



## Individuálne plánovanie Centra sociálnych služieb Zátisie

Strana 1 z 5  
Rozdeľovník: A  
Vydanie: 0.1



# Individuálne plánovanie

Tento dokument alebo jeho časť nesmie byť sprístupnená inej osobe v akejkoľvek forme mimo rozdeľovník bez predchádzajúceho písomného súhlasu vedenia CSS Zátisie .

	Meno	Funkcia	Dátum	Podpis
<b>Spracoval, overil správnosť:</b>	PhDr. Lucia Petrovková	soc. pracovník	02.01.2018	
<b>Schválil platnosť a účinnosť:</b>	PaedDr. PhDr. Ján Šrenkel, PhD.	riaditeľ	02.01.2018	



## Individuálne plánovanie Centra sociálnych služieb Zátisie

Strana 2 z 5  
Rozdeľovník: A  
Vydanie: 0.1



### Údaje o zmenách:

Článok	Dátum	Vykonal – meno	Popis vykonaných hlavných zmien oproti predchádzajúcemu vydaniu
		Petrovková	Nový dokument

### Záznamy o oboznámení zamestnancov s obsahom výtlačku tohto dokumentu<sup>1</sup>:

Oboznámený – meno	Dátum oboznámenia	Podpis	Oboznámený – meno	Dátum oboznámenia	Podpis

<sup>1</sup> Vedúci zamestnanec oboznámi s obsahom dokumentu podriadených zamestnancov. Oboznámenie osôb je realizované buď samoštúdiom alebo formou inštruktáže.



## Individuálne plánovanie Centra sociálnych služieb Zátisie

Strana 3 z 5  
Rozdeľovník: A  
Vydanie: 0.1



Zákon NR SR č. 448/2008 Zb. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní a v znení neskorších predpisov podľa § 9:

(1) Poskytovateľ sociálnej služby je povinný plánovať poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľov sociálnej služby, viesť písomné individuálne záznamy o priebehu poskytovania sociálnej služby.

Ak je prijímateľ sociálnej služby fyzická osoba s ťažkým zdravotným postihnutím alebo fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, súčasťou individuálneho plánu je aj program sociálnej rehabilitácie */Príloha č. 1/*.

(2) Individuálny plán je komplexný, flexibilný a koordinovaný nástroj na aktívnu spoluprácu poskytovateľa sociálnej služby, prijímateľa sociálnej služby, jeho rodiny a komunity. Ciele individuálneho plánu vychádzajú z individuálnych potrieb prijímateľa sociálnej služby a spolupráce prijímateľa sociálnej služby a poskytovateľa sociálnej služby.

Individuálny plán je koordinovaný pracovníkom, ktorý podporuje a sprevádza prijímateľa sociálnej služby v procese individuálneho plánovania – ***klúčový pracovník /prijímateľ sociálnej služby si svojho klúčového pracovníka vyberá na základe osobnej preferencie v procese individuálneho plánovania. Počet individuálnych plánov koordinovaných jedným klúčovým pracovníkom poskytovateľa sociálnej služby zohľadňuje mieru intenzity potrebnej podpory prijímateľov sociálnej služby./***

*Klúčový pracovník je zodpovedný za celý proces individuálneho plánovania s prijímateľom sociálnej služby, všetky získané a zaznamenané informácie klúčový pracovník priebežne konzultuje a prehodnocuje s jednotlivými členmi tímu.*

Individuálny plán je písomne alebo audiovizuálne vypracovaný pre každého prijímateľa sociálnej služby, tak, aby bol zrozumiteľný aj prijímateľovi sociálnej služby, jeho rodine a komunite.



## Individuálne plánovanie Centra sociálnych služieb Zátisie

Strana 4 z 5  
Rozdeľovník: A  
Vydanie: 0.1



Proces individuálneho plánovania zahŕňa identifikáciu individuálnych potrieb, voľbu cieľov individuálneho plánu, voľbu metód dosahovania cieľov individuálneho plánu, plán činností a aktivít napĺňania individuálneho plánu a hodnotenie individuálneho plánu.

**Cieľom individuálneho plánovania** je zabezpečiť prijímateľom sociálnej služby základné ľudské práva a slobody, zachovať ich ľudskú dôstojnosť, aktivizovať ich k posilneniu sebestačnosti, zabraňovať ich sociálnemu vylúčeniu a podporovať ich začlenenie do spoločnosti.

