



# Standardy kvality sociálních služeb

<b>Standard č. 5</b>	<b>Individuální plánování průběhu sociální služby</b>
<b>Aktualizace platná od:</b>	<b>1. 3. 2020</b>

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

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a dále dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.



### **Doklady o naplňování standardu v zařízení:**

#### **Písemné doklady:**

- Dokument „Standardy kvality Dům seniorů Mladá Boleslav“ (web, k nahlédnutí v zařízení )
- Dokument „Standardní ošetrovatelské postupy“ (sociální a zdravotní postupy)
- Provozní řád
- Individuální plán klienta (uložen v denní místnosti na 2. patře)
- Přílohy, které jsou součástí IP:
  - Osobní rozhovor
  - Rizikový plán
  - Vykazování péče
  - Souhlas s použitím postranic (pokud je s uživatelem dojednáno)
  - Souhlas s dobrovolníkem (pokud je s uživatelem dojednáno)
- GDPR – nařízení Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobním údajů a o volném pohybu těchto osob a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).
- Zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

#### **Důkazy v každodenní praxi:**

- Záznamy dosavadního individuálního plánování.
- Záznamy o běžném průběhu sociální služby.
- Usilování o individuální (nikoliv plošné) poskytování každodenní péče a podpory uživatelům – dle jejich možností a přání.
- Dodržování specifických přístupů a postupů péče u některých uživatelů.

Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatele a je postaveno především na jeho schopnostech. Průběh služby je přiměřeně plánován a vychází především z vnitřních zdrojů a možností uživatele, sleduje dosažení dohodnutých osobních cílů a je plánován společně s uživatelem.

Zdroj: „Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, průvodce poskytovatele, Praha 2002“.



**Kritérium 5. a)**

*Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.*

*Motto:*

*„Nikomu nepomůžeš, budeš-li za něho dělat to, co může udělat sám“*

*(Abraham Lincoln)*

Práce s individuálními plány je dle GDPR součástí práce s osobními údaji uživatele vychází ze zákona jako povinnost poskytovatele sociálních služeb, viz příloha č. 2, Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006Sb.).

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

Důležitá je motivace uživatelů k činnostem a jejich aktivní zapojení. Vycházíme ze zjištěných přání, zvyků, dosavadních zájmů a potřeb uživatele. Při individuálním plánování je důležité dbát na přiměřenou verbální i neverbální komunikaci. Během tohoto procesu dochází k vyjednávání způsobu poskytování služby mezi uživatelem a poskytovatelem sociální služby v souladu s posláním a cíli organizace.

**Individuální plán** je souhrn cílů, jichž chce uživatel dosáhnout ve spolupráci se zařízením.

Cílem individuálního plánování je lepší poznání uživatele a jeho situace pro poskytnutí cílené podpory, která mu umožní rozvíjení či udržování svých schopností, dovedností a kontroly nad svým životem. Pokud uživatel není schopen své cíle formulovat, pak se na formulaci cílů podílí zákonný zástupce a stanovený tým (vedoucí sociálního úseku, pracovník v sociálních službách, klíčový pracovník, rehabilitační pracovník, aktivizační pracovník).

**Plán podpory IP uživatele, tzv. výkazy péče** vymezují rozsah a způsob podpory v jednotlivých oblastech poskytovaných činností (denní, aktivizační a sociální) a jsou měsíčně uloženy jako příloha IP.

Za sestavení individuálního plánu a plánu podpory IP uživatele jsou zodpovědní **klíčoví pracovníci**. Klíčoví pracovníci spolupracují s ostatním personálem na vytvoření vhodných podmínek pro poskytování individuální péče uživatelům. **Pokud je klíčový pracovník dlouhodobě nepřítomen, o jeho zastupování rozhodne vedoucí sociálního úseku ve spolupráci s pracovníkem v sociálních službách (sociální pracovnice).**



### **Pravidla plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby:**

Každý individuální plán obsahuje tyto údaje:

