

# Jak dobře individuálně plánovat

Praktická příručka pro každého,  
kdo se účastní individuálního plánování



# JAK DOBŘE INDIVIDUÁLNĚ PLÁNOVAT

Autor učebního textu: Mgr. Jiří Sobek

Odborní recenzenti: PhDr. Jaroslava Sýkorová, Mgr. Jan Šlosárek

Jazyková korektura: Hana Jarčevská

Fotografie: © Fotky & foto – fotobanka, Pavel Hroch, archiv autora

Vydala společnost Adpontes, s.r.o.

Fetrovská 937/26

160 00 Praha 6

Tel.: +420 602 885 857

[www.adpontes.cz](http://www.adpontes.cz)

První vydání, Praha 2012

*Jména osob v kazuistikách byla změněna tak, aby byla zachována anonymita všech osob. Informace, postupy a příklady v této knize byly zpracovány s nejlepším vědomím autora. Z jejich uplatňování v praxi však pro autora ani vydavatele nevyplývají žádné právní důsledky.*

## AKREDITOVANÉ KURZY PŘÍMO VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ

1. **Individuální plánování: základní metody a techniky** (2 dny, 16 hodin)
2. **Práce s rizikem v sociálních službách** (2 dny, 16 hodin)
3. **Práva a povinnosti uživatelů sociálních služeb** (1 den, 8 hodin)
4. **Jak pomáhat a nevyhořet** (1 den, 8 hodin)
5. **Jak zvládat stres** (1 den, 8 hodin)

Kurzy realizujeme **přímo ve vašem zařízení**.

Obsah a termín kurzu **přizpůsobíme potřebám účastníků**.

Více informací na [www.adpontes.cz](http://www.adpontes.cz) nebo tel.: **723 176 746**

# OBSAH

<b>1.</b>	<b>Úvod</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Cíle individuálního plánování</b>	<b>7</b>
2.1	Podpora sociálního začleňování	10
2.1.1	Žít v normálním prostředí, být začleněn v komunitě (v obci)	10
2.1.2	Mít možnost volby a kontroly nad vlastním životem	14
2.1.3	Učit se a růst; rozvíjení či podpora zachování vlastních kompetencí	15
2.1.4	Být respektován, mít pozitivně hodnocenou sociální roli	17
2.1.5	Mít možnost navazovat a rozvíjet smysluplné vztahy	18
2.2	Vymezení rozsahu, náplně a průběhu služby	19
2.2.1	Plošná péče	19
2.2.2	Cílená podpora	20
2.3	Zajištění pozornosti a individuálního přístupu pro každého uživatele	23
2.4	Sdílení informací v týmu	24
2.5	Objevení a zapojení dalších zdrojů	25
2.6	Řešení oblasti překážek a rizik	25
2.7	Sledování pokroků v práci s uživatelem	26
2.8	Hodnocení účinnosti služby	27
<b>3.</b>	<b>Zásady individuálního plánování</b>	<b>28</b>
3.1	Plán se týká toho, co člověka zajímá, co je pro něj důležité	31
3.2	Plán vychází ze silných stránek a možností člověka	34
3.3	Důležitý je proces plánování (proces je důležitější než papír)	36
3.4	Individuální plánování je týmová práce	37
3.5	Člověk je v centru plánování, je součástí týmu, má aktivní roli	38
3.6	Plán je všem srozumitelný	40
3.7	Dobrá komunikace a dostatek informací jsou základem úspěchu	40
3.8	Neplánovat příliš mnoho věcí najednou	42
3.9	Plánování vyžaduje dostatek času a vhodný prostor	42
3.10	Po sepsání plánu s plánem dále pracujeme	42
3.11	Forma a způsob plánování musí odpovídat danému uživateli, cílové skupině a typu služby	43
<b>4.</b>	<b>Průběh individuálního plánování</b>	<b>45</b>
4.1	Osobní profil	48
4.2	Posuzování rozsahu potřebné podpory	51
4.2.1	Stupnice intenzity podpory (Supports Intensity Scale)	53
4.2.1.1	Forma a rozsah podpory	56
4.2.2	Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů	58
4.2.3	Další formy hodnocení míry potřebné podpory	61
4.3	Plánování podpory	63
4.3.1	Plánovací schůzka	65
4.3.2	Krátkodobý plán	66
4.3.2.1	Srozumitelnost individuálního plánu	69
4.3.2.2	Způsoby záznamu, formuláře	69
4.4	Realizace plánu, poskytování podpory	71
4.5	Hodnocení plánu	72
4.6	Plánování podpory u lidí s hlubokým postižením a problémy v komunikaci	76
<b>5.</b>	<b>Osobní cíl v individuálním plánování</b>	<b>79</b>
5.1	Jak nalézt smysluplný cíl?	81
5.2	Co je osobní cíl?	84
5.3	Krátkodobé a dlouhodobé cíle	86

5.4	Pravidla pro stanovování cíle	87
5.4.1	Cíl vychází z potřeb a přání uživatele služeb	87
5.4.2	Cíl je ve shodě s posláním a cíli sociální služby	88
5.4.3	Cíl je výsledkem dialogu, vzájemného ujasňování, vyjednávání	88
5.4.4	Cíl je pro uživatele významný	89
5.4.5	Cíl nemusí být vždy rozvojový	89
5.4.6	Kolik by si měl uživatel stanovit cílů?	90
5.5	Jak správně formulovat cíl	91
5.5.1	Pozitivní formulace	91
5.5.2	První osoba, třetí osoba?	91
5.5.3	Pomůcka SMART	92
5.6	Problémy při stanovování osobních cílů	97
5.6.1	Problémy s osobními cíli	97
5.6.2	Nejčastější chyby při stanovování cílů	98
<b>6.</b>	<b>Osobní profil</b>	<b>99</b>
6.1	Jaká jsou má přání, touhy a sny	101
6.2	Co je pro mě důležité	102
6.2.1	Technika „co je důležité“	103
6.3	Mé silné stránky	105
6.3.1	Technika „panáček“	105
6.4	Co mám rád/a, co nemám rád/a	107
6.5	Moje osobní historie	108
6.5.1	Technika „životní cesta“	108
6.6	Můj život teď	110
6.6.1	Technika „můj erb“	111
6.6.2	Technika „mé vztahy“	112
6.6.3	Technika „co funguje a co nefunguje“	113
6.7	Strukturovaný rozhovor	115
6.8	Různé formy osobního profilu	117
<b>7.</b>	<b>Rizikový plán</b>	<b>119</b>
7.1	Proč pracovat s rizikem?	120
7.2	Hranice odpovědnosti	121
7.3	Týmový přístup	122
7.4	Identifikace rizikových oblastí	123
7.5	Rizikový plán	125
7.6	Vyhodnocení plánu	130
	Příloha 1: Vymezení rizikových oblastí	132
	Příloha 2: Plán řešení rizikové situace	138
<b>8.</b>	<b>Doporučená literatura a odkazy</b>	<b>139</b>

# 01 ÚVOD

-----  
**Jak dobře individuálně plánovat**

# 1. ÚVOD

Individuální plánování je nezbytným předpokladem pro **poskytování kvalitní sociální služby**. Důraz na individuální přístup ke každému uživateli není žádnou novinkou. Již dlouho před zavedením standardů kvality řada poskytovatelů individuální plánování v praxi používala. Nyní je tento způsob práce v sociálních službách běžný a závazný. V praxi se však setkáváme s mnohými úskalími, na něž individuální plánování naráží. Mnozí zaměstnanci vnímají plánování jako celkem zbytečnou administrativní povinnost, zbytečné vytváření dalších papírů a ztrátu času, který by bylo lépe využít přímo při práci s klienty. A někdy mají možná i trochu pravdu...

Tato publikace vychází ze zkušenosti, že pokud chápeme smysl a účel, je individuální plánování:

- **užitečné a přínosné** pro jednotlivé uživatele
- **užitečné pro pracovníky**, kteří službu poskytují
- může být **zábavné a tvořivé**
- je zaměřené na práci s klientem, **propojené s každodenním životem**.

Aby individuální plánování mělo smysl, musíme především vědět, **proč** se této činnosti máme společně s klienty věnovat, čeho tím vlastně chceme dosáhnout. To je obsahem druhé kapitoly. Ve třetí kapitole se seznámíme se zásadami, které se v individuálním plánování osvědčují. Tato kapitola nám částečně odpoví na otázku **jak** plánovat, na co dát pozor, na co nezapomenout a čeho se vyvarovat. Čtvrtá kapitola popisuje plánování krok za krokem, tedy **co** při plánování děláme. Pátá, šestá a sedmá kapitola se podrobněji věnují tématům, na která ve čtvrté kapitole nebylo dost místa a zaslouží si více prostoru: osobní profil, osobní cíl a rizikový plán. Vaší pozornosti bych chtěl doporučit i přehled literatury a odkazů, kde naleznete další užitečné zdroje, mnohé přístupné na internetu (pokud si prohlídíte elektronickou verzi této publikace v počítači, stačí na daný odkaz kliknout).

Publikace Jak dobře individuálně plánovat je určena všem, kteří s individuálním plánováním přicházejí do styku. Především klíčovými pracovníky, ale i všem ostatním členům týmu, metodikům, vedoucím... Pro samotné uživatele sociálních služeb je k dispozici samostatná brožura „Mám svůj plán“. Jako přílohu naleznete i různé formuláře a vzory individuálních a rizikových plánů. Tyto vzorové formuláře si můžete upravit dle svých potřeb a využívat ve vašem zařízení.

Původně jsem při psaní této publikace měl na mysli především pobytová zařízení pro lidi s mentálním postižením nebo pro seniory. Zkušenost však ukázala, že zásady, postupy a techniky, které v publikaci naleznete, jsou dobře použitelné i v jiných typech služeb, jako jsou například centra denních služeb a stacionáře, azylové domy pro matky s dětmi apod. K podstatě individuálního plánování patří, že v každém zařízení a v každém typu služby probíhá jinak, individuálně. Proto si uvedené postupy, techniky i formuláře přizpůsobte své vlastní situaci, tomu, co vyhovuje vám a vašim uživatelům.

S tím souvisí i důležité upozornění: neexistuje jeden správný způsob individuálního plánování. Tuto publikaci proto berte spíše jako inspiraci než jako popis toho, jak má individuální plánování správně vypadat. V tuto chvíli již pravděpodobně nějakým způsobem individuálně plánujete. Pokud vám i klientům zavedený způsob vyhovuje, je funkční, praktický

a užitečný, není potřeba na něm nic měnit. Pokud ale cítíte, že to není v tuto chvíli úplně ono, mohou vás postupy a techniky popsané v této publikaci inspirovat k určitým změnám a vylepšením. Ale i v tomto případě je důležité držet se vlastních zkušeností a zachovat ty prvky plánování, které v tuto chvíli vnímáte jako funkční.

Terminologická poznámka: v následujícím textu jsou pro označení člověka, kterému poskytujeme sociální služby, používána slova uživatel nebo klient (v mužském rodě, ženám se tímto omlouvám). Slovo uživatel vychází ze zákona o sociálních službách. Mně osobně se toto slovo zdá poměrně neosobní. Jisté je, že zákon užíváním tohoto slova jistě nemá na mysli, že bychom nemohli užívat i slova jiná. Slovo klient se mi zdá o něco civilnější. Nejlepší by bylo používat jednoduše slovo člověk. Obávám se, že by to však pro některé čtenáře mohlo být matoucí. Proto v textu naleznete (v závislosti na kontextu) výrazy jak uživatel, tak klient i člověk.

Závěrem bych chtěl poděkovat všem kolegům z České republiky i odborníkům ze zahraničí, kteří pro mě byli v oblasti individuálního plánování inspirací. Mezi ně patří John O'Brien, jeden z hlavních představitelů přístupu zaměřeného na člověka v sociálních službách, Julia Lunt z organizace Helen Sanderson Associates, Rita McLeodová, autorka publikace Plánování přechodu ze školy do života, dále pak Eva Brožová a Jan Šlosárek ze společnosti DUHA, Milena Johnová a Aurélie Chábová ze sdružení QUIP, Martin Haicl, Jaroslava Sýkorová a mnozí další. Za některé příklady ze života seniorů děkuji Pavlíně Hrbáčové. Za nápad vytvořit doprovodnou brožuru Mám svůj plán patří mé poděkování Veronice Lejcarové. Moje poděkování patří i účastníkům kurzů individuálního plánování, kteří se mnou sdíleli mnoho svých zkušeností.

Jiří Sobek

Praha, duben, 2012

# 02 CÍLE INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

-----  
Jak dobře individuálně plánovat



## 2. CÍLE INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

Marie si povzdechla. Před čtyřmi měsíci nastoupila do centra Javor a na práci s lidmi s postižením a se seniory se moc těšila. Což o to, práce ji opravdu začala bavit a zjistila, že i kolegyně a kolegové jsou bezva parta. Ale ty papíry! To tedy opravdu nečekala, že jich bude tolik. Před měsícem se stala klíčovou pracovnící pro tři uživatele, a s tím přišla i povinnost sepisovat individuální plány.

„A k čemu jsou všechny tyhle papíry dobré,“ zeptala se tehdy Marie své kolegyně.

„Ale to víš. Standardy, inspekce, zákon o sociálních službách... Prostě to musíme dělat,“ odpověděla jí tehdy kolegyně.

A tak se Marie snaží v papírech zorientovat. Něco o individuálním plánování slyšela na škole, ale to byla spíš teorie. Co tam má vlastně psát, aby to bylo správně? Prohlíží si plány kolegyně a některé formulace se jí líbí.

„Hm, tohle možná taky použiji,“ myslí si Marie. Ale pořád jí vrtá hlavou, jestli by vlastně nebylo lepší čas strávený psaním plánů raději využít nějak jinak. Vždyť přece paní Novotná s ní chce jít už týden do města na nákup a Marie si pro ni pořád ještě nenašla čas.

Pokud se chceme věnovat činnosti, která vyžaduje náš čas a úsilí, je vždycky dobré mít vyjasněno, proč se dané činnosti věnujeme, jaký má vlastně smysl, jaký je její přínos. Proto se v této kapitole zabýváme vyjasňováním cílů individuálního plánování, což zároveň znamená hledání odpovědí na výše položené otázky. Je jasné, že v různých typech sociálních služeb a v různých zařízeních se dostávají do popředí různé cíle. Také pro různé uživatele může mít plánování vždy jiný význam. Je proto do značné míry na vás, které cíle budete považovat za prioritní a kterým budete přikládat menší důležitost.

### Cílem individuálního plánování je:

- **poznat lépe člověka (uživatele služby) a jeho situaci:** individuální plánování nám umožňuje **hlouběji poznat člověka**, se kterým pracujeme. Poznat jeho nenaplněné potřeby, touhy a přání. Pochopit, jak vypadá jeho svět. Poznat, **co si tento člověk ve svém životě přeje, co vnímá jako důležité, co potřebuje k tomu, aby byl spokojený**. Jde o prohloubení vztahu s tímto člověkem



- **podpořit člověka v naplňování jeho potřeb a cílů:** všichni se pravděpodobně shodneme na tom, že sociální služba by měla podpořit člověka v naplňování jeho potřeb a pomoci mu v dosahování jeho cílů. To je však jen těžko možné, pokud člověka, kterému poskytujeme službu, známe jen povrchně. Teprve na základě hlubšího pochopení mohou pracovníci začít uvažovat o tom, **jak člověka podpořit**, jak s ním spolupracovat, jak mu pomoci v dosažení toho, **co je pro něj samotného důležité**

- **umožnit člověku žít život srovnatelný s vrstevníkem bez postižení (běžný život, sociální začlenění):** sociální služba by člověka neměla vytrhnout z jeho běžného prostředí, aktivit a vztahů. Dobrý individuální plán posiluje **nezávislost uživatele** na sociální službě. Individuální plánování uživateli umožňuje mít **možnost volby a kontroly nad vlastním životem**, učit se a růst, mít možnost **rozvíjet nebo udržovat své schopnosti a dovednosti**.

K čemu dále individuální plánování slouží:

- **vymezení rozsahu, náplně a průběhu služby, poskytování cílené podpory namísto plošné péče**
- **zajištění pozornosti a individuálního přístupu pro každého uživatele**
- **uživatel získává větší vliv ve věcech, které se ho bezprostředně týkají (zplnomocňování uživatele)**
- **sdílení informací v týmu, zajištění kontinuity v poskytování služby**
- **objevení a zapojení dalších zdrojů a návazných služeb**
- **řešení oblasti překážek a rizik**
- **sledování pokroků v práci s uživatelem**
- **hodnocení účinnosti služby, sledování toho, zda poskytovaná služba odpovídá potřebám a cílům uživatelů**

Jednotlivým cílům se budeme podrobněji věnovat v dalším textu. Jedním z důležitých cílů individuálního plánování je **lepší poznání uživatele**. Slovy jednoho seniora: „Je nás na světě hodně a každéj jsme jinej. To se holt nedá nic dělat.“ Každý člověk má jiné nenaplněné potřeby a jiné problémy a k jejich řešení vede vždy jiná cesta. Proto je nutné poskytovat sociální služby individuálně, tak říkajíc na míru podle potřeb každého uživatele. Abychom mohli každému uživateli takové služby poskytovat, musíme být schopni odpovědět na tři klíčové otázky:

- **Kdo je člověk, kterého máme před sebou a kterému chceme poskytovat službu?**
- **Co tento člověk chce a potřebuje?**
- **Jakým způsobem mu v tom můžeme pomoci?**

Tyto tři otázky v kostce shrnují celý proces individuálního plánování. S odpovědí na první dvě otázky nám může pomoci například sestavení osobního profilu nebo analýza potřeb podpory (viz kapitola 4). Odpovědí na třetí otázku je potom vyjednání určitého konkrétního cíle a následně plánu, jak tohoto cíle dosáhnout. Třetí otázka nás také vede k úvaze, zda je to právě naše sociální služba, která může uživateli nejlépe pomoci.

---

*Karel stanovil jako jeden ze svých cílů návštěvu fotbalového zápasu. Asistent zakoupí lístky na tribunu s dobrým výhledem na hřiště a společně s Karlem vyrazí na zápas. Sledují utkání, o přestávce se dívají na doprovodný program, který zatím probíhá na hřišti. Karel je však trochu nesympatický a rozhodně nedává najevo takové nadšení, jaké si asistent představoval. Před příští návštěvou stadionu se asistent začne Karla více ptát. Zajímá se, proč vlastně chce Karel na fotbal chodit, co ho na tom baví, co tam chce zažít. Jinými slovy, zajímá se více o Karla, o jeho představy a potřeby. Nakonec zjistí, že Karel má jasnou představu, co chce na fotbale prožít, a že se tato představa poměrně dost liší od představ asistenta. Karel nechce sedět nahoře na tribuně, ale chce fandit dole v kotli. Chce si pořádně zařvat. Chce na sobě*

mít dres svého mužstva. O přestávce si chce dát grilovanou klobásu s pivem. Po takovém fotbalu je Karel spokojený. Teprve když toto asistent zjistil, měl šanci akci naplánovat tak, aby Karel odcházel ze stadionu jako spokojený fanoušek.

## 2.1 PODPORA SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ

**Sociální začlenění je jedním z hlavních cílů sociální služby** (viz § 2 zákona o sociálních službách). Tím pádem se podpora sociálního začlenění též stává jedním z hlavních cílů individuálního plánování. Díky naší práci s klientem by se jeho sociální začlenění mělo zlepšovat. V praxi však v mnoha případech dochází k pravému opaku. Pokud zjišťujeme, že se klient postupem času dostává do stále větší izolace a ztrácí kontakt s běžným životem, není s poskytovanou službou něco v pořádku. Můžeme říci, že individuální plánování je důležitým nástrojem sociálního začleňování.

Mluvíme-li o sociálním začlenění jako o jednom z hlavních cílů individuálního plánování, je v této souvislosti vhodné uvést **pět základních principů**, jak je formuluje John O'Brian. Uživatel sociální služby musí mít možnost:



**1. žít v normálním prostředí**, tj. být začleněn v komunitě (v obci) a běžně se vyskytovat na místech, kde se vyskytují ostatní lidé

**2. mít možnost volby a kontroly nad vlastním životem**, a to jak na každodenní úrovni, tak na úrovni závažných životních rozhodnutí

**3. učit se a růst**, získávat více vlastních kompetencí pro vykonávání funkčních a smysluplných činností (u seniorů neklademe důraz na učení a růst, ale především na zachování vlastních kompetencí)

**4. být respektován** a mít důstojnou a pozitivně hodnocenou sociální roli

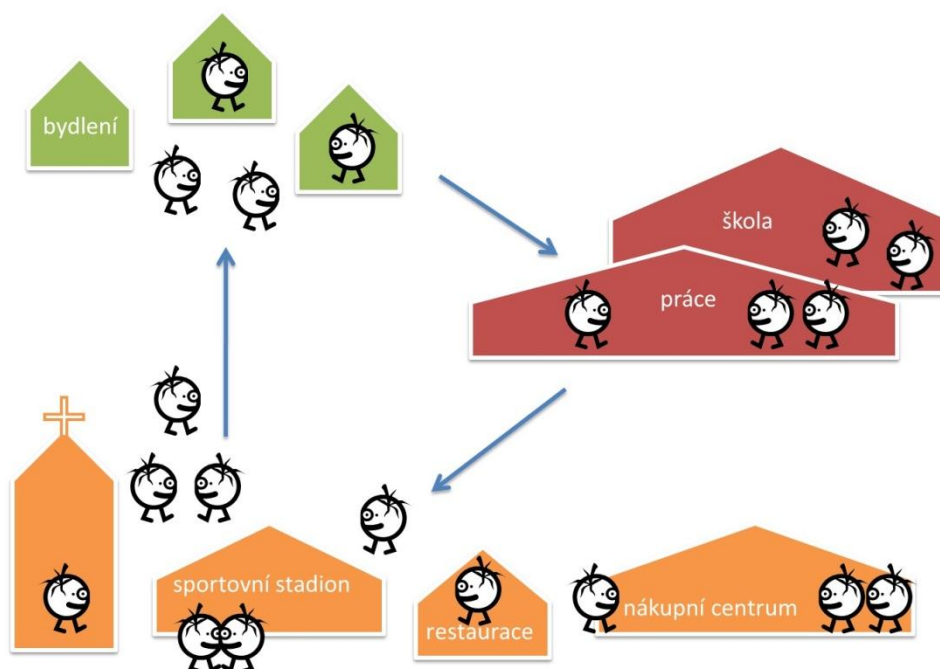
**5. mít možnost navazovat a rozvíjet smysluplné vztahy**, účastnit se života komunity (obce, města) prostřednictvím sítě sociálních vztahů.

John O'Brian formuloval své principy při práci s lidmi s mentálním postižením. Mohou však být inspirací i při práci s jinými cílovými skupinami.

### 2.1.1 ŽÍT V NORMÁLNÍM PROSTŘEDÍ, BÝT ZAČLENĚN V KOMUNITĚ (v obci)

Hovoříme-li o začlenění v komunitě, máme v této situaci na mysli komunitu v širokém slova smyslu: ulice, obec, městská část, sousedská komunita. Tento princip můžeme vyjádřit také slovy „**žít v běžném prostředí, být tam, kde žijí ostatní lidé**“. Jak vlastně vypadá toto

běžné prostředí? Každý člověk se v průběhu dne a týdne pohybuje obvykle na různých místech, vyskytuje se v různých prostředích a setkává se s různými lidmi.



Prvním typickým prostředím je místo, kde bydlíme – náš **domov, bydlíště**. Zde trávíme část svého volného času, setkáváme se s rodinou, potkáváme sousedy. Pokud bychom mluvili o bydlení člověka s postižením, pak žít v normálním prostředí znamená, že žije v bytě nebo domku, buď sám, se svým partnerem, nebo několika málo přáteli či spolubydlícími. Tento byt nebo domek je začleněn v běžné zástavbě, sousedé jsou tedy lidé bez postižení, běžní obyvatelé obce nebo města. Sociální začlenění mimo jiné znamená, že člověk s postižením nežije obklopen jinými lidmi s postižením. **Jeho sousedy jsou lidé bez postižení.** Stejně tak bychom mohli říci, že senior nežije obklopen pouze jinými seniory, ale že jeho sousedé jsou lidé různého věku, mladí i staří.

Dalším prostředím, kde člověk tráví mnoho času (pokud je v produktivním věku), je místo, kde pracujeme nebo kde se učíme, tedy naše **zaměstnání nebo škola**. Obvykle pracujeme jinde, než bydlíme. Přicházíme tedy do jiného prostředí a setkáváme se zde s jinými lidmi, se spolupracovníky. To samé by mělo platit pro lidi s postižením. Pracovat na jiném místě než bydlím, mít možnost setkávat se v práci s jinými lidmi než doma, setkávat se s lidmi i cestou do práce a z práce.



Po práci pak má většina z nás **volný čas**, který opět trávíme v jiném prostoru, než bydlíme a pracujeme. Chodíme nakupovat, sportovat, za kulturou, do restaurací, k holiči, na poštu apod. Volný čas trávíme také s jinými lidmi, než se kterými žijeme a pracujeme. Máme své přátele a známé, lidi, se kterými sdílíme stejné záliby a koníčky.

Pro život v běžném prostředí je tedy typické, že **někde bydlíme, někde jinde pracujeme a někde jinde trávíme alespoň část svého volného času**. Na každém z těchto míst se setkáváme s jinými lidmi, vstupujeme do jiných vztahů a rolí, působí na nás jiné podněty. **Smyslem sociálního začlenění je dosažení stavu, kdy člověk s postižením na základě své volby bydlí tam, kde bydlí ostatní lidé, pracuje tam, kde pracují ostatní lidé, a tráví svůj volný čas tam, kde ho obvykle tráví i ostatní lidé**. V České republice se poměrně rozšířil zlovyk budovat „chráněné byty“ jako součást ústavních areálů. Takovéto projekty se však vzdalují modelu sociálního začlenění a neumožňují uživatelům plné zapojení do běžného života.

V rámci poskytování sociálních služeb ve velkých zařízeních ústavního typu se často stává, že všechna prostředí, ve kterých člověk běžně tráví svůj čas (bydlení, práce, volný čas), lze najít **v jednom areálu, tak říkajíc pod jednou střechou**. Dochází pak k **sociálnímu vyčlenění**, což je v přímém protikladu k poslání sociální služby. Uživatel služby stále tráví čas ve více méně stejném prostředí v rámci zařízení. Netráví čas na místech, kde ho tráví ostatní lidé. Nemůže tedy tyto lidi potkat. Místo toho potkává pouze ostatní uživatele služby nebo zaměstnance.



Pokud bychom mluvili o **bydlení běžného seniora**, pak žít v normálním prostředí znamená, že žije ve svém bytě nebo v domku. Bydlí buď sám, se svým partnerem, nebo s dětmi. Často potkává své sousedy, pracuje **na zahrádce**. Pokud bydlí na vesnici, má senior většinou nějaké **zvířectvo**, o které se stará, např. psa, slepice, králíky. I ve městě má senior v bytě často své oblíbené zvíře, které mu dělá společnost. Člověk, který už se o sebe nemůže postarat a potřebuje pomoc, si může tuto pomoc zajistit buď formou terénní služby, nebo pobytového zařízení. I v domově pro seniory by měl mít možnost **navštěvovat své bývalé sousedy a přátele**, navštěvovat i svá oblíbená místa. Svůj pokoj by měl mít zařízený co nejvíce tak, jak byl zvyklý.

Lidé seniorského věku již většinou nepracují, někdy chodí vypomáhat dětem s hlídáním, popřípadě chodí na krátkodobé brigády, pokud jim to zdravotní stav dovolí. Ve volném čase mají senioři rádi svůj **klid**, své oblíbené křeslo, knížku nebo odpolední kávu. Mají často své zaběhnuté **rituály** a většinou je neradi mění. Rádi navštěvují své příbuzné, sousedy,



poutní místa, kostely. Součástí sociálního začlenění seniorů by měla být snaha jim toto všechno v co největší míře zajistit a umožnit. V domově pro seniory by senior **neměl být nucen do žádných aktivit, které odmítá**. Důležité je umožnit uživatelům návštěvu svých blízkých v domově nebo u nich doma. Dále poskytnout uživatelům prostor, aby mohli mít v pokoji co nejvíce svých věcí, na které byli zvyklí. Umožnit jim zachovat si **co nejvíce svých zvyklostí a rituálů**.



Pomoci, aby mohli navštěvovat co nejvíce míst, kam pravidelně chodili (oblíbený kostel, kadeřnice, hospůdka).

Častým omylem bývá představa, že **hromadné akce a návštěvy** např. kina nebo obchodu jsou vnímány jako příklad sociálního začleňování uživatelů. Naopak. Účast ve skupině uživatelů působí spíše stigmatizujícím způsobem („to jsou ti z ústavu“). Jen vzácně může člen této skupiny navázat běžný přirozený lidský kontakt. I když se tedy fyzicky čas od času uživatel vyskytne ve městě nebo v obci, k reálnému sociálnímu začlenění v těchto případech nedochází.

V rámci individuálního plánování bychom si tedy měli klást otázku, **zda služba sociální začleňování konkrétního uživatele opravdu podporuje, nebo zda je uživatel spíše vyčleněn** a s běžným prostředím má skutečný kontakt pouze zřídka. K sociálnímu vyčlenění člověka s určitým postižením nebo znevýhodněním může dojít i v případech, kdy je fyzicky docela dobře začleněn a bydlí například v běžném bytě. Pokud člověk není svým okolím přijímán a nemá s ostatními skutečný kontakt, můžeme i zde hovořit o sociálním vyloučení. Být obklopen lidmi ještě neznamená, že máme s ostatními skutečný kontakt. To zná jistě každý z nás i z vlastní zkušenosti.

---

*Pan Pavel prožil většinu svého dospělého života v ústavních zařízeních. Bydlel ve vícelůžkovém pokoji, pomáhal v kuchyni a po práci si nejraději spolu s ostatními obyvateli ústavu zahrál fotbal. S lidmi mimo ústav mnoho kontaktů neměl. Ve svých 35 letech se Pavel přestěhoval do chráněného bydlení v menší obci a po čase začal bydlet ve vlastním bytě v místní bytovce. V průběhu let vystřídal několik zaměstnání: pracoval na farmě, v restauraci, v kavárně i v zoologické zahradě. Fotbal začal trénovat společně s místními fotbalisty, kteří ho vozí autem i na zápasy do sousedních obcí. Víkendy patří hlavně fotbalu. V obci Pavla skoro každý zná jménem a přátelsky se s ním zdraví.*

*Paní Marie byla celý život velice aktivní. Pracovala jako zahradnice a i ve volném čase se ráda věnovala práci na zahrádce. Po smrti manžela a po zhoršení zdravotního stavu už se o sebe ani o celé hospodářství neuměla postarat, proto se odstěhovala do Domova pro seniory. Ani tady však nevydrží bez práce, proto alespoň sklízí nádobí v jídelně po obědě a po večeři. Ve volném čase pomáhá v místním kostele, třeba jen zalévat kytky. Pravidelní návštěvníci kostela ji dobře znají a vždy s ní prohodí alespoň pár slov.*

---

## 2.1.2 MÍT MOŽNOST VOLBY A KONTROLY NAD VLASTNÍM ŽIVOTEM, A TO JAK NA KAŽDODENNÍ ÚROVNI, TAK PŘI ZÁVAŽNÝCH ŽIVOTNÍCH ROZHODNUTÍCH

Individuální plánování výrazně **rozšiřuje prostor k vlastnímu rozhodování** uživatele. Uživatel se stává partnerem v procesu poskytování služby a sám rozhoduje o tom, v jakém rozsahu chce službu využívat, jakým způsobem mu má být služba poskytována apod. V rámci individuálního plánování nerozhodují o uživateli odborníci, opatrovník nebo jeho rodina. Uživatel je motivován k tomu, aby v co největší míře **rozhodoval o svých věcech sám**. Získává větší vliv v záležitostech, které se ho bezprostředně týkají (zplnomocňování uživatele).

Na úrovni **závažných rozhodnutí** dbáme například na to, aby to byl skutečně uživatel, kdo se rozhoduje využívat sociální službu. Sledujeme, zda se uživatel k tomuto kroku nesnaží přimět někdo jiný, například rodinní příslušníci. Uživatel musí mít možnost rozhodnout se například, kde bude bydlet, s kým bude bydlet, jestli naváže partnerský vztah, zda bude pracovat, jakou práci bude dělat, jak bude trávit svůj čas apod.



Aby **uživatel mohl učinit skutečně informované rozhodnutí**, potřebuje v některých případech podporu. Potřebuje, aby mu někdo vysvětlil situaci a pomohl zvážit jednotlivé možnosti. Někdy je potřebná podpora v oblasti komunikace s využitím prvků alternativní a augmentativní komunikace. I tato forma podpory by měla být součástí popisu potřeb uživatele v rámci individuálního plánu. V některých zařízeních nebo městech existují dokonce skupiny sebeobhájců. Jedná se o hnutí, v rámci kterého se sami lidé s mentálním postižením učí formulovat a prosazovat svá rozhodnutí a zájmy.

Možnost volby se týká i **malých každodenních záležitostí**: volba jídelníčku, volba denních aktivit, rozhodování o svém vzhledu, oblečení apod. Individuální plánování nás vede k tomu, abychom aktivně zjišťovali přání a preference uživatelů v těchto a dalších oblastech. Ne vše lze zařídit ze dne na den. Individuální plánování však vede k tomu, aby se služba čím dál více přibližovala představám klienta.

Individuální plánování nás vede také k tomu, abychom se zaměřili na oblast přání, potřeb a osobních preferencí i **u lidí, kteří nekomunikují** a zároveň mají často těžší postižení. Tito lidé mají někdy jen malou kontrolu nad svým životem a malou možnost se sami rozhodovat.

---

*Jana má po probuzení vedle své postele nachystané oblečení, které jí připravila pracovnice. Modré tepláky, tričko, červená mikina. Jana ani neví, ve které skříni je její oblečení uloženo. Obléká si, co má nachystáno. Přichází na snídani. Je úterý, ke snídani je tedy chléb s rybičkovou pomazánkou a čaj. Jelikož je úterý, jde se Jana po snídani koupat, jak je to dáno rozpisem koupání. Jana zkouší odejít do svého pokoje, ale to v tuto chvíli není možné. Je čas koupání.*

Petr se probouzí ve svém pokoji. Také on má vedle své postele připravené oblečení. Připravil si ho večer sám za pomoci pracovnice. Ale zelenou košili si teď rozhodně vzít nechce. Jde ke skříni a hledá svou oblíbenou žlutou mikinu. U snídani si vybírá své oblíbené jídlo, chleba s taveným sýrem a salám. Mohl by si dát také housku s džemem nebo ovesné vločky, ale to nechce. Po snídani mu pracovnice ukazuje fotografii keramické dílny a fotografií výtvarné dílny. Petr se dnes rozhoduje pro keramiku.

*Možnost rozhodovat sám o sobě je samozřejmě zcela zásadní i **pro seniory**:*

Pana Miroslava budí pracovnice kolem 7.00. Roznáší se totiž snídani. Dnes je úterý, tak to bude chleba z pondělka a játrovka. Každý den začíná stejně. Snídani v 7.15, kolem 7.30 přijde uklízečka a umyje, co je potřeba. Pak přijde pracovnice a pomůže panu Miroslavovi s ranní hygienou a s oblékáním. Pan Miroslav by si ranní hygienu zvládl udělat sám, ale takhle je to rychlejší. 2x týdně má pravidelnou koupel, vždy musí být připravený kolem 9.30. Jindy pracovnice nemají čas. Je dán přesný rozvrh, kdy se kdo koupe. Pan Miroslav se odevzdaně nechá obléci. Co si oblékne, záleží na pracovnici. Nikdo se ho na nic neptá. Je další den.

Paní Jana se dnes vzbudila až kolem 8.30. Potřebovala se vyspat, protože se včera dlouho dívala na svůj oblíbený film a šla pozdě spát. Udělá si ranní hygienu, obleče si to nové tričko, co jí koupila dcera, a jde se do jídelny najíst. Ví, že nemusí spěchat, snídani na ni počká, a ví, že záleží jen na ní, kdy si pro ni přijde. Cestou potká uklízečku a domluví se s ní na luxování v 9.15. Je úterý a paní Jana ví, že se včera domluvila s pracovnicemi, že by se dnes chtěla koupat. Na čase se ještě domluví s paní Hankou. Paní Hanka tady bude celý den, tak se určitě dohodnou na nejlepší době pro obě. Snídani byla výborná. Zase tam byl ten čerstvý beskydský chleba, v košíčku lučina, jednorázové krabičky marmelády, medu, paštiky a zelenina. Paní Jana je spokojená a těší se na odpolední návštěvu své dcery.

---

### 2.1.3 UČIT SE A RŮST; ROZVÍJENÍ ČI PODPORA ZACHOVÁNÍ VLASTNÍCH KOMPETENCÍ PRO VYKONÁVÁNÍ FUNKČNÍCH A SMYSLUPLNÝCH ČINNOSTÍ

**Funkční a smysluplné činnosti** jsou především ty, které uživatel potřebuje, aby mohl žít stejným způsobem života, jako žijí ostatní lidé. Aby mohl být **maximálně samostatný a co nejméně závislý** na sociální službě. Pod tímto zorným úhlem bychom měli hodnotit činnosti, které s uživatelem plánujeme. Je navlékání korálků funkční a smysluplná činnost pro dospělého člověka? Nebo se člověku v životě lépe hodí například umět uvařit čaj nebo oškrábat brambory? Nutnou podmínkou ovšem je, aby měl uživatel možnost tyto činnosti využívat v každodenním životě. Nemá samozřejmě smysl, aby se učil například zacházet s rychlovarnou konvicí, pokud konvici nebude mít běžně k dispozici.

Podpora **samostatnosti a nezávislosti** uživatele je jedním z důležitých úkolů sociální služby (viz § 2 zákona o sociálních službách). Stane-li se člověk uživatelem sociální služby, hrozí mu často nebezpečí tak zvaného „**přepečování**“. Do pobytového zařízení například přichází člověk, který si umí uvařit menší jídlo, je schopný si částečně uklidit svůj pokoj a má celou řadu



dalších praktických dovedností. Pokud je však v zařízení automaticky zařazen do hromadného stravování a pokoj mu začne uklízet uklízečka, uživatel tyto své schopnosti postupně ztrácí. Tím se stává **závislým na poskytované službě** a začíná vyžadovat stále větší péči. Povinností sociální služby v žádném případě není dělat automaticky všechny úkony namísto uživatele a poskytovat každému plný servis bez ohledu na jeho skutečné potřeby.

V rámci individuálního plánování dochází k **vyjasnění a popsání toho, co uživatel zvládá sám** a bez podpory, co zvládá sám s částečnou pomocí okolí a které věci nezvládne vůbec a musí je místo něho udělat někdo jiný. V individuálním plánu s každým uživatelem vyjasníme a popíšeme **nutný rozsah podpory** v jednotlivých oblastech jeho života. Dále uživateli nabízíme podporu při rozvoji nových dovedností a plánujeme jednotlivé kroky, jak tohoto cíle dosáhnout.

Na tomto místě musíme zdůraznit, že rozvoj a zlepšování různých dovedností je sice důležitým, ale nikoli jediným ani hlavním cílem individuálního plánování. Někdy je plánování vnímáno **příliš výkonově** a klient je téměř nucen stále se rozvíjet a zlepšovat. Také zde by měl platit individuální přístup. V životě každého člověka jsou období, kdy se intenzivně rozvíjí. Po období učení se novým dovednostem však obvykle následuje fáze



integrace, kdy se nově získaná dovednost hlouběji upevňuje. Záleží také na životní periodě, ve které se klient nachází. Mládí je období intenzivního rozvoje, stáří je spíše obdobím integrace. Pro některého klienta je tedy důležitý rozvoj a učení se novým dovednostem, jiný klient může mít naprosto **odlišné priority**. Proto se individuální plán nemusí vždy zaměřovat na rozvoj schopností a dovedností. Důležité je, aby se plán soustředil na věci, které jsou pro klienta přínosné a skutečně důležité. Například probírat se stořítletou seniorkou její dlouhodobé rozvojové cíle by asi bylo poněkud zvláštní. U seniorů neklademe hlavní důraz na učení a rozvoj nových dovedností, ale spíše podporujeme **zachování těch stávajících**. Pokud například seniorka měla ve zvyku často péct bábovky a moučníky, je vhodné, aby v této činnosti mohla pokračovat i po příchodu do zařízení. Jinak se tato dovednost postupně vytratí, a tím se ztratí i něco velmi důležitého z jejího života.

Život v běžném prostředí nabízí **nepřeberné množství příležitostí k učení a růstu**. Tím, že je člověk zapojen například do péče o vlastní domácnost, do vaření, do praní, do nákupů apod., se učí zcela přirozeně řadu činností. Pokud tyto činnosti již umí, přirozeným způsobem si je udržuje a procvičuje. Institucionální prostředí a izolace od běžného života naopak často vede k tomu, že člověk má jen málo příležitostí rozvíjet nové dovednosti a udržovat si ty stávající.

## 2.1.4 BÝT RESPEKTOVÁN, MÍT POZITIVNĚ HODNOCENOU SOCIÁLNÍ ROLI

Můžeme si položit otázku, **jaké role v životě zastáváme**. Například: pracovník sociální služby, přítel, manželka, otec, dcera, zákazník, sportovec, sousedka, dobrá hospodyně apod. Dále si položíme otázku, jestli se jedná o role, které ostatní vnímají spíše pozitivně či negativně. Předpokládejme, že většina rolí, které zastáváte, je vnímána spíše pozitivně.

Které role jsou lidmi vnímány vyloženě negativně?  
Například:

- bezdomovec
- opilec
- zločinec
- blázen
- politik
- drogově závislý apod.



Nyní se zamysleme, **do jakých rolí má šanci vstoupit například člověk s mentálním postižením**. Má vůbec v očích běžného občana šanci na jinou roli než na roli „postiženého“? Jistě se jedná o nálepku spíše s negativním zabarvením. Proto chceme, aby nálepka „člověk s postižením“ nebo „senior“, případně „obyvatel zařízení“ nebyla tím, co daného člověka charakterizuje, aby nebyla označením jeho role. Naším cílem je, aby člověk s mentálním postižením nebo například senior měl **možnost zastávat všechny běžné a společensky kladně vnímané role**. To znamená, aby mohl běžně vystupovat v roli:

- zaměstnance (pokud je v produktivním věku)
- souseda
- zákazníka
- sportovce
- přítele nebo partnera
- návštěvníka kina apod.



Tato možnost samozřejmě souvisí s ostatními principy: aby mohl člověk zastávat hodnotné role, musí žít v běžném prostředí a musí mít příslušné kompetence. Život v běžném prostředí umožňuje lidem s postižením **zastávat v životě běžné role**. Důležitým posunem je, že člověk s mentálním postižením je vnímán jako **dospělá osoba**, občan s veškerými právy i povinnostmi. Může pak být například sousedem, protože bydlí v běžném bytě, a ne v ústavu. Může být zákazníkem, protože chodí sám nebo s asistentem nakupovat do místního obchodu. Může být sportovcem, protože s místními fotbalisty hraje fotbal. Může být kolegou z práce, protože pracuje v kuchyni místní restaurace.

Tento princip nám rovněž ilustruje, proč **účast na různých akcích ve skupině** lidí s postižením je pro účastníky **stigmatizující**. V rámci skupiny stejně postižených lidí je skoro nemožné, aby byl člověk vnímán v jiné roli, než právě v roli postiženého.

Také **lidem v seniorském věku** život v běžném prostředí umožňuje zastávat jejich obvyklé role. Je však důležité, aby i v zařízeních pro seniory, ať už to jsou pobytová nebo ambulantní zařízení, bylo uživatelům umožněno zastávat co nejvíce sociálních rolí po co nejdéle dobu.

K dosažení pozitivně vnímané sociální role napomáhá i jeden z důležitých principů individuálního plánování: plán se snažíme stavět především na schopnostech, vlohách a silných stránkách člověka, méně již zdůrazňujeme jeho nedostatky, omezení, postižení. Tato zásada souvisí i s posunem od tzv. limitačního modelu, který zdůrazňuje především omezení a limity člověka se znevýhodněním, směrem k pozitivní diagnostice, kdy si více všímáme schopností a silných stránek člověka.

### 2.1.5 MÍT MOŽNOST NAVAZOVAT A ROZVÍJET SMYSLUPLNÉ VZTAHY, ÚČASTNIT SE ŽIVOTA KOMUNITY PROSTŘEDNICTVÍM SÍTĚ SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ

Podívejme se nejdříve na plejádu našich vztahů: rodina, příbuzní, přátelé, sousedé, kolegové z práce, spolužáci ze studií, kamarádi ze sportovního oddílu a mnozí další. Jsou to lidé, se kterými jsme rádi, se kterými nás pojí různá pouta, společné zájmy a prožitky. Jsou to také **lidé, kteří nám pomohou**, když to potřebujeme, a kterým pomáháme my.

Lidé žijící v instituci mají často málo blízkých a smysluplných vztahů. Jsou obklopeni lidmi se stejným postižením a profesionálními pracovníky. Kontakt s rodinou a příbuznými je v mnoha případech špatný. Přirozené vztahy chybí. Život v běžném prostředí naproti tomu dává příležitost **navazovat a rozvíjet normální vztahy** s jinými osobami, než jsou spolubydílci a zaměstnanci sociální služby.



Oblast sociálních vztahů, jejich podpora a rozvíjení je jednou z oblastí, kterým se individuální plánování věnuje. Cílem je, aby uživatel měl dostatek vztahů i mimo zařízení sociálních služeb, aby mohl udržovat stávající vztahy a navazovat nové. Uživatel tak přestává být závislý pouze na sociální službě. Má svou podpůrnou síť, o kterou se může v případě potřeby opřít.

