

# Zkvalitnění sociálních služeb Ledax o.p.s., CSS Emausy s.r.o. a Ledax Vysoké Mýto o.p.s.

Registrační číslo projektu

**CZ.03.2.63/0.0/0.0/17\_071/0007725**

Společnost: **Ledax Vysoké Mýto o.p.s.**

Sociální služba: **Domov pro seniory**

**SQ5 Individuální plánování průběhu služby**



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**Ledax**

## Standard č. 5

**Individuální plánování průběhu služby**

## Domov pro seniory

**Obsah:**

I.	KRITÉRIA	1
II.	ZÁKLADNÍ POJMY	1
III.	INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ	2
IV.	KLÍČOVÝ PRACOVNÍK	2
V.	BIOGRAFIE UŽIVATELE/UŽIVATELKY	3
VI.	ADAPTAČNÍ OBDOBÍ	4
VII.	INDIVIDUÁLNÍ PLÁN A PLÁN PÉČE	4
VIII.	POSTUP PŘI INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ	5
IX.	INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ S UŽIVATELI SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI	6
X.	PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ MEZI PRACOVNÍKY	6
XI.	SEZNAM PŘÍLOH	7

**I. KRITÉRIA**

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

**II. ZÁKLADNÍ POJMY**

**Individuální plánování:** důležitý a záměrný proces zajišťující uživateli poskytování cílené podpory, která odpovídá individuálním potřebám a přáním uživatele.

**Klíčový pracovník:** pracovník, který je uživateli nejbližší a je osobou, na kterou se uživatel může s důvěrou obracet, odpovídá za zpracování Biografie a souvisejícího individuálního

plánu a jeho naplňování a vyhodnocování, odpovídá za vypracování rizikového a krizového plánu.

**Biografie = životní příběh:** dokument mapující celý život uživatele, nebo alespoň jeho podstatnou část.

**Adaptační období:** časový úsek (zpravidla 3 měsíce), ve kterém si uživatel zvyká a přizpůsobuje se novému prostředí v Domově pro seniory, seznamuje se s pracovníky, s uživateli a s chodem zařízení.

**Individuální plán:** mapuje přání a potřeby uživatele (tj. např. mým přáním je chodit na procházky; chci jíst sám; chce se zvládnout sám učesat apod.).

**Plán péče:** zde jsou vypsány úkony péče, které jsou uživatelům poskytovány (např. oblékání, svlékání; přesun na lůžko nebo vozík; jídlo, pití; prostorová orientace; osobní hygiena; pomoc při použití WC apod.).

**Rizikový a krizový plán:** posuzuje a vyhodnocuje míru rizika, obsahuje popis rizikové situace (např. riziko vdechnutí stravy, tekutin; riziko pádu; riziko vzniku proleženin; riziko sociální izolace, apod.) a v případě nepřijatelného rizika opatření vedoucí k zabránění vzniku rizikové situace.

### III. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ

Individuální plánování je záměrný proces mezi uživatelem a klíčovým pracovníkem. Cílem a účelem individuálního plánování je poskytovat uživateli podporu a péči v oblastech a situacích, ve kterých ji potřebuje. Tzn., že klíčový pracovník vychází z osobních cílů, plánů, potřeb, možností a schopností uživatele.

Individuální plánování probíhá vždy formou dialogu mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem služby, vždy s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu uživatele a jeho psychickým schopnostem a možnostem. Při individuálním plánování je důležitá motivace uživatele k činnostem, aktivní zjišťování přání a potřeb, přiměřená verbální i nonverbální komunikace. Klíčový pracovník dodržuje mlčenlivost, respektuje možnosti uživatele, jeho představy a přání, nemanipuluje s uživatelem, nepoučuje ho a nemoralizuje. Uživatel má právo v průběhu služby své osobní cíle a přání měnit.

Klíčový pracovník spolu s uživatelem posuzují, které potřeby uživatel zvládne uspokojit sám a u kterých potřebuje podporu nebo pomoc, případně potřebuje poskytnout komplexní péči.