- Jméno a příjmení,
  - Datum nástupu uživatele,
  - Ročník narození,
  - Spolupráce s dobrovolníkem,
  - Souhlas s pořizováním audiovizuálních materiálů (uložen u sociální pracovnice),
  - Jméno a příjmení klíčového pracovníka,
  - Údaje o kontaktní osobě,
  - Osoby, které mohou nahlížet do dokumentace IP,
  - Opatrovník (pokud je stanoven),
  - Označení prádla a nastavená dieta uživatele,
  - Cíl uživatele,
- 
- Individuální plán vzniká na základě vzájemné dohody mezi uživatelem a poskytovatelem.
  - Individuálním plánem provází uživatele klíčový pracovník.
  - Klíčového pracovníka navrhuje vedoucí sociálního úseku a o rozdělení klíčových pracovníků následně informuje ředitelku zařízení.
  - Dalším bodem je stanovení podpory, kterou bude uživatel z naší strany potřebovat a naopak co vše zvládne svou pomocí = **stanovené kroky**.
  - Individuální plán vzniká jako výraz partnerství mezi uživatelem a klíčovým pracovníkem, v případě potřeby zapojení dalších osob do plnění stanoveného cíle uživatele, jsou do daného partnerství zapojeny další osoby (například rodinní příslušníci, dobrovolníci apod.).
  - Časovou náročnost plánování, si klíčový pracovník domlouvá s uživatelem.
  - Jak bude plánování probíhat a stanovení kroků k dosažení cíle uživatele, je vždy na domluvě mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem samotným.
  - Originál individuálního plánu je uložen na denní místnosti ve 2. patře.
  - Klíčový pracovník musí seznámit uživatele s tím, že všichni pracovníci, kteří se podílejí na poskytování a plánování služby, budou předávat KP informace o postupu spolupráce, který následně tyto informace zaznamená do IP (pokroky, pozitiva, ale i negativa).
  - Dále může do IP nahlížet ředitelka zařízení, vedoucí sociálního a zdravotního úseku, pracovník v sociálních službách, manažerka kvality a pokud si to uživatel přeje i kontaktní osoba.

### **Kontrolní činnost klíčového pracovníka:**

- Kontrolu individuálních plánů provádí vedoucí sociálního úseku, pracovník v sociálních službách a ředitelka zařízení, popřípadě jiný kompetentní pracovník.
- Kontrola probíhá 1–2 x ročně za účasti klíčového pracovníka.
- Způsob kontroly:
  - Předložení individuálního plánu u vybraných uživatelů a jejich prostudování.
  - Provedení rozhovoru s klíčovým pracovníkem vybraných uživatelů.
  - Posouzení všech šetření a vyhodnocení průběhu individuálního plánu.
  - Klíčový pracovník je s výsledky kontroly následně seznámen.



### • **Plánování**

Dům seniorů Mladá Boleslav poskytuje služby na základě individuálně určených potřeb každého uživatele. Individuální plánování je tedy proces vyjednávání s uživatelem, kdy vyhodnocujeme a plánujeme poskytování služby tak, aby bylo v co možná největší míře přizpůsobené potřebám, přáním a představám konkrétního uživatele a vedlo k naplňování jeho osobních cílů, s ohledem na respektování domovního řádu a možností zařízení.

Hlavním výstupem individuálního plánování je tedy podpora a péče přizpůsobená potřebám, přáním a představám uživatele, nikoliv vyplněný individuální plán. Individuální plán (dále jen IP) je pouze důkazem celého procesu individuálního plánování.

Individualizovaná sociální služba musí ovšem respektovat i fakt, že se na ní podílí tým pracovníků, nejen jeden klíčový pracovník konkrétního uživatele. Proto musí být zajištěn i dostatečný efektivní způsob předávání informací (viz porady sociálního úseku).

### • **Přehodnocení**

Přehodnocování cíle provádí klíčový pracovník společně s uživatelem. Uživatel má právo ovlivňovat průběh poskytované služby a může navrhnout změnu osobního cíle. Klíčový pracovník může také navrhnout změnu osobního cíle (pokud se vyskytnou takové okolnosti, které splnění tohoto cíle znemožní nebo pokud je osobní cíl nereálný), ale je pouze na uživateli, zda s tím bude souhlasit.

Změna poskytované služby se může provést dle potřeby uživatele nebo při pravidelném hodnocení individuálního plánu 1x za půl roku. Tato změna se provede buď na přání uživatele nebo na základě podnětu klíčového pracovníka, který tuto změnu projednal v pracovním týmu a posléze i s uživatelem, který souhlasí, popřípadě nesouhlasí s touto změnou.

---

### **Součástí IP je:**

- výkaz péče,
- rizikový plán,
- osobní rozhovor,
- souhlas s použitím postranic (pokud je dohodnuto) – kopie,
- souhlas s dobrovolníkem (pokud je dohodnuto) – kopie.



