

UNIVERZITA KARLOVA

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích



Bc. Anna Velát

Individuální plánování v terénních sociálních službách se seniory

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Pavla Povolná, Ph.D

Praha 2024

Prohlášení

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

V Praze, dne 2024

.....

Bc. Anna Velát

Poděkování

Děkuji paní doktorce Povolné, která mohla být vedoucí této diplomové práce a oporou při jejím psaní. Děkuji za cenné rady panu doktorovi Mertlovi týkající se výzkumu a praktické části.

Děkuji také svým blízkým – především chci poděkovat za trpělivost, motivaci a velkou podporu svého přítele Dana, jeho maminky a svým kamarádkám.

A v neposlední řadě chci poděkovat i ochotným sociálním pracovnícím a sociálnímu pracovníkovi z terénních sociálních služeb, kteří byli tak ochotní a poskytli mi svůj čas a cenné informace formou rozhovorů.

OBSAH

ABSTRAKT	6
ABSTRACT.....	7
I. ÚVOD	8
II. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. Individuální plán.....	10
1.1 Individuální plánování jako proces	11
1.2 Individuální plánování průběhu sociální služby.....	12
1.3 Individuální plánování jako součást case managementu.....	12
1.3.1 Význam sociálního pracovníka při individuálním plánování.....	13
1.3.2 Klíčový pracovník	14
1.3.3 Vztah mezi case managementem a sociální prací	14
1.4 Problematika spojená s individuálním plánováním.....	15
1.5 SMART cíle při individuálním plánování v terénní péči	16
1.5.1 Metoda SMART	17
1.5.2 Alternativa k metodě SMART	18
1.5.3 Demingův cyklus PDCA	18
1.5.4 Přístup k individuálnímu plánování metodou POWER.....	19
1.6 Přístup zaměřený na člověka zohledněný v individuálním plánu	22
1.7 Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma.....	23
2. Popis terénní sociální péče	25
2.1 Dlouhodobá péče – LTC	25
2.1.1 Dlouhodobá domácí péče	25
2.2 Osobní asistence	26
2.3 Pečovatelská služba	26
2.3.1 Rozdíl mezi osobní asistencí a pečovatelskou službou	27
2.3.2 Přístup zaměřený na člověka v terénní péči o seniory	27
3. Popis uživatele služeb – seniora	29
3.1 Proces stárnutí	29
3.2 Potřeby seniorů.....	29
III. EMPIRICKÁ ČÁST.....	32
4. Metodologie – kvalitativní výzkum.....	32
4.1 Zvolený typ výzkumu: kvalitativní obsahová analýza	32
4.2 Populace informantů.....	34
4.3 Výzkumné otázky:.....	34
4.4 Cíl výzkumu	36

4.5	Metoda vytváření dat.....	36
4.5.1	Kvalitativní vzorkování.....	37
4.5.2	Limity výzkumného designu.....	37
4.6	Pozicionalita výzkumníka vůči zkoumanému fenoménu.....	38
4.7	Etika výzkumu.....	39
4.8	Metoda analýzy dat.....	39
4.9	Zvolená metoda kódovacího postupu.....	40
5.	První vlna kódování.....	41
5.1	Ukázka kódování.....	41
5.2	Hierarchie kódů.....	46
6.	Výsledky analýzy rozhovorů.....	55
6.1	Analýza kategorie „Informant“.....	55
6.2	Analýza kategorie „Charakteristika individuálního plánu“.....	58
6.3	Analýza kategorie „Obsah individuálního plánu“.....	59
6.4	Analýza kategorie „Revize individuálního plánu“.....	65
6.5	Analýza kategorie „Specifika seniorů“.....	66
6.6	Analýza kategorie „Proces individuálního plánování“.....	71
6.7	Analýza kategorie „Žádané změny v individuálním plánování“.....	79
7.	Diskuse.....	81
8.	Doporučení.....	86
IV.	ZÁVĚR.....	88
	SEZNAM TABULEK.....	93
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	94
	SEZNAM ZKRATEK.....	95

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá tématem individuálního plánování v terénních sociálních službách se seniory. Zvolené téma je relevantní pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří mají individuální plánování v sociální službě na starosti.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak vypadá kvalitní individuální plán v terénní sociální péči s cílovou skupinou seniorů a zjistit, jestli chybí sociálním pracovníkům opora pro jeho tvorbu. Teoretická část práce popisuje teoretické ukotvení individuálního plánování obecně i se specifickou cílovou skupinou seniorů, a identifikuje mezery v praktické opoře pro individuální plánování.

Cílem výzkumu bylo zmapovat, jak na dané téma pohlíží sociální pracovníci působící v osobní asistenci a pečovatelské službě, kde nachází oporu a co jim naopak dělá potíže. Výzkum byl proveden pomocí kvalitativní obsahové analýzy na vzorku devíti rozhovorů se sociálními pracovníky z praxe. Analýza výzkumu pak potvrzuje závislost sociálních pracovníků na interních zdrojích jejich organizací. Dále práce poukazuje na to, jak v praxi sociální pracovníci vypracovávají individuální plány, dále na to, jaké cíle dané plány obsahují, a na to, jak jejich organizace přistupují k řízení kvality.

Výstupem diplomové práce je doporučení pro tvorbu kvalitního individuálního plánu, které může sloužit jako opora pro tvorbu individuálních plánů pro sociální pracovníky, kteří postrádají metodické zdroje pro jeho sepsání.

Klíčová slova: individuální plán, sociální práce se seniory, terénní sociální služby, osobní asistence, pečovatelská služba.

ABSTRACT

This thesis focuses on the topic of care planning in field-based social services for the elderly. This topic is relevant for social workers and social care assistants, who are responsible for care planning in their social service.

The goal of this thesis was to identify the characteristics of a high-quality care plan in field-based social services with the elderly target group, and to find out whether social workers in these services are missing resources for the creation of care plans. The theoretical part of this thesis describes the theoretical background of care planning in general, and with the specific target group of elderly people, and identifies gaps in practical resources for care planning.

The goal of the research was to find out how social workers in home care work with the topic of care planning, which resources they use, and which parts of care planning they find challenging. The research was conducted using qualitative content analysis on the sample of nine interviews with social workers employed by home care services. The analysis of the research then confirms the dependency of social workers on the internal resources of their organizations. Furthermore, this thesis shows how social workers create care plans in practice, which goals their care plans contain, and how their organizations approach quality management.

The output of this thesis is a set of recommendations for the creation of high-quality care plans, which can serve as a resource for the creation of care plans for social workers who have inadequate methodical support for care planning in their organizations.

Key words: care plan, social work with the elderly, field-based social services, home care, social care

I. ÚVOD

Diplomovou práci chci zrealizovat zejména z důvodu profesního a osobního zájmu. Sama jsem povoláním sociální pracovníce v terénní osobní asistenci se seniory a setkala jsem se s náročností individuálního plánování a jeho nastavování, téma mi tak přijde aktuální a podstatné v oblasti sociálních služeb, ve kterých působím.

Je to téma, jehož kultivace a rozvoj je při práci s klienty v sociální práci stěžejním nástrojem pro úspěšnou spolupráci a vymezení cílů mezi sociální službou a klientem. V aktuální době však neexistují téměř žádné příklady dobré praxe, nebo dokonce doporučené postupy od Ministerstva práce a sociálních věcí: jak připravit individuální plán a jak v individuálním plánování s klientem efektivně pokračovat, vyjma několika stručných dokumentů, jako je Doporučený postup č. 3/2022. Tento dokument obsahuje 17 stran a popisuje pouze, že je Individuální plánování kreativní činnost a musí zde být stanovené SMART cíle.

Dle Dorana (1981) SMART je zkratka pro Specifický (Specific), Měřitelný (Measurable), Dosazitelný (Achievable), Relevantní (Relevant), a Časově omezený (Time-bound). Metoda pojmenovaná touto zkratkou se často používá pro stanovení jasných a efektivních cílů ve různých kontextech, včetně osobního rozvoje, projektového řízení a strategického plánování. V daném dokumentu však nejsou žádné konkrétní kazuistiky, či užitečné informace do praxe.

I během svého studia jsem se setkala s tím, jak například vzniká individuální plán ochrany dítěte na Orgánu sociálně právní ochrany dítěte, jelikož se jedná o úřední státní sektor, který má problematiku s danou cílovou skupinou dětí lépe podchycenou za pomoci zákonných standardů a z důvodu závažnosti problematiky dané cílové skupiny. Co se však týče plánování se skupinou seniorů v terénní sociální péči, jedná se o část obyvatel, kde nelze vytyčovat velké ambiciózní cíle, jedná se spíše o menší pokroky a udržování životního blaha člověka v jeho závěru života v domácím prostředí. Toto bylo potvrzeno výzkumem Saajanaha et al. (2016), ve kterém autoři zjistili, že primárním cílem lidí ve věku 75-90 je udržování dobrého zdravotního stavu.

Zároveň díky rešerši, kterou jsem provedla, jsem zjistila, že často diplomové práce rozebírají individuální plánování v domovech pro seniory, kde je přítomna systematickosti a určitá zažitost díky tomu, že ústavní zařízení v České republice mají delší tradici poskytování péče, než např. služba terénní osobní asistence. Dle Maříkové a Plasové (2012) byl v 50. letech 20. století trend ústavní péče o seniory, kdy byla vyzdvihována emancipace

žen, které dříve neformálně pečovaly o své starší členy domácnosti. Zde převládal trend, kdy se ženy osamostatňovaly a chodily do práce tudíž už neplnily některé ženy roli neformálních pečujících. Tuto roli přebíraly státní služby. Mimo jiné ústavní péče pro seniory tehdy nahrazovala nedostatek bytů, a tak se domovy pro seniory stávaly i jejich bydlištěm.

Přijde mi tedy zajímavé zmapovat, jak pracují s individuálním plánem sociální pracovníci z osobní asistence a pečovatelské služby v terénních sociálních službách v Praze, jelikož si každé organizace či centra pečovatelských služeb nastavují své vlastní interní směrnice a standardy, dle kterých se řídí. Chci také zároveň zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci na proces individuálního plánování pohlíží, jak s daným nástrojem pracují, zdali se setkávají s potížemi při vytváření individuálních plánů, jestli jej aktivně využívají, nebo jej spíše vnímají jako formální zákonnou záležitost pro účely kontroly kvality poskytované péče. Dále realizuji 9 rozhovorů s různými sociálními pracovníky. Výběr počtu informantů v kvalitativním výzkumu není jednoduchý, není totiž zřejmé, jaký počet je optimální. Číslo 9 jsem zvolila dle existujících analýz Guest et al. (2006), které poukazují na to, že během 6-12 rozhovorů na dané téma dojde k saturaci ideí. Informantů se budu ptát na cca 25 otázek.

Výstupem mé diplomové práce bude zpracování získaných údajů od sociálních pracovníků, budu se snažit z dotazů zjistit jejich pohled na individuální plánování a způsob, jak s ním pracují. Zaměřím se na to, zdali jim například nechybí určitá opora či základy pro dobré plánování, která nejsou nikde k dispozici. Výstupem by byla i základní doporučení, jak by individuální plán při terénní sociální péči se seniory mohl vypadat, z čeho se může pracovník dále odrazit. Zároveň tak upozorním na danou problematiku, která není doposud dobře podchycena. Za pomoci literatury a relevantních zdrojů se pokusím na individuální plánování podívat z různých úhlů pohledu. Dané téma přibližuje nedostatky týkající se zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který byl naposledy revidován v roce 2006.

Individuální plánování se řídí zákonem o sociálních službách – zákon č. 108/2006 Sb., a je prováděno vyhláškou č. 505/2006 Sb. - příloha č. 2, standard kvality č.5. individuální plánování průběhu sociální služby. Avšak i samotný zákon neuvádí, jak má poskytovatel sociální služby individuální plán utvářet. Jedná se tedy o velmi široký a kreativní prostor, který však nemusí být vždy pro sociální pracovníky čitelný. Obzvláště ve chvíli, kdy se jedná o absolventy vycházející ze studia nebo sociální pracovníky pracující v nově vznikajících organizacích, kde teprve dochází k nastavování vnitřních standardů organizace.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Individuální plán

Dle Johnové (2011) je individuální plán procesní nástroj, který sociálnímu pracovníkovi napomáhá nasměrovat k tomu, co mají společně s klientem dělat. Do plánování spadá zjišťování situace klienta, domlouvání se na tom, co u člověka aktuálně nefunguje a co je potřeba k tomu, aby se situace mohla změnit k lepšímu. Poté se začíná plánovat postup, jakým způsobem můžou situaci zlepšit, podnikají se potřebné kroky ke změně situace. Také sem patří neustálý dohled nad tím, že se cíle naplňují a porovnávají předchozí cíle a kroky, musí tak docházet k revidování plánu.

Haškovcová (2012) definuje individuální plán jako plán sociální služby, který vytváří klíčový pracovník s klientem dané sociální služby. Je zde kladen důraz na partnerskou spolupráci mezi pracovníkem a uživatelem služby. Podoba individuálního plánu je písemná a je potřeba, aby obsahoval srozumitelně formulované cíle, které chce klient a je v rámci jeho fyzických a psychických schopností je naplnit. Důležitou složkou plánování s uživatelem služby je vycházet z jeho konkrétních potřeb a přání, které se mohou u každého člověka lišit. Klíčový pracovník by měl být schopen umět se klienta doptávat, jak si přeje být osloven, při jakých úkonech chce pomoci, co by chtěl v rámci služby realizovat a další. Jelikož se jedná o cílovou skupinu seniorů, je třeba brát v potaz proměnlivost zdravotního stavu uživatelů a dle toho případně cíle a individuální plány měnit a dohlížet na to, jestli se dané cíle naplňují či ne.

Hauke et al. (2020) zdůrazňují hlavní složky individuálního plánu vycházející ze standardů kvality, mezi které patří následující: Jednání se zájemcem, smlouva o poskytování sociální služby a individuální plánování průběhu sociální služby, a naplňování osobního cíle. Individuální plán hraje klíčovou roli pro dobrou spolupráci s uživatelem sociální služby.

Čechová (2020) během kvalitativního výzkumu formou rozhovoru s pracovníky v sociálních službách v domovech pro seniory zjistila z názoru jedné z informantek, že považuje individuální plán za zdroj řádu. Pracovnice vnímá, že díky tomuto plánu se eliminuje riziko chaosu a pochybení. Individuální plán je tak nástrojem ukazujícím, jak má péče probíhat, co by se v ní mělo odehrávat, a co naopak by se dít nemělo, aby například nedocházelo k přepečování klienta – tj. hyperkorektivní péči vedoucí k odebrání soběstačnosti. Dle toho, k čemu by měl plán taktéž sloužit pracovnice vypověděla, že by

z něj mělo být patrné, aby i člověk, který klienta ještě nezná či vidí poprvé, z plánu vyčetl, proč u něj péče probíhá a co je cílem spolupráce mezi klientem a sociální službou.

1.1 Individuální plánování jako proces

Cangár (2007) popisuje, jak individuální plánování můžeme definovat jako nástroj spolupráce mezi příjemcem sociálních služeb a osobami, které mu poskytují podporu. Jedná se o proces, během kterého je s uživatelem plánován průběh poskytování sociální služby. Dochází při něm k definování cíle, kterého chtějí uživatelé prostřednictvím sociální služby dosáhnout. V závislosti na dohodnutém cíli jsou následně definovány konkrétní kroky, které vedou k jeho naplnění. Část procesu individuálního plánování začíná již při komunikaci se zájemcem o sociální službu, kdy se prostřednictvím rozhovoru zjišťují jeho požadavky a očekávání, přičemž se tomuto rozhovoru odborně říká sociální šetření. Konečnou podobou výsledku procesu plánování je individuální plán, který vytváří společně klíčový pracovník s uživatelem služby. Plán je vytvářen na základě požadavků, přání a potřeb uživatelů s přihlédnutím k reálným možnostem jednak konkrétního uživatele a jednak sociální služby.

Dle Formánka a Jindry (2020) podstata individuálního plánování znamená následující: *„Individuální plánování je postaveno na důkladném zjištění potřeb, očekávání, přání a osobních cílů klienta a především na společném dojednání zakázky, která tyto potřeby, přání a očekávání naplní prostřednictvím sjednané sociální služby a napomohou tak k vyřešení nebo zmírnění dopadů nepříznivé sociální situace, ve které se klient nachází. Poskytovatel sociální služby je povinen individuálně plánovat s každým klientem, tedy i s tím, který s ohledem na svoji nepříznivou sociální situaci není schopen rozhovoru a následné dohody. Středobodem individuálního plánování sjednané sociální služby je vždy klient.“*

Hauke (2011) definuje individuální plánování jako instrument zajišťující kvalitu poskytované sociální služby. Cílem individuálního plánu je poskytovat sociální službu v souznění s uživatelem. Snaží se o uzpůsobení poskytovaných služeb klientovi, vychází z individuálních potřeb a cílů klienta, dává důraz na účast uživatele v procesu plánování a vykonávání sociální služby. Sociální pracovník se během individuálního plánování snaží nacházet cíl společné práce s klientem služby. V tom se odráží popis nepříznivé sociální situace, kterou je potřeba změnit a snížit tak její dopad. Při plánování je důležité vyzdvihovat možnosti a schopnosti klienta, aby byl veden k co největší míře samostatnosti. Individuální plán by měl zachovávat životní styl, na jaký byl uživatel zvyklý před vyhledáním sociální

služby. V oblastech, kde to kvůli zdravotnímu handicapu či z důvodu věku již není možné, napomáhá sociální služba se zajištěním kvalitní a důstojné péče v domácím prostředí klienta.

1.2 Individuální plánování průběhu sociální služby

Z hlediska zákona se individuální plánování v sociálních službách řídí vyhláškou 505/2006, konkrétně přílohou č.2 a spadá do obsahu standardů kvality sociálních služeb a řídí se kritériem č.5.

Zákon ji definuje následovně:

- a) *„Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;*
- b) *Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;*
- c) *Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;*
- d) *Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;*
- e) *Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;“*

Touto vyhláškou jsou povinny řídit se terénní sociální služby při individuálním plánování. Konkrétní detaily a podobu individuálního plánu však zákon nijak nedefinuje.

1.3 Individuální plánování jako součást case managementu

Minimol (2016) popisuje case management jako nedílnou součást současné praxe sociální práce se všemi cílovými skupinami. Case management je proces plánování, hledání, zastupování a monitorování služeb od různých sociálních služeb nebo zdravotnických organizací a personálu s cílem dosažení blaha klienta.

Minimol (2016) říká, že v současné praxi sociální práce v zdravotnických zařízeních sociální pracovníci tráví více než polovinu svého času úkoly spojenými s case managementem. Přístup založený na silných stránkách klienta („strengths based approach“) v praxi sociální práce se zaměřuje na zlepšení poskytování služeb, podpůrných systémů, zdrojů a příležitostí pro starší dospělé a seniory. Case management rozšiřuje rozsah potřebných služeb a obvykle je poskytován komunitními organizacemi a službami.

Konečným cílem sociální práce v case managementu je zajištění celkové spokojenosti klienta prostřednictvím poskytování kvalitních personalizovaných služeb. Důležitými principy tohoto procesu jsou právo klienta na seburčení a posilování jeho silných stránek, což činí klienta aktivním příjemcem služeb. Klient aktivně participuje v procesu rozhodování při výběru vhodných služeb z možností poskytovaných sociálními pracovníky z organizací. Case management si také klade za cíl zlepšení sociální a emocionální prosperity klienta a dosažení jeho osobních cílů. Case management tak u cílové skupiny seniorů může podporovat důstojné stárnutí.

Hubíková (2018) říká, že lze v procesu case managementu identifikovat pět hlavních fází.

- První fází procesu řízení případů je posouzení potřeb uživatele.
- Druhou fází je plánování, během kterého case manager společně s uživatelem vytváří balíček služeb z dostupných možností.
- Třetí fází je implementační fáze, ve které dochází k zavedení vytvořeného "balíčku" služeb.
- Čtvrtá fáze je monitorovací fází, kdy case manager sleduje účinnost a fungování zavedeného balíčku služeb.
- Pátá fáze, evaluační, zahrnuje pravidelné hodnocení case managerem, zda jsou výsledky zavedení služeb pro uživatele uspokojivé.

Tento proces sdílí některé charakteristiky s praxí sociální práce, ale ne vždy zahrnuje uplatňování řízení případů.

1.3.1 Význam sociálního pracovníka při individuálním plánování

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. definuje náplň sociálního pracovníka jako člověka, který provádí analýzu sociálních potřeb klientů, poskytuje poradenství v oblasti sociální práce a řeší sociálně-právní problémy v institucích sociální péče. Jeho povinnosti zahrnují také metodickou podporu a konceptuální práci v sociálním sektoru, aktivní účast na prevenci sociálních problémů, poskytování krizové pomoci a sociální rehabilitaci. Stará se také o potřeby obyvatel krajů a obcí a věnuje se koordinaci poskytování sociálních služeb.

Při individuálním plánování bývá sociální pracovník tím, kdo odpovídá za správnou definici jednotlivých úkonů pečovatelské či asistenční služby u klienta. Zodpovídá za kvalitu poskytované péče, řešení stížností a je buďto v roli toho, kdo IP vytváří, nebo se na něm společně podílí s klíčovým pracovníkem v sociálních službách – jinými slovy s pečovatelem

či osobním asistentem, který dochází za klientem nejčastěji, a tudíž nejlépe ví a vidí, jaké potřeby a úkony klient vyžaduje naplnit.

1.3.2 Klíčový pracovník

Haškovcová (2012) klíčového pracovníka definuje jako osobu zodpovědnou za zpracování individuálního plánu. Autorka říká, že je klíčový pracovník zodpovědný za naplňování cílů individuálního plánu a provádění změn. Pokud klíčový pracovník individuální plánování provádí s klientem na základě jeho přání, stává se tak důvěrnou osobou. Pokud se však plán týká procesu pečovatelské či asistenci, klíčový pracovník by měl plnit roli case managera. Uživatel služby a jeho blízcí (rodina) musí znát jméno svého klíčového pracovníka, aby se na něj mohli obracet v případě změn v situaci klienta, kdy by mohly být nutné změny v individuálním plánu.

1.3.3 Vztah mezi case managementem a sociální prací

Hubíková (2018) popisuje, že ne vždy je sociální pracovník case managerem a naopak. Může se jednat o člověka se vzděláním z oblasti sociální práce, ošetřovatelství či dalších zdravotních oborů. Sociální pracovník může plnit roli case managera, kdy někteří z autorů říkají, že metoda case managementu je vhodná k uplatnění v sociální práci.

Harkey (2017) pojímá case management jako mezidisciplinární odborně zaměřenou praxi. Popisuje CM jako profesionální a kolaborativní proces, který vyhodnocuje, plánuje, implementuje, koordinuje, monitoruje, a evaluuje možnosti a služby, které jsou potřeba k naplnění zdravotních potřeb člověka. Skrze proces case managementu case manažeri zohledňují přání, potřeby, zájmy, hodnoty daného člověka. Case manager zodpovídá za pomoc klientovi a dodává mu podpůrný systém, kdy rozumí možnostem péče, určuje, co je pro klienta nejlepší pro naplnění jeho zájmů, očekávání a potřeb a pomáhá dosahovat cílů uživatele dané služby. Proces case managementu taktéž napomáhá k zajišťování bezpečí, kvality, cenové dostupnosti služby a efektivity péče skrze splňování standardů kvality.

Harkey (2017) dodává, že průběh case managementu se v mnoha ohledech shoduje s praxí sociální práce. Autorka definuje praktikum sociální práce jako aplikování hodnot, zásad a technik sociální práce pro dosažení cílů, jako je například pomoc lidem získat přístup k sociálním službám, poskytnout odborné poradenství či psychoterapii s jedinci, skupinami a rodinami. Dále si také klade za cíl zprostředkovat pomoc komunitám a skupinám využívat zdravotní a sociální služby a poskytnout pomoc při účasti v legislativních procesech.

Zakotvení v zastávání se klientů a jejich advokacii, pomoci a identifikaci zdrojů pro potřebu toho, aby lidé mohli dosahovat svých zdravotních a duševních cílů, sociální práce a case management sdílí podstatné společné postavení.