---

*Paní Dáša žije v chráněném bydlení. Když se do chráněného bydlení nastěhovala, neznala v obci nikoho. Postupně se však seznámila se sousedy, s prodavačkou v obchodě, s pošťačkou i se starostou. Se sousedkou, paní Novotnou, probírá čerstvé novinky a také zahrádkářské úspěchy a neúspěchy. Na své sousedy se zkouší obrátit, když potřebuje pomoci s něčím, co sama neumí, například zalepit píchlou duši od kola. Panu Novotnému se ale do lepení moc nechce. Dáša začala pracovat, takže k jejímu okruhu známých přibyli i kolegové*

z práce. Našla si také přítele v blízkém městě, který za ní pravidelně jezdí. Důležitým člověkem v životě Dáši je teta. Dříve to měla za tetou daleko, ale nyní se s ní může vídat poměrně často, někdy jezdí k tetě i se svým přítelem.

Paní Anička žije v domově pro seniory už tři roky. Předtím žila v domečku na předměstí Opavy. Z důvodu zhoršení zdravotního stavu již nemůže navštěvovat své sousedy a přátele. Její sociální síť se ale nezmenšila. Každý týden se u ní scházejí její dvě přítelkyně z bývalé práce. Velmi často za ní chodí její rodina, sousedé a známí. Paní Anička má veselou, optimistickou povahu a získala si srdce všech uživatelů domova. Často se chodí modlit za ležícími uživateli. Také má k dispozici dobrovolníka, který s ní chodí na procházky. Její rodina si ji nejméně na jeden víkend v měsíci bere domů, a paní Anička tak nemá pocit opuštěnosti.

## 2.2 VYMEZENÍ ROZSAHU, NÁPLNĚ A PRŮBĚHU SLUŽBY

Při poskytování sociálních služeb existují různé strategie a přístupy. S ohledem na individuální plánování stojí za zmínku dva základní rozdílné přístupy:

- **plošná péče**
- **cílená podpora**

Cílem individuálního plánování je právě **plánování cílené podpory namísto plošné péče**.

### 2.2.1 PLOŠNÁ PÉČE

Poskytovatel má službu sestavenou jako určitý balíček různých dílčích služeb, aktivit, činností a úkonů. Každý uživatel dostává tento **balíček v prakticky neměnné podobě**. Například pobytová služba se v tomto plošném pojetí sestává z ubytování, celodenní stravy, zajištění úklidu, praní, pomoci při hygieně a sebeobsluze, z nabídky několika volnočasových aktivit atd. Každý uživatel této služby je tedy standardně ubytován, dostává celodenní stravu, je mu poskytován úklid, praní a další potřebná pomoc. Tento způsob poskytování služby byl **v minulosti typický** především pro velká ústavní zařízení. V současnosti se i tato zařízení snaží služby individualizovat.



Individuální plánování je především nástrojem k poskytování cílené podpory. Pokud poskytujeme službu plošně (tj. každému v podstatě stejně, bez ohledu na jeho potřeby a schopnosti), je individuální plánování tak trochu nadbytečné a stává se povrchní a formální činností. Co můžeme individuálně plánovat, pokud je podoba služby daná a je v podstatě neměnná? V tomto pojetí se individuální plánování soustředí spíše na detaily v životě uživatele, na plánování výletů a vycházek nebo na nácvik nových dovedností. I to může být pro uživatele určitým přínosem, ale není to hlavním cílem individuálního plánování.



Následující obrázek ve zjednodušené podobě ukazuje typický balíček služeb pobytového zařízení. V tomto příkladu je každému uživateli poskytována služba v téměř stejné podobě:

snídaně	svačina	oběd	svačina	večeře
bydlení	drobný úklid	velký úklid	praní	žehlení
údržba	práce	volnoč. aktivity	učení se	samost. pohyb
komunikace	hospodaření	nákupy	ochrana práv	kulturní akce
podávání léků	rehabilitace	terapie	hygiena	atd.



## 2.2.2 CÍLENÁ PODPORA

Druhý způsob poskytování sociální služby je založen na tom, že každý uživatel má sestaven svůj **jedinečný balíček služeb**, které potřebuje. Jinými slovy, každý uživatel služby má svůj jedinečný individuální plán služby, plán podpory. Uživatel s lehkým postižením má svůj balíček malý. Bydlí sám, potřebuje jen občasnou pomoc s domácími pracemi. Uklízí si sám. Od poskytovatele odebírá oběd, ale snídaně a večeře si připravuje samostatně. Potřebuje pomoc s hospodařením s penězi a při vyřizování věcí na úřadech. Naproti tomu uživatel s těžkým postižením má svůj balíček služeb podstatně větší. Využívá v podstatě téměř vše, co poskytovatel nabízí, některé činnosti a terapie jsou zajišťovány i externě. Každý uživatel má tedy jiný, individuálně sestavený balíček služeb. **Některé balíčky jsou poměrně malé, jiné jsou velmi obsáhlé.**

Při plánování cílené podpory se zaměřujeme také na to, **jakou formou a v jakém rozsahu** podporu v určité oblasti poskytujeme. Například podpora v oblasti praní může vypadat velice různě:

- uživateli se pere všechno prádlo v prádelně
- uživateli se pere větší prádlo v prádelně, některé menší kusy prádla si pere sám
- uživatel si sám prádlo roztřídí a dá do pračky, správný program ale musí nastavit pracovník
- prádlo v pračce pere pracovník, uživatel si ho sám věší na šňůru
- uživatel se za pomoci pracovníka učí prát v pračce
- uživatel si sám pere své prádlo v pračce, pomoc potřebuje pouze pokud pračka nefunguje správně

Uživatel s lehkým postižením a malou potřebou podpory – jeho balíček služeb je poměrně malý (hnědě označená plocha):

snídaně	svačina	oběd	svačina	večeře
bydlení	drobný úklid	velký úklid	praní	žehlení
údržba	práce	volnoč. aktivity	učení se	samost. pohyb
komunikace	hospodaření	nákupy	ochrana práv	kulturní akce
podávání léků	rehabilitace	terapie	hygiena	atd.

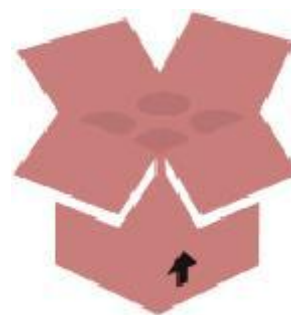


Uživatel se střední potřebou podpory – jeho balíček služeb je poměrně rozsáhlý, využívá velkou část toho, co zařízení nabízí:

snídaně	svačina	oběd	svačina	večeře
bydlení	drobný úklid	velký úklid	praní	žehlení
údržba	práce	volnoč. aktivity	učení se	samost. pohyb
komunikace	hospodaření	nákupy	ochrana práv	kulturní akce
podávání léků	rehabilitace	terapie	hygiena	atd.



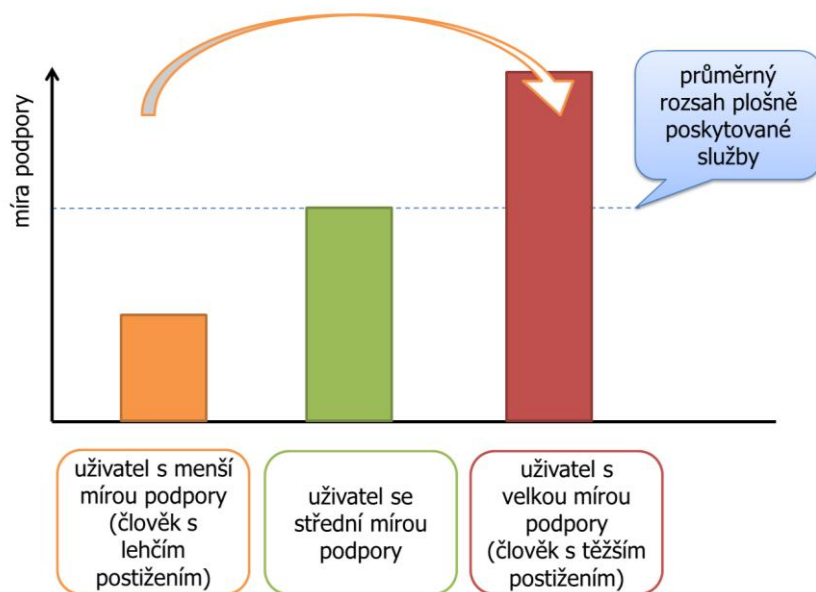
Uživatel s hlubokým postižením a s velkou mírou podpory – vidíme, že tento uživatel potřebuje i některé služby a terapie, které poskytovatel běžně ve svém zařízení nenabízí, je nutno je zajišťovat externě:



Pokud je služba poskytována plošně, dochází obvykle k následujícímu efektu:

- uživatelé s **lehčím postižením** zpravidla dostávají **více služeb**, než by nezbytně potřebovali. Jsou takzvaně „přepečováni“. Například i uživatelům, kteří by zvládli sami uklidit a vyprat, uklízí uklízečka a prádlo jim pere prádelna. Tito uživatelé po čase ztrácejí své dovednosti i motivaci postarat se sám o sebe. Někteří zleniví a stávají se závislími na sociální službě.
- uživatelé s **hlubokým postižením** nebo s vysokou mírou potřeb obvykle dostávají **méně služeb**, než by vzhledem ke svému postižení potřebovali. Není dostatek času na individuální činnosti, speciální terapie, rozvoj alternativní komunikace apod.

Vidíme tedy, že plošně poskytovaná služba nevyhovuje dvěma velkým skupinám uživatelů, kteří někdy mohou tvořit i většinu z celkového počtu. Cílem individuálního plánování je odstranit právě tento nesoulad. Obvykle zjistíme, že samostatnějším uživatelům je možné poskytovat služby v nižším rozsahu, a tím i podpořit jejich samostatnost. Čas, který takto získáme, pak můžeme věnovat uživatelům s těžkým postižením.



Jedním z důležitých cílů individuálního plánování je tedy **ujasnění cíle, rozsahu, náplně a průběhu služby** u každého jednotlivého uživatele a **poskytování cílené podpory namísto plošné péče**. V procesu plánování si u každého uživatele ujasníme, co přesně od nás potřebuje. Individuální plán pak popisuje rozsah a náplň „balíčku“ služeb, který konkrétní uživatel od poskytovatele dostává.

## 2.3 ZAJIŠTĚNÍ POZORNOSTI A INDIVIDUÁLNÍHO PŘÍSTUPU PRO KAŽDÉHO UŽIVATELE

Individuální plánování zajišťuje, že potřebám a přáním každého uživatele bude věnována pozornost. Někteří uživatelé, kteří mají například těžší postižení, špatně komunikují a nijak na sebe neupozorňují, mohou zůstat **na okraji zájmu** personálu a mohou být vnímáni pouze jako členové skupiny nebo oddělení. Individuální plánování nám poskytuje nástroje, jak zjišťovat přání a nenaplněné potřeby i u těch uživatelů, kteří komunikují pouze obtížně, nebo verbálně nekomunikují vůbec. Rovněž přidělení klíčového pracovníka zajišťuje každému uživateli, že jeho **potřeby budou lépe vnímány** a že personál bude hledat cestu k jejich naplnění. Každý konkrétní jednatel se dostává **do centra pozornosti personálu**.

*Pečovatelka chce vyvést paní Doru K., starou paní z domova pro seniory, na vycházku a nalézá ji, jak plácne přede dveřmi. V rozhovoru vychází najevo, že Dora K. má úzkosti, kdykoli se ostatní hádají. Tehdy by vždycky nejraději utekla nebo se propadla pod zem. Od té doby ošetřující personál více na Doru K. dbá, když na oddělení začne nějaká hádka. Promluví s ní pár slov nebo ji odvedou stranou. Díky tomu se Dora necítí natolik vydána na pospas své úzkosti. (Pörtner, 2009)*



## 2.4 SDÍLENÍ INFORMACÍ V TÝMU

Proces individuálního plánování je **týmovou záležitostí**. V rámci plánovacích schůzek mají členové týmu prostor ke **sdílení důležitých informací**, které se týkají práce s určitým klientem. Pokud toto společné setkávání nad individuálními plány není zavedeno, stává se celkem běžně, že každý pracovník zná pouze část důležitých informací týkajících se klienta, jiný pracovník zná pak zase část jinou. Teprve sdílením těchto informací v týmu získají pracovníci **celistvější pohled na situaci klienta**.

Individuální plán by měl obsahovat **základní nejdůležitější informace** týkající se uživatele a způsobu, jak je mu poskytována služba. To je důležité jak pro personál, tak pro uživatele. Z pohledu personálu je výhodné najít vše důležité na jednom místě. S uživatelem mohou pracovat pracovníci různých úseků nebo oddělení, a pak může být předávání informací problémem. Často také o uživateli vedou různí pracovníci různé záznamy. Individuální plán by měl tyto **informace propojovat**. Z pohledu uživatele je rovněž



výhodné, pokud nemusí jednu a tutéž informaci (např. kdy chci vstávat, jakým způsobem si přeji pomoc při hygieně atd.) sdělovat opakovaně různým členům personálu. Také při zaškolování nových zaměstnanců je v zájmu uživatele, aby se o něm nový zaměstnanec dozvěděl důležité informace uceleně a nemusel je skládat dohromady z různých střípků sám.

Informace soustředěné v individuálním plánu mají velký význam také při **zajišťování kontinuity poskytované služby**. Je přirozené, že pracovníci se čas od času mění, odcházejí z týmu nebo z organizace a přicházejí noví. Byla by však chyba, kdyby s pracovníky odcházely i důležité informace o uživateli. Proto je kvalitní vedení dokumentace v rámci individuálního plánování důležité i z dlouhodobého hlediska.

---

*Úroveň sdílení informací může být velmi rozdílná i v rámci jednoho zařízení. Domov pro osoby se zdravotním postižením ve městě B. disponuje dvěma budovami v různých částech města. Uživatelé mají převážně těžké mentální postižení. V první budově si pracovníce předávají informace o uživateli „mezi dveřmi“, při předávání služby. Mají na to velmi málo času. Společné porady týmu se konají zhruba jednou za tři měsíce a jsou z větší části věnovány organizačním otázkám. V individuálních plánech se nevyskytují žádné průběžné zápisy. To je stav informačního vaku, kdy se řada důležitých informací ztrácí, a práce s uživatelem je pak komplikovanější. Není náhoda, že při řešení obtížných situací používá personál v této budově i nepovolené restriktivní prostředky. Ve druhé budově je situace o mnoho lepší. Personál má na předávání služby více času. Každé dva týdny se koná schůzka, kde se probírá situace každého jednotlivého uživatele. Klíčové pracovníce si průběžně zapisují do individuálních plánů své postřehy, pozorování a důležité události týkající se uživatele. Nápady k práci s jednotlivými uživateli pak probírají na společné schůzce.*

## 2.5 OBJEVENÍ A ZAPOJENÍ DALŠÍCH ZDROJŮ

Individuální plánování nekončí na hranicích dané sociální služby, ať už tím myslíme hranice areálu nebo budovy, kde je služba poskytována, nebo hranice obvyklé nabídky služby. Sociální služba by **neměla kompletně zajišťovat všechny potřeby uživatele**. Tento stav totiž často vede k závislosti uživatele na službě i k jeho izolaci. Využívání jiných služeb a zdrojů uživateli vždy přináší **rozšíření jeho vztahů, aktivit**, kterým se může věnovat, i **rozmanitost prostředí**, do kterého se dostává.

Zapojení dalších zdrojů můžeme chápat mnoha způsoby. Může se jednat o další služby a zdroje, které uživatel využívá společně s naší službou, nebo o návazné služby a zdroje, které bude uživatel využívat po ukončení naší služby. Co všechno může být „dalším zdrojem“, který může uživatel využívat?

- jiná sociální služba
- běžné služby (holič, kadeřník, knihovna, pošta, restaurace, obchod, hromadná doprava, bazén apod.)
- různé druhy terapií, rehabilitace, masáže apod.
- škola, vzdělávací aktivity
- zaměstnání, pracovní aktivity
- běžné spolky a sdružení (skauti, fotbalisté, myslivci, hasiči, rybáři...)
- přirozená sociální síť – lidé, s kterými je uživatel v kontaktu a kteří tvoří jeho zázemí (rodinní příslušníci, sousedé, spolupracovníci, přátelé...)

---

*Uživatelé centra denních služeb byli léta zvyklí obědovat přímo v centru. Nejprve se přímo v centru vařilo, potom se začaly obědy dovážet. Nakonec se centrum přestěhovalo a v nových prostorách již nebylo dostatek místa pro kuchyň a jídelnu. Uživatelé centra tedy začali na oběd chodit do nedaleké hospůdky, stejně tak jako zaměstnanci z okolních kanceláří. Jako pravidelní hosté brzy navázali dobrý kontakt s personálem a majitelem restaurace. Obědy se staly zdrojem zcela nových zážitků.*

---

## 2.6 ŘEŠENÍ OBLASTI PŘEKÁŽEK A RIZIK

Moderní sociální služby kladou důraz na podporu autonomie, samostatnosti a vlastního rozhodování uživatele. Uživatel se může dostat i do situace, která pro něj znamená určité riziko. V rámci individuálního plánování tato **rizika zkoumáme a vyhodnocujeme**, abychom uživateli mohli **poskytnout maximální míru samostatnosti a zároveň zajistili i jeho bezpečí**.

Individuální plán ovšem pomáhá řešit i **překážky jiného typu**. Uživatel by například rád pracoval v nedalekém městě. Toto jeho přání však naráží na několik překážek, například způsob dopravy. Dosud sám necestoval hromadnými prostředky, ačkoliv jeho schopnosti jsou dostatečné. Individuální plán mu může pomoci se s touto překážkou vyrovnat.

---

*Pan Miloš se stal klientem chráněného bydlení. Asistenti postupně zjistili, že pan Miloš je velmi schopný. Jeho otec ale vyžadoval naprostou kontrolu. I při činnostech, které již Miloš zvládal sám. Asistenti přesto společně s panem Milošem začali s pomalými krůčky k osamostatňování. Nejdříve s otcem dohodli, že Miloše připraví na samostatnější cestování domů. Dříve čekal otec na Miloše na jedné zastávce v metru, kam s Milošem dojel asistent a Miloše otci předal. Prvním krokem tedy byl plán, že Miloš vystoupí z metra sám a na otce sám počká. Byla dohodnuta různá opatření. Na začátku osamostatňování asistenti vždy volí spíše více opatření. V tomto případě např. asistent otci volal, že už jsou na cestě, první týden čekal na zastávce také asistent, kterého Miloš neznal. Asistenti probírali s Milošem všechny možné situace a využili i techniku „hraní rolí“ jako přípravu na nejrůznější události: co když někdo cizí Miloše osloví, přijde revizor, otec nedorazí apod. Miloš měl také mobilní telefon. Nejdříve uměl pouze přijmout hovor. Asistent Milošovi volal zhruba po patnácti minutách, zda je vše v pořádku. Po takové přípravě a při takovém zabezpečení otec souhlasil. Dovedl si tento krok představit. V průběhu měsíců a let následovaly další a další kroky postupného snižování rozsahu asistence. Po deseti letech klient nejen jezdí za otcem sám, ale umí dojet sám i kamkoliv v Praze.*

*Pan Josef byl celý život velice aktivní. Hrál fotbal, rád chodil do lesa na houby nebo se jen tak procházel. Do domova pro seniory přišel před rokem. Každý den chodil na procházky do parku nebo jen kolem domova. Jednou se stalo, že se mu na procházce udělalo špatně a pan Josef zkolaboval. Skončil v nemocnici s podezřením na slabou mozkovou příhodu. Po návratu se pan Josef pomalu dostával do své původní formy. Jen na procházky se bál chodit. Trápilo ho to, ale neuměl ten strach překonat. Jeho klíčová pracovnice s ním celou situaci probrala a vymysleli spolu plán, jak začít opět chodit ven. První týdny chodil ven pouze s dobrovolníkem a jen kolem domova. Pak začali dělat delší procházky. Po dvou měsících šel pan Josef poprvé po dlouhé době sám do parku. V kapse měl krizovou kartičku s adresou a telefonním číslem pro případ nouze, v ruce vycházkové hole. Za ním šel opatrně dobrovolník, kterého pan Josef neznal. Věděl, že tam někdo bude, kdo na něj dohlédne, ale nevěděl, kdo to je. Vycházka dopadla dobře. Pan Josef byl obeznámen, co má dělat, když se mu udělá špatně. Nosí u sebe také mobilní telefon s tlačítkem SOS. Stačí zmáčknout a personál v domově ví, že se panu Josefovi něco děje. Pan Josef se pomalu zbavil strachu z pádu a dnes si užívá své pravidelné procházky.*

---

## **2.7 SLEDOVÁNÍ POKROKŮ V PRÁCI S UŽIVATELEM**

Pokrok uživatele není jediným cílem sociální služby nebo individuálního plánování. U některých uživatelů, jako jsou například senioři, může být přehnané zaměření na pokrok, aktivizaci a rozvoj dokonce kontraproduktivní. U celé řady uživatelů však k určitému pokroku v jejich situaci dochází a je povzbuzující pro personál i pro uživatele samotného si čas od času tento pokrok uvědomit. Ne nadarmo horolezci při přestávkách ve výstupu čerpají sílu pohledem do údolí, pohledem na cestu, kterou se jim podařilo ujit.

## 2.8 HODNOCENÍ ÚČINNOSTI SLUŽBY

Proces individuálního plánování dává důležitá vodítka i poskytovateli služby při hodnocení kvality a účinnosti služby. Daří se službě reagovat na potřeby jednotlivých uživatelů? Podporuje služba uživatele tak, aby dosahovali svých cílů? Přispívá služba k většímu sociálnímu začlenění uživatelů?

Výstupy z individuálních plánů jsou důležitým **impulzem pro další rozvoj služby**. Strategické a rozvojové plány zařízení by neměly vznikat pouze v kancelářích ředitele nebo zřizovatele. Individuální plány jsou i důležitou **zpětnou vazbou**, nakolik se sociální službě daří naplňovat její **poslání a cíle**, které věci fungují dobře a ve kterých oblastech by bylo dobré uvažovat o změnách. Při individuálním plánování můžeme zjišťovat, že cíle a preference uživatelů se postupem času mění. V návaznosti na to by se měl proměňovat i způsob poskytování služeb. To zahrnuje i průběžné upřesňování a korigování poslání a cílů poskytovatele sociální služby.



# 03 ZÁSADY INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

-----  
Jak dobře individuálně plánovat

### 3. ZÁSADY INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

Marie sedí ve vlaku a z okna sleduje ubíhající krajinu. Vzpomíná na minulé dva dny. Byl to již třetí kurz individuálního plánování, který za poslední dva roky navštívila. Kurz se jí líbil, bylo to zajímavé, mohla si vyzkoušet i různé techniky plánování. Jenom si není moc jistá, jestli teď nemá v hlavě ještě větší zmatek, než když v centru Javor začínala a seděla nad prvními plány. Problém je v tom, že na každém kurzu se dozvěděla něco jiného. Po prvních dvou kurzech svoje plány vždycky trochu předělala. Teď už nemá sílu zase něco vylepšovat. Co v plánu má být a co v něm být nemá? Jaký způsob zapisování je nejlepší? Co když nějaký uživatel nemluví nebo nechce plánovat? Tři kurzy, tři lektorky, tři odlišné názory. Co si z toho má Marie vybrat? Na kurzu se to zdálo celkem snadné, všechno do sebe zapadalo. Marii to dokonce i docela bavilo. Ale teď zjišťuje, že vlastně přesně neví, co má s těmi plány podniknout. Jedno ví ale jistě: na další kurz o individuálním plánování se v dohledné době zaručeně nechystá.

V České republice se v současnosti můžeme setkat s **různými přístupy** k individuálnímu plánování. Plánování má dosud v mnoha zařízeních charakter výchovný, terapeutický nebo ošetřovatelský. Zároveň se však na mnoha místech začíná prosazovat **přístup zaměřený na člověka** (Person-centered planning). Tento přístup se rozvinul v 80. letech minulého století a v mnoha zemích se od té doby prosadil jako převládající koncept v individuálním plánování. Můžeme se setkat i s jinými styly individuálního plánování, které jsou ovlivněny například gestalt přístupem nebo systemickým přístupem. Tato publikace není zaměřena výlučně na plánování zaměřené na člověka. Nicméně řada důležitých zásad, informací i pracovních technik, se kterými se seznámíte, je inspirována právě tímto konceptem.

Každé zařízení sociálních služeb si obvykle hledá svůj přístup k individuálnímu plánování. Neexistuje jeden způsob, který by pro všechny byl ten pravý a nejlepší. Je jasné, že způsob plánování se bude lišit v závislosti na typu poskytované služby, cílové skupině apod. Rovněž i v rámci jednoho zařízení bude zřejmě nutné volit pro různé uživatele různé techniky a postupy při plánování.

Ať již zvolíme v individuálním plánování jakoukoliv cestu, měli bychom vycházet z určitých obecnějších zásad. Budeme pravděpodobně chtít, aby individuální plánování bylo:

- **užitečné** pro jednotlivé **uživatele**
- **užitečné pro pracovníky**, kteří službu poskytují
- **zábavné a tvořivé**
- zaměřené na práci s klientem, **propojené s každodenním životem**

Pokud chceme, aby individuální plánování mělo **smysl** a naplňovalo svůj **účel**, je potřebné, abychom se drželi zásad, které se v procesu individuálního plánování osvědčují. Čím více z těchto zásad se nám podaří uvést do života, tím přínosnější bude individuální plánování pro uživatele i pro pracovníky. Zásady, se kterými se budeme seznamovat, tedy nejsou žádnými formálními požadavky. Naopak shrnují zkušenosti z praxe, které nám při plánování mohou pomoci.



Následující seznam vyjmenovává **nejdůležitější zásady**, které nám mohou pomoci dobře individuálně plánovat. Jednotlivými zásadami se budeme podrobněji zabývat dále:

- plán se týká toho, co člověka zajímá, **co je pro něj důležité**
- plán vychází ze **silných stránek** a možností člověka, nezaměřuje se na problémy, ale na **hledání cest k řešení**
- důležitý je **proces plánování** (komunikace a kontakt s klientem, práce v týmu, zaměření na potřeby člověka), plán na papíře je výsledkem a záznamem tohoto procesu (**proces je důležitější než papír**)
- individuální plánování je **týmová práce**
- člověk je v centru plánování, je součástí týmu, má aktivní roli: „**já plánuji**“ (ne „pro mě se plánuje“)
- proces plánování i výsledný plán je všem **srozumitelný** (jednoduchost, srozumitelnost)
- dobrá **komunikace** a dostatek informací je základ úspěchu
- neplánujeme **příliš mnoho věcí najednou**
- plánování vyžaduje **dostatek času a vhodný prostor**
- po sepsání plánu s plánem **dále pracujeme** (nezaložíme ho do šanonu)
- forma a způsob plánování musí **odpovídat danému člověku** (uživateli) i typu služby



---

„Plánování zaměřené na člověka je přístup, který má lidem s postižením poskytnout větší možnosti. Vytváří komplexní představu o tom, jaký člověk je a co chce se svým životem dělat. Spojuje všechny lidi, kteří jsou pro daného člověka důležití: členy rodiny, přátele, sousedy, pracovníky poskytující podporu a další odborníky. To pak umožňuje dosáhnout většího začlenění a nezávislosti.“

Julia Lunt, Helen Sanderson Associates

---

### 3.1 PLÁN SE TÝKÁ TOHO, CO ČLOVĚKA ZAJÍMÁ A CO JE PRO NĚJ DŮLEŽITÉ

Tato zásada vypadá jako něco naprosto samozřejmého. Čím jiným by se plánování mělo zabývat než tím, co je pro klienta důležité a co ho zajímá? V praxi však při uplatňování této zásady narážíme na některá úskalí. Pokud se nám nepodaří těmito úskalím vyhnout, může se stát (a často se to stává), že individuální plán se začne vzdalovat tomu, co je pro klienta skutečně podstatné.

Co nás může odvádět od toho, co je důležité pro klienta? Zde je výčet několika častých problémů:

- **nedostatečná znalost klienta:** první otázkou je, zda skutečně víme, co klient chce, co vnímá jako důležité. Někdy to nebývá na první pohled patrné. Klient se například přizpůsobil životu v zařízení a říká, že nic nechce. Ve skutečnosti to ale nemusí být pravda. Individuální plánování nám umožňuje lépe poznat člověka, se kterým pracujeme. Poznat jeho potřeby, touhy a přání. Pochopit, jak vypadá jeho svět. Poznat, co je pro tohoto člověka důležité, co potřebuje ke spokojenosti. Jde tedy o prohloubení vzájemného vztahu, o lepší pochopení a poznání jeho potřeb. Teprve na základě tohoto pochopení může pracovník začít uvažovat, jak člověka podpořit, jak s ním spolupracovat, jak mu pomoci v dosažení toho, co tento člověk chce
- **problémy v komunikaci:** někteří lidé nekomunikují verbálně, a je tedy těžší zjistit, co je zajímavé a co je pro ně důležité. Pro tyto lidi může být individuální plánování velkým přínosem. Možná si zatím málokdo položil otázku, co je pro tohoto člověka s těžkým postižením skutečně důležité. V rámci individuálního plánování získává klient prostor, kdy se celý tým především na základě pozorování a předchozích kontaktů s klientem snaží hledat odpovědi. Kromě pozorování je možné využít u lidí, kteří verbálně nekomunikují, i různé další techniky a přístupy
- **pocit odborné převahy pracovníků:** zvláště u lidí s mentálním postižením nebo s demencí mohou pracovníci nabýt dojmu, že vědí, co je pro klienta dobré lépe, než sám klient. To může být v některých případech pravda. Například klient nechápe význam medikace, pracovník však ví, že bez této medikace by byl ohrožen klientův život a že užívání léků je v jeho zájmu. V oblasti zdraví a bezpečnosti musí pracovník dbát na to, aby klient nebyl nepřiměřeně ohrožen. Problém může nastat ve chvíli, kdy pracovník začíná příliš uplatňovat svůj názor i v dalších oblastech: jak má klient trávit svůj den, jakým se má věnovat aktivitám, jak má pečovat o svůj zevnějšek nebo o svůj pokoj, v jakých oblastech by se měl rozvíjet apod.
- **zasahování rodiny:** také rodinní příslušníci mají někdy tendenci příliš prosazovat svůj názor a určovat, co je pro klienta „dobré“. Názor rodiny je jistě důležitý, ale pokud se dostane do rozporu s názorem klienta, mělo by být určující, jak věci vnímá klient
- **„přesilovka“:** plánování je týmová práce. Nad individuálním plánem se obvykle seje tým pracovníků společně s klientem, někdy i rodinný příslušník a další lidé. V této situaci, i když to všichni myslí dobře, může být pro klienta velmi těžké vyslovit a uhájit svůj názor. Pracovníků je mnoho, klient je sám. Navíc bývá často znevýhodněn určitým postižením, problémy v komunikaci apod. Schůzka může být pro klienta příliš



dlouhá a málo srozumitelná. Může se proto stát, že klient nakonec na všechno kývne a ve výsledném plánu se více prosadí názory pracovníků a rodiny, než pohled klienta

- **výchovné, případně ošetrovatelské pojetí plánování:** v mnoha sociálních službách dosud panuje určitý výchovný přístup k uživatelům. To je dáno především historicky. V rámci ústavního modelu služeb byli například lidé s mentálním postižením vnímáni jako „velké děti“ s ohledem na svůj mentální věk. Služby byly zaměřeny převážně medicínsky nebo výchovně. I dospělý člověk byl v podstatě celý život vychováván. Za tímto účelem existovaly v ústavech různé druhy výchov: smyslová, rozumová, tělesná, hudební, výtvarná... S podobným přístupem se můžeme setkat i u seniorů. Obyvatelům domova pro seniory je například v rámci aktivizace nebo ergoterapie nabízeno skládání dětských kostek. Také výroky typu „vy nás dneska ale zlobíte, pane Nováku“ připomínají výroky rodičů směrem k dítěti. Toto pojetí nezřídka vede k tomu, že personál vnucuje uživatelům rozvojové a aktivizační cíle, o které uživatelé sami nemají žádný zájem. Cíl je vnímán dokonce jako určitý závazek. Pokud však například senior preferuje především klidné prožití zbývajících let života, je toto jeho přání důležitým východiskem pro další plánování. Uživatel může svůj cíl změnit nebo cíl opustit. Je zcela proti duchu individuálního plánování kárat uživatele nebo pracovníky, že se jim nepodařilo včas splnit všechny stanovené cíle. Model sociálního začlenění zdůrazňuje především dospělou roli uživatele. Úlohou sociální služby tedy není výchova již dospělých jedinců. Sociální služba má za úkol umožnit uživatelům, aby žili stejným způsobem života jako ostatní dospělí lidé jeho věku.



V některých pracovnících může přetrvávat pochybnost: vždyť přece například vysokoškolsky vzdělaný sociální pracovník může posoudit určitou situaci v mnoha ohledech lépe než člověk s mentálním postižením nebo s demencí. To může být v některých případech pravda. V sociálních službách v České republice však panuje silný **zvyk rozhodovat příliš mnoho věcí namísto klienta**, zasahovat do jeho rozhodování i tam, kde to není nutné, bez dostatečného poznání klientovy vůle. Důležité je směřovat spíše k **partnerskému přístupu** mezi klientem a pracovníkem.

Do individuálního plánování zcela jistě patří **každodenní maličkosti, zvyky a rituály**, které jsou pro uživatele důležité. Pokud je někdo například zvyklý dát si po ránu kávu a vykouřit cigaretu, může mu znemožnění tohoto malého zvyku vážně narušit spokojené prožívání celého dne. Individuální plán by měl proto tyto důležité „maličkosti“ obsahovat. Plán by měl vytvářet prostor, aby si uživatel mohl co nejvíce svých původních zvyklostí zachovat i při využívání sociální služby.

Co můžeme udělat, aby byl plán zaměřen na to, co klienta zajímá a co je pro něj důležité:

- **poznávat a mapovat**, co je pro klienta důležité: toto mapování obvykle probíhá v první fázi individuálního plánování; jeho výsledkem je osobní profil, který shrnuje informace o tom, co má klient rád, co ho baví a těší, co nemá rád, jaké jsou jeho silné stránky, s čím potřebuje pomoci apod.

- **rozlišovat, co je důležité z pohledu klienta a co je důležité z pohledu okolí:** pracovníci by měli cíleně rozlišovat, co vnímá jako důležité klient a co je spíše názor okolí (pracovníků, odborníků, rodiny). Například pro klienta je důležité, aby se pořádně najedl a aby dostával jídla, která má rád (např. svíčkovou s pěti knedlíky). Z pohledu okolí se může jevit jako důležité, aby klient zhubnul a jedl zdravěji (např. zeleninové saláty). Vidíme, že pohled klienta a jeho okolí může být protikladný. I když názor okolí má svoji důležitost, měli bychom při individuálním plánování v co největší míře vycházet z pohledu klienta a dbát na to, aby jeho pohled nebyl zastíněn názory okolí. Uplatňování této zásady neznámá, že sociální služba musí automaticky klienta podpořit ve všem, co označí jako důležité. Individuální plánování je vždy proces vyjednávání a hledání shody. Podstatné ale je, aby názor klienta a jeho preference byly v tomto procesu maximálně respektovány.



- **rozlišovat, co je problém klienta a co je problém okolí:** pokud řešíme v individuálním plánu nějaký problém, měli bychom jasně vnímat, zda je tato věc problémem pro klienta, anebo zda problém vnímá spíše okolí. Čí problém řešíme? Když navážeme na předchozí příklad, nadváhu vnímá jako problém okolí, klient zatím ve své váze problém nespatřuje. Naopak klient vnímá jako velký problém, pokud je omezován ve své stravě. V individuálním plánu bychom se měli zaměřit především na problémy klienta a méně na problémy okolí. Výjimkou by samozřejmě bylo, kdyby klient svým chováním nějakým způsobem přímo omezoval nebo ohrožoval osoby ve svém okolí.
- dbát na to, aby **cíle v individuálním plánu byly skutečně cíle klienta**, nikoliv cíle pracovníků nebo rodiny
- pokládat si v průběhu plánování otázku, zdali to, čím se zabýváme, je skutečně pro klienta důležité a bude to **přínosem v jeho každodenním životě**.

---

*„Plánování zaměřené na člověka je proces, při kterém neustále nasloucháme a učíme se, zaměřujeme se na to, co je pro určitého člověka důležité z jeho pohledu nyní i do budoucna a podle toho jednáme společně s rodinou a přáteli.“*

Helen Sanderson

---

## 3.2 PLÁN VYCHÁZÍ ZE SILNÝCH STRÁNEK A MOŽNOSTÍ ČLOVĚKA

Individuální plánování můžeme začít dvěma způsoby. První způsob je zaměřit se hned od počátku na omezení, problémy, nedostatky, případně diagnózy uživatele a na jejich řešení. K tomuto přístupu nás svádí skutečnost, že uživatel zpravidla vyhledá službu právě proto, že má nějaký problém nebo omezení, a očekává od sociální služby, že mu pomůže tento problém řešit.

O mnoho lepší možností je věnovat na počátku plánování pozornost spíše silným stránkám a schopnostem klienta. Zaměřit se na to, co klient umí, ví, dokáže, v čem je dobrý, co ho baví. Na těchto věcech pak stojí individuální plán a další práce s klientem. Jinými slovy, **silné stránky klienta se stávají odrazovým můstkem pro další plánování. V individuálním plánování nás více zajímají možnosti klienta než jeho omezení.**

Jak začínáte individuální plánování vy? Udělejme malý pokus. Vezměte si do ruky desky s individuálním plánem klienta, jehož jste klíčovým pracovníkem (opravdu si pro ně dojděte...). Nyní desky otevřete a podívejte se, jaké informace se čtenář plánu dozví **jako první**. Dozví se o vašem klientovi na prvních stránkách spíše jaké má problémy, diagnózy a zdravotní omezení? Nebo se dozví v čem je dobrý, co má rád, o co se zajímá a co ho baví? Mnoho individuálních plánů začíná výčtem problémů, zdravotních komplikací, zkrátka omezeními. Pokud váš plán začíná také takto, příliš se tím netrapte, není to výjimka. Bylo by však dobré to změnit.

Orientace na omezení a problémy se projevuje i ve chvíli, kdy o klientovi hovoříme. Mnozí pracovníci, kteří chtějí například na kurzu či semináři popsat situaci svého klienta, začínají slovy: „Jedná se o pana Nováka, 32 let, střední mentální postižení, nekomunikuje, je epileptik.“ Nikdo z účastníků kurzu se však ostatním v úvodu nepředstaví tak, že by řekl své jméno, příjmení, prodělané nemoci a výšku svého IQ.

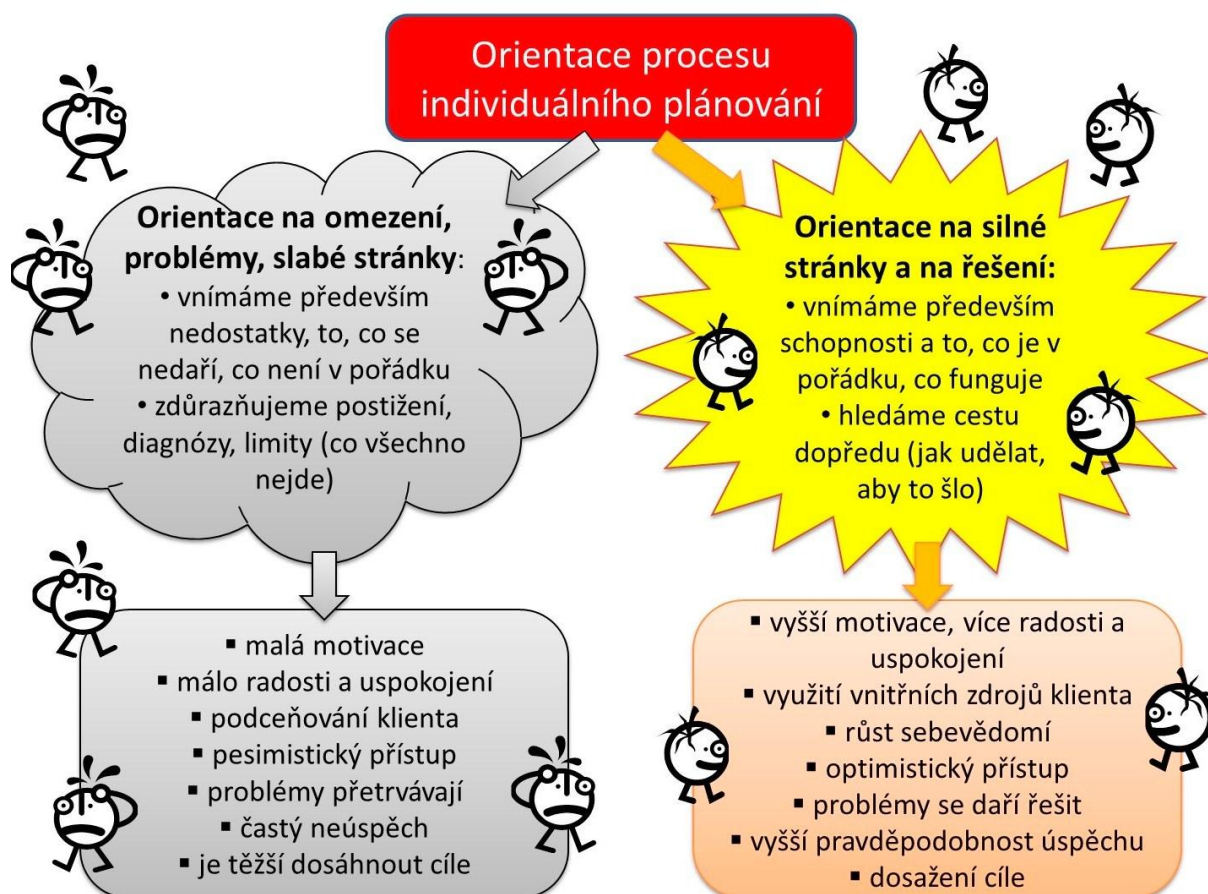
Jistě nechceme problémy klienta bagatelizovat nebo přehlížet, předstírat, že neexistují. Jde však o to, aby se problémy a omezení nestaly v očích pracovníků hlavní charakteristikou klienta. Přílišné zaměřování na problémy hned od počátku plánování může vést k několika nežádoucím důsledkům. Obraz, který si v mysli o uživateli vytvoříme, může být poměrně **pochmurný a pesimistický**: vidíme převážně samé problémy. Ve své mysli si vytváříme o klientovi obraz, který je výrazně limitující. Tento limitující obraz může klienta velmi omezovat. **Může to být pracovník (nebo například rodič), který limituje klienta už jen představou, co všechno klient nezvládne a nedokáže.**

Navíc to, čemu věnujeme pozornost na začátku, ovlivňuje pak vnímání všech dalších informací (**efekt prvního dojmu**). Máme tedy sklon vidět situaci uživatele spíše s negativním zabarvením. Tím vzniká v naší mysli určitý filtr, skrze který vnímáme další, někdy i pozitivnější informace o klientovi.

Navíc to, čemu věnujeme svou pozornost, zpravidla posilujeme. Zde tedy můžeme nechtěně posilovat problém, který se snažíme řešit. Tím můžeme vytvářet **bludný kruh neúspěchu**: věnujeme svoji pozornost problémům, které však přetrvávají a nemizí. Orientace na problém často nevede k podstatnému zlepšení situace, k dosažení úspěchu a pocitu spokojenosti.

Proto je daleko účinnější zaměřit se v procesu individuálního plánování **nejprve na silné stránky uživatele**, na jeho možnosti, na to, co má rád, v čem je dobrý, co se mu povedlo i v minulosti. Od zaměření na problém se posouváme k **zaměření na řešení**. Už jenom hledání a popis silných stránek uživatele nás vede k tomu, že uživatele a jeho situaci můžeme **vnímat vyváženěji a pozitivněji**. Také samotný uživatel si může lépe uvědomit, že kromě určitých problémů má i řadu schopností a dovedností a že ledacos už v minulosti dokázal a překonal a že má kvality, kterých si on i jeho okolí cení. Individuální plán, který staví na silných stránkách uživatele, **aktivizuje jeho vnitřní zdroje a energii**. Je pravděpodobné, že uživatel bude také **více motivován** se na realizaci takového plánu podílet. To, v čem je člověk dobrý, lze většinou úspěšně dále rozvíjet, je to základ, na kterém lze dále stavět.

Samozřejmě že důležitým cílem je pomoci uživateli řešit jeho problémy a překonávat omezení. Pokud však začneme mapováním a uvědoměním si silných stránek a vnitřních zdrojů uživatele, máme daleko **větší šanci na úspěch**. Mapování silných stránek uživatele je tedy jedním z prvních kroků individuálního plánování.



### 3.3 DŮLEŽITÝ JE PROCES PLÁNOVÁNÍ (PROCES JE DŮLEŽITĚJŠÍ NEŽ PAPÍR)

Individuální plánování je především styl práce, způsob poskytování sociální služby, který klade důraz na potřeby a individualitu každého uživatele. Je to **způsob našeho přístupu – individuálního přístupu – k uživateli**. Je to způsob komunikace a také způsob, jak vnímáme svoji roli jakožto pracovníka a roli uživatele. Individuální plánování staví uživatele do partnerské role. Pokud prostor pro skutečně individuální přístup ke každému uživateli v naší práci chybí, nemůžeme individuálně plánovat nebo pravděpodobně budeme v této činnosti jen těžko nalézat nějaký smysl.

Někteří pracovníci mají pocit, že je individuální plánování připravuje o čas a odvádí je od „skutečné“ práce s klientem. Tento pocit vychází většinou z představy pracovníka o individuálním plánování jako o pouhém sezení v kanceláři a vyplňování různých formulářů.