## Kritérium 5. b)

*Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.*

### Plánování individuálního plánu

Individuální plán je veden v písemné podobě. Uživatel je informován o individuálním plánování již ve fázi jednání se zájemcem o službu (SQ 3), při kterém sociální pracovník zjišťuje, jaká jsou přání, očekávání, potřeby a záliby zájemce a následně během příjmu uživatele do zařízení (SQ 4). Během adaptační fáze je uživateli představen klíčový pracovník, který uživatele adaptačním obdobím provází a získává si postupně důvěru uživatele. V rámci této doby, klíčový pracovník společně s uživatelem či s jeho zákonným zástupcem a dalšími pracovníky, kteří jsou s uživatelem v kontaktu (dále jen tým), spolupracují na vytvoření individuálního plánu. Získané poznatky jsou pravidelně zapisovány.

### **Adaptační období**

Adaptační období je společným časovým úsekem pro získání podkladů pro individuální plánování, v délce 1 měsíce. Dále pak během dalších 2 měsíců nastává období přivykání si stanoveným krokům v individuálním plánu a prohlubování spolupráce. První kontakt s klíčovým pracovníkem probíhá 14 dní po přijetí do zařízení, kdy je uživateli představen klíčový pracovník. Klíčového pracovníka představuje pracovník v sociálních službách (sociální pracovník). Zhruba za dalších 14 dní probíhá osobní rozhovor klíčového pracovníka s uživatelem a sestavení IP. Během tří měsíců adaptačního období se snažíme nastavit individuální plánování, tak aby s ním byl uživatel spokojen.

### **Individuální plán – osobní cíl**

Je vytvářen klíčovým pracovníkem a uživatelem, vychází ze zjištěných přání a potřeb uživatele. V plánu jsou zaznamenány přání uživatelů, kteří jsou svá přání schopni vyslovit. U uživatelů, kteří nejsou schopni verbálně komunikovat, probíhá spolupráce s týmem za použití alternativních způsobů komunikace. Při sestavování individuálního plánu u osob s omezenou/zbavenou právní způsobilostí se řídíme doporučeními opatrovníka, pokud nejsou v rozporu s vypořádanými přáními a potřebami uživatele.

### **Výkaz péče**

Jedná se o jednotlivé potřeby uživatele, se kterými uživatel potřebuje pomoc či podporu. Vychází ze zjištěných přání a potřeb uživatele. Skládá se z poskytovaných činností (denní, aktivizační a sociální).

---

### Rozčlenění individuálního plánu:

- datum sestavení a četnost spolupráce,
- **potřeby a vize + uvedeno oslovování uživatele dle jeho přání,**
- cíl uživatele,
- dojednaná podpora (sestavení kroků): ze strany uživatele / ze strany zařízení,
- kontrola průběžného plnění 1 x měsíčně, kterou provádí pracovník v sociálních službách (sociální pracovník),
- cesta k plnění cíle – měsíční záznamy / vyhodnocování cíle uživatele (2x ročně).

### **Individuální plánování s uživateli se specifickými potřebami**

- a) Uživatelé s omezením v komunikaci – informace potřebné ke stanovení individuálního plánu péče a osobního cíle získává klíčový pracovník od rodinných příslušníků. Při veškerých činnostech si pracovníci všímají projevů libosti a nelibosti uživatele. Aktivně na tyto projevy spokojenosti a nespokojenosti reagují. V případě projevů nespokojenosti hledají v týmu možná řešení přístupu k uživateli.
- b) Uživatelé s nízkou motivací - tito uživatelé jsou aktivně oslovováni a motivováni k činnostem. Jsou jim nabízeny různé aktivity nabízené zařízením.
- c) Uživatelé s potřebou specifické podpory pro porozumění - informace potřebné ke stanovení individuálního plánu péče a osobního cíle získává klíčový pracovník částečně od uživatelů a částečně od rodinných příslušníků. Způsob dorozumívání, vyhodnocení spokojenosti a nespokojenosti, souhlasu a nesouhlasu se řeší v rámci týmu. Charakteristické projevy jsou uvedeny v individuálním plánu a pracovníci dle těchto informací při poskytování služby postupují. Uživatelům s výše uvedenými specifickými potřebami, kteří je nejsou schopni adekvátně sdělit, je v rámci individuálního plánování poskytováno více specifické péče k zjištění potřeb a přání. V rámci vyhodnocování individuálního plánování se klíčový pracovník zaměřuje na projevy spokojenosti a nespokojenosti uživatele – mimiku, gesta, řeč těla.

