP. ISBN 978-80-7416-026-4.

NOVOTNÝ, Aleš a Hana FRANCOVÁ, 2010. Eticko - filosofické aspekty sociální pomoci v podmínkách pečovatelské služby. In: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 85-98. ISBN 978-80-904668-0-7.

PÖRTNER, Marlis, 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Překlad Petr Babka. Praha: Portál. ISBN 978-807-3675-820.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

ŘEZANKOVÁ, Hana, 2007. *Analýza dat z dotazníkových šetření*. Praha: Professional Publishing. ISBN 978-80-86946-49-8.

SOBEK, Jiří, 2009. Osobní cíl v individuálním plánování. *Sociální služby*. 2009, roč. XI., č. 1, s. 8-9. ISSN 1802-0046.

SÝKOROVÁ, Jaroslava a kol., 2008. Poslání, cíle, okruh osob jako veřejný závazek: Tématické diskusní setkání dne 19. listopadu 2007 v Praze. In: *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele.: Výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, ČR, Tigis Print s.r.o. s. 10-26.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4732-237.

TOKÁROVÁ, Anna a kol., 2003. *Sociálna práca*. Prešov: Akcent Print. ISBN 80-968367-5-7.

TOMEŠ, Igor, 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-680-3.

TOMEŠOVÁ, Irena, 2006. Standardy kvality: Vzdělávání jako nástroj zavádění standardů kvality do sociálních služeb – reflexe týmu CEKAS. *Národní vzdělávací fond: bulletin pro podporu a rozvoj lidských zdrojů* [online]. 2006, č. 2 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: http://old.nvf.cz/profuturo/2006_2/2006_2.pdf

TRÖSTER, Petr, 2005. *Právo sociálního zabezpečení: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: C.H. Beck. Právnické učebnice (C.H. Beck). ISBN 80-717-9856-8

ÚLEHLA, Ivan, 2007. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-36-6.

UZLOVÁ, Iva, 2010. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3677-640.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

VÍTOVÁ, Marcela, 2010a. Milníky vývoje terénní péče v ČR do roku 2006. In: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 17-28. ISBN 978-80-904668-0-7.

VÍTOVÁ, Marcela, 2010b. Současné koncepty poskytování pečovatelské služby v ČR. In: *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. s. 29-38. ISBN 978-80-904668-0-7.

VURM, Vladimír, 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton. ISBN 978-807-2549-979.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

WHITE, Barbara W, 2008. *Comprehensive handbook of social work and social welfare*. Hoboken, N.J: John Wiley. ISBN 978-0-470-24676-4.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

8 Přílohy

Příloha 1 – Dotazník k praktické části diplomové práce

Dotazník: Individuální plánování

Dobrý den,

jsem studentkou navazujícího kombinovaného studia na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Dovoluji si Vás tímto požádat o spolupráci při dotazníkovém šetření k diplomové práci na téma: Individuální plánování péče s uživateli osobní asistence a pečovatelské služby. Diplomová práce je zaměřena na terénní práci pečovatelské služby a osobní asistence. Prosím tedy klíčové pracovníky, popř. sociální pracovníky, pracující ve Vaší organizaci o vyplnění krátkého anonymního dotazníku. Předem Vám velice děkuji za spolupráci.

Kateřina Sochorová

1. Jakou sociální službu vykonáváte?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí

- Pečovatelská služba
- Osobní asistence

2. Probíhá ve Vaší organizaci pravidelně individuální plánování péče (nejméně 1x ročně)?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí

- Ano
- Ne

3. Jsou v organizaci písemně zpracována vnitřní pravidla pro individuální plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí

- Ano
- Ne
- Částečně

4. Postupuje poskytovatel podle těchto pravidel?

- *nepovinná otázka, pokud odpovídáte, vyberte prosím jednu z odpovědí*

- Vždy
- Většinou
- Občas
- Zřídka
- Nikdy

5. Plánujete poskytování průběhu sociální služby společně s uživatelem?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí*