**Těžištěm individuálního plánování není vyplňování kolonek ve formulářích.** Individuální plánování se týká hlavně přímého kontaktu s klientem. Je to určitý **proces, práce, kterou děláme s klientem**. Setkáváme se s klientem, zajímáme se o něj, nabízíme mu pomoc a podporu, doprovázíme ho. O této práci pak učiníme písemný záznam, pokud možno co nejjednodušším způsobem. Tak plán získá svoji písemnou podobu. Práce na individuálním plánu by nás především měla přivádět do hlubšího kontaktu s klientem. I když plánování míří do budoucnosti, kontakt s klientem se odehrává nyní, teď a tady. Kládeme si otázky:

- co je pro klienta vlastně důležité, co prožívá, jak vypadá jeho svět?
- co má rád, co ho baví, co vnímá jako problém, jaké jsou jeho skutečné potřeby?
- jaké jsou silné stránky, schopnosti a vnitřní zdroje tohoto člověka?
- s čím mu můžeme pomoci, co mu můžeme nabídnout?
- je to, co mu nabízíme, skutečně tím, co tento člověk potřebuje?

Již hledání (a nalezení) odpovědí na tyto otázky prohlubuje vztah mezi klientem a pracovníkem. V tuto chvíli se můžeme začít dívat i do budoucnosti. Můžeme si klást další otázky:

- jak budeme s klientem (spolu)pracovat v příštích měsících?
- na co se zaměříme?
- v čem tohoto člověka můžeme podpořit?
- jak přispějeme k naplnění jeho potřeb?
- skutečně přispěje to, co máme v plánu, ke zlepšení života tohoto člověka?
- co dalšího můžeme udělat pro zlepšení jeho života?

Tak vzniká určitý plán a podle tohoto plánu se pak všichni pracovníci při práci s klientem řídí. Kdyby tento plán neexistoval, řada úkonů by se s klientem dělala nahodile, ze zvyku. Pravděpodobnost, že tomuto člověku sociální služba účinně pomůže, by byla daleko nižší.

Individuální plánování se tedy týká především kontaktu a skutečné práce s klientem. **Písemné záznamy** plánů jsou jistě také důležité. Měly by být pokud možno **co nejjednodušší**, aby byly pracovní pomůckou, a nikoliv nadbytečnou administrací. Pokud je papírů mnoho, jen málokdo se v nich vyzná a málokdo je čte. To podstatné je ale proces, který se děje mezi pracovníky a uživatelem. Písemné záznamy jsou zprávou o tomto procesu.



### 3.4 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ JE TÝMOVÁ PRÁCE

U pobytových a dalších komplexních služeb je individuální plánování **vždy týmovou prací**. Individuální plán nemůže například vytvářet klíčový pracovník v samotě své kanceláře. Pokud individuální plánování neprobíhá v týmu, pak se většinou jedná pouze o pokus individuálně plánovat.

Plánování bez zapojení týmu probíhá často zhruba takto:

**krok 1:** klíčový pracovník sedí v kanceláři a bezradně přemýšlí, co napíše do individuálního plánu

**krok 2:** klíčový pracovník dostane nápad, který s úlevou zanechá do individuálního plánu, například: pan Karel Novák bude více chodit na vycházky (to mu neuškodí) a bude se účastnit kulturních akcí (stejně se jich účastní, takže s plněním cíle nebude problém)

**krok 3:** hotový plán se založí do šanonu a na několik měsíců se na něj zapomene.

Popsaný proces je spíše karikaturou individuálního plánování a v podstatě je ztrátou času a energie.

Pro zapojení týmu existuje několik dobrých důvodů:

- **víc hlav víc ví:** každý člen týmu zná uživatele z jiných situací a vnímá ho jiným způsobem než ostatní. Pokud se na plánování podílí více lidí, objevuje se více užitečných nápadů a postřehů. To je naprosto nezbytné například při plánování s lidmi s hlubším mentálním postižením.
- **sdílení informací:** v rámci plánovacího procesu tým sdílí důležité informace, které se týkají uživatele. Výsledkem je, že každý člen týmu tyto důležité informace zná. Uživatel nemusí tytéž informace sdělovat každému členu týmu zvlášť. Rovněž každý člen týmu pak alespoň rámcově zná obsah individuálních plánů uživatelů, se kterými pracuje, a může se lépe zapojit do jejich realizace.
- **účinnější podpora uživatele v dosahování jeho cílů:** naplňování řady cílů v individuálních plánech vyžaduje zapojení celého týmu. Například pokud se uživatel učí sám se napít z hrníčku, je nutné, aby mu podporu poskytoval každý zaměstnanec, který je právě ve službě.
- **jednotný postup při poskytování služby:** komunikací v rámci individuálního plánování lze docílit toho, že pracovníci budou s uživatelem pracovat obdobným způsobem. Pro uživatele může být nepříjemné, když například asistenci při koupání poskytuje každý pracovník jinak a „po svém“. V rámci individuálního plánování je možné domluvit jednotný způsob, který uživateli co nejlépe vyhovuje.



- **koordinace různých dílčích činností nebo služeb:** uživatel může využívat více různých dílčích služeb v rámci jednoho zařízení nebo může využívat různé služby i mimo zařízení. Plánování pak slouží k tomu, aby tyto služby působily synergicky. Jde o to, aby v rámci každé služby nebo činnosti nebyl sledován zcela odlišný cíl, nýbrž aby celá práce s uživatelem směřovala jedním směrem. Tento směr by měl být v souladu s osobním cílem, který si uživatel zvolil.
- **zapojení dalších zdrojů mimo sociální službu:** je vhodné, aby se plánování účastnili další lidé (neprofesionálové), nejenom pracovníci sociální služby. Těmito dalšími lidmi může být např. kamarád, soused nebo rodinný příslušník. Individuální plánování by se nemělo soustředit pouze na činnosti poskytované danou sociální službou. V procesu plánování naopak hledáme cestu, jak při řešení situace uživatele využít v co nejvyšší míře i další zdroje mimo sociální službu, včetně neformální přirozené podpory.

Individuálního plánování se **vždy účastní:**

- uživatel
- klíčový pracovník
- další pracovníci, kteří s uživatelem pracují (v přímé péči)

V případě potřeby mohou členy týmu dále být:

- koordinátor (metodik) individuálního plánování
- sociální pracovník
- zdravotní sestra
- terapeut
- rodič, opatrovník
- další osoby mimo sociální službu (např. kamarád uživatele, soused apod.)

Velikost týmu je daná místními podmínkami každého poskytovatele, je závislá na způsobu poskytování služby apod. Je vhodné, aby uživatel měl možnost ovlivnit složení týmu. To znamená možnost říci, koho chce a koho nechce do svého plánovacího týmu přizvat. Aby bylo možné označit práci za týmovou, mělo by se na vytváření plánu podílet minimálně 4 – 5 lidí. Při plánování se někdy scházejí i týmy větší, například deseti i vícečlenné. Předem by měly být ujasněny role: kdo schůzku vede (facilituje, moderuje), kdo zapisuje apod.

### 3.5 ČLOVĚK JE V CENTRU PLÁNOVÁNÍ, JE SOUČÁSTÍ TÝMU, MÁ AKTIVNÍ ROLI

Uživatel je **hlavní osoba v plánovacím procesu**. Plánování je orientováno na uživatele, vychází z jeho potřeb, cílů, preferencí. Uživatel je **v partnerské roli**. Je to především on, kdo za pomoci týmu vytváří svůj plán. Nemělo by docházet k tomu, že uživatel je v pasivní roli, že tým vytváří plán pro uživatele a uživatel příliš nerozumí celému procesu ani výslednému plánu. Roli uživatele můžeme vyjádřit slovy: „**já plánuji**“ (ne „pro mě se plánuje“). Můžeme také říci, že v individuálním plánování hovoříme především s člověkem, ne s uživatelem. Řešíme situaci člověka, ne uživatele.

Jak již bylo řečeno, v individuálním plánování **vycházíme z toho, jak situaci vnímá uživatel**. Co považuje za důležité? Co cítí jako svoji potřebu? Čeho chce dosáhnout? Co by rád dělal, co ho baví? Východiskem plánu tedy není to, jak situaci vidí pracovníci nebo případně rodina uživatele. Není důležité, co oni pro uživatele považují za dobré, čemu by se podle jejich názoru měl věnovat. V procesu individuálního plánování musíme odložit svoji profesionální převahu a musíme **brát vyjádření uživatele vážně**. To ale neznamená, že poskytovatel musí nekriticky přijmout a plnit všechna přání, která uživatel vysloví. Jde zde o proces vyjednávání a hledání řešení, která budou uspokojivá pro uživatele a přijatelná pro poskytovatele. Důležité však je, že názor uživatele v tomto procesu rozhodně nemá menší váhu než hlas pracovníků.



Toto partnerské pojetí individuálního plánování naráží na řadu zažitých **stereotypů**. Pro mnoho pracovníků je těžké brát vážně a respektovat například názor uživatele s mentálním postižením. Naopak pro řadu uživatelů, kteří mnoho let trávili jako pasivní příjemci sociální služby, je těžké vyjádřit svůj názor, chtít něco, co se odlišuje od zaběhnuté rutiny. Individuální plánování je příležitostí k postupnému prolamování těchto stereotypů.

Individuální plán můžeme též chápat jako určitou **dohodu mezi uživatelem a pracovníky**. V plánu jsou obvykle popsány kroky, které vedou k dosažení dojednaného cíle. Důležité je, aby byla uživateli ponechána co největší míra aktivity, aby individuální plán nepopisoval pouze to, co udělají pracovníci. Uživatel by se měl sám **aktivně podílet na řešení své situace**. Je to jeho plán, a proto je z velké části na něm, zda se plán podaří realizovat nebo ne.

V této souvislosti se nabízí i otázka, zda má být individuální plán **formulován v první osobě** (mluví uživatel o sobě), nebo **ve třetí osobě** (mluví pracovník o uživateli). Jelikož naší snahou by mělo být, aby uživatel byl v procesu plánování v roli „já plánuji“, jeví se jako vhodnější formulace v první osobě (např. „bydlím v dvoulůžkovém pokoji, s bydlením jsem spokojen“). Ovšem tam, kde by se tento způsob jevil jako násilný nebo nepřírozený (například při plánování s klientem, který verbálně nekomunikuje), lze použít i třetí osobu („pan K. bydlí v dvoulůžkovém pokoji a je s bydlením spokojen“).

Další otázkou je **nutnost účasti uživatele na plánovacích schůzkách**. Ideální je, když se uživatel plánovací schůzky účastní. Měl by mít možnost ovlivnit, kde se schůzka bude konat, aby se v daném prostředí cítil dobře. Měl by mít vliv také na to, kdo se schůzky bude nebo nebude účastnit. Měl by mít možnost přivést si na schůzku nějakou blízkou osobu (například kamarádka, partnera), pokud má pocit, že pracovníci budou v přesile a že by mu účast blízké osoby mohla pomoci například jasněji vyjádřit jeho názory nebo se lépe orientovat v průběhu schůzky. Uživatel musí mít dostatek prostoru vyjádřit své názory. Názor uživatele musí být ostatními respektován. Důležité je zachování partnerské role: je nutné hledat a vyjednat takový výsledný plán, který bude přijatelný jak pro uživatele, tak pro personál.



Vytvářet plán za přítomnosti člověka, o kterého se jedná, se doporučuje i u lidí s těžkým postižením nebo u lidí, kteří verbálně nekomunikují. Pouhá fyzická přítomnost tohoto člověka má na plánování pozitivní vliv.

Pokud by pro některého uživatele byla účast na schůzce většího počtu lidí nepříjemná, je možné postupovat i tak, že klíčový pracovník komunikuje s uživatelem sám před plánovací schůzkou a po schůzce. Tento postup se používá i u terénních služeb, kdy s klientem jedná vždy pouze jeden pracovník. I v tomto případě je však důležité, aby pracovník prodiskutoval návrh plánu v týmu se svými kolegy a vyslechl si jejich nápady a připomínky.

### 3.6 PLÁN JE VŠEM SROZUMITELNÝ

Individuální plán by měl být **srozumitelný** pro všechny zúčastněné, zvláště pak **pro uživatele**. Tento požadavek vychází z partnerské role uživatele. Jestliže je to plán uživatele, měl by mu uživatel rozumět.

Požadavek na srozumitelnost se týká i celého **procesu plánování** a průběhu schůzky. Uživatel by měl vědět, jaký má plánování smysl, jak bude probíhat. Měli bychom zvolit vhodné techniky plánování, které budou pro uživatele co nejsrozumitelnější. V průběhu plánovací schůzky by měl uživatel po celou dobu chápat, o čem je řeč. Není vhodné, aby na schůzce mluvil personál hlavně mezi sebou, aby užíval pro uživatele nesrozumitelnou odbornou řeč a jenom čas od času se na uživatele obrátil s formální otázkou.

Také **způsob záznamu** plánu by měl být maximálně srozumitelný i pro uživatele. Plán by pokud možno neměl obsahovat odborné termíny nebo cizí slova, kterým uživatel nerozumí. Velikost písma by měla být dostačující. Pokud uživatel neumí číst, lze použít obrázky, piktogramy, fotografie nebo kresby.

Některé formuláře pro záznam individuálního plánu jsou velmi komplikované a nepřehledné. Obsahují mnoho kolonek, přičemž význam některých z nich není zcela jasný ani pracovníkům, kteří s formuláři pracují. **Zjednodušení** takovýchto příliš složitých záznamů jistě uvítají nejenom uživatelé, ale i pracovníci.

### 3.7 DOBRÁ KOMUNIKACE A DOSTATEK INFORMACÍ JSOU ZÁKLADEM ÚSPĚCHU

Vytvoření dobrého individuálního plánu od nás vyžaduje, abychom uživatele znali a abychom od něj měli dostatek potřebných informací. Schopnost dobře komunikovat s uživatelem je jistě jednou ze základních dovedností klíčového pracovníka. Dobře vedený rozhovor má svá pravidla a zásady. Je rovněž možné využít různé techniky, které kontakt s klientem a získávání informací prohlubují a usnadňují. Zvláštní pozornost pak potřebují lidé s problémy v komunikaci. Právě pro ně může být velkým přínosem hlubší zájem pracovníků a snaha o prohloubení kontaktu a poznání potřeb těchto lidí.

Různé typy služeb vyžadují **různé druhy informací**. S ohledem na ochranu soukromí bychom neměli od uživatele vyžadovat informace, které ke kvalitnímu poskytování služby nepotřebujeme. Důležité bývají informace z předchozího života uživatele. Bez pochopení životního příběhu často jen obtížně chápeme současnou situaci uživatele, jeho některé projevy a způsoby chování. Navíc pokud se určité události v životě uživatele pravidelně opakují (mohou to být věci pozitivní i různé incidenty), je pravděpodobné, že se tyto situace budou objevovat i v budoucnosti. Ideální je, pokud informace o uživateli pocházejí od lidí, kteří uživatele znají **v různých prostředích a situacích**: doma, v práci nebo ve škole, při trávení volného času. Také zde však musíme respektovat soukromí uživatele a tyto informace zjišťovat pouze s jeho vědomím a souhlasem.

Lepší sdílení informací může přinést i zapojení týmu pracovníků do individuálního plánování. Většinou každý pracovník ví o uživateli něco důležitého. Sdílení těchto důležitých informací v týmu však není vždy samozřejmostí. Individuální plánování podporuje komunikaci v týmu a předávání důležitých informací. **Efektivní výměna informací mezi pracovníky je jedním důležitých přínosů plánování**. Každá organizace by měla mít nastaven systém předávání informací podle svých podmínek (předávání služby, porady, nástěnky, písemné záznamy apod.)

V individuálních plánech by se **neměly vyskytovat konkrétní diagnózy** a názvy onemocnění, kterými uživatel trpí, nebo přesné složení jeho medikace. Pro kvalitní a bezpečné poskytování služby je však nutné, aby pracovníci v přímé péči byli obeznámeni se zdravotním a psychickým stavem uživatelů, věděli například o nebezpečích záchvatů nebo jiných zdravotních komplikacích, dále o tom, co je pro uživatele bolestivé, čeho je nutné se vyvarovat apod. Je vhodné, aby informace tohoto typu individuální plán obsahoval, vždy však bez uvádění diagnóz a názvů onemocnění a **pouze v tom rozsahu, který je nutný pro kvalitní poskytování služby**. Není tedy například žádoucí zmiňovat zdravotní problémy, které měl uživatel před deseti lety a které se již v současnosti neprojevují.

Měli bychom se také zamyslet nad místem, kde tyto informace o zdravotních omezeních v rámci individuálního plánu figurují. Jak bylo řečeno, individuální plánování vychází především ze silných stránek a schopností uživatele. Není tedy vhodné, aby informace o zdravotních problémech a omezeních byly zařazeny hned v úvodu individuálního plánu jako jedna z prvních informací, kterou se čtenář plánu dozví.

Můžeme si rovněž položit otázku, zda je vhodné uvádět v individuálním plánu **stupeň závislosti** uživatele. Existuje několik důvodů, které uvádění tohoto údaje v plánech zpochybňují:

- stupeň závislosti je stanoven na základě omezení člověka, zatímco v individuálním plánu bychom se měli soustředit spíše na jeho silné stránky
- zařazení do jednotlivých stupňů bývá často poměrně nepřesné, neprobíhá na základě použití přesně propracovaných diagnostických nástrojů
- označování člověka stupněm jeho závislosti může být stigmatizující
- vypovídá stupeň závislosti něco o individualitě a osobnosti člověka? Nebo nás zařazování a třídění lidí do skupin podle diagnóz, stupně mentálního postižení a stupně závislosti vede spíše ke schematickému vnímání těchto jednotlivců?

## 3.8 NEPLÁNOVAT PŘILÍŠ MNOHO VĚCÍ NAJEDNOU

Individuální plán většinou nemůže vyřešit vše naráz. Častou chybou bývá stanovování **příliš mnoha cílů** v různých oblastech. I zde platí, že **méně je většinou více**. Úplně stačí, když individuální plán obsahuje jeden, dva nebo maximálně tři cíle. Větší počet cílů pravděpodobně zůstane pouze na papíře. Je lepší si stanovovat cíle postupné a raději menší, než příliš ambiciózní. Pokud se cíl jeví jako příliš velký, je lepší ho rozdělit na několik menších cílů, na něž se postupně zaměříme. Menší cíl dává uživateli větší pravděpodobnost úspěchu a pozitivní zpětné vazby.

---

*V některých individuálních plánech má klient popsáno 15 i více cílů. Cíl pro oblast sebeobsluhy, cíl pro oblast hygieny, cíl pro oblast péče o tělo, cíl pro oblast komunikace atd., někdy zvlášť cíl na každý měsíc v roce a dále pak několik cílů v rámci krátkodobých plánů. To vytváří zmatek a je jisté, že převážná většina těchto cílů zůstane pouze na papíře. Co si například máme myslet, pokud žena s těžším mentálním postižením má na měsíc září naplánován cíl „začlenění do společnosti“?*

---

## 3.9 PLÁNOVÁNÍ VYŽADUJE DOSTATEK ČASU A VHODNÝ PROSTOR

Individuální plánování je časově poměrně náročná činnost. Jak již bylo řečeno, není to čas na úkor přímé práce s klientem, neboť velkou část času při individuálním plánování nesedíme v kanceláři, ale jsme v kontaktu s klientem. Přesto však především klíčový pracovník musí mít na tuto činnost **vyhrazen v rámci své pracovní doby určitý čas**, kdy se může věnovat pouze plánování a nemusí v tu dobu vykonávat žádné jiné úkoly. Bohužel v některých zařízeních klíčoví pracovníci tento čas nemají a plánům se někdy věnují buď současně s množstvím jiných úkolů, nebo dokonce mimo svou pracovní dobu. Tím však proces individuálního plánování trpí. Má-li individuální plánování probíhat kvalitně, je zcela nutné, aby měl klíčový pracovník na tuto činnost vyhrazen dostatečný čas.

Plánovací schůzky je vhodné naplánovat s dostatečným předstihem, aby si členové týmu i uživatel mohli na schůzku udělat čas. Rovněž je potřeba se zamyslet nad vhodným prostorem. Pokud se schůzky účastní uživatel, měl by to být prostor, kde se bude cítit dobře. Plánování může probíhat v kanceláři, v zasedací místnosti, v pokoji uživatele nebo v nějakém jiném vhodném prostoru (v jednom zařízení konají schůzky například v pizzerii).

## 3.10 PO SEPSÁNÍ PLÁNU S PLÁNEM DÁLE PRACUJEME

Individuální plánování nekončí sepsáním plánu a jeho založením do šanonu. Jak bylo řečeno, hlavním cílem individuálního plánování není vytvoření určitého písemného dokumentu. Důležité je, aby v běžném každodenním životě byla sociální služba klientovi poskytována domluveným způsobem, který mu vyhovuje a který vychází z jeho potřeb a cílů.

Je proto potřebné, aby minimálně klíčový pracovník s plánem dále pracoval a sledoval, jak se daří plán naplňovat. I v této etapě realizace plánu je vhodné si vést jednoduché písemné záznamy. Také zde má však přednost reálná práce s klientem před zbytečně obsáhlým a formálním sepisováním zpráv o plnění plánu.

Způsobů, jak s plánem pracovat, je více. Například na pravidelné poradě týmu může mít klíčový pracovník plán v ruce a připomenout kolegům a kolegyním hlavní body individuálního plánu svého klienta. To je zvláště důležité v případě, že je do realizace některých kroků v plánu zapojen celý tým.

### **3.11 FORMA A ZPŮSOB PLÁNOVÁNÍ MUSÍ ODPOVÍDAT DANÉMU ČLOVĚKU (UŽIVATELI), CÍLOVÉ SKUPINĚ A TYPU SLUŽBY**

Individuální plánování například se seniory se v mnoha ohledech liší od plánování s lidmi v produktivním věku nebo dokonce od plánování s lidmi na prahu dospělosti. U lidí mladších je plánování často zaměřeno rozvojově a týká se řady cílů, kterých chce člověk v budoucnosti dosáhnout.

V období stáří, kdy se člověk blíží ke konci svého života, se tyto priority mění. Hlavním tématem stáří jistě není rozvoj a expanze v různých oblastech života, dosahování vnějších cílů a osvojování nových dovedností. Tyto věci jistě mohou mít i pro některé seniory svoji důležitost, nejsou však hlavním tématem. V období stáří člověk začíná svůj život rekapitulovat. Nehledí již tolik do budoucnosti, důležitým se stává pohled zpět na prožitý život. Člověk se více obrací do svého nitra a hledá smysl prožitých událostí a vztahů. Potřeba smyslu a duchovní rozměr lidské existence nabývá na významu.



Důležitým tématem se stává příprava na smrt. Smrt a umírání je obecně v naší společnosti tabuizované téma. Přesto musíme počítat s tím, že pro seniora je toto téma důležité, a měli bychom s tématem smrti umět zacházet. Stáří je také dobou, kdy je řada lidí intenzivně konfrontována s vlastní tělesností. Člověk pozoruje úbytek svých tělesných sil a schopností, tělo o sobě dává vědět různými nemocemi a omezeními. Zdraví a dobrá tělesná pohoda jsou vnímány jako velká hodnota. Ne nadarmo si starší lidé navzájem přejí „hlavně zdraví“. Důležitým tématem je rovněž téma samoty. Řada lidí se samoty ve stáří obává a pro udržení kontaktů se svojí rodinou jsou ochotni udělat velmi mnoho.

Stáří s sebou rovněž přináší velkou změnu sociální role. Pro mnoho lidí znamená ukončení pracovního života závažnou krizi. Jelikož aktivita, produktivita a pracovní úspěchy

jsou společností vysoce ceněny, může být vnímáno ukončení profesní kariéry jako ztráta vlastní hodnoty: nyní již nejsem k ničemu dobrý, nyní jsem na obtíž, o moje vědomosti a zkušenosti již nikdo nestojí.

Je zřejmé, že všechny tyto skutečnosti musíme při plánování se seniory zohlednit. V praxi však často dochází k tomu, že na plánování se seniory uplatňujeme stejná měřítká jako na plánování s lidmi o mnoho mladšími. Senioři jsou pak zaskočeni otázkami typu „jaké jsou vaše dlouhodobé cíle“. Když senior velmi rozumně odpoví, že jeho cílem je prožít pěkný zbytek života a v pokoji zemřít, je to bráno s rozpaky a začnou se vést diskuse, zda takový cíl „smí“ nebo „nesmí“ v individuálním plánu být. Seniorům jsou proto raději podsouvány cíle aktivizační nebo rozvojové, které však často nesouvisejí se skutečnými potřebami a prioritami daného člověka. Individuální plánování je však nástroj, který, je-li správně použit, může seniorovi velice pomoci.



# 04 PRŮBĚH INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

-----  
Jak dobře individuálně plánovat



## 4. PRŮBĚH INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

„Jak ten čas letí,“ pomyslí si Marie a na chvíli zvedne oči od monitoru počítače. Chvilí sleduje z okna nádherně zbarvené listí javorů, které rostou všude okolo. Je podzim.

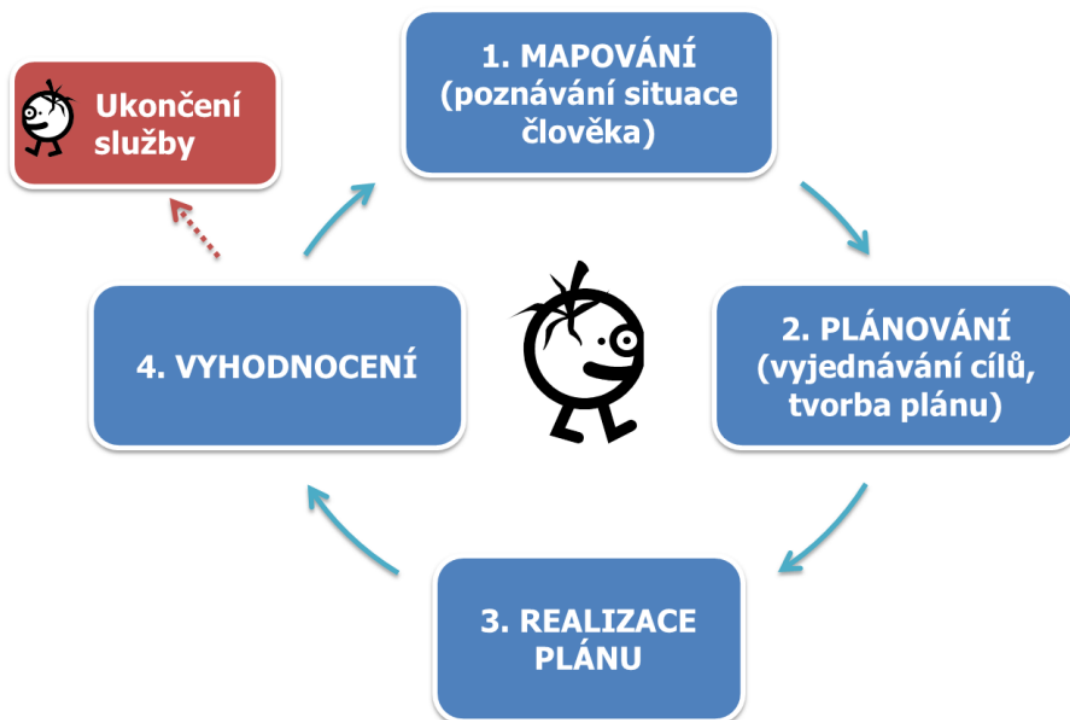
„Zdá se to jako chvíle, ale už jsem v centru Javor tři roky,“ táhne jí hlavou. A jako každé jaro a každý podzim Marii čeká důkladná aktualizace individuálních plánů.

„No, je to sice dost práce,“ myslí si Marie, „ale s tím, jak to bylo před třemi roky, se to nedá srovnat.“ Tehdy jí vůbec nebylo jasné, co má s plány dělat ani kdy to má dělat. Teď už od léta ví, že v říjnu a listopadu budou probíhat různé plánovací schůzky a do Vánoc musí být vše hotovo. Takže má dost času popovídat si se svými klienty a zjistit, co by v dalším půlroce potřebovali. Tohle povídání má vlastně na celém plánování nejraději. Pamatuje si, jak jí minulý podzim překvapilo, když jí paní Fousková řekla, že už nechce dál pracovat v dílně. Přitom byli všichni přesvědčeni o tom, jak paní Fouskovou práce v dílně baví. Ale bylo to jinak. Paní Fousková jen nevěděla, jak má vlastně říct, že by chtěla něco jiného. A taky měla trochu strach, co tomu ostatní řeknou.

„Tak tenhle plán se povedl,“ říká si Marie. Paní Fousková jí nakonec prozradila, že by chtěla zkusit pracovat jako uklízečka v kancelářích. Na začátku to sice nebylo jednoduché, ale teď, po půl roce, už všechno běží dobře a paní Fousková je s novou prací moc spokojená.

Individuální plánování je proces, který probíhá v čase. V této kapitole se budeme zabývat jednotlivými kroky a postupem plánování. K dvěma důležitým tématům, kterými jsou osobní profil a osobní cíl, se podrobněji vrátíme ve dvou následujících kapitolách.

Proces individuálního plánování se skládá z těchto kroků:



Práce na individuálním plánu je především procesem komunikace a vyjednávání s uživatelem, zjišťováním, co uživatel potřebuje, chce a očekává, a ujasňováním, co mu poskytovatel a jeho služba může nabídnout. To je fáze **mapování**, kdy je cílem postupné poznávání člověka, jeho situace a potřeb. Pokud bychom nevěděli, co uživatel potřebuje a očekává, těžko mu můžeme poskytnout kvalitní službu.

Směr společné spolupráce mezi uživatelem a poskytovatelem udává **osobní cíl**, který byl s uživatelem vyjednaný. Orientační mapování potřeb a očekávání uživatele a vyjednávání o osobním cíli probíhá již v rámci vyjednávání se zájemcem o službu. Jinak by bylo jen těžko možné určit, zda je daná služba pro konkrétního zájemce vůbec vhodná. Aby bylo možné osobní cíl naplnit, je nutné naplánovat jednotlivé kroky (fáze **plánování podpory**). Tyto kroky pak uživatel s podporou sociální služby **realizuje** (fáze realizace plánu). Po určité době (zhruba v řádu měsíců) nebo po dosažení naplánovaného cíle plán **vyhodnotíme**, případně aktualizujeme nebo revidujeme. V tuto chvíli jednáme buď o ukončení služby (cíle bylo dosaženo, uživatel již službu dále nepotřebuje), nebo o pokračování služby. Aktualizace plánu nás vede zpět na začátek procesu. Opět je nutné si znovu ujasnit, co uživatel nadále potřebuje a očekává a co mu poskytovatel může nabídnout. Vyhodnocení individuálních plánů je ale i cennou zpětnou vazbou pro poskytovatele služeb.

Jednotlivé kroky procesu plánování budeme zkoumat v dalších částech této kapitoly podrobněji. Následující obrázek přehledně shrnuje postup plánování. V pravé části obrázku jsou zobrazeny písemné výstupy, které v jednotlivých etapách plánování vznikají:

Krok	Co děláme	Písemný výstup
<b>1. MAPOVÁNÍ</b> (osobní profil, posouzení potřebné podpory)	Zjistíme, co je pro klienta důležité, co chce a očekává, jaké jsou jeho potřeby a cíle. Co klientovi pomáhá, aby se cítil dobře? Co může způsobit, že se cítí špatně?	Osobní profil  Vymezení rozsahu potřebné podpory
<b>2. PLÁNOVÁNÍ PODPORY</b>	Naplánujeme, jak bude služba probíhat, jak budeme s klientem (spolu)pracovat s ohledem na jeho očekávání, potřeby a cíle. Co můžeme konkrétně udělat, aby se klient cítil dobře a necítil se špatně?	Plán s osobním cílem  Rizikový plán (je-li potřeba)
<b>3. REALIZACE PLÁNU</b>	S klientem pracujeme. Poskytujeme mu službu takovým způsobem, abychom maximálně respektovali jeho individuální potřeby a preference (to se týká mnoha oblastí každodenního života). Podporujeme klienta v tom, čeho chce dosáhnout (cíle).	Průběžné záznamy (např. ve složce klienta)
<b>4. VYHODNOCENÍ</b>	Po určité době společně s klientem zhodnotíme vzájemnou spolupráci.	Písemné vyhodnocení plánu

## 4.1 OSOBNÍ PROFIL

Nyní se nacházíme v první fázi individuálního plánování, kterou jsme označili jako **mapování**. V této fázi se budeme věnovat vytváření osobního profilu a mapování potřebné podpory.

Na začátku procesu individuálního plánování (a také na začátku poskytování služby novému uživateli) bychom si měli vyjasnit, kdo je člověk, kterého máme před sebou a kterému chceme poskytovat službu, **co tento člověk chce a potřebuje?** Je důležité co nejlépe poznat člověka, se kterým pracujeme. Poznat jeho potřeby, touhy a přání. Pochopit, jak vypadá jeho svět. Poznat, co tento člověk vnímá jako důležité, co potřebuje k tomu, aby byl spokojený. Jde o prohloubení vztahu s tímto člověkem a o jeho lepší pochopení a poznání. Na základě tohoto pochopení může pracovník začít uvažovat o možnostech, jak člověka podpořit, jak s ním spolupracovat, jak mu pomoci v dosažení toho, co je pro něj důležité.

Odpovědi na tyto otázky tvoří dokument, který budeme nazývat „**osobní profil**“. Osobní profil se zaměřuje na oblasti, které jsou **z pohledu uživatele** důležité pro jeho život. Zajímá nás především, co má uživatel rád, co ho baví, v čem je dobrý, o jaké své silné stránky se může opřít. Samozřejmě je také důležité vědět, co uživatel rád nemá, čemu by se raději vyhnul, z čeho má strach a obavy, kde ve svém životě vnímá problémy.

Osobní profil obsahuje informace, které pracovníkům umožňují účinně uživatele podpořit. Kromě lepšího poznání uživatele osobní profil poskytuje i cenné **impulzy pro další plánování**. Na základě dobře zpracovaného osobního profilu je možné stanovit smysluplné cíle a udělat takový plán, který se týká skutečně toho, co uživatele zajímá a co považuje za důležité.

Vytváření osobního profilu vyžaduje důvěru uživatele a poměrně velkou otevřenost. Není možné uživatele do této činnosti nutit. Je nutné respektovat, pokud uživatel nechce zacházet do příliš velké hloubky. Existují však určité techniky, které mohou dát této práci příjemnou a tvořivou podobu.

Osobní profil může mít například tuto strukturu:

- **jaká jsou má přání, touhy a sny (reálné i nereálné)**
- **co mám rád, co mi dělá radost, co potřebuji, abych se cítil spokojený/á**
- **co nemám rád, co mě trápí, z čeho mám obavy, co může způsobit, že jsem nespokojený/á**
- **mé silné stránky (co znám, co umím, jaké mám schopnosti a nadání, co na mně ostatní obdivují)**
- **moje osobní historie (základní biografické údaje, životní cesta)**



- **můj život teď (co je pro mě důležité v oblasti bydlení, práce, volného času, vztahů, zdraví...)**

Svému účelu může velmi dobře posloužit i stručnější jednostránkový osobní profil:

- **mé silné stránky, co na mě ostatní lidé mají rádi a co obdivují**
- **co je pro mě důležité**
- **jak mi můžete pomoci**
- **mé oblíbené aktivity**

Dobře zpracovaný osobní profil je tedy **odrazovým můstkem pro další plánování**. Individuální plánování tedy začíná fází poznávání a mapování. Spolu s klientem hledáme odpověď na výše naznačené otázky. Teprve pak, s osobním profilem v ruce, se můžeme začít společně s klientem zamýšlet nad stanovením určitého cíle do budoucna. V praxi se však nezdá stávat, že fáze mapování, zkoumání potřeb klienta a sestavení osobního profilu jsou přeskočeny. Plánování v tomto případě začíná hledáním osobního cíle. Například tak, že pracovník sedí s tužkou v ruce nad formulářem a láme si hlavu, co napsat do kolonky osobní cíl. Nebo položí klientovi otázku, jaký je jeho osobní cíl. Klient však většinou tuto otázku nechápe a řekne cokoli, aby už měl pokoj. Nebo prohlásí, že nic nechce a žádný cíl nemá. Začínat proto individuální plánování tímto způsobem je velice nešťastné.

Jelikož vytváření osobního profilu je důležité a rozsáhlé téma, je mu věnována následující samostatná kapitola. Na následující stránce uvádíme příklad osobního profilu.



## Osobní profil na jednu stránku

Co na mě mají lidé rádi a co obdivují:

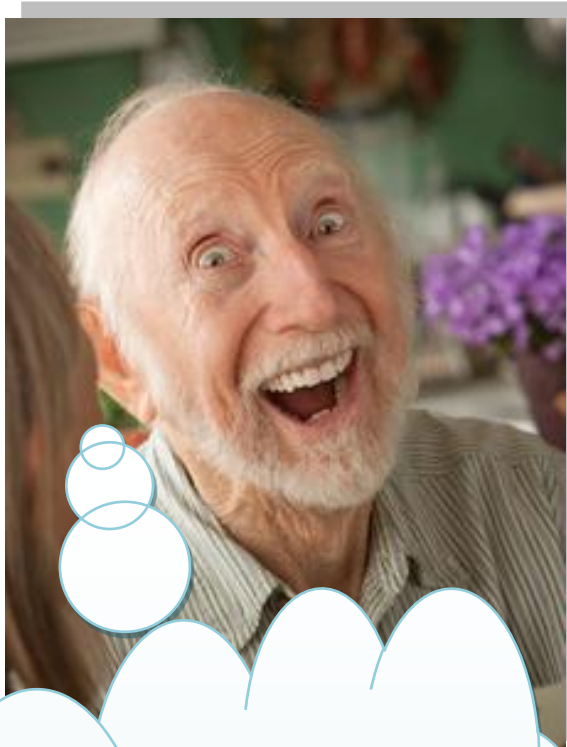
Co je pro mě důležité:

Jak mi můžete pomoci:

Mé oblíbené aktivity:

zdroj: Helen Sanderson Associates

# PAN PETR PROCHÁZKA



## Co mají lidé na pana Procházkovi rádi a co obdivují:

- smysl pro humor
- krásně se stará o svého psa
- je elegantní
- má přehled o tom, co se děje
- rozumí zahradničení
- dobře vychází s ostatními lidmi

## Co je pro mě důležité, co mi pomáhá cítit se dobře a být v pohodě:

- každý den se rád procházím se svým psem
- rád chodím do kavárny, kde si můžu povídat s lidmi
- rád trávím čas se svojí přítelkyní Marií
- potřebuji se pravidelně vídat se svojí rodinou
- potřebuji mít svůj záhonek na zahradě
- mám rád své soukromí a chci, aby mi nikdo nechodil do pokoje, když tam nejsem

## Jak a s čím mi můžete pomoci:

- buďte se mnou trpěliví, potřebuji mít na všechno dost času
- mám problémy ráno včas vstávat, potřebuji, aby někdo zkontroloval, že jsem na nohou
- když jdu nebo jedu někam, kde to neznám, potřebuji, aby se mnou někdo naplánoval cestu
- potřebuji, aby se mnou někdo naplánoval mé finanční výdaje
- potřebuji pomoc při úklidu ledničky, často v ní zapomínám zbytky starého jídla
- potřebuji při nákupu nového oblečení pomoci vybrat správnou velikost
- potřebuji, aby někdo pravidelně kontroloval můj ekzém
- moc rád bych se občas vypravil do divadla

## Mé oblíbené aktivity:

Péče o psa, práce na zahradě, návštěvy v kavárně, povídání s ostatními, rád chodím do kina, rád se dívám v televizi na detektivky, rád čtu noviny, rád lenoším a nic nedělám.



## 4. 2 POSUZOVÁNÍ ROZSAHU POTŘEBNÉ PODPORY

Posuzování rozsahu potřebné podpory je další důležitou činností, kterou provádíme v rámci **mapování**. Pokračujeme v hledání odpovědi na otázku: **co uživatel potřebuje?** Abychom mohli konkrétnímu uživateli poskytovat službu skutečně individuálně „na tělo“ a podle jeho potřeb, musíme nejdříve zjistit, co uživatel v jednotlivých oblastech svého života **zvládá sám a v čem potřebuje podporu** ze strany poskytovatele. Pouze v těchto oblastech bychom pak měli poskytovat podporu, a to pouze v tom rozsahu, který je nezbytně nutný. V této části individuálního plánu (který je někdy označován jako analýza potřebné podpory) je tedy popsáno, jaký rozsah a formu by tato podpora měla mít. Mělo by být ujasněno, jaké konkrétní služby, úkony a druhy podpory budou uživateli poskytovány.

V České republice je stále ještě hojně rozšířena praxe, kdy je sociální služba v mnoha ohledech poskytována **plošně**. To znamená, že určitý úkon nebo dílčí službu dostávají všichni uživatelé automaticky ve stejném rozsahu, aniž by bylo zkoumáno, zda podporu v dané oblasti skutečně potřebují. Pokud je služba poskytována plošně, dochází obvykle k tomuto nežádoucímu efektu:

- uživatelé s **lehčím postižením** zpravidla dostávají **více služeb**, než by nezbytně potřebovali. Jsou takzvaně „přepečováni“. Například i uživatelům, kteří by si zvládli sami uklidit a vyprat, uklízí uklízečka a prádlo jim pere prádelna. Tito uživatelé po čase ztrácejí své dovednosti, někteří zleniví a stávají se závisými na sociální službě.
- uživatelé s **hlubokým postižením** nebo s vysokou mírou potřeb často dostávají **méně služeb**, než by vzhledem ke svému postižení potřebovali. Není dostatek času na individuální činnosti, speciální terapie, rozvoj alternativní komunikace apod.

Ilustrujme si tento rozdíl na několika typických příkladech:

	Plošné poskytování služby	Individuální poskytování služby
<b>Příprava a konzumace jídel (snídaně, oběd, večeře, svačiny)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• všechna jídla jsou připravována centrálně v kuchyni, všichni uživatelé se stravují hromadně</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• uživatel Karel N. není schopen si připravit ani jednoduché jídlo, proto odebírá všechna jídla z kuchyně</li><li>• uživatel Jan P. si zvládne nakoupit a připravit snídaně a svačiny, teplá jídla odebírá z kuchyně</li><li>• uživatelka Petra P. umí nakupovat a vařit, proto si většinu jídel připravuje sama</li></ul>
<b>Údržba a úklid domácnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• všem uživatelům zajišťuje úklid uklízečka</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• uživatel Karel N. není schopen ani jednoduchých úklidových prací, proto mu uklízí uklízečka</li><li>• uživatel Jan P. si sám stele postel, zametá a utírá prach, ostatní úklidové práce dělá uklízečka</li></ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• uživatelka Petra P. si sama dělá veškeré úklidové práce, potřebuje pomoci pouze s mytím oken</li> </ul>
<b>Péče o šaty</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• všem uživatelům se oblečení pere a žehlí v centrální prádelně</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uživateli Karlovi N. se všechno oblečení pere a žehlí v centrální prádelně</li> <li>• uživatel Jan P. si sám pere spodní prádlo a trička, některé prádlo si i sám žehlí</li> <li>• uživatelka Petra P. se o své prádlo stará sama (pere si i žehlí)</li> </ul>
<b>Užívání léků</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• léky jsou uloženy na sesterně, všem uživatelům podává léky personál</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uživateli Karlovi N. podává léky personál</li> <li>• uživatelka Petra P. má léky uloženy u sebe, sama si je chystá a užívá</li> </ul>
<b>Nakupování</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nákupy jídla, oblečení apod. jsou zajišťovány centrálně</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uživatel Karel N. se nákupů neúčastní</li> <li>• uživatel Jan P. si za pomoci pracovnice nakupuje oblečení, menší nákupy potravin zvládá sám</li> <li>• uživatelka Petra P. si sama nakupuje veškeré potraviny i oblečení, o některých nákupech se radí s pracovníci</li> </ul>

Na těchto příkladech vidíme, že **vymezení individuálního rozsahu služby** v klíčových oblastech je **nezbytnou součástí individuálního plánu**. Zaznívá však častá námitka, že v podmínkách toho kterého zařízení nelze zajistit, aby si uživatelé mohli sami vařit, aby si mohli prát a žehlit apod. Tyto věci samozřejmě nelze změnit ze dne na den. Službu bychom měli co nejvíce individualizovat všude tam, kde je to již v tuto chvíli možné. Zároveň by zařízení mělo řešit ve svém strategickém rozvojovém plánu způsob, jak do budoucna možnosti individualizovaného poskytování služby rozšiřovat.

*Nutnost jasně vymežit, co potřebuji, pokud využívám nějakou službu, si můžeme přiblížit i na příkladech mimo sociální oblast. Představme si například, že dáváme automobil do servisu a objednávkou formulujeme slovy: „chci, abyste se co nejlépe postarali o moje auto“ nebo „chci udělat kompletní opravu“ nebo „udělejte všechno“, případně „chci udělat částečnou opravu“. K čemu by vedla takto nekonkrétní „plošná“ objednávka? Na autě by byla udělána řada prací, které pravděpodobně nebyly potřebné. Technik by mohl přehlédnout některé důležité věci, kvůli kterým jsme vlastně auto dali do servisu. Oprava by byla zbytečně náročná a drahá. S výsledkem bychom pravděpodobně nebyli spokojeni. Naštěstí v autoservisu je přijímací technik vyškolen k tomu, aby od nás přesně zjistil, co s naším autem je, a aby s námi sjednal rozsah prací, které budou provedeny.*

Stejně tak v rámci individuálního plánování je nutné co nejpřesněji zjistit, co uživatel potřebuje, a vyjednat, jakým konkrétním způsobem a v jakém rozsahu mu bude služba poskytována. Bohužel při poskytování sociální služby se častěji setkáváme s objednávkou typu „chci všechno“ nebo „mám právo na to, abyste za mě dělali všechno“. Dobrý individuální plán naopak po dohodě s uživatelem konkrétně vymezuje, na které konkrétní dílčí služby a úkony péče má uživatel vzhledem ke svému stavu a schopnostem nárok, a v kterých oblastech by se o sebe naopak měl postarat s využitím vlastních sil sám.

To jistě souvisí i s nastavením plateb za služby, které jsou například v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v domovech pro seniory zatím nastaveny plošně. V chráněném bydlení však již uživatelé platí za konkrétní úkony, a proto lze očekávat, že v budoucnu, po zaběhnutí tohoto nového systému, budou více motivováni využívat službu jen v rozsahu, jaký skutečně potřebují. V řadě evropských států se postupně zavádí systém individuálních účtů a individuálních plateb za sociální služby.

