

**STANDARD Č. 5 :****Individuální plánování**

ZÁVAZNÉ PRO: všechny zaměstnance sociální služby

ZPRACOVAL: kolektiv zaměstnanců

SCHVÁLIL: Bc. Miroslav Nosek

Za vydávání a aktualizaci metodiky služby je zodpovědný Bc. Miroslav Nosek.

Pracovníci byli seznámeni s aktuální verzí metodiky služby.

DATUM	JMÉNO A PŘÍJMENÍ	PODPIS PRACOVNÍKA

Vytvořeno dne: 1.1.2015

Aktualizováno dne: 1. 1. 2015

Zodpovědná osoba: Bc. Miroslav Nosek

.....
Podpis, razítko

Individuální plánování je podstatnou zásadou poskytované sociální služby. Pečovatelská služba města Miletín vychází z individuálně určených potřeb a osobních cílů uživatelů. Jde o proces sblížení představ a ujednání mezi uživatelem a poskytovatelem služby. V závislosti na dohodnutém cíli je pak naplánován postup, jakými bude cíle dosaženo.

Hlavní zásady individuálního plánování služby a popisu průběhu plánování

- Proces individuálního plánování začíná již v jednání se zájemcem o službu, kdy jsou zjišťovány potřeby a osobní cíle uživatele (viz standard č. 4).
- Při plánování jsou zohledňovány schopnosti a potřeby uživatele.
- Konečnou podobou výsledku procesu plánování je „individuální plán“.

Organizace plánování

- Základní podmínkou IP je vzájemné působení a komunikace mezi uživatelem a dalšími účastníky plánování. Plánuje se průběh poskytování služby, který vede k naplňování osobních cílů uživatele a řešení jeho situace.
- Za IP a průběh služby zodpovídají klíčový pracovník - PSS a SP.
- Účastníci plánování jsou: uživatel, klíčový pracovník, sociální pracovník a další fyzické osoby, které vstupují do plánování (např. opatrovníci, zákonní zástupci, osoby blízké aj.)
- Místo plánování je Pečovatelská služba Miletín. Probíhá v čase, na kterém se dohodne uživatel a klíčový pracovník.
- IP je vyhotovován v písemné podobě.
- Uživatel služby má právo odmítnout písemné zpracování individuálního plánování. V tomto případě své rozhodnutí neplánovat potvrdí svým podpisem. (Není-li uživatel schopný podpisu nebo podpis odmítne, pak jeho vůli potvrdí klíčový pracovník a sociální pracovník). V následujícím období klíčový pracovník vhodně motivuje uživatele k zapojení do individuálního plánování. Každý osobní kontakt a pohovor klíčový pracovník zaznamenává do příslušných formulářů individuálního plánování daného uživatele. Pokud se rozhodnutí uživatele do 3 měsíců od jeho rozhodnutí nezmění, pak sestavuje individuální plán jeho klíčový pracovník na základě přímého pozorování, hypotéz a analýzy prostředí, studií dokumentace. S IP seznámí uživatele (jeho osobu blízkou, opatrovníka).

Zkoumání situace

V průběhu uzavírání smluvního vztahu probíhá osobní pohovor sociálního pracovníka s uživatelem/osobou blízkou, opatrovníkem. Jde o tzv. mapování. Tato část je nutná, aby všichni účastníci plánování porozuměli stávající situaci uživatele. Mapování zahrnuje sběr informací a její aplikaci v IP. Používají se následující metody: pozorování, rozhovor, naslouchání, seznámení s dokumentací. Součástí mapování je vypracování osobního profilu uživatele a analýza oblastí potřebné podpory.

- a) **Osobní profil** zahrnuje seznam důležitých mezníků a událostí v životě uživatele. Jde o popis současného vztahu a představ uživatele o jeho budoucnosti v oblastech: života doma, společenského života, pracovního uplatnění, vzdělání, zdraví a bezpečnosti, chování, vztahů, ochrany a práva.

b) **Oblasti potřebné podpory** zahrnuje to, co uživatel potřebuje ke zvýšení míry sociálního začlenění, osobnímu rozvoji a spokojenosti v běžném životě.

c) **Krátkodobý individuální plán** - osobní profil a analýza potřeb uživatele jsou zdrojem informací pro plánování. Sestavování IP probíhá na základě vyjádření uživatele a podpory klíčového pracovníka (popř. jiných zúčastněných osob — opatrovníci, zákonní zástupci, osoby blízké) Krátkodobý IP je sestavován 1 x za 3 měsíce. Cílem je stanovit prioritní cíle/představy uživatele o poskytované službě a dosahovaného cíle spolupráce. Vzhledem k životním zkušenostem uživatele je nutné formulovat cíle a představy srozumitelným způsobem. Součástí plánu je vymezení postupných kroků, díky kterým bude cíl dosažen a překážky, popř. rizika, které by mohly uskutečnění cíle narušit (uvědomění si rizikových situací). Vymezení míry rizika spočívá v definování nebezpečných situací, které mohou v případě uživatele nastat.

d) **Přehodnocování plánu** probíhá po uplynutí 3 měsíců od doby sjednání konkrétního/ch cílů. Plán si vyhodnocuje uživatel s klíčovým pracovníkem (popř. jsou přizváni i další zúčastněné osoby). Výstupem je pokračování IP nebo jeho dílčí změny formou přehodnocení či stanovení nového IP.

