

Specifika individuálního plánování sociálních služeb s osobami se syndromem demence



Klára Krybusová

ABSTRAKT

Příspěvek vznikl jako výtah nejdůležitějších výsledků a poznatků ze závěrečné práce. Ta se zabývala 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 výzkumného šetření, které zde představuji, bylo 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. 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 v článku blíže rozvedena, včetně doporučení pro další rozvoj individuálního plánování.

ABSTRACT

This article was written as a compendium of the most important results and findings of the final thesis. It deals with the possibilities and limitations of the planning care and support for 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 the present research was 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. 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 described in more detail in the article, including recommendations for further development of the individual planning.

ÚVOD

Problematika syndromu demence, jeho možná terapie a vhodné metody péče o lidi s tímto syndromem a jejich podpora se v současné době stávají velmi aktuálními tématy. V důsledku prodloužení střední délky života se stále více osob dožívá vyššího věku, ve kterém se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění syndromem demence. Počty osob s touto diagnózou tak rok od roku stále narůstají. Zpráva Mezinárodní federace Alzheimerových nemocí, která byla zveřejněna v září tohoto roku, uvádí, že do roku 2050 bude na světě přibližně 131,5 milionů osob s diagnózou syndromu de-

mence, oproti současným 46,8 milionů, což je téměř ztrojnásobení počtu těchto osob. Výdaje, které jsou celosvětově na tuto problematiku vynakládány, tvoří nyní 818 miliard amerických dolarů a do roku 2018 se stanou záležitostí již bilionu amerických dolarů (Alzheimer's Disease International, ©2015). Vznikají tak snahy o zařazení této problematiky mezi evropské i světové priority, například formou deklarace z Glasgow, apelující na vytvoření strategických dokumentů pro tuto oblast v jednotlivých evropských zemích (Glasgow Declaration, ©2014).

Přestože se jedná o nevyлéčitelné onemocnění, lze za pomoci nefarmakologických přístupů působit na zmírnění některých projevů onemocnění, a tak zlepšovat délku i kvalitu života osob s demencí. Naší snahou je nalézt a nastavit takovou individualizovanou péči a podporu těchto osob, která to umožní. Tento článek se zabývá jednou konkrétní oblastí, kterou jsou možnosti a omezení plánování péče s osobami se syndromem demence, jež je těmto osobám poskytována v zařízeních sociálních služeb. Představovaná výzkumná studie má ukázat, jaká jsou specifika individuálního plánování 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.

1. SYNDROM DEMENCE A NOVÉ MOŽNOSTI PODPORY A PÉČE

Onemocnění, která vedou ke vzniku syndromu demence, způsobují obtíže téměř ve všech oblastech života osoby, jež je jeho nositelem. Syndrom demence je obvykle charakterizován úbytkem paměti, pozornosti, řečových funkcí, vnímání a orientace, poruchami úsudku, zhoršením schopností v oblasti motoriky. Dále bývají uváděny změny v behaviorální a psychologické oblasti (Zgola 2003; Holmerová, Jarolímová, Suchá et al. 2009; Jiráček 2009).

Přístupy k osobám se syndromem demence prošly svým historickým vývojem a současné modely péče a podpory obvykle vycházejí ze sociálně — psychologické perspektivy a jsou postaveny na hlubokém respektu k druhému člověku a k jeho individuálním potřebám. Jedním z průkopníků takového přístupu byl profesor Tom Kitwood, který se v devadesátých letech 20. století zasadil o rozšíření přístupu zaměřeného na člověka do oblasti péče o osoby se syndromem demence (The Person-Centered Approach) do oblasti péče o osoby se syndromem demence (Epp 2003).

Podle Janečkové (2013, s.399) je základem dobré péče efektivní komunikace vycházející ze znalosti klienta. Té může napomáhat využití různorodých nefarmakologických metod (validace, preterapie, bazální stimulace, reminiscenční terapie, taneční a pohybová terapie, stimulační techniky, multisenzorické místnosti, zahradní terapie, terapie za pomoci panenek, nutriční terapie a pod.), které se postupně v našich podmínkách čím dál více rozšiřují.

