

Univerzita Karlova v Praze  
Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Martina Procházková

**Zavedení procesu individuálního plánování průběhu sociální služby  
v domově pro seniory**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 12. listopadu 2010

Martina Procházková

### **Poděkování**

Děkuji PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc. za podněty, rady a připomínky při zpracovávání mé magisterské práce. Dále děkuji lektorovi Bc. Miloslavu Pípalovi, všem spolupracovníkům, kteří mi dovolili monitorovat supervizní setkání pro účel mého kvalitativního výzkumu a věnovali mi svůj čas, kolegyním Simoně Kronďákové, Alici Pánkové a Mgr. Renátě Nentvichové – Novotné za spolupráci při sběru dat k výzkumu kvantitativnímu. Vedení domova pro seniory děkuji za důvěru a podporu.

Martina Procházková

## **ABSTRAKT**

Tématem práce je zavedení procesu individuálního plánování sociální služby do zařízení sociální péče domova pro seniory. Proces je zasazen do legislativy sociálních služeb České republiky, která po roce 2007 dostala komplexních změn. Práce obsahuje strategický plán, jak takový proces v zařízení zrealizovat.

Ve výzkumné části je popsáno, jak se vybraným pracovníkům individuální plánování služby podařilo v zařízení zavádět. Kvalitativními metodami výzkumu bylo sledováno, jak pracovníci zavádění individuálního plánování prožívali a jak se vyvíjeli jejich postoje a chování. Dále byly pomocí dotazníků sledovány dopady procesu na spokojenost uživatelů před a po zavedení individuálního plánování.

Výzkum přinesl podněty pro vznik metodiky individuálního plánování v organizaci.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Domov pro seniory, Zákon o sociálních službách, Standardy kvality sociálních služeb, individuální plánování průběhu sociální služby, vzdělávání zdravotnických a sociálních pracovníků, metodika individuálního plánování.

## **ABSTRACT**

The theme of the diploma thesis presented is the implementation of individual planning process in the elderly homes' social care. The process is set in the legislature of the social services of the Czech Republic, which has met several complex changes. The thesis contains a strategic plan how to implement such process in an institute.

In the research part there has been described how successful the selected staff were in the individual planning process implementing. Qualitative methods of research were used to observe how staff got through the individual planning process and how their approach and behaviour developed. Furthermore the questionnaires were used to observe the impact on users' contentment before and after the individual planning process implementing.

In the research the qualitative as well as quantitative research methods were applied. The research has brought in suggestions for creation of a methodology for individual planning process in an organization.

## **KEYWORDS**

Retirement Homes, Social Service Law, Social Service Quality Standards, Individual Planning Process of a Social Service Course, Education of Health and Social Staff, Methodology for Individual Planning Process.

## OBSAH:

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
1. VÝVOJ SOCIÁLNÍHO SYSTÉMU ČESKÉ REPUBLIKY V KONTEXTU PÉČE O SENIORY .....	10
1. 1. <i>Starý člověk v rodině a jeho penzionování</i> .....	10
1. 2. <i>Základy vývoje sociálního systému v České republice</i> .....	11
1. 3. <i>Proces deinstitucionalizace v 70. letech</i> .....	12
1. 4. <i>Společenské výzvy k tématu péče o seniory dnes</i> .....	14
1. 5. <i>Vliv mezinárodních a národních dokumentů na systém sociálních služeb péče o seniory</i> .....	14
1. 6. <i>Vliv systémů sociálních služeb Evropské unie</i> .....	16
1. 7. <i>Vliv modelů kvality</i> .....	16
2. KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY.....	17
2. 1. <i>Kvalita jako kategorie</i> .....	17
2. 2. <i>Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních</i> .....	18
2. 3. <i>Řízení kvality v péči o seniory</i> .....	19
3. SOUČASNÁ LEGISLATIVA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE .....	20
3. 1. <i>Zásady kvality sociálních služeb dle zákona</i> .....	21
3. 2. <i>Podmínky poskytování sociálních služeb a povinnosti poskytovatele</i> .....	21
3. 3. <i>Inspekce poskytování sociálních služeb</i> .....	22
3. 4. <i>Odbornost pracovníků jako základní předpoklad pro poskytování kvalitní služby</i> .....	22
3. 5. <i>Finanční zabezpečení služby jako předpoklad pro poskytování kvalitní služby</i> .....	23
4. STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	23
4. 1. <i>Standardy kvality jako norma kvality v sociálních službách</i> .....	23
4. 2. <i>Rozdělení standardů a jejich stručný obsah</i> .....	25
4. 3. <i>Zavádění standardů kvality do pobytových zařízení</i> .....	29
5. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	30
5. 1. <i>Individuální plánování průběhu sociální služby dle zákona o sociálních</i> .....	30
5. 2. <i>Podmínky a principy individuálního plánu péče o uživatele</i> .....	31
5. 3. <i>Povinnosti poskytovatele sociálních služeb v individuálním plánování</i> .....	32
5. 4. <i>Metodika individuálního plánování</i> .....	34
5. 5. <i>Tělesné a psychosociální potřeby uživatelů</i> .....	34
5. 6. <i>Saturace potřeb uživatele sociálních služeb</i> .....	35
5. 7. <i>Životní příběh uživatele v plánování služby</i> .....	37
5. 8. <i>Vztah potřeb, očekávání a spokojenosti</i> .....	38
5. 9. <i>Umění komunikace při individuálním plánování</i> .....	39
<b>II. EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>40</b>
6. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍ PÉČE DOMOV PRO SENIORY.....	40
6. 1. <i>Základní charakteristika zařízení sociální péče domova pro seniory</i> .....	40
6. 2. <i>Analýza organizace na téma individuálního plánování</i> .....	41
6. 3. <i>Analýza individuálních plánů</i> .....	43
6. 4. <i>Závěr z analýzy organizace na téma individuálního plánování</i> .....	44
6. 5. <i>Plán zavádění procesu individuálního plánování do domova pro seniory</i> .....	45
7. VÝZKUM.....	58
7. 1. <i>Úvod do výzkumu</i> .....	58
7. 2. <i>Kvalitativní výzkum</i> .....	59
7. 2. 1. <i>Metodologie výzkumu I. akce – fenomenologické zkoumání</i> .....	60
7. 2. 2. <i>Organizace výzkumu - rozhovor</i> .....	62
7. 2. 3. <i>Výzkumný soubor</i> .....	64
7. 2. 4. <i>Sběr dat – rozhovor a pozorování</i> .....	65
7. 2. 5. <i>Prezentace výsledků výzkumu</i> .....	66
7. 2. 6. <i>Hypotézy</i> .....	86
7. 2. 7. <i>Diskuse</i> .....	86
7. 2. 8. <i>Reflexe výzkumníka</i> .....	89
7. 3. <i>Kvantitativní výzkum</i> .....	90
7. 3. 1. <i>Metodologie výzkumu II. akce – dotazník</i> .....	90
7. 3. 2. <i>Definice výzkumného problému a výběr vzorku</i> .....	91
7. 3. 3. <i>Výzkumné hypotézy</i> .....	92
7. 3. 4. <i>Tvorba dotazníku a organizace výzkumu</i> .....	93

7. 3. 5. Sběr dat .....	93
7. 3. 6. Prezentace výsledků výzkumu .....	94

<b>LITERATURA.....</b>	<b>109</b>
------------------------	------------

<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>113</b>
----------------------	------------

## ÚVOD

Již čtvrtým rokem je v naší republice platný zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který odstartoval transformaci sociálních služeb naší země. Zákon udal nový směr všem poskytovatelům sociálních služeb. Charakterizuje především jednotlivé sociální služby, pro které uvádí podmínky registrace, zavádí novou sociální dávku „příspěvek na péči“, za kterou by si uživatelé služeb měli službu zakoupit a klade důraz především na dodržování lidských práv a individuální přizpůsobování služby. Jako součást nového zákona byly vydány i Standardy kvality sociálních služeb, které tvoří přílohu č. 2 vyhlášky 505/2006 Sb. a představují vodítka pro posuzování kvality poskytovaných služeb. Jednou z nejvýznamnějších novinek standardů je individuální plánování sociální služby, na které jsem se ve své práci zaměřila, a to pro cílovou skupinu seniorů v sociální službě domova pro seniory.

Ze své třináctileté praxe sociálního pracovníka v pobytových sociálních službách jsem si vědoma, jak je individualizace služeb v domovech pro seniory velmi důležitá, neboť zde uživatelé jsou na službě závislí v základních životních oblastech a poskytovatel má nad nimi značnou moc. Aktuálními jsou zde témata dodržování lidských práv, míra soukromí, možnost svobodně se rozhodovat, individuálně si přizpůsobit režim dne, trávit podle svého volný čas a mít co nejvíce svůj vlastní život ve svých rukou. Taková témata bývají pro zařízení sociální péče domovů pro seniory každodenní otázkou související s kvalitou poskytovaných sociálních služeb.

Cílem této diplomové práce je seznámit čtenáře se základními změnami v sociálních službách v České republice, které přinesl v roce 2007 Zákon o sociálních službách a Standardy kvality sociálních služeb, především jeden z nich – Standard č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby. Diplomová práce popisuje, jak se dařilo pracovníkům pobytového zařízení sociálních služeb domova pro seniory zavádět individuální plánování do zařízení a jaké dopady měl tento proces na spokojenost uživatelů v souvislosti s poskytovanými službami, jednáním a chováním pracovníků před zavedením a po zavedení individuálního plánování. Ke zjištění bylo použito kvalitativního výzkumu u pracovníků, kteří individuální plánování do instituce přinášeli a doplňujícího kvantitativního výzkumu uživatelů, kteří byli do procesu zapojeni jako první.



A jelikož jedním z východisek individuálního plánování jsou potřeby uživatelů, na které má sociální služba reagovat, součástí této práce je i pojednání o potřebách člověka v kontextu vývojového období stáří.

Práce je strukturovaná do pěti teoretických kapitol a dvou praktických. V první kapitole se snažím krátce přiblížit historii sociálních služeb v České republice, jejich současný stav v zaměření na péči o seniory a okrajově uvádím mezinárodní dokumenty péče o seniory. Druhá kapitola krátce pojednává o pojmu kvality v sociálních službách. Ve třetí kapitole věnuji pozornost současné legislativě sociálních služeb a čtvrtá kapitola představuje jednotlivé standardy kvality sociálních služeb. Pátá kapitola více rozpracovává zakotvení individuálního plánování v legislativě České republiky a otvírá téma lidských potřeb v kontextu vývojového období stáří jako východiska individuálního plánování, na které má sociální služba reagovat.

Šestá kapitola stručně představuje pobytové zařízení sociálních služeb domov pro seniory, kde byl proces individuálního plánování průběhu služby s uživatelem zaveden. Součástí kapitoly je analýza organizace v tématu, na kterou navazuje navržený plán přípravy a realizace procesu, který obsahuje jednotlivé zásadní kroky k jeho zavedení a nástroje k jeho průběhu.

Sedmá kapitola navazuje na plán zavádění procesu kvalitativním výzkumem, který odpovídá na otázku: „Jak se vybraným pracovníkům organizace dařilo tento proces do zařízení zavádět“. Výzkum popisuje, kdo měl jakou zkušenost, potřeby a jaká témata se při vzdělávání pracovníků otevřela. Součástí výzkumu je i doplňující kvantitativní výzkum uživatelů domova pro seniory, který ověřuje hypotézy větší spokojenosti seniorů s poskytovanými službami po zavedení individuálního plánování sociální služby.

V závěru diplomové práce shrnuji poznatky z výzkumu, přijímám určitá doporučení a navrhuji komplexní metodiku procesu individuálního plánování v organizaci.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Vývoj sociálního systému České republiky v kontextu péče o seniory

V teorii vývoje péče o seniory v sociálních službách České republiky jsme se krátce zaměřili na význam role starého člověka v rodině v dřívějších dobách, abychom upozornili na hodnoty vývojového období stáří, které v moderní době „zdá se“ ustoupily do pozadí. Na vývoji institucionální péče domovů pro seniory v 70. letech a pozdějším procesu deinstitucionalizace ukazujeme, k jakým změnám v sociálních službách péče o seniory v minulosti docházelo a co znamenaly pro péče o seniory dnes.

Jelikož na změny sociálního systému České republiky měly vliv i mezinárodní dokumenty a sociální systémy Evropské unie, věnujeme jim pozornost v závěru této kapitoly.

### 1. 1. Starý člověk v rodině a jeho penzionování

V dřívější době všichni členové rodiny žili a pracovali společně, cílem jejich aktivit byla především jejich práce, která je měla uživit. Děti byly chápány jako perspektiva budoucnosti a tudíž návratnosti investic, kdy jednou budou splácet dluh za podporu a výchovu svým rodičům. Pokud žily rodiny na jednom místě, mohli předávat své „rodinné žezlo“ z generace na generaci. Starý člověk v rodině neztrácel svoji roli, i když měnil náročnou práci za méně zatěžující úměrně k věku a svým silám. (12, s. 76)

Haškovcová ve své monografii o stáří uvádí v kapitole „Rodina a její funkce“, že: „když už člověk na vesnici nemohl pracovat na poli, pomáhal na dvoře hospodářství. Když nestačil ani tam, pásal třeba husy. Tento způsob stárnutí v aktivitě byl přijatelný mj. proto, že měl svůj řád, svůj rituál“. (12, s. 77) Starý člověk se dříve těšil v rodině své úctě, neboť v ní většinou zastával roli zkušeného a moudrého člověka. Stárnutí člověka bylo chápáno jako přirozená věc a také k ní tak bylo přistupováno. Ve 20. století dopadaly na rodinu důsledky ekonomických změn ve společnosti, do popředí se dostal zájem o mladé a pracující lidi. Změny v pracovních příležitostech přinesly odchod mladých lidí z místa svého bydliště za prací a profesí a docházelo k zániku společného bydliště prarodičů, rodičů a dětí. Stárnoucí lidé se nestačili přizpůsobovat novému ekonomickému rozvoji, měnili svůj životní styl a přijímali nabídku státu do domovů důchodců a penzionů. (12, s. 77) „Ochod do penze se stal skutečnou nutností. Závislost starých lidí byla chápána jako

nezbytnost v rovině společenské, ale často jako obtíž v rovině individuální, tedy v rodině.“ (12, s. 81)

V roce 1999 měla naše Československá federativní republika nejnižší věkovou kategorii pro přiznání starobního důchodu ve světě. Lidé odcházeli do penze, když se ještě cítili aktivní. Penzionovaní lidé „jakoby“ odešli ze společnosti, i když byli státem přiměřeně materiálně zajištěni. (12, s. 83-84)

K tématu vývoje situace penzionování stárnoucích a starých lidí v České republice pokračujeme v následující kapitole, která stručně shrnuje historii sociálního systému České republiky.

## **1. 2. Základy vývoje sociálního systému v České republice**

Sociální služby mají v České republice dlouhou tradici, jejíž kořeny sahají až do habsburské monarchie. Vývoj sociálního zabezpečení na našem tehdejší území byl ovlivněn německou a rakouskou sociální politikou. Objevil se silný vliv katolické církve, která se věnovala nejchudším, v podstatě až do konce 18 století. Po roce 1785 v období po zrušení nevolnictví začali sedláci a rolníci zakládat první obce, které sehrály v této oblasti významnou roli. Během staletí se vyvinulo tzv. „domovské právo“, které v sobě zahrnovalo nejen právo na život na území obce, ale i právo na péči v případě chudoby. Domovské právo bylo pokrokové, sociální péče se snažila odstranit žebrotu a almužnictví. (3, s. 62)

„Systém se stal institucionalizovaný, stát, města a obce budovaly chorobince, starobince, ale také pastoušky pro chudé a domovské právo poskytovalo starým lidem určité základní jistoty v zaopatření.“ (12, s. 162)

Následně během průmyslové revoluce a vlivu dělnického hnutí a odborů se vyvíjely záruky minimálních příjmů a vyššího standardu sociální ochrany. Sociální zákonodárství, které zavedl kancléř Bismark a premiér Taaf, obsahovalo zajištění důstojného průměrného příjmu a náhradu příjmu v případě nemoci nebo sociálních situací, které vedly k pracovní neschopnosti. Jako nástroj k dosažení takového zajištění v českém systému bylo zavedeno sociální pojištění. Od první poloviny 20. století, po roce 1948 v rámci tehdejšího socialistického Československa se sociální zabezpečení orientovalo na sovětský model, který spočíval v paternalistickém modelu péče státu o občana a hlásal absenci chudoby. (3, s. 62 )

Od roku 1950, po zrušení domovského práva, sociální péči spravovaly tehdejší národní výbory. Ministerstvo zdravotnictví plánovalo cíle péče o seniory do roku 1975.<sup>1</sup> Poté došlo k rozvoji ústavní sociální péče, stát zřizoval domovy důchodců a přebíral jejich údržbu. (12, s. 180) „Myšlenka hmotného dostatku byla lákavá pro zřizovatele i konzumenty této formy péče.“ (12, s. 185) Provoz domovů důchodců byl dotován státem a stárnoucí a staří lidé do něho odcházeli dobrovolně a ještě v relativně dobrém zdravotním stavu. Platné předpisy pro přijetí do domova důchodců obsahovaly kritérium, „že budoucí obyvatel domova důchodců má být zcela, nebo prakticky zdravý a soběstačný.“ (12, s. 186)

Dalším vývojem se potvrdilo, že domovy důchodců jako institucionální zařízení nemohou být univerzálním řešením života starých lidí a nemohou plnit funkce, pro které byly zřizovány. Stárnoucí lidé v domovech důchodců ztráceli soukromí a přirozený kontakt s okolím, stávali se stále více nesoběstačnými a závislými na péči druhé osoby s potřebou komplexní zdravotní a sociální péče. (12, s. 188 – 190)

Možnost být umístěn do „domova důchodců“<sup>2</sup> jako instituce sociálních služeb získal před rokem 2007 každý senior, který si včas podal žádost o pobytovou službu. Pokud se v pořadníku posunul na první místo, byl zřizovatelem zařízení sociální péče vyzván a mohl do instituce nastoupit. Nebyla zohledněna soběstačnost seniora jako je tomu nyní.

Praxe v dnešní době nám ukázala, že umístěním značné části uživatelů do pobytových zařízení sociální péče se řeší jiné, nejen sociální problémy. Například odchodem do domovů pro seniory řeší rodina špatnou bytovou situaci než potřebu sociální pomoci. Nevhodné umístění do zařízení sociální péče je často důsledkem nedostatečné nabídky sítě služeb, s jejichž podporou a pomocí by mohl člověk se specifickými potřebami zůstat ve svém přirozeném prostředí. (24, s. 4)

### **1. 3. Proces deinstitucionalizace v 70. letech**

V České republice se jako v postkomunistické zemi Evropy přikročilo k řešení otázek lidských práv v porovnání s ostatními zeměmi se zpožděním několika desetiletí.

---

<sup>1</sup> S vývojem oboru geriatrie jako samostatného lékařského oboru vznikají také k 1.1. 1974 léčebny dlouhodobě nemocných. (12, s. 182)

<sup>2</sup> Před rokem 2007, tedy před platností Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách se domovy pro seniory nazývaly domovy důchodců.

Vývoj humanizace společnosti začal v Evropě již v období po druhé světové válce, náhled na práva lidí závislých na pomoci společnosti se vyvíjel v podstatě až v devadesátých letech společně s úctou „ke každému jedinci a k vědomí spoluodpovědnosti společnosti za kvalitu života každého jejího člena“. (24, s. 3)

Klíčovým procesem změny systému sociálních služeb u pobytových zařízení byl proces **deinstitutionalizace**.

V Koncepti podpory transformace pobytových sociálních služeb<sup>3</sup> je pojem deinstitutionalizace používán ve smyslu „**přechodu směrem k poskytování sociálních služeb zaměřeném na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Tento pojem v sobě zahrnuje také obecný princip řízené změny systému a jeho směřování.**“ (24, s. 3–4)

Společenská shoda a politické rozhodnutí státu otevřelo cestu plánu Koncepte podpory procesu transformace. Koncepte deklaruje zájem státu, aby se Česká republika vydala cestou vývoje sociálních služeb, která odpovídá vyspělým státům EU. Jednotlivé aktivity podpory transformačního procesu mají své cíle, jejichž podstatou je „zajištění nástrojů, které pomohou zařízením sociálních služeb směřovat ve svém vývoji k poskytování takových typů služeb, které odpovídají individuálním potřebám každého uživatele a odborným trendům. Je nutné zdůraznit, že samotná proměna pobytových zařízení sociálních služeb je otázkou individuální volby a vývoje každého jednotlivého zařízení.“ (24, s. 4) Jednotlivá opatření by měla být při vlastní implementaci přizpůsobována potřebám konkrétních uživatelů, využívajících ústavní péči, a zároveň by měly být vytvářeny programy a projekty zaměřené na prevenci institucionalizace osob se specifickými potřebami. „Jedná se o osoby se zdravotním postižením, zejména děti a dospělé s mentálním postižením a kombinovanými vadami, a dále pak seniory se sníženou schopností soběstačnosti a samostatnosti.“ (24, s. 4)

Země Evropské unie se procesem deinstitutionalizace začaly zajímat od 70. let minulého století. Transformace se stala cestou přirozeného vývoje, která vycházela z požadavků odborníků, uživatelů služeb, jejich rodin i samotných poskytovatelů, kteří měli zájem nabízet kvalitní služby na odborné úrovni. (24, s. 3)

Paternalistický model platil v české právní úpravě do počátku devadesátých let, kdy byla vypracována nová ekonomická reforma společně s reformou sociální. Výsledkem

---

<sup>3</sup> Celý název koncepte: Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.

tvorby na novém sociálním systému bylo v první polovině 90. let přijetí nového zákona o penzijním připojištění, zákona o státní sociální podpoře, zákona o důchodovém pojištění. V rámci novelizace zákonů o sociálním zabezpečení bylo umožněno realizaci sociálních služeb i obcím, městům a nestátním neziskovým organizacím. Vytvořily se nové nestátní subjekty, které poskytovaly sociální služby. O pojetí dalších systémů se vedly dlouhodobé diskuse, které vyústily až v roce 2006, kdy byl schválen nový zákon o sociálních službách. (36, s. 8)

#### **1. 4. Společenské výzvy k tématu péče o seniory dnes**

Péče o seniory představuje v sociálním systému České republiky společenskou výzvu. (31, s. 11) Přibývá starých osob v populaci a tudíž narůstá i počet osob, které nejsou schopny se z důvodu vysokého věku a zdravotního stavu postarat o sebe vlastními silami, z vlastních zdrojů. V České republice, podobně jako v dalších státech západního světa, dochází v posledním desetiletí k tzv. demografickému stárnutí, tedy k nárůstu podílu osob starších 65 let a poklesu podílu populace mladší let 15. Podle výsledků sčítání lidí, domů a bytů, žilo v roce 2001 na území České republiky 13,8 % osob starších 65 let. Během deseti až patnácti let se jejich podíl podle odhadů zvýší až na pětinu populace. (45).

K sociologickému jevu stárnutí populace přibývají i významné sociografické změny, se kterými se péče o seniory musí vyrovnávat, jako jsou např. vyšší účast žen na trhu práce, oslabené rodinné vazby, technologický pokrok a postupující liberalizace. Stárnutí populace se stává jedním z nejvíce diskutovaných fenoménů. Mnoho seniorů bude čerpat ze sociálního systému ČR a úbytek lidí v produktivním věku bude společně znamenat, „že čím dál méně lidí bude do systému, postaveném na průběžném financování, ze svých platů přispívat.“ (31, s. 11)

Senioři se tak stávají významným segmentem společnosti, specifickou cílovou skupinou, na níž svá rozhodnutí budou orientovat nejen politici, ale i ekonomické subjekty. (45)

#### **1. 5. Vliv mezinárodních a národních dokumentů na systém sociálních služeb péče o seniory**

Politika československého a později českého státu nebyla vůči seniorům vždy vstřícná. K procesu transformace ekonomiky v devadesátých letech se dá konstatovat, že

její důsledky dopadly na seniory více než jiné občany. „Postavení seniorů v České republice neodpovídá jejich zásluhám na vytvoření značných materiálních a duchovních hodnot společnosti a je i v rozporu s deklarovanými principy humanismu, morálky, etiky a principu rovnosti všech občanů a je na místě, aby společenské postavení seniorů bylo v návaznosti na mezinárodní a národní dokumenty obdobné jako je v jiných evropských státech.“ (40, s. 9)

Jistě by bylo zajímavé a užitečné blíže se zabývat vlivem mezinárodních dokumentů na novou právní úpravu sociálního systému České republiky, ale vzhledem k rozsahu tématu se jím v této práci nezabývám a uvádím přehled některých mezinárodních dokumentů, které se staly významné pro vývoj sociálního systému a problematiky seniorů České republiky.

- Evropská sociální charta (1961) (11)
- Charta základních sociálních práv pracujících (1989) (19)
- Úmluva o sociální politice (1997, stanovuje cíle sociální politiky, které vytyčila Sociální charta v roce 1989) (44)
- Lisabonská smlouva (2009) (30)
- Evropská charta pacientů seniorů (1997) (10)
- Charta práv umírajících (1999) (18)
- Konvence o biomedicíně (ratifikace v ČR 2001) (26)
- Vídeňský mezinárodní akční plán stárnutí (1982) (40, s. 10)
- Zásady OSN pro seniory (1991) (40, s. 11)
- Mezinárodní dokumenty přijaté na Kodaňském summitu OSN (1995) (40, s. 12)
- Montrealská deklarace (1999) (40, s. 12)
- Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (2002) (40, s.13)

Výchozím národním dokumentem péče o seniory v České republice je Usnesením vlády schválený 9. ledna 2008 **Národní plán přípravy na stárnutí Rady vlády pro seniory a stárnutí na období let 2008–2012**, který navazuje na Národní plán přípravy na stárnutí na období 2003–2007 a jehož cílem je vytvoření celospolečenského klimatu a podmínek pro řešení problematiky stárnutí seniorů v České republice. (40, s.14)

## 1. 6. Vliv systémů sociálních služeb Evropské unie

Nové systémy sociálních služeb, které se zformovaly počátkem 90. let, čerpaly z komparativních studií zaměřených na porovnání jednotlivých sociálních systémů zemí EU. V knize „Sociální služby – srovnání ČR a EU“ autor Ladislav Průša uvádí, že „poznatky, týkající se organizace, poskytování i financování sociálních služeb ve vybraných evropských státech ukázaly, že v této oblasti v Evropě žádné univerzální řešení neexistuje.“ (36, s.5) Sociální služby mají v každé zemi svoji historii, která udává směr jejich organizaci a financování. Ladislav Průša dále uvádí, že „tato skutečnost byla i jedním z aspektů, které komplikovaly zhruba 15 let dosažení konsenzu o hlavních principech nové právní úpravy systému sociálních služeb v naší zemi.“

Při hledání a přípravě nové právní úpravy přineslo v souvislosti s Evropskou unií významný posun v květnu roku 2006 přijetí tzv. **„Bílé knihy v sociálních službách**, která na základě hlavních vývojových trendů rozvoje sociálních služeb v evropských zemích charakterizovala základní východiska poskytování sociálních služeb: (36, s. 11)

- nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoliv jejich závislost,
- začlenění a integrace – nikoliv sociální vyloučení,
- respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti (neexistuje model, který by vyhovoval všem),
- partnerství – pracovat společně, nikoli odděleně,
- kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem,
- rovnost bez diskriminace,
- standardy národní, rozhodování na místě.“

Základní teze Bílé knihy v sociálních službách se podařilo uvést nabytím účinnosti zákona o sociálních službách do praxe.“ (40, s. 52)

## 1. 7. Vliv modelů kvality

Mezi další významné systémy, které ovlivnily nastavení nového sociálního systému a jeho hodnocení, patří modely kvality ISO 9000, TQM, EFQM, CAF nebo benchmarking. Tyto systémy ve srovnání se standardy kvality, které jsou definovány pro oblast péče, představují při zavádění do praxe pro poskytovatele dodatečnou výzvu, neboť nejsou vždy plně kompatibilní s kulturou a prostředím veřejných služeb. (5, s. 21)



Otázky modelů kvality patřily dříve spíše do komerční sféry. Před druhou světovou válkou, s rozvojem vědy a průmyslu, se začínají formovat vědecké přístupy ke kvalitě výrobků. V této době začal své práce publikovat americký vědec W. E. Deming, který se zaměřil především na metody hodnocení kvality a je považován za zakladatele modelu TQM. Model TQM je jedním z modelů, který ovlivnil i nastavení systému a hodnocení kvality v České republice. (29)

Na téma modelů kvality v praxi u sociálních služeb pro seniory Evers uvádí: „že péče o seniory jako forma osobní interakce se totiž liší od tradičních spotřebitelsko-dodavatelských vztahů tím, že částečně patří do oblasti označované jako sociální ekonomika, kde veřejný zájem a obavy uživatelů jsou stejně důležité jako preference spotřebitelů. Veřejné služby jako veřejné statky jsou spotřebovány ‘uno actu’ a operují na základě jiných principů než výhradně tržní produkty.“ (8, s. 13)

V dnešní době se setkáváme v oblasti hodnocení kvality sociálních služeb s různými modely, z nichž mnoho vzniklo ve výrobní sféře a později byly využity v oblasti sociálních služeb. Jednotlivé modely kvality významné pro formování standardů kvality sociální péče v České republice uvádíme v příloze č. 1. Jsou to modely ISO 9000, TQM, EFQM, CAF.

Pojmu kvalita sociálních služeb a řízení kvality v pobytových zařízeních pro seniory se okrajově věnuje následující kapitola „Kvalita sociálních služeb pro seniory“.

## **2. Kvalita sociálních služeb pro seniory**

### **2. 1. Kvalita jako kategorie**

Kvalita se odvozuje od latinského slova „qualis“ = jaký, tzn. „jaké povahy“. (24) Definice Evropské charty kvality (Paříž 1998) popisuje kvalitu jako cíl snažení o dokonalost. „Kvalita je metoda a cesta k podpoře aktivní účasti pracovníků založená na angažovanosti a odpovědnosti každého jednotlivce.“ (9, s. 1)

S pojmem kvalita se setkáváme v různých činnostech a procesech lidského konání. Prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky o kvalitě uvádí: „Kvalitu, na rozdíl od jiných atributů sociálních služeb, neurčuje zadavatel sociálních služeb, byrokrat či certifikátor, ale jen a pouze uživatel. Pouze uživatel/klient by měl posuzovat, co je a co není kvalita. Definice kvality je důležitým aspektem, protože vede přímo k měření a zlepšování. Není-li však vztah definován, neexistuje-li definice kvality,

pak nelze kvalitu měřit. Nelze-li něco měřit, pak to nelze účelově a efektivně zlepšovat.“ (17, s. 30–31)

## **2. 2. Kvalita života seniorů v pobytových zařízeních**

Od roku 2007, kdy vešla v platnost nová legislativa o sociálních službách, se stále hovoří, jak standardy kvality naplnit, jak porozumět a pojmout kvalitu jednotlivých služeb.