- Vždy
- Většinou
- Občas
- Zřídka
- Nikdy

6. Zohledňujete při plánování služby osobní cíle uživatele?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí*

- Vždy
- Většinou
- Občas
- Zřídka
- Nikdy

7. Hodnotíte průběžně společně s uživatelem míru dosažení osobního cíle uživatele?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí nebo napište odpověď vlastními slovy

- Ano
- Ne
- Jiná odpověď:

8. Jak často hodnotíte dosažení osobních cílů uživatele uvedených v individuálních plánech?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí nebo napište odpověď vlastními slovy

- 1x ročně
- 1x za půl roku
- Jiná odpověď:

9. Má organizace pro individuální plánování určeného klíčového pracovníka pro každého uživatele?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí

- Ano
- Ne
- Nevím

10. Kolik uživatelů připadá na jednoho klíčového pracovníka?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí

- 1 – 5
- 6 – 10
- Více než 10

11. Má organizace zpracován systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým uživatelům?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí

- Ano
- Ne
- Částečně

12. Uplatňují zaměstnanci tento systém v praxi?

- nepovinná otázka, pokud odpovídáte, vyberte prosím jednu z odpovědí

- Ano
- Většinou ano
- Většinou ne
- Ne

13. Spolupracují uživatelé ochotně s klíčovými pracovníky na vytváření individuálního plánu?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí

- Ano
- Většinou ano
- Většinou ne
- Ne

14. Rozumí uživatelé významu individuálního plánování?

- povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí

- Ano
- Většinou ano
- Většinou ne
- Ne

15. Je z Vašeho pohledu obtížnost stanovení osobního cíle klienta ovlivněna rozsahem požadované péče?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí*

- Ano
- Většinou ano
- Většinou ne
- Ne

16. S kterými uživateli je pro Vás nejobtížnější stanovit osobní cíl?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí nebo napište odpověď vlastními slovy*

- Využívajícími službu velkého rozsahu (9 a více požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu středního rozsahu (5-8 požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu malého rozsahu (1-4 požadované aktivity)
- Jiná odpověď:

17. S kterými uživateli nalézáte osobní cíl nejsnadněji?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí nebo napište odpověď vlastními slovy*

- Využívajícími službu velkého rozsahu (9 a více požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu středního rozsahu (5-8 požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu malého rozsahu (1-4 požadované aktivity)
- Jiná odpověď:

18. S kterými uživateli je pro Vás nejobtížnější sestavit individuální plán?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí nebo napište odpověď vlastními slovy*
- Využívajícími službu velkého rozsahu (9 a více požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu středního rozsahu (5-8 požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu malého rozsahu (1-4 požadované aktivity)
- Jiná odpověď:

19. S kterými uživateli je pro Vás nejméně obtížné sestavit individuální plán?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí nebo napište odpověď vlastními slovy*
- Využívajícími službu velkého rozsahu (9 a více požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu středního rozsahu (5-8 požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu malého rozsahu (1-4 požadované aktivity)
- Jiná odpověď:

20. S kterými uživateli je pro Vás nejobtížnější vyhodnotit individuální plán?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí nebo napište odpověď vlastními slovy*
- Využívajícími službu velkého rozsahu (9 a více požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu středního rozsahu (5-8 požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu malého rozsahu (1-4 požadované aktivity)
- Jiná odpověď:

21. S kterými uživateli je pro Vás nejméně obtížné vyhodnotit individuální plán?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí nebo napište odpověď vlastními slovy*
- Využívajícími službu velkého rozsahu (9 a více požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu středního rozsahu (5-8 požadovaných aktivit)
- Využívajícími službu malého rozsahu (1-4 požadované aktivity)
- Jiná odpověď:

22. Myslíte si, že individuální plánování přispívá ke zkvalitnění sociálních služeb?

- *povinná otázka, vyberte prosím jednu z odpovědí*
- Ano
- Většinou ano
- Většinou ne
- Ne