Výstupem takového dialogu je sjednaný a písemně zaznamenaný individuální plán (dále jen „IP“).

### IV. KLÍČOVÝ PRACOVNÍK

Každému uživateli je určen klíčový pracovník pro individuální plánování průběhu služby a pro hodnocení naplňování osobních cílů. Klíčový pracovník je pracovník v sociálních službách, který přímo poskytuje službu uživateli.

Klíčový pracovník je vhodně vybírán sociálním pracovníkem ve spolupráci s vedoucí

pracovníků v sociálních službách a to dle znalostí, schopností, dovedností, postojů pracovníka a dle vytíženosti ostatních pracovníků v sociálních službách. Klíčový pracovník zpracovává a vede Biografie svých uživatelů a je odpovědný za zpracování a vyhodnocování IP uživatelů. V případě potřeby vyhodnocuje míru rizika a zpracovává rizikové a krizové plány. Odpovídá také za sdílení důležitých informací s ostatními pracovníky.

Klíčovým pracovníkem se pracovník v sociálních službách stává většinou po ukončení zkušební doby. Než uplyne novému pracovníkovi zkušební doba, vykonává pozici klíčového pracovníka pracovník v sociálních službách, který nového pracovníka zaučuje. Spolu se podílejí na plánování poskytování služby.

Klíčový pracovník je seznámen s výsledkem jednání s žadatelem o službu a skutečnostími vyplývajících ze smlouvy o poskytování sociální služby (dále jen „smlouva“), které jsou nezbytné pro řádné poskytování služby. Klíčový pracovník zaznamenává cíle a změny v přáních a potřebách do Biografie uživatele a předává informace ostatním pracovníkům, kteří jsou v kontaktu s „jeho“ uživatelem.

Jméno klíčového pracovníka je uvedeno v Biografii uživatele, dále je možné mít uvedené jméno klíčového pracovníka na cedulce u dveří pokoje uživatele. Klíčový pracovník není u uživatele často měněn, neboť při poskytování služby je důležitý kladný vztah založený na vzájemné důvěře a aktivní spolupráci uživatele s pracovníkem tak, aby byly osobní potřeby a cíle uživatele co nejlépe naplňovány.

Změna klíčového pracovníka může nastat v těchto případech:

- nepřítomnost klíčového pracovníka z důvodu dlouhodobé nemoci či dlouhé dovolené, kdy je zastupován jiným pracovníkem služby,
- není-li uživatel spokojen s klíčovým pracovníkem, nepovedla se navázat důvěra a kladný vztah ze strany uživatele nebo pracovníka,
- na základě žádosti samotného klíčového pracovníka a to ze závažných důvodů.

Tyto situace jsou řešeny vždy individuálně, změnu klíčového pracovníka schvaluje sociální pracovník ve spolupráci s vedoucí pracovníků v sociálních službách.

## V. BIOGRAFIE UŽIVATELE/UŽIVATELKY

Biografie uživatele/uživatelky (dále jen „Biografie“) = životní příběh je dokument mapující celý život uživatele, nebo alespoň jeho podstatnou část.

Vede k podpoře kontinuálního vývoje života uživatele a slouží k co nejlepšímu poznání uživatele. Kvalitně zpracovaná Biografie usnadňuje pracovníkům poskytujícím službu pochopit jednání uživatele a zachovat jeho celoživotní rituály a stereotypy, proto se pracovníci při plánování a poskytování služby Biografií řídí.

Při plánování služby a péče o uživatele tedy pracovníci vycházejí z celého životního příběhu uživatele, nezabývají se pouze současným okamžikem v jeho životě.

Biografie mapuje nejen informace o samotném uživateli a jeho zvyky (např. stravovací návyky, rytmus dne, obavy a strachy, vnímání smrti, motorické schopnosti, kompetence uživatele, vyjadřovací schopnosti, záliby a koníčky), ale také o jeho rodině či blízkých lidech.