2. VÝZNAM INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ A SOUČASNÉ OTÁZKY

Individuální plánování služby vychází z myšlenek individualizace služby postavené na skutečných potřebách každého klienta a vycházející z hluboké znalosti dané osoby.

Takový způsob poskytování péče pramení z hodnot partnerského přístupu, respektu k lidským právům, úcty k člověku a zaměření se na celkovou kvalitu života daného člověka a ne jen na odstranění problému. Takový postoj nebyl v minulosti v pobytových sociálních službách příliš zastoupen, proto současný koncept individuálního plánování naráží místy na limity minulé kultury péče, která byla postavena na paternalistickém vztahu lékaře a pacienta a na kolektivním způsobu poskytování služby (Jahodová 2006).

Vývoj po roce 1989 postupně směřoval k rozvoji individualizovaných služeb respektujících lidská práva a usilujících o sociální začleňování. Zákon o sociálních službách se svou prováděcí vyhláškou pak tyto prvky ukotvil a stanovil závazná kritéria pro kvalitu poskytované služby. Jedním ze zákonných požadavků se tak stalo individuální plánování služby, které Sládek (2013, s. 88) označuje za základní kámen kvalitní služby. Takto pojaté plánování by mělo přinášet výhody pro uživatele (poskytování cílené a adekvátní podpory, rovnoměrná míra pozornosti, aktivizace klienta, předcházení rizikovým situacím a konfliktům), pro zaměstnance (zefektivnění vynakládaného úsilí, zlepšení komunikace s klientem, vyšší motivaci, více informací o klientovi, posilování týmové práce) a pro poskytovatele (vyšší systematickosti práce, vnitřní kontrola kvality a efektivity služby) (Bicková a Hrdinová 2011; Malíková 2011).

Podle Jahodové (2006) vychází uvedená podoba plánování z přístupu zaměřeného na člověka. Při aplikaci tohoto nového prvku do praxe však mnohdy docházelo k jeho vytržení z původního kontextu, což se mohlo projevat ve formalizované podobě plánování, ve které zůstává způsob poskytování služby nezměněn. Důvodem mohou být problémy, které vyplývají z nejednotnosti výkladu zákona či z nedostatku metodických doporučení pro jednotlivé cílové skupiny. Problémy v konkrétní realizaci pak mohou pramenit z přetížení pracovníků v přímé péči, z jejich nedostatečné podpory a z absence spolupráce a komunikace v týmu pracovníků (Malíková 2011). Způsoby, jakými je individuální plánování uskutečňováno, jsou proto velmi rozmanité. Odlišnosti nalezneme jak v podobě a obsahu plánů, tak v metodách, které jsou k plánování využívány, v teoretických základech, ze kterých plánování vychází, ve smyslu, který je mu přikládán, v tom jak probíhá spolupráce v rámci pracovního týmu a podobně. Vznikají tak otázky, v čem je plánování s osobami se syndromem demence jiné, jak lze toto plánování provádět, co úspěšnému plánování brání, jaké lze nalézt příklady dobré praxe a jakým směrem by se mělo individuální plánování dále ubírat.

3. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Uvedené otázky vedly ke stanovení cíle výzkumné studie, kterým bylo zjistit, jaká jsou specifika individuálního plánování u osob se syndromem demence, a jak probíhá individuální plánování ve vybraných domovech se zvláštním režimem.

