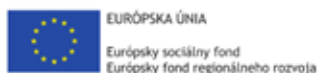


# Individuálne plánovanie



Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu  
v rámci Operačného programu Ľudské zdroje  
[www.esf.gov.sk](http://www.esf.gov.sk) [www.employment.gov.sk](http://www.employment.gov.sk) [www.ia.gov.sk](http://www.ia.gov.sk)

# Individuálne plánovanie

PhDr. Miroslav Cangár, PhD.

Vydavateľ: Implementačná agentúra Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky

Názov: Individuálne plánovanie

Autor: PhDr. Miroslav Cangár, PhD.

Rozsah: 28 strán

Rok vydania: 2018

Typ publikácie: elektronická

ISBN: 978-80-89837-45-8

Publikácia prešla jazykovou a grafickou úpravou

# Obsah

1. Čo je individuálne plánovanie?	3
2. Čo je individuálny plán a ako na to	6
2.1 Kto má nárok na individuálny plán	6
2.2 Základné princípy a podmienky na efektívne a úspešné individuálne plánovanie	7
2.3 Kľúčový pracovník	8
2.4 Forma individuálneho plánu	9
3. Proces individuálneho plánovania	10
3.1 Identifikácia individuálnych potrieb	11
3.2 Voľba cieľov	13
3.3 Voľba metód	16
3.4 Plán činností	17
3.5 Hodnotenie	18
4. Základné prístupy v individuálnom plánovaní	19
4.1 Štýly individuálnych plánov	20
4.2 Plánovanie zamerané na človeka	21
4.3 Plán účasti a skúsenosti	22
Zoznam použitých zdrojov	26
Prílohy	28
Príloha č. 1: Profil na jednu stranu	28
Príloha č. 2: Krátkodobý individuálny plán	29

# 1. Čo je individuálne plánovanie?

Individuálne plánovanie môžeme definovať ako nástroj spolupráce medzi prijímateľom sociálnych služieb a osobami, ktoré mu poskytujú podporu (Cangár, 2007). Je to proces, v priebehu ktorého je s užívateľom<sup>1</sup> plánovaný priebeh poskytovania sociálnej služby. Dochádza pri ňom k definovaniu cieľa, ktorý chcú užívatelia prostredníctvom sociálnej služby dosiahnuť. V závislosti od dohodnutého cieľa sú následne definované konkrétne kroky, ktoré vedú k jeho naplneniu.

Časť procesu individuálneho plánovania sa začína už pri komunikácii so záujemcom o služby, keď sa prostredníctvom rozhovoru zisťujú jeho požiadavky a očakávania.

Konečnou podobou výsledku procesu plánovania je individuálny plán, ktorý vytvára spoločne kľúčový pracovník s užívateľom<sup>2</sup>. Plán je vytváraný na základe požiadaviek, prání a potrieb užívateľov s prihliadnutím na reálne možnosti jednak konkrétneho užívateľa a jednak sociálnej služby. Zákon č. 448/2008 Z. z., o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon), v znení neskorších predpisov (ďalej len „ZoSS“) definuje individuálny plán ako komplexný, flexibilný a koordinovaný nástroj na aktívnu spoluprácu poskytovateľa sociálnej služby, prijímateľa sociálnej služby jeho rodiny a komunity.

Ciele individuálneho plánu vychádzajú z individuálnych potrieb prijímateľa sociálnej služby a spolupráce prijímateľa sociálnej služby a poskytovateľa sociálnej služby.

Systémová úroveň individuálneho plánovania predpokladá, že tento nástroj je vnímaný nielen ako základná metóda práce s prijímateľom sociálnych služieb v organizácii, ale aj ako celkový prístup poskytovania sociálnych služieb a podpory v rámci organizácie. Tento prístup vychádza z partnerského a spolupracujúceho vzťahu medzi občanom, ktorý má právo na tento plán, a profesionálmi, ktorí ho sprevádzajú a poskytujú mu podporu a služby na to, aby mohol viesť čo najaktívnejší a nezávislý život podpor (Cangár, 2007).

Aby malo individuálne plánovanie zmysel, musia zamestnanci predovšetkým vedieť, prečo sa tejto činnosti majú spolu s užívateľmi venovať, čo tým vlastne chcú dosiahnuť.

Sobek (2012) hovorí o týchto cieľoch individuálneho plánovania:

- **lepšie poznať užívateľa a jeho situáciu** – individuálne plánovanie umožňuje hlbšie/lepšie poznať človeka, s ktorým KC/NDC/NSSDR pracuje. Poznať jeho nenaplnené potreby, túžby, prania. Pochopiť, ako vyzerá jeho svet. Poznať, čo si užívateľ vo svojom živote praje, čo vníma ako dôležité, čo potrebuje na to, aby bol spokojný. Ide o prehĺbenie vzťahu s týmto užívateľom,

---

1 Vzhľadom na obsahlu diskusiu týkajúcu sa preferencie užívania pojmu klient alebo užívateľ, doplnenú o termín (s ktorým pracuje ZoSS) prijímateľ sociálnej služby, sme sa rozhodli, že tieto pojmy budeme používať ako synonymá. Jednak je to zásada, ktorú prijala Slovenská komora sociálnych pracovníkov a asistentov sociálnej práce, a jednak hľadanie významových nuansí medzi týmito termínmi vnímame viac ako akademickú debatu než ako reálny problém v praxi.

2 Podľa § 9 ods. 2 ZoSS kľúčový pracovník koordinuje individuálny plán a je to pracovník, ktorý podporuje a sprevádza prijímateľa v procese individuálneho plánovania.

- **podporiť užívateľa v naplňovaní jeho potrieb a cieľov** – sociálna služba má podporovať užívateľa v naplňovaní jeho potrieb a pomôcť mu v dosahovaní jeho cieľov. To je však iba ťažko možné, ak zamestnanci nepoznajú užívateľa, ktorému poskytujú sociálnu službu. Až na základe lepšieho poznania môžu pracovníci začať uvažovať o tom, ako daného užívateľa podporiť, ako s ním spolupracovať, ako mu pomôcť v dosiahnutí toho, čo je pre neho samotného dôležité,
- **umožniť užívateľovi žiť život porovnateľný s vrstovníkmi**, tzv. „bežný“ život – sociálna služba by nemala užívateľa vytrhnúť z jeho bežného prostredia, aktivít a vzťahov. Dobrý individuálny plán posilňuje nezávislosť užívateľa na sociálnej službe. Individuálne plánovanie umožňuje mať možnosť voľby a kontroly nad vlastným životom, učiť sa a rásť, mať možnosť rozvíjať alebo udržiavať svoje schopnosti a zručnosti (Sobek, 2012).

Pre poskytovanie komunitných služieb a individuálne plánovanie, ktoré je orientované na kvalitu života jednotlivca, je nevyhnutné rešpektovať tieto princípy:

- **princíp normality**, ktorý hovorí o tom, že každý človek by mal prežívať život normálne a bežne ako všetci ostatní. Mal by mať bežný vývoj životného cyklu, bežný denný, týždenný, ročný rytmus, mal by žiť v bežnom prostredí, ktoré si zvolil, mal by robiť bežné a veku adekvátne a zmysluplné aktivity. V neposlednej rade by mali byť jeho potreby napĺňané bežným, normálnym a spoločensky hodnotným spôsobom,
- **princíp autonómie**, ktorý je založený na rešpektovaní samostatnosti a nezávislosti človeka. Tento princíp predstavuje právo na slobodu a slobodné rozhodnutia človeka a je jednou z najdôležitejších dimenzií ľudskej hodnoty, ktorá je z etického hľadiska nedotknuteľná,
- **princíp rešpektu** je založený na vnímaní a rešpektovaní jedinečnosti človeka, jeho vnímania sveta a potrieb. Životná skutočnosť každého človeka je subjektívna, a tak ju musíme aj vnímať. Aj napriek tomu, že ľudia sa často nachádzajú v podobných situáciách, je nevyhnutné vnímať každého človeka ako jedinečného, čo si vyžaduje neopakovateľný prístup,
- **princíp rovnosti** stavia na základných ľudských právach, ktoré sú ukotvené v množstve medzinárodných a národných legislatívnych dokumentoch. Základom tohto princípu je myšlienka, že všetci ľudia sú si rovní a nesmú byť diskriminovaní zo žiadneho dôvodu. V praxi tento prístup predstavuje zmenu vo vzťahoch medzi pomáhajúcimi profesionálmi a ľuďmi so zdravotným postihnutím, kde sa dôraz kladie na partnerský prístup – človek – človek (Cangár, Cangárová, Nincová, 2014).

Každé individuálne plánovanie musí spĺňať nasledujúce podmienky:

1. **aktívna spolupráca** s prijímateľom a jeho rodinou/sociálnou sieťou – táto podmienka zdôrazňuje dôležitosť a dôstojnosť každého jednotlivca v spoločnosti. Iba od jeho zdefinovania snov, potrieb, túžob sa môže odvíjať efektívny individuálny plán. Je nutné, aby každý individuálny plán bol tvorený za aktívnej účasti a spolupráce prijímateľa služieb,
2. **objektívnosť** – individuálne plánovanie má byť založené na presných faktoch, preto začína dôsledným mapovaním histórie života prijímateľa, jeho súčasných schopností a zručností, jeho záľub a túžob, ale aj všetkého, čo je pre neho negatívnym a čo vo svojom živote nechce, pokračuje vedením prijímateľa k pomenovaniu svojich cieľov do budúcnosti a k hľadaniu spôsobov, ako ich možno dosiahnuť,
3. **fungovanie v prostredí** – individuálny plán by mal byť zameraný na fungovanie prijímateľa v čo najprirodzenejšom prostredí,

4. **komplexnosť** – pokrýva všetky oblasti života klienta, či už v chronologickom slede (minulosť, súčasnosť, budúcnosť), alebo v slede zameranom na jednotlivé oblasti života človeka (fyzická, sociálna, psychická a duchovná). Hľadá prostriedky a cesty k napĺňaniu všetkých užívateľom definovaných potrieb. Súčasťou individuálneho plánu môže byť rehabilitačný, špeciálno-pedagogický plán, plán pracovnej rehabilitácie, rizikový plán (jeho súčasťou môže byť plán riešenia krízových situácií a register obmedzení),
5. **koordinovanosť** – na dosiahnutie cieľov stanovených klientom je nutná spolupráca viacerých odborníkov, teda vytvorenie multidisciplinárneho tímu. Preto je potrebné, aby sa aktivity a činnosti všetkých odborníkov dôkladne naplánovali a skoordinovali tak, aby smerovali k napĺňaniu hlavného cieľa klienta. Nezanedbateľnou súčasťou kvalitného plánu je podpora neformálnych vzťahov prijímateľa s ľuďmi, ktorí žijú v jeho sociálnom prostredí, resp. v prostredí, do ktorého má klient záujem integrovať sa. Títo ľudia môžu byť pre prijímateľa významnejšou oporou ako profesionáli,
6. **legálnosť** – individuálny plán je legálny dokument, ktorý jasne opisuje, ktoré sociálne služby, aktivity a činnosti budú klientovi poskytované a kto, kedy a v akom rozsahu ich bude poskytovať. Dodržiavanie týchto naplánovaných činností je veľmi dôležité.

