

Univerzita Hradec Králové  
Filozofická fakulta  
Ústav sociální práce

**Individuální plánování v domově pro osoby se zdravotním  
postížením**

Bakalářská práce

Autor: Lenka Šádková  
Studijní program: B 6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce  
Forma studia: Kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Hradec Králové, 2019



## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Bc. Lenka Šádková</b>
Studium:	U1571
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Individuální plánování v domově pro osoby se zdravotním postižením</b>
Název bakalářské práce AJ:	Individual planning in the home for people with disabilities

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Práce se bude zabývat problematikou individuálního plánování v sociální službě domov pro osoby se zdravotním postižením a reflektovat aktualizaci procesu individuálního plánování vycházející z problematiky transformace sociální služby. Bude zpracována případová studie procesu průběhu individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením. V empirické části práce bude využita kvalitativní výzkumná strategie - technika polostrukturovaného rozhovoru.

(1) ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7. (2) BICKOVÁ, Lucie. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4. (3) MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,  
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.4.2017

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce Mgr. Zuzany Truhlářové, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 19. 7. 2019

Lenka Šádková

### **Poděkování**

Chtěla bych touto cestou poděkovat Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za vedení bakalářské práce, trpělivost, čas a cenné rady. Klientům a pracovníkům domova pro osoby se zdravotním postižením bych chtěla poděkovat za spolupráci a účast na výzkumu.

## **Abstrakt**

ŠÁDKOVÁ, Lenka. *Individuální plánování v domově pro osoby se zdravotním postižením*. Hradec Králové, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá problematikou individuálního plánování v domově pro osoby se zdravotním postižením. V teoretické části práce jsou charakterizovány domovy pro osoby se zdravotním postižením v systému sociálních služeb v České republice a popsán konkrétní domov pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém bylo výzkumné šetření realizováno. Dále je vysvětlen proces transformace pobytových sociálních služeb a popsán proces transformace v daném zařízení. Poslední kapitola se věnuje individuálnímu plánování v sociálních službách v České republice a procesu individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením.

V empirické části práce je využita kvalitativní výzkumná strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru. Jsou zde interpretovány poznatky, které byly získány na základě provedeného výzkumného šetření.

**Klíčová slova:** individuální plánování, sociální služby, domovy pro osoby se zdravotním postižením, transformace.

## **Abstract**

ŠÁDKOVÁ, Lenka. *Individual planning in the home for people with disabilities*. Hradec Králové, 2019. Bachelor thesis. Univerzity of Hradec Králové. The Institute of Social Work. Thesis supervisor: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

This bachelor's thesis deals with individual planning in the home for people with disabilities. In theoretical part are characterized homes for people with disabilities in the system of social services in the Czech Republic and there is described selected home for people with disabilities. In this home was implemented research. Further there is explained transformation process of residential social services and there is described process of transformation in given home. Last chapter is about individual planning in the social services in the Czech Republic and about process of individual planning in given home for people with disabilities.

In the empirical part is used qualitative research strategy, the method of semistructured dialogue. There are interpreted findings, which were acquired on the base of conducted research.

**Keywords:** individual planning, social services, homes for people with disabilities, transformation.

## Obsah

Úvod.....	9
1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením v systému sociálních služeb v ČR .....	11
1.1 Sociální služby v ČR.....	11
1.2 Legislativní zakotvení domovů pro osoby se zdravotním postižením v ČR .....	13
1.3 Základní charakteristika vybraného domova pro osoby se zdravotním postižením 14	
2 Transformace pobytových sociálních služeb .....	17
2.1 Transformace a deinstitucionalizace v ČR.....	18
2.2 Fáze transformace ústavu .....	19
2.3 Kritéria komunitní služby .....	20
2.4 Proces transformace ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením.	21
3 Individuální plánování v pobytových sociálních službách v ČR .....	24
3.1 Standardy kvality v sociálních službách v ČR.....	24
3.2 Vymezení pojmu individuální plánování .....	25
3.3 Povinnosti poskytovatelů sociálních služeb v rámci individuálního plánování.....	26
3.4 Role klíčového pracovníka.....	27
3.5 Proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením .....	29
4 Shrnutí teoretické části.....	31
5 Metodická část .....	33
5.1 Formulace hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu .....	33
5.2 Volba výzkumné strategie.....	35
5.3 Transformace výzkumných otázek.....	36
5.4 Organizace výzkumného šetření .....	39
5.5 Charakteristika výzkumného souboru.....	40
6 Interpretace výzkumného šetření .....	43
6.1 Interpretace DVO 1 .....	43

6.2	Shrnutí DVO 1 .....	47
6.3	Interpretace DVO 2.....	48
6.4	Shrnutí DVO 2 .....	49
6.5	Interpretace DVO 3.....	50
6.6	Shrnutí DVO 3 .....	52
6.7	Interpretace DVO 4.....	53
6.8	Shrnutí DVO 4 .....	54
6.9	Interpretace DVO 5.....	55
6.10	Shrnutí DVO 5 .....	57
7	Zodpovězení hlavního cíle a doporučení pro praxi .....	59
	Závěr .....	61
	Seznam použité literatury.....	63
	Seznam tabulek .....	66
	Seznam zkratk .....	66
	Seznam příloh .....	67



## Úvod

Předkládaná bakalářská práce se zabývá tématem individuální plánování v domově pro osoby se zdravotním postižením. Téma práce jsem si zvolila s ohledem na své osobní zkušenosti s prací v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Cílem bakalářské práce je poskytnout obraz o průběhu procesu individuálního plánování v pobytové sociální službě domov pro osoby se zdravotním postižením a zároveň zmapovat jak je proces individuálního plánování realizován v konkrétním domově pro osoby se zdravotním postižením a jak je vnímán klíčovými pracovníky a klienty tohoto domova.

Individuální plánování je jednou z povinností, které ukládá všem poskytovatelům sociálních služeb zákon o sociálních službách. Zákon ovšem udává pouze kritéria, která musí poskytovatel v rámci procesu individuálního plánování splňovat. Tato kritéria jsou univerzální a platí pro všechny druhy sociálních služeb. V zákonu tedy nenalezneme přesný vzor, jak by měl individuální plán klienta vypadat, co vše by měl nebo naopak neměl obsahovat. Konkrétní obsah a forma individuálního plánu je tedy do jisté míry na poskytovateli sociální služby, který si tyto náležitosti vydefinuje ve vnitřních směrnících a postupech.

Pro výzkumné šetření jsem si vybrala domov pro osoby se zdravotním postižením, který se nachází v Královéhradeckém kraji. Cílem bakalářské práce je zmapovat postoj a názory klientů a klíčových pracovníků na proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a metodickou část. Cílem teoretické části práce je vyložit a popsat základní pojmy, které jsou spojeny s tématem. Konkrétně se jedná především o oblast domovů pro osoby se zdravotním postižením a jejich legislativní zakotvení v systému sociálních služeb v České republice. Je zde stručně charakterizován vybraný domov pro osoby se zdravotním postižením. Dále je představena transformace pobytových sociálních služeb a popsán proces transformace, který probíhá ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením. Poslední kapitola teoretické části práce se zabývá individuálním plánováním v pobytových sociálních službách v České republice, jeho legislativním zakotvením a povinnostmi poskytovatelů sociálních služeb, které mají v rámci

individuálního plánování. Je zde zmapován proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením.

Hlavním cílem metodické části bakalářské práce je zjistit postoje a názory klientů a klíčových pracovníků na proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením. V rámci výzkumného šetření byla využita kvalitativní výzkumná strategie, konkrétně technika polostrukturovaného rozhovoru.

# 1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením v systému sociálních služeb v ČR

V situaci, kdy je soběstačnost člověka snížena z důvodu zdravotního postižení, potřebuje jedinec od svého okolí určitou míru potřebné podpory. Tato podpora je pak jedinci obvykle poskytována rodinou, poskytovatelem sociálních služeb nebo oběma zároveň. Činnost sociálních služeb a povinnosti poskytovatelů sociálních služeb jsou od roku 2006 legislativně zakotveny v zákonu o sociálních službách.

## 1.1 Sociální služby v ČR

Sociální péče a sociální služby v ČR byly do roku 2006, před vznikem zákona o sociálních službách, zaštitěny v zákonu o sociálním zabezpečení z roku 1988. V rámci zákona o sociálním zabezpečení byly vydefinovány tři druhy sociálních služeb (pečovatelská služba, ústavní sociální péče a péče v ostatních zařízeních sociální péče). Prováděcí předpis k zákonu o sociálním zabezpečení pak upravoval činnost ústavů pro tělesně postiženou mládež, tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, tělesně postiženou mládež s více vadami, pro mentálně postiženou mládež, pro mentálně postižené dospělé občany, apod. (Bednář, 2012)

V současné době se fungování sociálních služeb řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Sociální služba je: *„činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“* (§3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

*„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.“* (Matoušek, 2007, s. 9)

Nynější legislativní úprava definuje 33 druhů sociálních služeb. Tyto služby dále člení na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství. (Číberová, Janečková, Mach, 2016)

Služby sociální péče řeší sociální jev, který již trvá (např.: zdravotní postižení). Nabídkou služeb často řeší základní potřeby klientů (ubytování, strava, pomoc a podpora v oblastech sebeobsluhy a soběstačnosti) Služby sociální péče jsou poskytovány za úhradu, která se skládá z úhrady za ubytování, stravu a poskytnutou péči.

Úkolem služeb sociální prevence je podpora osob, které jsou ohroženy či zasaženy sociálním vyloučením. Mají pomoci klientům přemoci nepříznivou sociální situaci a chránit společnost před dalším šířením sociálně patologických jevů. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012)

Součástí sociálního poradenství je základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství mají povinnost poskytovat všichni poskytovatelé sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je registrovanou sociální službou dle §37 zákona o sociálních službách. Odborné sociální poradenství poskytují poradny registrované v síti sociálních služeb. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Z hlediska formy poskytování sociální služby rozlišujeme služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby, jak již vyplývá z jejich názvu, poskytují klientovi ubytování v zařízení sociálních služeb. Ambulantní služby jsou služby, kam klient samostatně dochází nebo je doprovázen, tyto služby neposkytují ubytování. V přirozeném prostředí klienta jsou poskytovány terénní služby. (Sládek, 2013)

V oblasti sociálních služeb se můžeme setkat s pojmem základní a fakultativní činnosti. Základní činnosti sociálních služeb jsou definovány v zákonu o sociálních službách, kde u každé sociální služby nalezneme jmenovitě uvedený výčet základních činností. Tyto činnosti je povinen poskytovatel sociální služby svým klientům nabízet a musí je být schopen zabezpečit v rozsahu sjednaném s klientem. Fakultativní činnosti jsou činnosti, které poskytovatel sociální služby poskytuje nad rámec základních činností. Tyto činnosti poskytovatel může poskytovat, ale nemusí. (Sládek, 2013)

## 1.2 Legislativní zakotvení domovů pro osoby se zdravotním postižením v ČR

Z výše uvedených charakteristik sociálních služeb můžeme vyvodit, že domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou službou sociální péče.

Činnost domovů pro osoby se zdravotním postižením v České republice je legislativně zakotvena v § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, kde je uvedeno: „*V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Základní činnosti při poskytování sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením jsou ustanoveny v §14 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Jedná se konkrétně o: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Pobytové sociální služby byly dříve nazývány službami ústavními. Tento pojem vycházel z předchozího legislativního zakotvení. V praxi se můžeme také setkat s pojmem rezidenční sociální služby. (Sládek, 2013)

Sociální služby by měly splňovat několik základních charakteristik. Měly by být dostupné (z hlediska druhu poskytované sociální služby, dostatečného informování veřejnosti o své činnosti, územně a ekonomicky), efektivní (reagovat na individuální potřeby klienta), kvalitní (po stránce způsobu a rozsahu poskytování sociální služby), bezpečné (neomezovaly práva a zájmy klientů) a hospodárné. (Číberová, Janečková, Mach, 2016)

V oblasti poskytování pobytových sociálních služeb můžeme vysledovat několik trendů. Jedním z nich je trend integrace, čili začleňování lidí se zdravotním postižením do intaktní populace.

Švarcová definuje integraci jako: „*postoj spoločnosti k handicapovaným občanům, který je neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do „hlavního proudu“ společenského života.*“ (Švarcová, 2006, s. 14)

Dalším trendem je normalizace, což znamená, že by lidé se zdravotním postižením měli možnost žít normálním životem tak, jako jejich vrstevníci. V praxi normalizace znamená to, že by lidé měli žít v rodině, nikoli v ústavním zařízení, měli by mít možnost navštěvovat školu, mít nějakou volnočasovou nebo zájmovou činnost, zaměstnání, najít si přátele nebo například projevit svůj názor, nespokojenost, apod. (Švarcová, 2006)

S výše zmíněnými trendy je spojen pojem humanizace, ve smyslu humanizace celé společnosti. Ideálním stavem je společnost, která: „*ve svých postižených spoluobčanech bude vidět a respektovat rovnoprávné členy, vyžadující ve srovnání s ostatními více pozornosti a péče, a jež jim pomůže do určité míry kompenzovat jejich odlišnost.*“ (Švarcová, 2006, s. 15)

### **1.3 Základní charakteristika vybraného domova pro osoby se zdravotním postižením**

V následující kapitole je charakterizováno zařízení, v němž bylo realizováno výzkumné šetření. Z informací dostupných z veřejného registru poskytovatelů sociálních služeb vyplývá, že zařízení je příspěvkovou organizací kraje. Poskytuje pobytovou sociální službu domov pro osoby se zdravotním postižením.

