

STANDARD Č. 5

Individuální plánování průběhu poskytování pečovatelské služby

Platný od 26. 4. 2017

Individuální plánování pečovatelské služby začíná při jednání se zájemcem a pokračuje v pravidelném režimu po celou dobu poskytování služby.
Pracovníci dodržují Etický kodex a Pravidla komunikace.

Plánování průběhu poskytování pečovatelské služby vychází z cílů a přání uživatele služby, jeho požadavků a potřeb, ze schopností, možností a zdravotního stavu uživatele služby. Plánování průběhu poskytování pečovatelské služby je v souladu s přáním, představami, očekáváními a možnostmi uživatele.

Účelem individuálního plánování je:

- zajistit plnění individuálních požadavků uživatele,
- zajistit poskytování služby v souladu s posláním a cíli služby,
- zajistit dodržování zákona 108/2006 Sb. a vyhlášky 505/2006 Sb.

Obecná pravidla individuálního plánování:

- 1) Individuální plánování chápe každého uživatele jako jedinečnou osobnost, s jedinečnými požadavky a individuální zdravotní a sociální situací.
- 2) Pečovatelská služba je poskytována v rozsahu přiměřeném zdravotní a sociální situaci uživatele tak, aby uživatele motivovala, podporovala ho v sociálním začleňování, zvyšování a rozvoji jeho schopností a dovedností.
- 3) Pečovatelská služba je plánována tak, aby nevytvářela závislost klienta na sociální službě.
- 4) Individuální požadavky uživatele jsou zjišťovány a zaznamenávány v dokumentaci uživatele průběžně.
- 5) Mimořádné situace se řeší mimořádnými postupy:
 - a) identifikace situace
 - b) komunikace mezi pracovníci a klientem
 - c) dohoda zúčastněných, ev. postoupení k řešení sociálnímu pracovníkovi nebo řediteli organizace

Proces individuálního plánování:

- 1) Individuální plánování je proces kontinuální, trvá od začátku jednání o poskytování služby až do jejího ukončení.
- 2) Interní podklady pro individuální plánování jsou:
 - rozhovory s klientem
 - Smlouva o poskytování služby a její dodatky

Křížovnická pečovatelská služba

- záznam ze sociálního šetření
- jiné podklady
- 3) Záznam ze sociálního šetření používá organizace jako první individuální plán.
- 4) Každý klient má určenou klíčovou pracovníci.
- 5) Po cca 1 měsíci (podle intenzity poskytování služby) klíčová pracovníce vytvoří s klientem 1. individuální plán.
- 6) Další individuální plánování je v režimu pravidelného individuálního plánování.

Pravidelné individuální plánování

- 1) Maximální odstup pravidelného individuálního plánování, včetně přehodnocení, je 3 měsíce.
- 2) Za pravidelné individuální plánování odpovídá klíčová pracovníce.
- 3) Pravidelného individuálního plánování se účastní:
 - uživatel
 - klíčová pracovníce
 - sociální pracovník – na vyžádání uživatele nebo klíčové pracovníce
 - jiný pracovník organizace – z rozhodnutí ředitele organizace
- 4) Pravidelné individuální plánování zahrnuje:
 - zaznamenání změn ve zdravotních a sociálních podmínkách klienta
 - vyhodnocení stanovených cílů
 - v případě, že se cíle nepovedlo dosáhnout:
 - a) zdůvodnění, proč se cíle nepovedlo dosáhnout
 - b) posouzení kroků, které byly podniknuty, aby se cíle dosáhlo
 - c) co bude s cílem dál – změna cíle, změna postupu dosažení cíle aj.
 - popsání přínosu pro klienta
 - stanovení nových cílů klienta (a posouzení shody nového cíle klienta s posláním služby)
- 5) Cíle Individuálního plánování:
 - Cíl individuálního plánování si stanovuje klient, cíl však musí být v souladu s posláním sociální služby.
 - Klíčová pracovníce zapisuje a pracuje i s nereálnými cíli klienta, snaží se najít cestu (tj. dílčí cíl), která by klienta k nereálnému cíli přiblížila.
 - Dílčí cíle jsou postupné kroky, které vedou k naplnění hlavního cíle. Dílčí kroky musí být vždy reálné. Dílčí cíl může být formulován i jako „cesta“, např. cvičení pravé ruky.
 - Cíl dodržuje pravidla SMART:
 - a) Specifický
 - b) Měřitelný
 - c) Akceptovatelný
 - d) Reálný
 - e) Termínovaný
- 6) Uživatel má právo kdykoliv měnit individuální cíle.
- 7) Písemný záznam individuálního plánování je založen v Kartě klienta.
- 8) Průběh a dodržení termínů pravidelného individuálního plánování kontroluje sociální pracovník.

Křížovnická pečovatelská služba

Klíčový pracovník

Klíčový pracovník KPS je osoba, která je zodpovědná za individuální plánování uživatele, koordinaci poskytování služby s výjimkou rozpisů, eviduje informace, potřebné pro poskytování služby.

Úkoly klíčového pracovníka:

- 1) Zaměřuje se na zjišťování potřeb uživatele, domlouvá se společně s uživatelem na osobním cíli a měřitelných krocích.
- 2) Zpracovává a průběžně hodnotí individuální plán společně s uživatelem.
- 3) Koordinuje provedení poskytování služby tak, aby uživatel čerpal stejně kvalitní službu od všech pracovníků organizace, včetně komunikace mezi pracovníky.
- 4) Koordinuje poskytování služeb dobrovolníky, psychology, duchovními atd.
- 5) Na žádost uživatele je oprávněn komunikovat s rodinnými příslušníky uživatele.
- 6) Vede dokumentaci o poskytované službě, zapisuje aktuální změny.