V rámci mapování životního příběhu uživatele zjišťuje klíčový pracovník informace od samotného uživatele, ale také od jeho rodiny, známých a přátel. Při zpracování Biografie pracovník vychází také z podané Žádosti o poskytnutí pobytové sociální služby v Domově pro seniory, z Dotazníku pro zájemce a z informací ze sociálního šetření. Nedílnou součástí Biografie je IP uživatele a rizikový a krizový plán.

Za zpracování a vedení Biografie je odpovědný klíčový pracovník. Biografie jsou uloženy na sesterně a dle směrnice LXVM-DS-SQ06 do nich mohou nahlížet ostatní pracovníci služby.

## VI. ADAPTAČNÍ OBDOBÍ

Adaptační období je stanovený časový úsek, během kterého si uživatel zvyká a přizpůsobuje se novému prostředí v Domově, seznamuje se s pracovníky, s uživateli a s chodem zařízení. Adaptační období začíná prvním dnem příchodu uživatele do Domova a zahájením využívání služby a končí zpravidla po uplynutí 3 měsíců ode dne přijetí, v případě potřeby dříve nebo později.

Během tohoto období klíčový pracovník společně s uživatelem či s jeho zákonným zástupcem a dalšími pracovníky, kteří jsou s uživatelem v kontaktu (dále jen „tým“), spolupracují na získání podkladů pro zpracování Biografie uživatele, mapují přání a potřeby uživatele. V průběhu adaptačního období klíčový pracovník nastavuje cíle individuálního plánování a zpracovává prvotní individuální plán a prvotní plán péče. Dále sleduje denní záznamy péče ostatních pracovníků, které jsou dalším z podkladů pro zhodnocení míry adaptace uživatele.

Průběh adaptačního období a přizpůsobení se uživatele novému prostředí je sledováno a po jednotlivých týdnech/měsících zapisováno do Biografie uživatele. Zároveň jsou zde definována doporučení/opatření pro bezproblémovou adaptaci.

Na konci adaptačního období klíčový pracovník vyhodnocuje naplňování prvotního individuálního plánu a prvotního plánu péče.

## VII. INDIVIDUÁLNÍ PLÁN A PLÁN PÉČE

**Individuální plán** je vytvářen klíčovým pracovníkem a vychází z hodnocení adaptačního období, z Biografie a ze zjištěných přání, potřeb a schopností uživatele, slouží tedy k poskytování cílené podpory. V IP jsou doslovně zaznamenána přání uživatele. U uživatelů, jejichž psychické schopnosti neumožňují definovat svá přání či nemají schopnost verbálně komunikovat, probíhá spolupráce se zákonným zástupcem a týmem. Při sestavování IP se tedy pracovník řídí doporučeními zákonného zástupce, nejsou-li v rozporu s vyzpovězanými přáními a potřebami uživatele. Uživatel má právo v průběhu poskytování služby měnit svá přání a osobní cíle, změny pracovník do IP zaznamenává.

IP je klíčovým pracovníkem průběžně aktualizován dle skutečných potřeb a přání uživatele (v závislosti na možnostech poskytovatele), min. však 2x ročně.

Uživatel a osoby, které uživatel označí, jsou informováni o možnosti nahlížení do IP.

Prvotní individuální plán je souhrn osobních a prvotních přání uživatele pro adaptační období

v souladu se zdravotním stavem uživatele a možnostmi poskytovatele. Pracovníkům slouží jako vodítko pro klidný průběh adaptace uživatele v Domově.

**Plán péče** je vytvářen klíčovým pracovníkem případně společně se sociálním pracovníkem a vymezuje rozsah a způsob podpory v jednotlivých oblastech poskytovaných činností (denní, aktivizační a sociální). Plán péče pracovníci zpracovávají v elektronické podobě v programu Gygnus 2. Po zpracování plánu péče nastává realizace péče (plán realizace péče), která je rovněž vykazována v programu Cygnus 2. V případě potřeby je plán péče i jeho realizace vytištěna a zakládána do Biografie uživatele.

