

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

Katedra sociální práce

# **Diplomová práce**

Bc. Klára Krybusová

## **Specifika individuálního plánování sociálních služeb s osobami se syndromem demence**

The Specifics of Individual Planning of Social Services with People with  
Dementia

Praha 2015

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, PhD.

Konzultant: PhDr. Hana Janečková, PhD.

## **Poděkování**

Mé poděkování patří PhDr. Evě Dragomirecké, PhD. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnovala. Dále bych zde ráda poděkovala PhDr. Haně Janečkové, PhD. za podnětné konzultace a cenné náměty.

Děkuji také vedoucím domovů se zvláštním režimem za umožnění uskutečnit výzkumné šetření v jejich zařízení. Stejně tak patří poděkování jejich zaměstnancům, kteří mi ochotně věnovali svůj čas a umožnili mi přístup ke svým vnitřním dokumentům.

Za pomoc při gramatické kontrole práce děkuji Mgr. Mileně Deglové a za poskytnutí prostoru pro hledání podnětů, které ke vzniku diplomové práce vedly, Mgr. Jiřímu Přeučilovi.

Bc. Klára Krybusová

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

Práce nebyla předložena jako splnění studijní povinnosti v rámci jiného studia nebo předložena k obhajobě v rámci jiného vysokoškolského studia k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne

.....  
Bc. Klára Krybusová

## **Abstrakt**

Diplomová práce se zabývá možnostmi a omezeními v plánování péče a podpory s osobami se syndromem demence. Onemocnění, která vedou ke vzniku syndromu, způsobují obtíže téměř ve všech oblastech života osoby, jež je jeho nositelem. Člověk se syndromem demence pak vyžaduje specifické přístupy svého okolí. Cílem diplomové práce je zjistit, jaká jsou specifika individuálního plánování sociálních služeb s osobami se syndromem demence a jak probíhá individuální plánování s těmito osobami ve vybraných domovech se zvláštním režimem na území hl.m. Prahy a Středočeského kraje. První část práce obsahuje přehled o dosavadních poznatcích v oblasti souvisejících témat. Druhá část práce je věnována vlastnímu výzkumu, který byl uskutečněn ve vybraných devíti domovech se zvláštním režimem na území hl. m. Prahy a Středočeského kraje. Výzkum byl uskutečněn za použití metod polostrukturovaných rozhovorů a analýzy dokumentů. Při výzkumném šetření bylo zjištěno, že je plánování s osobami se syndromem demence v některých rysech odlišné od plánování s osobami bez narušených kognitivních funkcí. Při plánování jsou více využívány metody, které umožňují navázat kontakt s klientem, zjišťovat a předávat informace mezi pracovníky. Dále byla zjištěna další specifika, která jsou uvedena ve výsledkovém oddíle a v závěru této práce, včetně doporučení pro další rozvoj individuálního plánování.

## **Abstract**

The diploma thesis deals with the possibilities and limitations of the planning care and support to people with dementia. Diseases that lead to the dementia syndrome causing difficulties in almost all areas of life of the person who suffering from the syndrome. A person with dementia then requires specific approaches by others. The aim of this thesis is to identify the specifics of individual planning of social services with people with dementia and find out how is the individual planning with these persons done in selected homes with the special regime in the Capital City Prague and Central Bohemia. The first part provides an overview of current knowledge in the field of related topics. The second part contains the research which was carried in selected nine special regime homes in the Prague and Central Bohemia. In the research were used methods of semi-structured interviews and analysis of documents. In the research was found that the planning with people with dementia is in some aspects different from the planning with people without cognitive impairment. In this planning are more used methods that allow to establish contact with the client and identify and transmit information among employees. There was also found other specifics that are shown in the results section and at the end of this study, including recommendations for further development of the individual planning.

**Klíčová slova**

Individuální plánování, sociální služby, standardy kvality sociálních služeb, osoby se syndromem demence, komunikace s osobami se syndromem demence, potřeby, spolupráce s blízkými osobami, metody individuálního plánování, klíčový pracovník, domov se zvláštním režimem, biografie.

**Key words**

The individual planning, social services, the standards of the quality of social services, people with dementia, communication with people with dementia, needs, cooperation with one's relatives, methods of individual planning, key worker, nursing home with a special regime, biography.

# OBSAH

ÚVOD .....	- 9 -
TEORETICKÁ ČÁST .....	- 13 -
<b>1 SYNDROM DEMENCE A PÉČE O OSOBY S DEMENCÍ.....</b>	<b>- 13 -</b>
1.1 SYNDROM DEMENCE .....	- 13 -
1.1.1 Neurobiologické změny a diagnostika onemocnění .....	- 14 -
1.1.2 Stádia.....	- 15 -
1.2 ZMĚNY U ČLOVĚKA S DEMENCÍ.....	- 15 -
1.3 PÉČE A PODPORA OSOB S DEMENCÍ.....	- 18 -
1.3.1 Základní hodnoty .....	- 18 -
1.3.2 Představa ideální péče.....	- 20 -
1.3.3 Nevhodné chování pečujících .....	- 23 -
1.3.4 Metody využívané při práci s osobami s demencí.....	- 24 -
1.3.5 Zlepšování kvality péče.....	- 29 -
<b>2 PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....</b>	<b>- 31 -</b>
2.1 PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH A JEHO VÝZNAM.....	- 31 -
2.2 STRATEGICKÉ PLÁNOVÁNÍ ROZVOJE SLUŽBY .....	- 32 -
2.3 PLÁNOVÁNÍ V RÁMCI PŘÍPADU .....	- 33 -
2.4 VÝZNAM PLÁNOVÁNÍ PÉČE A PODPORY.....	- 34 -
<b>3 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ VE SMYSLU ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....</b>	<b>- 38 -</b>
3.1 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....	- 38 -
3.2 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	- 41 -
3.3 STANDARD Č. 5 - INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SLUŽBY .....	- 43 -
3.4 ZAVÁDĚNÍ INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ DO PRAXE .....	- 44 -
3.4.1 Aplikace v pobytových zařízeních pro seniory.....	- 45 -
<b>4 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ S OSOBAMI SE SYNDROMEM DEMENCE .....</b>	<b>- 47 -</b>
4.1 SPECIFIKA A LIMITY BĚŽNÉHO PŘÍSTUPU.....	- 47 -
4.2 PROCES INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ .....	- 49 -
4.2.1 Fáze zjišťování potřeb a informací o člověku.....	- 49 -
4.2.2 Fáze hledání vhodné podpory a možných změn.....	- 50 -
4.2.3 Fáze tvorby plánu .....	- 51 -
4.2.4 Fáze realizace a fáze vyhodnocení .....	- 51 -
4.3 METODY USNADŇUJÍCÍ PLÁNOVÁNÍ S OSOBAMI SE SYNDROMEM DEMENCE .....	- 51 -
4.4 UCELENÉ PŘÍSTUPY K INDIVIDUÁLNÍMU PLÁNOVÁNÍ .....	- 54 -
4.4.1 Plánování zaměřené na člověka (Person-Centered Plannig).....	- 54 -
4.4.2 Sebeudržovací terapie (Self-Maintenance Therapy).....	- 57 -
4.4.3 Práce s biografii a Psychobiografický model péče.....	- 58 -
<b>5 REALIZACE PLÁNOVÁNÍ S OSOBAMI SE SYNDROMEM DEMENCE .....</b>	<b>- 60 -</b>
5.1 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM .....	- 60 -
5.2 ZPŮSOBY REALIZACE INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ V PRAXI.....	- 60 -
5.2.1 Záznamy o průběhu individuálního plánování .....	- 61 -
5.2.2 Hodnocení průběhu služby a plnění plánu.....	- 64 -
5.2.3 Systém předávání informací .....	- 65 -
5.2.4 Pracovní tým.....	- 65 -
5.3 UTVÁŘENÍ SYSTÉMU PLÁNOVÁNÍ V ZAŘÍZENÍCH .....	- 67 -
5.4 PROBLÉMY A OTÁZKY, KTERÉ PŘI APLIKACI VZNIKAJÍ.....	- 68 -
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	- 70 -
<b>6 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....</b>	<b>- 70 -</b>
6.1 HLAVNÍ VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	- 70 -
6.2 DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	- 71 -

<b>7</b>	<b>VÝZKUMNÉ METODY .....</b>	<b>- 72 -</b>
7.1	ROZHOVOR S KLÍČOVÝM PRACOVNÍKEM .....	- 72 -
7.2	ANALÝZA DOKUMENTŮ .....	- 72 -
7.3	ROZHOVOR S METODIKEM INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ .....	- 73 -
<b>8</b>	<b>VÝBĚROVÝ SOUBOR .....</b>	<b>- 74 -</b>
8.1	VÝBĚR PODLE ZŘIZOVATELE DZR .....	- 74 -
8.2	VÝBĚR PODLE KAPACITY DZR .....	- 75 -
8.3	VÝBĚR PODLE VLASTNICTVÍ CERTIFIKACE VÁŽKA® .....	- 75 -
8.4	VÝBĚR PODLE DÉLKY REGISTRACE SLUŽBY .....	- 75 -
8.5	CHARAKTERISTIKY PRACOVNÍKŮ, SE KTERÝMI BYL USKUTEČNĚN ROZHOVOR .....	- 77 -
<b>9</b>	<b>VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>	<b>- 78 -</b>
9.1	SPECIFIKA PLÁNOVÁNÍ S OSOBAMI S DEMENCÍ .....	- 78 -
9.1.1	<i>Základní specifika plánování s osobami s demencí .....</i>	- 78 -
9.1.2	<i>Používané metody zjišťování informací .....</i>	- 79 -
9.1.3	<i>Spolupráce s rodinnými příslušníky a blízkými osob .....</i>	- 82 -
9.1.4	<i>Problémy a jejich řešení .....</i>	- 85 -
9.2	PRŮBĚH PLÁNOVÁNÍ V DZR .....	- 87 -
9.2.1	<i>Smysl a význam plánování .....</i>	- 87 -
9.2.2	<i>Zjišťované informace o klientech .....</i>	- 89 -
9.2.3	<i>Průběh plánování .....</i>	- 92 -
9.2.4	<i>Podoba individuálních plánů a osobních cílů .....</i>	- 94 -
9.2.5	<i>Návrhy pracovníků na změnu .....</i>	- 96 -
9.3	ROLE KLÍČOVÝCH PRACOVNÍKŮ .....	- 97 -
9.3.1	<i>Pracovní podmínky klíčových pracovníků .....</i>	- 97 -
9.3.2	<i>Vzdělání a dovednosti .....</i>	- 97 -
9.3.3	<i>Náměty pracovníků na zlepšení pracovních podmínek .....</i>	- 99 -
9.3.4	<i>Postavení, podpora a kontrola .....</i>	- 99 -
9.4	SOUHRN HLAVNÍCH ZJIŠTĚNÍ .....	- 100 -
9.4.1	<i>Specifika individuálního plánování s osobami se syndromem demence .....</i>	- 100 -
9.4.2	<i>Průběh plánování ve vybraných DZR .....</i>	- 101 -
9.4.3	<i>Role klíčových pracovníků a jejich pracovní podmínky .....</i>	- 101 -
<b>10</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>- 102 -</b>
10.1	OMEZENÍ VÝZKUMU .....	- 108 -
<b>11</b>	<b>ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ .....</b>	<b>- 110 -</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>- 114 -</b>
	<i>Literatura: .....</i>	- 114 -
	<i>Legislativa: .....</i>	- 118 -
	<i>Internetové zdroje: .....</i>	- 118 -
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>- 120 -</b>

## **SEZNAM ZKRATEK**

DZR – Domov se zvláštním režimem

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

KP – klíčový pracovník

## Úvod

Péče a podpora osob se syndromem demence je dnes velmi aktuálním tématem. Je totiž velmi pravděpodobné, že každý z nás se na své životní cestě s tímto onemocněním nějakým způsobem setká. Buď jako příbuzný, či známý takto nemocného člověka, či jako profesionál v pomáhajících profesích. Nelze však ani příliš odvrátit riziko toho, že se nás jednoho dne bude toto onemocnění týkat osobněji, než bychom chtěli. Čísla v tomto případě mluví zřetelně směrem ke stále většímu počtu osob, které tímto syndromem trpí. Zpráva Mezinárodní federace alzheimerovských nemocí hovoří o zdvojnásobení počtu osob se syndromem demence každých dvacet let, přičemž se předpokládá, že v roce 2050 bude těchto osob po celém světě přes 115 milionů oproti dnešním 35 milionům (Alzheimer's Disease International, ©2009).

Velikou nadějí pro nás je, že přestože zatím nelze toto onemocnění nijak zvrátit, lze významně ovlivnit jeho průběh a kvalitu života osob, které s ním žijí. To je důležitý poznatek, který dodává impuls k neustálé snaze po zlepšování podmínek a prostředí, do kterého se člověk s demencí dostává. Lidé s tímto syndromem jsou velmi citliví na porušování své lidské důstojnosti, zároveň jsou velmi zranitelní a křehcí. Proto se domnívám, že je základním úkolem pro nás profesionály v pomáhajících profesích naučit se sladovat způsoby poskytování sociálních služeb s potřebami konkrétního člověka s tímto onemocněním. To není možné bez toho, abychom daného klienta nejprve velmi dobře poznali. Mnohdy to není snadné, spíše naopak. Onemocnění zasahuje hluboce do původní osobnosti daného člověka, ovlivňuje jeho chování a kontakt s okolím. Napojení na daného člověka a porozumění projevům chování je mnohdy jistým druhem umění.

Za stěžejní nástroj v uzpůsobování poskytované péče a podpory danému člověku považuji individuální plánování sociální služby. Přestože jsou výhody plánování pro všechny zúčastněné nesporné a v našem prostředí ukládá povinnost plánovat službu právní řád, je současná situace v této oblasti neutěšená (srov. Malíková, 2010). Systémy, zejména pobytových služeb, se tomuto, v našem prostředí poměrně novému prvku, obtížně přizpůsobují a mnoho pracovníků vztah k této metodě teprve hledá. Nyní tak můžeme zaznamenat výraznou tendenci poskytovatelů služeb k hledání ideálního modelu individuálního plánování a použitelných technik, zejména pokud jde o plánování s osobami s obtížemi v komunikaci, jako jsou například osoby se syndromem demence. Z mé

zkušenosti se ukazuje, že u této skupiny jsou „běžné“ způsoby plánování použitelné jen z části. Dialog s osobou s demencí má rozdílné rysy, a je tak třeba rozhovor s osobou obohacovat o použití dalších zdrojů informací či tvořivě využívat techniky, které umožní prohloubit komunikaci a porozumění. Protože uplatnění individuálního plánování v péči o osoby s demencí může narážet na mnoho limitů a protože nenalezneme jednotné doporučení, jak úspěšně a efektivně plánovat s osobami s demencí, záleží podoba plánování obvykle na kreativitě a nápaditosti jednotlivých poskytovatelů služeb. Plánování tak může nabývat mnoho různých podob a způsobů využití. Přičemž zatímco někteří mohou považovat plánování zvláště u této skupiny osob za zbytečné a raději věnují svůj čas něčemu jinému, jiní si bez něj stěží dokážou svou práci představit a další by ho rádi prováděli, ale nevědí, jak na to.

Cílem mé práce tak je zjistit, jaká jsou specifika individuálního plánování sociálních služeb s osobami se syndromem demence a jak probíhá individuální plánování s těmito osobami ve vybraných domovech se zvláštním režimem. Přínosem této práce tak může být možnost vzájemného předávání si dobrých zkušeností mezi zařízeními, které může pomáhat při rozvoji kvality jednotlivých služeb.

Následně budou pro lepší přehlednost uvedeny **definice hlavních pojmů**.

#### ➤ **Syndrom demence**

Syndromem demence označujeme určitý soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Vzniká jako důsledek chorobných procesů probíhajících v mozkové tkáni. Definice tohoto syndromu zahrnuje tři základní okruhy, kterými jsou: porucha kognitivních funkcí (např. intelekt, paměť, motivace, výkonné funkce), behaviorální a psychologické příznaky (např. poruchy chování, emotivity nebo spánku) a poruchy aktivit denního života (schopnost provádět základní životní aktivity, jako jsou profesní dovednosti či schopnosti v oblasti sebeobsluhy) (Jirák, 2004, s. 547).

#### ➤ **Domov se zvláštním režimem**

Označení a náplň činnosti domova se zvláštním režimem vychází z terminologie a pojetí zákona o sociálních službách. Tato zařízení mají u nás postavení hlavního typu pobytové služby určené pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, tedy zejména právě pro osoby se syndromem demence. Jak uvádí zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 50, ve znění k 1.1.2015): „*Režim v těchto*

*zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“*

### ➤ **Potřeby**

Pro účely této práce nebude vycházeno z psychologického pojetí potřeb, které podle Matouška (2013b, s. 221) pohlíží na potřeby jako na motivující chybění něčeho a v nejznámějším Maslowově pojetí jsou označovány za univerzální pro všechny osoby. V této práci budou potřeby pojaty spíše z hlediska oboru sociální práce, ve kterém podle Matouška (2013b, s. 221) označují určitý nedostatek nebo nevýhodu, kterou se klient liší od jiných osob, a k uspokojení jeho potřeb je třeba vyvinout vyšší úsilí. V sociální práci tak hovoříme o tzv. osobách se zvláštními potřebami, mezi které osoby se syndromem demence jistě patří. V rámci individuálního plánování bývají do této oblasti zahrnovány také kategorie postihující oblasti toho, co je pro daného člověka důležité, ačkoliv to nemusí nutně vycházet z jeho znevýhodnění, ale z jeho osobnosti, zvyků a představ.

### ➤ **Individuální plánování**

Pojem individuální plánování vychází z české právní úpravy, konkrétněji ze zákona o sociálních službách a z jeho prováděcí vyhlášky (Zákon 108/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015; Vyhláška č. 505/2006, ve znění k 1.1.2015). Definici lze nalézt v §88, písm. f) zákona, kde je uvedeno, že pomoc poskytovaná prostřednictvím sociálních služeb musí vycházet z individuálně určených potřeb a je povinností poskytovatele plánovat průběh poskytování služby a to s ohledem na zdravotní stav uživatelů a druh poskytované služby (Zákon 108/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015). V užším pojetí je plánování vymezeno ve znění pátého standardu v příloze zmíněné prováděcí vyhlášky, avšak v širším pojetí se jako základní prvek individualizace služby prolíná mnoha dalšími ustanoveními zákona o sociálních službách.

Základní východiska metody individuálního plánování můžeme sledovat v přístupu, který lze označit za tzv. case management neboli tzv. hospodaření v rámci případu. Podle Matouška (2008, s.242) související pojmy: *„označují to, jak sociální pracovník přizpůsobuje péči klientovým potřebám.“* Individuální plánování v rámci jedné služby lze tak v tomto ohledu označit za úsilí o nastavení poskytované služby tak, aby odpovídala potřebám klienta. Case management však narozdíl od našeho pojetí plánování není omezen na jednu službu, ale zaměřuje se více na multioborové pojetí (Mizrahi a Davis, 2008).

➤ **Klíčový pracovník**

Zaměstnanec, který plánování s konkrétním klientem uskutečňuje, bývá označován jako klíčový pracovník. Jeho funkce je odvozena přímo ze standardu č.5, který říká, že má mít služba určeného pracovníka pro každého klienta, který je za plánování přímo odpovědný (Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015). Na základě zahraničního pojmenování obdobné funkce se pak u nás vžilo označení klíčový pracovník.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Syndrom demence a péče o osoby s demencí

V této úvodní kapitole se zaměřím na základní vhled do problematiky různorodých onemocnění, která zastřešuje společný název syndrom demence. Záměrem této části není podat medicínský výklad, ale podívat se na problematiku z celostního pohledu tak, jak demence proměňuje každodenní stránky života člověka. Následně popíšu současné snahy o nalezení nejvhodnějších způsobů podpory a péče, pomocí kterých může být okolí osobě se syndromem demence dobrým průvodcem a pomocníkem při zvládnání života s tímto onemocněním.

### 1.1 Syndrom demence

Jako syndrom demence je označován soubor typických příznaků, který však může mít různé příčiny. Hlavním společným rysem je úbytek kognitivních funkcí. Nejčastěji jsme svědky úbytku paměti, pozornosti a řečových a výkonových funkcí (Jirák, 2009a). Narušení těchto schopností se pak následně promítá do většiny oblastí každodenního života jedince, jako je ovlivnění sociálního života nebo úbytek soběstačnosti. Onemocnění se také projevuje tzv. behaviorálními a psychologickými změnami, jako jsou např. poruchy emotivity (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

Syndrom byl poprvé pojmenován francouzským lékařem Philippe Pinelem, avšak trvalo několik dalších staletí, než se postoj k demenci vyvinul do současného pojetí. Až do devadesátých let minulého století byla mimo jiné demence značně podceňována a spojována s přirozeným průběhem stáří (Innes, 2009). Historicky pak můžeme sledovat dva hlavní pohledy na demenci. Biomedicínský pohled se snaží demenci definovat pomocí stupně neurologického poškození a úbytku schopností a zaměřuje se na budoucí zdravotní léčbu. Psycho-sociální přístupy namísto toho zdůrazňují nutnost zaměřit se na potřeby osob s demencí tady a teď, a to v rámci širšího psychosociálního kontextu (Innes, 2009). Z hlediska současného poznání je demence označována za chorobný proces, který nepatří k obrazu normálního stárnutí. Přesto je stáří rizikovým faktorem vzniku syndromu a s postupujícím věkem výskyt onemocnění narůstá (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Hovoří se o výskytu u téměř 30 - 50% osob ve věkové kategorii nad 85 let (Borzová, 2009). Ve společnosti, kde se stále více lidí dožívá vyššího věku, pak dochází k logickému nárůstu počtu osob se syndromem demence.

### 1.1.1 Neurobiologické změny a diagnostika onemocnění

Syndrom demence vzniká jako důsledek neuropatologických jevů poškozujících mozkovou tkáň. Pravděpodobně nejdůležitějším mechanismem vedoucím k postupnému odumírání neuronů je ukládání bílkoviny  $\beta$ -amyloidu vzniklé z nerozpuštěných amyloidních proteinových fragmentů. Ze shluků bílkoviny vzniká tzv. plak, čímž dochází ke vzniku dalších procesů vedoucích k zániku neuronů. Druhé poškození pak vzniká při degeneraci  $\tau$ -proteinu, která vede ke vzniku neuronálních uzlíků, tzv. tangles. Jedná se tedy o dva mechanismy, které způsobí poruchu kognitivních funkcí, avšak není zcela jisté, v jaké posloupnosti vznikají (Jirák, 2004). Také není zatím zcela poznané, co se podílí na rozvoji těchto procesů. Některé teorie se přiklánějí k vlivu genetických faktorů, jiné zkoumají vnější působení, jako je stres nebo funkce metabolismu (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009, s.29).

Uvedené změny vznikají zejména u Alzheimerovy choroby, která je nejčastější formou demence. Vedle těchto tzv. primárně degenerativních demencí můžeme podle Jiráka (2004) rozlišit skupinu tzv. sekundárních demencí vzniklých jako příznak onemocnění centrální nervové soustavy. Z důvodu prolínání různých patofyziologických procesů je diagnostika přesné formy demence obtížná, a k jejímu odhalení tak mnohdy dochází až v případě pitvy zemřelého (Hort, 2007).

Protože u různých příčin demence dochází k narušení intelektu či pohybových funkcí v odlišné míře a některá onemocnění mohou mít své charakteristické znaky, některé koncepty práce s osobou se syndromem demence zdůrazňují vhodnost znalosti diagnózy nemocného (např. Sebeudržovací terapie). Na druhou stranu se někteří odborníci (např. Zgola, 2003) domnívají, že pokud věnujeme úsilí neustálému průběžnému hodnocení zachovalých schopností daného člověka s přihlédnutím na konkrétní situaci, ve které se nachází, není znalost konkrétní diagnózy tolik důležitá. K získávání poznatků lze využít rozhovor, pozorování či pečlivé hodnocení funkčních schopností.

Zjištění míry narušení kognitivních schopností obvykle probíhá za pomoci poměrně rozšířeného testu s názvem „Krátká škála mentálního stavu“ (Mini Mental State Examination). Pro své poměrně snadné použití bývá využíván k získání základní orientace personálu o stavu klienta. Protože má své limity, je často doplňován „Testem kreslení hodin“ (Clock Drawing Test) nebo nahrazován přesnějším „Addenbrookským kognitivním testem“ (Addenbrooke's Cognitive Examination Revised). Mimo kognitivní schopnost pak

existuje mnoho dalších nástrojů určených k testování aktivit denního života a k diagnostice poruch chování, emocí a dalších behaviorálních a psychologických symptomů demence (Hudeček, Sheardová, Hort, 2012).

### **1.1.2 Stádia**

Vedle příčiny demence se na stavu člověka s demencí významně podílí stádium degenerativního onemocnění. Vždy se jedná o popis orientační, protože záleží na konkrétním typu nemoci a na individualitě každého člověka, jakým způsobem a jak rychle bude onemocnění postupovat.

První fáze, ve validační terapii podle Naomi Feil (2010) nazývaná stádium špatné orientace, je obdobím relativní soběstačnosti. Již se však začínají objevovat první obtíže a selhávání v životních situacích, obvykle souvisejících s mírným zhoršením paměti a se zpomaleným uvažováním. Obtíže se začínají promítat také do osobních vztahů nebo mohou ovlivňovat dosavadní chování osoby. V tomto období je důležité příznaky rozeznat a včas určit diagnózu. Podpořit daného člověka a jeho rodinu je možné například vhodnou formou poradenství či pomoci (Janečková, 2013a; Holmerová, 2009b; Vágnerová, 2012).

Druhá fáze, označovaná Feil (2010) jako dezorientace v čase a místě, je již charakteristická výraznějšími změnami, které výrazně ovlivňují možnost sebeobsluhy a narušují schopnost komunikace s okolím. Péče o člověka v tomto stádiu je dle Janečkové (2013) nejnáročnější. Klíčová je v tomto období programová aktivizace a podpora ve zvládnutí každodenních situací. Stejně tak je důležitá podpora rodinných pečujících (Vágnerová, 2012).

Třetí fáze a čtvrtá fáze, dle Feil (2010) fáze opakovaných pohybů a vegetace, je typická ztrátou schopnosti myšlení a výrazným omezením schopnosti vyjadřovat se. Schopnost i minimální péče o vlastní osobu je ztracena a nemocný je odkázaný na péči druhých. Kontakt s okolím je minimální, osoba se uzavírá do sebe (Vágnerová, 2012; Janečková, 2013a). Je však vhodné pamatovat, že se „*neztrácí potřeba zachování lidské důstojnosti (netrpět bolestí, vnímat lidskou blízkost, prožívat pozitivní emoce)*“ (Janečková, 2013a, s.397).

## **1.2 Změny u člověka s demencí**

Život člověka s demencí je ovlivněn dopady onemocnění, jak byly již nastíněny. Nyní krátce poukáží na konkrétní změny, jejichž znalost je nezbytná pro správné pochopení

chování a prožívání osoby. Toto pochopení je pak základním kamenem vhodného a respektujícího přístupu, který je při práci s touto cílovou skupinou prvořadý. Na jednotlivých změnách se autoři (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al. 2009; Vágnerová 2012) v odborných publikacích shodují. Při následujícím popisu se tak přidržím pojetí Jitky Zgola, která zároveň uvádí i náměty na podporu zvládnání daného problému.

### ➤ **Amnézie - ztráta paměti**

Ztráta paměti je příznačným problémem pro syndrom demence. Obvykle se jedná o první příznak onemocnění a má významný vliv na fungování člověka. Nejvíce zasažena bývá tzv. krátkodobá paměť, respektive daný člověk není schopen přenést informaci a uložit ji do dlouhodobé paměti. To při silnějším narušení může vést až k tomu, že si člověk nedokáže vybavit, co se dělo před pouhými třiceti sekundami (Buijssen, 2006). Důsledkem jsou obtíže v získávání nových poznatků, narušení orientace v prostoru, čase a osobách, opakující se dotazy, paranoické představy a konfabulace a celková úzkostlivost a nedostatek vlnění (Zgola, 2003). Ne u každého je však paměť porušena stejným způsobem, vliv na ukládání informace má také různorodost vjemů, přítomnost emocí nebo opakovanost podnětu (Buijssen, 2006; Zgola, 2013).

Dlouhodobá paměť bývá u osob s demencí poměrně dlouho zachována. Postupně dochází k její ztrátě v opačném sledu, tedy pozdější události mizí dříve a nakonec mívá člověk nejsilnější vzpomínky na své dětství. V důsledku toho postupně dochází ke ztrátě naučených dovedností z posledních desetiletí života, zejména těch složitějších (Buijssen, 2006). Například se ztrácí schopnost ovládnání kuchyňských spotřebičů a podobně. Osoba s demencí se pak logicky snaží vrátit k naučeným způsobům, které jí jsou známé z dob dřívějších.

Pečovatelé by si měli být realisticky vědomi schopností daného člověka. Ztráta paměti přináší do života osoby napětí a úzkost, které lze těžko zmírnit. Jakákoliv logická vysvětlení situace člověk brzy zapomene. Místo toho si vytváří vlastní vysvětlení reality, které může být pro pečující i velmi bolestné, například pokud jsou obviňováni ze ztráty věcí. Podporující osoba si toho musí být vědoma a citlivě druhého vést k náhledu na pravdu a být připraven na to, že bude potřeba informaci mnohokrát opakovat (Zgola, 2003). Vždy si však musíme opakovat i my sami, že chování člověka s demencí je logickou reakcí na to, jak se mu jeví okolnosti a snahou o to zachovat se v dané situaci co nejsprávněji.

### ➤ **Afázie - poruchy řeči**

Jazyk lze rozdělit na jeho receptivní a expresivní využití. U osob s demencí může docházet k narušení obou složek. Je vždy důležité rozlišit, zda má daný člověk porušenou schopnost dekodovat slova a porozumět myšlence. Pak mu můžeme pomoci použitím jiných slov, kterým možná porozumí snáze. Pokud má dotyčný naopak problém formulovat a vyjádřit vlastní myšlenku, obvykle hledá a nemůže najít správné slovo nebo poskládá celou větu jiným způsobem. Daný člověk si v tomto případě může pomoci tím, že předmět popíše jinými slovy či jeho funkci předvede (Zgola, 2003).

Méně zjevným problémem může být obtíž s naplánováním a provedením určité akce. Takové plánování, aniž si to uvědomujeme, totiž provádíme také prostřednictvím jazyka. Nemocný tak často potřebuje slovní doprovod druhé osoby k úspěšnému provedení úkonu (Zgola, 2003).

### ➤ **Poruchy pozornosti**

V oblasti pozornosti se především jedná o problém zaujetí se a započetí určité činnosti, či naopak neschopnost určitou činnost opustit. Může tedy docházet ke dvěma extrémům, kterými jsou netečnost a lpění. Pro pečující je důležité neustále hledat vhodné podněty, které dokážou zaujmout a udržet pozornost (Zgola, 2003). Podle pozornosti je pak také třeba jednotlivé činnosti různě proměňovat a kreativně reagovat na odezvu daného člověka.

### ➤ **Agnózie - poruchy vnímání a orientace**

Při zpracovávání smyslového vnímání může u nemocných s demencí docházet k mnoha poruchám. Člověk neumí dát smysl tomu, co vnímá. Jedná se například o problém s prostorovým vnímáním v oblasti vidění nebo o problém s rozpoznáváním předmětů či symbolů, jako je psané písmo. Stejně tak může být obtížné rozpoznání hmatového vnímání, kdy si člověk nedokáže správně vyložit např. dotek druhé osoby. Do této oblasti také spadá problém s rozpoznáváním tváří druhých osob. Narušené vnímání pak u člověka vyvolává klamné představy, které na rozdíl od halucinací stojí na skutečném základě, přestože se jim mohou podobat (Zgola, 2013; Zgola, 2003).

Při kontaktu s osobou je důležité snažit se přijít na to, co stojí za vytvořenou představou a pomoci danému člověku nahlédnout na pravý stav věcí. Správné vnímání můžeme také podpořit například úpravou prostředí tak, aby nedocházelo k nesprávným zrakovým vjemům (např. vzor na podlaze).

### ➤ **Poruchy úsudku**

Poruchy úsudku znamenají odmítání pomoci, nepřijetí důkazů o snížených schopnostech, ztrátu zábrán, poruchy abstraktního myšlení, neschopnost předvídat důsledky jednání a oploštělé vnímání pocitů druhých lidí (Zgola, 2003). Těmito poruchami se tak často vytváří obraz tvrdohlavého, necitlivého a hrubého člověka. Pro pečovatele jsou tyto situace náročnou zkouškou, kdy balancují mezi svou emocionální odezvou a vědomím toho, že se jedná o dopady onemocnění, které nemají souvislost s osobním vztahem k pečující osobě.

### ➤ **Apraxie – poruchy v oblasti motoriky**

Každá naše činnost obsahuje plno drobných úkonů, které provádíme automaticky, bez uvažování nad jejich posloupností a způsobem provedení. U osob s demencí může být tato schopnost určitým způsobem narušena. Mohou mít problém se započítím činnosti či se uprostřed činnosti zadrhnou a nejsou schopni dále pokračovat, proto musí celou akci zopakovat od počátku (Zgola, 2003). Někdy se také může spustit naučený vzorec v nesprávné situaci či podmínkách, a vyvolat tak nepochopení ze strany okolí. Například si osoba obuje boty poté, co si je právě sundala, protože podnět „boty“ u ní vyvolá automatickou reakci „obout se“.

## **1.3 Péče a podpora osob s demencí**

Nastíněné problémy, se kterými se osoba trpící syndromem demence musí vyrovnávat, nám ukazují, na jak obsáhlé požadavky musí péče a podpora takového člověka reagovat. Péče i podpora osob s demencí má východiska, stupně a dělení. Abychom mohli péči a podporu správně plánovat a poskytovat, je třeba vědět, jak by měla ideálně, na základě současného poznání, vypadat.

### **1.3.1 Základní hodnoty**

Přístupy k osobám s demencí se postupem času vyvíjely a stále vyvíjejí. Jak již bylo naznačeno, nejprve byla závažnost tohoto onemocnění podceňována a nebyla jí věnována dostatečná pozornost. Následným vývojem pak bylo zdůrazňováno spíše znevýhodnění dané osoby, tedy úbytek kognitivních schopností. Lékařská péče se zaměřila na snahu odstranit poškození a na prevenci onemocnění. Od osmdesátých let minulého století začala část odborné veřejnosti upozorňovat na důležitost soustředit se více na zkvalitnění života lidí s tímto syndromem. Britský sociální psycholog a gerontolog Tom Kitwood tento koncept ukotvil pod pojmem „The Enriched Model of dementia“ (volně lze do češtiny

přeložit jako Obohacený model demence), který zdůrazňuje, že každá osoba je jedinečná lidská bytost, která má své neurologické znevýhodnění, ale také fyzické zdraví, individuální biografii, vlastní osobnost a své sociální prostředí (Brooker, 2007; Innes, 2009). Tento model umožnil, aby se pozornost soustředila na potřeby, které ovlivňují kvalitu života jedince, namísto obtížně zvrátitelné skutečnosti kognitivního poškození. Posun k takovému pohledu bývá označován za posun k přístupu zaměřenému na člověka (The Person-Centred Approach). Ten vychází z psychoterapeutické školy Carla Rogerse, který zdůrazňoval nezbytnost naprostého a bezpodmínečného přijetí druhého člověka ze strany terapeuta. Profesor Tom Kitwood pak v roce 1990 poprvé použil termín „person-centred“ v souvislosti s péčí o osoby se syndromem demence (Epp, 2003, s.14). Péče zaměřená na člověka pohlíží na prožívání demence jako na výsledek interakce všech podmínek, které je třeba vidět z bio-psycho-sociologické perspektivy (Brooker, 2007, s.17). Dobrá péče a podpora osoby s demencí má tak především respektovat individualitu každého člověka a odpovídat na jeho potřeby.

Od svého vzniku si tento přístup vydobyl přední postavení v oblasti studia demence, ale stal se také velmi populárním termínem užívaným v sociálních službách po celém světě. V některých zemích je navíc ukotven v politických dokumentech nastavujících standardy kvality péče (Innes, 2009). Z důvodu zvýšené obliby tohoto pojetí se „zaměřeným na člověka“ začalo nazývat téměř vše a pod jednotným pojmem se skrývalo mnoho různých představ. Brooker (2007) se proto pokusil stanovit společný rámec, podle kterého poznáme, že péče o osobu s demencí je skutečně na osobu zaměřená. Tento koncept nazval VIPS podle začátečních písmen jednotlivých elementů, které musí taková péče obsahovat. „V“ (value) znamená uplatňovat absolutní hodnotu každého lidského života bez ohledu na věk či kognitivní schopnosti. „I“ ukazuje na nezbytnost individuálního přístupu ke každé osobě na základě rozpoznání její naprosté jedinečnosti. „P“ vyzdvihuje důležitost porozumění světu z perspektivy uživatele služby, protože každá lidská zkušenost má svou vlastní psychickou hodnotu. „S“ poukazuje na zakotvenost člověka v jeho sociálním prostředí a na vztahy, ve kterých se člověk uskutečňuje (Brooker, 2007, s.13). Ve své knize autor jednotlivé body podrobně rozpracovává do konkrétních opatření a návodů pro přímé využití v pečovatelské praxi.

Teoretické přístupy, opírající se o poznatky sociální psychologie a vycházející z tradice rogersovské psychoterapie, kladou silný důraz na hluboký respekt ke klientovi

a představují základní způsob myšlení, ze kterého by měla vycházet veškerá praxe péče o osoby s demencí.

### **1.3.2 Představa ideální péče**

Základním měřítkem úměrnosti i kvality poskytnuté péče by vždy mělo být to, co druhý člověk za takové považuje. Podle toho lze za běžných okolností přizpůsobit průběh péče potřebám osoby, která je na ní závislá. Problém však je, že v sociální oblasti, a ještě více v oblasti péče o osoby s demencí, je velmi obtížné zjistit mínění a preference druhého člověka. Na potřeby klienta zde totiž působí mnoho faktorů, jako je jeho závislé postavení, obavy nebo snaha vyjádřit vděk. Klienti v sociální oblasti tak mohou vyjadřovat spokojenost i s nekvalitním programem. (Brooker a Surr, 2005, s.18; Matoušek, 2008, s.209). Možnost, jak se přiblížit k vnitřnímu světu druhého člověka, se tak nabízí například pomocí pokusu vžít se do prožívání osoby s demencí. Brooker a Surr (2005, s.18-19) například ukazují, jak cennou zkušenost lze získat při četbě autobiografických textů lidí s tímto onemocněním a naslouchání jejich zkušenostem. Tím dochází ke zvýšení empatie pečujících a jejich pozornosti k potřebám druhých jako k základnímu předpokladu dobré péče (Brooker a Surr, 2005, s.21).

Přestože je nejdůležitějším hlediskem individualita daného klienta, většina odborníků z této oblasti se snaží o vytvoření určitého společného rámce zásad toho, jak by měla péče a podpora ideálně vypadat. Tato doporučení lze rozdělit do tří následujících kategorií.

#### **➤ Interakce mezi pečujícím a klientem**

Vzájemná interakce, označována jako vztah mezi pečujícím a osobou s demencí, bývá označována jako základní předpoklad dobré péče. Vztah s osobou s tímto syndromem je specifický. Jednak pro zranitelnost a emocionální závislost nemocného na pečujícím a také z důvodů obtíží způsobených narušením přenosu informací, které osoba s demencí získává a předává. Veškerá zodpovědnost za průběh vztahu je proto kladena na pečujícího. K tomu, aby byl schopen vybudovat a udržovat takový vztah, je potřeba, aby získal určitý vhled a informace, které mu pomohou získat kontrolu nad situací (Zgola 2003).

Základním kamenem vztahu a vůbec celého pečovatelského procesu je komunikace. Osoby se syndromem demence se musí potýkat s různými komunikačními bariérami, které jim ztěžují interakci s druhými lidmi. Potřeba zvláštního způsobu komunikace je dle Zgoly (2003) dána emocionální závislostí nemocného, neschopností dělat ústupky a přizpůsobit se.