#### 4.2.1 STUPNICE INTENZITY PODPORY (SUPPORTS INTENSITY SCALE)

Způsobů, jak provádět mapování rozsahu potřebné podpory, je více. Nejpropracovanější nástroj pro stanovování míry podpory se nazývá **Stupnice intenzity podpory** (Supports Intensity Scale, zkr. **SIS**, více na <http://www.siswebsite.org>). Tento nástroj vyvinula Americká asociace pro lidi s intelektuálním a vývojovým postižením (The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD, <http://www.aaidd.org>). Tato asociace je největší světovou organizací, která se zabývá lidmi s mentálním postižením. V České republice nabízí SIS sdružení QUIP jako součást počítačové aplikace e-Quip. Používání SIS se řídí podmínkami AAIDD a pro jeho kvalifikované používání je nutné být vyškolen a používat autorizovanou verzi (více na [www.kvalitavpraxi.cz](http://www.kvalitavpraxi.cz)).

Stupnice intenzity podpory (SIS) zahrnuje prakticky všechny oblasti, ve kterých člověk s postižením může narazit na problémy a může potřebovat podporu. Zvládnutí všech těchto oblastí je zároveň podmínkou k dosažení sociálního začlenění, tedy k dosažení stavu, kdy člověk s postižením žije v běžném prostředí běžným způsobem života.

Stupnice intenzity podpory (SIS) pracuje s těmito oblastmi podpory:

##### **Činnosti v domácnosti**

*Používání toalety, osobní hygiena (koupání, sprchování, čištění zubů, holení atd.), oblékání, péče o šaty (včetně praní, žehlení, ukládání do skříněk), příprava jídel (snídaně, oběd, večeře, svačiny), konzumace jídla, údržba a úklid domácnosti, ovládání domácích spotřebičů apod.*

V této oblasti zkoumáme, v jaké míře uživatel zvládá činnosti spojené s bydlením, péčí o sebe a o vlastní domácnost. Plánujeme podporu, která umožní, aby co nejvíce těchto činností zvládal uživatel vlastními silami.

## Společenský život

*Doprava, účast na volnočasových aktivitách (sport, kultura apod.), využívání veřejných služeb (lékař, pošta...), nakupování (návštěva obchodu, uskutečnění nákupu), navštěvování přátel a příbuzných, jednání s lidmi (soused, prodavač, policista atd.).*

Umožnit uživatelům účast na společenském a sociálním životě v obci nebo ve městě, kde žijí, je jedním ze základních úkolů sociální služby. V této oblasti zkoumáme, jakou podporu uživatel potřebuje, aby se mohl **účastnit běžných společenských činností a aktivit**. Cílem není nabízet tyto aktivity v rámci vlastního zařízení. Podpora by měla být směřována tak, aby uživatel mohl využívat běžné služby (dojít si sám nebo s asistencí k lékaři, na poštu, k holiči, do restaurace, na nákup). Alespoň část volného času a volnočasových aktivit by měl prožívat mimo zařízení, v běžných podmínkách, např. jako člen místního fotbalového klubu nebo jako dobrovolný hasič apod. Každý uživatel by měl mít možnost pravidelně přicházet do styku se sousedy a s lidmi v obci či ve městě. Cílem rovněž není účast na běžných aktivitách ve skupině ostatních uživatelů. Skupinové akce spíše brání navázání běžných kontaktů a skutečnému sociálnímu začlenění.

## Vzdělávání, celoživotní učení

*Jednání s lidmi v rámci vzdělávání (spolužáci, instruktoři...), účast na rozhodnutích ohledně vzdělávání (co a jak se budu učit), schopnost řešit běžné problémy (když se ztratím, když zapomenu peníze atd.), využívání technologií (PC...), přístup ke vzdělávání (vyhledání kurzu, přihláška, cesta...), uplatnění znalostí v praxi (čtení nápisů, počítání peněz atd.), schopnost posoudit svůj zdravotní stav (kdy mám jít k lékaři), schopnost rozhodování o svém životě (i běžná každodenní rozhodnutí).*

Mentální postižení je v angličtině označováno jako learning disability, tj. porucha učení. Oblast učení a vzdělávání je proto při práci s lidmi s mentálním postižením velice důležitá. Téměř každý člověk s mentálním postižením v této oblasti potřebuje určitou podporu, a to i v dospělém věku. Tato oblast nezahrnuje pouze školní vzdělávání, patří sem i všechny způsoby neformálního učení a také dovednost využívat své poznatky v praxi. Rovněž pro seniory je celoživotní učení důležité a stále aktuální. Zaměřujeme se především na okruh poznatků, vědomostí a dovedností, které uživatel potřebuje ve svém praktickém životě.



## Práce, zaměstnání

*Používání pracovních pomůcek, osvojení pracovních dovedností, komunikace se spolupracovníky a nadřízenými, plnění pracovních povinností (přijatelná rychlost a kvalita), zvládnutí změny práce.*

Práce nebo smysluplná pracovní činnost má pro řadu lidí s mentálním postižením velký význam. Pocit užitečnosti je důležitý pro každého člověka. Každý člověk s mentálním postižením, pokud chce a pokud mu to jeho zdravotní stav dovoluje, by měl mít možnost pracovat. Může to být práce v sociálně terapeutické nebo chráněné dílně nebo na běžném trhu práce. Samozřejmě téměř každý člověk s mentálním postižením potřebuje k úspěšnému pracovnímu zařazení určitou asistenci a podporu. U seniorů již práce není centrální životní aktivitou, i když někteří seniori pracují nebo pomáhají například svým dětem.



## Zdraví a bezpečnost

*Užívání léků, předcházení zdravotním a bezpečnostním rizikům, zajištění zdravotnických služeb (návštěva lékaře, vyzvednutí léků...), chůze a pohyb (bezpečný fyzický pohyb), schopnost přivolat tísňovou službu, řádné stravování, udržování fyzického zdraví, udržování psychické pohody (zvládnutí stresu atd.).*

Řada zařízení sociálních služeb v České republice má určité zdravotnické prvky. Stejně jako ve všech dalších oblastech, tak i v oblasti zdravotní je žádoucí, aby se uživatel služby dokázal o své zdraví v maximální možné míře postarat sám nebo s využitím běžných zdravotnických zařízení. Podpora ze strany poskytovatele služby by měla přijít pouze tam, kde uživatel tuto péči není schopen sám zvládnout nebo kde by mohl nepříjemně ohrozit své zdraví nebo život.

## Sociální vztahy

*Setkávání v domácnosti (spolubydlíci, členové rodiny), volnočasové aktivity s dalšími lidmi (např. ve sportovním klubu), setkávání s lidmi mimo domácnost (sousedé, přátelé), získávání a udržování přátel, sociální dovednosti (zdravení, přiměřené chování apod.), láska a intimní vztahy.*

Tato oblast se zaměřuje na sociální dovednosti. Zvláště lidé s postižením, kteří žili dlouhá léta v ústavních zařízeních, často nemají vypěstovány základní společenské návyky a dovednosti. Je to způsobeno tím, že tyto dovednosti a návyky se člověk z velké míry učí nápodobou právě v běžných sociálních kontaktech. Pokud se lidé s postižením v rámci zařízení setkávali především s jinými lidmi s postižením, neměli možnost se tyto základní dovednosti naučit a v běžných sociálních situacích se někdy neorientují nebo se chovají

nevhodně. Proto i v této oblasti vyžadují určitou míru podpory. Do oblasti sociálních vztahů rovněž spadá láska, partnerství a sexualita.

### **Ochrana vlastních zájmů**

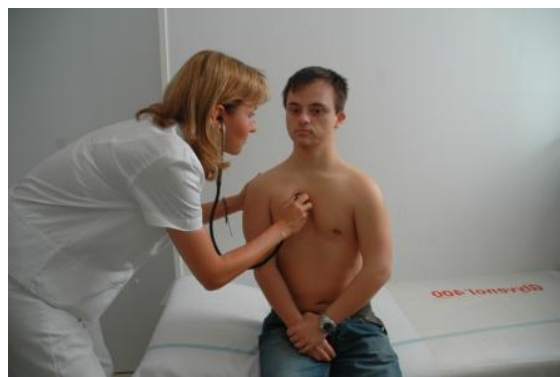
*Vyjádření vlastních přání a potřeb, hospodaření s penězi, obrana proti zneužívání, dodržování zákonů, obhajoba svých práv, využití právnických služeb, rozhodování a možnost volby, obrana a zastupování ostatních, účast v hnutí sebeobhájců apod.*

Lidé s postižením mají často malou sílu a schopnost prosazovat své zájmy. Jsou zvýšenou měrou ohroženi zneužíváním v širokém slova smyslu, špatně se umí bránit, pokud dochází k narušování jejich základních práv a svobod. Tuto oblast ošetřuje v rámci sociálních služeb standard č. 2 (Ochrana práv osob). Každý poskytovatel sociálních služeb má popsané oblasti, kde může dojít k narušení práv nebo ke střetu zájmů, a sleduje, zda nedochází k problémům. V rámci individuálního plánu je vhodné popsat u každého uživatele jednotlivě, kde v jeho případě konkrétně hrozí nebezpečí porušení práv, střet zájmů nebo zneužití. Zároveň je pak možné v individuálním plánu navrhnout opatření, které podobným incidentům již dopředu zamezí.

### **Mimořádná zdravotnická podpora**

*Např. respiratorní péče, pomoc při příjmu potravy, péče o pokožku, další: záchvaty, dialýza, stomie apod.*

Do této oblasti spadá veškerá nutná podpora spojená s řešením zdravotního stavu nebo konkrétních obtíží.



### **Mimořádná behaviorální podpora**

*Prevence zranění klienta či jiných osob, krádeže, destrukce zaměřená navenek, sebedestrukce, sexuální oblast, toulání, omamné látky apod.*

Do této oblasti spadá veškerá nutná podpora spojená s nevhodným, agresivním nebo jiným problémovým chováním.

#### **4.2.1.1 Forma a rozsah podpory**

Stupnice intenzity podpory (SIS) při vyhodnocování potřebné míry podpory hodnotí v každé uvedené oblasti tři veličiny:

- frekvenci podpory
- rozsah podpory
- formu podpory

Mnoho zařízení v praxi hodnotí především formu podpory, což je jistě také dostačující.



## Frekvence podpory

Hodnotíme, jak často je podpora potřebná, například 1x měsíčně, alespoň jednou denně, každou hodinu nebo častěji.

## Rozsah podpory

Hodnotíme, kolik času obvykle trvá podpora, například méně než 30 min., 30 min. až 2 hodiny, od 2 do 4 hodin, 4 hodiny a více.

## Forma podpory

Podpora, kterou pracovník poskytuje uživateli, má různou podobu. Není to pouze fyzická pomoc s danou činností. Proto rozlišujeme následující druhy podpory:

- uživatel je v dané oblasti **bez podpory**
- **dohled, sledování:** pracovník se dané činnosti neúčastní ani uživateli nemusí pokaždé vysvětlovat, jak má činnost dělat, nebo mu dávat pokyny. Pracovník ale musí být nablízku, kdyby uživatel potřeboval v průběhu činnosti pomoc. V některých případech musí pracovník na závěr zkontrolovat, že činnost byla provedena dobře. Například uživatel sám umývá nádobí, pracovník však musí zkontrolovat, že je nádobí skutečně čisté. Tato forma podpory maximálně podporuje samostatnost uživatele a není pro pracovníka časově příliš náročná.
- **vedení, instruktáž:** pracovník pomáhá uživateli především slovem. Nejedná se o jednorázové vysvětlení, ale vždy znovu musí uživateli vysvětlit, jak má postupovat. Například uživateli, který se chystá vyfírat podlahu, je pokaždé nutné říci, kde najde úklidové prostředky, jaký má použít saponát, a je nutné ho upozornit, aby podlaha nebyla příliš mokrá. Někdy je nutné dávat instrukce i v průběhu činnosti. Například uživatel s těžším postižením sedí na posteli a neobléká se. Pracovník mu musí krok za krokem dávat instrukce: „Nyní si vezměte nátělník a teď tričko, pozor, máte ho obráceně, musíte ho otočit. Teď kalhoty, ponožky, boty. Výborně, je to hotovo.“ Tato forma podpory motivuje uživatele k největší samostatnosti, zároveň je však pro pracovníka časově poměrně náročná. Pracovník si často říká, že sám by danou činnost udělal mnohem rychleji. Vycházíme však z toho, že podpora samostatnosti uživatele je důležitější než rychlost provedení dané činnosti.
- **částečná pomoc s činností:** pracovník vykonává činnost společně s uživatelem, některé úkony dělá uživatel, některé pracovník. Jako příklad si můžeme vzít opět oblékání. Pracovník dává uživateli instrukce, jak postupovat. Ví ale, že musí uživateli pomoci zapnout knoflíky a zip a zavázat mu boty. Sám však dělá pouze ty úkony, které uživatel skutečně nezvládne. Ostatní činnosti nechá dělat uživatele samotného, i když to může být časově poměrně náročné.
- **plná pomoc s činností:** pracovník vykonává celou činnost s uživatelem nebo namísto uživatele. Tato intenzivní forma podpory se vyskytuje zvláště u uživatelů s těžším postižením.



Vždy bychom měli zkoumat, jak rozsah podpory postupně snížit a do činnosti alespoň částečně zapojit uživatele.

#### **4.2.2 POSUZOVÁNÍ MÍRY NEZBYTNÉ PODPORY UŽIVATELŮ (doporučený postup MPSV č. 1/2010)**

V České republice byla pro posuzování míry nezbytné podpory uživatelů vyvinuta metodika, která je dostupná v elektronické verzi na <http://www.mpsv.cz/cs/8496>. Tento nástroj byl vytvořen především pro zařízení, která procházejí transformací, ovšem jako inspirace může být užitečný pro široké spektrum sociálních služeb. Metodika obsahuje podrobný návod, jak při posuzování míry podpory postupovat. Součástí metodiky jsou i vzorové formuláře (dotazník).

**Dotazník míry podpory je postaven na dvanácti oblastech lidského života:**

1. Komunikace
2. Péče o sebe
3. Péče o domácnost
4. Bezpečí
5. Vztahy
6. Bydlení
7. Finance a úřady
8. Zdraví
9. Osobní uplatnění a spokojený život
10. Rozhodování a práva
11. Pečovatelé
12. Rizika a nepohoda

Každá oblast obsahuje krátký popis toho, co je možné si pod ní představit. Dále téměř každá oblast obsahuje podkapitoly (podoblasti), které danou oblast dále rozvádějí a zpřesňují. Oblasti a jejich podkapitoly (podoblasti) jsou pak doplněny o návodné formulace, v nichž by se měl uživatel najít a v nichž by si měl vybrat svou míru nezbytné podpory.

Jako příklad uvádíme na další stránce oblast č. 3 Péče o domácnost. Vidíme, že dotazník obsahuje předpřipravené možnosti a tým pracovníků spolu s uživatelem zjišťuje, která z možností nejlépe vystihuje situaci uživatele. Každou odpověď je možné vlastními slovy doplnit.

Po posouzení a vyhodnocení všech dvanácti oblastí je možné potřebnou míru podpory vyjádřit graficky formou kruhu podpory.

### 3. PÉČE O DOMÁCNOST

- Tato část je o tom, jak se umíte vyrovnat s každodenním životem v domácnosti a také jak se o domácnost, nebo třeba jen o svůj pokoj, dokážete postarat.
- Dále je o tom, jak umíte pečovat o své osobní věci, udržovat je v pořádku.

#### A/ Péče o domácnost

*(zvládání běžného úklidu, drobné opravy, zařizování a vybavení bytu nebo pokoje apod.)*

	Při zvládání domácnosti nepotřebuji žádnou zásadní pomoc.
	Potřebuji činnosti v domácnosti jen připomínat nebo k nim potřebuji vyzývat.
	Potřebuji někoho, kdo by mi s činnostmi v domácnosti 1x týdně pomohl nebo mne k nim vyzval.
	Potřebuji někoho, kdo by mi s činnostmi v domácnosti pomohl 2x až 3x týdně.
	Potřebuji někoho, kdo by se staral o mou domácnost místo mne.

**Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:**

#### B/ Péče o své osobní věci

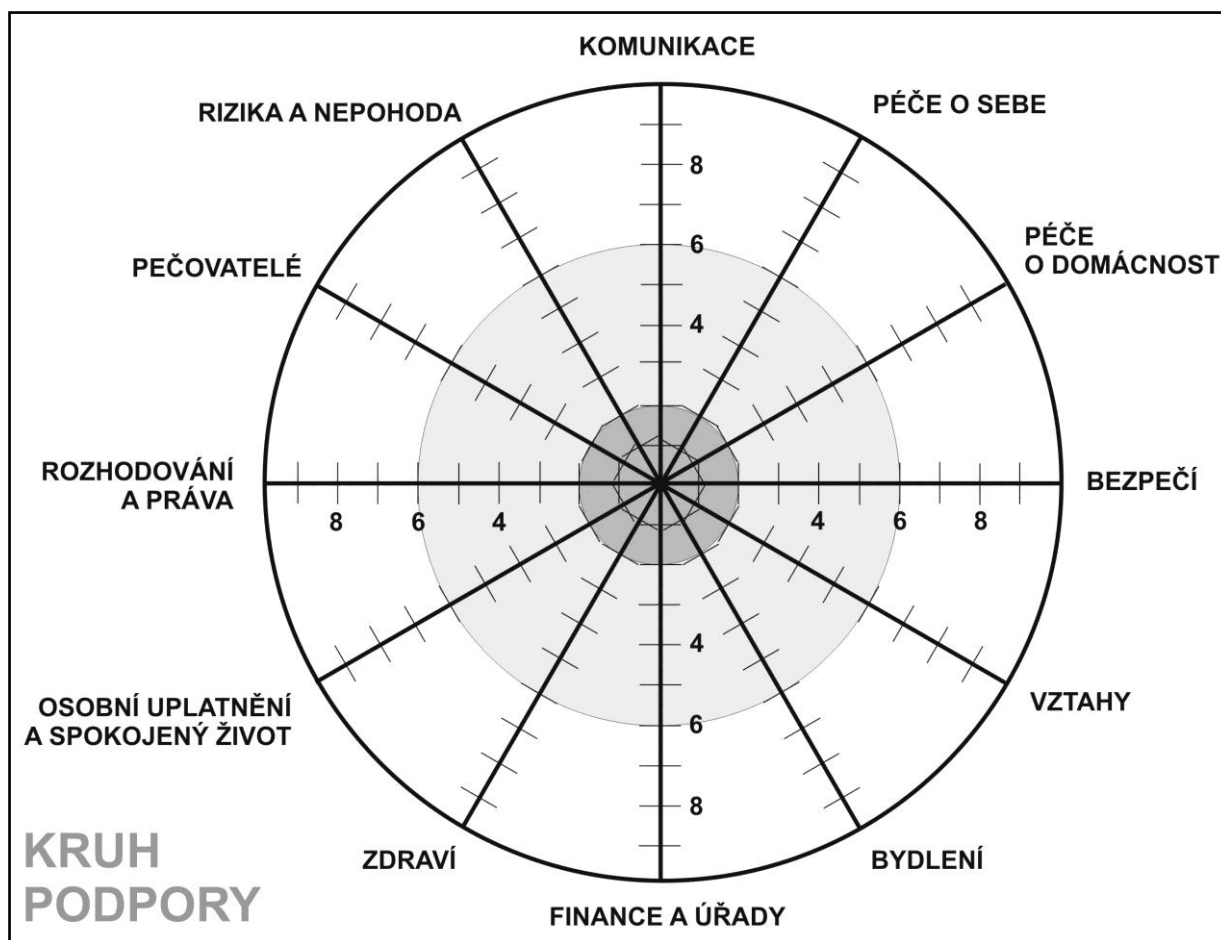
*(jak si dokážete hlídat své osobní věci, udržovat je v pořádku – nerozbité, čisté, funkční; jak si je dokážete uklízet apod.)*

	O všechny své osobní věci se dokáži postarat sám a bez pomoci druhých.
	Potřebuji péči o své osobní věci jen připomínat nebo k nim potřebuji vyzývat.
	Potřebuji někoho, kdo by mi s péčí o mé osobní věci 1x týdně pomohl nebo mne k péči o ně vyzval.
	Potřebuji někoho, kdo by mi s péčí o mé osobní věci pomohl 2x až 3x týdně.
	Potřebuji někoho, kdo by pečoval o mé osobní věci místo mne.

**Svou odpověď bych ještě rád slovně upřesnil:**

*Zdroj: Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů (doporučený postup MPSV č. 1/2010)*

# STANOVENÍ MÍRY NEZBYTNÉ PODPORY UŽIVATELE



Z hlediska míry nezbytné podpory byl uživatel na základě souhrnného posouzení týmem vyhodnocen jako:

	<p><b>OSOBA S POTŘEBOU NÍZKÉ MÍRY PODPORY</b> (uživatel s potřebou jen malé nezbytné podpory ze strany druhých osob, a to v rozsahu cca 1–7 hodin denně, a to zejména pomocí se složitějšími úkony péče o vlastní osobu nebo částečným dohledem)</p>
	<p><b>OSOBA S POTŘEBOU STŘEDNĚ VYSOKÉ MÍRY PODPORY</b> (uživatel s potřebou nezbytné podpory dostupné v rozsahu cca 8–16 hodin denně /přes den a obvykle i částečně přes noc/, s dopomocí nebo alespoň pravidelnou kontrolou ze strany druhé osoby)</p>
	<p><b>OSOBA S POTŘEBOU VYSOKÉ MÍRY PODPORY</b> (uživatel s potřebou nezbytné podpory dostupné vždy cca 17–24 hodin denně, s většinou úkonů péče prováděných zcela nebo s velkou asistencí druhé osoby).</p>

Zdroj: Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů (doporučený postup MPSV č. 1/2010)

### 4.2.3 DALŠÍ FORMY HODNOCENÍ MÍRY POTŘEBNÉ PODPORY

Řada zařízení používá různé tabulky, pomocí kterých vyhodnocuje rozsah potřebné podpory. Tyto tabulky mívají často **dvě nevýhody**:

- jednotlivé kolonky se zaměřují hlavně na oblast sebeobsluhy a zdraví a bývají opomenuty další důležité oblasti, jako jsou například komunikace, vztahy, práce, podpora kontaktu s přirozeným sociálním prostředím apod.
- hodnocení v tabulkách bývá povšechné a nic neříkající. Například pokud je v kolonce hygiena uvedeno pouze „částečná podpora“, není bez dalšího upřesnění vůbec jasné, jakou konkrétní pomoc a v jakém rozsahu klient potřebuje.

Následující příklad znázorňuje tento zjednodušený způsob hodnocení potřebné podpory. Tabulka uvádí pouze několik námatkou vybraných položek z oblasti činností v domácnosti. Ve skutečnosti by tabulka měla položek mnohem více.

Druh činnosti (činnosti v domácnosti)	Potřebná míra podpory
Používání toalety	Dohled
Péče o šaty (praní, žehlení, ukládání do skříněk, drobné opravy)	Částečná pomoc s činností
Příprava jídel	Plná pomoc s činností
Konzumace jídla	Bez podpory
Údržba a úklid domácnosti	Částečná pomoc s činností
Oblékání	Bez podpory
Osobní hygiena (koupání, sprchování, holení, čištění zubů apod.)	Dohled
Ovládání domácích spotřebičů (televize, vařič, kávovar, toaster...)	Částečná pomoc s činností
Následují další oblasti podpory...	

Tato forma v některých případech může být dostatečná a vyhovující. Má však i své zřetelné nevýhody. Vidíme, že nám dává jen nejasnou představu o tom, co uživatel skutečně zvládá sám a jakou konkrétní podporu potřebuje.

Daleko více vypovídající je **slovní popis** současného stavu a potřebné míry podpory, jak ho uvádí následující příklad:

#### Činnosti v domácnosti

Druh činnosti	Současný stav	Jakou podporu uživatel potřebuje, co by se chtěl sám naučit
Používání toalety	Používání toalety zvládá pan K. sám, zapomíná však na hygienu – umytí rukou.	Je nutné připomínat mytí rukou a toto kontrolovat, dále je nutné příležitostně kontrolovat čistotu WC.
Péče o šaty (praní, žehlení, ukládání do skříněk, drobné opravy)	Prát a žehlit pan K. neumí. Zvládá však špinavé prádlo donést do prádelny. Umí si sám uložit vyprané prádlo do své skříně.	Potřebuje, aby mu prádlo bylo vypráno a vyžehleno. V budoucnu by se chtěl naučit dávat prádlo do pračky a pračku zapínat (pod vedením asistenta) a dále by chtěl umět žehlit ručníky a kapesníky.

Příprava jídel	Umí si uvařit kávu a čaj (s dohledem asistenta). Umí si sám připravit studenou snídani či večeři (namazat chléb či rohlík, ukrojít si salám apod.) Teplá jídla vařit neumí, dosud neměl příležitost.	Potřebuje dohled asistenta při vaření kávy a čaje. Potřebuje, aby mu bylo uvařeno teplé jídlo. Chtěl by umět ohřívat párky a vařit vajíčka.
Konzumace jídla	Nají se zcela samostatně.	Bez podpory.
Údržba a úklid domácnosti	Dokáže zametat, utírat prach a luxovat. Vytírání mu dělá problémy.	Potřebuje dohled při úklidu (někdy činnost vykoná pouze napůl), potřebuje částečnou pomoc s vytíráním (natočit vodu do kbelíku, po vytírání vylít).
Oblékání	Obléká se samostatně, vybírá si oděvy vhodné pro danou příležitost i vhodné vzhledem k počasí.	Bez podpory.
Osobní hygiena (koupání, sprchování, holení, čištění zubů apod.)	Hygienu zvládá samostatně s výjimkou holení.	Potřebuje připomenout, zvláště v létě, aby se osprchoval, když se zapotí. Potřebuje částečnou pomoc při holení.
Ovládání domácích spotřebičů (televize, vařič, kávovar, toaster...)	Umí ovládat televizi, rádio, rychlovarnou konvici, toaster. Neumí ovládat vařič, kávovar, pračku, žehličku.	Potřebuje pomoc při obsluze kávovaru (výměna filtru, dávkování kávy). Rád by se naučil obsluhovat kávovar, vařič, pračku a žehličku.
Následují další oblasti podpory.		

Na tomto příkladu vidíme, že kvalitativní slovní popis nám dává lepší představu o současném stavu a o potřebách uživatele. Rovněž pro řadu pracovníků bude pravděpodobně snadnější tento popis společně s uživatelem vytvořit. Každé zařízení by si tedy mělo najít vyhovující a dostatečně vypovídající způsob, jak míru potřebné podpory vyhodnocovat a zaznamenávat.

V českých zařízeních je u uživatelů obvykle sledována míra samostatnosti uživatele a potřeba podpory pouze v oblastech souvisejících se sebeobsluhou, komunikací, motorikou, samostatným pohybem, bezpečností a zdravím. Cílem sociální služby však není pouze zajištění základních životních potřeb, stravy a hygieny. Je nutné stejnou pozornost věnovat i oblastem, jako je například společenský život, vzdělávání, práce, ochrana vlastních práv a zájmů apod. V některých zařízeních pro dospělé uživatele se v tabulkách a dotaznících vyskytují i oblasti, které není vhodné v případě dospělých uživatelů hodnotit, např.: chování, zapojení do aktivit, oblíbenost v kolektivu apod. Doporučujeme držet se oblastí, které uvádí SIS nebo doporučený postup MPSV (viz výše).

Jak můžeme mapování potřebné míry podpory využít pro další plánování? Při dalším plánování služby se můžeme zaměřit na několik typů situací:

- **oblasti, které by uživatel mohl zvládat samostatněji než doposud.** Pan K. by se například chtěl naučit ovládat pračku. Tuto činnost tedy můžeme rozpracovat v rámci krátkodobého plánu.
- činnosti, u nichž uživatel dosud **neměl příležitost vyzkoušet**, zda by je zvládl samostatně nebo s částečnou podporou. U pana K. je to vaření teplých jídel. Vidíme, že pan K. sice nevaří, dosud však neměl možnost si vaření vyzkoušet. Můžeme se tedy zamýšlet, jak pro pana K. vytvořit prostor pro nácvik vaření.
- činnosti, kde uživatel v tuto chvíli **potřebuje plnou pomoc s činností**: můžeme hledat způsoby, jak uživatele alespoň částečně do činnosti zapojit, a tím zvýšit jeho samostatnost.

## 4.3 PLÁNOVÁNÍ PODPORY

Pokud proběhla fáze mapování a máme spolu s uživatelem ujasněnou představu, co v souvislosti se sociální službou chce, potřebuje a očekává, můžeme přistoupit k plánování podpory. Vyjednáváme a plánujeme, **jak bude služba pro konkrétního uživatele vypadat, jaký bude mít rozsah a podobu, na co se společně s uživatelem zaměříme**. Podporu uživateli nabízíme, ale nevnučujeme.

Při plánování podpory je důležité uvážit také **zapojení jiných zdrojů**, než je sociální služba. Není vhodné, aby se sociální služba pokoušela naplnit všechny potřeby uživatele vlastními silami. To obvykle vede k velké závislosti uživatele na službě.

Tato fáze individuálního plánování bývá někdy vnímána **ve velice redukované podobě** jako stanovení cíle a popis kroků k jeho plnění. Pokud bychom se však při plánování podpory zaměřili takto úzce na jeden nebo dva cíle, opominuli bychom pravděpodobně mnoho věcí, které jsou pro klienta v jeho každodenním životě důležité, ale které nemají charakter cílů.

Často se stává, že v osobním profilu sice zmapujeme mnoho důležitých věcí a potřeb, ale dále se v individuálním plánu zaměříme pouze na jednu z nich, která se stane cílem. Například zjistíme, že pro pana Karla je důležité, aby na něj nikdo nespěchal, aby měl dostatek soukromí a nemusel se účastnit mnoha společných aktivit a aby se mohl pravidelně potkávat se svojí přítelkyní, která bydlí v jiném domě. Dále zjistíme, že tento člověk se raději sprchuje, než koupe ve vaně, že nemá rád rýži, zato miluje brambory, a že ho rozčiluje, když mu ostatní lidé kvůli špatné výslovnosti nerozumějí.

Při dalším plánování máme nyní několik možností. V nejhorším případě se v individuálním plánu najednou jako blesk z čistého nebe objeví cíl, který vůbec nesouvisí s tím, co je pro pana Karla skutečně důležité. Například „zlepšení úklidu na pokoji“. Hned vidíme, že se spíše jedná o **přání pracovníka, než o skutečný cíl klienta**.



Další, o mnoho lepší možností je **výběr jedné důležité věci**, na kterou se zaměříme a která se stane cílem. Například setkávání s přítelkyní. Cílem může být, že pan Karel bude mít možnost se setkat se svojí přítelkyní alespoň jednou za den (pokud tuto možnost nyní nemá). Cílem může být i nácvik samostatného pohybu, aby pan Karel dokázal přítelkyni navštívit sám, bez pomoci pracovníka. Pokud bychom se ale v individuálním plánu soustředili pouze na tento cíl, co se stane s dalšími důležitými věcmi z osobního profilu? Hrozí nebezpečí, že někteří pracovníci budou na pana Karla spěchat, budou ho „motivovat“ ke společným aktivitám, o které nemá zájem, a že pan Karel bude muset tak jako dosud jíst třikrát týdně rýži, která mu vůbec nechutná.



V individuálním plánu bychom se proto neměli soustředit pouze na jeden nebo dva cíle a zbytek věcí nechat stranou. **Individuální plán by měl zahrnovat mnohem širší celek.** Plánovací tým by se měl poradit, jak to udělat, aby na pana Karla nikdo nespěchal. Jak to udělat, aby mohl zůstat doma ve svém pokoji, když jdou ostatní na vycházku. Jak zajistit, aby se na jeho jídelníčku objevovalo méně rýže a více brambor. Jak zlepšit komunikaci s okolím. Určitě by bylo zbytečné všechny tyto věci formulovat jako cíle a zdlouhavě k nim vypisovat jednotlivé kroky na předem daném formuláři. Důležité je především to, aby tým (společně s panem Karlem) o těchto věcech diskutoval, aby došel ke konkrétnímu řešení a toto řešení bylo stručně zapsáno v individuálním plánu. Například: „nikdo z pracovníků nebude pana Karla vybízet k účasti na aktivitách, o kterých se jasně vyjádřil, že o ně nemá zájem“. Na těchto příkladech vidíme, že zaměření se na celek větších i menších věcí, které jsou z pohledu klienta důležité, může být přínosnější, než věnovat pozornost a úsilí pouze jednomu izolovanému cíli.

Při **plánování podpory bychom se tedy neměli zaměřit pouze na zpracování krátkodobého plánu** (tj. určení dílčího krátkodobého cíle a kroků k jeho naplnění). Jak již bylo řečeno, plánování zahrnuje širší celek, do kterého mimo jiné patří:

- **dlouhodobá perspektiva:** zvláště u dlouhodobých pobytových služeb je nutné si položit otázky, kam služba v případě daného uživatele směřuje. Tato dlouhodobá perspektiva může být vyjádřena jako dlouhodobý (osobní) cíl. U řady uživatelů takovýto dlouhodobý cíl není zformulován. Podívat se na poskytování služby z dlouhodobější perspektivy je však nutné v každém případě:
  - je pro uživatele služba z dlouhodobého pohledu skutečně vhodná, nebo existuje jiná vhodnější služba (na jiném místě, jiný typ služby apod.)?
  - má služba v případě tohoto uživatele určitý časový horizont (např. za tři roky se chce uživatel vrátit do svého rodného města a využívat terénní služby)?
  - pomáhá služba uživateli k dosahování jeho cílů, k osamostatňování a sociálnímu začleňování?
  - reaguje služba účinně na potřeby uživatele?

- nesoustředí se služba pouze na zajišťování základních potřeb (přístřeší, jídlo, hygiena)?
  - pokud v současnosti služba není pro uživatele zcela vyhovující, co se musí změnit, aby tomu tak bylo?
- **určení rozsahu podpory v základních oblastech a určení způsobu, jak je podpora poskytována:** toto je obsahem analýzy potřeb podpory. To, co při mapování zjistíme, by se mělo promítnout do výsledného individuálního plánu
  - **každodenní život uživatele, drobné každodennosti:** součástí plánování nemá být pouze vytyčování velkých a vzdálených cílů. Pozornost bychom měli soustředit určitě i na drobné detaily každodenního života uživatele, jejichž řešení však může být pro uživatele velice významné.

### 4.3.1 PLÁNOVACÍ SCHŮZKA

Plánování podpory probíhá obvykle na **plánovací schůzce**. Zde musíme opět zdůraznit, že individuální plánování je týmová aktivita. Individuální plánování, do kterého není zapojen celý tým, má jen malý efekt. Jednotliví účastníci se na schůzku různým způsobem připravují. Především klient a klíčový pracovník se před schůzkou věnují různým formám mapování situace. Je dobré, aby schůzky měly



určitou **pravidelnost** a byly v dostatečném předstihu **naplánované**, aby si všichni účastníci mohli **vyčlenit potřebný čas**. Chybou je, pokud pro plánování není vyčleněn předem daný čas a schůzky se konají náhodně, jak to vyjde, případně se nekonají vůbec, a plánování tím pádem neprobíhá v týmu.

Co je nutno mít v souvislosti s plánovací schůzkou vyjasněno:

- **jak často se schůzka koná:** u dlouhodobých pobytových služeb se osvědčuje frekvence schůzek přibližně dvakrát za rok. Existuje samozřejmě řada situací, kdy je vhodnější pořádat schůzky častěji.
- **kdo schůzku svolává:** může to být klíčový pracovník nebo jiná osoba, např. vedoucí, metodik, sociální pracovník apod.
- **kde se schůzka koná:** prostor by měl být pro uživatele příjemný, měl by zaručovat dostatek klidu a soukromí. Není vhodné prostředí, které uživatel nezná a kde se cítí

stísněně. Schůzka se může konat v kanceláři, v prostředí uživatele (např. jeho byt, pokud s tím uživatel souhlasí) nebo na neutrální půdě (například v kavárně).

- **kdo se schůzky účastní:** účastní se uživatel a členové plánovacího týmu. Složení tohoto týmu je závislé na podmínkách v daném zařízení. V některých zařízeních jsou plánovací týmy menší, např. pětičlenné, jinde mají i více než deset členů. Členy plánovacího týmu bývají pracovníci, kteří s uživatelem přicházejí často do styku: pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, terapeuti apod. Součástí týmu může být např. i sociální pracovník, vedoucí apod. Za zvážení stojí též i účast rodinného příslušníka nebo opatrovníka. Ti se však plánovacích schůzek účastní spíše zřídka. Členem plánovacího týmu je samozřejmě i uživatel. Uživatel by měl mít možnost složení tohoto týmu ovlivnit. Pokud se uživatel schůzky účastnit nechce, probere s ním klíčový pracovník potřebné věci před schůzkou a po schůzce.
- **jak mají být účastníci na schůzku připraveni:** mělo by být jasné, co si má připravit nebo rozmyslet uživatel (např. jakým aktivitám se chce věnovat), jaké podklady si má donést klíčový pracovník (např. aktualizovaný osobní profil, analýzu potřeb podpory) a co si mají připravit ostatní členové týmu (např. postřehy za minulé období a nápady do budoucna)
- **průběh schůzky:** je nutné určit, kdo schůzku vede (facilituje) a kdo dělá zápis. Není příliš vhodné, aby obě tyto funkce zastával klíčový pracovník, který má ještě řadu dalších úkolů. V průběhu schůzky je nutné zajistit, aby uživatel dostal dostatečný prostor a schůzka probíhala pro něj srozumitelným způsobem.
- **kdo zpracuje písemné výstupy:** obvykle klíčový pracovník zpracuje výstupy ze schůzky do podoby finálního individuálního plánu.
- **jak budou s výstupy (výsledným individuálním plánem) seznámeni pracovníci, kteří se schůzky neúčastnili:** schůzky se většinou neúčastní všichni pracovníci, kteří přicházejí s uživatelem do styku. Proto musí existovat mechanismus, který zaručí, že se i oni seznámí s výsledným individuálním plánem.

### 4.3.2 KRÁTKODOBÝ PLÁN

Krátkodobý plán zachycuje osobní cíl, který jsme vyjednali s uživatelem, a popisuje kroky, které vedou k jeho naplnění. Vyjednávání a stanovování cílů je věnována samostatná kapitola 5. Krátkodobý plán je zpracováván řádově na dobu týdnů nebo několika měsíců. Základní osnova plánu může být velice jednoduchá:

- **současná výchozí situace** (kde jsme nyní)
- **cíl vyjednaný s uživatelem** (kam se chceme dostat)
- **konkrétní kroky**, které povedou k dosažení cíle (co, kdo, kdy musí udělat)
- **rizika a překážky**, spojené s dosažením cíle, se kterými musíme počítat

- **vyhodnocení:** je obvykle součástí formuláře krátkodobého plánu, provádí se však až s časovým odstupem v další etapě plánování. O formách a způsobech vyhodnocení proto pojednáme později.



Některé krátkodobé individuální plány mají složitější strukturu s mnoha kolonkami. Nežádka se však stává, že příliš složitá struktura nerozumí ani mnozí pracovníci, kteří se na sestavování plánu podílejí, ani samotný uživatel. Proto se snažme plán členit spíše jednoduše a srozumitelně. Podívejme se nyní na jednotlivé části krátkodobého individuálního plánu podrobněji.

### Současná výchozí situace

Krátce popíšeme, jaká je výchozí situace v oblasti, kterou se chceme zabývat. Například: „paní XY se v tuto chvíli pohybuje za pomoci chodítka pouze po svém pokoji a chtěla by svůj pohyb rozšířit“ (cíl pak bude např.: „do tří měsíců chci zvládnout dojít s chodítkem ze svého pokoje do jídelny a zpět“).

### Cíl vyjednaný s uživatelem

S oblastí cílů se můžete podrobněji seznámit v kapitole 5. Zde tedy pouze připomeňme, že cíl musí být vyjádřen naprosto konkrétně a že musí obsahovat kritéria, podle nichž poznáme, že cíl byl splněn. Musí to být skutečně cíl uživatele, nikoliv cíl pracovníka nebo například rodinného příslušníka. Některé formuláře krátkodobých plánů obsahují rovněž kolonku „jak je cíl významný pro uživatele“. U dobře stanoveného a zformulovaného cíle je většinou na první pohled zřejmé, že je pro uživatele významný. Pokud je to však potřeba, můžeme význam cíle krátce zdůvodnit a okomentovat.

## Kroky, které povedou k dosažení cíle

V této části co nejjednodušeji popíšeme kroky vedoucí k cíli. Tedy vše, **CO** je potřeba pro dosažení cíle postupně udělat. Zároveň musíme u každého kroku uvést, **KDO** bude za průběh každého kroku odpovědný. Důležité je vyjasnit, co udělá sám uživatel a jakou podporu mu bude poskytovat personál. A samozřejmě je potřeba naplánovat, **KDY** budou jednotlivé kroky prováděny (termíny jednotlivých kroků a termín revize plánu).

Pokud plánujeme jednotlivé kroky, je dobré se zamyslet i nad **využitím vnějších zdrojů** a návazných služeb. Není ideální, aby poskytovatel pro uživatele zajišťoval vše vlastními silami. Uživatel by měl při dosahování svých cílů v maximální možné míře využívat vnější zdroje a běžně dostupné služby, jako je například hromadná doprava, obchody, kadeřník, restaurace, sportoviště apod. Důležité je také využívání neformální podpory (pomoc sousedů, kamarádů apod.). Například pokud uživatel jezdí na fotbalové tréninky do sousední obce, může se domluvit s jiným fotbalistou, který ho rád svezze autem.

Některé formuláře krátkodobých plánů obsahují kolonku „co lze udělat hned“. V mnoha případech má tato otázka smysl. Pokud například uživatel není spokojen s bydlením z důvodů bariérovosti a chce tento problém řešit, je užitečné si zrekapitulovat, co můžeme vyřešit již nyní (např. možnost drobnějších úprav) a co si vyžádá delší dobu (hledání volného místa ve vhodnějším objektu). V ostatních případech to, co můžeme udělat hned, je jednoduše první krok našeho plánu.

Další kolonkou, kterou některé plány obsahují, je vyjmenování použitých metod nebo forem podpory, jako je například rozhovor, instruktáž, sledování, plná pomoc s činností. V praxi se však ukazuje, že vyplňování této kolonky je většinou pouze formální.

Dalším příkladem formálního přístupu je popis kroků, pokud je cílem uživatele nějaká jednoduchá nekomplikovaná záležitost, například návštěva kina. Jestliže již uživatel v kině mnohokrát byl a všem je automaticky jasné, co je potřeba udělat, pak je zbytečné, aby pracovník složitě vyplňoval formulář a popisoval kroky ve stylu: 1. sehnat program kina, 2. vybrat vhodný film, 3. koupit lístek, 4. zjistit, kdy jede autobus do města, 5. jet s uživatelem do kina na vybraný film. Samozřejmě pokud jde o uživatele, který se chystá do kina poprvé a celá akce je spojena s různými komplikacemi, pak může být užitečné si jednotlivé kroky podrobněji popsat.

## Rizika a překážky

Součástí krátkodobého plánu je také posouzení překážek a rizik spojených s plánovanou činností.

- **riziko** souvisí se situacemi, ve kterých může být uživatel ohrožen na zdraví nebo na životě. Pokud například uživatel chodí v rámci svého plánu pracovat na pole, kde sbírá kameny, může být rizikem nebezpečí, že spadne pod projíždějící traktor. Pokud nějaké riziko objevíme, měli bychom navrhnout způsob jeho snížení na únosnou míru (například uživatel bude poučen o nebezpečí a bude pracovat vždy pouze pod dozorem pověřené osoby).



- **překážky** naproti tomu neohrožují uživatele, ale pouze komplikují dosažení cíle. V našem případě může být překážkou například to, že uživatel často zaspí, chodí do práce pozdě a může o své místo přijít. Pokud se možnými překážkami zabýváme předem, naše šance na dosažení cíle stoupá.

Je vhodné zaměřit se pouze na **skutečně vážná a hrozící rizika a překážky**. I zde platí, že méně bývá více. Někdy se lze setkat se snahou pracovníků vytipovat k dané činnosti co nejvíce rizik. Tato snaha vede k tomu, že většina takto uváděných rizik je spíše hypotetická nebo jde o výčet zcela obecných rizik, souvisejících s danou činností. Měli bychom se proto snažit určit, kde skutečně hrozí reálné riziko, a na tuto oblast se zaměřit. Pokud daná činnost dle našeho vyhodnocení není spojena se zvýšeným rizikem, zapíšeme tuto skutečnost do plánu a nesnažíme se za každou cenu nějaká hypotetická rizika objevit.

Posuzování rizik a vytváření rizikových plánů pro jednotlivé uživatele je důležitou součástí individuálního plánování. Tomuto tématu bude věnována samostatná kapitola.

#### 4.3.2.1 Srozumitelnost individuálního plánu

Jedním z důležitých požadavků na individuální plánování je jeho srozumitelnost pro uživatele. Přehledný a srozumitelný by měl být i písemný výstup. Jak můžeme srozumitelnost plánu zvýšit:

- používat formuláře s přehlednou a jednoduchou strukturou
- použít dostatečnou velikost písma
- vyjadřovat se jednoduše, nepoužívat cizí slova, užívat pouze slova, kterým uživatel rozumí
- použít pro zpracování plánu obrázky, piktogramy, fotografie, kresby, zamyslet se nad grafickou podobou plánu

#### 4.3.2.2 Způsoby záznamu, formuláře

V praxi se pro záznam individuálních plánů používají nejrůznější formuláře. Některé tyto formuláře bývají poměrně složité, málo přehledné a obsahují množství kolonek, jejichž význam není zcela jasný ani zaměstnancům, natož pak klientům. Ukazuje se, že jednodušší formy záznamu obvykle lépe slouží svému účelu. Příklad poměrně jednoduše strukturovaného plánu naleznete na další stránce. Plán se soustředí na jeden cíl, který si klient zvolil. Pokud by klient chtěl zároveň pracovat na dvou či třech cílech, existovaly by pak dva nebo tři takovéto plány. Pro každý cíl jeden list papíru.