V literatuře je možné najít mnoho definic kvality sociální péče, jako například: „kvalita znamená efektivní využívání zdrojů, schopnost reagovat na individuální potřeby, úspěšnost při sociálním začleňování a při získávání autonomie a nezávislosti“. (35, s. 1)

Mátl uvádí ve zprávě z výzkumu řízení kvality dlouhodobé péče v České republice kategorie, které takové definice obsahují: „spokojenost klienta, reakce na potřeby uživatele, vysoká odborná úroveň péče, cenová přiměřenost, odpovídající prostředí, bezpečí, kontinuita péče a dostupnost.“ (31, s. 19)

Mátl dále uvádí, že „tento výzkum ukázal, že přestože existuje řada různých definic kvality dlouhodobé péče, jejich společným znakem je odkaz na koncept kvality života seniorů.“ (31, s. 19) Nicméně přestože je tématu kvality života věnováno mnoho literatury, v případě tohoto pojmu neexistuje konsensus, co kvalita života znamená v praxi. Důvodem různého vnímání těchto pojmů může být různé porozumění základním normám a výchozím hodnotám života člověka a společnosti. „Dominantní normy a hodnoty jsou definovány v teoriích, jako je teorie normalizace, teorie participace či teorie prevence, o které se opírá poskytování sociálních služeb. Zatímco tyto koncepty může považovat za vlastní společnost jako celek, nemusí je již sdílet všichni její jednotlivci.“ (31, s. 19)

Pokud se zabýváme kvalitou poskytovaných služeb v domovech pro seniory a vezmeme v úvahu např. soukromí uživatele, je velmi obtížné jej zajistit v budovách, které jsou postaveny již v minulosti a pokoje jsou koncipovány jako rodinné buňky se společnou koupelnou a toaletou nebo v horším případě jako pokoje více lůžkové.

„S takovýmto pojetím soukromí v domovech však nemusí souhlasit určité malé provázané komunity, jako třeba řádové sestry. Pojetí kvality služeb je tak odvislé od historických zkušeností, vnímaných potřeb a rizik, politické orientace, profesních názorů konkrétních účastníků procesu řízení kvality.“ (31, s. 19)

V současných domovech existuje mnoho oblastí, které narážejí na tlak zákona o sociálních službách a standardů sociální péče, neboť uživatelé služeb v domovech pro seniory přirozeně stárnou a stávají se stále více závislými na péči jiné osoby. Zařízení

sociální péče domovy pro seniory mají se stárnoucími uživateli stále vyšší nároky na ošetrovatelskou a zdravotní péči. Nedostatek odborného zdravotnického personálu v této oblasti a obecné omezení finančních prostředků na provoz sociálních služeb v České republice za poslední rok 2009 činí poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory náročnou činností. Záleží na každém managementu sociálního zařízení, jak si poradí se současnou situací. Jaké vize bude organizace poskytující sociální služby mít, jaké budou cíle jejího řízení, jaké kroky bude v jednotlivých obdobích financování poskytování sociálních služeb činit a jak povede a bude podporovat své pracovníky k novým způsobům myšlení a práce s uživateli.

Ke kvalitě života seniorů v domovech pro seniory vzniká v současné době nový systém hodnocení „Značka kvality v sociálních službách“ jako systém hodnocení domovů pro seniory z pohledu uživatelů této služby. Pro tento systém, který se inspiroval v zemích Evropské unie, byly pro Českou republiku analyzovány systémy hodnocení kvality pobytových sociálních služeb ve Velké Británii, Rakousku, Německu a Švýcarsku. Nový systém hodnocení bude vytvořen s ohledem na české realie, kulturu a současnou situaci v sociálních službách. (17, s. 30–31)

### **2. 3. Řízení kvality v péči o seniory**

Domnívám se, že v rámci vyjasnění cílů řízení kvality je důležité poukázat na skutečnost, že senior, jako každý člověk s velkou závislostí na péči jiné osoby, nebude tak aktivně hájit své potřeby, přání a svá práva. Zvláště se to týká seniora, který je znevýhodněn v důsledku chronické nemoci vedoucí k nesoběstačnosti. (16, s. 12–14)

Jinak bude chápat kvalitu služby uživatel, rodina uživatele, management a pracovníci poskytovatele, zřizovatel. V rámci tématu individuálního plánování poskytování sociální služby uživatelé služeb mnohdy nedokáží definovat, co doopravdy potřebují, co mají od služby očekávat. Stává se, že poskytované služby „naplánuje“ pracovník v zařízení a uživatel službu přijímá.

Pro stávající generaci seniorů je kvalita primárně spojena s cenou jako jejím nejdůležitějším atributem. „I v případě, že různí aktéři sdílí společnou definici a samotný cíl řízení kvality, názory na způsoby, jak tohoto cíle dosáhnout, se mohou velmi lišit. Lidé, kteří o kvalitě rozhodují, mají různé životní zkušenosti, jiné odborné kompetence, názory a také často odlišné priority.“ (31, s. 20)

Mátl ve své knize „Kvalita péče o seniory“ poukázal v této souvislosti na rozdílné přístupy ke kvalitě z pohledu pracovníků sociální péče a z pohledu zdravotnického personálu. Stále jiný přístup mají pracovníci zdravotnických úseků domova pro seniory a sociální pracovníci. Takové přístupy je třeba propojit, mluvit o nich, snažit se o kompromis při definování cílů řízení kvality i při stanovování vlastních nástrojů. „Překážkou úspěšného zavádění systémů kvality služeb je také často nerespektování potřeby postupného přijímání procesu změny všemi partnery, od uživatelů a jejich rodin počínaje, přes pracovníky přímé péče, vedoucí pracovníky, až po zástupce zřizovatele“.

(31, s. 20)

V řízení kvality sociálních služeb jsou zákonným nástrojem Standardy kvality sociálních služeb. Horecký v časopise „Sociální péče“ za srpen – září 2010 informuje v článku „Značka kvality v sociálních službách“ o vznikající metodice, která bude ověřovat naplnění jednotlivých subperspektiv při hodnocení kvality sociální služby domov pro seniory. Dále uvádí, že „v současné době vzniká Národní registr nezávislých odborníků, který bude podporovat dlouhodobý rozvoj kvality sociálních služeb v České republice a přispívat k jejich zefektivňování. Poskytovatelé budou mít možnost získat podporu nezávislého odborníka“ a budou mít usnadněno naplňování standardu o naplňování kvality poskytovaných služeb. (17, s. 31)

### **3. Současná legislativa sociálních služeb v České republice**

Od 1. ledna 2007 je účinný Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, společně s Vyhláškou 505/2006 Sb.<sup>4</sup> Sociální služby tak dostaly celé řadě významných změn, které uvádím níže.

Hlavním posláním zákona o sociálních službách je ochrana práv a oprávněných zájmů lidí, kteří jsou v jejich prosazování oslabeni z důvodu zdravotního postižení, věku či nepříznivé životní situace. (47)

Pomoc těmto osobám je zabezpečována způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti. (47) Vyhláška upravuje hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb. V příloze č. 2 této vyhlášky je upraven obsah standardů kvality sociálních služeb s poukazem na zásadnost standardu<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>5</sup> Příloha č.2 Vyhlášky 505/2006 Sb.

### 3. 1. Zásady kvality sociálních služeb dle zákona

Zákon o sociálních službách přináší následující 3 základní zásady kvality sociálních služeb: (47)

- zásadu ochrany lidských práv uživatele,
- zásadu individualizace služby,
- zásadu odbornosti a provozního zabezpečení.

Pokud se podaří poskytovatelům tyto zásady naplnit, bude prokázáno, že vyhověli stanoveným podmínkám v zákoně pro poskytování sociálních služeb, systému kontrol, požadavkům na odbornost sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

Dle zákona o sociálních službách je uživatelům přiznán příspěvek na péči a poskytovatelé jsou povinni uzavírat s uživatelem smlouvu.

Ve standardech kvality sociálních služeb jsou upraveny stížnostní postupy a ochrana práv uživatele. Díky těmto nástrojům by měli mít uživatelé vyrovnanější pozici k poskytovatelům sociálních služeb a mít tak vliv na zvyšování kvality poskytovaných služeb. (24, s. 15)

### 3. 2. Podmínky poskytování sociálních služeb a povinnosti poskytovatele

Pro poskytovatele sociálních služeb je stěžejní podmínkou pro jejich činnost oprávnění k poskytování sociálních služeb. Každý poskytovatel sociální služby musí podat žádost o registraci a splnit formální náležitosti uvedené v zákoně o sociálních službách. Oprávnění k poskytování sociálních služeb vzniká rozhodnutím o registraci. (47)

Zákon o sociálních službách v § 88 také stanovuje **povinnosti poskytovatelů** sociálních služeb. Tyto povinnosti jsou definovány v jednotlivých standardech kvality sociálních služeb a mezi hlavní oblasti patří informování uživatele o službě, podmínky pro naplňování lidských a občanských práv, zamezení střetu zájmů, stanovení pravidel pro podání stížnosti, plánování služby podle osobních cílů, potřeb a schopností uživatelů, uzavírání smlouvy o poskytnutí služby. (47)

Další povinnost poskytovatelů je specifikována v § 89 zákona o sociálních službách. Jedná se o vymezení přísných pravidel pro použití opatření omezujících pohyb osob, přičemž se vychází z předpokladu, že při poskytování sociálních služeb nelze používat

opatření omezující pohyb osob s výjimkou přímého ohrožení zdraví a života osob nebo zdraví a života jiných fyzických osob. (47)

### **3. 3. Inspekce poskytování sociálních služeb**

Poskytovatel sociálních služeb musí splňovat podmínky pro registraci, uvedené v zákoně o sociálních službách, respektovat dané povinnosti poskytovatelů a poskytovat kvalitní sociální služby. Zda-li jsou tyto podmínky a povinnosti splněny, zjišťují pravidelné kontroly inspekcí. Zákon nově definuje způsob kontroly<sup>6</sup> – inspekci poskytování sociálních služeb. (47).

Inspekci provádí krajský úřad, u poskytovatelů sociálních služeb, vůči nimž kraj vykonává funkci zřizovatele, dále také inspekce provádí MPSV. Kromě splnění podmínek a povinností poskytovatelů inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb jejich kvalitu. (47)

Provádění inspekcí poskytování sociálních služeb se řídí zákonem o státní kontrole<sup>7</sup>. (17, s. 31)

### **3. 4. Odbornost pracovníků jako základní předpoklad pro poskytování kvalitní služby**

V předchozí legislativní úpravě ČR nebylo definováno, kdo je oprávněn poskytovat sociální služby, ani nebylo stanoveno požadované vzdělání pro pracovníky v sociálních službách.

V současné době zákon jasně vymezuje okruh pracovníků, kteří vykonávají odbornou činnost v sociálních službách. Jedná se o sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotnické, pedagogické pracovníky a další odborné pracovníky, kteří přímo poskytují sociální služby. Zákon definuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka i pracovníka v sociálních službách a vzdělání, které je pro tuto odbornou činnost nezbytné. (47)

Jedním z předpokladů pro výkon činnosti v sociálních službách je odborná způsobilost. (41)

---

<sup>6</sup> Inspekce kvality jsou definovány § 97-§ 99 Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

<sup>7</sup> Zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole

„Zavedení konkrétních a povinných požadavků na vzdělání, které vedou ke zvyšování odborné způsobilosti pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách je nutné považovat za vysoce pozitivní krok ke zkvalitnění sociální práce a sociálních služeb.“ (24, s. 16)

Odbornou způsobilost k výkonu činností v sociálních službách je mimo jiné možno získat absolvováním akreditovaných vzdělávacích kurzů. MPSV pro účely zákona o sociálních službách rozhoduje o akreditaci vzdělávacích zařízení a jejich vzdělávacích programů a kontroluje činnost těchto vzdělávacích zařízení. K tomuto účelu také zřídilo Akreditační komisi pro oblast dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a rekvalifikačního vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Na webových stránkách MPSV ČR<sup>8</sup> je zveřejněn seznam akreditovaných vzdělávacích zařízení. (24, s. 16)

### **3. 5. Finanční zabezpečení služby jako předpoklad pro poskytování kvalitní služby**

Poskytování kvalitní sociální služby sebou přináší potřebu odpovídajícího finančního zabezpečení služby, zvýšené náklady na realizaci služby a především mzdové náklady pracovníků a na oblast jejich vzdělávání. Individualizace sociální péče odpovídá potřebě vyššího počtu pracovníků a jejich kvalifikace. Společně s potřebou kvalifikovaných pracovníků je tu také potřeba stavebních úprav a celkové humanizace zařízení sociální péče. Pobytová zařízení často neodpovídají standardům kvality sociálních služeb. Vyšší náklady nese i podpora služeb v přirozeném prostředí uživatele. Předpokládá se, že finanční zabezpečení pro transformaci sociálních služeb bude mít v budoucnosti vliv na úspory v systému sociálních služeb. (25, s. 16)

V současné době je několik možností, jak a kde může získat fyzická a právnická osoba, která poskytuje sociální služby, finanční prostředky na jejich poskytování:

- výběrová dotační řízení při MPSV ČR k poskytnutí dotace ze státního rozpočtu,
- dotační programy krajů a obcí, které vycházejí především z komunitního plánování.

(25, s. 16)

## **4. Standardy kvality sociálních služeb**

### **4. 1. Standardy kvality jako norma kvality v sociálních službách**

V České republice v minulosti nebyla, až do roku 1989, věnována systematická pozornost kvalitě poskytovaných sociálních služeb. Těmto otázkám se odborná veřejnost

---

<sup>8</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3949/seznam\\_200110.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3949/seznam_200110.pdf)

věnuje v posledních deseti letech. Do roku 2006 existovaly pro posuzování kvality sociální péče oficiálně pouze technické požadavky typu požárních předpisů, hygienických norem či účetních pravidel a postupů. Co se týká procesů poskytování péče, personálních a provozních aspektů neexistovala kromě dobrovolně vytvořených standardů kvality (od r.2002) žádná jednotná kritéria či legislativně daná pravidla, na základě kterých by bylo možné jejich kvalitu posuzovat. (31, s. 20-22)

Koncem devadesátých let MPSV iniciovalo diskuze s poskytovateli i uživateli sociálních služeb o kvalitě těchto služeb. Výsledky těchto diskuzí jsou zpracovány ve „Standardech kvality sociálních služeb“, v příloze č. 2 Vyhlášky 505/2006 Sb., která provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Standards kvality byly definovány v České republice pro všechny formy sociálních služeb - pobytové, ambulantní, terénní<sup>9</sup>.

K definování standardů kvality Evers uvádí, že „standards kvality mohou být definovány na úrovni jednotlivých poskytovatelů či uživatelů služeb nebo mohou být stanoveny profesními organizacemi či asociacemi reprezentujícími poskytovatele, uživatele či pečovatele nebo v neposlední řadě mohou být definovány a vyžadovány institucemi veřejné správy, často označované jako inspekční standards“. (8, s. 10)

Zavádění standardů je ze zákona povinné pro všechny poskytovatele sociálních služeb a práce na nich je neustálý konzultační proces managementu s pracovníky v přímé péči a uživateli. Na tvorbě standardů se mají podílet všichni pracovníci organizace a po jejich vytvoření se má konzultační proces opakovat a dále zdokonalovat. Standards jsou obecnými vodítky, jimiž posuzujeme, do jaké míry plní organizace dané požadavky a povinnosti. (5)

Standards kvality sociálních služeb mají všem pracovníkům být podporou a pomocí si uvědomit, co je v sociálních službách „to minimální“ důležité, co si sami mají rozpracovat, vydiskutovat, na co mají zaměřit pozornost a v rámci dobré praxe vydefinovat s uživatelem.

Pro veřejnost, rodinu uživatele a jeho blízké pak standards formulují, jak organizace má zajistit kvalitu poskytovaných služeb. Pokud zařízení poskytující sociální služby prošlo inspekcí kvality, je stvrzena skutečnost, že poskytuje kvalitní služby.

---

<sup>9</sup> Dle zákona 108/2006 Sb. lze rozlišit sociální služby na **pobytové**, tj. služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, **ambulantní**, tj. za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb, kdy není součástí služby ubytování a **terénní**, tj. služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.



Standardy kvality vedou poskytovatele sociálních služeb k tomu, aby zajišťoval nejen materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu sociální služby ale také podmínky odpovídající individuálním potřebám jejich uživatelů. Naplňování standardů v praxi by mělo vést k poskytování služeb odpovídajícím přirozeným individuálním potřebám člověka, který v daném zařízení sociální služby žije. (24, s. 5)

Standardy kvality sociálních služeb jsou rozříděny na jednotlivé oblasti, které mají svá zásadní a doporučená kritéria.<sup>10</sup>

Do následující části kapitoly zařazuji stručný vhled do vybraných standardů, které dotvářejí kontext tématu individuálního plánování.

## 4. 2. Rozdělení standardů a jejich stručný obsah

Standardů je v současné době celkem 15 a jsou rozděleny do tří skupin: (42)

- **procedurální** (např. cíle a způsoby poskytování služeb, ochrana práv osob, jednání se zájemcem o sociální službu, individuální plánování průběhu sociální služby),
- **personální** (např. personální zajištění služeb, profesní rozvoj zaměstnanců),
- **provozní** (např. místní a časová dostupnost sociální služby, informovanost o poskytované sociální službě, prostředí a podmínky).<sup>11</sup>

**První standard** zadává povinnost poskytovateli písemně si formulovat poslání a cíle služby, zásady poskytování sociálních služeb a cílovou skupinu, pro kterou službu poskytuje. První standard určuje poskytovateli, aby vytvářel takové podmínky poskytování služeb, při kterých osoby, kterým tyto služby přijímají, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situaci. Dále tento standard zadává poskytovateli, aby měl písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování služby, podle kterých postupuje. Součástí prvního standardu je i kritérium standardu, které není zásadní pro zpracování, ale je také důležité, a souvisí s vnitřními pravidly poskytovatele o ochraně uživatelů služeb před předsudky negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování služby. (42)

---

<sup>10</sup> Zásadní kritéria znamenají povinná kritéria pro naplnění standardu v jeho obsahu, kterými se poskytovatel má řídit a jejichž naplněním splňuje požadavky zákona a kontroly inspekce kvality poskytovaných služeb.

<sup>11</sup> Více informací viz. Standardy kvality sociálních služeb 2002, Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe 2002, Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

**Druhý standard** patří mezi standardy klíčové. Zabývá se dodržováním práv uživatelů služeb. Pracovníci by si měli při tvorbě tohoto standardu uvědomit a definovat oblasti, ve kterých může v rámci poskytování služby docházet k porušování práv uživatelů. V těchto oblastech si mají určit konkrétní situace relevantní pro své zařízení a písemně zpracovat doporučená pravidla, jak se v takových situacích chovat, jednat a postupovat, aby nedošlo k porušení základních lidských práv a svobod uživatele, a také, jak se chovat a jednat a postupovat, pokud k porušení těchto práv uživatele dojde. Druhý standard ukládá poskytovateli mít tato pravidla písemně zpracována. V oblastech, kde může dojít a nebo dochází k porušení práv uživatele standard č. 2 také ukládá poskytovateli mít písemně zpracované situace, kdy by mohlo dojít ke střetu zájmů se zájmy uživatelů služeb, včetně pravidel pro řešení těchto situací, podle kterých pracovníci postupují. (42)

Druhý standard je náročný na skupinovou práci všech pracovníků organizace, ale pokud se mu pracovníci věnují, bývá kvalitní podporou právě v situacích, kdy si pracovník neví rady, jak postupovat v náročných situacích u uživatele služeb, jako je např. odmítání přijetí léku, koupání, stravy, uzamčení uživatele v pokoji, střety zájmů uživatelů, pracovníků a rodinných příslušníků při poskytování zdravotní a sociální péče s otázkou, co si přeje uživatel, jaký názor zastává jeho rodina a co si myslí pracovník, že je pro uživatele nejlepší nebo nejpotřebnější z hlediska péče nebo ochrany před samotou, nemocí, smutkem, apod.

**Třetí standard** se věnuje procesu jednání se zájemcem o službu. Od platnosti zákona o sociálních službách, od r. 2007, přišla změna procesu přijímání nových uživatelů sociálních služeb. U služeb rezidenční péče již není postup přidělení uživatele na základě „rozhodnutí“ zřizovatele (např. Magistrátu hlavního města Prahy, kraje, ministerstva), který vedl pořadníky. Občané v době, kdy odcházeli do penze, si podávali žádosti o pobyt v „domově důchodců“, i když takovou sociální službu nepotřebovali, pro případ, kdyby zestárli, aby měli jistotu, že v pořádku naplnili čekací dobu, která činila před platností zákona o sociálních službách (před rokem 2007) i několik let. Nyní je situace taková, že se žadatel posuzuje dle potřeby sociálních služeb a nehledí se na dobu čekání v pořádku. Zájemce má tak jistotu, že nemusí podávat žádost na budoucí čas. Žadatelem se může stát ihned v případě, že onemocní nebo se dostane do nepříznivé životní situace. Taková životní situace je při podání žádosti posouzena ze zdravotních a sociálních důvodů a žadateli jsou poskytnuty služby sociálního poradenství a následně i sociálních a zdravotních služeb dle možností prostředí, oblasti, ve které žije.

Na základě **třetího standardu** „poskytovatel má písemně zpracovaná vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby“. Podle standardu č. 3 „příslušný pracovník dojednává se zájemcem o službu jaké osobní cíle by měla, či bude naplňovat, a jaká bude konkrétní forma, průběh, podmínky a rozsah poskytovaných služeb. Osobní cíle současně vycházejí z možností a schopností zájemce o službu.“ Součástí pravidel pro jednání se zájemcem o službu jsou i „písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem, podle kterých poskytovatel postupuje“. (41)

V procesu jednání se zájemcem o službu jsou uplatněny zásady dohody a dialogu pracovníka se žadatelem, poskytovatele s uživatelem. Uživatel žádá službu a poskytovatel nabízí poskytované služby. Pokud zájemce o službu podává žádost o poskytování služby a dochází mezi poskytovatelem služeb a zájemcem o službu ke vzájemné dohodě, uzavírají mezi sebou smlouvu. Taková smlouva může být uzavřena ústně, především u služeb poradenství nebo telefonických krizových linek apod., ale častěji bývá uzavřena písemně, jako je to v případech pobytových služeb např. domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem.

Pravidly pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby se zabývá **čtvrtý standard**. Zásadním kritériem standardu č. 4 jsou „písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena“. Standard č. 4 také doporučuje při uzavírání smlouvy postupovat tak, aby budoucí uživatel rozuměl obsahu a účelu smlouvy. Je tedy na pracovnících, kteří smlouvu s budoucím uživatelem uzavírají, jak s ním komunikují, zda jsou pro ně srozumitelní, jak jednotlivá ustanovení smlouvy vysvětlují a jak si ověřují, že jim uživatel rozumí. (41)

Čtvrtý standard je předcházejícím standardem pro individuální plánování, neboť zde pracovník sjednává s uživatelem rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání uživatele. (41)

**Pátý standard** ukládá poskytovateli povinnost průběh sociální služby s uživatelem individuálně plánovat. Tento standard je předmětem dalších kapitol této diplomové práce.

**Šestý standard** zadává poskytovateli mít „písemně zpracovaná vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o uživatelích, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace“, podle kterých pracovníci postupují. (41)

**Sedmý standard** stanoví poskytovateli povinnost mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností uživatelů na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, mít tato pravidla uveřejněna, seznámit s nimi pracovníky a uživatele a podle těchto pravidel postupovat. (41)

**Osmý standard** vyžaduje, aby uživatelé využívali i zdroje ve svém okolí. Poskytovatel by měl informovat a podporovat své uživatele k využití služeb, které se v okolí nacházejí. Může se jednat o služby kadeřnictví, pedikúry, kulturní centra, kina, divadla, bazény, knihovny, apod.

Poskytovatel by měl podporovat „návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje.“ (41)

**Devátý standard** Personální a organizační zajištění sociální služby se věnuje struktuře a počtu pracovních míst v organizaci, zpracovaným pracovním profilům, kvalifikačním požadavkům a osobnostním předpokladům pracovníků, kteří pracují v sociálních službách, organizační struktuře a počtu pracovníků v organizaci na druh poskytované služby, její kapacitě a počtu a potřebám uživatelů, kterým je poskytována. Standard č. 9 také ukládá poskytovateli mít zpracovaná pravidla pro přijímání, zaškolování a činnosti nových pracovníků, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem. (41)

Dalším **desátým standardem** je profesní rozvoj zaměstnanců, který se věnuje pravidelnému hodnocení pracovníků. To souvisí zejména se stanovením, vývojem a naplňováním osobních profesních cílů a potřeb pracovníků k další odborné kvalifikaci. Standard doporučuje mít zpracován systém výměny informací mezi pracovníky o poskytované službě, systém finančního a morálního oceňování pracovníků. Tento standard pojednává i o nezávislé podpoře kvalifikovaného odborníka pro pracovníky, kteří vykonávají přímou práci s uživateli. (41)

**Jedenáctý standard** pojednává o místní a časové dostupnosti poskytované služby, kdy poskytovatel určuje místo a dobu poskytování služby podle jejího druhu a okruhu uživatelů. U pobytových služeb domova pro seniory jsou důležité časy výdeje stravy, pracovní doba sociálních pracovníků, denní i noční služby zdravotnických pracovníků, otevření kiosku v domově, terapeutických dílen, apod.

Aby byly naplněny požadavky **dvanáctého standardu**, měl by mít poskytovatel zpracovány informace o poskytované sociální službě a to především okruhu tzv. cílové skupiny, pro kterou službu poskytuje. Důkazem jsou informační letáky, webové stránky poskytovatele, jeho jakákoliv prezentace pro veřejnost. (41)

**Třináctý standard** vyžaduje zajištění důstojného prostředí poskytované služby, které odpovídá cílové skupině uživatelů služeb a jejich individuálním potřebám a zajištění materiálních, technických a hygienických podmínek poskytovaných sociálních služeb. (41)

Předposlední **čtrnáctý standard** ukládá poskytovateli definovat nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby a najít k nim odpovídající nebo doporučená řešení, se kterými pracovníky seznámí a vytvoří takové podmínky, aby pracovníci byli schopni stanovené postupy použít. (41)

Závěrečný **patnáctý standard** završuje snahu a úsilí předešlých standardů, věnuje se zvyšování kvality sociální služby.

„Kvalita služby se jasně prokazuje tím, že se sociální služba stále vyvíjí, zlepšuje a směřuje k co největší kvalitě.“ (5, s. 146)

Patnáctý standard ukládá poskytovateli průběžně kontrolovat a hodnotit způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých uživatelů. Do tohoto standardu patří také průběžné zjišťování spokojenosti uživatelů s poskytovanými službami, hodnocení a spokojenost pracovníků, jiných zainteresovaných fyzických i právnických osob a také využití stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnětu pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby. (41)

Standardy kvality sociálních služeb jsou novou filozofií přístupu na cestě k uživateli. Pokud budeme standardy chápat jako vymezení hranic, které poskytovatelům mají pomoci orientovat se v nových podmínkách sociálního systému a lépe se jim přizpůsobit, pochopili jsme jeden z jejich nejdůležitějších úkolů.

#### **4. 3. Zavádění standardů kvality do pobytových zařízení**

„V procesu zavádění Standardů dochází k odklonu od poskytování sociální služby jako tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě.“ (10, s.4)

V počátku zkušebního zavádění standardů kvality sociálních služeb MPSV do praxe po roce 2002 bylo uváděno celkem 17 standardů. Nové zkušenosti se zaváděním standardů poukázaly na některé nové skutečnosti a při schvalování zákona o sociálních službách a vyhlášky v roce 2006 bylo přijato celkem 15 standardů. Standardy kvality

sociálních služeb platí pro všechny druhy sociálních služeb, z toho důvodu jsou formulovány obecně. (25, s.13)

„Mnoho organizací a zařízení poskytuje specifické služby rozdílným cílovým skupinám. Proto v souvislosti se zaváděním standardů kvality tyto organizace cítily potřebu standardizovat tuto svou specifickou odlišnost. Začaly tak vznikat druhové standardy, které navazují na standardy kvality sociálních služeb, ale zároveň vymezují zvláštní odbornost určitého druhu sociální služby, zohledňují konkrétní zaměření a strukturu dané organizace.<sup>12</sup> V současné době existují např. Standardy podporovaného zaměstnávání České unie podporovaného zaměstnávání, Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby „problémovým“ uživatelům a závislým na návykových látkách Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky nebo Standardy kvality občanských poraden Asociace občanských poraden.“ (24, s. 14)

## **5. Individuální plánování průběhu sociální služby**

V této kapitole se nejprve zabývám obecnými povinnostmi pátého standardu Individuální plánování průběhu sociální služby. Stručně uvádím zakotvení tématu v legislativě České republiky a věnuji se okrajově principům tvorby individuálního plánu s uživatelem a tématu tělesných a psychosociálních potřeb seniora v pobytových službách sociální péče. Závěr této kapitoly tvoří vhled do problematiky uspokojování potřeb uživatele v domově pro seniory ve vazbě na jeho spokojenost a metod individuálního plánování.

### **5. 1. Individuální plánování průběhu sociální služby dle zákona o sociálních**

Povinnost poskytovatele sociálních služeb s uživatelem služby individuálně plánovat je uzákoněna zákonem o sociálních službách a pátým standardem, uveřejněném v druhé příloze vyhlášky 505, která ustanovení zákona dále rozpracovává.

Pátý standard se ve vyhlášce v některých drobných částech liší od znění dříve uveřejněných Standardů kvality z roku 2002. Název standardu č. 5 měl svoji cestu, kdy byl publikován v různých dokumentech a odborníci jej nazývali různě. Ještě stále se v praxi hovoří o „plánování služby s uživatelem“ Porovnáme-li standardy dříve publikované

---

<sup>12</sup> Více informací viz. Standardy kvality sociálních služeb. Pojetí druhových standardů kvality sociálních služeb (DSQSS). Výstup Expertní pracovní skupiny pro tvorbu metodiky druhových standardů kvality sociálních služeb, MPSV 2007.

z roku 2002, které se staly předchůdcem dnešních standardů kvality, zjistíme, že původní Standard č. 5 se nazýval „Plánování a průběh služby“, zatím co nyní se jmenuje „Individuální plánování průběhu sociální služby“.

Nejde o podstatné rozdíly, pouze o jednotlivé složky plánování. Porovnáme-li standardy kvality sociálních služeb z roku 2002 a z roku 2006, tak v obou dokumentech nacházíme požadavek k poskytovateli služeb směřovaný k povinnosti vypracování vnitřních pravidel, podle kterých je služba plánována, a podle kterých pracovníci postupují. Tato pravidla by měl zpracovávat každý poskytovatel sám na základě svých zkušeností a vědomostí, případně s podporou odborníka nebo vzdělávání v oblasti zavádění standardů kvality do organizace.