„Zodpovědnost za to, aby tato osoba rozuměla a bylo rozuměno jí, leží na pečovateli“ (Zgola, 2003, s. 124). K tomu lze využívat různé strategie, které nám umožní získat nad situací kontrolu. S jejich znalostí se také vyhneme mnohým nedorozuměním či jimi můžeme předcházet tzv. problémovým situacím, které mají často jádro v neznalosti personálu správných technik komunikace. Tyto strategie bývají obsahem většiny publikací zabývajících se péčí o osoby s demencí.

Cílem správné komunikace je nastolit partnerství, podporovat vzájemnou úctu a důvěru. V jednání pečujících je nezbytný respekt k osobě s demencí, přijetí a akceptace všech fantazií a úzkostí, vřelost a náklonnost, validace prožívané reality osoby a citlivost k jeho emocím. Dále je vhodné podporovat důstojnost a úctu, zplnomocňovat druhého v jeho rozhodování a účasti na okolním dění. Zacházet s osobou s demencí jako s rovnocenným partnerem a uznávat ji v její jedinečnosti. Být upřímný a otevřený a zároveň citlivý k pocitům druhého (Zgola, 2003; Brooker a Surr, 2005; Mlýnková, 2011; Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009).

Slovní komunikaci lze také často doplnit či nahradit určitým dotykem, pohledem, mimikou, zvukem či hudbou (Pichaud a Thareauová, 1998).

### ➤ **Bezpečné a podpůrné prostředí**

Potřeba bezpečí se pro osoby se syndromem demence stává velmi významnou. Z důvodu nejistoty, která je způsobována nejasnostmi v okolním prostředí, je důležité, aby prostředí poskytovalo jak fyzické, tak i psychické a emocionální bezpečí.

V oblasti fyzického zdraví se jedná o určitou úpravu prostředí, které skýtá mnoho potencionálních nebezpečí, jako jsou elektrické spotřebiče, chemické přípravky či různé nástroje používané v domácnosti. Cílem tak je předejít nehodám. Důležité je, aby k těmto opatřením docházelo s mírou a pečlivým zvážením, protože některá opatření mohou způsobovat frustraci a snahu překážky překonat, což může být mnohdy ještě nebezpečnější, než nechat prvek nezabezpečený (Zgola 2003).

Nejde však jen o bezpečnost, ale také o podporu člověka s demencí, jeho sebevědomí a pocitu zvládnutí. Úprava prostředí by měla usnadňovat orientaci a předcházet neúspěchu. Jde o významnou oblast emocionálního bezpečí. Emocionální nebo psychickou rovnováhu podporuje řád a pravidelnost v denním programu s dostatečným odpočinkem, vyhnutí se vzájemné konfrontaci a konfliktům, které mohou vyvolávat tzv. problémové chování ze

strany osoby s demencí. Dále to je podpora psychického zdraví smysluplnou stimulací a činností se zachováním dostatku senzorických podnětů (Zgola, 2003; Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009; Buijssen, 2006).

### ➤ **Denní program**

Cílená aktivizace je jedním ze základních podpůrných prostředků osob se syndromem demence, který může významně ovlivňovat průběh onemocnění. Zgola (2003) ji označuje za stejně podstatnou jako fyzickou péči a výživu. Smysluplná aktivita podporuje vztahy, zlepšuje náladu, zmírňuje nervozitu a neklid a zejména prohlubuje pocit vlastní hodnoty. Plánování a průběh denního programu se však také musí řídit určitými pravidly, musí být připraven pečlivě a uvážlivě. Základním východiskem je znalost dané osoby, její minulosti a funkční hodnocení zachovaných schopností. Aktivita má být vytvářena podle potřeb jednotlivých klientů a nastavena způsobem, který umožní využití zachovaných schopností klienta.

Ideální denní program by měl dále podporovat vztahy mezi jednotlivými účastníky. To by mělo probíhat v uvolněné atmosféře za podpory dobré nálady, schopnosti radovat se, a to za častého užívání smyslu pro humor. Aktivita umožňuje klientovi zažívat pocit užitečnosti, využívá jeho zdroje a osoba je za své úsilí oceňována. Program nabízí prostor pro tvořivost a sebevyjádření, zároveň nabízí možnost naučit se novým věcem. Při tom všem je třeba zachovat prostor pro vyjádření vlastní vůle klienta a přizpůsobit se jeho rytmu. Svůj význam má i klidná relaxace (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009; Buijssen, 2006; Brooker a Surr, 2005; Mlýnková 2011; Kitwood a Bredin, 1992 cit. podle Innes, 2009).

### ➤ **Přizpůsobení podpory a péče individuálním potřebám**

Mimo výše zmíněná doporučení je vhodné zvláště upozornit na nezbytnost individuálního přístupu a přizpůsobení jakékoli formy pomoci potřebám a schopnostem daného člověka.

Každý, kdo se rozhodne pomoci druhému, by si měl být vědom nebezpečí, které plyne jednak z toho, že poskytne druhému podpory málo a v tom případě osobě hrozí zanedbání, nebo že na druhou stranu poskytuje až přílišnou péči, která druhého zneschopňuje, a vede tak ke ztrátě motivace a zachovaných schopností. Přičemž druhá možnost je pro svou nenápadnost a schování se za ušlechtilé ideály pomoci druhému velmi nebezpečná. Vždy se

musíme snažit o zachování co nejvyšší rovnováhy mezi mírou naší podpory a péče a mírou aktuálních schopností příjemce naší snahy. Protože tyto schopnosti nejsou stále stejné, je třeba neustále vyhodnocovat a zkoušet, jakým způsobem právě teď můžeme být druhému tou nejlepší oporou. Jak ve své knize ukazuje Zgola (2013), při jakékoli činnosti se klient může zapojit nejrůznějším způsobem, a to od zcela samostatného plánování a provádění aktivity po převážnou pasivitu, kdy je pouze přítomen aktivitě druhých. I to pro něj však může mít zásadní význam.

Důležité je uzpůsobit výběr konkrétní aktivity a celkovou náplň dne člověka podle pokročilosti stádia demence. V začátcích onemocnění budou potřeby dané osoby vyžadovat zcela jiný způsob naplnění, než tomu bude v posledních stádiích demence. S vývojem onemocnění se terapie zaměřuje více na stimulaci smyslů a snahu o citlivé vnímání projevů daného člověka. Roste podíl ošetrovatelské péče, ale na významu také nabývá péče paliativní a doprovázení druhého v umírání.

### **1.3.3 Nevhodné chování pečujících**

Výše uvedené pozitivní přístupy jsou v péči o seniory nejen často nedodržovány, ale mnozí autoři upozorňují na rozsáhlou přítomnost vyloženě negativního chování pečujících vůči lidem s demencí (Brooker, 2007; Hauke, 2014; Malíková, 2010).

Demence činí své nositele zranitelnějšími a ohroženějšími z hlediska porušování lidské důstojnosti a osobních práv. Tyto osoby jsou závislé na pečující osobě, která jim má zprostředkovávat porozumění okolnímu světu a být partnerem. Místo toho pečovatel může i nevědomě porušovat práva a potřeby lidí na něm závislých. Osoba s demencí má pak omezené možnosti bránit se či vyhledat pomoc. Situace je o to závažnější, pokud se stane součástí organizační kultury instituce poskytující profesionální péči. Profesor Kitwood se tématem narušeného vnímání druhého člověka jako lidské bytosti v nastavení profesionální péče zabýval tak, že pozoroval chování personálu na oddělení pro osoby s demencí a povšiml si zvláštností v jejich chování. Na základě toho vypracoval přehled prvků nevhodného chování, které nazval „Malignat Social Psychology“ (volně lze do češtiny přeložit jako Maligní sociální psychologie). Pod termín zahrnul následující chování: zastrasování, neposkytování odezvy, infantilizaci, nálepkování, znevažování, obviňování, manipulaci, ponižování, manifestaci moci, rozrušování, zacházení s klientem jako s objektem, stigmatizaci, ignorování, odhánění a zesměšňování (Brooker, 2007, s.17). Málokdy se tyto postupy objevují jako záměrné jednání, pravděpodobněji se jedná

o chování naučené, které je odpozorováno a předáváno uvnitř pracovního kolektivu dané organizace (Brooker, 2007, s.18). S ještě závažnějším porušováním lidské důstojnosti se však můžeme setkat v případě týrání a zanedbávání těchto osob (hovoříme o tzv. syndromu EAN). Ukazuje se, jakkoliv je to skandální, že ani systém poskytování sociálních služeb není vždy schopen zajistit, aby k takovému chování v některých ústavních zařízeních nedocházelo. Jak uvádí Matoušek (2008, s.221), v institucionálním prostředí se lze v některých extrémních případech setkat s následujícími způsoby týrání: hrubé zacházení, bití, mytí studenou vodou, nedostatečná péče a množství stravy nebo nedostatek soukromí či aktivit.

Ačkoli se můžeme snažit nalézt odpověď na otázku po ideálním modelu péče či podpory člověka s demencí a vytvářet koncepce toho, jak by měla péče vypadat, ukazuje se, že je často obtížným úkolem přenést tyto ideály do každodenní praxe. Podle Innese (2009) je zde také velký rozdíl mezi tím, co vše může být pro osoby s demencí učiněno, a tím, co je osobami rozhodujícími o financování služby viděno jako důležité. Ideály péče, o kterých je tolik slyšet od teoretiků, tvůrců politik i pracovníků zařízení, mohou podle Innese (2009, s.70) vypadat jen jako utopické vize, dokud nebudou převedeny do zcela konkrétních příkladů aplikace v každodenní praxi péče o osoby s demencí. K tomu je podle autora třeba zajistit dostatečné zdroje, podporu a vzdělávání, bez kterých zůstanou ideály pouze psanými doporučeními (Innes, 2009).

Následuje stručný přehled několika konkrétních metod, pomocí nichž se často daří naplňovat zmíněné ideály péče a podpory.

#### **1.3.4 Metody využívané při práci s osobami s demencí**

##### **➤ Preterapie**

Preterapie, kterou v šedesátých letech minulého století vytvořil Garry Prouty, má své kořeny v terapii zaměřené na klienta Carla Rogerse, a tedy vychází ze stejných hodnot. Jedná se o metodu, která pomáhá navázat a rozvíjet kontakt s osobami s komunikačními obtížemi, jako jsou osoby s mentálním postižením, pacienti s duševním onemocněním či lidé s demencí. Preterapie využívá k navázání kontaktu s druhým člověkem specifických technik, jejichž základem je kontaktní reflexe, při níž terapeut opakováním slov vyřčených klientem a vyslovováním toho, co terapeut vidí a vnímá, pomáhá klientovi navázat kontakt s realitou, se svým prožíváním a s okolním světem (Prouty, 2005).

Přestože přínos této metody pro práci s uvedenou skupinou osob je neoddiskutovatelný, je v našem prostředí v praxi využíván velmi zřídka. Důvodem je, dle mého mínění, zdání, že se jedná o odlišný způsob komunikace, než je běžně využíván. Ve skutečnosti se jedná o přirozenou reakci na druhého člověka, kterou běžně uplatňujeme, avšak si ji příliš neuvědomujeme a nejsme ji navyklí používat při komunikaci s osobami s komunikačními obtížemi.

### ➤ **Orientace realitou**

Orientace realitou je jedním ze sporných přístupů k osobám s demencí. Vznikla jako přirozená reakce na stav, kdy je člověk s demencí dezorientovaný. Předpokládá, že tím, že budeme takového člověka upozorňovat na to, jak věci doopravdy jsou, mu pomůžeme nalézt záchytné body, které mu mohou pomoci najít vnitřní jistotu. Jak však uvádí Holmerová (2009a, s. 95): „*další zkušenosti ukázaly, že tento předpoklad byl do značné míry mylný.*“ Přestože se v mnoha vědecky podložených případech tento přístup ukazuje jako užitečný nástroj, v klinické praxi se podle Holmerové, Jarolímové a Suché (et al., 2009) ukazuje, že v případě necitlivého použití může vést ke zhoršení chování a prožívání osoby jako například k vyvolání agresivity nebo úzkosti. Jsou situace, ve kterých připomenutí reality může být velmi bolestivé, a je vhodné postupovat velmi opatrně a s plným respektem k prožívání druhého člověka. Připomenutá skutečnost, např. to, že osobě zemřel někdo blízký, může být brzy zapomenuta, avšak pocit tísně či hlubokého smutku člověku zůstane, ačkoli již nebude vědět, z čeho pramení (Wirth, 2013). Orientace realitou by se tak měla zaměřovat spíše na kontinuální orientaci osoby v čase a místě, což je u osob se syndromem demence velmi užitečné (Holmerová, Jarolímová, Suchá et al., 2009). Nesmíme ale zapomínat, že nejlepšího výsledku lze dosáhnout jen při plném respektu k osobnosti druhého a všechny orientující prvky, jako jsou výrazné hodiny, kalendář či nápisy, by neměly být umístěny způsobem, který upozorňuje na ztrátu schopností a snižuje hodnotu druhého člověka.

### ➤ **Validace**

Validace je přístupem vycházejícím z humanistické psychologie, a klade tak důraz na hlubokou úctu k člověku a snahu o naprosté porozumění a vcítění se do prožívání této osoby. Tento způsob práce s lidmi trpícími demencí byl vytvořen v šedesátých letech německou autorkou žijící v USA, Naomi Feil.

Metodu nejlépe vystihují slova autorky: „Validace je založena na postoji plném respektu a empatie k dospělým osobám s alzheimerovským typem demence, které se snaží vyřešit nedokončená témata před tím, než zemřou. Validace navrhuje způsob klasifikace chování těchto dezorientovaných lidí a navrhuje jednoduché, praktické techniky, které pomáhají obnovit důstojnost a zabránit zhoršení do vegetativního stavu“ (Feil, 2010, s.28). Podle Rheinwaldové (1999) je cílem validace nalézt příčiny chování klienta a dát jim smysl, cenu. Tím pracovník pomůže danému člověku vyrovnat se se svou minulostí a integrovat svůj život, tak, aby si mohl říci: „Mám se rád takový, jaký jsem i jaký jsem byl“ (Rheinwaldová, 1999, s.43).

Požadavky na znalosti a dovednosti pracovníka, který validaci využívá, jsou značné. V České republice zatím není možné získat plnohodnotné vzdělání v této terapii, jako je to možné v zahraničí. Je to z toho důvodu, že je náročné získat vůbec vzdělání k tomu, aby člověk mohl tuto metodu vyučovat. Je u nás však možné navštívit některé jednodenní kurzy, které účastníky seznamují se základními validačními technikami. Díky tomu je tento přístup na některých pracovištích využíván, a obohacuje tak pracovníky ve způsobu komunikace s osobami s demencí. Účastníci těchto kurzů mohou lépe porozumět různým projevům chování člověka s demencí a toto chování s respektem přijmout a citlivě na něj reagovat.

### ➤ **Reminiscence**

Dalším ucelenějším přístupem je reminiscenční terapie, která pracuje zejména se vzpomínkami a se vzpomínáním. Janečková (2013b, s.287) ji na podkladě Gibsonové nebo Woodse charakterizuje takto: „*reminiscence je hlasité nebo tiché vybavování událostí, aktivit, zkušeností ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí, obvykle s pomocí vhodných podnětů jako fotografií, archivní hudby, předmětů z domácnosti apod.*“ (Janečková, 2013b, s. 287 cit. podle Gibson, 1994 a Woods, 2005).

Reminiscenci lze uplatnit v mnoha situacích při práci se seniory a prolíná se většinou koncepcí, které byly či ještě budou zmíněny, jako je validace, bazální stimulace, psychobiografický model či sebeudržovací terapie (Janečková, Čížková, Nentvichová-Novotná, 2015a). Metoda je využívána často právě u seniorů se syndromem demence. V tom případě bývají použity zejména kreativní techniky práce se vzpomínkami. Reminiscence umožňuje lépe poznat druhého člověka, porozumět mu. Vzpomínání také

podporuje konverzaci a komunikaci a obnovuje sebevědomí dané osoby. Pomáhá udržovat přístup k autobiografické paměti, rozvíjí pocit příslušnosti ke skupině a také umožňuje pozitivně využít různorodost mezi lidmi. Díky rozvinuté práci se vzpomínkami získáváme hodnotné informace ohledně života osoby, které nám pomáhají porozumět tomu, co nám člověk říká a proč jedná určitým způsobem. Můžeme pak přizpůsobit okolí co nejbližší preferencím dané osoby a porozumět jejím zvykům a denním rituálům, které mají kořeny v minulosti (Schweitzer a Bruce, 2008). Jak uvádí Janečková, Čížková, Nentvichová-Novotná (2015b, s. 15), témata vystupující z minulosti pak mohou být zpracována validujícím a empatickým přístupem či tvořivým způsobem ztvárněna např. do podoby výtvarného díla.

Využití reminiscence v pobytovém zařízení pro seniory je vhodné vnímat v co nejširším pojetí. Neměla by zůstat pouze časově a prostorově ohraničenou aktivitou, ale měla by podle Janečkové (2013b, s. 288): „*prostupovat celé prostředí domova pro seniory*“. Reminiscence by se měla stát součástí každodenního kontaktu pracovníka s klientem, ale může být také základem pro uspořádání vnitřních prostor zařízení. Může tak vznikat celková organizační kultura založená na reminiscenci (Janečková, 2013b, s. 288; Janečková, Čížková, Nentvichová-Novotná, 2015b).

Historie klientova života je také významným podkladem pro uzpůsobování poskytované péče a podpory tedy pro její individuální plánování. Může se jednat o zájmy, oblíbené činnosti, hudbu, zvyky, oblíbené jídlo či pití atd., to všechno by mělo být součástí plánu a promítat se do každodenních aktivit i pečovatelských činností. Vyřešení problému či vyplnění přání se také může stát osobním cílem či je možné společně pracovat na kreativním ztvárnění vzpomínek, jako jsou knihy života či vzpomínkové krabice. Zajímavým obohacením se zde může stát spolupráce s rodinou klienta a společná práce na takovém projektu (Janečková, Čížková, Nentvichová-Novotná, 2015b).

Reminiscence je u nás již rozšířeným a často používaným pojmem a podle Janečkové, Čížkové a Nentvichové-Novotné (2015b, s.25) se „*reminiscenční metody, aktivity, programy či projekty staly běžnou součástí práce se starými lidmi v institucích, rodinách i komunitách.*“ Podle autorek je obliba reminiscence u nás podpořena dvěma faktory. Prvním bylo uskutečnění souvisejícího výzkumného projektu v letech 2005-2008, jehož výstupem byla publikace PhDr. Janečkové zabývající se reminiscencí a vznik dalších vzdělávacích programů a aktivit. Druhým faktorem je pak dlouhodobá spolupráce s Evropskou reminiscenční sítí, ze které vycházejí různorodé projekty zaměřené např. na

vytváření a výstavu reminiscenčních beden nebo na vzpomínání s pečujícími. Současné využití reminiscence je tak zaměřené mimo jiné na rodiny seniorů, na kreativní ztvárnění vzpomínek, na propojenost s dalšími přístupy a na využití v rámci místních společenství (Janečková, Čížková, Nentvichová-Novotná, 2015b).

### ➤ **Další metody**

Mimo výše zmíněné je možno vyjmenovat dlouhý seznam dalších různorodých metod, které se již zaměřují na určitý konkrétní aspekt či téma, který působí na klienty příznivě. Mezi **kreativní techniky** lze zařadit terapie hudbou, tancem, tvůrčím psaním či dramatem. Do **kognitivní a senzorické stimulace** lze například zařadit koncept **bazální stimulace**, který je u nás rozšířený díky PhDr. Friedlové, která u nás založila Institut bazální praxe a bazální stimulace se následně stala součástí praxe zdravotnických asistentů a sester (Maláková, 2011, s.193). Dalšími metodami jsou např. aromaterapie, relaxace, masáže či práce v rámci multisenzorické místnosti neboli snoozelenu. **Snoozelen** se také postupně rozšiřuje i v České republice, dvě takové místnosti byly vybudovány v Domově pro seniory Blansko a jednu je možné vidět v Domově se zvláštním režimem ve Zvonkové ulici na Praze 10. Mezi další metody lze zařadit mezigenerační projekty a aktivity, programy založené na Montessori pedagogice nebo terapii za pomoci panenek (doll therapy), zahradnických aktivit (horticultural therapy) či lesa (woodlands therapy) (Brooker, 2007, s.25). Uvedená **zahradní terapie** je podle Jindřichovské (2014) využívána v řadě českých zařízení, příkladem může být Domov seniorů Prachatice. Podle Jindřichovské (2014, s.31) „*zahrada jako terapeutické médium nabízí prostor pro setkávání, vzpomínání, pozorování, kreativitu a moment překvapení.*“ Zato zmíněná **terapie za pomoci panenek** u nás není příliš rozšířena. Pojetím, terapeutickou účinností a etickými aspekty terapie pomocí panenek se ve své studii zabývá Mitchell a O'Donnell (2013). Úspěšným projektem je také program **Bon appetit** vytvořený Jitkou Zgola, jenž se snaží o zkvalitňování způsobu přípravy a podávání jídla tak, aby byly související činnosti zdrojem radosti, pomáhaly utvářet vztahy, podporovaly soběstačnost a poskytovaly bohatou stimulaci smyslů a vzpomínek (Zgola a Bordillon, 2013). Tento program byl uveden do praxe v několika českých domovech (příkladem může být Středisko Diakonie ČCE v Krabčicích) a jak uvádí Zgola a Bordillon (2013, s.15) vedle zlepšení stravování došlo k celkovému zkvalitnění péče díky novým dovednostem, které si zaměstnanci vycházející z projektu osvojili.

U většiny zmíněných metod probíhá snaha o prověření, zda má daná metoda skutečně terapeuticky příznivý vliv na stav a průběh onemocnění u osob s demencí. Jedná se

o snahu nasměřovat vývoj k praxi založené na důkazech. Brooker (2007, s. 25) uvádí, že z důvodu náročnosti takového měření je u mnoha uvedených aktivit vědecké podložení terapeutického účinku poměrně slabé. Na druhou stranu autor uvádí: „*vidět druhého, jak se rozzáří radostí při zapojení se do aktivity, která má pro něho význam, je dostatečným důkazem toho, že naše snaha stojí za to.*“

Nelze však využívat zmíněné metody a očekávat dosažení úspěchu bez toho, aby náš přístup vycházel a směřoval k osobě, na kterou má být náš přístup zaměřený a jejíž potřeby má tak naplňovat. To je základním určujícím faktorem toho, zda bude použita metoda sloužit k prospěchu, či k neprospěchu klienta. Přístup zaměřený na člověka tak není zvláštní metodou, ale základním předpokladem, ze něhož by měla vycházet každá sociální služba. Jedná se o základní princip, na kterém je postaveno pojetí individuálního plánování služby.

### **1.3.5 Zlepšování kvality péče**

Pokud je naším hlavním zájmem naplnění potřeb klienta, jeho spokojenost, pocit pohody, tedy co nejvyšší kvalita života, znamená to pro nás nutnost neustálého vyladování a zlepšování našeho přístupu a chování, aby sloužilo účelu, kterému má. K tomu pomáhají dvě ve světě a pomalu i u nás užívané metody. První je „Videotrénink interakcí“ (VTI), při kterém je nahráváno chování personálu a poté za pomoci odborníka vyhodnocováno. Druhou metodou je sledování pracovníků za pomoci nezávislé hodnotící osoby, která způsob poskytování péče sleduje, zapisuje a vyhodnocuje. Tento způsob je součástí metody s názvem „Dementia Care Mapping“ (DCM). Jedná se o nástroj vytvořený odborníky z Bradfordské univerzity v Anglii k realizaci péče zaměřené na člověka pomocí poskytování systému zpětných vazeb pečovatelskému personálu (Booker, Surr, 2005, s.). V České republice bylo možné v roce 2013 absolvovat kurz České alzheimerovské společnosti věnující se využití VTI v péči o osoby s demencí pod názvem: „Komunikace s osobami trpícími syndromem demence s využitím metod videotréninku interakcí a intervize pro zaměstnance sociálních služeb“ (ČALS, ©2014). Dlouhodobě pak vzdělávání pracovníků za pomoci této metody poskytuje spolek SPIN – Sdružení pro videotrénink interakcí v ČR (SPIN, ©2012). Možnost užívání metody DCM je podmíněna absolvováním výcvikového kurzu, který je však poskytován buď přímo na Bradfordské univerzitě, nebo v certifikovaných zařízeních v jedenácti zemích světa (University of Bradford, ©2014).

Vedle těchto metod zaměřených na zlepšování kvality péče komunikace je užíváno různých postupů k hodnocení kvality služeb. Jak bylo již výše uvedeno, základním hlediskem kvality služby je v tzv. zákaznickém modelu mínění klienta. Vzhledem k tomu, že názor člověka s demencí, zejména schopnost jeho utváření a interpretace, má velmi malou vypovídací hodnotu o celkové kvalitě služeb, je třeba využívat jiné nástroje na zjištění vhodnosti poskytované péče. Těmi může být srovnání současného stavu podle předem stanovených parametrů neboli standardů. Podle Matouška (2007b, s.125) jsou standardy vždy: „*pokusem o formulaci ideálu dobré praxe.*“ V současné době je mimo národní standardy kvality sociálních služeb vytvořeno několik dalších soukromoprávních projektů a certifikací, které pomáhají prověřovat a zlepšovat kvalitu služeb bez toho, aby bylo hodnocení postaveno pouze na spokojenosti klienta dané služby. V oblasti péče o osoby se syndromem demence je to například certifikát Vážka® České alzheimerovské společnosti, který je udělován zařízením na základě porovnání stavu s předem stanovenými kritérii, přičemž jsou hodnoceny tyto oblasti: základní charakteristiky, aktivity, spolupráce s rodinou a přáteli člověka s demencí, individualizovaná péče, důstojnost, zdravotní péče, zvládání problematického chování, používání omezovacích prostředků, bezpečnost, výživa a hydratace, celkový pohled na zařízení, první dojem při vstupu, společné prostory, pokoje, hygiena, orientace, zázemí pro personál, počet a kvalifikace personálu, kvalifikace v demencích, potřeby personálu a jejich podpora, zaškolení a další vzdělávání, kompetence pracovníků a tzv. grandmother's test (Kritéria hodnocení kvality Vážka®, 2015).

## 2 Plánování v sociálních službách

Poté, co byla popsána problematika poskytování vhodné péče a podpory osobám se syndromem demence, bych se ráda přiblížila k hlavnímu tématu své práce, tedy k plánování v rámci poskytovaných sociálních služeb.

### 2.1 Plánování v sociálních službách a jeho význam

Plánování je člověku vlastní. Dá se říci, že ať děláme cokoli, neustále v našich hlavách vytváříme drobná schémata a plánky, které nám pomáhají činnost realizovat. Plánujeme, aniž by se jednalo o nějakou formalizovanou a záměrnou činnost, prostě proto, že někdy potřebujeme nalézt jistý řád a předvídatelnost v jinak chaotickém světě. Pokud chceme dosáhnout něčeho konkrétního, něco změnit či něco dotáhnout do konce, je určitá úroveň plánování téměř nezbytná. Tím, že máme cestu k vytyčenému cíli naplánovanou, je velmi pravděpodobné, že za předpokladu plnění jednotlivých bodů cíle skutečně dosáhneme. Druhou možností je pustit se na cestu bez toho, aniž bychom znali cíl, a nechat se tak neustále překvapovat a objevovat nové možnosti, jež bychom přes samé zaměření na cíl neviděli.

Můžeme se tak setkat s různými typy lidí, z nichž každý vnímá potřebu stanovovat řád ve svém životě jinak, a je tak na něm, jaký životní styl zvolí. Pokud se však setkáváme s nějakým problémem jako profesionálové a chceme ho řešit či chceme efektivně uspokojovat potřeby druhých lidí, není plánování otázkou volby, ale nutností. Jako poskytovatelé sociálních služeb pak máme odpovědnost za lidi, kteří využívají naši službu ne jako zákazníci, ale jako lidé, jejichž možnost volby je omezena nepříznivou situací a nabídkou služeb v lokalitě. Stejně tak neseme odpovědnost za způsob využívání veřejných prostředků, které tvoří významný podíl příjmů organizací poskytujících sociální služby. Fungující plánování nám umožní postavit si před sebe vizi a hledat způsoby, jak ji nejlépe naplnit. Zamezíme tak zbytečnému vynakládání úsilí na činnost, která nejen že nevede k vytýčenému záměru, ale ve svém důsledku se může podílet na nepříznivé situaci klienta. Například činnost, která v důsledku vytváří závislost klienta na službě namísto snahy o jeho sociální začleňování a zplnomocňování.

Potřeba sociálních služeb začíná u potřeb občanů, kteří se dostali do situace, již nejsou schopni řešit vlastními silami či za pomoci jiných zdrojů. Potřeby občanů je tak třeba zjišťovat průběžně a neustále, protože se obvykle dynamicky proměňují. Jak uvádí autoři

publikace *Nové zjišťování potřeb*, „*děláme to proto, abychom zprostředkovali potřebnou pomoc. Způsobů pomoci může být spousta a sociální služby jsou možná až posledním z nich. Přicházejí na řadu až tehdy, kdy všechny ostatní způsoby nestačí, nebo nejsou dostupné*“ (Havlík et al., 2009, s.3). Na základě zjištění toho, co lidé potřebují, obvykle na úrovni obcí, dochází k plánování služeb, které tyto potřeby mohou uspokojit. Každá sociální služba, jež za tímto účelem vznikne, následně plánuje svou koncepci, jak toho dosáhnout. Při poskytování služby je pak třeba opět plánovat, jak konkrétně u daného člověka může být jeho potřeba naplněna za pomoci této služby. Plánování služeb na úrovni kraje a obce, strategické plánování služby a plánování intervence s klientem bychom měli vnímat jako jeden systém, ve kterém by měly snahy jednotlivých aktérů na sebe navazovat a směřovat společně k naplnění práva každého občana na dostupnou a kvalitní službu k naplnění jeho potřeb. Cílem takového systému je zlepšit kvalitu života těchto osob, případně jak uvádí Matoušek a Koldinská (2007, s.9): „*je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jichž jsou tito lidé nositeli.*“

## **2.2 Strategické plánování rozvoje služby**

Zjišťování potřeb na úrovni obcí, při kterém jsou využívány metody komunitní práce, je tématem přesahujícím rozsah této práce. Pro provázanost plánování rozvoje služby s individuálním plánem konkrétního klienta nyní alespoň krátce poukážu na toto pojetí.

Strategické plánování, tak jak je běžnou součástí managementu každé organizace, není u organizací poskytující služby v ČR běžné. Podle Matouška (2007a) je tato situace způsobena formou financování, která nutí poskytovatele služeb ve snaze o přežití přihlížet více k dotačním prioritám daných subjektů než k potřebám cílové skupiny. Strategické plánování tak zůstává spíše na úrovni krajů a obcí. Pokud organizace přesto plán vypracuje, měl by dle Matouška (2008, s.135) vycházet z poslání služby a obsahem může být: „*vize dlouhodobého cíle, analýza silných a slabých stránek organizace, přesná definice cílové skupiny, soustava dílčích cílů vedoucích k realizaci cíle hlavního, určení odpovědných osob, určení lhůt pro splnění dílčích cílů a způsob kontroly postupu.*“ Požadavek na vytvoření obdobného plánu můžeme také nalézt v požadavku prvního standardu kvality sociálních služeb (2. příloha vyhlášky 505/2006 Sb.), který ukládá poskytovateli povinnost písemně definovat a zveřejnit poslání, cíle a zásady poskytované služby stejně jako i okruh osob, kterým je služba poskytována. Zda podle tohoto „plánu“ poskytovatel také postupuje, může následně kontrolovat inspekce sociálních služeb. Smyslem tohoto opatření je, aby nebyly

služby poskytovány nahodile a bez náležitého důvodu. Odpovědět si na otázku, proč vlastně daná služba existuje a zda skutečně plní svůj účel, je základním předpokladem vytvoření hodnotné služby. Poslání by mělo vycházet ze základních hodnot organizace a personál by je měl nejen znát, ale také se podílet na jeho vytvoření, ztotožňovat se s ním a naplňovat ho ve veškerém svém počínání. Autoři manuálu pro tvorbu a zavádění standardů (Čámský et al., 2008) přirovnávají kvalitní poslání k vývěsnímu štítu organizace, které motivuje pracovníky a odráží, čeho chce poskytovatel dosáhnout, vymezuje konkrétní cesty a strategii, která povede k cíli.

### **2.3 Plánování v rámci případu**

Zplnomocňování klienta při řešení jeho problému, tak jak je zamýšleno v individuálním plánování, je základním kamenem tradiční metody sociální práce, kterou je případová práce (Case Work). Případovou práci rozumíme práci s jednotlivcem neboli práci na jednotlivém případě. Podle Havránkové (2013) je hlavním cílem nejlepší dosažitelné řešení problému klienta, který může vyplývat z jeho prostředí, ze vztahů s druhými či z vnitřního stavu. Sociální pracovník obvykle postupuje od hodnocení potřeb přes stanovení cílů a vytvoření plánu intervence nebo péče. Dále probíhá realizace stanoveného plánu a následně závěrečné hodnocení výsledků. Hodnoty, jež má případový pracovník naplňovat, staví hlavně na vysoké hodnotě klienta, který je považován za nejvíce způsobilou osobu k řešení vlastního problému. Proto je zde velká snaha klienta aktivizovat, aby byl schopen se na řešení problému co nejvíce podílet. Klientovo právo na sebeurčení zde má určující vliv, a tak se vychází z toho, jak situaci vnímá on. V úvahu se také bere kontext životního příběhu klienta a jeho existující podpůrné vazby (Matoušek, 2008; Matoušek, 2013a; Havránková, 2013).

Hlavním záměrem plánování postupu poskytované pomoci u konkrétního klienta je individualizace této pomoci. Každý člověk je jedinečný, jeho potřeby jsou rozmanité a mění se v čase. Proto nelze stanovit jeden model péče a podpory, který bude vyhovovat všem klientům. Z toho plyne, že vždy prvním krokem je důkladné poznání klienta, zjištění jeho potřeb, a dalším krokem je hledání způsobů, jakými je možno tyto potřeby naplnit. Na důležitost takového postupu upozorňuje přístup vedení případu či péče (Case Management, Care Management). Matoušek (2008, s.242) ve Slovníku sociální práce uvádí, že jak Case Management, tak Care Management „označují to, jak sociální pracovník přizpůsobuje péči klientovým potřebám.“ Barker (Barker, 1999, cit podle Mizrahi a Davis, 2008, s.223) pak metodu definuje jako: „*Proceduru plánování, hledání*

*a monitorování služeb z různých sociálních organizací a zaměstnanců ve prospěch klienta.*“ Pracovník, který je za vedení případu zodpovědný, zhodnocuje potřeby klienta a na jejich základě koordinuje proces poskytování služeb, které daný klient v konkrétní okamžik potřebuje. Přístup je tedy založen na širokém mezioborovém přístupu postaveném nad hranice jednotlivých organizací. Pracovník, který je pověřen vedením případu, musí mít patřičné znalosti, dovednosti a hodnoty, aby byl schopen vyhodnotit současný stav, vybrat vhodné intervence a organizovat poskytování služeb napříč jednotlivými obory. V rámci procesu je kladen důraz na zapojení klienta do rozhodování tak, aby mohl ovlivnit plán péče a postup k jeho naplnění (Mizrahi a Davis, 2008; Horder, 2009).

Mnohé z tohoto přístupu je obsaženo v myšlenkách individuálního plánování tak, jak je u nás ukotveno ve standardech kvality sociálních služeb. U obou přístupů se jedná o snahu nastavit plánování péče a služeb tak, aby odpovídaly potřebám klienta. Case management však klade výraznější důraz na mezioborovost přístupu a na znalosti pracovníka, který je vedením případu pověřen, což jsou požadavky, které by i v oblasti dlouhodobé péče u nás vyžadovaly značné zlepšení. Omezujícím faktorem pro individuální plánování je to, že jde vždy o plánování minimálně přesahující zdi dané služby. Pro pozici case managera se tak vhodněji jeví umístění na úrovni obce, kdy by se jednalo o koordinátora služeb pro určitou skupinu osob v komunitě. S obdobným záměrem pracoval návrh zákona o dlouhodobé péči, který však dosud neprošel schvalovacím procesem.

## **2.4 Význam plánování péče a podpory**

Na závěr této kapitoly je vhodné vysvětlit, jaké jsou pozitivní důsledky vhodného plánování péče a podpory. Samozřejmě se nemůžeme vyhnout i některým úskalím, které tento způsob práce s klientem obnáší.

Snaha o větší individualizaci služeb zde nebyla vždy, naopak se jedná o poměrně nový způsob poskytování péče postavený na staronových hodnotách partnerského přístupu, respektu lidských práv, úcty k člověku a zaměření se na zvýšení celkové kvality života. Jak uvádí Štegmannová a Havrdová (2010), služby se tímto vývojem snaží oprostit od dříve převládajícího tzv. „medicínského přístupu“, který byl postaven na paternalistickém vztahu lékaře a pacienta a na snaze o odstranění poškození. Tomu vyhovovaly kolektivní zařízení a kolektivní způsob poskytování péče. Jak bylo již uvedeno v předchozí kapitole, v současné době naopak převládají snahy o bio-psycho-sociální pojetí nemoci, ve kterém je prioritou partnerství, informovanost klienta a respekt k němu (Štegmannová a Havrdová,

2010). Tento vývoj se promítl do nového způsobu poskytování služeb, který se u nás v posledních desetiletí pomalu zabydluje, a plně se promítl do hodnot zákonné úpravy sociálních služeb, tak jak o ní bude pojednáno v příští kapitole. V Bílé knize v sociálních službách (2003, s.6) tak můžeme nalézt popisek, který nejlépe vyjadřuje základní význam individualizace služeb: „*Lidé jsou ve středu tohoto systému. Systém by se měl přizpůsobit, aby lidem vyhovoval a ne naopak. Lidé by se neměli přizpůsobovat, aby vyhovovali systému.*“ Prostřednictvím hodnot obsažených v takovém pojetí služeb můžeme podle Štegmannové, Šafra a Havrdové (2011) sledovat vizi „nové“ kultury orientované na klienta.

Zmíněný vývoj, který přinesl větší důraz na plánování služby tak, aby byla klientovi na míru, je důležitý nejen z hlediska samotného klienta, ale jeho hodnotu může ocenit jak pečovatelský personál, tak i poskytovatel služby.

#### ➤ **Význam pro člověka**

Pro člověka neboli uživatele služby znamená plánování služby individualizaci přístupu, tedy prevenci toho, že by byla služba poskytována plošně pro všechny klienty stejným způsobem, tak jak tomu obvykle dříve v ústavních zařízeních bývalo. Systém tak má vést k odstranění nadbytečně poskytované podpory a ke snižování závislosti klientů na službě v oblastech, kde to nepotřebují. Místo toho je kladen důraz na aktivní účast klienta na poskytované péči a na podporu svobodného rozhodování. Takový přístup klade na klienta vyšší požadavky, než tomu bylo dříve a mnozí klienti, zvyklí na pasivní přijímání pomoci, se nemusí v tomto pojetí podpory cítit pohodlně. Takoví lidé mohou vyžadovat, aby za ně rozhodovali druzí lidé, a přechod ke zplnomocňování klientů tak musí probíhat za citlivého a postupného zapojování člověka do rozhodování (Malíková, 2011; Bicková a Hrdinová, 2011).

Jednoznačnou výhodou plánování je míra pozornosti, která je věnována rovnoměrně všem klientům, a ne jen těm, kteří si dokážou o podporu říci či na sebe jinak upozornit. Takový přístup vzbuzuje v uživateli služby pocit bezpečí, jistoty a důvěry v zařízení a k pracovníkům. Tím by se také měla zvýšit celková spokojenost se službami, a potažmo tak i kvalita života daného člověka (Malíková, 2011; Bicková a Hrdinová, 2011). Také se jedná o vhodný nástroj k předcházení konfliktů a ke snížení rizik v případě snahy klienta o uspokojení potřeb způsobem, který vyvolává rozpory či ohrožuje jeho zdraví nebo zdraví druhých lidí.