Cílovou skupinou zařízení jsou osoby starší 19ti let věku, zejména se středním až těžkým mentálním nebo kombinovaným postižením, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci z důvodu svého zdravotního stavu, mají sníženou soběstačnost a vyžadují pravidelnou podporu a pomoc, kterou jim nemůže zajistit rodina, blízcí ani navazující terénní či ambulantní služby.

Posláním domova je poskytovat prostřednictvím celoroční pobytové sociální služby podporu a péči lidem s mentálním či kombinovaným postižením, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a kteří ani s pomocí rodiny, terénních či ambulantních služeb nemohou žít v domácím prostředí.

Domov se snaží individuálním způsobem posilovat sociální kompetence klientů a umožnit jim důstojné prožití života srovnatelného se životem svých vrstevníků žijících v domácím prostředí.

Služba je poskytována ve dvou budovách - hlavní budově a budově bytovky, která se nachází v areálu zařízení. Kapacita zařízení je 76 klientů. Hlavní budova má tři podlaží, z prvního do druhého podlaží vede výtah, třetí podlaží není bezbariérové, lze se do něj dostat pouze po schodech. V přízemí hlavní budovy se nachází tři domácnosti, kapacitně každá domácnost pro 8 - 10 klientů. Každá domácnost má své sociální zařízení a společenskou místnost. V přízemí je dále situováno sociální zázemí pro klienty, šatna klientů, velká hlavní jídelna, návštěvní místnost, kuchyň včetně sociálního zázemí pracovníků kuchyně, skladové prostory, kancelář vedoucí stravování a kancelář vedoucí přímé péče II.

V prvním patře hlavní budovy jsou tři domácnosti, které od sebe nejsou vizuálně nijak odděleny, dále 3 koupelny, sociální zázemí pro klienty, společná kavárna s balkónem, která slouží pro nácviky běžných denních činností (např.: vaření kávy, čaje, jednodušších jídel, apod.), kulturní místnost, aktivizační místnost – dílna ručních výrobků. Velká kulturní místnost slouží pro pořádání pravidelných porad klientů, dále pro pořádání společenských akcí (oslavy narozenin klientů, semináře a školení pro zaměstnance apod.). Z provozních místností je v prvním patře umístěna kancelář vedoucí úseku zdravotního a přímé péče I., šatna pro pracovnice úklidu, místnost pro pracovníky úseku zdravotního a přímé péče I., místnost pro pracovníky úseku přímé péče II., pokoj ošetřovatelské péče, kuchyňka a skladové prostory.

Ve druhém patře je dále umístěno zázemí pro pracovníky přímé péče a skladové prostory. Pro klienty jsou v tomto patře dvě aktivizační místnosti se sociálním zázemím.

V hlavní budově je celkem sedm třílůžkových pokojů, 21 dvoulůžkových a jeden jednolůžkový pokoj. Jeden dvoulůžkový pokoj má své vlastní sociální zázemí. Klienti z ostatních pokojů využívají sociální zázemí, které je společné pro jejich domácnost.

Budova bytovky je třípodlažní, není bezbariérová, výtah ani jiné zařízení pro klienty, kteří nejsou mobilní, není v budově k dispozici. V bytovce je celkem šest bytů. Každý byt má dva dvoulůžkové pokoje, sociální zázemí, kuchyňku a obývací

pokoj. Ve čtyřech bytech bydlí klienti domova, v jednom pracovník zařízení a jeden byt je využíván pro aktivizační činnosti klientů (návuky vaření, uklízení, práce na PC, apod.).

V podzemním podlaží bytovky je klientům k dispozici keramická a truhlářská dílna a prádelna. V prádelně si mají možnost samostatně nebo s potřebnou podporou pracovníka vyprat, usušit a vyžehlit prádlo klienti, kteří bydlí v budově bytovky.



## 2 Transformace pobytových sociálních služeb

Proces transformace je procesem přechodu od ústavní péče k péči rodinné či péči komunitního typu (např.: chráněné bydlení, podporované bydlení, apod.). Transformace sociálních služeb v České republice zahrnuje změny v oblastech řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

První stěžejní dokument v oblasti transformace pobytových sociálních služeb v České republice byl schválen v roce 2007. Jednalo se o Koncepti podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Česká republika tímto dokumentem podporuje proces deinstitucionalizace a právo všech osob žít v přirozeném prostředí. (Sokol, Trefilová, 2008)

V roce 2016 byla zpracována závěrečná zpráva z této Koncepce a deinstitucionalizace sociálních služeb byla zahrnuta do Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016- 2025.

V roce 2010 Česká republika ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. „*Účelem úmluvy je zajištění podpory a ochrany plného využívání všech lidských práv a základních svobod, úcty a přirozené důstojnosti osob se zdravotním postižením.*“ (Kisvetrová, Ježorská, 2014, s. 149)

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením ve článku 19 řeší nezávislý způsob života a zapojení do společnosti. Státy, které ratifikovaly úmluvu, se zavázaly zajistit, aby:

*„a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí*

*b) osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci*

c) komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby“ (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, s. 12-13)

## 2.1 Transformace a deinstitucionalizace v ČR

V první řadě je podstatné vydefinování pojmů transformace a deinstitucionalizace. Termín deinstitucionalizace znamená: „*přechod od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Je to proces postupný, kdy odchází k odklonu od tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě.*“ (Čámský, Sembder, Krutilová, 2011, s. 12)

Transformace znamená: „*proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.*“ (Čámský, Sembder, Krutilová, 2011, s. 12)

Ratifikováním Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením se Česká republika zavázala k realizaci politiky sociálního začleňování. S tím souvisí nutné změny v oblasti veřejných služeb, které osobám se zdravotním postižením poskytnou potřebnou podporu.

Výsledné cíle a směřování transformace a deinstitucionalizace by mělo vést k tomu, že si člověk se zdravotním postižením bude moci zvolit, kde bude bydlet a v místě bydliště bude využívat tamější sociální služby, bude žít běžným způsobem života, využívat zdroje podpory z komunity.

Pro poskytovatele sociálních služeb je cílem stát se složkou sítě běžných poskytovatelů veřejných služeb, nezastávat služby, které lze nahradit službami v komunitě, pružně reagovat na potřeby klienta a podporovat klienta v běžném životě ve společnosti.

Zadavatelé sociálních služeb si kladou za cíl vytvoření služeb, které reagují na potřeby klientů, jsou dostupné finančně, místně a časově. Cílem procesu deinstitucionalizace je situace, kdy zadavatel sociální služby plánuje, vytváří podmínky a podporuje zdroje vycházející z komunity.

Úmyslem deinstitucionalizace ve vztahu ke společnosti je to, aby klienty sociálních služeb vnímala společnost jako součást komunity prostřednictvím jejich

sociálních rolí (např.: prodavač, student, apod.). (Adamec, Fiedlerová, Hradilková, Paleček, Šveřepa, 2013)

## **2.2 Fáze transformace ústavu**

Transformace ústavu by měla vést k přechodu klientů z ústavu do běžného prostředí. Klienti, kteří potřebují nižší míru nezbytné podpory, jsou motivováni v přechodu do sociální služby s nižší mírou podpory (např.: chráněné bydlení, podporované bydlení, apod.). Někteří klienti budou ovšem i nadále potřebovat vysokou míru nezbytné podpory a péče. Pro tyto klienty by měly být služby koncipovány tak, aby se přirozenému prostředí pokud možno co nejvíce přibližovaly.

Toho lze docílit zejména menší kapacitou zařízení, lokalizací zařízení v běžné zástavbě, individualizovaným způsobem života klientů a tím, že vybavení zařízení nepřipomíná nemocnici, ale blíží se pokud možno co nejvíce „vzhledu běžného domova“. (Sokol, Trefilová, 2008)

Transformace ústavu je dlouhodobým procesem, který prochází několika fázemi. Tyto fáze můžeme členit buď s ohledem na časovou posloupnost (fáze zahájení, přípravy, realizace a ukončení) nebo dle zaměření jednotlivých činností (podpora klientů stávající sociální služby, okolí sociální služby, organizování sociální služby a řízení transformace). (Budský, Hradilková, Ojčiková, Pešková, Stehlíková, Šveřepa, 2013)

Ve fázi zahájení transformace je prvotní samotné rozhodnutí se o tom, že bude transformace ústavu zahájena. Na základě rozhodnutí poskytovatel sociální služby společně se zadavatelem odhadne a navrhne rozsah transformace, průběh, náklady a to, jak bude klientům poskytována podpora a pomoc po transformaci.

V praxi se setkáváme se zařízeními, která jsou transformována zcela, tzn. opuštění původního nevyhovujícího objektu, kde byla poskytována služba a přechod všech klientů do běžného prostředí nebo transformace částečná, kdy někteří klienti zůstanou ve stávajícím zařízení a někteří klienti přejdou do běžného prostředí.

V této fázi je nezbytné informovat klienty a pracovníky o tom, co je to transformace ústavu, co se bude dít, jak se bude týkat jich. Dále je nutné o zahájení transformace informovat veřejnost.

Fáze přípravy transformace zahrnuje vyhodnocení míry nezbytné podpory u všech stávajících klientů zařízení, mapuje se, jak vysokou míru nezbytné podpory potřebuje klient v daných oblastech (např.: komunikace, péče o sebe, péče o domácnost, zdraví, apod.), vyhodnocení navazuje na aktualizaci individuálních plánů, případně aktualizaci procesu individuálního plánování jako takového. Následně jsou mapovány možnosti podpory v komunitě, je zpracována vize o možné budoucí podpoře stávajících klientů v komunitě.

V rámci přípravy transformace jsou aktualizovány vnitřní dokumenty poskytovatele (např.: veřejný závazek služby, poslání, apod.), shromažďovány údaje o klientech (věková struktura, stupeň závislosti na pomoci druhé osoby, potřebnost bezbariérového prostředí, kompenzačních pomůcek, apod.), je vypracován popis ústavu (údaje o okolí, o ústavu, personální zabezpečení, poskytované služby, apod.). Podstatnou součástí je také vzdělávání a podpora pracovníků. Konečným záměrem této fáze je vytvoření „Plánu přípravy transformace“ (kdo, co, kdy, jak zajistí), je sestaven transformační tým.

Třetí fáze, fáze realizace transformace, se zabývá samotným přechodem klientů z ústavu do běžného prostředí. Klientům je poskytována individuální podpora, motivace, jsou připravováni na přechod do jiné služby. Měly by být zmapovány možnosti podpory v komunitě, zajišťovány nové sociální služby komunitního typu a pracovníci by měli být připravováni na práci v sociální službě komunitního typu.

Poslední fází je fáze ukončení transformace, kde poskytovatel ověřuje situaci klientů, zda je jim po přechodu z ústavu poskytována adekvátní míra nezbytné podpory a pomoci. Transformace je oficiálně ukončena. (Budský, Hradilková, Ojčíková, Pešková, Stehlíková, Šveřepa, 2013)

### **2.3 Kritéria komunitní služby**

V textu výše bylo několikrát zmíněno slovní spojení sociální služba komunitního typu. Sociální službu komunitního typu můžeme charakterizovat jako: *„Komunitní služba se vyznačuje tím, že je poskytována důsledně individuálně podle potřeb, přání a aspirací každého z uživatelů a každým svým prvkem přispívá ke společenskému začlenění, pomáhá uživatelům žít v komunitě běžným způsobem života s právy a povinnostmi, které má každý člověk.“* (Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a Kritéria transformace a deinstitucionalizace, s. 10)

Sociální služba komunitního charakteru má naplňovat to, že klient může žít ve svém přirozeném prostředí, navazovat společenské vztahy a zastávat společenské role (např.: prodavač, student, apod.), služba rozvíjí schopnosti a dovednosti klienta, vede klienta k odpovědnosti, klient využívá běžné zdroje v komunitě, je podporován v rozhodování, přístup je zcela individualizovaný.

Služba komunitního typu nesmí nahrazovat běžně dostupné služby (např.: kosmetika, kadeřník, apod.). (Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a Kritéria transformace a deinstitucionalizace)

#### **2.4 Proces transformace ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením**

Proces transformace ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením byl zahájen v roce 2016 v rámci projektu financovaného z Evropského sociálního fondu, Operačního programu zaměstnanost. Ukončen byl v roce 2018. Během těchto tří let provedl zařízení fázi zahájení a fázi přípravy na transformaci.

Nejprve byl ustanoven tým realizace změny, jehož členy byl ředitel zařízení, zástupce ředitele, sociální pracovníce, vedoucí úseků přímé péče a zástupci z řad klientů, kteří měli zájem odejít ze zařízení do sociální služby poskytující nižší míru nezbytné podpory. Proces transformace po dobu celého projektu podporovala a směřovala externí konzultantka s praktickými zkušenostmi s transformací.

V průběhu těchto tří let byl popsán výchozí stav podpory pro klienty v zařízení ústavního typu a byl zpracován návrh nového zajištění podpory v komunitě. Výsledným dokumentem je transformační plán, který jasně stanovuje, jak bude současné zařízení vypadat po transformaci, jaké nové sociální služby komunitního typu budou vytvořeny a v jaké lokalitě.

Zpracování transformačního plánu ovšem předcházelo zmapování aktuálního stavu zařízení (jaké sociální služby zařízení poskytuje, kapacita zařízení, míra nezbytné podpory stávajících klientů, apod.). Tento stav byl zmapován v rámci analýzy zařízení a jeho okolí (možnosti podpory v komunitě), analýzy personální a analýzy situace klientů.

Součástí projektu byly i akreditované kurzy, školící akce a stáže v sociálních službách komunitního typu pro pracovníky zařízení. Pracovníci tak měli možnost informovat se o změnách, které nastanou, mohli sdílet obavy a zkušenosti

s transformací z jiných organizací. Zařízení o zahájení transformace informovalo veřejnost transparentně na svých webových stránkách. S děním v organizaci byli průběžně seznamováni i opatrovníci klientů, kteří jsou omezeni ve svéprávnosti.