Zákon o sociálních službách neviduje konkrétní pracovní pozici takového odborníka, hovoří se o interním nebo externím pracovníkovi v roli metodika nebo manažera řízení kvality poskytovaných služeb nebo průvodce kvalitou poskytovaných služeb.

## **5. 2. Podmínky a principy individuálního plánu péče o uživatele**

Individuální plány vycházejí ze stanovených a komplexně vyhodnocených biopsychosociálních potřeb uživatelů sociálních služeb. Konkrétní součástí plánů vypracovávají klíčoví pracovníci zařazení v přímé péči o uživatele.

Individuální plán je součástí spisové dokumentace o uživateli a podléhá stejně jako ošetrovatelská a sociální dokumentace platné legislativě o ochraně osobních dat.

Mezi nejdůležitější principy individuálního plánování služby s uživatelem patří následující: (42 s. 76 – 80)

- koncepce a organizace individuálního plánování odpovídá charakteru sociální služby,
- služba se plánuje společně s uživatelem, důležitou roli hrají neformální zdroje uživatele, jeho rodina, přátelé, sousedé apod.,
- služba, která je uživateli poskytována, vychází z jeho skutečných potřeb a osobních cílů,
- plánování služby vychází především ze schopností, dovedností a možností uživatele,
- výsledkem poskytovaných služeb je aktivizace uživatele, rozvoj dovedností a motivace uživatelů,

- plánování a hodnocení průběhu poskytování služby je prováděno za účasti uživatele,
- uživatel má možnost měnit své osobní cíle,
- plány musí obsahovat termíny plnění a kritéria vyhodnocení,
- za plánování jsou odpovědní konkrétní pracovníci organizace,
- je zabezpečeno sdílení informací o uživateli mezi pracovníky,
- osobní cíle uživatele by měly být jedním z činitelů v rozvoji poskytovatele služeb.

### 5. 3. Povinnosti poskytovatele sociálních služeb v individuálním plánování

Mezi povinnosti dané zákonem o sociálních službách a standardy kvality patří:

#### 1) Společně plánovat průběh sociální služby s uživatelem s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

Dle § 2 odst. 2 zákona o sociálních službách „**pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob**, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány **v zájmu osob a v náležitě kvalitě** takovými způsoby, aby **bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.**“ (47)

Dále Standardy kvality sociálních služeb ukládají poskytovateli služeb projednat se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, a to především v době nástupu uživatele do zařízení, jeho očekávání a osobní cíle, které by vzhledem ke svým možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby.

Mezi hlavní úkoly pátého standardu patří nejen **plánovat službu společně s uživatelem podle jeho individuálních přání a potřeb s ohledem na jeho možnosti, ale i možnosti poskytovatele**. Tématu potřeb, přání uživatele a možností poskytovatele se budu ještě věnovat později.

#### 2) Vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování služby.

Zákon také ukládá poskytovateli nejen plánovat průběh sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým služby poskytuje, ale také



**vést písemné individuální záznamy** o průběhu poskytování služby, tento průběh hodnotit a to za účasti uživatelů nebo jejich zákonných zástupců. (47)

**3)Hodnotit poskytování služby v určených intervalech za přítomnosti uživatele nebo jeho zákonných zástupců s ohledem na jeho osobní cíle a možnosti uživatele.** (41)

Podle původních standardů kvality měl poskytovatel mít vytvořena kritéria, dle kterých takové dosahování cílů bude hodnotit. Tato povinnost v současných standardech kvality není.

**4)Mít pro tento proces určeného ke každému uživateli tzv. klíčového pracovníka.**

Standardy kvality popisují roli klíčového pracovníka, který plánuje s uživatelem průběh sociální služby jako roli pracovníka, který disponuje komunikačními schopnostmi, znalostmi poskytovaných služeb a má v rámci své pracovní náplně kompetence vyjednávat společné cíle.

Jeho role by měla být chápána jako role „velvyslance organizace“, který nalézá společnou dohodu na cestě mezi potřebami uživatele a možnostmi organizace.

**5)Mít písemně zpracována vnitřní pravidla, kterými se plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby řídí.**

**6)Vytvářet prostředí a podmínky pro sdílení potřebných informací o službách, které jsou poskytovány jednotlivým uživatelům.**

Standardy z roku 2002 popisují povinnost poskytovatele mít: (48)

- „tématické porady věnované poskytování služeb jednotlivým uživatelům,
- aktuální záznamy o průběhu poskytování služeb jednotlivým uživatelům,
- vytvořen funkční systém předávání informací o významných událostech, ke kterým během dne v zařízení došlo,
- plány a záznamy přístupné relevantním pracovníkům.“

Výše popsaná kritéria jsou pro poskytovatele sociálních služeb závazná a na základě nich inspekce kvality sociálních služeb kontroluje proces individuálního plánování v zařízení.

#### **5. 4. Metodika individuálního plánování**

Metodika individuálního plánování není zákonem ani standardem popsaná, neboť každý poskytovatel sociálních služeb by si jej měl vytvořit sám, podle vlastních zkušeností, aby odpovídala cílové skupině a druhu poskytované sociální služby. Vytvoření takových vnitřních pravidel pro plánování je však dlouhodobý proces, je nutno v praxi ověřovat, jaké postupy jsou užitečné a funkční, a které postupy jsou nevhodné a nefunkční.

**Tvorba** takové **metodiky** by měla být **výsledkem týmové práce** všech pracovníků přímé péče i managementu organizace, aby byla co nejvíce „šitá na míru“ konkrétnímu poskytovateli a pracovníci organizace ji cítili jako „svou“.

Tvorba pravidel individuálního plánování souvisí i se znalostmi konkrétních témat jako jsou např. potřeby uživatele, schopnosti klíčového pracovníka, jeho znalost poskytovaných služeb, dovednost vést rozhovor s ostatními pracovníky i rodinou uživatele týmově spolupracovat.

#### **5. 5. Tělesné a psychosociální potřeby uživatelů**

Zavedení individuálního plánování má největší dopad pravděpodobně právě v pobytových službách, kde uživatelé bývají na službě nejvíce „závislí“. Uživatelé jsou ubytováni v pokojích, které patří konkrétnímu zařízení, přijímají služby často v určeném čase a své potřeby tak více či méně přizpůsobují „režimu“ zařízení. Vystává zde proto nutné napětí mezi potřebami jednotlivých uživatelů a možností zařízení.

Staří lidé jsou vlivem stárnutí náchylní ke zhoršení zdravotního stavu, a tím i ke ztrátě soběstačnosti. Žádají o podporu a pomoc, a pokud se stanou příjemci pobytových služeb domova pro seniory, mění nejen své dosavadní životní prostředí, ale jsou vystaveni mnoha dalším změnám. To na jejich vnímání sebe sama a okolí působí a často se s novým prostředím těžko vyrovnávají. Některé z jejich potřeb, které nemohli sami naplňovat, sociální služby saturují, ale mnoho dalších potřeb zůstává nepovšimnuto. Jelikož v individuálním plánování s uživatelem jsou jeho přání a potřeby prvořadé, je žádoucí, aby pracovník měl kromě jiného i znalosti seniorů a jejich zákonitosti. Pokud bych se měla

zabývat různými typy potřeb a jejich uspokojováním, bylo by to dalekosáhlé téma. V rámci tématu se proto zaměřím na potřeby seniorů žijících v pobytových zařízeních.

Chloubová o problematice potřeb říká: „že je jednou ze základních otázek vztahu člověka k sobě, k životu a ke svému prostředí. Ale také naopak, kdy potřeby jsou výrazem nároků prostředí na člověka.“ (20, s. 22)

## **5. 6. Saturace potřeb uživatele sociálních služeb**

Osobní potřeby signalizují porušení rovnováhy mezi jednotlivcem a jeho prostředím, přispívají k jeho adaptaci na změny prostředí a naopak působí na změnu jeho prostředí. Všichni lidé nepřikládají saturaci svých potřeb stejnou váhu, některé potřeby si však nutně vyžadují pozornost: především tělesné potřeby jako je dýchání, spánek, jídlo, vyprazdňování, udržení stále teploty atd. Pokud jsou tělesné potřeby uspokojovány „stále“, jedinec se může plně věnovat potřebám psychosociálním a duchovním. „Tyto potřeby – spíše komplexy potřeb, mají pro člověka velkou hodnotu, např. zdraví, ekonomické a sociální jistoty, láska, úspěch, svoboda, nezávislost apod. Tyto některé potřeby pak nazýváme životními hodnotami, přáními či přímo životními cíli. Mají pak daleko silnější zaměření pozornosti, aktivit, energie a emocí, čili jsou motivy chování člověka.“ (20, s. 22)

Potřeby uživatele služby souvisí s motivací jeho chování. Proto je velmi důležité, aby si především klíčoví pracovníci osvojili znalosti týkající se lidských potřeb a snažili se z tohoto hlediska uživatele lépe chápat a jeho potřeby číst z jeho chování a projevů.

Potřeby se u uživatelů služeb mohou měnit, ale vždy se určitým způsobem ovlivňují. U seniora se potřeby nejčastěji mění změnou zdravotního stavu, náročnou životní situací, věkem, a pak dochází snadno k porušení rovnováhy v organismu i ve vztahu k vnějšímu prostředí. Uživatel je pak frustrovaný, nespokojený a přál by si znovu obnovit životní rovnováhu a splnit si svá přání. (20, s. 22)

Pokud se pracovníkovi podaří navázat důvěru k uživateli služeb a společně si o jeho potřebách a možnostech poskytovatele pohovoří, je velká naděje, že uživatel bude sám se sebou, i s prostředím ve kterém žije, více spokojen.

Chloubová, autorka „Domu životních potřeb“<sup>13</sup> zdůrazňuje, že každý kdo pečuje o starého člověka, by měl k němu přistupovat komplexně. Mluví tak o „holistickém přístupu, znamenající přístup úplný, sjednocený, zdůrazňující psychosomatickou jednotu

---

<sup>13</sup> TAB. Dům životních potřeb je součástí článku, ze kterého PhDr. Helenu Chloubovou cituji a vychází z Maslovovy filozofie a z hierarchicky uspořádaných potřeb.

a jedinečnost každého člověka.“ Člověk tedy není jen souhrnem jednotlivých částí, ale porucha jedné části je poruchou celého systému.<sup>14</sup> (20, s. 23)

Zdravotnický i sociální pracovník v pobytových službách by měl umět rozpoznat frustraci uživatele služeb a snažit se včas reagovat, protože zůstane-li takový uživatel nepovšimnut, dochází pak u něho k poruše zdraví, rozvoji nemoci a zvýšení stresu. U uživatelů služeb domova pro seniory je specifické, že jsou více soustředěni na některé tělesné potřeby, mnohem více než kdy byli za svého života v mládí či dospělosti. (20, s. 23)

Soustředíme-li se např. na téma stížností u pobytových služeb, nejvíce jich bývá v oblastech výživy, potřeb klidu, spánku a odpočinku. Potřeby psychosociální zdá se „jakoby“ ustupovali víc do pozadí.<sup>15</sup>

„Psychosociální potřeby jsou složitější, protože vznikají adaptací člověka na prostředí a jeho socializací. Jsou velmi individuální, protože závisí na osobnostních, genetických a věkových předpokladech. Nermalou úlohu hraje i pohlaví člověka. Mnoho také záleží na prostředí, kde člověk žil a žije, zda je obklopen prostředím více přírodním, materiálním, sociálním a duchovním, do kterého člověk proniká. Záleží na jeho rodině, výchově, vzdělání, kultuře, náboženství, politicko – mocenském uspořádání, ale i např. na komunikačních médiích. Orientovat se v psychosociálních potřebách je proto mnohem složitější, protože faktorů, které je ovlivňují, je skutečně mnoho a kritérií třídění psychosociálních potřeb je proto celá řada.“ (21, s.14)

Ve stáří dochází s vyšším věkem a zvýšenou nemocností k frustraci psychosociálních potřeb, starý člověk se stává nemocným a plně nesoběstačným. Taková nesoběstačnost vyvolává u člověka mnoho nejistot, pocitů strachu, obav a existencionálních otázek, jak takovým změnám čelit a vyrovnat se s nimi.

Chloubová uvádí mezi nejdůležitější psychosociální potřeby starého člověka: „potřeby životního klidu, důvěry svému bezprostřednímu okolí a svému „Bohu“, potřebu znalosti struktury a řádu svého prostředí, potřebu jistoty nejen pracovní, ekonomické, ale i sociální, které nevedou k sociální izolaci s pocitem osamělosti a smutku, potřeby pomoci a péče, bezbariérových přístupů a pomůcek, pocitu bezpečí, ochrany nejen od blízkých osob, ale od státních i nestátních systémů, institucí a společnosti.“ (21, s. 16)

---

<sup>14</sup> Jedním z představitelů této filozofie je americký humanistický psycholog Abraham Maslow, který vytvořil hierarchické uspořádání potřeb v 50.–70. letech 20. stol.

<sup>15</sup> Může to ovšem být i tím, že o frustraci základních potřeb se snadněji mluví.

Je třeba ještě říci, že každý uživatel v pobytových zařízeních není komunikativní a o svých potřebách mluvit nedokáže. Příkladně u uživatelů, kteří trpí demencí bývá velmi ztížená komunikace. Plánování služby tak klade na pracovníky specifické nároky. Zárukou kvality procesu plánování služby u takových uživatelů služeb bývá úzká komunikace s rodinou a blízkými uživatele. Plánování a poskytování služby se potom zaměřuje především na podporu v udržení důstojnosti, minimalizaci rizik izolace a podporu komunikace. (16, s. 12–14)

V závěru této kapitoly bych ráda zdůraznila, že pokud se pracovníkům podaří navázat důvěru a vytvořit vzájemnou dohodu s uživatelem (nebo jeho rodinou či blízkými) o poskytování služeb dle jeho potřeb, bývá spokojen nejen uživatel, ale jeho spokojenost přináší i naplnění smysluplnosti práce pracovníkům v pomáhajících profesích.

V praktické části této diplomové práce na základě výzkumu ukáží, jak se klíčovými pracovníky dařilo navázat s uživatelem rozhovor o jeho potřebách a do jaké míry zavedení individuálního plánování mělo vliv na spokojenost uživatelů s poskytovanými službami.

## **5. 7. Životní příběh uživatele v plánování služby**

Při individuálním plánování se snažíme uživatele vyslechnout, pochopit a zjistit, jak ho můžeme nejlépe podpořit či mu pomoci. Většinou nás zajímá jeho životní příběh, jak se ve svém životě adaptoval na různá prostředí, zdali žil jako jedinec nebo v rodině či nějakém společenství, jaké role v životě zastával, které životní zkušenosti ho ovlivnily a jak svůj život prožívá a chápe.

O tomto tématu rozsáhle pojednává Kopřiva ve své knize: „Lidský vztah jako součást profese“, kde v kapitole „Vnitřní svět člověka“ píše o subjektivním prožívání života každého z nás. Pro pomáhajícího pracovníka je důležité, aby si při rozhovoru s uživatelem uvědomil, že vždy bude jakékoliv hodnocení uživatele jen jeho subjektivním pohledem a chceme-li uživateli porozumět, musíme se v první řadě zajímat o to, jak věci vidí a prožívá on. (27, s. 29)

Pokud u uživatele nepochopíme, co pro něho znamenají situace, kterými prochází a proč na ně reaguje zrovna tím či oním způsobem, může se stát, že se plánování služby dle jeho potřeb a přání nepodaří. Nepochybně je důležité, co uživatel o sobě pracovníkovi „vypráví“, ale je žádoucí nejen uživateli umět naslouchat, ale i umět se ho ptát a vést vzájemný dialog.

Další podstatné momenty ve snaze přiblížit se druhému člověku formuluje Kopřiva v názvech podkapitol: „**za svůj obraz odpovídá autor**“ (za svůj vnitřní svět nese odpovědnost vždy člověk sám), „**nic nepředpokládat**“ (pracovník by měl do komunikace s uživatelem vstupovat s „otevřenou myslí“, která je zbavená hodnocení, předsudků a očekávání), „**brát druhého vážně, zajímat se, porozumění nenahrazovat hodnocením**“, netvořit „**diagnostické nálepky**“. (27, s. 30–38)

Vstupuje-li pracovník do komunikace s uživatelem, měl by si být vědom existence různých světů – světa svého a uživatele. Má-li komunikace mezi těmito dvěma světy fungovat, je úkolem pracovníka, aby odhlédl od svého vidění a chápání a přiblížil se uživateli. Pracovník by tak měl činit proto, že je to součástí jeho profesní role. Uvědomíme-li si složitost pochopení druhého člověka, můžeme přistupovat k rozhovoru s klientem o jeho potřebách s větší opatrností a citlivostí.

## **5. 8. Vztah potřeb, očekávání a spokojenosti**

Jelikož se v současné době sociální služby začínají chápat na trhu jako jiné ostatní služby pro uživatele, můžeme na téma potřeb uvést i myšlenku Davida Maistera, že potřeby uživatele služeb vyvolávají očekávání a obojí je přitom závislé na vnímání a přímé zkušenosti při poskytování služby. Spokojenost (případná nespokojenost), pramení z toho, jak byla naplněna očekávání. Byla-li překonána, vzniká spokojenost, nebyla-li naplněna, vzniká nespokojenost. Čím déle uživatel službu využívá, tím menší je mezera mezi očekávanými a spokojeností, jelikož již službu zná a ví, co při jejím poskytování může očekávat. Při poskytování služby tedy existuje vazba mezi potřebami, očekáváním a spokojeností. (32)

Při plánování průběhu sociální služby je důležité, aby si klíčový pracovník uvědomil, jaké služby organizace, ve které pracuje, nabízí, jak může rozvinout očekávání podpory a pomoci uživatele, vzhledem k jeho potřebám a přáním. Znovu se zde otvírají obě strany individuálního plánování, kde na jedné straně stojí přání a potřeby uživatele a na druhé snaha a možnosti poskytovatele. Podaří-li se klíčovému pracovníkovi s uživatelem (nebo rodinou uživatele) otevřený rozhovor nejen o jeho potřebách, ale i o očekáváních, existuje zde velká naděje, že dojde ke „kvalitní dohodě“ a uživatel bude spokojen.

## 5. 9. Umění komunikace při individuálním plánování

Základní metodou individuálního plánování s komunikujícím uživatelem je rozhovor. Účelem takového rozhovoru je setkání pracovníka a uživatele k dojednání průběhu sociální služby. Jako každá metoda má svá pravidla, kterým je třeba se naučit a v praxi trénovat.

Pokud se pracovníkovi podaří rozhovorem navázat s uživatelem dialog, kde se oba navzájem respektují a uznávají, je pravděpodobné, že dojde k opravdové komunikaci, která nebude jen pouhou fyzickou blízkostí a výměnou informací, ale skutečným spojením, které pracovníkovi otevře cestu k uživateli. (49, s. 139)

Pro případ, že uživatel není schopen pro svoji nemoc nebo postižení komunikovat, existují techniky zjišťování jeho potřeb (racionální, intuitivní).<sup>16</sup>. Individuální plánování průběhu služby se pak zakládá na hypotézách o potřebách uživatele, které pracovník na základě znalosti těchto technik vytváří. Proto je tolik žádoucí, aby se pracovníci v metodách a technikách individuálního plánování vzdělávali a své vědomosti a praktické dovednosti rozšiřovali.

Vzhledem k tématu této práce se k „umění komunikace“ v individuálním plánování s uživatelem vrátíme ve výzkumné části, která se vzdělávání pracovníků v metodách a technikách individuálního plánování bude věnovat.

---

<sup>16</sup> Takové metody a techniky jsou založeny na vytváření hypotéz o potřebách uživatele. Mezi takové metody patří např. empatická fantazie, imaginativní rozhovor, modelový rozhovor, pozorování, analýza potřeb, studium dokumentace, rozhovor s referujícími osobami a další. Jelikož učení se těmto metodám patří do náplně vzdělávacího kurzu klíčového pracovníka, dále je v této práci již více nepopisují.

## II. EMPIRICKÁ ČÁST

### 6. Individuální plánování v zařízení sociální péče domov pro seniory

V první části se zabývám **představením zařízení sociální péče** domova pro seniory, ve kterém došlo k zavádění procesu individuálního plánování poskytování služby uživateli. V **druhé části** stručně uvádím **analýzu dosavadního procesu** v organizaci, na kterou v **třetí části** navazuje **plán realizace** zavedení individuálního plánování.

Ve výzkumné části se věnuji **kvalitativnímu výzkumu**, pro který jsem zvolila metodu fenomenologické studie, kde pracuji s analýzou zkušeností vybraných pracovníků organizace s procesem zavádění individuálního plánování. Následně se pomocí dotazníkového šetření jako metody **kvantitativního výzkumu** zaměřuji i na oblast vlivu zavedení procesu na spokojenost uživatelů s poskytovanými službami a chováním a jednáním pracovníků v organizaci.

V cílech výzkumu budu popisovat, jak se dařilo vybraným pracovníkům proces individuálního plánování do domova pro seniory zavádět a jaký vliv to mělo na spokojenost uživatele.

#### 6. 1. Základní charakteristika zařízení sociální péče domova pro seniory

**Domov pro seniory**<sup>17</sup> je pobytovým zařízením sociálních služeb poskytující **celoroční pobytové služby**<sup>18</sup> **uživatelům** především **v důchodovém věku** s cílem podporovat samostatný a soběstačný způsob jejich života v podmínkách, které jsou blízké jejich vlastnímu prostředí, zabezpečují důstojný způsob života a respektují osobnost uživatele. Pobytová péče je **časově neomezená služba poskytovaná odborným kvalifikovaným personálem**, zaměřená na udržení a podporu fyzických a psychosociálních dovedností občanů, udržení a rozvoj sociálních kontaktů a dalších psychických potřeb do vysokého věku.

Provozovatelem domova pro seniory je nezisková organizace.

V budovách domova pro seniory najdeme čtyři ošetrovatelská oddělení. První dvě ošetrovatelská oddělení zvýšené péče (1 a 2) jsou určena pro uživatele vyžadující zvýšenou péči. Celková kapacita těchto oddělení je 68 míst.

<sup>17</sup> Z důvodu ochrany informací zde neuvádím bližší informace o této organizaci.

<sup>18</sup> Sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb. § 49.



Ošetrovatelská oddělení 3 a 4 jsou určena pro uživatele mobilní nebo s částečnou poruchou mobility. Celková kapacita těchto oddělení je 190 míst. Na všech odděleních je zajišťována péče zdravotnickými pracovníky v nepřetržitém provozu.

Kapacita domova pro seniory je 258 míst.

**Personální zajištění provozu domova pro seniory** uvádím vzhledem k tématu pracovníků v přímé péči – **pracovníků v procesu IP:**

- 1 vedoucí sociálního a zdravotního odboru (dále jen vedoucí SZO)
- 4 staniční sestry (4 oddělení)
  - Oddělení č. 1 17 pracovníků
  - Oddělení č. 2 16 pracovníků
  - Oddělení č. 3 13 pracovníků
  - Oddělení č. 4 11 pracovníků
- 1 vedoucí rehabilitace + 3 fyzioterapeutky
- 5 sociálních pracovníků
- 15 terapeutů – pracovníků v sociálních službách

**Celkem 86 pracovníků v přímé péči**

Vedoucí sociálního a zdravotního odboru je manažer na úrovni řízení celého zařízení, řídí všechny sociální pracovníce, aktivizační pracovníky, terapeuty a organizačně pod něj patří vedoucí zdravotních referátů – 4 staniční sestry a 1 vedoucí rehabilitace.<sup>19</sup>

## **6. 2. Analýza organizace na téma individuální plánování**

K analýze úrovně procesu individuálního plánování v organizaci jsem byla oficiálně pověřena vedením domova pro seniory v souvislosti s mojí rolí metodika a tématem této diplomové práce.

S analýzou procesu individuálního plánování jsem začala koncem roku 2009. Snažila jsem se zjistit, zda v organizaci tento proces probíhá, v jaké formě a zda je sjednocen v celé organizaci nebo probíhá v určité fázi či neprobíhá vůbec.

Analýza byla provedena pomocí rozhovorů s pracovníky sociálního a zdravotního oddělení, obsahové analýzy dokumentů – individuálních plánů a sociálních spisů uživatelů,

---

<sup>19</sup> Považuji za důležité poznamenat, že zde chybí mezičlánek řízení – tj. vedoucí sociálního oddělení a vrchní sestra. Tyto mezičlánky považuji za důležité v hierarchii řízení celého zařízení, a jelikož zde chybí, budeme pracovat na plánu zavedení změny s pracovníky, kteří jsou přítomni.

elektronické dokumentace vedené o uživateli na sociálním oddělení a ošetrovatelské dokumentace vedené na zdravotním oddělení.

**Z analýzy organizace bylo zjištěno následující:**

1. V prosinci 2009 cca dvě třetiny pracovníků sociálního a zdravotního oddělení, kteří byli v roce 2008 proškoleni pro individuální plánování služby s uživatelem, již v organizaci nepracují.
2. Pracovníci, kteří byli proškoleni a v organizaci pracují, se snažili individuální plány vyhotovit, ale jelikož v organizaci pro tento proces chybělo odpovídající vedení, podpora i kontrola, proces se ve fázi vytvoření prvních plánů vytratil „do ztracena“.
3. Od jara 2009 se oficiálně vyměnil tým pracovníků sociálního oddělení a vedení sociálního a zdravotního oddělení, domov pro seniory se začal organizačně připravovat na nové vedení, které oficiálně od ledna 2010 převzala nezisková organizace a proces individuálního plánování nepokračoval.
4. V červnu 2009 vedoucí zdravotně sociálního odboru zavedla „metodické schůzky individuálního plánování“ na sociálním oddělení, jejichž náplní bylo sdílení informací o konkrétních uživateli služby z pozice jednotlivých sociálních pracovníků a terapeutů, „jak se pracovníkům daří spolupráce s uživateli, jakou podporu pracovníci potřebují“.
5. Na zdravotnickém oddělení schůzky zaměřené na individuální plánování neprobíhaly.
6. „Metodické schůzky“ sociálního oddělení se přes období letních dovolených 2009 konaly nepravidelně a po třech měsících skončily.
7. V září 2009 mě vedoucí sociálně zdravotního odboru vyzvala jako metodika kvality služeb k návrhu zavedení procesu individuálního plánování do organizace (i na zdravotní oddělení).
8. V říjnu roku 2009 jsem vytvořila plán procesu individuálního plánování nasazený na organizaci domova pro seniory a seznámila s ním vedoucí sociálně zdravotního odboru (tento plán je součástí diplomové práce v třetí části této kapitoly).
9. Za celkové období od roku 2009 do počátku roku 2010 vytvořili pracovníci s uživateli individuální plány, které by se daly přirovnat k individuálním plánům uživatele „jak trávit volný čas nebo poskytovat uživateli ošetrovatelskou péči“, pracovníci tvořili plány s uživateli ze své pracovní pozice sociálního nebo zdravotnického pracovníka, tj. zaměřili se u uživatele na tu část služeb, kterou měli

ve své pracovní náplni a plány ve většině neobsahovaly osobní přání uživatele a jeho vlastní dojednané zdroje v cestě k naplnění přání.

K analýze procesu individuálního plánování v organizaci a studia dokumentu individuálního plánu s uživatelem uvádím následující zjištění.

### **6. 3. Analýza individuálních plánů**

Při analýze individuálních plánů bylo zjištěno, že terapeuté – aktivizátoři a pracovníci v sociálních službách nabízeli služby aktivačně terapeutických programů a plánovali s uživatelem uspokojování potřeb z oblasti trávení jeho volného času. Zdravotničtí pracovníci kontraktovali nejvíce služby ošetrovatelské péče.

Při revizi individuálních plánů uživatelů bylo zjištěno, že pracovníci nepracovali s propojením komplexní nabídky služeb organizace a spokojili se s vyjádřením přání uživatele na oblasti té části služeb, ve kterých sami pracovali.

V individuálních plánech, které s uživatelem vytvořil terapeut – aktivizátor byly dojednány denní aktivity volného času z nabídky aktivačně terapeutických programů. Plán obsahoval, kolikrát týdně by rád uživatel navštívil klub společenských her, vycházky do zahrady či kulturní program. V plánu nebylo napsáno, zdali se pracovník doptal na ostatní služby, které může zařízení poskytnout a v záznamech o průběhu služby byly uvedeny informace o návštěvách aktivit uživatelem. Plány byly vedeny v písemné formě do papírových listů, tvořících se záznamy o návštěvách aktivit jedny desky, které měl konkrétní klíčový pracovník u sebe. Záznamy o průběhu služby neobsahovaly záznam jiného pracovníka, který s uživatelem pracoval nebo se podílel na poskytování služby. Individuální plány „působily“ jako osobní záznamy terapeutů aktivizátorů o „svých činnostech“ s uživatelem. Stejným způsobem byly napsány individuální plány zdravotnických pracovníků, kdy potřeby byly zachyceny v oblasti např. pomoci s oblékáním, hygienou, podáváním léků nebo dohoda o úkonech péče pro konkrétní diagnózu.

Zcela chyběla hlavní témata poskytovaných služeb, jakou jsou např. ubytování (zdali je uživatel spokojen s pokojem, umístěním pokoje v rámci všech budov v zařízení, s vybavením pokoje, úklidem,...), stravování (kvalita jídla, výběr diet, doba, ve kterou se uživatel stravuje, naplnění možnosti připomínek ke stravě jako jedné z nejdůležitějších poskytovaných služeb,...), potřeby osobní (do kterých mohou patřit velmi specifické

potřeby osob postižených demencí, ztrátou zraku, sluchu, uživatelé osamocení nebo trpící depresí, schizofrenií,...), sociální (potřeby zachování společenského kontaktu, podpora a pomoc při integraci do společnosti v rámci zařízení sociální péče i mimo něj,...), duchovní (možnost zúčastnit se bohoslužeb nebo zprostředkování kontaktu s kněžími svého náboženského vyznání).

#### **6. 4. Závěr z analýzy organizace na téma individuální plánování**

Z analýzy organizace před plánem zavedení procesu individuálního plánování vyplynulo, že organizaci se zatím nepodařilo nastartovat komplexní proces individuálního plánování služby s uživatelem. Individuální plány, které byly dosud vytvořeny, obsahovaly převážně pohled jedné strany – pracovníka, pohled uživatele nebyl dostatečně zaznamenán nebo zcela chyběl. V plánech byly zaznamenány spíše „profesionální cíle“, jak uživateli poskytnout služby organizace, nebyly vytvořeny plány s cílem „osobním“, přáním uživatele, jak se bude uživatel podílet na splnění svého přání, případně jak bude zapojena rodina, jak dojde k získání zdrojů podpory, které by měly vycházet nejen ze služeb organizace, ale především ze zdrojů uživatele. O vzájemnou komunikaci v procesu individuálního plánování se snažila vedoucí sociálně zdravotního odboru se sociálními pracovníky formou sdílení informací o uživatelích, ale zcela chybělo sdílení informací a spolupráce se zdravotnickými pracovníky.