Spomenuté princípy a podmienky sú základnými východiskami pre individuálny prístup pri poskytovaní sociálnych služieb a hlavným formálnym a etickým dôvodom zavedenia individuálneho plánovania do praxe. V bežnej praxi sa však stretáme s rôznym vnímaním individuálnych plánov, ktoré však často nevyjadrujú to, čo individuálne plánovanie v skutočnosti naozaj je. Poskytovatelia sociálnych služieb v množstve prípadov vnímajú individuálne plány ako presne naplánovaný denný režim prijímateľa sociálnych služieb, plán práce zamestnancov s prijímateľom sociálnych služieb, tabuľku výkonu aktivít prijímateľa sociálnych služieb, sociálnu a zdravotnú anamnézu prijímateľa sociálnych služieb a iné.

## 2. Čo je individuálny plán a ako na to

Individuálny plán je nástroj aktívnej spolupráce prijímateľa sociálnych služieb (v ideálnom prípade aj jeho rodiny) a poskytovateľa sociálnych služieb. Zámerom využívania nástroja individuálneho plánovania je prispieť k tomu, aby človek, ktorý potrebuje dlhodobé a koordinované služby, dostal komplexnú, flexibilnú a individuálne prispôsobenú podporu v zabezpečení bežného a zmysluplného života. Individuálne plánovanie má pomôcť prijímateľovi sociálnych služieb a jeho rodine a blízkym zabezpečiť aktívnu participáciu a spoluprácu s odborníkmi a ďalšími osobami, ktoré ho podporujú, a to primárne koordináciou a rozdelením zodpovednosti medzi jednotlivé oblasti podpory.

Komplexnosť individuálneho plánu zahŕňa holistický prístup k človeku a v rámci plánovania sa venuje všetkým stránkam človeka – fyzickej, sociálnej, psychickej a duchovnej.

Individuálne plánovanie má zabezpečiť, že prijímateľovi služieb bude poskytnutá taká podpora, aby:

- mohol v najväčšej možnej miere rozhodovať o svojom živote,
- reagovala na individuálne určené potreby a osobné ciele jednotlivca.

Individuálny plán by mal poskytnúť prehľad o tom, akú podporu a služby prijímateľ sociálnej služby skutočne potrebuje, ako dlho túto podporu potrebuje, kto mu podporu poskytuje a aké ciele a opatrenie potrebuje a kedy a akým spôsobom sa mu bude podpora poskytovať.

### Individuálne plánovanie ďalej slúži na:

- vymedzenie rozsahu, náplne a priebehu sociálnej služby,
- poskytovanie cielenej podpory namiesto plošnej starostlivosti,
- zaistenie pozornosti a individuálneho prístupu pre každého užívateľa,
- splnomocňovanie užívateľa (užívateľ získa väčší vplyv vo veciach, ktoré sa ho týkajú),
- poskytovanie informácií v pracovnom tíme,
- zaistenie kontinuity v poskytovaní sociálnej služby,
- objavenie a zapojenie ďalších zdrojov a nadväzných služieb,
- riešenie oblastí prekážok a rizík,
- sledovanie pokroku v práci s užívateľom,
- hodnotenie účinnosti služby,
- sledovanie toho, či poskytované sociálna služba zodpovedá potrebám a cieľom užívateľov (Sobek, 2012).

### 2.1 Kto má nárok na individuálny plán

Individuálny plán sa realizuje v sociálnych službách v zmysle § 7 ods. 1 a § 9 ods. 1 a ods. 2 ZoSS. Individuálne plánovanie sa v zmysle tohto zákona realizuje povinne vo vybraných sociálnych službách, ale je možné využívať ho aj v iných sociálnych službách, kde je prijímateľ sociálnej služby odkázaný na dlhodobú a koordinovanú podporu.

To, že má prijímateľ sociálnych služieb individuálny plán, neznamená, že má viac práv, ale to, že podpora, ktorú potrebuje, je koordinovaná a prispôsobená jeho individuálnym potrebám. Poskytovateľ sociálnej služby má povinnosť zabezpečiť, aby individuálny plán bol plánom prijímateľa sociál-

nej služby, ktorý sa aktívne zúčastňuje na tvorbe a realizácii samotného plánu.

Napriek tomu, že individuálne plánovanie je povinné vo vybraných sociálnych službách, účasť prijímateľa na individuálnom plánovaní je dobrovoľná. Slobodnú účasť na individuálnom plánovaní vyjadruje prijímateľ písomnou formou. Odporúčame, aby súčasťou písomného vyjadrenia bolo nielen vyjadrenie súhlasu, ale aj stanovenie ochrany osobných údajov a citlivých informácií zo strany poskytovateľa sociálnych služieb, ktoré by bez jasného dodatočného písomného súhlasu prijímateľa sociálnych služieb nemali byť zverejnené mimo jeho podpornej skupiny alebo okruhu osôb, ktoré si prijímateľ sociálnych služieb sám určil.

## 2.2 Základné princípy a podmienky na efektívne a úspešné individuálne plánovanie

V procese individuálneho plánovania sa ukazuje ako zásadné dodržiavať princípy, ktoré by mali zabezpečiť efektívne a úspešné plánovanie a podporu:

1. Tvorba, realizácia a hodnotenie individuálneho plánu prebieha vždy v spolupráci s užívateľom s ohľadom na jeho osobné ciele a možnosti.
2. Vnímanie užívateľa v jeho individuálnej osobitosti a podpora v hľadaní jeho vlastných ciest, tak aby sa v rámci svojich možností dokázal vyrovnáť s realitou.
3. Užívateľa musia podporujúce osoby brať vážne a musia rešpektovať jeho osobnú integritu.
4. Profesionáli a podporujúce osoby si musia vedieť priznať, že sú veci, ktoré nevedia ani oni a musia sa vyhýbať paternalistickému prístupu.
5. Vzťah užívateľ a podporujúca osoba musí byť založený na báze partnerstva (viac ako direktívnym a manipulatívnym prístupom sa dosiahne tým, že sa navzájom otvorene pomenujú veci, ktoré sú obom príjemné i nepríjemné).
6. Vytvorenie priestoru na to, aby sa pracovalo s predstavou užívateľa o jeho živote a nie primárne s tým, čo si myslia odborníci, že je preňho najlepšie.
7. Dôležité je porozumieť a pochopiť užívateľa a nie vysvetľovať.
8. Pri tvorbe individuálneho plánu je potrebné vychádzať z toho, aký užívateľ je a v akej situácii sa nachádza, a nie z predstavy, aký by mal byť.
9. Dôležité je pracovať s aktuálnou situáciou tu a teraz, aby bol užívateľ prítomný a mal priestor na to, aby reagoval na podporujúce osoby.
10. Nejde o hľadanie spôsobov a ciest pre ľudí, ale spolu s nimi.
11. Nejde o to, aby sa činnosti a aktivity robili za užívateľa, ale je potrebné mu umožňovať a poskytovať podporu, aby mohol žiť čo najsamostatnejší a najzmysluplnejší život.

Najkľúčovejší termín a podmienka na efektívne a úspešné individuálne plánovanie je **spolupráca**. Spolupráca v individuálnom plánovaní znamená:

- definovanie toho, v čom potrebuje človek podporu a čo dokáže urobiť sám,
- kto môže túto podporu poskytovať a ktoré úlohy dokáže zvládnuť človek sám,
- kedy má byť poskytnutá podpora,
- ako má byť poskytnutá podpora.



### 2.3 Kľúčový pracovník

Kľúčový pracovník sprevádza a podporuje prijímateľa sociálnej služby tak, aby sa v čo najväčšej miere naplnili ciele individuálneho plánovania. Kľúčový pracovník zisťuje, kto sú dôležité osoby na podporu prijímateľa sociálnych služieb, ale zároveň by sám mal získať jeho dôveru a postupovať pri tom profesionálne a diskretne, v prípade zaznamenávania do dokumentácie v súlade s ochranou osobných údajov (Hradilková, 2013).

Kľúčový pracovník by mal poznať prijímateľa sociálnej služby podrobne, ale aj jeho životnú situáciu, a zároveň mu má poskytovať pomoc a kontakt s inými ľuďmi, ktorí by mohli byť preňho zdrojom prirodzenej, ale aj odbornej podpory.

Hlavné otázky, ktoré by si mal kľúčový pracovník v rámci mapovania klášt', sú:

- Kto je v súčasnosti súčasťou života klienta?
- Je rodina zapojená do života klienta?
- Kde sa nachádzajú členovia rodiny v rámci sociálnej siete klienta?
- Ktorí ľudia z jeho siete s ním radi trávajú čas?
- Kto z personálu ho pozná a stará sa oňho?
- Koho je nevyhnutné zapojiť do realizácie individuálneho plánovania?
- Kto vie, čo je pre tohto klienta dôležité?

A ďalšie otázky tohto typu (Hradilková, 2013).

ZoSS stanovuje, že je to práve prijímateľ sociálnej služby, kto si primárne určí kľúčového pracovníka na základe osobnej preferencie. Nemá to však byť osoba blízka užívateľovi (napr. jeho príbuzný). A pokiaľ užívateľovi kľúčový pracovník nevyhovuje, má možnosť požiadať o jeho zmenu. Rovnako aj kľúčový pracovník má (v opodstatnených prípadoch) možnosť odovzdať užívateľa inému pracovníkovi. Túto situáciu je potrebné dohodnúť s užívateľom a vysvetliť mu dôvod zmeny.

Kľúčový pracovník však nie je ten, kto robí sám všetky aktivity v rámci individuálneho plánovania. Je skôr manažérom celého procesu. Individuálne plánovanie ako nástroj spolupráce je tímová činnosť a úlohou kľúčového pracovníka je okrem iného zabezpečovať práve aktívnu spoluprácu tímu, ktorý vzniká okolo prijímateľa sociálnej služby v procese individuálneho plánovania.

ZoSS neuvádza presné vymedzenie konkrétnych profesií, ktoré môžu vykonávať úlohy kľúčového pracovníka. Hlavným predpokladom na výkon tejto činnosti v procese individuálneho plánovania je vzťah medzi prijímateľom sociálnej služby a kľúčovým pracovníkom. Z odborného hľadiska je však nevyhnutné, aby mal kľúčový pracovník vedomosti o individuálnom plánovaní.

ZoSS sa snaží prostredníctvom podmienok kvality sociálnej služby nastaviť určitú mieru počtu individuálnych plánov na jedného kľúčového pracovníka. Toto sa snaží dosiahnuť tým, že počet individuálnych plánov koordinovaných jedným kľúčovým pracovníkom musí zohľadňovať mieru intenzity potrebnej podpory prijímateľov sociálnych služieb.