Domov aktualizoval veřejný závazek, posláním domova a další dokumenty, které byly dotknuty transformací.

Klienti byli na poradách pravidelně informováni o tom, co se bude dít v rámci procesu transformace, jak se to dotkne jich, byli motivováni v tom, že se mohou rozhodnout kde, jak a s kým budou bydlet.

V roce 2016 také proběhlo vyhodnocení míry nezbytné podpory u všech stávajících klientů zařízení. Následně v roce 2017 ve vazbě na vyhodnocení byly aktualizovány individuální plány všech klientů a aktualizován celý proces individuálního plánování.

Zařízení jako jednu ze svých priorit pojalo odstraňování ústavních prvků v domově (např.: uniformy zaměstnanců, prostorové, komunikační bariéry, apod.) a přizpůsobovalo prostředí a podmínky života v domově tak, aby se pokud možno co nejvíce blížily běžnému životu.

Domovu se již v tomto období povedlo individuálně podpořit dva klienty v přechodu do sociální služby s nižší mírou nezbytné podpory. Tito klienti byli silně motivováni změnou a přáli si žít běžným způsobem života.

V rámci odstraňování ústavních prvků a přibližování se běžnému způsobu života začala do domova jezdit pojízdná prodejna, kde si mají možnost samostatně nebo s podporou pracovníka nakoupit i klienti s nejvyšší mírou nezbytné podpory. Klienti se dle svých možností a schopností učí hospodařit s penězi a nakupovat samostatně nebo s podporou pracovníka.

Zařízení snížilo svou kapacitu a zavázalo se kapacitu průběžně snižovat. Dále byla vybudována cvičná kuchyň, kde se klienti učí vařit s podporou pracovníka jednodušší jídla. Klienti, kteří bydlí v budově bytovky, se naučili připravovat si snídaně samostatně. Na hlavní budovu domova i na budovu bytovky byly zakoupeny pračky. Klienti mají možnost učit se s podporou pracovníka pečovat o své prádlo. Dříve zajišťovala praní prádla prádelna domova, klienti tuto možnost neměli.

Klienti se učí samostatně se rozhodovat např.: co si nakoupí, s kým chtějí bydlet na pokoji.

V rámci spolupráce s komunitou se podařilo zajistit zaměstnání na DPP dvěma klientům, kteří vykonávají pro obec pomocné práce venku.

V neposlední řadě jsou v komunikaci s klienty zaváděny prvky alternativní a augmentativní komunikace. Všichni pracovníci v přímé péči byli vyškoleni v alternativní a augmentativní komunikaci.

Zápisy z porad klientů a další materiály jsou pro klienty zpracovávány jak v klasické psané formě, tak v systému „snadného čtení“ (text psaný v krátkých větách, doplněn fotografiemi, obrázky, piktogramy a jiné). Klientům s obtížemi ve čtení nebo komunikaci je tímto způsobem vytvářena i například nabídka aktivit, orientační harmonogram dne (co se bude dít ráno, odpoledne, večer), individuální plány nebo označení prostor v domově.

Všechny tyto změny se promítají v rámci nastavených cílů spolupráce v individuálních plánech jednotlivých klientů. Systém plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením bude blíže popsán v následující kapitole.

### **3 Individuální plánování v pobytových sociálních službách v ČR**

Individuální plánování je jednou z povinností, kterou všem poskytovatelům sociálních služeb ukládá vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Proces individuálního plánování není ovšem pouze povinností. Je to příležitost ke kontaktu s klientem, rozhovoru, prostor pro zjištění toho, co klient skutečně od sociální služby požaduje. Je to prostředek pro naplňování a podporování kvality života klientů.

#### **3.1 Standardy kvality v sociálních službách v ČR**

Jak již bylo zmíněno výše, individuální plánování je povinnost všech poskytovatelů sociálních služeb stanovená legislativou, je součástí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb byly vypracovány v období let 2000-2002 pod řízením Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Na jejich tvorbě se podílela odborná veřejnost, poskytovatelé i klienti sociálních služeb. Poprvé byly uvedeny v platnost na konci roku 2006 ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. (Bednář, 2014)

Slovník sociální práce definuje standardy kvality sociálních služeb jako: „*Soubor dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby.*“ (Matoušek, 2008, s. 213)

Rozsáhlejší definici ve své publikaci uvádí Johnová: „*Standardy kvality sociálních služeb popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, nikoli návrhem zákona či vyhlášky. Jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby, nikoli stanovit, jaká práva a povinnosti mají zařízení a uživatelé sociálních služeb.*“ (Johnová, 2004, s. 4)

Měřitelnost a ověřitelnost kritérií je podstatná, lze tak jasně zjistit, zda bylo kritérium splněno či nikoli. Zhodnocení, zda jsou kritéria naplňována, pak může provést sám poskytovatel (sebehodnocení) nebo hodnotitel vnější (např.: klient, jeho rodinný příslušník, inspekce a další). (Čermáková, Johnová, 2003)

V současné době je celkem patnáct standardů kvality sociálních služeb. Sládek (2013) uvádí členění standardů do tří skupin. Jedná se o procedurální, personální



a provozní standardy. Individuální plánování patří do skupiny procedurálních standardů. Do této skupiny se dále řadí standard cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, ochrana práv osob, jednání se zájemcem o sociální službu, smlouva o poskytování sociální služby, dokumentace o poskytování sociální služby, stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby a návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje.

Personálními standardy jsou personální a organizační zajištění sociální služby a profesní rozvoj zaměstnanců.

Provozních standardů je celkem pět, konkrétně místní a časová dostupnost poskytované sociální služby, informovanost o poskytované sociální službě, prostředí a podmínky, nouzové a havarijní situace a zvyšování kvality sociální služby. (Sládek, 2013)

Těchto 15 standardů kvality sociálních služeb je členěno do 48 kritérií. Do roku 2011 byla kritéria rozdělována na zásadní a nezásadní. Novelou prováděcí vyhlášky bylo toto členění zrušeno. (Bednář, 2012)

Standardy kvality jsou univerzální a platí pro všechny druhy sociálních služeb. Směrnice a postupy vycházející ze standardů si tak v organizaci musí poskytovatelé sociálních služeb vymezit sami. (Bednář, 2014)

### **3.2 Vymezení pojmu individuální plánování**

Pojem individuální plánování vstoupil do sociálních služeb s platností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sládek (2013) definuje individuální plánování jako: „*Kontinuální, záměrný a strukturovaný proces, při němž se stanovují postupné cíle, jimiž je třeba dosáhnout požadované změny.*“ (Sládek, 2013, s. 88)

Individuální plánování je procesem, který vychází z jednání se zájemcem o poskytnutí sociální služby. Definice Bickové a Hrdinové se oproti předchozí definici zaměřuje více na klienta a říká: „*Jedná se o záměrný proces, jehož smyslem a účelem je poskytovat uživateli podporu v tom, co potřebuje.*“ (Bicková, Hrdinová, 2011, s. 73)

Krutilová, Čámský a Sembder, 2008, s. 139 definují individuální plánování jako: „*Vyjednávání o tom, jaké jsou potřeby uživatele a zda mu je může organizace*

*pomoci naplnit (vychází se z poslání poskytované služby, ne všechny potřeby uživatele může konkrétní sociální služba naplňovat).“*

Smyslem poskytování sociální služby jako takové je požadavek sociálního začleňování, které formuluje právní úprava sociálních služeb v § 3, odst. e, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů následovně: *„Sociálním začleňováním je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.“*

Sociální služby by měly být poskytovány na základě individuálních potřeb, přání a schopností klientů. Tyto potřeby by měly být popsány v individuálním plánu klienta. Proces individuálního plánování má podporovat jedince v tom, aby mohli žít běžným způsobem života, který je v dané společnosti považován za obvyklý (např.: možnost vzdělávat se, pracovat apod., tak jako ostatní lidé), být součástí společnosti tak, jako ostatní. (Bednář, 2012)

Důležité pro plánování průběhu poskytování sociální služby je definování potřebné změny v životě člověka, stanovení termínů a úkolů pro jednotlivé účastníky procesu individuálního plánování. (Bednář, 2014)

Poskytovatel sociální služby má za úkol naplánovat cestu, která povede k dosažení stanovených cílů a to s maximální možnou účastí klienta. Proces individuálního plánování se musí v každé organizaci řídit písemnými pravidly, musejí být doložitelně zpracovány individuální plány, záznamy o průběhu poskytování sociální služby a vyhodnocení individuálních plánů. (Bednář, 2012)

Touto problematikou se blíže zabývá následující kapitola.

### **3.3 Povinnosti poskytovatelů sociálních služeb v rámci individuálního plánování**

Povinnosti poskytovatelů sociálních služeb v rámci individuálního plánování jsou vymezeny v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jednotlivá kritéria vztahující se k individuálnímu plánování pak nalezneme v příloze č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (Krutilová, Čámský, Sembder, 2008)

Zákon formuluje povinnosti poskytovatelů sociálních služeb vztahující se k individuálnímu plánování jasně v § 88 odst. f, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tento odstavec ukládá povinnost plánovat průběh poskytování sociální služby dle osobních cílů, potřeb a schopností osob, mít písemné záznamy, které dokladují průběh poskytování sociální služby. Další povinností je hodnotit průběh poskytování sociální služby za maximální možné účasti klientů, případně za účasti jejich zákonných zástupců či opatrovníků a písemně evidovat hodnocení nastavených cílů a jeho výstupy do záznamů vztahujících se k individuálnímu plánování.

V příloze č. 2 k prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů je uvedeno celkem pět kritérií, která se vztahují k individuálnímu plánování průběhu sociální služby.

Krutilová, Čámský a Sembder shrnují tyto povinnosti následujícím způsobem: mít vytvořen metodický postup, kterým se řídí proces individuálního plánování a přehodnocování poskytované sociální služby. Tento metodický postup musí být ve shodě s praxí poskytovatele sociálních služeb. Dále je podstatné plánovat průběh poskytování sociální služby společně s klientem sociálních služeb, s ohledem na jeho možnosti, pravidelně hodnotit naplňování stanovených cílů spolupráce společně s klientem. Každý klient by měl mít určeného konkrétního pracovníka, se kterým bude spolupracovat na procesu individuálního plánování (tzv.: klíčový pracovník, důvěrník, apod.). Poskytovatel má povinnost evidovat písemné záznamy o průběhu poskytování sociální služby. (Krutilová, Čámský, Sembder, 2008)

### **3.4 Role klíčového pracovníka**

Jak již bylo zmíněno výše, je jednou z povinností poskytovatelů sociálních služeb mít pro každého klienta určeného zaměstnance, který společně s klientem plánuje průběh poskytování sociální služby a hodnotí, zda jsou naplňovány nastavené cíle spolupráce. (Sokol, Trefilová, 2008)

V praxi sociálních služeb se můžeme setkat s tím, že se tomuto pracovníkovi obvykle říká klíčový pracovník klienta. Definice osoby klíčového pracovníka se u různých autorů liší.

Matoušek definuje klíčového pracovníka jako: „*Pracovník, který osobně dohlíží na klienta účastníčeho se skupinového programu a odpovídá vedoucímu organizace za průběh péče.*“ (Matoušek, 2008, s. 65)

Vítová definuje klíčového pracovníka dle povinností vyplývajících z legislativy jako: „*Zaměstnanec poskytovatele, který je na základě zákona o sociálních službách určen každému jednomu uživateli pro individuální plánování průběhu sociální služby a pro hodnocení naplňování osobních cílů.*“ (Vítová, 2011, s. 115)

Johnová, 2008 upozorňuje, že se v praxi můžeme setkat s osobou klíčového pracovníka v postavení „důvěrníka“ nebo „case managera“. V případě důvěrníka je v popředí vztah klienta a pracovníka. V případě case managera je zdůrazněna odborná způsobilost pracovníka.

Úkolem klíčového pracovníka je podporovat klienta a pomáhat mu při formulování cílů a potřeb, jasně vymezit rozsah potřebné podpory a péče, společně s klientem sestavovat a hodnotit plnění individuálního plánu, konzultovat individuální plán v týmu, mapovat průběh poskytování sociální služby, zjišťovat spokojenost či případnou nespokojenost klienta s poskytovanou sociální službou. (Bednář, 2014)

Klíčovým pracovníkem klienta by měl být vždy člověk, který je s klientem v přímém denním kontaktu (např.: pracovník v sociálních službách, zdravotní sestra, terapeut, apod.). Klíčový pracovník musí mít pro výkon své činnosti určité znalosti, schopnosti, dovednosti a postoje. Ty pak upevňuje dalším vzděláváním, praxí, apod. Klíčový pracovník může zastávat rozmanité role v rámci procesu individuálního plánování. Ty se odvíjejí zpravidla od druhu poskytované sociální služby a metodiky individuálního plánování.

Nejčastěji se jedná o role poradce - konzultant (zná řešení, hranice služby, konzultuje způsob realizace, apod.). Klíčový pracovník jako zprostředkovatel informací předává informace mezi klientem a týmem, informuje klienta o možnostech a mezích poskytované sociální služby, zná informace o nastavených cílech spolupráce a potřebách klientů. Dále může fungovat jako pomocník při definování potřeb a osobních cílů klientů nebo jako realizační pracovník, který se podílí určitou měrou na poskytování dojednané pomoci a podpory. (Vítová, 2011)

### **3.5 Proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením**

Cílem této kapitoly je popsat proces individuálního plánování v domově pro osoby se zdravotním postižením. Metodika individuálního plánování byla aktualizována v roce 2017 ve spolupráci týmu vedení domova a externí konzultační podpory. Metodika se zaměřuje na individuální plánování, které podporuje klienty domova v sociálním začleňování a možnosti žít běžným způsobem života v komunitě.