1.4 Problematika spojená s individuálním plánováním

Z kvantitativního výzkumu dotazníkového šetření Štoudkové (2015) vyšlo ze zkoumaného vzorku 60 pracovníků v sociálních službách a 40 sociálních pracovníků v pečovatelské službě v Brně, že 30% z nich nejsou zcela schopni dobře sestavit s uživateli individuální plán a rozpoznat přání, cíle a potřeby klienta. Je možné, že to může vypovídat i o nedostatečné znalosti práce s individuálním plánem, a jak jej správně využít při práci s klientem. Mezi další zajímavá zjištění autorky patří to, jak pracovníci vnímají proces individuálního plánování, kdy 29 % informantů považuje tento proces za byrokratickou zátěž a 36 % za neefektivně vynaložený čas. To by mohlo poukazovat na to, nakolik náročné může být využívání tohoto nástroje, když pracovníci zcela neví, jak využít plánování efektivně pro zlepšování služby a péče o klienta.

Při práci s ohniskovou skupinou Krupičková (2012) zjistila, jak náročné je pro klíčové pracovníky utvářet cíl při individuálním plánování, jelikož při utváření plánu se seniory se jedná o jejich poslední životní fázi, kterou doprovází nejrůznější zdravotní obtíže. Starší lidé už si často nepokládají velké cíle a ani očekávání. Pracovníci vypověděli, že jim klienti mnohdy vypovídají, že už chtějí v klidu dožít, nebo že chtějí ještě být zdraví. Nepotřebují ve svém životě už nic příliš dokazovat a přijímají okolnosti takové, jaké jsou. Pro pracovníky může být tak velmi složité, jak pak popsat individuální cíl klienta a jejich spolupráci, když daný cíl musí být reálný, měřitelný, dosažitelný. Individuální plánování je tak zákonně nastaveno, ale v realitě se může stát, že člověk už opravdu nemá žádný cíl, i když se pracovník snaží nalézt a zjistit, co by si klient ještě přál dělat, zvládat, umět. Ne vždy je zřejmé, jak lze přání klienta přeformulovat do individuálního plánu. Například u klientů se sníženou kognitivní schopností (demence), může být takové nastavování cíle velmi obtížné.

Jako další zajímavou informací plynoucí z výzkumu Krupičkové (2012) bylo zjištění, jak bývají pracovníci sociálních služeb demotivováni při psaní individuálních plánů, jelikož se jim vracejí od vedení a inspekce plány s námitkami, že nejsou dobře zpracované a na školeních se jim dostává vždy subjektivní nesjednocená informace, jak by takový dobrý individuální plán s klientem měl vypadat. To všechno má pak vliv na snahu a odhodlání pracovníků, kteří spíš rezignují na jakoukoliv snahu, jelikož se jim stále nedaří vytvořit ony „dobré“ individuální plány s klienty. V ohniskové skupině taktéž zaměstnanci výzkumnici

sdělili, jak moc postrádají konkrétní příklady dobré praxe individuálních plánů. Často na školeních slyší, proč mají IP dělat, ale následně nezjistí, jak aplikovat teoretické poznatky do praxe.

Z popsaných výzkumů lze poznat, že téma individuálního plánování bývá pro pracovníky z oblasti sociálních služeb působící s cílovou skupinou seniorů v České republice poněkud náročný proces. Zároveň se jedná i o chybějící praktické poznatky toho, jak by takový individuální plán se starším člověkem v přímé péči mohl vypadat. I když se vyskytuje zpětná vazba od nadřízených pracovníků k předělání IP, není snadné zjistit, jak by tedy správný a vhodný plán pro klienta měl být utvořen. V mém výzkumu bych ráda proto vedla rozhovor se sociálními pracovníky z osobní asistence a pečovatelské služby a zjistila tak, jak oni vytváří individuální plán a co jim při tvorbě pomáhá a ráda bych uslyšela i praktický příklad či kazuistiku, jak takové IP může v jejich organizaci být. Myslím si, že to bude přínosem do praxe sociálních služeb a procesu plánování.

1.5 SMART cíle při individuálním plánování v terénní péči

Jak již bylo zmíněno v úvodu, Ministerstvo práce a sociálních věcí ve svém doporučeném postupu pro individuální plánování (2022) č.3 z roku 2022 na straně 11 v kapitole 3.1.1 *Cíle spolupráce* promlouvá o tom, jak je důležité stanovit, aby cíle spolupráce naplňovaly SMART kritéria – v daném případě se jedná o konkrétnost, srozumitelnost, dosažitelnost (reálnost) a zhodnotitelnost.

Přesto může být metoda SMART v praktickém užití velmi náročná při stanovování cílů s klientem v osobní asistenci a pečovatelské službě se seniory. Ve své praktické části podrobněji popíšu výsledky svého kvalitativního výzkumu, ze kterého vyplynulo, že pro mnohé sociální pracovníky je velmi náročné utvářet s klienty cíle, které by byly konkrétní, dosažitelné či hodnotitelné. Ať už se týká cílů terénních služeb OA či PS jako je velmi častým cílem např. dožít doma ve svém prostředí, jedná se o velmi široký, ne zcela uchopitelný cíl z hlediska SMART přístupu. Někteří uživatelé služby – senioři – ne zcela rozumí, proč by si měli v rámci osobní asistence či pečovatelské služby nějaký cíl stanovovat. O to větší výzvou je pak utvořit cíl s klientem, který má geriatrické onemocnění jako je demence, Alzheimerova choroba, nebo se jedná o umírajícího klienta v paliativní péči na závěru života. Je pak také otázkou, zda do individuálního plánu zapojovat pouze klienta, pečovatele (klíčového pracovníka) a sociálního pracovníka, či také spolupracovat multidisciplinárně s rodinou klienta, případně s dalšími zdroji, které uživatel služby využívá

ve svém domácím prostředí. Podrobněji se tématu budu věnovat v kapitole zjištěných výsledků a diskusi.

1.5.1 Metoda SMART

Následující tabulka ukazuje, co znamená zkratka SMART přeložená z anglického jazyka.

- Specific: Udává, jak bude cíle dosaženo, čeho chceme dosáhnout, za pomoci jakých zdrojů? Koho se cíl týká? Proč zrovna tento cíl?
- Measurable: Jak můžeme daný cíl změřit, za pomoci čeho zjistíme tyto data, jaké metody využijeme? Volíme kvalitativní či kvantitativní přístup?
- Achievable: Je daný cíl dosažitelný? Máme pro něj dostatek zdrojů a schopností? Jak cíle dosáhneme?
- Relevant: Je cíl relevantní – odpovídá cíli, jaká je důležitost výsledku?
- Time-bound: Jaký je časový rámec pro naplnění daného cíle? Je splnitelný v daném časovém období?

Obrázek 1: Co jsou to SMART kritéria

What is the SMART criteria?

S	Specific	What will be accomplished? What actions will you take?
M	Measurable	What data will measure the goal? (How much? How well?)
A	Achievable	Is the goal doable? Do you have the necessary skills and resources?
R	Relevant	How does the goal align with broader goals? Why is the result important?
T	Time-Bound	What is the time frame for accomplishing the goal?

Zdroj: University of California, 2016

SMART metoda se lépe hodí do osobního rozvoje, vzdělávání, podnikání nebo projektového managementu vzhledem k její podobě, která spíše zachytává formální oblasti cílů. Brown et al. (2016) ve svém článku věnující se SMART cílům na školách poukazují na to, jak dobře se dá tato metoda využít ve školství a to konkrétně při zlepšování vedení a manažerských schopností učitelů a ředitelů. Metoda zároveň slouží dobře k učení zaměstnanců ve vzdělávacím systému a ve prohlubování jejich schopností směrem ke svým žákům a kolegům.

1.5.2 Alternativa k metodě SMART

Hauke et al. (2020) v knize, Jak propojit teorii s praxí v pečovatelských službách, popisuje, jak se v dřívějších dobách používal princip SMART. Autorka však říká, že ve chvíli, když se stanovují cíle v lidských životech klientů, jeví se jako tato kritéria jako nevyhovující a nestačí pokrýt oblasti, které ve skutečnosti je třeba při cíli spolupráce stanovit.

Obrázek 2: Popis kroků při práci s klientem při nastavování cíle

„1. Realistický

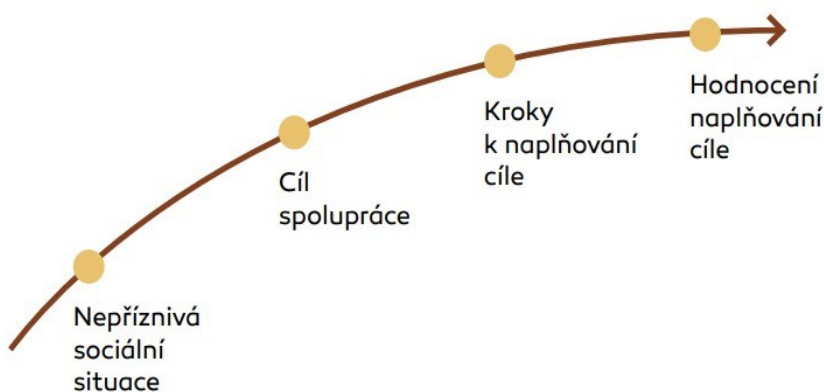
2. Konkrétní

3. Významný pro klienta

4. Dosažitelný

5. Pozitivně laděný

6. Vyhodnotitelný“



Zdroj: Hauke et al., 2020

Hauke et al. (2020) dále doplňuje, že pracovník po zjištění nepříznivé sociální situace, kvůli které se stává klientem služby, přechází k cíli spolupráce. Při nastavování cíle s uživatelem služby domlouvá kroky, jež mají vést k naplnění cíle, kdy společně s klientem pracovník hovoří o tom, jaké úkony se budou u něj vykonávat, jaký rozsah služby je potřeba zajistit, kdy pečovatel bude na péči docházet. Také je důležitým tématem riziko a jeho ošetření, které se může s cílem pojít. Dále musí pracovník s klientem stanovit, jakým způsobem budou cíl vyhodnocovat, tzv. jak poznají, že se cíl naplňuje.

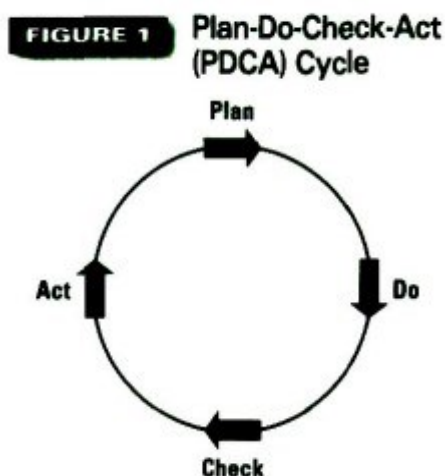
Autorka v textu líčí, že není třeba vymýšlet příliš komplikované cíle a že cíl „zajistit takovou péči, aby klient mohl i nadále setrvat doma.“ je v pořádku. S tím lze souhlasit, ale kdybychom se na cíle dívali optikou přístupu SMART, který doporučuje MPSV, asi by nedošlo ke shodě, protože není jednoduché takto široký cíl ohraničit a změřit.

1.5.3 Demingův cyklus PDCA

Cyklus PDCA nabízí taktéž zajímavý přístup, který by se dal aplikovat do individuálního plánování, jelikož se dá využít ke zlepšování procesů, do které oblast IP taktéž spadá. Johnson (2016) v odborném časopise věnující se v článku benefitům daného přístupu vysvětluje, že Demingův cyklus pochází od Waltera Shewharta z poloviny

20. století, který se věnoval statistice sledující kvalitu kontroly, na kterého později v 50. letech 20. století navázal jeho učeň William Deming.

Obrázek 3: Zobrazení PDCA cyklu



PDCA přístup znamená v překladu následující:

Plan = plán a s ním spojená identifikace problému a jeho následná analýza

Do = udělat a vyvinout řešení a jeho následná implementace

Check = zhodnocení výsledků a kontrola toho, zdali se cíl podařilo naplnit

Act = Standardizace řešení a prevence do budoucna

Zdroj: Johnson, 2016

Při individuálním plánu s klientem by se dal PDCA cyklus aplikovat tak, že vytváříme individuální plán s klientem, kdy nejprve identifikujeme jeho nepříznivou sociální situaci (problém) – zkusíme se na něj podívat metodou sociální práce, case managementu a případně i pečovatelsví. V další fázi se snažíme hledat řešení nepříznivé situace klienta a tu pak aplikujeme při práci s ním. Poté hodnotíme, jestli se cíl podařilo naplnit, nebo je potřeba jej poupravit tak, aby se to v budoucnu podařilo. Krok standardizace by se aplikoval v případech, kdy by se jednalo o nějaký jev s klientem, kdy bychom nechtěli, aby se něco opakovalo, nebo také mapujeme překážky a rizika u daného uživatele sociální služby.

1.5.4 Přístup k individuálnímu plánování metodou POWER

Další zajímavá metoda, se kterou by se dalo k individuálnímu plánování přistupovat je metoda zvaná zkratkou POWER (v překladu: síla).

Wilkins (2016) z univerzity Cardiff věnující se tématu sociální práce s dětmi a rodinami v Anglii popisuje, jak metoda SMART může při spolupráci v rámci sociální práce s dítětem a rodinou způsobit koncepční problémy, kdy tato metoda neúmyslně utváří myšlení sociálních pracovníků neúčinným způsobem. Sociální pracovníci se pak na individuální plánování dívají více technicky než racionálně, přičemž se příliš zaměří na SMART cíle, kdy podvědomě klientům mohou podsouvat myšlenku, že jejich splnění stačí tomu, aby u nich docházelo ke změně či naplnění cíle spolupráce. Autor tak přichází s myšlenkou, že lze spolupracovat s klientem metodou POWER. Jsem toho názoru, že následující model lze

aplikovat i u cílové skupiny seniorů a procesu individuálního plánování v terénních službách se staršími klienty.

POWER přístup je odlišný od metody SMART. Zkratka znamená následující:

Obrázek 4: POWER – alternativní přístup k metodě SMART

POWER - An alternative model to SMARTer care plans.	
<u>P</u>ositive	Positive = pozitivní
<u>O</u>wn role	Own role = vlastní role
<u>W</u>hat specifically?	What specifically? = Co přesně?
<u>E</u>vidence	Evidence = důkaz
<u>R</u>elationship	Relationship = vztah

Zdroj: Wilkins, 2016

Na rozdíl od metody SMART, přístup POWER se nezakládá na formulaci série cílů, ale na výsledky, kterých má být dosahováno. Nyní popíšu a vysvětlím, co je danými slovy myšleno v kontextu plánování s klientem.

Pozitivní (positive) – Výsledky individuálního plánu by měly být vyřčeny pozitivně jako něco, čeho chceme dosáhnout, spíše než něco, čemu se chceme vyhnout. To dobře odpovídá přístupu posilování silných stránek klienta v sociální práci.

S cílovou skupinou seniorů mě napadá situace, kdy se klientovi v rámci plánování nesnažíme zakazovat, aby něco nedělal sám – např. dopomoc s hygienou, aby u činnosti neupadl, ale ptáme se a pozorujeme, jak mu můžeme při činnosti pomoci a pečovateli mu bude dodávat pocit bezpečí a podpory, a zároveň zachovávat integritu klienta. Snažíme se navodit pozitivní pocit, že něco dokáže udělat sám či s dopomocí, nikoliv že se za něj direktivně přebere zodpovědnost. Takže bychom se snažili, aby klient, pokud mu to dovolí zdraví a fyzické možnosti, např. vzal žínku a sám se umyl v částech těla kde to dokáže, přičemž záda či nohy mu pomůže umýt pracovník v sociálních službách. Jde tak o kooperaci a aktivizaci klienta a dodávání pozitivního pocitu, že stále je schopen některé činnosti zvládnout sám, či s dopomocí, ale stále je to on, kdo má vliv na celý proces a sebeobsahu, to mu dodává kladnou zkušenost a cíl spolupráce je tak pozitivním pro obě strany – aktivizujícího pracovníka a spolupracujícího klienta.

Vlastní role (own role) – S pozitivním výsledkem plánu a spokojeným klientem se váže důležitost vlastní role, kdy se snažíme v rámci plánování navnímat a doptat se, co je

pro klienta důležité, čeho je schopen sám, s čím a jak potřebuje pomoci, ovlivňuje výsledek toho, čeho chceme společně dosáhnout. Lze využít i spolupráce s rodinou, pokud jí klient má, nebo případně se navázat i s dalšími důležitými zdroji klienta, které klient má – blízcí přátelé, domácí zdravotní péče, sociální pracovník z úřadu a další. Přesto je však prioritou a hlavní osobou uživatel služby – klient, u kterého terénní pečovatelská služba či osobní asistence probíhá.

Co přesně? (what specifically) – Každý cíl se musí odvíjet od porozumění výchozí situace a vycházet z kroků potřebných k dosažení výsledku včetně využití zdrojů, které jsou k tomu zapotřebí.

To v praxi z mého pohledu sociálního pracovníka znamená, že u klienta vycházíme z informací, které nám o sobě sdělí on (a případně rodina, či blízcí), pozorujeme jeho prostředí, jeho potřeby, nasloucháme řeč – komunikaci, ale i řeč nepřímou – řeč těla. Už od sociálního šetření až po aktuální péči, kdy plánování nastavujeme a upravujeme. Plánování je nekončící proces, jelikož i náš klient – uživatel osobní asistence – se mění, a můžou se u něj vyskytovat různé potřeby a zakázky, které pak v rámci IP můžeme společně řešit a snažit se je naplňovat, s využitím zdrojů terénní sociální služby a zdrojů, které má v sobě i samotný klient. Na nás je však pomoci jej podpořit, umět se doptávat a být důkladným pozorovatelem – ať se jedná o klíčového pracovníka – pečovatele nebo i sociálního pracovníka.

Důkaz (evidence) – Snažíme se porozumět tomu, jestli nastává progres směřující k výsledku daného cíle, a jaké jsou jeho důkazy. Co by prožíval klient, kdyby dosáhl výsledku?

V rámci OA a PS se můžeme zaměřit na následující oblasti: Zlepšuje se klient nebo jeho nepříznivá sociální situace? Pozorujeme změnu u klienta? Důkazy se dají sbírat zpětnou vazbou – spokojenost či nespokojenost klienta s péčí, zdravotním stavem, duševním rozpoložením. Pozorováním – jak se klient tváří, co prožívá – jakou má náladu, jaké má vztahy s rodinou, blízkými lidmi? O čem klient nejčastěji mluví, a v případě že klient mluvit nemůže, jaký má postoj těla, jak reaguje? Je mnoho podnětů, se kterými se dá pracovat a mohou nám udávat přehled o tom, jak se klientovi daří a jestli cíle, které jsme si společně nastavili, dávají smysl.

Vztah (relationship) – Dosažení výsledků by mělo napomoci zlepšovat vztahy mezi lidmi a jejich prostředím, nebo i zlepšovat vnitřní vztahy člověka a posilovat jeho duševní stav. Dosažení kladných výsledků může pomoci klientům cítit se více podporovaní ve svém prostředí. Zaměřování se na mezilidské vztahy a vztahy klienta ke svému okolí nám zajistí,

že naše individuální plány (péče) se nestanou příliš zaměřené na technickou a racionální stránku a napomáhá si nám uvědomit, že individuální plán je pouze vyjádřením písemného pokusu náplní péče, popisu činností u klienta společného cíle, sám o sobě není poskytováním pomoci.

Tento přístup tak nabízí alternativu ke klasickému SMART přístupu, který se zdá být v některých oblastech sociální práce pomalu na ústupu.

1.6 Přístup zaměřený na člověka zohledněný v individuálním plánu

Již ve 40. letech 20. století přišel Carl Rogers, americký psycholog, s pojmem humánně orientované péče. Principy jeho teorie byly, že každý jednotlivec má:

- a) vlastní značné kvality
- b) může čerpat sílu z dostupných zdrojů
- c) může najít způsob, jak řešit své obtíže. (Rogers 1961 in Morgan a Yoder 2012)

Sharma et al. (2015) popisují přístup zaměřený na člověka jako komplexní přístup k péči, který klade důraz na individuální potřeby a celkový kontext klienta. Při tomto přístupu je třeba klást důraz na respekt, empatii, podporu, aktivizaci a umožnit seberealizaci, komunikaci s klientem.

Sanerma et al. (2020) popisují, jak v procesu péče zaměřené na klienta jsou cíle péče dohodnuty ve spolupráci s rodinnými členy klienta. Koordinace služeb a ošetřování, kompetence profesionálů a ekonomická organizace práce jsou důležitými faktory ovlivňujícími zaměření na klienta a kvalitu. Úroveň spolupráce s rodinnými členy se zdá být přímo úměrná kvalitě péče a služeb. Péče zaměřená na klienta je etickou a základní hodnotou domácí sociální (i zdravotní) péče. Zvyšuje vysokou kvalitu péče, zapojení klientů a rodin a zlepšuje pohodu opečovávaných osob.

Washburn a Grossman (2017) popisují, že sociální pracovník, který aplikuje přístup zaměřený na člověka při práci se seniory musí naplňovat následující kritéria. Měl by být empatický – umět akceptovat perspektivu příjemce péče a snažit se pochopit, co klient prožívá. Být ve shodě s tím, co se klientovi říká a zároveň dělá. Přijímá klienta takového, jaký je, bez předsudků.

Při tvoření individuálního plánu se seniory je trendem a podstatnou složkou zohledňovat přístup zaměřený na člověka, jelikož ten vychází z humanistického holistického přístupu a snaží se člověka vnímat kým je, jaké jsou jeho silné stránky, pohlíží na člověka jako na celistvou bytost, nikoliv jen jako na „klienta“ či „diagnózu“.

Dle autorů - The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016) cílově zaměřený individuální plán péče se má zakládat na preferencích člověka. Podrobné sociální šetření týkající se zdraví, fungování a sociálního zázemí má poskytnout informace klientovi a případně i jeho rodině a pomoci promyslet své cíle. Sociální šetření by se mělo provádět v místě, kde uživatel služby bydlí.

1.7 Psychobiografický model péče podle Erwina Böhma

Jako zajímavou a přínosnou cestou při přípravě individuálního plánu, a to zejména u klientů s demencí, se jeví psychobiografický model péče dle Erwina Böhma, kdy profesionální pečující využívají sdělených vzpomínek uživatele služby. (Procházková, 2015)

Tento unikátní koncept zavedl E. Böhm již v 70. letech minulého století v rámci ošetrovatelství. Tento model se opírá o životní příběh klienta seniora, ze kterého se odborní pečující snaží rozklíčovat různé způsoby chování daného uživatele služby, které se může zdát matoucí či zvláštní vzhledem k regresivnímu jednání seniora. (Procházková, 2019)

Procházková (2019) ve své knize věnující se biografii v péči o seniory zmiňuje, jak Erwin Böhm dával důraz na reaktivační péči, která dle něj dávala důraz na psychosociální péči u seniorů, tzv. *reaktivační péči*. Böhm zastával výrok, že je nejprve důležité pečovat o duši, a až poté o tělo. Z toho vychází i model péče, který se dělí na následujících 6 hypotéz:

1. Psychické onemocnění – potíže seniora vnímá Böhm v duševním utrpení, nevnímá ho tedy jako onemocnění fyziologické.
2. Psychogenní potíže v stáří – zmatení, paranoidní chování během stáří jsou odrazem emocionální stránky člověka.
3. Práce s psychobiografií seniora lze vnímat jako jednu z možností návratu člověka, kdy se daný senior vrací do své emocionální biografie. Tímto se navrácí zpět do dětství a přebírá vzorce chování, které používal v tomto životním období. Tímto procesem se starý člověk vrací regresí až k počátku svého života, což může být pro druhé lidi ne zcela srozumitelné.
4. Biografie mimo jiné přináší terapeutické prvky, které reagují na prožívání dané životní fáze staršího člověka.
5. Hypotéza daného modelu – duševní fenomenologie je svým způsobem emocionálním stromem života, který ve svých kořenech nese otisky kolektivní socializace a společnosti, prostředí, ve kterém daný senior vyrůstal. Kmen stromu obsahuje charakter a hodnotový systém člověka, sem například spadají rutiny, zvyklosti, pocit domova. V koruně stromu lze nalézt to, jak člověk na svět pohlíží a

jak si svět přizpůsobuje svým vnímáním, projevují se zde copingové (vyrovnávací) strategie.