## Krátkodobý individuální plán

jméno uživatelky: Karolína Nováková

### Cíl dojednaný s klientkou:

Chci se do tří měsíců naučit prát si sama v pračce své oblečení.



### Současná situace (kde jsme nyní):

Umím si vyprat drobné prádlo v ruce.

### Konkrétní kroky, potřeba podpory, odpovědná osoba, termín (co, kdo, do kdy):

**1.** Seznámím se s ovládáním pračky a s pravidly bezpečnosti (já a klíčová pracovnice, 1. týden).



**2.** Naučím se, jak se prádlo třídí a jak se každý druh pere, vkládání do pračky, dávkování prášku, nastavení programu (já a klíčová pracovnice, 2. a 3. týden).



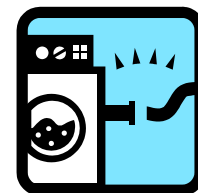
**3.** Budu zkoušet prát sama, ale před zapnutím pračky vždy zavolám pracovníci (já a klíčová pracovnice, 4. a 5. týden).

**4.** Budu prát samostatně, zaměstnance zavolám pouze když si nebudu vědět s něčím rady (já, 3. měsíc).



### Překážky, obavy, rizika:

Riziko: úraz elektrickým proudem: budu poučena klíčovou pracovnící o zásadách bezpečnosti. Pracovnice bude ze začátku sledovat, jestli nedělám něco nebezpečného.



Překážky: pokud bych obarvila nebo zničila nějaké cenné oblečení, matka by mi mohla chtít praní zakázat. Budu dávat pozor, když nebudu vědět, jak se co pere, zeptám se. Klíčová pracovnice mé matce předem vysvětlí, že se budu učit prát.

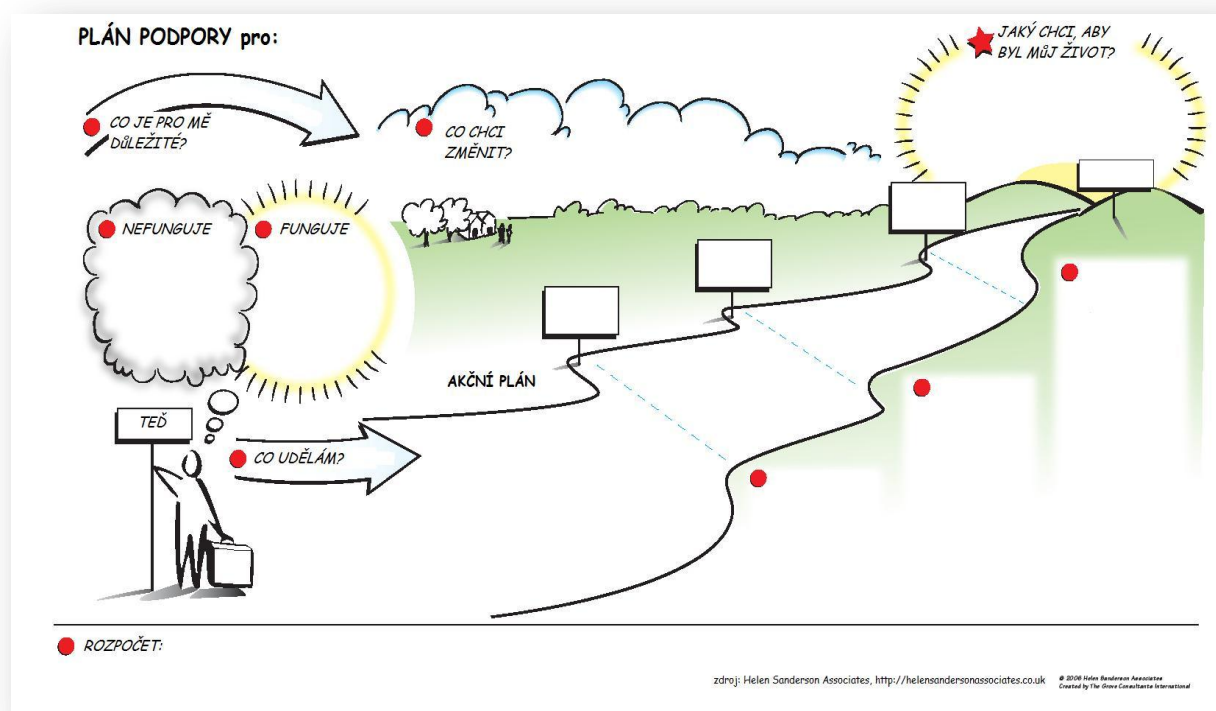
**Datum: 1. 4. 2012**

**Datum příští revize: 30. 6. 2012**

**Podpis uživatele:** *Karolína Nováková*

**Podpis pracovníka:** *Dana Novotná*

Individuální plán nemusí mít vždy formu tabulky nebo formuláře. Další příklad nám ukazuje možnost záznamu plánu formou obrázku:



zdroj: Helen Sanderson Associates

## 4.4 REALIZACE PLÁNU, POSKYTOVÁNÍ PODPORY

Realizace plánu probíhá v období mezi dvěma plánovacími schůzkami. V případě pobytových služeb to může být například období šesti měsíců. **Služba je v této době uživateli poskytována v té podobě a v tom rozsahu, jaký byl vyjednáán.** Je nutné, aby všichni členové týmu znali individuální plány uživatelů, se kterými pracují, a postupovali při práci s jednotlivými uživateli jednotně.

Pozornost je samozřejmě věnována i **naplňování konkrétních cílů**, které byly stanoveny v rámci individuálního plánu. Odpovědnost za realizaci plánu má společně klíčový pracovník i uživatel. Uživatel je odpovědný za to, že udělá, co sám udělat může (např. shání-li obyvatel azylového domu práci, půjde na úřad práce, bude číst inzeráty apod.). Klíčový pracovník je odpovědný za to, že uživateli bude poskytnuta potřebná podpora (např. pracovník pomůže uživateli sestavit profesní životopis).

Klíčový pracovník by měl v této etapě dbát na to, aby individuální plán zůstal živým dokumentem. Je chybou, pokud se plán vytvoří a šest měsíců je uložen ve skříni v šanonu. S plánem by měl klíčový pracovník skutečně pracovat, čas od času si osvěžit jeho obsah, brát si ho na pravidelné porady týmu apod.

## Průběžné záznamy

Jaké průběžné záznamy je nutné vést v období realizace plánu? Odpověď na tuto otázku není předem daná. Četnost a forma záznamů by měla vycházet z potřeb daného zařízení a z potřeb klíčového pracovníka a uživatele. Je vhodné zaznamenávat jen to, co je skutečně nutné, **nejjednodušší možnou formou**. Část informací můžeme zaznamenávat v běžných záznamech o poskytování služby (například v běžné knize hlášení). Není nutné za každou cenu zavádět zvláštní sešity a formuláře záznamů o plnění plánu a nutit klíčové pracovníky k jejich každotýdennímu, nebo dokonce každodennímu vyplňování. Klíčový pracovník si může vést i své neformální zápisky o práci s uživatelem a vše pak shrnout při hodnocení plánu. Průběžné záznamy by však měly dostatečně zachycovat průběh poskytování služby s důrazem na individuální práci s daným klientem.

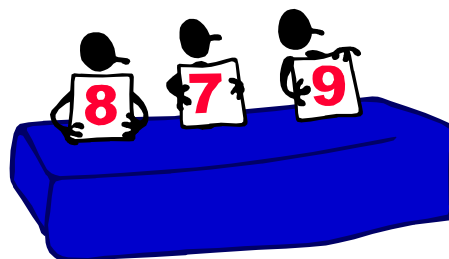
### „Plnění plánu“

Jak bylo řečeno výše, někdy je individuální plánování chápáno pouze jako vytyčování cílů a jejich následné plnění. Takové pojetí plánu je možná ozvukem údernického socialistického plánování, kdy si pracovní kolektivy vytyčovaly smělé cíle, které potom plnily, ba i o mnoho procent překračovaly. Kdo plán neplnil, byl vnímán jako podezřelý živel. Důraz na stanovování cílů a jejich plnění je silný i dnes v oblasti byznysu a managementu. V oblasti sociálních služeb však může být přílišný důraz na cíle a jejich plnění zavádějící. **Individuální plán není závazkem**, podle jehož včasného a bezchybného plnění se pozná kvalita a schopnosti pracovníka nebo klienta. Takové chápání plánování může vést k efektu, že klienti jsou „motivováni“ stanovovat si nové a nové rozvojové cíle a následně je plnit, a to i v případě, že klient ve skutečnosti o takový cíl ani příliš zájem nemá. V individuálním plánování však jde i o jiné věci: lépe poznat člověka, se kterým pracujeme, znát jeho potřeby, touhy, přání a poskytovat sociální službu individuálně v souladu se zjištěnými potřebami uživatele.

Každopádně se v průběhu realizace plánu může stát, že uživatel ztratí o cíl zájem, že bude chtít **cíl upravit nebo změnit** nebo že dosažení cíle si vyžádá daleko **delší dobu**, než jsme původně předpokládali. Nic z toho by nemělo být vnímáno jako chyba a nemělo by vést k tlaku na klienta. Podobné změny jsou běžnou součástí procesu individuálního plánování.

## 4.5 HODNOCENÍ PLÁNU

Hodnocení individuálního plánu může do velké míry splývat s hodnocením služby jako takové (to je obsahem standardu 15). Stejně tak hodnocení plánu a hodnocení služby může probíhat odděleně. Hodnocení provádí uživatel společně s klíčovým pracovníkem nebo i za účasti širšího týmu.



Často zaznívá otázka, kdy a jak často hodnocení provádět. V mnoha zařízeních probíhá obvykle dvakrát za rok celkové vyhodnocení plánu, na které navazuje aktualizace a vytvoření plánu nového. Dílčí hodnocení jednotlivých cílů v plánu můžeme provádět podle potřeby i častěji (u každého cíle by měl být uvedený termín jeho vyhodnocení).

Při hodnocení se můžeme zaměřit na několik oblastí:

### 1. naplňování krátkodobého individuálního plánu:

- podařilo se naplnit cíle uživatele?
- jak se osvědčil postup a kroky, které jsme naplánovali?
- jaký byl přínos pro uživatele, naplnila se jeho očekávání?
- jaké nejdůležitější momenty měly vliv na úspěch nebo neúspěch plánu?
- pokud se cíle nepodařilo naplnit, jaký byl důvod? Např.: cíl nebyl reálný nebo byl příliš velký, uživatel ztratil o cíl zájem, uživatel se na naplňování cíle nepodílel, naplánovaný postup se neosvědčil, personál poskytoval nedostatečnou podporu apod.
- vyskytly se nějaké překážky?

### 2. oblast rizik:

- vyskytly se nějaké rizikové situace či incidenty?
- osvědčily se rizikové plány a opatření ke snižování rizik?
- dostal se uživatel do situace reálného ohrožení? Čím to bylo způsobeno? Jaká jsme přijali opatření?

Pokud je vyhodnocení plánu spojeno i s celkovým hodnocením služby, můžeme se zaměřit i na širší okruh otázek:

### 3. jak je uživatel spokojen s poskytovanou službou? Uživatel se soustředí na jednotlivé oblasti svého života, jako jsou například:

- **bydlení:** jak jsem spokojen s bydlením, jak mi vyhovuje způsob ubytování, spolubydlící, míra soukromí, místo, kde bydlím apod.?
- **práce:** jak jsem spokojený s prací, kterou dělám, pokud nepracuji, jsem s tím spokojený, nebo raději chci pracovat?
- **vzdělávání:** mám možnost učit se nové věci? Mám možnost navštěvovat školu nebo kurzy?
- **volnočasové aktivity:** jak jsem spokojený s náplní svého volného času, mám možnost se věnovat aktivitám, které mě baví?
- **vztahy:** mám možnost stýkat se s rodinou, s přáteli? Mám možnost navázat partnerský vztah, žít s partnerem?
- **sociální začlenění:** dostanu se do města nebo do obce mezi ostatní lidi? Mám možnost dělat různé aktivity s ostatními lidmi?
- **zdraví:** cítím se dobře po zdravotní stránce? Je podpora v této oblasti dostatečná?
- **podpora:** dostanu pomoc, když ji potřebuji?
- **nezávislost:** žiji více nezávisle? Dělám v něčem pokroky?
- **kvalita služby:** byl jsem v minulém období spokojený? Jednal se mnou některý pracovník špatně? Porušoval někdo moje práva? Musel jsem si na něco stěžovat? Jsem spokojený s tím, jak byla stížnost vyřízena?
- **co se mi v minulém období líbilo a nelíbilo?**

Na tomto místě je nutno poznamenat, že hlavním cílem poskytování služby není pouze dosažení pocitu spokojenosti uživatele. Pocitu spokojenosti bychom mohli dosáhnout například i tím, že uživateli umožníme být v pasivní roli, budeme místo něj řešit všechny jeho problémy, budeme mu poskytovat podporu i v oblastech, kde ji nepotřebuje apod. Subjektivní pocit spokojenosti je tedy pouze jedním z kritérií hodnocení. Existuje řada situací, kdy uživatel z mnoha důvodů necítí pocit spokojenosti, přesto to však neznamená, že mu služba není poskytována kvalitním způsobem.

Další důležitou zásadou je, že **hodnocení plánu v žádném případě není hodnocení a posuzování uživatele**, nýbrž je to hodnocení vzájemné spolupráce za dané období. Měli bychom se tedy vyvarovat hodnotících soudů a výroků. Je například zcela nevhodné kritizovat klienta za nesplnění cíle.

Forma hodnocení není daná. Zařízení si může vytvořit svůj formulář nebo osnovu, hodnocení lze však provádět i bez formuláře. Pokud hodnocení probíhá formou rozhovoru s uživatelem, je vhodné, aby byl v hodnocení zaznamenán názor uživatele (nejlepší je krátká doslovná citace) a, pokud je to nutné, komentář klíčového pracovníka. U lidí s hlubším postižením, se kterými nelze vést rozhovor, může klíčový pracovník formou volného textu zaznamenat důležité události za sledované období a může i částečně zodpovědět některé výše uvedené otázky na základě svých pozorování.

V plánování zaměřeném na člověka se pro hodnocení využívá **technika 4+1 otázka**:

- co jsem zkusil/a?
- co jsem se naučil/a?
- co se mi na tom líbilo, z čeho mám radost?
- co se mi na tom nelíbilo, co mi dělá starosti?
- co budu dělat dál, co bude nyní následovat?

**4 + 1 otázka**

Co jsem zkusil/a?	Co jsem se naučil/a?
Co se mi na tom líbilo?	Co se mi na tom nelíbilo?

Co udělám příště?

Vyhodnocení plánu je také možné chápat jako etapu uzavírání starého, což dává možnost pro otevření něčeho nového. Jakékoliv neuzavřené věci nás obvykle tíží a ubírají nám energii. Proto je fáze uzavírání tak důležitá. Jsme na konci, ohlédneme se zpět, něco se povedlo, něco se možná nepovedlo, ale nyní je to uzavřená věc. Teprve v tuto chvíli se s uživatelem můžeme pustit do něčeho nového.

Fáze uzavírání by měla být příjemná, je to oslava sklizně. Ať už se nám v minulém období dařilo lépe nebo hůře, něco jsme vyzkoušeli, něco si z toho odnášíme a tuto sklizeň je možné i oslavit. Proto vyhodnocení plánu, vyhodnocení společné práce, může probíhat i v příjemném a neformálním duchu, například při posezení v kavárně nebo na jiném příjemném místě.

Součástí hodnocení je také úvaha, zda **pokračovat** dále v poskytování sociální služby nebo zda směřovat po dohodě s uživatelem k **ukončení služby**. Zvláště u dlouhodobých pobytových služeb bývá někdy služba poskytována ze setrvačnosti mnoho a mnoho let, aniž by si pracovníci kladli otázku, zda je služba pro klienta ta nejlépe vyhovující. Důvodů k úvahám o ukončení služby může být několik:

- cíl, kvůli kterému uživatel vyhledal službu, byl naplněn (např. obyvatelka azylového domu si našla vlastní bydlení a práci)
- uživatel se natolik osamostatnil, že již danou službu nepotřebuje (chystá se například přejít ze zařízení ústavního typu do chráněného bydlení)
- stav uživatele se zhoršil a potřebuje službu s intenzivnější mírou podpory
- potřebám uživatele by lépe vyhovovala jiná sociální služba (například uživatel s velkou potřebou soukromí žije v zařízení, které mu nemůže nabídnout jednolůžkový pokoj)

Uvažování o ukončení nebo změně služby někdy brání představa, že všechny sociální služby jsou přeplněné a že uživatel stejně žádnou jinou vhodnější službu nesežene. Existuje však dostatek příkladů z praxe, které ukazují, že i v rámci sociálních služeb v České republice platí, že kdo hledá, tak většinou i najde.

Každý poskytovatel by měl v souladu se standardem 15 hodnotit kvalitu služby a usilovat o zvyšování kvality. Do hodnocení kvality musí být zapojeni především uživatelé služby. Kritérií kvality může být celá řada, závazná kritéria určují standardy kvality. Pokud je však služba zaměřená na uživatele, musí se celkové hodnocení služby odvíjet od toho, jak kvalitně je služba poskytována v případě jednotlivých uživatelů. **Kvalita života jednotlivých uživatelů je hlavním měřítkem kvality služby**. Suma hodnocení jednotlivých individuálních plánů tedy dává dohromady poměrně jasnou představu o kvalitě služby jako celku a dává nám i poměrně přesnou odpověď na otázky:

- umožňuje služba uživatelům dosáhnout **sociálního začlenění**?
- je život uživatelů díky poskytované službě **srovnatelný s životem vrstevníka** bez postižení (v oblasti bydlení, práce, vzdělávání, trávení volného času, vztahů)?
- reaguje služba v dostatečné míře na **individuální potřeby** uživatelů?
- podporuje služba **rozvoj samostatnosti** uživatelů?
- umožňuje služba uživatelům **dosahovat jejich cílů**?
- nejsou v průběhu služby narušována **práva uživatelů**?
- apod.



## 4.6 PLÁNOVÁNÍ PODPORY U LIDÍ S HLUBOKÝM POSTIŽENÍM A PROBLÉMY V KOMUNIKACI

Na tomto místě se lze tak rozsáhlého tématu dotknout pouze stručně. Pracovníci často vnímají plánování pro lidi s hlubokým postižením jako problém nebo jako zbytečnou práci. Kladou si otázku: „jak máme určit nějaké cíle, když nám ten člověk nic neřekne?“ Určení „správného“ cíle však není to hlavní, o co při plánování s lidmi s těžším postižením jde. Přesto lze říci, že **právě pro tyto lidi může mít plánování obrovský přínos**. Dříve byli tyto lidé často vnímáni pouze jako součást určité skupiny (např. zdravotní skupiny v rámci ústavu) a nad jejich individuálními potřebami a prožíváním se jen málokdo do hloubky zamýšlel. Předpokládalo se, že všichni členové skupiny mají v podstatě podobné potřeby. Pozornost personálu se soustředila převážně na naplňování pouze těch nejzákladnějších potřeb (jídlo, hygiena, bezpečí, zdraví).

V procesu individuálního plánování se tento stav mění. Plánovací tým věnuje **pozornost každému uživateli jednotlivě**. Zamýšlí se nad potřebami daného jednotlivce **do větší hloubky**. Zamýšlí se nad tím, co prožívá, co má rád, co mu dělá dobře, a co ho naopak trápí. Na to pak navazují jednoduché otázky:

- Co je možné udělat pro tohoto člověka, aby se cítil lépe (psychicky i fyzicky)?
- Co můžeme udělat, aby zažíval více situací, kdy cítí radost a uspokojení, a méně situací, kdy cítí bolest, nelibost, strach?
- Co můžeme udělat, aby byl život tohoto člověka zajímavější, radostnější, pestřejší, barevnější?
- Jak můžeme podpořit jeho kontakt se sebou samotným, s okolím, s ostatními lidmi?
- Co můžeme udělat pro lepší naplnění jeho základních lidských potřeb?

Někdy chce hledání odpovědí svůj čas a trvá **delší dobu**. Spolupráce týmu lidí, kteří uživatele dobře znají, je v této věci naprosto nezbytná.

Při plánování podpory pro lidi s hlubokým postižením se rovněž můžeme řídit těmito principy:<sup>1</sup>

- odstranit bolest,
- zajišťovat změnu polohy, změnu místa,
- umožnit uživateli žít v prostředí, ve kterém bychom se i my cítili dobře,
- zajistit dostatečné množství přirozených podnětů,
- věnovat se člověku pomocí metod, které mu pomáhají vejít do kontaktu se sebou a svým okolím (např. bazální stimulace, preterapie, kranio-sakrální terapie),
- stínovat – po určitou dobu nepřetržitě uživatele pozorovat a popisovat, jak a kdy projevuje libost/nelibost, co má/nemá rád,
- zvyšovat počet situací, kdy si může uživatel vybírat,

<sup>1</sup> viz *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2008. 187 s. bez ISBN

- umožňovat uživateli zažívat situace, které jsou běžné pro jeho vrstevníky; i když různé činnosti sám nedokáže nebo nemůže dělat, může jim být přítomen, může se s naší pomocí dotýkat věcí, přivonět, vidět,
- předpokládat a ověřovat svoje předpoklady (např. když uživatel má rád kávu, můžeme předpokládat, že by si rád občas poseděl v kavárně s někým blízkým; když má rád hudbu, měli bychom mu vytvářet příležitosti navštěvovat koncerty, půjčovnu CD apod.).

Jednou z cest, jak plánovat s lidmi s těžším postižením, je soustředit se na **kvalitní naplňování jejich potřeb**. Neměli bychom se soustředit pouze na nezákladnější potřeby (jídlo, hygiena, zdraví, bezpečí). Neméně důležité jsou i další potřeby, jako například potřeba přátelství, lásky, potřeba kontaktu a komunikace s ostatními, sexuální potřeby apod. K mapování naplněných, a především nenaplněných potřeb konkrétního uživatele můžeme použít například známou Maslowovu pyramidu základních potřeb. Postupně propátráváme jednotlivé oblasti základních potřeb, začínáme dole, u základů pyramidy, a postupujeme směrem nahoru. Také zde je zcela nutné **zapojení týmu**, lidí, kteří daného uživatele dobře znají. U každého jedince obvykle najdeme řadu nenaplněných potřeb. Cílem další práce s uživatelem (a tím i cílem v jeho individuálním plánu) se potom může stát kvalitnější naplnění některé z nenaplněných potřeb.



**Biologické a fyziologické potřeby:** např.: jídlo, pití, přístřeší, spánek, odpočinek, sexuální potřeby, pohyb, dostatek podnětů...

Příklady nenaplněných biologických a fyziologických potřeb: uživatel dostává jídlo nebo pití, které mu nechutná, v noci jeden uživatel budí ostatní, uživatel si přes den nemůže odpočinout, nemožnost naplnění sexuálních potřeb, malé soukromí pro sexuální aktivity, uživatel dlouhé hodiny leží v posteli a hledí do stropu...

**Potřeba bezpečí a jistoty:** např.: pocit bezpečného zázemí, soukromí, orientace v prostředí a čase, různé strachy a obavy...

Příklady nenaplněné potřeby bezpečí a jistoty: uživatel se do zařízení musel přestěhovat proti své vůli, dezorientovaný uživatel se ztrácí v budově a má problém najít svůj pokoj, uživatel má strach z jiného uživatele (nebo z pracovníka), uživatel se neorientuje v čase a neví, kdy ho co čeká, uživatel nemá soukromí při hygieně, časté střídání zaměstnanců, velké změny...

**Sociální potřeby:** např.: přátelství, láska, lidské vztahy, zázemí ve skupině, dobrá komunikace...

Příklady nenaplněných sociálních potřeb: uživatele nenavštěvuje nikdo z rodiny, uživatel nemá blízkého přítele, partnera, partnerku, uživatel má roli outsidera, uživatel má roli „problémové“ osoby, uživatel špatně komunikuje a nemůže se dorozumět s okolím, uživatel je často sám...

**Potřeba uznání, svobody, respektu:** např.: ocenění, uznání od druhých, úcta a sebeúcta, svoboda a autonomie...

Příklady nenaplněných potřeb: uživatel nemůže svobodně rozhodovat sám o sobě, o svém prostředí a aktivitách, uživatel cítí, že je druhým na obtíž, personál mluví o uživateli neuctivě (i v jeho přítomnosti), uživatel slyší od svého okolí častou kritiku...

**Seberealizace:** např.: vlastní rozvoj, užitečnost, pocit smysluplné práce, pocit životního smyslu...

Příklady nenaplněných potřeb: uživatel cítí, že jeho život nemá smysl, nemá možnost smysluplných a užitečných aktivit, cítí se druhými lidmi podceňován, raději by zde nebyl...

U každého člověka existují potřeby, které jsou neplněné jen částečně anebo vůbec. U lidí, kteří nekomunikují, se v individuálním plánu a v další práci můžeme zaměřit právě na lepší naplňování některé ze základních potřeb, která je u daného člověka nenaplněná. Zcela jistě tím přispějeme k tomu, že se tento člověk bude cítit lépe a jeho život bude spokojenější.

Určování cíle má u lidí, kteří nekomunikují, vždy charakter **hypotézy, domněnky**. Na základě pozorování nebo díky analýze nenaplněných potřeb se personál a lidé, kteří uživatele dobře znají, mohou domnívat, že uživatel by například rád trávil více času s ostatními v denní místnosti a věnoval se určité aktivitě. Tento cíl je však na počátku pouze pracovní a je nutné ho postupně **ověřovat** a sledovat reakce uživatele. Pokud se mu delší pobyt v denní místnosti líbí a reaguje kladně, byl cíl zřejmě určen dobře. Pokud reaguje nelibě, je nutné tento cíl opustit.

Metody práce, pomáhající při zjišťování potřeb a hodnot lidí s těžkým a kombinovaným postižením, lze najít v odborné literatuře (viz např.: HAICL, M., Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek I, ke stažení na [www.restrikce.cz](http://www.restrikce.cz))

05

# OSOBNÍ CÍL V INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ

-----

Jak dobře individuálně plánovat

## 5. OSOBNÍ CÍL V INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ

Marie právě dokončila rozhovor s panem Růžičkou a hlavou jí táhne vše, o čem spolu mluvili. Dověděla se toho hodně. Pan Růžička jí vyprávěl o problémech se svým spolubydlícím, který se do noci dívá na televizi. Svěřil se jí s tím, že mu úplně nevyhovuje nová pracovnice Jitka. Párkrát už byla na pana Růžičku pěkně nepřjemná. A taky se dověděla, že pana Růžičku trápí, že už dlouho neviděl nikoho ze své rodiny. To všechno jsou důležité věci, Marie si je zapsala a určitě se k nim vrátí. Co ale teď Marii tak trochu dělá starosti je to, že pan Růžička nemá žádný pořádný cíl. Zkoušela se ho ptát několikrát a nic. Pan Růžička o žádných cílech nechce vůbec slyšet. Říká, že hlavně chce mít svůj klid. Co má teď ale napsat do jeho individuálního plánu? Vždyť je to přece ta první kolonka! To s paní Fouskovou to je jiné. Ta chce pořád zkoušet něco nového. Jen co zvládla novou práci, hned přišla s tím, že by chtěla lépe umět hospodařit se svými penězi. Paní Fousková má prostě cílů spoustu. Ale co udělat s tím panem Růžičkou? Možná by mohlo být řešením, že by s panem Růžičkou třeba naplánovala nějaký výlet a napsala by, že cílem je jet na výlet? Kolegyně to tak občas dělají, ale Marii se to moc nezdá...

Stanovování cílů je jedním z důležitých kroků individuálního plánování. Sjednávání osobního cíle s uživatelem nám dává příležitost, abychom si společně vyjasnili, **PROČ** uživatel naši službu využívá, **CO** od nás **očekává** a čeho chce za pomoci naší služby **dosáhnout**. Toto vyjasnění by mělo proběhnout již před počátkem poskytování sociální služby a probíhá samozřejmě dál i v jejím průběhu. Hledání odpovědí na tyto otázky nám pomůže rozpoznat, zda je naše služba pro uživatele vhodná a zda mu můžeme nabídnout přibližně to, co potřebuje a očekává. Kvalitní vymezení osobního cíle tedy z velké části rozhoduje o tom, nakolik bude uživatel s naší službou spokojený. Vyjednávání osobního cíle dává uživateli možnost směřovat poskytování sociální služby směrem, který si přeje a který pokládá pro sebe za důležitý. Dává uživateli příležitost uplatnit svou vůli.

**Význam cílů** v individuálním plánování však bývá někdy **přeceňován a nesprávně chápán**. Nalezení toho „správného“ cíle se pro pracovníky stává tím nejdůležitějším, na co se v individuálním plánování soustředí. Kdo má cíl, má vyhráno. Hledání osobního cíle je noční můrou, která se vždy po několika měsících znovu vrací, protože když je jeden cíl „splněn“, musí být znovu nalezen další vyhovující cíl. Ve zkratce řečeno, hledání cíle a jeho plnění je v individuálním plánování často pokládáno za to hlavní. Přílišné zaměření se na oblast cílů však může celý proces individuálního plánování svést na slepou kolej. Plánování se pak méně zabývá věcmi, které jsou skutečně důležité pro klienta, a je příliš ovlivněno představami pracovníka.

**Hlavním smyslem individuálního plánování není pouhé stanovení cílů a jejich následné plnění.** Smysl individuálního plánování je jistě širší a každý ho může vnímat trochu jinak. Individuální plánování nám umožňuje lépe poznat člověka, se kterým pracujeme. Poznat jeho potřeby, touhy a přání. Pochopit, jak vypadá jeho svět. Poznat, co tento člověk vnímá jako důležité, co potřebuje, aby byl spokojený. Jde tedy o prohloubení vztahu s tímto člověkem, o lepší pochopení a poznání jeho potřeb. Na základě tohoto pochopení může pracovník začít uvažovat, jak člověka podpořit, jak s ním spolupracovat, jak mu pomoci v dosažení toho, co je pro něj důležité.

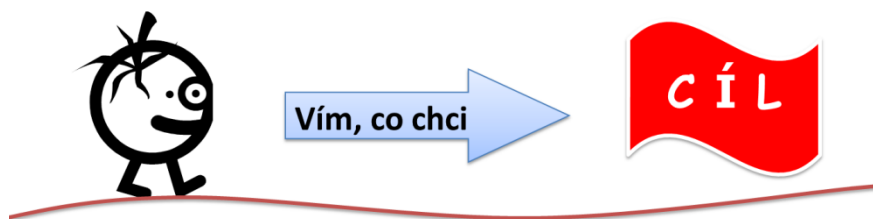
Individuální plánování tedy **začíná fází poznávání a mapování**. Spolu s klientem hledáme odpověď na výše naznačené otázky. Výsledek mapování bývá obvykle nazýván osobní profil, ve kterém jsou tyto důležité informace shrnuty. Teprve v tuto chvíli, s osobním profilem v ruce, se můžeme začít spolu s klientem zamýšlet nad stanovením určitého cíle do budoucna. Opíráme se přitom především o to, co je důležité z pohledu klienta. V úvahu samozřejmě bereme i názory dalších osob z klientova okolí. Pokud však nemáme dobře zmapováno, co klient vnímá jako důležité a jaké jsou jeho skutečné potřeby, je téměř nemožné stanovit smysluplný cíl a poskytovat sociální službu pro klienta užitečným způsobem. V praxi se však nezdá stávat, že fáze mapování, zkoumání potřeb klienta a sestavení osobního profilu jsou přeskočeny. Plánování v tomto případě začíná tak, že pracovník sedí s tužkou v ruce nad formulářem a láme si hlavu s osobním cílem. Nebo položí klientovi otázku, jaký je jeho osobní cíl. Klient však většinou tuto otázku nechápe a řekne cokoli, aby už měl pokoj. Nebo prohlásí, že nic nechce a žádný cíl nemá. Začínat proto touto otázkou individuální plánování je velice nešťastné.

## 5.1 JAK NALÉZT SMYSLUPLNÝ CÍL?

Jakým způsobem lze dospět ke stanovení smysluplného cíle? Jak bylo řečeno, osobní cíl obvykle není **přímá odpověď uživatele na otázku: „jaký je váš osobní cíl“?** Pro řadu uživatelů například s mentálním postižením je tato otázka spíše matoucí, uživatel často neví, na co se ho vlastně pracovník ptá. Někoho může tato otázka stresovat, může se mu zdát příliš osobní a může v něm vzbudit nechuť k celému procesu individuálního plánování.

Při hledání osobního cíle s konkrétním uživatelem mohou nastat v zásadě dvě situace:

- **uživatel ví, co je jeho cílem**, co chce, čeho by rád dosáhl. Uživatel přichází se svojí poměrně jasnou představou o cíli. Společně s klíčovým pracovníkem nebo dalšími členy týmu si pak svůj cíl vyjasňuje a upřesňuje. Součástí tohoto procesu je také posouzení, zda je cíl reálný. Pokud je cíl uvedený uživatelem nereálný, bude pracovník s uživatelem vyjednávat cíl jiný, reálnější.

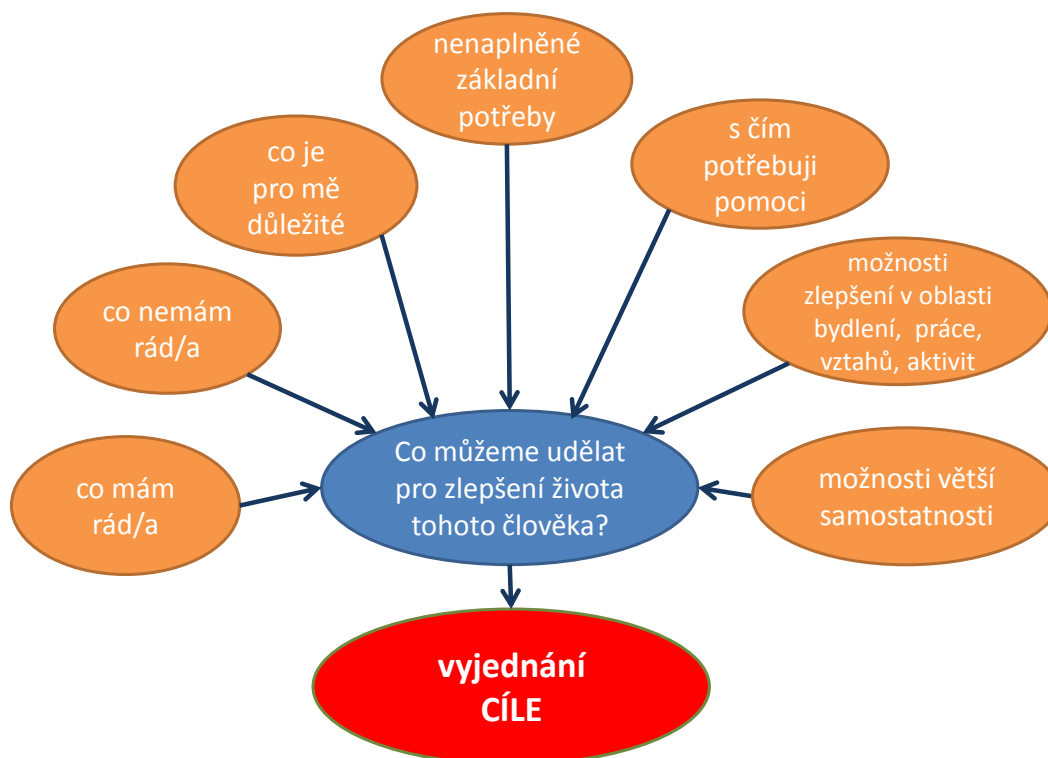




- **uživatel nemá jasně zformulovaný cíl:** většinou je práce na formulaci cíle především procesem vyjednávání s uživatelem, zjišťováním toho, co uživatel potřebuje, chce a očekává, a ujasňováním toho, co mu služba může nabídnout. Při zjišťování osobního cíle je vhodné použít otázky typu: „proč přicházíte do našeho zařízení“, „co od naší služby očekáváte“, „jaké jsou vaše představy o průběhu služby“, „co přesně od nás potřebujete“, „co je pro vás důležité v každodenním životě“ apod.?



Dobrým vodítkem pro hledání smysluplného cíle je také osobní profil klienta. Následující obrázek ukazuje, jak nám první fáze individuálního plánování (mapování) dává dostatek různých podnětů a informací, na základě kterých si pak můžeme položit otázku: **Co můžeme udělat pro zlepšení života tohoto člověka v některé z těchto oblastí?**



Nyní zaměříme svoji pozornost na jednotlivé oblasti, kterým se věnujeme již ve fázi mapování v osobním profilu:

- **co mám rád/a:** pokud máme zmapováno, co má klient rád, co ho baví, co mu dělá radost, potom se v další práci s klientem můžeme zaměřit na to, aby se těchto věcí vyskytovalo v jeho životě více. To se pak může stát cílem. Jestliže klienta například baví vaření, pravděpodobně bude rád, když bude mít možnost se naučit vařit nějaké nové jídlo.
- **co nemám rád/a:** pokud víme, co klienta šťve, co mu kazí náladu nebo způsobuje problémy, můžeme mu při hledání cíle nabídnout pomoc v této oblasti. Klientka má například problém s hlučnou spolubydlící. Cílem pak bude řešení právě této situace.
- **co je pro mě důležité:** pro klienta může být například důležitý dostatek soukromí, nemuset se účastnit mnoha společných vycházek a aktivit. V rámci plánu pak řešíme, jak toto soukromí zajistit (např. otázky bezpečnosti, pokud klient zůstává sám ve svém pokoji a ostatní odcházejí na vycházku).
- **nenaplněné základní potřeby:** zvláště u lidí s hlubokým postižením je potřeba sledovat, jak jsou naplňovány jejich základní potřeby. Pokud například klientka s hlubokým postižením leží celé hodiny sama na pokoji a kouká do stropu, pak je pravděpodobné, že je nenaplněná její potřeba sociálních kontaktů a dostatku podnětů. Cílem je pak lepší naplňování této důležité základní potřeby.
- **s čím potřebuji pomoci:** pokud má klient sám jasno, s čím potřebuje pomoci, je stanovení cíle poměrně jednoduché.
- **možnosti zlepšení v oblasti bydlení, práce, vztahů, aktivit:** pokud klient nemá žádný naléhavý problém nebo potřebu, cíleně propátráváme základní oblasti jeho života. Může se stát, že například zjistíme, že klient již není spokojený s prací, kterou již delší dobu vykonává a potřebuje podporu při hledání nové práce.
- **možnosti větší samostatnosti:** když srovnáváme míru podpory, kterou klientovi poskytujeme, s jeho reálnými schopnostmi, často zjistíme určitý nesoulad. Klient například odebírá celodenní stravu, ale jednoduchá jídla by si uměl připravit i sám. Nebo klientce všechno prádlo pere a žehlí prádelna, ale některé kusy prádla by si zvládla vyprat a vyžehlit sama. Jiný klient chodí všude s doprovodem pracovníka, přitom by ale některé pochůzky mohl zvládnout i samostatně. Po dohodě s klientem se tedy může cílem stát dosažení vyšší samostatnosti především v oblastech, kde je klient „přepečován“.

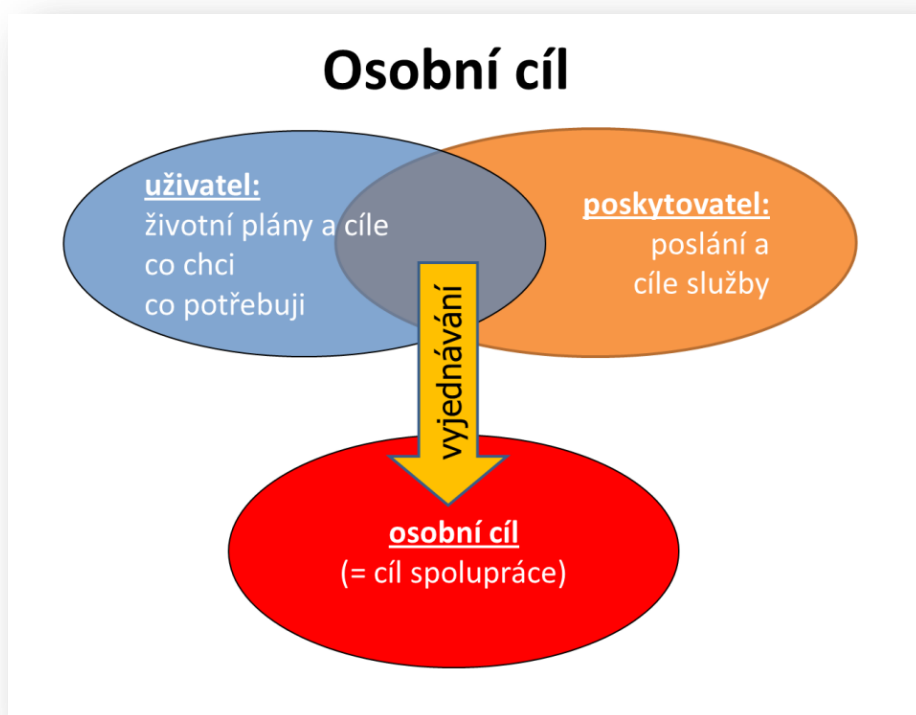
Při hledání osobního cíle tedy není nejlepší ptát se: „Jaký je váš osobní cíl?“ Spíše je lepší pokládat konkrétnější otázky, které nás nakonec dovedou k cíli:

- **Co od nás potřebujete?**
- **A co ještě?**
- **Co potřebujete k tomu, abyste byl/a spokojený/á?**
- **S čím potřebujete pomoci? Co vás trápí? Z čeho máte obavy?**
- **Jak byste chtěl/a, aby vypadal váš život za rok, za pět let?**
- **V čem se chcete / můžete osamostatnit?**

## 5.2 CO JE OSOBNÍ CÍL

Každý člověk má řadu různých přání, cílů a tužeb, ale ne všechny souvisí s poskytováním sociální služby. Proto se používání sousloví „osobní cíl“ ukazuje jako poněkud matoucí. Lepší by bylo hovořit o „**osobním cíli v rámci sociální služby**“, nebo o „**cíli vzájemné spolupráce**“<sup>2</sup>. V tomto textu však nadále budeme používat označení osobní cíl. V každém případě platí, že ne všechno, co si uživatel přeje a co považuje za svůj cíl, se může stát osobním cílem v rámci sociální služby. Některá přání uživatele mohou zcela vybočovat z okruhu činností a ze zaměření sociální služby. Taková přání se pak nemohou stát osobním cílem. Mohou to být přání typu: chci, aby se má dcera vdala, chci se podívat do Číny, chci se vrátit zpět do svého domečku (přitom domek již není ve vlastnictví uživatele), chci vyhrát ve sportce, chci se stát prezidentem apod. Takovéto touhy a přání jsou pro uživatele jistě důležité a i v rámci individuálního plánování jim věnujeme pozornost např. při vytváření osobního profilu. Nestanou se však osobním cílem.

Při vyjednávání osobního cíle tedy **hledáme průnik cílů a přání uživatele s možnostmi, cíli a posláním sociální služby** (viz obrázek). Poskytovatel by se samozřejmě měl snažit vyjít uživateli vstříc a docílit toho, aby dokázal uživatele podpořit v co největším rozsahu. Na druhou stranu by se měl poskytovatel služby vyvarovat toho, aby přislíbil uživateli podporu v oblasti, která je zcela mimo poslání a zaměření dané sociální služby.



<sup>2</sup> viz *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2008. 187 s. bez ISBN

Proces vyjednávání osobního cíle si můžeme přiblížit na konkrétním příkladu. Pan P. je zájemce o pobytovou sociální službu. Jako svá přání a cíle uvádí:

- potřebuji někde bydlet
- chci si najít partnerku, bydlet s ní a mít dítě
- chci pracovat jako popelář
- chci se naučit řídit traktor
- chci se podívat do Ameriky k Indiánům
- chci mít svůj byt nebo dům se zahrádkou

Poskytovatel na tato vyslovená přání reaguje v následném rozhovoru zhruba následujícím způsobem:

- potřebuji někde bydlet: ano, ubytování vám v rámci naší služby můžeme zajistit.
- chci si najít partnerku, bydlet s ní a mít dítě: hledání partnerky bude především váš úkol. Můžeme vám však pomoci například s vytvořením a podáním seznamovacího inzerátu. Pokud si partnerku najdete, můžete s ním bydlet, tato možnost v našem zařízení existuje. Musíme vás však upozornit, že naše zařízení neposkytuje v tuto chvíli služby rodinám s malými dětmi.
- chci pracovat jako popelář: naše zařízení poskytuje podporu uživatelům, kteří chtějí pracovat. Nemůžeme vám však slíbit, že se pro vás podaří najít místo popeláře.
- chci se naučit řídit traktor: naše zařízení není autoškola, traktor vás řídit nenaučíme. Můžete si zkusit podat přihlášku do autoškoly, uvidíme, jak to dopadne.
- chci se podívat do Ameriky k Indiánům: toto vám bohužel nemůžeme zajistit.
- chci mít svůj byt nebo dům se zahrádkou: naše zařízení spolupracuje s poskytovatelem chráněného bydlení. Je zde tedy určitá šance, že v budoucnu byste mohl byt získat. Domeček se zahrádkou to však zřejmě nebude.

Výsledný osobní cíl vyjednaný s uživatelem pak bude znít zhruba takto:

**Mým cílem je mít bydlení s dostatkem soukromí (samostatný pokoj), mít možnost bydlet se svojí partnerkou, chci se naučit pečovat o svoji domácnost, najít si práci a v budoucnu (cca 3–5 let) uvažuji o chráněném bydlení.**

Tento osobní cíl je **dlouhodobý** a popisuje celkové směřování služby na dobu několika let. Takový cíl je pak nutné **rozdělit na cíle krátkodobé**, na jejichž dosahování se pak uživatel postupně zaměří.