## 2.4 Forma individuálneho plánu

Forma individuálneho plánu je často diskutovaná a nie je jasná. Dôvodom tejto diskusie je to, že často sa individuálne plánovanie často nevníma ako nástroj podpory prijímateľa sociálnych služieb, ale ako formálny písomný dokument. Legislatíva sociálnych služieb nedefinuje formu individuálneho plánu. ZoSS hovorí, že poskytovateľ sociálnej služby je povinný viesť si písomné individuálne záznamy o sociálnej službe. Následne to bližšie špecifikuje v prílohe č. 2 Podmienky kvality poskytovanej sociálnej služby, v kritériu 2.5 Určenie postupov a pravidiel na vypracovanie, realizovanie a hodnotenie individuálneho plánu prijímateľa sociálnej služby. V tomto kritériu sa uvádza, že poskytovateľ sociálnej služby má vypracovaný individuálny plán buď v písomnej, alebo audiovizuálnej forme. Práve táto možnosť vytvára priestor na to, aby sa forma samotného individuálneho plánu prispôbila potrebám a schopnostiam prijímateľa sociálnych služieb, ktorý sa na ňom aktívne podieľa. Zároveň sa v tejto časti hovorí o tom, aby bola forma individuálneho plánu zrozumiteľná prijímateľovi sociálnej služby, jeho rodine a komunite. Zrozumiteľnosť je potrebné v tomto kontexte vnímať tak, že individuálny plán, ktorý je plánom prijímateľa, je primárne jasný a zrozumiteľný preňho samotného a pre členov jeho rodiny a podpornej skupiny. Pod zrozumiteľnosťou je potrebné vnímať nielen to, že je individuálny plán obsahovo jasný, ale je to aj jazyková zrozumiteľnosť pre prijímateľov sociálnych služieb (napr. pre tých, ktorí sú inej národnosti, ako je slovenská).

Audiovizuálna forma individuálneho plánu predstavuje rôzne možnosti audionahrávok, fotografií, obrázkov, piktogramov, ale aj predmetov, ktoré niektorí prijímatelia sociálnych služieb využívajú na rôznu formu alternatívnej a augmentatívnej komunikácie.

### 3. Proces individuálneho plánovania

Podľa Jarleho Eknesa (2000) je individuálny plán pojem, ktorý sa používa ako komplexný plán pre ľudí s potrebou podpory, kde sú zahrnuté všetky dôležité oblasti života. Individuálne plány majú vplyv na kvalitu života užívateľa služieb krízovej intervencie, umožňujú mu viesť čo najsamostatnejší život a kladú dôraz na podporu všetkých oblastí jeho života. Plánovanie je procesom vzájomného rešpektovania sa medzi prijímateľom sociálnej služby a profesionálmi, je skúsenosťou splnomocňovania klienta k riešeniu svojej situácie, zážitkom stabilného podporného vzťahu s dôrazom na napĺňanie najosobnejších potrieb klienta. V minulosti bolo v rámci individuálneho plánovania bežné pripravovať jednostranné individuálne plány, ktoré pripravovali odborníci, bez aktívnej účasti prijímateľa sociálnych služieb. Aj v súčasnosti sa v niektorých profesiách tieto plány využívajú. Najčastejšie išlo o ošetrovateľské plány, terapeutické plány, individuálne vzdelávacie plány a pod. Výsledkom všetkých týchto plánov bola odborná práca s človekom, ale nevedli k sociálnemu začleneniu alebo inklúzii. Viedli primárne k rozvoju zručností a schopností, prípadne k ošetrovaniu a vzdelávaniu.

Pre individuálne plánovanie je však nevyhnutné vychádzať z predstáv, nápadov a podnetov aj zo strany prijímateľa, aj zo strany poskytovateľa sociálnej služby, prípadne ďalších osôb, ktoré sú v procese relevantné. Základná podmienka individuálneho plánovania je vzájomné pôsobenie a komunikácia medzi prijímateľom, pracovníkom a prípadne ďalšími účastníkmi tohto procesu. Hlavným nástrojom tejto komunikácie je otvorený dialóg a aktívna účasť.

Pred začiatkom individuálneho plánovania si musíme byť istí, že chápeme, prečo je potrebné robiť individuálny plán a tiež, že tento dôvod je prijateľný a sme ochotní pracovať a konať podľa toho, čo sme počas plánovania zistili a čo poznáme.

M. W. Smull (2010) odporúča pred začatím individuálneho plánovania venovať dostatočný čas dobrému poznaniu dotyčného človeka a jeho problémom, vytvoreniu základných pravidiel plánovania a diskusii potrebnej na to, aby bol výsledok úspešný, ale aj hľadaniu príležitosti na budovanie vzťahov a posilňovanie zapojenia ľudí do miestnej komunity.

Existuje niekoľko prvkov, ktoré bránia v efektívnom individuálnom plánovaní – zamerania sa na problém, moralizovanie, preberanie zodpovednosti, zneužívanie moci, pasivizujúce riešenia problémov, myslenie – čo, ak sa mu niečo stane a nezodpovedaná otázka – pre koho je tu organizácia, ktorá poskytuje služby a podporu. Práve tieto prvky poukazujú na to, že individuálne plánovanie, ktorého hlavným dôvodom je zvyšovanie alebo minimálne udržiavanie kvality života človeka, sa dá úspešne realizovať iba v organizáciách, ktoré sú ochotné a schopné robiť zmeny. V inom prípade môžeme vnímať formálne individuálne plánovanie ako neetický proces voči prijímateľovi sociálnych služieb, ktorý nie je naň vôbec orientovaný.

Plánovací proces sa začína tým, že prijímateľovi sociálnej služby bude na základe jeho osobnej preferencie určený kľúčový pracovník, ktorý ho bude v tomto procese sprevádzať a podporovať. Vzťah medzi prijímateľom sociálnej služby a kľúčovým pracovníkom je pre celý proces individuálneho plánovania nesmierne dôležitý. Vytvorenie si vzájomného partnerského vzťahu a korektná práca s mocou a bezmocnosťou sú základným kameňom v procese plánovania. Ak sa užívatelia nebudú cítiť rešpektovaní, nebudú mať ani dôveru potrebnú na poskytovanie pre nich dôležitých informácií a prijatie rizík spojených s osobným rozvojom a rastom. Bez dôvery nemôže existovať partnerstvo (Smull, 2010).

Fázy individuálneho plánovania:

- 1) identifikácia individuálnych potrieb,
- 2) voľba cieľov,
- 3) voľba a opis metód,
- 4) plán činnosti,
- 5) hodnotenie.

### 3.1 Identifikácia individuálnych potrieb

Vychádzajúc zo súčasných právnych noriem a príkladov dobrej praxe poskytovania sociálnych služieb je jasné, že kvalitné a efektívne služby a podpora sa nedajú poskytovať bez identifikácie individuálnych potrieb a stanovania potrebnej miery podpory. Preto je prvou fázou individuálneho plánovania identifikácia individuálnych potrieb. Ide o fázu mapovania a spoznávania túžob, snov, potrieb, schopností a zručností prijímateľa sociálnych služieb a celkovej životnej situácie. V tejto fáze je dôležité, že prijímateľ sociálnych služieb chápe a rozumie svojej životnej situácii. A zároveň rozumie role kľúčového pracovníka.

Ak chceme totiž naozaj dobre individuálne plánovať, tak najprv musíme poznať konkrétneho klienta.

Prvý krok individuálneho plánovania je z hľadiska procesu najdôležitejší a zároveň aj z časového hľadiska najnáročnejší a najdlhší. Tento krok je nevyhnutné realizovať v aktívnej spolupráci s prijímateľom sociálnych služieb. Cieľom tohto kroku je zmapovanie potrieb a životnej situácie prijímateľa sociálnych služieb. Z časového hľadiska sa mapuje minulosť a súčasnosť života človeka. Tento krok je možné vnímať z dvoch pohľadov, a to zisťovania dôležitých vecí z pohľadu samotného klienta a zisťovania vecí z pohľadu ľudí, ktorí sú okolo tohto klienta. V prvej časti sa vypracováva osobný profil klienta a analýza jeho individuálnych potrieb.

Johnová uvádza, že v rámci mapovania je potrebné uskutočniť dve nosné úlohy: pripraviť osobný profil a analyzovať mieru nevyhnutnej podpory (potrieb) daného človeka (Johnová, 2007).

Osobný profil podľa Johnovej (2007) predstavuje súhrn toho, ako si prijímateľ sociálnej služby predstavuje svoj život v rôznych oblastiach – doma, spoločenský život, škola, voľnočasové aktivity, pracovné uplatnenie, bezpečnosť správania a pod.

Na tvorbu osobného profilu je možné využiť rozličné nástroje, napr. profil na jednu stranu<sup>3</sup>, myšlienkovú mapu, mapu/knihu života, osobný erb, techniku „čo funguje a čo nefunguje“ a pod.

Johnová ďalej uvádza, že analýza potrieb je výsledkom zmien v prístupe k užívateľom služieb a v koncepcii poskytovania služieb starostlivosti. Namiesto zdravotných a sociálnych anamnéz sa v rámci tohto mapovania orientujeme na individuálne potreby človeka, čo potrebuje na zvýšenie miery sociálneho začlenenia, osobný rozvoj a spokojnosť k bežnému životu (Johnová, 2007).

---

3 Príklad osobného profilu na jednu stranu uvádzame v Prílohe č. 1.

Mapovanie sa zameriava na informácie z minulosti a súčasnosti prijímateľa sociálnych služieb a spoznáva jeho zručnosti, schopnosti a potreby. V mapovaní zisťujeme najdôležitejšie udalosti v živote a významné zmeny, zisťujeme, aké bolo zdravie predtým a teraz, najlepšie a najťažšie životné skúsenosti, čo chce človek v živote dosiahnuť a akým životným štýlom chce žiť.

Mapovanie sa musí zároveň zameriavať aj na proces objavovania zdrojov formálnej aj neformálnej podpory v rámci služby, ale aj v bežnej komunite. Najväčším zdrojom informácií v tejto oblasti je samotný človek, pre ktorého sa individuálne plánovanie realizuje, ale aj ľudia, s ktorými má alebo mal v minulosti vzťah.