Metodika je souborem pravidel a návodů pro pracovníky. Má za úkol informovat pracovníky, jak podporovat klienty ve vyjadřování svých přání, potřeb a cílů, jak klientům poskytovat individuální podporu v oblastech, které klient nezávisle zabezpečit samostatně, jak podporovat schopnosti, dovednosti a nadání klientů, jak podporovat klienty v tom, aby žili běžným způsobem života tak, jako jejich vrstevníci.

Cílem metodiky je to, aby pracovníci jednotným způsobem zaznamenávali a vyhodnocovali průběh poskytování sociální služby a poskytovali individuální podporu a pomoc klientům dle nastavených cílů spolupráce.

Každý klient domova má svého klíčového pracovníka. Tím je pracovník v sociálních službách (pracovní pozici pracovníka v sociálních službách vymezuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů v § 116) nebo všeobecná zdravotní sestra v sociálních službách. Každý klient má určeného svého zastupujícího klíčového pracovníka, který v případě nepřítomnosti klíčového pracovníka zajišťuje naplňování individuálního plánu klienta. Každý klíčový pracovník má maximálně 4 klienty, u nichž je klíčovým pracovníkem a 4 klienty, u nichž je zastupujícím klíčovým pracovníkem.

Proces individuálního plánování začíná mapováním situace klienta. To začíná sociálním šetřením, pokračuje jednáním se zájemcem o poskytnutí sociální služby a vyjednáváním smlouvy o poskytnutí sociální služby. Prvotní individuální plán vytváří sociální pracovník ve spolupráci s klíčovým pracovníkem a klientem na základě informací získaných při sociálním šetření. Dále je vyhodnocena míra nezbytné podpory dle doporučeného postupu MPSV č. 1/2010 „Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů“.

V této fázi je důležité porozumět potřebám a přáním klientů. Velká pozornost je věnována oblasti komunikace (jak klient komunikuje, čemu rozumí, jak vyjadřuje souhlas/nesouhlas apod.).

Následuje plánování konkrétní podpory, která je zaznamenávána do formuláře pro individuální plánování. Formulář pro individuální plánování obsahuje základní informace o klientovi, jeho situaci a rodinné historii. Zvláštní důraz je věnován oblasti komunikace, kde je popsáno, jak klient komunikuje, jak se lze s klientem dorozumět.

Další součástí formuláře jsou tabulky s oblastmi podpory (např.: hygiena, oblékání, stravování, pohyb, doprava, apod.). V těchto tabulkách je popsáno, co klient v rámci dané oblasti zvládá a v čem potřebuje pomoc či podporu a jak konkrétně. Formulář je zakončen plánem zvládnutí rizik, kde jsou popsána rizika, na která si musí klient či pracovníci dát pozor a jak jsou tato rizika eliminována, jak jim lze předcházet. Na konci formuláře je uvedeno datum plánovaného přehodnocení.

Cíle spolupráce a záznamy o průběhu poskytování sociální služby jsou evidovány elektronicky v programu k tomu určenému, následně jsou vytisknuty a přiloženy k formuláři pro individuální plánování. Formulář pro individuální plánování je pořizován ve dvou výtiscích, z nichž jeden výtisk je klienta a druhý je založen v uzamykatelné skříni k tomu určené.

Vyhodnocení informací uvedených ve formuláři můj plán a nastavených cílů spolupráce provádí klíčový pracovník společně s klientem nejdéle jednou za půl roku. Dříve v případě změny (např.: zdravotního stavu klienta), nemožnosti naplnit cíl spolupráce nebo například z důvodu, kdy byl nastavený cíl spolupráce splněn apod. Vždy je uvedeno datum, kdo se vyhodnocení účastnil a závěr z vyhodnocení.

K formuláři pro individuální plánování je vytvořeno několik příloh, které mají pracovníkům pomáhat při procesu individuálního plánování. Tyto přílohy nejsou součástí všech individuálních plánů klientů, používají se pouze v indikovaných případech, jako pomůcka k individuálnímu plánování s klienty.

## 4 Shrnutí teoretické části

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena do tří kapitol. Cílem první kapitoly, která se nazývá domovy pro osoby se zdravotním postižením v systému sociálních služeb v České republice, je krátce charakterizovat systém sociálních služeb v České republice a popsat legislativní zakotvení domovů pro osoby se zdravotním postižením v České republice, které vychází zejména ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jsou zde vymezeny základní činnosti, které domovy pro osoby se zdravotním postižením v rámci svého působení poskytují. V podkapitole je popsán vybraný domov pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém bylo realizováno výzkumné šetření. Je zde uvedena cílová skupina domova, poslání domova včetně popisu zázemí a prostorových možností domova. Domov se snaží individuálním způsobem podporovat své klienty, rozvíjet jejich kompetence tak, aby mohli prožít plnohodnotný život srovnatelný se životem jejich vrstevníků.

Druhá kapitola se věnuje transformaci a deinstitucionalizaci pobytových sociálních služeb v České republice. Jsou zde vymezeny stěžejní dokumenty, ze kterých proces transformace vychází, vysvětleny pojmy transformace a deinstitucionalizace a popsáno jejich směřování a cíle pro poskytovatele a zadavatele sociálních služeb. Cílem transformace je situace, kdy si člověk se zdravotním postižením bude moci zvolit, kde bude bydlet a v místě bydliště bude využívat sociální služby, bude žít běžným způsobem života a využívat zdroje podpory z komunity. Proces transformace probíhá i v daném domově pro osoby se zdravotním postižením. Zaměřila jsem se na popsání stavu procesu transformace v tomto domově a změny, které proces transformace do domova přinesl. Tyto změny se promítají v rámci nastavených cílů spolupráce v individuálních plánech jednotlivých klientů a i v samotném průběhu procesu individuálního plánování v domově.

Třetí kapitola popisuje individuální plánování v pobytových sociálních službách v České republice, je zde uvedeno legislativní zakotvení individuálního plánování, vymezen pojem individuální plánování z pohledu několika autorů, uvedeny povinnosti poskytovatelů sociálních služeb v rámci individuálního plánování a charakterizována role klíčového pracovníka v procesu plánování.

Pozornost byla věnována procesu individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením. Metodika individuálního plánování byla aktualizována v roce 2017 v rámci procesu transformace. Hlavním cílem procesu individuálního plánování v domově je podporovat klienty domova v sociálním začleňování a možnosti žít běžným způsobem života v komunitě. Tento cíl je v souladu s cílem procesu transformace, který byl uveden výše.



## 5 Metodická část

V této kapitole bude vymezen hlavní cíl výzkumu a z něho vyplývající dílčí výzkumné cíle. Bude zdůvodněna volba výzkumné strategie, transformovány výzkumné otázky, dále pak bude popsána organizace výzkumného šetření, charakterizován výzkumný soubor a v poslední části metodické části budou interpretovány výsledky výzkumného šetření.

Metodická část bakalářské práce navazuje na část teoretickou, kde byly popsány základní pojmy spojené s tématem. Konkrétně se jednalo o pojmy domovy pro osoby se zdravotním postižením v systému sociálních služeb v České republice, charakteristika vybraného domova pro osoby se zdravotním postižením, transformace pobytových sociálních služeb, průběh procesu transformace ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením, individuální plánování v pobytových sociálních službách v České republice a v poslední kapitole byl přiblížen proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením.

### 5.1 Formulace hlavního cíle a dílčích cílů výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření je **zjistit postoj a názory klientů a klíčových pracovníků na proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením.**

V rámci výzkumného šetření se zabývám otázkou, jak vnímají klíčoví pracovníci a klienti aktualizaci procesu individuálního plánování, která vychází z transformace pobytových sociálních služeb. Dále mapuji, zda individuální plán klienta poskytuje pracovníkům dostatek informací, zda by klienti či pracovníci chtěli nějakou oblast do individuálního plánu doplnit či naopak některou oblast vynechat. Zajímám se o to, co by mohlo pracovníkům pomoci při zjišťování potřeb, přání a očekávání klientů.

Z hlavního výzkumného cíle vychází hlavní výzkumná otázka (HVO): **Jaký postoj a názory mají klienti a klíčoví pracovníci na proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením?**

Hlavní výzkumná otázka (HVO) byla rozpracována do pěti dílčích výzkumných otázek (DVO).

**DVO 1: Jak vnímají klíčoví pracovníci a klienti aktualizaci procesu individuálního plánování vycházející z transformace?**

Cílem této otázky je zjistit jaký mají klíčoví pracovníci a klienti postoj k nové metodice individuálního plánování s klienty, která vychází z transformace.

**DVO 2: Jaké vzdělání, které se vztahuje k individuálnímu plánování, mají klíčoví pracovníci?**

Cílem této otázky je vyzkoumat, jaké vzdělání (např.: akreditované kurzy, stáže, apod.) vztahující se k individuálnímu plánování absolvovali klíčoví pracovníci a zda je oblast vzdělání, kterou by vzhledem k procesu individuálního plánování chtěli nebo potřebovali absolvovat.

**DVO 3: Jaké metody a techniky práce využívají klíčoví pracovníci v procesu individuálního plánování?**

Cílem této otázky je zmapovat, jak klíčoví pracovníci zjišťují přání, potřeby a očekávání klientů od poskytované sociální služby a zda je něco, co by jim mohlo pomoci lépe zjišťovat přání, potřeby a očekávání klientů.

**DVO 4: Jaká je dle názoru klíčových pracovníků funkčnost individuálního plánování z pohledu plnění nastavených cílů spolupráce?**

Cílem této otázky je zjistit, zda by klíčoví pracovníci potřebovali do formuláře pro individuální plánování doplnit nějakou oblast nebo zda je dle jejich názoru některá oblast v individuálním plánu nadbytečná a jak se jim daří plnit nastavené cíle spolupráce v rámci individuálních plánů.

**DVO 5: Jaké jsou dle názoru klíčových pracovníků a klientů bariéry v naplňování nastavených cílů spolupráce?**

Cílem této otázky je zmapovat s jakými překážkami v rámci naplňování nastavených cílů spolupráce se klienti a pracovníci setkávají a zda by bylo možné tyto bariéry v naplňování cílů odstranit.

## 5.2 Volba výzkumné strategie

Pro uskutečnění výzkumného šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“* (Hendl, 2005, s. 50)

V rámci kvalitativního výzkumu je obvykle zvoleno téma a jsou definovány základní výzkumné otázky. Výhodou je, že lze otázky doplňovat nebo upravovat v průběhu výzkumu. Z tohoto důvodu je kvalitativní výzkum nazýván pružným typem výzkumu. (Hendl, 2005)

Informace byly získávány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami. *„Strukturovaný rozhovor se skládá z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět.“* (Hendl, 2005, s. 173)

Výhodou otevřených otázek je to, že podporují respondenta ve vyprávění způsobem, který je podobný běžnému rozhovoru. (Švaříček, Šedřová, 2007)

Pro polostrukturovaný rozhovor je charakteristické, že má stanovenou určitou osnovu, ale i přesto je pro něj charakteristická pružnost při získávání informací. (Hendl, 2005)

V rámci výzkumného šetření byla stanovena hlavní výzkumná otázka, která byla rozpracována do dílčích výzkumných otázek. Odpovědi na dílčí výzkumné otázky byly získávány prostřednictvím souboru tazatelských otázek, které byly pokládány respondentům. V případě potřeby bylo možné v rámci rozhovoru s respondentem soubor tazatelských otázek doplnit další otázkou, která odpověď respondenta přiblížila či upřesnila.

### 5.3 Transformace výzkumných otázek

Dílčí výzkumné otázky byly transformovány do tazatelských otázek, které byly pokládány respondentům. Na tazatelské otázky, které jsou označeny TO P, odpovídali klíčoví pracovníci, na otázky označené jako TO K odpovídali klienti domova.

**Tabulka č. 1: Transformace výzkumných otázek (zdroj vlastní)**

Výzkumná otázka	Výzkumná technika	Informant	Tazatelské otázky
<b>DVO 1</b>	Polostrukturovaný rozhovor	Klíčový pracovník	TO1 P: Jak dlouho jste klíčovým pracovníkem?
			TO2 P: Co si myslíte o nové metodice individuálního plánování s klienty?
			TO3 P: Jakou máte zkušenost s individuálním plánováním v jiné službě? Porovnejte.
		Klient	TO1 K: Kdo je váš klíčový pracovník?
TO2 K: Jak často si povídáte se svým klíčovým pracovníkem o plánu?			

			TO3 K: Máte svůj plán u sebe? Kde?
			TO4 K: Co se Vám v novém plánu líbí?
			TO5 K: Co se Vám v novém plánu nelíbí?
<b>DVO 2</b>	Polostrukturovaný rozhovor	Klíčový pracovník	TO4 P: Jaké jste absolvoval/a vzdělávání vztahující se k individuálnímu plánování?
			TO5 P: Jaké vzdělávání vztahující se k individuálnímu plánování byste chtěl/a v budoucnu absolvovat nebo které by Vám dle Vašeho názoru mohlo pomoci v rámci individuálního plánování?
<b>DVO 3</b>	Polostrukturovaný rozhovor	Klíčový pracovník	TO6 P: Kolika klientům jste klíčovým pracovníkem?

			TO7 P: Jak zjišťujete potřeby, přání a očekávání klientů?
			TO8 P: Co si myslíte, že by Vám mohlo pomoci snáze zjišťovat přání, potřeby a očekávání klientů?
<b>DVO 4</b>	Polostrukturovaný rozhovor	Klíčový pracovník	TO9 P: Poskytuje dle Vašeho názoru individuální plán dostatek informací o klientovi?
			TO10 P: Jakou oblast byste do individuálního plánu doplnil/a?
			TO11 P: Jakou oblast byste z individuálního plánu vynechal/a?
			TO12 P: Jak se Vám daří plnit nastavené cíle spolupráce v rámci IP?