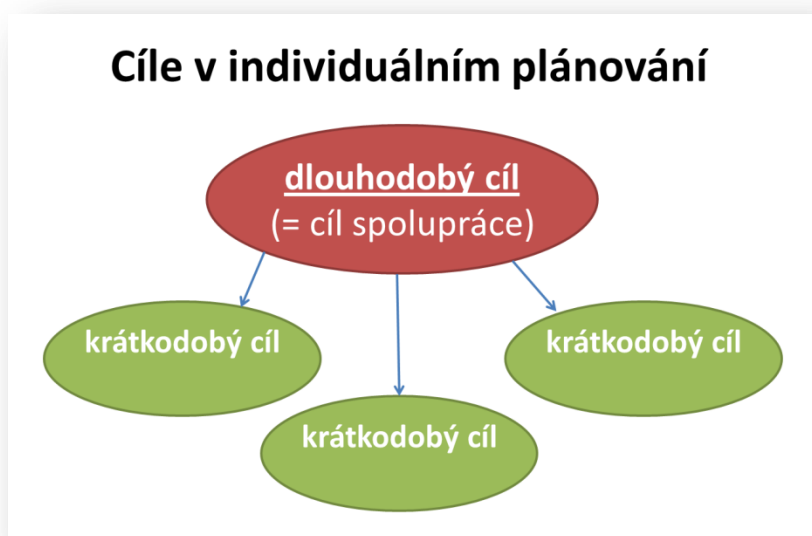
Ideální je, pokud je osobní cíl vyjasňován s uživatelem **před zahájením poskytování služby**. Jsou ovšem tisíce lidí, kteří již jsou uživateli služeb, a osobní cíl je s nimi vyjasňován teprve v průběhu služby. U těchto uživatelů může práce na osobním cíli sloužit jako jakási revize, že služba, kterou využívají, je pro ně přiměřená a vyhovující.

## 5.3 KRÁTKODOBÉ A DLOUHODOBÉ CÍLE

Cíle můžeme rozdělit z časového hlediska na krátkodobé a dlouhodobé. Někdy se uvádí ještě cíle střednědobé. V rámci individuálního plánování však lze běžně vystačit s krátkodobými a dlouhodobými cíli, zavádění střednědobých cílů plánování spíše zbytečně komplikuje. V některých případech ani není nutné rozdělovat cíle na krátkodobé a dlouhodobé. Pokud vám však takové rozdělení vyhovuje, můžeme si dlouhodobé a krátkodobé cíle popsat zhruba takto:

- **dlouhodobé cíle:** jedná se o cíle stanovené na delší časové období, většinou na **1 rok a více**. Dlouhodobý cíl se nevěnuje dílčím jednotlivostem, ale spíše popisuje **celkové směřování služby**. Dává nám odpověď na otázku, **co chce uživatel za pomoci služby dosáhnout**, kam se chce výhledově za pomoci služby dostat, proč vlastně službu využívá. Pokud máme představu o celkovém směru (dlouhodobém cíli), můžeme si pak lépe stanovit smysluplné krátkodobé cíle nebo dílčí kroky. V mnoha zařízeních se personál omezuje pouze na stanovení krátkodobých cílů. Nelze říci, že by to byla jednoznačně chyba. Každopádně bychom si však v rámci individuálního plánování měli udělat prostor, abychom o uživateli a poskytované službě mohli přemýšlet i z dlouhodobější perspektivy.
- **krátkodobé cíle:** dosažení krátkodobého cíle je plánováno **v řádu týdnů nebo měsíců**. Doba, na kterou je cíl plánován, by neměla být příliš dlouhá. Měl by to být čas, který si uživatel dokáže představit, z pohledu uživatele by se mělo jednat o dohlednou dobu. Pokud se zdá, že plánovaná činnost zabere příliš dlouhý čas a konec je pro uživatele v nedohlednu, je lépe takový cíl rozdělit na několik menších a přehlednějších cílů. Rovněž nemá cenu plánovat cíl na dobu příliš krátkou, například na dva týdny. Těžko si představit, že každé dva týdny budeme aktualizovat individuální plán a vyjednávat s uživatelem nové cíle. V tomto případě se vyplatí zvolit si cíl větší (například místo cíle „naučím se vařit jedno teplé jídlo“ může být cílem „naučím se vařit pět teplých jídel“ – samozřejmě za předpokladu, že uživatel má o tento rozšířený cíl zájem).

Stanovování dlouhodobých cílů má samozřejmě význam v případě, že je služba poskytována dlouhodobě. U služeb, které jsou poskytovány spíše na dobu v řádu měsíců (např. pobyt v azylovém domě), pak většinou není potřeba cíle rozdělovat na dlouhodobé a krátkodobé.



## 5.4 PRAVIDLA PRO STANOVOVÁNÍ CÍLE

### 5.4.1 CÍL VYCHÁZÍ Z POTŘEB A PŘÁNÍ UŽIVATELE SLUŽEB

**Do individuálního plánu uživatele patří cíle uživatele**, nikoliv cíle personálu, rodinných příslušníků nebo dalších lidí. Cíl by uživateli neměl stanovit personál zařízení na základě svého odborného posouzení nebo opatrovník či rodina uživatele na základě svých vlastních úvah o tom, co je pro uživatele dobré. Nerespektování tohoto pravidla bývá jednou z nejčastějších chyb při individuálním plánování. V mnoha individuálních plánech se vyskytují cíle výchovné, cíle odborné, zdravotní, cíle rodiny, nikoliv však cíle uživatelů. Při stanovování cíle vycházíme ze skutečných potřeb a přání uživatele, z toho, jak uživatel vnímá situaci, a z toho, co uživatel vnímá v danou chvíli jako důležité. Zvláště u uživatelů, kteří jsou na službě nejvíce závislí, je nutné dbát na to, aby cíle neopomíjely kvalitní naplňování základních potřeb.

Samozřejmě i **názor okolí**, lidí, kteří uživatele dobře znají, je v individuálním plánování důležitý a má svoji váhu. Pohled okolí a pohled uživatele se však může lišit a názor okolí by neměl zastínit názor uživatele na danou věc, jak se v praxi bohužel často stává. Vedle plánu a cíle uživatele může tedy existovat určitá strategie nebo plán pracovníků, jak s daným uživatelem chtějí pracovat. Pokud uživatel trpí výraznou nadváhou, ale nevnímá to subjektivně jako problém a nechce zatím hubnout, nemůže být jeho osobním cílem „chci snížit svoji váhu o 5 kg“. Cílem pracovníků však může být hovořit s uživatelem o jeho váze a snažit se ho různými cestami motivovat k hubnutí. Pokud se to podaří a uživatel pochopí, že mu nadváha komplikuje život, stane se pak hubnutí jeho osobním cílem. Do té doby to však zůstává cílem pracovníků.

Individuální plánování ovlivněné systemickým přístupem pracuje s plánem klienta a vedle toho existuje plán pracovníků. Plánování zaměřené na člověka mapuje na jedné straně věci důležité z pohledu klienta a vedle toho věci důležité z pohledu okolí (pracovníci, rodina...). Vždy je však nutné pohled klienta a pohled okolí oddělovat a dbát na to, aby názor okolí nezaslínil a nepřevážil pohled klienta.

Uvedme si několik příkladů chybně stanovených cílů:

- „uživatelka bude držet dietu, aby zhubnula nejméně o 3 kg“: jedná se o uživatelku s mírnou nadváhou, která svoji váhu nevnímá jako problém. Skutečným cílem uživatelky je v tuto chvíli spíše dobře se najíst. Pokud však uživatelka začne vnímat určité omezení, které jí její váha přináší (hůře se pohybuje, méně se líbí mužům), pak si možná stanoví snižování váhy sama za svůj cíl.
- „uživatel bude více chodit na vycházky“: jedná se však o uživatele, který je naopak nejradši doma, cíl uživatele by zněl spíše: „chci se bez vyrušování věnovat svým oblíbeným činnostem ve svém pokoji.“
- „zlepšení hygieny“: v případě uživatele, který nevnímá svoji hygienu jako problém, se jedná o chybně stanovený cíl. Personál by u uživatele nejdříve musel docílit toho, aby uživatel začal nedostatečnou hygienu vnímat jako svůj skutečný problém, který chce řešit. Toho lze docílit například tím, že si uživatel uvědomí, jak mu nevábný vzhled komplikuje navazování přátelských a partnerských vztahů.



---

Uvedme si ještě jeden příklad chybného pochopení cílů v individuálním plánování: Pracovnice pečovatelské služby měly s panem Františkem sjednat službu - rozvážku obědů. Cíl služby byl tedy jasný: dostat každý den teplý oběd. Pracovnice však měly pocit, že v rámci individuálního plánování by měly stanovit nějaký "pořádný" cíl. Přemluvily tedy pana Františka, že jeho cílem bude, aby si s pracovníci před obědem zazpíval. Zazpívat pár písniček, nebo ještě lépe naučit se pár nových písniček, to už vypadalo jako ten "správný" cíl. Pracovnicím se velmi ulevilo, když zjistily, že u tohoto typu služby může být cíl opravdu jednoduchý: dovést teplý oběd. Pravděpodobně se ulevilo i panu Františkovi, že se může rovnou pustit do jídla a nemusí už "plnit svůj cíl" a učit se nové písničky.

---

#### 5.4.2 CÍL JE VE SHODĚ S POSLÁNÍM A CÍLI SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Cíle typu „chci, aby se má dcera usmířila se svým mužem“, „rád bych se v létě pođíval k moři“ nebo „chci vyhrát milion ve sportce“ jsou sice důležité z pohledu uživatele, jsou však mimo oblast činnosti sociální služby. **Ne každé přání uživatele se automaticky stává jeho osobním cílem.** Každá služba má stanovené své poslání a cíle, kterými se při své práci řídí. Pokud cíl uživatele zcela vybočuje mimo rámec poslání služby, je pravděpodobné, že mezi uživatelem a poskytovatelem služby nedojde k dohodě na tomto cíli.



Osobní cíl musí být rovněž v souladu se základními zásadami poskytování sociální služby (viz §2 zákona o sociálních službách). Pomoc musí:

- vycházet z individuálně určených potřeb osob
- působit na uživatele aktivně
- podporovat rozvoj jejich samostatnosti
- motivovat je k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace
- posilovat jejich sociální začleňování

#### 5.4.3 CÍL JE VÝSLEDKEM DIALOGU, VZÁJEMNÉHO UJASŇOVÁNÍ, VYJEDNÁVÁNÍ

Uživatel i poskytovatel jsou při vyjednávání osobního cíle (cíle spolupráce) **v partnerské roli**. Pod individuální plán se nakonec podepisuje uživatel i poskytovatel. V jistém smyslu je to plán, jak budou poskytovatel a uživatel spolupracovat. To znamená, že poskytovatel nemůže uživateli vnucovat své cíle, o které uživatel nemá zájem. Stejně tak uživatel nemůže poskytovateli nadiktovat jakýkoliv cíl a vyžadovat jeho plnění. Poskytovatel nemusí přistoupit na cíl, který nesouvisí s náplní sociální služby nebo směřuje proti poslání služby. Nemusí přistoupit na cíl, který by byl v rozporu s etickými pravidly a profesionálním

přístupem. Nebude uživatele podporovat v činnostech, které vedou k vážnému poškození jeho zdraví, v činnostech nadměru nebezpečných, v činnostech, které omezují nebo ohrožují druhé lidi apod. V případě takových cílů se poskytovatel přirozeně nemůže zavázat ke spolupráci na jejich plnění.

#### 5.4.4. CÍL JE PRO UŽIVATELE VÝZNAMNÝ

Osobní cíl a následný individuální plán by se měl týkat hlavně toho, co uživatele skutečně zajímá, co je pro něj důležité v běžném každodenním životě. Při stanovování cíle je důležité zaměřit se na to, co přispívá k jeho pocitu pohody a spokojenosti – často jsou to maličkosti, které však mohou mít pro dobrý životní pocit obrovský význam! Dosažení cíle by tedy mělo reálně pozitivně ovlivnit každodenní život uživatele.

---

*Paní Anežka má jako jeden se svých cílů návštěvu a práci v keramické dílně 1x týdně odpoledne. Ze začátku se paní Anežce práce v dílně líbila a těšila se na ni. Asi po měsíci si vždy před domluvenou návštěvou dílny stěžovala na zdravotní problémy, že v noci nespala a je unavená a do dílny nakonec nešla. Její klíčová pracovníce si s ní proto promluvila o tom, jak je spokojená, co by ráda dělala ve volném čase a podobně. Vyšlo najevo, že paní Anežka by si místo do keramiky raději zašla do kaple a strávila tam nějaký čas. Keramika ji nebaví a myslí si, že je nešikovná. Raději se občas dopoledne přijde podívat na cvičení paměti a odpoledne si zajde do kaple. Klíčová pracovníce ráda změnila cíl této uživatelky, aby odpovídal tomu, co si paní Anežka skutečně přeje.*

---

#### 5.4.5 CÍL NEMUSÍ BÝT VŽDY ROZVOJOVÝ

Důraz na rozvojový, výchovný nebo aktivizační charakter cílů je spíše dědictvím minulosti, kdy sociální služby byly zaměřeny převážně medicínsky a výchovně. Toto pojetí nezdědka vede k tomu, že personál vnucuje uživatelům rozvojové cíle, o které uživatelé sami nemají žádný zájem. Cíl je pak vnímán dokonce jako určitý úkol, závazek, jehož nesplnění je určitým způsobem sankcionováno (sankcí může být i výčitka: „tak, pane Nováku, zase jste ten svůj cíl nesplnil“).

Například u mnoha seniorů nemusí být stanovení rozvojových cílů prioritou. Je samozřejmě řada seniorů, kteří své cíle mají. Chtějí například navštívit rodinu nebo přítelkyni, zúčastnit se bohoslužby nebo pouti, chtějí si sami upéct bábovku, mít svého pejska a řadu dalších věcí. Často může určité přání nebo cíl vyplynout z předchozího mapování. Pokud například zjistíme, že senior býval dobrovolným hasičem, můžeme se



ho zeptat, jestli by měl zájem navštívit hasičské závody v blízké obci. Můžeme se člověka ptát, co by chtěl v dalších měsících zažít, na co se těší a možná takto narazíme na něco, co může být cílem. Nebo jednoduše zaznamenáme, co je v dalších měsících pro tohoto člověka důležité a jak mu můžeme pomoci.

Pokud však senior nemá v danou chvíli nějaký pro něho smysluplný cíl, je zbytečné ho nutit ke stanovení cíle za každou cenu. Můžeme se raději zaměřit na oblast základních potřeb tohoto člověka. Jsou všechny jeho důležité potřeby naplněny? Netrpí bolestí nebo psychickým strádáním? Cítí se bezpečně? Má dostatek kontaktů s druhými lidmi? Vnímá svůj život jako smysluplný? Apod. Mnoho seniorů preferuje především klidné prožití zbývajících let života. I toto může být důležitým východiskem pro stanovení cíle a plánování služby.

U seniorů můžeme narazit i na cíle, které se jeví jako nereálné: chci se podívat do Paříže nebo do Ameriky, chci se vrátit domů, chci se uzdravit apod. Některé cíle mohou uvádět personál do rozpaků, např. cíl seniora, který chce navštívit veřejný dům.

Cíle mohou být spojené i s určitým rizikem. Například senior s diagnostikovanou demencí chce chodit na dlouhé osamělé procházky kolem okolních rybníků. Takovou situaci může personál vnímat jako rizikovou. Součástí plánování je i posouzení rizik a hledání řešení, která seniorovi umožní v maximální míře naplnit jeho vůli a zároveň ho ochrání před nepřiměřeným rizikem

#### 5.4.6 KOLIK BY SI MĚL UŽIVATEL STANOVIT CÍLŮ?

Obecně lze na tuto otázku říci, že **méně je více**. Úplně postačí, pokud si uživatel stanoví jeden krátkodobý cíl a po jeho dosažení si stanoví další. Pokud uživatel chce a odpovídá to jeho možnostem, může si samozřejmě stanovit i dva nebo tři cíle. Praxe ukazuje, že pokud je stanoveno větší množství cílů, obvykle zůstávají pouze na papíře a nedaří se jich dosahovat. Jestliže sám uživatel má více cílů a přání, je dobré je všechny zaznamenat. Potom společně s uživatelem vybereme jeden nebo dva prioritní, do kterých se pustíme nejdříve. Na ostatní pak přijde řada později.



Jiná situace nastává, pokud uživatel v rámci jedné služby využívá různé terapie, volnočasové aktivity, navštěvuje dílny apod. Pak v rámci každé této aktivity může mít určitý cíl, ke kterému směřuje. Např. v dílně si chce udělat hrnek, v rámci muzikoterapie se učí jednoduché rytmy na buben, při práci se zvířaty chce sám čistit králíkům kotec apod. I v tomto případě je však nutné zachovat únosnou míru a postupovat tak, aby uživatel neztratil přehled.

## 5.5 JAK SPRÁVNĚ FORMULOVAT CÍL

Jednou z klíčových dovedností v rámci individuálního plánování je správná formulace cíle. Cíle v individuálních plánech bývají často příliš obecné a neurčité, a tím pádem v podstatě nepoužitelné. K správnému formulování cíle nám pomůže několik jednoduchých pravidel.

### 5.5.1 POZITIVNÍ FORMULACE

Cíl by měl být především formulován **pozitivně**. To znamená, že musíme jasně **vyjádřit, co chceme**, aby se stalo, co budeme dělat. Příklady pozitivně formulovaných cílů:

- budu chodit do práce s dostatečnou časovou rezervou
- chci se naučit, jak se domluvit se spolubydlícím ohledně výběru televizního programu
- chci mít alespoň dvakrát za týden nějakou akci mimo svůj byt (fotbal, kino)

Negativní formulace naopak říká, co nechceme. Nevýhodou této formulace je, že vlastně nevyjadřujeme, co místo toho chceme. Proto tento způsob formulace nepoužíváme. Příklady negativně formulovaných cílů:

- nebudu chodit pozdě do práce
- nebudu se hádat se svým spolubydlícím kvůli televizi
- nechci být stále sám ve svém bytě

### 5.5.2 PRVNÍ OSOBA, TŘETÍ OSOBA?

Další otázkou je, zda cíl formulovat v první osobě („chci se naučit vařit tři teplá jídla“), ve třetí osobě („pan Novák se chce naučit vařit tři teplá jídla“) nebo neurčitě („vařit tři teplá jídla“).

Ve většině případů je vhodnější použití první osoby: „Já (klient) chci...“ **První osoba lépe vystihuje aktivní roli klienta v plánování**, zásadu, že plán je především plánem klienta. Formulace cíle v první osobě je také určitou pojistkou proti podsouvání cílů klientovi ze strany pracovníků, rodiny apod. Jednodušší je napsat „paní Nováková bude pravidelně chodit na vycházky“, než „chci chodit pravidelně na vycházky“, pokud víme, že paní Nováková ve skutečnosti na vycházky spíše chodit nechce.

**Třetí osoba** je vhodná u klientů, kteří **verbálně nekomunikují**. Zde by použití první osoby působilo nepřirozeně a násilně, jako vkládání určitých výroků klientovi do úst. U lidí, kteří nekomunikují, je každopádně vhodné uvést, že cíl byl stanoven např. na základě pozorování a týmové diskuse.

Plán se stává živější a autentičtější, pokud zapíšeme přímo i **vlastní výroky klienta** (např. v uvozovkách). Pracovník pak může doplnit vysvětlující nebo zpřesňující poznámku.



### 5.5.3 POMŮCKA SMART

Každý cíl by měl být:

**S**pecifický a konkrétní

**M**ěřitelný

**A**kceptovatelný, přijatelný

**R**eálný

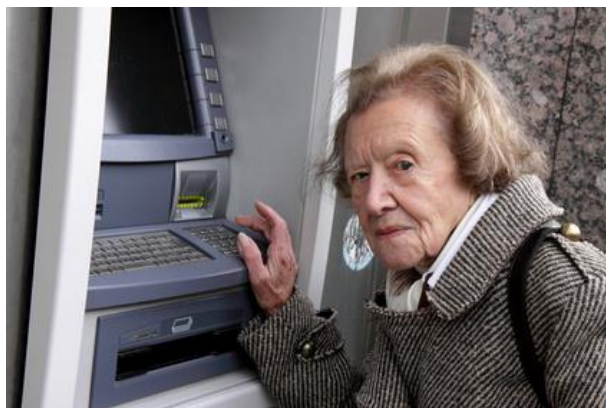
**T**ermínovaný

První písmena těchto pěti vlastností dobře formulovaného cíle tvoří dohromady slovo SMART.

#### S – specifický a konkrétní cíl

Velice často bývají cíle formulovány příliš obecně, nekonkrétně, abstraktně. Například cíl „rozvoj sebeobsluhy“ zahrnuje celou řadu různých možných činností. Lepší je tedy **řici konkrétně, co chci**: „chci se naučit sám si ukrojit chleba“ nebo „chci se naučit sám se napít z hrníčku“ nebo „chci si umět sám obout boty“. Správně formulovaný cíl **zřetelně říká, CO se má stát**, zcela jasně popisuje, čeho chce člověk dosáhnout. Čím konkrétněji se nám to podaří vyjádřit, tím lépe.

Často se stává, že uživatel i pracovník mají jasnou představu, čeho chtějí dosáhnout. Domluvili se například, že cílem je, aby si uživatel uměl sám vyčistit zuby. Místo toho však pracovník do plánu napíše „rozvoj hygieny“, protože má pocit, že to zní lépe. Tím se cíl bohužel velice zamtlží. Nesnažme se proto o „odborné“ a vzletné formulace a jako cíl uveďme zcela konkrétně to, co máme na mysli, o co nám opravdu jde.



K zamlžení cílů přispívají některá slova, se kterými se bohužel v individuálních plánech setkáváme velice často. Jsou to slova jako například:

- zvýšit
- posílit
- rozšířit
- zlepšit
- prohloubit
- rozvinout
- pokračovat
- zapojit se...

Tato slova jsou „zabíjáci“ konkrétních cílů. Zvyšovat, posilovat, prohlubovat a pokračovat můžeme do nekonečna. Potom není jasné, jestli už jsme dosáhli svého cíle nebo jestli máme ještě dál zvyšovat a posilovat. Pokud se přistihneme, že jsme tato slova použili při formulaci cíle, je dobré je škrtnout a pokusit se cíl formulovat za pomoci slov, která označují konkrétní činnost, například:

- umí
- dokáže
- pozná
- ovládá
- rozliší
- najde
- vyjádří
- napíše
- přečte
- spočítá...

Příklady správně a chybně formulovaných cílů:

Nekonkrétní cíle (chybně)	Konkrétní cíle (správně)
Zvýšit samostatnost v péči o domácnost.	Chci se naučit luxovat.
Posílení komunikačních schopností.	Chci umět vyjádřit, že se mi něco líbí nebo nelíbí.
Rozšíření slovní zásoby.	Chci se naučit používat deset nových slov.
Prohlubování školních znalostí.	Chci si procvičit počítání, abych zvládla spočítat peníze při nakupování.
Zapojit se do volnočasových aktivit.	Chci se dvakrát za týden účastnit práce v keramické dílně.
Pokračovat v nácvičku vaření.	Do tří měsíců se chci naučit vařit tři nová jídla.
Zlepšit orientaci v areálu.	Chci umět sám dojít do dílny, do jídelny a do tělocvičny.

## M – měřitelný, kvantifikovatelný cíl

Cíl by měl vždy obsahovat nějaké **měřítka nebo kritérium, podle kterého poznáme, že byl naplněn** (zcela nebo částečně). Cíle, u kterých není stanoveno žádné měřítko, kritérium, míra nebo počet, se v plánech bohužel vyskytují poměrně často. Například cíl „zvyšování slovní zásoby“ nám nedává představu, o kolik slov se má slovní zásoba rozšířit. Je tedy nutné cíl upřesnit: „chci umět používat pět nových slov“. Rovněž cíl „účast na výletech a kulturních akcích“ neprozrazuje, jak často se chce uživatel těchto podniků účastnit. Lépe je tedy uvést: „chci se nejméně jednou za měsíc zúčastnit výletu nebo kulturní akce.“



Neměřitelné cíle (chybně)	Měřitelné cíle (správně)
Zvýšit kontakt s rodinou.	Alespoň <u>jednou za měsíc</u> se chci vidět se svými rodiči.
Zapojit se do činnosti keramické dílny.	Do <u>tří měsíců</u> chci vyrobit <u>jeden</u> keramický výrobek.
Samostatný pohyb po městě.	Do <u>tří měsíců</u> se chci naučit sám dojít <u>do obchodu</u> .

U některých cílů je nutné, abychom si stanovili určité **kritérium**, na jehož základě poznáme, že cíl byl splněn. Například pokud nacvičujeme samostatný pohyb uživatele po městě, není úplně jasné, v kterou chvíli již uživatel činnost zvládl. Je to ve chvíli, kdy sám poprvé došel do obchodu a zpátky? Uvedme si několik příkladů:

**Cíl:** Do tří měsíců se chci naučit sám dojít do obchodu.

**Kritérium:** Pětkrát dojdu sám do obchodu a zpátky, aniž bych zabloudil.

**Cíl:** Chci se naučit chodit do práce včas.

**Kritérium:** Po dobu jednoho měsíce přijdu maximálně jednou pozdě.

**Cíl:** Chci se naučit hospodařit se svým měsíčním příjmem.

**Kritérium:** Po dobu tří měsíců budu schopen zaplatit obvyklé potřebné výdaje, aniž bych si musel vypůjčit.

## A – akceptovatelný, přijatelný cíl

Pro úspěšné dosažení cíle je důležité, aby byl cíl přijatelný pokud možno pro všechny lidi, kteří nějakým způsobem mohou ovlivnit jeho naplnění. Cíl by tedy měl být přijatelný pro:

- **uživatele:** musí být splněna podmínka, že uživatel vnímá cíl jako skutečně svůj cíl, že se nejedná spíše o cíle personálu, rodičů atd.
- **tým pracovníků**, kteří pracují s uživatelem. Je potřeba, aby všichni táhli za jeden provaz. Pokud je například cílem uživatele sám si chystat snídani a polovina pracovníků si bude myslet, že to je zbytečné, pak samozřejmě nebudou uživateli poskytovat dostatečnou podporu. Nesouhlas části pracovníků neznámá, že by se uživatel měl svého cíle vzdát. Spíše jde o to, že by v týmu měla proběhnout dostatečná diskuse a vyjednávání, aby byla nakonec dosažena shoda.
- **rodinné příslušníky, opatrovníky:** souhlas rodiny nebo opatrovníků není obvykle pro schválení cílů v individuálním plánu závaznou podmínkou. Rodinní příslušníci se mohou plánování účastnit v partnerské roli, jejich názor by však neměl zastínit názor uživatele. Pokud je názor rodiny a uživatele v rozporu, stojíme na straně uživatele a snažíme se dospět ke shodě. Přesto však zásadní nesouhlas rodiny může dosažení cíle velice komplikovat. To se týká zvláště případů, kdy má uživatel s rodinou častý kontakt (např.

při pobytu v denním stacionáři). Proto i v tomto případě je vhodná komunikace a vyjednávání s rodinou, aby bylo dosaženo shody.

- **ostatní uživatele, okolí:** je samozřejmé, že dosahování cíle nesmí být na úkor okolí. Pokud má například uživatel za cíl pořídit si malé domácí zvíře, například morče, jistě zde bude hrát roli názor spolubydlicího, kterého může přítomnost morčete na pokoji obtěžovat.

---

*Jako příklad do diskuse na téma přijatelnosti cílů si uveďme dvě situace:*

*Uživatel domova pro osoby se zdravotním postižením se rozhodl, že své sexuální potřeby bude řešit za pomoci placené společnosti. Našel si vhodnou ženu, která za ním čas od času chodila přímo do domova. Jelikož bydlel v samostatném pokoji, měl na podobná setkání dostatečné soukromí. Problém se vynořil ve chvíli, kdy si i někteří další uživatelé chtěli začít objednávat služby této placené společnosti. Personál zařízení stál před otázkou: je v pořádku podpořit i další uživatele v naplňování těchto jejich cílů, nebo by byl na místě zdrženlivější přístup?*

*Uživatel charitního domova pro seniory se svěřil své klíčové pracovníci, že dosud neměl sexuální zážitek se ženou. Rád by ale tuto zkušenost prožil, byť až nyní, ve vyšším věku. Za tím účelem by rád navštívil veřejný dům. Pracovníci zařízení řešili problém, zda je správné uživatele v naplnění tohoto cíle podpořit. K tomu se ještě přidala otázka, zda je vůbec přípustné, aby právě charitní zařízení podporovalo uživatele v podobných aktivitách.*

*Jak byste tyto situace řešili vy a váš tým? Byly by pro vás tyto cíle akceptovatelné, nebo by pro vás byly za hranicí přijatelnosti?*

---

## **R – reálný a realizovatelný cíl**

Jedno ze základních pravidel při stanovování cílů zní, že **cíl musí být reálně dosažitelný**. Cíle naprosto nedosažitelné do individuálního plánu nepatří. Pokud uživatel určitý nereálný cíl považuje za důležitý, měli bychom mu věnovat pozornost a zaznamenat tento cíl v osobním profilu jako přání nebo sen uživatele. Pokud ovšem něco přijmeme za cíl, je dalším krokem plánování postupu, jak cíle dosáhnout. U cílů zjevně nedosažitelných by toto byla zbytečná práce.

### **Jak pracovat s nereálným cílem?**

Výše uvedená zásada neznámá, že cíl, který považujeme za nereálný, bychom měli zcela shodit ze stolu. Při práci s nereálným cílem se můžeme řídit následujícími doporučeními:

- k nereálnému cíli přistupujeme **s respektem**, vnímáme ho jako důležitou touhu či přání klienta
- zjišťujeme, čeho přesně chce klient dosáhnout, jaká **potřeba** se za nereálným cílem skrývá
- je zde nějaký **reálný dílčí cíl**, na který se můžeme zaměřit?
- jdeme **kus cesty s klientem**, umožníme mu, aby sám zjistil, že cíl není reálný
- **limit může být v nás** a ne v klientovi: příliš snadno říkáme „**to nejde**“, „to nikdy nepůjde“. Někdy se podaří uskutečnit i to, co se na první pohled zdálo nereálné
- neslibujeme klientovi nemožné, citlivě ho **konfrontujeme s realitou**.

*Pan Milan, uživatel chráněného bydlení, měl za cíl začít sám řídit automobil. Podle názoru pracovníků tento cíl nebyl reálný. Přesto s panem Milanem zašli do autoškoly. Zde pan Milan dostal výukové materiály a za pomoci pracovníků se pustil do studia dopravních předpisů. Postupně zjistil, že zvládnutí testů v autoškolě bude nad jeho síly. Uvědomil si, že získání řidičského průkazu a řízení auta pro něj není reálný cíl. Přesto ho tato zkušenost obohatila. Naučil se dopravní značky a základní pravidla silničního provozu a rád pak jezdil na sedadle pro spolujezdce a vše sledoval. Z pana Milana se nestal řidič, nýbrž aktivní a poučený spolujezdec, což také není málo.*

*Pan František, obyvatel domova pro seniory, měl jako svůj sen podívat se do Karibiku, kde nikdy nebyl. Sám viděl, že v jeho situaci není tento sen příliš reálným cílem. Pracovnice domova však tento sen pana Františka vzaly vážně a rozhodly se udělat, co je v jejich silách. Pozvaly na besedu cestovatele, který oblast Karibiku dobře zná. Pan František spolu s dalšími zájemci z řad obyvatel domova tak prožili večer plný vyprávění, příběhů a fotografií. Beseda měla takový úspěch, že se z těchto večerů postupně stal celý cestovatelský cyklus.*

I z cílů nedosažitelných můžeme společně s uživatelem vytvořit reálný smysluplný cíl, zvláště pokud je daná věc pro uživatele důležitá:

Nereálný cíl	Reálný cíl
Chci se naučit řídit traktor (cíl člověka se středním mentálním postižením).	Chci navštívit autoškolu, abych se zeptal na možnost přijetí do kurzu řidičů traktorů. Nebo: Chci navštívit místní statek a svést se tam na traktoru.
Chci se vrátit do domečku, kde jsem vyrůstala (domeček už má jiného majitele).	Chci navštívit obec, kde jsem vyrůstala a zjistit, jak to vypadá s mým domečkem.
Chci cestovat do Jižní Ameriky.	Chci navštívit besedu s cestovatelem, který navštívil Jižní Ameriku. Chci si sehnat knihu a průvodce po Jižní Americe. Chci se podívat na nabídku zájezdů a zjistit možnosti cestování.

Při posuzování reálnosti cílů bychom také neměli zapomínat, že nezřídka se lidem daří dosahovat i cílů, které na počátku vypadaly neuskutečnitelně.

Dále bychom si měli klást otázku, zda je daný cíl uskutečnitelný s prostředky, které máme k dispozici. Naše lidské zdroje, vybavení, čas a prostor obvykle bývají limitované a musíme k tomu přihlídnout. K plánování cíle tedy patří také reálné posouzení možností uživatele i možností poskytovatele. Platí rovněž zásada, že dosažení menších cílů je obvykle reálnější než dosahování cílů velkých. Pokud to jde, je lepší velký cíl rozdělit na několik cílů menších a postupovat krok za krokem.

## T – termínované

Při stanovování cílů musíme říci nejenom CO uděláme, ale také KDY to uděláme. Bez určení času se cíl stává mlhavým předsevzetím. Proto každý cíl nebo krátkodobý plán musí mít stanovený **předpokládaný termín vyhodnocení**.

Tento termín bychom neměli chápat jako neměnný závazek, jehož nedodržení znamená, že uživatel nebo pracovník udělali chybu, špatně pracují, málo se snaží apod. To by bylo zcela proti duchu individuálního přístupu, kdy usilujeme o pružnost, respektování vlastního tempa uživatele atd. Často také mohou dosažení cíle zkomplikovat skutečnosti, se kterými jsme na začátku nemohli počítat.



Proto není žádná chyba, pokud **termín po určité době upravíme**. Vidíme, že naplánovaná činnost buď jde rychleji, než jsme předpokládali, nebo naopak bude vyžadovat více času. Pokud však musíme čas prodlužovat několikrát, je na místě položit si otázku, proč se tak děje a zdali je cíl skutečně reálný.

## 5.6 PROBLÉMY PŘI STANOVOVÁNÍ OSOBNÍCH CÍLŮ

### 5.6.1 PROBLÉMY S OSOBNÍMI CÍLI

Při zjišťování osobních cílů se v praxi setkáváme s několika okruhy problémů:

- **uživatel nemá žádný cíl, nic nechce, nic nepotřebuje, se vším je spokojený:** je-li uživatel spokojený, je to určitě dobře. Kdyby však uživatel skutečně nic nepotřeboval a nechtěl, nemusel by využívat sociální službu. Můžeme tedy vycházet z předpokladu, že každý uživatel sociální služby něco chce a potřebuje. Musíme také brát v úvahu, že mnoho uživatelů má tendenci dávat nám na naše otázky ze svého pohledu sociálně přijatelné odpovědi, tj. říci nám to, co chceme slyšet. U dlouholetých obyvatel pobytového zařízení může být toto vyjádření také výrazem rezignace na vlastní přání, výrazem přizpůsobení se neměnným podmínkám. Každopádně bychom si spolu s uživatelem měli pojmenovat, co

je pro něj důležité, aby se i nadále cítil spokojený. Odpovědi na tyto otázky nám dají vodítka k formulaci osobního cíle.

- **uživatel odmítá rozvojové cíle, aktivizaci apod.:** to je úplně v pořádku, není povinností dospělého uživatele se neustále jen rozvíjet a proti své vůli se nechat aktivizovat. Tento typ aktivit je jistě důležitý, vždy se však jedná o nabídku a možnost, kterou uživatel může, ale také nemusí využít.
- **uživatel nekomunikuje:** zvláště u lidí s těžším mentálním postižením narážíme na tuto bariéru. Existuje však řada způsobů, jak i u těchto lidí stanovit hodnotný osobní cíl. Vycházíme z toho, co nám uživatel sděluje svým chováním a svými projevy. V týmu pracovníků, někdy i za pomoci rodičů a dalších osob, se snažíme zmapovat, co má daný člověk rád, a naopak nerad. V jakém prostředí se cítí dobře, s jakými lidmi, při jakých činnostech? Vyhovují mu současné podmínky, nebo spíše ne? Jaké projevuje záliby, co ho těší? Jak jsou naplňovány jeho základní potřeby? Má dostatek podnětů, dostatek kontaktů s lidmi? Hledáme-li odpovědi na tyto a další otázky, většinou získáme poměrně jasnou představu o potřebách daného člověka. Na základě toho pak můžeme navrhnout další směřování služby, které je ve zkratce shrnuto v osobním cíli.
- posledním častým problémem je **nedostatek času**. Individuální plánování, včetně zjišťování osobních cílů, skutečně vyžaduje poměrně velký časový prostor. Těžiště této práce však není sepisování papírů kdesi v kanceláři. Právě naopak. Práce na osobním cíli i na individuálním plánu nás vede k tomu, abychom více komunikovali s uživatelem a zajímali se o jeho potřeby. Abychom si položili otázky, které nás možná dříve nenapadly. Čas věnovaný individuálnímu plánování tedy není ztracený čas, který jsme raději mohli věnovat přímo uživatelům. Dobře zpracovaný individuální plán vede k tomu, že uživatelé v rámci sociální služby dostávají skutečně to, co potřebují k naplnění svých potřeb a k dosažení spokojenosti.

## 5.6.2 NEJČASTĚJŠÍ CHYBY PŘI STANOVOVÁNÍ CÍLŮ

- namísto cíle uživatele se v individuálním plánu vyskytují cíle personálu nebo rodinných příslušníků
- uživatele stresujeme neustálým vyptáváním na jeho cíle, nejsme schopni zvolit vhodné otázky nebo takový způsob, který by uživateli vyhovoval
- uživatel je manipulován k plnění cílů odborných a rozvojových
- cíle mají výchovný charakter (to je nevhodné u dospělých osob, u dětí je to samozřejmě v pořádku)
- cíl se netýká skutečných potřeb uživatele
- cíl je mlhavý, příliš obecný, není popsáno, co konkrétně se má stát
- není určeno žádné měřítko nebo kritérium, podle kterého bychom poznali, že cíle bylo dosaženo
- cíl budí nesouhlas části pracovníků nebo rodiny a neprobíhá pokus o dosažení shody
- cíl je nereálný, nedosažitelný, přesahuje možnosti a schopnosti uživatele, v silách poskytovatele není poskytnout nebo zprostředkovat dostatečnou podporu
- cíl je příliš velký nebo je stanoveno příliš mnoho cílů najednou
- chybí termín, do kdy plánujeme dosažení cíle

# 06 OSOBNÍ PROFIL

-----  
Jak dobře individuálně plánovat



## 6. OSOBNÍ PROFIL

*Osobní profil... Ještě teď si Marie vzpomíná, jak se jí tato dvě slova vůbec nelíbila. A nakonec se z toho vyklubala ta část individuálního plánu, kterou dělá s klienty nejraději. Baví ji přemýšlet o lidech, klást si otázky, zamýšlet se i trochu do hloubky. Také se jí zdá, že klienti, se kterými pracuje, jsou většinou rádi, když se o ně zajímá. Zvláště paní Procházková, ta začne vyprávět a není k zastavení. A co se Marii také líbí, jsou různé techniky, které se naučila na kurzech a které může při práci na osobním profilu použít. Tedy ne s každým. Paní Procházkové úplně stačí, když si s ní povídá a s nějakými technikami by ji asi hnala. Ale pan Dvořáček, ten toho moc nenamluví a docela se mu líbilo, když si s ním Marie prohlížela časopisy a dělali společně erb.*

*„Jenom kdybych na to všechno měla trochu víc času,“ povzdychne si Marie. Ale zároveň si uvědomí, že času, který strávila nad osobními profily, ještě nikdy nelitovala.*

---

O vytváření osobního profilu jsme již krátce pojednali v kapitole 4. Dobře zpracovaný osobní profil je odrazovým můstkem pro další plánování. Proto se tomuto tématu budeme nyní věnovat podrobně v samostatné kapitole.

Na začátku procesu individuálního plánování bychom si měli vyjasnit, kdo je člověk, kterého máme před sebou a kterému chceme poskytovat službu, **co tento člověk chce a potřebuje?** Vytváření osobního profilu nám umožňuje lépe poznat člověka, se kterým pracujeme, poznat jeho potřeby, touhy a přání. Pokusit se poznat, jak vypadá jeho svět. Co tento člověk vnímá jako důležité? Co potřebuje k tomu, aby byl spokojený? Co má rád a co naopak rád nemá?

Odpovědi na tyto otázky tvoří dokument, který budeme nazývat „osobní profil“. Samozřejmě můžete použít i jiný vhodný název. Osobní profil se zaměřuje na oblasti, které jsou důležité z pohledu uživatele pro jeho život. Nejde tedy o žádné samoučelné bádání v soukromí uživatele. Zjišťujeme věci, jejichž znalost je důležitá k tomu, aby služba mohla být poskytována kvalitně, s ohledem na zájmy, potřeby a preference uživatele. Pokud služba má být individualizovaná, orientovaná na uživatele, musíme nejprve uživatele a jeho individualitu skutečně poznat. Vytváření osobního profilu je proto prvním krokem individuálního plánování.

Osobní profil obsahuje informace, které pracovníkům umožňují účinně uživatele podpořit. Kromě lepšího poznání uživatele nám osobní profil poskytuje i cenné impulzy pro další plánování. Solidní zmapování současné situace poskytuje solidní základ pro další práci s uživatelem. Dobře zpracovaný osobní profil usnadňuje hledání smysluplných cílů. Pomáhá při vytváření plánu, který se týká skutečně toho, co uživatele zajímá a je pro něj důležité.

Při práci na osobním profilu se snažíme poznat klientův svět. Mapujeme, jak vypadá realita, kterou klient prožívá. Klientův svět je jistě jiný než váš svět. Každý se dívá na svět jinými očima. Měli bychom se snažit být v roli zaujatého pozorovatele, vzbudit v sobě zájem a zvědavost. Co tento člověk prožívá? Jak se na věci dívá? Co je pro něj doopravdy důležité? Některé věci nás mohou překvapit, nebo i vzbudit náš nesouhlas. Jakožto zaujatí pozorovatelé bychom však měli ke klientovu světu přistupovat s respektem, bez posuzování a bez hodnocení.

Vytváření osobního profilu vyžaduje důvěru uživatele a poměrně velkou otevřenost. Není možné uživatele do této činnosti nutit. Existují však určité techniky, které této práci dají příjemnou a tvořivou podobu. Většina těchto technik vychází z individuálního plánování zaměřeného na člověka. S některými technikami se v této kapitole seznámíme. Toto teoretické seznámení však doporučujeme doplnit návštěvou klasického kurzu, kde se pod vedením zkušeného lektora můžete s těmito technikami seznámit i prakticky.

Na které oblasti se v rámci osobního profilu zaměřujeme:

- **jaká jsou má přání, touhy a sny (reálné i nereálné)**
- **co je pro mě důležité**
- **mé silné stránky (co znám, co umím, jaké mám schopnosti a nadání, co na mně ostatní obdivují)**
- **co mám rád, co mi dělá radost, co potřebuji, abych se cítil/a spokojený/á**
- **co nemám rád, co mě trápí, z čeho mám obavy, co může způsobit, že jsem nespokojený/á**
- **můj život teď (co je pro mě důležité v oblasti bydlení, práce, volného času, vztahů, zdraví...)**
- **moje osobní historie (životní cesta, základní biografické údaje)**
- **mé oblíbené aktivity**

Některé osobní profily jsou stručnější, jednostránkové, jiné jsou obsáhlejší. Volba, jakou podobu osobního profilu používat, je na pracovnících každého zařízení. Rovněž je potřeba zvolit, jaké techniky při práci na osobním profilu využít. Žádná z popisovaných technik se jistě nehodí pro každou situaci a pro každého uživatele. Některé techniky jsou si v něčem podobné nebo se zaměřují na zkoumání podobných oblastí v životě uživatele. Je proto potřeba si zvolit, které oblasti do osobního profilu zařadit a jaké techniky v každém konkrétním případě použít.

S jednotlivými oblastmi osobního profilu a s různými technikami se v dalších kapitolách seznámíme podrobněji.

## 6.1 JAKÁ JSOU MÁ PŘÁNÍ, TOUHY A SNY

Zajímat se o touhy, přání a sny člověka je dobrým východiskem pro jeho poznání. Je to rovněž východisko pro další plánování. Na tomto místě se nezajímáme pouze o reálné cíle a přání uživatele, nýbrž o veškeré jeho sny, touhy a přání bez ohledu na to, jak pravděpodobné je jejich uskutečnění. Ne každé přání a touha se mohou stát reálným cílem v individuálním plánu. Přesto je dobré sny a přání uživatele znát, věnovat jim pozornost a brát je vážně. Jsou to věci, které pro uživatele mají velký význam. Mohou být určitou vizí o tom, jak si uživatel představuje svůj další život. Této své vizí se pak uživatel může za pomoci sociální služby postupně přiblížit. Může se také stát, že určitý sen, jehož splnění není reálné, se může přetransformovat v určitý menší, ale reálný a smysluplný cíl.

Existuje také mnoho situací, kdy přání, které na počátku vypadá jako neuskutečnitelný sen, se po čase přece jenom podaří určitým způsobem realizovat. Řada z nás zažila ve svém životě zkušenost, kdy něco, co zprvu vypadalo jako vzdálený sen, se nakonec stalo reálnou

skutečností. Lidé s postižením mají často vyšší potenciál, než jejich okolí zpočátku odhaduje. Nezřídka se tedy stává, že tito lidé dokáží věci, které by před několika lety nikdo nepovažoval za reálné. I proto je důležité věnovat pozornost zdánlivě nereálným snům.

Při vytváření osobního profilu samozřejmě respektujeme, nakolik je klient ochotný s námi svá přání a sny sdílet. Dostatek času a navázání hlubšího vztahu je pro tuto práci podmínkou. Důležitá je také forma. V mnoha případech vystačíme s citlivě vedeným rozhovorem. Pro zkoumání přání, tužeb a snů uživatele můžeme také použít techniku ERB, která bude popsána dále.