V organizaci neexistuje sjednocená dokumentace o uživateli, na jednotlivých odděleních se vedou záznamy o průběhu služby. Sociální pracovníci vedou záznamy o průběhu služby elektronicky do „Karty klienta“ v počítačovém programu, některé záznamy z plánování služby, převážně z období procesu adaptace (první tři měsíce), jsou součástí sociálního spisu, který obsahuje podanou žádost žadatele a doklady potřebné k jeho umístění v domově pro seniory.

Personál zdravotnický vede zdravotní dokumentaci uživatele a ošetrovatelské plány, které jsou součástí ošetrovatelské dokumentace. Individuální plán je u zdravotnických pracovníků součástí ošetrovatelské dokumentace.

V zařízení sociální péče, kde je vysoká kapacita uživatelů služeb, můžeme konstatovat, že je velmi náročné plánovat službu společně s uživatelem podle jeho individuálních potřeb, tak, jak je tato povinnost daná poskytovateli zákonem o sociálních službách. Pokud se mají pracovníci v organizaci naučit službu s uživatelem individuálně plánovat a přijmout tuto změnu, je třeba takový proces naplánovat, jednotlivě rozfázovat

na časová období dle možností organizace a zařízení domova pro seniory a „ošetřit“ nejpravděpodobnější rizika na cestě k úspěchu.

## **6. 5. Plán zavádění procesu individuálního plánování do domova pro seniory**

Plán zavádění procesu individuálního plánování byl vytvořen pro výukový předmět Strategické plánování při studiu oboru řízení sociálních a zdravotnických organizací na katedře řízení a supervize sociálních a zdravotních organizací FHS UK Praha. Tento předmět je zaměřen na dovednosti studenta jako manažera, kterého učí uvažovat v jakém stavu se organizace nachází vzhledem k vyhotovení strategického plánu, jak takový plán navrhnout, a kterých kritických míst tohoto procesu si být vědom. Součástí plánu je analýza rizik, stakeholder analýza, analýza silového pole pro zavedení změny, plán komunikace a časový plán, který navrhuje pro jednotlivé kroky procesu zavádění individuálního plánování služby časové období realizace. Níže uvádím vytvořený plán.

### **1) Kroky k procesu zavádění plánování služby u uživatele v organizaci<sup>20</sup>**

1. **Zajištění financí pro realizaci vzdělávání** pracovníků v organizaci na téma individuální plánování s uživatelem, pro pozici „klíčových pracovníků“.
2. **Představení tématu individuálního plánování** služby s uživatelem v zařízení formou přednášky pro pracovníky metodikem kvality služeb v organizaci.
3. **Zajištění vzdělávání pracovníků** pro pozici „klíčových pracovníků“ do procesu zavedení IP formou vzdělávacího kurzu, kdy lektor přichází v dohodnutém čase do organizace a školí v místě domova pro seniory.
4. **Zpracování nabídky** vzdělávacího kurzu individuálního plánování s návrhem realizace a zasazení do plánu zavádění standardů do organizace, oslovení lektorů, vzdělávacích agentur.
5. **Diagnostika úrovně dovedností a schopností všech pracovníků** z pracovního výkonu (zdroj – hodnocení pracovníka) pro výběr první skupiny pracovníků pro vzdělávání.

---

<sup>20</sup> Návrh uskutečnění jednotlivých kroků v čase se budu věnovat v části „Časový plán“, který je součástí plánu zavedení IP do organizace.

6. Zajištění **seznamu pracovníků v zařízení a jejich pozic**, kteří půjdou do první vlny vzdělávání a stanou se tak vzorovými klíčovými pracovníky pro proces zavádění.<sup>21</sup>
7. **Výběr vzdělávacího kurzu** individuálního plánování a jednání s vybranou agenturou nebo vzdělávacím centrem o kontraktu vzdělávání s konkrétními požadavky na kurz:
  - dovednosti pracovníka rozpoznávat potřeby uživatelů,
  - poskytovat podporu uživatelům při formulaci jejich potřeb,
  - nabízet adekvátní podporu a sdílet informace s pracovním týmem,
  - lektor dochází v dohodnutém čase do organizace a školí pracovníky v místě jejich působnosti (v domově pro seniory),
  - věnuje pracovníkům v rámci vzdělávacího kurzu podporu formou supervize.
8. Seznam dosud přidělených zdravotnických a sociálních pracovníků k uživatelům, který existuje na jednotlivých odděleních a byl vypracován dle „klíče“ pokoj x pracovník, pro orientaci a přehled vedoucí sociálně zdravotního oddělení a metodika kvality pro další úvahy a plány individuálního plánování v zařízení.
9. **Zahájení vzdělávání** pracovníků první vlny.
10. V průběhu vzdělávání **vznik prvních individuálních plánů** s uživateli dle dosavadních naučených vědomostí a dovedností z kurzu.
11. V průběhu vzdělávání za podpory lektora – supervizora nácvik komunikace týmu individuálního plánování.
12. Před ukončením vzdělávacího kurzu individuálního plánování s podporou lektora **vytvoření první metodiky individuálního plánování** s uživatelem v organizaci.
13. Po ukončení vzdělávacího kurzu individuálního **vznik týmu individuálního plánování** I. skupina v organizaci, oficiální přidělení klíčových pracovníků k uživatelům.
14. Zajištění seznamu pracovníků v zařízení a jejich pozic, kteří půjdou do druhé vlny vzdělávání a stanou se tak dalšími klíčovými pracovníky.

---

<sup>21</sup> Drucker uvádí v základních pravidlech výběru lidí důkladné zamyšlení nad tím, jak na kandidáty pohlížet. Neptá se? „Co kandidát umí či neumí?“ Otázka spíše zní: „Jaké jsou přednosti každého z nich a jsou to ty správné přednosti pro přidělovaný úkol?“ (7, s. 115) V tomto případě byly sledovány u pracovníků nejen dovednosti a zkušenosti, ale především schopnost vybudovat tým. Takový pracovník byl vybrán jako dostatečně vhodný.

## 2) Analýza rizik

\* IP = individuální plánování, SZO = sociálně zdravotní odbor

**Tab. Analýza rizik**

<b>RIZIKA</b>	<b>pravděpodobný VÝSKYT (málo, středně, velmi)</b>	<b>DOPAD na zavádění procesu IP</b>	<b>OPATŘENÍ SNÍŽENÍ RIZIKA</b>
zatížení pracovníků novými úkoly	velmi pravděpodobný	neochota pracovníků, nekvalitní přístup k plnění úkolů z IP	zvýšení platu, odměny, placené kvalitní vzdělávání konající se na pracovišti
zvýšení kompetencí a úkolů staničních sester	velmi pravděpodobný	nedostatek času pro řízení oddělení, stres pracovníka	úprava denního harmonogramu směny s podporou supervizora nebo nezávislého odborníka, finanční odměna, zvýšení platu
nedostatek vědomostí a dovedností pracovníků, nepochopení zavedení nového procesu	málo pravděpodobný	nekvalitní proces IP, strach pracovníků, stres	kvalitní vzdělávání (dlouhodobý kurz s podporou supervize), podpora metodika kvality
odchod klíčového pracovníka	středně pravděpodobný	změna důvěry u klienta v nového pracovníka, ztráta informací o klientovi	kvalitní záznam plánování služby do ind. plánu klienta, do dokumentace, proces předání dokumentace před odchodem pracovníka, dle možností včasná výměna klíčového pracovníka
střet zájmu klíčového pracovníka a uživatele	středně pravděpodobný	stres pracovníka, uživatele, možnost porušení práv uživatele a povinností pracovníka nebo naopak, nespokojenost uživatele	ošetření střetu zájmu metodikou, pravidelné konzultace plánování služby v týmu pracovníků, s metodikem

<b>RIZIKA</b>	<b>pravděpodobný VÝSKYT (málo, středně, velmi)</b>	<b>DOPAD na zavádění procesu IP</b>	<b>OPATŘENÍ SNÍŽENÍ RIZIKA</b>
osamocená role vedoucího týmu individuálního plánování	málo pravděpodobný	stres, vyhoření	podpora metodika IP, zastoupení role vedoucího týmu IP, vzdělávání
odchod pracovníka z pozice metodik individuálního plánování	málo pravděpodobný	chybějící podpora v organizaci, metodická, supervizní	vyhotovení podrobné metodiky IP v zařízení, písemné zápisy z týmů IP, supervizí, finanční ohodnocení metodika
strach pracovníků z nových kompetencí	velmi pravděpodobný	stres, neochota pracovníka, nepříjemnosti s uživateli	kvalitní vzdělávání, podpora vedoucího, metodika, finanční ohodnocení
nepropojení spolupráce s ostatními pracovníky	velmi pravděpodobné	nekvalitní IP, zátěž pro pracovníky, uživatele	pravidelné konání týmů IP, podpora vedoucího, metodika, supervize, vedení dokumentace a ind. plánů
výměna vedoucího týmu IP	málo pravděpodobné	nové hledání důvěry, orientace v procesu, hledání nové podpory týmu a určení úkolů v procesu IP, nestabilita týmu IP	pravidelné konání týmů IP, podpora vedoucího, metodika, ostatních spolupracovníků, supervizora, pokud možno včasné obsazení nové pozice
chybí mezičlánek vedení vrchní sestry a vedoucí sociálního oddělení	velmi pravděpodobné	zátěž pro staniční sestry, vedoucí SZO	vytvoření pozice vrchní sestry a vedoucí sociálního oddělení a rozdělení kompetencí při zavádění IP a řízení oddělení
neporozumění personálu zdravotnického se sociálním pro výkon společné práce	velmi pravděpodobné	vzájemné nepropojení služeb poskytujících uživateli, nepropojení informací, zdvojení služby uživateli, nespokojenost pracovníků, uživatele	vytvoření fungujícího týmu IP, sdílené dokumentace



<b>RIZIKA</b>	<b>pravděpodobný VÝSKYT (málo, středně, velmi)</b>	<b>DOPAD na zavádění procesu IP</b>	<b>OPATŘENÍ SNÍŽENÍ RIZIKA</b>
nekompetentnost vybraného klíčového pracovníka	málo pravděpodobné	stres pracovníka, nekvalitní proces IP, nespokojenost uživatele	podpora pracovníka, výměna klíčového pracovníka
odstoupení lektora od smlouvy o vzdělávání, dlouhodobé onemocnění lektora	málo pravděpodobné	narušení procesu vzdělávání v organizaci, ztráta vytipovaného odborníka pro zavádění procesu IP	ošetření rizik ve smlouvě s lektorem, finanční ohodnocení, stanovení event. zástupce lektora

### 3) Stakeholder analýza

Proces individuální plánování zahrne nejdůležitější pracovníky v pozicích staniční sestra. Čtyři oddělení, čtyři staniční sestry, čtyři týmy individuálního plánování, čtyři vedoucí týmu individuálního plánování.

**Tab. Stakeholder analýza**

<b>VÝČET STEAKHOLDERŮ</b>	<b>VZTAH KE ZMĚNĚ</b>	<b>ZPŮSOB KOMUNIKACE A ŘÍZENÍ (intervence)</b>
ředitel	pozitivní – povinnost pro poskytovatele ze zákona	vyjednání podmínek, za jakých je ochoten investovat do vzdělávání pracovníků a kolik, ohodnocení pracovníků, kontrola
vedoucí SZO	pozitivní – podpora	podpora pracovníků, konzultace, kontrola a intervize, podání návrhů pro kvalitní proces zavedení v organizace
metodik IP	pozitivní – podpora, poradenství	odborná konzultace, podpora pracovníků, kontrola a supervize, tvorba metodiky
staniční sestra jako vedoucí týmů IP	odpor ke změně	vyjednání podmínek, za jakých se IP v organizaci zavede, možnost podpory, vzdělávání, supervize, úprava harmonogramu činností na oddělení, finanční motivace

VÝČET STEAKHOLDERŮ	VZTAH KE ZMĚNĚ	ZPŮSOB KOMUNIKACE A ŘÍZENÍ (intervence)
sociální pracovníci	pozitivní – nový tým mladých vzdělaných pracovníc	vzdělávání pro rozvoj odborných kompetencí
zdravotničtí pracovníci	odpor ke změně	vyjednání podmínek, za jakých se IP v organizaci zavede, možnost podpory, vzdělávání, supervize, úprava harmonogramu činností na oddělení
klienti - senioři	neutrální	zvýšení informovanosti uživatele o IP, zdůraznění pozitiv IP a povinností plánovat si své cíle služeb ze smlouvy uzavřené s poskytovatelem
rodina, příbuzní, osoby blízké, přátelé	neutrální	zvýšení informovanosti uživatele o IP, zdůraznění pozitiv IP a povinností plánovat si své cíle služeb ze smlouvy uzavřené s poskytovatelem
veřejnost	neutrální	zvýšení informovanosti o IP, zdůraznění pozitiva IP a povinnost plánovat si své cíle služeb ze smlouvy uzavřené s poskytovatelem, uveřejnění informací na letácích, webu poskytovatele

#### 4) Analýza silového pole pro zavedení změny–IP

**Tab. Analýza silového pole pro zavedení změny - IP**

silný zájem +	slabý zájem -
ředitel +++	zdravotničtí pracovníci (neochota, strach z nových úkolů) -
vedoucí SZO +++	uživatelé (neinformovanost) -
metodik IP ++	rodina uživatele (neinformovanost) --
sociální pracovnice +	veřejnost (neinformovanost) -
	staniční sestry ---

+++ velmi silný vliv  
 ++ středně silný vliv  
 + malý vliv

--- nezájem  
 -- téměř žádný zájem  
 - velmi slabý zájem

### **Strategie u pracovníků:**

- **Podpora pracovníka** – informovat o podpoře ze strany vedení, vzdělávacích kurzech a budoucnosti procesu individuálního plánování.
- **Flexibilita pracovníka** – využít ke stažení do tématu, představení tématu, zaujmout, podat pozitivní a racionální argumenty.
- **Přemýšlivý pracovník** – lidé, co potřebují čas a argumenty, rozmyslet si, co odpovíme.
- **Pracovník, který bude mít neutrální postoj** – zapojení do procesu individuálního plánování, návrh na vzdělávání.
- **Pracovník, který bude proti změně** – nepřizpůsobí se, vyvinutí tlaku na otázku dalšího setrvání v organizaci, narušení zavádění procesu individuálního plánování v zařízení – poskytování nekvalitní služby.
- **Vize organizace** – představení vize organizace v jednoduché, srozumitelné formě, co umí strhnout pracovníky pro „dobrou věc“, nedovolit překážkám, aby vizi zablokovaly – umět vizi obhájit, představit důležitost procesu zavedení změny a prestiž organizace, která bude naplňovat Standardy kvality poskytovaných sociálních služeb.

### **Strategie procesu IP**

- **Pravidelné setkávání týmů „nad uživatelem“** – funkční systém získávání a předávání informací.
- **Vedení písemných individuálních záznamů** – systematizace služeb dle individuálních potřeb, kvalitní plány = sebejistota pracovníků (je jasné co dělat a co ne...), společný cíl – vyjednávání s uživatelem, co by chtěl, nechtěl, co pracovník nabízí, co je rámec služby.
- **Vyhodnocení plánů a služeb**, které jsou uživateli poskytnuty – jasné, věcné formulace, úspěšná komunikace o uživateli.

### **5) Plán komunikace**

- a) Představení procesu individuálního plánování v zařízení – vize organizace, cíle individuálního plánování, formou přednášky pro všechny pracovníky, písemné informace k tématu.

- b) Představení podpory organizace pro pracovníky (vytvoření nových týmů vedených vedoucími a podporou metodika individuálního plánování a vedoucí odboru, supervizora).
- c) Představení systému vzdělávání, supervize a zavádění individuálního plánování.
- d) Vyjasnění slovníku komunikace v tématu (jaké termíny budu používat, vysvětlení definic).
- e) Připravené argumenty a odpovědi na základní otázky tématu (změna postoje, názoru, práce...).
- f) Důraz na spolupráci všech pracovníků, jejich povinností a práva uživatele.
- g) Zakotvení změny v organizační struktuře (nová pozice pracovníka metodik IP, zavedení supervize v rámci procesu zavádění individuálního plánování, po dobu zavádění procesu do organizace působení lektora ve vzdělávání pracovníků a podpora supervize ve vzdělávání).
- h) Představení pravidel zavádění individuálního plánování, nástrojů komunikace – týmy, individuální plány, dokumentace.
- i) Vytvoření týmu individuálního plánování jako komunikačního nástroje pro individuální plánování a pro řízení kvality služby (dle metodiky), jednotlivé role pracovníků a jejich kompetence.

### **Plán činnosti týmu IP**

- a) Zpracovávání individuálních plánů u nekomunikujících uživatelů.
- b) Na požádání klíčového pracovníka vyhodnocení individuálního plánu, který klíčový pracovník zpracoval ve spolupráci s uživatelem.
- c) Podpora a zpětná vazba klíčovému pracovníkovi ke zpracování individuálního plánu s uživatelem a jeho komunikaci s ním.
- d) Sdílení informací o uživateli a vyhotovených individuálních plánech,
- e) Projednání každého uživatele v domově, i když mu ještě nebyl přidělen klíčový pracovník pro zachycení uživatelů, kteří mají tendence setrvávat v pasivní samotě, uživatelé s demencí, se sníženou pohyblivostí a schopností sebeobsluhy, zejména dlouhodobě ležících.
- f) Předání podnětů a připomínek k poskytování sociálních služeb organizace, ke zvyšování kvality služeb.

## **Složení týmu IP**

Vedoucí: staniční sestra

Členové: staniční sestry (4 staniční = 4 týmy na každém oddělení jeden)

vedoucí fyzioterapie

ergoterapeutka

sociální terapeuté

zdravotničtí pracovníci

sociální pracovnice

sociální pracovnice pro adaptace

metodik IP

vedoucí SZO

ředitel

## **Zásady jednání týmu**

- Všichni členové týmu jsou si rovni a mají právo vyslovit svůj názor a předložit svůj návrh nebo podnět.
- V případě problému členové týmu navrhují řešení, o závažných rozhodnutích rozhoduje vedoucí týmu a bere na zřetel informace, které pracovníci k problému přinášejí.
- Tým se schází pravidelně 1x týdně na cca 45 minut, na čtyřech odděleních po čtyři následující pracovní dny za sebou pondělí - čtvrtek, vyhodnocuje zdravotně sociální situaci cca 10 klientů a projednává průběh jejich služby. V jednání se projednávají poskytované služby a programy uživatelů, které nesnesou odkladu, aktuální náročné životní situace klientů, individuální plány uživatelů. Ve zvlášť naléhavých případech může být tým svolán k mimořádné schůzce. K tomuto svolání má právo staniční sestra nebo vedoucí SZO, ředitel.
- Vedoucí týmu je staniční sestra, organizuje a řídí týmová setkání, týmovou diskusi, vede dialog s klíčovými pracovníky, aby sdíleli své zkušenosti, vybízí tým ke sdělování námětů, k oponování námětů, schvaluje individuální plán uživatele, organizuje tvorbu krizového plánu, organizuje další podporu, apod...
- Zápis z jednání týmu pořizuje jednoduchou a přehlednou formou sociální pracovnice do dokumentace týmu individuálního plánování v elektronické dokumentaci do „Karty klienta“. Zápis o přítomnosti jednání podepíše na konci

jednání všichni přítomní do knihy „Prezence týmu individuálního plánování“ uložené u staniční sestry.

- Všichni členové týmu jsou zavázáni písemnou formou k mlčenlivosti o zdravotním stavu uživatelů (lékařské tajemství). Porušení tohoto závazku mlčenlivosti se pokládá za porušení pracovní kázně.

### **Dokumentace – tým individuálního plánování**

- Speciální dokumentace týmu individuálního plánování, jednoduchá, s přehlednou formou cíle služeb u uživatele z individuálního plánování, návrhem programu péče a aktivizace a jeho plnění, závěr o úspěšnosti poskytovaných služeb.
- V individuálních případech slouží tato dokumentace jako základní pro tvorbu individuálních plánů uživatele.
- Do dokumentace mají náhled všichni členové týmu, vedoucí SZO a klíčový pracovníci mají možnost v dokumentaci týmu aktivního přístupu.

### **Plán kompetencí pracovníků v týmu a vazby na proces IP :**

- a) Členové týmu dbají ve své pravomoci na to, aby do procesu individuálního plánování byli ve zvlášť odůvodněných případech aktivně zapojeni i další pracovníci domova, kteří přicházejí s uživateli do běžného styku (pokojské, pečovatelky, lékař, pomocný zdravotnický pracovník), a aby i o názorech a podnětech těchto pracovníků se v týmu jednalo. Zároveň členové týmu odpovídají za to, že všichni tito pracovníci budou informováni o důležitých bodech poskytovaných služeb a dohodnutého programu, aby mohli v každodenním styku s uživatelem podporovat jeho plnění.
- b) Při jednání týmu nesmí být ohroženo lékařské tajemství.
- c) Problémy při zajišťování poskytovaných služeb a programů vyplývajících z týmu individuálního plánování projednávají členové týmu s vedoucí SZO nebo v supervizi organizace.
- d) Návrhy přesahující pravomoc vedoucího SZO a členů týmu předkládá vedoucí týmu na poradě vedení řediteli DS.
- e) Nutnosti případných úprav poskytovaných služeb uživateli nebo plánu služeb členové týmu informují na týmu individuálního plánování v co nejbližší době.

## **6) Časový plán**

### **leden–únor 2009**

- Orientace na trhu vzdělávání v individuálním plánování, možnost oslovit vzdělávací agentury a lektory pro vyškolení pracovníků.

zajistí: metodik ve spolupráci s koordinátorem vzdělávání

- Vytipování pracovníků, kteří budou „vzorovými“ pracovníky pro zavádění procesu, půjdou do 1. skupiny vzdělávání v organizaci.

zajistí: staniční sestry, vedoucí SZO

### **únor–březen 2010**

- Představení tématu individuálního plánování v organizaci, prezentace metodika (dataprojektor a přednáška na každém oddělení v zařízení pod vedením staniční sestry).

zajistí: metodik

- Stanovení benefitů pro pracovníky, kteří se aktivně zapojí do procesu zavádění.

zajistí: vedoucí SZO

- Stanovení individuálního plánu rozvoje vytipovaných pracovníků v modelu vzdělávání v individuálním plánování (zaškolení, plán jako podklad pro hodnocení a hodnocení jako podklad pro odměny – motivace pracovníka).

vypracuje: vedoucí oddělení, staniční sestra, koordinátor vzdělávání

### **duben 2010**

- Výběr vzdělávací agentury a uzavření kontraktu o vzdělávacím kurzu.

zajistí: jednání s agenturou metodik, sepsání kontraktu vedoucí SZO

### **květen–září 2010**

- Průběh vzdělávání pracovníků v organizaci I. část.

zajistí: externí lektor dle objednávky vedoucí SZO

- Počátek zavedení individuálního plánování v organizaci (zkušební rozhovory s uživateli, tvorba plánu individuálního plánování, vznik týmu individuálního plánování a nových pracovních rolí v týmu spolupracovníků, monitoring metodika, vedoucí SZO).

pod vedením lektora: klíčový pracovníci a staniční sestry v kurzu, metodik, vedoucí SZO

## **říjen 2010**

- Zavedení procesu individuálního plánování v organizaci a funkčního týmu individuálního plánování jako poradního orgánu a zdroje informací, vznik prvních plánů individuálního plánování u uživatele.

staniční sestry, pracovníci, vedoucí SZO, metodik

- Proces analýzy využití poznatků, komunikace.

všichni

## **listopad 2010–březen 2011**

- Průběh vzdělávání pracovníků v organizaci II. část (plán dle průběhu I. části zavádění individuálního plánování).

- Hodnocení zavedení individuálního plánování I. části:

- dotazníky,
- supervize,
- kontrola individuálních plánů, jejich inventura,
- zjišťování spokojenosti uživatelů a rodinných příslušníků.

zajistí: vedoucí týmů individuálního plánování, metodik

- Identifikace dalších vzdělávacích potřeb v procesu individuálního plánování

- efektivní zápis,
- tvorba krizového plánu pro uživatele,
- záznam o průběhu služby,
- delegování úkolů,
- bezpečná komunikace.

zajistí: vedoucí oddělení a týmů individuálního plánování,  
metodik, koordinátor vzdělávání

- Zdokumentování zavedení individuálního plánování do dokumentů organizace, na web organizace, letáků, apod.

zajistí: vedoucí SZO



## **7) Koordinace řízení individuálního plánování v organizaci:**

### **koordinátor vzdělávání**

- Objednávka kurzu vzdělávání, komunikace s lektorem o termínech školení dle potřeb pracovníků a možností lektora, vyřizování plateb, podpora při tvorbě vzdělávacích plánů pracovníků, zajištění hodnocení vzdělávání a spokojenosti pracovníků a ve spolupráci se staničními sestrami zjišťování spokojenosti uživatele se zavedením procesu individuálního plánování.

### **metodik individuálního plánování**

- Účast na vzdělávání a podpora pracovníků, tvorba metodiky individuálního plánování, podílí se na hodnocení zavedení procesu v organizaci, zjišťování spokojenosti klíčového pracovníka a uživatele se zavedením procesu, komunikace s lektorem v požadavcích na vzdělávání, konzultace s pracovníky a vedoucími týmů individuálního plánování.

### **vedoucí SZO**

- Zasazení vize organizace do procesu individuálního plánování.
- Podpora, kontrola procesu individuálního plánování v organizaci.

### **Technické zajištění procesu zavedení individuálního plánování v organizaci:**

- zakoupení dataprojektoru a notebooku pro vzdělávání v organizaci,
- rezervace zasedací místnosti pro průběh vzdělávání,
- zakoupení sešitů A4 pro písemné plány IP,
- flip-chart, fixy
- občerstvení.

### **Finanční zajištění procesu zavedení IP v organizaci:**

- přidělení financí na vzdělávání z grantu EU, který dostala organizace přidělený v prosinci 2009,
- finanční požadavky kurzů a vyúčtování je v kompetenci koordinátora vzdělávání pod vedením vedoucí SZO.

## 8) Závěr plánu<sup>22</sup>

Během vzdělávání a zkušebních setkávání nad individuálními plány by měla vzniknout první pravidla metodiky plánování a plánů, která se stanou závaznými pro další kroky celého procesu v organizaci. Jelikož je takový proces dlouhodobý, měla by organizace dodržet plán a postupovat podle jednotlivých fází vývoje zavádění individuálního plánování, event. dle svých potřeb plán přizpůsobit novým potřebám, které nebyly v této fázi plánování identifikovány. Tento plán byl v organizaci zpracován k měsíci prosinec 2009 pro rok 2010.

## 7. Výzkum

### 7.1. Úvod do výzkumu

Kvalitativní výzkum této magisterské práce jsem zasadila do závěrečné části plánu zavádění procesu individuálního plánování, která se týká vzdělávání skupiny vybraných pracovníků organizace pro roli klíčového pracovníka. Doplnující výzkum jsem provedla mezi těmi uživateli, kteří byli zapojeni do individuálního plánování průběhu služby s klíčovým pracovníkem.

Pro výzkumnou práci jsem zvolila **kombinaci metod kvalitativního a kvantitativního výzkumu ve dvou akcích**. První akcí je hlavní **výzkum kvalitativní**, pro který jsem zvolila metodu **fenomenologické studie**, která se zabývá zkoumáním a popsáním prožité zkušenosti, v této práci se zkušeností z individuálního plánování u pracovníků, kteří prošli vzděláváním na toto téma. Fenomenologickou studií jsem analyzovala informace z výzkumu, které se objevovaly ve dvou oblastech:

- v supervizi vzdělávacího kurzu,
- v rozhovoru, v reakci na mnou položené otázky pracovníkům v kurzu v jednotlivých obdobích vzdělávání.

---

<sup>22</sup> Koncem roku 2009 získala organizace grant pro vzdělávání pracovníků. Otevřela se tak cesta k prvním krokům zavedení procesu individuálního plánování do celé organizace. V březnu roku 2010 se organizaci podařilo oslovit kvalitního lektora, který je nejen teoretik, ale i praktik a zároveň supervizor v procesu zavádění standardů kvality sociálních služeb. V měsíci dubnu roku 2010 byl uzavřen kontrakt se vzdělávací agenturou a s lektorem byl naplánovaný první termín kurzu na měsíc květen 2010.

Jako první účastníci kurzu byli vybráni zástupci vedení ošetrovatelských oddělení – budoucí vedoucí týmů individuálního plánování, aktivní zdravotničtí a sociální pracovníci, na kterých bude budoucnost zavedení procesu záležet. Do kurzu vstoupil i metodik kvality služeb, který proces v organizaci naplánoval.

Druhou akcí je doplňující **kvantitativní výzkum** formou jednoduchého **dotazníku**, který byl rozdán vybraným uživatelům služby před vstupem do individuálního plánování a po něm. Výsledky z tohoto výzkumu jsou orientační pro krátký mezičas<sup>23</sup>, ve kterém se tento výzkum opakoval. Tomuto výzkumu a jeho výsledkům se věnuji v druhé části této kapitoly.

Pokud bychom chtěli pochopit význam těchto dvou výzkumů, je vhodné uvědomit si formální rozdíly jejich cílů, které jsem v této práci použila, a pro které bych uvedla výklad předního českého sociologa Miroslava Dismana, že „**kvalitativní výzkum** je nenumerické šetření a interpretace sociální reality, jehož cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím a porozumění lidem v sociálních situacích.“ Nejde tak o testování hypotéz jako v kvantitativním výzkumu, nýbrž o vytváření nových teorií, hypotéz a nového porozumění situacím. „Na začátku výzkumného procesu je pozorování, sběr dat. Pak výzkumník pátrá po pravidelnostech existujících v těchto datech, po významu těchto dat, formuluje předběžné závěry a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie.“ Kvalitativní výzkum používá induktivní logiku. (6, s. 285–287)

V **kvantitativním výzkumu** jde především o již existující problém buď v teorii nebo sociální realitě. „Tento problém je přeložen do hypotéz a ty jsou základem pro výběr do proměnných. Sebraná data jsou použita pro testování hypotéz a výstupem kvantitativního výzkumu je soubor přijatých nebo zamítnutých hypotéz. Logika kvantitativního výzkumu je deduktivní.“ (6, s. 287)

## 7. 2. Kvalitativní výzkum

**Metoda získávání dat:** rozhovor s otevřenými otázkami, pozorování procesu supervize ve vzdělávacím kurzu

**Hlavní výzkumná otázka:**

„Jak se dařilo zavést proces individuálního plánování do domova pro seniory?“

**Vedlejší otázky pro rozhovor výzkumníka s informantem:**

- 1) Jak se vám dařilo dělat rozhovor s uživatelem a co jste u toho prožíval(a)?
- 2) Jak se vám dařilo tvořit individuální plán s uživatelem?

---

<sup>23</sup> Mezičas trval 3 měsíce, červen 2010 – srpen 2010.

- 3) Co považujete za podstatné při průběhu procesu individuálního plánování služeb s uživatelem?
- 4) Jaký si myslíte, že má smysl individuální plánování s uživatelem?
- 5) Jak se vyrovnáváte s tím, že jste se stal klíčovým pracovníkem a individuální plánování s uživatelem je nyní součástí vaší náplně práce?