Zaměření pouze na domovy se zvláštním režimem (dále DZR) bylo zvoleno z toho důvodu, že jsou určeny převážně pro osoby se syndromem demence, a proto, že pobytová forma služby nejvíce ovlivňuje život člověka, pro kterého má být zároveň jeho domovem. Z důvodu dostupnosti byl výběr zúžen pouze na DZR nacházející se na území hl. m. Prahy a Středočeského kraje. Z celkového počtu 54 zařízení, která byla k dubnu roku 2015 registrována (Registr poskytovatelů sociálních služeb, ©2015) bylo vybráno 9 DZR kombinací jednotlivých charakteristik tak, aby byl výzkumný vzorek co nejroz-

manitější. Základními kritérii výběru byla právní forma zřizovatele zařízení, kapacita služby, vlastnictví certifikace Vážka® (ve výběru byla upřednostněna zařízení s certifikátem kvality České Alzheimerovské společnosti) a délka registrace služby v registru poskytovatelů sociálních služeb (vyřazena z výběru byla zařízení založená v posledních dvou letech, u kterých lze předpokládat dočasné nedostatky v oblasti plánování). Přehled charakteristik výběrového souboru je uveden v tabulce Tab. 1.

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

TAB. 1 Základní charakteristiky výběrového souboru
(zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb, ©2015; Česká Alzheimerovská společnost, ©2015; internetové stránky poskytovatelů)

Hlavní metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, uskutečněný s deseti klíčovými pracovníky (pracovníci kteří jsou přímo odpovědní za individuální plánování s klienty) a se dvěma koordinátory plánování, kteří koncepčně plánování zajišťují. Rozhovor byl doplněn o analýzu dokumentů podle předem připravených strukturovaných schémat. Zdrojem dat pro obsahovou analýzu byly metodické pokyny pro provádění individuálního plánování ve zkoumaných zařízeních a dokumentace klientů vztahující se k individuálnímu plánování.

4. VÝSLEDKY

4.1 SPECIFIKA PLÁNOVÁNÍ S OSOBAMI S DEMENCÍ

Jako hlavní specifika individuálního plánování s osobami se syndromem demence byly zjištěny odlišnosti plynoucí z úbytku schopností v oblastech komunikace, paměti, orientace a myšlení. Obtíže v komunikaci se ukázaly jako hlavní bariéra v plánování s touto skupinou osob. Ukázalo se, že plánování s osobami s demencí je jiné než s osobami bez kognitivního poškození, a to ve vyšší podrobnosti zpracovávaných plánů, v dynamice, s jakou se mění zdravotní stav klientů, a v oblasti zaměření na mírně odlišné potřeby klienta.

Omezení v plánování, která z uvedených specifík vyplývají, jsou vyrovnávána využíváním *metod, které pomáhají navázat komunikaci s osobou se syndromem demence*. Pracovníci k takovému účelu využívají vzpomínání, stimulační techniky (jako jsou doteky, bazální stimulace či hudba), používají určitá slova a výrazy, předměty a fotografie nebo obrázky. Důležitou složkou je zde také neverbální komunikace pracovníka s klientem.

Dále pracovníci využívají *dalších zdrojů informací*. V této oblasti se jako velmi důležitá ukazuje *spolupráce s rodinou* či blízkými osoby s demencí. Taková spolupráce probíhala nějakým způsobem ve většině zařízení, avšak v různých formách. Může se jednat o komunikaci s rodinnými příslušníky před přijetím klienta do zařízení, či o pravidelný kontakt v průběhu poskytování služby. V některých zařízeních zapojují rodinu také do individuálního plánování či do realizace plánů. Pracovníci však uvádějí následující limity takové spolupráce:

- klient *nemá rodinu*,
- rodina klienta *nespolupracuje*,
- informace od rodiny již po nástupu klienta *nejsou aktuální*,
- rodina informace o klientovi *nemá*,
- klíčový pracovník *nemá čas* na rozhovor s rodinou,
- *písemné záznamy nejsou vedeny*, či došlo k jejich ztrátě.

V některých zařízeních byly nalezeny způsoby, jak některým uvedeným omezením předcházet. Jedná se zejména o celkovou vstřícnost a otevřenost služby navenek a o úzkou spolupráci se zájemci o poskytovanou službu již od prvních kontaktů. V některých DZR je tato součinnost rozvíjena zapojením rodiny do péče, telefonickým kontaktem s blízkými klienta a jejich podporou, která může mít podobu například pravidelných setkávání rodin.