#### **Co z této části osobního profilu můžeme vytěžit pro další plánování:**

Přání, touhy a sny uživatele nám dávají představu o tom, co je pro tohoto člověka skutečně důležité. Můžeme se pak zamýšlet, jak je možné podpořit uživatele v jejich naplnění. Pokud má uživatel sen, který není reálně uskutečnitelný, můžeme se k jeho naplnění přiblížit alespoň nějakým dílčím způsobem.

## **6.2 CO JE PRO MĚ DŮLEŽITÉ**

Jedna z důležitých zásad individuálního plánování zní, že plán se týká toho, co je pro klienta důležité. V praxi však narážíme na určitá úskalí při uplatňování této zásady. Zvláště u lidí, kteří hůře komunikují, u lidí s mentálním postižením apod. bývají individuální plány **v příliš velké míře ovlivněny názory okolí**: pracovníků, odborníků, rodiny. Dochází pak k tomu, že ne klient, ale okolí určuje, co je důležité a co je problém, který se má řešit.

Proto je při sestavování osobního profilu žádoucí umět pojmenovat, co je skutečně důležité z pohledu klienta, a umět to odlišit od věcí, které jsou důležité z pohledu okolí. Pro klienta může být například důležitá možnost uvařit si třikrát denně kávu a zapálit si k tomu cigaretu. Z pohledu odborníka (lékaře) se může jevit jako důležité, aby klient kávu pokud možno vůbec nepil. A názor rodiny může být, že za kouření utratí klient příliš mnoho peněz a je důležité šetřit. Vidíme tedy, že každému se může jevit jako důležité něco úplně jiného a že názory klienta a jeho okolí mohou být i v přímém protikladu. Jde o nalezení určité rovnováhy. Jistě i názor okolí je důležitý a v mnoha případech by při plánování měl být brán v potaz. **Při plánování služby bychom ale měli vycházet především z toho, co je důležité pro klienta.**

## 6.2.1 TECHNIKA „CO JE DŮLEŽITÉ“

Pro ujasnění toho, co je důležité z pohledu klienta a jeho okolí slouží jednoduchá technika. K jejímu provedení nám stačí papír rozdělený svislou čarou na dvě části nebo můžeme použít připravený pracovní list. Nejprve mapujeme a zapisujeme na levou stranu papíru, co je důležité pro klienta z jeho vlastního pohledu. Může to být cokoliv: oblíbená činnost, jídlo, člověk, zvíře, denní rituál, pravidelná návštěva, zkratka cokoliv. Při mapování toho, co je důležité pro klienta, si klademe tyto otázky:

- umí klient vyjádřit, co je pro něj důležité?
- ví to všichni členové týmu?
- respektujeme to?

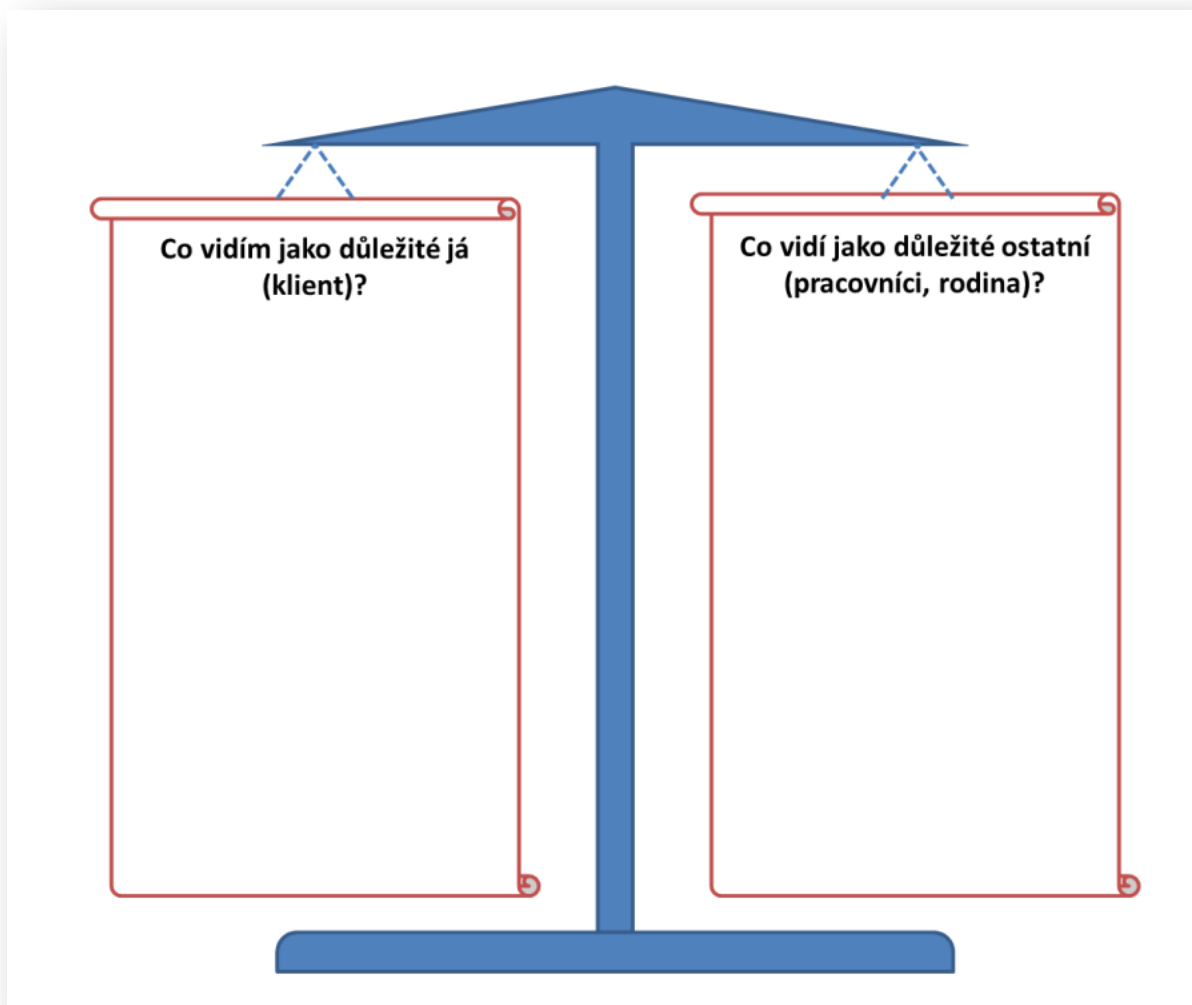
Pokud klient neumí verbálně vyjádřit, co je pro něj důležité, musí si tuto otázku položit tým a snažit se ji zodpovědět na základě pozorování, na základě toho, jak jednotliví pracovníci klienta znají. Právě u lidí s těžším postižením nebo s problémy v komunikaci je důležité, aby si jejich okolí položilo otázku: Co je pro tohoto člověka v jeho každodenním životě skutečně důležité z jeho vlastního pohledu?

Na pravou stranu papíru potom zapisujeme, co vidí jako důležité okolí: pracovníci, rodina, přátelé, odborníci. Zde se obvykle objevuje důraz na tyto oblasti:

- zdraví
- bezpečnost
- pořádek
- chování apod.

Jak bylo řečeno, i tyto aspekty života mají jistě svoji důležitost. Neměly by však při individuálním plánování zastínit to, co považuje za důležité klient. Jak bylo řečeno výše, jde o dosažení rovnováhy, vyváženého přístupu. Pokud bychom brali v úvahu pouze pohled klienta a přehlíželi názory ostatních lidí, mohlo by v některých situacích dojít například k ohrožení klienta nebo k podstatnému zhoršení jeho zdravotního stavu. Pokud bychom naopak přehlíželi pohled klienta a upřednostňovali názory okolí, mohlo by dojít k omezování klienta, narušování jeho autonomie, klient by postupně ztrácel své kompetence a kontrolu nad vlastním životem.





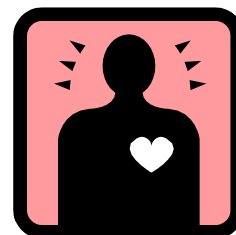
*zdroj: Helen Sanderson Associates*

### **Co z této části osobního profilu můžeme vytěžit pro další plánování:**

Díky použití této techniky se v dalším plánování můžeme zaměřit především na to, co je skutečně důležité z pohledu klienta. Jsme schopni zajistit, aby názory okolí nezastínily názor klienta. Individuální plán by měl vycházet především z toho, co vnímá jako důležité klient (levá strana papíru). V některých zařízeních vzniká i plán pracovníka (nebo týmu), který na rozdíl od plánu klienta více zohledňuje pohled pracovníků a dalších lidí (pravá strana papíru). V plánu klienta by se rozhodně neměly objevovat cíle, které klient zatím nepřijal za své (např. „snížím svoji váhu“ jako cíl u klienta, který v tuto chvíli vnímá jako svoji prioritu dobře se najíst).

## 6.3 MÉ SILNÉ STRÁNKY

Je jistě přínosné, když si uživatel uvědomí své silné stránky, své schopnosti a možnosti. Neméně přínosné je, když tyto silné stránky vnímají i lidé, kteří s uživatelem pracují. Sociální službu vyhledává obvykle člověk, který má nějaké postižení, znevýhodnění nebo problém. Služba mu má pomoci tento problém řešit. Někdy nám ale orientace na řešení problémů brání vnímat osobnost uživatele vyváženě. Pokud v práci s uživatelem **stavíme na jeho silných stránkách a schopnostech**, máme daleko větší šanci na úspěch. Uživatel je více motivován a může využít své vnitřní zdroje. Využití silných stránek člověka pomáhá při překonávání omezení, které přináší postižení.



### 6.3.1 TECHNIKA „PANÁČEK“

Pro mapování silných stránek lze využít techniku, kterou můžeme nazvat „Panáček“. Na list papíru namalujeme obrys panáčka, na hrud' mu namalujeme dostatečně velké srdce. Do jednotlivých částí postavy pak vpisujeme jednotlivé silné stránky uživatele. Oblast hlavy je určena věcem, které člověk ví a zná (např. umím počítat, znám hodiny, umím hledat v jízdním řádu apod.). Ruce symbolizují to, co umím (např. umím si zavázat tkaničky u bot, umím uvařit puding, umím sázet květiny apod.). Oblast srdce patří kladným povahovým vlastnostem a různým nadáním (např. jsem veselý, kamarádský, citlivý, umím malovat a zpívat). Zbytek papíru pak můžeme vyhradit zbývajícím silným stránkám, které nás napadnou.





Mapovat silné stránky můžeme samozřejmě i bez využití popsané techniky. Možná známe z vlastní zkušenosti, že pochválit sám sebe a říci, v čem jsem dobrý, je někdy těžké. Nemůžeme tedy očekávat, že uživatel sám pojmenuje všechny své silné stránky. Zde je na místě **aktivní zapojení celého týmu**. Pro uživatele pak může být velice příjemným zážitkem zjištění, kolik silných stránek jeho okolí vnímá. Tým si klade například tyto otázky:

- Co tento člověk zná, umí, co všechno zvládá?
- Jaké má schopnosti a nadání?
- Co na něm můžeme obdivovat?
- Za co mu můžeme být vděční?

Může se stát, že například u uživatelů s hlubokým postižením nebo velmi problémovým chováním personál není schopen objevit **žádnou silnou stránku**. Toto zjištění je velmi důležité. Mělo by vést pracovníky k reflexi: opravdu tento člověk nemá žádnou silnou stránku nebo schopnost? Není na něm nic, co bychom mohli obdivovat? A vypovídá to, že nevidíme jeho silné stránky, více o něm nebo o nás? Skutečně nenajdeme ani žádnou drobnost, která by se dala vnímat jako silná stránka? Pokud ne, musí si být pracovníci každopádně vědomi toho, že se jedná o uživatele velice ohroženého. Pokud okolí vnímá určitého člověka jako zcela nepřínosného (=nemá žádnou silnou stránku), je to pro tohoto člověka silně ohrožující faktor. Zjištění, že u určitého uživatele v tuto chvíli nevnímáme žádnou silnou stránku, by tým neměl brát jako své selhání a chybu. Důležité je si tuto situaci uvědomit a dále s ní pracovat. Může se stát, že pracovníci po určité době přece jenom začnou silné stránky postupně vidět. Nebo někdo ze členů týmu vnímá uživatele pozitivněji než ostatní a může svůj pohled sdílet. Tato situace je také dobrým důvodem pro případovou supervizi.



### **Co z této části osobního profilu můžeme vytěžit pro další plánování:**

Pokud individuální plán vychází spíše ze silných stránek uživatele, má daleko větší šanci na úspěch. Jestliže například uživatel umí vařit, bude se pravděpodobně v této činnosti chtít dále rozvíjet, je zde velká šance, že ho vaření nových jídel bude bavit a že dosáhne úspěchu. Naopak výtvarné činnosti jistě nebudeme nabízet člověku, který v tomto směru nemá žádný talent. Silné stránky nám v podstatě popisují vnitřní zdroje člověka, které bychom měli při další práci rozhodně využít.

## 6.4 CO MÁM RÁD/A, CO NEMÁM RÁD/A

Informace o tom, co uživatel má a nemá rád, jsou samozřejmě nutné pro jeho hlubší poznání. Je jasné, že pokud nevíme, co uživatel má nebo nemá rád, může při poskytování sociální služby zbytečně nastat řada nepříjemných situací. Pokud naopak víme, co má a nemá rád, můžeme to při poskytování služby zohlednit. Zvláště u lidí s těžším postižením, kteří mají problémy v komunikaci, je zmapování těchto dvou oblastí důležitým výchozím bodem pro další práci na individuálním plánu.

### Co mám rád/a:

V této části osobního profilu hledá uživatel s naší pomocí odpovědi na otázky:

- co mě baví, jakým činnostem a aktivitám se rád/a věnuji? (např. poslech dechovky, práce v kuchyni, sledování fotbalu)
- co mi dělá radost? (např. výlety, setkání s přítelkyní, návštěva kina)
- co mě zajímá? (např. módní novinky)
- na jakém místě a v jakém prostředí pobývám nejraději? (např. nejraději jsem na svém pokoji nebo venku v lese)
- mám rád/a kolem sebe lidi nebo jsem spíše samotář?
- jaké jídlo mi chutná?
- které mé zvyky jsou pro mě důležité? (např. vždy si po obědě dávám kávu a čtu si noviny)
- co potřebuji, abych se cítil/a spokojený/á?



### Co nemám rád/a:

Uživatel se s naší pomocí zaměřuje na tyto otázky:

- co mě nebaví, které věci a aktivity dělám nerad/a? (např. vynášení koše, uklízení)
- co se mi nelíbí? (např. když je okolo mě hluk)
- co mě rozčiluje? (např. když spolubydlící pouští nahlas televizi)
- co mě nudí? (např. společné schůze)
- jaká místa nemám rád/a, kde se nerad/a zdržuji? (např. v jídelně, protože je zde hluk a mnoho lidí)
- které lidi nemám rád/a?
- která jídla nemám rád/a?
- co ještě dalšího nemám rád/a? (např. pavouky, komáry, politiky...)
- co způsobuje, že se cítím v nepohodě?

Co uživatel má a nemá rád můžeme mapovat také s pomocí techniky ERB, která je popsána dále.

## Co z této části osobního profilu můžeme vytěžit pro další plánování:

Tato část osobního profilu poskytuje mnoho vodítek pro další plánování a poskytování služby. Zcela jistě bude uživateli ku prospěchu, pokud plán bude zohledňovat a **posilovat věci, které uživatel má rád**, a bude **minimalizovat věci, které rád nemá**. Klademe si otázku, zdali má uživatel dostatek příležitostí věnovat se tomu, co ho baví a co ho zajímá. Ptáme se, zdali v souvislosti s využíváním služby není nucen nadměrně omezovat své celoživotní zvyklosti. Snažíme se uživatele podpořit v tom, aby věci, které má rád, mohly zaujímat v jeho životě co největší místo. Zároveň se snažíme minimalizovat věci, které uživateli vadí. Důležité jsou i zdánlivé maličkosti, které ovšem v prožívání uživatele mohou hrát velkou roli. Pokud například zjistíme, že uživatel se mnohem raději sprchuje, než koupe, měli bychom to při poskytování služby respektovat.

## 6.5 MOJE OSOBNÍ HISTORIE

Většina našeho chování, zvyků i problémů, se kterými se v současnosti setkáváme, má svůj **kořen v minulosti**. Proto je důležité, abychom si mohli udělat jasný obraz o životní cestě a osobní historii uživatele. Znat základní údaje ze života uživatele je v mnoha případech přínosné.

Ovšem přehnané zabývání se minulostí má i svoje rizika. Návrat do minulosti může být zbytečnou zátěží a může negativně ovlivňovat naše vnímání uživatele, náš kontakt s ním teď a tady. Nevhodně sepsaná „anamnéza“ v dokumentaci uživatele může být stigmatizující, pokud obsahuje i problematické údaje ze života uživatele. Stává se určitou nálepkou, které se uživatel jen těžko zbavuje. Je tedy potřeba se zamyslet, zda zjišťování biografických údajů bude pro práci s uživatelem skutečně přínosem.

Pokud se zabýváme minulostí, neměly by nás zajímat pouze strohé anamnestické údaje. Zásadní chybou je, pokud anamnestické údaje v dokumentaci jsou spíše přehledem různých problémů a neúspěchů. Pokud pracujeme s biografií uživatele, ptáme se na důležité mezníky a události v životě. Zajímá nás, jak uživatel sám vnímá svůj životní příběh. Kteří lidé v životě uživatele byli důležití, ať už hráli pozitivní nebo negativní roli? Na jaké výrazné zážitky uživatel rád vzpomíná? Na co vzpomíná nerad? V kterých životních etapách se mu dařilo? Jaká místa hrají v jeho životě důležitou roli?

### 6.5.1 TECHNIKA „ŽIVOTNÍ CESTA“

Při ujasňování životního příběhu uživatele lze použít výtvarnou techniku, kterou můžeme nazvat „**Cesta**“. Potřebujeme k ní dostatečně velký list papíru (A3 nebo větší) a barevné fixy. Společně s uživatelem kreslíme jeho životní cestu. Svoji cestu si může samozřejmě uživatel vytvořit i sám. Formou cesty ztvárníme životní křižovatky, zatáčky a změny směru, slepé uličky. Zakreslujeme na cestu důležitá místa, lidi a události. Období, kdy se uživateli dařilo dobře, můžeme ozdobit smajlíkem. Naopak období, kdy se dobře nedařilo, označíme mračnicí se smajlíkem. Fantazii se meze nekladou. Pokud má uživatel nějaké své fotografie lidí, které znal, nebo míst, kde žil, můžeme je umístit do patřičných úseků cesty (pozor, aby se fotografie nezničily, vhodné je použít například barevnou xerokopii fotografií).

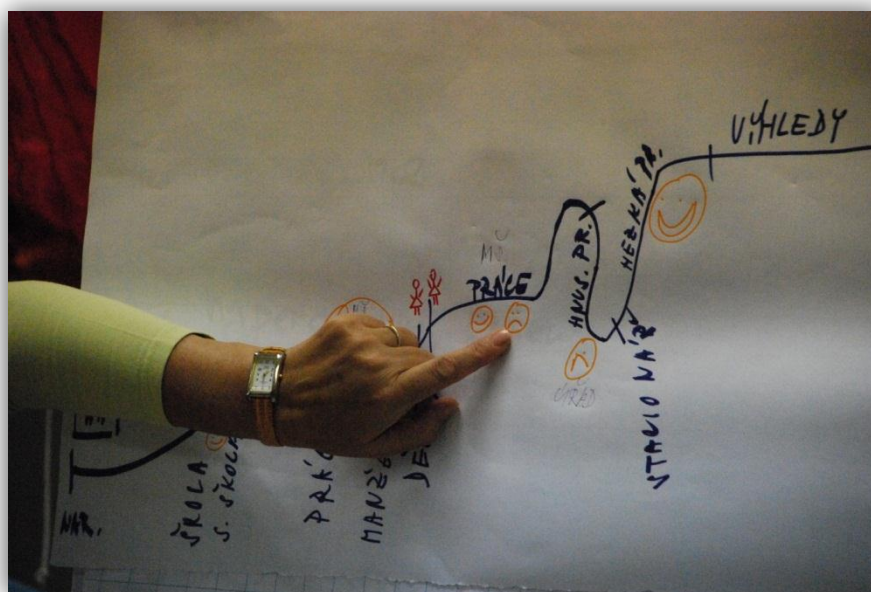
Kreslit může buď přímo uživatel, nebo kreslí například klíčový pracovník a uživatele se ptá, co má zakreslit. Například uživatel vypráví o změně práce a o stěhování a klíčový pracovník chce vědět: „A tu změnu mám namalovat jenom jako zatáčku, nebo spíš odbočku někam úplně jinam?“ A uživatel říká: „Já myslím, že to zas taková změna nebyla, jen taková malá zatáčka...“ Varianta, kdy kreslí klíčový pracovník, více povzbuzuje vzájemnou komunikaci, kladení otázek, ujasňování si souvislostí. Ovšem někdo si raději svou cestu vytvoří sám a pak je možné se sejít nad hotovým obrázkem. Využití této výtvarné techniky má tu výhodu, že výsledek je daleko živější a plastičtější, než tytéž informace zaznamenané v několika odstavcích textu.

Každá životní cesta má svou **charakteristickou podobu**. Některá cesta je rovná jako dálnice, je patrné životní směřování bez zbytečných odboček. Jiná cesta je zase plná zvrátů, křížovatek a náhlých zatáček. Jedna cesta je plná událostí a lidí, druhá cesta zase může působit prostě a jednoduše. Důležité jsou i události, které se na cestě stále opakují. Někdo má často úrazy nebo nemoci, jiný člověk často střídá zaměstnání nebo místo pobytu. Pokud se určitý motiv opakuje pravidelně v minulosti, je pravděpodobné, že se s ním setkáme i v současnosti a budoucnosti.

Pokud využíváme v procesu individuálního plánování některou z výtvarných technik, je vhodné, abychom výsledek zpracovali i v písemné podobě. Samotný obrázek by po několika měsících nebo letech nemusel být už dostatečně jasný. Jestliže pracujeme s většími formáty papíru, je možné výsledek vyfotografovat, vytisknout na papír A4 a založit do dokumentace.

#### Co z této části osobního profilu můžeme vytěžit pro další plánování:

U uživatelů, kteří dlouhé roky žijí v pobytovém zařízení, je zajímavé srovnání jejich cesty s cestou člověka mimo zařízení. Zvláště u lidí s těžším postižením jsou na jejich cestě často několikaleté úseky, kdy se v jejich životě nestala žádná výrazná událost. Toto zjištění může být impulsem pro další plánování. Nebylo by možné přemýšlet nad způsoby, jak život toho člověka učinit bohatším o různé události a zážitky, které jsou pro ostatní lidi běžné?





## 6.6 MŮJ ŽIVOT TEĎ

Na tomto místě s uživatelem zkoumáme, jaké jsou v současnosti podstatné věci v jeho životě, co je pro něj v jednotlivých oblastech života důležité a co by chtěl případně změnit. Můžeme společně prozkoumávat tyto základní oblasti:

- **bydlení:** jak bydlím, s kým bydlím, jak jsem s bydlením spokojen, co je pro mě důležité, aby se mi bydlelo dobře?
- **práce:** jakou práci dělám, jak jsem s ní spokojen, co je pro mě důležité, abych byl v práci spokojený?
- **vztahy** (přátelé, rodina, partnerský život): koho počítám mezi své přátele, kteří lidé jsou pro mě důležití, jak probíhají kontakty s rodinou, mám partnera nebo partnerku?
- **volný čas:** jak trávím svůj volný čas, jaké jsou mé oblíbené aktivity, co potřebuji, abych byl s trávením volného času spokojen?
- **zdraví:** mám nějaké zdravotní problémy? Co potřebuji, abych se po zdravotní stránce cítil dobře?

Součástí popisu může být také rekapitulace základních životních podmínek uživatele. Například: „Bydlím v ústavu v dvoulůžkovém pokoji, s bydlením jsem spokojený, s kolegou na pokoji vycházím dobře. Pracuji v místním zemědělském družstvu, pomáhám na poli. Mám přítelkyni, jezdím za ní do města. Se svojí rodinou se nevidám. Když mám volno, nejraději se dívám na televizi nebo pěstuji petržel do kuchyně.“

V této oblasti můžeme provést srovnání: je současný život uživatele v oblasti bydlení, práce, vztahů, způsobu trávení volného času apod. srovnatelný s běžným občanem, nebo se zcela liší? Pokud uživatel služby tráví většinu svého času ve zcela jiném prostředí a zcela jiným způsobem, než ostatní lidé, je otázka, nakolik se nám daří naplňovat jeden z hlavních cílů sociální služby, kterým je sociální začlenění. To může být impulzem pro další plánování.

### Co z této části osobního profilu můžeme vytěžit pro další plánování:

Pokud vidíme, že uživatel je v některé oblasti svého života zásadně nespokojený, je vhodné v rámci plánování hledat cesty k dosažení přijatelnějšího stavu. Zjistíme například, že uživatele přestala bavit práce, kterou již několik let dělá. Zeptáme se ho, jestli by chtěl práci změnit. Pokud ano, nabídneme mu podporu při hledání nové práce. Hledání nové práce bude pak obsahem krátkodobého plánu.

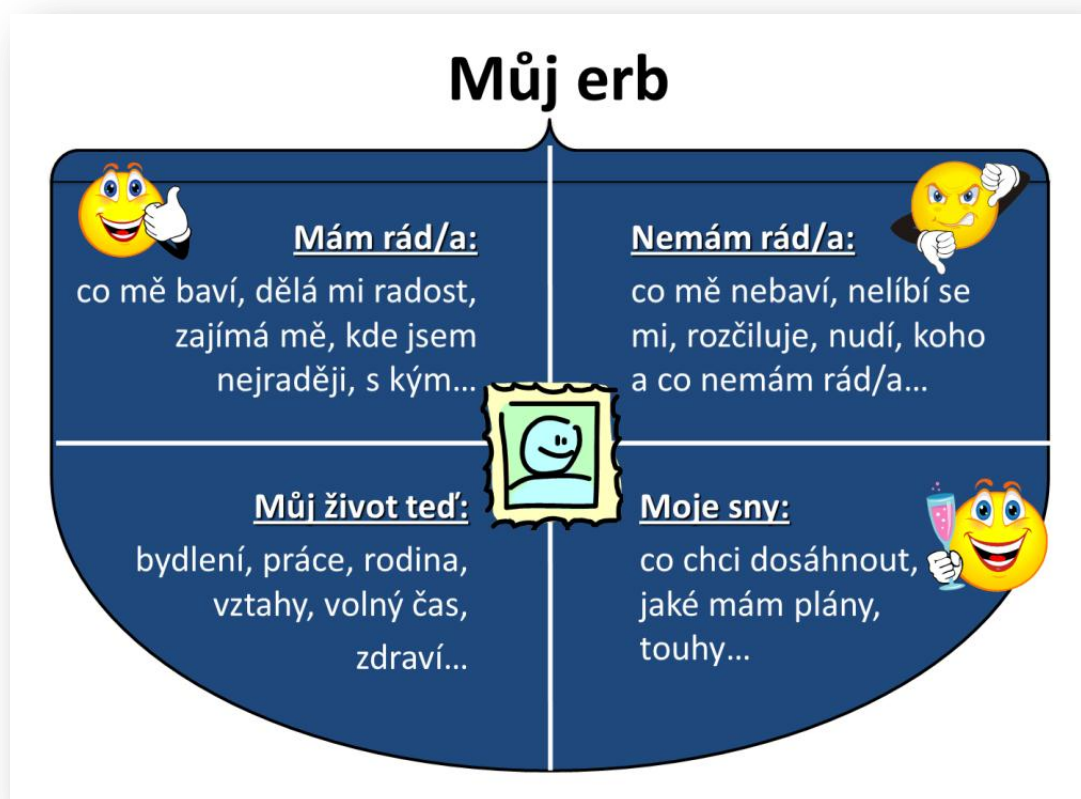
Můžeme se zaměřit i na oblasti, ve kterých je uživatel spokojený. Ptáme se, zdali potřebuje z naší strany podporu, aby jeho spokojenost zůstala zachována. Například uživatel má přítelkyni v nedalekém městě. Se svým vztahem je spokojený. Potřebuje však asistenci při cestování, když se chce se svojí přítelkyní vidět, dále si chce opatřit mobilní telefon a naučit se s ním zacházet, aby s přítelkyní mohl být v kontaktu. Tyto činnosti se mohou stát obsahem individuálního plánu.

## 6.6.1 TECHNIKA „MŮJ ERB“

Pro zmapování toho, co uživatel má a nemá rád, jaký je jeho život teď a jaká jsou jeho přání, touhy a sny, můžeme využít techniku Můj erb.

Tato technika se s úspěchem používá nejenom v oblasti sociálních služeb, ale například také v rámci zážitkové pedagogiky nebo na kurzech zaměřených na rozvoj osobnosti. Pro vytvoření erbu budeme potřebovat velký papír (formát přibližně A2), fixy, nůžky, lepidlo, staré časopisy, případně fotografie. Časopisy však musí být kvalitní (ne bulvární magazíny nebo inzertní noviny). Svým zaměřením by časopisy měly odpovídat zájmům uživatele.

Na papír namalujeme obrys erbu rozdělený do čtyř polí. Každé pole je určeno jedné zkoumané oblasti: 1. mám rád, 2. nemám rád, 3. můj život teď, 4. moje přání, touhy sny. Doprostřed může uživatel nalepit svoji fotografii.



Uživatel začne například polem „mám rád“. Vybírá si z časopisů obrázky, které symbolizují, co má rád, a lepí je do této části erbu. Pokud nenajde vhodný obrázek, může namalovat kresbičku nebo napsat pár slov. Může použít i své vlastní fotografie (nebo jejich kopie). Pak přejde k další části erbu a takto postupně vytvoří celý erb. Uživatel může na erbu pracovat sám nebo společně s klíčovým pracovníkem. Výhodou společné práce je možnost neformálního rozhovoru již v průběhu práce. Obrázky nemusíme hledat pouze v časopisech. Je možné použít již vystříhané připravené obrázky, ze kterých si uživatel má možnost vybírat. Možné je použít též piktogramy nebo fotografie.



Výhoda této techniky je v tom, že probouzí tvořivost. Listování v časopisech nebo prohlížení obrázků přináší spontánní nápady, které by uživatel v klasickém rozhovoru asi nevyslovil. Pro mnoho lidí je tato technika zábavná a lépe se při ní naváže rozhovor o daných tématech. Individuální plánování tak přestává mít pro uživatele nádech nudné úředničky a stává se více zábavným a spontánním.



### 6.6.2 TECHNIKA „MÉ VZTAHY“

Sociální služba pomáhá člověku řešit určitou nepříznivou situaci, ve které se díky svému postižení, věku či dalším nepříznivým okolnostem ocitl. Platí však, že při řešení této situace by měly být v co největší míře využívány i přirozené sítě podpory a další dostupné zdroje. Přirozenou síť podpory každého z nás tvoří lidé, o které se v případě potřeby můžeme opřít. Jsou to například členové rodiny, přátelé, někdy i sousedé nebo kolegové v práci. Je jisté, že v mnoha obtížných situacích rodina a přátelé nemohou nahradit sociální službu. V praxi však často dochází k tomu, že sociální služba postupně přebírá úlohu rodiny a přátel. Pomoc rodiny a přátel se stává zbytečnou a postupně ustává. Uživatel sociální služby se propadá do izolace a stává se čím dál více závislý na sociální službě. Někdy se i rodina aktivně snaží na sociální službu přehodit veškeré břímě odpovědnosti za svého člena.

Má-li být naplněn jeden z hlavních cílů sociální služby, kterým je sociální začlenění a co nejvyšší nezávislost uživatele, je potřebné posilovat přirozené sociální vazby uživatele. K jejich zmapování slouží například tento jednoduchý sociogram. Na papír namalujeme tři soustředné kruhy rozdělené do čtyř kvadrantů. Do prostředního kruhu zaznamenáváme jména osob z okruhu rodiny, přátel, sousedů a kolegů, kteří jsou uživateli v případě potřeby vždy ochotni pomoci (v přiměřené míře). Do mezikruží zaznamenáme jména lidí, kteří někdy

pomohou a někdy ne. A do vnějšího kruhu patří jména lidí, kteří by uživateli možná byli ochotni pomoci, ale zatím je o pomoc nikdo nepožádal. Do tohoto přehledu nepatří placení pracovníci služby. Ti poskytují profesionální placenou podporu. V tomto přehledu mapujeme pouze přirozenou sociální síť klienta.



**Co z této techniky můžeme využít pro další plánování?** V první řadě získáme přehled o zázemí uživatele. Může se stát, že zjistíme, že uživatel nemá žádné blízké lidi, kteří jsou mu ochotni pomoci. Již to je důležité zjištění. V tomto případě se můžeme zamýšlet nad tím, jak tuto sociální izolaci krok za krokem překonat. Pokud uživatel má blízké vztahy, je dobré tyto vztahy aktivně podporovat. Možností je celá řada: pomoc při komunikaci, podpora setkávání s přáteli, pomoc při dopravě apod. Můžeme se také zamýšlet nad tím, v kterých věcech musí uživateli nezbytně pomáhat sociální služba a kde by mohl požádat o pomoc někoho ze členů rodiny, přítele nebo souseda.

### 6.6.3 TECHNIKA „CO FUNGUJE A CO NEFUNGUJE“

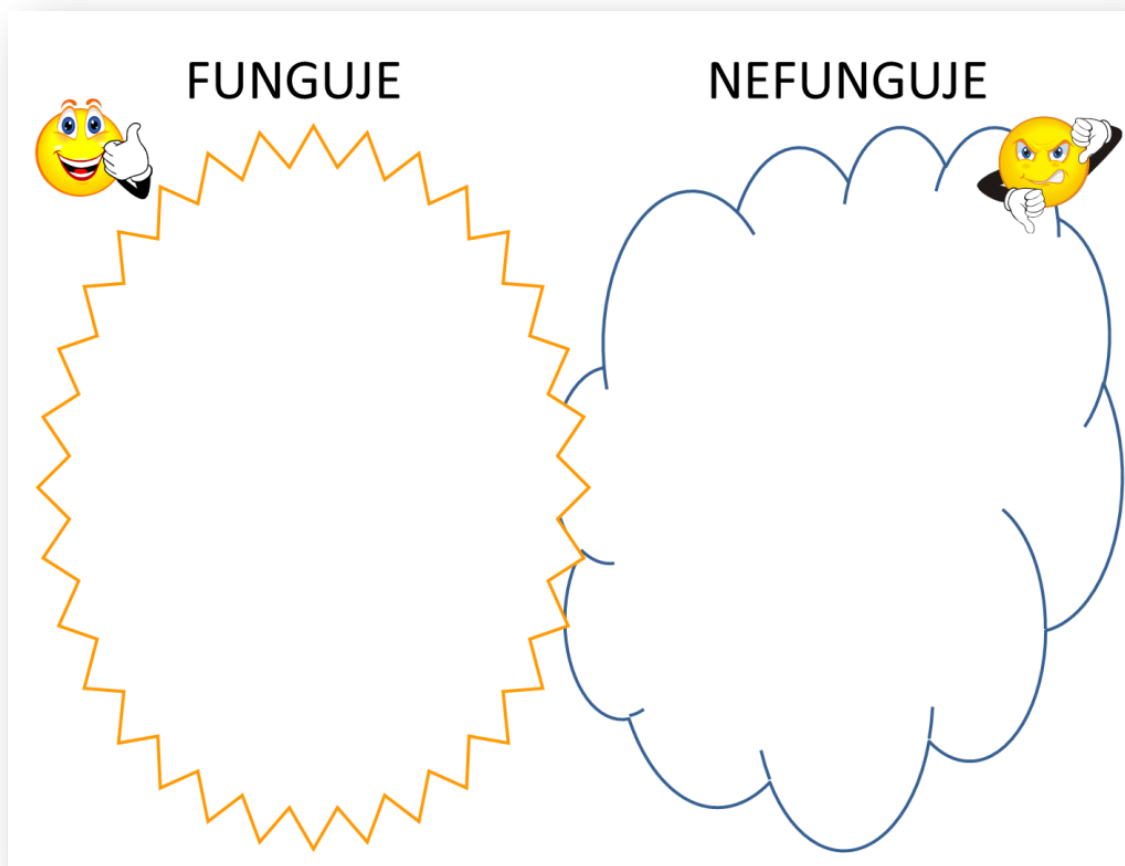
Člověk obvykle potřebuje sociální službu ve chvíli, kdy v jeho životě něco nefunguje. Jak bylo řečeno výše, přílišné zaměření na problém a na věci které nefungují, může vést do slepé uličky. Proto je důležité vnímat a být si vědom i věcí, které v životě uživatele fungují a které někdy přehlídíme nebo pokládáme za samozřejmost.

Tato technika nám umožňuje přehledně si zmapovat obě stránky mince: věci, které nefungují, ale i věci, které fungují. Patří sem věci zásadní, ale i důležité maličkosti. Nejprve

zaznamenáváme, jak věci vidí uživatel ze svého pohledu. Co je podle jeho názoru v pořádku a kde vnímá problém. Jiný pohled mohou mít na situaci pracovníci sociální služby. Uživatel například nevnímá svoji nedostatečnou hygienu jako problém, pracovníci však ano. Pohled uživatele a pracovníků se tedy liší. Další perspektivu může nabídnout pohled rodiny nebo příbuzných uživatele.

Pokud si tento přehled zpracovávají pracovníci ze svého pohledu, měli by si dát za úkol, že seznam věcí, které fungují, bude stejně dlouhý nebo i delší než seznam věcí, které nefungují. Jestliže tedy pracovníci najdou pět věcí, které z jejich pohledu u klienta nefungují, měli by se pokusit najít pět nebo více věcí, které fungují. To může být výzva zvláště u tzv. „problémových“ klientů. Na začátku zde může být dlouhý seznam problémů a nic, co funguje. Cílená snaha najít a pojmenovat věci, které fungují, však přispěje k vyrovnanějšímu vnímání situace a někdy i k postupné změně v postoji pracovníků k „problémovému“ klientovi. Někdy je nezbytným krokem k řešení problémů právě to, že personál přestane daného klienta vnímat jako „problémového“.

Dalším podmětem pro práci s uživatelem je zjištění, v kterých oblastech se pohled uživatele a pracovníků liší a kde dochází ke shodě. V individuálním plánu bude pravděpodobně účinnější zaměřit se na oblasti, které uživatel i pracovníci vnímají stejně, tj. jako fungující nebo jako nefungující. Pokud se zaměříme na řešení určitého problému z oblasti „nefunguje“, měli bychom zároveň cíleně využít některé schopnosti, kompetence nebo silné stránky z oblasti „funguje“.



*zdroj: Helen Sanderson Associates*

## 6.7 STRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

V této kapitole jsme se seznámili s různými technikami vytváření osobního profilu. Hlavním nástrojem kontaktu, který při individuálním plánování probíhá mezi uživatelem, klíčovým pracovníkem i dalšími lidmi, je ale většinou **rozhovor, dialog s uživatelem**. Uvedené techniky (a mnohé další) mohou tento dialog usnadnit, podpořit, ale nemůžou ho nahradit. Na závěr ponecháváme techniku zdánlivě jednoduchou a samozřejmou: rozhovor. Než se ale rozhodneme, zda použít při vytváření osobního profilu rozhovor jako hlavní pracovní nástroj, měli bychom zvážit některá **úskalí**:

- rozhovor obvykle vyžaduje vyšší zapojení logiky a racionality, než například výtvarné techniky (to je potřeba vzít v úvahu především u lidí s mentálním postižením).
- mnozí klienti mají sklon dávat na otázky pracovníka sociálně přijatelné odpovědi. To znamená, že klient říká zhruba to, co si myslí, že se od něho čeká („se vším jsem tu spokojený, nic nepotřebuji, moc vám děkuji“).
- některé klienty může stresovat formální rozhovor, při kterém si pracovník dělá poznámky do formulářů. Například seniorům tato situace může připomínat spíše určitý úřední úkon a vyvolávat v nich nejistotu.



Samozřejmě použití rozhovoru jako hlavního nástroje vzájemného kontaktu je zcela namístě tam, kde uživatel verbálně dobře komunikuje a forma rozhovoru mu vyhovuje. Aby byl rozhovor pro obě strany přínosný, je dobré mít zažitá určitá pravidla.

### Příprava:

- **domluva s uživatelem:** vyjednáme s uživatelem čas a místo rozhovoru, sdělíme uživateli cíl a smysl rozhovoru, jak dlouho bude rozhovor trvat. Uživatel může rozhovor odmítnout. V tom případě hledáme jinou vhodnou formu kontaktu.
- **příprava pracovníka:** studium dokumentace, zvláště minulých individuálních plánů, rozmyšlení, jak a o čem bude s uživatelem hovořit, příprava konkrétních témat a otázek.

### Otevření rozhovoru:

- **úvod:** začátek rozhovoru by měl být neformální. Poté uživateli vysvětlíme průběh a smysl rozhovoru, na co se ho budeme ptát, proč se ho budeme ptát, jaký bude výsledek, kdo bude mít možnost se seznámit s informacemi, které uživatel sdělí.

Zeptáme se, zda uživatel souhlasí. Dále se zeptáme uživatele, zda mu nevadí, když si budeme dělat poznámky. Některé uživatele to může stresovat, rozhovoru to dává nádech formálnosti. Proto je někdy lepší si poznámky udělat až po ukončení rozhovoru. Odpovíme na otázky uživatele, snažíme se rozptýlit případnou nejistotu nebo obavy.

- **vytvoření vhodné atmosféry:** zde je potřeba se zaměřit i na neverbální stránky komunikace. Sledujeme, zda nejsme od uživatele v prostoru příliš blízko nebo daleko. Pro každého člověka je při kontaktu příjemná jiná vzdálenost. Snažíme se odhadnout, jaká vzdálenost je uživateli příjemná. Dáváme pozor, zda nesedíme ve zvýšené pozici (například pracovník na židli, uživatel na posteli nebo v křesle). Oči pracovníka i uživatele by měly být ve stejné výšce. Dále není vhodné sedět s uživatelem tváří v tvář proti sobě. Spíše je vhodné zaujmout polohu mírně natočenou. Sledujeme také neverbální reakce uživatele. Jestliže má ruce i nohy zkřížené a jeho poloha je spíše odvrácená, má potřebu se chránit a rozhovor mu asi není příjemný. Pokud je naopak uvolněný, volně gestikuluje a naklání se naším směrem, cítí se pravděpodobně dobře.

#### Průběh rozhovoru:

- pracovník má předem **připravené otázky** nebo oblasti, které by s klientem chtěl prozkoumat. Jedná se o rozhovor strukturovaný. Příklady mnoha otázek jsou uvedené v předchozím textu. Je důležité uživatele **nezahlit otázkami** a vybrat si pouze několik důležitých věcí, na které se chceme zaměřit.
- zároveň musíme zjistit, o čem by rád hovořil uživatel, a dát mu **dostatečný prostor pro jeho témata**
- naše otázky by měly být **jednoduché**, snadno pochopitelné, konkrétní
- používáme **otevřené otázky**, tedy takové, na které nelze odpovědět jednoduše ano nebo ne (například „co vás nejvíce baví?“). Nepoužíváme otázky uzavřené („baví vás fotbal?“), které rozhovor příliš neposouvají dopředu.
- s klientem **kommunikujeme partnersky**, respektujeme jeho skutečný, nikoliv mentální věk
- uživateli necháváme dostatečný prostor pro jeho sdělování. Podporujeme ho v otevřeném **sdělování jeho představ a přání**. Dáváme mu **dostatek času**. **Nehodnotíme, neposuzujeme, nekomentujeme, nepřerušujeme. Do rozhovoru nevnášíme svá očekávání.** Zkoumáme hlouběji témata, se kterými přichází sám uživatel. Snažíme se v sobě probudit skutečný zájem a zvědavost, spolu s klientem prozkoumáváme jeho svět.
- pokud je to vhodné, můžeme v průběhu rozhovoru vlastními slovy krátce shrnout, co klient řekl, a ověřit si, že jsme porozuměli správně (provádíme **rekapitulaci**)
- **respektujeme klientovy hranice:** co nám chce říci a co ne

- zkoumáme **priority uživatele**: co z toho, co nám řekl, má pro něj velkou důležitost. Sledujeme i neverbální projev uživatele. To, o čem mluví nadšeně a s energií, má pro něj pravděpodobně velký význam.
- v rámci schůzky s uživatelem můžeme samozřejmě přejít i k dalším krokům individuálního plánování: vyjednávání cílů a kroků k jejich dosažení, dojednávání míry podpory apod.

#### Závěr:

- **shrňeme důležité věci**, které zazněly v průběhu rozhovoru; **ověříme si**, že jsme vše správně pochopili
- domluvíme se s uživatelem, **jak bude plánování pokračovat**
- **dáme slovo uživateli**, aby mohl říci své dojmy z rozhovoru
- rozhovor zakončíme pokud možno **neformálně**



## 6.8 RŮZNÉ FORMY OSOBNÍHO PROFILU

V kapitole 4 jsme uváděli příklad jednostránkového osobního profilu. Osobní profil může být samozřejmě i delší a obsáhlejší. Příklad rozsáhlejšího strukturovanějšího osobního profilu nám dává tabulka na následující stránce. Pro jednotlivé oblasti je nutno ponechat dostatek místa, výsledný osobní profil tedy bude pravděpodobně několikastránkový. Každé zařízení nebo sociální služba si samozřejmě strukturu osobního profilu může upravit podle svých potřeb.



