

# 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: **Pobytová odlehčovací služba**

**SQ5 Individuální plánování průběhu služby**



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**Ledax**

**Standard č. 5**  
**Individuální plánování průběhu služby**  
Pobytová odlehčovací služba

**Obsah:**

|       |  |    |
|-------|--|----|
| I.    | KRITÉRIA   | 1  |
| II.   | ZÁKLADNÍ POJMY   | 1  |
| III.  | INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SLUŽBY                                | 2  |
| IV.   | KLÍČOVÝ PRACOVNÍK  | 3  |
| V.    | BIOGRAFIE UŽIVATELE  | 4  |
| VI.   | ADAPTAČNÍ OBDOBÍ   | 5  |
| VII.  | INDIVIDUÁLNÍ PLÁN A PLÁN PÉČE                                | 5  |
| VIII. | POSTUP PŘI INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ                           | 6  |
| IX.   | INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ S UŽIVATELI SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI | 9  |
| X.    | PŘEDÁVÁNÍ INFORMACÍ MEZI PRACOVNÍKY                          | 9  |
| XI.   | SEZNAM PŘÍLOH  | 10 |

**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:**

- je dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče konkrétnímu uživateli poskytována,

- je záměrný proces, pravidelný a cílený dialog klíčového pracovníka a uživatele služby, ve kterém nastavují poskytování služby s ohledem na cíle a potřeby uživatele.

**Klíčový pracovník:**

- je prostředník mezi poskytovatelem a uživatelem, hájí zájmy uživatele a je také pro uživatele důvěrníkem,
- společně s uživatelem plánuje průběh služby, podílí na sestavování individuálního plánu, stanovuje kroky k naplnění cílů, hledá vhodné zdroje pomoci, monitoruje aktuálnost individuálního plánu a hodnotí plnění osobních cílů uživatele.

**Biografie:**

- je dokument mapující celý život uživatele, nebo alespoň jeho podstatnou část.

**Adaptační období:**

- je časový úsek, ve kterém si uživatel zvyká a přizpůsobuje se novému prostředí, seznamuje se s pracovníky, s uživateli a s chodem zařízení.

**Plán péče:**

- je soupis úkonů péče, které jsou uživateli poskytovány, v denní, týdenní či měsíční frekvenci, a další specifika, která jsou zapotřebí při péči provádět,
- plánem péče se řídí jak klíčový pracovník, tak i ostatní pracovníci v sociálních službách,
- plán péče mění dle aktuálního stavu uživatele, nejméně 1x za dobu poskytování služby se hodnotí, zda bylo cílů dosaženo,
- do plánu péče jsou zahrnuty i aktivizace, které plánuje a eviduje aktivizační pracovník.

**Rizikový a krizový plán:**

- posuzuje a vyhodnocuje míru rizika uživatele, obsahuje popis rizikové situace (např. riziko vdechnutí stravy, tekutin; riziko pádu; riziko vzniku proleženin; riziko sociální izolace, apod.) a v případě nepříjemného rizika jsou sepsána opatření, vedoucí k zabránění vzniku rizikové situace.

### III. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SLUŽBY

Individuální plánování probíhá vždy formou dialogu mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem služby, příp. s jeho opatrovníkem, vždy s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu uživatele a jeho psychickým schopnostem a možnostem.

Cílem společné práce je změna nepříznivé situace, v níž se uživatel nachází. Naplánované služby zohledňují možnosti a schopnosti uživatele tak, aby pro něj byly podporou, a směřují k maximální možné míře jeho samostatnosti a nezávislosti.

Výsledkem individuálního plánování služeb je vyhotovený Individuální plán každého uživatele

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.

Individuální plánování vychází z biografie uživatele

Práce s biografií uživatele pomáhá tvořit individuální plány péče zrcadlící specifické potřeby a přání jedince. Ten získává větší prostor pro svou autonomii, potřebu zachování schopnosti vést život podle vlastních pravidel.

Jedná se o individualizování péče tak, aby nedocházelo k přepečování uživatele a byla poskytnuta pouze přiměřená podpora a pomoc, kterou uživatel potřebuje.

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

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

Veškeré zjištěné poznatky klíčový pracovník zaznamenává v programu Cygnus do Sociální dokumentace – Individuální plán

#### **IV. KLÍČOVÝ PRACOVNÍK**

Každému novému uživateli je určen klíčový pracovník pro individuální plánování průběhu služby, pro realizaci naplánované péče a pro hodnocení naplňování osobních cílů.

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.

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 a realizaci péče.

Klíčový pracovník zpracovává a vede Biografie svých uživatelů v programu Cygnus a je odpovědný za zpracování a vyhodnocování IP uživatelů. V případě potřeby vyhodnocuje míru rizika a zpracovává rizikové a krizové plány.

Sociální pracovník seznámí klíčového pracovníka s výsledkem sociálního šetření

a skutečnostmi vyplývajícími 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 v programu Cygnus do karty uživatele.