Druhou oblastí, která je významným zdrojem informací, je znalost minulosti klientova života. Ta je často zaznamenávána v podobě *biografie* nebo životního příběhu, přičemž je často čerpáno z informací získaných od rodinných příslušníků osoby. Jako třetí zdroj informací lze označit *přirozenou znalost klienta* jednotlivými pracovníky, která je podle dotazovaných ovlivněna malou velikostí zařízení a délkou pobytu klienta v jedné službě.

V rámci výzkumného šetření bylo dále zkoumáno, s jakými *problémy* se klíčoví pracovníci při individuálním plánování nejčastěji setkávají. Opakovaně se objevovaly obtíže při sestavování individuálního plánu a problém se stanovením osobního cíle klienta. Stejně tak byly uváděny nesnáze spojené s aktualizací plánů a problémy pramenící ze specifík plánování s osobami se syndromem demence (změna stavu klienta, nedostatek informací o klientovi, problémy s narušením paměti klienta, problém s komunikací s klientem). Uvedené problémy pracovníci nejčastěji řešili konzultací s ostatními kolegy, naopak snaha najít řešení v literatuře se objevilo pouze v jedné výpovědi.

4.2 PRŮBĚH PLÁNOVÁNÍ V 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.

Zařízení lze obecně rozdělit na ta, ve kterých pracovníci vnímají plánování jako užitečné, a na ta, v nichž pracovníci žádný smysl v plánování nenalézají. V šesti zařízeních, ve kterých bylo uváděno *plánování jako smysluplné*, byl nejčastěji uváděn význam z hlediska sběru nových informací o klientovi a v přizpůsobování služby potřebám klienta.

Ve třech případech pracovníci uvedli, že v plánování *žádný smysl nevidí* a provádějí ho jen z povinnosti. 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. Také se zde objevovala nižší míra spolupráce s rodinami klientů.

První oblastí, ve které se jednotlivá zařízení z hlediska realizace plánování lišila, byl druh *informací, které byly o klientech zjišťovány*. Nejčastějšími zjišťovanými informacemi byla míra soběstačnosti a dále zájmy a aktivity klienta. Pro přehledné zaznamenání informací byly ve třech zařízeních využívány tzv. osobní profily klientů.

Při výzkumném šetření bylo dále zjišťováno, jakým způsobem si pracovníci získané *informace zaznamenávají* a jak si je mezi sebou *předávají*. Ukázalo se, že dokumentace, do které jsou informace zapisovány, bývá vedena buď v písemné či v elektronické podobě, a to za použití softwarového programu pro sociální služby, či bez něj. Často se oba způsoby překrývaly. Nejčastěji byla dokumentace vedena za pomoci využití programu pro sociální služby *Cygnus®*, který nebyl žádným způsobem využíván pouze ve třech zařízeních z devíti. Přesto se míra a způsob jeho využití v jednotlivých zařízeních značně lišila.

Informace si nejčastěji pracovníci *předávají* ústně, a to na pravidelných pracovních poradách či při běžném kontaktu. *Spolupráce v týmu pracovníků* byla v jednotlivých zařízeních různě rozvinutá. V jednom ze zařízení byl klíčový pracovník pověřen zjišťováním informací o klientovi, ale plánování služby a následná realizace plánů probíhala již ve vzájemné spolupráci. Naproti tomu v některých zkoumaných zařízeních byl klíčový pracovník na plánování a na realizaci plánů více méně sám.

Z hlediska *průběhu realizace individuálního plánování* měly jednotlivá DZR ve svých vnitřních předpisech deklarovány mírně odlišné fáze a poměrně výrazně rozdílné termíny aktualizací individuálních plánů. Ty se pohybovaly od jednoho měsíce do půl roku, přičemž v jednom ze zařízení neměli termín pevně stanovený. Je však třeba mít na vědomí, že pod aktualizací se v jednotlivých zařízeních skrývala různá činnost, protože obsah i podoby plánů byly velmi rozdílné.