**Cíl výzkumu:**

Popsat, jakou má pracovník zkušenost se zaváděním procesu individuálního plánování do domova pro seniory.

**Cílová skupina:**

Vybraní pracovníci, kteří se účastní kurzu individuálního plánování služby s uživatelem. (viz. podrobněji níže v části Výzkumný soubor)

**7. 2. 1. Metodologie výzkumu I. akce – fenomenologické zkoumání**

Fenomenologický výzkum klade důraz na porozumění jedinci nebo skupiny vnímající určitou zkušenost s daným fenoménem, jak ji prožívají. (20, s. 101)

Hendl o fenomenologickém zkoumání uvádí že: „výzkumník se snaží vstoupit do vnitřního světa jedince, aby porozuměl významům, jež fenoménu přikládá a analyzuje získaná data, aby zachytil esenci prožité zkušenosti.“ (15, s. 126)

V rámci fenomenologické studie výzkumník vytváří popis a interpretaci sdělených prožitků a výsledkem je text, který „zní pravdivě“ pro toho, kdo měl danou zkušenost s daným fenoménem, a poskytuje vhled pro toho, kdo ji neměl. (15, s. 126)

Tuto metodu jsem si vybrala pro její otevřenost, jak vůči zkoumaným osobám, tak i vzhledem ke zkoumanému tématu. Plán výzkumu se dotvářel v počátku výzkumné akce. Strauss, Corbinová zastávají názor v kvalitativním výzkumu, že se má začít pátrat ve zkoumané oblasti a nechat ať se vynoří to, co je ve zkoumané oblasti významné. (43)

## Metoda sběru dat

Pro sběr dat v kvalitativním výzkumu jsem použila nejběžnější techniky **rozhovor a pozorování**<sup>24</sup>. Tyto techniky jsou podobné v kvalitativním i kvantitativním výzkumu. Podstatný rozdíl je však v kontextu, v jakém jsou používány a ve strategii jejich aplikaci. (6)

## Rozhovor

Při **kvalitativním dotazování** typu **rozhovoru** má sběr dat vytvořit vztah, kdy se teoretický rámec výzkumníka překrývá s možnostmi informanta a výzkumník se přizpůsobuje informantovi. Výhodou takového dotazování je, že:

- „lze přezkoušet, zda dotazovaný otázkám porozuměl,
- dotazovaný může vyjevit své zcela subjektivní pohledy a názory,
- dotazovaný může samostatně navrhnout možné vztahy a souvislosti,
- je možné tematizovat konkrétní podmínky situace dotazovaného“. (15, s. 166)

U takového typu rozhovoru je nutné věnovat zvláštní pozornost začátku a konci rozhovoru, kdy na „začátku dotazování je třeba prolomit případné psychické bariéry a zajistit souhlas se záznamem a na konci rozhovoru dbát zvýšené pozornosti pro získání dalších důležitých informací“. (15. s. 167)

Typ rozhovoru, který jsem si vybrala, můžeme specifikovat jako rozhovor s otevřenými otázkami, který sestává z řady formulovaných otázek, na něž má jednotlivý informant odpovídat. Tento typ rozhovoru se používá, když je nutné minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému a tím redukovat pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit. Základním účelem tohoto typu rozhovoru je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Data se později snadněji analyzují, protože jednotlivá témata se lehce v přepisu rozhovoru lokalizují. Tento typ rozhovoru je vhodný, pokud ho nemáme možnost opakovat a máme nedostatek času se informantovi věnovat. (15, s. 173)

---

<sup>24</sup> Ke třetí nejběžnější metodě patří také studium dokumentů, které v této práci neuvádím, ale orientačně jsem v praxi během provádění rozhovorů, nahlížela i do dokumentů – individuálních plánů uživatelů, které pracovníci na základě rozhovoru s uživateli vyhotovili.

## Pozorování

„Rozhovory obsahují vždy směs toho, co je, a toho, co si o tom respondent myslí. Pozorování naproti tomu představuje snahu zjistit, co se skutečně děje.“ V kvalitativním výzkumu jde o schopnost pozorování promyšleně používat. Přitom nejde jenom o vizuální, ale často i o sluchové, čichové a pocitové vjemy. (15, s. 191)

Zúčastněné pozorování v sobě nese znaky kvalitativní metody v tom, že ho nelze plně standardizovat. Nepředepisuje žádnou specifickou metodu zaznamenávání informací. (15, s. 196)

Jelikož mé pozorování probíhalo ve skupině pracovníků, kteří se účastnili vzdělávacího kurzu, jehož jsem byla součástí, pozorovala jsem otevřeně a zúčastněně. Jako účastník - pozorovatel jsem přijala roli rovnoprávného člena skupiny, kdy si účastníci byli vědomi mé totožnosti.

Zúčastněné pozorování se používá v etnografickém výzkumu nebo v případových studiích, které se soustřeďují na hloubkový popis a analýzu nějakého jevu a je zvláště vhodné jestliže:

- „jev, který se bude zkoumat, je málo prozkoumaný,
- existují velké rozdíly mezi pohledy členů a nečlenů sledované skupiny,
- jev není přístupný pohledu osob mimo skupinu“. (15, s. 193)

Pozorovatel je v osobním vztahu s pozorovanými, sbírá data, zatímco se životní situace přirozeně vyvíjí. To vede k těsnějšímu přiblížení k předmětu a k možnosti odhalit vnitřní perspektivy účastníků. „Výzkumník přistupuje k pozorování s vědomím toho, že sociální svět je spoluvytvářen subjektivními významy a zkušeností konstruovanou účastníky sociální situace“. (15, s. 193)

Jelikož jsem se v této práci zaměřila na konkrétní proces a téma, použila jsem **fokusované pozorování**, jako metodu, při které „postupně vytváříme množinu konceptů, teoretický rámec, který je zakotven v datech a dovolí nám porozumět tomu, co se v terénu vlastně děje a vysvětlit to čtenářům.“ Určité dimenze dat se tak stávají postupně více nebo méně důležitými. (15, s. 195)

### 7. 2. 2. Organizace výzkumu - rozhovor

Rozhovory s vybranými pracovníky byly naplánovány do tří časových fází konání vzdělávacího kurzu, do období počátku vzdělávání pracovníků, jeho průběhu a závěru, v časovém odstupu 1 měsíce.

Rozhovory proběhly:

- poprvé, když pracovníci prošli hlavní teoretickou částí do procesu individuálního plánování, co individuální plánování obsahuje, jak s uživatelem navazují rozhovor o potřebách, jak hledám zdroje k saturaci těchto potřeb, jak pracuji s nabídkou služeb organizace a jak tvořím písemný záznam o rozhovoru, individuální plán,
- podruhé, když pracovníci vytvořili první plány s dobře komunikujícími uživateli, prošli první supervizí a další odbornou výukou na téma techniky s obtížně komunikujícími uživateli,
- potřetí, kdy se snažili pracovníci vytvořit individuální plány s obtížně komunikujícími uživateli a prošli druhou supervizí a ukázkami nácviku sdílení informací z procesu individuálního plánování v týmu ostatních pracovníků a vedení týmu.

Příprava rozhovoru vyžadovala stanovení výzkumných otázek, které uvádějí kapitolu kvalitativního výzkumu. Jelikož hlavní otázkou výzkumu bylo dozvědět se, jaké zkušenosti mají pracovníci se zaváděním procesu individuálního plánování do organizace, a jak se jim daří proces učení, sestavila jsem během prvního měsíce vzdělávacího kurzu 3 otázky. Tyto 3 otázky jsem použila v první fázi rozhovorů, ve které se zrodily ještě další dvě otázky, které jsem následně připojila do výzkumu pro fázi druhou a třetí. Otázky vyplynuly z konkrétních okamžiků průběhu vzdělávacího kurzu a supervize s pracovníky, které jsem vyhodnotila za klíčové v procesu zavádění individuálního plánování služby s uživatelem do organizace. Otázky otevírají témata osobní zkušenosti a prožitku s procesem zavádění individuálního plánování, téma podstaty a smyslu individuálního plánování na pracovišti a nové role klíčového pracovníka.

Z rozhovorů a pozorování byly pořízeny poznámky výzkumníka.

Byl získán „poučený (informovaný) souhlas“ informátora. (15, s. 153) Informátor vyjádřil souhlas s účastí ve výzkumu verbálně.

Anonymita výzkumu byla zajištěna neuvedením jména pracovníka, se kterým byl rozhovor veden.

### 7. 2. 3. Výzkumný soubor

„Cílem konstrukce vzorku populace v kvalitativním výzkumu je reprezentovat populaci problému, populaci jeho relevantních dimenzí.“ (6, s. 304) Informanty kvalitativního výzkumu jsem měla předem určeny, bylo jimi 12 účastníků vzdělávacího kurzu, kteří byli vybráni mezi pracovníky organizace jako zástupci jednotlivých oddělení a profesí.

Vybraní pracovníci:

- 4 staniční sestry jako vedoucí jednotlivých zdravotnických oddělení
- 2 zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelé) z oddělení 1 a 2
- 2 zdravotní sestry z oddělení 3 a 4
- 1 sociální terapeut
- 1 sociální pracovnice
- 1 sociální pracovnice - metodik kvality služeb
- 1 vedoucí fyzioterapie.

Staniční sestry byly vybrány „strategicky“ z role budoucích vedoucích týmu individuálního plánování na odděleních a následní zdravotničtí pracovníci byly vybráni dle hodnocení vedoucím pracovníkem jako nejlepší, kteří se projevili na pracovišti jako komunikující, s laskavým a otevřeným vztahem k uživateli, odpovědným vztahem ke své práci, k organizaci, s potenciály týmové spolupráce a snahou vzdělávat se.

Ostatní pracovníci byly vybráni účelově, vedoucí fyzioterapie za fyzioterapii, sociální pracovník, který zavedl v organizaci adaptační program, sociální terapeut jako zástupce oddělení sociální terapie a metodik kvality pro podporu zavedení procesu a vytvoření odpovídající metodiky procesu individuálního plánování v organizaci.

V deseti případech se jednalo o ženy s dlouholetou praxí ve zdravotnictví a sociálních službách a ve dvou případech se kurzu zúčastnily dvě nové ošetřovatelky, které byly přijaty do organizace před šesti měsíci na základě jejich studentské praxe v zařízení, která předcházela jejich přijetí do pracovního poměru. Jejich iniciativa, pracovitost, zájem o uživatele a stále dobrá nálada se v domově staly impulzem ke změně atmosféry na pracovišti, která je pro zavádění procesu individuálního plánování vítaná.



#### 7. 2. 4. Sběr dat – rozhovor a pozorování

Sběr dat a jejich analýza probíhala v časovém intervalu 4 měsíců<sup>25</sup>. Jako výzkumník jsem s pracovníky dělala **rozhovory na otevřené otázky** a zároveň v době konání vzdělávacího kurzu **zaznamenávala vybrané jevy supervize**, týkající se zkušeností a prožitků pracovníků, jak se jim daří s uživatelem službu plánovat. Po každém rozhovoru a konání kurzu jsem provedla prvotní **analýzu záznamů** a rozhodla, která data jsou slibná, protože zachycují živé zkušenosti účastníků, a ta jsem si poznamenala na papírové kartičky barevně označené, abych měla přehled, která data jsem získala v jakém časovém období. Jako časová období jsem zvolila začátek, průběh a závěr vzdělávacího kurzu. O těchto obdobích se více zmiňuji v kapitole Organizace výzkumu v následující části.

Když jsem **informace** získávala v **rozhovoru v přímé interakci s pracovníkem**, držela jsem se připravených otevřených otázek, abych příliš nepřekročila téma výzkumu. Pracovníci v prvním setkání otázky předem neznali a svoje odpovědi sdělovali v bezprostřední reakci na jejich položení. Vybrané pracovníky jsem kontaktovala osobně v organizaci, na jednotlivých odděleních. Na setkání jsme se vždy vzájemně dohodli, u sociálních pracovníků byl vhodný čas polední, u zdravotnických pracovníků doba odpolední a večerní před koncem jejich pracovní doby, vzhledem k jejich službám na odděleních.

Druhé a třetí setkání bylo očekávané a jeho atmosféra byla uvolněnější, pracovník znal typy otázek, které jsem mu pokládala. Pracovníci již absolvovali supervizi svého individuálního plánování průběhu služby s uživateli a dokázali svou zkušenost více popsat.<sup>26</sup> Ve třetím setkání dokázali pracovníci reflektovat svoji zkušenost v souvislostech sebe sama, svých dovedností a vědomostí, organizace a celého procesu.<sup>27</sup>

Stanovené otázky pro rozhovor jsem doplňovala krátkými otázkami typu „Co se stalo?“, „Jak k tomu došlo?“, tak, abych rozvíjela zkušenost informanta do podrobností a dozvěděla se tak co nejvíce relevantních informací.

Rozhovory u sociálních pracovníků se uskutečnily v jejich kanceláři, u zdravotnických pracovníků v kanceláři staniční sestry na oddělení. Časově jsem se

---

<sup>25</sup> Doba konání vzdělávacího kurzu trvala od května 2010 do září 2010, tedy jedno setkání jednou měsíčně.

<sup>26</sup> Informantka ke své zkušenosti uvedla: „Už o tom více vím, tak se mito lépe povídá, na začátku člověk nevěděl, jestli to dělá vůbec dobře.“

<sup>27</sup> Slovy jedné informantky: „Jakoby moje zkušenosti uzrály v tom čase a hlavně v supervizi, ta mě otevřela oči, byla to síla!“

snažila přizpůsobit pracovníkům a v letním období i jejich dovoleným, abych stihla pracovníka v konkrétní časové fázi jeho vzdělávání s jeho dosavadními zkušenostmi a prožitky, které pro období mého výzkumu byly významné.

**Informace ze supervize** jsem získávala v místnosti konání vzdělávacího kurzu, během celého jejího průběhu, písemným zaznamenáváním dialogů pracovníků s lektorem do textového dokumentu v notebooku. Při zápisu jsem používala zkratky slov a symboly, na které jsem zvyklá. Zaznamenávala jsem klíčová slova, sousloví, věty a citáty pracovníků, pokud je použili k vyjádření svého prožitku. Stále jsem se v procesu pozorování snažila uvědomovat si dění kolem sebe i v sobě, soustředit se na probíhající proces supervize, abych zachytila co nejvíce informací a prožitků sledovaných účastníků k tématu. Poznámky ze supervize jsem po každém konání kurzu reflektovala a doplnila je o své postřehy, prožitky a úvahy. Ve své reflexi supervize jsem se držela oblasti formování zkušeností pracovníků s individuálním plánováním, co se již naučili, jaké jsou jejich další vzdělávací potřeby a otázky k tématu.

Písemné poznámky, které byly pořízeny z rozhovorů i supervizí, jsem následně použila k formulování odpovědí do výzkumu. **Rozhovory** trvaly v rozmezí 30 – 40 minut a byly provedeny s pracovníky od 24. června do 15. září 2010.

**Pozorování** v době supervize trvalo průměrně 3 hodiny v každém termínu konání vzdělávacího kurzu. Pro účely sběru dat jsem použila zaznamenaná data ze tří schůzek kurzu.<sup>28</sup>

### 7. 2. 5. Prezentace výsledků výzkumu

Při prezentaci výsledků výzkumu začínám popisem výzkumné činnosti, která vedla k vytvoření jednotlivých kategorií a jejich vlastností. Kategorie dále srovnávám mezi sebou a stručně popisují jejich vzájemné vztahy. V závěru mého výzkumu prezentuji hypotézy, které jsem získala.

Kategorie jsem vytvářela **metodou otevřeného kódování** poznámek ze supervize, pozorování ze vzdělávacího kurzu a odpovědí z rozhovorů. Úkolem bylo tématické

---

<sup>28</sup> Vzdělávací kurz byl sestaven z pěti setkání lektora s pracovníky v organizaci. První čtyři schůzky byly věnovány teorii a praxi tématu individuálního plánování, jeho metodám a technikám. V jednotlivých mezičasech setkání měli pracovníci úkoly tvořit s uživateli individuální plány, které následně prezentovali v supervizi kurzu. Poslední schůzka byla zaměřena na tvorbu metodiky individuálního plánování v organizaci a závěrečnému přezkoušení pracovníků k udělení certifikátu.

rozkrýtí textu. Všechny poznámky jsem opakovaně četla a snažila se soustředit na témata, která se v poznámkách objevovala nejvíce. Kódovala jsem slova a věty – výroky informantů. Tento proces jsem opakovala třikrát s časovým odstupem dvou až tří týdnů, zdali mě při spontánním náhledu do textů poznámek nenapadne ještě něco jiného a významnějšího. Po kódování poznámek jsem identifikovala kategorie.

Následně jsem určovala vlastnosti kategorií, které jsem odvodila z výzkumných dat a zohlednila v nich cíl výzkumu. Jan Hendl tento proces nazývá procesem charakterizace kategorií – **dimenzionalizací**, kterou „se upřesňují vlastnosti, pomocí nichž je možné rozlišit události, spadající do jedné kategorie.“ (15, str. 247) Navrhování kategorií je důležité pro pomáhání při návrhu teorie, výstupu výzkumu. (15, s. 247) U některých kategorií uvádím v textu srovnání výzkumných dat v čase výzkumu, tj. na počátku průběhu vzdělávacího kurzu a na jeho konci.

Celkem jsem vytvořila 5 kategorií, které mají vztah k výzkumným otázkám a tématu vzdělávacího kurzu:

- A. Potřeby klíčového pracovníka**
- B. Podpora klíčového pracovníka**
- C. Týmová spolupráce**
- D. Podmínky rozhovoru**
- E. Organizace**

Popisované kategorie jsou doplněny výroky informantů z rozhovorů a setkání na vzdělávacím kurzu. Seznam vybraných výroků přiřazených do jednotlivých kategorií tvoří součást této diplomové práce v příloze č. 2.

### **Kategorie A – Potřeby klíčového pracovníka**

Tuto kategorii považuji za velmi podstatnou, neboť proces individuálního plánování do organizace zavádějí samotní pracovníci, kteří jsou pro tuto změnu vzdělávání. Jsou jimi pracovníci v přímé péči s uživatelem, pracovník zdravotnický a sociální a každý z nich disponuje jinými dovednostmi a vědomostmi. Důležitost role klíčového pracovníka v organizaci vyjádřila jedna ošetřovatelka slovy:

*„Chtěla bych se cítit připravená, být v pohodě, mít dobrý pocit, že jsem něco vykonala, pomohla, je to o ochotě, stíhám to, snažím se, beru to jako samozřejmost, lidský přístup, prostě že mi lidi nejsou tak anonymní, je příjemné vystupovat jako „někdo“, na koho se klient může s důvěrou obrátit...“*

U kategorie Potřeby klíčového pracovníka jsem vydefinovala 4 vlastnosti a zkoumala jejich vztahy.

- **Zdravotnický pracovník**
- **Sociální pracovník**
- **Vědomosti pracovníka**
- **Dovednosti pracovníka**

Jelikož cílem výzkumu bylo získat zkušenosti se zaváděním individuálního plánování u pracovníků, každý z nich, ze své pracovní pozice, svým způsobem pochyboval o sobě - o svých **dovednostech** a **vědomostech**. Jiné pochybnosti však vyjadřovali **pracovníci zdravotních úseků** a jiné **sociální pracovníci**.

Všech devět zdravotnických pracovníků žádalo na počátku vzdělávacího kurzu o možnost ukázky a tréninku rozhovoru pracovníka s uživatelem, ptali se na základy vedení rozhovoru, jak takový rozhovor popsat do individuálního plánu.

V oblasti dovedností se zdravotničtí pracovníci vyjadřovali:

*„V duchu jsem věděla jak, ale nevěděla jsem, jak formulovat ty slova, nevěděla jsem, jak začít, co se ptát, aby mi klient pověděl, jak formulovat otázky...?“*

*„Šlo mi to, jen je mi proti srsti ten slovosled, jak si to sestylizovat, jak to napsat, aby tam bylo to, co potřebuju.“*

*„Bylo to pro mě nové, neskutečně nové, nevěděla jsem, co to bude vlastně za školení, neumím si s lidmi povídat...“*

*„Taky umět klienta motivovat, když bude klient dobře nemotivován, bude dobře spolupracovat, budeme to mít vzájemně jednodušší.“*

*„Prožívala jsem nejistotu, nevím, jak ten člověk mě pochopil, co po něm chci, jak jsem měla volit ty otázky, slova, aby mi rozuměl, aby pochopil, na co se ptám..., potřebuju víc poradit, jak formulovat větu.“*

Ostatní dvě sociální pracovnice a jeden sociální terapeut se o svých dovednostech v tématu rozhovoru vyjadřovali pozitivně, rozhovor jako metodu používají ve svém oboru

sociální práce „každodenně“ a jejich vzdělání tyto dovednosti předpokládá. Inklinovali spíše k potřebě podrobnější přípravy na rozhovor v procesu individuálního plánování, aby měli více informací (vědomostí) o uživateli, poskytovaných službách.

*„Myslím, že vést rozhovor umím, pokládám otázky, pozoruji klienta, jak mi odpovídá, jak mi ujíždí, tak ho směřuji, parafrázuji, zrcadlím, pracuji s pomlkami, tichem, ale ráda bych měla třeba více informací o něm, jak funguje třeba po ránu nebo k večeru a to tu třeba nejsem, nepracuji na směny jako třeba zdravotníci.“*

Jedna sociální pracovnice ze dvou vyjádřila pocit větší zodpovědnosti za rozhovor vedený s uživatelem směrem ke kvalitnímu výstupu – individuálnímu plánu a pocit důležitosti sdělení, za jakým účelem k uživateli přichází.

*„Cítíla jsem větší zodpovědnost, když jsem vedla rozhovor o jeho plánech tady, cítím, že toho člověka musím víc vést, že se musím víc připravit, cítím větší strukturu času toho rozhovoru, abych držela linii, aby to mělo nějaký závěr, aby byl výstup.“*

Důležitost dovedností i vědomostí u pracovníka ukazuje výrok sociální pracovnice:

*„Za důležité považuji umět komunikovat a zároveň klientovi umět vysvětlit, proč tam jdu, za jakým účelem, aby tomu rozuměl, mít ty správné informace a znalosti.“*

V oblasti **vědomostí** se obě sociální pracovnice, terapeut a devět zdravotnických pracovníků shodlo, když žádali o rozšíření vědomostí v tématech potřeb starých lidí, práce s bolestí, smrtí, doprovázení umírajícího, práce s demencí, agresí, psychiatricky nemocných, nekomunikujících uživatelů i práce s rodinou.

*„Když se jich ptáte na potřeby, narazíte na jejich životní zážitky a ty jsou kolikrát hodně depresivní, umřeli jim děti, partner, je to o bolesti, jak to ošetřit? Jak to zavést do tématu rozhovoru, aby to bylo pořádkem individuálního plánování, mě to přijde dost těžký. A už vůbec práce s člověkem, co má demenci, to je úplně jiná rovina komunikace, to chce prostě proškolit i v tom, mít víc informací o tom.“*

V důsledku procesu získávání vědomostí v kurzu se pracovníci cítili být v pozdějších fázích dotazování i více informovaní o metodách individuálního plánování i poskytovaných službách organizace a tyto informace dokázali v individuálním plánování využít. Dvě ošetřovatelky z dvanácti pracovníků uvedly:

*„Díky znalosti služeb, který teď mám jsem klientce vnucovala všechno možný, ani nevěděla, co dřív, dobře jsme si popovídaly, vzešel z toho myslím moc dobrý plán.“*

*„Netušila jsem, že existují metody, kterými se plánuje s klientem, když nekomunikuje, vůbec jsem si nedokázala představit, že budu schopna přemýšlet o tom,*

*co bych asi potřebovala, kdybych byla klientkou, která je mimo a že to možná takhle vymyslím, líbí se mi to.“*

V závěru vzdělávacího kurzu dovednosti a vědomosti zdravotnických pracovníků zaznamenaly značný vývoj. V počátku kurzu zdravotničtí pracovníci žádali naučit se „umění rozhovoru s komunikujícím uživatelem“ a ke konci kurzu si již dokázali představit naplánovat službu i u uživatele nekomunikujícího. Jedna ošetřovatelka se o získané dovednosti ve vzdělávacím kurzu vyjádřila jako o vykonané cestě .

*„Teď vidím, že to chtělo svůj čas, teď si umím představit, jak tam zajdu, promluví si s klientkou a když nebudu vědět, zajdu do týmu a tam se poradím. A ty nekomunikující, že jsem tady dostala návod, jak to dělat, jak mám komunikovat, jak to mám vypořádat... Ta cesta byla důležitá, zažít si to, vyzkoušet a pak zjistíte, že to jde.“*

Vzdělávací kurz dodal pracovníkům konkrétní poznatky, ukázal jim, jak se je učit a osvojovat, pomohl jim položit základ myšlení v kontextu individuálního plánování a prokázal, jak se časem dají získat dovednosti ke správnému používání metod individuálního plánování. (13, s. 40, 230)

### **Co ukazuje kategorie Potřeby klíčového pracovníka**

Zdravotničtí pracovníci postrádali dovednosti v oblasti metody rozhovoru, formulování otázek, psaní záznamů z rozhovorů, kterým se ve vzdělávacím kurzu naučili. Pravděpodobně jsou zdravotničtí pracovníci více zaměřeni na činnosti zdravotní, aby uživateli pomohli v péči o něho. Dá se tedy předpokládat, že zdravotničtí pracovníci nemají umění metod komunikace ve své odborné přípravě a tudíž je třeba je v této oblasti podpořit. Sociální pracovníci pracují s rozhovorem jako s metodou sociální práce a v rámci individuálního plánování by potřebovali podpořit více v přípravě na takový rozhovor v oblasti informací o uživateli, aby mohli uživatele lépe pochopit, přiblížit se mu a dohodnout s ním kvalitní individuální plán průběhu služby. Zdravotničtí pracovníci lépe než sociální pracovník znají denní i noční aktivity uživatelů, neboť pracují ve směnném provozu a sociálním pracovníkům tyto informace chybí a potřebují je sdílet. Obě profese se shodují na zájmu o edukaci v odborných tématech souvisejících s péčí o staré lidi jako je smrt, umírání, bolest, demence, apod. Jako nejžádanější v oblasti dovedností se u všech pracovníků ukázalo umění komunikace s uživatelem postiženým demencí a uživatelem nekomunikujícím.

## **Kategorie B – Podpora klíčového pracovníka**

Tato kategorie má silnou vazbu ke kategorii Klíčový pracovník a vychází z kontextu výzkumu. Proces individuálního plánování byl do organizace zasazen jako změna a tudíž reakcí pracovníků bylo „volání“ o podporu, ve kterém vyjadřovali své potřeby. Ve výpovědích informantů jsem identifikovala pět složek kategorie.

- **Vzdělávání**
- **Metodika**
- **Studium dokumentace**
- **Práce s rodinou**
- **Supervize**

### **Vzdělávání**

V kategorii Podpora klíčového pracovníka jsem identifikovala **vzdělávání** jako určitý druh podpory v zavádění individuálního plánování, který přináší pracovníkům již zmíněné vědomosti a dovednosti.

V této oblasti pracovníci žádali nejvíce naučit se komunikovat s uživatelem s demencí a umět naplánovat službu podle potřeb u uživatele nekomunikujícího. Deset z dvanácti dotázaných pracovníků projevovalo v úvodu vzdělávacího kurzu obavy a připomínky:

*„Nevím, jak to posunout u problematického klienta, vím, že by klient něco chtěl, ale vzhledem k demenci to neumí říci a já se doptávám, je to takový „komunikační um“ jak dostat informaci z nekomunikujícího klienta, je to pro mě oříšek.“*

*„Mám jen jediný problém s nekomunikujícím klientem, prostě vůbec nevím, jak na něho, pozoruju ho, říkám si vše, co jsme měli v kurzu a znamenám si to, prostě nevím., jak s klientem s demencí, je to náročné.“*

*„U těch klientů normálně přemýšlejících je to dobrý, ale jak u těch ostatních ,jsem zvědavá, co nám poradí v kurzu“*

*„Není dostatek personálu pracujícího s demencí, stačilo by, kdybychom byli proškoleni.“*

*„Jako že toho je moc, hlavně jak plánovat službu s lidmi, kteří nekomunikují, jak plánovat s lidmi, co se bavit nechtějí, nebo sami vůbec nevědí, co chtějí, neznají svoje vlastní potřeby nebo si je vůbec neuvědomují, mají demenci, jak s nimi máme pracovat?“*

V oblasti svých vzdělávacích potřeb uvedli pracovníci v průběhu vzdělávacího kurzu témata, která byla uvedena v kategorii Klíčový pracovník.

## **Metodika**

Největší pozornost v závěru vzdělávacího kurzu pracovníci věnovali potřebě vytvořit si obecně pracovní postup, metodiku individuálního plánování v organizaci.

Polovina pracovníků se vyjadřovala o metodice jako o důležitém opěrném bodu v zavádění procesu individuálního plánování průběhu služby u uživatele. Všichni sociální i zdravotničtí pracovníci se shodli, že společná metodika bude i propojením společné práce týmu pracovníků organizace. Svoji představu nejvýstižněji komentovali jako „jasná pravidla, jasné mantinely“ nebo „černý na bílém, to je pak jasný“.

*„Mít více zmáknutou tu metodiku, abych se měla o co opřít, když si nebudu jistá a tým, to je jasný.“*

*„Když budeme mít pravidla, můžeme na nich stavět, a když někdo nebude chtít plánovat, pak nelze říci, že to nebude dělat, budou tam všechny věci vysvětlený, hlavně ty, se kterými bychom si třeba nevěděli rady.“*

*„Potřebuju se opřít o nějaké zásady, jak poznám, že jsem to splnil nebo naplnil...“*

*„Nastavit jasná pravidla a jasné mantinely.“*

*„Jasně vědět, kdo je klíčový pracovník, jak funguje tým, jak má vypadat individuální plán, jak mají pracovníci spolupracovat a v čem, jakou roli mají ostatní pracovníci, teda hlavně ten klíčový, jaký jsou specifika jednání u klientů, který mi nerozumí a neodpovídají, jak funguje podpora...“*

*„Mít metodikou vyjasněný postupy, co dělat když... a tak, hlavně všichni na začátku nebudou klíčovými pracovníky a budou s námi spolupracovat v týmu, tak aby si to dokázali představit, si to přečtou a bude to taky černý na bílém, to je pak jasný, že se z toho nevykroutěj.“*

Při závěru kurzu se všichni pracovníci v průběhu supervize pravidelně vraceli k tématům jak mít zpracované postupy komunikace s uživatelem s demencí, uživatelem trpící psychiatrickým onemocněním, agresí.

*„Jsem na to zvědavá, jak si to popíšeme, protože tohle bude hodně velké gró.“*

*„Mít postupy u klienta s demencí, ujednotit si co dělat, čeho si všímat, jaké info sjednotit, co když bude agresivní, jak postupovat.“*

*„Takovej pomocnej materiál, jak na to od lesa, hlavně u demencí a psychiatricky nemocných.“*



## Studium dokumentace

Jedna z oslovených sociálních pracovníc otevřela v kurzu při prezentaci individuálního plánu u nekomunikujícího uživatele téma použití studia dokumentace, sociálního spisu uloženého na sociálním oddělení.