### ➤ Význam pro zaměstnance a jejich práci

Pro zaměstnance znamená plánování zvýšení investic, které do své práce vkládají, jako je čas a úsilí. Plošné a jednotné poskytování služeb znamenalo pro personál samozřejmě značné usnadnění práce. Když však vezmeme v úvahu, že úsilí personálu bylo často zbytečné či nevedlo k vyřešení problému, protože necílilo na skutečné potřeby lidí, uvědomíme si, že vynakládané úsilí mohlo dalece převyšovat výnosy z této práce. Podle Bickové a Hrdinové (2011) přináší dobře prováděné plánování péče vyšší motivaci a uspokojení personálu. Pracovníci mohou být více osobně zapojeni do řešení situace klienta, mají o klientovi více informací, a tím získávají vyšší porozumění klientovi a jeho potřebám. Zaměstnanec má více času k prohloubení komunikace s klientem a k využití různých komunikačních technik. Také může spíše zažívat pocit uspokojení z dosažených výsledků (Malíková, 2011).

S rostoucími kompetencemi personálu roste také odpovědnost za poskytovanou péči a dosažení vytyčených výsledků. Jak uvádí Malíková (2011), zvyšují se požadavky na znalosti a profesní růst těchto pracovníků, což u některých může vést k vyššímu uspokojení a sebeúctě. Pro druhé však zvýšená náročnost práce může znamenat neúnosnou zátěž. Jako důležitou pak vidím podporu ze strany zaměstnavatele a nadřízených pracovníků. Ostatně posilování týmové práce a vzájemné podpory je dalším prvkem, který plánování péče do organizace přináší (Bicková a Hrdinová, 2011).

### ➤ Význam pro službu jako takovou

Pro službu a jejího poskytovatele znamená plánování péče zvýšenou systematičností práce s klienty. Podle autorů publikace Zavádění standardů (Čermáková, 2002) je tak možné předcházet nahodilostem při poskytování služby, například nižší podpoře některých klientů. Plánování představuje významný nástroj vnitřní kontroly kvality poskytované služby, kdy je možné zjistit, zda je služba vůbec efektivní a zda má smysl ji dále stejným způsobem provozovat (Bicková a Hrdinová, 2011). Zjištěné potřeby a cíle uživatelů nastavují zpětné zrcátko stanovenému veřejnému závazku, a umožňují tak poznat, zda je zvolený vhodně.

Největším nepřítelem fungujícího plánování průběhu služeb je riziko sklouznutí k přílišné **formalizaci**. Je škoda, že přes všechno, co plánování může přinášet, se v některých organizacích omezí na pouhé vyplňování předepsaného formuláře, za kterým pracovníci nevidí žádný smysl a který způsob poskytování péče vůbec neovlivňuje. Navíc

může narušovat komunikaci s klientem v případě, kdy naši pozornost místo na klienta zaměříme pouze na plán. Jak ve své monografii uvádí Ife (2001, s.177-178): „*V některých organizacích jsou zaměstnanci do procesu plánování tak horlivě zapojeni, že prakticky přestanou dělat věci, pro které byli doopravdy zaměstnaní.*“ Aby bylo plánování prospěšné, je podle autora třeba, aby do něj byli zapojeni ti, kterých se týká, jinými slovy klienti. Ife (2001) se tak snaží upozornit na nevhodnost přílišného lpění na určitém plánu, jež by znemožňovalo vlastní sebeurčení klienta jako jeho základního lidského práva.

Plánování se v poslední době stává poměrně rozšířeným způsobem práce s klientem, mimo sociální služby našlo využití například ve školství nebo při práci s uchazeči o zaměstnání na úřadech práce. Jedná se tedy o způsob práce s klientem, který má široké uplatnění a potenciál pro další využití. Bylo by tedy škoda, kdybychom se nenaučili jeho význam plně využít i v sociálních službách.

## 3 Individuální plánování ve smyslu zákona o sociálních službách

### 3.1 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách, u nás přijatý v roce 2006, přinesl mnoho významných a dlouho očekávaných změn do oblasti poskytování sociálních služeb. Jednalo se o důležitý mezník na cestě k rozvoji kvality všech služeb. Do té doby záleželo pouze na dobrovolnosti poskytovatelů, v jaké kvalitě budou služby poskytovat. Zákon o sociálních službách musíme vždy vnímat v kontextu historického vývoje, který přijetí předcházel.

Podmínky, ve kterých byly poskytovány sociální služby za minulého režimu, byly poměrně odlišné od toho, jak je známe dnes. Jak uvádí Malíková (2011, s.29): *„Lidé s postižením v jakémkoli věku, staří, nemocní či umírající byli izolováni v ústavech - převážně sociálních, ale i zdravotnických, a existence těchto osob se tabuizovala.“* Společenské klima směřovalo k vyčleňování osob se znevýhodněním z běžné společnosti a ke zdání, že je o ně v ústavech dobře postaráno. Péče poskytovaná v ústavních zařízeních pak byla poskytována na paternalistickém direktivním přístupu, který nepřipouštěl odchylky od zaběhnutého skupinového režimu, a nerespektoval tak individualitu člověka. Osoby v ústavech byly udržovány v pasivitě, neměly téměř žádnou možnost výběru či volby, nikdo se nezajímal o jejich potřeby a návyky a ve všem se musely ústavnímu režimu přizpůsobit. Běžně bylo rozhodováno o nich bez nich. Samozřejmě byly i světlé výjimky, obvykle odvíjející se od lidského přístupu konkrétních pracovníků, bohužel tehdejší systémové nastavení a organizační kultura nedávala těmto lidem prostor pro realizaci ideálů a změnu způsobu poskytování služby. Jak uvádí Malíková (2011, s.30), personál neměl dostatečné znalosti a dovednosti k poskytování kvalitní služby. Autorka to dokládá slovy: *„Seniorům s demencí a nekomunikujícím jedincům nikdo nerozuměl. Nikdo ani netušil, že existují možnosti a způsoby, jak jim porozumět a přiblížit se jim.“* Nadmíru také byla využívána restriktivní opatření, jejichž použití nebylo třeba odůvodňovat (Malíková, 2011).

Po roce 1989 zaznamenal tento model značných změn, přesto se stále jedná o dlouhý a obtížný proces, který je poznamenán tímto neblahým dědictvím. Změna ve vývoji sociálních služeb je postavena na předpokladu změny myšlení a hodnot, jež jsou uplatňovány. Štegmánová a Havrdová (2010) hovoří o tzv. novém modelu péče, k jehož běžnému uplatňování však podle Rheinwaldové (1999) vede dlouhá a náročná cesta.

Proměna velkých ústavních zařízení na menší a útulnější, kde by se mohli obyvatelé cítit skutečně doma, pak naráží na problém nedostatku financí, ale i na přetrvávajících společenských hodnotách. Transformace sociálních služeb, která u nás od devadesátých let probíhala, byla zaměřena zejména na rozvoj ambulantních a terénních služeb, jež umožní člověku být stále součástí společnosti, čerpat z jejích zdrojů a obohacovat ji. Podle některých autorů (Sládek, 2013, s.27) je však přes všechna její rizika zachování ústavní péče nezbytné zejména pro osoby vyžadující trvalou péči. Velké a anonymizované instituce se však jeví pro oblast péče osob se syndromem demence jako zcela nevyhovující. Jak uvádí Tomeš (2011), při deinstitucionalizaci nelze pouze odstranit velké ústavy, ale proces má být doplněn o vytváření nových typů pobytových služeb pro ty, již takovou formu péče potřebují. Ta by jim však měla být podle autora (Tomeš, 2011, s.185) poskytnuta v zařízeních, která se budou přirozenému prostředí klienta co nejvíce podobat ať už režimem, vybavením, nebo umístěním v běžné zástavbě. Pro rozvoj individualizované a respektující péče, která je založena na dobré znalosti klienta a rozvoji vzájemných vztahů, je vhodné poskytovat službu v menších skupinkách klientů, jež by podle Holmerové (2013, s.161) neměly přesáhnout 15 osob. Větší zařízení pro seniory tak často vytvářejí oddělené menší jednotky, ve kterých se snaží o nápodobu rodinného prostředí. Vedle toho vznikají menší zařízení komunitního typu, v nichž lze podmínky lépe přizpůsobit potřebám klientů a přirozeněji udržovat jejich soběstačnost např. pomocí zapojení do běžných domácích prací.

Na tomto místě je také vhodné upozornit na důležitou úlohu domácí, nejčastěji rodinné péče o seniory, která je u nás podle Horeckého (2014, s.30) ve srovnání s ostatními zeměmi poměrně rozšířená. Rodinní pečující zvládají poskytovat velmi kvalitní péči a umožňují dané osobě setrvat co nejdéle v jejím přirozeném prostředí. Tato péče je však často spojená s vysokým nasazením pečujícího a bez podpůrných opatření může docházet k některým negativním důsledkům, jako je např. nezaměstnanost nebo vyčerpání. Aby mohli pečující takovou péči poskytovat dlouhodobě, měly by jim být vytvořeny vhodné podmínky jak ve formě finanční podpory, tak v oblasti podmínek pro skloubení pečovatelských povinností se zaměstnáním. Dále je důležitá opora pomocí služeb, které mohou být zaměřené na pečujícího (poradenství, vzdělávací kurzy, svépomocné a podpůrné skupiny) či na osobu přijímající péči (respitní služby, půjčovny pomůcek apod.). Protože tyto podmínky nejsou v současné době u nás zajištěny na dostatečné úrovni, stojí pečující často před obtížným rozhodováním, zda v domácí péči pokračovat.

Rychlý rozvoj nových typů služeb a používání nových metod práce po roce 1989 vzešly, jak uvádí Mátl a Jabůrková (2007), směrem zespoda od jednotlivých poskytovatelů služeb. Situace byla velmi nepřehledná a chyběla jakákoli legislativní podpora probíhajících procesů. Významným posunem v přípravách nového zákona o sociálních službách bylo v roce 2003 přijetí dokumentu Bílá kniha v sociálních službách. Poprvé jsou zde zachyceny principy, na kterých má být služba vystavěna. Jedná se o podporu nezávislosti a autonomie klientů, která má nahradit pasivní přijímání pomoci. Jako hlavní cíl sociálních služeb je zde ukotvena snaha o sociální začleňování a podporu přirozeného života uvnitř společenství. Důraz je kladen na individualizaci služeb, které mají vycházet ze zjištěných potřeb klienta. Poskytování služeb má vycházet z mezioborové spolupráce napříč sektory a má být uplatňována rovnost jak mezi klienty, tak mezi poskytovateli služeb. O službách pak má být rozhodováno na úrovni obcí, tedy nejbližše klientovi a jeho problémům (MPSV, ©2003). Tyto zásady pak byly legislativně ukotveny v Zákoně o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění k 1.1.2007), který z do té doby dobrovolných procesů vytvořil zákonný požadavek.

Zákon přinesl mnoho výrazných změn do celého systému sociálních služeb. Vytvořil kategorizaci služeb podle přesně vymezených druhů a forem a stanovil povinnost registrace každé poskytované služby jako základní ochranu uživatelů služeb. Dalšími prvky zajištění kvality služeb bylo zavedení standardů kvality a inspekce kvality. Zákon také přinesl zcela nový způsob financování služeb sociální péče pomocí příspěvku na péči, který obdrží potenciální uživatel služby a sám pak vybírá, od koho službu „nakoupí“. Toto opatření mělo přinést nový komerční prvek do poskytování sociálních služeb posílením postavení jedince. Tím by mělo docházet k vytváření částečně konkurenčního prostředí, které zvyšuje tlak na kvalitu poskytovaných služeb. Právní úprava mimo jiné stanovuje podmínky pro výkon povolání v sociálních službách, kterými má být zajištěno profesionální poskytování služby na bázi nejnovějších poznatků.

Přestože byl přínos zákona nesporný zejména z hlediska posílení ochrany lidských práv uživatelů, má i své nedostatky. Problémem se například ukázalo využívání příspěvku na péči, ze kterého si příjemci nehradí sociální služby, jak bylo původně očekáváno, a tyto peníze, se kterými se počítalo jako s významným podílem na financování služeb, pak podle Horeckého (2012) v těchto službách chybí. Horecký (2012) tak navrhuje přejít na kombinovaný způsob vyplácení dávky, kdy by byla část nebo celý příspěvek vyplácen ve formě poukázky na službu. Je však vhodné neopomenout, že účelem příspěvku je také

nahradit ušlý příjem rodinných pečujících, proto by vždy měla zůstat možnost zvolit formu výplaty podle toho, zda bude dotyčný „nakupovat“ služby, nebo zda je bude poskytovat rodina, přičemž by bylo vhodné nastavit možnost flexibilní kombinace mezi oběma možnostmi, která umožní tzv. smíšený model péče. Mezi další nevýhodu nového zákona patří taxativní vymezení jednotlivých služeb, které neumožňuje vznik nových typů služeb, jež u nás zatím nejsou. Podle Koldinské (2007) je dalším omezením způsob financování služeb, který nezaručuje příjem do budoucna, a neumožňuje tak strategické rozhodování. Dále autorka upozorňuje na to, že zákon neřeší problematiku dostupnosti služeb a jejich kapacity. Spoléhání na rovné postavení mezi uživatelem a poskytovatelem zaručené smluvním vztahem je také podle Koldinské (2007) nadhodnocené a obtížně srovnatelné se vztahem zákazník a prodávající.

### **3.2 Standardy kvality sociálních služeb**

Stanovení kvality v sociální práci a sociálních službách je poměrně obtížný úkol. Jak uvádí Holasová (2014), existuje mnoho pojetí kvality, které na pojem nahlízejí z různých úhlů. Kvalita je pak spíše výsledkem určitého konsenzu než čistě objektivní charakteristikou. Některé přístupy se podle autorky zaměřují spíše na produkt, tedy na výrobek či službu, a hodnotí je z hlediska jejich vlastností. Další možností je orientace na zákazníka a jeho spokojenost nebo orientace na výši ceny. Dalším hlediskem také může být kvalita postavená na poskytovateli služby, která je definována jako „*přímo závislá na kvalitě personálu.*“ (Smékalová et al., 2003, s. 8). Dalším způsobem hodnocení kvality je podle Holasové (2014) orientace na dosažení předem stanovených požadavků. Z tohoto pojetí pak vycházejí české národní standardy kvality sociálních služeb. Standardy pak v tomto pojetí lze charakterizovat definicí Slovníku sociální práce (Matoušek, 2008, s. 213) jako: „*soubor dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby.*“

Standardy kvality u nás byly výsledkem vývoje od devadesátých let minulého století po první verzi standardů v roce 2002. Během této doby byly vládou stanoveny cíle národní politiky jakosti (rok 2000), následně byl v rámci Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV) zahájen proces vypracovávání standardů kvality sociálních služeb. V rámci nich byl uskutečněn „Projekt vytvoření minimálních standardů“ nebo česko-britský projekt, ve kterých byly vytvořeny určité pracovní skupiny tvořené uživateli, zřizovateli a poskytovateli služeb (Sládek, 2013). V roce 2002 byla zveřejněna první verze standardů, jež měla sloužit jako návod či inspirace předložením příkladu dobré praxe v oblasti poskytovaných služeb a také jako podklad pro tvorbu nové právní úpravy sociálních služeb.

Standardy víceméně v podobě, jak je známe dnes, byly v roce 2006 včleněny do zákona o sociálních službách v některých ustanoveních a jako celek jsou pak uvedeny ve 2. příloze vyhlášky 505/2006. Standardy kvality upravují způsoby poskytování služby (požadavky na stanovení cíle, zásad a okruhu osob, kterým bude služba poskytována, dále ochranu práv těchto osob, jednání se zájemcem o službu, ve kterém mají být projednány požadavky a způsob jejich realizace, uzavírání smlouvy o poskytování služby, individuální plánování služby, vedení dokumentace o poskytování služby, způsob podávání a vyřizování stížností, požadavek na návaznost služby na vnější zdroje), personální zajištění služby (stanovit organizační strukturu a předpoklady pro výkon zaměstnání a profesní rozvoj zaměstnanců) a provozní náležitosti služby (dostupnost, informovanost, vhodné prostředí a podmínky, způsob řešení nouzových situací). Poslední standard je pak zastřešující a ukládá obecně povinnost zvyšovat kvalitu poskytované služby vnitřní kontrolou, zjišťováním spokojenosti klientů apod. (Vyhláška č. 505/2006, ve znění k 1.1.2015).

Kontrolou dodržování standardů kvality je pověřena Inspekce kvality sociálních služeb, která buď z vlastní iniciativy, nebo na základě podnětu či stížnosti uskutečňuje návštěvu v místě poskytovatele a na podkladě pozorování, studia dokumentů a uskutečněných rozhovorů vyhotoví zprávu o zjištěných nedostatcích. Ačkoli má inspekce plnit jak funkci kontrolní, tak metodickou, je nyní kladen podstatně vyšší důraz na funkci první a na vedení a podporu změn v organizaci již její kapacita nedostačuje (Mach, 2015).

Přijetí závazných standardů kvality sociálních služeb znamenalo důležitý krok na cestě ke zvyšování kvality služeb. Jejich význam byl zejména v uvedení nových hodnot do praxe a také v nastavení jednotného měřítka kvality, který nemá být jen ukázkou toho, co znamená kvalitní služba, ale také zdrojem informací o způsobu uvažování zákonodárce a inspirací pro další zdokonalování. Chybou je pak pokládat dosažení ustanovených standardů za cíl, naopak se jedná o pouhý nástroj, který má pomoci na dlouhé a obtížné cestě ke kvalitě (Mátl a Jabůrková, 2007; Sládek, 2013; Čámský et al., 2008).

Mezi hlavní slabiny standardů patří jejich přílišná obecnost, která má své odůvodnění ve snaze ustanovit společný rámec pro všechny sociální služby. Obecnost dává na jednu stranu široký prostor pro vlastní způsob aplikace v podmínkách konkrétní organizace, na druhou stranu s sebou nese mnoho nejasností a rozdílných pohledů na věc. Jak uvádí Sládek (2013, s.54): „Každý (zřizovatel, poskytovatel, inspektor, uživatel) má jinou představu a je pro něj přiměřené a důležité něco rozdílného.“ Z toho se pak odvíjejí spory ohledně způsobu, jakým inspekční tým vyhodnocuje naplňování některých kritérií, jejichž interpretace může

být různá, a hodnocení tak vyplývá z postoje konkrétního inspektora. Podle Sládka (2013) je takovým systémem narušena základní zásada předvídatelnosti správního orgánu, proto je podle autora nezbytné stanovit závazné výklady toho, jak rozumět jednotlivým kritériím. V prvotní fázi zavádění standardů měly jednotné standardy své opodstatnění v lepší orientaci v novém systému, dnes už by však dle mého mínění spíše vyhovovala vyšší konkretizace požadavků pro určité typy služeb, aby nedocházelo k nejednotnosti výkladu a aby byl lépe viditelný ideál dobré praxe v daném typu služby.

Limity, na které zavádění kvality v organizaci naráží, zkoumali Mátl a Jabůrková (2007) a jako hlavní omezení našli nedostatek zdrojů, obtížnost hledání informací o řízení kvality, nedostačující nabídku vzdělání v této oblasti a nedostatek společné zdravotní a sociální koncepce, který se projevuje v úzkém resortním zaměření. Dále autoři upozorňují na nedostatek tzv. měkké podpory při zavádění standardů kvality.

### **3.3 Standard č. 5 - Individuální plánování služby**

Individuálnímu plánování je věnován jeden ze standardů, avšak povinnost plánovat je obsažena jak v úvodních principech zákona o sociálních službách, tak v §88, písm. f) tohoto zákona. Je zde uvedeno, že pomoc poskytovaná prostřednictvím sociálních služeb musí vycházet z individuálně určených potřeb a je povinností poskytovatele plánovat průběh poskytování služby a to s ohledem na zdravotní stav uživatelů a druh poskytované služby (Zákon 108/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015).

Samotný standard č. 5 pak stanovuje tato kritéria: mít písemně zpracovaná vnitřní pravidla (podle druhu a poslání sociální služby), kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování poskytování služby. Dále má poskytovatel plánovat společně s osobou průběh poskytování služby, a to s ohledem na cíle a možnosti osoby. Třetí kritérium se týká průběžného hodnocení, jak jsou naplňovány osobní cíle. Dále má mít poskytovatel pro každou osobu určeného zaměstnance a poskytovatel by měl vytvářet a uplatňovat systém získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování služby jednotlivým uživatelům (Vyhláška č.505/2006, ve znění k 1.1.2015). Pokud tedy chceme standard splnit, je třeba mít vytvořenou metodiku, podle které postupujeme, plánovat společně s uživatelem průběh služby, průběžně hodnotit, mít určeného pracovníka (nejčastěji označované jako tzv. klíčového pracovníka), vést písemné záznamy o průběhu služby a mít funkční systém předávání informací.

Nelze však říci, že je individuální plánování obsaženo jen ve zmiňovaných částech zákona a vyhlášky. Jedná se o provázaný systém individualizace služby a ochrany práv klientů, který je obsažen v kořenech tohoto nového pojetí sociálních služeb. Úzkou souvislost s plánováním služby má také standard č.3 – jednání se zájemcem o službu, při kterém dochází k navázání spolupráce, ujasnění si představ a naplánování cíle, pro který chce žadatel službu využívat. Dále se pak prvky plánování promítají do smlouvy o poskytování služby (standard č. 4), do vedení dokumentace (standard č.6) a do pravidel pro ochranu práv osob (standard č. 2) jako přímý nástroj pro zajištění práva volby. Veškeré plánování se pak uskutečňuje v kontextu nabídky a cílů organizace, je tedy také nezbytné vycházet ze standardu č. 1 - cíle a způsoby poskytování služby. Dále by bylo možné pokračovat. Mnoho autorů poukazuje na zásadní postavení standardu č. 5 v novém přístupu v sociálních službách. Sládek (2013, s.88) například označuje plánování za „základní kámen procesu zvyšování kvality sociálních služeb.“ Merhautová (2011) pak poukazuje na vhodnost měřit kvalitu služby podle provádění individuálního plánování jako základního ukazatele kvality. Na to, že jde o jeden z nejvýznamnějších standardů, také ukazuje to, že v době přijetí měl jako jediný čtyři z pěti kritérií označených jako zásadní. Od 1. ledna 2012 bylo však rozdělení na zásadní a nezásadní kritéria kvality zrušeno.

### **3.4 Zavádění individuálního plánování do praxe**

Zpočátku byla aplikace prvních standardů kvality zcela dobrovolná, a byl tak ponechán čas, aby se každá organizace srovnala s představenými požadavky na kvalitu po svém. Jednalo se o důležitý zdroj inspirace a mnozí k němu tak i přistupovali a snažili se pokládat si otázky a hledat odpovědi na to, jak by mohli současný stav zlepšit. Jak uvádí Musil (2004), v první fázi jde o ne zcela příjemné otevírání stávajících problémů provázené nepříjemnými pocity, a je tak obtížné se přes tuto fázi přenést, zejména pokud iniciativa ke změně nepřichází od samotných zaměstnanců či vedoucích, ale je dána z venku. To vysvětluje vytvoření odporu ke standardům, který v některých organizacích vznikl a dodnes, z mé zkušenosti, mezi mnohými pracovníky přetrvává.

Zavádění individuálního plánování do organizace s sebou nese mnoho změn, které by měly být zaváděny systematicky a nejlépe za podpory externího odborníka, jak to například představují ve svém příspěvku Havrdová a Procházková (2011). Jak autorky uvádějí, zavádění individuálního plánování do praxe má, zejména u velkých poskytovatelů, povahu změny kultury organizace, v rámci které dochází ke změně vnímání pracovníků ve vztahu k sobě samým, k uživatelům, ke svým spolupracovníkům v týmu a k organizaci jako celku

(Havrdová a Procházková, 2011). Oproti takto pojatému řízení změny v organizaci dochází k zavádění individuálního plánování často „pouze“ na základě účasti pracovníků na vzdělávacích kurzech, které bývají různě pojaté a podle Sládka (2013) přinášejí různé výklady. V seznamu akreditovaných kurzů Ministerstva práce a sociálních věcí pro rok 2014 (MPSV, ©2014) můžeme nalézt okolo dvaceti pěti různých kurzů poskytovaných různými organizacemi a lektory, z nichž každý přináší trochu odlišný pohled. Inspirací pro aplikaci plánování mohou být také metodické dokumenty vydávané Ministerstvem, jako je „Průvodce poskytovatele zaváděním standardů“ (Čermáková, 2002) nebo „Výkladový sborník pro poskytovatele“ (MPSV, 2008). Dalšími cennými zdroji může být odborná literatura či účast na souvisejících konferencích.

Odlišnost způsobu plánování je přirozená a vychází především z druhu a poslání služby, stejně jako z cílové skupiny a jejích potřeb, kterým je třeba způsob plánování uzpůsobit (Čámský et al., 2011). Tato skutečnost sice přináší mnoho nejasností a otázek v hledání vlastní cesty k naplnění standardu, ale zároveň znamená příležitost k vytvoření zcela jedinečného přístupu, který bude odpovídat specifikům dané služby a hodnotám konkrétní organizace. Realizace plánování je pak také ovlivněna přístupem každého jednotlivého pracovníka, který do způsobu plánování vkládá něco ze sebe.

### **3.4.1 Aplikace v pobytových zařízeních pro seniory**

V pobytových zařízeních staršího typu je individualizace služeb nejobtížnější. Již v prvních pilotních inspekcích provedených Smékalovou, Johnovou a Mátlem, vyšly z hlediska kvality nejhůře pobytové služby pro seniory (Smékalová et al., 2003). Autoři to zdůvodňují právě výraznou orientací standardů na ochranu práv a individuální přístup k uživatelům, což je, jak uvádějí, „*vzhledem k hromadnému režimu uplatňovanému v pobytových zařízeních obtížně dosažitelné*“ (Smékalová et al., 2003, s.9). Stejně tak uvádí Malíková (2010, s.157), že ve většině pobytových zařízeních v ČR „*není individuální plánování na odpovídající úrovni a je zde patrná řada problémů a nedostatků.*“ Náročnost aplikace individuálního plánování v zařízeních, které jsou poznamenány minulou kulturou péče o osoby se znevýhodněním, může vést k odmítnutí přijmout tento nový přístup a k formalizaci individuálního plánování. Podle Malíkové (2010, s.191) mohou být důvody následující: nepochopení smyslu plánování, nedostatek personální kapacity, neznalost alternativních technik komunikace, chybějící podpora klíčových pracovníků, nedostatečně využívaná funkce koordinátora plánování, nejednotnost hodnocení jednotlivými inspektory a nedostatek metodické podpory z této strany. Následkem pak může být nedostatečný pocit

užitku takového formalizovaného plánování a ztráta motivace pracovníků, jež může dle Malíkové (2010) vést až ke vzniku syndromu vyhoření.

Původní myšlenky individuálního plánování, tak jak byly zakotveny ve standardech kvality, vycházejí podle Johnové (2006) z přístupu zaměřeného na člověka. Při aplikaci do praxe však mnohdy docházelo k vytržení z jejich původního kontextu. Překroucení významu tak v některých případech mohlo vést k nastavení formalizovaného systému bez hlubšího smyslu a propojení s poskytovanou péčí. V současné době pak můžeme vidět snahu jednotlivých zařízení o nalezení vhodného modelu plánování a o zlepšení dosavadních způsobů plánování. To se projevilo například při organizaci Kulatého stolu v Přelouči, věnujícímu se koncepci SET terapie, kterého se účastnilo množství zástupců pobytových zařízení pro seniory zajímajících se o tuto problematiku. Jak ve své monografii uvádí Sládek (2013, s.92): *„jde o to, nalézt v něm (v individuálním plánování) původní význam, poskytnutí bezpečí pro uživatele, jistoty poskytovatele služeb a ujasnění dalšího postupu všech zainteresovaných subjektů.“*

## 4 Individuální plánování s osobami se syndromem demence

Jak již bylo zmíněno, individuální plánování s osobami se syndromem demence s sebou nese mnoho specifík, která u jiných cílových skupin sociálních služeb nenalezneme. V této kapitole budou nastíněny hlavní charakteristiky plánování služeb u osob demencí. Tento základní popis bude ve druhé části práce doplněn o zjištěné poznatky výzkumným šetřením.

### 4.1 Specifika a limity běžného přístupu

Velmi obtížně lze říct, jaký způsob plánování je běžný, protože v samé podstatě plánování je obsažen důraz na přizpůsobení plánování individuálním zvláštnostem klienta, pracovníků, zařízení i širšího prostředí. Přesto lze za základní metodu označit rozhovor mezi pracovníkem a klientem (Antonů, 2007). V rámci vzájemného dialogu bývá dojednávána zakázka klienta, vyhodnocení průběhu služby, zjišťování potřeb a osobních cílů klienta a dojednání podpory a míry péče, která bude klientovi poskytnuta (Haicl a Haiclová, 2011). U osob s narušenými schopnostmi komunikace, tedy také u osob se syndromem demence, však již samotný rozhovor nedostačuje a je vhodné zvážit využití různých dalších doplňujících metod.

Další specifika vyplývají ze samotného charakteru služby a z toho, v jaké životní fázi se cílová skupina nachází. Problematické je například zjišťování osobního cíle u osob v pokročilém seniorském věku, které nemusí sdílet touhu po neustálém rozvoji a zlepšování stávajícího stavu. Jak uvádí Sobek (2010, s.27): „*Uživatel sociální služby by neměl být nucen se stále rozvíjet a neustále se v něčem zlepšovat.*“ Někdy tak také může být plánování klientem odmítáno. Jak uvádí Malíková (2011), vhodným přístupem či komunikační technikou lze dosáhnout změny postoje klienta. Podle Antonů (2007) je například vhodné užití méně slovních spojení, která znějí příliš důležitě, jako například životní cíl a podobně. Vhodnější je podle autorky použít spojení jako přání, představy, touhy a sny. Individuální plánování je totiž procesem zmocňování klienta tak, aby se naučil přijmout pozici aktivního spolutvůrce poskytované péče. Míra takového zmocnění je však opět u osob se syndromem demence limitovaná.

Velký rozdíl v plánování je mezi službami krátkodobého charakteru (tzv. služeb sociální prevence) a dlouhodobého (tzv. služeb sociální péče). Při plánování dlouhodobých služeb se zachází s odlišným pojetím smyslu a důrazu individuálního plánování, než je tomu u služeb

jiných. Služby krátkodobé si kladou za cíl vyřešit spolu s klientem problém, a jejich smyslem tak je osamostatnění klienta a ukončení poskytované podpory tak, aby si nadále uměl pomoci klient sám nebo za pomoci neformálních zdrojů. Jak uvádí Průvodce poskytovatele u těchto služeb, je „*naplnění cíle jako důvod k ukončení uzavřené dohody*“ (Čermáková, 2002, s. 49). Narozdíl od toho mají služby sociální péče charakter soustavného poskytování podpory a péče a nepředpokládá se zde možnost úplného vyřešení problému. Proto zde bývá hlavním cílem snaha o to, aby se co nejvíce zvýšila kvalita života daného člověka. Snahou je tak řešit spíše drobnější každodenní problémy, se kterými se člověk s onemocněním setkává. Namísto cílů osobního rozvoje je tak třeba zaměřit pozornost na správné nastavení způsobu poskytované péče a v případě potřeby ho dynamicky upravovat. Namísto změny klienta samotného je tak zde spíše předpoklad změny prostředí, ve kterém se osoba nachází. Z toho také vyplývá míra aktivity a odpovědnosti klienta při plnění plánu, jež bude přirozeně nižší. Také jednotlivé fáze plánování budou odlišné. U dlouhodobé služby bude poznávání klienta a mapování jeho potřeb daleko důkladnější než u služeb krátkodobých, v rámci kterých dochází jen ke krátkému a nepravidelnému kontaktu pracovníka s klientem, jak uvádí například Herzog (2011).

U osob se syndromem demence pak omezení plynou z míry narušení kognitivních schopností klienta. Poruchy paměti mohou ovlivňovat míru vzhledu klienta do procesu plánování. Narušení řeči a omezení komunikačních schopností omezují možnost užití běžného dialogu a získávání informací tímto způsobem je narušeno. Dále je způsob plánování ovlivněn poruchami pozornosti, vnímání, orientace, úsudku nebo motoriky. Narušení schopnosti abstraktního myšlení pak může znemožňovat uvažování v odlišném čase a prostoru. Jak uvádí Malíková (2011, s. 175): „*tyto osoby mají výrazně omezené možnosti, jak svému okolí sdělit, co potřebují, jak se cítí a zda jim určité situace vyhovují nebo ne.*“ Podle autorky je individuální plánování u těchto osob a zjišťování jejich potřeb mnohými pracovníky považováno za zbytečné a péče je omezena pouze na jejich biologické potřeby. Jak Malíková (2011, s. 175) uvádí, „*Paradoxem je, že klientům, kteří péči a poskytování služby na základě individuálního plánu nejvíce potřebují, se jí v této oblasti dostane nejméně.*“ Aby tomu bylo naopak, je důležité znát a umět užívat způsoby, které mohou pomoci navázat a prohloubit komunikaci a vztah s daným člověkem. Před popisem jednotlivých technik je však vhodné porozumět individuálnímu plánování jako soustavnému a záměrnému procesu, jenž obvykle obsahuje čtyři základní složky, které se v pravidelných cyklech opakují.

## 4.2 Proces individuálního plánování

### 4.2.1 Fáze zjišťování potřeb a informací o člověku

Účelem této fáze, také nazývané jako mapování, je proniknout co nejhluběji do vnitřního světa druhého člověka. Jedná se o nejdůležitější část plánování, protože z ní pak vychází vše ostatní. Zejména u osob s demencí je nezbytné dobré rozpoznání toho, kdo daný člověk je a co potřebuje.

Základním kamenem této fáze je zjišťování potřeb klienta. Matoušek (2007a, s.117) definuje potřebu jako: „*absenci něčeho, co je nutné k uspokojivému fungování.*“ Potřeby lze například vyjádřit popisem problému nebo srovnáním základních potřeb člověk s aktuálním naplněním u daného klienta. K tomu bývají využívány teoretické modely lidských potřeb amerického psychologa Abrahama Maslowa, terapeutů Bojden a Pessa nebo teorie vývoje osobnosti Erika Eriksona (Čámský et al., 2006). Podle Matouška (2013b, s.222) výraz „potřeba“ v oblasti v sociální práci nesměruje k univerzálním lidským potřebám, ale vyjadřuje určitý nedostatek nebo nevýhodu, kterou se klient liší od jiných osob, a k uspokojení jeho potřeb je třeba vyvinout vyšší úsilí. U osob s potížemi v komunikaci může být zjišťování potřeb obtížné a silně zatížené míněním konkrétního pracovníka či organizace. Proto se někdy doporučuje ke zjišťování potřeb využít externího experta, podle Matouška (2007a; 2013b) však ani toto expertní mínění nemusí být zcela objektivní.

Potřeby můžeme také zjistit pomocí jiných kategorií, kterými mohou být např. představy, přání, touhy nebo sny daného člověka. Vedle potřeb je však vhodné zaměřit se i na další informace, které mohou při plánování a poskytování služby pomoci. Podle Brookera (2007, s. 53-54) je třeba zejména zjistit kognitivní schopnosti daného člověka a jeho schopnost zapojit se do aktivit a míru potřebné podpory. Dále je podle autora vhodné znát životní historii klienta, zejména informace o zájmech, dovednostech nebo pozitivních vzpomínkách, které mohou být zachyceny ve vzpomínkových knihách či krabicích. Jako třetí důležitou oblast Brooker označuje osobnost člověka, tedy zjištění toho, jaký daný člověk je. Poslední složkou je podle autora vhodná znalost současných zájmů, tedy toho, co přináší osobě skutečné potěšení a radost ze života. Poslední bod upozorňuje na potřebu ověřování si, zda činnost známá z biografie skutečně vyvolává u daného člověka příjemné pocity. Je možné, že určité věci člověk dříve dělal, protože neměl příliš na výběr nebo se jeho vztah k dané činnosti či věci již změnil. Dále je podle Brookera (2007, s.56) dobré znát preference a podobu běžného dne, tedy například toho, jaké má dotyčný rád jídlo, hudbu, jaké jsou jeho denní rituály nebo věci, na které je zvyklý. Kritérium, podle kterého

bývá hodnocena individualizace péče v zařízení pro účely udělování certifikátu kvality Vážka<sup>®</sup>, sleduje obdobné kategorie. Tedy - zda jsou zjišťovány potřeby osob, osobní historie, zvyklosti a preference a zda jsou využívány metody k hodnocení funkčního a zdravotního stavu či stádia onemocnění osoby s demencí (Kritéria hodnocení kvality Vážka<sup>®</sup>).

Ze sesbíraných informací se zejména u osob s obtížemi v komunikaci doporučuje sestavení tzv. osobního profilu daného člověka (Malíková, 2011). Hovorově lze takový profil nazvat jako „návod na daného člověka“. Jedná se o soubor informací obvykle obsahujících například informace o tom, jaký daný člověk je, co má rád, jaký vyžaduje přístup nebo další důležité poznatky. Jak je uvedeno v Průvodci zavádění standardů kvality (Čermáková, 2002, s.50-51): *„jeho smyslem (osobního profilu) je hlouběji porozumět preferencím člověka, jeho volbám, tomu, co má rád.“* Vhodné je, aby tyto informace byly prezentovány zřetelnou formou jak pro klienta, tak pro všechny pracovníky, kteří díky nim mohou individualizovat svůj přístup k této osobě. Profily vytvářené v rámci tzv. Plánování zaměřeného na člověka bývají často pro názornost doplněny o fotografie nebo výstřižky z časopisů, které jsou vybírány společně s klientem (Chábová, 2014). Ukázkou takového profilu je možné vidět na obrázku Obr.1 na straně 56.

Při zjišťování informací pracovníci často narážejí na omezení způsobená poškozením kognitivních funkcí klienta. Proto je vhodné využívat jakékoliv další zdroje informací o daném člověku. Merhautová a Mrazíková (2011) například doporučují získat informace od sociálních pracovníků, z dokumentace ze sociálního šetření, od rodiny klienta nebo od jiných blízkých osob. Je však možné využít i metody napomáhající zjišťování informací přímo od klienta, o kterých bude dále pojednáno.

#### **4.2.2 Fáze hledání vhodné podpory a možných změn**

Poté, co byly nasbírány informace o klientovi, o jeho potřebách, přáních, zdrojích nebo rizicích, které dané osobě v naplňování potřeb brání, je vhodné hledat oblasti, ve kterých by bylo možné pokusit se o zlepšení, nebo oblasti, u nichž je důležité, aby zůstaly tak, jak jsou. V této fázi dochází ke srovnávání uvedeného s možnostmi a nabídkou zařízení. Do jaké míry vyjde nabídka zařízení klientovým potřebám vstříc, může být v jednotlivých zařízeních velmi rozdílné. Základní hranice jsou dány posláním poskytovatele, avšak i v tomto rozmezí lze propojovat požadavky ze strany klienta se stávající nabídkou služby, nebo zcela individuálně vytvářet nové možnosti, a měnit tak stávající způsoby poskytování.

Pokud však budeme pamatovat na to, že základním smyslem sociálních služeb je sociální začleňování osob, tak se samotnými vnitřními zdroji služby nevystačíme. Proto Johnová (2006) uvádí, že je třeba hledat možnosti, jak může klient využívat běžné zdroje dostupné širší veřejnosti, a také neformální zdroje, jako je jeho rodina či přátelé.

Malíková (2011, s. 183) tuto fázi plánování nazývá „*pojmenování změny*“. Zejména v pobytových zařízeních je však přijímání změn mnohdy obtížným procesem. Proto je vyjasňování a hledání způsobů, které v této fázi probíhá, velmi důležité.

#### **4.2.3 Fáze tvorby plánu**

V této fázi již dochází k ujasnění způsobu, kterým mohou být jednotlivé cíle či přání uskutečněny. Jak uvádí Johnová (2006), tato fáze se zaměřuje na formulaci cílů, na identifikaci dostupných zdrojů a na stanovení jednotlivých kroků k naplnění cílů. Názory na to, co je dále třeba stanovit, se v detailech mohou rozcházet. Malíková (2011) i Johnová (2006) doporučují stanovit kritéria naplnění, termíny dosažení, odpovědné osoby nebo uvedení rizikových situací a preventivních opatření proti nim. Konkrétním podobám individuálních plánů bude v této práci ještě věnována pozornost.