Podoby individuálních plánů se lišily podle toho, na jakou plánovanou oblast byly zaměřeny. Ve čtyřech zařízeních měli jeden druh plánu pro každého klienta, ve čtyřech dva druhy a v jednom zařízení měli čtyři druhy plánů pro každého klienta. V zásadě je možné rozdělit vedené plány na tzv. plány péče a na tzv. plány osobních cílů. První se zaměřují více na přizpůsobení každodenního režimu a základních činností, které jsou klientovi poskytovány opakovaně stále stejným způsobem, druhý typ plánů se více věnuje jednorázové akci nebo činnosti s klientem. V osmi z devíti zařízení měli tzv. plány osobních cílů a v polovině zařízení byly vedeny také tzv. plány péče či podpory. Ukázalo se, že v praxi však dochází k *různému rozdělení*. Jen v jednom zařízení měli pouze tzv. plán péče, bez toho aby pracovali s osobními cíli klientů.

Zaměření a podoby osobních cílů byly také velmi odlišné a přehledně to znázorňuje tabulka Tab. 2.

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 udržení částečné soběstačnosti
cíle zaměřené na soběstačnost	udržení psychického a fyzického stavu zvládnutí chůze o berlích 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 zapálit si cigaretu, dát si kávu chodit na procházky
cíl zaměřený na oblíbené činnosti	procházka s klíčovým pracovníkem po vsi pravidelné čtení klientce sbírání šišek

TAB. 2 Plány osobních cílů a příklady plánovaných položek v plánech cílů

4.3 ROLE KLÍČOVÝCH PRACOVNÍKŮ

Pracovní podmínky klíčových pracovníků jsou v jednotlivých DZR rozdílné. Ze šetření vyplynulo, že na každého pracovníka *připadají* v průměru tři klienti.

Ukázalo se, že čas věnovaný pouze individuálnímu plánování lze jen obtížně změřit, protože nebývá jasně ohraničený. Někteří pracovníci ho hodnotí jako dostatečný, jiní nikoliv. Nedostatek času bývá často vyvažován vyplňováním plánů o nočních službách či doma.

Role klíčových pracovníků se ukázaly jako rozdílné zejména z hlediska *spolupráce* mezi pracovníky, ale také z pohledu *podpory*, která je jim poskytována. Asi polovina dotazovaných uvedla, že mají k dispozici konzultace s nadřízeným. Vzniklé problémy pak řeší pracovníci nejčastěji se svými kolegy.

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.

5. DISKUSE

Provedené výzkumné šetření potvrdilo, že je individuální plánování *stěžejním nástrojem* v uzpůsobování služby potřebám klienta a že je rovněž významným zdrojem in-

formací, které jsou touto cestou získávány a předávány mezi pracovníky (Bicková a Hrdinová 2011; Malíková 2011). 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 toho důvodu, že musí. Je důležité hledat důvody toho, proč si v některých zařízeních pracovníci neumí svou práci bez plánování představit, zato v jiných je považují za něco, co jim ubírá čas potřebný na provádění jiných „smysluplných“ činností. V těchto zařízeních se objevovaly některé společné či podobné rysy. Například se ve zvýšené míře objevovala nedostatečná či zcela chybějící spolupráce pracovního týmu. V žádném z uvedených zařízení nepracovali s biografií klientů, ani spolupráce s rodinami klientů nebyla v těchto zařízeních příliš rozvinutá. Tamní pracovníci se většinou účastnili pouze vstupních vnitřních školení a neabsolvovali dostatek souvisejících kurzů. Zároveň se nenalézání smyslu v plánování objevovalo spíše u velkých poskytovatelů. Lze předpokládat, že v těchto případech není plánování 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, nebo pouze formalizovanou formou plánování, která skutečně žádný význam, kromě ochrany pro případ kontroly státními orgány, nemá.

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. Na některé odlišnosti je vhodné reagovat přizpůsobením toho, jak jsou získány informace o klientovi, protože právě informace o individualitě daného člověka lze považovat za základní prvek individualizované služby. 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. Za použití vhodných komunikačních metod je však plánování společně s osobou s demencí také možné. 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.

