



STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB 2019

DOMOV PRO SENIORY SVĚTLO, POBOČKA PÍSEK
KARLA ČAPKA 2549, 397 01 PÍSEK

IČO: 70 86 98 12

ZŘIZOVATEL:
JIHOČESKÝ KRAJ
U ZIMNÍHO STADIONU 1952/2
370 76 ČESKÉ BUDĚJOVICE

V / Individuální plánování průběhu sociální služby

STANDARD ČÍSLO: 5
ZMĚNA: 9
PLATNÁ OD: 1. 5. 2019
ROZSAH PŮSOBNOSTI: DS Světlo, pobočka Písek

Za aktualizaci zodpovídá: Bc. Martina Kolářiková, DiS.

Schválil: Mgr. Milada Chylíková

Vydáno: v tištěné podobě, na společném serveru DS Světlo, pobočka Písek

Určeno pro: zaměstnance DS Světlo, pobočka Písek, uživatele DS Světlo, pobočka Písek

Změnový list ke SQSS č. 5

| | |
|----------------|---|
| Změna č. | Původní vydání |
| Platnost od: | 01.01.2008 |
| Předmět změny: | V celém rozsahu |
| Změna č. | 1 |
| Platnost od: | 23.10.2009 |
| Předmět změny: | Změny v bodech: 1, 3, 5, 7 |
| Změna č. | 2 |
| Platnost od: | 17.1.2011 |
| Předmět změny: | Změny v bodech 1,2 |
| Změna č. | 3 |
| Platnost od: | 1.6.2011 |
| Předmět změny: | V celém rozsahu |
| Změna č. | 4 |
| Platnost od: | 1.7.2014 |
| Předmět změny: | V celém rozsahu |
| Změna č. | 5 |
| Platnost od: | 1.9.2015 |
| Předmět změny: | Aktualizovaná příloha č.4: Formulář pro zaznamenávání potřeb a osobních cílů |
| Změna č. | 6 |
| Platnost od: | 1.3.2016 |
| Předmět změny: | Zrušena příloha č. 4: Formulář pro zaznamenávání potřeb a osobních cílů, změny názvosloví podle programu Cygnus 2, zrušen Prvotní individuální plán |
| Změna č. | 7 |
| Platnost od: | 1.11.2016 |
| Předmět změny: | Bod 2, bod 3: „... ve spolupráci s vedoucím zdravotnického úseku.“ |
| Změna č. | 8 |
| Platnost od: | 1.4.2017 |
| Předmět změny: | Aktualizován bod 3.1: Proškolení klientů v SQSS č. 14 |
| Změna č. | 9 |
| Platnost od: | 1.5.2019 |
| Předmět změny: | V celém rozsahu |
| Změna č. | |
| Platnost od: | |
| Předmět změny: | |

Individuální plánování průběhu sociální služby

Individuální plánování průběhu sociální služby je důležitý proces, který by měl zajistit uživateli poskytování cílené podpory namísto plošné péče. Cílenou podporu nastavuje tak, aby odpovídala individuálním potřebám uživatele, podporovala jeho autonomii, nezvyšovala jeho závislost na službě a neprohlubovala jeho ztrátu soběstačnosti.

Důležitá je motivace uživatelů k činnostem, aktivní zjišťování přání a potřeb, ponechání prostoru pro rozhodování a přiměřená verbální i neverbální komunikace. Na základě dohody mezi uživatelem a poskytovatelem dochází během procesu individuálního plánování k nastavení poskytované sociální služby a způsobu jejího poskytování. Toto nastavení musí být v souladu s veřejným závazkem organizace. Vyhotovený individuální plán je zaznamenán v počítačovém programu Cygnus 2, konkretizuje osobní cíle, rozsah a průběh služby.

1. Dojednání průběhu služby

Proces individuálního plánování začíná již ve fázi jednání se zájemcem o službu, při kterém sociální pracovník zjišťuje, jaká jsou přání, očekávání, potřeby a záliby zájemce. Zároveň jsou zájemci sděleny základní informace o domovu, o možnostech poskytované sociální služby a o dalších formalitách potřebných k uzavření smlouvy.