*„Chybí mi tady jednotná dokumentace, kde je od doby nástupu napsáno všechno možný, co se týká klienta, od rodiny až po takový jakoby drby, který jsou důležitý, když za tím klientem jdu a nevím, s kým budu mít tu čest. Kolikrát si každý z nás něčeho všimne nebo něco zachytí a je to pro klienta důležitý a třeba i pak, když onemocní a nebude mluvit, když o něm budu vědět, že miluje vážnou hudbu, hned to zapíšu, pak se to může hodit. Ne teda drby, ale prostě důležitý osobní informace.“*

Sociální pracovnice prezentovala studium dokumentace jako cestu k výchozím informacím při plánování služby s nekomunikujícím klientem.

*„Když mám informace, líp se mi s lidmi spolupracuje, tolik jsem toho načetla v sociálních spisech, ze žádosti a ze sociálního šetření, najednou jsem si dokázala představit, jak žil, než se k nám dostal.„K identifikaci potřeb klienta potřebuji znát, jak se měl dřív, odkud přišel, otevřít si spis, kouknout odkud pochází, co rodina, jaký byl jejich vztah, co manžel, děti a tak..., abych měla na co navázat a hlavně u klienta nekomunikujícího, to je důležité.“*

V rámci supervize v kurzu tři zdravotničtí pracovníci vyjádřili potřebu sjednocené dokumentace, kde by se dočetli informace, které k plánování průběhu sociální služby s uživatelem potřebují a ostatní zdravotničtí i sociální pracovníci se shodli, že tuto potřebu mají také.

*„Potřebuju o klientovi vědět i to, co vědí sociálky, jsem si k nim zašla do spisu a tam jsem si to nastudovala.“*

*„Jsme velké zařízení, tak bysme si to měli organizovat společně a jak já se dozvím, co ví sociální pracovník, když mi to nepoví, měli bysme mít přístup i jejich informacím.“*

*„Vedu si zápisky do složky k sobě když je potřeba, tak je ukážu, asi by bylo dobrý, kdybych to mohla psát i pro všechny ostatní.“*

## Práce s rodinou

Pozornost pracovníci věnovali i tématu práce s rodinou. Tato vlastnost se ve výzkumu vykreslila při pozorování pracovníků v druhé polovině vzdělávacího kurzu, kdy se pracovníci učili plánovat s uživatelem nekomunikujícím. Jeden zdravotnický

pracovník měl možnost zapojit do individuálního plánování průběhu služby uživatele i jeho rodinu a prezentoval podrobný plán služeb s příjemnou jistotou a spokojeností.

*„O plánování služeb jsem u klientky mluvila s její dcerou, chodí sem skoro denně, to je pak jiná práce, ví, co maminka potřebuje, na co slyší a co má ráda, prostě paráda. Dohodly jsme se na jednotlivostech a co nepůjde, pak že kdyžtak změníme.“*

Jeden zdravotnický pracovník prezentoval pozitivní zkušenost s rodinou při nástupu uživatele a následně společnou spolupráci.

*„Potřebujeme se vídat s rodinou klienta, mám zkušenost, že rodina naváže kontakt s tím, kdo je na oddělení častěji, většinou hledají staniční sestru, ta je při nástupu, ten vztah tam pak je.“*

Další tři zdravotničtí pracovníci se na potřebě spolupráce s rodinou shodli.

*„Potřebuji informace od rodiny, tady se nezjišťuje, co rodiny, máme to dělat my...to není dobře, věřím klientům a jejich rodinám, takže spolupráci s rodinou považuju za důležitou, hlavně u nesoběstačných, tam je to důležitý.“*

*„Cítím potřebu oslovit rodinu a motivovat jí vhodnou formou, vycítit, zdali je ta rodina na to připravená a pak jim to sdělit, vědět, jaký vztah tam je s klientem, co by se dalo vybudovat a s čím nepohneme.“*

*„Když se pracovník dohodne s klientkou i jeho rodinou a budou vzájemně spolupracovat, tak tam vidím poskytování služeb s motivací pracovníka i důvěru rodiny v naše zařízení a tudíž i dobrou komunikaci a následně vlastně i kvalitu služby.“*

Sociální pracovnice téma práce s rodinou nerozvedly, vyjádřily se, že je považují za součást své práce a jako „informační kanál“ a „zdroj klientovi podpory“ se ho snaží stále využívat.

*„Stane se, že je klient sám, ale když má rodinu, která spolupracuje, hned se snažím s nima se seznámit, informovat se od nich, považuju to za hodně důležité, беру to jako samozřejmost ve své práci a hlavně pro klienta je to jeho krev, jeho bývalý domov, když rodina funguje, máme jeden z velkých zdrojů podpory pro klienta a zdrojů informací.“*

## **Supervize**

Ve výzkumu obě sociální pracovnice i sociální terapeut uvedli potřebu supervizora, kde si mohou v bezpečném prostředí promluvit o svých zkušenostech, které je trápí, nebo se kterými si nevědí rady. Jejich potřebu si vysvětlují zkušenostmi se supervizí, která v organizaci pro sociální pracovníky a terapeuty byla vždy zajištěna.

*„Je důležité, abych věděla, když se se mnou něco děje, že o tom vím, že si to uvědomuju a můžu na sobě pracovat, za klíčový považuju si to uvědomit. A když to sama nedokážu, tak v supervizi, bezpečně si to rozložit a přijít na to. Jako sociální pracovníci máme svého supervizora a i když to bývá náročné, je to účinné a je dobré, jde do jádra věci, člověk si hodně uvědomí, naučí.“*

Pět zdravotnických pracovníků vyjádřilo starosti o sebe, potřebu podpory od nezávislého odborníka.

*„Moc jsem toho s klientem neudělala, doufám, že příště budu lepší, zajímá mě, co mi na to řekne lektor, potřebuju se poradit, jestli do toho nepromítám sebe.“*

*„Za podstatné považuji, aby pracovník znal sám sebe a když na něco narazí, aby to měl v sobě vyčištěný.“*

*„Jak si to mám vyříkat sám se sebou? Kam se mám jít poradit.“*

*„Je toho ale tolik, občas by to chtělo někoho z venku, nějakého odborníka, aby nás vyslechl, poradil nebo zprostředkoval naše požadavky, když už jsme unavení a nevěříme, že by se to mohlo pohnout k lepšímu.“*

*„Teď, když dělám v domově pro seniory, dělala jsem v nemocnici u mladých, tak jsem musela nejdřív vstřebat to, že tady lidi umírají, že když se jim věnuju, tak to je zítra jinak, že se to třeba nelepší.“*

Celkově všichni pracovníci vyjádřili potřebu mít možnost o svých pochybnostech a zkušenostech hovořit s odborníkem nebo zkušeným pracovníkem. Havrdová uvádí, že „takový dialog s odborníkem jehož předmětem je pracovní situace, kontext a postupy či vztahy pracovníka k profesi, ke klientům či spolupracovníkům, přičemž jeho smyslem je překročit bloky, jež brzdí tvořivost, spolupráci a kvalitní výkon, se stává supervizí.“ (14, s. 19)

### **Co ukazuje kategorie Podpora klíčového pracovníka**

V této kategorii jsem uvedla pět typů podpory pro zavádění procesu individuálního plánování do organizace – **vzdělávání, metodika, studium dokumentace, práce s rodinou a supervize**. V oblasti podpory **vzděláváním** na téma individuálního plánování se všichni pracovníci shodli, že by se chtěli nejvíce naučit, jak plánovat službu s nekomunikujícím uživatelem a uživatelem s demencí. Nejčastěji pracovníci hovořili o **metodice** jako podpoře k zavedení změny individuálního plánování v organizaci, od které očekávají písemná pravidla a transparentní kroky celého procesu. Zdravotníci i

sociální pracovníci předpokládají, že v metodice budou vysvětleny jejich jednotlivé role, především role klíčového pracovníka a cíle týmové spolupráce. V metodice by rádi měli „ošetřena“ témata jako je plánování služby s uživatelem s demencí, trpícím psychiatrickým onemocněním, agresí, nekomunikujícím uživatelem. Jako zdroj informací k individuálnímu plánování vidí pracovníci nejen formu rozhovoru s uživatelem, ale i **studium dokumentace a práci s jeho rodinou**, kterou považují za důležitou od počátku pobytu uživatele v domově pro seniory. Celkově pracovníci považují práci s rodinnými příslušníky za zdroj podpory uživatele, informací i za podporu své práce. Sociální pracovníci a sociální terapeut potvrdili jako potřebný a užitečný zdroj podpory **supervizi**, kterou ze svého pracoviště znají v podobě externího odborníka – supervizora a zdravotničtí pracovníci vyjádřili potřebu mít takovou podporu také.

### **Kategorie C – Týmová spolupráce**

Téma týmové spolupráce bylo přítomno v každém setkání pracovníků s lektorem i během všech rozhovorů výzkumníka s informanty. Pracovníci kladli otázky a požadavky na založení nového týmu pro individuální plánování, kde by každý pracovník měl mít svoji roli, včetně vedoucího týmu, který by měl mít konkrétní kompetence. Takovou týmovou spoluprací považují za nejdůležitější z podmínek zavedení individuálního plánování do organizace. Ve výsledcích výzkumu byla identifikována potřeba všech pracovníků vytvořit tým sociálních a zdravotnických pracovníků, aby každý člen vědomě přinášel ze své role v týmu své podněty, informace, zkušenosti, návrhy a rozhodnutí.

Informacím z rozhovorů, které se týkaly kategorie Týmová spolupráce, jsem přiřadila tři vlastnosti.

- **Role pracovníka v týmu**
- **Sdílení informací**
- **Cíle týmové spolupráce**

### **Role pracovníka v týmu**

Prostřednictvím role pracovníka v týmu je realizována jeho pracovní pozice. Každá role pracovníka má svá specifika. Role zdravotnického pracovníka je konfrontována s problematikou zdravotních problémů uživatele, role sociálního pracovníka s problematikou sociální. Pro obě role je však společná akceptace uživatele v jeho individualitě. Každá role očekává nějaké chování a očekávání od druhých. (33, s. 190)

Role v týmu pracovníků mohou být různé a všechny se vzájemně doplňovat nebo i vylučovat. Pracovníci se ve svých výrocích o potřebě týmové spolupráce shodují na očekávání vzájemné komunikace, podpoře vedení.

Během prezentace individuálního plánu s uživatelem v kurzu jeden zdravotnický pracovník hovořil o své roli na zdravotním oddělení.

*„ Nejvíc mě zajímá, jak pak budeme mít schůzku, kde se to bude předávat, to mě brzdí, když mě nikdo neposlouchá a jsem v tom sama, něco domluví a pak se to neděje, zapíšu to a nikdo to nerespektuje, vypadám u klientky jako blbec, že jsem něco domluvila a neděje se to, důvěra se pak těžko získává zpět.“*

K tomuto výroku uvádím výrok sociální pracovníce v roli metodika kvality, která uvedla představu, jakou roli by měla mít staniční sestra na oddělení, jako vedoucí týmu individuálního plánování.

*„Vedoucí týmů mají poskytovat podporu pracovníkům, říkat jim, jaké jsou možnosti a seznamovat je s nimi, také s úkoly oddělení a týmu, se směrnicemi organizace, školit je a ne jim to dát přečíst. Vedoucí týmů by měli i kontrolovat plnění úkolů, které z plánů vyplývají, organizovat činnosti jednotlivých pracovníků v týmu.“*

Jiný zdravotnický pracovník prezentoval, že si svoji roli v týmu umí představit, stejně tak jako sociální pracovník, který už s individuálním plánováním má zkušenosti z minulého zaměstnání.

*„Umím si představit, že si něčeho všimnu a pak to půjdu říci do týmu a přispěju k plánování nebo týmu.“*

*„Už jsem na minulém pracovišti s klienty plánovala službu a znám roli klíčového pracovníka, přijde do týmu, přednese přání klienta, který s nim probral, udělá plán, poradí se s vedoucí, kolegové se mohou vyjádřit a plán je na světě.“*

Téma týmové spolupráce se v čase ve skupině vyvíjelo a v předposledním setkání supervize už měl sociální terapeut představu, jakou roli v týmu bude mít.

*„Už to vidím, spolupráce tam je a vede to k ní, to je ono, že se budou dělat skupinky na oddělení a já tam přijdu, když se bude jednat o mého klienta a všechno tam povím a budu informovat a poradím se, to je vono!“*

Také jeden zdravotnický pracovník v závěru kurzu sdělil své pozitivní dojmy a vyslovil důvěru ve spolupráci všech.

*„Moc se mi líbilo, že jsme tady ve skupině byli dohromady, zdravotníci a sociálky a komunikovali jsme společně, známe klienty každý trochu jinak a teď se můžeme doplňovat, líbí se mi, že se to plní, ta spolupráce se sociálkama.“*

## **Sdílení informací**

Další společnou představou o spolupráci sociálních a zdravotních pracovníků mezi sebou se stala sdílená dokumentace o uživateli služeb. Tato vlastnost byla ve výzkumu identifikována v závěru, kdy se pracovníci s lektorem zabývali tématem týmové spolupráce. Jedna vedoucí zdravotního oddělení potřebu vyjádřila slovy:

*„Je potřeba propojení informací a pracovníků, lepší dokumentace, budeme vědět, co máme dělat a klient bude spokojený, když to bude podle jeho potřeb. Pracovníci, co o něho pečují, budou přesně vědět, co mají dělat, co je třeba, pak budou konečně uspokojovány potřeby klientů, všechno se vzájemně propojí.“*

Jeden zdravotnický pracovník měl již konkrétní nápad pro realizaci sdílení informací.

*„Vypadá to slibně, když si představím, že budeme mít nástěnku a já budu vědět, kam mám zajít a co tam udělám a že je to klientovo přání.“*

Ostatní pracovníci představu sdílení informací komentovali svými výroky.

*„Je třeba víc informací, když pak o klientech víme, lépe se spolupracuje.“*

*„Třeba vědět o klientovi informace, abych mu neublížila, kdyby byl třeba z dětského domova a já na to narazila.“*

*„Mít nějaké informace společné a pak se budeme moci dohodnout, co dál a nebudeme na to sami, když si nebudeme vědět rady.“*

## **Cíle týmové spolupráce**

Ve výzkumu jsem tuto vlastnost objevila, když jsem se jako výzkumník ptala na smysl individuálního plánování. Pět zdravotnických pracovníků uvedlo, že bez týmové spolupráce nemůžeme dělat kvalitní práci ke spokojenosti klienta.

*„Je supr, když vidím u klienta postup, že má zájem, také dobře, když to vidí ostatní, že se daří, podporuje to celý tým, že to má smysl individuálně pracovat.“*

*„Už se to rýsuje, když vidím, že to má výsledky, tak to ukecám – jako v týmu, tady jsou hrozný drbny, tady je to potřeba prostřelit a spolupracovat, bez toho to nepůjde a až to prostřelíme, tak máme velkou šanci dělat kvalitní práci.“*

*„Budeme vědět o klientovi z více úhlů pohledu, více očí, víc vidí, tomu říkám účel týmu.“*

*„Já budu v týmu určitě v pohodě, jako klíčový pracovník budu vědět, co klient potřebuje, pak bude spokojenej, no snad se to naučíme všichni.“*

*„Věřím, že propojení informací a spoluprací to půjde a obohatíme se i my, pracovníci, budeme mít nejen přehled o klientovi, ale i o pracovníkách.“*

Ostatní pracovníci vyjádřili očekávání z týmové spolupráce.

*„Když se zamyslím, tak snad, že budeme o sobě všichni vzájemně víc vědět a budeme mít nějaké informace společné a pak se budeme moci dohodnout, co dál a nebudeme na to sami, když si nebudeme vědět rady.“*

*„Už si na to pomalu zvykám, je to náročné, asi nevím, do čeho jdu, není to tak jednoduché, jak to vypadalo, snad to bude pak s týmem dohromady dobrý a budeme si říkat jak dál.“*

*„Týmová spolupráce, že si řekneme o nich víc, já se všechno taky nedozvím a takhle víme, co opravdu chtějí, je to lepší spolupráce, vím víc o nich, takže jim můžu pomoci.“*

*„Je to o tom se dohodnout, o ochotě se dohodnout.“*

*„Umět společně na tom pracovat, bavit se o tom po čase, dělat si v týmu hodnocení individuálního plánu, upozorňovat se na to, co se změnilo, čeho jsme si všimli.“*

*„Když se tomu budeme věnovat týmově, tak na to přijdeme.“*

Jedna sociální pracovnice také vyjádřila nespokojenost s přístupem k její práci a práci sociálních terapeutů ze strany zdravotnických pracovníků.

*„Chybí tady porozumění ze strany zdravotního personálu pro výkon práce sociálních terapeutů, zdravotníci vystupují z pozice, že si chtějí udělat svou práci a není středem jejich zájmu klient, ale jejich práce. Co je potom týmová spolupráce? Myslejí si, že si uživateli jenom povídáme. Je potřeba se propojit a vzájemně uznat své profese.“*

Podle Crainera je tým seskupení několika lidí, kteří mají různé dovednosti a k dosažení týmové spolupráce je třeba jednotlivého úsilí všech členů, aby práce byla úspěšná. Tým představuje místo, kde se lidé setkávají, sdílejí myšlenky, odborné znalosti a řeší problémy. (4, s. 140)

### **Co ukazuje kategorie Týmová spolupráce**

Pracovníci zdravotního i sociálního oddělení mají společné očekávání od týmové spolupráce mezi sebou, která není v organizaci systematicky zavedena. Pracovníci si jsou vědomi, že v týmu individuálního plánování bude mít každý svoji roli s pravomocemi a povinnostmi. Za důležité považují sdílení informací o uživateli v týmu, sjednocení dokumentace o uživateli a vzájemné poznání pracovníků a náplně jejich činností. Fungující týmovou spoluprací chápou jako podmínku zavedení kvalitního procesu individuálního plánování v organizaci.

## **Kategorie D – Podmínky rozhovoru**

Tato kategorie se nejčastěji objevuje ve výzkumu v odpovědích na vedlejší otázku výzkumníka: „Co považujete za podstatné při průběhu procesu individuálního plánování služeb s uživatelem?“ V odpovědích informantů byly nejvíce identifikovány tři vlastnosti.

- **Důvěra**
- **Soukromí**
- **Čas pracovníka**

### **Důvěra**

Deset z dvanácti pracovníků uvádějí, že bez navázání vztahu a důvěry uživatel není tolik přístupný, aby se otevřel rozhovoru o svých potřebách. Kopřiva na téma pomáhajících profesí uvádí, že kromě vědomostí a dovedností, které jsou třeba pro každou profesi, hraje u sociálních a zdravotních pracovníků významnou roli ještě další prvek a tím je „lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem.“ A opravdový lidský vztah můžeme „pěstovat“ jen na základě vytvořené důvěry. Je třeba věřit pracovníkovi a cítit jeho lidský zájem. Proto je tolik důležitá osobnost pracovníka, která je hlavním nástrojem v těchto profesích. (27, s. 14)

Tímto se vracíme zpět na začátek ke kategorii Klíčového pracovníka, která se tu prolíná s kategorií Podmínky rozhovoru.

Sociální pracovnice, která pracuje více na pozici metodika kvality a nestýká se v každodennostech s uživateli, uvedla důvěru jako jedinou podmínku, jak s uživatelem otevřeně pohovořit o jeho potřebách.

*„Klient mě moc nevnímal, neznáme se, tak jsme si povídali a zkoušela jsem navázat důvěru, moc jsme spolu toho neudělali. Považuji za důležité, aby měl ke mně klient už nějakou důvěru, to považuji i za etické, když s ním pracuju na osobní bázi.“*

Ostatní pracovníci se shodli na vzájemné důvěře pracovníka a uživatele.

*„Důležitá je klientova důvěra, abych ji získala, aby se mi klient otevřel. Já se na to dívám jakože automaticky, když se otevře, tak to pak půjde.“*

*„Potřebuju k tomu důvěru klienta, když vidím, že je nejistý a nevěří mi, uvažuju, jestli tam nemá jít někdo jiný.“*

*„Prostě, že se s klientem naváže vztah, důvěrný, teda i když v hranicích pracovníka a klienta a nebude to jen o vypovídání se, ale prostě pozornost věnovaná klientovi v osobní rovině na hranici profese, teda jestli jsem srozumitelná...“*



*„Hlavně navázat vztah, to je individuální plánování, vztah, abychom si řekli, co chtějí a co jim dáme a jestli vůbec můžeme.“*

## **Soukromí**

Mezi další podmínky úspěšného rozhovoru všichni pracovníci označili prostředí, soukromí klienta, ve kterém je vysoká pravděpodobnost, že dojde k interakci pracovníka a klienta. Slovník sociální práce vysvětluje pojem „prostředí usnadňující interakci“ jako prostředí příjemné, známé, kde klient může volně komunikovat a cítí se pohodlně. (33, s. 168)

*„ Je to jiný na chodbě a jiný v soukromí, chce to soukromí“*

*„Povídat si asi někde v pokoji, kde je klient doma, aby se cítil uvolněně“*

*„Prostředí, aby nikdo nerušil, aby nás nerušili ostatní, těžké je to, když je klientka na lůžku, tady jsou pokoje i třílůžkové, pak se těžko hledá soukromí.“*

## **Čas pracovníka**

Vlastnost Čas pracovníka vzešla z pozorování pracovníků ve vzdělávacím kurzu při jeho průběhu. V pozorování jsem zachytila obavy všech čtyř vedoucích pracovníků zdravotních úseků, kteří se vyjadřovali o svých některých podřízených, se kterými spolupracují na odděleních již několik let, že vzhledem k jejich mnohaleté praxi ve zdravotnictví a zavedenému geriatrickému režimu péče o starého člověka, bude zavedení individuálního plánování obtížné a obzvláště kvůli časovému harmonogramu oddělení, který obsahuje již „zaběhnuté“ jednotlivé činnosti v posloupnosti jak jdou v denním i nočním čase za sebou – budíček, ranní hygiena, převlékání, snídaně, koupání, oběd, odpolední činnosti, večere a ukládání ke spánku.

*„Mám obavy, jak vysvětlím, že klientka se umí sama učesat, jen jí to trvá o trochu déle, že umí být ještě v některých věcech samostatná. Když na ní budou čekat, nestihnou práci jinde, úplně je slyším a fakt je, že reálně se to stihnout nedá.“*

Tato vlastnost ukazuje na harmonogramy práce zdravotnických pracovníků v organizaci, jejich časové možnosti na odděleních.

Všichni pracovníci sociálního oddělení se shodli, že vzhledem ke své činnosti a náplni práce sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách v aktivačně terapeutických programech věří, že čas pro individuální pohovory s uživateli přirozeně „vyšetří“.

*„Jsem sociální pracovnice a moje práce je taky povídat si s lidmi, slovo a rozhovor jsou vlastně moje pracovní nástroje, chápu, že práce na oddělení je o něčem jiném, ale stojím si za tím, že individuální plánování je taky o čase do budoucnosti právě upravit si čas na klienta. Když bude mít klient to, co považuje za důležité, vyladí se do pohody a pak s ním pracovníci mohou mít méně práce, to mám i zkušenost, že tomu tak je.“*

Dva vedoucí pracovníci v pozici staniční sestry vyjádřili obavy o svůj čas vyčleněný pro svou práci, jedna z nich připustila, že individuální plánování pravděpodobně vyústí ve změnu harmonogramu dne zdravotnických pracovníků.

*„Beru to jako součást změn, jsou potřeba, ale ten čas je tam znát, asi by to pak chtělo jak jsme o tom mluvili, upravit harmonogram dne.“*

Ostatní pracovníci obavy o svůj čas vyjadřovali průběžně.

*„Nejvíc mám strach u klientů, se kterými se nedomluvíme v normálním čase, jako že potřebují oni víc času, než to sesmolíme, jako že se jdu ptát na jejich potřeby, než to pochopí. U těch normálně přemýšlejících je to dobrý, ale u těch ostatních, to nemůžu stihnout, jsem zvědavá, co nám poradí v kurzu.“*

*„Dejme tomu, že si s klientem popovídám a snad budu zvládat časově to hodit ještě na papír.“*

*„Potřebuji dostatek času, abych tam přišla a byli jsme oba na to připravení.“*

Jedna ošetřovatelka uznala i pozitiva procesu individuálního plánování, který podle ní přináší uživatelům větší spokojenost.

*„Není čas, mám obavy, jsem nabitá, těším se na to, ale nevím jestli to budu stíhat, ale myslím že ano, po rozhovoru jsou pak klienti jinak vyladěný a takový spokojený, asi, že se jim člověk věnuje, to je hned znát.“*

Tato vlastnost Čas pracovníka zaznamenala vývoj v čase konání kurzu především v otázkách komunikace s nekomunikujícím klientem, kdy v závěru kurzu pracovníci disponovali vědomostmi a byli si vědomi, že pro individuální plánování s uživatelem si musejí najít čas. Jeden zdravotnický pracovník uvedl ke své radosti:

*„Dneska už vím, že když se mi to nepodaří napoprvé, že to není žádná tragédie, najdu si čas, zajdu tam vícekrát, nebudu klienta zatěžovat tolika otázkami najednou, prostě si to rozvrhnu, jako na víc dní.“*

### **Co ukazuje kategorie Podmínky rozhovoru**

Za podstatné při průběhu individuálního plánování služby s uživatelem považují pracovníci vytvořenou vzájemnou důvěru, klidné prostředí, nejlépe soukromí uživatele,

kde se cítí dobře a dostatek času. Čas považují všichni zdravotničtí pracovníci za nedostatečný a vedoucí pracovníci jsou si vědomi, že zavedení procesu individuálního plánování bude mít za důsledek úpravu harmonogramu dne zdravotnických pracovníků. Sociální pracovníci, vzhledem ke své náplni práce, vnímají individuální plánování služby s uživatelem jako pracovní úkol, který do svých činností zařadí.

## **Kategorie E – Organizace**

Kategorie Organizace vznikla dodatečně analýzou poznámek ze závěrečného rozhovoru s pracovníky před ukončení vzdělávacího kurzu. Tři pracovníci z dvanácti otevřeli otázku důsledků zavedení individuálního plánování v budoucnosti pro organizaci. Předpokládají, že takový proces v organizaci mnoho změní, pozitivně i negativně. Kategorii jsem přiřadila dvě vlastnosti.

- **Vize organizace**
- **Kultura organizace**

Vize organizace ukazuje na její směřování, kultura organizace na její vnitřní a vnější vztahy. Pracovníci jsou si vědomi v současné době transformace řízení organizace, uvolňování formální hierarchie a posilování osobní odpovědnosti pracovníků. (33, s. 136)

### **Vize organizace**

Dva vedoucí zdravotničtí pracovníci a metodik kvality služeb upozornili na vazby procesu individuálního plánování k organizaci.

*„Ve větším zařízení to jde hůře. Chce to transformaci na malé zařízení, to je realita obrovských zařízení, že to nejde tak dobře, chce to strukturovat na malá oddělení, to je „mezicesta“, vnitřně to strukturovat a týmy aby mezi sebou spolupracovaly.“*

*„Když se něco nového zavádí, chtěla bych vědět, k čemu to povede, co se bude dít a co to znamená pro mé oddělení a pro mě jako pro pracovníka. Těch změn je od doby platnosti nového zákona docela dost.“*

*„V podstatě individuální plánování nám otevře souhrn všeho, co bude do budoucnosti potřeba, co bude klient chtít a co my mu budeme moci dát, teda poskytnout, do jaké míry budeme moci vyjít vstříc specifickým potřebám, třeba u klientů s demencí a že jich tu je spousta a přibývají. Na jakou službu se pak třeba transformovat, specializovat...“*

## **Kultura organizace**

Každá organizace má svoji kulturu, která „představuje soustavu hodnot, norem, přesvědčení, postojů a domněnek, která určuje způsob chování a jednání lidí a způsoby vykonávání práce. Hodnoty se týkají toho, o čem se věří, že je důležité v chování lidí a organizace.“ (1, s. 257) Při supervizím setkání se každý zdravotnický pracovník minimálně jednou zmínil o vzájemných vztazích na pracovišti.

*„Prostě nastavit nějakou kulturu práce a pokud nelze, tak se s pracovníkem rozloučit, nejde donekonečna dávat šanci, je to impulz pro ostatní pracovníky.“*

*„Je to otázka přístupu pracovníků k sobě, jak se propojí zdravotnický a sociální personál a jak se budou vzájemně respektovat, podporovat, no prostě spolupracovat.“*

Sociální terapeut uvedl, že doufá ve zlepšení vzájemných vztahů na pracovišti.

*„Doufám, že se časem vztahy zlepší, když to propojíme, někdy je to teda hrůza, je to asi všude, ale jak je to velký zařízení, tak se tu spousta lidí nezná a teď, když budeme plánovat a scházet se, vidím v tom taky, že se více poznáme, kolikrát jsou tu noví pracovníci a já je potkávám a nevím, kdo jsou, to nemá moc úroveň.“*

## **Co ukazuje kategorie Organizace**

Všichni pracovníci se shodli, že proces zavádění individuálního plánování otvírá v organizaci otázky její vize do budoucnosti, neboť mapuje skutečné potřeby a přání uživatele ve vztahu k poskytovaným službám. Proces také upozorňuje na kvalitu mezilidských a pracovních vztahů mezi pracovníky a nedostatečnou vzájemnou spolupráci zdravotnických a sociálních pracovníků, která působí i na kvalitu poskytovaných služeb organizace.

## **Vztahy mezi kategoriemi**

Úkolem této podkapitoly je prezentovat výsledky hledání vzájemných vztahů mezi kategoriemi.

Disman o záznamu dat v kvalitativním výzkumu říká, „že je obtížnější nejen proto, že žádné předem připravené kategorie neexistují, ale především pro mnohdimenzionálnost tohoto výzkumného procesu“. (6, s. 311)

Všech pět kategorií jsem vytvořila metodou otevřeného kódování odpovědí informantů z rozhovorů a procesu pozorování pracovníků při supervizi ve vzdělávacím kurzu, jak uvádím v úvodu prezentace výsledků výzkumu.

Pro další rozkrytí dat k interpretaci vzájemných vztahů mezi kategoriemi jsem použila axiální kódování, kdy jsem jako výzkumník uvažovala o příčinách a důsledcích, podmínkách a interakcích, strategiích a procesech jevu, které propojují jednotlivé kategorie. Abych odhalila jednotlivé vztahy mezi kategoriemi, dávala jsem data do souvislostí, zdali jsou propojeny a v čem. (15, s. 249–250)

Zavádění procesu individuálního plánování otevřelo v organizaci potřebu vzdělávání pracovníků, neboť tento proces vyžaduje po pracovnících určité dovednosti a vědomosti. Zde se prolíná kategorie Potřeby klíčového pracovníka a Podpora klíčového pracovníka. Dovednosti a vědomosti pracovníka úzce souvisí s jeho profesí. Z výzkumného vzorku, který se skládá z jedné čtvrtiny sociálních pracovníků a tří čtvrtin zdravotnických pracovníků vyplynulo, že pracovníci zdravotničtí potřebují podpořit v dovednostech metod komunikace s uživatelem a pracovníci sociální potřebují mít více informací o uživateli. Z toho vyplývá, že každý z pracovníků potřebuje k individuální práci s uživatelem jinou vzdělávací podporu.