6. Jako poslední následuje reaktivizační způsob péče, která si klade za cíl nevyrovnanost duševního života staršího člověka nahrazovat a napomáhat mu nacházet podpůrné body v jeho vnitřním a vnějším světě. (Procházková, 2019)

2. Popis terénní sociální péče

Matoušek et al. (2012) popisují terénní sociální práci jako práci v přirozeném domácím prostředí klienta. Terénní sociální péče plní funkci podpůrnou, kdy se snaží klienta aktivizovat, udržovat ve vitální fyzické a mentální kondici, dodává socializaci. Potřebnost služby vzniká v závislosti na určení nepříznivé sociální situace, kdy služba reaguje na potřeby klienta, u kterého vznikla náročná životní situace, ať už z důvodu zdraví, sociálních či ekonomických podmínek.

2.1 Dlouhodobá péče – LTC

Dle WHO (2022) je dlouhodobá péče (anglicky LTC = long term care) pojem zahrnující širokou škálu osobních, sociálních a zdravotních služeb, a nabízí podporu lidem s výraznou ztrátou kognitivních či fyzických schopností kvůli duševnímu onemocnění či fyzickému postižení. Dlouhodobá péče lidem pomáhá s udržováním jejich schopností a zároveň tak naplňuje jejich lidská práva a vyzdvihuje lidskou důstojnost.

Dlouhodobá péče je vykonávána členy rodiny daného člověka, přáteli, neformálními pečujícími či profesionály – vyškolenými pečovateli a osobními asistenty.

Dlouhodobá profesionální péče si klade za cíl snižovat fyzický a psychický pokles, snaží se o prevenci a rehabilitaci klienta. Dlouhodobá péče se může provádět v různém prostředí jako je péče v domácím prostředí klienta, odlehčovací službě, pobytové či nemocniční službě.

2.1.1 Dlouhodobá domácí péče

Dle OECD dlouhodobá domácí péče (angl. Long term home care) zahrnuje škálu sociálních a zdravotních úkonů – včetně úkonů lékařských, osobní péče a asistenčních služeb, které jsou poskytovány s primárním cílem zmírnit bolest a snížit či řídit zhoršování zdravotního stavu u lidí s určitou mírou dlouhodobé závislosti. Pomáhají jim s osobní péčí (pomocí při aktivitách denního života, jako je jídlo, mytí a oblékání) a pomáhají jim žít nezávisle (pomocí aktivit denního života, jako je vaření, nakupování a správa financí).

Je nutno podotknout, že v anglicky mluvících zemích termín home care zahrnuje jak sociální, tak i zdravotní služby, zatímco v České republice pojem domácí péče označuje pouze zdravotnické služby poskytované terénními sestrami.

2.2 Osobní asistence

MPSV (2020) definuje osobní asistenci jako podporu určenou jedincům se zdravotním postižením nebo seniorům, kteří vyžadují pomoc od jiné osoby v jejich vlastní domácnosti. Osobní asistence je poskytována v prostředí, kde se dotyčná osoba běžně pohybuje a žije.

Dle zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. je osobní asistence charakterizována jako terénní služba, která je určena pro lidi s narušenou soběstačností v důsledku faktorů jako je věk, chronické nemoci nebo zdravotní postižení. Tato služba je poskytována bez ohledu na časová omezení a zahrnuje pomoc druhé osoby. Je zaměřena na pomoc s činnostmi, které již člověk nezvládne udělat sám.

Mezi tyto činnosti patří:

- a) *„pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) *pomoc při osobní hygieně,*
- c) *pomoc při zajištění stravy,*
- d) *pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- e) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- f) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- g) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. “ (zákon o sociálních službách, 2006)*

2.3 Pečovatelská služba

Dvořáčková (2012) ve své publikaci věnující se kvalitě života seniorů uvádí, že pečovatelská služba je jednou z nejrozšířenějších forem poskytování terénní sociální péče. Tato služba je poskytována seniorům a lidem s handicapem, jež sami nezvládají péči o vlastní osobu z důvodu vysokého věku, zhoršeného zdravotního stavu a v případě, že se o klienta nemůže starat pouze rodina. Pečovatelé tak klientům v jejich domácím prostředí pomáhají naplňovat životní potřeby a pomáhají s činnostmi, které již lidé nezvládají sami. Cílem pečovatelské služby je umožnit jejich uživatelům zůstat v jejich přirozeném prostředí a zachovávat nezávislost v aktivitách, které klient zvládá samostatně. Kontakt s pečovateli také slouží k zachování společenského kontaktu člověka s jeho vnějším prostředím a oddálení umístění do sociálního zařízení ústavního typu.

Úkony, se kterými pečovatelská služba klientovi pomáhá dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je následující výčet:

- a) *„pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*

- b) *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) *pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- e) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.*“

2.3.1 Rozdíl mezi osobní asistencí a pečovatelskou službou

Osobní asistence a pečovatelská služba jsou oba typy terénní péče poskytované lidem potřebujícím podporu, ale existují mezi nimi určité rozdíly v zaměření, rozsahu služeb a způsobu poskytování.

Osobní asistence je více individuální, jsou zde úkony týkající se základní socioterapeutické činnosti, trvá delší časový úsek a klient si říká, co by chtěl s asistentem dělat, s čím je potřeba pomoci, kdežto pečovatelská služba se více soustředí na jednotlivé úkony jako je např. hygiena, pomoc s oblékáním, donáška jídla, základní úklid. Pečovatelská služba se vykonává v kratších časových úsecích a s dopředu domluvenými úkony, osobní asistence je více pod kontrolou klienta, pokud je to možné (případně rodiny klienta) a je zde větší důraz na individualitu a možnost seberealizace. Pečovatelské služby jsou nejčastěji poskytovány státními příspěvkovými organizacemi, kdežto osobní asistence nejčastěji spadá do sektoru nestátních neziskových organizací. V pečovatelské službě se pečující osobě říká pečovatel, kdežto v osobní asistenci jde o osobního asistenta – obě tyto profese však spadají pod profesi pracovníka v sociálních službách, který se řídí zákonem č.108/2006 Sb.

Obě služby však slouží jako pomoc klientovi zůstat v domácím prostředí a dosahovat naplnění jeho blaha a základních životních potřeb.

2.3.2 Přístup zaměřený na člověka v terénní péči o seniory

Lux et al. (2013) popisují přístup zaměřený na člověka (PCA = Person centered approach) následovně: Daný přístup byl vytvořen Carlem Ransomem Rogersem, jedním z nejvlivnějších psychologů v historii 20. století a spoluzakladatelem humanistické rogeriánské psychologie. Podle Rogerse je centrální hypotézou přístupu zaměřeného na člověka to, že jednotlivci mají sami v sobě veliké zdroje pro sebe-porozumění a možnost měnit sami sebe, svůj přístup a vlastní chování. Tyto zdroje mohou být využity, pokud je poskytnuto podpůrné psychologické prostředí.

Podle autorů The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016), péče zaměřená na člověka znamená, že jakmile jsou známy hodnoty a preference klientů péče, je třeba započít podporu jejich zdravotních a životních cílů. Péče zaměřená

na člověka je dosahována skrze dynamický vztah mezi jednotlivci a těmi, kdo jsou pro klienty důležití, sem spadají všichni příslušní poskytovatelé sociální a zdravotní péče. Tato spolupráce mezi uživatelem služby a poskytovatelem péče dává prostor pro rozhodování klienta v rozsahu, jaký si klient přeje.

3. Popis uživatele služeb – seniora

Haškovcová (2012) definuje seniora jako staršího člověka a jako váženého nejstaršího člena nějakého společenství. Senior se dříve také popisoval slovem gerón, což je slovo řeckého původu v překladu stařec. Od tohoto pojmu se odvíjí i vědní nauka zabývající se seniory – gerontologie.

3.1 Proces stárnutí

Ondrušová a Krahulcová (2019) říkají, že stárnutí je biologickým procesem, které je zakončeno stářím. Je to soubor jevů, jež tvoří genetika, faktory prostředí člověka a životní styl. Stáří je možné zčásti ovlivnit tím, jaký způsob života daný člověk vede. Jedna z vlastností fyziologického stárnutí je degenerace orgánů a jejich postupná atrofie. Další z charakteristik u seniorů je snížená přizpůsobivost, zpomalená rychlost psychomotorické reakce, postupné změny stárnoucího člověka v oblasti sociální, psychické, spirituální a biologické.

3.2 Potřeby seniorů

Potřeby seniorů se mohou určovat dle známého modelu Abrahama Maslowa, amerického psychologa, který se zabýval teorií lidské motivace. Trivedi a Mehta (2019) ve svém vědeckém článku zabývajícím se dílem Maslowa vysvětlují pyramidu potřeb následovně:

Na základě pyramidy stojí fyziologické potřeby, které slouží k udržování lidského života. Do těchto potřeb spadá vzduch, voda, potrava, střecha nad hlavou a teplo, spánek a odpočinek a sexuální uspokojení. Tyto základní lidské biologické potřeby udávají nosný pilíř vzhledem k tomu, že jsou prioritní před všemi ostatními potřebami. Jsou to potřeby, které nemohou být dlouhodobě nenaplněny, závisí na většině z nich lidský život.

Jako následující pilíř spadající do základních potřeb člověka je potřeba bezpečí, ty se týkají strachu z přírodních katastrof, ohrožujících situací, ztráty zaměstnání, domova a dalších. Pro člověka je tak důležité být chráněn před fyzickým nebezpečím, mít jistotu v pracovním místě, jistotu důchodu, životního pojištění. Potřeba jistoty z plynoucího pocitu bezpečí následuje po naplnění fyziologických potřeb.

Třetí úroveň pyramidy spadající do psychologických potřeb je pocit sounáležitosti a potřeba lásky. Jelikož jsou lidé sociálními tvory, je pro ně důležité zapadat do skupiny druhých lidí. Člověk pociťuje, že má zapadat do nějakého kolektivu a jakožto její člen cítí

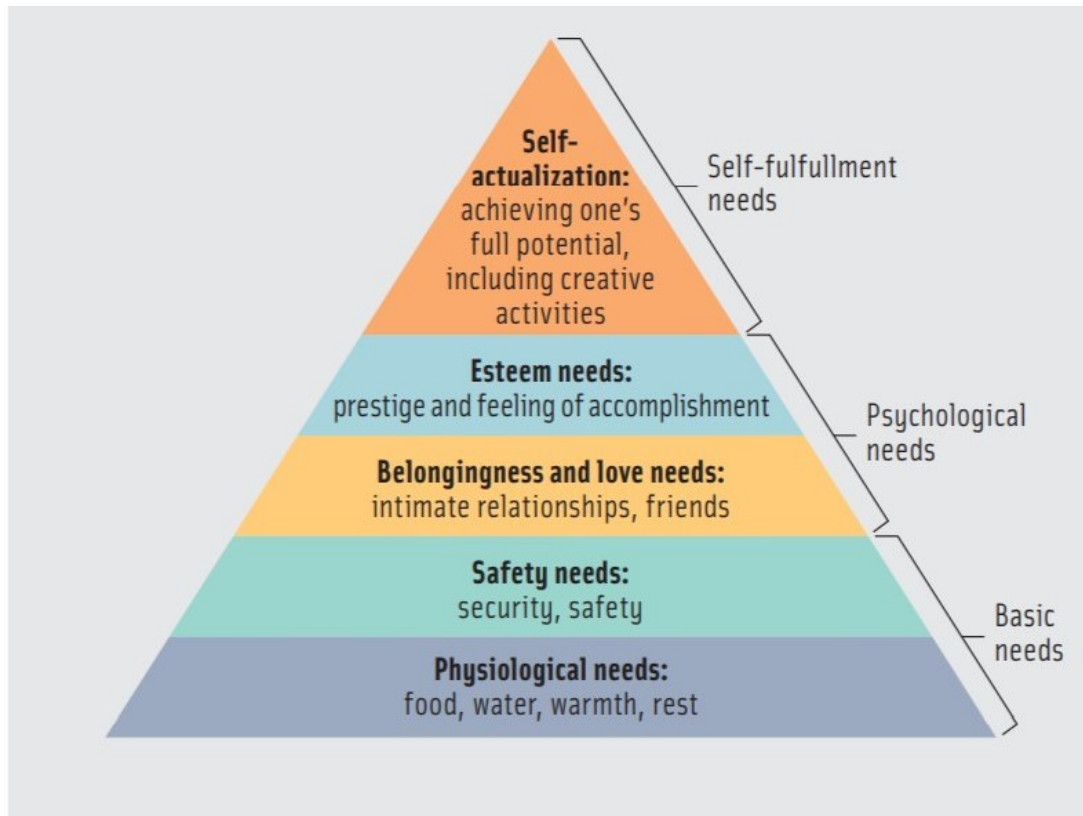
potřebu být akceptován, přijímán a cítit přízeň druhých lidí ve skupině. Každý člověk si přeje někam zapadat. Jedinec si přeje být spojovaný s určitým společenstvím a projevuje potřebu toho, aby ho druzí členové měli rádi. Osoba tak utváří vztahy a přátelství k tomu, aby mohl člověk s druhými lidmi interagovat a socializovat se.

Čtvrtým patrem pyramidy z psychologického okruhu je potřeba úcty a potřeba respektu k sobě od druhých lidí. Jedinec si přeje, aby si ho druzí lidé vážili, chce zažívat pocit úspěchu a prestiže. Pokud jsou zmíněné předchozí potřeby naplňovány, člověk cítí, že může zažívat zdar a zvyšuje se mu sebevědomí. Sebevědomí pak zahrnuje sebedůvěru, sebeúctu a schopnosti dosahovat svých cílů. Oblast sebevnímání tak reaguje na postavení člověka, reputaci a uznání druhých lidí. Jedná se o druh vlastního ega, které je třeba uspokojit.

Poslední částí a vrcholem pyramidy Maslowa je potřeba seberealizace. Jedná se o nejvyšší potřebu z hierarchie. Seberealizace spadá do sebenaplňujících potřeb člověka. Jedná se o přání jedince realizovat svůj plný potenciál. Jedná se o chtění růst a rozvíjet se. Lidé cítí, že chtějí ve svých životech něčeho dosáhnout, být úspěšní. I když je každá osoba schopná seberealizace, ne každý tohoto vrcholu dosáhne, Tato potřeba se plně naplní jen u některých osob ve společnosti. (Trivedi a Mehta, 2019)

Hierarchie dle Abrahama Maslowa popisuje naše potřeby především během produktivního věku, avšak ve stáří se člověk navrácí především k naplňování základních životních potřeb – se kterými mu může pomáhat právě osobní asistence či pečovatelská služba.

Obrázek 5: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Poston, 2009

III. EMPIRICKÁ ČÁST

4. Metodologie – kvalitativní výzkum

Strauss a Corbin (2003) říkají, že kvalitativní výzkum je vhodný ke zkoumání jevů, o kterých ještě nevíme tolik informací. Kvalitativní výzkum taktéž umožňuje získávat nové názory a pohledy i na oblasti, o kterých již něco víme. Tento druh výzkumu dává prostor pro získání hlubších informací, které by v kvantitativním výzkumu nešly tak dobře zachytit.

Gray (2008) popisuje, jak kvalitativní výzkum může nabývat mnoha forem a výsledky vznikají využitím nástrojů pro sběr dat, jako jsou pozorování, rozhovory, dotazníky a analýza dokumentů. I přestože je kvalitativní výzkum v některých kruzích stále někdy považován za méně platný a spolehlivý než jeho kvantitativní protějšek, kvalitativní data mohou být silným zdrojem analýzy. Za prvé, kvalitativní výzkum je silně kontextový, sbírá se v přirozeném "reálném životě", často během delší doby. Proto přesahuje pouhý snímek událostí a může ukázat, jak a proč se věci dějí – zahrnuje i motivaci, emoce, předsudky a situace mezilidské spolupráce a konfliktů (Charmaz, 1995 in Gray, 2008). Kvalitativní výzkum, místo že by postrádal vědeckou přísnost, může dokonce sloužit k testování hypotéz a zkoumání, zda lze teoretická tvrzení podpořit důkazy.

4.1 Zvolený typ výzkumu: kvalitativní obsahová analýza

Jedním z dílčích cílů mé práce je zjistit, jak sociální pracovníci pohlízejí na individuální plánování v terénní sociální službě pro seniory. Využiji principů kvalitativní obsahové analýzy pro zjištění zkušeností sociálních pracovníků při individuálním plánování. Tato zjištění mi pomohou v dosažení cílů mé práce, které se týkají tvorby doporučení pro tvorbu individuálních plánů s danou cílovou skupinou. Jelikož mě zajímají praktické oblasti týkající se individuálního plánování, daný přístup mi dobře odpovídá mému způsobu bádání.

Kuckartz a Rädiker (2023) definují kvalitativní obsahovou analýzu jako systematickou a metodologicky kontrolovanou vědeckou analýzu textů, obrázků, filmů a dalších obsahů komunikace. Jsou analyzovány nejen text či jiný zkoumaný materiál s přímo zřejmými informacemi, ale i obsahy, které mají skryté významy a nejsou z povrchového textu ihned vidět – ty musí být interpretovány během hlubší analýzy. Ve středu kvalitativních analýz stojí kategorie, pomocí kterých je zakódován veškerý materiál relevantní pro výzkumné otázky. Vývoj kategorií může být deduktivní, induktivní nebo deduktivně-induktivní. Analýza je převážně kvalitativní, ale může také integrovat kvantitativně-statistická hodnocení; může být zaměřena jak na kategorie, tak na případy.

V mé diplomové práci se zaměřím na induktivní konstrukci kódů a kategorií. Tento přístup jsem zvolila z důvodu, že podstata mé diplomové práce je značně explorativní. Tedy očekávám, že v rozhovorech se vyskytnou jevy, které nemohu předem předvídat.

Množinu všech kategorií obvykle označujeme jako "systém kategorií", "systém kódů" nebo jako "kódovací rámec". Systém kategorií může být organizován jako lineární seznam, hierarchie nebo síť.

Dle Kuckartz a Rädikera (2023) existují tři typy systémů kategorií:

- 1) Lineární seznam je řetězec kategorií, které jsou všechny na stejné úrovni.
- 2) Hierarchický systém kategorií se skládá z různých nadřazených a podřazených úrovní. Takové systémy kategorií jsou nám pravděpodobně známé z každodenního života a vědy.
- 3) Síťová struktura kategorie je charakterizována tím, že prvky sítě mohou být mezi sebou propojeny různými způsoby (a nejen hierarchicky). Sítě jsou obvykle zobrazeny jako grafy s uzly. Sítě umožňují různé propojovací cesty, což je využíváno například při organizaci webových stránek.

Pro můj diplomový výzkum jsem zvolila hierarchický systém kategorií, protože lineární seznam by nedokázal postihnout vazby a aspekty toho, jak zkoumám individuální plánování. Síťovou strukturu kategorie jsem nezvolila z důvodu přílišné complexity a rozhodla jsem se pro hierarchický systém kategorií, který vhodně zachycuje moji výzkumnou oblast.

Co se týče popisu kategorií a jejich významu, říkají Kuckartz a Rädiker (2023) následující: Kategorie jsou úzce spojené s výzkumnými otázkami. Nejdůležitější podmínkou je, aby kategorie přispívaly k odpovědím na výzkumné otázky. Je proto důležité se ptát, do jaké míry každá kategorie pomáhá dosáhnout cílů studie. Kategorie jsou vyčerpávající, což znamená, že pro každý aspekt dat, který je důležitý pro zodpovězení výzkumných otázek, a tedy by měl být zahrnut, existuje kategorie. Kategorie jsou selektivní, což znamená, že musí být vždy jasné, která kategorie je přiřazena určité části textu a která není. Kategorie jsou dobře formulované a jejich názvy by měly být snadno srozumitelné pro kódující výzkumníky i pro pozdější příjemce studie. Kategorie vytvářejí vnitřní souvislosti a celky, proto nejsou pouze volně vedle sebe bez spojení. Podkategorie jsou rozměry nebo hodnoty své nadřazené kategorie. Kategorie by měly být srozumitelné a názvy by neměly být příliš složité.

V kvalitativní obsahové analýze (dále KOA) autoři Kuckartz a Rädiker (2023) věří, že kódování má širší význam než pouhé "označování" a že předem stanovení kódovacích

jednotek není nutné. Ve smyslu KOA obvykle vědci kódují jednotky významu místo předem určených kódovacích jednotek, což znamená, že zakódované segmenty se mohou překrývat. Kritériem pro určení hranic segmentu je srozumitelnost "mimo kontext", což znamená, že segmenty by měly být srozumitelné samy o sobě, když jsou viděny mimo svůj kontext. Často, zejména při zpracování velkého množství textu, jsou do procesu kódování zvláště povoláváni asistenti mimo vědecký výzkumný tým. Pro KOA je nezbytná určitá míra interpretační kompetence: kodéři musí být dobře informováni o výzkumných otázkách, teoretických konstruktech a významu kategorií. Obvykle se provádějí týmové kódovací seance a workshopy k dosažení co největší shody v kódování. v KOA je tendence přijímat postupový přístup, který se snaží minimalizovat neshody prostřednictvím diskuse v rámci výzkumného týmu. V mém případě jsem všechny rozhovory kódovala sama.

4.2 Populace informantů

Informanti, kterých bude 9, jsou sociální pracovníci a sociální pracovnice působící v terénní sociální péči v Praze, kteří mají v sociální službě na starost individuální plánování s klienty staršího věku, rozhovory budou anonymní. Bude se jednat o muže i ženy různého věku, které jsem zkontaktovala za pomoci webových stránek organizací a poskytovatelů mobilních sociálních služeb.

4.3 Výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

- **Jak má vypadat kvalitní individuální plán v terénní sociální péči u seniorů?**

Dílní výzkumné otázky:

- Jaké oblasti podpory pro přípravu IP považují SP za důležité?
- Kde vnímají SP nedostatky při tvorbě IP a kde nacházejí oporu?
- Jaké jsou faktory, které vedou k tvorbě kvalitních individuálních plánů?

Otázky pro informanty:

Icebreakers

- Kolik je Vám let?
- Jak dlouho působíte v sociální práci?
- Jak dlouho působíte v osobní asistenci s cílovou skupinou seniorů?
- Jak dlouho působíte ve vaší současné organizaci?

Úvodní otázka

- Co pro vás v praxi znamená individuální plán?

Podoba individuálního plánu

- Jak (alespoň přibližně) vypadá váš individuální plán, který při práci s klientem využíváte – co v něm nesmí chybět?
- Jak moc mají vaše individuální plány konkrétní cíle? Dejte prosím příklad cíle IP s klientem.
- Je podle Vás individuální plánování se seniory něčím specifické?

Proces plánování

- Jak se připravujete na konstrukci IP s klientem (co si připravíte předtím, než jej jdete řešit s klientem?)
- Co jsou důležité milníky/momenty pro přípravu IP?
- Jakým okamžikem pro vás začíná individuální plánování?
- Měníte/obnovujete IP jednou za půlroku dle zákona nebo častěji?
- Vnímáte IP jako kreativní činnost nebo formální proces?
- Jaké nástroje využíváte pro tvorbu individuálního plánování? (dotazník, rozhovor, pozorování, deníky)
- Při individuálním plánování – pracujete multidisciplinárně – tj. spolupracujete s dalšími lidmi kromě klienta?
 - Pokud ano, s kým vším pracujete? (klient, rodina, pečovatel)
 - Pokud ne, proč?
- Pracujete s individuálním plánem aktivně, nebo se jedná pouze o „formalitu“, která se pak následně nechává stranou na několik měsíců?
 - Ano aktivně: Jak s IP pracujete, uveďte příklad, jaký to má konkrétní dopad na péči o klienta.
 - Ne: Proč jej nepoužíváte?

Zdroje pro individuální plánování

- Kde všude čerpáte informace pro tvorbu individuálního plánu? (např. sociální šetření, porady, komunikace s týmem, klientem, rodinou)
- Myslíte si, že v České republice chybí rámec nebo podpora pro podobu individuálního plánování a pokud ano, co vám schází?
- Pomohlo by vám, kdyby existoval určitý vzor nebo doporučení, dle kterého byste mohli vytvářet individuální plán a pokud ano, jak si ho představujete?
- Stalo se vám někdy, že jste si nevěděl/a rady s vytvořením IP, co by Vám tehdy pomohlo?