#### **4.2.4 Fáze realizace a fáze vyhodnocení**

Následuje fáze realizace všech naplánovaných kroků. V ideálním případě by se mělo jednat o spolupráci ze strany klienta a odpovědných pracovníků, u některých cílových skupin, jako jsou také osoby se syndromem demence, lze však předpokládat menší aktivitu ze strany klienta. Uvedené kroky plánování uzavírá fáze vyhodnocovací, ve které jsou porovnávány plánované kroky s realitou (Malíková, 2011).

### **4.3 *Metody usnadňující plánování s osobami se syndromem demence***

Jak již bylo v předchozím textu avizováno, vedle rozhovoru - jako základní metody plánování služby s klientem - je možné využít i další postupy, které umožní buď navázání kontaktu a předávání informací mezi pracovníkem a klientem, nebo umožní lepší vhled do vnitřního světa daného člověka.

Již v prvních publikacích věnujících se metodickému naplňování standardů, které byly vydány po přijetí zákona o sociálních službách, byla věnována část také přístupům, které mají umožňovat individuální plánování s osobami s těžšími formami postižení. Mezi ně patří zejména následující techniky.

### ➤ **Navázání kontaktu za pomoci metod užívaných při práci s klientem**

Navázat kontakt s člověkem, kterého chceme do hloubky poznat, je velmi důležité. Lze k tomu například využít techniky vycházející z metod práce s osobami se syndromem demence. Malíková (2011, s.177) uvádí jako vhodnou například preterapii, validaci, videotrénink interakcí, bazální stimulaci, kraniosakrální terapii, reminiscenci, aromaterapii, muzikoterapii nebo zooterapii. U některých typů postižení, které nenarušují poznávací schopnosti, je také doporučováno využívání alternativních a augmentativních forem komunikace například formou komunikačních tabulek či počítačových programů. U osob se syndromem demence je však možnost jejich použití minimální (Malíková, 2011). Naopak komunikace s dopomocí piktogramů, obrazových pomůcek či fotografií může být velmi přínosná (Malíková, 2011, Chábová, 2014).

Jak uvádí Johnová (2006, s.4): „*Překážkou individuálního plánování tedy není míra postižení člověka, ale neznalost, případně nevyužívání nových metod práce.*“

### ➤ **Intuitivní techniky**

Pokud se jedná o klienta, se kterým je navázání kontaktu velmi obtížné, doporučují Haicl a Haiclová (2011) použít metody, kterými lze vytvořit určité hypotézy o tom, co klient potřebuje, které následně u klienta ověřujeme. To se děje tím, že naplníme domnělou potřebu klienta a pozorně pozorujeme jeho reakci. Pokud reakce vyjadřuje libost, můžeme předpokládat, že se jednalo o správně předpokládanou potřebu (Haicl a Haiclová, 2011).

Mezi intuitivní techniky lze podle některých autorů (Čámský et al., 2008; Malíková 2011; Haicl a Haiclová, 2011) zařadit tzv. **empatickou fantazii**, při níž se snaží členové personálu plně vcítit do situace klienta a představit si, že jsou sami v roli klienta, a poté pojmenovat, co potřebují, nebo co jim vadí. Dalším způsobem je tzv. **imaginativní rozhovor**, ve kterém si pracovník ve své představě přehrává možný rozhovor, jenž by mezi ním a klientem mohl probíhat. Možným způsobem je také podle uvedených autorů tzv. **modelový rozhovor** mezi dvěma pracovníky, z nichž se jeden vžije do pozice klienta a snaží se spontánně odpovídat na dotazy druhého.

Po uskutečnění uvedených technik lze odvodit některé hypotézy o klientových potřebách. O nich je však následně vhodné hovořit v pracovním týmu, aby se nejednalo pouze o pohled jediného pracovníka, který může být zkreslený jeho vnitřními představami (Malíková, 2011). Jak však uvádí Čámský et al. (2008), jedná se o techniky poměrně

náročné na schopnosti empatie, intuice a kreativity. Podle autora (Čámský et al., 2008, s.102): „*ne každý je schopen tyto techniky používat.*“ Je tak otázkou, zda jsou tyto techniky u nás v praxi využívány.

### **Racionální techniky**

Racionální techniky jsou oproti těm intuitivním založeny na logické úvaze. Do této kategorie je možné zařadit tzv. analýzu upokojuvání potřeb. Podle Haicla a Haiclové (2011) vychází tento způsob z očekávání, že lidé obvykle nemají příliš odlišné potřeby. V podstatě se jedná o již výše uvedený způsob zjišťování potřeb, ve kterém je situace klienta porovnávána s teoretickými koncepcemi základních lidských potřeb.

#### **➤ Zapojení dalších osob**

Tyto další osoby mohou být svou povahou jak formální, tak neformální. Může se například jednat o rozhovor s pracovníky, kteří jsou s klientem v užším kontaktu, a mohou tak poskytnout zajímavé podněty (Čámský et al., 2008). Důležitým zdrojem informací jsou pak zejména rodinní příslušníci a blízké či známé osoby klienta. Haicl a Haiclová (2011) od nich doporučují nejen získat informace o klientově životě, zájmech či osobnostních charakteristikách, ale obohacující může být podle autorů také dotazování se těchto osob následujícími otázkami: „*Co by potřeboval? Co by nám řekl, kdyby mohl? Kdy má strach? Kdy má radost? Co jej potěší? Co mu zde (na službě) vadí?*“ (Haicl a Haiclová, 2011, s.155)

Poněkud širší pohled na zapojení dalších osob je obsažen v přístupu s názvem „Plánování zaměřené na člověka“, o kterém bude ještě pojednáno. V tomto přístupu se lze setkat s organizováním plánovacích setkání, kterých se účastní celá škála osob. Podle Johnové (2006, s.3) by mělo takové setkání zahrnovat tyto role: „*člověk, pro kterého je plán připravován, spojenec-důvěrník, klíčový pracovník, koordinátor plánování, zapisovatel, moderátor, neprofesionálové představující neformální zdroje, opatrovník a případně další odborníci.*“ Takové setkání se již může velmi podobat tzv. případovým konferencím, které bývají uskutečňovány v rámci systému sociálně právní ochrany dětí za účelem řešení obtížné situace dítěte a jeho rodiny (Bechyňová, 2012).

#### **➤ Studium dokumentace**

Dokumentace plní v péči o osobu s demencí důležitou roli. Díky ní je možné uchovat informace o klientovi ve chvíli, kdy jeho paměť již selhává nebo obtížně komunikuje se

svým okolím. Ze získaných informací pak je možné utvořit již zmíněný osobní profil klienta, který umožňuje, aby každý nový pracovník tohoto člověka snáze a rychleji poznal a porozuměl jeho projevům a potřebám.

Obecně u všech uvedených technik je vhodné, aby měl pracovník nejen dobrou odbornou kvalifikaci, ale také schopnost hluboké empatie a schopnost vnímat druhou osobu. Jak uvádí Haicl a Haiclová (2011, s.156): *„Umění plánovat službu s nekomunikujícími uživateli je kompetencí, která se opírá o vědomosti, dovednosti a ostatní schopnosti klíčového pracovníka.“* Tyto kompetence je pak nezbytné neustále zdokonalovat například formou výcviku či supervize (Haicl a Haiclová, 2011). Důležitou vlastností pracovníka je také kreativita a schopnost proměnlivě reagovat na situaci a klienta a podle toho různými způsoby kombinovat uvedené techniky. Důležité zásady při hodnocení a naplňování potřeb osob s těžkým či kombinovaným postižením jsou, podle Výkladového sborníku standardů kvality (MPSV, 2008, s.92), následující: *„odstranit bolest, zajišťovat změnu polohy a místa, (...) zajistit dostatek přirozených podnětů, využívat metody pomáhající kontaktu se sebou a s okolím, stínovat jeho projevy, zvyšovat počet situací, kdy si může osoba vybírat, umožňovat zažívat situace, které jsou běžné pro jeho vrstevníky, umožnit přítomnost u činnosti, kterou má rád, ale již ji nemůže vykonávat, předpokládat a ověřovat své předpoklady.“*

#### **4.4 Ucelené přístupy k individuálnímu plánování**

Vedle jednotlivých technik můžeme v posledních desetiletích zaznamenat vznik a následné šíření myšlenek ucelených přístupů, které řeší problematiku plánování péče s osobami s postižením, s demencí nebo se seniory komplexně. Jsou postaveny na určitých myšlenkových proudech a při plánování mohou využívat specifické postupy. Ty jsou obvykle šířeny pomocí vzdělávacích kurzů nebo mohou být podmíněny nákupem certifikátu a plněním požadavků stanovenými organizací, která použití modelu opravňuje. Mimo tři, v současnosti rozšiřující se přístupy, které budou uvedeny, můžeme nalézt mnoho dalších, které z nich budou svým pojetím vycházet, nebo jim budou blízké.

##### **4.4.1 Plánování zaměřené na člověka (Person-Centered Plannig)**

Plánování zaměřené na člověka svým původem vychází z reformních snah o změnu způsobu, jakým je poskytována péče a podpora osobám s mentálním postižením. Jak uvádí O'Brien a O'Brien (2000, s.2), plánování zaměřené na člověka má své kořeny v souboru různých technik, z nichž má každá své vlastní rysy a historii. Tyto rané přístupy vznikaly

z iniciativ různých odborníků<sup>1</sup> v letech 1973 až 1986 v Severní Americe a vycházely z konceptu tzv. normalizace, což byl nový přístup k osobám s mentálním postižením reagující na dosavadní způsob poskytování služeb (O'Brien a O'Brien, 2000). Jak uvádí Johnová (2006), snahou normalizace je obohatit život lidí s mentálním postižením žijících v ústavech o příležitosti, kterých se dostává ostatním lidem. Tento přístup má tak podle O'Briena (2008, s.1): *„pomáhat lidem s postižením dostat se ven z typických struktur, které je kontrolují a oddělují od většinové společnosti. (...) Plánování zaměřené na člověka chce dosáhnout změny kontextu a základních společenských pravidel, které přispívají k sociálnímu vyloučení a neúměrné kontrole nad lidmi s postižením.“*

Plánování zaměřené na člověka je tedy soustavou určitých nástrojů, kterými lze systematicky nalézt oblasti vhodné podpory a péče v životě druhého člověka. Více než znalost těchto nástrojů je však vhodné rozumět základním myšlenkám, ze kterých tento způsob plánování vychází. Pro popis základních východisek je vhodné využít srovnání mezi přístupem zaměřeným na člověka a přístupem zaměřeným na systém. Na osobu zaměřené plánování je postaveno na darech, schopnostech, snech a touhách lidí, zatímco systémově zaměřené přístupy pohlížejí hlavně na nedostatky a slabosti člověka. Tyto nedostatky jsou pod kontrolou různých odborníků a jsou upravovány pomocí předem stanovených a neflexibilních služeb, které se nejsou schopny přizpůsobit různorodým potřebám osob. Naproti tomu plánování zaměřené na člověka je postaveno na aktivním zapojení člověka do prostředí komunity, se kterou se může vzájemně obohacovat (Johnová, 2006). Jak uvádí Whitbread (2004, s.2): *„Ve shrnutí, tento proces je vždy poháněn hlubokým respektem k jednotlivci, vírou ve schopnosti a nadání všech lidí a přesvědčením, že si každý člověk zaslouží právo na utváření své vlastní budoucnosti.“*

Dalšími charakteristikami je podle Mounta (Brian a Brian, 2000 cit. podle Mount, 1992) především zaměření na člověka namísto zaměření se na diagnostické označení, používání běžného jazyka a obrázků namísto odborného jazyka, aktivní hledání nadání a schopností jednotlivce v kontextu života v komunitě, posilování hlasu jedince a lidí, kteří ho znají nejlépe, při zjišťování jeho životní historie a hodnocení jeho současných životních podmínek ve vztahu k definování žádoucích změn v jeho životě. Plánování zaměřené na člověka tak přesahuje běžné pojetí plánování služby tím, že se snaží osobu napojit na

---

<sup>1</sup> Lze jmenovat např. Johna O'Briena a Beth Mount z USA nebo Marsha Forest, Judith Snow a Jack Pearpointa z kanadského Toronta.

zdroje, které přesahují nabídku formálních služeb a které lidé bez postižení běžně využívají. Hlavní snahou je tak vymanit osobu pouze z ústavního prostředí, tedy ji sociálně začlenit.

Přesto, že byl tento přístup utvářen zejména pro účely plánování s osobami s mentálním postižením, jsou jeho hlavní myšlenky, ale i praktické nástroje využitelné také při práci s osobami se syndromem demence. Mezi techniky, které se v rámci tohoto přístupu vyvinuly, patří např. technika cesty, mapa, kruh vztahů, sny, working and not working apod. (Chábová, 2014).

**Obr. 1. - Příklad profilu na jednu stránku vytvořeného s klientkou se syndromem demence podle metody Plánování zaměřeného na člověka**



(zdroj: vnitřní materiály denního stacionáře Horizont CČSH v Praze)

Navíc takto pojaté plánování sociálních služeb, jehož cílem je sociální začleňování, je pro nás o to důležitější, že právě z tohoto přístupu vychází česká zákonná úprava individuálního plánování. Johnová (2006) ve svém článku potvrzuje, že plánování zaměřené na člověka bylo východiskem pro tvorbu standardu, který u nás plánování upravuje.

#### 4.4.2 Sebeudržovací terapie (Self-Maintenance Therapy)

Dalším přístupem, který úzce souvisí s individuálním plánováním, je Sebeudržovací terapie (Selbsterhaltungstherapie, SET) psycholožky Barbary Romero, která působí na psychiatrické a psychoterapeutické klinice v Mnichově a v Berlíně. Narozdíl od výše uvedeného plánování zaměřeného na člověka vychází tento koncept přímo z oblasti podpory a péče osob se syndromem demence. Jak Romero a Wenz (2001, s.335) uvádí: „*Primárním cílem SMT (Self-Maintenance Therapy pozn. přek.) je zachování smyslu osobní identity, kontinuity a souladu u pacientů s progresivní demencí tak dlouho, jak je to možné.*“ Terapie zahrnuje práci pomocí již existujících osvědčených metod, jako je např. Milieu terapie, validace, reminiscenční terapie a další používané terapie u Alzheimerovy choroby. Podle autorů (Romero a Wenz, 2001) jsou hlavními složkami Sebeudržovací terapie psychoterapeutická pomoc, sebepoznávací trénink (při kterém terapeut umožňuje zůstat v kontaktu se svými vzpomínkami), facilitace uspokojení každodenních činností (jako je například podpora vykonávání dřívějších zájmů) a validovaná komunikace při poskytování péče, kterou by se pečující osoby podle autorů měly naučit.

Uvedená východiska je možné propojit s plánováním péče a podpory, které tak odráží důležité aspekty této terapie. Jak uvádí Jůnová (2015, s.40-42): „*Koncept SET přináší praktickou a pochopitelnou formu individuálního plánování u lidí nemocných různými formami demence.*“ Jakým způsobem takové plánování probíhá, nastínila Jůnová (2014) u příležitosti Kulatého stolu v Přelouči a dále se mu věnuje v sérii článků v časopise Sociální služby počínaje červnem-červencem 2015. Jak uvádí Jůnová, v plánování pojatém na základě konceptu SET jsou důležité tři kroky. Prvním je znalost přesné formy demence u daného klienta, podle které následně může být uzpůsoben přístup k takovému člověku. Dalším krokem je východisko ze zdrojů klienta, jež můžeme získávat ze vzpomínek, zálib a nelibostí, nepříjemných situací, uspořádání prostoru kolem lůžka nebo z upřednostňovaného místa. Třetím krokem je pak vytvoření denních a týdenních neměnných individuálních plánů (Jůnová, 2015). Změna plánu má podle Jůnové (2014) nastat až v případě změny zdravotního stavu tak, aby si na průběh činností mohl klient zvyknout.

V takto pojatém plánování nemusíme spatřovat žádné výrazně odlišné pojetí, které by přinášelo nový a přelomový pohled na plánování, pokud přistupujeme k individuálnímu plánování v jeho původním významu. Jelikož však při aplikaci plánování mnohdy docházelo k překroucení základního smyslu a k nejasnostem ohledně plánování s osobami

s komunikačními obtížemi, zdá se, že se jedná o nový přístup, jenž si rychle získává oblibu právě pro svou jednoduchost a přirozenost, která vrací plánování smysl. V tomto ohledu plní důležitou úlohu. Problematickým článkem konceptu by mohlo být zmíněné zjišťování diagnóz pro určení konkrétní formy demence. Její stanovení je, jak již bylo řečeno, poměrně obtížné z důvodu častého překrývání jednotlivých onemocnění, a pak se také jedná o typ spíše zdravotnické informace, se kterými by neměli nezdravotničtí pracovníci nakládat. Mimoto zde namísto individuálnějšího přístupu hrozí etiketizační přístup, ve kterém je s klienty zacházeno na základě jejich diagnóz a ne individuality daného člověka, proti čemuž je tolik zaměřeno předchozí Pojetí plánování zaměřeného na člověka. Otázkou je také neměnnost plánů, které mohou na jedné straně zvyšovat jistotu osob s demencí, ale na druhé straně mohou ochuzovat osoby o vítanou změnu či zpestření života. K tomu například Brooker (2007, s.57) uvádí: *„Není nezbytné snažit se o to, aby všechno muselo být stejné každý den. Lidé si i nadále budou přát zkoušet nové věci, tak jako chtěli dříve a v některých případech možná i více než chtěli před tím.“*

V současné době je u nás podle Jůnové (2015) tento přístup zaveden v sedmi zařízeních. Jedním z nich je Domov seniorů Nové Strašecí, který jako první tento přístup zaváděl, a to na základě spolupráce s autory koncepce a uskutečněných stáží v partnerském domově v Mainzu (Jůnová, 2015).

#### **4.4.3 Práce s biografií a Psychobiografický model péče**

Třetím přístupem, který je v rámci individuálního plánování uplatňován a který začíná být čím dál častěji k vidění také v českých zařízeních, je tzv. Práce s biografií. Za zakladatele tohoto přístupu můžeme označit vídeňského profesora Erwina Böhma, který vytvořil tzv. Psychobiografický model péče, který je uplatňován při práci s osobami se syndromem demence (Procházková, 2014). Böhm podle Procházkové (2014, s.17) vychází z toho, že: *„pokud chceme pečovat individuálně, musíme znát životní příběh pacienta.“* Ten ovlivňuje jeho postoje, ale také způsob zvládání zátěžových situací. Cílem však není sběr autobiografických údajů, ale vytváření plánů péče, které mají podporovat soběstačnost daného člověka (Procházková, 2014).

Hlavní smysl práce s biografií je možné podle Procházkové (2014) vidět v rovině kognitivní - určitý způsob stimulace kognitivních funkcí, další rovinou je emocionální složka - v jejím rámci jsou ožívovány pozitivní emoce klienta a zpracovávány negativní zážitky, a třetí polohou je sociální význam, který je naplněn kontaktem s ostatními klienty,

ale také prohloubením vztahu s pracovníky zařízení. Výhodou tohoto způsobu práce pak může být rychlejší zjištění potřeb a přání klienta, umenšení rizika chybné interpretace klientova chování a vytvoření návodu, podle kterého může personál vhodně reagovat na určité chování klienta. Zjištěné informace pak lze využít při komunikaci s klienty, vytvářet podle nich aktivity nebo kreativní formou vytvořit dokument, který dojem z biografických údajů ještě více umocní (Procházková, 2014).

V České republice je tento koncept uplatňován v několika zařízeních. Příkladem může být Domov Letokruhy nebo Domov Palata.

## 5 Realizace plánování s osobami se syndromem demence

Péče o osoby s demencí z hlediska formálních služeb může probíhat v terénní, ambulantní nebo pobytové formě. Přestože jsou všechny formy stejně důležité a individuální přístup by měl být uplatňován v každé z nich, je, jak již bylo uvedeno, nejobtížnější uplatňovat myšlení zaměřené na jednotlivce v pobytových zařízeních sociálních služeb. Toto riziko je o to závažnější, že v pobytovém zařízení tráví osoba téměř veškerý čas a je to pro ni jediný „domov“, který nyní má. Protože by zde požadavky na respektování lidských práv a na zajištění kvalitní a individualizované služby měly být o to naléhavější, budu se dále věnovat pouze pobytovým službám pro osoby se syndromem demence neboli tzv. domovům se zvláštním režimem.

### 5.1 Domovy se zvláštním režimem

V systému sociálních služeb u nás mají domovy se zvláštním režimem postavení hlavního typu pobytové služby určené pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, tedy obvykle právě pro osoby se syndromem demence. Jak uvádí zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., § 50, ve znění k 1.1.2015): *„Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.“* Podle Sládka (2013) však není nikde upraveno, co konkrétněji „zvláštní režim“ znamená. Autor uvádí, že zvláštnost je dána potřebami uživatelů, kteří pro své onemocnění nemohou být ubytováni v běžných zařízeních. Jak Sládek (2013, s.30) dokládá: *„Zvláštnost režimu je v individuálním přístupu ke každému uživateli.“*

Základní činnosti, které by měla tato služba obsahovat, jsou vymezeny v § 50 zákona o sociálních službách a dále rozvedeny v prováděcí vyhlášce (Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015; Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015). Mimo jiné má poskytovatel zajistit pomoc při využívání běžně dostupných služeb a zdrojů a pomoc při obnově či upevnění kontaktu s rodinou a při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osoby. Vyhláška také ukládá povinnost zajistit sociálně terapeutické a aktivizační činnosti (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 15, odstavec 1, písmena e, f, g, ve znění k 1.1.2015).

### 5.2 Způsoby realizace individuálního plánování v praxi

V tomto oddíle, který uzavírá první část diplomové práce, budou shrnuty zásadní informace o stavu plánování v pobytových zařízeních pro seniory u nás. Budou podrobněji

rozvedeny požadavky zákona a podoba jejich uplatnění v praxi, která může nabývat různých podob. Na závěr budou nastíněny hlavní problémy, na které realizace plánování naráží, ale také rozvoj nových metod a modelů, které mohou usnadňovat plánování s osobami se syndromem demence nebo s jiným postižením.

### **5.2.1 Záznamy o průběhu individuálního plánování**

Jednou ze zákonných povinností je: „*vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování služby*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 88, ve znění k 1.1.2015). Podle Sládka (2013) jde zejména o stanovení rozsahu a času poskytování základních činností, může se ale jednat i o detailnější popis skutečností. Tyto záznamy mohou být součástí vedené dokumentace, kterou se zabývá standard kvality č.6. Podle Čámského (et al., 2008, s.110) je dokumentace: „*soubor všech písemností, které se vztahují k tomu, jakým způsobem, v jakém rozsahu a komu konkrétně poskytujeme sociální službu.*“ Podle autorů (Čámský et al., 2008) lze dokumentaci rozdělit na dokumentaci ohledně individuálního plánování, zdravotnickou dokumentaci, administrativní záznamy, evidenci stížností, účetní dokumentaci a ostatní osobní záznamy (fotografie apod.). Nutností každého poskytovatele pak je zejména zajistit ochranu všech osobních a citlivých informací.

Nás bude z uvedených druhů dokumentace dále zajímat zejména ta, která se vztahuje k plánování služby. Tato dokumentace může obsahovat všechny informace o daném klientovi, o jeho životní historii, přáních, potřebách, povahových rysech, o tom, co má a nemá rád, jak se v různých situacích projevuje, na co si dát při komunikaci pozor apod. Další součástí dokumentace může být také zmiňovaný osobní profil klienta s nejdůležitějšími informacemi o dané osobě. Nedílnou součástí dokumentace by měl být také individuální plán, který může nabývat různých podob, v zásadě by však měl zachycovat všechny důležité informace jak o klientovi, tak o způsobu, jakým bude u toho konkrétního klienta služba poskytována a k jakým cílům bude směřována.

Již při nástupu do zařízení je vhodné, když může klient či jeho rodina vyplnit jakýsi životní příběh daného člověka. Znalost historie osoby má pro individuální plánování služby zásadní význam. Podle Janečkové, Čížkové a Nentvichové-Novotné (2015b, s.15) tyto informace pomáhají porozumět aktuálnímu chování člověka s demencí, protože pomáhají odhalovat vztahy mezi podněty a životní zkušeností osoby, které vyvolávají určité chování a prožívání. Důkladná znalost všech informací vyrovnává nedostatek možností klienta vyjádřit, co má rád či co by chtěl dělat, a mohou se tak stát základním podkladem pro

vyhledávání vhodných podnětů. O tomto životním příběhu však autorky (Janekčová, Čížková, Nentvichová-Novotná, 2015b, s.16) uvádějí: „*Je to živý zdroj, který je třeba neustále doplňovat o každý střípek nového poznání, neustále se k němu vracet a čerpat z něho v průběhu péče.*“

### ➤ **Individuální plán, jeho podoba a obsah**

Individuální plán může mít mnoho různých podob a obsahů a i jeho použití může být někdy velmi rozdílné. Setkáváme se zde také s některými spornými otázkami, jako je otázka významu osobních cílů, jejich rozdělení, stanovování termínů naplnění, účast klienta na jeho plnění, znalost klienta o obsahu plánu, podpis klienta a také grafické a obsahové provedení plánu.

Sládek uvádí (2013), že se v praxi můžeme setkat s tím, že má každý klient služby dva typy plánů. První je zaměřen na plánování péče a obsahuje tedy to, jak jsou poskytovány základní činnosti, jako je provádění ošetrovatelských úkonů, způsob podávání jídla nebo specifika vztahující se k aktivizaci. Druhým typem plánu pak je plán osobních cílů. Autor (Sládek, 2013) se dále zabývá vhodností stanovování osobních cílů, které podle něj bývají často pouze formální ve snaze vyhovět požadavkům zákona, přičemž například britské standardy jsou zaměřeny pouze na důkladné plánování péče, a poskytovatel tak není nucen ke stanovování osobních cílů, které jsou poměrně problematické. Na druhou stranu bychom se tak mohli ochuzovat o možnost zajistit klientovi něco navíc, něco, co vybočuje z běžného denního režimu a umožní zlepšit klientovu duševní pohodu nebo splnit jeho přání.

Podoba individuálního plánu v praktickém provedení je v jednotlivých zařízeních velmi odlišná. Můžeme nalézt jak velmi formalizované podoby plánů, které mohou mít formu velmi standardizovaného formuláře, či naopak poměrně volné uspořádání plánu, jehož konečná podoba se odvíjí od přístupu konkrétního pracovníka, který ho tvořil. Staňková (2011) uvádí dva možné přístupy k procesu plánování, které mohou úzce souviset s podobou individuálního plánu. Prvním je procedurální přístup, který klade důraz na správné dodržování průběhu plánování a jeho fází, zatímco situační přístup se snaží pružně přizpůsobit konkrétním potřebám klienta a podle toho způsob plánování uzpůsobuje (Staňková, 2011). To se pak může projevat v celém procesu plánování (např. ve způsobu vedení dokumentace nebo vyhodnocování plnění plánu). Podle Antonů (2007) může mít strukturovanější přístup pozitivní vliv na zvyšování jistoty pracovníků, ale na druhou stranu

jsou podle autorky pracovníci nastavenou formou plánu ve svém pohledu na klienta omezeni. Ve stejném smyslu říká Herzog (2011, s.12) v rozhovoru, že je formulář příliš omezený, než abychom v něm mohli vyjádřit složitost života. Antonů (2007) pak jako řešení navrhuje požívat strukturu ze začátku, kdy se pracovník teprve zaučuje, a později od ní upouštět. To by potom však šlo obtížně uskutečnit v těch zařízeních, kde se vše řídí jednotným přístupem se společnými formuláři a způsobem jejich využití. Nemluvě o případech, kdy je plánování uskutečňováno pouze přes počítačový software.

Forma záznamu v individuálním plánu se liší podle toho, zda je záznam vytvářen písemně, v dokumentovém souboru v počítači, nebo vytvářen pomocí softwarového programu. Posledně jmenovaná možnost má výhodu, kterou je podle Barochové (2011) schopnost komplexního zachycení potřeb a zlepšení přehlednosti, ale podle autorky skýtá stejnou past jako papírové formuláře, a tou je sklouznutí k formalizaci a ztráta kontaktu s klientem. Zatímco Malíková (2011) softwarové programy nedoporučuje a uvádí, že se nejeví jako vhodné, Barochová (2011) je úplně nezavrhuje, ale doporučuje, aby se pracovník nejprve naučil zaznamenávat plán samostatně a poté teprve přistoupil k vyplňování formuláře.

V současné době je nejrozšířenějším programem Cygnus<sup>®</sup> (poskytovaný společností IReSoft, s.r.o.), který nabízí komplexní informační systém pro poskytování sociální služby. Podle údajů na webových stránkách je v současné době používán v sedmi stech zařízeních po celé republice (IReSoft, ©2015a). Program umožňuje sestavení jak „Individuálního plánu“, tak „Plánu péče“. Zatímco u prvně jmenovaného je ponechána větší volnost pro vlastní pojetí, druhý předkládá již konkrétní pečovatelské úkony a nabízí formulář, ve kterém je možné zvolit, jakou míru podpory daný člověk v konkrétní činnosti potřebuje, aby bylo podporováno udržení stávajících schopností. Vše je následně propojeno se snadným a rychlým vyhodnocováním, které je možné uskutečňovat např. načítáním elektronických kódů přiřazeným jednotlivým úkonům. Mezi hlavní výhody podle internetových stránek prodejce patří snadnější a efektivnější předávání informací, úspora času a zjednodušení práce jak pracovníků v sociální, zdravotnické nebo stravovací oblasti, tak manažerům organizace (IReSoft, ©2015a). V současné době je již umožněn nákup programu druhé generace, který podle informačního materiálu přináší zjednodušení v oblasti zadávání individuálních plánů a lze vytvářet komplexní plán péče. Podle materiálu byla na doporučení odborníků a inspektorů kvality podpořena možnost upřesnit plán vlastními slovy, jež může lépe vystihnout osobní potřeby klientů, stále však lze využít

program předpřipravených textů (IReSoft, 2015b). Program je rozdělen na několik modulů, z nich si může poskytovatel vybrat, které si zakoupí. V některých zařízeních tak mohou program používat k evidenci jen části agendy, a individuální plánování tak například provádět stále v papírové formě.

Další diskutovanou oblastí je míra zapojení klienta. U některých služeb je poměrně obtížné, aby klient smyslu plánování plně rozuměl a mohl se na něm aktivně podílet. Z toho důvodu je také možné uvažovat nad vhodností podepisování plánu klientem, což je podle Sládka (2013) praxe vyžadovaná některými inspektory, ač přesahuje zákonné požadavky. V některých zařízeních se snaží smysl plánování klientovi přiblížit například obrázkovými průvodci plánování nebo vše důkladně vysvětlují také rodině klienta.

Obecně lze ve shodě s Mlejnkovou (2010, s.20) konstatovat, že: „*nezáleží na formě individuálního plánování, ale na jeho obsahu.*“ Ten má být uzpůsoben okolnostem plánování. Podle Horeckého (2010) má individuální plán vypadat jednoduše „*individuálně*“. Je tak dobré pamatovat na to, že: „*Výsledkem (individuálního plánování) je život podle představ dotyčného člověka, není jím plán, který ho popisuje.*“ (Smulla, 2010, s.5). Stále musíme být na pozoru před rizikem sklouznutí k formalismu, které se zvyšujícím tlakem na výkon pracovníků a jejich nízkou podporou může narůstat. Individuální plán je tak dobrý sluha, ale špatný pán.

### **5.2.2 Hodnocení průběhu služby a plnění plánu**

Zákon o sociálních službách stanovuje povinnosti nejen plánovat, ale také: „*hodnotit průběh poskytované služby (...) a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních plánů.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 88, ve znění k 1.1.2015) Ve standardech kvality je pak stanovena povinnost průběžně hodnotit naplňování osobních cílů (Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015). V obou ustanoveních je kladen důraz na zapojení osoby, které se plánování týká. Zákon však bere v úvahu i možnost, kdy účast klienta není z důvodu zdravotního stavu možná, proto je zde také uvedena možnost přizvání opatrovníka nebo zákonného zástupce osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., § 88, ve znění k 1.1.2015).

Intervaly, ve kterých má k hodnocení docházet, nejsou stanoveny, je zde ponechán prostor pro volbu poskytovatele. Podle Haicla (2011) probíhá vyhodnocování obvykle v termínu, na kterém se pracovník s uživatelem při plánování dohodnou. Podle Sládka (2013) však bývá interval nastaven způsobem, kdy první plánování proběhne po adaptaci

klienta, obvykle 3 měsíce po nástupu do zařízení (tzv. adaptační doba), a poté nastává pravidelná revize vždy po 6 měsících nebo pokud nastane nějaká změna. Zároveň autor upozorňuje, že britské standardy četnost revizí u pečovatelských plánů stanovují na nejméně jednou za měsíc (Sládek, 2013). V praxi se interval často liší u pečovatelských plánů a u plánů osobních cílů. Je možné uvažovat nad významem adaptační doby a nad tím, zda se nejedná pouze o interval nastavený z pohodlnosti zařízení, protože v tomto náročném období je pro klienta individuální přístup možná ještě důležitější. Pracovníci by tak měli mít dostatek informací ještě před nástupem uživatele, aby mohli správně naplánovat způsob adaptace klienta a podle jejího průběhu pak plán doplňovat.

### **5.2.3 Systém předávání informací**

Aby bylo možné plánování provádět a poté naplňovat, obsahuje standard č.5 také požadavek na vytvoření a uplatňování systému předávání informací mezi zaměstnanci (Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015).

Systém může být složen z několika různých způsobů předávání informací, které plní různé účely a vzájemně se doplňují. Může se jednat o pravidelné porady týmu, ty mohou být v různých formách a intervalech. Zvláštní formou je tak porada týmu před plánováním - zaměřená na sběr námětů - a po plánování nebo porady, kdy jsou ostatním pracovníkům sdělovány informace z plánování služby. To se však často děje spíše ve formě písemné. Dále je vhodné nastavit způsob předávání informací ústní a písemnou formou, zejména tam, kde se střídají pracovníci v různých směnách a je třeba rychle předat různá sdělení. Písemná forma může mít také svou elektronickou verzi tam, kde je to vhodné. Do systému je možné také zařadit podporu a kontrolu vykonávanou vedoucími zaměstnanci, supervize nebo jinou podporu nezávislého pracovníka (Haicl, 2011; Čámský et al., 2011).

### **5.2.4 Pracovní tým**

Jak vyplývá z předchozí kapitoly, fungující týmová spolupráce je při plánování služby s osobami s demencí nezbytná. Tým by měl umožňovat různorodost pohledů a pestrost námětů, které se do plánování promítají, a zároveň by měl představovat podpůrnou a poradní síť, která může uskutečňovat kontrolu a poskytovat pracovníkovi radu i ocenění jeho práce. Na plánování služby se obvykle podílí více pracovníků s často rozdílnými rolemi. Krátce se u některých zastavíme.

### ➤ **Klíčový pracovník**

Za zaměstnance, který plánování s konkrétním klientem uskutečňuje, bývá označován klíčový pracovník. Jeho funkce je odvozena přímo ze standardu č.5, který říká, že má mít služba určeného pracovníka pro každého klienta, který je za plánování přímo odpovědný (Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015). Na základě zahraničního pojmenování obdobné funkce se pak u nás vžilo označení klíčový pracovník.

Postavení klíčového pracovníka se odvíjí od role, kterou daný pracovník v daném zařízení představuje. Staňková (2011) uvádí čtyři role klíčových pracovníků. První je tzv. „koordinátor práce týmu“. K tomu je blízké pojetí Hauke (2011, s.75), která uvádí, že klíčový pracovník je: „*koordinátorem péče a podpory u přiděleného uživatele.*“ U této role můžeme nalézt úzké spojení s funkcí tzv. Case managera s omezením na jeden typ služby. Ostatní členové však nejen vykonávají naplánovanou péči, ale všichni se podílejí na hodnocení potřeb, na sestavování plánu, realizaci i hodnocení. Další možnou rolí je tzv. „administrátor individuálního plánování“, který vytváří individuální plán zejména ze skládání předem definovaných činností a postupů a zodpovídá za to, že ostatní pracovníci při péči o klienta podle plánu postupují. Plán je zde velmi formalizovaný, často totožný s plánem péče a pracovník musí při jeho sestavování postupovat podle jednotných pravidel. Další možnou rolí klíčového pracovníka je tzv. „důvěrník, partner klienta“. V tomto pojetí je zdůrazňován vztah mezi pracovníkem a klientem a empatické porozumění klientovi, jaké vychází např. z přístupů zaměřených na člověka. Posledním typem pojetí funkce klíčového pracovníka je tzv. „podporovatel klienta při plnění jeho konkrétních přání a cílů“, který Staňková (2011) přirovnává k úkolově orientovanému přístupu, jenž klade vysoký důraz na iniciativu klienta (Staňková, 2011).

V literatuře můžeme dále nalézt plno dalších nároků, které se k funkci klíčového pracovníka vztahují. Malíková (2011) a Hauke (2011) popisují ideální požadavky na vzdělání, dovednosti a osobnostní předpoklady takového pracovníka. Dále autorky uvádějí povinnosti, které by měl tento pracovník plnit, a zároveň práva, mezi které patří například právo na konzultaci s metodikem plánování a právo na dostatek času k vykonávání povinností. K tomu se váže doporučený počet klientů na jednoho pracovníka, který Malíková (2011) odhaduje na čtyři až pět klientů. Tento počet však bývá podle autorky často o mnoho vyšší, a to na úkor kvality odvedené práce či zdraví pracovníka, který je přetěžován. Vedle počtu klientů je třeba zachovat rovnoměrnost z hlediska náročnosti plánování u jednotlivých klientů, nemusí mít tedy každý pracovník stejný počet klientů

(Malíková, 2011). Obecně je funkce klíčového pracovníka podle Malíkové (2011, s.164) „všestranně náročná“.

#### ➤ **Koordinátor**

Jak uvádí Malíková (2011), koordinátor jednak vybírá klíčové pracovníky pro jednotlivé klienty, provádí kontrolní činnost všech klíčových pracovníků, konzultuje jejich problémy, poskytuje rady a podílí se na řešení problémů. Podle Malíkové (2011, s.162) je: „*rádcem a opěrným bodem pro klíčové pracovníky a všem členům týmu poskytuje v případě potřeby radu a psychickou podporu.*“ Mimoto vede související porady, kontroluje dokumentaci a podporuje předávání informací a zkušeností (Malíková, 2011).

#### ➤ **Další**

V plánovacím týmu můžeme nalézt i funkce, jako je „důvěrník“, tedy pracovník, který je klientovi nejbližší a nemusí jím být klíčový pracovník, „koordinátor“, který řídí pracovní porady (Malíková, 2011). Dále se na plánování mohou podílet další experti z různých oblastí nebo příbuzní a známí klienta, jak o tom již bylo pojednáno.

### **5.3 Utváření systému plánování v zařízeních**

Poté, co byly popsány různé přístupy a způsoby, jak lze plánování uskutečňovat v praxi, je vhodné podívat se, na základě čeho rozdílné přístupy vznikají a jak bývají předávány dalším pracovníkům.

Jak bylo již uvedeno v části zabývající se aplikací standardů kvality do praxe, nejčastějším zdrojem informací o vhodné realizaci jsou různě pojímané kurzy a školení. Ty mohou být vybírány z běžné nabídky kurzů nebo mohou být vytvořeny na míru konkrétního poskytovatele, a zohlednit tak stávající praxi v plánování (Sládek, 2013). Další možností je získávání poznatků o plánování z literatury, konferencí nebo na základě vlastních zkušeností a vynalézavosti. Vždy je však doporučováno systém v zařízení sjednotit a ukotvit v metodických pravidlech. Mít písemně zpracovaná pravidla plánování ukládá také jedno z kritérií pátého standardu kvality (Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění k 1.1.2015).

Obvykle však není způsob plánování přejímán ze zdrojů v čisté podobě a dochází k různé aplikaci. Nemalý vliv na způsob realizace plánování má organizační kultura daného poskytovatele a její specifika. Štegmanová, Šafr a Havrdová (2011) upozorňují na

důležitost toho, že pracovníci rozumějí vnitřním pravidlům a chápou smysl, který je v nich obsažen. To lze podle autorů zajistit zejména podílem zaměstnanců na vytváření vnitřních pravidel. V rámci toho má docházet k vzájemným diskuzím o hodnotách a o možnostech konkrétního naplňování principů, které jsou v obecných standardech zakotveny (Štegmanová, Šafr a Havrdová, 2011). Další změny v nastaveném způsobu plánování se odvíjejí od jedinečných potřeb konkrétních klientů (Horecký, 2010). Důležitý vliv má také dosavadní způsob provádění a pojetí konkrétních pracovníků. Vznikají tak zcela jedinečné systémy plánování, mezi kterými bychom s těžší hledali dva stejné.