Sobek (2012) definuje ako oblasti podpory, ktoré sa musia v individuálnom plánovaní mapovať, nasledujúce:

- **činnosti v domácnosti** – predstavujú každodenné zručnosti, ktoré potrebuje človek pre bežný život v domácnosti. Ide predovšetkým o primárne a sekundárne zručnosti v oblasti osobnej hygieny, stravovania, obliekania, starostlivosti o domácnosť a pod.,
- **spoločenský život** – túto oblasť predstavujú najmä voľnočasové aktivity, využívanie verejných služieb a dopravy. Zároveň sem však spadá aj nakupovanie, spoločenské vzťahy a vzájomná interakcia s ľuďmi,
- **vzdelávanie a celoživotné učenie** – oblasť vzdelávania zahŕňa inkluzívne a integrované vzdelávanie od najnižšieho veku až po celoživotné vzdelávanie. Okrem bežného formálneho vzdelania sem spadajú aj praktické vzdelávania, ako je napr. manipulácia s peniazmi, schopnosť samostatného rozhodovania sa a pod.,
- **práca a zamestnanie** – oblasť zamestnávania sa nedotýka len uplatnenia sa na trhu práce, ale aj rozvoja pracovných zručností, komunikácie s kolegami. Ide hlavne o uplatnenie sa v pracovnej oblasti, ktorá je pre človeka zmysluplná,
- **zdravie a bezpečnosť** – do tejto oblasti spadá celá oblasť práce s rizikom, krízovými situáciami, ale aj so zdravotnou prevenciou a užívaním liekov, udržiavaním fyzického zdravia,
- **sociálne vzťahy** – predstavujú primárne prácu so sociálnou sieťou, nadväzovaním a udržiavaním sociálnych vzťahov v komunite, kde človek žije. Okrem toho sem spadajú aj sociálne zručnosti a komunikácia s inými ľuďmi,
- **ochrana osobných záujmov** – táto oblasť sa venuje možnostiam a podpore vyjadrovania vlastných priání a potrieb, hospodárenia s peniazmi, dodržiavaniu základných ľudských práv a slobôd, podporovanému rozhodovaniu a pod.,
- **mimoriadna zdravotná podpora** – ide o špecifickú zdravotnú starostlivosť, ktorú človek na základe svojich špeciálnych potrieb potrebuje, napr. pomoc pri podávaní stravy a iné,
- **mimoriadna behaviorálna podpora** – oblasť prevencie zranenia človeka alebo iných ľudí, deštruktívne a samodeštruktívne správanie, sexuálna oblasť a pod.

Rôzne metódy individuálneho plánovania ponúkajú množstvo postupov a techník mapovania, ktoré je možné modifikovať a prispôbovať možnostiam a schopnostiam prijímateľa sociálnych služieb. Je dôležité, aby použité metódy a postupy mapovania boli vhodne prispôbené schopnostiam a možnostiam konkrétnej osoby alebo jej rodine a aby boli pre nich dostatočne zrozumiteľné.

Výstupom tohto kroku má byť vzájomne poznanie sa prijímateľa sociálnych služieb a ľudí, ktorí ho podporujú, a výstupy majú tvoriť východisko na stanovenie cieľov individuálneho plánovania.

### 3.2 Voľba cieľov

Výsledkom identifikácie individuálnych potrieb je stanovenie alebo voľba cieľov. Táto fáza procesu individuálneho plánovania je zameraná na voľbu cieľov v oblastiach, ktoré boli identifikované v mapovaní. Ciele individuálneho plánu vychádzajú z individuálnych potrieb užívateľa a jeho rodiny, sú to ciele užívateľa a sú definované v spolupráci s kľúčovým pracovníkom ako „ciele spolupráce“. Stanovený cieľ (príp. ciele) by mal jasne smerovať k spolupráci medzi podporovanou osobou (teda klientom) a ľuďmi, ktorí jej túto podporu zabezpečujú.

Pri práci s užívateľmi, ktorí potrebujú pomoc pri verbalizovaní a definovaní cieľov, je potrebné venovať pozornosť špeciálnym technikám komunikácie a mapovania potrieb.

Základnou podmienkou na stanovovanie a definovanie cieľov je to, aby boli tieto ciele zmysluplné pre užívateľa a zohľadňovali jeho potreby, zdravotný stav a životnú situáciu.

Stanovovanie cieľov má mať logickú postupnosť, kde sa ide od dlhodobej vízie cez všeobecné ciele ku konkrétnym cieľom. V praxi by sa nemalo pracovať súčasne na napĺňaní viacerých ako 2 – 4 konkrétnych cieľov s vypracovanými metódami.

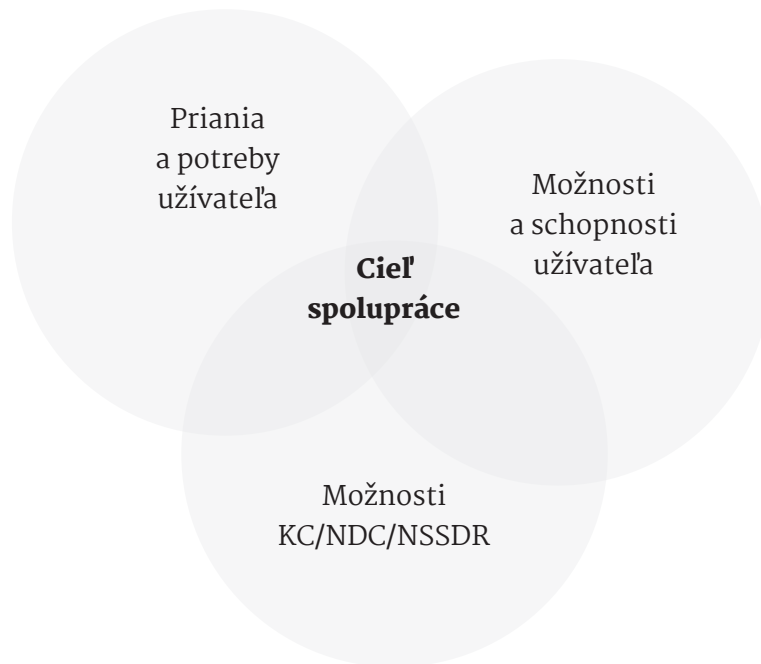
Medzi základné atribúty výberu a stanovenia dobrého cieľa patria nasledujúce podmienky:

- cieľ, pre ktorý je človek motivovaný, je jeho prianím, má pre neho zmysel,
- cieľ, pri ktorom možno predpokladať, že človek bude pri jeho napĺňaní úspešný,
- začína sa od jednoduchších cieľov (aby sme zažili úspech),
- cieľ, ktorý je pre človeka praktický a pomôže mu v samostatnosti, nezávislosti, v inklúzii do bežnej spoločnosti,
- cieľ je reálny v podmienkach, v ktorých človek žije,
- cieľ je adekvátny veku osoby,
- cieľ ide cestou posilňovania pozitívnych stránok človeka, nie boja proti negatívnym,
- činnosť, ktorej odmenou je samotný výsledok.

Stanovovanie cieľov individuálneho plánovania patrí medzi dôležité časti procesu individuálneho plánovania, avšak často je jeho úloha veľmi preceňovaná a nesprávne chápaná. Hlavným zmyslom individuálneho plánovania nie je iba stanovovanie cieľov a ich následné plnenie. Individuálne plánovanie umožňuje lepšie poznať užívateľa, s ktorým pracujeme. Poznať jeho potreby, túžby a priania. Pochopiť, ako vyzerá jeho svet. Poznať, čo vníma ako dôležité, čo potrebuje, aby bol spokojný. Ide teda o prehĺbenie vzťahu s týmto užívateľom, o lepšie pochopenie a poznanie jeho potrieb. Na základe tohto pochopenia môžeme uvažovať, ako daného užívateľa podporiť, ako s ním spolupracovať, ako mu pomôcť v dosahovaní toho, čo je pre neho dôležité (Sobek, 2012).

Nie je dôležité stanovovať len cieľ pre cieľ, ale je potrebné hľadať ciele, ktoré sú zmysluplné a vychádzajú zo želaní prijímateľa sociálnych služieb. Dlhodobé skúsenosti s individuálnym plánovaním ukazujú, že samotné dosiahnutie cieľov nie je také dôležité ako to, že človek prechádza procesom individuálneho plánovania a môže ho ovplyvňovať. Toto je niečo, čo sami prijímatelia vnímajú ako dôležitejšie.

Ako sme už spomínali, individuálne plánovanie sa vníma vo veľkej miere ako zmluvný proces a kontrakt medzi poskytovateľom a prijímateľom sociálnej služby. Na Slovensku používame pojem cieľ spolupráce. Pojem cieľ spolupráce jasnejšie definuje to, že cieľom individuálneho plánovania je určitá zmena, ktorú chce prijímateľ sociálnych služieb za nevyhnutnej podpory dosiahnuť. Cieľ spolupráce by mal tvoriť súlad alebo prienik požiadaviek a potrieb prijímateľa sociálnej služby s poslaním a možnosťami sociálnej služby a s tým, čo všetko služba poskytuje alebo vie zabezpečiť.



Obr. 1: Cieľ spolupráce (vlastná tvorba)

Sobek (2012) hovorí o tom, že v procese plánovania môžu nastať v zásade dve situácie:

- prijímateľ sociálnej služby vie, čo je jeho cieľom a čo by chcel dosiahnuť. Má pomerne jasnú predstavu o svojom celi a spolu s kľúčovým pracovníkom a ďalšími členmi podpornej skupiny si cieľ ešte viac špecifikuje. Súčasťou tohto procesu je aj posúdenie, do akej miery je cieľ dosiahnuteľný a reálny. Pokiaľ je konkrétny cieľ nedosiahnuteľný alebo nereálny, musí kľúčový pracovník otvorene a pravdivo s prijímateľom sociálnych služieb komunikovať o tom, čo to znamená a čo s tým môžu spolu robiť,
- prijímateľ sociálnych služieb nemá jasne definovaný cieľ a nemá o ňom ani predstavu. V tomto prípade tvorí väčšinu práce na voľbe alebo stanovovaní cieľa „vyjednávanie“ s prijímateľom a zisťovanie, čo prijímateľ potrebuje, chce, očakáva a toho, čo je mu sociálna služba schopná ponúknuť.

Rovnako aj v nórskej metodike individuálneho plánovania Individuell plan 2010 sa uvádza, že niektorí prijímatelia sociálnych služieb nemajú prehľad alebo schopnosti stanoviť si v prvej fáze plánovania vlastné ciele. Preto je nevyhnutné poskytnúť im takú podporu a toľko času, koľko sami potrebujú.

Práve zodpovedné vytváranie osobného profilu (ako je uvedené v kapitole 3.1) je dobrým návodom na to, aby sa hľadal cieľ, ktorý je pre človeka zmysluplný. V tejto oblasti je nevyhnutné zameriavať sa na to, čo človek má alebo nemá rád, čo je preňho dôležité, ako sú naplnené jeho základné potreby.

V individuálnom plánovaní je potrebné triediť ciele individuálneho plánu, tak aby bol plán efektívny a realizovateľný. Toto triedenie sa musí diať za účasti prijímateľa sociálnej služby. Účasť na triedení a definovaní cieľov posilňuje prijímateľov pocit kontroly nad vlastným životom a zmenami, ktoré sa v ňom dejú. Zároveň profesionálom pomáha triedenie určovať, ktoré ciele sú pre prijímateľa dôležité a zároveň pre ktoré ciele je prijímateľ motivovaný.