- Máte vnitřní standardy pro IP? A pokud ano, pracujete s individuálním plánováním dle vašich vnitřních standardů organizace?
- Máte metodika pro standardy kvality v organizaci? A pokud ano, pomáhá vám s IP?
- Vyhovuje vám, jak je u vás aktuálně nastavené individuální plánování?
 - Pokud ano, co byste vyzdvihla?
 - Pokud ne, co byste změnila?
- Setkali jste se někdy s kontrolou/inspekcí týkající se individuálního plánu a byly vám oznámeny nějaké nedostatky? Pokud ano, sdělili vám, jak je máte zlepšit?

Extra otázky:

- Připravilo vás studium k individuálnímu plánování a pokud ano, jak?
- Pomohl vám k individuálnímu plánování nějaký kurz či vzdělávání v rámci práce? A jestli ano, v čem?
- Znáte přístup zaměřený na člověka v dlouhodobé péči o seniory a pokud ano, využíváte jej při tvorbě individuálního plánu?

4.4 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je za pomoci rozhovorů zjistit, jak pohlíží různí sociální pracovníci ze sociálních terénních služeb na individuální plánování s klienty, a zda jim neschází určitá opora, či podpůrné zdroje při utváření tohoto plánu. Souběžně s tím si kladu za cíl sesbírat užitečné informace týkající se procesu plánování se seniory v mobilní sociální péči. Jako výstup mé diplomové práce by mohlo být vytvoření doporučení a sběr užitečných informací, které by napomohly k vytvoření dobrého individuálního plánu při práci se seniory v domácím prostředí.

4.5 Metoda vytváření dat

Ilovan a Dorotfei (2017) definují polostrukturovaný rozhovor jako verbální výměnu, kde jedna osoba, výzkumník, se snaží získat informace od druhé osoby, informanta, kladením otázek. Polostrukturovaný rozhovor je kvalitativní výzkumná metoda, která zahrnuje ústní komunikaci s jednotlivci způsobem, který je sebe uvědomělý a založený na částečně strukturovaném metodologickém postupu.

Polostrukturované rozhovory považuji za vhodnou metodu při řešení tématu individuálního plánování, jelikož mám baterii otázek, které jsem utvářela ze své praktické pracovní zkušenosti, pročitání literatury a zdrojů pro zvolenou diplomovou práci. Informanti tak budou moci zodpovědět dotazy, díky kterým se budu moci dozvědět potřebné informace.

Zvolila jsem kvalitativní metodu, jelikož dotazníky by mi nepřišly natolik osobní a hlubinné, zatímco rozhovor nabízí větší prostor pro prozkoumání problematiky individuálního plánování.

Rozhodla jsem se pro daný výzkum zvolit otevřené otázky a vést polostrukturovaný rozhovor z důvodu, že chci prozkoumat oblast individuálního plánování podrobně se sociálními pracovníky, kteří působí v mobilní osobní asistenci a pečovatelské službě v Praze s cílovou skupinou seniorů. Jelikož těchto pracovníků není velký počet, rozhodla jsem se proto zvolit výzkum kvalitativně. Bude se jednat o polostrukturovaný rozhovor o cca 25 otázkách, které budou mapovat různé aspekty individuálního plánování v praxi. Výzkum bude probíhat online a prezenčně, dle možností a preferencí informanta, a rozhovory budou v trvání kolem 30-60 minut.

4.5.1 Kvalitativní vzorkování

Ve svém výzkumu jsem zvolila cílené vzorkování, jelikož jsem zvolila participanty dle jejich specifčnosti pozice – konkrétně sociální pracovnice a sociální pracovníky, kteří působí s cílovou skupinou seniorů v terénních sociálních službách v Praze.

Dle Novotné et al. (2019) se účelové vzorkování zakládá na rozhodnutí zkoumajícího, které zdroje a účastníky do výzkumného vzorku zvolit. Předpokladem je, že výzkumník je seznámen s terénem, nebo chápe, které aktéry je vhodné zvolit pro podrobné studium, aby poskytl dostatek informací.

4.5.2 Limity výzkumného designu

Úskalí tohoto způsobu vzorkování je selection bias: vybírání si informantů a informantek, které se nám hodí nebo potvrzují naši tendenčnost nebo stereotypizaci.

Nikolopoulou (2022) popisuje selection bias jako zkreslení míry asociace (jako například poměr rizika) způsobené výběrem vzorku, který přesně nereflektuje cílovou populaci. Selektivní zkreslení může nastat, když výzkumníci používají nevhodné postupy pro výběr vzorku populace, ale může také nastat v důsledku faktorů ovlivňujících trvalou účast subjektů ve studii. V obou případech není konečná zkoumaná populace reprezentativní pro cílovou populaci (celkovou populaci), pro niž je měření efektu počítáno a z níž jsou vybráni členové studie.

Objektivita mého vzorku může být ovlivněna metodou selekce účastníků. Participanty jsem oslovovala za pomoci kontaktů na webových stránkách organizací a studie se účastní pouze ti, kteří na elektronickou komunikaci odpovídali. Kvůli této metodě výběru

participantů může například hrozit vyloučení sociálních pracovníků, kteří nemají webové stránky nebo neovládají elektronickou komunikaci. To může mít za výsledek, že účastníci výzkumu mohou být mladší a více zvyklí využívat elektronických zdrojů.

4.6 Pozicionalita výzkumníka vůči zkoumanému fenoménu

Jelikož jsem sociální pracovnice a působím v oblasti terénní osobní asistence se seniory v Praze, kdy mám v rámci naší neziskové organizace na starost individuální plánování s klienty, napadlo mne psát diplomovou práci na téma procesu individuálního plánování se seniory v osobní asistenci v mobilní sociální péči. Jelikož mne samotnou zajímá zlepšování procesů a možnosti zvyšování kvality poskytnuté péče a porozumění pro pracovníky pracujících s individuálními plány s cílem lepší spolupráce s klienty, téma je pro mne atraktivní vhodné k bádání. Můj výzkum to může ovlivnit tím, že zaujímám určitou pozici a tou je, že zároveň působím jako sociální pracovnice a zároveň pocítuji nedostatky v oblasti individuálního plánování a nedostatek dostupných podpůrných materiálů, příkladů dobré praxe a praktických příruček, které by mohly práci sociálním pracovníkům působící v přímé práci s klienty usnadnit a zlepšit. Ať už v osobní asistenci či pečovatelské službě se seniory chci napomáhat k lepšímu pochopení, jak má dobrý a kvalitní individuální plán vypadat. Dále ukázat, že se nemusí jednat pouze o formální popis, ale užitečný nástroj pro stanovování spolupráce a podoby péče mezi klíčovým pracovníkem v sociálních službách, klientem, sociálním pracovníkem a případně rodinou, či dalšími pracovníky multidisciplinárního týmu.

Vliv na můj výzkum může mít také mé osobnostní nastavení, jelikož věci velmi ráda plánuji a mám ráda určitý systém, který v individuálním plánování postrádám. Nemám se tak čeho uchytit a spoléhám pouze na své znalosti a poznatky, které jsou vzhledem k věku, čerstvému absolvování vysoké školy nepříliš hlubinné a nepocítuji tak jistotu, že veškerou práci dělám dobře. Víím, že se určitě najdou sociální pracovnice a pracovníci, kterým aktuální systém individuálního plánování může vyhovovat a funguje jim, že jim vyhovuje kreativita a to, že je nikdo nevede ke struktuře. Avšak přesto pocítuji, že určitá opora či doporučení pro plánování by existovat mohlo, aby napomáhalo pracovníkům, nacházet oporu v záchytných bodech. Nemusí se jednat o přísné tabulky a slova, ale spíše návodná doporučení a témata, na které může sociální pracovník reagovat, co nesmí v plánu chybět, jak jej správně revidovat, aby dobře sloužil sociálnímu pracovníkovi, klíčovému pečovateli a klientovi. Zároveň zde určitě bude i vliv vize a nastavení dané sociální služby a jejich standardů, které plánování ovlivňují. Cílem je však vždy blaho a prospěch klienta, k čemuž má směřovat i samotný individuální plán. Myslím si však, že i on samotný by si zasloužil

pozornost, aby usnadňoval a pomáhal zlepšovat práci samotným sociálním pracovníkům, kteří tyto plány spoluvytváří.

Jedno z rizik, které také vnímám je to, že se mi může během výzkumu a psaní diplomové práce stát, že mi veškerí informanti zodpoví, že jsou s individuálním plánováním spokojeni tak jak je, že nepotřebují žádná doporučení ani oporu. V tu chvíli bych se poněkud obávala, že příliš vycházím se subjektivních poznatků a pocitů, které aktuálně zažívám směrem k danému tématu. Mohla bych však naopak tedy potvrdit a ověřit, že je v České republice dobře nastavený systém. A tak možná pouze zažívám starost s plánováním z nedostatečné zkušenosti a důvodu, že pracuji v organizaci, kde standardy teprve vznikají. Přesto si však myslím, že by diplomová práce mohla vnést zajímavé poznatky a shrnutí tématu individuálního plánování, které zde aktuálně chybí. Může přinést informace z pole terénních služeb a individuálního plánování s cílovou skupinou seniorů.

4.7 Etika výzkumu

Pro svoji diplomovou práci jsem realizovala 9 rozhovorů se sociálními pracovníky a sociálním pracovníkem s cílem zjistit, jak informanti pracují s individuálním plánem ve své organizaci. Všichni informanti byli na začátku nejprve v emailové korespondenci seznámeni s tím, že rozhovory budou anonymní a před uskutečněním rozhovoru jsem jim totéž slovně zopakovala – jejich souhlas se tak stal konkludentní. Zároveň jsem je slovně seznámila s tím a optala se jich, jestli je pro ně v pořádku, že záznam z našeho společného rozhovoru bude nahrán s cílem pozdější analýzy dat a kódování, kdy dané záznamy budou přístupné pouze mé osobě na zaheslovaném počítači. Všichni informanti souhlasili s etickými pravidly výzkumu. Mimo jiné jsem informantům řekla, že mohou z výzkumu kdykoliv odstoupit. Po získání slovního souhlasu jsem rozhovory uskutečnila. Anonymitu jsem pro informanty zvolila proto, že se mohli cítit bezpečněji a mluvit o tématu individuálního plánování bez zábran.

4.8 Metoda analýzy dat

Pro analýzu dat budu využívat kvalitativní obsahovou analýzu. Jelikož individuální plánování má, jak jsem dříve zmiňovala, velkou míru volnosti, co se plánovacího procesu týče, tato metoda analýzy mi může pomoci pochopit různorodé pohledy na problematiku za pomocí kódů. Právě díky volnosti v procesu plánování očekávám, že pohledů na problematiku bude mezi informanty mnoho, a budou odlišné. Pro naplnění mé výzkumné otázky tak nejdříve musím pochopit různé pohledy sociálních pracovníků z praxe.

4.9 Zvolená metoda kódovacího postupu

Pro svůj kódovací postup jsem zvolila strukturální, deskriptivní a otevřené kódování, které vhodně napomáhá roztrždit zjištěná data. Švaříček a Šed'ová (2007) popisují otevřené kódování jako proces, kdy se text rozdělí na části jednotek. Tyto jednotky na sebe vážou jména, se kterými výzkumník s nově pojmenovanými fragmenty dále pracuje.

Postup vypadá tak, že nejprve text, který je analyzován, v mém případě rozhovor, se rozdělí na jednotky. Mezi jednotky se dají zařadit slova, věty, odstavce či sekvence. Každé z jednotce je následovně udělen kód – název, označení či jméno. Tato krátká slova či fráze vystihuje daný typ a tím tvoří jedinečnost daného kódu od ostatních. Když utváříme kód, je třeba se ptát, co daná sekvence říká, jaké téma vystihuje.

Saldaña (2009) popisuje strukturální metodu jako základní složkou pro budoucí programovací cykly. Strukturální kódování používá obsahově založený či konceptuální výraz, který reprezentuje téma zkoumání, aby bylo možné, jak kódovat, tak kategorizovat data. Strukturální kódy jsou obvykle základem pro další podrobné kódování.

Zatímco deskriptivní kódování přiřazuje základní štítky datům, aby poskytlo inventář jejich témat. Mnoho kvalitativních studií využívá popisné kódy jako první krok při analýze dat. Popisné kódování shrnuje slovem nebo krátkou frází – nejčastěji jako podstatné jméno – základní téma úseku kvalitativních dat.

5. První vlna kódování

Jak jsem popisovala v kapitole 4.9, proces analýzy jednotlivého rozhovoru začíná první vlnou otevřeného kódování, tj. iniciálním průchodem transkriptu rozhovoru, přičemž u prvního rozhovoru zatím nemáme zavedenou strukturu kódů, kterou bychom se mohli řídit. Budeme tedy muset kódy z textu vyvodit, a až poté z nich sestavit hierarchii, která nám pomůže v analýze dalších rozhovorů, a kterou budeme iterativně rozšiřovat a rozvíjet.

Pro otevřené kódování musíme nejprve text rozdělit na logické části, které budeme kódovat. V mém případě jsem se rozhodla vzít jako jednotky kódování odpovědi informantů, což znamená, že každá odpověď informanta na mou otázku je vlastní logická jednotka. Zároveň připouštím přiřazení více kódů k jedné části, jelikož v mém formátu rozhovoru je možné, že při odpovědi na jednu otázku informant zmíní několik zajímavých jevů či témat.

Tohle je naprosto stěžejní krok, jelikož kódy, které v této části použijeme budou informovat náš postup při analýze dalších rozhovorů, a nevhodná volba kódů v této fázi nám později může přidat mnoho práce v předělávání hierarchie kódů, nebo v nejhorším případě může i negativně ovlivnit kvalitu naší analýzy dalších rozhovorů kvůli nevhodnému „slovníku“ kódů. Proto je důležité při kódování prvního rozhovoru kódovat s určitým vhladem do budoucnosti, a je potřeba se snažit vybírat kódy tak vhodně, aby byly dostatečně obecné a znovu použitelné na další rozhovory. Nicméně tato snaha nesmí v rámci analýzy prvního rozhovoru ovlivnit naši objektivitu, jelikož data z tohoto rozhovoru jsou stejně cenná jako z rozhovorů ostatních. Je také důležité volit kódy dostatečně obecně tak, aby byl jejich výskyt v ostatních rozhovorech realistický, ale zároveň nesmíme kódy volit příliš obecně, protože by při analýze dat byly výsledky příliš homogenní, a nebylo by možné je rozumně porovnávat.

5.1 Ukázka kódování

Aby byly výsledky analýzy hodnotné, je třeba aby čtenář věděl, jakým způsobem byly vytvořeny. Právě metodologii se věnuje kapitola 4., nicméně otevřené kódování je v kvalitativním výzkumu silně tvořivá a individuální činnost, a dva hodnotitelé mohou ten samý rozhovor kódovat značně odlišně kvůli vysoké míře subjektivity. Proto v této a následující kapitole ukazují, jakým způsobem probíhalo kódování rozhovorů.

Rozhovor s informantkou N začal podle plánu icebreaker otázkami, tj. otázkami na praxi informantky N obecně a na praxi s cílovou skupinou seniorů. Vzhledem k široké historii informantky N v této oblasti jsem zde aplikovala kód „rozmanitost praxe“, jelikož by informanti mohli individuální plánování vnímat rozdílně v závislosti na rozmanitosti

a délce jejich praxe. Poté následuje stěžejní část rozhovoru, kde informantka N vysvětluje, co si představuje pod pojmem individuální plán:

Autorka: „... A teď se teda dostávám přímo k tomu individuálnímu plánování a na úvod bych se vás chtěla zeptat, co je podle vás individuální plán? ... Jak vy byste ho definovala vlastně?“

Informantka N: „Jasně. Hmm tak já bych to definovala jako dokument, který je zaměřený na vyložení individualitu klienta na to, jak jakým způsobem by mu vlastně mohla pomoci sociální služba, když by to byla jakákoliv a vlastně, aby se jako neztrácel ten klient jako člověk a nebyl to jenom jako další číslo, tak prostě je potřeba mít ten individuální plán. Abychom mu mohli tu službu opravdu jako naplánovat podle jeho potřeb a přání.“

Této odpovědi jsem přiřadila kódy „**individualita klienta**“, „**přístup zaměřený na člověka**“ a „**individuální potřeby**“. Individualita je to, co informantka reflektuje v individuálním plánu, přístup zaměřený na člověka se ve výpovědi zakládá v jedinečnosti každého z klientů, vnímá jejich individualitu a zároveň individuální potřeby z důvodu toho, že jí zajímá, jak se dá sociální služba naplánovat klientovi na míru dle jeho přání a potřeb. To je důležité, protože už to, jak informantka chápe definici individuálního plánu, ovlivňuje to, jak k individuálnímu plánování informantka přistupuje a jak v něm postupuje.

Další část rozhovoru se už věnuje podobě individuálního plánu jako takové:

Autorka: *Teď se přesouvám na tu podobu individuálního plánu. Chci se vás zeptat, jak alespoň přibližně vypadá váš individuální plán, který při práci s klientem využíváte, co v něm nesmí chybět? Třeba konkrétně ve vaší práci v osobní asistenci ve vaší organizaci?*

Informantka N: *Jinak jako byste v tom plánu teda vlastně zaměřujeme na zmapování celé té jeho situace. Popis nepříznivé sociální situace, jeho nějaké přání, jeho cíl. K čemu by ta služba vlastně měla jakoby vést. Samozřejmě tam popisujeme i ty dané úkoly, úkony, které se u něj budou dělat. Jak mu můžeme pomoci. Potom se věnujeme popisu nějakých rizik a překážek.*

Informantka N: *Které můžou přitom naplňování jakoby toho osobního cíle, prostě toho individuálního cíle nějak jakoby vyvstat. A věnujeme se potom samozřejmě i reflexi a jednou za půl roku reflektujeme ten individuální plán, jestli se daří naplňovat, jestli je ten klient spokojený, jestli se třeba nezměnily ty potřeby jako jednou za půl roku říkám, ale to je jakoby deadline max, když to vyvstane u toho klienta jakoby očividně nějak dřív, tak není problém to prostě měnit.*

První část odpovědi informantky jsem označila kódy „**zmapování situace**“, „**přání klienta**“, „**cíl spolupráce**“, „**náplň služby**“, „**popis rizik**“ a „**popis překážek**“. Všechny tyto kódy popisují informace, které informantka považuje za stěžejní v individuálním plánu. Kódy jsou zde proto, že může být zajímavé porovnávat obsah individuálního plánu mezi různými informanty, jelikož každý informant může mít jinou představu o tom, co v takovém plánu má být. V analýze a diskusi tedy budu moci zkoumat, jaké věci se v individuálních plánech často zohledňují, a na které se naopak typicky zapomíná.

Druhou část jsem označila kódy „**reflexe plnění IP**“, „**spokojenost klienta**“ a „**změna potřeb klienta**“. Tyto kódy už se týkají spíše procesu individuálního plánování, což je stejně důležité jako podoba individuálního plánu samotná. Opět se zaměřuji na to, co při plánování informantka považuje za důležité. Je zde třeba vyzdvihnout fakt, že podobně jako kódování výpovědí informantů může být stejně důležité kódování toho, co ve výpovědi informantů chybí. Individuální plánování je ale natolik kreativní a subjektivní činnost, že bychom mohli jen těžko udělat výčet očekávaných aspektů IP, a při kódování sledovat, které u konkrétního informanta chybí. Proto se soustředím na kódování témat, které informanti zmiňují, a poté v analytické části práce budu také sledovat, jak často některé kódy informanti vynechávají.

U podoby individuálního plánu je potřeba zkoumat i konkrétní podobu cílů, které informant ve svých plánech pro své klienty tvoří:

Autorka: *Děkuji, teď bych se ráda zeptala a jak moc mají vaše vlastně individuální plány konkrétní cíle? Napadá vás takhle třeba nějaký konkrétní příklad, kdybyste si představila nějaký jako cíl individuálního plánu s klientem? Takhle z hlavy? Fakt to může být cokoli, co jste třeba řešila v poslední době v práci v rámci plánování?*

Informantka N: *Jo to nejčastější, co asi u klientů máme, je nějaké udržení soběstačnosti, aby byly prostě aby to, v jakém jsou stavu, tak, aby to buď zlepšili anebo minimálně to udrželi. To je asi nejčastější jakoby cíl. Co, co klienti vyjadřují, že by jako chtěli, proč by jim ta služba měla pomáhat?*

Ehmm. Co ještě může být? No to má tak fakt asi takových 95 % lidí. Jo, potom jsou samozřejmě lidi, kteří jsou úplně sami a jsou třeba na vozíčku nebo prostě nějakým způsobem jakoby indisponovaní a jsou sociálně izolovaní v tom bytě, protože to je třeba bariérový byt, a tak tak hodně chtějí třeba ven, jakože mají i takové ty takové ty v uvozovkách jako menší cíle jo, že třeba chtějí chodit na procházky pravidelně.

Autorka: *Chápu.*

Informantka N: *Nebo chtějí prostě si zajít na nějaký vysněný koncert. Jo, nebo něco takového, že je to jako fakt úplně takové hrozně široké, no ty jejich odpovědi, ale nejvíce to je teda udržení té soběstačnosti, aby byli co nejvíc, jakoby nebo nejděle jako zdraví a nepotřebovali úplně tu pomoc té druhé osoby.*

V těchto odpovědích se vyskytují kódy reflektující konkrétní cíle individuálních plánů, které informantka často využívá, například „**zplnomocňování klienta**“, „**udržení kvality života**“, „**bezbariérovost bydlení**“, „**procházky venku**“, „**soběstačnost klienta**“ či „**udržování zdraví**“. Opět se v analytické části budu věnovat tomu, které cíle jsou v individuálních plánech různých informantů časté, a které jsou naopak neobvyklé.

Informantka ale během výčtu cílů nezmiňuje jen cíle, kde se snaží s klientem něčeho dosáhnout, ale i cíle, které se zaměřují na prevenci nežádoucích jevů. Tenhle jev popisují kódem „**sociální izolace**“, což je nepříznivým jevem, kdy cílem je právě vyhýbání se tomuto jevu. Zároveň můžeme cíle v IP řadit na vysoké úrovni na cíle spíše aktivizační, tj. cíle kde se snažíme klienta někam posunout nebo jeho situaci změnit, a na cíle setrvačné, tj. cíle kde se snažíme naopak současnou situaci klienta v určitém aspektu zachovat, a zabránit změně k horšímu. Právě do této kategorie zapadají kódy „**udržení kvality života**“ a „**udržování zdraví**“.

Dále se informantky ptám na proces individuálního plánování:

Autorka: *Ted' se dostávám k tématu procesu plánování. Chci se vás zeptat, jakým okamžikem podle vás začíná vlastně to individuální plánování, nebo jak to máte vy v té organizaci, kdy to pro vás začíná?*

Informantka N: *Asi na sociálním šetření už to začne, to už vlastně toho člověka poprvé vidím. Poprvé ho poznávám. Poprvé s ním mluvím nějakým způsobem s ním interaguju a vlastně už třeba pomaličku vidím, jak ten člověk, co potřebuje, co nepotřebuje. Takže vlastně já mám první kontakt s ním v rámci sociálního šetření, potom teda když máme kapacitu a všechno je v klidu, tak při podpisu smlouvy a potom jak už se rozjede ta asistence, vlastně tak tam dochází asistentky, které mu už od 1. kontaktu zase sledují, nějakým způsobem pozorují, protože u nás to je tak, že ten první měsíc je klíčový pracovník ten sociální pracovník, který jakoby a ten první měsíc mají ty asistentky i ten pracovník jakoby na starost si jakoby všimnout těch potřeb toho klienta a tak a ten první individuální plán, jakoby vzniká po měsíci. Takže bych řekla, že fakt úplně od toho prvotního kontaktu, kde nás kontaktuje jako zájemce.*

Zde je dobré připomenout, že používám otevřené a strukturální kódování, tedy v kódech můžeme vidět občas i kódy navzájem nadřazené, či kódy které v naší hierarchii

kódů budou na různých úrovních. V této sekci aplikuji kódy „sociální šetření“, „podpis smlouvy“, „potřeby klienta“, „sledování změn“ a „účast PVSS na IP“. Právě ten poslední kód bude obzvlášť zajímavý, jelikož z mé praxe vím, že v některých organizacích se na rozdíl od organizace informantky jako hlavní klíčoví pracovníci klienta účastní sociální pracovníci.