#### **5.4 Problémy a otázky, které při aplikaci vznikají**

Na základě odborné literatury je možné při aplikaci individuálního plánování vytipovat několik oblastí, jejichž naplňování je problematické.

Jednou z oblastí je formalizace plánování, která je v našich podmínkách podle Výkladového sborníku pro poskytovatele (MPSV, 2008, s.96): „*největším nebezpečím individuálního plánování*“. Podle tohoto dokumentu se formalizací myslí vytváření individuálních plánů jen pro účely naplnění standardů kvality a splnění požadavků inspekce kvality sociálních služeb, a to bez využití plánování ke zlepšení způsobu poskytování služby. Tím jsou vynakládány prostředky a úsilí pracovníků na něco, co i sami pracovníci považují jako zbytečné a nesmyslné (MPSV, 2008).

Další problém lze nalézt v oblasti pracovních podmínek klíčových pracovníků. Podle Malíkové (2011) připadá na jednoho pracovníka neúměrně vysoký počet klientů s vyšším stupněm závislosti na péči, což jim neumožňuje dostatečný prostor pro individuální plánování. Zároveň autorka upozorňuje na neutěšený stav v podpoře pracovníků, kdy mají podle Malíkové (2011, s. 191): „*malou nebo vůbec žádnou podporu ze strany vedení zařízení*“. Podle Malíkové (2011) jde o absenci jakékoliv pomoci, účasti nebo součinnosti ze strany koordinátora plánování. Často se také vyskytují problémy v oblasti koordinace a týmové spolupráce, která je, jak bylo výše uvedeno, velmi důležitá (Malíková, 2011). Oblastí, která si zaslouží zvýšenou pozornost, je také problematika vzdělání klíčových pracovníků, které podle Sládka (2013) není na dostatečné úrovni. Jak bylo uvedeno, individuální plánování s osobami s těžšími formami postižení vyžaduje specifické znalosti a dovednosti jak v navazování komunikace s klientem, tak při mapování jeho potřeb, a také v rámci koordinace služeb, které mají být klientovi poskytovány. To samozřejmě vyžaduje zvýšené požadavky v oblasti jak počátečního, tak celoživotního vzdělávání pracovníka.

Některé sporné body vycházejí z nejednotného hodnocení různých inspektorů kvality, kteří se podle Horeckého (2010, s.21): „*někdy zaměřují více na formu než na obsah (individuálního plánování) či vyžadují zákonně nadlimitní požadavky.*“ Dále se objevují různé názory na rozpor mezi povinnostmi poskytovatele plánovat s klientem a lidským právem klienta odmítnout účast na tomto plánování (Kaplan, 2011). Další spornou oblastí zde může být také například informovanost klienta o tom, že s ním probíhá individuální plánování, a o tom, kdo je jeho klíčový pracovník, tato informovanost může být limitována omezením kognitivních funkcí klienta. Podle Malíkové (2011) zde ze strany inspektorů kvality chybí výkon poradní funkce, a nejsou tak poskytovány náměty na to, jak postupovat v některých nejasných situacích.

Ze všeho, co bylo dosud uvedeno, vyvstává mnoho otázek. Je zřejmé, že plánování s osobami s demencí má své specifické požadavky a přitom neexistuje jednotný návod, který by říkal, jak na tyto požadavky nejlépe reagovat. Z uvedeného i z mé zkušenosti vyplývá, že v jednotlivých zařízeních se přístup k individuálnímu plánování poměrně liší. Tato různost se projevuje jak v celkovém pojetí, tak v konkrétnějších způsobech realizace plánování. Je možné vidět plánování velmi standardizované, při kterém jsou zatrhávány kolonky na písemném formuláři či v počítačovém programu, a na druhé straně i plány plné barevných obrázků a fotografií. Jsou zařízení, která v plánech sledují spíše způsob, jakým je o člověka pečováno, a jsou zařízení, která se skrze cíle pokoušejí plnit přání klientů, a vytvářet tak pro ně zvláštní programy, například na podkladě jejich biografie. Podobným způsobem lze dále pokračovat. Ve výzkumné části tak bude zjišťováno jednak to, jak plánování v jednotlivých domovech se zvláštním režimem probíhá, dále pak specifika v plánování vyplývající z onemocnění demencí a také postavení a pracovní podmínky klíčových pracovníků v domovech.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 6 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Individuální plánování je metoda, která má umožňovat přizpůsobit způsob, jakým je poskytována sociální služba konkrétním potřebám jejích uživatelů. Individuální přístup a respekt k lidským právům jsou hodnoty, na kterých je postaveno nové pojetí sociálních služeb ukotvené v zákoně o sociálních službách. Tímto zákonem byla poprvé stanovena pro všechny poskytovatele sociálních služeb stejná povinnost uskutečňovat plánování služby na základě zjištěných potřeb uživatelů. Protože je tato zákonná povinnost definována poměrně obecně a protože každé cílové skupině i jednotlivým zařízením vyhovuje něco jiného, můžeme nyní nalézt mnoho způsobů, jakými je individuální plánování v praxi realizováno.

Jak vyplývá z poznatků uvedených v první části práce, péče a přístupy k osobám se syndromem demence se v našich podmínkách teprve postupně rozvíjejí. Mimoto jsou u nás pobytová zařízení negativně poznamenána kulturou péče, která zde převládala před rokem 1989. Znalost způsobů komunikace s osobami s narušenými komunikačními schopnostmi je podle Malíkové (2011) nedostatečná a pracovníci se podle autorky mnohdy omezují na uspokojování pouze základních biologických potřeb, a individuální plánování u této skupiny osob považují tudíž za zbytečné. V takovýchto případech pak hrozí riziko sklouznutí k pouze formalizovanému provádění plánování, které neobsahuje žádný vnitřní smysl a je uskutečňováno jen pro splnění požadavků zákona. Naproti tomu smysluplně prováděné individuální plánování může přinášet pozitivní dopady jak z hlediska kvality života klientů, tak pro usnadnění výkonu pracovních povinností zaměstnanců služby a ke zvýšení jejich spokojenosti při vykonávání smysluplné práce. Takové plánování také umožňuje lépe naplňovat poslání, za kterým byla sociální služba založena.

Cílem výzkumné části je tak zjistit, jakým způsobem je individuální plánování realizováno v různých domovech se zvláštním režimem (dále DZR), jaké pracovní podmínky zde mají klíčoví pracovníci, a zjistit, jaká jsou specifika individuálního plánování u osob se syndromem demence.

### 6.1 Hlavní výzkumná otázka

Pro účely naplnění zmíněného cíle byly vytvořeny následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka zní:

„Jaká jsou specifika individuálního plánování u osob se syndromem demence a jak probíhá individuální plánování ve vybraných domovech se zvláštním režimem?“

## **6.2 Dílčí výzkumné otázky**

Dílčí výzkumné otázky vyplývají z hlavních tří oblastí, na které je výzkumná část práce zaměřena.

- Specifika individuálního plánování s osobami se syndromem demence
  1. „V čem je plánování s osobami s demencí jiné než plánování s osobami bez narušených kognitivních funkcí?“
  2. „Jaké metody využívají pracovníci k navázání kontaktu s klientem a ke zjišťování informací o daném člověku?“
  3. „Narážejí pracovníci při plánování s těmito osobami na nějaké problémy a pokud ano, jak je řeší?“
  4. „Spolupracují DZR s rodinami klientů? Pokud ano, jakým způsobem spolupráce probíhá a jak se jim osvědčuje?“
  
- Průběh plánování v domovech se zvláštním režimem
  5. „Jaký je hlavní smysl plánování ustanovený ve vnitřních předpisech a jaký vidí smysl v plánování pracovníci zařízení?“
  6. „Jaké informace jsou o klientech pro účely individuálního plánování zjišťovány, jakým způsobem a jak je s nimi pracují?“
  7. „Jaké jsou fáze individuálního plánování?“
  8. „Jakou mají individuální plány podobu a jaké cíle jsou v plánech sledovány?“
  
- Role klíčového pracovníka a pracovní podmínky k výkonu jeho funkce
  9. „Jaké jsou pracovní podmínky klíčového pracovníka vztahující se k individuálnímu plánování?“
  10. „Jaké mají pracovníci vzdělání a dovednosti ve vztahu k individuálnímu plánování?“
  11. „Jaké je postavení klíčových pracovníků, jak jsou podporováni a kontrolováni?“

## **7 Výzkumné metody**

Hlavní metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Konkrétní znění otázek je obsahem přílohy A. Otázky byly směřovány zejména na klíčové pracovníky, ve dvou případech bylo navíc použito znění otázek pro koordinátory plánování v zařízení, znění je obsahem přílohy B.

Rozhovor byl doplněný o analýzu dokumentů podle předem připravených strukturovaných schémat, která jsou obsahem příloh C. a D. Zdrojem dat pro obsahovou analýzu byly metodické pokyny pro provádění individuálního plánování ve zkoumaných zařízeních a dokumentace klientů vztahující se k individuálnímu plánování.

### **7.1 Rozhovor s klíčovým pracovníkem**

Rozhovor s klíčovým pracovníkem sledoval zejména následující oblasti: porozumění individuálnímu plánování a význam, který je mu připisován, obtíže, se kterými se při plánování pracovník setkává, jeho dovednosti a znalosti, pracovní podmínky, způsob, jakým postupuje při plánování s osobami s demencí, zdroje jeho postupu, pracovní zátěž na jednoho klíčového pracovníka, míra spolupráce s rodinou, názor na způsob plánování, vnímání možnosti něco změnit a míra podpory, které se mu dostává. Podrobné znění otázek je uvedeno v příloze A.

### **7.2 Analýza dokumentů**

Strukturovaná schémata, podle kterých probíhala analýza dokumentů, jsou dvojího druhu. První je zaměřené na obsah metodiky individuálního plánování, tedy na písemné zpracování standardu č. 5 pro účely dané služby. V metodikách bylo sledováno, zda je zde uveden význam individuálního plánování, postup plánování, postup u osob s obtížemi v komunikaci, používané metody, frekvence aktualizace plánu, zapojení rodiny klienta do plánování, podpora klíčových pracovníků, způsob předávání informací v týmu a provádění kontroly plánování. Přesné znění zjišťovaných oblastí je obsahem přílohy C.

Druhým schématem pro zaznamenání informací je tabulka určená pro zjišťování obsahu dokumentace klientů vztahující se k individuálnímu plánování. Zde bylo sledováno, jaké informace jsou o klientech zjišťovány a v jaké formě se předávají mezi pracovníky včetně způsobů, jakými jsou zaznamenávány. Třetí část tohoto nástroje je zaměřena na analýzu

individuálních plánů klientů, a to jak na jejich vizuální podobu, tak na jejich obsahovou stránku. Podoba použitého schéma je uvedena v příloze D.

Informace, které nebylo možné za použití analýzy dokumentů zjistit nebo se zjišťování touto formou neukázalo účelné, byly vysledovány formou rozhovoru s metodikem individuálního plánování či s klíčovým pracovníkem.

### **7.3 Rozhovor s metodikem individuálního plánování**

V případě, kdy to bylo možné, byl uskutečněn rozhovor také s metodikem či koordinátorem individuálního plánování a k tomu byl použit podklad pro rozhovor uvedený v příloze B. Otázkami byla v těchto případech zjišťována míra jednotnosti způsobu, kterým je plánování uskutečňováno, historie vzniku systému plánování v daném zařízení, plánování změn, setkávání se s problémy při plánování s osobami se syndromem demence a využívání metod, které se jim při plánování s touto skupinou osvědčují.

## 8 Výběrový soubor

Výzkumný vzorek je tvořen devíti domovy se zvláštním režimem, které leží na území hl. m. Prahy a Středočeského kraje. Z celkového počtu 54 zařízení, která se na tomto území nacházejí (Registr poskytovatelů sociálních služeb, ©2015), byla do výzkumu vybrána taková zařízení, jež splňují výběrová kritéria, a zároveň vyřazena taková, která jsou podle kritérií nerelevantní. Protože cílem výzkumné části není přinést ucelený obraz ohledně fungování individuálního plánování, ale spíše poukázat na různorodost přístupů a nalézt pozitivní prvky, které umožní rozšířit repertoár možných postupů, byl vzorek vytvořen tak, aby byla zajištěna co největší rozmanitost poskytovatelů. Z tohoto důvodu pak byly jako kritéria vybrány takové charakteristiky, které se na různorodosti mohou nejvíce podílet.

Základními kritérii byla právní forma zřizovatele zařízení, kapacita zařízení, vlastnictví certifikace Vážka® k dubnu roku 2015 a délka registrace v registru poskytovatelů sociálních služeb.

### 8.1 Výběr podle zřizovatele DZR

Předpokladem, podle kterého bylo toto kritérium zvoleno, je to, že právní forma zřizovatele ovlivňuje organizační kulturu daného zařízení zejména s důrazem na odlišné hodnoty, pro které je společnost zakládána. To se pak může odrážet v přístupu, jenž je vůči klientům uplatňován. Ze základního souboru tak byla vybrána tři zařízení, jejichž zřizovatelem je církev či náboženská společnost, tři, která jsou zřizována krajem či obcí, a tři zřizována obchodními společnostmi. Protože jedno zařízení odmítlo účast na výzkumném šetření a protože se v základním souboru nenachází církví zřizovaný poskytovatel, který by splňoval kritérium zařízení s „velkou“ kapacitou, jak bude dále vysvětleno, byl výběrový soubor doplněn o dvě zařízení zřizovaná spolky, které svými charakteristikami nejlépe splňovaly další kritéria. Názorně výběr zachycuje tabulka **Tab. 1**.

**Tab. 1 - Vybraná DZR podle právní formy zřizovatele**

	Církevní	Kraj či obec	Spolek	S.r.o.	Celkem
Počet zařízení	2	3	2	2	9

(zdroj: internetové stránky poskytovatelů)

## 8.2 Výběr podle kapacity DZR

Dalším výběrovým kritériem byla kapacita DZR, o které se lze domnívat, že souvisí s mírou individuálního přístupu, jenž je vůči uživatelům zařízení uplatňován. Základní soubor tak byl rozdělen na tři stejné části podle velikosti kapacity, čímž bylo možné vybrat tři zástupce tzv. „malých zařízení“ s kapacitou do 26 klientů, tři představitele tzv. „středně velkých zařízení“ o kapacitě pohybující se od 27 po 58 osob a tři DZR s kapacitou vyšší než 59 uživatelů. Názorně výběr zachycuje tabulka **Tab. 2**.

**Tab. 2 - Vybraná DZR podle kapacity zařízení**

	Malá zařízení (0- 26 klientů)	Středně velká zařízení (27-58 klientů)	Velká zařízení (59 a více klientů)
Počet zařízení	3	3	3

(zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, ©2015)

## 8.3 Výběr podle vlastnictví certifikace Vážka®

Upřednostňujícím kritériem, které mělo vliv na výběr konkrétního zařízení, bylo to, zda je poskytovatel držitelem ocenění kvality Vážka®. U poskytovatelů, kteří splnili kritéria přidělení této certifikace, lze spíše předpokládat uplatňování respektujícího a individualizovaného přístupu k uživatelům služby. Ve výběrovém souboru se tak nacházejí tři zařízení, která byla k dubnu 2015 držiteli tohoto certifikátu. Jejich podíl je názorně zachycen v tabulce **Tab. 3**.

**Tab. 3. - Vybraná DZR podle vlastnictví certifikátu Vážka®**

	Zařízení s certifikátem Vážka® (k dubnu 2015)	Zařízení <b>bez</b> certifikátu Vážka® (k dubnu 2015)	Celkem
Počet zařízení	3	6	9

(zdroj: Česká alzheimerovská společnost, ©2015)

## 8.4 Výběr podle délky registrace služby

Protože je zavádění individuálního plánování do praxe procesem, který může trvat i několik let a i poté je často stále rozvíjeno a pozměňováno, bylo do výběru souboru zařazeno jedno vyřazovací kritérium, které se váže ke krátké době, jež proběhla od registrace služby. Z výběru tak bylo vyřazeno 13 zařízení, která podle Registru poskytovatelů sociálních služeb (Registr poskytovatelů sociálních služeb, ©2015) byla registrována v letech 2014 a 2015. Roky registrace zařízení zařazených do výběrového souboru je možné vidět v tabulce **Tab. 4**.

**Tab. 4. - Vybraná DZR podle data registrace služby**

Rok registrace	1996	2000	2007	2008	2011	2012	2013
Počet zařízení	1	1	2	1	1	1	2

(zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, ©2015)

Konečnou podobu výběrového souboru podle výběrových kritérií zachycuje tabulka

**Tab. 5.****Tab. 5. - Základní charakteristiky výběrového souboru**

Zřizovatel	Kapacita	Certifikát Vážka®	Rok registrace	Kraj
církev	malé zařízení	ne	2012	Praha
církev	středně velké zařízení	ano	2007	Středočeský
kraj a obec	malé zařízení	ano	2011	Praha
kraj a obec	středně velké zařízení	ne	2008	Středočeský
kraj a obec	velké zařízení	ano	2000	Středočeský
spolek	malé zařízení	ne	2013	Praha
spolek	velké zařízení	ne	1996	Středočeský
obchodní společnost	středně velké zařízení	ne	2013	Středočeský
obchodní společnost	velké zařízení	ne	2007	Středočeský

(zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, ©2015; Česká alzheimerovská společnost, ©2015; internetové stránky poskytovatelů)

Přehled všech domovů se zvláštním režimem, které byly vybrány do výběrového souboru, je obsahem přílohy E.

## 8.5 Charakteristiky pracovníků, se kterými byl uskutečněn rozhovor

Výběr zaměstnanců poskytovatele, se kterými byl uskutečněn rozhovor, probíhal na základě volby zástupců zařízení podle aktuálního pracovního vytížení pracovníka, jeho ochoty se rozhovoru zúčastnit nebo podle hloubky zkušeností, které daný zaměstnanec s individuálním plánováním má. Charakteristiky osob, se kterými byl rozhovor uskutečněn, zachycuje tabulka **Tab. 6.**

**Tab. 6. - Základní charakteristiky osob, se kterými byl uskutečněn rozhovor**

Dotazovaný	Pracovní pozice	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Zam. v oboru	Zam. v zařízení	Zam. na současné pozici
KP	sociální pracovník	27	žena	vyšší odborné	5	3	3
Metodik	vedoucí DZR	39	žena	střední	7	7	1,5
KP	úsekový vedoucí	44	žena	střední	8	4	1
KP	pracovník v přímé péči	38	žena	střední	19	1,5	1,5
KP	pracovník v přímé péči	24	žena	vyšší odborné	2	2	2
Metodik	sociální pracovník	41	žena	magisterské	14	14	4
KP	sociální pracovník	26	žena	střední	4	0,75	0,1
KP	zdravotní sestra	45	žena	střední	9	3	3
KP	pracovník v přímé péči	40	žena	střední	2,25	2,25	2,25
KP	pracovník v přímé péči	37	žena	střední	11	8	8
KP	pracovník v přímé péči	36	žena	střední	10	8	8
KP	pracovník v přímé péči	48	žena	střední	10	10	10

*Vysvětlivky k tabulce Tab. 6.: KP = klíčový pracovník, Zam. v oboru = délka zaměstnání v oboru (roky), Zam. v zařízení = délka zaměstnání v daném zařízení (roky), Zam. na současné pozici = délka zaměstnání na současné pracovní pozici (roky)*

## 9 Výsledky výzkumu

V této kapitole budou představeny výsledky výzkumné části, strukturované podle jednotlivých témat, která byla šetřením sledována, bez ohledu na použitou výzkumnou metodu.

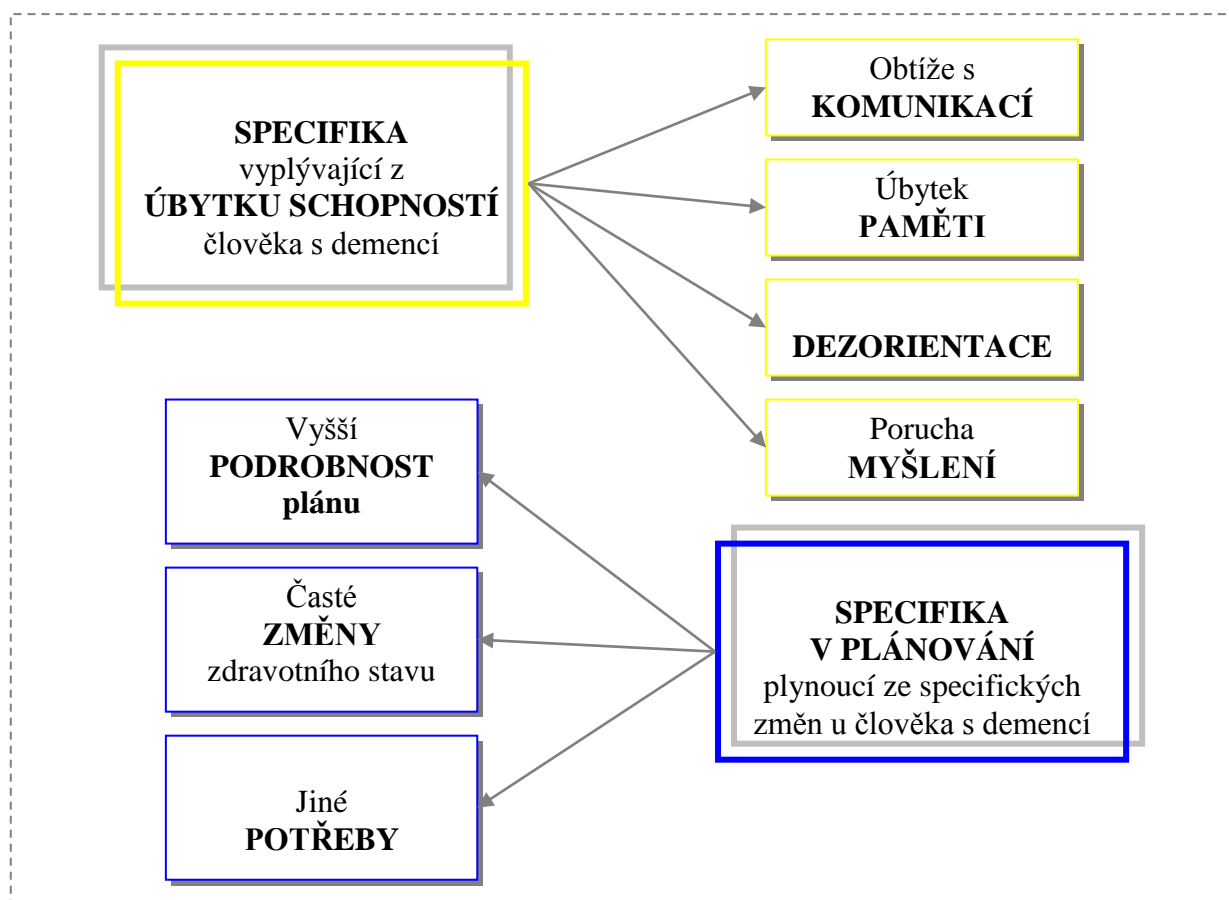
### 9.1 Specifika plánování s osobami s demencí

Za stěžejní téma výzkumu lze označit zjištění toho, jaká jsou specifika plánování s člověkem se syndromem demence, která následně ovlivňují průběh a způsob plánování, používané metody, a také problémy, se kterými se pracovníci setkávají.

#### 9.1.1 Základní specifika plánování s osobami s demencí

Kategorie, které pracovníci v souvislosti s plánováním jmenovali jako hlavní odlišnosti od osob bez narušených kognitivních funkcí, znázorňuje grafické znázornění v **Grafu 1**.

**Graf 1 – Grafické znázornění specifik plánování s osobami se syndromem demence**



**Obtíže s komunikací** byly jmenovány téměř všemi pracovníky, se kterými byl rozhovor uskutečněn. Lze je tak označit za hlavní bariéru v plánování s touto skupinou. Způsobů, jak pracovníci problémy s komunikací překonávají, je několik a budou uvedeny v následujícím oddíle. Pracovnice také upozorňovaly na **rozdílnost přístupu** k osobám **v různých stádiích** onemocnění demencí, kdy dochází obvykle k postupnému zhoršování schopností dané osoby.

Některé pracovnice poukazují na **odlišné složení potřeb**, kdy jdou slovy pracovnice: „*záliby vesměs už někam stranou.*“ Jiná pracovnice v tomto ohledu poukazuje na zesílení citové podoby péče slovy: „*o co víc jim odumírají ty mozkové buňky, tak o to víc jim funguje to srdíčko.*“ Lze předpokládat, že to by se pak mělo promítat do rozdílného obsahu individuálních plánů.

Ve třech zařízeních bylo za problematické označeno **poškození paměti** klienta. Pracovnicím to způsobuje jednak problémy s tím, že i když se podaří osobě s demencí vysvětlit, co to individuální plánování je, tak takovéto vysvětlení daný člověk po chvíli zapomene. Dalším omezením způsobeným poruchou paměti jsou situace, kdy pracovnice s klientem naplánují plnění klientova přání, ale když je vše přichystané a pracovnice za klientem přijde, osoba si nic z domluveného nepamatuje a odmítne se na plnění přání účastnit.

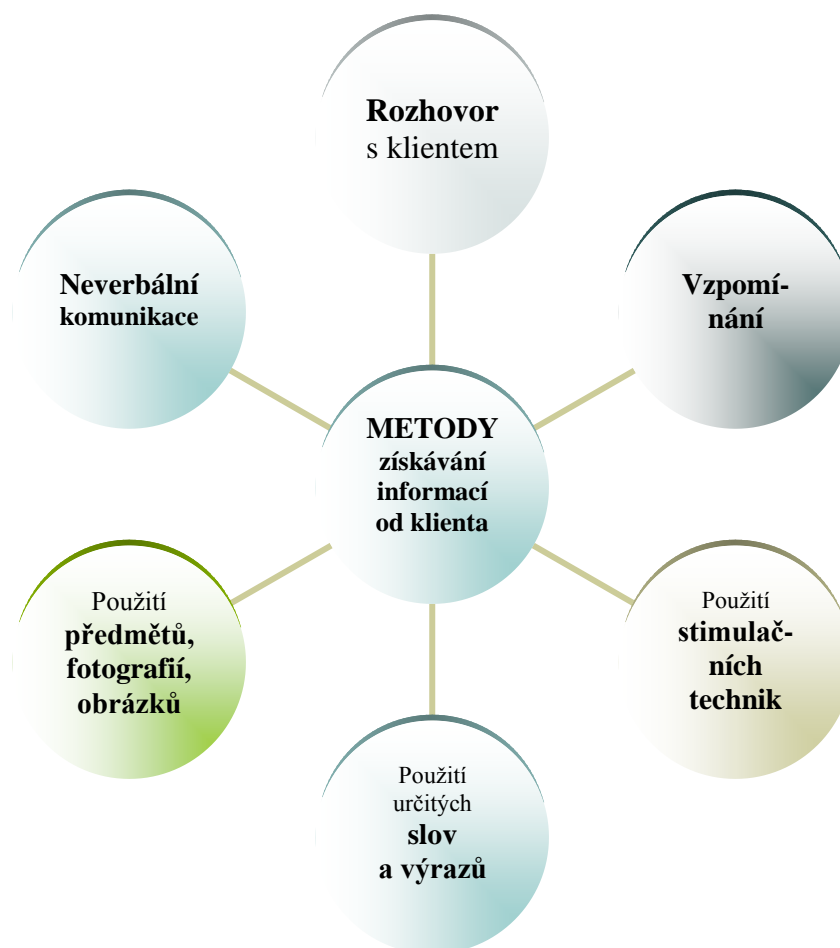
### 9.1.2 Používané metody zjišťování informací

Metody, s jejichž pomocí pracovníci získávají informace o klientovi a díky nimž tak může plánování s osobami s demencí probíhat, lze rozdělit na metody usnadňující komunikaci s klientem a na metody získávání informací z jiných zdrojů, než je klient samotný.

Z **grafu 2** na následující stránce je patrné, že pracovníci využívají k navázání kontaktu a k prohloubení komunikace s klienty různorodé metody.

Jako důležitý zdroj informací bylo často označováno **vzpomínání**, které některé pracovnice podporují využíváním reminiscenčních předmětů či fotografií. Jedna z pracovnic dokládá výhody používání tzv. vzpomínkového kufříku slovy: „*Ta práce s ním je úplně úžasná, protože vidíte - klient, kterej je úplně neklidnej a vy třeba vyndáte jeho oblíbené jehly a nitě nebo fotky rodiny a oni se tak zklidněj a paní si třeba u těch fotek vybaví úplně všechno.*“

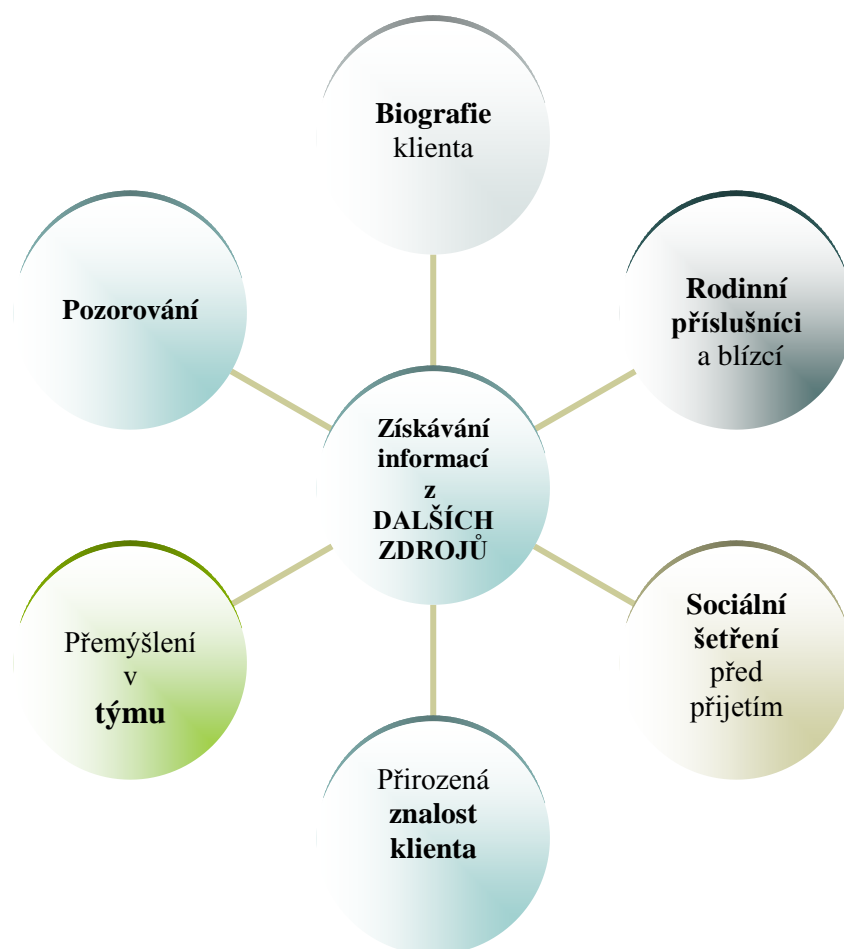
**Graf 2 – Grafické znázornění používaných metod k získání informací od klienta**



Jindy zase pracovníce využívají **určitých výrazů**, které komunikaci usnadní, jako je například věta: „*jak by vypadal váš nejhezčí den*“ nebo uzpůsobení komunikace životnímu období, do kterého se osoba se syndromem demence tzv. vrací. To může být uskutečňováno například oslovováním způsobem, kterým člověka v daném období druzí oslovovali. Mezi **stimulační techniky** uvedené v grafu lze zařadit pracovníci jmenované: doteky, bazální stimulaci, masáže nebo využití hudby.

Grafické znázornění v **grafu 3** na následující stránce ukazuje další zdroje informací, které bývají využívány namísto komunikace s klientem.

**Graf 3 – Grafické znázornění dalších zdrojů informací**



Tématu týkajícímu se **spolupráce s rodinami** klientů, která byla zmiňována jako velmi cenný zdroj informací téměř ve všech zařízeních, bude ještě věnována pozornost v následujícím oddíle. Informace získané při **sociálním šetření**, nejčastěji v domácnosti klienta, nebývají v některých případech využívány z toho důvodu, že ke zprávám ze šetření nemají klíčoví pracovníci přístup. Velmi často bylo uváděno **pozorování**, které bývá nejintenzivnější zejména po nástupu klienta, kdy pracovníci odhalují, jaký daný člověk je.

Opakovaně pracovníci zmiňovali, že klienta znají již pouze tím, že je klient v zařízení nějakou dobu, a tím ho **přirozeně poznali**. Jako hlavní faktor se tak zde objevil **čas**, po kterou je osoba v DZR. Jedna z pracovnic uvedla, že pokud například neví, co napsat do individuálního plánu, tak jednoduše počká. Stejně jako čas označili pracovníci a jedna z metodiček význam **velikosti zařízení**, které přispívá k dobré znalosti klientů. To lze doložit slovy jedné z pracovnic: „*Hlavně opravdu to denní soužití s nima. Opravdu jenom*

*tim, že jich není sedmdesát, není jich sto - to není v lidských silách, ale my jsme tak malí, že ty lidi znáte pomalu jak vlastní rodinu.“*

Dalším zdrojem, který byl ve dvou případech zmíněn, jsou **poznatky kolegů z pracovního týmu**. Za tím účelem se pracovníci radí buď při běžném kontaktu, nebo mají k tomu určené porady či hlášení.

### **9.1.3 Spolupráce s rodinnými příslušníky a blízkými osob**

Ve všech devíti zařízeních probíhá nějakým způsobem spolupráce s rodinami klientů. V šesti zařízeních je tato spolupráce také upravena metodickými pokyny pro individuální plánování a jak bylo uvedeno v předchozích odstavcích, v osmi DZR využívají informace od rodiny jako zdroj v případě, kdy již nelze získat všechny informace přímo od klienta. V žádném z domovů neuvedli, že by se jim tato spolupráce nějakým způsobem neosvědčovala, naopak byla shodně označována za velmi důležitou.

#### **➤ Průběh a obsah spolupráce**

Spolupráce může probíhat jak **před přijetím** klienta do zařízení, tak i v průběhu poskytování služby. Před sepsáním smlouvy probíhá při jednání se zájemcem o službu **rozhovor**, kterému bývají obvykle přítomni i zájemcovi blízcí. Další formou spolupráce před nástupem bývá požádání rodiny o **vyplnění** určitého **formuláře**, který může obsahovat základní informace o potřebách, zachovaných schopnostech, přáních nebo se často jedná o životní příběh dané osoby. V některých zařízeních ponechávají obsah i formu zcela na uvážení rodiny.

Spolupráce **v průběhu** služby může mít podobu pravidelných **schůzek** nebo nahodilých setkání při návštěvě rodinného příslušníka v zařízení. Ve třech zařízeních často využívají možnosti telefonického kontaktu. Poměrně úzkou spolupráci v tomto ohledu navazují v jednom ze zařízení, kde je rodina klienta při jeho přijímání osobně seznámena s klíčovým pracovníkem, který se tak stává osobou, na niž se může rodina kdykoliv obrátit. Stejně tak má zdejší klíčový pracovník možnost kdykoliv rodinu kontaktovat nebo si s blízkými sjednat osobní schůzku.

Vedle získávání informací od rodiny může nabývat spolupráce s rodinou klienta různý obsah. Co vše může spolupráce obsahovat, je graficky znázorněno v **grafu 4** na následující stránce.

**Graf 4 – Grafické znázornění obsahu spolupráce s rodinou klienta**



**Zapojení rodiny do péče** v DZR probíhá v různé míře a různými formami. Obvykle záleží na ochotě rodiny, ale také na tom, zda je takové angažovanosti zařízení nakloněno a příbuzné v aktivitě podporuje. Jak k tomu jedna z pracovnic uvádí: „*Někdo sem přijde na pár minut a v podstatě nechce slyšet vůbec nic a hlavně, že maminka je tady. Pak máme paní, která si vzala dovolenou, aby se tu o maminku mohla starat, ošetřovala dekubity a tak. Je to škála široká. Pak jsou rodinný příslušníci, který, já tomu říkám, že někdy je to větší škoda než užitek.*“

V jednom ze zařízení se mimo péči o klienty věnují také **podpoře** jejich **rodin**, pro které je umístění blízkého do pobytového zařízení podle sdělení pracovnice velmi náročné. V zařízení tak pořádají různé společné akce, kde se mohou setkávat i rodiny klientů navzájem.

Z hlediska individuální plánování mohou plnit rodiny různé funkce. Jako ti, kteří znají pravděpodobně klienta nejlépe, se mohou podílet na **tvorbě individuálního plánu**, ale i na

jeho **realizaci**. Jak uvádí jedna z pracovníků z DZR, kde s rodinami úzce spolupracují: „*I na tom plnění cíle mohou spolupracovat, když by se paní chtěla někam podívat nebo by měla zájem o něco z domova nebo můžou tady mít třeba svoje oblíbené křeslo a rodina jim to může přivést nebo sehnat.*“

➤ **Omezení plynoucí ze spolupráce a jejich řešení**

Ze sdělení pracovníků bylo možné vysledovat pět skutečností, které mohou využití tohoto zdroje omezovat. **Omezení** jsou následující:

- klient **nemá rodinu**
- rodina klienta **nepolupracuje**
- informace od rodiny již po nástupu klienta **nejsou aktuální**
- rodina informace o klientovi **neví**
- klíčový **pracovník nemá čas** na povídání si s rodinou
- **nevedení si písemných záznamů** či jejich ztráta

Jedním ze zásadních problémů vedle případu, kdy klient nemá rodinu vůbec, je skutečnost, kdy ji má, ale příbuzní **nekomunikují** s pracovníky zařízení. Zároveň se ukazuje, že v některých DZR se s tímto problémem setkávají více a v některých v menší míře. Jak uvedla metodička, informace o klientovi se jim daří získávat pouze zhruba od desetiny příbuzných. Dalším problémem může být **nízká znalost klienta rodinou**. Podle sdělení metodičky je tato neznalost často způsobena dlouhodobým pobytem klienta v instituci, který přijetí do domova předchází.

V jednom případě došla pracovnice během šetření ke zjištění, že se písemné záznamy od rodin klientů **ztratily**.

Z rozhovorů také vyplynulo, že některá z výše uvedených **omezení je možné** určitými opatřeními **překonat**. Podle zkušenosti pracovníků jednoho z DZR je možné předcházet odmítání spolupráce rodiny tak, že **příbuzní klienta** ještě před přijetím klienta **vědí, že bude jejich spolupráce nezbytná**. Pracovnice to dokládá slovy: „*Prostě ta rodina to ví, že s námi musí spolupracovat, tady to prostě jinak nejde a oni vědí, do čeho jdou.*“ Roli zde tak pravděpodobně hraje způsob, jakým je rodině potřeba spolupráce vyložena.

V případě, kdy z jakéhokoliv důvodu nemohou příbuzní zařízení navštěvovat, je podle některých pracovníků vhodné být alespoň v **telefonickém kontaktu** s rodinou klienta.

Omezení plynoucí z někdy výrazných změn, které se u klienta po příchodu do zařízení podle pracovníků vyskytují, způsobují rychlé zastarávání informací sdělených blízkými daného člověka. Problém je možné vyřešit **pravidelnou aktualizací** těchto vstupních informací. V jednom z DZR takovým způsobem pravidelně doplňují a upravují formulář s názvem „Osobní analýza potřeb“, který prvotně vyplňuje rodina či sociální pracovník, i poté však dokument zůstává „živým“ zdrojem informací.

