



Metodický pokyn pro individuální plánování sociální služby v Domově seniorů

	Datum	Jméno	Podpis
Zpracoval	26.6.2025	Bc. Jana Klímová, sociální pracovník, metodik Spolupracovaly: Kateřina Blažková, DiS., vedoucí sociálního úseku DS a sociální pracovník Bc. Nikola Šimůnková, DiS., sociální pracovník DS	 Bc. Klímová Šimůnková
Kontroloval, odsouhlasil	27.6.2025	Mgr. Tomáš Cipra, vedoucí úseků a kvality sociálních služeb	Mgr. et Bc. Tomáš Cipra, DiS. vedoucí úseků a kvality služeb
Schválil	30.6.2025	Mgr. Barbora Vacková, ředitelka CSZS	
Přílohy	Příloha č. 1 Osobní cíl – struktura, pomůcka pro zpracování Příloha č. 2 Metody a přístupy pro vedení rozhovorů s klienty v rámci IPS) Příloha č. 3 Osobní rozhovor KP a klienta - struktura, podklad pro zjišťování spokojenosti se službou		
	aktualizované znění v souvislosti s organizačními změnami		
Kontrola/aktualizace	1 x za rok nebo podle potřeby		
Platnost od	1.7.2025		

Provedené aktualizace

Datum platnosti aktualizace	Zpracoval: jméno, příjmení, pracovní zařazení	Obsah aktualizace	Kontroloval, odsouhlasil datum/razítko s jmenovkou/podpis	Schválil ředitel CSZS datum/razítko s jmenovkou/podpis

I.

Úvodní ustanovení

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 88 stanovuje poskytovatelům sociálních služeb povinnost „plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované služby, nebo za účasti jejich zástupců“. Účelem tohoto metodického pokynu je stanovit pravidla, kterými se řídí individuálního plánování služby (její druh), tvorba, průběh a hodnocení písemně zpracovaného individuálního plánu, systém získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu sociální služby. Pokyn zároveň stanovuje, kdo se na individuálním plánování podílí, odpovědnosti, pravomoci a kompetence těchto osob v procesu individuálního plánování.

Pokyn je součástí naplnění těchto kritérií standardu kvality č. 5 podle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách:

- a) poskytovatel má písemně zpracovaná vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel postupuje;
- 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 informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby.

Působnost: Domov seniorů

Budova A -D na adrese K Dolu Marie 154, Příbram VI – Březové Hory

Budova E na adrese Žežická 527, Příbram VII

II.

Vymezení základních pojmů

Pro účely tohoto metodického pokynu se rozumí:

- ✓ **Službou** – pobytová služba sociální péče v Domově seniorů (dále DS);
- ✓ **Poskytovatelem** – Centrum sociálních a zdravotních služeb města Příbram (dále CSZS);
- ✓ **Smlouvou** – písemná smlouva o poskytnutí sociální služby podle § 91 Zákona a příslušných ustanovení zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů;
- ✓ **Uživatelé/klientem** – osoba, která službu využívá na základě Smlouvy;
- ✓ **Osobní cíl** – tedy to, co vychází z potřeb, cílů, přání klienta, na čem se s ním společně domluvíme, jde o průnik přání a potřeb klienta s možnostmi daného druhu služby = cíl spolupráce.
- ✓ **Individuální plánování služby** (dále IPS) – proces dojednávání toho, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude konkrétní podpora uživateli/klientovi poskytována, tj.. to, co vede k reálnému poskytování individualizované sociální služby;
- ✓ **Individuální plán (dále IP)** – písemný výstup/záznam procesu IPS;
- ✓ **Plán péče (dále PP)** – písemný výstup/záznam, který detailněji stanovuje průběh sociální služby, nastavení, rozsah a způsob poskytování nasmlouvaných činností služby konkrétnímu klientovi.

Zároveň také slouží k předávání informací mezi zaměstnanci, včetně plánu rizik, je nedílnou součástí IPS;

III.