Dále se v rozhovoru ptám na nástroje, které informantka při zpracování individuálních plánů používá:

Autorka: *Jo a zeptám se, jaké nástroje vlastně využíváte pro tvorbu individuálního plánování? Třeba ať už je to dotazník, rozhovor, pozorování nebo nějaké jako deníky pečovateli.*

Informantka N: *Tak je to vlastně skoro všechno, co jste vyjmenovala. Je to od zápisu jakoby deníku, co píšou asistentky na asistencích, tak zároveň je to i rozhovor, který vedu, jak já s klientem osobně, tak i s asistentkou, protože ne všichni klienti se to dokážou sami říct, nebo i jako s rodinnými příslušníky, takže to je formou rozhovorů, dotazník nepoužíváme a je to i nějaké pozorování. A takový nějaký aktivní poslech, že nám to i ten klient sám řekne jako od sebe, kolikrát.*

...

Autorka: *A ještě se k tomuhle teda doptám. Takže když jdete vlastně na sociální šetření, tak je to víc jakoby intuitivní to dotazování jakoby nebo ten rozhovor, že nemáte třeba nějakou strukturu a spíš jakoby se doptáváte a podle toho, co už znáte nějaké jakoby informace, nebo tak nějak?*

Informantka N: *Jo máme teda jako na sociálním šetření máme normálně dotazník, kterým prostě vyplňujeme kolonku po kolonce, ale ačkoli si ho sestavujeme my jako sociální pracovníci, tak furt tam musí být nějaké prvky jako dané zákonem a prostě má to tendenci být jako byrokratické, takže je to potom i hodně intuitivní, nebo bokem se doptávám na hodně věcí, a tak nějak jako lidským rozumem a prostě myšlením.*

Zde kóduji jednotlivé nástroje a techniky, které informantka zmiňuje. Tam patří „zápisy do deníku“, „rozhovory s klienty“, „rozhovory s pečovateli“, „pozorování“, „sociální šetření“, „dotazník“, „zákony“ a „intuitivní dotazování“. Je zde i vidět, že ne vždy informanti po formulaci otázek dle mého plánu rozhovoru řeknou k danému tématu vše, občas je potřeba se dotázat více do hloubky, když je zřejmé, že informant ještě neřekl vše. Dále jsem této sekci přiřadila kód „byrokracie“, což není nástroj, který by informantka využívala, ale jedná se o aspekt, který ovlivňuje podobu jejích nástrojů.

5.2 Hierarchie kódů

V předchozí podkapitole jsem analyzovala první rozhovor, a pomocí otevřeného kódování jsem k jednotlivým odpovědím informantky přiřadila kódy. Jak jsem v dané podkapitole vysvětlila, kóduji určité zajímavé aspekty odpovědí. Mezi tyto aspekty patří například podoba individuálního plánu, proces plánování, cíle obsažené v individuálním plánu, nebo zdroje které při plánování pomáhají. Nicméně výstupem takového otevřeného kódování je neorganizovaná množina kódů, která neobsahuje hierarchické vztahy a vazby. V této fázi výzkumu má pro mě množina kódů dva hlavní významy:

- 1) Dává mi slovník kódů, o který se mohu opřít při kódování dalších rozhovorů. To mi pomůže v udržení uniformity kódů mezi jednotlivými rozhovory.
- 2) Bude sloužit jako základ analýzy výzkumu, jelikož informace o četnostech kódů mohou pomoci ve formulaci či potvrzování teorií.

Pro využití pro oba tyto účely ale není praktické mít pouze plochou a neorganizovanou množinu kódů. Právě z toho důvodu jsem zvolila kombinaci otevřeného a strukturálního kódování, kdy po prvním průchodem kódování a tvorbě slovníku kódů dané kódy zorganizuji do hierarchických struktur. Tyto struktury by měly sloužit oběma výše zmíněným účelům, tedy měly by mi usnadnit kódování dalších rozhovorů díky přehlednosti a organizovanosti kódů vzhledem k tematickým celkům, a zároveň by měly umožnit smysluplnou analýzu získaných dat.

Jako příklad takové smysluplné hierarchické struktury se podívejme na kódy „**zplnomocňování klienta**“ a „**udržování kvality života**“ z mojí analýzy prvního rozhovoru. Tyto kódy se oba vyskytly ve stejné části rozhovoru, kdy informantka N hovoří o typech cílů, které se v jejich individuálních plánech typicky vyskytují. Proto pokud beru v potaz oba účely kódovací struktury, kterou chci navrhnout, dává smysl oba tyto kódy určitým způsobem provázat. V rámci strukturálního kódování tohoto dosáhnu pomocí vytvoření hierarchie, kde tyto dva kódy budou na stejné úrovni hierarchie, a zároveň budou sdílet stejného předka.

Zde je nutné připomenout, že není realistické množinu kódů navrhnout bezchybně pouze na základě kódování jednoho rozhovoru. Otevřené kódování je přirozeně iterativní proces, kdy musím svůj slovník kódů adaptovat ruku v ruce s rozšiřováním mého pochopení problematiky a se zjišťováním nových informací od různých informantů. Hierarchie mi v tomto ohledu pomůže tím, že mi umožní se při analýze odpovědi informanta na konkrétní téma soustředit pouze na malou část celé hierarchie kódů, například na malé množství kategorií nebo podkategorií. Díky tomu je kódovací proces přehlednější, a je jednodušší

iterovat a hierarchii měnit podle nových poznatků, a zároveň je jednodušší v množině kódů zachovávat konzistenci a předcházet duplikaci velmi podobných kódů.

Pojďme se tedy podívat na to, jak moje hierarchie kódů konkrétně vypadá po analýze všech rozhovorů a strukturální organizaci kódů. V mé hierarchii kódů se vyskytují tři strukturální celky – **kategorie**, **podkategorie** a **kód**. Začneme odspodu, kdy **kód** je základní jednotka, která popisuje konkrétní jev nebo aspekt vyskytující se v odpovědi informanta. Kódy potom organizuji do **kategorií**, přičemž každá kategorie je zároveň také samostatným kódem, který můžeme při analýze aplikovat. Dále můj model připouští existenci **podkategorií**, což je kategorie vnořená v jiné kategorii. Každá kategorie tedy může obsahovat libovolné množství kódů a podkategorií, přičemž podkategorie také obsahují libovolné množství kódů. Podkategorie je zároveň také kódem, který lze aplikovat samostatně. Následující příklad ukazuje hierarchickou strukturu, kterou moje kódy následují:

Kategorie 1:

- ***Kód A***
- ***Podkategorie 1.1:***
 - ***Kód B***
 - ***Kód C***
- ***Podkategorie 1.2***
 - ***Kód D***

Kategorie 2:

- ***Kód E***
- ***Kód F***

Připomínám, že jde pouze o hierarchické seskupení kódů, v žádném případě tedy z hierarchie nevyplývají žádná pravidla o tom, že by se kódy na stejném místě v hierarchii musely vyskytovat ve stejné části rozhovoru, nebo že by se navzájem vylučovaly. Tato hierarchie slouží pouze pro orientaci a jednoduchost analýzy.

Pojďme se tedy podívat na konkrétní podobu strukturální hierarchie kódů, kterou jsem vytvořila na základě otevřeného kódování rozhovorů:

Kategorie: Informant:

- **Kód:** Zájem o téma IP
- **Podkategorie: Vzdělání informanta**
 - **Kód:** Dobrá příprava na SŠ
 - Špatná příprava na VŠ
 - VoŠ
 - Kurzy
 - Rekvalifikační kurz
 - Zaškolení v práci
- **Podkategorie: Praxe informanta**
 - **Kód:** Krátká praxe
 - Rozmanitost praxe
 - Jednotvárnost praxe
 - Praxe jako pečovatel
 - Praxe jako vedoucí
 - Krátká doba v současné organizaci
 - Dlouhá doba v současné organizaci
- **Kód:** Zájem o anonymitu
- **Kód:** Zájem o výsledky
- **Podkategorie: Organizace**
 - **Kód:** Terénní služba
 - Pobytová služba
 - Hodně klientů na SP
 - Domácí péče
 - Malá organizace
 - Fluktuace zaměstnanců
 - Pohotovostní PvSS
 - Omezená kapacita služby
 - Nedostatek zaměstnanců
- **Znalosti**
 - Nezná přístup zaměřený na člověka
 - Biopsychosociální model

Kategorie: Charakteristika individuálního plánu

- **Kód:** Individualita klienta
- Přístup zaměřený na člověka

- Individuální potřeby
- Spojení přání a cíle
- Psychobiografický model
- Souvislý text
- Srozumitelnost pro PvSS
- Srozumitelnost pro klienta
- SMART
- Návod péče pro PvSS
- Kreativita IP
- Etický konflikt s domácí péčí
- Nefunkční komunikace

Kategorie: Obsah individuálního plánu

- **Kód:** Náplň služby
- **Kód:** Časový rozsah spolupráce
- Základní údaje
- Logistika péče
- **Podkategorie: Zmapování situace**
 - **Kód:** Přání klienta
 - Potřeby klienta
 - Popis překážek
 - Bezbariérovost bydlení
 - Kompenzační pomůcky
 - Popis rizik
 - Sociální okolí
 - Rodinná situace klienta
 - Jiné sociální služby klienta
 - Zdravotní služby klienta
 - Zájmy klienta
 - Životní příběh klienta
 - Příčina nepříznivé sociální situace
 - Preference na pohlaví PvSS
 - Finance klienta
 - Mobilita klienta
 - Orientovanost klienta
 - IP neobsahuje zdravotní anamnézu

- **Podkategorie: Cíl spolupráce**
 - **Kód:** Zplnomocňování klienta
 - Udržení kvality života
 - Procházky venku
 - Různé velikosti cílů
 - Zážitek
 - Udržování zdraví
 - Soběstačnost klienta
 - Časté změny cílů
 - Setrvání v domácím prostředí
 - Podpora režimu klienta
 - Abstraktní cíle
 - Konkrétní cíle
 - Podpora hygieny
 - Úklid
 - Aktivizace
 - Reminiscence
 - Rekonvalescence

Kategorie: Revize individuálního plánu

- **Kód:** reflexe plnění IP
- Spokojenost klienta
- Změna potřeb klienta
- Časová náročnost aktualizace IP
- **Podkategorie: Pravidelná revize**
 - **Kód:** Revize jednou ročně
 - Revize každé 2 měsíce
 - Revize každé 3 měsíce
 - Revize každých 6 měsíců
 - Pravidelná revize karty klienta
- **Kód:** Revize nepravidelná
- Revize pouze při velkých změnách
- Revize dle potřeby

Kategorie: Specifika seniorů

- **Kód:** Specifická cílová skupina

- Absence velkých cílů
- Nesrozumitelnost IP pro klienta
- Neznámost procesu IP klientem
- Náročnost mapování terénu
- **Podkategorie: Geriatrické onemocnění**
 - **Kód:** Demence
 - Paliativní péče
 - Neverbálnost
 - Alzheimerova choroba
 - Problémy s pamětí
 - Problémy se sluchem
 - Nepohyblivost
 - Třes rukou
 - Cukrovka
 - Kognitivní deficit
- **Kód:** Nízká míra kreativity IP
- Klient neumí stanovit cíl
- Nelze aplikovat SMART
- Apatie klienta
- Dlouhodobí klienti
- Dlouhodobé návyky klienta
- Pocit samoty a sociální izolace
- Dlouhodobé cíle
- Konflikt zájmů rodiny a klienta
- Empatie zaměstnanců služby
- Míra autonomie klienta
- Důstojnost klienta

Kategorie: Proces individuálního plánování

- **Kód:** Podpis smlouvy
- Dodatek ke smlouvě
- Sledování změn
- Formalita IP
- Aktivní práce s IP
- Byrokracie
- Zákony

- Důležitost dokumentace IP
- Náročnost práce
- Žádost o poskytnutí služby
- Podmínky pro poskytování služby
- Fáze adaptace klienta
- Sestavení IP po začátku spolupráce
- **Podkategorie: Účastníci plánování**
 - Rodina klienta
 - Zdravotní sestra
 - Opatrovník
 - Účast PvSS na IP
 - Neúčast PvSS na IP
 - Klíčový pracovník
- **Podkategorie: Proces sbírání dat o klientech**
 - Sociální šetření
 - Deník
 - Rozhovory s klienty
 - Rozhovory s PvSS
 - Rozhovory s rodinou
 - Rozdílná představa rodiny
 - Pozorování
 - Dotazník
 - Osnova
 - Intuitivní dotazování
 - Porada
 - Aktuality
 - Záznamy ze služby
 - Účast na asistenci
- **Podkategorie: řízení kvality**
 - **Podkategorie: Multidisciplinarita**
 - **Kód:** Nutriční terapeut
 - Fyzioterapeut
 - Lékař
 - Psycholog
 - **Kód:** Absence multidisciplinarity

- Multidisciplinarita v případě eskalace
- Externí metodik
- Interní metodik
- Absence metodika
- Standardy kvality
- Zastaralé standardy kvality
- Nepoužívá standardy kvality
- Podpora v organizaci
- Případové porady
- Žádná inspekce
- Konzistence mezi PvSS
- Školení PvSS
- Schválení IP vedoucím
- Inspekce chce konkrétní cíle
- Inspekce není konstruktivní
- Inspekce standardů kvality
- Inspekce administrativy
- Transformace pečovatelských služeb
- SP a PvSS v jedné osobě
- Supervize
- Pozorování úspěšných asistencí
- Pochybení služby
- Retrospektiva
- Manažer kvality
- Udržování hranic
- Aktivní sociální pracovník
- Odlišnost praxe od zákona
- Karta klienta
- Nejistota v IP
- Neveřejný plán
- Volnost při tvorbě IP
- **Podkategorie: Zdroje pro tvorbu IP**
 - Systém CYGNUS
 - Čerpání z rekvalifikačního kurzu

Kategorie: Žádané změny v IP

- Přání zjednodušení IP
- Současný stav vyhovuje
- Současný stav nevyhovuje
- Absence metodiky
- Nepotřebnost externího rámce
- Rozdíl terénní a pobytové služby
- Specifika terénní služby
- Absence kurzů na IP
- Spolupráce MPSV se SP z praxe
- Metodická opora
- Přání zvýšení multidisciplinarity

6. Výsledky analýzy rozhovorů

V předchozí kapitole jsem ukázala proces kódování provedených rozhovorů, spolu s finální podobou kategorií. V této kapitole se budu věnovat analýze výsledků kódování, a poukážu na zajímavé jevy, které se ve výsledcích vyskytly. Jelikož mnou vytvořené kategorie tvoří určité tematické okruhy, budu v analýze postupně analyzovat každou kategorii zvlášť. Pro účely analýzy jsem posbírala informace o výskytech všech kódů v jednotlivých rozhovorech, přičemž tyto informace budu v této kapitole ukazovat pomocí tabulek.

6.1 Analýza kategorie „Informant“

Tabulka 1: Výskyty kódů kategorie „Informant“

Kód / podkategorie	Kód	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Zájem o téma IP		X								
Vzdělání informanta										
	Dobrá příprava na SŠ	X								
	Špatná příprava na VŠ	X	X	X		X	X		X	
	VoŠ		X			X				X
	Kurzy		X		X	X		X	X	
	Rekvalifikační kurz			X						
	Zaškolení v práci						X	X		X
Praxe informanta										
	Krátká praxe	X					X	X	X	X
	Rozmanitost praxe	X			X					
	Jednotvárnost praxe		X	X		X			X	
	Praxe jako pečovatel			X						
	Praxe jako vedoucí			X						
	Krátká doba v současné organizaci				X					
	Dlouhá doba v současné organizaci					X				
Zájem o anonymitu			X							
Zájem o výsledky			X					X		
Organizace										
	Terénní služba		X							
	Pobytová služba		X			X				
	Hodně klientů na SP					X				
	Domácí péče						X			
	Malá organizace							X		
	Fluktuace zaměstnanců								X	
	Pohotovostní PvSS								X	

	Omezená kapacita služby									X
	Nedostatek zaměstnanců					X				
Znalosti										
	Nezná přístup zaměřený na člověka			X			X	X	X	
	Biopsychosociální model									X

Zdroj: rozhovory s informanty

Kategorie: Informant:

- **Kód:** zájem o téma IP
- **Podkategorie: Vzdělání informanta**
 - **Kód:** dobrá příprava na SŠ
 - Špatná příprava na VŠ
 - VoŠ
 - Kurzy
 - Rekvalifikační kurz
 - Zaškolení v práci

V kategorii Informant se vyskytly kódy týkající se vzdělání sociálních pracovníků, kteří se zúčastnili mého výzkumu. Část pracovníků vypověděla, že měla dobrou přípravu na střední škole, co se týče individuálního plánování. Několik informantů zmínilo, že je vysoká škola vůbec nepřipravila na individuální plánování a ani se s ním neměli šanci setkat. V kontrastu žádný z informantů nezmínil, že by je výuka na vysoké škole na individuální plánování připravila dobře. Jedna informantka zodpověděla, že nejvíce užitečných a praktických informací se dozvěděla na rekvalifikačním kurzu na pracovníka v sociálních službách. Část informantů popsala, že jim informace o plánování předali kolegové práci při zaučování. Někteří zmínili kurzy, avšak ty ne vždy byly užitečné.

- **Podkategorie: Praxe informanta**
 - **Kód:** Krátká praxe
 - Rozmanitost praxe
 - Jednotvárnost praxe
 - Praxe jako pečovatel
 - Praxe jako vedoucí
 - Krátká doba v současné organizaci
 - Dlouhá doba v současné organizaci

Co se týče věku a délky praxe informantů s danou cílovou skupinou: jednalo se o průřez věku mezi 24-47 lety, kdy se jednalo o 8 žen a jednoho muže, všichni na pozici sociálního pracovníka buďto v osobní asistenci nebo pečovatelské službě. Praxe se pohybovala mezi 3 měsíci až 9 lety v jejich sociální službě, což ukazuje, že jsem měla k dispozici dost široký vzorek od čerstvých absolventů po zkušené dlouho působící sociální pracovníky.

- **Podkategorie: Organizace**

- **Kód:** Terénní služba
- Pobytová služba
- Hodně klientů na SP
- Domácí péče
- Malá organizace
- Fluktuace zaměstnanců
- Pohotovostní PvSS
- Omezená kapacita služby
- Nedostatek zaměstnanců

Co se týče pohledů sociálních pracovníků, část z nich vypověděla, že se nejvíce při individuálním plánování potýkají s nedostatkem zaměstnanců a velkým počtu klientů na jednoho sociálního pracovníka. Především se jednalo o pečovatelské služby, kde jedna z informantek v rozhovoru řekla, že má na starost 120 klientů, u kterých všech musí spravovat individuální plány, což jí brání v tom, aby je mohla dělat dostatečně kvalitně, precizně a jednoduše na ně nemá čas. Jiná informantka mi zase odpověděla, že díky tomu, že jsou naopak malá organizace a nemají tak velký počet klientů, forma individuálního plánování s klienty jí vyhovuje a stihá individuální plán obnovovat častěji než jednou za 6 měsíců.

- **Podkategorie: Znalosti**

- Nezná přístup zaměřený na člověka
- Biopsychosociální model

Co se týče podkategorie znalostí informantů, většina z nich neznala přístup zaměřený na člověka, nebo jej neznala ve spojitosti s terénní sociální péčí u seniorů. Po vysvětlení, co je přístup zaměřený na člověka však skoro všichni informanti odpověděli, že jej nevidomky využívají, protože daný přístup se orientuje na individualitu člověka, na jeho silné stránky, které se snaží podporovat, snaží se o partnerský přístup, vést klienta k seberealizaci a jedná se o humanistický přístup. Jedna z informantek zmínila, že zná biopsychosociální model,

což je velmi blízko přístupu PCA, kdy se jedná o celistvý přístup ke člověku – holisticky, nejen biologicky. Ten se jistým způsobem blíží přístupu zaměřenému na člověka.

6.2 Analýza kategorie „Charakteristika individuálního plánu“

Tabulka 2: Výskyty kódů kategorie „Charakteristika individuálního plánu“

Kód	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Individualita klienta	X		X	X		X	X	X	X
Přístup zaměřený na člověka	X	X	X			X	X	X	X
Individuální potřeby	X								
Spojení přání a cíle		X			X				
Psychobiografický model		X							
Souvislý text			X		X	X			
Srozumitelnost pro PvSS			X	X		X			X
Srozumitelnost pro klienta			X						
SMART			X						
Návod péče pro PvSS						X		X	
Kreativita IP						X		X	X
Etický konflikt s domácí péčí						X			
Nefunkční komunikace								X	

Zdroj: rozhovory s informanty

Kategorie: Charakteristika individuálního plánu

- **Kód:** individualita klienta
- přístup zaměřený na člověka
- individuální potřeby
- Spojení přání a cíle
- Psychobiografický model
- Souvislý text
- Srozumitelnost pro PvSS
- Srozumitelnost pro klienta
- SMART
- Návod péče pro PvSS
- Kreativita IP
- Etický konflikt s domácí péčí
- Nefunkční komunikace

Nyní se dostávám ke kategorii stěžejní pro moji diplomovou práci, kdy jsem se sociálních pracovníků doptávala ohledně individuálního plánu, kdy jsem se jich ptala, co pro ně znamená individuální plán. Jedním z opakovaných kódů byla individualita klienta, kdy se každý z pracovníků snaží přizpůsobovat plán přímo klientovi na míru dle jeho přání a potřeb. Někteří nepřímo popsali, jak využívají přístup zaměřený na člověka, jen tomuto způsobu práce takto neříkají. Jednalo se o vyzdvihování silných stránek klienta, jeho podpory, rozvoje a vedení k jeho soběstačnosti. Část informantů odpověděla, že IP znamená spojení přání a cíle klienta. Část řekla že IP vnímají jako nástroj, který je obsahem plánem péče pro pečovatele, aby přesně věděli, co se u klienta dělá a ve chvíli, když vypadne klíčový pracovník, mohl i zástupný PvSS vědět, jak má u uživatele služby postupovat. Jedna z informantek řekla, že individuální plán je souvislý text, který popisuje klienta a to, co se u něj dělá, jaký má cíl. Několik sociálních pracovníků zmínilo důležitost srozumitelnosti pro klienta, aby věděl, k čemu IP je. To samé platilo i srozumitelností pro pracovníky v sociálních službách. Jedna z informantek dokonce zmínila že IP je postavené na metodách SMART, které se snaží plnit. Část pracovníků zmínila, že využívají kreativitu při psaní IP. Jedna ze sociálních pracovníků zmínila, že ve chvíli, kdy špatně nastavila individuální plán, vznikla velmi nefunkční komunikace mezi ní, rodinou klienta a pečovatelem, což vedlo ke zlepšení do budoucna a kladení důrazu na důkladné šetření a mapování klienta a jeho okolí.