<b>DVO 5</b>	Polostrukturovaný rozhovor	Klíčový pracovník	TO13 P: S jakými překážkami jste se setkal/a v rámci naplňování cílů stanovených v individuálním plánu?
			TO14 P: Jak by bylo z Vašeho pohledu možné tyto překážky odstranit?
		Klient	TO6 K: Jaký máte nastavený cíl v individuálním plánu?
			TO7 K: Jak se Vám daří plnit Váš cíl?

#### 5.4 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v domově pro osoby se zdravotním postižením, který se nachází v Královéhradeckém kraji. Na základě vzájemné domluvy a pro zachování důvěrnosti a soukromí klientů bylo domluveno, že zařízení nebude v rámci bakalářské práce více konkrétně jmenováno.

Vedení vybraného domova pro osoby se zdravotním postižením bylo osloveno v září 2017 s dotazem možnosti realizace výzkumného šetření v jejich zařízení. Na společné schůzce s ředitelem domova bylo blíže představeno výzkumné šetření a jeho záměr.

Rozhovory s klíčovými pracovníky a klienty byly realizovány v období od září do listopadu 2018. Každý respondent byl dotazován, zda souhlasí s účastí na výzkumu. Všichni respondenti byli informováni o tom, jak budou získané

informace zpracovány a využity a o tom, že rozhovory jsou anonymní a nikde nebudou uváděna jména respondentů. Všichni respondenti měli možnost rozhodnout se v kterékoli části rozhovoru, že si již dále nepřejí v rozhovoru pokračovat. Tuto možnost žádný z respondentů nevyužil. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, následně byl proveden přepis rozhovoru do písemné podoby.

### **5.5 Charakteristika výzkumného souboru**

Respondenty výzkumného šetření byli klíčoví pracovníci a klienti vybraného domova pro osoby se zdravotním postižením.

Tazatelské otázky byly pokládány vždy ve stejném, daném pořadí. Klíčoví pracovníci byli v případě potřeby o upřesnění nebo rozšíření odpovědi požádáni o doplnění odpovědi na otázku či byli dotazováni upřesňující otázkou.

Rozhovory s klienty byly vždy individualizovány tak, aby vyhovovaly schopnostem, možnostem a komunikačním dovednostem klientů. U klientů byl vždy respektován jejich komunikační rámec. Většina rozhovorů s klienty probíhala s oporou o individuální plán klienta. Klienti měli svůj individuální plán u sebe. V případě potřeby mohli v plánu ukázat, co chtějí sdělit a bylo se tak možné klientů lépe doptat na informaci, kterou chtějí sdělit.

Klíčoví pracovníci a klienti, kteří se účastnili výzkumného šetření, jsou nazýváni respondenty. Na výzkumném šetření se podílelo celkem 10 klientů (respondent 1 až respondent 10) a 5 klíčových pracovníků (respondent KP1 až respondent KP5).

Respondenti pro výzkumné šetření byli vybíráni a oslovováni tak, aby se ve výzkumném šetření projevil názor klíčových pracovníků, kteří pracují v domově na různých domácnostech a jejich názory se tak mohou lišit. Respondenti z řad klientů bydlí v domově také na různých domácnostech. Výběr respondentů z řad klientů byl realizován na základě doporučení pracovníků v přímé péči.

V níže uvedené tabulce jsou uvedeni respondenti z řad klientů domova, kteří jsou rozděleni dle věku, pohlaví a délky pobytu v domově.



**Tabulka č. 2: Identifikace respondentů - klienti domova (zdroj vlastní)**

<b>Respondent</b>	<b>Věk respondenta</b>	<b>Pohlaví</b>	<b>Délka pobytu v domově</b>
<b>Respondent 1</b>	49 let	muž	33 let
<b>Respondent 2</b>	62 let	muž	37 let
<b>Respondent 3</b>	65 let	muž	18 let
<b>Respondent 4</b>	29 let	muž	10 let
<b>Respondent 5</b>	36 let	žena	1 rok
<b>Respondent 6</b>	53 let	muž	42 let
<b>Respondent 7</b>	56 let	muž	5 let
<b>Respondent 8</b>	54 let	muž	18 let
<b>Respondent 9</b>	45 let	muž	28 let
<b>Respondent 10</b>	69 let	muž	52 let

Tabulka číslo 3 identifikuje respondenty - klíčové pracovníky, kteří jsou rozděleni dle pracovní pozice a délky trvání pracovního poměru v domově.

**Tabulka č. 3: Identifikace respondentů - klíčoví pracovníci (zdroj vlastní)**

<b>Respondent</b>	<b>Pracovní pozice</b>	<b>Délka pracovního poměru v domově</b>
<b>Respondent KP1</b>	pracovník v sociálních službách	7 let
<b>Respondent KP2</b>	pracovník v sociálních službách	12 let

<b>Respondent KP3</b>	pracovník v sociálních službách	16 let
<b>Respondent KP4</b>	pracovník v sociálních službách	13 let
<b>Respondent KP5</b>	pracovník v sociálních službách	1 rok

## 6 Interpretace výzkumného šetření

V kapitole interpretace výzkumného šetření budou uvedeny výsledky výzkumného šetření. Jak již bylo popsáno výše, hlavní výzkumná otázka byla rozčleněna do pěti dílčích výzkumných otázek. Ze získaných odpovědí na dílčí výzkumné otázky byla vymezena odpověď na hlavní výzkumnou otázku.

### 6.1 Interpretace DVO 1

#### **DVO 1: Jak vnímají klíčoví pracovníci a klienti aktualizaci procesu individuálního plánování vycházející z transformace?**

Cílem této otázky bylo zjistit, jaký mají klíčoví pracovníci a klienti postoj k nové metodice individuálního plánování s klienty, která vychází z transformace.

Pro účel rozhovoru byla tato otázka rozpracována do tazatelských otázek TO1 P až TO3 P a TO1 K až TO5 K. Respondenty pro získání odpovědí na tuto výzkumnou otázku byli klíčoví pracovníci a klienti domova.

#### **TO1 P: Jak dlouho jste klíčovým pracovníkem?**

Respondent KP1: „3 roky“, respondent KP2: „12 let“, respondent KP3: „14 let“, respondent KP4: „12 let“ a respondent KP5: „Půl roku“.

Z výše uvedených odpovědí vyplynulo, že respondenti KP1, KP2, KP4 a KP5 nejsou klíčovými pracovníky po celou dobu trvání jejich pracovního poměru v domově pro osoby se zdravotním postižením.

**Nová metodika individuálního plánování s klienty byla zavedena do praxe v červenci 2017. Z uvedených informací vyplynulo, že respondenti KP1, KP2, KP3 a KP4 tedy mají zkušenost s procesem individuálního plánování dle předchozí metodiky a mají tudíž možnost porovnání procesu individuálního plánování dle předchozí a nynější metodiky, což se projevilo v následujících odpovědích.**

#### **TO2 P: Co si myslíte o nové metodice individuálního plánování s klienty?**

Z odpovědí respondentů vyplynula pozitiva i negativa, která přinesla nová metodika individuálního plánování s klienty. **Respondenti uvádějí, že je individuální plán dle nové metodiky celkově obsáhlejší. To, že je individuální plán obsáhlejší znamená, že lze klienta lépe poznat a porozumět jeho potřebám**

**a přáním. Na druhou stranu je plán administrativně náročnější a jeho zpracování zabere klíčovým pracovníkům více času.**

Respondent KP1 uvádí: *„Zkraje to bylo oproti předchozí metodice dost těžké, teď už jsem se to naučila.“* Co bylo podle Vás těžké? *„Individuální plán je jiný, je tam více informací, musela jsem se tomu více věnovat. Ale čím více poznáte klienta, tím lépe se plán píše a také se tím víc a lépe dají zjistit jeho potřeby.“* Jak tedy vidíte novou metodiku individuálního plánování, spíše negativně nebo pozitivně? *„Spíš pozitivně, protože jsme více klienty poznali a lépe víme, co potřebují.“*

**Respondent KP2 a KP3 se nezávisle na sobě shodli, že jim činí obtíže hlídání termínů, kdy mají individuální plán společně s klientem přehodnocovat.**

Respondent KP2: *„Nutné zlo, vnímám metodiku negativně.“* Máte na mysli něco konkrétního? *„Neustálé hlídání termínů, nejvíc mi vadí, že není tolik času na přímou péči. Dříve to bylo jiné. U psaní strávím hodně času. Raději bych se věnovala klientům“*

**Změna nastala i v evidenci záznamů o průběhu poskytování sociální služby. Tyto záznamy dříve psali pracovníci do individuálních plánů písemně rukou, nyní jsou evidovány elektronicky v programu. Dochází tak i k efektivnějšímu předávání informací mezi pracovníky. Do programu mají přístup všichni pracovníci v přímé péči a mohou si tak kdykoli operativně přečíst záznamy o průběhu poskytování sociální služby. K efektivnímu předávání informací pomáhají i pravidelné porady k individuálním plánům, které probíhají zpravidla jednou týdně. Na těchto poradách jsou probírány individuální plány jednotlivých klientů, plány zvládnutí rizik a nastavené cíle spolupráce.**

Respondent KP4: *„No předtím se psaly záznamy v ruce, nyní jsou záznamy v programu a to je rychlejší a lepší, protože si můžeme lépe zapisovat záznamy ke klientům. Můžeme si psát záznamy vzájemně ke všem klientům. Plán je obsáhlejší a celkově více o klientech vypovídá.“* Respondent KP5: *„Myslím si, že je to dobrý. Třeba na poradě k individuálním plánům se vzájemně informujeme o změnách u jednotlivých klientů. Je to důležitý pro toho člověka i pro zaměstnance.“*

**TO3 P: Jakou máte zkušenost s individuálním plánováním v jiné službě? Porovnejte.**

Oslovení klíčoví pracovníci, kteří se účastnili výzkumného šetření, nebyli zaměstnání v jiném zařízení poskytující sociální služby, v žádném jiném zařízení nevykonávali činnosti klíčového pracovníka.

Možnost porovnání individuálního plánování v jiné sociální službě byla tímto limitována. Klíčoví pracovníci měli možnost porovnat proces individuálního plánování pouze se zařízeními, kde byli na krátkodobé stáži a kde jim bylo umožněno nahlédnout do metodiky k individuálnímu plánování. Odpověď respondenta KP2: „*Individuální plánování jinde jsem nepoznala, pouze na stážích a to je všude podobné.*“ Respondent KP3: „*No například na stáži v domově důchodců měli plány jednodušší, na jeden list. Cíle měli jako zachování stavu, ale jsem ráda, že se naši klienti učí nové věci. Sice je individuální plán složitější, ale mají radost i klienti. V domovech pro osoby se zdravotním postižením je to podobné. Ještě lepší by bylo být v menších domácnostech, když to srovnám no a myslím, že čtyři klienti na individuální plány je moc.*“ (Pozn: Být klíčovým pracovníkem čtyřem klientům).

**Na základě zkušeností respondentů KP2 a KP3 vyplynulo, že proces individuálního plánování je v domovech pro osoby se zdravotním postižením podobný. Proces individuálního plánování se může lišit dle druhu poskytované sociální služby.**

**TO1 K: Kdo je váš klíčový pracovník?**

**Všichni klienti, kteří se účastnili výzkumného šetření, byli správně informováni o tom, kdo je jejich klíčový pracovník.** Respondent 2: „*Jitka J., je hodná, nevyměnil bych ji.*“ Respondent 6: „*Štěpánka je moje, no...*“ Pět klientů jmenovalo i zastupujícího klíčového pracovníka, na kterého se obrací v případě absence klíčového pracovníka. Respondent 8: „*Iva Š. a když tady není, tak ji zastupuje ta her švec, jak se jmenuje, no Janička D. Ivanku mám rád, dělá pro mě ne na sto, ale dvě stě procent.*“ Jeden klient uvedl, že v případě absence klíčového pracovníka se obrací na pracovníka, který je v ten den na jejich domácnosti.

Respondent 1: „*Romana, zástupce je ten, kdo zrovna slouží na naší domácnosti.*“

### **TO2 K: Jak často si povídáte se svým klíčovým pracovníkem o plánu?**

Přesná časová frekvence, jak často si klienti se svým klíčovým pracovníkem povídají o plánu, z odpovědí nevyplývá. Z odpovědí klientů vzešlo, že hovoří společně s klíčovými pracovníky o individuálním plánu často, že mohou za klíčovým pracovníkem v případě potřeby zajít, nebo klíčový pracovník zajde za nimi a společně se domluví a vyřeší to, co je potřeba. Klienti udávají, že jim tento způsob a nastavení komunikace vyhovuje.

Respondent 4: *„Jo, povídáme si každý den, takhle je to dobrý.“* Respondent 5: *„Často, jak potřebuju, ona mi vždycky dobře poradí a já to udělám.“* (Pozn.: Slovním spojením já to udělám, klient myslel, že zvládne plnit nastavený cíl spolupráce.) Respondent 7: *„Ted' miň, ale já to tak chci. Ale zase ona ví, že když jsem v pohodě, tak povídám a když ne tak jsem ticho. Ted' jsem nebyl v pohodě.“* Respondent 8: *„Já za ní přijdu, když něco chci, tak si povídáme. Třeba ted', když mi došla káva. Domluvili jsme se, že si ji koupím. S Ivuškou strašně moc vycházím. Ted' bych se chtěl osamostatňovat, ted' se mi vede.“*

### **TO3 K: Máte svůj plán u sebe? Kde?**

Všichni klienti uvedli, že mají svůj individuální plán u sebe k dispozici. Individuální plány mají založené v deskách ve svých pokojích. V případě potřeby mohou do individuálních plánů kdykoli nahlédnout.