#### **9.1.4 Problémy a jejich řešení**

Ve sdělení pracovníků se objevovaly zejména následující obtíže, se kterými se při individuálním plánování setkávají:

- problém **sestavit individuální plán**
- problém **stanovit osobní cíl** klienta
- problémy při **aktualizaci plánu**
- problémy pramenící ze **specifik cílové skupiny**

(změna stavu klienta, nedostatek informací o klientovi, problémy s narušením paměti klienta, problém s komunikací s klientem)

- problémy některých pracovníků s **ovládáním počítače**
- plánování znamená přílišnou **časovou zátěž**
- problémy pramenící z **požadavků** vedení či jiných orgánů

Jedním z nejčastěji uváděných problémů bylo **sestavení plánu**, kdy pracovníci nevědí, co do plánu napsat, nebo nemohou nalézt vhodné formulace slov, které by mohli použít. Jedna z pracovník takový problém řeší tak, že počká, než ji něco napadne. V ostatních zařízeních však obvykle možnost počkat nemají. Stejný problém mají pracovníce v případě **formulace osobního cíle**. Pokud nemohou pracovníce nalézt žádné vysloveně individuální přání, pomohou si někdy tím, že jako osobní cíl zvolí účast klienta na skupinové aktivitě. Jak bude dále rozvedeno, v každém zařízení mají jiné požadavky na aktualizaci plánu a cílů. Pokud jsou pracovníci nuceni po každém časovém období hledat další ještě „nepoužitě“ cíle, vyvolává to v nich negativní pocity. Jak uvádí jedna z pracovník: „*Tohlecto je nejhorší, že pořád musíme něco vymyšlet.*“ Obdobně situaci hodnotí

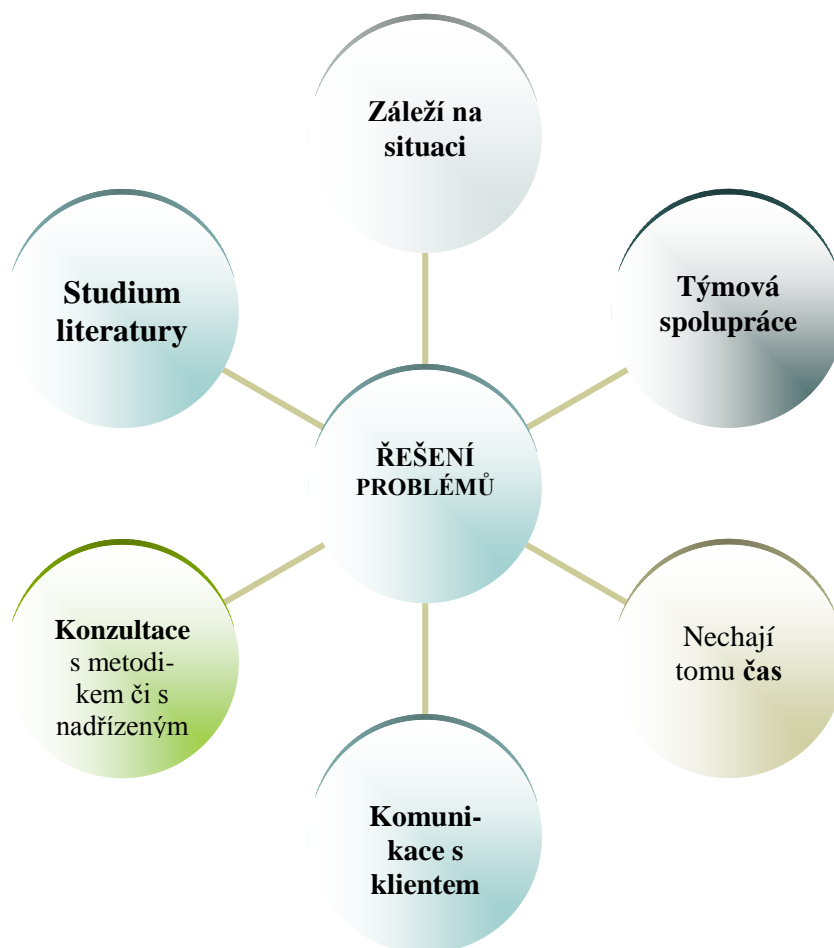
pracovnice z jiného zařízení: „Fakt je to o tom, že člověk trochu obtížně hledá věty, jak to napsat trochu jinak, než jsem to napsala minule, když ono to funguje pořád stejně.“

Některé pracovnice uvedly, že při zavádění plánování v počítačovém programu měly některé jejich kolegyně **problémy s prací na počítači**, na kterém do té doby neuměly pracovat, a tak zavádění tohoto způsobu plánování naráželo v tomto ohledu na odpor některých zaměstnanců. Po nějaké době však již tyto problémy vymizely.

V jednom zařízení se hned několik pracovnic vyjadřovalo velice negativně o individuálním plánování. Podle nich zabírá plánování čas, který by mohly věnovat klientům. Navíc byly zdejší pracovnice nespokojeny s tím, že do plánů nesmí psát to, jak to klient cítí, že se musí vyjadřovat pouze pozitivně, a pokud má klient nějaké trápení nebo řekne, že chce umřít, tak se to v plánu nesmí objevit. Takto byly nadřízenými instruovány podle jejich mínění na základě toho, co bylo doporučeno inspekcí poskytování sociálních služeb.

Grafické znázornění v **Grafu 5** ukazuje na způsoby, jakými pracovníci řeší problémy, na které narážejí.

**Graf 5 – Grafické znázornění řešení problémů**



Způsob, jakými jsou v daném DZR řešeny problémy, souvisí s tím, z jakých zdrojů pracovníci obvykle vycházejí nebo jakým způsobem probíhá týmová spolupráce a podpora klíčových pracovníků. Hledání odpovědi v literatuře se objevilo jen v jedné výpovědi, nejčastěji pracovníci uváděli spolupráci s kolegy v týmu. Vždy však také velmi záleží na řešeném problému.

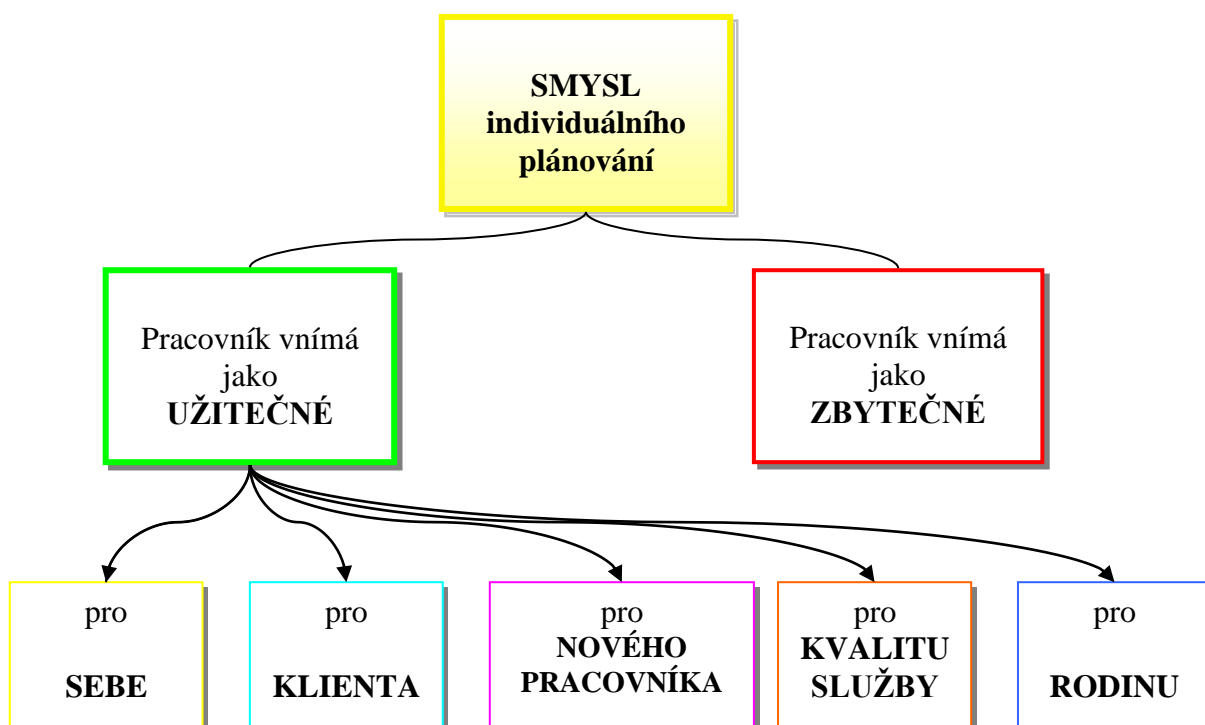
## 9.2 Průběh plánování v DZR

Jednou z oblastí výzkumu bylo zjištění toho, jak plánování v DZR probíhá. Výsledky ukazují na velké rozdíly jak v chápání smyslu plánování, tak v jeho praktické aplikaci, která může nabývat velmi rozmanitých podob.

### 9.2.1 Smysl a význam plánování

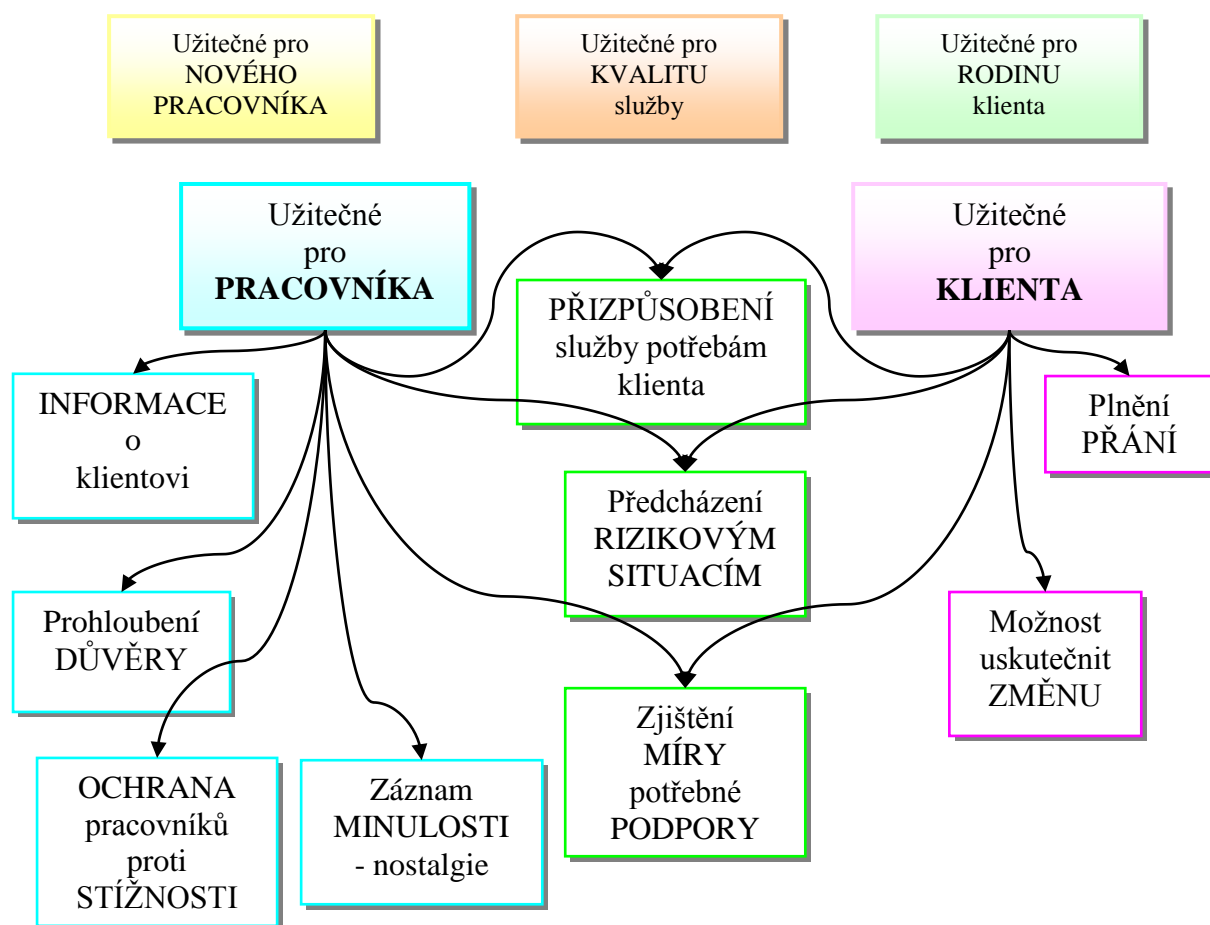
Význam, jaký je individuálnímu plánování v zařízení přisuzován, byl zkoumán jednak skrze definice plánování uváděné v metodikách DZR a pak také pomocí toho, jak sami klíčoví pracovníci plánování rozejdí. Ačkoliv se v jiných oblastech užitečnost metodik neukazovala (metodiky se často neshodovaly s realitou, pracovníci k nim neměli přístup či je viděli při výzkumném šetření podle jejich slov poprvé), v oblasti smyslu plánování se ve většině případů pohled pracovníka shodoval se slovy v metodice. Jaké významy jsou individuálnímu plánování v DZR přisuzovány, zachycuje **Graf 6**.

**Graf 6 – Grafické znázornění smyslu individuálního plánování**



Význam plánování byl doceňován nejčastěji **z pohledu** výhod plynoucích pro samotného **pracovníka** a z výhod, které plánování znamená pro **klienta** služby. V **grafu 7** je možné vidět konkrétní výhody, které plánování pro pracovníka a pro klienta přináší, zároveň jsou zde názorně ukázány oblasti, ve kterých se zájmy těchto subjektů **setkávají**. Například **přizpůsobení služby potřebám klienta** je nespornou výhodou pro klienta, ale pracovníci opakovaně uváděli, že i pro ně je dobré, když vědí, čím mohou klientovi zpříjemnit pobyt v zařízení a jak s klientem mají pracovat. Pracovníci tak v rozhovorech projevovali výraznou ochotu přizpůsobovat službu informacím, které o klientovi mají, a ukázalo se, že za nejvyšší přínos plánování považují pracovníci právě získávání informací o klientovi. Naopak užitečnost plánování pro ochranu pracovníků před stížnostmi, pro zvyšování kvality služby nebo pro rodinu bylo zmiňováno jen vždy po jednom zařízení či se objevovalo pouze v metodickém materiálu k individuálnímu plánování.

**Graf 7 – Grafické znázornění smyslu plánování pro pracovníka a pro klienta**



Nejčastěji uváděným významem individuálního plánování se ukázal **sběr a práce s informacemi** o klientovi a **přizpůsobování sociální služby** těmto informacím, jako je

výběr aktivit nebo míra poskytované podpory. Ve třech případech pracovníci uvedli, že v plánování **žádný smysl nevidí** a provádí ho jen z toho důvodu, že musí. Toto tvrzení se více objevovalo u poskytovatelů označených jako „velcí“, ani v jednom z nich nevyužívali k plánování biografii klientů a také neměli zavedené plánování v počítačovém programu, ale pouze ve formě písemných formulářů.

### 9.2.2 Zjišťované informace o klientech

Další z oblastí, která byla v rámci šetření zkoumána, je šíře a hloubka informací, které pracovníci v DZR o klientech zjišťují, a také způsob, jakým je zaznamenávají a předávají mezi sebou. Které informace jsou o klientech zjišťovány, ukazuje tabulka **Tab. 7.**, vytvořená na podkladě jednotlivých formulářů, jež jsou pro záznam těchto údajů v DZR vytvářeny.

**Tab. 7 – Oblasti informací, které jsou o klientech zjišťovány**

Zjišťované informace o klientech	Četnost v DZR
komunikace	4
mobilita	4
smyslová omezení	1
spánek a odpočinek	2
sebeobsluha	6
stravování	3
oblíbené aktivity	4
osobní zájmy	3
rizika	2
pomůcky	1
režim dne	1
spouštěče negativních emocí	1

Z tabulky vyplývá, že nejčastěji v DZR zjišťují míru zachovaných schopností klienta v oblasti sebeobsluhy.

Jedna z podoblastí zjišťovaných informací jsou záznamy o potřebách a zájmech klientů. Jak se od sebe lišila různá pojetí zájmů a potřeb, zachycuje tabulka **Tab. 8** na následující stránce. Z ní vyplývá, že se popis potřeb klienta zaměřuje častěji na aktivity a zájmy osoby než na její potřeby v oblasti sebeobsluhy.

Tabulka **Tab. 9** na následující stránce ukazuje, v kolika zařízeních jsou pro snadný přehled o zájmech a potřebách klientů využívány osobní profily, které na jedné či dvou stranách přehledně ukazují to nejdůležitější, co je o klientovi dobré vědět.

**Tab. 8 – Zaměření potřeb a zájmů klienta**

Zaměření potřeb a zájmů klienta	Četnost v DZR
aktivity a zájmy klienta	7
sebeobsluha	3
informace o potřebách a zájmech nejsou vedeny	1
Kategorie potřeb a zájmů	Příklady
potřeby vycházející z osobnosti a <b>preferencí</b> osoby	sedět v křesle společnost hezky se oblékat
potřeby zaměřené na <b>aktivity probíhající</b> v DZR	chodit na procházky cvičení trénování paměti poslech hudby kontakt se zvířaty účast na aromaterapiích
potřeby zaměřené aktivity, které provozuje klient <b>samostatně</b>	křížovky televize četba pletení
potřeby vycházející z <b>biografie</b> klientů	chodil do Sokola hrál na housle
příklady potřeb zaměřených na <b>sebeobsluhu</b>	vysazování z lůžka trénování chůze

**Tab. 9 – Vytváření osobního profilu klienta**

Vytváření osobního profilu klienta	Četnost v DZR
Ne	6
ano	3
- s vizuálními prvky	1
- bez vizuálních prvků	2

Tabulka **Tab. 10** ukazuje, kolik DZR vytváří v nějaké formě **biografii klientů**. Často je dána plná volnost rodinám klientů k tomu, aby o klientovi napsali to, co považují za důležité. Takové informace pak nelze označit za biografii v pravém slova smyslu a často neobsahují příliš mnoho informací, protože rodiny obvykle nevědí, co napsat a jak moc je jejich sdělení pro poskytování individualizované služby důležité.

**Tab. 10 – Vytváření biografie klientů**

Biografie klientů	Četnost v DZR
ano	3
Ne	2
plánují vytvořit	1
rodina napíše na papír	3

Odkud jsou čerpány biografické údaje o klientech, znázorňuje tabulka **Tab. 11** na následující straně.

**Tab. 11 – Zdroje biografických informací o klientovi**

Zdroje biografických informací	Četnost v DZR
rodina	7
klient	2
personál	4

Způsob **využívání vzpomínkových předmětů** ilustruje jedna z pracovnic DZR takto: „Velice hezky se pak navazuje komunikace, když je třeba rozrušený, tak vytáhneme fotky a bavíme se třeba na to téma, které víme, že má ráda, které pozná, které uklidňuje.“

Mimo druh zjišťovaných informací bylo v rámci výzkumu také zkoumáno, kde jsou tyto informace zaznamenávány. Způsoby zaznamenávání jsou uvedeny v tabulce **Tab 12**.

**Tab. 12 – Způsob zaznamenávání informací o klientových potřebách a zájmech**

Způsob zaznamenávání informací o klientových potřebách a zájmech	Četnost v DZR
zápis z porady	1
nemají přímo určené místo nebo nemohou záznamy nalézt	2
dokument k tomu určený	7

Dokumenty, které jsou v zařízeních určeny pro zaznamenávání informací o potřebách a zájmech klientů, mohou mít velmi **rozdílná označení**. Příkladem mohou být následující označení dokumentů: Osobní analýza potřeb, Biografický list, Životopis, Dekurz, Monitoring, Individuální plán péče apod..

Tabulka **Tab. 13** ukazuje formy, v jakých byla ve zkoumaných zařízeních vedena dokumentace klientů.

**Tab. 13 – Forma vedené dokumentace o klientech**

Forma vedené dokumentace o klientech	Četnost v DZR
elektronicky bez programu k tomu určenému	1
elektronicky za použití programu Cygnus®	5
písemný dokument k tomu určený	5

Nejčastější formou vedení dokumentace se ukázalo být využití programu **Cygnus®**, který není používán pouze ve třech z devíti zařízení. Způsob využití toho programu se však v jednotlivých DZR ukázal poměrně rozdílný. Ve dvou zařízeních program sice mají, ale nepoužívají ho k individuálnímu plánování ani k předávání si informací o klientech, a v jednom zařízení v současné době na program přecházejí, takže vedou souběžně písemnou i elektronickou formu dokumentace. Ve většině DZR je plánování v Cygnusu® doplňováno o formuláře k plánování, které si může vzít pracovník s sebou ke klientovi,

někde však podobné formuláře zavedené nemají. Jak může takový doplňující formulář vypadat, je možné vidět v přílohách M. a G. Že ani počítačový program nezabraňuje **různorodému pojetí** individuálního plánování, dokládají slova metodičky: „*I v tom Cygnusu to všude dělají jinak, každý tomu jinak rozumí.*“

Výzkumné šetření se také zabývalo způsoby, jakými jsou informace mezi pracovníky předávány. Tyto způsoby zachycuje tabulka **Tab. 14**.

**Tab. 14 – Způsoby předávání informací mezi pracovníky**

Způsob předávání informací mezi pracovníky	Četnost v DZR
porady	7
dokumentace klienta	5
ústně mimo čas k tomu určený	5
písemná hlášení	5

Písemným dokumentem, skrze který jsou předávány informace o klientech, mohou být právě individuální plány. V některých zařízeních však plány tuto funkci neplní, protože klíčoví pracovníci znají plány pouze svých klientů a do plánů ostatních nenahlížíjí.

Příkladem dobré praxe v předávání informací je jedno ze zařízení, ve kterém mají velmi rozvinutou **týmovou spolupráci** v rámci individuálního plánování. Klíčový pracovník zde má na starosti zjišťování toho, co by klient rád, ale plánování a realizace plánů pak probíhá již společně s ostatními pracovníky. Naproti tomu v některých zkoumaných zařízeních je klíčový pracovník nejen na plánování, ale i na realizaci plánů více méně sám.

### 9.2.3 Průběh plánování

**Fáze individuálního plánování**, tak jak je v DZR uvádějí metodické pokyny pro plánování, jsou shrnuty v tabulce **Tab. 15** na následující straně.

Tabulka **Tab. 16** pak zachycuje rozdílnost **termínů**, které mají pracovníci určené k pravidelné aktualizaci plánů. V některých případech je těchto lhůt více a každá platí pro jiný druh plánu. Také se termíny liší na základě toho, co aktualizace obsahuje: zda jde pouze o kontrolu toho, jestli nenastala nějaká změna (např. u tzv. plánů péče), nebo zda jde o zcela nové plánování s nutností změnit stanovené cíle (např. u tzv. plánů osobních cílů). V jednom ze zařízení si pracovníci mohou vybrat, zda při hodnocení buď jeden z cílů vyhodnotí, nebo zda stanoví cíl nový. Velmi tak záleží na obsahu a pojetí individuálních plánů.

**Tab. 15 – Fáze individuálního plánování**

Název fáze	Četnost v metodikách
fáze sestavení individuálního plánu	5
fáze mapování potřeb	3
fáze před nástupem klienta	2
fáze po nástupu klienta	2
fáze revize plánu	2
fáze kontroly	1
fáze zapisování do počítače	1
fáze realizace	1

**Tab. 16 – Termíny aktualizací plánů**

Termíny aktualizací plánů	Četnost v DZR
1x/měsíc	4
1x/6 měsíců	3
1x/3 měsíce	2
podle potřeby	2
1x/2 měsíce	1

V jednom zařízení **nemají stanovené termíny** aktualizací plánů. Plány zde mají být měněny v případě změny zdravotního stavu klienta. Zdejší klíčová pracovnice však tento způsob hodnotila negativně. Byla by raději, kdyby byla stanovena pevná lhůta, která by jí dávala vyšší míru jistoty. Sama pro sebe si tak tento termín stanovila na 3 měsíce, což je podle ní doba, za kterou nejčastěji dochází u klientů k nějaké změně.

Tabulka **Tab. 17** ukazuje, zda a v jaké délce mají v DZR nastavenou tzv. **adaptační dobu**, což je období po příchodu klienta do zařízení. Ve vztahu k individuálnímu plánování se může jednat buď o variantu, kdy s klientem není po tuto dobu prováděno plánování, protože teprve dochází ke vzájemnému poznávání, nebo ve druhé variantě se naopak jedná o období ještě intenzivnějšího plánování, protože dochází k nastavování ideálního přizpůsobení péče, která je pak již téměř neměnná.

**Tab. 17 – Délka adaptační doby**

Délka adaptační doby	3 měsíce	2 měsíce	1 měsíc	3 týdny	2 týdny
četnost v DZR	2	1	1	1	1

V jednotlivých DZR bylo také možné vysledovat, jaké je rozdělení podílů na plnění individuálních plánů z hlediska podílu klienta, rodiny a personálu. Tabulka **Tab. 18** mimo

jiné také uvádí, v kolika zařízeních je vyžadován podpis klienta pod naplánovaný individuální plán. Z tabulky je patrné, že výrazně nejvyšším podílem se na plnění plánů podílejí pracovníci, což je pravděpodobně dalším specifickým plánování s osobami se syndromem demence.

**Tab. 18 – Podíly osob na plnění plánu**

Podíly osob	Podíl klienta	Podíl rodiny	Podíl personálu	Vyžadování podpisu klienta
četnost v DZR	6	3	9	3

#### 9.2.4 Podoba individuálních plánů a osobních cílů

Podoby individuálních plánů byly v jednotlivých DZR velmi odlišné. Tabulka **Tab. 19** ukazuje, zda a kolik je vedeno plánů, tabulka **Tab. 20** popisuje formáty plánů, tabulka **Tab. 21** míru jejich standardizace, tedy kolik prostoru zde má pracovník pro vlastní nápaditost. Tabulka **Tab. 22** pak uvádí, jakou mají plány vizuální podobu.

**Tab. 19 – Vytváření individuálních plánů**

Individuální plán	Četnost v DZR
ne	0
ano	9
- jeden druh plánu pro každého klienta	4
- dva druhy plánů pro každého klienta	4
- čtyři druhy plánů pro každého klienta	1

**Tab. 20 – Formát plánů**

Formát plánů	Četnost v DZR
počítačový program	5
pisemný formulář	4
tabulka	2

**Tab. 21 – Míra standardizace plánů**

Míra standardizace plánů	Četnost v DZR
mírně standardizovaný	4
středně standardizovaný	2
velmi standardizovaný	1
nelze odhadnout	2

**Tab. 22 – Vizuální podoba plánů**

Vizuální podoba plánů	Četnost v DZR
1-2 strany	5
více stran	2
nelze odhadnout počet stran	2
bez obrázků	8
s obrázky	1

Plány, které jsou v zařízeních o klientech vedeny, lze rozdělit na plány péče a na plány osobních cílů. První se zaměřují na přizpůsobení každodenního režimu, a pokud jsou stále aktuální, nemusí docházet k jejich změně, protože upravují obvykle opakující se úkony a činnosti. Druhý typ plánů se zaměřuje na jednotlivou neopakovatelnou akci nebo činnost. Stejně dělení plánů je také obsaženo v programu Cygnus®. V praxi však dochází k různému pojetí. Tabulka **Tab. 23** zachycuje míru využití plánů péče v DZR a zároveň uvádí příklady položek, které jsou skrze tyto plány plánovány.

**Tab. 23 – Plány péče a příklady plánovaných položek v plánech péče**

Plány péče	Četnost v DZR
ano	4
Ne	5
plánují je zavést (na doporučení Inspekce kvality sociálních služeb)	1
Příklady plánovaných položek	
průběh celkové koupele - kdy, jakým způsobem, na co si dát pozor	
míra podpory při pomoci s hygienou	
koupel - kdy, jak, míra podpory	
denní režim, čas vstávání apod.	

Jaké je v zařízeních zastoupení plánů osobních cílů, ukazuje tabulka **Tab. 24**, ze které je patrné, že tento typ plánů je v DZR nejčastější. Zároveň tabulka ukazuje různé druhy cílů a jejich příklady.

**Tab. 24 – Plány osobních cílů a příklady plánovaných položek v plánech cílů**

Individuální plány osobních cílů	Četnost v DZR
ano	8
Ne	1
Zaměření osobních cílů	Příklady osobních cílů klientů
obecný cíl	být šťastná, spokojená být ve společnosti ostatních uživatelů
cíle zaměřené na soběstačnost	udržení částečné soběstačnosti udržení psychického a fyzického stavu zvládnou berle sama se najíst, sama se učesat
cíl zaměřený na účast na skupinové akci či aktivitě	zúčastnit se akce Zahradní slavnost procvičování krátkodobé paměti
cíl zaměřený na úpravu prostředí	přinesení hodin ze starého domova
cíl zaměřený na setkání se	setkání s manželem
cíl zaměřený na oblíbené činnosti	zapálit si cigaretu, dát si kávu chodit na procházky procházka s klíčovým pracovníkem po vsi pravidelné čtení klientce sbírání šišek

Vedle uvedeného dělení plánů jsou v DZR uplatňována i **jiná dělení**. V jednom ze zařízení využívali dělení na plány krátkodobých a dlouhodobých cílů. V tomto dělení je však možné zaznamenat nejasnosti ohledně toho, do jaké kategorie jaký cíl patří. Nejvíce se však v tomto ohledu lišilo od ostatních jedno ze zařízení, ve kterém měli zpracované čtyři druhy plánů pro každého klienta. Ve zmíněném DZR mají jiné druhy plánů pro jednotlivé fáze plánování. První je „Dohodnutý plán péče“, který vyplňuje sociální pracovník s rodinou, po příchodu do zařízení se plán ověřuje a mění vzhledem k novým podmínkám. Z toho vzniká „Tabulka pro zapisování informací o klientovi v adaptačním období“, s jejíž pomocí jsou tvořeny specifické postupy pro podporu každého klienta a vzniká z ní tabulka „Denní režim klienta“ (viz. příloha F), která se pak již příliš nemění. Vedle toho je tvořen „Týdenní rozvrh“, který obsahuje dění, které se klienta týká a jedná se o vybočení z jeho běžném denním režimu.

Zařízení se také liší v oblasti vypracovávání tzv. **krizových plánů**, které pomáhají předcházet rizikovým situacím, jako je např. zaskočení stravy nebo pád klienta. Stav v této oblasti zachycuje tabulka **Tab. 25**.

**Tab. 25 - Individuální krizové plány**

Individuální plány rizikových situací	Četnost v DZR
ne	5
ano	4
- z toho mají plány u sebe zdravotní sestry	3

Jak z tabulky vyplývá, jen v jednom DZR jsou tyto plány běžnou součástí sociální dokumentace klienta, v ostatních domovech jsou tyto údaje řazeny do oblasti zdravotnické dokumentace. Takový postup je podle sdělení jedné z pracovníků podporován inspekcí poskytování sociálních služeb, která po uskutečnění inspekce toto zřetelné odlišení zdravotnické a sociální oblasti doporučovala.

### 9.2.5 Návrhy pracovníků na změnu

Do oblasti způsobů provádění individuálního plánování také patří náměty pracovníků, které se k této oblasti vztahují. Jedna z pracovníků by uvítala větší spolupráci s rodinami klientů. Pracovnice z jiného DZR by byla ráda za prohloubení informací, které jsou o klientech zaznamenávány. Jiná pracovníce by chtěla odstranit nejednotnost v termínech aktualizací plánů. Pracovnice z jednoho z DZR by rády zrušily veškerou administrativu okolo individuálního plánování a čas, který by tím získaly, by věnovaly přímé práci s klienty.

### 9.3 Role klíčových pracovníků

Poslední část výzkumného šetření se věnovala postavení klíčových pracovníků v DZR a podmínkám, ve kterých tuto pozici vykonávají.

#### 9.3.1 Pracovní podmínky klíčových pracovníků

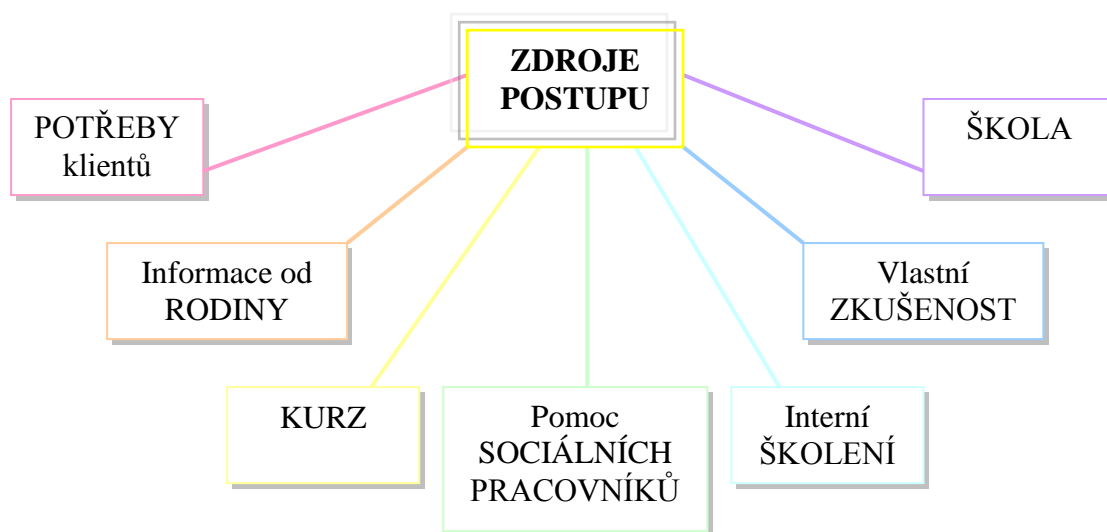
Ze šetření vyplynulo, že na každého klíčového pracovníka **připadají** v průměru **tři klienti**. Toto číslo bylo zároveň i nejčastější (modus) i prostřední hodnotou (medián). Počty se pohybovaly od jednoho po nejvíce pět klientů na pracovníka. V některých zařízeních měli všichni pracovníci stejný počet klientů, v jiných se počet lišil na základě zkušenosti pracovníka nebo podle míry obtížnosti plánování s daným klientem.

**Čas**, který pracovníci plánování čistě věnují, se ukázal jako velmi obtížně vyčíslitelný a ještě obtížněji srovnatelný mezi sebou. Je to z důvodu rozmanitosti individuálního plánování, pod které v jednotlivých DZR zahrnují jiné činnosti, a také tím, že čas věnovaný plánování nemají pracovníci obvykle nijak ohraničený. Pro někoho je plánování součástí každého kontaktu s klientem a jiní se jím zabývají jen v okamžiku, kdy aktualizují plán. Někteří z pracovníků uváděli, že mají na plánování času dostatek, v jiných DZR se zase pracovníci potýkají s nedostatkem času. Tento nedostatek je pak v jednom případě kompenzován prací doma a ve třech dodělávají pracovnice plány o nočních službách. Nemožnost vytváření plánů v rámci běžné pracovní doby dokládá pracovnice slovy: „*To by mohl každý pracovník si tu na hodinu sednout, a tím pádem spadá veškerá práce na toho druhého. (...) Děvčata to mají jednodušší, že si mohou vypracovat individuální plány na nočních, ono na tý noční se ten čas vždycky nějakým způsobem najde.*“ Zároveň tato pracovnice uvádí, že v jejím předchozím zaměstnání měli čas na plánování vyhrazený bez toho, aby v tu dobu měli na starosti jiné povinnosti, a tento současný nedostatek hodnotí jako rezervu do budoucna.

#### 9.3.2 Vzdělání a dovednosti

Jednou ze zkoumaných oblastí byly zdroje, ze kterých pracovníci čerpají náměty na to, jak při plánování postupovat. Bylo zjištěno, že v pěti DZR uplatňují pracovníci spíše jednotný přístup a ve čtyřech se pojetí plánování liší podle individuality jednotlivých pracovníků. Zdroje postupu pak zobrazuje **Graf 8**.

**Graf 8 – Zdroje postupu při individuálním plánování**



Nejčastěji pracovníci uváděli, že postupují na základě úvodního školení, které proběhlo přímo u nich v organizaci. V jednom z DZR projevovaly pracovnice velmi negativní hodnocení kurzů, kterých se účastní. Podle zdejších pracovníků je velmi důležité, aby lektor, který kurz vede, měl praktické zkušenosti s přímou péčí o klienty. Tito lektori podle pracovníků nejlépe rozumí problémům, se kterými se potýkají.

Mezi **absolvovanými kurzy** se třikrát objevil kurz Psychobiografického modelu péče. Dvě z pracovníků se účastnily kurzu bazální stimulace a jedna uvedla kurz validačních metod. Rozložení absolvovaných kurzů bylo ve výběrovém souboru poměrně nerovnoměrné. Zatímco pracovníci některých zařízení absolvovali více různých kurzů zaměřených na práci s lidmi se syndromem demence, jiní se účastnili pouze počátečního školení o individuálním plánování. Podle sdělení jedné z pracovníků jsou kurzy příliš nákladné a neví, zda by jí je mohl zaměstnavatel zaplatit. Tři pracovnice uvedly, že žádný kurz nepotřebují. Dvě z pracovníků by rády nějaký související kurz navštívily, což může souviset s tím, že tyto dvě pracovnice absolvovaly pouze interní školení.

Mezi **dovednostmi**, které práci klíčových pracovníků mohou usnadňovat a vyllynuly z rozhovorů, patří následující:

- komunikace s osobami s narušenými komunikačními schopnostmi
- užívání stimulačních technik
- používání výrazů, které usnadní komunikaci
- schopnost práce s předměty, fotografiemi a obrázky
- používání neverbální komunikace

- vlastnosti, jako je důvěryhodnost, trpělivost, vlídnost, humor, nadhled a empatie
- využití reminiscence a práce s biografií klienta
- schopnost komunikovat s rodinou klienta
- pozorování

### 9.3.3 Náměty pracovníků na zlepšení pracovních podmínek

Někteří z klíčových pracovníků by uvítali **více času** na práci s klienty, a tedy méně času věnovaného administrativě. Tato administrativa je způsobená nutností neustále zapisovat to, co dělali. V jiném zařízení by zase pracovnice uvítala **více personálu**, čímž by se pracovníci mohli spíše věnovat individuální práci s jednotlivými klienty. Jedna z pracovnic by uvítala **pomoc dobrovolníků**. Větší spoluprací s dobrovolníky by bylo možné částečně vyhovět i oběma předchozím námětům.

### 9.3.4 Postavení, podpora a kontrola

V oblasti **postavení klíčových pracovníků** v domovech bylo zkoumáno, zda mohou pracovníci navrhnout změnu ve způsobu individuálního plánování. Změnu pracovníci navrhují trojím způsobem – tak, že oznámí návrh sociální pracovníci, přednesou ho na poradě nebo ho zapíšou na místo, kde si pracovníci předávají informace. Asi v polovině zařízení dotazovaní uvedli, že změnu mohou navrhnout a vědí, že se jejich návrh vyzkouší.

Další zkoumanou oblastí byla **podpora**, která se klíčovým pracovníkům dostává a která byla zjišťována zejména z hlediska poskytování rad. Polovina pracovnic uvedla, že mívají **konzultace** se sociálním pracovníkem, metodičkou nebo s vedoucím pracovníkem. Podpora z těchto stran může mít formu emailové komunikace, telefonního kontaktu, schůzek dle potřeby nebo pravidelných setkání. Na otázku, zda tyto rady koordinátorů plánování pracovníkovi pomáhají, odpověděla jedna pracovnice takto: *„Určitě ty rady pomáhají, protože jak jsem říkala - není to o jednotlivci, je to o spolupráci. A zase oni se můžou od té rodiny něco dozvědět, co zase já nevím, takže z každého, když se to pak dá dohromady, tak je to určitě pro dobro.“* Ne ve všech zařízeních jsou však podobné konzultace zavedeny. Pracovnice jednoho zařízení, která nemá nikoho, s kým by se mohla poradit, k tomu uvádí: *„Já to pak odevzdám, když ten člověk umře, a nikdo mi na to nic neřekne, že to dělám špatně, ani mi za to nepoděkuje, ani mi za to nic nepřidá.“*

Vedle těchto konzultací uváděly pracovnice nejčastěji předávání si rad a podporování se **mezi pracovníky navzájem**. To může probíhat v rámci pravidelných porad, ale

z rozhovoru vyplynulo, že se pracovníci radí spíše při běžném každodenním kontaktu. Důležitou a často uváděnou formou podpory byla možnost změnit klíčového pracovníka v případě, kdy se ukáže, že si budou klient a pracovník navzájem lépe vyhovovat.