Štruktúra cieľov vychádza od všeobecných ku konkrétnym. Hlavným cieľom alebo víziou individuálneho plánovania je zvyšovanie alebo minimálne udržiavanie kvality života prijímateľa sociálnej služby. Najvyššie položeným cieľom je vízia, ktorá predstavuje základné želania prijímateľa sociálnych služieb.

Ďalej nasledujú dlhodobé ciele, ktoré majú tendenciu byť už konkretizované. Z časového hľadiska sú to ciele, ktoré predstavujú dlhšie časové obdobie – 1 a viac rokov. Dlhodobé ciele sa nevenujú konkrétnym opatreniam a aktivitám, ale predstavujú čiastočne konkretizované smerovanie služby alebo života prijímateľa sociálnej služby. Sobek (2012) uvádza, že dávajú odpoveď na to, čo chce prijímateľ sociálnej služby touto službou dosiahnuť. Ak existuje jasne predstava dlhodobého cieľa, je jednoduchšie pripraviť krátkodobé ciele. Príkladom dlhodobého cieľa môže byť „*Sám sa starám o svoju domácnosť*“.

Krátkodobé ciele sú z časového hľadiska plánované na niekoľko týždňov alebo mesiacov. Krátkodobé ciele majú byť už veľmi špecifické, ale stále sa môže ešte stať, že nie sú dostatočne konkrétne. V tomto prípade je potrebné definovať najnižšiu úroveň – opatrenia. Je dôležité, aby tieto ciele boli pre prijímateľa sociálnych služieb pochopiteľné a aby ich akceptoval. Ideálne stanovené ciele sú tie, ktoré sú stanovené jazykom a vlastným slovami prijímateľa sociálnych služieb.

Vyššie uvedené však neznamená, že každý užívateľ musí mať nejaký hlavný cieľ a potom nejaký dlhodobý aj krátkodobý, nejaký všeobecný a nejaký konkrétny a pod. A už vôbec to neznamená, že budú pracovníci „tlačiť“ užívateľov do definovania takýchto cieľov. Všetko to vychádza z dôsledného poznania užívateľa a jeho situácie, čo je nevyhnutným predpokladom na dobré plánovanie.

Ako sme už spomenuli vyššie, krátkodobé ciele a opatrenia však musia spĺňať nasledujúce predpoklady, tzv. SMART podmienky:

- **S** (specific) – **špecifickosť, konkrétnosť cieľa** – je presne jasné, čo sa cieľom dosiahne a čomu konkrétne sa venuje a je možné naň plánovať konkrétne kroky a aktivity.
- **M** (measurable) – **merateľnosť cieľa** – je presne možné vyhodnotiť a odmerať naplnenie konkrétneho cieľa.
- **A** (acceptance) – **akceptovateľnosť cieľa** – cieľ je akceptovaný prijímateľom sociálnej služby.
- **R** (realistic) – **reálnosť cieľa** – cieľ je možné dosiahnuť za dostatočnej podpory a je realistický pre prijímateľa sociálnej služby.
- **T** (time-related) – **časové vymedzenie** – cieľ je časovo ohraničený a vieme, kedy sa začne a kedy sa skončí.



Dobre nastavené ciele individuálneho plánovania sú definované slovami prijímateľa sociálnej služby a nemajú byť zdefinované ako ciele práce zamestnancov<sup>4</sup> poskytovateľa sociálnej služby. Na základe dobre nastavených cieľov individuálneho plánu je možné pripraviť a zvoliť efektívne postupy a metódy ich dosahovania.

### 3.3 Voľba metód

Tretím krokom procesu individuálneho plánovania je voľba metód. V rámci tohto kroku sa stanovujú metódy, postupy a techniky dosahovania zvolených cieľov. Tak ako pri stanovovaní cieľov, aj v tomto kroku je možné využiť všetky legitímne metódy a postupy, ktoré podporia prijímateľa sociálnych služieb v dosahovaní stanovených cieľov. Zvolené metódy a postupy by mali prijímateľa sociálnych služieb podporovať v aktívnej participácii na svojom živote a riešení svojej situácie. Často rozlišujeme medzi metódami, ktoré majú rozvojový charakter, a metódami, ktorých cieľom je udržanie alebo zvyšovanie kvality pre ľudí s vysokou mierou podpory. Základný rozdiel vo výbere metód pre osoby s vysokou mierou odkázanosti súvisí s hodnotovým nastavením osôb, ktoré zabezpečujú podporu, aj celkovým prístupom spoločnosti a kultúrou krajiny. Tieto individuálne a kultúrne podmienky môžu zásadne ovplyvniť to, či človek bude inkludovaný a bude sa ďalej rozvíjať, alebo či budú zabezpečované len jeho základné potreby, ale stále nebude plnohodnotný občan. Najčastejšie metódy a postupy, ktoré sa využívajú v rámci individuálneho plánovania s rozvojovým charakterom, sú rôzne druhy tréningov – tréning sociálnych, komunikačných a každodenných zručností a pod.

Ďalšie metódy a postupy, ktoré sa využívajú, sú napríklad práca so sociálnou sieťou prijímateľa, rozhovor, poradenstvo, rôzne terapie, diéty, pracovné začleňovanie a pod. Všetky zvolené metódy spolupráce s užívateľom musia zohľadňovať jeho možnosti a schopnosti.

Pri voľbe a realizácii metód je dôležité prihliadať na dve základné podmienky, ktoré determinujú efektivitu a úspešnosť individuálneho plánovania:

- pri realizácii konkrétnej metódy postupujú všetky podporujúce osoby rovnako,
- výber a stanovenie metód by mali zohľadňovať individuálne potreby prijímateľa sociálnych služieb a mali by viesť k tomu, aby bol sám čo najaktívnejší a mal zmysluplný život.

Výber vhodných metód si vyžaduje tím profesionálov a podpornej skupiny, ktorý spoločne na základe informácií z mapovania a preferencií prijímateľa sociálnych služieb navrhne najvhodnejšiu metódu tak, aby boli ciele dosiahnuteľné. Pri voľbe metód ide vlastne o voľbu spôsobov, prostredníctvom ktorých by prijímateľ sociálnych služieb mal čo najskôr a najadekvátnejšie dosiahnuť stanovené ciele. Metódy musia byť jasne opísané a musia sa vykonávať jednotne, aby bola zabezpečená ich najlepšia efektivita. V rámci tejto časti procesu individuálneho plánovania je nesmierne dôležitá multidisciplinárna spolupráca a spolupráca osôb, ktoré sú v „živote“ prijímateľa sociálnej služby.

---

4 Na rozdiel od konkrétnych krokov, ktoré už budú obsahovať konkrétne úlohy pre zamestnancov.

### 3.4 Plán činností

Konkrétny plán činností je ďalšou súčasťou individuálneho plánu. V tejto časti procesu sa stanovujú a bližšie charakterizujú aktivity, na ktorých sa bude prijímateľ zúčastňovať, a ich časový harmonogram. Plán činností tvorí štruktúru spolupráce medzi prijímateľom sociálnych služieb a ľuďmi, ktorí mu zabezpečujú nevyhnutnú podporu.

Plán činností obsahuje v zjednodušenej podobe odpovede na tieto otázky:

- **Kto?** – zahŕňa všetky osoby, ktoré budú na vykonávaní, nácviku, príprave klienta zúčastnení. Vo vzťahu ku konkrétnemu cieľu sa stanovujú osoby, ktoré budú v tejto činnosti zahrnuté. Je to teda konkrétne vymedzenie členov pracovného tímu, ktorí sa spolu s klientom budú zúčastňovať na aktivite.
- **Čo?** – ide o vymedzenie aktivity, ktorej sa v rámci prípravy klienta budeme venovať, napr. nácvik sociálnej zručnosti poďakovanie.
- **Kedy?** – tvorí časový harmonogram nácviku zručností v rámci plánu činností, napr. dvakrát týždenne (utorok a štvrtok) popoludní. Alebo to môže byť aj stanovenie dátumov, kedy budú aktivity prebiehať.
- **Ako?** – znamená spôsob, akým budeme konkrétne činnosti realizovať v praxi, teda metodológia, napr. behaviorálna metóda.
- **Kde?** – vyjadruje kontext, v ktorom bude prebiehať tréning, napr. v tréningovom alebo v prirodzenom prostredí.
- **S čím?** – predstavuje základné informácie o nevyhnutných pomôckach, ktoré sa musia v prípade potreby využívať.

Táto časť individuálneho plánu je dôležitá preto, lebo najvýraznejšie ovplyvňuje úspešnosť alebo neúspešnosť celej činnosti a napĺňania metód individuálneho plánu. Predstavuje pracovné činnosti a štruktúru, ktorej cieľom je zabezpečiť úspech používaných metód. Ak sa majú na základe týchto metód naplniť ciele, je potrebné, aby všetci členovia pracovného tímu dodržiavali podmienky, ktoré plán činnosti stanovuje.

Funkčné a zmysluplné činnosti sú predovšetkým tie, ktoré užívateľ potrebuje, aby mohol žiť rovnakým spôsobom života, ako žijú ostatní ľudia. Aby mohol byť maximálne spokojný a čo najmenej závislý od sociálnej služby. Pod týmto zorným uhlom je potrebné hodnotiť činnosti, ktoré sa s užívateľom plánujú.

To dopĺňa praktickými otázkami Sobek. Ja navliekanie korálikov funkčná a zmysluplná činnosť pre dospelého človeka? Alebo sa človeku viac hodí napríklad vedieť uvariť čaj alebo očistiť zemiaky? Nutnou podmienkou je, aby mal užívateľ možnosť využívať tieto činnosti v každodennom živote. Nemá zmysel, aby sa učil napríklad zaobchádzať s rýchlovarnou kanvicou, pokiaľ ju nebude mať bežne k dispozícii (Sobek, 2012).

Preto sa individuálny plán nemusí vždy zameriavať na rozvoj schopností a zručností. Dôležitejšie je to, aby sa sústredil na veci, ktoré sú pre užívateľa prínosné a skutočne dôležité.

### 3.5 Hodnotenie

Posledným, ale nie menej dôležitým bodom individuálneho plánu je hodnotenie celého procesu. Hodnotenie, ktoré by malo prebiehať v pravidelných intervaloch, nám umožňuje priebežne hodnotiť úspešnosť, resp. neúspešnosť samotného procesu individuálneho plánovania, ale aj zvolenej metódy. Odhaľuje nové poznatky, upozorňuje na situácie, ktoré sme si v predchádzajúcich častiach procesu nevšimli alebo neuvedomili. Rovnako je ukazovateľom v rámci napĺňania cieľov a umožňuje nám postupovať ďalej pri napĺňaní ďalších cieľov. V prípade neúspešnosti nám umožňuje včas sa vrátiť späť a nájsť vhodnejšiu metódu, zmeniť postup alebo spôsob práce s prijímateľom sociálnych služieb, hľadať ešte skryté informácie a zdroje. Musíme rozlišovať hodnotenie samotného procesu individuálneho plánovania a celkového napĺňania jednotlivých cieľov, spolupráce s prijímateľom a potom hodnotenie napĺňania jednotlivých metód, ktoré v rámci procesu realizujeme. Komplexné hodnotenie individuálneho plánu by malo prebiehať pravidelne, minimálne raz za pol roka.