Respondent 1: *„Mám, ve skříni v modrých deskách.“* Respondent 3: *„Ve skříni zamčený, aby mi do toho nikdo nekoukal, je to moje soukromá věc.“*

### **TO4 K: Co se Vám v novém plánu líbí?**

**Z odpovědí klientů vyplynulo, že se jim na novém individuálním plánu líbí způsob zpracování plánu. Vzhled individuálního plánu je přizpůsobován individuálním potřebám klientů (např.: větší písmo). Všem klientům, kteří se podíleli na výzkumném šetření, se líbí, že je plán doplněn o fotografie a zobrazení konkrétních věcí. Tato skutečnost pomáhá klientům, kteří mají obtíže se čtením, porozumět lépe obsahu textu.**

Respondent 1: *„Líbí se mi to, může to být tak, jak to je.“* Respondent 2: *„Jak je to napsaný, jak tam jsou obrázky, velká písmena, protože to dobře vidím, přečtu to, kdyby byly malé, nepřečtu to, nevěděl bych, co tam je.“* Respondent 4: *„Tady to.“* (klient v plánu ukazuje na fotografie a zobrazení konkrétních věcí)

### **TO5 K: Co se Vám v novém plánu nelíbí?**

**Devět klientů uvedlo, že není nic, co by se jim na novém plánu nelíbilo.**

Respondent 2: Klient se směje a sděluje „*No to je horší, já už ani nevím, co mám říct, líbí se mi to celé.*“ Respondent 3: „*Nic bych na tom neměnil, nejvíc se mi líbí tady v zařízení, všichni pracovníci jsou hodní, jsem spokojený a nic mi nechybí.*“

**Jeden z dotazovaných klientů odpověděl, že se mu v individuálním plánu nelíbí tabulky oblastí podpory.** Respondent 10: „*Tabulky mě neberou.*“

## **6.2 Shrnutí DVO 1**

### **DVO 1: Jak vnímají klíčoví pracovníci a klienti aktualizaci procesu individuálního plánování vycházející z transformace?**

Z odpovědí respondentů z řad klíčových pracovníků vyplynuly pozitivní i negativní hlediska nové metodiky individuálního plánování s klienty. Individuální plán je nyní obsáhlejší. Na tomto základě lze klienta lépe poznat a porozumět jeho potřebám a přáním. Zpracování tohoto plánu je ovšem administrativně náročnější a jeho sestavení zabere klíčovými pracovníky více času.

Klíčovými pracovníky činí obtíže pamatovat si termíny, kdy mají individuální plán společně s klientem přehodnocovat. Po zavedení nové metodiky do praxe se dle názoru klíčových pracovníků zlepšila efektivita předávání informací mezi pracovníky. Jednak prostřednictvím změny způsobu evidence záznamů o průběhu poskytování sociální služby a dále díky pravidelným poradám k individuálním plánům. Zkušenost s plánováním v rámci jiné sociální služby dotazovaní pracovníci bohužel neměli.

Na základě rozhovorů s klienty, bylo zjištěno, že každý klient má povědomí o tom, kdo je jeho klíčový pracovník. S klíčovými pracovníky hovoří o individuálních plánech časově individuálně, dle potřeby, mohou v případě nutnosti za klíčovými pracovníky zajít a společně si promluvit. Všichni dotazovaní klienti měli svůj individuální plán u sebe. Mohli tedy vyhodnotit, co se jim v novém plánu líbí a co se jim v novém plánu nelíbí.

Klientům se líbí forma zpracování individuálního plánu, která je individuální, přizpůsobena potřebám klientů. Devět klientů uvedlo, že není nic, co by se jim v plánu nelíbilo. Jeden z klientů vyjádřil nespokojenost s tabulkami oblastí podpory, z důvodu jejich neatraktivity.

### 6.3 Interpretace DVO 2

#### **DVO 2: Jaké vzdělání, které se vztahuje k individuálnímu plánování, mají klíčoví pracovníci?**

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké vzdělání (např.: akreditované kurzy, stáže, apod.) vztahující se k individuálnímu plánování absolvovali klíčoví pracovníci a zda je oblast vzdělání, kterou by vzhledem k procesu individuálního plánování chtěli nebo potřebovali absolvovat.

Dílčí výzkumná otázka byla rozpracována na tazatelských otázkách TO4 P až TO5 P. Na tyto otázky odpovídali respondenti z řad klíčových pracovníků domova.

#### **TO4 P: Jaké jste absolvoval/a vzdělávání vztahující se k individuálnímu plánování?**

Z odpovědí respondentů vychází, že byli všichni vyškoleni v kurzu „Individuální plánování“. Někteří pracovníci tento kurz absolvovali několikrát. Obtíž dle jejich názoru spočívá v tom, že bylo každé školení jiné a žádné neposkytlo konkrétní návod, jak v praxi daného domova individuálně plánovat s klienty.

Respondent KP1: „Absolvovala jsem několik kurzů individuálního plánování a kazuistické semináře. Ale my plánujeme jinak, než říkali na školeních.“

Respondent KP2: „Školení na individuální plánování, no to minimálně třikrát a nic dalšího asi ne. Každé školení ale bylo jiné.“

Z dalších kurzů vztahujících se k individuálnímu plánování, které měli možnost pracovníci absolvovat, byl akreditovaný kurz Sexualita a vztahy lidí s postižením I., Sexualita a vztahy lidí s postižením II., praktické kazuistické semináře, komunikace s osobami se zdravotním postižením, ergoterapii a práce s motivací klienta.

Respondent KP3: „Akreditovaný kurz k individuálnímu plánování, komunikaci, sexualitu osob s postižením, ergoterapii, aktivní komunikaci. Je toho celkem hodně.“

Respondent KP4: „Individuální plánování, asi třikrát, ale pokaždé říkali něco jiného, pak kazuistické semináře a jak motivovat klienta ke spolupráci.“ Respondent KP5: „No, individuální plánování od agentury, pak kurz individuálního plánování, který



*byl tady v domově, kazuistický seminář, komunikaci s osobami s postižením a sexualitu osob s postižením.“*

**TO5 P: Jaké vzdělávání vztahující se k individuálnímu plánování byste chtěl/a v budoucnu absolvovat nebo které by Vám dle Vašeho názoru mohlo pomoci v rámci individuálního plánování?**

**Respondenti KP1 a KP2 by uvítali kurz, v rámci kterého by si osvojili techniky motivace klientů.** Respondent KP2: *„Jak motivovat klienta, protože když se zeptám, co by chtěli, tak si sami nedokáží říct. Chtěla bych, aby si uměli říct, co by potřebovali.“*

**Respondent KP3 vnímá potřebu mít informace o tom, jak se individuálně plánuje v jiném zařízení, které zrovna tak poskytuje sociální službu domov pro osoby se zdravotním postižením a zároveň také řeší otázku transformace pobytových sociálních služeb.** Respondent KP3: *„Asi mě nic nenapadá, už jsem absolvovala hodně kurzů. Musela jsem se to naučit v praxi. Možná bych chtěla jet někam na stáž, kde bych viděla, jak plánují v jiném domově, který je taky v transformaci.“*

**Respondenti KP4 a KP5 by chtěli absolvovat spíše praktické kurzy, kde by si osvojili konkrétní techniky a metody práce s klienty.**

Respondent KP4: *„Pomohlo by mi praktické školení, které by bylo zaměřené na konkrétní techniky nácviků činností s klienty. Třeba jak klienty v praxi učit vařit, jak je učit více samostatnosti.“*

## **6.4 Shrnutí DVO 2**

**DVO 2: Jaké vzdělání, které se vztahuje k individuálnímu plánování, mají klíčoví pracovníci?**

Na základě interpretace odpovědí respondentů vzešla skutečnost, že všichni respondenti absolvovali kurzy individuálního plánování. Někteří tyto kurzy absolvovali i opakovaně. Žádný kurz ovšem neposkytl klíčovým pracovníkům konkrétní návod, jak v praxi daného domova individuálně plánovat s klienty.

**Klíčoví pracovníci by ocenili další vzdělávání ve třech rovinách. První z nich je práce s motivací klienta, další je sdílení zkušeností s jiným domovem pro osoby se zdravotním postižením, který se aktuálně také nachází v procesu transformace pobytových sociálních služeb a třetí rovina je oblast praktických**

nácviků technik a metod práce, které by byly aplikovány při konkrétních činnostech s klienty.

## 6.5 Interpretace DVO 3

**DVO 3: Jaké metody a techniky práce využívají klíčoví pracovníci v procesu individuálního plánování?**

Záměrem otázky je zmapovat, jak klíčoví pracovníci zjišťují přání, potřeby a očekávání klientů od poskytované sociální služby a zda je něco, co by jim mohlo pomoci lépe zjišťovat přání, potřeby a očekávání klientů.

Odpovědi na dílčí výzkumnou otázku DVO 3 byly zjišťovány prostřednictvím tazatelských otázek TO6 P až TO8 P. Respondenty jsou klíčoví pracovníci domova.

### **TO6 P: Kolika klientům jste klíčovým pracovníkem?**

Respondent KP1 je klíčovým pracovníkem třem klientům. Ostatní respondenti jsou klíčovými pracovníky pro čtyři klienty. Odpověď respondenta KP1: *„Klíčuji třem klientům. Nemám na klíčování čtyři klienty jako ostatní, protože mám klienty, kteří potřebují pomoc ve více oblastech, potřebují více péče než jiní klienti a plánování je také složitější.“*

Dle sdělení respondentů lze vydedukovat, že klíčoví pracovníci, kteří mají klienty s vyšší mírou nezbytné podpory, klienty, kteří potřebují více péče a pomoci, mají méně než čtyři klienty, u nichž jsou klíčovým pracovníkem. Někteří pracovníci by ovšem s ohledem na náročnost procesu individuálního plánování ocenili, kdyby mohli být klíčovým pracovníkem pro dva až tři klienty.

### **TO7 P: Jak zjišťujete potřeby, přání a očekávání klientů?**

**Z odpovědí respondentů vyplynulo, že při zjišťování přání, potřeb a očekávání klientů vycházejí z komunikačních rámců klientů. Zjišťování přání, potřeb a očekávání klientů je individuální.** Respondent KP1 a KP5 jsou klíčovými pracovníky klientů, kteří nekomunikují verbálně. Ke zjišťování očekávání využívají rozhovory s uzavřenými otázkami, pozorování, dorozumívání předmětovou formou (ukazování na konkrétní věci a na konkrétních věcech) a vycházejí z předchozích zvyklostí klientů.

Respondent KP1: *„Mám dva klienty, kteří komunikují jen neverbálně. Jednoho se vždycky ptám otázkami ano a ne a on mi odkýve. Druhý nekomunikuje vůbec, je to*

*ležící klient. Tam pozorujeme, jak reaguje na to, co se děje a vím, jak se chová, když je spokojený nebo když se mu něco nelíbí.“*

Respondent KP5: *„No ještě mi to trochu trvá, jsem tu chvíli. Povídám si s nimi, bavíme se. Když klienti něco potřebují, tak za mnou přijdou. Klient F. mě většinou vezme s sebou a ukáže mi na věc, co ode mě potřebuje, tak se vždycky dorozumíme, protože nemluví.“*

Klienti, kteří komunikují verbálně, jsou motivováni prostřednictvím rozhovorů sdělovat svá přání, očekávání a potřeby. Pracovníci ovšem využívají i techniku pozorování nebo zjišťují přání a očekávání na základě zvyklostí klienta a znalosti jejich návyků. Respondent KP2: *„Klienti mi sami většinou neřeknou, co chtějí. Myslím si, co by tak mohli potřebovat, navrhuji jim to, sami si neřeknou cíle. Když jim něco navrhnou, tak mi odsouhlasí, zda ano nebo ne. Snažím se to zjišťovat rozhovorem, na základě toho, jak klienty znám a na základě jejich zvyklostí.“*

Respondent KP4: *„Nejčastěji rozhovorem nebo pozorováním. Když vypočuju nějaké přání nebo potřebu klienta, tak si o tom popovídáme.“*

**TO8 P: Co si myslíte, že by Vám mohlo pomoci snáze zjišťovat přání, potřeby a očekávání klientů?**

**Dle respondenta KP1, který je klíčovým pracovníkem klientů, kteří nekomunikují verbálně, by pomohlo, kdyby v danou chvíli bylo možné klientovi ukázat názornou formou obsah rozhovoru.**

Respondent KP1: *„No třeba, kdybych jim mohla v tu chvíli hned pustit a konkrétně ukázat třeba na internetu nebo na počítači na obrázcích, o čem se bavíme. Jinak mě teď asi nic nenapadá.“*

**Respondent KP2 používá v rámci zjišťování přání, očekávání a potřeb zpravidla rozhovory, prostřednictvím, kterých se s klienty dorozumí.**

Respondent KP2: *„Asi nic by nepomohlo, vždy se nějak domluvíme.“*

**Respondenti KP3 a KP4 by ocenili možnost pracovat s menší skupinou klientů a mít více prostoru pro individuální rozhovory s klienty.**

Respondent KP4: *„Asi by pomohlo více soukromí, více individuálního času na klienta. Určitě se mi osvědčuje vybrat dobré, klidné prostředí. Určitě pomáhá vzájemná důvěra a když máte s klientem navázaný dlouhodobý vztah.“*

**Respondent KP4 zdůrazňuje potřebu mít s klientem navázaný dlouhodobý vztah. Taktéž respondent KP5 vyjadřuje potřebu více poznat klienty a naučit se porozumět jejich komunikačnímu rámci.**

Respondent KP5: *„Jsem tu chvíli, ještě klienty tak dobře neznám, nevím úplně vždycky, co mi chtějí říct. Třeba když si s panem F. v něčem ještě nerozumím, tak jdu za někým, kdo je tady dýl, ten mi pomůže.“*

## **6.6 Shrnutí DVO 3**

**DVO 3: Jaké metody a techniky práce využívají klíčoví pracovníci v procesu individuálního plánování?**

Klíčoví pracovníci, kteří sestavují individuální plán společně s klienty s vyšší mírou nezbytné podpory, mají méně než čtyři klienty, u nichž jsou klíčovým pracovníkem.