### **Proces vypracovania individuálneho plánu vychádza z týchto zásad:**

1. Identifikácia individuálnych potrieb prijímateľa sociálnej služby, jeho rodiny a prirodzených zdrojov podpory.

**Mapovanie** – cieľom etapy mapovania je zistiť o prijímateľovi sociálnej služby a jeho rodine čo najviac informácií (sociálna diagnostika, diagnostika sebaobslužných schopností, psychologické vyšetrenie, ...). Zisťujeme, čo je pre prijímateľa sociálnej služby a jeho rodinu dôležité, čo chce a čo očakáva, aké sú jeho potreby a ciele, čo mu pomáha aby sa cítil dobre a čo je preňho nepríjemné. Mapovanie prebieha v prvej fáze individuálneho plánovania, jeho výsledkom je **osobný profil prijímateľa sociálnej služby a jeho rodiny** /, ktorý zahŕňa informácie o tom, čo má prijímateľ sociálnej služby rád, čo ho teší, čo nemá rád, aké sú jeho silné a slabé stránky, s čím potrebuje pomôcť a podobne./

Posudzovanie rozsahu potrebnej miery podpory je dôležitou súčasťou v rámci mapovania. V rámci zisťovania, kľúčový pracovník mapuje aký stupeň podpory (dohľad, vedenie, čiastočná alebo plná pomoc pri aktivitách) potrebuje prijímateľ sociálnej služby v jednotlivých oblastiach svojho života napr. pri zabezpečovaní osobnej hygieny, stravovaní, a iných sebaobslužných činnostiach.

2. **Voľba cieľov** – ciele individuálneho plánu vychádzajú z individuálnych potrieb prijímateľa sociálnej služby a jeho rodiny. Ciele individuálneho plánu sú ciele prijímateľa sociálnej služby a sú definované v spolupráci s kľúčovým pracovníkom.



## Individuálne plánovanie Centra sociálnych služieb Zátisie

Strana 5 z 5  
Rozdeľovník: A  
Vydanie: 0.1



Pri práci s prijímateľmi sociálnych služieb, ktorí potrebujú pomoc pri verbalizovaní a definovaní cieľov sociálnych služieb, je potrebné venovať pozornosť špeciálnym technikám komunikácie a mapovania potrieb prijímateľa sociálnej služby. Na označenie iných spôsobov komunikácie používame termín **augmentatívna a alternatívna komunikácia (AAK)**, príp. podporná a náhradná komunikácia. Sú to rôzne spôsoby komunikácie, ktoré reč nahrádzajú, alebo ju sprevádzajú, napr. gestá, mimika, posunkový jazyk, komunikačné tabuľky s grafickými znakmi či abecedou, ale aj zložitejšie počítačové pomôcky s rečovým výstupom. Najčastejšie je to komunikačný systém s obrazovými symbolmi – **piktogramy** /zjednodušené zobrazenie skutočnosti (predmetov, činností, vlastností)/ a **sociálne čítanie** - ktoré je chápané ako poznávanie, interpretácia a primerané reagovanie na zrkovité vnímania a symboly, piktogramy, slová a skupiny slov, ktoré sa často objavujú v okolitom prostredí alebo v širšom kontexte.

**2.1.** Ciele individuálneho plánu sú logicky zostavené a idú od všeobecných cieľov ku konkrétnym.

**2.2** Ciele individuálneho plánu vychádzajú z holistického prístupu (celostný) k osobnosti človeka.

**2.3.** Konkrétne ciele musia spĺňať tieto podmienky **/SMART/**:

- Špecifickosť, konkrétnosť cieľa
- Merateľnosť cieľa
- Akceptovateľnosť cieľa prijímateľom sociálnej služby
- Reálnosť cieľa
- Časové vymedzenie /termínovateľnosť/ dosiahnutia cieľa.

**3. Voľba a popis metód** – metódy spolupráce s prijímateľom sociálnej služby sú akceptované prijímateľom sociálnej služby a jeho rodinou, prípadne inými osobami. Metódy spolupráce s prijímateľom sociálnej služby musia byť jasne a zrozumiteľne popísané a musí byť dodržaný princíp tímovej a multidisciplinárnej spolupráce.



## Individuálne plánovanie Centra sociálnych služieb Zátisie

Strana 6 z 5  
Rozdeľovník: A  
Vydanie: 0.1



**4. Plán činnosti** – pred začiatkom realizácie konkrétnych cieľov individuálneho plánu, musí byť naplánované konkrétne miesto, čas, metóda realizácie a určené zodpovedné osoby, ktoré budú prijímateľom sociálnej služby poskytovať vopred dohodnutú mieru podpory.

K plánu činností patrí aj **rizikový plán prijímateľa sociálnej služby /Príloha č.2/**, ktorý vytvárame predovšetkým pre riešenie situácií, v ktorých sa prijímateľ sociálnej služby stretáva so zvýšeným rizikom. Rizikový plán vytvárame vždy individuálne pre jedného konkrétneho prijímateľa sociálnej služby v rámci procesu individuálneho plánovania. Kľúčový pracovník je zodpovedný za vypracovanie rizikového plánu, v ktorom sú uvedené aj osoby, ktoré sa podieľali na vypracovaní rizikového plánu a podpis prijímateľa sociálnej služby /ak je schopný rizikovému plánu porozumieť/. Každý rizikový plán musí obsahovať dátum vypracovania a dátum plánovanej revízie /obvykle pri pravidelnej revízie individuálneho plánu prijímateľa sociálnej služby – minimálne raz za pol roka – teda 6 mesiacov. /.

**5. Hodnotenie** – plán hodnotenia individuálneho plánu je vytvorený individuálne na základe spolupráce a potrieb prijímateľa sociálnej služby, uskutočňuje sa **minimálne raz za polroka** /6 mesiacov/.