Záleží, samozrejme, aj na definovaných cieľoch a termínoch ich plánovaného naplnenia. V prípade hodnotenia krátkodobých cieľov prebieha ich samotné hodnotenie častejšie a jeho frekvencia vyplýva z náročnosti jednotlivých cieľov.

K hodnoteniu by malo dochádzať aj pri náhlych zmenách situácie užívateľa (napr. ak o zmenu cieľov požiada sám užívateľ, pri zmene kľúčového pracovníka a pod.).

V procese hodnotenia zisťujeme, ktoré ciele sa naplnili, ktoré sa stali neaktuálnymi, aký pokrok sme dosiahli atď. Nejde tu len o „odškrtnutie“, či sa ciele splnili. Je potrebné zamerať sa aj na samotný proces, na jednotlivé kroky a s tým spojenú spokojnosť užívateľa (či mu to teda vyhovovalo). Nesplnenie cieľa nemusí znamenať, že pracovníci urobili niečo zle. Je však potrebné analyzovať to, vyhodnotiť a na základe toho prípadne upraviť ďalší plán činnosti.

V súvislosti so spokojnosťou užívateľa je nutné zdôrazniť, že hlavným cieľom poskytovania sociálnej služby nie je iba dosiahnutie spokojnosti užívateľa. Pocit spokojnosti by bolo možné dosiahnuť aj tým, že zamestnanci umožnia byť užívateľovi v pasívnej role, budú namiesto neho riešiť všetky jeho problémy, poskytovať mu podporu aj v oblastiach, v ktorých ju nepotrebuje a pod. Subjektívny pocit spokojnosti je teda iba jedným z kritérií hodnotenia. Existuje mnoho situácií, keď by užívateľ (z rôznych dôvodov) mohol cítiť nespokojnosť a napriek tomu by to nemuselo znamenať, že mu nie je sociálna služba poskytovaná kvalitne.

## 4. Základné prístupy v individuálnom plánovaní

V individuálnom plánovaní nie je presne definovaný len jeden prístup alebo metóda. Niekde sa viac prejavuje dôraz na výchovný charakter plánovania, inde na terapeutický či ošetrovateľský. Za prevládajúci koncept je považovaný prístup zameraný na človeka, popri ňom sa využíva aj gestalt či systematický prístup. Z hľadiska procesu je vidieť podobnosť vo všetkých prístupoch individuálneho plánovania, ale z hľadiska vecnosti môžeme sledovať rozdiely.

Nech už zvolia zamestnanci akúkoľvek cestu, mali by vychádzať z určitých všeobecných zásad:

- plán sa týka toho, **čo užívateľa zaujíma**, čo je pre neho **dôležité**,
- plán vychádza zo **silných stránok** a možností užívateľa, nezameriava sa na problémy, ale na **hľadanie ciest k riešeniu**,
- dôležitý je **proces plánovania** (komunikácia a kontakt s užívateľom, práca v tíme, zameranie sa na potreby užívateľa), plán na papieri je len výsledkom a záznamom tohto procesu (**proces je dôležitejší ako papier**),
- služba vychádza zo **skutočných potrieb a osobných cieľov**,
- individuálne plánovanie je **tímová práca**,
- v centre plánovania je užívateľ, je súčasťou tímu, má aktívnu rolu: „**ja plánujem**“ (nie „pre mňa sa plánuje“),
- proces plánovania i výsledný plán je všetkým **zrozumiteľný** (jednoduchosť, zrozumiteľnosť),
- dobrá komunikácia a dostatok informácií sú základom úspechu,
- neplánuje sa príliš veľa vecí naraz,
- plánovanie vyžaduje dostatok času a vhodný priestor,
- po spísaní plánu sa s ním ďalej pracuje (nie je založený do šanóna),
- forma a spôsob plánovania musia zodpovedať danému užívateľovi aj typu sociálnej služby,
- **individuálny plán je plánom prijímateľa sociálnych služieb.**

Každý užívateľ sociálnych služieb je však iný. S každým sa pracuje trochu inak. A ani zamestnanci v KC/NDC/NSSDR<sup>5</sup> nie sú rovnakí. Majú rôzne osobné nastavenie i praktické skúsenosti, každému vyhovuje niečo iné. Preto predstavujeme ako príklad iba niektoré postupy. Konkrétny výber je už na zamestnancovi pri plánovaní s konkrétnym užívateľom<sup>6</sup>.

---

5 A vlastne aj vo všetkých iných sociálnych službách.

6 Môže sa tak stať, že jeden zamestnanec bude používať niekoľko rôznych techník podľa toho, s ktorým konkrétnym užívateľom pracuje.

Príklady prístupov v individuálnom plánovaní:

- štýl „Príbeh“,
- štýl „Úloha“,
- štýl „Tu a teraz“,
- plánovanie zamerané na človeka,
- plán účasti a skúsenosti<sup>7</sup>,
- myšlienkové mapy<sup>8</sup>.

#### 4.1 Štýly individuálnych plánov

Aleš Herzog, ktorý sa venuje predovšetkým individuálnemu plánovaniu v oblasti služieb krízovej intervencie, hovorí o troch štýloch individuálneho plánovania<sup>9</sup>:

· **Štýl „Príbeh“** – tento štýl vychádza a pripomína prácu s kazuistikami (case studies) v sociálnom poradenstve a je v ňom aplikovaný komplexný prístup k životnej situácii daného prijímateľa sociálnej služby. Podľa Herzoga ide o „*dobre opísaný príbeh s otvoreným koncom*“. Tento štýl sa dá využiť vtedy, keď máme nadviazaný vzťah s užívateľom a jeho potreby sociálnej služby sú dlhodobého charakteru a riešia celé spektrum oblastí jeho života v rámci dlhodobej spolupráce.

Viac informácií o štýle „príbeh“ v rámci služieb krízovej intervencie nájdete tu: <http://www.individualniplanovani.cz/priklady-individualnich-planu/styl-pribeh/>.

· **Štýl „Úloha“** – využíva sa vtedy, ak k nám prichádza prijímateľ sociálnej služby, ktorý má jasne definovanú potrebu, ktorú vieme presne štruktúrovať a pracovať s ňou – napríklad príde človek, ktorý si potrebuje vybaviť doklady alebo dôchodok a pod. V tomto prípade sa priamo orientujeme na výsledok a nie je pre nás primárny vzťah so samotným prijímateľom sociálnej služby. Tento prístup však nie je efektívny, ak má užívateľ potrebu riešiť viacero problémov v rôznych oblastiach, ktoré majú dlhodobý charakter. V tomto prípade musia byť ciele (opatrenia) naplniteľné v krátkodobom horizonte a spĺňať zákonnú požiadavku S.M.A.R.T.

Viac informácií o štýle „úloha“ v rámci služieb krízovej intervencie nájdete tu: <http://www.individualniplanovani.cz/priklady-individualnich-planu/styl-ukol/>.

· **Štýl „Tu a teraz“** – tento štýl sa využíva práve v oblasti nízkoprahových služieb, kde v rámci konkrétnej situácie uzatvárame dohodu s užívateľom o jej riešení a rovno plánujeme jej priebeh a vyhodnocujeme ju. Tento štýl je aplikovateľný aj pri osobách s ťažkým a kombinovaným zdravotným postihnutím, a to pod názvom plán účasti a skúsenosti (píšeme o ňom podrobnejšie nižšie).

Viac informácií o štýle „tu a teraz“ v rámci služieb krízovej intervencie nájdete tu: <http://www.individualniplanovani.cz/priklady-individualnich-planu/styl-tady-a-ted/>.

---

7 Viac informácií nájdete na [https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2016/02/Plan-ucasti\\_WEB.pdf](https://www.socia.sk/wp-content/uploads/2016/02/Plan-ucasti_WEB.pdf).

8 Bližšie informácie o využívaní myšlienkových máp v individuálnom plánovaní nájdete v článkoch Využívanie myšlienkových máp v sociálnych službách (Sušinka 2015a) a Myšlienkové mapy v individuálnom plánovaní (Sušinka 2015b) v odbornom časopise Sociální služby.

9 Bližšie informácie o uvedených štýloch, chybách pri individuálnom plánovaní i radách pre dobrý individuálny plán sú uvedené na <http://www.individualniplanovani.cz/priklady-individualnich-planu/>.

## 4.2 Plánovanie zamerané na človeka

Plánovanie zamerané na človeka (ďalej len „PCP“) odráža proces, ktorý rešpektuje jeho rodinu a tých, ktorí ho podporujú. V PCP sa vynakladá čas a úsilie, aby sa zaistilo, že „hlas“ človeka so špeciálnymi potrebami bude počuť bez ohľadu na vážnosť a povahu jeho problému alebo situácie. Dôraz sa kladie na poznávanie toho, čo konkrétny človek považuje za dôležité, keď ide o to, ako chce žiť, čo je dôležité pre tých, ktorí ho milujú, a na všetky otázky spojené so zdravím a bezpečnosťou z pohľadu tohto človeka (Smull, 2010). PCP je individualizovaný prístup, ktorý sa snaží reflektovať jedinečné okolnosti života každého užívateľa služieb tak v oblasti dostupnosti, ako aj v oblasti organizovania a plánovania.

J. Mansell a J. Beadle-Brown (2004) hovoria o troch špecifických princípoch PCP:

1. Ciele PCP sa viac zameriavajú na oblasti a požiadavky, ktoré prezentoval sám užívateľ alebo jeho podporná osoba, ako na potreby a nedostatky. Tento princíp dáva ľuďom moc a reflektuje ich nespokojnosť s minulými chybami a nedostatkami profesionálov zamerať sa na to, čo človek potrebuje.
2. Princíp inklúzie a mobilizácie rodiny a širšej sociálnej siete človeka, ale aj využívanie zdrojov z existujúceho systému podpory. Sanderson píše: *„Často sú to členovia rodiny, ktorí poznajú človeka najlepšie. Záleží im na ňom iným spôsobom ako všetkým ostatným a chcú byť s najväčšou pravdepodobnosťou zapojení do jeho podpory do konca svojho života. Často prinášajú do procesu plánovania najväčšie záväzky a vedomosti.“* Viacerí autori uvádzajú, že sociálna sieť človeka je lepší zdroj podpory, inovácie, kreativity ako formálny systém sociálnej pomoci, kde sa práve táto oblasť ukazuje ako nedostatočne saturovaná (Sanderson, 2000).
3. Tretí princíp je zameraný na podporu dosahovania občanom požadovaných cieľov ako na obmedzené ciele, ktoré dokážu pokryť bežné sociálne služby. Helen Sanderson uvádza, že PCP predpokladá, že užívatelia sú pripravení urobiť čokoľvek, čo chcú, ak dostanú primeranú podporu. Ide o model podpory a nie model starostlivosti (Sanderson, 2000).