Při zjišťování přání, potřeb a očekávání klientů vycházejí klíčoví pracovníci individuálně z komunikačních rámců klientů. V rámci individuálního plánování využívají klíčoví pracovníci rozhovory s otevřenými otázkami, rozhovory s uzavřenými otázkami, pozorování, dorozumívání se předmětovou formou komunikace (ukazování na konkrétní věci a na konkrétních věcech), vycházejí z předchozích zvyklostí klientů.

**Dle názoru klíčových pracovníků by jim v rámci procesu individuálního plánování pomohlo u některých klientů ukazovat obsah rozhovoru názornou formou například prostřednictvím fotografií nebo jiných vizuálních pomůcek.**

**Klíčoví pracovníci zdůrazňují také důležitost nemateriálních potřeb a to potřeby naučit se klientům porozumět, mít s klienty navázaný dlouhodobý vztah, mít k sobě vzájemnou důvěru, možnost pracovat s menší skupinou klientů nebo ideálně s každým klientem mít prostor pro individuální rozhovory.**

## 6.7 Interpretace DVO 4

### **DVO 4: Jaká je dle názoru klíčových pracovníků funkčnost individuálního plánování z pohledu plnění nastavených cílů spolupráce?**

Cílem této otázky je zjistit, zda by klíčoví pracovníci potřebovali do formuláře pro individuální plánování doplnit nějakou oblast nebo zda je dle jejich názoru některá oblast v individuálním plánu nadbytečná a jak se jim daří plnit nastavené cíle spolupráce v rámci individuálních plánů.

Otázka byla transformována do výzkumných otázek TO9 P až TO12 P.

### **TO9 P: Poskytuje dle Vašeho názoru individuální plán dostatek informací o klientovi?**

Všichni dotazovaní klíčoví pracovníci se shodli na tom, že individuální plány poskytují dostatek informací o klientech. Respondenti KP1 až KP4 uvedli „Ano“ Respondent KP5 sdělil: „*To si myslím, že jo, to si myslím, že až až.*“

### **TO10 P: Jakou oblast byste do plánu doplnil/a?**

Respondenti KP1 až KP4 se nezávisle na sobě sjednotili v tom, že by do individuálního plánu žádnou oblast nedoplňovali. Odpověď respondenta KP4: „*Myslím, že toho tam je dost, že to stačí.*“

Respondent KP5 sdělil, že: „*Neznám nemoci a diagnózy klientů. S klienty, se kterými je obtížnější komunikace, nevím, jestli ho něco bolí, co mu je, nepoví mi to. Alespoň tak základní diagnózy.*“

Přístup k diagnózám a zdravotní dokumentaci klientů má v domovech pro osoby se zdravotním postižením pouze zdravotní personál. Tyto informace dle sdělení vedoucí úseku zdravotního podléhají mlčenlivosti a ochraně osobních údajů a nelze je sdělovat jinému personálu než všeobecným zdravotním sestřám v sociálních službách. Tuto oblast tedy nelze evidovat v individuálních plánech klientů.

### **TO11 P: Jakou oblast byste z individuálního plánu vynechal/a?**

Respondenti KP1 a KP5 by v plánu nevynechali žádnou oblast. Respondent KP5: „*Asi ne, vše je důležité.*“ Dle názoru respondenta KP2 a KP4 jsou nadbytečné některé tabulky podpory. Sdělení respondenta KP2: „*Vynechala bych některé tabulky podpory, přijdou mi zbytečné, je jich moc.*“ Respondent KP4: „*Některé z tabulek, například vyprazdňování. Nevím, jestli je to tam nutné.*“ Respondentovi KP3

nevyhovuje forma přehodnocování individuálního plánu. Respondent KP3: „*Nevyhovují mi revize v papírovém plánu, podle mě by to stačilo psát do záznamů.*“

**TO12 P: Jak se Vám daří plnit nastavené cíle spolupráce v rámci individuálních plánů?**

Respondent KP1 sdělil, že by ocenil mít více služeb na domácnosti, kde bydlí klienti, kterým je klíčovým pracovníkem. Tento pracovník pracuje ve směnném provozu, střídá se na celkem třech domácnostech, zatímco své klíčové klienty má pouze na jedné domácnosti.

Respondent KP1: *Když jsem ve službě, snažím se pracovat na cílech. Problém je rozvržení na domácnostech. Chtěla bych mít víc času na domácnosti, kde jsou moji klienti.*“

Z pohledu respondentů KP2 a KP3 se nastavené cíle daří plnit, v případě, kdy se cíle plnit nedaří, popíší situaci do záznamů o průběhu poskytování sociální služby.

Respondent KP2: *„Celkem jo, když ne, popíšu, proč se nepodařilo, ale stále se snažíme.“* Respondent KP3: *„Daří, bez problémů.“*

Respondent KP4 a KP5 připouštějí, že to, zda se cíle daří plnit je individuální, ovlivněno schopnostmi, dovednostmi a limity, které přináší míra postižení klienta.

Respondent KP4: *„Individuálně, záleží na klientech, s některými klienty trvá plnění cíle déle nebo záleží i na míře postižení, schopnostech a dovednostech klienta.“*

## **6.8 Shrnutí DVO 4**

### **DVO 4: Jaká je dle názoru klíčových pracovníků funkčnost individuálního plánování z pohledu plnění nastavených cílů spolupráce?**

**Všichni respondenti se nezávisle se shodli na tom, že individuální plány klientů poskytují dostatek informací o klientech.**

Z pohledu respondentů není žádná oblast, která by byla zapotřebí do formuláře individuálního plánu doplnit. Jeden z respondentů sdělil, že nezná diagnózy klientů, což, jak bylo ověřeno na základě dotázání vedoucí úseku zdravotního, není s ohledem na zachování mlčenlivosti a ochranu osobních údajů možné.

Dle názoru dvou respondentů jsou naopak v individuálním plánu nadbytečné některé tabulky s oblastmi podpory, u klientů, kterým jsou klíčovými pracovníky, tyto tabulky nevyužívají. Na základě zjištění od dalších dvou respondentů bylo

shledáno, že není oblast, kterou by v plánu vynechali. Tito respondenti pro proces individuálního plánování využívají i některé oblasti popsané v tabulkách podpory, které by předchozí dva pracovníci vynechali.

Na základě metodiky k individuálnímu plánování bylo zjištěno, že je možné tabulky s oblastmi podpory, ve kterých klienti nepotřebují žádnou pomoc či podporu v individuálním plánu klienta evidovat s popisem například „bez podpory“ nebo „samostatně“, apod. a více se není danou oblastí zapotřebí zabývat.

Jednomu z respondentů nevyhovuje forma evidence přehodnocení individuálních plánů klientů.

**Dle názorů pracovníků by jim pomohla lépe plnit nastavené cíle spolupráce v rámci individuálních plánů situace, kdy by měli více směn na domácnosti, kde bydlí jeho klíčoví klienti. Tato skutečnost se týká především pracovníků, kteří pracují ve směnném provozu a pracují na více domácnostech. Dva klíčoví pracovníci připouštějí, že to, zda se cíle daří plnit je individuální, ovlivněno schopnostmi, dovednostmi a limity, které přináší míra postižení klienta. V případě, kdy se nastavené cíle spolupráce plnit nedaří je o této skutečnosti zpracován záznam do evidence záznamů o průběhu poskytování sociální služby.**

## **6.9 Interpretace DVO 5**

**DVO 5: Jaké jsou dle názoru klíčových pracovníků a klientů bariéry v naplňování nastavených cílů spolupráce?**

Cílem této otázky je zmapovat s jakými překážkami se v rámci naplňování nastavených cílů spolupráce klienti a pracovníci setkávají a zda by bylo možné tyto bariéry v naplňování cílů z jejich pohledu odstranit.

Díličí výzkumná otázka DVO 5 byla rozpracována do tazatelských otázek TO13 P až TO14 P a TO6 K až TO7 K.

Na tuto otázku odpovídali klíčoví pracovníci a klienti domova pro osoby se zdravotním postižením.

**TO13 P: S jakými překážkami jste se setkal/a v rámci naplňování cílů stanovených v individuálním plánu?**

Respondent KP1 opět zdůrazňuje problematičnost práce na směny.

Respondent KP1: „Nemůžu plnit cíl kdykoli, jsem ve směnách a někdy to i z provozních důvodů nejde. Když jsem ve směně, musím se věnovat všem klientům na domácnosti.“

Respondent KP2 shledává obtíže v některých nastavených cílech spolupráce, které nejsou postaveny reálně, plnění cílů v některých indikovaných případech znemožňují obavy a meze dovedností klientů.

Respondent KP2: „Schopnosti klientů, nastavení cíle, který pro toho konkrétního klienta není reálný.“ Respondent KP5: „No teda když vezmu toho klienta F. tak handicap, vlastně u všech, ten handicap jim to nedovoluje. Třeba mi jeden klient nenastoupí do auta, nechce, bojí se.“

Respondent KP3 a KP4 opět zdůrazňují nedostatek prostoru pro individuální práci. Jeden z respondentů také zmínil nedostatek techniky - počítačů pro pracovníky.

Respondent KP4: „Nedostatek času na individuální práci s klienty, aby se mohlo individuálně pracovat na plánu klienta, taky nás limituje technické vybavení, nedostatek počítačů.“

#### **TO14 P: Jak by bylo z Vašeho pohledu možné tyto překážky odstranit?**

**Respondent KP1 navrhuje pro odstranění překážek mít směnu, v rámci které by se mohl věnovat svým klíčovým klientům.**

**Respondent KP2, KP3 a KP4 se shodli na tom, že by bylo zapotřebí mít více prostoru pro individuální práci s klienty, pracovat s klienty v menších skupinách.**

**Respondent KP3 a KP4 navrhují navýšení počtu personálu na počet klientů a snížení počtu klientů, u kterých by byli klíčovými pracovníky. Byla také zdůrazněna potřeba mít více technického vybavení.**

Respondent KP2: „Jít po menších krocích, dát klientům více času na plnění cíle, více individuální práce.“ Respondent KP3: „Mít méně klientů, věnovat se menší skupině, maximálně asi tak šest lidí, mít maximálně tři klienty jako klíčový pracovník.“ Respondent KP4: „Mít menší skupinu klientů, navýšení personálu na počet klientů, více počítačů mít k dispozici.“

Dle respondenta KP5 nelze s bariérami, se kterými se setkává v rámci plnění nastavených cílů spolupráce nijak pracovat.



### **TO6 K: Jaký máte nastavený cíl v individuálním plánu?**

Odpověď na tuto otázku vědělo sedm respondentů. Tři respondenti chvíli o položené otázce přemýšleli, následně buď samostatně (jeden respondent) nebo s pomocí (dva respondenti) dohledali nastavený cíl spolupráce v individuálním plánu.

Na tuto otázku se bylo zapotřebí respondentů ptát značně individuálně a používat termíny a slovní spojení, které jsou zvyklí používat v rozhovoru se svou klíčovou pracovnící (alternativně tedy například: „*Na čem pracujete se svojí klíčovou pracovnící?*“ „*Co jste si s klíčovou pracovnící domluvili?*“, apod.). Respondent 1 odpověděl: „*Nevím, jestli budu plánovat něco s klíčovou pracovnící. V květnu jsem měl narozeniny. Byl jsem v cukrárně na zákusku a na kapučínu.*“

Respondent 4 odpověděl: „*Balíček chci.*“. Svoji odpověď doplnil o ukazování fotografií ve svém individuálním plánu. Cílem v individuálním plánu bylo: Chodit si s podporou pracovníka nakupovat potraviny do pojízdné prodejny, učit se vybrat si potraviny a platit nákup.

Respondent 5 odpověděl: „*Dobře jde praní. Práci nemůžu sehnat. Práci mám v cíli.*“ Respondent 8: „*Ted' pracujeme na tom, že budu chodit na vaření, od Evičky se hodně naučím.*“

### **TO7 K: Jak se Vám daří plnit Váš cíl?**

**Dle názoru všech respondentů se jim daří úspěšně plnit nastavené cíle spolupráce. Žádný z respondentů nevidí překážky v plnění nastavených cílů spolupráce.**

Odpověď respondenta 2, který se v rámci cíle učí manipulovat s mobilním telefonem: „*Telefonování se mi daří, volal jsem bráchovi, on se mě ptal, co potřebuji, tak jsem mu řekl, že jsem zkoušel, jestli mi to půjde volat.*“

Respondent 7 se chce učit pečovat o zahradu, jeho odpověď: „*Jde to hezky, chválí mě, dělám do třech hodin. Minule jsem si vytáhl plevel, používal hrábě. Dojdu si pro prádlo, uklízím prádlo, počítám do dvanácti nul, bilionů.*“

## **6.10 Shrnutí DVO 5**

**DVO 5: Jaké jsou dle názoru klíčových pracovníků a klientů bariéry v naplňování nastavených cílů spolupráce?**

**Respondenti klíčoví pracovníci v rámci odpovědi na tuto otázku zdůrazňují úskalí práce ve směnném provozu. Vidí nesnáze v některých nereálně nastavených cílech spolupráce, plnění cílů je v některých situacích omezeno obavami a hranicemi dovedností klientů. Je zde vyzdvihnut nedostatek prostoru pro individuální práci s klienty a zmíněn nedostatek počítačů pro pracovníky.**

Pro odstranění bariér pracovníci navrhují následující řešení, pro směnné pracovníky mít směnu, v rámci které by se mohli věnovat svým klíčovým klientům, mít více prostoru pro individuální práci s klienty, pracovat s klienty v menších skupinách a v neposlední řadě navýšení počtu personálu na počet klientů a snížení počtu klientů, u kterých by byli klíčovým pracovníkem.