Osobní profil	jméno uživatele:
<b>Má přání, touhy a sny</b>	
<b>Mé silné stránky</b> (co znám, co umím, jaké mám schopnosti a nadání, co na mě ostatní obdivují, v čem jsem dobrý/á)	
<b>Co mám rád</b> (co mi dělá radost, co potřebuji, abych se cítil/a spokojený/á)	
<b>Co nemám rád</b> (co mě trápí, z čeho mám obavy, co může způsobit nespokojenost)	
<b>Můj život teď</b> (důležité věci v oblasti bydlení, práce, volného času, vztahů, zdraví...)	
<b>Moje osobní historie</b> (životní cesta od narození do teď, důležité mezníky, lidé, místa, důležité události a zážitky dobré i špatné, na co rád/a i nerad/a vzpomínám, zdraví atd.)	
<b>S čím mám problémy, z čeho mám obavy, s čím potřebuji pomoci</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Datum příští revize:</b>
<b>Podpis uživatele:</b>	<b>Podpis pracovníka:</b>

# 07 RIZIKOVÝ PLÁN



**Jak dobře individuálně plánovat**

## 7. RIZIKOVÝ PLÁN

Marie má už několik dní starosti. Neví pořádně, co má dělat. Začátkem týdne za ní přišla paní Fousková s tím, že by ráda jela do města za přítelkyní. A to úplně sama. Marii se tenhle nápad vůbec nelíbí. Paní Fousková zatím nikdy sama do města nejela. Vždy měla nějaký doprovod. A teď najednou tohle! Co když se po cestě něco stane? Co když nepojede autobus nebo se paní Fousková někde ztratí?

Marie přemýšlí: „Zakázat to paní Fouskové nemůžu, to tak úplně nejde. Ale jen tak ji pustit do města, to přece taky nejde.“ Hlavně se Marii nechce o téhle věci rozhodovat samotná. „Nechám to na poradu a poradím se s kolegyněmi,“ zní konečný verdikt.

---

Většina z nás vnímá riziko jako něco negativního a nežádoucího, jako něco, čeho je nutné se vyvarovat. Ovšem pokud se nad rizikem zamýšlíme o něco déle, začneme vidět i **přínosy, které rizikové situace do života vnáší**: zkušenost, úspěch, dosažení cíle, radost, sebevědomí, uspokojení, poučení, rozvoj. Pokud bychom tedy riziko ze života zcela vyloučili, zbavili bychom se zároveň řady pozitivních a důležitých přínosů a zkušeností. Snaha o naprosté vyloučení rizik není realistická. **Součástí života každého člověka je i překonávání rizik** a určité riziko je spojené s každou lidskou činností. Pokud člověk nemá možnost sbírat zkušenosti a dělat chyby, jeho vývoj stagnuje. Snaha o úplnou eliminaci rizik také obvykle vede k nadměrnému omezování těch, kterých se to týká, v našem případě k přílišnému omezování uživatelů sociálních služeb.

### 7.1 PROČ PRACOVAT S RIZIKEM?

Naším cílem je **riziko přijmout a naučit se s ním pracovat**. Umět vidět rizikové situace vyváženě: na jedné straně ohrožení, na druhé straně šance. V současné době se u nás v rámci sociálních služeb postupně prosazuje model sociálního začlenění. Uživatelé pobytových služeb získávají příležitost žít mimo velké instituce, pracovat, rozvíjet své volnočasové aktivity, zapojit se do života obce nebo města. Z pohledu rizik to znamená, že tiito lidé opouštějí relativně bezpečné ústavní prostředí a dostávají se do řady nových situací, které pro ně mohou být rizikové. Před poskytovateli sociálních služeb stojí náročný úkol: zajistit pro uživatele co největší bezpečí a zároveň jim umožnit prožívat běžné situace každodenního života i s určitým rizikem, které k těmto situacím patří. Systematická práce s rizikem nám může pomoci tento úkol zvládnout.

---

Pan Petr žil v ústavu, kde mu byla poskytována celodenní péče. Neměl možnost samostatného pohybu mimo zařízení. Po dvaceti letech strávených v ústavu si podal žádost o přijetí do chráněného bydlení a přestěhoval se. Tým chráněného bydlení po čase zjistil, že je schopen samostatně cestovat, nakupovat, rozvíjet se v oblasti sebeobsluhy, vykonávat různé domácí práce. Postupně začal být snižován rozsah péče a asistenti Petra podporovali k samostatnosti. Pomáhali mu zvládnout i různá rizika. Petr si našel práci v chráněné dílně a začal pracovat. Míra poskytovaných služeb se dále snižovala natolik, že Petr byl schopen se z chráněného bydlení odstěhovat do vlastního bytu a nyní neodebírá žádnou sociální službu.

Žije samostatný život a má svou práci. Jak by se dnes odvíjel život Petra, kdyby z ústavu neodešel?

---

## 7.2 HRANICE ODPOVĚDNOSTI

Pokud pracujeme s rizikem, je téma odpovědnosti v popředí naší pozornosti. V minulosti v rámci modelu ústavní péče nesl břímě odpovědnosti téměř výhradně poskytovatel služby. Odpovědnost uživatele byla minimální, rovněž tak odpovědnost rodičů, opatrovníků apod. Řada uživatelů žila s pocitem, že když například způsobí nějakou škodu, bude mít problémy personál, rodič, opatrovník nebo ředitel zařízení, ale uživatel sám určitě ne. Tato tradice pokračuje do dnešních dnů. I v současnosti má řada poskytovatelů tendenci přebírat odpovědnost za uživatele, někdy i za jejich rodinné příslušníky. Přebírání odpovědnosti ovšem vždy souvisí s přebíráním rozhodování a kontroly nad uživatelem a s velkými zásahy do jeho života.



---

*Uživatelka služeb chráněného bydlení slečna Petra procházela v rámci individuálního plánu nácvikem rozvoje sebeobsluhy. Učila se zvládnout samostatný nákup potravin a předmětů osobní spotřeby. Tým provedl s Petrou praktické nácviky situací a vyhodnotil možná rizika za přijatelná. Petra začala nakupovat samostatně. Jednoho dne však byla zadržena zaměstnanci obchodu při krádeži a předána policii k šetření. Míra její odpovědnosti byla uznána jako úplná a nesla osobní odpovědnost za své nezákonné chování. Poskytovatel služby nebyl v tomto případě uznán odpovědným za nezákonné chování Petry.*

---

V moderních sociálních službách je toto pojetí odpovědnosti neudržitelné. Pokud je akcentováno sociální začlenění, zapojení do běžného života a respekt k právům uživatele, musí také platit, že **odpovědnost nese nejen poskytovatel, ale i uživatel**. Společně s tím, jak roste samostatnost a nezávislost uživatele, musí také růst jeho vědomí odpovědnosti. Platí to i v případě, že se jedná o člověka s mentálním postižením, o člověka s demencí nebo o člověka zbaveného způsobilosti k právním úkonům. I tento člověk se například může dostat před soud, pokud někoho zraní nebo se dopustí krádeže. Myšlenka, že i člověk s postižením nese v mnoha situacích odpovědnost za svoje jednání, je však u nás stále poměrně nová. Proto je součástí práce s rizikem také uvědomění si a vytýčení hranic odpovědnosti. V každé rizikové situaci je třeba se snažit najít hranici, jakou část odpovědnosti nese poskytovatel, jakou část nese uživatel a jakou případně rodinní příslušníci nebo další osoby. Toto téma by mělo být otevřeno již při sjednávání služby.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> k tématu odpovědnosti viz: SLAŠŤANOVÁ, D., HANSLIAN, P.: *Právní odpovědnost poskytovatelů sociálních služeb v procesu transformace sociálních služeb*. c2011, [cit. 10.4.2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8498>

## 7.3 TÝMOVÝ PŘÍSTUP

Správně posoudit rizikovou situaci obvykle není jednoduché. **Práce s rizikem by vždy měla být týmovou záležitostí.** Důvodů k tomu je několik. Každý člověk vnímá riziko subjektivně a jinak. Někdo je spíše úzkostný a opatrný, druhý zase riskuje více než je zdravo. Prací v týmu se tyto rozdíly vyrovnají a je možné **dosáhnout vyváženějšího pohledu.** Rovněž některá rozhodnutí týkající se rizika jsou obtížná a není dobré, aby je dělal pouze jeden člověk. Každý člen týmu zná také uživatele z různých situací a může přispět cennou informací nebo postřehem. Je-li to nutné, můžeme do práce s rizikem zapojit i externí odborníky nebo další osoby, které uživatele znají. Členem týmu by měl být samozřejmě i sám uživatel, vhodné řešení rizikové situace bychom měli hledat společně s ním.



*Pan Karel je klient chráněného bydlení. Trpí epilepsií. Jedenkrát v týdnu chodí do práce. Cesta mu trvá pěšky přibližně patnáct minut, jednou přechází silnici na přechodu. Cestu postupně začal zvládat sám, vše bylo popsáno v rizikovém plánu. Zhruba po roce se asistenti náhodou dozvěděli, že si Karel zkracuje cestu tak, že jednu stanicí jezdí autobusem. Karel však v rizikovém plánu nemá popsáno samostatné cestování v autobuse. Zatím vždy jezdil autobusem v doprovodu asistenta. Asistenti tedy s Karlem probrali konkrétní rizika spojená s cestou autobusem a rizikový plán doplnili. S touto rizikovou situací seznámili Karlovy opatrovníky. Pro organizaci je bezpečnější mít zdokumentováno, jak s rizikem pracuje. Nicméně tato situace ukazuje, že nelze mít všechna rizika vždy zachycena. Svoboda, kterou Karel, ale i řada dalších lidí s mentálním postižením, zažívá, je však důležitější než naše ambice mít vše bezpečně pod kontrolou.*

Při řešení jednotlivých situací by si měl tým postupně vyjasňovat tyto otázky (Sellars, 2006):

- jaký je pravděpodobný následek přijetí rizika?
- jaká je pravděpodobnost, že se tento následek dostaví, bude-li riziko přijato?
- je následek natolik vážný, že riziko nemůže být přijato?
- existuje nějaké opatření, které by mohlo snížit následky, jestliže se objeví problém?
- co získá osoba ze zkušenosti, která vyžaduje přijetí rizika?
- jak je pravděpodobné, že tato zkušenost bude užitečná nebo příjemná pro danou osobu?
- převažuje pravděpodobnost škody a ublížení, nebo pravděpodobnost zisku?
- jak bych se rozhodl v případě, že by se jednalo o mě nebo o člena mé rodiny?
- co si o tom myslí kolegové?
- do jaké míry si klient uvědomuje míru rizika a možné následky?
- může klient posoudit, jaký zisk nebo ztráta mu hrozí?
- jestliže ne, panuje shoda v názoru na řešení situace mezi lidmi, kteří klienta dobře znají?

## 7.4 IDENTIFIKACE RIZIKOVÝCH OBLASTÍ

Každému uživateli hrozí jiná rizika. Proto bychom měli u každého uživatele určit, ve kterých situacích mu nějaké riziko skutečně hrozí a které situace naopak zvládá bezpečně. Je jisté, že by bylo zbytečné každého uživatele doprovázet při vycházce mimo zařízení, s každým uživatelem trávit čas v koupelně v průběhu koupání apod. Proto tedy musíme určit, u kterého uživatele je to nutné, a u koho naopak zbytečné.

Identifikaci rizik můžeme provádět různě. Můžeme prostě čekat, až pracovníci nebo uživatel určitou situaci označí jako rizikovou a budou mít potřebu ji řešit. Nebo můžeme u každého uživatele systematicky prozkoumat různé oblasti každodenního života s ohledem na možná rizika.

Následující přehled uvádí klasické rizikové oblasti v běžné pobytové službě. Je však jasné, že v každé službě se tento výčet bude měnit v závislosti na typu postižení, věku uživatelů a na vnějších podmínkách. Je také důležité zdůraznit, že kromě obvyklých standardních rizik má řada uživatelů svá unikátní rizika, která nelze zahrnout do žádného předem připraveného přehledu.

### Samostatný pohyb:

- pohyb v rámci areálu zařízení (budova, dvůr, zahrada)
- samostatný pobyt v domě (v bytě, na oddělení) bez přítomnosti pracovníka
- samostatný pohyb po obci/měště
- samostatný pohyb mimo obec/město
- přecházení silnice (ulice)
- cestování dopravními prostředky



### Rizika v domácnosti:

- manipulace se spotřebiči a nástroji: nůž, nůžky, elektrický kráječ na chleba, rychlovarná konvice, kávovar, topinkovač, vařič (plynový – elektrický), trouba (plynová – elektrická), mikrovlnná trouba, holicí strojek, fén, rádio, CD přehrávač, televize, žehlička, pračka, vysavač, další spotřebiče a nástroje
- hygiena (bezpečnost při koupání a sprchování)
- zabezpečení bytu (pokoje) při odchodu (vypnutí spotřebičů, zavření oken, zamknutí apod.)



## Pracovní a volnočasové aktivity:

Některé aktivity, kterým se uživatel věnuje, mohou představovat zvýšené riziko: pracovní činnosti, terapie, volnočasové aktivity, výlety, sport apod.

## Zdravotní rizika:

- pozná uživatel, kdy je potřeba navštívit lékaře, zubaře apod., a umí se sám objednat?
- zvládá uživatel manipulaci se svými léky sám, nebo mu musí léky podávat personál?
- další příklady možných zdravotních rizik:
  - nadměrná konzumace alkoholu
  - silné kuřáctví
  - časté pití kávy
  - časté přejídání se
  - diabetes
  - epilepsie, záchvaty
  - riziko pádů (na rovné ploše, na schodech, z postele apod.)
  - nebezpečí popálení, opaření, pořezání
  - proleženiny
  - samostatné užívání léků
  - polykání předmětů



## Oblast sexuality a partnerských vztahů:

- nebezpečí zneužívání
- nevhodné sexuální chování vůči ostatním
- nebezpečí pohlavně přenosných nemocí
- nechtěné otěhotnění

## Problémové chování, sebepoškozování

- nebezpečí agrese nebo nevhodného chování vůči ostatním
- nebezpečí sebepoškozujícího chování
- neplánované opuštění zařízení, toulání: respektujeme samozřejmě právo uživatele na volný pohyb a realizaci tohoto práva nevnímáme jako problémové chování. Skutečným problémem se tato oblast stává, pokud je opuštění zařízení neplánované, neohlášené a pro uživatele znamená pohyb mimo zařízení nepřiměřené riziko.

## Finanční rizika

- uživatel neumí přiměřeně hospodařit s částkou, kterou dostává

- uživatel si nedovede své výdaje naplánovat, často mu chybí peníze
- uživatel má sklony nechat se finančně zneužívat (rozdává či půjčuje peníze, platí cizí útratu, uzavírá nevýhodné smlouvy apod.)
- uživatel má sklony finančně využívat ostatní
- uživatel má sklony ke krádežím nebo ničení cizího majetku



Jako pomůcku pro mapování rizik můžeme použít předem připravený formulář, který společně s uživatelem vyplníme (viz dále). Není však žádná chyba pracovat bez podobného formuláře. Využití formuláře ale přináší několik výhod: nezapomeneme na žádnou důležitou oblast a navíc způsob záznamu je poměrně jednoduchý a rychlý. Formulář může rovněž pomoci při práci méně zkušeným pracovníkům. Důležité je také to, že máme záznam i u oblastí, ve kterých uživateli aktuálně riziko **nehrozí**. Uživatel například již deset let chodí sám nakupovat do obce. Jedenáctý rok má nehodu a srazí ho automobil. Pro poskytovatele je v této situaci jistě výhodou, pokud může doložit, že dle předchozího odborného týmového posouzení byl pohyb uživatele po obci činností, která nepředstavovala zvýšené riziko, a že samostatný pohyb probíhal podle určitých zásad a pravidel, tudíž že zde nedošlo k zanedbání přiměřené opatrnosti.

Využití formuláře je také výhodné u **nově přijímaných uživatelů**. Jak bylo řečeno výše, nedostatek informací o uživateli zvyšuje míru rizika. U nově přijímaných uživatelů poskytuje informace do dotazníku buď sám uživatel, nebo jeho rodina či zákonný zástupce. Po určité době, kdy se personál s klientem seznámí (obvykle přibližně tři měsíce), pak tým pracovníků údaje reviduje na základě vlastních pozorování.

## 7.5 RIZIKOVÝ PLÁN

Plán na snížení rizik vytváříme především pro řešení situací, ve kterých se uživatel setkává se **zvýšeným rizikem**. Plán vytváříme vždy individuálně pro jednoho konkrétního uživatele v rámci procesu individuálního plánování. Po formální stránce může rizikový plán vypadat různě. Může mít podobu jednoduchého slovního popisu nebo můžeme využívat předem připravený formulář (viz dále). Zvláště pokud se jedná o nekomplikovanou situaci s nepříliš velkým rizikem, stáčí určitě jednoduchý popis kroků vedoucích ke snížení rizika v rámci individuálního plánu. Pokud je situace složitější a také riziko je vyšší, stojí pak za úvahu detailnější popis za použití předem připravené osnovy nebo formuláře.

Podívejme se nyní detailněji na jednotlivé otázky, které rizikový plán obvykle obsahuje. Je nutné zdůraznit, že cílem zde opět není vyplnění určitého formuláře. Kladení těchto otázek a hledání odpovědí (nejlépe v týmu pracovníků) je nápomocné při hledání správného řešení situace.

## Popis rizikové situace

Nejprve je potřeba krátce popsat rizikovou situaci. Například: samostatná cesta do města, koupání, uživatel se ztratí na vycházce, popálení při vaření v kuchyni apod.

### Jaké hrozí uživateli (nebo jiným lidem) nebezpečí? Jak vysoké je riziko?

Je velice důležité **popsat konkrétní nebezpečí**, které uživateli hrozí v popsané situaci. Z popisu rizikové situace často ještě není zcela jasné, co přesně uživateli hrozí. Například situace, kdy se uživatel ztratí na vycházce, může mít nejrůznější následky: uživatel se obvykle bez problémů zase najde (přijatelné riziko), uživatel je agresivní, hrozí, že dojde ke konfliktu se spoluobčany (zvýšené riziko), uživatel je dezorientovaný, hrozí mu vážný úraz (nepřijatelné riziko). Nestačí tedy jako riziko uvést „ztráta uživatele na vycházce“. Měli bychom vždy **pojmenovat reálné ohrožení**.



V některých situacích existuje **více rizik**. Například samostatná cesta do města může obnášet riziko zabloudění, úrazu, okradení nebo ztráty peněz, zneužití apod. Při koupání může hrozit opaření horkou vodou, pád, utonutí apod. Pravděpodobně uživateli nehrozí všechna tato rizika najednou. Proto bychom měli popsat, které konkrétní riziko hrozí.

Dále musíme uvést, **kdo je v dané chvíli ohrožen**. Obvykle je to uživatel, dále to mohou být ostatní uživatelé, personál, sousedé nebo náhodní lidé. Pokud je ohroženo více lidí, je nutné situaci posuzovat vážněji. Cílem je zajistit bezpečí nejen pro uživatele, ale i pro personál a všechny ostatní.

Nakonec by měl tým dojít ke shodě v **posouzení míry rizika**. Jedná se o riziko přijatelné (pak možná nebude nutné pokračovat ve vytváření rizikového plánu), o riziko zvýšené, nebo snad dokonce o riziko nepřijatelné?

### Došlo k nějakému incidentu v podobné situaci v minulosti?

Výskyt určitého chování nebo situací v životě uživatele v minulosti nám dává **vodítko, na jehož základě můžeme očekávat budoucí vývoj**. Pokud se například stává, že uživatel se několikrát za měsíc popálí při vaření v kuchyni, je velmi pravděpodobné, že k podobným incidentům bude docházet i nadále, pokud nevymyslíme nějaké účinné opatření. Jestliže se uživateli již několikrát stalo, že při cestě do města zabloudil, ale vždy se dokázal opět zorientovat, můžeme usuzovat, že tato situace není pro uživatele příliš ohrožující.

---

Pan Jaroslav začal využívat službu chráněného bydlení. Dlouhá léta strávil v ústavním zařízení. Teprve po několika měsících pobytu v chráněném bydlení se pracovníci náhodou dověděli, že v minulosti se pan Jaroslav choval výrazně agresivně. Jednou dokonce napadl svého spolubydlicího nožem. Rodiče ani klient tuto skutečnost nevedli. Prý to není důležité, protože incident se stal již před několika lety. Můžeme předpokládat, že zatajením této informace spíše nechtěli ohrozit přijetí do chráněného bydlení. Tím ovšem vystavili personál i ostatní uživatele zbytečnému riziku. Dřívější sdělení této informace by pravděpodobně nevedlo k odmítnutí tohoto žadatele o službu, personál by však mohl přijmout opatření ke snížení rizika.

---

### Je si uživatel vědom rizika a možných následků?

Tato otázka směřuje k tomu, aby si personál ujasnil roli uživatele v posuzování a řešení situace. **Pokud si uživatel je vědom rizika a následků** a dokáže situaci dobře vnímat a posoudit, stává se **partnerem v plánovacím a rozhodovacím procesu** a jeho názor musí být brán vážně. Znamená to také, že uživatel je schopný převzít svůj díl odpovědnosti za posouzení a řešení situace.

Pokud si uživatel není vědom rizika a následků, může to mít dva důvody:

- mentální postižení uživatele je tak hluboké, že si nemůže být těchto věcí vědom a jasně je posuzovat. S touto situací pravděpodobně nemůžeme mnoho udělat.
- mentální postižení uživatele je spíše lehčí, na určité úrovni by byl schopen situaci pochopit a posoudit, ale chybí mu informace podané srozumitelnou formou, poučení a dostatečná opakovaná komunikace. V tomto případě je samozřejmě vhodné s uživatelem opakovaně komunikovat a různými způsoby mu pomoci pochopit situaci.

### Jaký je význam této situace pro klienta? Co mu tato situace přináší?

Zde **posuzujeme riziko s ohledem na přínos pro uživatele**. Pokud se někdo často popálí při vaření v kuchyni, je určitě důležité vědět, jestli vaří rád a dělá mu to radost, nebo jestli je pro něj práce v kuchyni spíše za trest. Pokud uživatel vnímá situaci jako přínosnou, je dobré hledat cesty k bezpečnějšímu zvládnutí situace. Jestliže mu situace nic nepřináší, je spíše lepší začít se věnovat něčemu jinému.

### Jakým způsobem bude riziko minimalizováno na přijatelnou úroveň?

Zde je prostor pro **popis všech kroků**, které uděláme pro snížení rizika:

- jakým způsobem byl uživatel o situaci poučen?
- na jakém postupu a na jakých pravidlech jsme se s uživatelem dohodli?
- je v plánu nácvik samostatného zvládnutí situace?
- jaké pomůcky využijeme?

- jaká bude míra dohledu ze strany personálu (smí uživatel dělat danou činnost sám, nebo jen za přítomnosti personálu)?
- kdo udělá co a dokdy?

## Krizový scénář

Je vhodné, aby součástí rizikového plánu byl i krizový scénář. Například pokud se plán týká samostatných vycházek, jak budeme postupovat, když se uživatel nevrátí v domluvenou hodinu zpět? Tento postup je vhodné promyslet v týmu předem, aby každý pracovník i uživatel měli jasnou představu, co v této situaci dělat.

Pokud je součástí řešení situace **nácvik**, měl by být jasně popsán:

- **cíl nácviku:** cíl by měl být naprosto konkrétní, ne mlhavý a všeobecný. To znamená, že cíl nelze formulovat například jako „zvýšení samostatnosti“. Konkrétní cíl uživatele, vedoucí ke zvýšení samostatnosti, může být formulován kupříkladu takto: „sám dojdu do obchodu a zpět“, „uvařím si vodu na kávu v rychlovarné konvici“ apod.
- **kritérium:** jak poznáme, že bylo cíle dosaženo? Pokud uživatel dojde jednou sám do obchodu a zpátky, může to být šťastná náhoda. Proto si jako kritérium můžeme určit například, že uživatel desetkrát dojde sám do obchodu a vrátí se zpět, aniž by zabloudil. To už nám dává určitou jistotu, že činnost byla zvládnuta bezpečně. Pokud pak uživatel dojde do obchodu jen devětkrát a podesáté zabloudí, měli bychom určité kroky nácviku zopakovat a začít znovu s deseti pokusy
- **popis jednotlivých kroků nácviku:**
  - prvním krokem je obvykle dohoda s uživatelem na společném postupu, poučení uživatele, vysvětlení všech důležitých věcí a dalších kroků, zjištění toho, co uživatel již sám umí a co se potřebuje naučit, zjištění, jaké má uživatel obavy
  - dalším krokem je zkušební dané činnosti za pomoci pracovníka. Např. uživatel jede do města společně s pracovníkem a ten mu ukazuje, ze které zastávky autobus jede, jak si má koupit lístek, kde má vystoupit apod.
  - v dalším kroku již vše dělá sám uživatel: sám vyhledá zastávku, sám si kupuje lístek, sám se rozhoduje, kde má vystoupit apod. Pracovník jede s ním a vše pouze pasivně sleduje.
  - poté provádí pracovník skryté pozorování. Uživatel již vše dělá sám a pracovník vše sleduje pouze zpozzdálí.





- nakonec uživatel provádí činnost samostatně (za zvýšené pozornosti pracovníků) tolikrát, abychom se dle stanoveného kritéria přesvědčili, že činnost bezpečně zvládl
  - poté můžeme nácvik vyhodnotit jako úspěšný a danou činnost jako bezpečně zvládnutou. Po nějaké době je však potřeba znovu vyhodnotit, zda uživatel zvládá situaci stále bezpečně.
- **osoby, které se do nácviku zapojí:** kdo co udělá, kdo má v rámci nácviku jakou odpovědnost.

### **Kdo se na vypracování plánu podílel, podpisy**

V rizikovém plánu by měly být uvedeny osoby, které se na vypracování plánu podílely. Mohou to být členové pracovního týmu, uživatel, externí odborníci, rodinní příslušníci apod.

Rizikový plán musí podepsat pracovník, který měl na starosti jeho vypracování (obvykle klíčový pracovník daného uživatele), dále pak uživatel (pokud je schopen plánu porozumět). Podpis plánu není právním úkonem, proto ho může podepsat i uživatel zbavený způsobilosti k právním úkonům. Podpis uživatele vyjadřuje jeho aktivní účast v řešení rizikové situace. V některých zařízeních plán podepisuje i vedoucí týmu, úseku nebo oddělení. Provádí tím jakousi interní supervizi rizikových plánů. Jelikož v případě nehody, úrazu či jiného incidentu je vedoucí jednou z potenciálně odpovědných osob, je určitě vhodné, aby byl s rizikovými plány seznámen.

V některých zařízeních existuje také praxe, že například každý plán samostatných vycházek podepisuje (a razítkuje) praktický lékař a psychiatr. Vyžadovat vyjádření odborníků k této věci u každého uživatele však zdaleka není nutné ani žádoucí a také zdaleka ne každý lékař je ochoten se pod podobné plány podepisovat.

Zvláštní kapitolou je také otázka, zda má rizikové plány podepisovat rodič či opatrovník uživatele. Podpis rodiče či opatrovníka na rizikovém plánu není nutný. Je samozřejmě vhodné postupovat ve shodě s opatrovníkem nebo s rodinnými příslušníky. Jejich souhlas a podpis však nezabavuje zařízení povinnosti rizikovou situaci správně vyhodnotit a přijmout dostatečná opatření. Mnozí opatrovníci se také nesprávně domnívají, že podpisem by přijali za uživatele v dané situaci osobní odpovědnost, a na základě toho mají sklony svého opatrovance nadměrně preventivně omezovat.

---

*Pan Pavel, klient chráněného bydlení, se dlouhodobě připravuje na samostatné cestování po městě. Vznikají plány na překonávání obtíží a rizik. Se svojí rodinou pan Pavel o tomto záměru průběžně komunikuje. Po několika měsících začíná klient zvládat cestu do práce. Jede pět zastávek tramvají a potom jde chvíli pěšky. Pracovníci písemně zpracovávají zabezpečení jednotlivých rizik spojených s cestováním. Před tím, než klient začne cestovat sám, se tým pracovníků schází s opatrovníkem klienta – jeho bratrem. V tomto případě šlo totiž o klienta částečně zbaveného způsobilosti k právním úkonům. Bratr rád slyší o Pavlových schopnostech. Na konci jednání, když je seznámen s písemným rizikovým plánem, bratr říká: „Odmítám to podepsat.“ Po zkoumání důvodů nesouhlasu pracovníci zjišťují, že bratr má*



strach z toho, aby nebyl trestán v případě, když by se Pavlovi něco stalo. Pracovníci rozebrali s bratrem roli opatrovníka. Bratr je ubezpečen, že v této situaci se nejedná o právní úkony, ke kterým byl Pavel omezen. Bratrovi je vysvětleno, že podpis rizikového plánu není převzetím odpovědnosti, ale vyjádřením vzájemné spolupráce a shody. Po tomto vysvětlení bratr souhlasí a děkuje, že pracovníci Pavlovi pomohli, aby mohl samostatně cestovat.

---

## Datum zpracování plánu, datum příští revize plánu

Každý rizikový plán musí obsahovat datum zpracování a datum plánované revize či vyhodnocení plánu.

## 7.6 VYHODNOCENÍ PLÁNU

Rizika týkající se jednotlivých uživatelů je nutné po určité době přehodnocovat. Obvykle se tak děje při pravidelné revizi individuálního plánu, většinou jednou za půl roku. Pokud provádíme s uživatelem nějaký nácvik, zhodnotíme jeho průběh samozřejmě hned po jeho ukončení.

Důvodem, proč revidovat plán, je hlavně skutečnost, že **vše okolo nás se mění**. Uživatel má například zvládnutou cestu autobusem z domova do práce. Dojde však k opravě vozovky, autobus změni trasu a uživatel se náhle ocitá v situaci, kterou neumí řešit a která je pro něj více riziková. V tomto případě se změnil vnější podmínky. Změnit se mohou i **schopnosti uživatele**; k lepšímu nebo k horšímu. Uživatel například začne hůře vidět. To může znamenat, že přecházení přes ulici už pro něho není natolik bezpečné, jako tomu bylo dříve. Nebo se zhorší jeho motorika, což má vliv na bezpečné zacházení s domácími spotřebiči, například s rychlovarnou konvicí.

Při revizi plánu se tedy mimo jiné zaměřujeme na vnější a vnitřní proměnné faktory. Mezi **vnitřní proměnné faktory** patří (Saunders, 1998):

- duševní stav
- schopnosti a dovednosti
- předchozí zkušenosti
- osobnost a osobnostní kvality
- fyzický stav, zdraví

Mezi **vnější proměnné faktory** řadíme například:

- podmínky bydlení (ubytování)
- poloha bydliště
- vztahy
- rozsah dostupné podpory
- postoje okolí
- finanční a další zdroje
- přístup k telefonu

Na jaké otázky bychom se měli při revizi rizikového plánu zaměřit:

- hrozí uživateli stejná rizika jako při minulém hodnocení? Podařilo se nějaké riziko snížit? Nebo se naopak objevila rizika nová?
- jak se osvědčil postup, který jsme s uživatelem naplánovali (minulý rizikový plán): probíhalo vše podle plánu? Došlo k nějakým incidentům? Dostal se uživatel do situace, která pro něj byla skutečně ohrožující? Čím to bylo způsobeno? Šlo tomu předem zabránit? Co můžeme udělat, aby se uživatel do této situace již nedostal?
- změnily se za poslední dobu schopnosti uživatele (k lepšímu či k horšímu): psychický stav, rozumové schopnosti, motorika, sluch, zrak?
- změnily se nějakým způsobem vnější okolnosti?



## VYMEZENÍ RIZIKOVÝCH OBLASTÍ

jméno uživatele:

*Odpovídající variantu označte křížkem ☒. V některých případech je možné označit i více možností najednou. Pokud uživateli hrozí v určité oblasti zvýšené riziko, uveďte, jaké podmínky a opatření jsou nutné pro snížení rizika a pro bezpečné zvládnutí situace. V případě nutnosti pro tuto oblast zpracujte rizikový plán.*

### 1. SAMOSTATNÝ POHYB

#### 1.1. Samostatný pohyb v rámci areálu zařízení (budova, dvůr, zahrada)

- samostatně bez pomoci pracovníka po celém areálu
- samostatně bez pomoci pracovníka pouze na těchto místech:

.....  
 všude pouze za přítomnosti pracovníka

**Zvýšené riziko pro uživatele v této oblasti:**  ANO -  NE  
**Co dalšího musíme udělat pro bezpečné zvládnutí situace (popis opatření):**

#### 1.2. Samostatný pohyb v domě (bytě, na oddělení)

- ve dne neomezenou dobu bez přítomnosti pracovníka
- ve dne max. .... hodin bez přítomnosti pracovníka (nutná kontrola po ..... hodinách)
- nemůže zůstat ve dne sám v domě (v bytě, na oddělení) bez přítomnosti pracovníka
- v noci neomezenou dobu bez přítomnosti pracovníka
- v noci max. .... hodin bez přítomnosti pracovníka (nutná kontrola po ..... hodinách)
- nemůže zůstat v noci sám v domě bez přítomnosti pracovníka

**Zvýšené riziko pro uživatele v této oblasti:**  ANO -  NE  
**Co dalšího musíme udělat pro bezpečné zvládnutí situace (popis opatření):**

#### 1.3. Samostatný pohyb po obci / městě

- samostatný pohyb po celé obci (městě) je možný bez jakéhokoliv omezení
- samostatný pohyb je možný pouze v těchto lokalitách:

.....  
.....

- pohyb po obci (městě) je možný pouze za přítomnosti pracovníka (samostatný pohyb není možný)

**Zvýšené riziko pro uživatele v této oblasti:**  ANO -  NE  
**Co dalšího musíme udělat pro bezpečné zvládnutí situace (popis opatření):**

#### 1.4. Samostatný pohyb mimo obec / město

---

- samostatný pohyb mimo obec (město) je možný bez jakéhokoliv omezení  
 samostatný pohyb je možný pouze v těchto lokalitách:

.....  
.....

- pohyb mimo obec (město) je možný pouze za pomoci pracovníka

**Zvýšené riziko pro uživatele v této oblasti:**  ANO -  NE  
**Co dalšího musíme udělat pro bezpečné zvládnutí situace (popis opatření):**

#### 1.5. Přecházení silnice (ulice)

---

- uživatel zvládá přecházení samostatně a bezpečně, bez přítomnosti pracovníka  
 uživatel zvládá samostatně a bezpečně pouze na vybraných místech a trasách:

.....  
.....

- přecházení silnice nebo ulice je možné pouze v doprovodu pracovníka

**Zvýšené riziko pro uživatele v této oblasti:**  ANO -  NE  
**Co dalšího musíme udělat pro bezpečné zvládnutí situace (popis opatření):**

#### 1.6. Cestování dopravními prostředky

---

- uživatel zvládá cestování samostatně bez přítomnosti pracovníka  
 uživatel zvládá cestování samostatně pouze na těchto trasách:

.....  
.....

- cestování je možné pouze v doprovodu pracovníka

**Zvýšené riziko pro uživatele v této oblasti:**  ANO -  NE  
**Co dalšího musíme udělat pro bezpečné zvládnutí situace (popis opatření):**

#### 1.7. Další rizika týkající se samostatného pohybu (venku i v budově)

---

**Uved'te další případná rizika:**

## 2. RIZIKA V DOMÁCNOSTI

### 2.1. Manipulace se spotřebiči a nástroji

nůž	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
nůžky	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
elektrický kráječ na chleba	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
rychlouhřadná konvice	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
kávovar	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
topinkovač	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
vařič (plynový – elektrický)	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
trouba (plynová – elektrická)	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
mikrovlnná trouba	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
holicí strojek	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
fén	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
rádio, CD přehrávač	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
televize	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
žehlička	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
pračka	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
vysavač	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
další spotřebiče a nástroje:			
.....	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
.....	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec
.....	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> pod dohledem	<input type="checkbox"/> vůbec

**Další podmínky a opatření pro bezpečnou manipulaci s nástroji a spotřebiči:**

### 2.2. Hygiena

- uživatelé neohroží při úkonech osobní hygieny zvýšené riziko a nepotřebuje dohled (např. při koupání, sprchování apod.)
- u následujících úkonů musí být z důvodů bezpečnosti přítomen pracovník:

.....

**Zvýšené riziko pro uživatele v této oblasti:**  ANO -  NE

**Co dalšího musíme udělat pro bezpečné zvládnutí situace (popis opatření):**

### 2.3. Zabezpečení bytu (pokoje)

- uživatel umí před odchodem vypnout elektrické spotřebiče, zavřít okna, zamknout apod.
- uživatel při těchto úkonech potřebuje pomoc pracovníka

**Zvýšené riziko pro uživatele v této oblasti:**  ANO -  NE

**Co dalšího musíme udělat pro bezpečné zvládnutí situace (popis opatření):**

### 2.4. Další rizika spojená s pobytem v domácnosti

**Uveďte další případná rizika:**

### 3. PRACOVNÍ A VOLNOČASOVÉ AKTIVITY

Které aktivity, jimž se uživatel věnuje, mohou být pro něj zvýšeně rizikové (pracovní činnosti, terapie, volnočasové aktivity, výlety, sport apod.):

Podmínky a opatření pro bezpečné zvládnutí volnočasových aktivit:

### 4. ZDRAVOTNÍ RIZIKA

#### 4.1. Rozpoznání zdravotních problémů

- v případě zdravotních problémů uživatel pozná, kdy je potřeba navštívit lékaře, zubaře apod., a umí se sám objednat
- v případě zdravotních problémů musí návštěvu lékaře zajistit personál (objednání atd.)

#### 4.2. Návštěva lékaře

- k lékaři si dojde uživatel sám
- k lékaři chodí za doprovodu pracovníka

#### 4.3. Manipulace s léky

- léky má uživatel uloženy u sebe a sám je užívá
- léky jsou uloženy u personálu, léky podává personál

#### 4.4. Oblasti zdravotních rizik

(označte křížkem oblasti, ve kterých hrozí uživateli riziko):

- konzumace alkoholu
- kouření
- pití kávy
- přejídání se
- diabetes
- epilepsie, záchvaty
- riziko pádů ( na rovině,  na schodech,  uvnitř,  venku)
- nebezpečí popálení, pořezání, opaření
- proleženiny
- polykání předmětů
- jiná zdravotní rizika:

.....

Podmínky a opatření pro bezpečné zvládnutí zdravotních rizik:



## 5. OBLAST PARTNERSKÝCH VZTAHŮ A SEXUALITY:

- uživatel hrozí možnost sexuálního zneužívání
- uživatel má nevhodné sexuální chování a projevy vůči ostatním
- uživatelce hrozí nechtěné otěhotnění
- uživatel hrozí nebezpečí pohlavně přenosných nemocí

**Další rizika v oblasti partnerských vztahů a sexuality:**

**Podmínky a opatření pro bezpečné zvládnutí rizik v oblasti partnerských vztahů a sexuality:**

## 6. OBLAST PROBLÉMŮ V CHOVÁNÍ

- uživatel z důvodu agrese nebo nevhodného chování představuje ohrožení pro své okolí
- uživatel má sklony k sebepoškozujícímu chování
- uživatel hrozí, že bude objektem zneužívání

**Další rizika v oblasti problémů v chování:**

**Podmínky a opatření pro bezpečné zvládnutí rizik v oblasti problémů v chování:**

## 7. FINANČNÍ RIZIKA

- uživatel umí sám hospodařit s částkou .....,- Kč/měs.
- uživatel neumí sám hospodařit s částkou, kterou dostává
  
- uživatel zná hodnotu peněz, umí si spočítat vrácené peníze
- uživatel zná hodnotu peněz pouze částečně (zhruba se orientuje)
- uživatel nezná hodnotu peněz
  
- uživatel si nedovede své výdaje naplánovat, často mu chybí peníze
- uživatel má sklony nechat se finančně zneužívat (rozdává či půjčuje peníze, platí cizí útratu, uzavírá nevýhodné smlouvy apod.)
  
- uživatel má sklony finančně využívat ostatní
- uživatel má sklony ke krádežím nebo ničení cizího majetku

**Další podmínky a opatření pro bezpečné zvládnutí finančních rizik:**

## 8. DALŠÍ RIZIKA

Hrozí uživateli nějaká další rizika? Popis dalších rizik a opatření pro jejich snížení:

Datum.....

podpis uživatele:

podpis klíčového pracovníka:

## PLÁN ŘEŠENÍ RIZIKOVÉ SITUACE

<b>Jméno klienta:</b>	
<b>Popis rizikové situace:</b>	
<b>Jaké hrozí klientovi (nebo jiným lidem) nebezpečí?</b>	
<b>Došlo k nějakému incidentu v podobné situaci v minulosti?</b>	
<b>Je si klient vědom rizika a možných následků?</b>	
<b>Jaký je význam této situace pro klienta? Co mu tato situace přináší?</b>	
<b>Jakým způsobem bude riziko minimalizováno na přijatelnou úroveň? Co budeme dělat, nastane-li krize?</b>	
<i>V případě potřeby pokračujte na další stránce.</i>	
<i>podpis klienta</i>	<i>podpis klíčového pracovníka</i>
<i>datum zpracování plánu</i>	<i>datum příští revize plánu</i>

# 08 DOPORUČENÁ LITERATURA A ODKAZY

-----  
Jak dobře individuálně plánovat

## 8. DOPORUČENÁ LITERATURA A ODKAZY

**ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K.**, *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2

**ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M.** (ed.), *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4

**HAICL, M.**, *Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek*. Vyd. 1. Praha: Středočeský kraj, 2006. 63 s. bez ISBN. Dostupné z:  
[http://restrikce.cz/dwnl/Methodika 1%2020%20Alternativni pristupy v peci o osoby vuci nimz jsou pouzivana restriktivni opatreni formou klecovych a sitovych luzek.pdf](http://restrikce.cz/dwnl/Methodika%20Alternativni%20pristupy%20v%20peci%20o%20osoby%20vuci%20nimz%20jsou%20pouzivana%20restriktivni%20opatreni%20formou%20klecovych%20a%20sitovych%20luzek.pdf)

**KALFUS, R., VOJÍŘOVÁ, D.**, *Kurz samostatného cestování*. Vyd. 1. Praha: Rytmus, 2007. 79 s. ISBN 978-80-903598-7-1

**KOL.**, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: APSS, 2011. 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4

**KOL.**, *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2008. 187 s. bez ISBN

**KOŘÍNKOVÁ, D. A KOL.**, *První dodatek k souhrnné metodice podporovaného zaměstnávání*. Vyd. 1. Praha: Česká unie pro podporované zaměstnávání, 2006. 136 s. ISBN 978-80-903939-0-5

**KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J.**, *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Vyd. 1. APSS, bez vnočení. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7

**MCLEODOVÁ, R.**, *Plánování přechodu ze školy do života*. Vyd. 1. Liberec: OÚSS, 2002. 76 s. bez ISBN

**PÖRTNER, M.**, *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Vyd. 1. Praha: Portál 2009. 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0

**SELLARS, C.**, *Risk assessment in people with learning disabilities*. Oxford: BPS Blackwell, 2006.

**SOBEK, J.**, *Práce s rizikem v sociálních službách*. In: *Sociální služby 2/2009*, Tábor: APSS, 2009.

**SOBEK, J. a KOL.**, *Práce s rizikem v sociálních službách*. Vyd. 1. Praha: Portus Praha, 2010. 97 s. ISBN 978-80-254-6889-0

**ŠIŠKA, J.**, *Model podporované zaměstnávání – historie a principy*. In: *Sborník z mezinárodní konference Znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce pořádané k Evropskému roku zdravotně postižených osob*. Brno: MU PF, 2003.

### Internetové zdroje:

**DURAJOVÁ, Z., RITTICHOVÁ, B.:** *Právní postavení uživatelů v procesu transformace sociálních služeb.* c2011, [cit. 10.4.2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8498>

**JOHNOVÁ, M.:** *Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče.* Rezidenční péče. [online]. c2006, příloha 3/06 [cit. 16.6.2010]. Dostupné z: <http://www.rezidencnipece.cz/archiv/priloha/priloha0603.pdf>

**KOL.:** *Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů.* [online] c2010, [cit. 10.4.2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8496>

**LEČBYCH, M.:** *Modely mentální retardace.* [online]. c2005, poslední revize 6.8.2005 [cit. 15.6.2010]. Dostupné z: <http://martinlecbych.sweb.cz/publikace.html>

**O'BRIEN, JOHN:** *What's Worth Working For?* [online] c1989, [cit. 10.3.2010]. Dostupné z: <http://techp.syr.edu/whatsw.pdf> Ostatní práce Johna O'Briena naleznete na <http://thechp.syr.edu/rsapub.htm>.

**SLAŠŤANOVÁ, D., HANSLIAN, P.:** *Právní odpovědnost poskytovatelů sociálních služeb v procesu transformace sociálních služeb.* c2011, [cit. 10.4.2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8498>

### Užitečné odkazy:

**Helen Sanderson Associates:** <http://helensandersonassociates.co.uk>

**Portál Dobromysl (články o individuálním plánování):** [www.dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz)

**Plánování zaměřené na člověka (Person Centered Planning):** [www.learningcommunity.us](http://www.learningcommunity.us)

**QUIP – společnost pro změnu:** [www.kvalitavpraxi.cz](http://www.kvalitavpraxi.cz)

**Supports Intensity Scale:** <http://www.siswebsite.org>

**The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities , AAIDD:** [www.aaidd.org](http://www.aaidd.org)



Líbila se vám tato publikace?

Objednejte si od nás kurz s lektorem!

### AKREDITOVANÉ KURZY PŘÍMO VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ

1. **Individuální plánování: základní metody a techniky** (2 dny, 16 hodin)
2. **Práce s rizikem v sociálních službách** (2 dny, 16 hodin)
3. **Práva a povinnosti uživatelů sociálních služeb** (1 den, 8 hodin)
4. **Jak pomáhat a nevyhořet** (1 den, 8 hodin)
5. **Jak zvládat stres** (1 den, 8 hodin)

Kurzy realizujeme **přímo ve vašem zařízení**.

Obsah a termín kurzu **přizpůsobíme potřebám účastníků**.

Více informací na [www.adpontes.cz](http://www.adpontes.cz) nebo tel.: 723 176 746

Těšíme se na setkání...