Klíčový pracovník pro svůj výkon potřebuje nejen vědomosti a dovednosti, ale i být informovaný o uživateli, mít možnost nahlížet do sjednocené dokumentace, pracovat s rodinou uživatele, spolupracovat s ostatními pracovníky a mít metodické vedení. Aby se pracovník cítil ve svých kompetencích klíčového pracovníka sebejistě, potřebuje mít ve své roli i podporu supervizní, podporu nezávislého odborníka nebo svého nadřízeného pracovníka. Zde se prolínají kategorie Podpora klíčového pracovníka, Potřeby klíčového pracovníka a Týmová spolupráce.

Všichni pracovníci preferují pro rozhovory s uživateli o jejich potřebách soukromé prostředí a upozorňují na situace, ve kterých je toto soukromí narušeno, např. ve vícelůžkových pokojích. Skutečná přání a potřeby uživatelé sdělují jen v atmosféře důvěry s pracovníkem. Souhrn těchto potřeb ukazuje na škálu služeb, které organizace poskytuje, které je třeba zajistit nebo nově vytvořit a to znamená, že individuální plánování přináší do organizace pohled do budoucnosti v oblasti nabídky poskytovaných služeb. Kategorie Podmínky rozhovoru má zde vazbu na kategorii Organizace, v souvislostech její budoucnosti na základě získaných informací z procesu individuálního plánování průběhu sociální služby s uživatelem.

### **7. 2. 6. Hypotézy**

Na začátku výzkumu jsem si zadala téma. Vymezila jsem účel výzkumu a určila výzkumné otázky. (15, s. 39) Cílem mého výzkumu bylo ukázat, jakou zkušenost měli pracovníci domova pro seniory se zaváděním procesu individuálního plánování. O tyto poznatky jsem opřela následující hypotézy:

- 1) Nejdůležitější schopností klíčového pracovníka je umění komunikace.
- 2) Sociální pracovník se lépe orientuje v metodách individuálního plánování než pracovník zdravotnický.
- 3) Pracovníci, kteří individuálně plánují s uživatelem průběh poskytování služby, mají vysokou potřebu pravidelné týmové spolupráce.
- 4) Čím více je věnována podpora pracovníkovi k zavedení změny v organizaci, tím větší je jeho motivace spolupracovat.
- 5) Pracovník, který týmově spolupracuje má větší pocit jistoty ve svých kompetencích.
- 6) Čím více informací bude mít pracovník o uživateli, tím více bude péče o uživatele individualizována.
- 7) Čím vyšší důvěra uživatele (opatrovníka, rodinného příslušníka) k pracovníkovi, tím podrobnější bude individuální plán.
- 8) Nejžádanějším tématem pro vzdělávání v individuálním plánování v domově pro seniory je naplánování služby pro uživatele s demencí.
- 9) Pro zajištění kvalitních podmínek pro rozhovor o potřebách preferují pracovníci soukromí klienta před soukromím v kanceláři pracovníka.
- 10) Nejdůležitější podmínkou otevřeného rozhovoru o potřebách pracovníka s uživatelem je vzájemná důvěra.
- 11) Zavedení individuálního plánování vede ke změnám harmonogramu práce zdravotních pracovníků.
- 12) Zařízení sociální péče, které individuálně plánuje s uživateli průběh sociální služby, má vyšší kvalitu pracovních vztahů na pracovišti.
- 13) Potřeby uživatelů určují směr budoucího vývoje poskytovaných služeb organizace.

### **7. 2. 7. Diskuse**

V závěru vyhodnocení výzkumu jsem se vrátila k otázce „Jak se dařilo zavést proces individuálního plánování v domově pro seniory?“ a porovnávala jsem zkušenosti

pracovníků s principy individuálního plánování, kterými se zabývám v páté kapitole této práce. Zajímalo mě, jak se podařilo pracovníkům tyto principy v době vzdělávání přijmout za své a aplikovat do praxe.

Když se pracovníci v úvodu kurzu principům individuálního plánování učili, pochybovali o svých znalostech a vědomostech, zdali budou umět plánovat službu tak, aby vycházela z individuálně určených potřeb uživatele, které by měli umět zjistit společně s uživatelem z rozhovoru nebo použitím daných metod v případě, že je uživatel nekomunikující. Vzhledem k tomu, že se pracovníci metodám učili pět měsíců a měli možnost s lektorem o svých nových zkušenostech v supervizních setkáních kurzu pravidelně diskutovat, docházelo u nich v procesu učení a osvojování myšlenek k získávání těchto vědomostí a dovedností. V reflexích pracovníků tak můžeme sledovat, jak se vyrovnávají s tímto procesem učení se novým přístupům a metodám, když v úvodu kurzu sdělují své obavy, že si neumějí představit naplánovat službu s uživatelem podle jeho potřeb a v závěru kurzu již tyto obavy nemají. Projevy pocitů jistoty pracovníků při závěrečných supervizích ukazují, že pracovníci si vědomosti o principech individuálního plánování osvojili a dokázali si představit, že se s uživatelem budou na poskytovaných službách, případně s jeho rodinou, domlouvat.

Při supervizích jsme ve zkušenostech pracovníků mohli také pozorovat, jak se mění jejich vzdělávací potřeby, kdy si pracovníci postupně osvojovali metody individuálního plánování s komunikujícím uživatelem a mohli se dále věnovat metodám komunikace s uživatelem nekomunikujícím. Základní témata v kurzu např. „Jak položit otázku v rozhovoru?“ se měnila na složitější témata „Co pozorovat u uživatele nekomunikujícího?“. Na těchto měnících se potřebách a aktivním přístupu pracovníků se můžeme přesvědčit, že si již určité vědomosti a dovednosti, ke kterým je lektor vedl, osvojili a mají zájem získat další, které v praxi budou potřebovat.

Také vývoj postojů a způsobu přemýšlení pracovníků v průběhu vzdělávacího kurzu svědčí o osvojení principu individuálního plánování - společného sdílení informací mezi pracovníky, kdy pracovníci sami přicházeli s náměty vytvoření společné dokumentace o uživatelích a poradních týmech, kde by docházelo k výměně informací a spolupráci klíčových pracovníků s vedoucími oddělení a ostatními pracovníky. Tím, že pracovníci tyto náměty přinášeli, prokázali, že nad tématem nejen přemýšleli, ale zároveň si i osvojili postup plánování služby u uživatele, včetně návrhů na optimalizaci systému individuálního plánování v organizaci. Nejvíce oceňuji, že si pracovníci osvojili klíčovou zásadu „kreativně spolupracovat a přitom dělat věci společně stejným způsobem“.

Současně v záznamech ze supervize můžeme sledovat aktivní přístup všech pracovníků, který potvrzuje, že se podařilo rozvinout spolupráci sociálních a zdravotnických pracovníků, která se prokázala společně formulovanými požadavky na týmovou spolupráci a vytvoření metodiky individuálního plánování. Výzkumník se tímto pohledem spolupráce obou profesí hlouběji nezabývá, a tak oblast motivů spolupráce a dále popis pozitivních kroků vzájemné interakce není zmapován. Výzkum také neodpovídá na otázku vlivu osobnosti pracovníka a jeho profese na zavádění procesu do organizace vzhledem k profesním zvláštnostem, které, což by bylo jistě přínosné a užitečné pro další zjištění, které by mohlo odpovídat na otázky „Jak se dařilo zavést proces individuálního plánování právě u zdravotnických a sociálních pracovníků (pracovníků v sociálních službách)?“ Náznaky odpovědí na tyto otázky tak můžeme nacházet pouze sekundárně ze záznamů výzkumníka v závěru kurzu. Výzkumník pohlížel na účastníky kurzu především jako na pracovní tým, který byl vybrán podle plánu zavedení procesu do organizace a profese ve výzkumu nediferencoval. Zde se tedy otevírá další podnět k pozorné reflexi, která bude sledovat, jak budou k procesu individuálního plánování pracovníci dále přistupovat a jaké vědomosti a dovednosti z předchozího vzdělání je budou ovlivňovat. Jelikož Standardy kvality sociálních služeb nejsou jen plnění právních povinností, ale jsou výrazem přístupu pracovníků a organizace dělat věci „jinak, nově“, otázkou zůstává, jak se bude dařit zdravotnickým pracovníkům přijímat principy a pravidla dané „sociálními zákony“, především Zákonem o sociálních službách a Standardy sociálních služeb.

Ve zkušenostech pracovníků se také objevují témata vlastní práce pracovníka se sebou samým, kdy se pracovník učí něčemu novému a poznává tím své hranice možností, cítí zátěž, nejistotu a zjišťuje, že to není pokaždé příjemné, i když tyto pocity k zavádění procesu změny v organizaci patří. Ve výrocích pracovníků můžeme identifikovat rizika zavádění procesu individuálního plánování, která jsou tu vyjádřena emocemi pracovníků, především u pracovníků ve vedoucích pozicích, že pociťují strach a úzkost, neboť na ně bude v budoucnosti kladena zodpovědnost při plnění tohoto procesu v organizaci. S těmito riziky počítá i plán zavádění procesu do organizace v analýze rizik, která upozorňuje na zatížení pracovníků z nových úkolů, zvýšení kompetencí vedoucích pracovníků a navrhuje případná řešení. Z výsledků výzkumu si můžeme opět potvrdit, že požadavky pracovníků na supervizi jako podpory sdílet a zvládnout své pocity v bezpečném prostředí potvrzují, že pracovníci procesem změny procházeli a uvědomují si, že se jedná o dynamický proces.



Vývoj zkušeností pracovníků ve výsledcích výzkumu ukazuje jistě i na jiná témata, která by se dala rozebrat z různých stránek, ale vzhledem ke kapacitě diplomové práce se jimi již v této diskusi nezabývám.

Z dostupných výsledků výzkumu můžeme konstatovat, že se pracovníkům ve vzdělávacím kurzu podařilo naučit se vědomostem a dovednostem, které jsou potřebné k individuálnímu plánování průběhu sociální služby s uživatelem a stejně tak přijmout za své principy individuálního plánování.

### **7. 2. 8. Reflexe výzkumníka**

Při hodnocení průběhu celého výzkumu, který jsem zpracovávala v průběhu vzdělávacího kurzu, jsem byla často ovlivněna svým postojem metodika zařízení. I proto jsem se v reakcích pracovníků na zavádění individuálního plánování zaměřovala především na jejich vzdělávací potřeby a požadavky podpory. V procesu učení pracovníků během vzdělávacího kurzu jsem se hodně soustředila na reflexi témat, ve kterých pracovníci vyjadřovali své vzdělávací potřeby, abych mohla dále svými intervencemi moderovat potřebnou podporu ke zvládnutí a udržení procesu implementace programu.

K pracovníkům jsem tedy přistupovala nejen jako jeden z účastníků kurzu, ale především jako metodik, který přináší své podněty a snaží se pracovníky podpořit ve formulování svých potřeb, které by usnadnily proces učení. Neopomenutelná byla i má role koordinátora vzdělávání, která spočívala v osobní zodpovědnosti za výběr a doporučení vhodné vzdělávací agentury, která by vyhovovala potřebným požadavkům pro výuku. V této roli jsem cítila zodpovědnost za kvalitu průběhu vzdělávacího kurzu, protože jsem spolupráci mezi agenturou a vedení organizace vyjednala. Jako koordinátor vzdělávání jsem se snažila předkládat opatření, která by vedla k usnadnění celého procesu. Podporovala jsem pracovníky, aby mi sdělovali své potřeby, aby s námi lektor spolupracoval co nejvíce v místě našeho pracoviště, aby sdělení lektora bylo zřejmé všem účastníkům.

Když jsem si při sběru a zpracování dat uvědomila svoji roli metodika, ptala jsem se sama sebe, s jakým tématem jsem strávila při interpretaci výsledků výzkumu nejvíce času a jak jsem tím mohla svůj výzkum ovlivnit. Ve své zpětné reflexi jsem pak došla k názoru, že jsem se nejvíce věnovala tématu týmové spolupráce, protože mě osobně nejvíce zajímalo. Další roli, kterou jsem si uvědomila během supervizí sezení byla role pracovníka – kolegy, který se snaží spolupracovat s ostatními a má také své profesní

potřeby, které si v sobě vlivem ostatních pracovníků uvědomuje a nachází. Během diskusí o cílech týmové spolupráce, o rolích v týmu a vzájemné podpoře jsem v supervizích sbírala předestřené podněty. Zde vidím opět svůj vliv výzkumníka v roli metodika, neboť mým zájmem ve vzdělávacím kurzu bylo vyhotovit návrh metodiky procesu individuálního plánování v organizaci, která otázky týmové spolupráce řeší.

S odstupem času vidím ve své reflexi výzkumníka i osobní rovinu vztahů s pracovníky. Rozhodující byl společně strávený čas určený pro vzdělávání s lektorem, čas strávený vedením rozhovoru a vzájemných konzultací. Bližší vztah se tak promítl do otevřeného sdílení při rozhovorech. Rozhovory byly vedeny v atmosféře důvěry a já získávala relevantní informace, které jsem následně použila pro vyhodnocení výzkumu.

V důsledku uvědomování si vlivu svých rolí výzkumníka jsem později pochopila, že ve zkušenostech pracovníků se dala sledovat a zhodnotit i jiná témata, která by byla zajímavá a užitečná, ale v důsledku svého zaměření na reflexi potřeb pracovníků jsem tato témata dále nezpracovávala.

Možná tu hlavní bylo to, že jsem zblízka mohla sledovat, jak jednotlivý pracovníci „dorůstají“ do tématu svou cestou, což ukazuje, že jsem je svými otázkami nemanipulovala, že tedy výzkum přinesl zřejmě relevantní informace.

Z tohoto hlediska mohu konstatovat, že je mnoho „úhlů pohledů“, jakými se dá na proces zavádění individuálního plánování dívat a mnoho rovin, na kterých zavádění procesu probíhá.

### **7. 3. Kvantitativní výzkum**

#### **7. 3. 1. Metodologie výzkumu II. akce – dotazník**

Ve své práci jsem pro doplnění výzkumu použila metodu dotazníkového šetření. Zde jsem si vytipovala oblasti, které mě vzhledem k tématu zajímaly a na které jsem si vytvořila hypotézy. Ty jsem si u respondentů následně otestovala. Jak uvádí Disman: „kvantitativní výzkum není nic jiného, než testování hypotéz“. (6, 76)

Výzkum byl zaměřen v podstatě na „takové problémy, které je možno popsat v termínech vztahů mezi pozorovatelnými proměnnými“. (6, s. 77)

Specifikou kvantitativního výzkumu v mé práci je dotazníkové šetření u vybrané skupiny uživatelů, u kterých se pracovníci učili v rámci kurzu individuálně plánovat. Dotazníky jim byly předloženy ve dvou obdobích jejich pobytu v domově pro seniory,

před zavedením procesu individuálního plánování a po jeho zavedení. Výsledky výzkumu obsahují srovnání opakovaného dotazníkového šetření u stejné skupiny uživatelů.

### **7. 3. 2. Definice výzkumného problému a výběr vzorku**

#### **Definice výzkumného problému**

Cílem výzkumu bylo poskytnout pohled na zkoumanou oblast z pozice uživatele, zdali se proces zavádění individuálního plánování promítne do spokojenosti uživatele s poskytovanými službami a vybraným chováním a jednáním pracovníků v organizaci.

**Cílová populace:** senioři (60–105 let)

#### **Způsob výběru vzorku a jeho velikost:**

Vzorek respondentů byl vybrán z počítačového programu, který v organizaci slouží jako dokumentace uživatelů. Ze skupiny uživatelů, který počítačový program vyhodnotil, bylo náhodným výběrem vybrán vzorek velikosti 20 respondentů. Skupina splňovala kritéria respondentů:

- uživatelé komunikující, se schopností vypovídat,
- z každého oddělení poměr uživatelů pro výzkum (z každého ze čtyř oddělení 5 respondentů do celkového počtu 20)
- uživatelé, u kterých ani v minulosti nebylo vedeno individuální plánování (není vyhotoven individuální plán)
- uživatelé, kteří nastoupili do domova v době před červnem 2009, což znamená, že nebyli zapojeni do adaptačního programu, který byl v organizaci od tohoto data zaveden a stal se první fází procesu individuálního plánování.

Uživatel, který nastoupil do domova v době od června 2009 k současnosti byl v době nástupu do domova zapojen do programu adaptace, který v duchu individuálního plánování rozpracovala v organizaci nová sociální pracovnice, přijatá do pracovního poměru v květnu r. 2009. Program adaptace trvá 3 měsíce od data nástupu uživatele

a odpovídá první fázi individuálního plánování, kdy sociální pracovník pro adaptace zjišťuje potřeby uživatele a provází ho službami domova pro seniory.<sup>29</sup>

### 7. 3. 3. Výzkumné hypotézy

#### **Obecná hypotéza:**

„Čím více se s uživatelem individuálně plánuje poskytování služby podle jeho potřeb, tím vyšší je spokojenost uživatele s poskytovanými službami.“

#### **Operacionální hypotézy (pracovní) :**

- 1) Uživatel zapojený v individuálním plánování je více spokojen s vedením rozhovoru o jeho individuálních přáních a potřebách.
- 2) Uživatel zapojený v individuálním plánování rozhoduje více o tom, jak probíhá péče o něho.
- 3) Uživatel zapojený v individuálním plánování je více spokojen s chováním a jednáním zdravotnického pracovníka.
- 4) Uživatel zapojený v individuálním plánování je více spokojen s chováním a jednáním sociálního pracovníka.
- 5) Uživatel zapojený v individuálním plánování je více spokojen s poskytovanými službami.
- 6) Uživatel zapojený v individuálním plánování je více spokojen s pravidly domova pro seniory ve vztahu k uspokojování svých potřeb.
- 7) Největší nespokojenost s poskytovanými službami v DS je v oblasti stravování.
- 8) Uživatel prokazuje větší spokojenost s projevem úcty ke své osobě od sociálního pracovníka než pracovníka zdravotnického.
- 9) Pro důvěru uživatele k pracovníkovi je nejdůležitější, když má pracovník zájem o něho a jeho životní historii.
- 10) Uživatel zapojený do individuálního plánování je více spokojen s vřelostí a laskavostí pracovníka.

---

<sup>29</sup> Závěrem adaptace je zpráva, která obsahuje zjištěné potřeby, přání uživatele, jeho životní příběh, pokud se podaří jej s uživatelem či jeho rodinou nebo osobami blízkými sepsat. Ze zprávy z adaptace pak vychází počáteční proces individuálního plánování, ve kterém pokračuje klíčový pracovník, který je uživateli přidělen po 3 měsících, a který nadále s uživatelem spolupracuje.

### **7. 3. 4. Tvorba dotazníku a organizace výzkumu**

V dotazníku jsem použila převážně uzavřené otázky, které nabízely možné alternativy, ze který respondent vybíral vhodnou odpověď. Pro doplnění některých témat dotazník obsahoval i otázky otevřené s volnou možností odpovědi. Dotazník je nedílnou součástí této diplomové práce v příloze č. 3.

Snažila jsem se, aby otázky obsahovaly co nejužitečnější a nejstručnější možné alternativy odpovědí k tématu. Jelikož otázky v dotazníku byly zaměřeny převážně na míru spokojenosti uživatele s poskytovanými službami, tato spokojenost byla vyčíslena na časové škále 1 – 5 od stupně zcela spokojen do stupně zcela nespokojen. Tato škála byla také zobrazena na papírové kartičce, kterou tazatelé předkládali respondentovi při výzkumu jako pomůcku pro dobrou orientaci v odpovědích dotazníku. Kartička se u respondentů osvědčila.

O spolupráci při distribuci dotazníků jsem požádala tři vybrané sociální pracovníky organizace s cílem zajistit co největší návratnost založenou na přímém kontaktu pracovníka a uživatele. Jejich návratnost byla stoprocentní.

**Technika distribuce:** tazatel – rozhovor

Tazatel č. 1–autor výzkumu

Tazatel č. 2–kolegyně sociální pracovník R

Tazatel č. 3–kolegyně sociální pracovník S

Tazatel č. 4–kolegyně pracovník v sociální péči A

### **7. 3. 5. Sběr dat**

První šetření proběhlo v polovině měsíce června 2010 a druhé v polovině měsíce srpna 2010. Dotazníky byly realizovány v místě poskytování služby, v domově pro seniory. Vyplněny byly s pomocí tazatele. Celkem s mojí osobou se na této práci účastnili 4 tazatelé.

Celkem bylo realizováno 40 dotazníků. Rozhodujícím kritériem při výběru tazatelů bylo, že jsou to sociální pracovníci v přímé péči, kteří pracují v organizaci a znají problematiku péče o seniory v zařízeních sociální péče. Jelikož v domově pro seniory žije 258 seniorů a sociální pracovníci se věnují uživatelům osobně podle svých kompetencí a se všemi uživateli tudíž nepracují, vydal se každý z nich jako tazatel za těmi uživateli z výzkumného vzorku, se kterými se osobně nezná nebo nejméně zná, aby odpovědi

respondentů byly nezatížené předchozím vztahem nebo snahou uživatele se „svému“ pracovníkovi zavděčit.

Největší počet dotazníkových šetření se konal v horkých letních měsících, kdy v létě roku 2010 sužovaly Českou republiku tropická horka. Výzkum byl náročný pro respondenty i tazatele. Respondenti senioři byly velmi unavení a tazatelé se s uživateli domlouvali na schůzkách o časných ranních a večerních hodinách. Schůzky se konaly po dohodě s uživateli v soukromí jejich pokoje a trvaly 45–60 minut.

### 7. 3. 6. Presentace výsledků výzkumu

Na výsledcích kvantitativního výzkumu bych orientačně ukázala, jaký dopad mělo zavádění individuálního plánování pro uživatele. Pro účel této magisterské práce uvádím jen některé výsledky, které považuji za zásadní. **Celkové vyhodnocení výzkumu dle předložených hypotéz je součástí této práce v příloze č. 4.**

Výzkumu se zúčastnilo 20 respondentů v poměru 14 žen a 6 mužů. Z celkového počtu respondentů bylo 7 ve věku 86–90, což je více než jedna třetina dotázaných. Druhý největší počet 5 respondentů byl ve věku 76–80 let. 9 respondentů, což je necelá polovina dotázaných, tvořilo skupinu uživatelů částečně mobilních, necelou druhou polovinu respondentů tvořila skupina 7 mobilních a skupina 4 imobilních uživatelů.

Můžeme konstatovat, že ve vzorku respondentů byly zastoupeny určitým poměrem muži i ženy všech věkových kategorií uživatelů v domově i všech kategorií mobility.

#### Otázkou č. 2 jsem testovala pracovní hypotézu č. 2:

„Uživatel zapojený v individuálním plánování rozhoduje více o tom, jak probíhá péče o něho.“

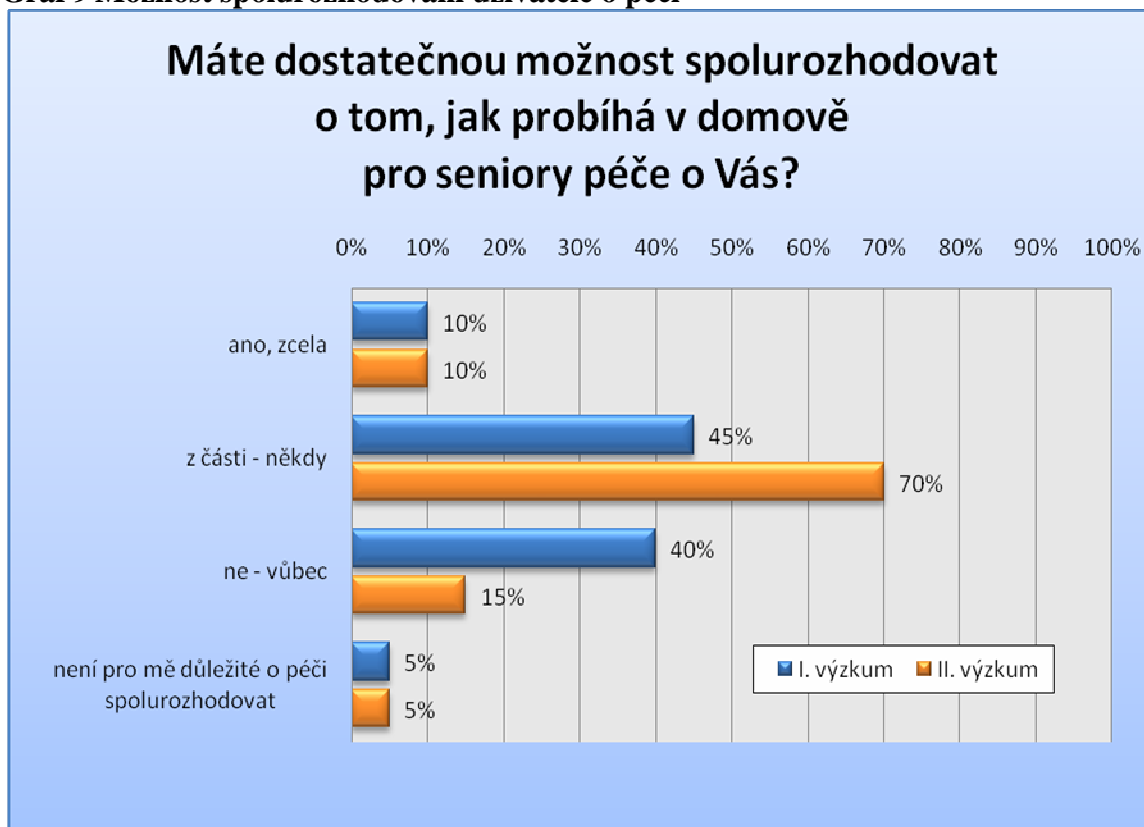
Vyhodnocení otázky č. 2

**Máte dostatečnou možnost spolurozhodovat o tom, jak probíhá v domově péče o Vás?**

**Tab. 9 Možnost spolurozhodování uživatele o péči**

Odpovědi	Faktický počet		Procentuální počet	
	I. výzkum	II. výzkum	I. výzkum	II. výzkum
ano, zcela	2	2	10	10
z části - někdy	9	14	45	70
ne - vůbec	8	3	40	15
není pro mě důležité o péči spolurozhodovat	1	1	5	5
<b>celkem</b>	20	20	100 %	100 %

**Graf 9 Možnost spolurozhodování uživatele o péči**



Uživatelé služeb, kteří nebyli zapojeni do individuálního plánování uvedli téměř v poloviční míře 40–45 % dotázaných, že z části - někdy či vůbec nemají dostatečnou možnost spolurozhodovat o tom, jak probíhá péče o ně.

Po zapojení do procesu individuálního plánování došlo ke změně, kdy počet odpovědí spolurozhodování uživatele o svou péči vzrostl o 25 % v oblasti, kdy uživatelé mají možnost spolurozhodovat z části - někdy a zároveň došlo ke snížení počtu odpovědí o 35 %, kdy uživatel nemá vůbec možnost spolurozhodovat o své péči.

Lze usoudit, že proces individuálního plánování má významný vliv na možnost uživatele spolurozhodovat o tom, jak probíhá v domově péče o něho.

**Testovaná hypotéza se potvrdila.**

#### Otázkou č. 4 jsem testovala pracovní hypotézu č. 1:

„Uživatel zapojený v individuálním plánování je více spokojen s vedením rozhovoru o jeho individuálních přáních a potřebách.“

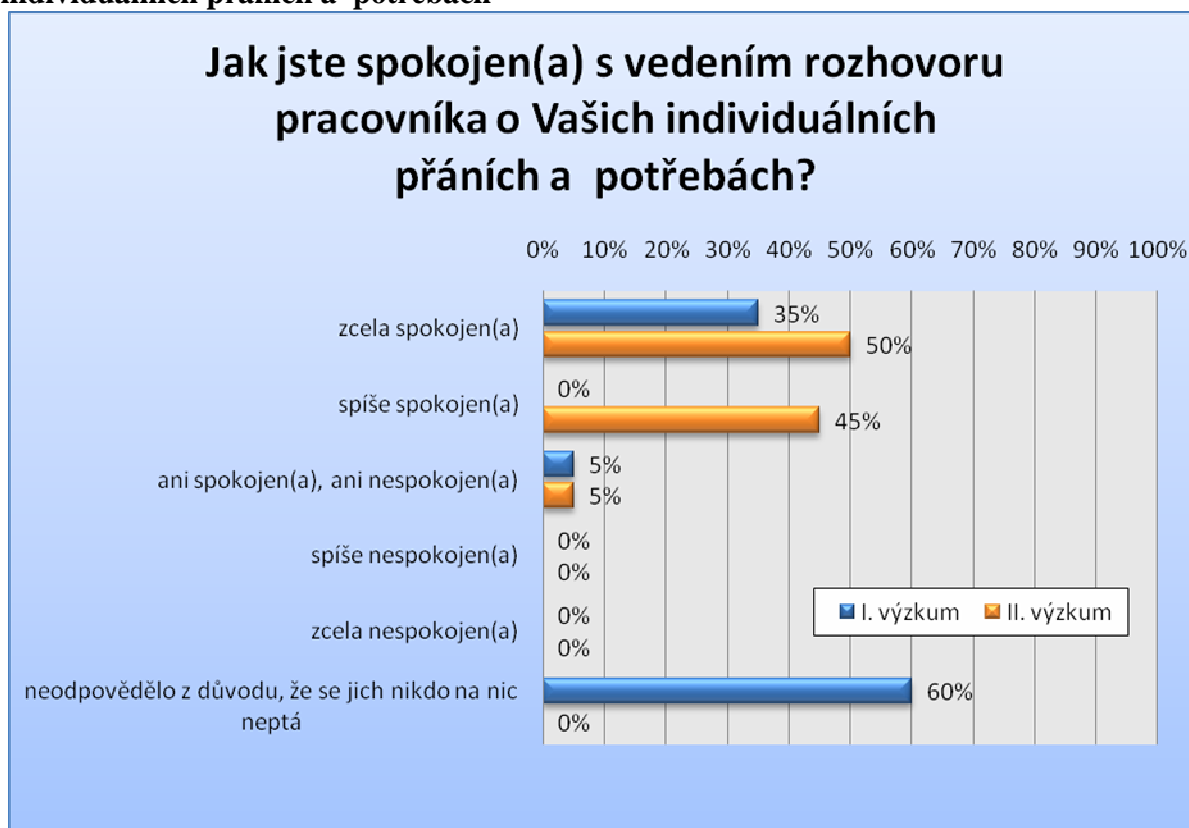
Vyhodnocení otázky č. 4

**Jak jste spokojen(a) s vedením rozhovoru pracovníka o Vašich individuálních přáních a potřebách?**

**Tab. 16 Spokojenost uživatele s vedením rozhovoru s pracovníkem o svých individuálních přáních a potřebách**

Odpovědi	Faktický počet		Procentuální počet	
	I. výzkum	II. výzkum	I. výzkum	II. výzkum
zcela spokojen(a)	7	10	35	50
spíše spokojen(a)	0	9	0	45
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	1	1	5	5
spíše nespokojen(a)	0	0	0	0
zcela nespokojen(a)	0	0	0	0
neodpověděli z důvodu, že se jich nikdo na nic neptá	12	0	60	0
celkem	20	20	100 %	100 %

**Graf 16 Spokojenost uživatele s vedením rozhovoru s pracovníkem o svých individuálních přáních a potřebách**





Více než polovina dotazovaných uživatelů, 60 % respondentů, v době před zapojením do procesu individuálního plánování na otázku spokojenosti s vedením rozhovoru o svých individuálních potřebách neodpověděla z důvodu, že „se jich nikdo na nic neptá“.