6.3 Analýza kategorie „Obsah individuálního plánu“

Tabulka 3: Výskyty kódů kategorie: „Obsah individuálního plánu“

Kód / podkategorie	Kód	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Náplň služby		X	X	X	X					X
Časový rozsah spolupráce			X	X		X	X			
Základní údaje				X	X	X	X			X
Logistika péče				X	X	X				
Zmapování situace										
	Přání klienta	X	X	X		X		X		X
	Potřeby klienta	X	X		X					
	Popis překážek	X		X			X	X		X
	Bezbariérovost bydlení	X								
	Kompenzační pomůcky		X		X	X		X		
	Popis rizik	X		X		X		X		
	Sociální okolí		X	X						
	Rodinná situace klienta		X							

	Jiné sociální služby klienta		X			X	X	X	X	X
	Zdravotní služby klienta			X		X			X	X
	Zájmy klienta			X				X		
	Životní příběh klienta		X							
	Příčina nepříznivé sociální situace			X			X			
	Preference na pohlaví PvSS			X						
	Finance klienta					X	X	X		
	Mobilita klienta							X		
	Orientovanost klienta					X			X	
	IP neobsahuje zdravotní anamnézu						X		X	
Cíl spolupráce										
	Zplnomocňování klienta	X							X	
	Udržení kvality života	X								
	Procházky venku	X			X				X	X
	Různé velikosti cílů	X							X	X
	Zážitek	X								
	Udržování zdraví	X	X							
	Soběstačnost klienta	X	X	X	X		X	X	X	
	Časté změny cílů	X								
	Setrvání v domácím prostředí		X	X	X	X	X	X	X	X
	Podpora režimu klienta		X	X			X	X		
	Abstraktní cíle		X					X	X	X
	Konkrétní cíle			X	X	X	X		X	
	Podpora hygieny			X	X	X	X			
	Úklid			X			X		X	
	Aktivizace			X	X		X		X	X
	Reminiscence			X				X		
	Rekonvalescence				X			X	X	

Zdroj: rozhovory s informanty

Kategorie: Obsah individuálního plánu

- **Kód:** Náplň služby
- Časový rozsah spolupráce
- Základní údaje
- Logistika péče

Následující kategorii jsem přiřadila kódy, které se týkaly přímo obsahu IP. Všichni sociální pracovníci vypověděli, že v obsahu individuálního plánu nesmí chybět základní

údaje týkající se péče u klienta – jednalo se především o informace typu: jméno, příjmení, kontaktní osoba klienta (rodina či blízký přítel, v ojedinělých případech pracovník úřadu), patro, ve kterém klient bydlí, kolik bude klíčů nebo jestli klient bude otevírat sám, telefon na klienta či blízkého v domácnosti. Pak v rámci logistiky šlo především o informace typu: jak často a jak dlouho bude péče probíhat, na jaké adrese, s jakými úkony chce klient pomoci.

- **Podkategorie: Zmapování situace**

- **Kód:** Přání klienta
- Potřeby klienta
- Popis překážek
- Bezbariérovost bydlení
- Kompenzační pomůcky
- Popis rizik
- Sociální okolí
- Rodinná situace klienta
- Jiné sociální služby klienta
- Zdravotní služby klienta
- Zájmy klienta
- Životní příběh klienta
- Příčina nepříznivé sociální situace
- Preference na pohlaví PvSS
- Finance klienta
- Mobilita klienta
- Orientovanost klienta
- IP neobsahuje zdravotní anamnézu

Podkategorií spadající pod kategorii obsahu IP jsem nazvala zmapování situace. Jednalo o detailnější informace, na které se sociální pracovníci doptávají při sociálním šetření u klienta. Většina informantů zodpověděla, že se snaží reagovat jak na přání klienta, ale i jeho potřeby, jelikož přání neznamena automaticky potřebu a naopak. Například potřeba klienta je, že by měl chodit více ven, ale přání klienta je, že chce být v klidu doma – pracovníci tak volí partnerský přístup a respektují rozhodnutí klienta.

Dále se část pracovníků při nastavování plánů u klienta pozorují překážky a ptají se i na rizika spojená s péčí. Překážkami mohou být například prahy v domácnosti, prudké schody, či chybějící výtah, pracovníci řeší bezbariérovost bydlení a případné změny, které by se měly v domácím prostředí uskutečnit pro bezpečí klienta a pečovatele. Rizika mohou

obnášet např. sníženou koordinaci klienta a s tím spojená rizika pádu, nebo když má klient diabetes, že může dostat hypoglykemický šok, je tak důležité umět ošetřit a zmapovat tyto oblasti v IP či v dodatku k němu. Část pracovníků vypověděla, že taktéž zohledňuje kompenzační pomůcky klienta, jestli např. vyžívá chodítka, francouzské berle, hůl, invalidní vozík. Mimo jiné, jestli zvládá chodit sám, nebo s dopomocí, jestli se pohybuje po bytě, nebo jestli chodí i ven a další oblasti, které se týkají mobility klienta.

Další podstatnou oblastí, kterou sociální pracovníci sledují a reflektují v plánování je sociální okolí klienta. Doptávají se a zjišťují, kdo všechno s klientem bydlí ve společné domácnosti, jestli má partnera, jestli za klientem dochází rodina či blízcí přátelé, nebo jestli je sám a má případně pracovníka z úřadu z oddělení sociálního odboru, podrobně zjišťují rodinnou situaci. Zde někteří informanti vypověděli, že je náročnější, když mají informace pouze od klienta, protože když je přítomna u péče i rodina, mohou doplňovat obrázek důležitých znalostí a údajů o klientovi, především v případech, kdy má daný klient geriatrické duševní onemocnění typu Demence či Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba či další onemocnění ovlivňující kognici uživatele. Může tak nastat okamžik, že klient by péči potřeboval ale nedokáže tolik popsat, co vyžaduje od služby, a tak je velmi přínosné, kdy je zde blízká osoba, která dokáže vylíčit, co daný klient zvládá a s čím už je potřeba dopomoci.

Někteří ze SP z rozhovorů zmínili, že se i zajímají o to, zda za klientem chodí i jiné sociální služby nebo i zdravotní služby. Tyto informace jsou přínosné pro určitou komplexitu a zasíťování klienta z vícero zdrojů, je běžnou praxí, že se u jednoho uživatele služby střídá více pečovatelských služeb či osobní asistence z důvodu pokrytí kapacity a potřeby klienta.

Rozdíl, kterého jsem si u informantů všimla mezi pečovatelskou službou a osobní asistencí bylo to, že osobní asistence se klientů doptává a do IP zaznamenává zájmy klienta a jedna z informantek dokonce pracuje v dlouhodobé péči s životním příběhem klienta. Zatímco v pečovatelské službě není prostor pro tyto aktivity, a i ze zákona nemají nárok a možnost vykonávat rozvíjející aktivity s klientem typu – společné povídání, reminiscence, kognitivní cvičení, jelikož to zabírá i více času. Byl zde vidět kontrast OA, která se často dělá na vícero hodin, zatímco PS se snaží pokrýt základní životní potřeby a úkony typu hygiena, podání jídla, dohled nad léky.

Skoro všichni SP zmínili důležitost mapování nepříznivé sociální situace, kterou musí ještě před zahájením péče zjistit a tím určit, jestli zájemce spadá do cílové skupiny seniorů a činnosti které požaduje a potřeby které má odpovídají na NSS, které jsou definovány v zákoně o sociálních službách č.108/2006 Sb.

Jeden ze sociálních pracovníků vypověděl, zmínil, že s klienty řeší preferenci pohlaví pečovatele v PS, kdy většina klientek vyžaduje jako pečující osobu ženského pohlaví. Tato preference se však u ostatních rozhovorů neukázala.

Několik sociálních pracovníků zmínilo, že řeší i finanční situaci klienta, jestli si klient může péči dovolit, jaký má příjem, jestli bude službu hradit on či rodina, někteří se klientů ptají a řeší i to, jestli uživatel pobírá příspěvek na péči, ze kterého můžou službu hradit.

Někteří pracovníci zmínili, že se ptají na orientovanost klienta – zdali je orientovaný v čase a prostoru, místě, jak hovoří a jestli rozumí, jak je na tom s krátkodobou a dlouhodobou pamětí. Toto blízce souvisí s mapováním rizik a překážek, jelikož omezení klienta v těchto ohledech může znamenat, že z běžných věcí se pro klienta mohou také stávat překážky a rizika.

Velmi zajímavým tématem, které se v několika rozhovorech objevilo, byl zdravotní stav klienta. Jelikož sociální pracovníci mohou zjišťovat informace o zdravotním stavu klienta jen s jeho souhlasem nebo když je to nezbytné k ochraně životních zájmů klienta dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů § 9. Je důležité, aby tyto citlivé údaje byly správně uchovávány. Některé organizace přesto ve svých standardech kvality uvádí, že se zdravotní stav klienta nemá a nesmí dávat do individuálního plánu. Jedna z informantek naznačila, že do IP píše zdravotní stav klienta, aby PvSS věděli, co s klientem dělat v případě zhoršení zdravotního stavu. Další informantka odpověděla, že se zdravotní stav klienta snaží popsat nepřímou, aby např. nezmínila, že klient má demenci, ale že má kognitivní deficit, nebo že často zapomíná a jaké jsou projevy jeho psychického stavu. Další z informantek zmínila, že do IP vůbec zdravotní stav nezmiňuje právě proto, že jí tato role nepřísluší a v metodikách to mají zakázané. Bylo velmi zajímavé napříč rozhovory pozorovat, jak moc je dané téma nedořešené ve spoustě sociálních terénních služeb, a i samotní vedoucí pracovníci se nedokáží shodnout, jak by to mělo být správně.

- **Podkategorie: Cíl spolupráce**

- **Kód:** zplnomocňování klienta
- Udržení kvality života
- Procházky venku
- Různé velikosti cílů
- Zážitek
- Udržování zdraví
- Soběstačnost klienta
- Časté změny cílů

- Setrvání v domácím prostředí
- Podpora režimu klienta
- Abstraktní cíle
- Konkrétní cíle
- Podpora hygieny
- Úklid
- Aktivizace
- Reminiscence
- Rekonvalescence

Jako další podkategorií obsahu IP byly odpovědi na otázku, jaký cíl spolupráce daný SP s klientem řeší, prosila jsem informanty, aby dávali konkrétní příklad cíle s klientem. Část pracovníků odpověděla, že se soustředí na zplnomocňování klienta, aby byl soběstačný v činnostech, které zvládne sám a aby se mu pomáhalo v takové míře, jakou vyžaduje a nepřebírala se za něj, aby klient cítil stále to, že některé činnosti zvládá bez pomoci druhé osoby. Většina SP odpověděla, že hlavním cílem v terénní sociální péči je udržení kvality života daného seniora a aby mohli klienti dožít v klidu doma ve svém přirozeném prostředí. Na výzkumu se ukázalo, jak moc je pro člověka důležité být ve svém domově do poslední chvíle, co to jen jde. Častou odpovědí bylo taktéž udržování zdraví – psychického i fyzického u starších lidí. V pečovatelských službách často zaznívaly úkony jako je podpora hygieny, úklid a podporu režimu klienta. V osobní asistenci zase byly u několika informantů zmíněny cíle jako jsou reminiscence, rekonvalescence (např. po operaci, po zlomenině, po pádu), aktivizace, procházky venku, jedna z informantek z OA dokonce zmínila cíl formou zprostředkování zážitku, kdy klientka ráda chodí do společnosti do kavárny.

O vlastnostech cílů pečovatelské služby i osobní asistence sociální pracovníci vypovídali podobně v tom, že několik informantů říkalo, že rozděluje cíle na velké a malé, dlouhodobé a krátkodobé, cíle abstraktní a konkrétní. Cíle velké se podobají těm dlouhodobým, kdy jde o zkvalitňování života klienta a udržování úrovně, na který je zvyklý. Cíle malé a krátkodobé jsou např. po operaci opět začít chodit a naučit se používat kompenzační pomůcku. Mezi cíle abstraktní může spadat možnost zůstat doma, kde chce klient strávit zbytek života a konkrétní, že chce doprovodit na nákup, aby měl, co k jídlu na daný den.

6.4 Analýza kategorie „Revize individuálního plánu“

Tabulka 4: Výskyty kódů kategorie „Revize individuálního plánu“

Kód / podkategorie	Kód	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Reflexe plnění IP		X							X	
Spokojenost klienta		X								
Změna potřeb klienta		X	X							
Časová náročnost aktualizace IP			X				X	X		
Pravidelná revize										
	Revize jednou ročně		X			X		X		
	Revize každé 2 měsíce								X	
	Revize každé 3 měsíce			X			X			
	Revize každých 6 měsíců			X	X		X	X		X
	Pravidelná revize karty klienta									X
Revize nepravidelná								X		
Revize pouze při velkých změnách			X							X
Revize dle potřeby				X	X		X	X	X	X

Zdroj: rozhovory s informanty

Kategorie: Revize individuálního plánu

- **Kód:** reflexe plnění IP
- Spokojenost klienta
- Změna potřeb klienta
- Časová náročnost aktualizace IP
- **Podkategorie:** Pravidelná revize
 - **Kód:** Revize jednou ročně
 - Revize každé 2 měsíce
 - Revize každé 3 měsíce
 - Revize každých 6 měsíců
 - Pravidelná revize karty klienta
- **Kód:** Revize nepravidelná
- Revize pouze při velkých změnách
- Revize dle potřeby

Ve chvíli, kdy jsem se informantek a informanta doptávala ohledně revize IP, dozvěděla jsem se, že při revizi se část SP snaží o reflexi toho, jak se daří cíle naplňovat

a zjišťují, zdali i uživatelé služby jsou spokojeni. Při revizi se dává důraz na změny potřeb klienta, např. když dojde ke zhoršení zdravotního stavu, či má potřebu a přání začít mít více hodin podpory či zaměřit se na úkony, které ještě nejsou v IP. V pečovatelských službách mi 2 sociální pracovnice sdělily, že je pro ně revize velmi časově náročná vzhledem k tomu, že každá SP má pod sebou 120 klientů, kdy každému z nich musí nastavovat individuální plán, což zabírá opravdu mnoho času a je náročné si tento čas najít mezi ostatní byrokracií a šetřeními. V osobní asistenci se zdálo být o něco méně klientů a více sociálních pracovníků, a tak vnímám že je v nich větší prostor pro individuální plánování.

Co se týče frekvence revize individuálního plánu, ta mi z 9 rozhovorů vyšla velmi odlišná a je poznat, že to každá sociální služba dělá na míru podle své služby, možností a potřeby. OA i PS se mezi informanty rozdělila na skupiny těch, co revizi IP dělají pravidelně v intervalu 2,3,6 měsíců a 1x do roka. Obzvlášť frekvence 1x do roka je zde zajímavá, jelikož vyhláška č. 505/2006 Sb. ukládá sociálním pracovníkům povinnost individuální plány revidovat minimálně jednou za půl roku, což se ale očividně v praxi v některých situacích neděje. Dle jedné z informantek se v takových případech jedná o dlouhodobé klienty z pečovatelské služby, kde se situace dlouhodobě nemění, například rozvoz obědů u klienta, ke kterému se chodí po dobu 5 let. Pak někteří informanti vypověděli, že revizi dělají nepravidelně, a to v závislosti na tom, kdy se udají velké změny u klientů, tudíž se to odrazí na jejich IP, nebo když vyvstane potřeba – ať už ze strany uživatele nebo poskytovatele. U revize také u jedné SP z OA zaznělo, že u nich je prioritní každoměsíční revize karty klienta, která slouží k veškerým aktualitám a informacím týkající se klienta a IP vnímají jako pomocný nástroj, který mění cca jednou za 3-6 měsíců.

6.5 Analýza kategorie „Specifika seniorů“

Tabulka 5: Výskyty kódů kategorie „Specifika seniorů“

Kód / podkategorie	Kód	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Specifická cílová skupina		X		X						
Absence velkých cílů			X	X		X		X		X
Nesrozumitelnost IP pro klienta			X			X				
Neznámost procesu IP klientem			X			X				
Náročnost mapování terénu			X							X
Geriatrické onemocnění										
	Demence		X	X		X		X		

	Paliativní péče		X	X		X			X	X
	Neverbálnost		X	X		X	X			
	Alzheimerova choroba			X		X	X	X		
	Problémy s pamětí				X		X			
	Problémy se sluchem						X			
	Nepohyblivost						X			X
	Třes rukou						X			
	Cukrovka						X			
	Kognitivní deficit								X	
Nízká míra kreativity IP			X			X				X
Klient neumí stanovit cíl				X		X			X	
Nelze aplikovat SMART				X					X	
Apatie klienta						X		X	X	
Dlouhodobí klienti						X				X
Dlouhodobé návyky klienta							X	X	X	
Pocit samoty a sociální izolace		X						X		
Dlouhodobé cíle								X		X
Konflikt zájmů rodiny a klienta								X	X	X
Empatie zaměstnanců služby									X	
Míra autonomie klienta									X	X
Důstojnost klienta									X	X

Zdroj: rozhovory s informanty

Kategorie: Specifika seniorů

- **Kód:** Specifická cílová skupina
- Absence velkých cílů
- Nesrozumitelnost IP pro klienta
- Neznámost procesu IP klientem
- Náročnost mapování terénu

Další kategorií je téma specifík cílové skupiny seniorů, kdy jsem se sociálních pracovníků ptala, jestli vnímají specifika při individuálním plánování oproti jiným cílovým skupinám sociální práce. Většina účastníků výzkumu mi na tuto otázku odpověděla, že vnímají u této cílové skupiny absenci velkých cílů – tím myšleno, že je člověk v závěru svého života a nevyjadřuje potřebu cokoliv plánovat, žije teď a tady, chce „prostě dožít v klidu doma“. Oproti cílovým skupinám jako je sociální práce s dětmi, mladistvými,

dospělými, lidmi bez domova a dalšími skupinami sociální práce, jedná se o část obyvatel, která už nemá zapotřebí řešit velké věci, a především chtějí se cítit zdravě, spokojeně a žít v odpočinku (zde schválně popisují už starší seniory, jelikož aktivní mladší senioři osobní asistenci a pečovatelskou službu typicky nevyužívají, naopak bývají dětmi starších seniorů, o které se v důchodu zároveň starají). Značná část informantů mi sdělila, že proces individuálního plánování a individuální plán jako takový není pro starší lidi zcela srozumitelný. Především když se jedná o seniory v závěru života v paliativní péči či seniory s demencí, kteří nerozumí tomu, k čemu takový plán je. Pracovníci pak když je to možné, vysvětlují IP rodině, která se to pak snaží ještě přetlumočit klientovi.

- **Podkategorie: Geriatrické onemocnění**

- **Kód:** Demence
- Paliativní péče

- **Kategorie: Specifika seniorů**

- Neverbálnost
- Alzheimerova choroba
- Problémy s pamětí
- Problémy se sluchem
- Nepohyblivost
- Třes rukou
- Cukrovka
- Kognitivní deficit

Podkategorií specifík skupiny seniorů jsem nazvala geriatrické onemocnění, ty spadají do zdravotních specifík vyskytující se u starších lidí. Některé z těchto oblastí zároveň způsobují složitější zjišťování a mapování potřeb daných lidí, některé SP zmínili, že jim občas někteří senioři odpovídají, ať si do IP napíšou, co chtějí a je jim to vlastně jedno, Na druhou stranu jedna z informantek odpověděla, že jí velmi pobavilo, když jí klientka v IP, které společně vytvořily opravila gramatické chyby. Opět zde vidíme provázanost různých aspektů individuálního plánování, kdy jevy jako problémy s pamětí či se sluchem mohou zároveň být rizikovými faktory v klientově situaci, a mohou v klientově životě tvořit překážky.

- **Kategorie: Specifika seniorů**

- **Kód:** Nízká míra kreativity IP
- Klient neumí stanovit cíl
- Nelze aplikovat SMART

- Apatie klienta
- Dlouhodobí klienti
- Dlouhodobé návyky klienta
- Pocit samoty a sociální izolace
- Dlouhodobé cíle
- Konflikt zájmů rodiny a klienta
- Empatie zaměstnanců služby
- Míra autonomie klienta
- Důstojnost klienta

Když budu hovořit o tom, jak sociální pracovníci z mého výzkumu vnímají specifickou individualitu plánování se seniory, značná část informantů zodpověděla, že s danou cílovou skupinou nelze úplně vymýšlet kreativní cíle IP. Většinou se jedná o zajištění základních životních potřeb a v případě pečovatelských služeb je o to složitější vymýšlet cíle zajímavé a neopakující se, kdy jedna z informantek zodpověděla, že u části klientů mají už po mnoho let pouze dovoz obědů nebo pomoc s hygienou. V takových případech opravdu nelze vymýšlet nic nevšedního a jedná se o dlouhodobé neměnné cíle.

Dalším kódem, který se objevil v několika rozhovorech s informanty bylo to, že si klient neumí stanovit cíl ani poté, co mu sociální pracovník nebo klíčový pracovník v sociálních službách popíše, k čemu to má sloužit a co je takový cíl zač.

Jedna ze sociálních pracovníc vypověděla, že podle ní není zcela možné u dané cílové skupiny aplikovat SMART, což jen potvrdilo moji tezi z teoretické části, kde jsem se tématu SMART podrobněji věnovala. Informantka vypověděla, že jim inspekce i vytýkala všeobecnost a širokost cílů a že nejsou zcela SMART, avšak dodneška ve své sociální službě se potýká s tím, že v určitých případech to opravdu nejde a cíle buďto budou příliš široké – jako je *dožít doma*, nebo stručné a opakující se jako *je dovoz a ohřev oběda*.

Někteří informanti také upozornili na téma apatie u klienta, kdy se setkávají s určitou neochotou či lhostejností IP a cíle řešit. Mnohdy říkají, že neví, je jim to jedno, co tam pracovníce napíše, nebo se k tomu zcela nevyjádří. Specifické je pak plánování u klientů s duševním onemocněním speciálně s onemocněním demence, nebo u klienta v paliativní péči.

Jedna z informantek se zmínila o specifickosti dlouhodobých návyků klienta, kdy je důležité respektovat jeho režim a to, jak má pojatý den. Samozřejmě v případech chybějící kapacity stává se, že se musí trochu režim příchodu či odchodu pečujícího pracovníka

přeskládat, ale přesto se dává důraz na to, aby si klient mohl rozhodnout, co rád, kdy rád jí, kdy a jak se sprchuje, co si na sebe oblékne, kde chce nakoupit potraviny a další.

Dalším ze zmíněných témat bylo téma sociální izolace a samoty, kdy seniorům může hrozit odloučení od venkovního světa. To poukazuje na to, jak často se lidé ve starším věku mohou ocítat sami, jelikož mnoho jejich přátel a blízkých už zemřelo. V mnohých rodinách funguje někdo z dětí či příbuzných, ale přesto část klientů je odkázaná na sociální službu jako hlavní zdroj proti samotě a sociálnímu vyloučení ze společnosti. Je to jedna z častých nepříznivých sociálních situací u klientů a zájemců o terénní sociální služby.

Jako zajímavým tématem se ukázalo být téma konfliktu zájmů rodiny a klienta, kdy se v mnoha výpovědích pracovníků objevilo, že rodina často má určitou představu o péči a pomoci svému rodiči či příbuznému a samotný klient a primární příjemce péče si myslí a představuje zcela něco jiného. V takových případech se ukazuje být důležitost sociálního pracovníka, aby dokázal rodině určit hranici a vysvětlovat, že jeho rodiči, či prarodiči služba nemůže nic nakazovat a nutit a že klient (pokud je mentálně kognitivně v pořádku) si musí sám určit o co přesně a s čím má zájem pomoci a je pravděpodobné, že se jejich názory mohou rozcházet. Primárním klientem a příjemcem služby terénních sociálních služeb zůstává senior, kdežto neformální pečující a blízcí jsou sekundární – jejich role je však velmi důležitá především v případě zhoršeného mentálního stavu klienta nebo v případě umírání. Více k tomuto tématu se budu věnovat v kapitole doporučení.

Mnoho informantů zmiňovalo důležitost empatie a vcitování se do klienta a jeho situace. Je očividné, že je pro profesi sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách kladen důraz na lidskost a porozumění druhým lidem – uživatelům sociální služby. K tomuto tématu se váže oblast důstojnosti klienta, kdy pracovníci s klientem jednají dle jeho potřeb, přizpůsobují jazyk, hlasitost, rychlost komunikace, dbají na to, jak se klient cítí a co říká – ať už verbálně i neverbálně v případě klientů s duševním onemocněním.

Značná část sociálních pracovníků taktéž k tématu specifik cílové skupiny seniorů líčila, jak je pro ně důležité zachovávat autonomii klienta. Jinými slovy je kladen důraz na soběstačnost a samostatnost v oblastech, které klient prozatím zvládá udělat sám. Osobní asistence a pečovatelská služba tak dopomáhá pouze tam, kde se klient neobejde bez pomoci druhé osoby. I při úkonech je však cílem klíčového pracovníka klienta motivovat, podporovat a být mu partnerem, nikoliv řídicí autoritou. Partnerský přístup je upřednostňovaný, kdežto autoritativní řídicí přístup je minulostí předchozího režimu.