### **Spolupráce s rodinou**

Při eventuálním zájmu rodiny lze z rozhovoru zjistit, jaký motivační postoj rodina má a zda spolupráci vítají a jsou jí nakloněni.

Neuvede-li uživatel jinak, jsou členové rodiny uvedeni jako kontaktní osoby, tudíž mohou spolupracovat na IP uživatele, pokud si to uživatel výslovně přeje.



Individuální plánování.



### Kritérium 5. c)

*Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.*

#### **Způsob přehodnocování procesu služby**

Hodnocení probíhá za účasti uživatelů, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav. Probíhá před koncem platnosti do stanoveného data kontroly v důvěrném prostředí uživatele – převážně na pokoji případně na jiném místě, u kterého je vyzorováno, že je klidné a pro uživatele příjemné. U uživatelů, kteří jsou schopni komunikovat, klíčový pracovník vyzoruje nejvhodnější dobu na hodnocení (záleží na aktuálním zdravotním stavu uživatele nebo jeho psychickém rozpoložení) a dle jejich schopností plány společně zhodnotí. U uživatelů, kteří nejsou schopni se na hodnocení podílet, probíhá hodnocení za přítomnosti pracovního týmu složeného ze zástupců pracovníků v sociálních službách (ppp, sociální pracovník, sociálního pracovníka a dalších pracovníků, kteří spolupracují s uživatelem na jeho individuálním plánu, popřípadě za přítomnosti opatrovníka.

#### **Hodnocení adaptačního období**

Klíčový pracovník společně s uživatelem (popřípadě dle potřeby s týmem) zhodnotí individuální plán a výkaz péče po adaptační době. Hodnocení individuálního plánu se zapisuje do „Vyhodnocení realizace cíle“.

#### **Hodnocení individuálního plánu**

##### - Průběžné záznamy

Klíčový pracovník jednou měsíčně zhodnotí z individuálního plánu uživatele průběh plnění stanoveného osobního cíle a zaznamená zjištěné informace do „Průběžných záznamů realizace cíle“. Při měsíčních záznamech osobního cíle vychází jak z denních záznamů péče, které zaznamenává personál, který je s uživatelem v kontaktu, tak z rozhovorů s uživatelem (opatrovníkem, pokud se podílí a eventuálně s týmem).

##### - Půlroční hodnocení

Individuální plán se hodnotí 1 x za půl roku. Po tomto období jej klíčový pracovník společně s uživatelem (popřípadě s opatrovníkem a týmem) zhodnotí. Výsledek hodnocení se zapisuje do „Vyhodnocení realizace cíle“. Následně 1 x ročně je vyhodnocena celá roční práce na IP a je domluveno, zda se v daném IP bude pokračovat nebo se stanoví nový cíl a tím i nové IP.

##### - Mimořádné hodnocení

Pokud u uživatele nastane nějaká změna, která brání v realizaci stanoveného osobního cíle, je stávající individuální plán zhodnocen, upraven, popřípadě vytvořen nový.





**Kritérium 5. d)** *Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.*

Klíčový pracovník je osoba, která provádí individuální plánování s uživatelem. A na základě toho se mu dostává přiměřené podpory formou školení, supervizí nebo konzultací.

**Kdo určuje klíčového pracovníka:**

Rozdělení klíčových pracovníků provádí vedoucí sociálního úseku ve spolupráci s pracovníkem sociálních služeb. O rozdělení klíčových pracovníků je informována ředitelka zařízení.

Pokud si uživatel přeje **změnu klíčového pracovníka**, sdělí toto své rozhodnutí vedoucímu sociálního úseku, sociální pracovníci nebo přímo svému aktuálnímu klíčovému pracovníkovi. Posléze se vše projedná v týmu společně s uživatelem a případným novým klíčovým pracovníkem. Jestliže bude uživatel souhlasit s určením nového klíčového pracovníka, tak mu je následně představen.

**Dovednosti klíčového pracovníka:**

- Je schopen komunikovat a vést s uživatelem rozhovor.
- Umí reagovat na situace, které vyplívají z jednání s uživatelem.
- Je empatický (umí se vcítit do pocitů a nálad uživatele, umí pochopit proč se tak chovají).
- Poskytuje přiměřenou podporu a podporuje pouze reálné cíle a přání.