PCP je možné definovať ako cestu skúmania toho, ako človek chce žiť svoj život a čo je potrebné urobiť pre to, aby to mohol uskutočniť. Všeobecným cieľom PCP je dobré plánovanie, ktoré vedie k pozitívnym zmenám v živote ľudí.

Práca v rámci PCP predpokladá, že profesionál prijímateľa sociálnej služby:

- chápe človeka v jeho individuálnej osobitosti a podporuje ho v nachádzaní jeho vlastných ciest, aby sa v rámci svojich možností vyrovnal s realitou,
- berie človeka vážne,
- priznáva, že sú veci, ktoré nevie,
- vytvára vzťah na báze partnerstva, kde viac ako manipuláciou a motiváciou dosiahne to, že si navzájom s prijímateľom pomenujú príjemné a nepríjemné veci a vzájomne sa akceptujú,
- vytvára priestor na to, aby sa pracovalo s predstavami prijímateľa sociálnych služieb a nie s tým, čo si on (profesionál) myslí, že je pre neho najlepšie,
- snaží sa porozumieť a chápať, nie vysvetľovať,
- nevychádza z predstavy, aký má človek byť, ale aký človek je, a vychádza z jeho situácie a z možností, aké má,

- pracuje s aktuálnou situáciou tu a teraz a podporuje prijímateľa sociálnych služieb tak, aby bol prítomný, a dáva mu priestor na reflexiu a reagovanie,
- nejde mu o hľadanie a nachádzanie ciest a cieľov pre ľudí, ale spolu s nimi,
- nerobí veci za prijímateľa sociálnej služby, ale umožňuje mu robiť nové veci a poskytuje podporu.

PCP nie je nová technika, nový prístup alebo nový typ služieb, ale je to nástroj plánovania, ktorý má jasné hodnoty a východiská, ktoré sú rozdielne od súčasne bežne zaužívaných noriem inštitucionálnej starostlivosti v sociálnych službách. Vychádza z myšlienok normalizácie a nezávislého života. Hlavné zameranie je orientované na človeka a nie na jeho problémy alebo na služby, prípadne iné oblasti sociálnej starostlivosti. Je to holistický prístup, ktorý vychádza z ľudských práv, inklúzie v rodine a spoločnosti, občianstva a sebaurčenia ľudí v nepriaznivej životnej situácii. Vzhľadom na tieto skutočnosti je primárnou potrebou v rámci tohto typu plánovania orientovanie sa na zmenu myslenia ľudí, ktorí poskytujú podporu užívateľom služieb.

PCP obsahuje šesť základných krokov, pomocou ktorých sa dosahujú individuálne ciele užívateľov (Guidelines on PCP):

1. efektívne spoznávanie a reagovanie na rôznorodé túžby, schopnosti a obavy človeka,
2. pochopenie a zameranie sa na kľúčové oblasti jednotlivcov – skúmanie toho, kde je človek dnes, ako by chcel, aby sa jeho život zmenil, a hovorenie o tom, čo môže konkrétna zmena preňho znamenať,
3. identifikovanie a spoznávanie dostupných možností jednotlivca,
4. mobilizácia a zapojenie celej sociálnej siete človeka a zdrojov z formálneho systému v nadväznosti na individuálne želania a túžby, ktoré konkrétny človek vyjadril,
5. vytváranie dohôd sledovania konkrétnych plánov na pravidelnej báze, priebežného hodnotenie progresu a realizovanie plánov,
6. spoznávanie spôsobu priebežného zaznamenávania:
  - a) vecí, ktoré sa naučili účastníci počas procesu o tom, čo je dôležité pre jednotlivca a pre nich,
  - b) aká bola rovnováha medzi tým, čo je dôležité pre samotného užívateľa a čo mu môže poskytnúť poskytovateľ sociálnej služby.

### 4.3 Plán účasti a skúsenosti

Plán účasti a skúsenosti (ďalej len „PUaS“) je jeden z prístupov individuálneho plánovania, ktorý zabezpečuje a rozvíja kvalitu a zmysel života pre dospelých ľudí s kombinovaným alebo ťažkým postihnutím v chránených bývaniach a komunitných službách. Keďže užívateľmi služieb KC/NDC/NSSDR sú aj osoby s postihnutím, považujeme za dôležité priblížiť aj túto techniku.

Cieľom PUaS je zabezpečiť čo najväčšiu dostupnosť zmysluplných a zaujímavých každodenných aktivít pre prijímateľov, a to aj v plánovaných a improvizovaných situáciách. Pre ľudí s kombinovaným alebo ťažkým postihnutím spočíva často vyjadrenie spokojnosti zo života v schopnosti a vôli blízkych osôb prispôbiť im situácie a aktivity tak, že im poskytnú primeranú podporu a pomoc, aby mohli byť pri nich čo najviac nezávislí.

Na začiatku je veľmi dôležité povedať, že plány účasti a skúsenosti nemajú za cieľ komplexne nahradiť individuálny plán alebo iné typy plánov, ale majú skôr špecifikovať prístup v týchto plánoch v práci s ľuďmi s ťažkým a kombinovaným postihnutím. Zaoberajú sa konkrétnymi situáciami a sú

zamerané na kvalitu interakcie medzi klientom a podporným personálom. Cieľom týchto plánov je rozvíjať a zabezpečovať kvalitu dobrej praxe podpory, ktorá funguje v zariadeniach. Účel plánov môžeme vidieť z procesuálnej aj produktívnej stránky. Procesuálna stránka má za úlohu vytvoriť taký plán, ktorý pomôže personálu pochopiť a spoznať potreby klienta a jeho spôsoby účasti v konkrétnych situáciách a aktivitách, a podporiť ich. Produkt, ktorý vznikne týmto plánovaním, je pomôcka, ktorá bude dobrá na diskusiu a hodnotenie dobrej praxe poskytovanej podpory a bude významným materiálom pre rodiny, priateľov, pracovníkov a ich nadriadených.

Plán účasti a skúsenosti je typ plánu, ktorý je primárne určený pre osoby s kombinovaným alebo ťažkým postihnutím a osoby s nízkou mierou komunikácie a ohraničenými možnosťami pre praktickú a samostatnú účasť v každodenných aktivitách.

Hlavným cieľom tohto typu plánu je zameranie sa na aktívnu účasť klientov v rôznych situáciách, kde spolupracujú alebo dostávajú podporu od personálu. Pod aktívnou účasťou tu rozumieme všetky činnosti, vyjadrenia a správanie, ktorým klient prispieva k aktivitám. Čiže za účasť môžeme napríklad považovať aj úsmev klienta, ktorý indikuje spokojnosť alebo očakávanie v rámci aktivity, zvuk, ktorý vyjadruje radosť, alebo aj dotyk alebo pohyb smerom k niečomu, čo si chce vybrať alebo ho zaujíma. Druhým cieľom plánovania je zameranie sa na potrebnú mieru pomoci, ktorú klient potrebuje pre svoju aktívnu účasť v konkrétnych situáciách. Ide o hľadanie rôznych spôsobov podpory a prispôbenia prostredia a situácií tak, aby klient nebol len pasívnym prvkom aktivít. Ak sa zameriavame na aktívnu účasť, eliminujeme riziká pasivizujúcich riešení a dávame možnosť zapojiť sa do situácií, ktoré sú pre klienta zaujímavé a naplňajú ho.

Príklady na ciele účasti:

- Ján nakloní hlavu dopredu k pracovníkovi a usmeje sa naňho.
- Ján ukáže znak – som hladný.
- Eva sa dotkne rukou veci, ktorú chce mať.

Pozitívne skúsenosti (zážitky) sa často dotýkajú „veľkých“ vecí v živote, ako je napr. cestovanie, dovolenky, ale aj to, čo prežívame, keď sme v interakcii s inými ľuďmi. Pre väčšinu z nás vznikajú pozitívne skúsenosti spolupatričnosťou s inými ľuďmi a vtedy prežívame radosť, spokojnosť, akceptáciu a rešpekt toho, akí sme. Naši najbližší majú v našich životoch veľmi dôležité miesto, a keď si pozeráme vlastný fotoalbum, vidíme fotky tých istých ľudí v priebehu rokov. Prečo to asi robíme? Možno preto, lebo sú to ľudia, s ktorými máme dobré vzťahy a znovu spoznávame situácie, ktoré boli a sú pre nás dôležité a chceme si ich uchovať. Pre ľudí s ťažkým a kombinovaným postihnutím sú skúsenosti zo spolupatričnosti veľmi dôležité. Na rozdiel od iných ľudí je často ich najbližšia sociálna sieť nestála a obmedzená. Personál, ktorý sa o nich stará, sa strieda podľa toho, kto má kedy službu, a to je príčinou, prečo je náročné vytvoriť si bezpečné a dlhodobé vzťahy. Veľmi dôležitým faktorom je citlivosť smerom k potrebám, spôsobom vyjadrovania sa a reakciám konkrétneho človeka. Keďže pozitívne prežívanie a skúsenosti sú veľmi subjektívne, je pre nás veľmi ťažké zistiť, čo konkrétny človek v danej situácii prežíva. Čo môžeme urobiť, je analyzovať a interpretovať spôsoby vyjadrovania sa klienta cez neverbálnu komunikáciu a jeho správanie. Inak povedané, môžeme vidieť, ako sa klient správa v konkrétnej situácii a z toho môžeme reflektovať, ako danú situáciu prežíva.



Príklady cieľov skúseností (zážitkov):

- Eva je spokojná, keď jej masírujeme nohy.
- Ján má pocit spolurozhodovania, keď si môže vybrať medzi viacerými produktmi.

Dobré aktivity sú tie, ktoré zabezpečujú aktívnu účasť a zaujímavé skúsenosti. Ich kvalitu určujú dva faktory:

1. obsah aktivity, ktorý musí byť prispôsobený klientovým záujmom, potrebám, vedomostiam, schopnostiam, zručnostiam a chápaniu,
2. schopnosť personálu poskytnúť dostatočnú podporu pre klienta počas realizácie aktivity.