Po zapojení do procesu individuálního plánování již nikdo z respondentů zmíněnou větu neuvedl. 50 % respondentů bylo s vedením rozhovoru o svých individuálních potřebách s pracovníkem zcela spokojeno, 45 % spíše spokojeno a 5% uvedlo odpověď v oblasti ani spokojen, ani nespokojen.

Z uvedených dat výzkumu zjišťují, že před zavedením procesu individuálního plánování nedocházelo u 60 % dotázaných k rozhovorům s pracovníkem o jejich individuálních potřebách a tedy respondenti nedokázali na tuto otázku odpovědět. Zjištěná data z druhého výzkumu ukazují, že všichni uživatelé byli zapojeni do individuálního plánování, na otázku odpověděli a projevíli spokojenost s vedením rozhovoru o svých individuálních přáních a potřebách.

**Testovaná hypotéza se potvrdila.**

**Otázkou č.5 jsem testovala třetí pracovní hypotézu č. 3:**

„Uživatel zapojený v individuálním plánování je více spokojen s chováním a jednáním zdravotnického pracovníka.“

Vyhodnocení otázky č. 5

**Nyní, prosím, ohodnoťte jednotlivé následující chování a jednání zdravotnických pracovníků, jak jste s nimi spokojeni.**

**Tab. 17 Spokojenost s vřelostí a laskavostí zdravotnického pracovníka**

Odpovědi	Faktický počet		Procentuální počet	
	I. výzkum	II. výzkum	I. výzkum	II. výzkum
zcela spokojen(a)	4	5	20	25
spíše spokojen(a)	4	6	20	30
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	6	5	30	25
spíše nespokojen(a)	4	4	20	20
zcela nespokojen(a)	2	0	10	0
<b>celkem</b>	20	20	100 %	100 %

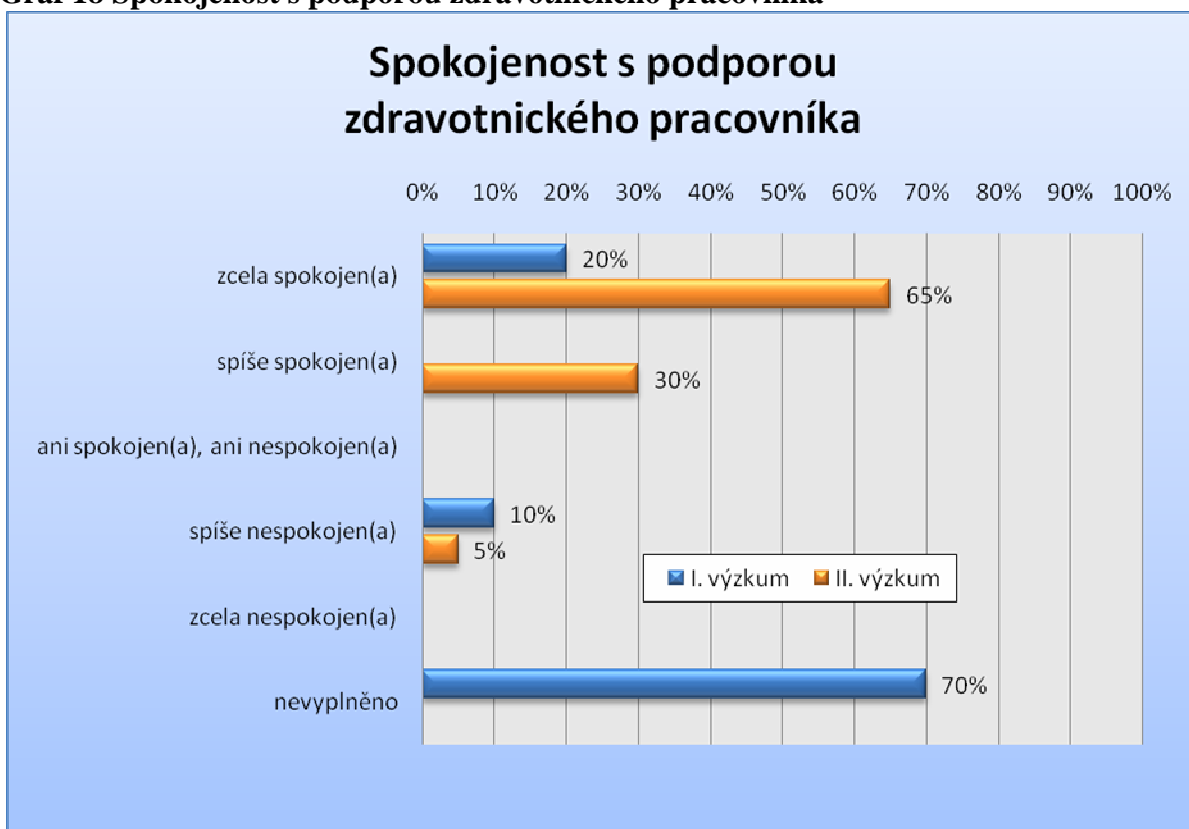
**Tab. 17 Spokojenost s vřelostí a laskavostí zdravotnického pracovníka**



**Tab. 18 Spokojenost s podporou zdravotnického pracovníka**

Odpovědi	Faktický počet		Procentuální počet	
	I. výzkum	II. výzkum	I. výzkum	II. výzkum
zcela spokojen(a)	4	13	20	65
spíše spokojen(a)	0	6	0	30
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	0	0	0	0
spíše nespokojen(a)	2	1	10	5
zcela nespokojen(a)	0	0	0	0
<b>nevyplněno</b>	14	0	70	0
<b>celkem</b>	20	20	100 %	100 %

**Graf 18 Spokojenost s podporou zdravotnického pracovníka**



**Tab. 19 Spokojenost s úctou, kterou ke mně zdravotnický pracovník chová**

Odpovědi	Faktický počet		Procentuální počet	
	I. výzkum	II. výzkum	I. výzkum	II. výzkum
zcela spokojen(a)	4	3	20	15
spíše spokojen(a)	4	5	20	25
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	3	2	15	10
spíše nespokojen(a)	5	7	25	35
zcela nespokojen(a)	4	3	20	15
<b>celkem</b>	20	20	100 %	100 %

**Graf 19 Spokojenost s úctou, kterou ke mně zdravotnický pracovník chová**



Uživatelé, kteří byli zapojeni do individuálního plánování projevili vyšší spokojenost 5–10 % v oblasti jednání zdravotnického pracovníka s vřelostí a laskavostí a zcela vymizely odpovědi v oblasti „zcela nespokojen(a)“, která v prvním výzkumu vykazovala 10 % z celkových odpovědí.

V oblasti vyjádření podpory zdravotnického pracovníka k uživateli došlo ke změně, kdy 70 % respondentů se k podpoře zdravotnického pracovníka v prvním výzkumu nevyjádřilo vůbec a po zapojení do procesu individuálního plánování odpověděli všichni respondenti a vzrostla jejich spokojenost o 45 % v oblasti zcela spokojen(a) a 30 %

respondentů odpovědělo v oblasti „spíše spokojen(a)“. Tedy všichni, co neodpověděli v prvním výzkumu, odpověděli ve výzkumu druhém a 95 % dotázaných kladně, což považují za podstatné.

V oblasti projevené úcty v chování a jednání zdravotnického pracovníka se spokojenost uživatele výrazně nezměnila, počet odpovědí „zcela spokojen(a)“ se snížil o 5 % a ke zvýšení o 5% počtu odpovědí došlo v oblasti „spíše spokojen“. O 5 % respondentů méně odpovědělo v oblasti „zcela nespokojen(a)“ v prvním výzkumu a o 10 % respondentů více odpovědělo v oblasti „spíše nespokojen“.

Vzhledem k tomu, že jsme nezjišťovali statistickou významnost tohoto rozdílu, nelze potvrdit testované hypotézy.

**Testovaná hypotéza se nepotvrdila.**

#### Otázkou č.6 jsem testovala pracovní hypotézu č. 4:

„Uživatel zapojený v individuálním plánování je více spokojen s chováním a jednáním sociálního pracovníka.“

Vyhodnocení otázky č. 6

Nyní, prosím, ohodnoťte jednotlivé následující chování a jednání sociálních pracovníků, jak jste s nimi spokojeni.

**Tab. 20 Spokojenost s vřelostí a laskavostí sociálního pracovníka**

Odpovědi	Faktický počet		Procentuální počet	
	I. výzkum	II. výzkum	I. výzkum	II. výzkum
zcela spokojen(a)	20	20	100	100
spíše spokojen(a)	0	0	0	0
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	0	0	0	0
spíše nespokojen(a)	0	0	0	0
zcela nespokojen(a)	0	0	0	0
<b>celkem</b>	20	20	100 %	100 %

**Graf 20 Spokojenost s vřelostí a laskavostí sociálního pracovníka**



**Tab. 21 Spokojenost s podporou sociálního pracovníka**

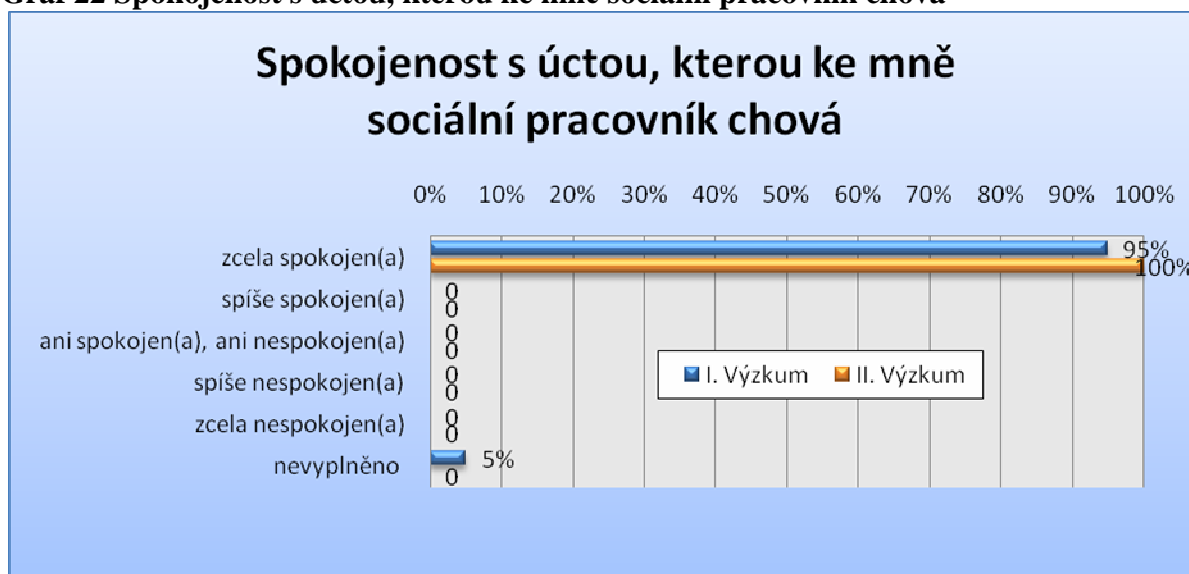
Odpovědi	Faktický počet		Procentuální počet	
	I. výzkum	II. výzkum	I. výzkum	II. výzkum
zcela spokojen(a)	18	17	90	85
spíše spokojen(a)	0	1	0	5
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	0	0	0	0
spíše nespokojen(a)	0	0	0	0
zcela nespokojen(a)	0	0	0	0
<b>nepotřebuje</b>	2	2	10	10
<b>celkem</b>	20	20	100 %	100 %

**Graf 21 Spokojenost s podporou sociálního pracovníka**



**Tab. 22 Spokojenost s úctou, kterou ke mně sociální pracovník chová**

Odpovědi	Faktický počet		Procentuální počet	
	I. výzkum	II. výzkum	I. výzkum	II. výzkum
zcela spokojen(a)	19	20	95	100
spíše spokojen(a)	0	0	0	0
ani spokojen(a), ani nespokojen(a)	0	0	0	0
spíše nespokojen(a)	0	0	0	0
zcela nespokojen(a)	0	0	0	0
<b>nevyplněno</b>	1	0	5	0
<b>celkem</b>	20	20	100 %	100 %

**Graf 22 Spokojenost s úctou, kterou ke mně sociální pracovník chová**

Uživatelé služeb projeví v prvním výzkumu vysokou 85 - 100 % spokojenost s chováním a jednáním sociálních pracovníků.

V druhém výzkumu se tato vysoká spokojenost opět potvrdila. Spokojenost s vřelostí a laskavostí sociálního pracovníka byla v obou výzkumech 100 %. 85 % spokojenost s podporou sociálního pracovníka vzrostla v druhém výzkumu o 5 % a 95 % spokojenost s úctou, kterou sociální pracovníci chovají k uživatelům (respondentům) z prvního výzkumu vzrostla při druhém výzkumu na 100 %.

Vysokou spokojenost se sociálními pracovníky si vysvětlují jejich rolemi tazatelů a rolemi kontaktních osob v potřebách sociálního poradenství, terapie a trávení volného času, které úzce souvisí s potřebami a přáními uživatelů.

Vzhledem k tomu, že jsme nezjišťovali statistickou významnost tohoto rozdílu, nelze potvrdit testované hypotézy.

**Testovaná hypotéza se nepotvrdila.**



## **Závěr prezentace vybraných výsledků**

Uvedenými výsledky z kvantitativního výzkumu nemůžeme dokázat, že čím více se s uživatelem individuálně plánuje poskytování služby podle jeho potřeb, tím vyšší je spokojenost uživatele s poskytovanými službami a chováním a jednáním pracovníka.

Vzhledem k tomu, že jsme nezjišťovali statistickou významnost tohoto rozdílu, nelze některé testované hypotézy potvrdit. Bylo by třeba se tématu výzkumu věnovat dále.

Ostatní výsledky z tohoto výzkumu v této práci uvádím pro doplnění kontextu zasazení celého procesu do organizace přílohou. č 4.

## ZÁVĚR

Cílem práce bylo popsat zkušenosti pracovníků se zavedením procesu individuálního plánování do domova pro seniory a dopady na poskytovanou sociální péči.

V teoretické části jsme se zaměřili zejména na vývoj sociálních služeb v České republice v první polovině 20. století, kdy se v sociálních službách vedl způsob penzionování seniorů a paternalistický model péče státu jako způsob řešení života starých lidí ve společnosti. Uvedli jsme fakta vývoje sociálních zařízení pro seniory a procesu deinstitucionalizace 70. let, který se stal klíčovým procesem změny systému sociálních služeb u pobytových zařízení. Ukázali jsme, že podstatným aspektem této změny je individuální plánování služby, kterým jsme se v této práci rozhodli podrobněji zabývat.

Po představení legislativních požadavků procesu individuálního plánování průběhu sociální služby jsme se ve výzkumné části věnovali kvalitativnímu výzkumu zkušeností vybraných pracovníků se zaváděním individuálního plánování „na rovině pracovníka a organizace“. V kvantitativním výzkumu jsme zkoumali dopad tohoto procesu v organizaci „na rovině uživatele“.

Provedený kvalitativní výzkum ukázal, že k zavedení procesu individuálního plánování je třeba pracovníky v jeho metodách a technikách odborně vzdělávat po delší čas, interaktivní formou ve skupině, s účastí supervize, kdy se účastníci učí nejen navázat kontakt a vést dialog s uživatelem, ale zároveň i v procesu plánování služby využívat týmovou spolupráci a uvědomovat si vlastní potřeby. Na zkušenostech pracovníků bylo prokázáno, že účast supervize při vzdělávání usnadnila pracovníkům jejich učení a pomohla jim s novými zkušenostmi se lépe vyrovnat. Ve vzdělávání touto formou došlo nejen k seznámení s procesem individuálního plánování a jeho metodami, ale i k jejich následnému vyzkoušení v praxi, což vedlo pracovníky k novému získávání poznatků a zkušeností, na základě kterých si uměli položit otázky, jak se učit dál. Ty si přinášeli zpět na supervizní setkání a pod vedením lektora získávali další potřebné znalosti.

Na úkolech ze vzdělávacího kurzu, které pracovníci vykonávali v praxi, a ke kterým byla směřována podpora supervizora se ukázalo, jak je důležité pracovníky stavět do situací, které organizace potřebuje, aby je uměli řešit. V takové skutečnosti si pracovník nejvíce přichází na otázky, které si potřebuje zodpovědět. Pak je pochopitelné, že vzdělávací kurzy, které poskytují nejen informace, ale dávají pracovníkovi možnost vrátit se s novou praktickou zkušeností do procesu vzdělávání, jsou efektivní a úspěšné.

Výsledky kvalitativního výzkumu také ukázaly rozdíly ve vzdělávacích potřebách pracovníků zdravotnických a sociálních a jejich vývoj podle dorůstání do rolí klíčových pracovníků. Výzkumem bylo prokázáno, že pokud pracovníci ve svých zkušenostech došli sami skrze své potřeby k principům individuálního plánování, kterým v tomto případě byla týmová spolupráce a společné sdílení informací o uživateli, přijali tyto principy za své. V učení se metodám a technikám individuálního plánování se vzhledem ke své profesi lépe orientovali sociální pracovníci, zdravotničtí pracovníci potřebovali v učení se metodám rozhovoru více podpořit. Sociální pracovníci naopak žádali o více informací o každodenních zvycích a dřívějším životě uživatelů. Pro obě profese se stalo nejžádanějším tématem pro vzdělávání v individuálním plánování v domově pro seniory naplánování služby pro uživatele s demencí.

Ve zkušenostech se zaváděním individuálního plánování pracovníci také sami objevovali, že pro svůj výkon klíčového pracovníka potřebují být průběžně informováni o uživateli, mít sjednocenou dokumentaci, co nejlépe pracovat s rodinou uživatele, mít fungující tým pracovníků individuálního plánování a společné metodické vedení. Za „nejpodstatnější“ pro naplánování služby s uživatelem v domově pro seniory pracovníci považovali vytvoření vzájemné důvěry, aby mohli kvalitně nastavit průběh služby na základě potřeb a přání uživatele.

Výzkum konečně prokázal, že pracovníci potřebují supervizní podporu nejen v době vzdělávání, ale i v průběhu realizace procesu, nejlépe od nezávislého odborníka nebo nadřízeného pracovníka, který by pracovníky doprovázel v osvojování nových dovedností a pomáhal jim vyrovnat se s náročnými tématy jako jsou smrt, bolest, ztráta, nemoc, které individuální plánování s uživatelem v domově pro seniory přináší a otvírá.

Na základě aktivního a tvořivého přístupu pracovníků při učení a osvojování si nových vědomostí a dovedností, měnících se potřeb pracovníků v průběhu vzdělávání a jejich požadavků bylo prokázáno, že absolvování vzdělávacího kurzu se supervizí umožnilo pracovníkům nejen seznámit se s principy a metodami individuálního plánování, ale především proces pochopit a zavést do praxe. Důkazem toho je i vypracovaný návrh metodiky individuálního plánování, který se stal výstupem vzdělávacího kurzu klíčových pracovníků a provedeného kvalitativního výzkumu.

V závěru praktické části jsme se věnovali kvantitativnímu výzkumu, do kterého bylo zapojeno dvacet uživatelů z domova pro seniory, se kterými pracovníci službu plánovali. Vzhledem ke krátkému časovému období pěti měsíců, ve kterém byl tento výzkum realizován, nelze výsledky dotazníkového šetření brát jako jednoznačně průkazné,

ačkoli ukázaly pozitivní vliv zavedení procesu individuálního plánování na spokojenost s poskytovanými službami domova pro seniory a chováním a jednáním pracovníků. Za průkazné lze považovat, že uživatel po zavedení individuálního plánování vnímá podstatně větší možnost rozhodovat o tom, jak probíhá péče o něho a je více spokojen s vedením rozhovoru o jeho individuálních přáních a potřebách. Uživatelé projeví vysokou spokojenost se sociálními pracovníky, více než s pracovníky zdravotnickými, ale toto zjištění lze vysvětlit částečně i tím, že tazateli byli právě sociální pracovníci. Uvedené zjištění je proto třeba ověřit dalšími výzkumy.

Zhodnotíme-li záměr výzkumu, je třeba upozornit, že skupina pracovníků, vybraná pro první fázi zavádění individuálního plánování, byla tvořena vedoucími pracovníky a pracovníky zkušenějšími a více informovanými. Lze proto předpokládat, že další vlna vzdělávání pracovníků může mít své vlastní tempo, které bude třeba respektovat a pracovníky v jejich učení podporovat, aby nedocházelo v procesu individuálního plánování k zadávání úkolů pracovníkům, kteří vzděláváním neprošli a odborným znalostem se nemohli naučit.

Z hlediska dalšího vývoje zavádění individuálního plánování doporučujeme pokračovat v dalším vzdělávání dalších vybraných skupin pracovníků obdobným způsobem, v tlaku na pokračování zavádění změny „nepolevit“ a konkrétní úspěchy upevňovat a odměňovat.

Jelikož byly splněny všechny kroky plánu zavedení individuálního plánování, který metodik organizace vypracoval, navrhujeme nyní pokračovat ve výzkumu realizace procesu u uživatelů - zjistit jak byl proces vnímán uživateli služeb, které aspekty procesu měnily spokojenost uživatele se službou a jak pracovníci pracují s nabídkou služeb domova pro seniory a potřebami uživatelů.

## LITERATURA

- 1) ARMSTRONG, M.: Řízení lidských zdrojů. Praha, Grada, 2007, 10. vydání, 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3
- 2) Bílá kniha v sociálních službách  
[online].[cit. 2010-09-9]. Dostupný z WWW:<zdroj: [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)
- 3) Britská právní úprava a praxe sociálních služeb jako inspirace pro Českou republiku [online].[cit. 2010-08-04]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.aplikovanepravo.cz/clanky-pdf/22.pdf>
- 4) CRAINER, S.: Moderní management: základní myšlenkové směry. Praha, Management Press, 2000, 1. vydání, 250 s. ISBN 80-7261-019-8
- 5) ČÁMSKÝ, P., KRUTILOVÁ, D., SEMBDNER, J., SLADKÝ, P., Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. Praha, Centrum sociálních služeb, 2008, 152 s.
- 6) DISMAN, Miroslav.: Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha, Karolinum, 2008, 3. vydání ISBN 978-80-246-0139-7
- 7) DRUCKER, P., F.: To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku. Praha, Management Press, 2002, s. 300 ISBN 978-80-7261-066-2
- 8) EVERS, A.; HAVERINEN, R.; LEICHSENRING, K.; WISTOW, G.: Developing Quality in Personál Social Services: Concepts, Cases and Comments. Ashgate Aldershot, 1997, 312 s. ISBN 1-84014-337-1
- 9) Evropská charta kvality. [online].[cit. 2009-01-04]. Dostupný z WWW:<zdroj: [http://www.npj.cz/soubory/dokumenty/str\\_priloha\\_3.pdf](http://www.npj.cz/soubory/dokumenty/str_priloha_3.pdf)
- 10) Evropská charta pacientů seniorů. [online][cit. 2010-09-9]. Dostupný z WWW:<zdroj: [http://osz.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/06\\_1999/evropska\\_charta.html](http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_1999/evropska_charta.html)
- 11) Evropská sociální charta. [online].[cit. 2010-09-9]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.cpkp.cz/jc/esch.html>
- 12) HAŠKOVCOVÁ, H.: Fenomén stáří. Praha, Panorama, 1989, 1. vydání, 407 s. ISBN 80-7038-158-2
- 13) HARTL, P.: Psychologický slovník. Praha, Česká typografie, 1994, 2. vydání, 301 s. ISBN 80-90 15 49-0-5
- 14) HAVRDOVÁ, Z.: Praktická supervize. Praha, Galén, 2008, 1. vydání, 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1

- 15) HENDL, Jan.: Kvalitativní výzkum. Praha, Portál, 2008, druhé aktualizované vydání, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4
- 16) HOLMEROVÁ, I.: Stadium P-PA- IA 2: (středně pokročilá a rozvinutá demence) odpovídá možnosti a potřebě poskytování péče v sociálních zařízeních, Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 10. ročník, č. 3, září 2008, s. 12 – 14
- 17) HORECKÝ, J.: Značka kvality v sociálních službách, Sociální služby, ročník XII, srpen – září 2010, s. 30 – 31
- 18) Charta práv umírajících. [online].[cit. 2010-09-9]. Dostupný z WWW:<zdroj: [http://is.muni.cz/th/40333/lf\\_m/Priloha\\_c.4.doc](http://is.muni.cz/th/40333/lf_m/Priloha_c.4.doc)
- 19) Charta základních sociálních práv pracujících. [online].[cit. 2010-09-9]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://ww2.cmkos.cz/eit/charta.htm>
- 20) CHLOUBOVÁ, H., Změny potřeb ve stáří. Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení, 2005. 1. roč., č. 2, s. 22–23
- 21) CHLOUBOVÁ, H., Psychosociální potřeby ve stáří. Rezidenční péče, 2005, roč. 1., č. 3, s. 14 - 15
- 22) ISO 9000, Certifikace systému řízení. [online].[cit. 2010-06-04]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.iso.cz/>
- 23) JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C.: Demence a jiné poruchy paměti. Praha, Grada, 2009, 1. vydání, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6
- 24) Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. [online].[cit. 2010-06-04]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html>
- 25) Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji. [online].[cit. 2010-07-01]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.kvalitavpraxi.cz/zpravodajstvi/koncepce-kvality-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji.htm>
- 26) Konvence o biomedicíně. [online].[cit. 2010-09-9]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.supervize-poradenstvi.cz/soubory-ke-stazeni.html>
- 27) KOPŘIVA, Karel.: Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portál, 2006, 147 s. ISBN 80-7367-181-6
- 28) KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J.: Sociální služby, Praha, Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2008, 221 s. ISBN 978-80-254-3427-7

- 29) Kvalita (pojem). [online].[cit. 2010-06-04]. Dostupný z WWW:<zdroj <http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvalita>
- 30) Lisabonská smlouva. [online].[cit. 2010-09-9]. Dostupný z WWW:<zdroj: [http://europa.eu/lisbon\\_treaty/glance/index\\_cs.htm](http://europa.eu/lisbon_treaty/glance/index_cs.htm)
- 31) MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M., Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Praha, Galén, 2007, 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7
- 32) MAISTER, D., Psychologie fronty (článek přeložen z angličtiny). [online].[cit. 2009-01-04]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://translate.google.cz/translate?hl=cs&sl=en&u=http://davidmaister.com/articles/5/52/&ei=CTbETN6pKcPAswaa8e2aCA&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CB4Q7gEwAA&prev=/search%3Fq%3DDavid%2BMaister%2BPsychologie%2Bfronty%26hl%3Dcs%26rls%3Dcom.microsoft:cs%26prmd%3Do>
- 33) MATOUŠEK, O.: Slovník sociální práce. Praha, Portál, 2003, 1. vydání, 287 s. ISBN 80-7178-549-0
- 34) Model CAF. [online].[cit. 2010-06-04]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.csq.cz/cs/model-caf-a.html>
- 35) POGODOVÁ, E., Problémy v prosazování a uplatňování kvality a její kontroly v sociálních službách se zřetelem na služby sociální péče [online].[cit. 2010-08-01]. Dostupný z WWW:<zdroj: [http://www.iceq.cz/archive/2006/pdf/3\\_1.pdf](http://www.iceq.cz/archive/2006/pdf/3_1.pdf)
- 36) PRŮŠA, L., Sociální služby – srovnání ČR a EU, Praha, Centrum sociálních služeb Praha, 2008, 59 s.
- 37) Quality Management (TQM). [online].[cit. 2010-06-04]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://managementhelp.org/quality/tqm/tqm.htm>
- 38) JOHNOVÁ, M., Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče, Příloha 03/2006 Čas. Rezidenční péče. [online].[cit. 2010-06-04]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.rezidenčnípece.cz/archiv/priloha/priloha0603.pdf>
- 39) Schéma modelu Excellence EFQM. [online].[cit. 2010-06-04]. Dostupný z WWW:<zdroj:[http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/rs\\_atlantic/policie/severocesky/ustiprezentace2/1626.html](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/rs_atlantic/policie/severocesky/ustiprezentace2/1626.html)
- 40) SOKOL, R., TREFILOVÁ, V., Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb. Praha, ASPI, 2008, 1. vydání, 444 s. ISBN 978-80-7357-316-4
- 41) Standardy kvality sociálních služeb tvořící přílohu č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. [online].[cit. 2010-04-01]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

- 42) Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele [online].[cit. 2010-04-01]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>
- 43) STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J.: Základy kvalitativního výzkumu. Boskovice, Albert, 1999, 1. vydání , 196 s. ISBN 80-85834-60
- 44) Úmluva o sociální politice [online].[cit. 2010-09-9]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/u/umluva-o-socialni-politice/1000714/5429/>
- 45) VIDOVIČOVÁ, L., RABUŠIC, L.: Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu 2003, Praha: VÚPSV. [online].[cit. 2009-06-05]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.vupsv.cz>
- 46) W. Edwards Deming. [online].[cit. 2010-06-04]. Dostupný z WWW:<zdroj: [http://en.wikipedia.org/wiki/W.\\_Edwards\\_Deming](http://en.wikipedia.org/wiki/W._Edwards_Deming)
- 47) Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. [online].[cit. 2010-01-04]. Dostupný z WWW:<zdroj:<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?cd=76&typ=r&zdroj=sb06108>>
- 48) Zavádění sociálních standardů do praxe – průvodce poskytovatele. [online].[cit. 2010-06-05]. Dostupný z WWW:<zdroj: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>
- 49) ZGOLA, J. M.: Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha, Grada, 2003, 232 s. ISBN 80-2470183-9



## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1	Modely kvality
Příloha č. 2	Seznam kategorií kvalitativního výzkumu a vybraných výroků k jejich vlastnostem
Příloha č. 3	Dotazník kvantitativního výzkumu
Příloha č. 4	Vyhodnocení kvantitativního výzkumu – dotazníkového šetření
Příloha č. 5	Návrh metodiky individuálního plánování průběhu sociální služby v domově pro seniory