Jméno klíčového pracovníka je uvedeno v Kartě klienta (uživatele) v programu Cygnus v úseku Základní údaje. Jméno klíčového pracovníka je možné uvést na cedulce u dveří pokoje uživatele, včetně fotografie.

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**

Životní příběh uživatele je zpracováván jako biografický dokument, který je stále aktuálně využitelný v péči o uživatele.

Model Biografie vychází ze stereotypů chování vzniklé v raném dětství uživatele, které se např. v případě demence uživatele vybavují v dospělosti a ovlivňují tak chování uživatele při překonávání zátěžových situací.

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 realizace péče o uživatele vycházejí pracovníci 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, z podané Žádosti o poskytnutí sociální služby, z Dotazníku o sociální situaci žadatele a z informací ze sociálního šetření.

Za zpracování a vedení Biografie je odpovědný klíčový pracovník. Biografie je součástí Karty

uživatele v programu Cygnus.

## **VI. ADAPTAČNÍ OBDOBÍ**

Adaptační období začíná prvním dnem příchodu uživatele do Pobytové odlehčovací služby. Uživatel přichází s vědomím, že pobyt je na dobu určitou a že se po týdnu, dvou, či měsíci vrátí domů. Proto adaptace na nové prostředí bývá velice krátká a nedělá uživateli zásadní problémy.

Adaptace uživatele se zaznamenává v programu Cygnus, záznamy jsou k dispozici všem pracovníkům přímé péče. Klíčový pracovník adaptačního období průběžně hodnotí, pružně reaguje a nastavuje plán péče dle zjištěných potřeb a přání uživatele.

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, zpracovává Individuální plán a Plán péče.

Průběh adaptačního období a přizpůsobení se uživatele novému prostředí je monitorováno a po jednotlivých týdnech zapisováno do programu Cygnus, do Karty klienta (uživatele). Zároveň jsou zde definována doporučení/opatření pro bezproblémovou adaptaci.

## **VII. INDIVIDUÁLNÍ PLÁN A PLÁN PÉČE**

Individuální plán

- je souborem informací o uživateli související s poskytovanou službou,
- je vytvářen klíčovým pracovníkem a vychází z Biografie a ze zjištěných přání, potřeb a schopností uživatele,
- je klíčovým pracovníkem vypracován nejpozději do 1 týdne od uzavření Smlouvy.

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 vyzorovanými přáními a potřebami uživatele. Do Karty klienta (uživatele) v programu Cygnus, do úseku Individuální plán klíčový pracovník vše zaznamenává.

Uživatel má právo v průběhu poskytování služby měnit svá přání a osobní cíle, změny klíčový pracovník zaznamenává do karty klienta (uživatele) v programu Cygnus. IP je klíčovým pracovníkem průběžně aktualizován dle skutečných potřeb a přání uživatele (v závislosti na možnostech poskytovatele), min. však 1x za dobu poskytování služby. 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.

Prvotní plán péče zpracovává sociální pracovník při nástupu uživatele a předává ho klíčovému pracovníkovi, který po dobu adaptace Plán péče doplňuje nebo mění podle zjištěných potřeb uživatele.

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.

Plán péče je tvořen klíčovým pracovníkem případně za pomoci sociálního pracovníka nebo vedoucím pracovníkem pracovníků v sociálních službách a vymezuje rozsah a způsob podpory v jednotlivých oblastech poskytovaných činností.

Plán péče pracovníci zpracovávají v elektronické podobě v programu Gygnus 2. Na základě vytvořeného Plánu péče realizují pracovníci naplánované úkony.

Realizace péče je rovněž vykazována v programu Cygnus 2. Jedná se o záznam (zaškrtnutí), že byl úkon vykonán. Pokud úkon nebyl vykonán, zapíše se do Individuálního plánu důvod. V případě potřeby je Plán péče i jeho realizace vytištěna a zakládána do písemné složky uživatele.

Plán péče je průběžně aktualizován v případě změny rozsahu či způsobu podpory poskytované uživateli, min. 1x za dobu poskytování péče.

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 o sociální situaci žadatele, který je součástí Žádosti o sociální službu a slouží jako jeden z podkladů pro zpracování Biografie a k individuálnímu 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 a vytváří Prvotní plán péče a předává klíčovému pracovníkovi. Uživatel je dle svých schopností při příjmu seznámen s formou individuálního plánování služby a je mu přidělen klíčový pracovník.

Individuální plánování zaznamenává klíčový pracovník daného uživatele do programu Cygnus 2 a odpovídá za správné zpracování Plánu péče. Při něm vychází z tzv. „plánování zaměřeného na člověka“, kdy se zjišťuje, jak uživatel právě žije a jak by chtěl žít.

#### 1. sběr dat – získávání informací

- z dokumentů získaných od sociálního pracovníka,
- od uživatele rozhovorem, pozorováním,
- od rodiny, přátel uživatele,
- od členů týmu.