Po vyzvání sociálním pracovníkem k nástupu do zařízení, probíhá dojednání sociální služby se žadatelem (zákonným zástupcem). Sociální pracovník předá žadateli (zákonnému zástupci) **Dotazník pro žadatele o poskytování služby sociální péče v Domově pro seniory** (dále jen Dotazník, viz příloha č. 2), který žadatel (zákonný zástupce) vyplní a přinese jej v den uzavírání smlouvy. Do dotazníku jsou zaznamenávána přání, potřeby a životní příběh žadatele. S vyplněním dotazníku může v den uzavírání smlouvy pomoci sociální pracovník. Tento dotazník je součástí agendy individuálního plánování a z něho získané informace slouží jako podklady pro individuální nastavení služby.

2. Uzavření smlouvy a individuální plánování

Přijetí uživatele do domova a uzavírání smlouvy probíhá zpravidla na pokoji. Sociální pracovník, zdravotní sestra, klíčový pracovník nebo pracovník v sociálních službách zjišťuje další relevantní informace pro poskytování vhodné cílené podpory a péče.

Uživatel je dle svých schopností seznámen s formou individuálního plánování služby a je mu přidělen klíčový pracovník (pracovník v sociálních službách, příp. zdravotní sestra, zdravotní asistent) zodpovědný za koordinaci a kvalitu individuálního plánování u konkrétního uživatele. Klíčový pracovník vykonává tuto funkci u maximálně pěti klientů. V případě, že je uživatel (zákonný zástupce) nespokojen s přiděleným klíčovým pracovníkem, může požádat o jeho změnu. Také klíčový pracovník může požádat o změnu – přidělení jiného klienta. O přidělení nebo změně klíčového pracovníka rozhoduje koordinátor individuálního plánování (dále jen koordinátor) ve spolupráci se sociálním pracovníkem.

3. Individuální plán a plán péče

Cílem individuálního plánování je komplexnější znalost uživatele a jeho situace a následné poskytnutí cílené podpory a pomoci s důrazem na podporu autonomie uživatele. Snahou je umožnit rozvoj či udržení stávajících schopností a dovedností a možnost rozhodovat o svém životě.

Za sestavení individuálního plánu a plánu péče jsou zodpovědní **klíčovní pracovníci**. Klíčovní pracovníci spolupracují s ostatním personálem na vytvoření vhodných podmínek pro poskytování individuální péče uživatelům. Pokud je klíčový pracovník dlouhodobě nepřítomen, o jeho zastupování rozhodne Koordinátor ve spolupráci se sociálním pracovníkem.

Individuální plán je souhrn cílů, jichž chce uživatel dosáhnout ve spolupráci s poskytovatelem. Pokud uživatel není schopen své cíle formulovat, pak se na formulaci cílů podílí zákoný zástupce a pracovní tým.

Plán péče na základě zdravotního stavu uživatele vymezuje rozsah a způsob podpory v jednotlivých oblastech poskytovaných činností dle § 49 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách – Oblasti základních činností.

Průběh vytváření individuálního plánu a plánu péče

a) Adaptační období

Adaptační období je časový úsek potřebný k získání informací o uživateli a podkladů pro individuální plánování. Začíná prvním dnem příchodu uživatele do zařízení a končí po uplynutí čtyř týdnů ode dne přijetí. Během tohoto období klíčový pracovník společně s uživatelem či zákonným zástupcem a dalšími pracovníky, kteří jsou s uživatelem v kontaktu (dále jen tým), spolupracují na vytvoření individuálního plánu a plánu péče.