Dalšími formami podpory, které nebyly zmiňovány v rozhovorech, ale v metodických pokynech, jsou například supervize nebo morální ocenění pracovníka.

Posledním zkoumaným okruhem byla přítomnost **kontroly** toho, jak klíčoví pracovníci vykonávají své povinnosti. Ta byla uváděna v mnohem nižší míře než oblast podpory. V několika zařízeních neprobíhá kontrola žádná. Tam, kde probíhá, bývá vykonávána sociálním pracovníkem, vedoucím, metodikem kvality nebo staniční sestrou.

## **9.4 Souhrn hlavních zjištění**

V rámci výzkumného šetření **byly nalezeny odpovědi na všechny výzkumné otázky** uvedené v kapitole 6.2. Odpovědi na jednotlivé dílčí otázky jsou obsahem výsledkové části (kapitola 9). Nyní budou uvedena pouze hlavní zjištění.

### **9.4.1 Specifika individuálního plánování s osobami se syndromem demence**

Jako hlavní specifika individuálního plánování s osobami se syndromem demence byly zjištěny odlišnosti plynoucí z úbytku schopností v oblastech komunikace, paměti, orientace a myšlení. Plánování se ukázalo jiné v míře podrobnosti zpracovávaných plánů, v dynamice, s jakou se mění zdravotní stav klientů, a v oblasti zaměření se na mírně odlišné potřeby klienta. Omezení v plánování, která z uvedených specifíků vyplývají, jsou vyrovnávána využíváním dalších zdrojů informací nebo používáním metod, které pomáhají navázat komunikaci s osobou se syndromem demence. Jako důležitá se v této oblasti ukázala spolupráce s rodinou a znalost minulosti klienta zaznamenávaná nejčastěji v podobě biografie. Roli zde také hraje přirozená znalost klienta pracovníky DZR, která je podporována velikostí zařízení či jednoho oddělení a délkou pobytu klienta v jednom zařízení.

Formy spolupráce s rodinou a blízkými klienta jsou různorodé. Míra, jakou je rodina do plánování a poskytování péče a podpory zapojována, záleží na její ochotě se zapojit a ve značné míře také na DZR, jakým způsobem s rodinami pracuje a jaké příležitosti k zapojení pro ně vytváří.

### **9.4.2 Průběh plánování ve vybraných DZR**

Průběh a způsob plánování se ukázal v jednotlivých DZR značně rozdílný. Liší se jak ve významu, který je plánování přikládán, tak v jeho konkrétní realizaci. Ta může být odlišná z hlediska druhu informací, které jsou o klientech zjišťovány, dále v tom, jak jsou tyto údaje uchovávány a předávány mezi pracovníky. Nejčastěji zjišťovanou oblastí je míra soběstačnosti klienta a skladba jeho oblíbených aktivit. K předávání informací nejsou obvykle vytvářeny osobní profily klientů, informace jsou zaznamenávány do jiných písemných dokumentů. Dokumentace klientů je v polovině zkoumaných DZR vedena v počítačovém programu Cygnus® a v polovině případů v papírové formě. Pracovníci si nejčastěji předávají informace o klientech ústně, a to buď v rámci organizovaných pracovních porad, nebo při běžném každodenním kontaktu.

Rozdílné jsou také fáze, ve kterých plánování probíhá, stejně jako druhy a podoba individuálních plánů i cílů klientů. V jednotlivých DZR jsou vedeny rozdílné druhy plánů. Přibližně v polovině zařízení je zpracováván plán jeden a v druhé polovině pracují se dvěma druhy plánů. Zaměření cílů je různé, některé cíle směřují spíše k udržení či zlepšení stávající soběstačnosti klienta, jinde jsou cíleny na zprostředkování oblíbených aktivit.

### **9.4.3 Role klíčových pracovníků a jejich pracovní podmínky**

Pracovní podmínky klíčových pracovníků jsou v jednotlivých DZR rozličné. Průměrný počet klientů připadajících na jednoho pracovníka je tři. Čas věnovaný pouze individuálnímu plánování lze jen obtížně změřit, protože tento čas nebývá jasně ohraničený. Někteří pracovníci ho hodnotí jako dostatečný, a jiní nikoliv. Role klíčových pracovníků se ukázaly jako rozdílné zejména z hlediska spolupráce mezi pracovníky a z pohledu podpory, která je jim poskytována. Asi polovina dotazovaných uvedla, že mají k dispozici konzultace s nadřízeným. Vzniklé problémy řeší pracovníci nejčastěji se svými kolegy. Z hlediska kontroly výkonu povinností jsou výsledky rozdílné, v některých zařízeních neprobíhá kontrola žádná.

## 10 Diskuze

Výsledky výzkumu potvrdily některé - v literatuře uváděné - skutečnosti. Byly však také nalezeny oblasti, ve kterých se tvrzení uváděná v některých zdrojích nepotvrdila. Při výzkumném šetření byly objeveny zajímavé vztahy a na jejich základě je možné vyjmenovat některé významné prvky, které mají rozhodující vliv na způsob smysluplného využití nástroje individuálního plánování u osob se syndromem demence. Tyto prvky je pak vhodné dále rozvíjet a hledat cesty k jejich širšímu uplatnění.

V oblasti **specifik individuálního plánování u osob se syndromem demence** bylo při výzkumném šetření potvrzeno, že má toto plánování odlišné rysy od plánování s osobami bez narušených kognitivních funkcí. Některé změny, které u člověka s demencí probíhají, jsou pro plánování zásadnější než jiné. Nejvýrazněji se ze změn, které byly uvedeny v teoretické části práce, do plánování promítají následující: ztráta paměti, poruchy řeči a problémy týkající se orientace. Vedle těchto změn také uváděli pracovníci potřebu podrobnějšího zaznamenávání si informací, nutnost reagovat na časté změny zdravotního stavu klienta a uzpůsobit plán změněným potřebám klienta. Posledně jmenované může znamenat například větší zaměření se na oblast uzpůsobování poskytované péče než na oblast zájmů a zálib klienta.

### ➤ **Vnímaný význam plánování**

Z hlediska **významu individuálního plánování** bylo ve většině zařízení potvrzeno, že se jedná o důležitý nástroj jak pro uzpůsobování služby potřebám klienta, tak z hlediska významu informací, které jsou touto cestou získávány a předávání mezi pracovníky. Ti mohou díky nim snáze a lépe vykonávat své povinnosti.

Ve třetině DZR zdejší pracovníci uváděli, že **v plánování žádný smysl nevidí** a činí ho jen z důvodu, že musejí. Je důležité hledat důvody toho, proč si v některých zařízeních pracovníci neumějí svou práci bez plánování představit, a v jiných je považují za něco, co jim ubírá čas od provádění smysluplných činností. V těchto zařízeních se objevovaly některé společné či podobné rysy, i když pracovníci jako primární odůvodnění zbytečnosti plánování uváděli rozdílné důvody. V těchto zařízeních se ve zvýšené míře objevovala nedostatečná či žádná spolupráce pracovního týmu. Ani v jednom z uvedených zařízení nepochybovali s biografií klientů a spolupráce s rodinami klientů nebyla v těchto zařízeních příliš rozvinutá. Tamější pracovníci se většinou účastnili pouze vstupních vnitřních školení

a neabsolvovali příliš souvisejících kurzů. Zároveň se nenalézání smyslu v plánování objevovalo spíše u velkých poskytovatelů. Mezi **faktory, které posilují vnímání užitečnosti** plánování, lze jmenovat práci s biografií, spolupráci s rodinami klientů, získávání informací od rodiny, absolvování kurzů zaměřených na péči o osobu s demencí a spolupráci v týmu. Mezi **faktory oslabující vnímání užitečnosti** plánování lze zařadit setkávání se s problémy, které pracovník neumí řešit, nemožnost obrátit se kohokoli s žádostí o radu a nedostatek informací o klientovi. Je tedy velmi pravděpodobné, že v zařízeních, ve kterých pracovníci nevidí v individuálním plánování žádný význam, nefungují dobře některé mechanismy, které mohou plánování napomáhat. V těchto zařízeních tak mohlo dojít k překroucení způsobu plánování do podoby, která skutečně žádný význam nemá.

Tím se dostáváme k často v literatuře uváděnému riziku sklouznutí k **formalizovanému individuálnímu plánování**, při kterém je činnost sice prováděna, ale bez jakéhokoliv vnitřního smyslu. Ve výzkumném šetření byla nalezena třetina takových zařízení. Zajímavostí je, že zatímco ve dvou pracovníci otevřeně uváděli, že vyplňují plány jen pro to, aby nebyly prázdné, v jednom si pracovnice pravděpodobně sama neuvědomovala, že během plánování sice zapisuje, co klient přes den dělá, ale nejedná se zde o žádné plánování poskytování podpory a péče. V jiném případě se jednalo o nemožnost přizpůsobení režimu zařízení potřebám klienta a plán, který měl toto uzpůsobení zachycovat, nemohl být pracovníkem vyplněn jinak než tak, že klient nemá žádné zvláštní požadavky.

#### ➤ **Sběr informací o klientech**

Stěžejním bodem individuálního plánování s lidmi s demencí se ukázal **sběr a zacházení s informacemi o klientovi**. Lze se domnívat, že se jedná o základní prvek individualizace služby. Zejména u osob s poruchami kognitivních funkcí je zjišťování informací obtížné. O to důležitější je jejich uchovávání a předávání si navzájem ve chvíli, kdy už schopnosti člověka s demencí na toto uchovávání a předávání nemusí stačit. Můžeme předpokládat, že u mnoha pracovníků již pouhá informace vyvolá pomyšlení na to, jakým způsobem by asi bylo možné zjištěný poznatek využít při práci s klientem. Ve způsobech, jakými jsou informace zjišťovány, se závěry výzkumu nelišily od toho, co uváděli autoři souvisejících publikací. Merhautová a Mrazíková (2011) doporučovali jako doplňující zdroje využít pozorování, informace ze sociálního šetření, konzultace s rodinami klientů nebo studium dokumentů. Mimoto se zde jako důležité zdroje ukázaly poznatky

kolegů v pracovním týmu a přirozená znalost klienta vyplývající z malé velikosti zařízení a z dlouhodobého pobytu klienta v jednom zařízení. Nemalou mezerou v získávání informací je to, že se ani jednou neobjevila možnost poskytnutí si informací z individuálního plánování mezi institucemi, kterými člověk prochází. Zejména v případě seniorů se nejedná o výjimku, že člověk před ubytováním v DZR vystřídá několik dalších sociálních a zdravotnických služeb. Informace, které by klíčový pracovník mohl získat od pracovníků jiných zařízení, kteří již klienta lépe znají, jsou značné. Pokud by se toto předávání ukázalo z důvodů ochrany osobních údajů jako neschůdné, lze si předávat informace zprostředkovaně skrz předání dokumentace klientovi a ponechání na jeho úvaze a na úvaze jeho rodiny, jak dále s informacemi naloží.

**Z metod, kterými pracovníci navazují kontakt s klientem,** se ukázaly jako nejvíce používané validační techniky, bazální stimulace a další stimulační techniky. V rámci výzkumu byly zjištěny další metody, jako je využívání reminiscence a informací z biografie klientů. S tím souvisí i používání předmětů a fotografií, které jsou klientovi blízké. Zmíněné nástroje se ukázaly jako velmi důležité a pracovníci, kteří je používají, uváděli vyšší uspokojení z individuálního plánování.

Metodami, které byly v metodických pokynech často uváděny, jsou doporučení autorů Haicla a Haiclové (2011) na využití empatické fantazie či modelového rozhovoru, avšak výzkumné šetření ukázalo, že pracovníci tyto metody neznají a nepoužívají je. Vzniká tak otázka, zda by nebylo možné zakomponovat výuku v použití těchto metod do souvisejících vzdělávacích kurzů.

Velkým limitem v oblasti předávání informací se ukázala absence **osobních profilů** klientů, jejichž vytváření je doporučováno některými autory (Malíková, 2011). Ve zkoumaných DZR byly takové profily vytvářeny pouze v několika zařízeních, jen v jednom případě byly doplněny o obrázky, ale ani ty nebyly nijak individualizované podle toho, co je pro toho konkrétního klienta důležité. Přitom se lze domnívat, že se jedná o nástroj, který může umožňovat rychlé předání informací mezi pracovníky a zároveň být vhodnou pomůckou pro navázání kontaktu s klientem.

Jednou z oblastí, která se ukázala jako důležitá pro získávání informací, ale také z hlediska dalšího využití, je **spolupráce s rodinami klientů**. Přes všechny výhody této spolupráce byla také zjištěna omezení, která jsou s ní spojena. Pracovníci často zmiňovali, že s některými rodinnými příslušníky je obtížné součinnost navázat. Zároveň však byla

nalezena taková zařízení, ve kterých se s nespolupracujícími rodinami setkávali zřídka. Je tak velmi pravděpodobné, že jsou některé skutečnosti, které spolupráci s rodinami mohou usnadňovat. Jedná se například o informovanost rodiny o důležitosti spolupráce nebo otevřenost návštěvám, uspořádávání společných rodinných akcí a vytváření příležitostí, při kterých se můžou blízcí zapojit do péče o klienta. Z hlediska přínosu pro zařízení může tato spolupráce částečně kompenzovat nedostatek času pracovníků, který mají na individuální kontakt s klientem. Ten je tak navíc doplněn o blízkost vztahu, jenž mezi blízkou osobou a klientem obvykle přetrvává. Zapojení do péče může navíc pro některé rodinné příslušníky znamenat způsob, jakým se mohou vyrovnat s negativními pocity, které může ukončení rodinné péče o blízkého doprovázet. Těmi mohou být například výčitky či pocity selhání.

Vedle problémů se získáváním informací ukázal výzkum také na obtíže související s **předáním informací** mezi pracovníky. V některých případech nejsou informace o klientech nijak zaznamenávány a jsou předávány mezi pracovníky pouze ústně. To se však vzhledem k častým personálním změnám na pozicích pracovníků v přímé péči neukazuje jako příliš vhodné. V několika případech nejsou mezi pracovníky nijak sdíleny ani individuální plány klientů. Lze se však domnívat, že jeden pracovník nemůže svým přístupem změnit způsob, jakým je služba klientovi poskytována, a tento postup je tak možný jen u plnění jednorázových, neopakujících se cílů. V případě uzpůsobování péče potřebám klienta je nezbytné, aby se na realizaci plánu podíleli všichni, kdo péči a podporu klientovi poskytují.

### ➤ **Ucelené přístupy**

Dvě ze zkoumaných DZR se přímo hlásila k využívání Psychobiografického modelu péče. Jedno ze zařízení provádělo individuální plánování způsobem velmi podobným přístupu uplatňovanému v rámci Sebeudržovací terapie bez toho, aby pracovníci zařízení na tento přístup odkazovali. Plánování zaměřené na člověka se v žádném z DZR neobjevilo. To je pravděpodobně způsobeno tím, že se nejedná o přístup, který by byl v oblasti péče o osoby s demencí příliš rozšířený. Za povšimnutí stojí nadšení, jaké pro svou práci a pro individuální plánování projevovali pracovníci, kteří vycházejí z Psychobiografického modelu péče. Biografie jako zdroj mnoha informací o člověku a zprostředkovatel zvědavosti, úcty respektu k takové osobě tak může představovat jednu z cest, která pomáhá nalézt původním, na osobu zaměřený význam plánování.

### ➤ **Podoba individuálních plánů**

Z důvodu častého využívání softwarového programu Cygnus® k individuálnímu plánování se nepodařilo zjistit, nakolik jsou individuální plány strukturované. Výzkumné šetření však nepotvrdilo zvýšené riziko sklouznutí k formalismu při využívání počítačového programu, jak před tímto rizikem varují Malíková (2011) a Barochová (2011). Naopak pracovníci uvádějí, že jim program pomáhá v lepším porozumění individuálnímu plánování a usnadňuje předávání informací mezi jednotlivými pracovníky. Jak ze šetření vyplynulo, i program Cygnus® lze používat různými způsoby a doplňovat papírovými formuláři podle potřeb daného zařízení. Zejména z počátku, když si nejsou pracovníci jisti, jak individuální plánování u osob s narušenými komunikačními schopnostmi pojmout, může tento program zprostředkovat smysluplné pojetí individuálního plánování. V některých oblastech se však nezdá program natolik přehledný, jako tomu může být u papírové formy plánů, která umožňuje jedním pohledem zaznamenat více informací najednou.

Jedním z častých problémů, na který pracovníci při individuálním plánování narážejí, je bezradnost v případě nucené **aktualizace individuálních plánů** i v případě, kdy je stav klienta nezměněný. Jednou z příčin takových problémů může být nerozdělení plánů na plány péče a na plány osobních cílů. Toto rozdělení totiž umožňuje neměnné skutečnosti neměnit, a tím mohou pracovníci do plánu uvést všechny činnosti, které má klient rád, a nemusí si je v paměti šetřit pro případ, že by je nic při aktualizaci plánu nenapadlo. V případě zrušení povinnosti některé cíle aktualizovat by byla výrazně snížena zátěž, kterou pracovníci v této oblasti pociťují. Plán, jenž bude takto vytvořený, bude moci obsahovat větší množství informací, a lze tak předpokládat, že jeho význam bude o to vyšší. Zároveň je však vhodné neopomíjet hledání příležitostí pro změnu, zlepšení či cokoliv, co by bylo možné nazvat osobním cílem klienta. Toto hledání by však nemělo být prioritou, za kterou se ztratí primární úkol, a tím je co nejpřesnější uzpůsobení poskytované péče a podpory, a pracovníci by neměli být nuceni za každou cenu nějaký cíl nalézt. Pokud tomu tak je, značně se zvyšuje riziko stanovování pouze formálních cílů.

Problematickou oblastí se v oblasti plánování také ukazuje snaha o **zapojení klienta**, která se může projevovat ve formě vyžadování podpisu klienta na individuální plán a povědomím klienta o náplni plánování. Oba požadavky jsou u osob se syndromem demence obtížně naplnitelné. Přesto jsou v některých zařízeních stále vyžadovány bez ohledu na specifika skupiny, jíž je služba poskytována. Důvodem je pravděpodobně znění

zákonu, které klade důraz na uskutečňování plánování při co nejvyšším možném zapojení klienta. Ohled je však také vhodné brát na riziko toho, že nevhodný způsob vysvětlování individuálního plánování může vyvolávat nejistotu a tíseň klienta. Zapojení klienta by tak mělo probíhat nenucenou a co nejvíce přirozenou formou.

### ➤ **Spolupráce v týmu**

Týmová spolupráce již byla na několika místech zmiňována jako důležitý prvek, který umožňuje nejen předávání důležitých informací, ale také společné uvažování, plánování, plnění plánů a vzájemnou podporu. Šetření naznačilo, že lze předpokládat souvislost mezi nízkou spoluprací týmů a pocitem bezvýznamnosti individuálního plánování. V tomto ohledu je také důležitá správná funkce koordinátora plánování, který může pracovníkům v přímé péči zprostředkovávat nový pohled na potřeby klienta. Tento poradce a podporovatel pak může pomoci s hledáním slov a s formulací výrazů těm zaměstnancům, již mají negativní vztah k administrativním činnostem.

### ➤ **Pracovní podmínky klíčových pracovníků**

Pozitivním zjištěním je, že se nepotvrdily některé v literatuře uváděné problémy. Formalizace sice byla zjištěna, ale lze předpokládat, že s dalším vzděláváním, s rozšiřováním ucelenějších přístupů, počítačových programů a s šířením informací o možnostech různých metod, bude tento postoj spíše ustupovat. Nyní se však ukázalo, že průměrný počet tří klientů na jednoho pracovníka je výrazně nižší než číslo uváděné Malíkovou (2011) jako důkaz nevhodných pracovních podmínek klíčových pracovníků. Také se při výzkumném šetření ukázalo, že nízká podpora klíčových pracovníků, kterou autorka uváděla (Malíková, 2011), je spíše ojedinělá. Přesto například v oblasti týmové spolupráce či v případě podpory poskytované koordinátorem je stále mnoho prostoru pro další zlepšování. Vzdělávání klíčových pracovníků, zejména formou pravidelných kurzů, se potvrdilo jako velmi důležité. Pracovníci, kteří měli absolvovaný některý kurz zaměřený na péči o osobu se syndromem demence, uváděli menší počet problémů, na které narážejí, a uváděli vyšší porozumění smyslu plánování.

Ukázalo se, že metodické pokyny, které by měly být zdrojem, ze kterého pracovník při svém postupu vychází, pracovníci neznají a často k nim ani nemají přístup. V tomto směru se tak ukazuje jako vhodné uzpůsobení těchto pokynů potřebám pracovníků. S pracovníky je zejména důležité hovořit a zjišťovat, co jim činí při plánování obtíže, a společně pak hledat řešení.

### ➤ **Ovlivnění způsobu plánování velikostí DZR**

Výzkumné šetření odhalilo některé souvislosti mezi velikostí zařízení a způsobem, kterým probíhá individuální plánová služby. Protože ve větších zařízeních se častěji vyskytovala nízká **spolupráce s rodinami klientů** a v menších naopak velmi úzká, lze předpokládat, že je spolupráce s blízkými klienta rozvíjena více v menších DZR. Vysvětlením zde může být nemožnost výraznějšího vybočování z běžných režimových opatření v zařízeních s více klienty. Souvislost lze také nalézt mezi **absolvováním vzdělávacích kurzů**, které je ve větších zařízeních poskytováno najednou ve větších skupinách zaměstnanců. To však neumožňuje návštěvu individualizovanějších kurzů, které konkrétní pracovník potřebuje. **Týmová spolupráce** se ve velkých DZR ukazuje jako nižší. Ve dvou třetinách malých zařízení se naopak spolupráce v oblasti podpory pracovníka ukázala jako velmi důležitá. Dále se také spíše ve velkých zařízeních objevovalo **nenalezení smyslu individuálního plánování**. Lze se tak domnívat, že má velikost zařízení určitý vliv na to, jakým způsobem je plánování uskutečňováno a v jaké míře jsou uplatňovány prvky, které smysluplné plánování s osobami se syndromem demence usnadňují.

## **10.1 Omezení výzkumu**

Výsledky výzkumu jsou pravděpodobně nejvíce ovlivněny volbou výběrového souboru. Protože byla do tohoto souboru zahrnuta přednostně zařízení oceněná certifikátem kvality a jelikož byla vyřazena zařízení mladší dvou let, je možné se domnívat, že při náhodném výběru by byly výsledky mírně odlišné. Velká různorodost přístupů k individuálnímu plánování, která se ve výsledcích ukázala, je pravděpodobně mimo jiné ovlivněna různorodostí výběrového souboru. Lze předpokládat, že při výběru pouze jedné velikosti DZR nebo jednoho druhu poskytovatele by byly výsledky více stejnorodé.

Výsledky mohly být také ovlivněny samovýběrem, jak v případě DZR, kdy pracovníci odmítli účast na výzkumném šetření, tak výběrem pracovníků, se kterými byl uskutečněn rozhovor. Protože však účelem výzkumu bylo nalézt spíše pozitivní momenty, které individuální plánování pomáhají rozvíjet, než odhalování těch negativních, jedná se částečně i o záměrný postup.

Ve výzkumné studii byl uplatněn pohled na individuální plánování směrem zdola, tedy pohled pracovníků, kteří jsou klientovi nejbližší a své povolání vykonávají z důvodu potěšení z práce s lidmi, a administrativní činnosti okolo individuálních plánů nemusí

zapadat do jejich představ o náplni práce pracovníků v přímé péči. Tím bylo možné zprostředkovat obraz toho, jak tito pracovníci vnímají individuální plánování, a poukázat na problémy, se kterými se při plánování setkávají. Nicméně tímto zaměřením byl mírně opomenut pohled shora, tedy ze strany státních orgánů, které dodržování zákonného požadavku kontrolují, a to, jak oni vnímají smysluplně prováděné plánování s lidmi se syndromem demence. Některá z doporučení uvedená v této práci se tak nemusí shodovat s pohledem některých inspektorů poskytování sociálních služeb. Stejným způsobem by bylo zajímavé zjištění názoru lektorů kurzů individuálního plánování. Ti se stejně jako tato diplomová práce snaží o nalezení způsobů, kterými lze naplnit zákonné požadavky a kterými bude možné přivést k životu hodnoty, jež stojí za původními myšlenkami individualizace služby. Stejně tak by bylo vhodné rozšířit počet dotazovaných metodiků a koordinátorů plánování včetně zapojení vedoucích jednotlivých zařízení, kteří by se tak mohli vyjádřit k možnosti využití výstupů z individuálního plánování ke strategickému plánování služby.

## 11 Závěry a doporučení

První část práce se věnuje teoretickým poznatkům v oblasti problematiky péče a podpory osob se syndromem demence a současnému poznání na poli možností uplatnění individuálního plánování při práci s lidmi s tímto syndromem. Nejprve bylo poukázáno na to, jak výrazným způsobem zasahuje syndrom demence do života člověka, který jím trpí. Následně byly ukázány možnosti nefarmakologických přístupů, které mohou zmírňovat některé projevy a průběh onemocnění, a tak zvyšovat kvalitu i délku života osob s touto diagnózou. V dalších kapitolách se práce zabývala sociálními službami a významem plánování péče a podpory pro uživatele těchto služeb. Dále byly představeny současné poznatky v oblasti způsobů, jakými jsou realizovány zákonné požadavky na provádění individuálního plánování v pobytových zařízeních pro seniory a osoby se syndromem demence. Zvláště bylo pojednáno o možnostech využití metod, které mohou plánování s osobami s narušenými komunikačními schopnostmi napomáhat, včetně možnosti využití některého z ucelených modelů. Na konci první části pak bylo poukázáno na hlavní problémy a otázky, které se v oblasti individuálního plánování vyskytují.

Druhá část diplomové práce se věnuje vlastnímu výzkumu, který byl uskutečněn v devíti domovech se zvláštním režimem (dále DZR) s cílem zjistit, jaká jsou specifika individuálního plánování s osobami se syndromem demence a jak toto plánování probíhá ve vybraných DZR na území hl.m. Prahy a Středočeského kraje. Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou polostrukturovaných rozhovorů s klíčovými pracovníky a s metodiky individuálního plánování. Celkem tak byl uskutečněn rozhovor s dvanácti osobami. Dále byly v zařízeních metodou analýzy dokumentů zkoumány metodické pokyny k provádění individuálního plánování a sociální dokumentace klientů. V této druhé části práce jsou nejprve uvedeny stanovené cíle výzkumného šetření, poté jsou vysvětleny použité výzkumné metody a následně je popsán způsob výběru výběrového souboru. Dále jsou uvedeny kompletní výsledky, které byly při výzkumném šetření zjištěny. Některé výsledky jsou zde prezentovány ve formě grafů a tabulek. Na konci výsledkové části se pak nachází shrnutí hlavních poznatků a zodpovězení výzkumných otázek.

Co se v rámci výzkumu ukázalo pro individuální plánování s osobami se syndromem demence příznačné, je potřeba přizpůsobovat způsob, kterým je plánování prováděno, omezením, jež jsou se syndromem demence spojená, jako je úbytek paměti, narušení řečových funkcí a poruchy orientace. Pracovníci proto více využívají metody, které jim

pomáhají navázat komunikaci s klientem, a lépe tohoto člověka poznat. Pro zjišťování informací o člověku s demencí se ukázalo jako nezbytné úzce spolupracovat s rodinou a blízkými klienta a spolupracovat na celém průběhu plánování s týmem ostatních pracovníků. Jako užitečný nástroj se také ukázalo využívání prvků reminiscenční terapie a zpracovávání biografie klientů. Dalším specifickým rysem plánování s osobami se syndromem demence je nižší míra zapojení samotného klienta. Není výjimkou, že je klient zapojen jen okrajově, a plánování tak probíhá spíše v týmové spolupráci nebo s rodinami klientů.

V oblasti formy i obsahu individuálních plánů byla zjištěna vysoká různorodost mezi pojetími v jednotlivých DZR. Jako vhodné pro plánování péče a podpory osob se syndromem demence se ukázalo využití více jak jednoho typu plánů. Tím je možné odlišit celkový přístup a oblasti opakujících se činností od sféry stanovování cílů, kterými jsou zprostředkovány akce vybočující z každodenního režimu klienta. Ukázalo se, že někteří pracovníci narážejí na problémy s formulací osobních cílů. To, jak pracovníci ke klientovi přistupují, jakým způsobem ho podporují a jak o něj pečují, následně mnohdy neumějí převést do písemné podoby nebo nejsou přesvědčeni, že něco takového do dokumentu patří. Ukázalo se, že v některých zařízeních nabývá plánování podobu zvláštního nepřítele, který vyvolává obavy a napětí. To je často podporováno tlakem na neustálou aktualizaci plánů a pracovníci na to mnohdy neumí reagovat jinak, než že stanovují pouze formální cíle. V tomto ohledu se ukazuje skrytý potenciál koordinátorů individuálního plánování, již mohou se svým nadhledem poskytnout pracovníkovi jak radu, tak i praktickou pomoc.

Co tedy výzkumné šetření potvrdilo, je nemalý význam individuálního plánování. Ten byl potvrzen výpověďmi klíčových pracovníků z těch zařízení, která se plánování aktivně věnují. V jedné třetině DZR, ve kterých není individuální plánování považováno za užitečné, lze předpokládat, že není využíváno způsobem, který by umožňoval plně jeho význam využít. To může být způsobeno nevyužitím pomocných mechanismů, které pomáhají smysluplně uskutečňovat plánování s osobami s demencí. Dalším možným důvodem je taková podoba individuálního plánování, která z nějakého důvodu skutečně žádný význam, kromě ochrany pro případ kontroly státními orgány, nemá.

Stěžejní oblastí, která individuální plánování umožňuje, je množství informací o klientovi. Takovými informacemi pak může být cokoliv, co se klienta týká a je to pro něj nějakým způsobem důležité. Proto je podstatné sbírat všechny tyto detaily, spojovat je dohromady, zapisovat je a předávat si je mezi sebou. Uchovávání poznatků pouze v paměti

pracovníka se neukazuje jako dostatečné. I kdyby individuální plánování mělo skončit v této fázi, jedná se o významný krok k individualizování služby, protože pokud pracovník nějakou informaci má, lze předpokládat, že se pokusí ji při péči využít. Při dalším plánování je pak možné z těchto informací vytěžit ještě více, zejména pokud se na tvorbě i realizaci individuálního plánu bude podílet více osob.

Na základě zjištění, která z výzkumného šetření vyplynula, je možné vytvořit následující **doporučení**, jež mohou napomoci lepšímu způsobu provádění individuálního plánování.

Je vhodné, aby DZR vyvinuly veškerou svou snahu k získání co možná největšího množství informací o klientovi. Jednou z cest je rozvinutí spolupráce s rodinami klientů. Tu lze podpořit informovaností rodiny o důležitosti spolupráce, otevřeností zařízení rodinám, zapojením rodiny do péče, pořádáním společných akcí nebo telefonickým kontaktem. Nemalou roli zde také hraje poloha zařízení, která by měla být uzpůsobována tak, aby byla DZR snadno dostupná, což lze zajistit budováním nových zařízení ve městech či v jejich blízkosti, kde je zajištěna lepší dopravní obslužnost. Další cestou k získání informací o klientovi je navázání užší spolupráce se zařízeními, ve kterých klient před nástupem do DZR pobýval. V současné době je předávání informací mezi institucemi velmi ojedinelé a je zde možné vidět skrytý potenciál pro další rozvoj.

Druhou oblastí, kterou lze doporučit dále rozvíjet, je podpora klíčových pracovníků. Mimo fungující spolupráci s koordinátorem plánování lze doporučit také zefektivnění využití metodických pokynů k plánování služby tak, aby byly zdrojem praktických rad či inspirace, jak řešit případné problémy. Důležitou formou podpory se také ukazuje možnost účastnit se kurzů celoživotního vzdělávání. Jako nejlepší se ukazuje nabídka takových kurzů, pomocí nichž se pracovník zlepšil v navazování kontaktu s osobou se syndromem demence, nebo těch, které mu zprostředkují nový pohled na možnosti individuálního plánování. Dále je vhodná otevřenost změnám a novým pohledům, které umožní rozvoj plánování do podoby, která bude všem stranám nejlépe vyhovovat.

V oblasti plánů lze doporučit věnovat více pozornost plánům upravujícím přizpůsobování péče a podpory. Přestože většina pracovníků uváděla, že u osob se syndromem demence je velmi obtížné hledání zájmů, aktivit či cílů osoby a že se práce s osobami s demencí zaměřuje již více na zpříjemňování každodenního kontaktu, nebylo to z mnohých individuálních plánů patrné. Lze se domnívat, že terminologie, jako je plán či osobní cíl, zužuje porozumění plánů na oblast dosahování cílů, které nejsou pro cílovou

skupinu osob s demencí tolik aktuální. Až poté, co má klient vypracovaný podrobný individuální plán péče a podpory, je vhodné přistoupit k hledání a plánování osobních cílů. Je však možné, že bude nějakou dobu trvat, než se takový osobní cíl, který je pro klienta opravdu důležitý, objeví. Lpění na nalezení takového cíle se tak ukazuje jako ne zcela vhodné. Stejně tak však naprostá rezignace na hledání těchto příležitostí a možností zužuje možnosti využití individuálních plánů.

Na závěr je ještě vhodné doporučit vyšší míru sdílení plánů mezi pracovníky, čímž může být dále rozvíjena týmová spolupráce a umožněno postupovat při péči a podpoře klienta jednotněji. Také se ukazuje jako užitečné doplnění individuálních plánů o osobní profily klientů nebo o biografické listy, které pomáhají zachytit a předávat poznatky o tom, co je pro daného klienta opravdu důležité. Takový přehled pak pracovníkům pomáhá ujasnění si priorit a dalšímu uvažování o tom, jak klientovi život v zařízení zpříjemnit.

Z hlediska výzkumu by bylo vhodné podívat se na problematiku individuálního plánování z pohledu inspektorů poskytování sociálních služeb a zjistit, jaké jsou podle nich pozitivní prvky, které umožňují smysluplné plánování a zároveň naplňují požadavky zákona.

Poznatky zjištěné v rámci výzkumného šetření je možné dále využít ke zdokonalování způsobů, kterými je individuální plánování s osobami s demencí uskutečňováno. Metodikům kvality a vedoucím služeb, ale i klíčovým pracovníkům poskytuje tato práce možnost porovnání různých způsobů a podob, kterých může individuální plánování nabývat. Tím se těmto pracovníkům dostává do rukou zdroj, jenž je možné využít jako inspiraci pro další rozvoj a zvyšování kvality služby v oblasti, která zatím není příliš probádaná. Za účelem podnětění tvořivosti a dalšího uvažování jsou v příloze této práce uvedeny vzory některých individuálních plánů (přílohy F, G, H, I, J, K, L, M, N). Některá doporučení, v diplomové práci uvedená, se nevztahují pouze na plánování s osobami se syndromem demence, ale lze je aplikovat i na další služby věnující se osobám s postižením, které jim znesnadňuje komunikaci s okolím a zapojení do plánování služby. Tato práce přesto přináší pouhý vhled do oblasti, o které toho není zatím příliš známo, a měla by tak sloužit jako podklad pro další obsáhlejší zkoumání.

# SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

## Literatura:

- ANTONŮ, Petra, 2007.: *Na cestě ke kvalitě: Zavádění individuálního plánování služby do domovů důchodců* (diplomová práce, Katedra sociální práce FF UK Praha).
- BAROCHOVÁ, Eliška, 2011. Dobrý sluha, zlý pán? - O užívání softwarových programů při individuálním plánování. *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: Národní centrum pro rodinu, (3): 26. ISSN 1213-6204.
- BECHYŇOVÁ, Věra, 2012. *Případové konference: praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou*. Vyd. 1. Praha: Portál, 158 s. ISBN 978-80-262-0181-6.
- BICKOVÁ, Lucie a Dana HRDINOVÁ, 2011. Význam a přínos individuálního plánování pro organizaci. In: BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 87-92. ISBN 978-80-904668-1-4.
- BORZOVÁ, Claudia, 2009. Epidemiologie demencí. In: JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 21. Sestra (Grada). ISBN 9788024724546.
- BROOKER, Dawn and Surr, 2005. *Dementia Care Mapping: Principles and Practice*. Bradford Dementia Group, University of Bradford, Bradford.
- BROOKER, Dawn, 2007. *Person-centred dementia care: making services better*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 160 p. ISBN 978-184-3103-370.
- BUIJSSEN, Huub, 2006. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 132 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-736-7081-X.
- ČALS, 2015. Česká alzheimerovská společnost. *Kritéria hodnocení kvality Vážka: Manuál pro hodnocení* [online]. 2015 [cit. 2015-08-05].
- ČÁMSKÝ, Pavel, Dagmar KRUTILOVÁ, Jan SEMBDNER a Pavel SLADKÝ, 2008. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb Praha. ISBN brož.
- ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
- ČERMÁKOVÁ, Kristýna, 2002. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 111 s. ISBN 80-865-5245-4.
- CHÁBOVÁ, Aurélie, 2014. Plánování zaměřené na člověka. Praha. Quip - společnost pro změnu. 12.5.2014
- FEIL, Naomi a Vicki de KLERK-RUBIN, 2002. *The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with Alzheimer's-type dementia*. 2nd ed. Baltimore: Health Professions Press, xxxi, 352 p. ISBN 18-788-1281-5.
- HAICL, Martin a Veronika HAICLOVÁ, 2011. Metody individuálního plánování služby s uživateli. In: BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 149-156. ISBN 978-80-904668-1-4.
- HAICL, Martin, 2011. Legislativní rámec plánování služby a způsoby jeho naplnění. In: BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 35-44. ISBN 978-80-904668-1-4.

- HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 135 s. ISBN 978-802-4738-499.
- HAUKE, Marcela, 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 128 s. ISBN 978-802-4752-167.
- HAVRÁNKOVÁ, Olga, 2013. Případová práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, s. 85-100. ISBN 978-80-262-0213-4.
- HAVRDOVÁ, Zuzana a Martina PROCHÁZKOVÁ, 2011. Sledování změn v prožívání pracovníků v průběhu zavádění individuálního plánování služby v pobytovém zařízení pro seniory. *Sociální práce/Sociální práce*.(3): 67--76. ISSN 1213-6204.
- HERZOG, Aleš a Roman BALÁŽ, 2011. Bez individuálního plánování nelze dělat sociální práci. *Sociální práce/Sociální práce*. Brno: Národní centrum pro rodinu, (3): 10--12. ISSN 1213-6204.
- HOLMEROVÁ, Iva, 2009a. Nefarmakologický management demence. In: JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 91-100. Sestra (Grada). ISBN 9788024724546.
- HOLMEROVÁ, Iva, 2009b. Přístupy k pacientům v jednotlivých stádiích demence. In: JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 116-136. Sestra (Grada). ISBN 9788024724546.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 299 s. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.
- HOLMEROVÁ, Iva. a kol., 2013: Strategie České alzheimerovské společnosti PA-P-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geriatric a gerontologie* č.3, s. 158-164
- HORDER, William, 2000. Case Management. In: DAVIES, Martin. *The Blackwell encyclopaedia of social work*. Malden, Mass.: Blackwell, s. 44. ISBN 0631214518.
- HORECKÝ, Jiří a . Anketa - Obsah a forma individuálního plánování sociálních služeb. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010, (1): 21. ISSN 1803-7348.
- HORECKÝ, Jiří, 2014. Otázky dlouhodobé domácí péče v zemích EU. *Sociální služby*, roč. 2014, 1/2014, s. 28-32.
- HORT, Jakub, 2007. Markery demence. In: REKTOROVÁ, Irena. *Kognitivní poruchy a demence*. Vyd. 1. V Praze: Triton, s. 10. ISBN 9788073870171.
- HUDEČEK, D., K. SHEARDOVÁ a J. HORT, 2012. Demence v klinické praxi v roce 2011. In: *Mladá fronta* [online]. [cit. 2015-05-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/demence-v-klinicke-praxi-v-roce-2011-462909>
- IFE, Jim, 2001. *Human rights and social work: towards rights-based practice*. Oakleigh, VIC: Cambridge University Press, x, 230 p. ISBN 05-217-9701-2.
- INNES, Anthea, 2009. *Dementia studies: a social science perspective*. Los Angeles: SAGE, 195 p. ISBN 14-129-2164-3.
- IRESOFT, 2015b. Vše, co potřebujete pro komplexní a přehlednou evidenci klientů na jednom místě. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, (4): 20-21. ISSN 1803-7348.
- JANEČKOVÁ, Hana, 2013a. Lidé s demencí. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 396-400. ISBN 9788026203667.
- JANEČKOVÁ, Hana, 2013b. Reminiscence/reminiscenční terapie. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 287-290. ISBN 9788026203667.
- JANEČKOVÁ, Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ-NOVOTNÁ, 2015a. Reminiscence v konceptech péče o starého člověka. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015 (3): 24-26. ISSN 1803-7348.