Plán péče je průběžně aktualizován v případě změny rozsahu či způsobu podpory poskytované uživateli, min. však 2x ročně.

Prvotní plán péče vychází z informací ze sociálního šetření u uživatele, z Dotazníku pro žadatele a z informací, které uživatel (zákonný zástupce) poskytl v den příjmu uživatele do služby.

Za sestavení IP a plánu péče odpovídají klíčoví pracovníci. Klíčoví pracovníci spolupracují s dalšími pracovníky na vytvoření vhodných podmínek pro poskytování individuální péče uživatelům. Je-li klíčový pracovník dlouhodobě nepřítomen, o jeho zastupování rozhodne sociální pracovník ve spolupráci s vedoucí pracovníků v sociálních službách.

## VIII. POSTUP PŘI INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ

Proces individuálního plánování začíná již ve fázi jednání se zájemcem o sociální službu. Při jednání sociální pracovník zjišťuje, jaká jsou přání, očekávání, potřeby a záliby zájemce. Zájemci jsou zároveň sděleny základní informace o sociální službě, o Domově, o možnostech poskytovaných sociálních služeb a formalitách pro jeho přijetí.

Sociální pracovník a vedoucí zdravotního úseku provádějí u žadatele před přijetím do Domova sociální šetření. Sociální pracovník předá žadateli, příp. jeho zákonnému zástupci Dotazník pro žadatele, který je součástí Žádosti o sociální službu a poslouží jako jeden z podkladů pro zpracování Biografie a individuálního plánování služby.

Při příjmu uživatele jsou sociálním pracovníkem, zdravotní sestrou a vedoucím pracovníků v sociálních službách nebo jiným pracovníkem v sociálních službách získávány další informace pro poskytování vhodné cílené podpory a péče. Sociální pracovník ve spolupráci s uživatelem (příp. jeho rodinou) zaznamenává do Smlouvy obecný osobní cíl uživatele. Uživatel je dle svých schopností při příjmu seznámen s Biografií a formou individuálního plánování služby a je mu přidělen klíčový pracovník.

Po nástupu uživatele do služby Domov pro seniory a na základě zjištěných informací, klíčový pracovník zpracovává Biografii, IP a plán péče uživatele.

Pracovníci služby jsou povinni při individuálním plánování dodržovat tyto zásady:

- respektovat uživatele, jeho rodinu a ostatní osoby, které jej podporují,
- pravidelně plánovat a hodnotit poskytované služby společně s uživatelem nebo s jeho zástupcem (po udělení uživatelova souhlasu), a to z pohledu uživatele, nikoliv z pohledu pracovníka,

- při plánování péče vycházet ze schopností a možností uživatele, z jeho potřeb a osobních cílů,
- zaměřit se na přednosti a zájmy uživatele spíše než na jeho omezení,
- empaticky zjišťovat informace od rodiny/známých, kteří uživatele znají pro zpracování Biografie,
- používat neformální a přirozený jazyk, nahradit profesionální výrazy běžnými,
- vyplňovat IP a plán péče tak, aby z něho bylo patrné, jak uživatel právě žije, jak by chtěl žít, a co potřebuje,
- vyplňovat IP tak, aby byl srozumitelný pro každého, kdo s ním bude pracovat,
- respektovat IP a řídit se jím,
- ponechat uživateli možnost měnit své osobní cíle.

## **IX. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ S UŽIVATELI SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI**

**Uživatelé s omezením v komunikaci** - informace, které jsou potřebné ke zpracování Biografie, vytvoření IP a stanovení osobního cíle, získává klíčový pracovník od rodinných příslušníků uživatele. Při veškerých činnostech si pracovníci všímají projevů spokojenosti/nespokojenosti uživatele (mimika, gesta, řeč těla) a aktivně na tyto projevy reagují. V případě projevů nespokojenosti hledají v týmu možná řešení přístupu k uživateli.

**Uživatelé s nízkou motivací** - tito uživatelé jsou aktivně oslovováni a motivováni k nejrůznějším činnostem, vždy však s přihlédnutím k jejich zdravotnímu a psychickému stavu. Jsou jim nabízeny různé aktivity, ať už činnosti všedního dne či činnosti aktivizační.