Klíčový pracovník má k dispozici poznámkový formulář **Adaptační období** (viz příloha č. 1), který je součástí agendy individuálního plánování. Získané poznatky jsou zaznamenávány do PC programu Cygnus 2. Klíčový pracovník v adaptačním období seznámí uživatele dle jeho schopností s nouzovými a havarijními situacemi (Standard č. 14). Následně vždy jednou za půl roku toto seznámení opakuje.

b) Plán péče

Vychází z informací ze sociálního šetření, z Dotazníku a informací poskytnutých od uživatele (zákonného zástupce) v den uzavírání smlouvy. Plán péče vytváří klíčový pracovník nebo pracovník v sociálních službách přítomný u příjmu uživatele v programu Cygnus 2 nejpozději do týdne od uzavření smlouvy. Plán péče je rozdělen na několik částí. Jedná se o **Oblasti základních činností** a **Plán rizik**. Plán rizik sestaví klíčový pracovník na základě zjištění hrozícího rizika.

c) Individuální plán – osobní cíl

Je formulován klíčovým pracovníkem v programu Cygnus 2 po uplynutí čtyř týdnů adaptačního období. Vychází z informací, potřeb a přání uživatele zjištěných v rámci adaptačního období. U uživatelů, kteří nejsou schopni adekvátně verbálně komunikovat, probíhá při stanovení osobního cíle a určení potřeb a přání uživatele

spolupráce se zákonným zástupcem, příp. pracovním týmem. Osobní cíl je stanoven na základě dohody se zákonným zástupcem, pokud nejsou jeho přání v rozporu s vypořádanými přáními a potřebami uživatele.

Individuální plán je stanoven na čtvrt roku. Po uplynutí doby klíčový pracovník zhodnotí společně s uživatelem (zákonným zástupcem) jeho realizaci. V případě dosažení osobního cíle nastaví ve spolupráci s uživatelem (zákonným zástupcem) cíl nový.

d) Plán péče

Plán péče úzce navazuje na prvotní plán péče uživatele a stává se jeho nedílnou součástí. Jedná se o jednotlivé činnosti péče, u kterých uživatel potřebuje pomoc či podporu. Vychází z hodnocení prvotního plánu péče a zjištěných přání a potřeb uživatele. Skládá se z **poskytovaných činností** dle § 49 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a **plánu rizik**. Při práci s riziky musí pracovník umět riziko definovat a rozpoznat jeho aktuální míru. Důležitá je prevence – předcházení rizikům.

Plán péče je zaznamenáván do informačního systému Cygnus 2 a je nastaven na čtvrt roku. Po uplynutí této doby klíčový pracovník spolu s žadatelem zhodnotí plán péče a hodnocení zapíše do programu Cygnus 2.

4. Hodnocení průběhu individuálního plánování

Před koncem platnosti individuálního plánu a plánu péče probíhá jejich hodnocení. Děje se tak za účasti uživatele (s ohledem na jeho zdravotní stav), v důvěrném prostředí - zpravidla na pokoji uživatele. Společně zhodnotí, jakým způsobem a v jaké míře se podařilo stanovené plány naplnit. U uživatelů, kteří nejsou schopni adekvátně verbálně komunikovat a pochopit význam individuálního plánování, se na hodnocení individuálního plánování podílí zákonný zástupce, příp. pečující tým.

a) Hodnocení individuálního plánu

- ***Měsíční záznamy***

Klíčový pracovník jednou měsíčně zhodnotí v individuálním plánu uživatele průběh plnění stanoveného osobního cíle a zaznamená zjištěné informace v programu

Cygnus 2. Při hodnocení vychází z denních záznamů péče a z rozhovorů s uživatelem (zákonným zástupcem, příp. týmem).

- **Čtvrtletní hodnocení**

Individuální plán je sestavován na čtvrt roku. Po tomto období jej klíčový pracovník společně s uživatelem (zákonným zástupce, příp. týmem) zhodnotí. Hodnocení individuálního plánu zapíše v programu Cygnus 2.

- **Mimořádné hodnocení**

Pokud u uživatele nastane změna, která brání v realizaci stanoveného osobního cíle, je stávající individuální plán mimořádně zhodnocen, upraven, příp. je vytvořen plán nový. Totéž platí při naplnění stanoveného osobního cíle před uplynutím stanovené doby. Hodnocení je zaznamenáno v programu Cygnus 2.

b) Hodnocení plánu péče

- **Čtvrtletní hodnocení**

Plán péče je sestavován na čtvrt roku. Po tomto období jej klíčový pracovník společně s uživatelem (zákonným zástupce, příp. týmem) zhodnotí. Hodnocení plánu péče u jednotlivých oblastí základních činností se zapisuje v programu Cygnus 2.