**Z pohledu klientů nejsou v naplňování nastavených cílů spolupráce žádné bariéry. Klientům se dle jejich názoru daří cíle plnit. Dotazovaní klienti se při otázce, jak se daří plnit jejich cíle, jeví motivovaní, optimisticky naladěni a spokojeni s výsledky jejich práce.**

## 7 **Zodpovězení hlavního cíle a doporučení pro praxi**

Hlavním cílem metodické části bakalářské práce bylo **zjistit postoj a názory klientů a klíčových pracovníků na proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením.**

Hlavní cíl byl rozpracován do pěti dílčích výzkumných otázek. Prostřednictvím těchto otázek byla získána odpověď na hlavní výzkumnou otázku a cíl metodické části práce.

Na základě rozhovorů s respondenty bylo zjištěno, že individuální plány klientů jsou po jejich aktualizaci obsáhlejší. Oproti předchozímu způsobu procesu individuálního plánování je zpracování plánu administrativně náročnější. Plány ovšem poskytují více informací o klientech a tudíž lze klienty lépe poznat a porozumět jejich potřebám a přáním.

Po zavedení nové metodiky individuálního plánování do praxe se zlepšila efektivita předávání informací mezi pracovníky.

Klíčoví pracovníci ovšem shledávají obtíž v pamatování si termínů, kdy mají individuální plány společně s klienty přehodnocovat.

Pracovníci domova absolvovali několik kurzů individuálního plánování, žádný z nich jim ovšem neposkytl konkrétní návod, jak v praxi daného domova individuálně plánovat s klienty. Uvítali by další vzdělávání v oblastech práce s motivací klienta, praktické nácviky metod a technik práce s klienty při konkrétních činnostech a sdílení zkušeností se zařízeními, které se rovněž nacházejí v procesu transformace poskytování pobytových sociálních služeb.

Pracovníci by ocenili mít k dispozici pomůcky pro komunikaci s klienty (např.: fotografie, vizuální pomůcky, apod.), mít víc technického vybavení, mít možnost pracovat s menší skupinou klientů či mít větší prostor pro individuální práci s klienty. To souvisí i s potřebou snížit počet klientů, pro které jsou klíčovými pracovníky.

Klientům domova se líbí forma zpracování nových individuálních plánů, oceňují především doplnění plánu o názorné fotografie či to, že jsou plány uzpůsobeny jejich individuální potřebám (např.: zvětšené písmo, apod.).

Jeden z klientů vyjádřil nespokojenost s formou zpracování tabulek s oblastmi podpory.

Dle názoru klientů se jim nastavené cíle spolupráce daří plnit, při rozhovorech o individuálních plánech se všichni jeví motivovaní, optimisticky naladěni a natěšení na další spolupráci s klíčovými pracovníky.

V rámci výzkumného šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Informace byly shromažďovány prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s otevřenými otázkami. Volba výzkumné strategie se při získávání informací osvědčila. V rámci rozhovorů s dotazovanými klienty bylo v některých případech zapotřebí otázky pokládat individuálně a individuálně je přeformulovat tak, aby byly pro klienty dostatečně srozumitelné, akceptovali jejich komunikační rámec a respektovali slovní spojení, která jsou klienti zvyklí ve svém slovním projevu používat.

Doporučení pro praxi:

- Zvolit systém, který by připomínal nutnost přehodnocení individuálního plánu s klienty (např.: nastavení upozornění na přehodnocení v počítačovém programu, zpracování seznamu plánovaných přehodnocení, apod.)
- Zpracovat názorný návod doplněný o konkrétní příklady, jak v praxi daného domova individuálně plánovat s klienty
- Umožnit další vzdělávání pracovníkům v oblastech práce s motivací klienta a praktické nácviky metod a technik práce s klienty při konkrétních činnostech
- Zajistit stáže v domovech pro osoby se zdravotním postižením, které se rovněž nacházejí v procesu transformace poskytování pobytových sociálních služeb.
- Zakoupení pomůcek pro komunikaci s klienty a další technické vybavení
- Umožnit pracovníkům pracovat s menší skupinou klientů, mít prostor pro individuální práci s klienty
- Zpracování tabulek s oblastmi podpory formou atraktivnější pro klienty (např.: doplnění o fotografie, apod.)

## **Závěr**

V teoretické části bakalářské práce byly vymezeny a popsány základní termíny spojené s tématem, konkrétně problematika domovů pro osoby se zdravotním postižením a jejich legislativní zakotvení, otázka transformace pobytových sociálních služeb a oblast procesu individuálního plánování v sociálních službách.

Téma transformace pobytových sociálních služeb, konkrétně domovů pro osoby se zdravotním postižením je aktuálním trendem v oblasti poskytování pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Tento proces by měl vést k přechodu klientů z ústavního prostředí do prostředí běžného, které se pokud možno co nejvíce přibližuje prostředí domácímu. Pro přechody klientů z prostředí ústavního je zapotřebí, aby se klienti učili žít „běžným způsobem života“ a využívali zdroje podpory v komunitě a místní sociální služby. Proces individuálního plánování má klienty podporovat právě v tom, aby mohli žít běžným způsobem života, který je v dané společnosti obvyklý.

Hlavním cílem metodické části bakalářské práce bylo zjistit postoj a názory klientů a klíčových pracovníků na proces individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením.

Realizovaným výzkumným šetřením byl naplněn hlavní cíl práce a byly zodpovězeny dílčí výzkumné otázky. Výhodou vybrané výzkumné strategie byla i možnost osobního kontaktu a realizace výzkumného šetření v přirozeném prostředí pro respondenty a možnost zvolení si způsobu vedení rozhovoru dle potřeb respondenta.

Konečným výstupem bakalářské práce jsou konkrétní doporučení pro praxi individuálního plánování vybraného domova pro osoby se zdravotním postižením. Tyto výstupy bakalářské práce byly předány vedení domova.

System individuálního plánování ve vybraném domově pro osoby se zdravotním postižením je nastaven v souladu s platnou legislativní úpravou. Domov prokázal, že plánuje průběh poskytování sociální služby dle nastavených cílů spolupráce, vede písemné záznamy o průběhu poskytování sociální služby, pravidelně přehodnocuje individuální plány společně s klienty, každý klient má svého klíčového pracovníka a domov má zpracovanou metodiku individuálního plánování s klienty, dle které se řídí.

Na základě výstupů bakalářské práce a navrhovaných doporučení byl v domově zvolen systém, který připomíná pracovníkům nutnost přehodnocení individuálního plánu (v počítačovém programu). Sociální pracovníce zpracovaly názorný návod pro proces individuálního plánování (komentovaný vzor formuláře pro individuální plánování) a shrnuly nejdůležitější body procesu individuálního plánování do prezentace. Dále byly zakoupeny pomůcky pro alternativní komunikaci s klienty. Další body navrhovaných doporučení pro praxi jsou v řešení, odvíjí se od finančních a personálních možností poskytovatele sociální služby.

V praxi se osvědčilo individuální plány klientů doplňovat o fotografie a zobrazení konkrétních věcí. Tento způsob zpracování individuálních plánů umožňuje klientům lépe se orientovat v textu a porozumět jeho obsahu. Bylo by zapotřebí lépe nastavit možnosti pracovníků pracovat s menší skupinou klientů a poskytnout pracovníkům více prostoru pro individuální práci s klienty. Tato oblast není nijak řešena ani metodicky zakotvena.

## Seznam použité literatury

- (1) ADAMEC, Aleš, FIEDLEROVÁ, Jana, HRADILKOVÁ, Terezie, PALEČEK, Jan a ŠVEŘEPA, Milan. Vize a principy deinstitucionalizace. In: *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: MPSV ČR, 2013, s. 15-19. ISBN 978-80-7421-057-0.
- (2) BEDNÁŘ, Martin. *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 153 s. ISBN 978-80-244-3069-0.
- (3) BEDNÁŘ, Martin. *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2014, 104 s. ISBN 978-80-87623-10-7.
- (4) BICKOVÁ, Lucie a HRDINOVÁ, Dana. Proces individuálního plánování. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011, s. 71-86. ISBN 978-80-904668-1-4.
- (5) BUDSKÝ, Šimon, HRADILKOVÁ, Terezie, OJČÍKOVÁ, Helena, PEŠKOVÁ, Lucie, STEHLÍKOVÁ, Vladislava a ŠVEŘEPA, Milan. Řízení transformace ústavu. In: *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: MPSV ČR, 2013, s. 135-168. ISBN 978-80-7421-057-0.
- (6) ČÁMSKÝ, Pavel, SEMBDNER, Jan a KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
- (7) ČERMÁKOVÁ, Kristýna a JOHNOVÁ, Milena. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2003, 112 s. ISBN 80-86552-66-7.
- (8) ČIBEROVÁ, Hana, JANEČKOVÁ, Eva a MACH, Petr. *Průvodce systémem poskytování sociálních služeb*. Olomouc: Anag, 2016, 350 s. ISBN 978-80-7554-0009-6.

- (9) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- (10) JOHNOVÁ, Milena. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004, 24 s. ISBN 80-86552-98-5.
- (11) JOHNOVÁ, Milena. *Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením*. Sociální práce, 2008, č. I, s. 53-57. ISSN 1213-6204.
- (12) KISVETROVÁ, Helena a JEŽORSKÁ, Šárka. *Osoby se zdravotním postižením: vybrané kapitoly I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 172 s. ISBN 978-80-244-4064-4.
- (13) KRUTILOVÁ, Dagmar, ČÁMSKÝ, Pavel a SEMBDNER, Jan. *Sociální služby: Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Tábor: ABENA, 2008, 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.
- (14) MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- (15) MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- (16) SLÁDEK, Miloš. *Inspekce kvality v rezidenčních zařízeních sociálních služeb- etické aspekty*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2013, 221 s. ISBN 978-80-87398-37-1.
- (17) SOKOL, Radek a TREFILOVÁ, Věra. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: Aspi, 2008, 444 s. ISBN 978-80-7357-316-4.
- (18) ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace : vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006, 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- (19) ŠVARŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.



(20) VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan a LEČBYCH, Martin. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012, 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

(21) VÍTOVÁ, Marcela. Jsem klíčový pracovník. In: *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 2011, s. 113-124. ISBN 978-80-904668-1-4.

### **Zákony a vyhlášky**

(1) Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. [online 30. 9. 2017]  
Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf).

(2) Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. [online 1. 10. 2017] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20171001>.

(3) Vyhláška č. 505/2006 Sb., *kteou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. [online 15. 9. 2017]  
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505/zneni-20160901>.

### **Další zdroje**

(1) Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a Kritéria transformace a deinstitucionalizace. [online 20. 9. 2018] Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteriaSSKCH-a-TaDI.pdf>

(2) Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online 15. 9. 2017] Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1511815351086\\_10](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1511815351086_10).

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Transformace výzkumných otázek (zdroj vlastní)

Tabulka č. 2: Identifikace respondentů - klienti domova (zdroj vlastní)

Tabulka č. 3: Identifikace respondentů - klíčoví pracovníci (zdroj vlastní)

## **Seznam zkratk**

IP: Individuální plán

## **Seznam příloh**

Příloha A: Tazatelské otázky pro klíčové pracovníky

Příloha B: Tazatelské otázky pro klienty

## **Příloha A: Tazatelské otázky pro klíčové pracovníky**

TO1 P: Jak dlouho jste klíčovým pracovníkem?

TO2 P: Co si myslíte o nové metodice individuálního plánování s klienty?

TO3 P: Jakou máte zkušenost s individuálním plánováním v jiné službě? Porovnejte.

TO4 P: Jaké jste absolvoval/a vzdělávání vztahující se k individuálnímu plánování?

TO5 P: Jaké vzdělávání vztahující se k individuálnímu plánování byste chtěl/a v budoucnu absolvovat nebo které by Vám dle Vašeho názoru mohlo pomoci v rámci individuálního plánování?

TO6 P: Kolika klientům jste klíčovým pracovníkem?

TO7 P: Jak zjišťujete potřeby, přání a očekávání klientů?

TO8 P: Co si myslíte, že by Vám mohlo pomoci snáze zjišťovat přání, potřeby a očekávání klientů?

TO9 P: Poskytuje dle Vašeho názoru individuální plán dostatek informací o klientovi?

TO10 P: Jakou oblast byste do individuálního plánu doplnil/a?

TO11 P: Jakou oblast byste z individuálního plánu vynechal/a?

TO12 P: Jak se Vám daří plnit nastavené cíle spolupráce v rámci individuálních plánů?

TO13 P: S jakými překážkami jste se setkal/a v rámci naplňování cílů stanovených v individuálním plánu?

TO14 P: Jak by bylo z Vašeho pohledu možné tyto překážky odstranit?

## **Příloha B: Tazatelské otázky pro klienty**

TO1 K: Kdo je Váš klíčový pracovník?

TO2 K: Jak často si povídáte se svým klíčovým pracovníkem o plánu?

TO3 K: Máte svůj plán u sebe? Kde?

TO4 K: Co se Vám v novém plánu líbí?

TO5 K: Co se Vám v novém plánu nelíbí?

TO6 K: Jaký máte nastavený cíl v individuálním plánu?

TO7 K: Jak se Vám daří plnit Váš cíl?