V rámci přehodnocování IP dle předem smluveného termínu jsou zjišťovány tyto skutečnosti:

- Komparace skutečného stavu se zapsaným.
- Důležité události související s poskytováním služby odehrané v mezidobí mezi návštěvami.
- Spokojenost uživatele s poskytovanými službami – zda četnost a úkony uživateli vyhovují tak, jak jsou nastaveny – případně reakce na změnu či připomínky.
- Platnost osobního cíle, případně jeho změna.
- Změna potřeb, situace.

Záznam z přehodnocování IP má následující strukturu:

- náležitosti IP (viz. výše),
- zhodnocení dosavadního průběhu služby – náměty, připomínky,
- stručný obsah rozhovoru s uživatelem, popř. jeho nálada, stav apod.,
- případné změny v IP,
- zlepšení / zhoršení či rozvoj stavu uživatele,
- předpokládaný termín další konzultace/setkání s uživatelem nad IP,
- datum a podpis osoby, která zápis provedla.

V případě potřeby a je-li to přání klienta, dochází k rozšiřování smlouvy o další úkony péče a sestavují se další individuální plány péče.

Na přehodnocování se podílí klíčový pracovník a SP, který každého uživatele služby k tomuto účelu osobně navštíví v intervalu zpravidla 1x za 3 měsíce, pokud situace uživatele nevyžaduje dřívější konzultaci. Při aktualizaci mohou spolupracovat zákonní zástupci uživatele služby, rodinní příslušníci, pečující či jiné osoby, které si uživatel určí. Metodou sběru dat je zejména rozhovor, využít lze ale i studium dokumentace (např. lékařské zprávy, pokud je má uživatel u sebe a chce, aby si je přečetli druhé osoby – důležité např. při úkonu péče dozor nad podáním léků) a pozorování. SP pravidelně

spolupracuje s PSS (zejména prostřednictvím rozhovorů či písemné – elektronické komunikace).

Plánování s ohledem na cíle a možnosti osoby

Při plánování vnímáme uživatele jako partnera a v co nejvyšší možné míře ho podporujeme při získávání samostatnosti a nezávislosti na poskytovaných službách, podporujeme ho ve využívání dostupných veřejných služeb.

Osobní cíl musí splňovat kritéria SMART (specifický, měřitelný, akceptovatelný, reálný, realizovaný v čase). V závislosti na tom jsou cíle dlouhodobé, střednědobé, krátkodobé.

Důležité je stanovení překážek při naplňování cílů. Jsou stanovena měřitelná kritéria k naplňování cílů. K dosažení cílů se využívají zdroje vnitřní (to, co může uživatel udělat sám, s podporou) a běžné zdroje, které se nachází mimo zařízení. Jsou stanoveny dílčí kroky k dosažení cíle s určením termínů plnění.

Určení klíčového pracovníka

Klíčový pracovník je pracovníkem pečovatelské služby v Miletíně na pozici pracovník v sociálních službách zařazení do platové třídy . Klíčový pracovník hájí zájmy uživatele, všímá si jeho potřeb, cílů. Uživatel se na něj obrací se svými potřebami a problémy (může tak však učinit i na kteréhokoliv jiného pracovníka pečovatelské služby). Klíčový pracovník je s uživatelem v blízkém kontaktu, podporuje ho v samostatném rozhodování a uplatňování vlastní vůle. Plánuje s uživatelem individuální průběh poskytování služby a je za plánování zodpovědný. Klíčový pracovník je určen sociálním pracovníkem při uzavření smlouvy o poskytování pečovatelské služby. V určení klíčového pracovníka může nastat změna na žádost uživatele nebo klíčového pracovníka. V případě dlouhodobé nepřítomnosti klíčového pracovníka (min. 1 měsíc), je sociálním pracovníkem ustanoven jeho zástupce.