- JANEČKOVÁ, Hana, Hana ČÍŽKOVÁ a Renáta NENTVICOVÁ-NOVOTNÁ, 2015b. Život vzpomínek v domovech: od jednotlivce ke komunitě. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, (5): 14-16. ISSN 1803-7348.
- JINDŘICHOVSKÁ, Markéta, 2014. Zahradní terapie jako součást ergoterapie. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, (8-9): 30-31. ISSN 1803-7348.
- JIRÁK, Roman, 2004. Syndrom demence ve stáří. In: KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, s. 546-554. ISBN 80-247-0548-6.
- JIRÁK, Roman, 2009a. Úvod. In: JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, s. 11-12. Sestra (Grada). ISBN 9788024724546.
- JOHNOVÁ, Milena, 2006. Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče. *Rezidenční péče: odborný čtvrtletník pro management ústavů sociální péče*. Praha: Marcom, (3): Příloha. ISSN 1801-8718.
- JŮNOVÁ, Miluše, 2014. Koncept SET - sebeudržovací terapie. Přelouč. Domov u fontány v Přelouči. 24.9.2014.
- JŮNOVÁ, Miluše, 2015. Cesta k porozumění lidem s demencí, inovační koncept SET - sebeudržovací terapie. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, (6-7): 40-42. ISSN 1803-7348.
- KAPLAN, Eduard, 2011. Anketa - Klient nespolupracující při individuálním plánování. In: BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 241. ISBN 978-80-904668-1-4.
- KOLDINSKÁ, Kristina, 2007. Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 35-51. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MACH, Petr, 2015. Kontrola sociálních služeb. Praha. Institut Bernarda Bolzana. 10.3.2015
- MALÍK HOLASOVÁ, Věra, 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
- MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ, 2007. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR : [výstupy z aplikovaného výzkumu]*. 1. vyd. Praha: Galén, 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7.
- MATOUŠEK, Oldřich a Kristina KOLDINSKÁ, 2007. Úvod. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 9-15. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2007a. Plánování sociálních služeb. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 107--124. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2007b. Garance kvality sociálních služeb. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 125-136. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2013a. Případová práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 262-263. ISBN 9788026203667.

- MATOUŠEK, Oldřich, 2013b. Potřeby a jejich hodnocení. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 221-222. ISBN 9788026203667.
- MERHAUTOVÁ, Jana a Radka MRAZÍKOVÁ, 2011. Jak individuálně plánovat. In: BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 125-148. ISBN 978-80-904668-1-4.
- MERHAUTOVÁ, Jana, 2011. Řízení organizace v kontextu individuálního plánování - organizace a klíčový pracovník. In: BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 93-104. ISBN 978-80-904668-1-4.
- MITCHELL, Gary a Hugh O'DONNELL, 2013. The therapeutic use of doll therapy in dementia. *British Journal of Nursing*, Vol 22, No 6. 2013, (6): 329-334.
- MIZRAHI a DAVIS, 2008. *Encyclopedia of social work: Volume A-C*. 20th ed. Oxford: Oxford University Press, 4 sv. ISBN 978-0-19-531036-8.
- MLEJNKOVÁ, Kristýna a . Anketa - Obsah a forma individuálního plánování sociálních služeb. Sociální služby. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010, (1): 20. ISSN 1803-7348.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
- MPSV, 2008. *Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele: Výstupy z tématických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb*. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4\\_vykladovy\\_sbornik.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf)
- MUSIL, Libor, 2004. Standardy kvality a sociální práce v sociálních službách, Náměty na obohacení struktury činností a náplně práce lidí v organizacích. *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: Národní centrum pro rodinu, (1): 53--74. ISSN 1213-6204.
- PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU, 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 156 s. ISBN 80-717-8184-3.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2014. *Práce s biografii a plány péče*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 133 s. Sestra (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-3186-8.
- PROUTY, Garry, 2005. Východiska preterapie. In: PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. *Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 21-22. ISBN 8071789496.
- RHEINWALDOVÁ, Eva, 1999. *Novodobá péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 86 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9828-8.
- ROMERO, Barbara a Michael WENZ, 2001. Self-maintenance therapy in Alzheimer's disease. *Neuropsychological Rehabilitation* [online]. vol. 11, 3-4, s. 333-355 [cit. 2015-05-01]. DOI: 10.1080/09602010143000040
- SCHWEITZER, Pam a Errollyn BRUCE, 2008. *Remembering yesterday, caring today: reminiscence in dementia care : a guide to good practice*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 224 p. Bradford Dementia Group good practice guides. ISBN 978-184-3106-494.
- SLÁDEK, Miloš, 2013. *Inspekce kvality v rezidenčních zařízeních sociálních služeb - etické aspekty*. Vyd. 1. V Praze: FHS UK, 221 s. ISBN 978-80-87398-37-1.
- SMULLA, Michaela W., 2010. Naslouchat, učit se, jednat: Výběr z textů Michaela W. Smulla o základním plánování životního stylu, sebeurčení a organizačních změnách. *Quip* [online]. [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/013/001601.pdf?seek=1274106999>

SOBEK, Jiří, 2010. Význam cílů v individuálním plánování. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, (8-9): 20-21. ISSN 1803-7348.

STAŇKOVÁ, Markéta, 2011. Role klíčového pracovníka v domově pro seniory. *Sociální práce/Sociální práce*. Brno: Národní centrum pro rodinu, (3): 44-55. ISSN 1213-6204.

ŠTEGMANNOVÁ, Ingrid a Zuzana HAVRDOVÁ, 2010. Individualizace péče jako lakmusový papírek "nového" přístupu v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. In: HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, s. 41--65. ISBN 978-80-87398-06-7.

ŠTEGMANNOVÁ, Ingrid, Jiří ŠAFR a Zuzana HAVRDOVÁ, 2011. Organizační kultura a kvalita péče. In: HAVRDOVÁ, Zuzana. *Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu*. 1. vyd. Praha: FHS UK, s. 63-103. ISBN 978-80-87398-15-9.

TOMEŠ, Igor, 2011. *Obory sociální politiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 366 s. ISBN 978-807-3678-685.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 870 s. ISBN 978-802-6202-257.

WIRTH, Mária. *DIAKONIE. Validací metody: A jejich užití v praxi při péči o seniory*. Praha, 2013.

ZGOLA, Jitka M a Gilbert BORDILLON, 2013. *Bon appetit: radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 300 s. ISBN 978-80-86541-32-7.

ZGOLA, Jitka M, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 226 s. ISBN 80-247-0183-9.

ZGOLA, Jitka M., 2013 *Něco dělat!: průvodce vytvářením aktivizačních programů pro nemocné Alzheimerovou chorobou a podobnými poruchami*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení Za důstojné stáří, 127 s. ISBN 978-80-254-9338-0.

## **Legislativa:**

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505\\_2006\\_2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf)

## **Internetové zdroje:**

Alzheimer's Disease International, 2009. World Alzheimer Report. Alzheimer's Disease International [online]. [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>

ČALS, 2014. Česká alzheimerovská společnost: Výroční zpráva za rok 2013. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/001/000155.pdf>

Česká alzheimerovská společnost, 2015. Certifikace Vážka®. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. [cit. 2015-08-02]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/certifikace-vazka/>

EPP, Timothy D., 2003. Person-Centered Dementia Care: A Vision to be Refined. The Canadian Alzheimer Disease Review. April 2003. Living Dementia Consulting [online]. [cit. 2015-08-01] Dostupné z: [http://www.livingdementia.com/downloads/docs/person-centered\\_dementia\\_care.pdf](http://www.livingdementia.com/downloads/docs/person-centered_dementia_care.pdf)

- HAVLÍK , Miloš, et al 2009. Nové zjišťování potřeb. *Královéhradecký kraj* [online]. [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: <http://socialnisluzby.kr-kralovehradecky.cz/scripts/file.php?id=34434>
- HORECKÝ, Jiří, 2012. Návrhy na změnu výplaty a použití příspěvku na péči. [online]. [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/files/files/Prispevek\\_na\\_peci\\_JH\\_finalup.pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/Prispevek_na_peci_JH_finalup.pdf)
- IReSoft, 2015a. Základní informace. IRESOFT. *Informační systém Cygnus* [online]. 2015 [cit. 2015-08-02]. Dostupné z: <https://www.iscygnus.cz/cz/28/zakladni-informace/>
- MPSV, 2003. Bílá kniha v sociálních službách: Konzultační dokument. In: [online]. Praha, [cit. 2015-07-28]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)
- MPSV, 2014. Seznam vzdělávacích programů akreditovaných MPSV ČR v roce 2014. *MPSV* [online]. 2014 [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/17206/Seznam\\_2014\\_120115.zip](http://www.mpsv.cz/files/clanky/17206/Seznam_2014_120115.zip)
- O'BRIEN, John a Connie Lyle O'BRIEN, 2000. The Origins of Person-Centered Planning: A Community of Practice Perspective. *National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services* [online]. [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: [http://www.nasdds.org/uploads/documents/The\\_Origins\\_of\\_Person\\_Centered\\_Planning\\_Obrien\\_and\\_Obrien.pdf](http://www.nasdds.org/uploads/documents/The_Origins_of_Person_Centered_Planning_Obrien_and_Obrien.pdf)
- O'BRIEN, John, 2008. Rozhovor s Johnem O'Brienem. *Quip* [online]. [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/005/000634.pdf?seek=1212066102>
- Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2015. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2015-08-02]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1438499504678\\_2](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1438499504678_2)
- SMÉKALOVÁ, Etel, Milena JOHNOVÁ a Ondřej MÁTL. Zkušenosti z pilotních inspekcí kvality sociálních služeb. *Quip* [online]. 2003 [cit. 2015-08-01]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/000121.pdf?seek=1186569403>
- SPIN, 2012. O nás. *SPIN - Sdružení pro videotrénink interakcí v ČR* [online]. 2012 [cit. 2015-08-02]. Dostupné z: <http://spin-vti.cz/o-nas>
- University of Bradford, 2014. International Strategic Partners. *University of Bradford* [online]. 2014 [cit. 2015-08-02]. Dostupné z: <http://www.brad.ac.uk/health/career-areas/dementia/dementia-care-mapping/international-contacts/>
- WHITBREAD, Kathleen, 2004. Person-Centered Planning. *The Inclusion Notebook - Problem solving in the classroom and community* [online]. [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: [http://www.uconnuconnedd.org/pdfs/inclusion\\_notebook/inclusion\\_notebook\\_fall04.pdf](http://www.uconnuconnedd.org/pdfs/inclusion_notebook/inclusion_notebook_fall04.pdf)

## **PŘÍLOHY**

- A. PODKLAD PRO ROZHOVOR S KLÍČOVÝM PRACOVNÍKEM
- B. PODKLAD PRO ROZHOVOR S METODIKEM PLÁNOVÁNÍ
- C. SCHÉMA PRO ZÁZNAM INFORMACÍ Z METODICKÝCH POKYNŮ
- D. SCHÉMA PRO ZÁZNAM INFORMACÍ Z DOKUMENTACE KLIENTŮ
- E. PŘEHLED DOMOVŮ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM VYBRANÝCH DO VÝBĚROVÉHO SOUBORU
- F. VZOR VYPLNĚNÉHO INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 1
- G. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 2
- H. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 3
- I. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 4
- J. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 5
- K. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 6
- L. VZOR PODKLADU PRO SBĚR INFORMACÍ O KLIENTOVI 1
- M. VZOR PODKLADU PRO SBĚR INFORMACÍ O KLIENTOVI 2
- N. VZOR PODKLADU PRO SBĚR INFORMACÍ O KLIENTOVI 3
- O. SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

## A. PODKLAD PRO ROZHOVOR S KLÍČOVÝM PRACOVNÍKEM

### VSTUP

#### POSTOJE/ VZTAH/ NÁZOR/ ZKUŠENOSTI

- Jak plánování rozumí
  - Jak by vysvětlil/a, co to z jeho/jejího pohledu je a k čemu to je - (*doptat se - připadá jí/mu to užitečné nebo zbytečné*) (*Myslí, že to má nějaký smysl nebo význam – jaký? – chápou to ostatní v zařízení stejně? (proč to dělají – jakou roli v tom hraje to, že to požaduje inspekce, že to chce vedení, považují to za zbytečnou administrativu?)*)
  - Pomáhá mu/jí vytvořený plán v něčem? V čem konkrétně? (*při plnění přání klienta, rodiny, při řešení problému v práci s klientem – např. neklidu, odcházení, projevům agrese, problémům s jídlem, s mobilitou apod.?*)
- Co jí/mu brání a co pomáhá
  - Je něco, co v IP brání? – narazil/a na těžkosti?
  - – ví vždy, co má dělat? Co dělá, když ne? (*PODPORA*) (*Máte se na koho obrátit v případě potřeby? - kam se podívat*)
  - Kdybyste si mohl/a vybrat nějaký kurz, který by vám pomohl v práci a v plánování, co byste se chtěl/a ještě přiučit? (*ZNALOSTI/ DOVEDNOSTI*)
  - Pomohlo by mu/jí něco, aby to mohl/a dělat lépe? (*Má na to dostatek času?*) (*PODMÍNKY*)

#### OSOBY SE SYNDROMEM DEMENCE (specifika)

- jak plánování s osobami s demencí probíhá?
- v čem myslí, že je to u osob s demencí jiné než u lidí bez demence? (*liší se také v něčem plánování v jednotlivých stádiích demence a v čem?*)

#### POSTUP

- Poznávání klienta
  - je nějaký zvláštní způsob, jak daného klienta poznává a jak zjišťuje informace o klientovi (*– co jí/mu v tom pomáhá*) (*– od koho nebo odkud získává informace?*)
- Komunikace s klientem
  - využívá nějaké techniky, jak naváže kontakt s člověkem a jak se s ním dorozumět, jak osobu lépe poznat? (*používá předměty, fotografie, obrázky,...*)
- Zdroje postupu
  - dělají to/postupují všichni v zařízení stejně?

- jakým způsobem se to, jak plánovat, učil/a – od koho (– *co bylo nejtěžší, absolvovala nějaký související kurz, naučil ji/ho kurz něco?*) (ZNALOSTI/DOVEDNOSTI) – *např. komunikace s osobou, která má problémy v komu., IP*
- Čas a počet klientů na plánování
  - s kolika klienty plánuje? (– *jakým způsobem je KP pro klienty vybírán a lze ho změnit?*)
  - kolik času asi týdně plánování věnuje (– *je to dostatečné?*)
- Spolupráce s rodinou
  - je v kontaktu, snaží se spolupracovat s rodinou klienta? (– *hovořil/a s rodinnými příslušníky někdy o klientovi?, využívají poznatky rodiny k plánování?*)
    - ne → a proč ne? (*není to zvykem?, je to obtížné?, neosvědčilo se?*) - a myslí si, že by to k něčemu bylo?
    - ano → v čem se to osvědčuje?, vidí i nějaké nevýhody?

#### ZPŮSOB, JAK INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PROVÁDĚJÍ

- Jaké vidí výhody a nevýhody toho, jak to zde mají nastavené? (*ten postup, kt. využívají, to, jak tomu organizace jako celek rozumí*)
- Návrhy na změnu
  - změnil/a by něco, kdyby mohl/a? - co? - proč?
  - (*co by potřeboval/a, aby jim plán mohl lépe sloužit? Brání jim něco v plánování? Co jim pomáhá?*)
  - mají možnost něco změnit, něco upravit, navrhnout jinak, dělat po svém?

#### PODPORA

- Podpora/rada
  - radí jí/mu někdo?
    - ano → pomáhají mu/jí rady?
    - ne → chybí mu/jí to?

#### CO NEBYLO V TABULKÁCH

- pokud má čas, pokud ne, tak se zeptat někoho jiného nebo počkat

#### ZÁVĚR

- věk
- pohlaví
- jak dlouho pracuje v oboru
- na jaké je pozici
- jak dlouho je na současné pozici
- jak dlouho je v tomto zařízení
- vzdělání

## **B. PODKLAD PRO ROZHOVOR S METODIKEM PLÁNOVÁNÍ**

### **ZPŮSOB PLÁNOVÁNÍ A JEHO HISTORIE**

- Řekl/a byste, že zde máte spíše jednotný systém plánování (všichni pracovníci postupují stejně), nebo různorodý ovlivněný přístupem každého pracovníka?
- Víte, jakým způsobem zavedený systém plánování vznikl, odkud byla brána inspirace?
- Jak probíhalo zavádění plánování do praxe?
- Plánujete do budoucna způsob, jakým probíhá plánování, nějakým způsobem měnit nebo upravovat?

### **SPECIFIKA U OSOB S DEMENCÍ**

- Narážíte na nějaké problémy, které se týkají plánování služby u osob se syndromem demence?
- Je něco, co se vám při plánování s osobami s demencí osvědčuje?

### **PODMÍNKY**

- Jaké podmínky by plánování usnadnily?

### **CO NEBYLO V TABULKÁCH**

- pokud má čas, pokud ne, tak se zeptat někoho jiného nebo počkat

### **ZÁVĚR**

- věk
- pohlaví
- jak dlouho pracuje v oboru
- na jaké je pozici
- jak dlouho je na současné pozici
- jak dlouho je v tomto zařízení
- vzdělání

## C. SCHÉMA PRO ZÁZNAM INFORMACÍ Z METODICKÝCH POKYNŮ

Zařízení číslo:.....	Datum:.....	
<b>Obsah metodiky individuálního plánování (zpracovaný SQ č.5)</b>		
1. Význam individuálního plánování	je není	Hlavní myšlenka (v čem vidí smysl):
2. Postup individuálního plánování	je není	Popis fází je není Jaké mají fáze: není
3. Postup u klientů s obtížemi v komunikaci	je není	Jaký, v čem se liší: není
<b>Je upraven zvláštním dokumentem? Existuje zvláštní materiál, který informuje kl. o tom, co je IP?</b>		
4. Popis užívaných metod	je není	Jaké: rozhovor, pozorování, empatická fantazie, imaginativní rozhovor, modelový rozhovor, analýza potřeb, studium dokumentace, rozhovor s blízkými, obrázky, metody PCP, studium biografie, terapeutické metody, ucelený přístup Jiné/další:
5. Frekvence plánování, rozhovoru	je není	Jak často: Není 1x/týden, 1x/měsíc, 1x/3 měsíce, 1x/6 měsíců, 1x/12 měsíců Jiné:
6. Vyhodnocování plánu	je není	Jak často: Není 1x/ty 1x/týden, 1x/měsíc, 1x/3 měsíce, 1x/6 měsíců, 1x/12 měsíců Jiné: Způsob: Není v plánu, v dokumentaci, v PC Jiné:
7. Zapojení rodiny do IP	je není	Jaké:
8. Popis podpory klíčových pracovníků	je není	Jaká: vzdělávání, konzultace - s nadřízeným - s kolegy - s metodikem (nebo s jiným k tomu určeným pracovníkem), supervize, morální ocenění, porady, literatura, směrnice jiné.
9. Popis spolupráce v týmu - způsob předávání informací	je není	Jaký: sestí vzátek, porady, dokumentace klienta, ústně Jiné:
10. Kontrola plánování	je není	Kdo ji dělá:
11. Jak odpovídá metodika realitě?	je není	Jak dlouho
12. Adaptační doba	je není	

## D. SCHÉMA PRO ZÁZNAM INFORMACÍ Z DOKUMENTACE KLIENTŮ

Zařízení číslo:.....	Datum:.....	<b>Obsah DOKUMENTACE individuálního plánování</b>	
<b>1. DOKUMENTACE</b>			
<b>1</b> Předávání informací o průběhu služby	co	Důležité informace o klientovi Pecovatelské úkony Účast na aktivitách	jak ústně, v šestičce, na poradách, v písemné dokumentaci, jiné - jaké: ústně, v šestičce, na poradách, v písemné dokumentaci, jiné - jaké: ústně, v šestičce, na poradách, v písemné dokumentaci, jiné - jaké:
<b>2</b> Forma	PC PC a tisk Ručně	text, zařízení předvolených kolonek, navolení kolonek, jaký program: text, zařízení předvolených kolonek, navolení kolonek volný list, formulář, jiné:	
<b>3</b> Provázanost s IP	je není	jaké: není	
<b>2. INFORMACE O KLIENTOVI</b>			
<b>1</b> Osobní profil na jednu stranu	je není	Vizuální prvky jsou nejsou	
<b>2</b> Informace o klientovi v přehledné formě	je není	Co obsahují: Kde: <i>Od koho a jak jsou získávány:</i> <i>Je někde uvedeno co má klient rád a co rád nemá?</i>	
<b>3</b> Hodnocení funkčního stavu	je není	jaké: orientace časem, místem, osobou; soběstačnost; sociální začlenění  <i>metoda: MMSE nebo jiná metoda hodnocení kognitivních funkcí, ADL, IADL</i>	
<b>4</b> Biografie, životní příběh	je není	V jaké formě:  <i>Jak zjišťováno:</i>	
<b>3. PLAN</b>			
<b>1</b>	je není	Co používají místo toho: <b>formulář</b> volný list PC	hodně standardizovaný, středně st., málo st.  <b>jaký program:</b> 1-2 strany, více stran
<b>2</b> Formát			
<b>3</b> Vizuální podoba plánu			velikost obrázky X bez obrázků v odřádkách X souvislý text jiný specifický znak:

Zařízení číslo: .....

Datum: .....

<b>4</b>	<b>Potřeby, zájmy, přání</b>	<b>je</b> není	<b>Zaměření:</b>	<b>Příklad:</b>
<b>5</b>	<b>Zdroje klienta</b>	<b>je</b> není	<b>Jaké:</b> <b>Kde:</b>	
<b>6</b>	<b>Je čitelný popis problému</b>	<b>je</b> není	Či je to problém: klienta, rodiny, personálu	
<b>7</b>	<b>Osobní cíl</b>	<b>je</b> není	<b>Příklad:</b> Je nějaký cíl uveden ve smlouvě klienta nebo její příloze? Jak se vztahuje k plánování?	
<b>8</b>	<b>Plán péče</b>	<b>je</b> není	<b>Příklad naplánované položky (i s realizací):</b>	
<b>9</b>	<b>Cíle zlepšení / změny</b>	<b>je</b> není	<b>Příklad:</b>	
<b>10</b>	<b>Individuální krizový plán</b>	<b>je</b> není	<b>Příklad řešení situace:</b>	
<b>11</b>	<b>Kroky k naplnění cíle</b>	<b>je</b> není	<b>Příklad - kdo a co:</b>	
<b>12</b>	<b>Termín a hodnocení splnění</b>	<b>je</b> není	<b>Za jak dlouho od naplánování:</b>	
<b>13</b>	<b>Podíl klienta na plnění</b>	<b>je</b> není	<b>Jaký:</b> Má klient plán u sebe? Snaží se klienta informovat o tom, co plánování je? Stvrzuje klient plán svým podpisem?	
<b>14</b>	<b>Podíl rodiny na plnění</b>	<b>je</b> není	<b>Jaký:</b>	
<b>15</b>	<b>Podíl pracovníků na plnění</b>	<b>je</b> není	<b>Jaký:</b> Podíl se na plnění pouze klíčový pracovník X převážně klíčový pracovník X kdokoliv z pracovníků?	
<b>16</b>	<b>Jak vypadá záznam plnění plánu</b>	<b>je</b> není	<b>Ručně</b> <b>Do PC</b> <b>Jiné:</b>	text, zatřetí kolonek, vypsání kolonek, jiné. text, navolení kolonek, vypsání kolonek, jiné.

## **E. PŘEHLED DOMOVŮ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM VYBRANÝCH DO VÝBĚROVÉHO SOUBORU**

- Arcidiecézní charita Praha - Praha 5 - Hlubočepy
- Středisko Diakonie v Krabčicích
- Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci – Praha 10
- Domov Slaný
- Dům domácí péče Samopše
- Oblastní spolek Českého červeného kříže - Praha 9 – Střížkov
- Domov pro seniory Blaník
- Centrum seniorů Mělník

## F. VZOR VYPLNĚNÉHO INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 1

### Denní režim klienta:

<p><b>Komunikace:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oslovení: paní Maruško,</li> <li>- <b>Rizika:</b></li> <li>- Klientka potřebuje pomalý přístup při komunikaci, pečovatelka by měla jít za klientkou s úsměvem a příjemně naladěná</li> <li>- někdy potřebuje více času, než reaguje – může se jevit, že huře slyší.</li> <li>- <b>S klientkou nejednat direktivně – může poté reagovat odmítavě a může jít až do agrese.</b></li> <li>- Klientka zvládne chůzi sama, ale má ráda podporu pečovatelky kvůli pocitu jistoty.</li> <li>- <b>Rizika:</b></li> <li>- Potřebuje pomoc s orientací</li> <li>- <b>Nezkoušet choditko!!!</b> – pro klientku představuje velký problém, klientka není stabilní.</li> </ul>	<p><b>Zrak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientka nosila dioptrické brýle, ale v současné době nechce používat</li> <li>- Vyzporováno, že klientka rozeznává v časopisech i velmi malé obrázky</li> <li>- <b>Odpočinek během dne:</b></li> <li>- Přes den odpočívá v křesle</li> <li>- Po obědě klientka odpočívá většinou na lůžku v gaučové úpravě. Pokud klientka odmítne pečovatelka se klientku snaží motivovat, protože je důležité, aby si klientka narovnala v posteli záda</li> <li>- Pečovatelka při motivování klientky používá oznamovací věty např. „Pojďte si odpočinout,“</li> <li>- Nepoužívat otázky typu chcete/nechcete.</li> <li>- Klientku v posteli při odpočinku vždy přikrýt dekou.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nikdy neposazovat klientku do polohovacího křesla.</b></li> <li>- V létě ráda sedí na terase a odpočívá na sluníčku.</li> <li>- Ukládání po 20 hodině.</li> <li>- Klientka se budí většinou ráno sama kolem 8 hodin.</li> <li>- Potřebuje pomalý a klidný přístup – pečovatelka by měla být příjemně naladěná.</li> <li>- Klientka spí v noci dobře a neprobouzí se.</li> <li>- <b>Rizika:</b></li> <li>- je potřeba na noc dávat k posteli židli a pravidelně kontrolovat klientku</li> <li>- Kontrolovat teplotu a v případě, že bude mít klientka v noci studené nohy ji pečovatelka oblékne Froté ponožky.</li> </ul>	<p><b>Vyprazdňování:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Používá inkontinenční pomůcky</li> <li>- Sama si o toaletu nefekne – nutné během dne pravidelně klientku vodit na toaletu.</li> <li>- <b>Péče o vlasy:</b></li> <li>- Zajišťuje vedoucí přímě péče po domluvě s dcerou.</li> <li>- <b>Sprchování:</b></li> <li>- Klientka se ráda sprchuje.</li> <li>- Každé ráno sprcha od pasu dolů, 1x týdně (středa) sprcha celého těla včetně vlasů.</li> <li>- <b>Oblékání:</b></li> <li>- potřebuje pomoc při oblékání, výběr a vrstvení oblečení.</li> <li>- Pečovatelka klientce popisuje veškeré činnosti při oblékání.</li> <li>- Klientka ráda nosí modrou, fialovou a červenou barvu.</li> <li>- <b>Léky klientky:</b></li> <li>- Klientka užívá léky na noc (viz tabulka – Rozpis léků)</li> </ul>	<p><b>Stravování:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientka ráda jí a zvládá jíst sama bez asistence</li> <li>- Klientka jí ižici</li> <li>- Potřebuje úpravu jídla – krájení</li> <li>- Má ráda chléb, brambory a všechny úpravy jich</li> <li>- k snídani je zvyklá na chléb a čaj.</li> <li>- Má ráda měkké ovoce (banány, hroznové víno)</li> <li>- Má ráda polévky</li> <li>- Klientka dostává od dcery různé sušenky.</li> <li>- Je důležité klientce v průběhu dne sušenky nabízet.</li> <li>- <b>Rizika:</b></li> <li>- Během dne klientce nabízet pít a kontrolovat množství vypitých tekutin.</li> <li>- Klientka pije ráno teplý <b>NESLAZENÝ ovocný čaj.</b></li> <li>- Klientka má Diabetes mellitus - nemá diabetickou dietu</li> <li>- pouze klientka nepije ochucené vody, sladký čaj či šťávu, <b>podávat vodu</b></li> </ul>
---	--	---	--	--

<p><b>Aktivity:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klientka musí mít na aktivizaci náladu (může být unavená apod.). Proto pečovatelka do aktivizace klientku nenutí za každou cenu. <b>Ovšem je důležité aktivizace během dne nabízet.</b> Klientka nemá ráda společné aktivizace. Proto jsou <b>velmi důležité aktivizace individuální (pečovatelka+ klientka).</b></li> <li>- Klientka má velmi ráda zvířata (hlavně kočky) a květiny, proto lze klientku aktivizovat časopisy, knihami či rozhovorem na dané téma.</li> <li>- Při teplém počasí ráda sedí na terase a pozoruje květiny. Procházky po zahradě.</li> <li>- Nejdůležitější je klientku aktivizovat po svačině, kde je neaktivnější.</li> </ul>				
--	--	--	--	--

## G. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 2 - Vytiskovaná předloha z programu

### FORMULÁŘ PRO ZAZNAMENÁNÍ OSOBNÍCH CÍLŮ KLIANTA

Klient (příjmení, jméno):	Datum:
Datum narození:	

**Přání a potřeby klienta:** (Vychází z jeho osobních představ a potřeb.)

**Zdroje a metody zjištění:** (Např. rozhovorem s klientem, rozhovorem s rodinou, pozorováním klienta, z dřívějších zvyklostí, z anamnézy aj.)

**Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka:** (Vychází z reálných možností klienta, personálního zajištění a materiálně-technického vybavení poskytovatele.)

**Klientovy zdroje:** (Popis činností, které klient zvládá sám a povedou k naplnění jeho osobního cíle.)

**Kroky k naplnění osobního cíle:** (Zadejte činnosti včetně četnosti/termínu a osob, které se budou podílet na splnění cíle.)

---

**Přání a potřeby klienta:** (Vychází z jeho osobních představ a potřeb)

**Zdroje a metody zjištění:** (Např. rozhovorem s klientem, rozhovorem s rodinou, pozorováním klienta, z dřívějších zvyklostí, z anamnézy aj.)

**Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka:** (Vychází z reálných možností klienta, personálního zajištění a materiálně-technického vybavení poskytovatele.)

**Klientovy zdroje:** (Popis činností, které klient zvládá sám a povedou k naplnění jeho osobního cíle.)

**Kroky k naplnění osobního cíle:** (Zadejte činnosti včetně četnosti/termínu a osob, které se budou podílet na splnění cíle.)

Podpis klienta: .....

Podpis pracovníka: .....

Cygnus®

## H. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 3

### Vyjednávání a postup při naplňování osobního cíle klienta

Jméno klienta:

Datum zpracování:

Klíčový pracovník:

Změna klíčového pracovníka:

datum

---

Osobní cíl klienta

(vycházíme z výsledků pohovoru s klientem, rodinou, přáteli- jeho přání, potřeby)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

společně bylo dojednáno

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

navržení postupu (jak postupně dosáhneme splnění IC)

.....  
1.....  
2.....  
3.....  
4.....  
.....

termín hodnocení (datum)

.....

vyhodnocení plnění osobního cíle, další postup, aktualizace

.....  
.....  
.....  
.....

## I. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 4

**INDIVIDUÁLNÍ PLÁN KLIENTA** (dále IP) č. 1 od **1.5.2015** do .....

**Jméno klienta: (pan/paní)** .....

Jak si přeje být klient oslovován: ..... Zahájení služby: ...2015

### **Klíčový pracovník:**

Od / rok	Jméno klíčového pracovníka (dále k.p.)

### **Plánování dlouhodobých osobních cílů a možností uživatele:**

Dat.	Přání , potřeba	Způsob naplnění přání potřeby	Pod- pis k.p.
Hodnocení uživatele s klíčovým pracovníkem, zda jsou naplňovány jeho osobní cíle			
Dat.	Přání , potřeba	Způsob naplnění přání potřeby	Pod- pis k.p.
Hodnocení uživatele s klíčovým pracovníkem, zda jsou naplňovány jeho osobní cíle			
Dat.	Přání , potřeba	Způsob naplnění přání potřeby	Pod- pis k.p.
Hodnocení uživatele s klíčovým pracovníkem, zda jsou naplňovány jeho osobní cíle			
Dat.	Přání , potřeba	Způsob naplnění přání potřeby	Pod- pis k.p.
Hodnocení uživatele s klíčovým pracovníkem, zda jsou naplňovány jeho osobní cíle			

## J. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 5

### INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

**POKOJ:**

**JMÉNO:**

**DATUM NAROZENÍ:**

**Co očekáváte od ?**

**Kroky k naplnění očekávání.**

**Jaký máte cíl do budoucna?**

## K. VZOR INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU 6

### INDIVIDUÁLNÍ PLÁN/ NAPLŇOVÁNÍ INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU

#### ADMINISTRATIVNÍ ČÁST

<b>Jméno a příjmení uživatele:</b>	
<b>Jméno klíčového pracovníka:</b>	
<b>Datum vytvoření plánu/ změny:</b>	
<b>Účastníci Individuálního plánování:</b>	

<b>Na čem ještě budeme pracovat, pokud se nám cíl nepodařilo naplnit:</b>
<b>Pokud se nám osobní cíl podařilo naplnit, stanovení nového cíle</b>

#### MAPOVÁNÍ POTŘEB

<b>Důležité pro uživatele z jeho pohledu</b>	<b>Důležité pro uživatele z pohledu lidí kolem (zdraví, bezpečí, přijetí)</b>
	
<b>Nefunguje:</b>	
To co nefunguje to je osobní cíl	
<b>CÍL:</b>	

#### AKČNÍ PLÁN/ KROKY K DOSAŽENÍ CÍLE

(Popisuje, kdo co bude dělat, aby se uživateli pomohlo naplnit osobní cíl)

Co ?	Kdo ?	Do kdy ?
1.		
2.		
3.		

**Datum dalšího setkání:**

**Podpis uživatele:**

**Podpis pracovníka:**

## L. VZOR PODKLADU PRO SBĚR INFORMACÍ O KLIENTOVI 1

### Individuální plánování – sběr informací, podpora uživatele

<b>Jméno uživatele</b>	
<b>Datum narození</b>	
<b>Klíčový pracovník</b>	

<b>Komunikace</b>	
Má uživatel problémy s komunikací?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud má uživatel problém s komunikací, jaký a jak s uživatelem komunikujeme?	

<b>Pohyblivost</b>		
Užívá uživatel nějakou kompenzační pomůcku, případně jakou?		
<b>Činnost</b>	<b>Je třeba podpora?</b>	<b>Jestliže ano, v čem a jakým způsobem?</b>
<b>Vstávání</b>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
<b>Posazení</b>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
<b>Chůze</b>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	

<b>Pohyb na lůžku (změna poloh)</b>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
<b>Přesun na vozík</b>	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
<i>Další informace:</i>		









<b>Hygiena</b>		
<i>(schopnosti uživatele, kdy j uživatel zvyklý vykonávat hygienu?)</i>		
<b>Činnost</b>	<b>Je třeba podpora?</b>	<b>Jestliže ano, v čem a jakým způsobem?</b>
Umytí	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Koupelel/sprchování	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	<i>(Chcete se sprchovat? Koupat? Kdy?)</i>
Čištění chrupu	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Holení	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Stříhání nehtů	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	

## M. VZOR PODKLADU PRO SBĚR INFORMACÍ O KLIENTOVI 2

### Individuální plán péče

Uživatel:






Klíčový pracovník:

<p><b>Zájmy, záliby</b></p>	
<p><b>Mám/nemám rád</b></p>	
<p><b>Komunikace a sociální kontakty</b></p>	
<p><b>Společenské aktivity</b></p>	
<p><b>Používání pomůcek</b></p>	
<p><b>Mobilita (chůze, stoj, pohyb na lůžku, sed,...)</b></p>	
<p><b>Stravování</b></p>	
<p><b>Hygiena (koupání, holení, česání, péče o chrup, toaleta, ...)</b></p>	

## N. VZOR PODKLADU PRO SBĚR INFORMACÍ O KLIENTOVI 3

# Biografický list uživatele

Pan/ Paní .....

<p><b>Dětství, mládí</b>                  Rodné bydliště,                  oblíbená činnost                  ,sourozenci</p> 	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>Dospělost</b>                  svatba,                  manželství,                  děti</p> 	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>zájmy</b>                  cestování,                  volný čas</p> 	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Bydliště v                  dospělosti</p>	<p>.....</p>
<p>Nemoci a                  omezení/ nebo                  život v plném                  zdraví?</p> 	<p>.....</p>
<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p><b>Seniorský věk</b>                  Odchod do penze,                  rodinné vztahy,</p>	<p>.....</p>
<p>nové role, plány</p> 	<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Volný čas a                  zájmy, koníčky</p>	<p>.....</p>
<p>Nemoci a                  omezení,</p>	<p>.....</p>

## O. SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

<b>Číslo tabulky</b>	<b>Název tabulky</b>	<b>Strana</b>
Tab. 1	Vybraná DZR podle právní formy zřizovatele	74
Tab. 2	Vybraná DZR podle kapacity zařízení	75
Tab. 3	Vybraná DZR podle vlastnictví certifikátu Vážka ®	75
Tab. 4	Vybraná DZR podle data registrace služby	76
Tab. 5	Základní charakteristiky výběrového souboru	76
Tab. 6	Základní charakteristiky osob, se kterými byl uskutečněn rozhovor	77
Tab. 7	Oblasti informací, které jsou o klientech zjišťovány	89
Tab. 8	Vytváření osobního profilu klienta	90
Tab. 9	Zaměření potřeb a zájmů klienta	90
Tab. 10	Vytváření biografie klientů	90
Tab. 11	Zdroje biografických informací o klientovi	91
Tab. 12	Způsob zaznamenávání informací o klientových potřebách a zájmech	91
Tab. 13	Forma vedené dokumentace o klientech	91
Tab. 14	Způsoby předávání informací mezi pracovníky	92
Tab. 15	Fáze individuálního plánování	93
Tab. 16	Termíny aktualizací plánů	93
Tab. 17	Délka adaptační doby	93
Tab. 18	Podíly osob na plnění plánu	94
Tab. 19	Vytváření individuálních plánů	94
Tab. 20	Formát plánů	94
Tab. 21	Míra standardizace plánů	94
Tab. 22	Vizuální podoba plánů	94
Tab. 23	Plány péče a příklady plánovaných položek v plánech péče	95
Tab. 24	Plány osobních cílů a příklady plánovaných položek v plánech cílů	95
Tab. 25	Individuální krizové plány	96

<b>Číslo grafu</b>	<b>Název grafu</b>	<b>Strana</b>
Graf 1	Grafické znázornění specifík plánování s osobami se syndromem demence	78
Graf 2	Grafické znázornění používaných metod k získání informací od klienta	80
Graf 3	Grafické znázornění dalších zdrojů informací	81
Graf 4	Grafické znázornění obsahu spolupráce s rodinou klienta	83
Graf 5	Grafické znázornění řešení problémů	86
Graf 6	Grafické znázornění smyslu individuálního plánování	87
Graf 7	Grafické znázornění smyslu plánování pro pracovníka a pro klienta	88
Graf 8	Zdroje postupu při individuálním plánování	98
<b>Číslo obrázku</b>	<b>Název obrázku</b>	<b>Strana</b>
Obr. 1	Příklad profilu na jednu stránku vytvořeného s klientkou se syndromem demence podle metody Plánování zaměřeného na člověka	56