6.6 Analýza kategorie „Proces individuálního plánování“

Tabulka 6: Výskyty kódů kategorie „Proces individuálního plánování“

Kód / podkategorie	Kód	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Podpis smlouvy		X	X				X	X	X	X
Dodatek ke smlouvě					X					
Sledování změn		X						X		
Formalita IP		X								X
Aktivní práce s IP							X		X	
Byrokracie		X	X							
Zákony		X	X						X	
Důležitost dokumentace IP		X								
Náročnost práce		X								
Žádost o poskytnutí služby			X							
Podmínky pro poskytování služby			X							
Fáze adaptace klienta			X	X					X	
Sestavení IP po začátku spolupráce			X					X		
Účastníci plánování										
	Rodina klienta		X	X	X	X		X	X	X
	Zdravotní sestra						X	X		X
	Opatrovník							X		
	Účast PvSS na IP	X	X	X	X	X		X		
	Neúčast PvSS na IP						X		X	
	Klíčový pracovník		X		X	X		X		
Proces sbírání dat o klientech										
	Sociální šetření	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Deník	X		X		X			X	X
	Rozhovory s klienty	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Rozhovory s PvSS	X	X		X	X	X		X	X
	Rozhovory s rodinou		X	X	X	X	X	X		X
	Rozdílná představa rodiny			X					X	
	Pozorování	X	X					X		
	Dotazník	X	X	X	X	X	X		X	
	Osnova			X						
	Intuitivní dotazování	X								
	Porada	X	X	X	X	X			X	X
	Aktuality	X	X	X		X			X	X
	Záznamy ze služby		X	X	X	X		X	X	
	Účast na asistenci			X			X		X	
Řízení kvality										

	Multidisciplinarita	X		X						X
	Multidisciplinarita - Nutriční terapeut		X							
	Multidisciplinarita - Fyzioterapeut		X							
	Multidisciplinarita - Lékař			X		X				X
	Multidisciplinarita - Psycholog			X						
	Absence multidisciplinarity		X		X					
	Multidisciplinarita v případě eskalace		X							
	Externí metodik	X						X		
	Interní metodik					X	X		X	
	Absence metodika		X		X			X		X
	Standardy kvality	X	X	X			X	X	X	X
	Zastaralé standardy kvality		X			X				
	Nepoužívá standardy kvality				X	X				
	Podpora v organizaci	X					X			
	Případové porady		X							
	Žádná inspekce		X							
	Konzistence mezi PvSS			X					X	
	Školení PvSS			X						
	Schválení IP vedoucím			X						X
	Inspekce chce konkrétní cíle			X	X					
	Inspekce není konstruktivní			X			X		X	
	Inspekce standardů kvality							X		
	Inspekce administrativy								X	
	Transformace pečovatelských služeb				X	X				
	SP a PvSS v jedné osobě					X				
	Supervize							X	X	X
	Pozorování úspěšných asistencí							X		
	Pochybení služby								X	
	Retrospektiva								X	
	Manažer kvality								X	
	Udržování hranic									X

	Aktivní sociální pracovník					X				
Odlišnost praxe od zákona			X							
Karta klienta			X			X			X	X
Nejistota v IP			X							
Neveřejný plán						X			X	
Volnost při tvorbě IP		X					X		X	X
Zdroje pro tvorbu IP										
	System CYGNUS			X			X			
	Čerpání z rekvalifikačního kurzu			X						

Zdroj: rozhovory s informanty

Kategorie: Proces individuálního plánování

- **Kód:** Podpis smlouvy
- Dodatek ke smlouvě
- Sledování změn
- Formalita IP
- Aktivní práce s IP
- Byrokracie
- Zákony
- Důležitost dokumentace IP
- Náročnost práce
- Žádost o poskytnutí služby
- Podmínky pro poskytování služby
- Fáze adaptace klienta
- Sestavení IP po začátku spolupráce

Následující kategorii jsem nazvala proces individuálního plánování, kdy jsem se informantů tázala, jak se připravují na IP, co jsou pro ně důležité milníky. Jak vnímají samotný proces individuálního plánování.

Část informantů řekla, že proces IP vnímají z části jako formální proces a je zde mnoho byrokracie, která je se zakládáním papírové a počítačové podoby individuálního plánu spojená. Je potřeba se opírat a vycházet ze zákona č. 108/2006 sb. a zároveň dodržovat vyhlášku č.505/2006 přílohy č.2 kritérium č.5 týkající se individuálního plánování průběhu sociální služby. Tato vyhláška však pouze říká, že má poskytovatel vytvořená vnitřní pravidla a standardy, že je třeba cíle s klientem plánovat a průběžně revidovat. Nikde však

už není k nalezení praktické využití v praxi. Pro některé sociální pracovníky je náročné individuálně plánovat vzhledem k tomu, že mají velké množství klientů a není tolik času a možností věnovat tolik času samotnému IP. Někteří informanti proces vnímali kreativně a že jim vyhovuje volnost ve tvorbě, část informantů říkala, že to může být náročné a zbytečně zatíženo o onu zmíněnou byrokracii.

Bylo zajímavé vidět, jak pracovníci odpovídali na otázku, kdy pro ně začíná proces individuálního plánování. Někteří informanti říkali, že už při prvním setkání a sociálním šetření, tři informantky však řekly, že až po měsíci spolupráce s klientem, kdy projde klient adaptační fází a PvSS a sociální pracovník zjistí, jaké přesné potřeby uživatel má a dál je upravuje na míru. Několik sociálních pracovníků vypovědělo, že individuální plánování pro ně začíná uzavřením smlouvy o poskytování péče. Jedna z pracovníků zmínila, že plánování pro ni už začíná při žádosti o poskytnutí služby, kdy začíná promýšlet, jak IP nastaví. Bylo zajímavé pozorovat, jak moc se názory a zkušenosti všech 9 pracovníků rozcházel a proces IP každý vnímal po svém.

Kategorie: Proces individuálního plánování

- **Podkategorie: Účastníci plánování**

- Rodina klienta
- Zdravotní sestra
- Opatrovník
- Účast PvSS na IP
- Neúčast PvSS na IP
- Klíčový pracovník

Zajímavá zjištění ohledně procesu IP bylo týkající se toho, kdo všechno se účastní při individuálním plánování s klientem. Část sociálních pracovníků vypověděla, že se plánování účastní mimo klienta i rodina klienta, především v případech, když má klient geriatrické duševní onemocnění, nebo je v paliativní péči. Názor rodiny je pro část SP důležitý i z důvodu, že se jedná o neformální pečující, kteří péči svému rodinnému příslušníkovi mnohdy zajišťují. V případech, kdy uživatel služby nemá rodinu a je sám, jedna z informantek vypověděla, že spolupracuje i s opatrovníkem klienta (když je částečně zbavený práv např. z důvodu progresu onemocnění Demence, Alzheimerovy choroby). Pár sociálních pracovníků řeklo, že se radí i s domácí péčí, především v případech, pokud jejich organizace nabízí i zdravotní služby pro klienta, kdy se pak společně mohou poradit ohledně jeho zdravotního stavu.

Hodně odlišné byly i výpovědi, jak a s kým individuální plán řeší. Část sociálních pracovníků vypověděla, že IP nastavuje pouze první měsíc, poté se předává plánování klíčovému pracovníkovi v sociálních službách, který za klientem dochází nejčastěji a sociální pracovník je zde pouze v roli průvodce a zákonného zarámování a opory, zasahuje do změn a do IP jen v případě potřeby. Další část pracovníků vypověděla, že IP mají na starost IP pouze oni jakožto SP, kdežto PvSS jsou zde hlavně pro péči o uživatele a individuální plán vytváří společně s klientem, skrze rozhovory s pečovatelem nebo osobním asistentem (v některých případech i s rodinou). Důležité však je, že IP má vždy na starost klíčový pracovník – ať je to sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách.

Kategorie: Proces individuálního plánování

- **Podkategorie: Proces sbírání dat o klientech**

- Sociální šetření
- Deník
- Rozhovory s klienty
- Rozhovory s PvSS
- Rozhovory s rodinou
- Rozdílná představa rodiny
- Pozorování
- Dotazník
- Osnova
- Intuitivní dotazování
- Porada
- Aktuality
- Záznamy ze služby
- Účast na asistenci

Další oblastí, kterou jsem v rozhovorech od informantů zjišťovala bylo, jaké nástroje využívají pro sběr informací, údajů a dat o klientech pro plánování. Téměř všichni informanti zodpověděli, že hlavním nástroji jsou sociální šetření, rozhovor s klientem, pozorování, rozhovor s PvSS a porady.

Část sociálních pracovníků zmínila, že mají u klientů deníky, kam klíčoví PvSS zaznamenávají změny a poznámky z vykonané péče. Dále část zmínila, že se radí s rodinou, kdy se však často setkávají s rozdílnou představou, proto je vždy primární soustředit se na samotného klienta – uživatele služby.

Dále někteří využívají dotazníky nebo mají základní osnovu, nebo dělají intuitivní dotazování dle potřeby, předávají si aktuality mezi kolegy v práci, mají k dispozici záznamy ze služby v online systému a někteří na výkazech na papíře. Jedna ze sociálních pracovníků zmínila, že nejlépe IP tvoří, když navštíví přímo osobní asistenci, která u klienta proběhne a podle ní udělá individuální plán. Část informantů preferuje volnost a kreativitu při dotazování a tvoření, část upřednostňuje strukturu a oporu, ze které se může odpíchnout.

- **Podkategorie: řízení kvality**
 - **Podkategorie: Multidisciplinarita**
 - **Kód:** Nutriční terapeut
 - Fyzioterapeut
 - Lékař
 - Psycholog
 - **Kód:** Absence multidisciplinarity
 - Multidisciplinarita v případě eskalace
 - Externí metodik
 - Interní metodik
 - Absence metodika
 - Standardy kvality
 - Zastaralé standardy kvality
 - Nepoužívá standardy kvality
 - Podpora v organizaci
 - Případové porady
 - Žádná inspekce
 - Konzistence mezi PvSS
 - Školení PvSS
 - Schválení IP vedoucím
 - Inspekce chce konkrétní cíle
 - Inspekce není konstruktivní
 - Inspekce standardů kvality
 - Inspekce administrativy
 - Transformace pečovatelských služeb
 - SP a PvSS v jedné osobě
 - Supervize
 - Pozorování úspěšných asistencí
 - Pochybení služby

- Retrospektiva
- Manažer kvality
- Udržování hranic
- Aktivní sociální pracovník

K procesu individuálního plánování se váže téma řízení kvality. Část sociálních pracovníků vypověděla, že usiluje o multidisciplinaritu. Některé organizace však z důvodu, že jsou příliš malé nebo vyčerpány tento přístup neaplikují. Informanti, kteří vypověděli, že mohou komplexně spolupracovat s dalšími zdroji nejvíce využívají pomoc interního či externího metodika, který jim v minulosti nebo i aktuálně pomáhá s nastavováním metodik pro individuální plánování. V některých organizacích pozice metodika zcela chybí, nebo se nezabývá procesem IP, v takovém případě pomáhá v organizaci vedoucí sociální služby.

Skoro všichni informanti vypověděli, že se řídí standardy kvality jejich sociální služby pro IP, několik SP však řeklo, že si přizpůsobují individuální plánování dle sebe a upravují podle potřeby. Jedna z informantek vypověděla, že z důvodu, že jsou jejich standardy zastaralé, pracuje s IP spíše intuitivně. Jedna z informantek řekla, že na standardy kvality nebere ohled a pracuje podle svého uvážení. Jedna z informantek zmínila, že při IP spolupracuje multidisciplinárně s manažerem kvality, který dohlíží, aby péče probíhala dle standardů, poslání a odpovídala na NSS.

Dalšími místy, kde se o IP pracovníci radí jsou v některých službách případové porady a supervize. Většina pracovníků se má, s kým v organizaci poradit a mají podporu. Pro dobré individuální plánování je dle jedné z informantek důležitá konzistence mezi pracovníky v sociálních službách – aby dobře fungovala komunikace a předávání informací o klientech. Další z informantek řekla, že největší oporou pro proces individuálního plánování pro ni bylo absolvování kurzu pracovníce v sociálních službách, kterou dříve v organizaci zastávala. Mimo jiné bylo zajímavou odpovědí jedné z informantek, která řekla, že pro kvalitní individuální plánování ji pomáhá chodit do terénu na úspěšné osobní asistence, které v organizaci fungují a jsou dobře nastavené.

Dále jsem se informantů ptala ohledně inspekce a zdali jim někdy vytkli nějaké nedostatky týkající se IP. V několika rozhovorech od informantů zaznělo, že se ještě s inspekcí nesetkalo, několik z nich řeklo že je absolvovali v pořádku. Několik informantů však řeklo, že inspekce vyžaduje po službě více konkrétní cíle, ale již už dále pak nevysvětlovala SP, jak přesně si to představuje. Z některých rozhovorů bylo poznat, jak moc jsou tyto kontroly z MPSV, ÚP nebo Magistrátu nekonzistentní, jelikož každý inspektor si jako dobrý cíl a individuální plán představuje odlišně.

Mezi další zajímavá zjištění z rozhovorů s informanty byly rozdíly v metodické opoře v osobní asistenci a pečovatelské službě. Zatímco u terénní osobní asistence, které zastupovaly neziskové organizace, jednalo se především o podporu interní ze strany metodiků, nastavených standardů kvalit, předávání si informací mezi kolegy. Zatímco v pečovatelské službě panuje trend transformace sociálních služeb, kdy jakožto příspěvkovým organizacím, které spravuje magistrát hlavního města Prahy, dávají velkou externí podporu skrze školení a návody, jak správně pracovat s individuálním plánováním.

Kategorie: Proces individuálního plánování

- Odlišnost praxe od zákona
- Karta klienta
- Nejistota v IP
- Neveřejný plán
- Volnost při tvorbě IP
- **Podkategorie: Zdroje pro tvorbu IP**
 - Systém CYGNUS
 - Čerpání z rekvalifikačního kurzu

Část sociálních pracovníků popsala, jak odlišná je praxe od zákonných definic. V několika rozhovorech zaznělo, že kromě individuálního plánu je důležitá při práci s klienty karta klienta, kde jsou všechny informace týkající se jejich osoby a péče o ně. Někteří SP zmínili, že někdy v minulosti nebo i teď občas pocítují nejistotu při individuálním plánování, protože si nejsou jistí, jestli postupují správně a není opora, o kterou by se mohli opřít. Část informantů však řekla, že jim vyhovuje volnost při tvorbě IP a nic by na tom neměnili.

Dalším zajímavým tématem u jedné z pracovnic byla odpověď ohledně problematiky s IP, která vypověděla, že musí mít jeden individuální plán pro klienta zvlášť a pak další plán zvlášť pro pracovníky v sociálních službách, který je neveřejný, vzhledem k problémům s péčí u dané klientky.

Zajímavým zjištěním bylo, že v několika organizacích při IP pomáhá navádět online systém Cygnus, se kterým některé sociální služby pracují a zaznamenávají do něj informace.

6.7 Analýza kategorie „Žádané změny v individuálním plánování“

Tabulka 7: Výskyty kódů kategorie „Žádané změny v individuálním plánování“

Kód	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Přání zjednodušení IP		X							
Současný stav vyhovuje	X			X		X	X		X
Současný stav nevyhovuje			X						
Absence metodiky	X	X				X	X		
Nepotřebnost externího rámce	X		X	X		X			X
Rozdíl terénní a pobytové služby		X	X				X	X	
Specifika terénní služby		X	X						
Absence kurzů na IP		X							
Spolupráce MPSV se SP z praxe					X				
Metodická opora						X		X	
Přání zvýšení multidisciplinarity							X		

Zdroj: rozhovory s informanty

Kategorie: Žádané změny v IP

- Přání zjednodušení IP
- Současný stav vyhovuje
- Současný stav nevyhovuje
- Absence metodiky
- Nepotřebnost externího rámce
- Rozdíl terénní a pobytové služby
- Specifika terénní služby
- Absence kurzů na IP
- Spolupráce MPSV se SP z praxe
- Metodická opora
- Přání zvýšení multidisciplinarity

Poslední kategorie, kterou jsem řešila s informanty, se týkala změn v individuálním plánování. Jedna z informantek vypověděla, že by si přála, aby se IP zjednodušilo, aby bylo více pochopitelné jak pro klienty, tak i pečovatele. Část informantů řekla, že jsou spokojeni s nastavením IP v jejich organizaci a nic by neměnili a nepřejí si zásah do dané podoby. Někteří naopak zmínili, že jim současná podoba IP nevyhovuje a přáli by si mít určitou oporu

formou příkladů dobré praxe, nebo doporučení pro danou cílovou skupinu, jedna z informantek řekla, aby se IP dokázalo i lépe odlišit, jak se má např. plánovat v pobytové službě se seniory a jak v té terénní.

Jedna ze SP zmínila, že jí schází i kurzy, které by ji s IP lépe naučily pracovat, protože kurzy, které třeba na dané téma absolvovala, byly vždy různé a každý přednášející je vysvětloval po svém a nedali se aplikovat na cílovou skupinou seniorů v terénní sociální péči. Jedna z informantek řekla, jak dobré by bylo, kdyby MPSV spolupracovalo se sociálními pracovníky z praxe, aby nemusely vznikat informace, které nejsou přímo z „terénu“ ale psané od stolu. Jedna z informantek říkala, že by byla moc ráda, kdyby měla možnost pracovat s vícero aktéry na IP ve své organizaci, v aktuální době to však možné není.

7. Diskuse

Jak jsem již zmiňovala v úvodu této práce, individuální plánování v sociálních službách se řídí zákonem o sociálních službách – zákon č. 108/2006 Sb. a je prováděno vyhláškou č. 505/2006 Sb. Tato vyhláška udává službám povinnost individuální plánování provádět, a stanovuje určité mantinely ve kterých se služba musí při individuálním plánování držet, ale již nestanovuje více konkrétní postupy či návody. Sociální pracovníci tedy mají velkou míru kreativity, kterou mohou při individuálním plánování aplikovat. V úvodu jsem také formulovala hypotézu, že sociálním pracovníkům v začátku jejich kariéry by tato situace mohla komplikovat práci, jelikož tyto pracovníci ještě nedisponují dlouholetými zkušenostmi, co se týče individuálního plánování, a typicky nemají znalosti toho, co by v individuálních plánech mohla případná inspekce shledat nedostatečným. Dle mnou provedených rozhovorů se zdá, že tato teorie má něco do sebe, jelikož z pěti informantů, které jsem označila jako mající krátkou praxi, vypověděli tři informanti, že v individuálním plánování vidí velkou míru kreativity, a tři také vypověděli že primárním zdrojem informací pro individuální plánování jim je zaučení v současné organizaci. To poukazuje na fakt, že studium na vysoké škole se typicky individuálnímu plánování věnuje na silně teoretické úrovni, a mladí sociální pracovníci tedy musejí doufat, že se jim při vstupu do organizace dostane dostačujícího zaučení. Nicméně vzhledem k vyčerpání sociálních pracovníků, kterou někteří informanti také zmiňovali, nemusí být zaučení v organizaci vždy dostačující, a sociální pracovníci pak musejí mezery ve svých znalostech plnit kreativitou a metodou pokus-omyl.

Tento fakt je obzvlášť problematický, jelikož individuální plány bývají častým cílem inspekce ze strany správních orgánů dohlížejících nad sociálními službami. Jak informanti v rozhovorech popisovali, typicky se oni sami s inspekci nesetkali, i když jejich organizace někdy inspekci prošla. Ti, kteří ale měli šanci inspekci zažít, tak měli problém si z inspekce odnést konstruktivní kritiku a adaptovat tak svůj proces individuálního plánování, jelikož inspekce jsou často nejednotné, a jejich kritika může být relativně obecná a nekonstruktivní. Nově pracující sociální pracovníci, kteří nemají ve své organizaci robustní oporu, potom postrádají smysluplný mechanismus zpětné vazby, a kvalita individuálního plánování záleží z velké míry na jejich iniciativě. Kritika inspekce či podpora v organizaci samozřejmě nejsou jediné zdroje opory v oblasti individuálního plánování, ale jak někteří informanti zmínili, individuální plánování v terénní sociální péči o seniory je v určitých aspektech velmi specifické – například klienti často procesu plánování nerozumí, nechápou jeho smysl, a neumí sami smysluplně vytyčit cíle péče. V takové situaci potom sociální pracovníci často

spoléhají na podporu ve formě povinného vzdělávání, nicméně informanti také zmínili, že kurzy individuálního plánování často tato specifika pomíjí, a jejich užitečnost pro tuto aplikaci je omezená.

Co se týče opory v organizaci, kromě zaučení zkušenějším sociálním pracovníkem jsou typicky hlavní oporou pro nové sociální pracovníky standardy kvality dané sociální služby. Jak se ale ukázalo při rozhovorech s informanty, ne každá sociální služba má standardy kvality aktuální, a jako důsledek se někteří sociální pracovníci těmito standardy neřídí, nebo se jimi řídí jen orientačně. V takové situaci může být pro organizaci oporou interní či externí metodik, který by mohl standardy kvality udržovat aktuální vzhledem k současným nejlepším praktikám a k možnostem sociální služby, ale opět se ukazuje, že ne každá organizace metodikem disponuje, a v důsledku může metodika kvality v dané organizaci upadat stranou, což může negativně ovlivnit kvalitu péče poskytované klientům.

Dokud jsme u zdrojů k individuálnímu plánování, je vhodné zde poukázat na zdroj, který je k dispozici jen části sociálních služeb v tomto sektoru, a to je státní projekt transformace sociálních služeb. Ten se v terénních sociálních službách orientuje na to, aby klient mohl co nejdéle zůstat ve svém domácím přirozeném prostředí a nemusel tak do ústavního zařízení. V praxi pak Magistrát hl. m. Prahy příspěvkovým organizacím poskytl vzdělání a spolupráci v oblasti individuálního plánování, jak někteří informanti vypověděli. Informanti, kteří o transformaci sociálních služeb mluvili, o tomto projektu hovořili velmi kladně a říkali, že se v jeho rámci dozvěděli užitečné informace a metodiky co se týče individuálního plánování se seniory, a že jsou schopni tyto znalosti úspěšně aplikovat v praxi. Nicméně této podpory se ze strany správních orgánů nedostává všem organizacím, a nestátní neziskové organizace tedy v tomto směru musejí oporu hledat jinde.

Je tedy zřejmé, že existují mezery, co se týče opory pro individuální plánování v terénních sociálních službách pro seniory, což validuje můj výběr tohoto tématu. V teoretické části jsem zmiňovala, že pro tuto aplikaci individuálního plánování existují teoretické zdroje, například odborné knihy a učebnice od Marcely Hauke - *Pečovatelská služba a individuální plánování*, která dává teoretický základ pro práci s IP v pečovatelských službách, nebo kniha od téže autorky pod názvem *Jak propojit teorii s praxí v pečovatelských službách*, kde už autorka aplikuje teorii individuálního plánování v praktickém kontextu. Kniha se však týká pouze oblasti pečovatelské služby, tím pádem nepokrývá úkony specifické pro osobní asistenci, např. aktivizační úkony klienta. V tomto kontextu je tedy opět validováno vymezení této práce jako průzkumu praxe a souboru dobrých praktik, který může tuto literaturu doplňovat.

Po reflexi hodnoty provedeného výzkumu se tedy pojdme soustředit na konkrétní aspekty individuálního plánování, kterým jsem se věnovala. V analýze kategorie charakteristik individuálního plánu jsem zmiňovala, že po vysvětlení konceptu přístupu zaměřeného na člověka, kterému jsem se blíže věnovala v teoretické části práce, většina informantů vypověděla, že aspekty tohoto přístupu ve své praxi používá. Nicméně čtyři informanti před mým vysvětlením tohoto pojmu nevěděli, o co přesně se jedná. Tato skutečnost je obzvláště zajímavá v kontextu toho, na jaké účastníky procesu poskytování péče informanti své individuální plány cílí. Několik informantů totiž vyzdvihovalo důležitost srozumitelnosti individuálního plánu pro pracovníky v sociálních službách, přičemž někteří dokonce řekli že individuální plán přímo slouží jako plán péče pro PvSS, nicméně pouze jeden informant zmínil důležitost srozumitelnosti individuálního plánu pro klienta samotného. Tato skutečnost ale stojí v zajímavém kontrastu s faktem, že většina informantů si stojí za tím, že aplikují aspekty přístupu zaměřeného na člověka, jinými slovy individuální plán v praxi spíše slouží jako návod péče pro PvSS, a ne jako dokument cílený na klienta.