Důležité je zachovávat mlčenlivost.

Pracovník zjišťuje míru soběstačnosti uživatele a z toho plynoucí míru podpory.

#### 2. mapování – pozorování

- jde o získávání vypořizovaných informací, týkajících se toho, co uživatel dělá, jak se chová, co se s ním děje, jak se mu daří, co ho těší...,
- mapování není hodnocení uživatele, pouze konstatování toho, čeho si pracovník všiml.

#### 3. přání – vyslovená tužba uživatele

- přání je to, o co si uživatel říká, co verbálně sdělí,
- vyslovená přání pracovník zaznamenává tak, jak je uživatel vyslovil, tj. v 1. osobě („přeju si“, „chci“, „potřebuji“),
- nerealizovatelná přání pracovník nevymlouvá, snaží se najít potřebu, která se uvnitř tohoto přání skrývá.

#### 4. potřeby – vyslovené i nevyslovené

- pracovník nevyslovené potřeby aktivně vyhledává,
- pracovník uspokojuje potřeby:
  - biologické (jídlo, teplo, hygiena, spánek, pohyb, vylučování...),
  - psychické (bezpečí, uznání, užitečnosti, seberealizace...),
  - sociální (potřeba lásky, sounáležitosti, komunikovat, informace),
  - spirituální (potřeba duchovní př. hovořit s knězem, být na mši).

#### 5. motivy – „hnací síla“ – co vede uživatele k určité činnosti nebo naopak k nečinnosti

- klíčový pracovník zjišťuje, co aktivuje uživatele, jaké má zájmy a záliby,
- zjištěné informace pomáhají při motivaci uživatele k zapojení se do aktivit v péči o sebe sama i do volnočasových aktivit.



## 6. rizika

Definováním rizik, určením prevence, opatření či krizového plánu chrání klíčový pracovník uživatele, koordinuje jednotný postup týmu a chrání i sám sebe tím, že postupuje podle pravidel organizace, nikoliv podle vlastních subjektivních názorů.

Pracovník rozpozná a definuje riziko, zaznamená a dál s riziky pracuje takto:

- je-li míra rizika přiměřená, jedná se o prevenci (předcházení rizikových momentů uživatele), provede zápis do IP,
- je-li míra rizika vysoká (uživatel je ohrožen na zdraví či životě), navrhuje a vypracuje krizový plán.

## 7. osobní cíle uživatele

- osobního cíle uživatele je dosahováno konkrétními, přiměřenými, měřitelnými a dosažitelnými činnostmi a aktivitami,
- klíčový pracovník vychází ze získaných informací, z mapování, z přání uživatele, ze zjištěných potřeb, co motivuje uživatele a jaká hrozí rizika.

## 8. hodnocení míry dosažení osobního cíle uživatele

- klíčový pracovník se předem domluví s uživatelem na schůzce,
- není-li uživatel přístupný ke schůzce ohledně vyhodnocení cílů a potřeb, klíčový pracovník zaznamená tuto skutečnost „Individuálního plánu uživatele“, kolonka Záznamy v programu Cygnus 2,
- pracovník spolu s uživatelem hodnotí jednotlivé body individuálního plánování,
- pracovník zjišťuje nové informace a zaznamenává je,
- společně zjišťují, zda stanovený cíl byl správně určen a zda se realizovaly kroky k jeho naplnění a s jakým úspěchem,
- společně zjišťují, co se v průběhu plánovacího období podařilo a co se nepodařilo,
- společně domlouvají, zda v původně stanoveném cíli setrvávají, zda něco změní nebo zformulují cíl nový,
- vše pracovník zaznamenává do „Průběh plnění a hodnocení přání klienta (uživatele)“
- pokud došli společně k novým přání uživatele nebo k tomu, že cíl nebyl nastaven vhodně, klíčový pracovník vše zaznamená a nastaví cíle nové i způsoby jejich splnění, tzn. nastaví nový Plán péče v programu Cygnus 2.

### **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 uživatelského 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 s uživatelem pracovat, aby pobyt byl co nejméně zatěžující a péče se podobala zvykům a návykům péče doma,
- 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. Vždy je však brán zřetel na přání uživatele.

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 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 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 elektronickou formou v programu Cygnus 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. Veškeré informace jsou zaznamenány v Programu Cygnus a jsou k dispozici

v kartách jednotlivých uživatelů, hromadně jsou nejdůležitější informace k dispozici v sekci Komunikace – Předání služby.

Další informace jsou denně zaznamenávány do sešitu HLÁŠENÍ, který je vždy přístupný na pracovišti. 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 či 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. Zápis je pověřeným pracovníkům rozesílán také elektronickou poštou.

Porady vedoucích úseků a sociálních pracovníků svolává ředitelka nebo zástupce ředitelky dle potřeby, nejméně 1x měsíčně, 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.

## 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 |               |