Nemalou mezerou v získávání informací je to, že se ani jednou neobjevila možnost předání informací z individuálního plánování mezi institucemi, kterými člověk prochází. Stejně tak byla z hlediska přenosu informací potvrzena důležitost podpory poskytování péče na menších odděleních, ve kterých pracovníci své klienty přirozeně znají.

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. Také se ukázalo, že v několika případech nejsou mezi pracovníky nijak sdíleny individuální plány klientů. Pokud by nebyl předán plán, podle kterého je poskytována každodenní podpora a péče, znamenalo by to, že buď pracovníci při své práci nevycházejí z písemného plánu, nebo že jediným pracovníkem, který službu poskytuje individuálně, je klíčový pracovník.

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 než 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 něho pečují, následně mnohdy neumějí převést do písemné podoby nebo nejsou přesvědčeni, že něco takového do dokumentace patří. Ukázalo se, že v některých zařízeních nabývá plánování podobu zvláštního nepřítel, 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.

S tím souvisí podpora celkové *týmové spolupráce*, která, pokud je správně nastavena, 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.

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.

Výzkumné šetření také odhalilo některé souvislosti mezi velikostí zařízení a způsobem, kterým probíhá individuální plánová služba. 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. Takové specializované kurzy také mohou být pro zařízení nákladnější. *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 to, že pracovníci *nenacházeli smysl 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. V této oblasti lze však poukázat na prostor pro další výzkumné šetření na větším výzkumném vzorku.

ZÁVĚR

Snaha o rozvoj sociálních služeb určených pro osoby se syndromem demence se zdá být z hlediska demografického vývoje a nárůstu osob s tímto onemocněním prioritní záležitostí.

Ukazuje se, že za pomoci vhodných nefarmakologických přístupů je možné výrazně zvýšit kvalitu života těchto osob. Skrze individuální plánování je tak možné nastavit takový individuální přístup, který bude vycházet z hlubokého poznání osoby a jejího životního příběhu a bude vycházet ze současných metod práce s osobami se syndromem demence.

Představená výzkumná studie poukázala na některé mezery, které se při realizaci plánování objevují a na prostor pro další možné zlepšování v této oblasti. Na závěr je tak možné uvést následující konkrétní doporučení pro další rozvoj v této oblasti: snažit se o co největší přizpůsobení plánování specifikám, které plánování s osobami s demencí má, důkladně zjišťovat a vzájemně si předávat informace o daném člověku, nesnažit se o zapojení klienta, které by přesahovalo jeho možnosti, a zároveň ho zcela nevyučovat z účasti na plánování služby, využívat více než jednoho typu plánu, vytvářet podrobné individuální plány podpory a péče, nelpět na změně plánů, které jsou stále aktuální, doplňovat plány o osobní profily a biografické údaje, sdílet plány mezi jednotlivými pracovníky, zavést a zefektivnit práci koordinátora plánování, používat efektivněji metodické pokyny k plánování, zlepšit nabídku vzdělávacích kurzů a rozvíjet týmovou spolupráci při individuálním plánování. V oblasti dalšího zkoumání je pak vhodné zaměřit se na pohled inspektorů kvality sociálních služeb a lektorů vzdělávacích kurzů, kteří mohou nabídnout odlišný a obohacující pohled na zkoumanou problematiku.

LITERATURA

- Alzheimer's Disease International, 2015. World Alzheimer Report. Alzheimer's Disease International [online]. [cit. 2015-10-18]. Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/world-alzheimer-report-2015-executive-summary-english.pdf>
- 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.
- 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
- Glasgow Declaration 2014. *Alzheimer Europe* [online]. [cit. 2015-10-25]. Dostupné z:

- <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Glasgow-Declaration-2014>
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ, 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Gerontologické centrum, 299 s. Vázka. ISBN 978-80-86541-28-0.
- JIRÁK, Roman, 2009. 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.
- JANEČKOVÁ, Hana, 2013. Lidé s demencí. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, s. 396–400. ISBN 9788026203667.
- 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.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
- 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)
- 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.
- ZGOLA, Jitka M, 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 226 s. ISBN 80-247-0183-9.