Informantů jsem se ptala na obsah individuálního plánu, a výsledky jsem spojila do dvou hlavních okruhů – důležité aspekty klientovy situace které je potřeba zmapovat, a cíle vyskytující se v individuálních plánech. Spolu s dříve zmíněným popisem prováděných úkonů pak tyto dva okruhy tvoří hlavní obsah individuálního plánu. V těchto okruzích jsem můj výzkum pojala explorativně, přičemž odpovědi informantů potom slouží v další kapitole jako záchytný bod, od kterého se mohou sociální pracovníci odrazit, a jako seznam potenciálních aspektů péče, které je potřeba nezanedbat. Zde byl z odpovědí informantů patrný rozdíl mezi individuálním plánováním v osobní asistenci a v pečovatelské službě, kdy informanti pracující v organizacích poskytující osobní asistenci navíc zvažovali příběh klienta a aktivizační činnosti. Tomuto rozdílu jsem se věnovala v teoretické části práce, a můj výzkum zde potvrzuje, že tento rozdíl neexistuje pouze na teoretické úrovni, ale i na té praktické.

Nedílnou součástí procesu individuálního plánování je také pravidelná revize individuálního plánu, kterou musejí dle zákona sociální pracovníci pravidelně provádět. Zde je nutno poukázat na fakt, že ačkoliv je primárním účelem revize zajištění kvality a vhodnosti péče o klienta, pouze dva informanti zmínili důležitost reflexe plnění individuálního plánu, a jen jedna informantka explicitně vyzdvihla reflexi spokojenosti klienta v kontextu revize individuálního plánu. Samozřejmě existuje možnost, že většina sociálních pracovníků nedává na reflexi plnění při revizi IP důraz, nicméně považuji za pravděpodobnější, že

informanti reflexi plnění a reflexi klientovy spokojenosti považují za automatickou součást procesu revize, a z tohoto důvodu tato témata explicitně nezmiňovali. Nicméně obě varianty poukazují na fakt, že by sociální pracovníci při revizi individuálního plánu měli brát potaz primárně na klienta a na jeho potřeby, a proces revize by se měl od tohoto faktu odvíjet. S tímto faktem je pak konzistentní to, že část informantů připustila, že revizi individuálního plánu provádějí nejen v předem stanovených časových intervalech, ale i častěji pokud to vyžaduje změna klientových potřeb či situace. Dalším nepřekvapivým zjištěním mého výzkumu je to, že v organizacích s větším počtem klientů na sociálního pracovníka probíhá revize IP méně často, a není potom tak velký prostor pro práci s individualitou klienta a s jeho měnícími se potřebami.

Již v úvodu práce jsem zmiňovala, že dle existující literatury je cílová skupina seniorů specifická v tom, že lidé v závěrečné fázi života často již nemají velké ambice transformačního charakteru, a spíše si přejí udržovat svoji současnou kvalitu a styl života. Tento fakt se v mém výzkumu také potvrdil, jelikož většina informantů zmínila absenci velkých cílů jako charakteristickou vlastnost cílové skupiny seniorů, a setrvání v domácím prostředí bylo nejčastěji zmíněným cílem klientů. Zde je také třeba reflektovat fakt, že někteří informanti považují metodu SMART za těžce aplikovatelnou u této cílové skupiny, ačkoliv je SMART v tomto kontextu doporučovanou metodou plánování ze strany MPSV. Chci tedy podotknout existenci alternativních pomocných plánovacích metod, které by se mohly pro cílovou skupinu seniorů používat snáze, například metoda POWER, kterou jsem popisovala v teoretické části práce. Alternativní metody jsem v rozhovorech s informanty nediskutovala, nicméně je zřejmé, že metodu SMART někteří sociální pracovníci nepovažují pro cílovou skupinu seniorů za adekvátní, a je zde prostor pro další návazný výzkum.

Abych mohla zachytit, jak má kvalitní individuální plán v praxi vypadat, je potřeba také popsat kvalitní proces individuálního plánování. Opět jsem zvolila explorativní přístup v rozhovorech, a snažila jsem se nechat informanty vyjádřit, které části procesu individuálního plánování jsou pro ně stěžejní. Zde se vyskytla metoda, na kterou jsem při zpracování teoretické části nenarazila, což je užití tzv. fáze adaptace klienta, kdy prvních pár měsíců po počátku péče sociální pracovník intenzivně pracuje jak s klientem, tak s individuálním plánem, a dynamicky jej mění spolu s jeho vývojem porozumění klientovi. V tomto ohledu se mi vyplatil explorativní polostrukturovaný typ rozhovoru, jelikož jsem zachytila jevy, které jsem předem nezvažovala.

Zajímavým tématem je zde také seznam účastníků procesu individuálního plánování, kde sice většina informantů nepřekvapivě pracuje s klientem a jeho rodinou, ale pouze část

informantů do procesu plánování zahrnuje PvSS, nebo dokonce používá hybridní model, kdy sociální pracovník nastavuje IP během fáze adaptace klienta, a vedení IP později přebírá klíčový PvSS. To opět poukazuje na míru volnosti v individuálním plánování, kdy se v praxi míra rozdělení administrativy mezi SP a PvSS hodně liší v závislosti na organizaci.

Dalším jevem, který jsem v teoretické části práce neuvažovala, který odhalil můj explorativní výzkum je využití tzv. karty klienta, kdy se do karty klienta zapisují údaje o klientovi a popisuje se jeho situace tak, jak v současném okamžiku je, a individuální plán pak plní roli popisu žádané transformace klientovy situace a popisuje kroky, jak tuto změnu naplnit.

Na závěr diskuse bych chtěla reflektovat současný stav individuálního plánování. Moje teorie ze začátku práce byla, že by někteří sociální pracovníci v terénní sociální péči se seniory mohli postrádat oporu v individuálním plánování. Výsledky mého výzkumu toto sice při prvním pohledu na výskyt kódů v rozhovorech nepotvrzují, ale je potřeba tyto výsledky zasadit do kontextu. Nadpoloviční většina informantů sice odpověděla, že současný stav individuálního plánování jim vyhovuje, a někteří také nepovažovali jakýkoliv externí rámec pro individuální plánování s touto cílovou skupinou za potřebný, ale téměř všichni při hlubším dialogu připustili, že by se jim externí metodická podpora hodila v případě absence interní podpory v rámci jejich organizace. V tomto ohledu bych tedy řekla, že se moje teorie potvrdila, přičemž hlavní cílovou skupinou pro takovou metodickou oporu jsou méně zkušené sociální pracovníci, kteří ve své organizaci nenacházejí dostatečnou oporu. Zároveň se po analýze rozhovorů ukázalo, že jsou aspekty individuálního plánování, které v některých případech nepokrývají i organizace s interní metodickou oporou, a v těchto případech by takové organizace mohly externí metodickou oporu využít pro zlepšení své interní opory. Proto vnímám tvorbu doporučení pro zpracování IP jako hodnotnou, a věnuji těmto doporučením následující kapitolu mé práce.

8. Doporučení

Pro tvorbu kvalitního individuálního plánu v terénní sociální službě se seniory je potřeba správně pojmout všechny aspekty individuálního plánování, přičemž začneme obsahem. V individuálním plánu by neměly chybět základní informace o klientovi jako jméno, adresa, patro bytu, kontaktní údaje klienta a na rodinu a informace týkající se klíčů od bytu klienta. Dále by neměl chybět časový plán péče a jméno klíčového pracovníka. Plán by pak měl začínat popisem nepříznivé sociální situace, tj. vysvětlením toho, proč se senior stal klientem služby.

Dále by mělo navazovat komplexní zmapování klientovy situace:

- Prání a očekávání klienta, co je naše služba schopna klientovi poskytnout
- Popis překážek a rizik
- Mobilita klienta a využívané kompenzační pomůcky
- Orientovanost klienta: v čase, v prostoru, v konverzaci
- Sociální okolí klienta: kdo jsou důležité a pečující osoby
- Síť podpory návazných služeb: jiné sociální služby, domácí péče, která ke klientovi dochází
- Zájmy klienta a jeho životní příběh (pouze v osobní asistenci)
- Nutné zdravotní informace (pouze v nezbytném případě kdy neznalost zdravotního stavu by mohla ohrozit klienta, jen se souhlasem o zpracování citlivých údajů)

Při mapování klientovy situace musíme brát v potaz to, že hlavní účel služby je naplnění potřeb klienta, kterým je daný senior. Můžeme tedy při mapování situace a klientových potřeb naslouchat i rodině klienta a jeho blízkým, ale konečné slovo musí mít vždy uživatel služby (pokud je svéprávný). Rodina je tedy v tomto ohledu sekundární, a musíme pamatovat, že ne vždy jsou zájmy rodiny a zájmy klienta sjednocené. Ne vždy je ale situace tak jednoznačná, a v případě, kdy klient má mentální handicap, je nutné službu plánovat ve spolupráci s klientovým opatrovníkem.

Po zmapování klientovy situace pak musíme zformulovat cíle spolupráce s naší službou. Takové cíle by měly být výsledkem jednání s klientem, případně jeho okolím, a měly by být sloučením přání klienta, klientových potřeb, a možností naší organizace. Cíle mohou být libovolné, ale následující seznam cílů může sloužit jako opora:

- Setrvání v domácím prostředí a udržení kvality života
- Udržování soběstačnosti a zplnomocňování klienta
- Prevence před sociálním vyloučením, možnost socializace
- Naplňování základních životních potřeb, které už klient nezvládá udělat sám
- Aktivizační činnosti: reminiscence, cvičení kognitivních schopností, procházky (v osobní asistenci)

Po definici cílů spolupráce pak musíme vyjmenovat úkony, kterými budeme cíle naplňovat, přičemž každý úkon musí naplňovat minimálně jeden cíl. Jako příklad může být pomoc s úkony jako jsou: základní úklid, pomoc s hygienou a se stravou, dohled nad léky, doprovod k lékaři. Cíle mohou být různě dlouhodobé nebo krátkodobé či konkrétní nebo abstraktní, podstatné je, že naplňují smysluplně klientovy potřeby.

Musíme dbát na to, aby byl ve svém znění plán srozumitelný jak pro klienta, tak pro pracovníky v sociálních službách. Plán by měl brát v potaz režim a zvyklosti klienta, a měl by respektovat jeho individualitu. V případě aktivizačních činností v rámci OA lze využít přístup zaměřený na člověka, kdy klienta podporujeme v jeho silných stránkách, pomáháme mu v seberealizaci a budujeme jeho sebevědomí. Nakonec by pak plán měl obsahovat datum a podpis klienta a klíčového pracovníka, případně i datum příští revize.

IV. ZÁVĚR

Jako cíl mojí práce jsem chtěla zjistit, jak vypadá kvalitní individuální plán v terénní sociální péči se seniory. V teoretické části práce jsem popsala existující materiály pro individuální plánování obecně, a v konkrétní aplikaci na terénní sociální péči se seniory. V této oblasti se typicky literatura individuálnímu plánování věnuje primárně na teoretické úrovni, a dostatečně nepopisuje příklady dobré praxe s touto specifickou cílovou skupinou.

Pro naplnění cíle jsem provedla kvalitativní výzkum pomocí metody kvalitativní obsahové analýzy, kdy jsem uskutečnila 9 polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky z terénních sociálních služeb z Prahy. V těchto rozhovorech jsem se soustředila na obsah individuálních plánů v jejich organizacích, na proces individuálního plánování, jeho revizi, na specifika cílové skupiny seniorů ve vztahu k individuálnímu plánování a na nedostatky aktuální podoby individuálního plánování. Nad rozhovory jsem pak procesem otevřeného strukturálního kódování zkonstruovala strom kategorií a kódů, což mi umožnilo mezi rozhovory najít podobnosti, rozdíly, a častá témata. S pomocí těchto kódů jsem pak analyzovala rozhovory a diskutovala zajímavá zjištění.

Mezi moje hlavní pozorování patří sledování rozdílů mezi pečovatelskou službou a osobní asistencí, či rozdíly v přístupech jednotlivých informantů k procesu individuálního plánování. Mezi pozorované rozdíly patří například účast PvSS na procesu individuálního plánování, užívání karty klienta, existence fáze adaptace klienta či rozdílné zdroje, které informanti používají pro tvorbu individuálních plánů.

Kromě samotného obsahu a procesu individuálního plánování jsem se také věnovala procesu revize individuálních plánů a procesu řízení kvality při individuálním plánování. Zde se ukázalo, že sociální pracovníci při tvorbě individuálních plánů primárně ze zdrojů uvnitř jejich vlastních organizací, a tím pádem pracovníci v organizacích s menší mírou opory nemají dostatek zdrojů pro kvalitní individuální plánování, obzvláště pokud v této oblasti nemají mnoho zkušeností.

Na základě analýzy rozhovorů jsem pak vytvořila stručné doporučení, jak má vypadat kvalitní individuální plán v terénní sociální službě pro seniory. Toto doporučení popisuje strukturu individuálního plánu, vyjmenovává informace, které by v plánu neměly chybět, a dává sociálním pracovníkům základ, ze kterého mohou při individuálním plánování čerpat.

SEZNAM LITERATURY

- BROWN, Gail, Carl LEONARD a Michael ARTHUR-KELLY, 2016. Writing SMARTER goals for professional learning and improving classroom practices. *Reflective Practice* [online]. **17**(5), 621–635. ISSN 1462-3943, 1470-1103. Dostupné z: doi:10.1080/14623943.2016.1187120
- CANGÁR, Miroslav, 2007. Individuálny plán – nástroj na spoluprácu. *Integrácia*. **2007**(2), 16–19. ISSN 1336-2011.
- ČECHOVÁ, Lucie, 2020. *Individuální plánování v domovech pro seniory jako zkvalitnění poskytované sociální služby pohledem klíčového pracovníka* [online]. Zlín [vid. 2023-12-02]. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/47734/%20echov%C3%A1_2020_dp.pdf?sequence=1
- DORAN, George, 1981. There's a S.M.A.R.T. way to write managements's goals and objectives. *Management review*. **70**(11), 35–36. ISSN 0025-1895.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- FORMÁNEK, Libor a Petr JINDRA, 2020. *Role sociálního pracovníka ve vybraných tématech sociálních služeb*. Vydání 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách. ISBN 978-80-88361-02-2.
- GRAY, David E., 2008. *Doing research in the real world*. Reprinted. London: SAGE. ISBN 978-0-7619-4878-0.
- GUEST, Greg, Arwen BUNCE a Laura JOHNSON, 2006. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods* [online]. **18**(1), 59–82. ISSN 1525-822X, 1552-3969. Dostupné z: doi:10.1177/1525822X05279903
- HARKEY, Jane, 2017. Case Management at the Intersection of Social Work and Health Care. *Vol. 17* [online]. No.1. Dostupné z: <https://www.socialworktoday.com/archive/011917p20.shtml>
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie* [online]. B.m.: Galén. ISBN 978-7492-058-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/socialni-gerontologie-1792830/>
- HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
- HAUKE, Marcela, Marie JAROŠOVÁ a Renata KAINRÁTHOVÁ, 2020. *Jak propojit teorii s praxí v pečovatelských službách*. První vydání. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-04-6.
- HUBÍKOVÁ, Olga, 2018. *Možnosti a podmínky uplatňování Case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče* [online]. [vid. 2023-12-06]. 2018. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt_VUPSV-S2-5_Hlavni_vystup.pdf/6ce2ac29-eeeb-f64c-4fdf-1f0126fe81f4. Osobní komunikace.

- ILOVAN, Oana-Ramona a Iulia DOROFTEI, 2017. *Qualitative research in regional geography a methodological approach*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană. ISBN 978-606-37-0314-0.
- JOHNOVÁ, Milena, 2011. Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce. *Sociální práce/Sociální práca*. **11**(3), 5.
- JOHNSON, Corinne, 2016. The Benefits of PDCA [online]. **46**(1). ISSN 0033-524X. Dostupné z: <https://www.proquest.com/openview/204123ca19e492bd4ffcd4599515adf5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=34671>
- KRUPÍČKOVÁ, Kamila, 2012. *Problematické aspekty individuálního plánování v konkrétním domově pro seniory* [online]. Praha [vid. 2023-12-02]. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/57715/120102821.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- KUCKARTZ, Udo a Stefan RÄDIKER, 2023. *Qualitative content analysis: methods, practice and software*. Second. Thousand Oaks: SAGE Publications. ISBN 978-1-5296-0913-4.
- LUX, Michael, Renate MOTSCHNIG-PITRIK a Jeffrey CORNELIUS-WHITE, 2013. The Essence of the Person-Centered Approach. In: Jeffrey H. D. CORNELIUS-WHITE, Renate MOTSCHNIG-PITRIK a Michael LUX, ed. *Interdisciplinary Handbook of the Person-Centered Approach* [online]. New York, NY: Springer New York, s. 9–21 [vid. 2024-04-10]. ISBN 978-1-4614-7140-0. Dostupné z: doi:10.1007/978-1-4614-7141-7_2
- MAŘÍKOVÁ, Hana a Blanka PLASOVÁ, 2012. Kontinuita anebo změna v systému zajištění péče o seniory v České republice od roku 1948 vzhledem k genderovanosti politik péče. *Fórum sociální politiky* [online]. **6**(3). ISSN 1803-7488. Dostupné z: https://www.rilsa.cz/wp-content/uploads/2023/01/FSP_2012-03.pdf#page=4
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed., 2012. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cíkových cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0234-9.
- MINIMOL, K, 2016. Risk Assessment and Strengths Based Case Management in Elderly Care– Scope of Social Work Practice. *Artha - Journal of Social Sciences* [online]. **15**(2), 121. ISSN 0975-329X, 0975-329X. Dostupné z: doi:10.12724/ajss.37.7
- MORGAN, Stephanie a Linda H. YODER, 2012. A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of Holistic Nursing* [online]. **30**(1), 6–15. ISSN 0898-0101, 1552-5724. Dostupné z: doi:10.1177/0898010111412189
- MPSV, 2020. *Sociální služby* [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>
- MPSV, 2022. *Doporučený postup č. 3/2022, Individuální plánování* [online]. 2022. B.m.: MPSV. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1060378/2_DP_Individu%C3%A1ln%C3%AD_pl%C3%A1nov%C3%A1n%C3%AD_3_2022.pdf/4cb2cccc-cabb-34be-a2ab-7418cd3d3d43

NIKOLOPOULOU, Kassiani, 2022. *What Is Selection Bias? | Definition & Examples* [online]. 2022. B.m.: Scribbr. [vid. 2023-12-03]. Dostupné z: <https://www.scribbr.com/research-bias/selection-bias/>

NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠTOVÍČKOVÁ, ed., 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Vydání první. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy. ISBN 978-80-7571-052-9.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4395-3.

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2015. Psychobiografický model péče prof. Erwina Böhma [online]. (11). Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/psychobiograficky-model-pece-prof-erwina-b-hma/>

PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory* [online]. B.m.: Grada. ISBN 978-80-271-1417-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/biografie-v-peci-o-seniory-1741685/>

SAAJANAHO, Milla, Merja RANTAKOKKO, Erja PORTEGIJS, Timo TÖRMÄKANGAS, Johanna ERONEN, Li-Tang TSAI, Marja JYLHÄ a Taina RANTANEN, 2016. Life resources and personal goals in old age. *European Journal of Ageing* [online]. **13**(3), 195–208. ISSN 1613-9372, 1613-9380. Dostupné z: [doi:10.1007/s10433-016-0382-3](https://doi.org/10.1007/s10433-016-0382-3)

SALDAÑA, Johnny, 2009. *The coding manual for qualitative researchers*. London: Sage. ISBN 978-1-84787-548-8.

SANERMA, Päivi, Sari MIETTINEN, Eija PAAVILAINEN a Päivi ÅSTEDT-KURKI, 2020. A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* [online]. **38**(4), 369–380. ISSN 0281-3432, 1502-7724. Dostupné z: [doi:10.1080/02813432.2020.1841517](https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1841517)

SHARMA, Tanvi, Megan BAMFORD a Denise DODMAN, 2015. Person-centred care: an overview of reviews. *Contemporary Nurse* [online]. **51**(2–3), 107–120. ISSN 1037-6178, 1839-3535. Dostupné z: [doi:10.1080/10376178.2016.1150192](https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1150192)

STRAUSS, Anselm L. a Juliet M. CORBIN, 2003. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2. ed., [Nachdr.]. Thousand Oaks: Sage Publ. ISBN 978-0-8039-5939-2.

ŠTOUDKOVÁ, Zuzana, 2015. *Individuální plánování v péči o seniory* [online]. Zlín [vid. 2023-12-02]. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/32339/%c5%a1toudkov%c3%a1_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ŠVAŘÍČEK, Švaříček a Klára ŠEDOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0273-8.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY EXPERT PANEL ON PERSON-CENTERED CARE, 2016. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. **64**(1), 15–18. ISSN 0002-8614, 1532-5415. Dostupné z: [doi:10.1111/jgs.13866](https://doi.org/10.1111/jgs.13866)

TRIVEDI, Anjanaben a Amit MEHTA, 2019. Maslow's Hierarchy of Needs - Theory of Human Motivation. *Vol. 7* [online]. (Issue: 6). ISSN 2321-2853. Dostupné z: https://www.raijmr.com/ijrsml/wp-content/uploads/2020/01/IJRSML_2019_vol07_issue_06_Eng_09.pdf

WASHBURN, Allyson M. a Melanie GROSSMAN, 2017. Being with a Person in Our Care: Person-Centered Social Work Practice that is Authentically Person-Centered. *Journal of Gerontological Social Work* [online]. **60**(5), 408–423. ISSN 0163-4372, 1540-4048. Dostupné z: doi:10.1080/01634372.2017.1348419

WHO, 2022. *Long-term care* [online]. Dostupné z: <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>

WILKINS, David, 2016. *Guide to developing social work care plans* [online]. 2016. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/307864588_Guide_to_developing_social_work_care_plans

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Výskyty kódů kategorie „Informant“	55
Tabulka 2: Výskyty kódů kategorie „Charakteristika individuálního plánu“	58
Tabulka 3: Výskyty kódů kategorie: „Obsah individuálního plánu“	59
Tabulka 4: Výskyty kódů kategorie „Revize individuálního plánu“	65
Tabulka 5: Výskyty kódů kategorie „Specifika seniorů“	66
Tabulka 6: Výskyty kódů kategorie „Proces individuálního plánování“	71
Tabulka 7: Výskyty kódů kategorie „Žádané změny v individuálním plánování“	79

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Co jsou to SMART kritéria	17
Obrázek 2: Popis kroků při práci s klientem při nastavování cíle	18
Obrázek 3: Zobrazení PDCA cyklu	19
Obrázek 4: POWER – alternativní přístup k metodě SMART	20
Obrázek 5: Maslowova pyramida potřeb.....	31

SEZNAM ZKRATEK

České zkratky

IP = individuální plán

KOA = kvalitativní obsahová analýza

OA = osobní asistence

MPSV = ministerstvo práce a sociálních věcí

NSS = nepříznivá sociální situace

PS = pečovatelská služba

PvSS = pracovník v sociálních službách

SP = sociální pracovník

SŠ = střední škola

VoŠ = vyšší odborná škola

VŠ = vysoká škola

Anglické zkratky

CM = case manager

LTC = long term care (dlouhodobá péče)

OECD = organisation for economic co-operation and development (organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)

PCA = person centered approach (přístup zaměřený na člověka)

PDCA cycle = Plan, do, check, act (plánovat, dělat, kontrolovat, konat – cyklus)

POWER = positive, own role, what specifically, evidence, relationship (pozitivní, vlastní role, co přesně, důkaz, vztah)

SMART = specific, measurable, achievable, relevant, time-bound (specifický, měřitelný, dosažitelný, relevantní, časově ohraničený)

WHO = world health organisation (světová zdravotnická organizace)