Efektívna práca s plánom účasti a skúsenosti spočíva vo vytvorení lepšieho každodenného života klientov. Cieľom je zmena a zameranie sa na to, čo funguje dobre, a nie na to, čo nefunguje. Zameriavame sa na aktivity a situácie, ktoré sú zaujímavé a majú nízke riziko nespokojnosti a odporu. Proces tvorby plánu účasti a skúsenosti vychádza z potreby vytvorenia rôznorodého a zaujímavého obsahu každodenných aktivít a dobrej praxe pre poskytovateľov služieb. Príprava musí prebiehať v rámci multidisciplinárnej a tímovej spolupráce, čím sa zabezpečí výmena skúseností, nápadov, ale aj obáv medzi klientom a personálom. Tento proces vedie často k pozitívnemu vnímaniu výsledného produktu zo strany klienta, ale aj personálu, ktorý sa na jeho tvorbe podieľal. Pri tvorbe PUaS odporúčame využívať audiovizuálne prostriedky, ktoré sú výborné na zaznamenanie konkrétnych situácií a správanie sa klienta a personálu. Analýzou a spracovaním týchto dokumentov môžeme korigovať prístupy a metódy personálu a pripraviť efektívne plány.

Existuje viacero postupov tvorby plánu účasti a skúsenosti. Proces plánovania môže mať podobu intenzívneho pracovného seminára, kde sa stretnú kľúčové osoby, ktoré následne pracujú v skupinách. Práca v skupine sa môže začať napr. opisom „bežného dňa alebo týždňa“ klienta, kde sa vyberú konkrétne situácie, ktoré sú pre klienta dôležité a ktoré vníma ako pozitívne a zaujímavé. Následne pracovníci v skupine prechádzajú každú konkrétnu situáciu klienta a spoločne opisujú jej priebeh na papieri, prípadne prechádzajú videozáznamy. Výsledky skupinovej práce sa dodatočne spracujú na papier do formy plánu účasti a skúsenosti.

Ďalší možný postup vychádza z postupného budovania plánu. Každý pracovník, ktorý pracuje s klientom, dostane možnosť vytvoriť časť plánu v rámci svojej práce s klientom. To znamená, že opíše svoj postup práce s klientom a dá ho na spoločné hodnotenie ostatným pracovníkom. Tieto opisy od pracovníkov sa spoločne vyhodnotia a vytvorí sa jeden systematický plán, ktorý sa ešte „schváli“ v podpornej skupine klienta.

V rámci prípravy PUaS je na začiatku dôležité jasne, konkrétne a bez hodnotenia opísať správanie klienta a jeho životnú situáciu, potreby a záujmy. Tento opis by sa mal skladať minimálne z troch častí:

1. dobrý deň/týždeň klienta – opísať dôležité aktivity a situácie v každodennom živote klienta a jeho možnosti zapojenia sa do nich,
2. záujmy klienta,
3. možnosti účasti klienta – opis, akým spôsobom sa klient zapája do situácií – napr. Ján sa zúčastňuje na situácii smiechom a vydávaním radostných zvukov. Eva sa zúčastňuje takmer na všetkých situáciách svojím pohľadom (sleduje osoby alebo veci, ktoré ju zaujímajú).

Vychádzajúc z týchto častí plánu sa pripravujú konkrétne opisy každodenných aktivít a situácií v jednoduchej a prehľadnej tabuľke, ktorá obsahuje opis formy prispôsobenia situácie a potrebnej podpory a cieľ účasti a skúsenosti s opisom spôsobu jeho realizácie. Hodnotenie plánu účasti a skúsenosti je nevyhnutné a musí sa robiť pravidelne. Pravidelnosť hodnotenia je však o. i. závislá od stability (ako často sa menia podmienky) života konkrétneho klienta. Blízke osoby v každodennom kontakte s klientom zistia, kedy je potrebné aktualizovať plán. V rámci hodnotenia môžeme zistiť, že je potrebné plán rozšíriť, spresniť vo formuláciách alebo opisoch. Je dôležité, aby sa PUaS hodnotil minimálne raz do roka. Dobře vypracovaný plán môže skvalitniť a spevniť vzťahy medzi personálom a klientom, zviditeľniť príklady dobrej praxe v konkrétnych situáciách. Zároveň môže pomôcť personálu v upevnení si a uvedomení klientových potrieb a pozitívnemu pohľadu na klienta a jeho možnosti a schopností v každodennom živote. PUaS je dobrý dokument na prezentáciu konkrétnej práce s klientom a ilustruje opisy jednotlivých situácií, ktoré sú ľahko čitateľné.

## Zoznam použitých zdrojov

- BRULLE, A. 2007. Individuálne plánovanie služieb v USA. In *Integrácia*. ISSN 1336 – 2011. 2/2007. s. 13 – 14.
- CANGÁR, M. 2007. Individuálny plán – nástroj na spoluprácu. In *Integrácia*. ISSN 1336-2011. 2/2007, s. 48 – 52.
- CANGÁR, M. 2011. Plán účasti a skúsenosti. In *Sociálni práce/Sociálna práca*. ISSN: 1213-6204. roč. 2011, č. 3, s. 13 – 16.
- CANGÁR, M., CANGÁROVÁ, L., NINCOVÁ, D. 2014. *Else a Ema (nezávislý život v komunite)*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. ISBN 978-80-971604-4-9.
- CANGÁR, M., ed. 2015. *Plán účasti a skúsenosti. Nástroj pre rozvoj a zabezpečenie kvality života pre dospelé osoby s kombinovaným alebo ťažkým zdravotným postihnutím*. Bratislava: SOCIA. [cit. 2017-10-29]. ISBN 978-80-969744-9-8.
- Dostupné z: [http://www.socia.sk/wp-content/uploads/2016/02/Plan-ucasti\\_WEB.pdf](http://www.socia.sk/wp-content/uploads/2016/02/Plan-ucasti_WEB.pdf)
- EKNES, J. 1998. *Utviklingshemming og psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget. ISBN 978-82-5183-800-9.
- Fylkesmannen.no. *INDIVIDUELL PLAN 2010 – Veileder til forskrift om individuell plan*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet. ISBN 82-8081-067-6. © 2017 Dostupné z: <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMRO/Helse%20og%20sosial/Brosjyrar%20og%20retteliasar/is-1253%20individuell%20plan.pdf>.
- Guidelines on Person Centred Planning in the Provision of Services for People with Disabilities in Ireland*. 2010. Dublin: National Disability Authority.
- HRADÍLKOVÁ, T. 2013. Individuální plánování v průběhu transformace ústavu. In *Manuál transformace ústavů. Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.
- Individuální plánování v sociálních službách. Styl „Příběh“. [online]. © 2017 Individuální plánování v sociálních službách [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://www.individualniplanovani.cz/prikklady-individualnich-planu/styl-pribeh/>
- Individuální plánování v sociálních službách. Styl „Úkol“. [online]. © 2017 Individuální plánování v sociálních službách [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://www.individualniplanovani.cz/prikklady-individualnich-planu/styl-ukol/>
- Individuální plánování v sociálních službách. Styl „Tady a teď“. [online]. © 2017 Individuální plánování v sociálních službách [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://www.individualniplanovani.cz/prikklady-individualnich-planu/styl-tady-a-ted/>
- JOHNOVÁ, M. 2007. Plánovanie zamerané na človeka a transformácia ústavnej starostlivosti. In *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov*. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci. ISBN 978-80-970004-2-4.
- MANSELL, J., BEADLE-BROWN, J. 2004. Person-centred planning or person centred action? Policy and practice in intellectual disability services. In *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. ISSN: 1468-3148. č. 17/2004, s. 1-9.
- MATOUŠEK, O. et al. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 7078-473-7.
- PÖRTNER, M. 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-582-0.
- SANDERSON, H. 2000. *Person centred planning: Key features and approaches*. London: JRF. Dostupné z: <http://familiesleadingplanning.co.uk/Documents/PCP%20Key%20Features%20and%20Styles.pdf>

- SLÅTTA, K. 2004. *Veileder. Bruk av individuelle opplærings- og deltagelsesplaner (IODP) for elever med multifunksjonshemming*. Oslo: Torshov kompetansesenter. ISBN: 82-92594-01-9.
- SLOV-LEX právny a informačný portál. *DOHOVOR o právach osôb so zdravotným postihnutím* [online]. © 2017 [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2010/317/20100710>.
- SMULL, M. W. 2010. *Naslouchat, učit se, jednat*. [online]. [cit. 2017-10-29]. Dostupné na internete: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/013/001601.pdf>
- SOBEK, J. 2012. *Jak dobře individuálně plánovat*. Praha: Adpontes.
- SOLLÁROVÁ, E. 2005. *Aplikácie PCA (prístupu zameraného na človeka) v poradenstve a v organizácii*. Bratislava: Ikar. ISBN 80-551-0961-3.
- SUŠINKA, M. 2015a. Využívání myšlenkových map v sociálních službách. In *Sociální služby*. ISSN 1803-7348, 2015, ročník XVII, říjen 2015, s. 14-15.
- SUŠINKA, M. 2015b. Myšlenkové mapy v individuálním plánování. In *Sociální služby*. ISSN 1803-7348, 2015, ročník XVII, listopad 2015, s. 24 - 26.
- Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), v znení neskorších predpisov.*

## Prílohy

V praxi sa pre záznam individuálnych plánov používajú najrôznejšie formuláre. Niektoré tieto formuláre bývajú pomerne zložité, málo prehľadné a obsahujú množstvo kolónok, ktorých význam nie je celkom jasný ani zamestnancom, a už vôbec nie užívateľom. Jednoduchšie formy slúžia oveľa viac na svoj účel. A to platí jednak na tvorbu osobného profilu, individuálneho plánu, ale aj pre celkový prístup k plánovaniu.

### Príloha č. 1: Profil na jednu stranu

<p>Moja fotka<sup>10</sup></p>	<p><b><u>Čo je pre mňa dôležité</u></b></p> <p>Tu sú všetky veci, ktoré prinášajú človeku dobrú kvalitu života</p> <p>Malé aj veľké veci v živote človeka</p> <p>Môžu to byť:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ľudia,</li><li>- miesta,</li><li>- záľuby, činnosti,</li><li>- niečo, čo vlastním,</li><li>- obľúbené a neobľúbené.</li></ul>
<p><b><u>Čo majú na mne ľudia radi,</u></b> <b><u>čo na mne obdivujú,</u></b> <b><u>čo si na mne vážia</u></b></p> <p>Tu sa dáva pozitívna spätná väzba a je dôležité všimnúť si ľudí nielen v situáciách, keď potrebujú pomoc a podporu, ale aj konkrétne veci, ktoré na danom človeku obdivujeme, máme radi a vážime si.</p>	<p><b><u>Ako ma najlepšie podporovať</u></b></p> <p>Tu opisujeme všetky spôsoby, ako najlepšie daného človeka podporovať, aby sme zachovali jeho individualitu a integritu.</p>

1. **Cieľ** (kam sa chcem dostať – cieľ spolupráce):

2. **Moja súčasná situácia** (kde som teraz):

3. **Čo je potrebné urobiť** (čo, kto, dokedy – konkrétne kroky, potrebná podpora, zodpovedná osoba, termín):

4. **Prekážky a riziká:**

5. **Dátum** vytvorenia plánu + dátum plánovanej revízie/hodnotenia