- **Mimořádné hodnocení**

Pokud u uživatele nastane změna, která brání v realizaci stanoveného plánu péče, je stávající plán zhodnocen, upraven, popřípadě vytvořen plán nový. Hodnocení plánu péče se zapisuje obdobně jako průběžné hodnocení plánu péče v programu Cygnus 2.

Individuální plánování s uživateli se specifickými potřebami

a) Uživatelé s omezenou verbální komunikací a duševními funkcemi → informace potřebné ke stanovení individuálního plánu péče a osobního cíle získává klíčový pracovník od rodinných příslušníků. Při prováděných činnostech si pracovníci u uživatele všímají projevů libosti a nelibosti. Aktivně na tyto projevy spokojenosti a

nespokojenosti reagují. V případě projevů nespokojenosti hledají v týmu možné změny přístupu k uživateli.

b) Uživatelé s nízkou motivací → tito uživatelé jsou aktivně oslovováni, podporováni k autonomii a motivováni k různým činnostem. Jsou jim nabízeny různé aktivity, ať už činnosti všedního dne či aktivizační.

c) Uživatelé s potřebou specifické podpory pro porozumění sdělovaných informací → informace potřebné ke stanovení individuálního plánu péče a osobního cíle získává klíčový pracovník od uživatelů a zároveň spolupracuje s osobou blízkou uživateli, která zná způsob komunikace s uživatelem nejlépe. Způsob dorozumívání, vyhodnocení spokojenosti a nespokojenosti, souhlasu a nesouhlasu se řeší v rámci týmu, za spolupráce osoby blízké uživateli. Charakteristické projevy jsou uvedeny v individuálním plánu a pracovníci dle těchto informací při poskytování služby postupují.

V rámci vyhodnocení individuálního plánování se klíčový pracovník zaměřuje na projevy spokojenosti a nespokojenosti uživatele – mimiku, gesta, řeč těla.

Mgr. Milada Chylíková
ředitelka DS Světlo

Poznámka: K tomuto standardu se váže:

- Příloha č. 1 – Záznam z adaptačního období
- Základní informace pro zájemce o služby Domova pro seniory
- Směrnice č. 23 – fakultativních služeb domova pro seniory
- Domácí řád Domova pro seniory, pobočka Písek
- Metodika individuálního plánování
- Metodický pokyn – Předcházení a řešení rizikových situací

Adaptační období v Domově pro seniory Světlo

| | | |
|--------------------|------------------------|---------------------------|
| Jméno: | Datum narození: | Klíčový pracovník: |
| Příjem dne: | Pokoj: | |

1. týden od do

a) prostředí DS Světlo, orientace v prostoru

.....

b) zapojení do kolektivu, aktivity

.....

c) přání, potřeby

.....

d) zvyky, rituály

.....

e) jiné

.....

.....

2. týden od do

a) prostředí DS Světlo, orientace v prostoru

.....

b) zapojení do kolektivu, aktivity

.....

c) přání, potřeby

.....

d) zvyky, rituály

.....

e) jiné

.....

.....

3. týden od do

a) prostředí DS Světlo, orientace v prostoru

.....

b) zapojení do kolektivu, aktivity

.....

c) přání, potřeby

.....

d) zvyky, rituály

.....

e) jiné

.....

.....

4. týden od do

a) prostředí DS Světlo, orientace v prostoru

.....

b) zapojení do kolektivu, aktivity

.....

c) přání, potřeby

.....

d) zvyky, rituály

.....

e) jiné

.....

.....

HODNOCENÍ ADAPTAČNÍHO OBDOBÍ:

.....

.....

.....

.....

*Následně po adaptačním období je zpracováván **individuální plán**, který vytváří klíčový pracovník uživatele.*

Tento formulář slouží jako podklad pro individuální plán.