**Povinnosti klíčového pracovníka, vedle běžné činnosti PPP:**

- Pracuje na individuálním plánu s uživatelem.
- Klíčový pracovník pravidelně navštěvuje „svého“ uživatele v průběhu své služby.
- Zjišťuje jeho spokojenost a vyhodnocuje ve společném rozhovoru jeho momentální potřeby.
- Pomáhá řešit s uživatelem jeho problémy.
- V případě potřeby vážnějšího řešení nebo rozhodnutí se obrátí na přímého nadřízeného pracovníka, který situaci pomůže vyřešit nebo domluví schůzku širšího týmu.
- Klíčový pracovník seznamuje uživatele s aktivitami probíhajícími v zařízení.
- Klíčový pracovník podporuje uživatele v jeho zapojení do aktivit.
- Klíčovní pracovníci se řídí „Etickým kodexem pracovníků Dům seniorů Mladá Boleslav (příloha SQ 2).
- Klíčový pracovník hledá možnosti, jak zapojit uživatele do procesu řešení jeho problémů.
- Klíčový pracovník zachází s uživatelem s taktem a pochopením a respektuje jeho soukromí a intimitu.

**Seznam přidělených klíčových pracovníků k jednotlivým uživatelům je uložen v kanceláři sociální pracovnice, která ho v případě potřeby aktualizuje.**



**Kritérium 5. e)**

*Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.*

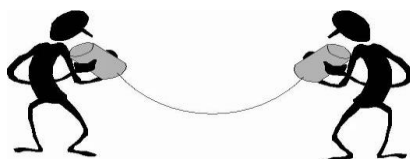
**Metody pro získávání potřebných informací:**

- Prostudování Žádosti o poskytování služby v Domě seniorů Mladá Boleslav + Vyjádření lékaře (prostuduje vedoucí sociálního úseku a vedoucí zdravotního úseku).
- Rozhovorem se žadatelem, rodinnými příslušníky (rozhovor vede vedoucí sociálního úseku, pracovník v sociálních službách nebo vedoucí zdravotního úseku).
- Pozorování uživatele při příjmu a během adaptační doby (pracovníci přímé péče, zdravotní personál, vedoucí sociálního úseku a zdravotního úseku, pracovník v sociálních službách a další, kteří s uživatelem přijdou do styku).
- Rozhovorem s uživatelem, případně rodinnými příslušníky (pracovníci přímé péče, zdravotní personál, vedoucí sociálního úseku a zdravotního úseku, sociální pracovnice a další, kteří s uživatelem přijdou do styku).

Každý rozhovor a získaná informace, jsou sděleny uživatelem ze svobodné vůle, není na něj vyvíjen žádný nátlak a vždy je k němu přistupováno ohleduplně a citlivě.

**Každá získaná informace, se neprodleně запиše a sdělí kompetentnímu zaměstnanci, který s ní nadále pracuje. Metody předávání potřebných informací mezi zaměstnanci:**

- Předávání směny a hlášení „ošetřovatelské zápisy“ uloženy na denní místnosti, kterou každý den kontroluje vedoucí sociálního úseku. Zde si pracovníci přímé péče předávají i informace v rámci IP, co je vše potřeba u jednotlivých uživatelů vykonávat, pokud zrovna není ve službě jejich klíčový pracovník.
- Pravidelné porady, které probíhají 1x týdně převážně v pondělí. Porady vede vedoucí sociálního úseku, za přítomnosti pracovníka v sociálních službách, vedoucí zdravotního úseku a v některých případech i za přítomnosti ředitelky. Těchto porad se účastní pracovníci přímé péče, aktivizační pracovníci a fyzioterapeutky. Z celé porady je provedený zápis, kteří podepíší všichni pracovníci i ti, kteří na poradě v daný den nebyly, a to z toho důvodu, aby se i oni seznámili s informacemi, které v ten den na poradě byly sděleny. Slouží i k rozebrání případných IP, u kterých KP potřebuje rady od kolegů v přímé péči.
- Dále mají pracovníci přímé péče = klíčový pracovníci k dispozici na denní místnosti sešit „Podněty, náměty, změny k IP“, který pracovník v sociálních službách pravidelně kontroluje.





**Přílohy:**

- I. Individuální plán klienta
- II. Práce s rizikem při poskytování sociální služby
- III. Rizikový plán