Kompetence klíčového pracovníka:

- Zodpovídat za průběh poskytování sociální služby (úkonů péče) v souladu s individuálním plánem.
- Řešit s přiděleným uživatelem otázky týkající se poskytování služby.
- Aktivně si všímat zájmů, potřeb, hodnot a cílů uživatele, iniciovat případné změny – věnovat uživateli zvýšenou pozornost.
- Být uživateli jakýmsi důvěrníkem, osobou, na kterou se může obrátit (ústně – osobně, telefonicky nebo písemně – e-mail, dopis) v případě potřeby zprostředkování pomoci.
- Rozumět svěřenému uživateli.

Cílem klíčového pracovníka je podpořit uživatele v jeho světě, v tom mu pomoci žít, nikoliv mu vnucovat svět těch druhých, jeho názory a myšlení. Je jakýmsi průvodcem uživatele na jeho cestě. Poskytuje rady a způsoby řešení životní situace uživatelů, nechává však prostor rozhodnout se a svobodnou vůli každého jedince. Nabízí možnosti řešení, neříká ale, jak se má uživatel zachovat, objasňuje výhody i nevýhody, aby měl uživatel dostatek informací ke kvalifikovanému rozhodnutí.

Klíčový (ani jiný) pracovník neřeší problémy, které mu nenáleží, nevycházejí z jeho kompetencí.

Nároky na klíčového pracovníka:

Klíčový pracovník má kompetence (pravomoci) – znalosti, dovednosti, návyky a předpoklady (morální, charakterové) získané příslušným vzděláním, zkušenostmi a vyzrálostí vlastní osoby:

- minimálně střední vzdělání s výučním listem a kvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách,
- znalost standardů sociálních služeb a dalších souvisejících dokumentů,
- znalost principu plánování a ochota naslouchat uživateli služby a pozorovat jej,
- rovnocenný přístup k uživatelům služby – jednání s úctou, vědomím jedinečnosti,
- vytváření bezpečného a důvěrného prostředí,
- chránění práv a základních svobod uživatele,
- sebevzdělávání se v odborném i osobnostním rozvoji,
- znalost poslání organizace, v níž pracuje a cílové skupiny vč. nabídky služeb,
- aktivní naslouchání,
- umění vést rozhovor,
- řízení dle etického kodexu pečovatelky.

Práva a povinnosti klíčového pracovníka:

- Tvořit a přehodnocovat individuální plán spolu s uživatelem služby a dalšími zúčastněnými osobami (blízké osoby uživatele, rodinní příslušníci, pečující osoby, sociální pracovníci).
- Koordinovat a řídit plánování u přiděleného uživatele a vést rozhovory s ostatními osobami zapojenými do procesu plánování.
- Zodpovídat za to, že údaje v plánování odpovídají skutečnosti. Vše svědomitě zapisovat do příslušných formulářů (Denní záznam o úkonech pečovatelské služby a Záznam o provedení úkonu). Seznamovat další zaměstnance s individuálním plánem a celým procesem individuálního plánování.
- Právo vyžádat si konzultaci s pracovníkem, který zodpovídá za metodické vedení klíčových pracovníků.
- Povinnost mít dostatek času pro každého uživatele dle jeho individuálních potřeb.
- Povinnost chránit uživatele v případě, že by mu hrozilo nějaké nebezpečí.

Předávání informací mezi zaměstnanci

Předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování služby, o změnách v psychickém i fyzickém stavu uživatelů, o jejich chování a změnách jejich zdravotního stavu probíhá formou každodenních schůzek v průběhu dne. Každou změnu hlásí klíčový pracovník SP a ten následně reaguje na danou informaci. Předávání a přebírání informací o změnách ve službě se provádí ústně. Pokud nastane mimořádná událost, vyhotoví PSS či SP záznam do „denního záznamu.“ a současně klíčový pracovník do individuálního plánu uživatele.

Informace o uživatelích služby si pracovníci předávají dále na poradách (většinou v intervalech 2 měsíce). Závažné problémy řeší vedoucí pracovník – SP.

Termíny sestavování krátkodobých IP:

1. Při uzavření smlouvy o poskytování pečovatelské služby s uživatelem.
2. Dále pak v pravidelných 3 měsíčních intervalech (stejně tak jeho vyhodnocení).
3. Vždy, když uživatel projeví zájem o změnu daného krátkodobého individuálního plánu.

Vedení individuálních plánů

Individuální plány jsou vedeny v písemné podobě a jsou uloženy v kanceláři sociálního pracovníka. Přístup k nim má i PSS. V případě zájmu má uživatel (jeho osoba blízká, opatrovník) možnost do svých záznamů nahlížet.

Osobní cíl uživatele/cíl spolupráce

Osobní cíl uživatele / cíl spolupráce je vnímán jako souhrn krátkodobých individuálních plánů, které jsou v průběhu služby zpracovány a vyhodnocovány.

Revize cílů uživatele/cílů spolupráce probíhá 1 x ročně, a to vždy k 31. 12. daného roku.

V Miletíně dne 1. 1. 2015