**Uživatelé s potřebou specifické podpory pro porozumění** (např. uživatelé s poruchou sluchu či zraku) - informace potřebné ke zpracování Biografie, vytvoření IP a stanovení osobního cíle získává klíčový pracovník částečně od uživatelů a částečně od rodinných příslušníků. Způsob dorozumívání, vyhodnocení spokojenosti a nespokojenosti, souhlasu a nesouhlasu je řešen v rámci týmu. Charakteristické projevy jsou uvedeny v IP a pracovníci dle těchto informací při poskytování služby postupují.

Uživatelům s výše uvedenými specifickými potřebami, kteří je nejsou schopni svá přání a potřeby adekvátně sdělit, je v rámci individuálního plánování poskytováno více specifické péče k zjištění potřeb a přání.

Klíčový pracovník se zaměřuje na projevy spokojenosti/nespokojenosti také v rámci vyhodnocování individuálního plánování.

## **X. PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ MEZI PRACOVNÍKY**

Pracovníci v sociálních službách, sociální pracovník a vedoucí úseků jsou povinni si v rámci týmové spolupráce předávat informace o proběhlé nebo plánované poskytované službě. Každý klíčový pracovník zaznamenává informace týkající se uživatelů dle důležitosti do IP a následně s nimi pracuje. IP jsou přístupné všem pracovníkům v sociálních službách, kteří poskytují sjednanou péči uživateli v případě absence příslušného klíčového pracovníka.

Při příchodu na pracoviště si pracovníci, za přítomnosti vedoucí zdravotního úseku a vedoucí

pracovníků v sociálních službách, ústně předávají informace z předchozí služby a úkoly z ní vyplývající.

Důležité informace jsou denně zaznamenávány do sešitu HLÁŠENÍ, který je přístupný na sesterně. Zapsané informace si při příchodu na směnu každý z pracovníků v sociálních službách přečte a přečtení potvrdí podpisem.

Porady jednotlivých úseků svolává, dle potřeby nebo dle nastavené frekvence, vedoucí úseku. Zúčastňují se jich všichni pracovníci. Vedoucí úseku projednává a řeší provozní záležitosti, zástupy za dovolené a pracovní neschopnosti pracovníků, přiděluje pracovníky k novým uživatelům jako klíčové pracovníky. Týmově se řeší problémové situace, které u uživatelů nastaly (mohou nastat), vykazování činností, koordinují se doprovody a doprava uživatelů. Projednávají a konzultují se zápisy do IP.

Z každé porady pověřený pracovník vyhotoví zápis, který si každý pracovník přečte a seznámení s obsahem zápisu potvrdí podpisem. Zápis je pracovníkům přístupný po dobu získání všech podpisů, poté je založen k ostatním zápisům z porad u vedoucí úseku.

Porady vedoucích úseků a sociálních pracovníků svolává ředitelka nebo zástupce ředitelky 1x/měsíčně a na každé poradě určí datum porady následující. Ředitelka nebo zástupce ředitelky řeší provozní záležitosti jednotlivých úseků, materiální zabezpečení, personální zajištění, předává nové informace k poskytování služby a organizačně je řeší. Zpětně získává informace od vedoucích úseků o průběhu poskytování sociální a zdravotní péče. Z každé porady pověřený pracovník vyhotoví zápis, který je rozeslán elektronickou poštou příslušným pracovníkům.

## XI. SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Biografie uživatele/uživatelky, vč. individuálního, rizikového a krizového plánu  
Příloha č. 2: Metodika postupu zpracování Biografie, vč. individuálního, rizikového a krizového plánu

	<b>Jméno</b>	<b>Funkce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>
<b>Zapsala</b>	Mgr. Kateřina Soukupová	Garant kvality	21. 10. 2019	
<b>Schválila</b>	Ing. Irena Lavická	Ředitelka	21. 10. 2019	