Obsedné zásady IPS

- ✓ Plánuje se průběh poskytování služby, který vede k naplnění osobních cílů klienta a k řešení nebo kompenzaci jeho nepříznivé sociální situace, prostřednictvím dané služby;
- ✓ klient je v procesu IPS partnerem, nikoli objektem – je třeba zvolit správnou míru podpory, neděláme za klienta věci, které dokáže zvládnout sám nebo s naší podporou. Snažíme se zvýšit nebo alespoň udržet míru jeho samostatnosti a soběstačnosti, plánujeme a hodnotíme společně s klientem;
- ✓ nejsme jediní, kdo může pomoci, podporujeme klienta ve využívání i dalších dostupných služeb nebo dalších zdrojů pomoci, které odpovídají jeho potřebám;
- ✓ při plánovací schůzce musí být zajištěno soukromí, bezpečný a vhodný prostor pro rozhovor a záznam výstupů schůzky;
- ✓ schůzky za účelem IPS se domlouvají předem a směřují do času a termínů, které se nekryjí s jinými dopředu danými běžnými povinnostmi KP/SP, ani důležitými aktivitami klienta;
- ✓ IP je zpracován v elektronické podobě. Pokud klient nežádá kopii, je tato informace zaznamenána do IP. IP je založen do osobní složky klienta. IP jsou důvěrné dokumenty a zachází se s nimi v souladu s platnými předpisy pro oblast ochrany osobních údajů (GDPR, zák. č. 110/2019 Sb.) a pravidel o vedení dokumentace.

IV.

Účastníci IPS, jejich práva, odpovědnosti a pravomoci

Účastníky procesu IPS jsou poskytovatel sociální služby a klient. Poskytovatel má povinnost pro tuto činnost určit pro každého klienta sociální služby svého zaměstnance (viz kritérium 5d), kdy **IPS zajišťují odborně způsobilí zaměstnanci, kteří mají tuto činnost v náplni práce a tato náplň zároveň odpovídá jejich pracovnímu zařazení.** Je vhodné, aby individuální plánování, zejména stanovení cílů a hodnocení prováděl či se na něm podílel pracovník s příslušným zařazením a odborností dle platných právních předpisů.

- 1. Klíčový pracovník (KP)** – těmi jsou pracovníci přímé obslužné péče - tzv. klíčový pracovník v sociálních službách, pro každého klienta je určen KP, jde o pracovníka, který je v kontaktu s klientem, zná jeho situaci, přání, sleduje jeho potřeby, řeší záležitosti spojené především s poskytovanou péčí o svěřeného klienta, případně zprostředkuje kontakt s kompetentním pracovníkem.

Dále:

- ✓ průběžně a systematicky získává, zpracovává a předává související informace dotčeným osobám;
- ✓ odpovídá za předávání informací ostatním spolupracovníkům v systému získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby (buď to do záznamu v programu Cygnus nebo do knihy denního hlášení);
- ✓ ve spolupráci se sociálním pracovníkem a koordinátorem přímé péče se podílí na sestavení PP, tj. jaké úkony péče a v jaké rozsahu budou u klienta zajišťovány a ze své pozice se podílí na vyhodnocení příslušné části PP, příp. IP;
- ✓ upozorňuje na změny v situaci klienta a případnou potřebu aktualizace PP nebo IP;

2. Sociální pracovník (SP) – vede jednání se zájemcem, proces uzavírání smlouvy, spolu s klientem definuje jeho osobní cíle, zajišťuje sestavení vyhodnocení a revizi IP;

- ✓ je zodpovědný především za věcně správný o odborně vedený proces IPS;
- ✓ nese zodpovědnost za proces, který vede k vydefinování cíle;
- ✓ zabezpečuje a dohlíží na realizaci/vyhodnocení IP ve spolupráci s kolegy a dalšími osobami, které se na naplňování IP podílejí;
- ✓ průběžně a systematicky získává, zpracovává a předává související informace dotčeným osobám;
- ✓ odpovídá za předávání informací ostatním spolupracovníkům v systému získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby;
- ✓ upozorňuje na změny a potřebu aktualizace IP, v případě domluvy s klientem může iniciovat schůzku týmu;
- ✓ v závislosti na výstupech plánování požaduje součinnost kolegů, příp. dalších osob, kteří se na poskytování služeb podílí.

Požadované kompetence a dovednosti SP v oblasti IPS:

- ✓ ovládá metodu, techniky a dovednosti v oblasti IPS - zná postup, umí zpracovat IP, srozumitelně zaznamenávat výstupy plánování a vyhodnocovat plnění IP;
- ✓ umí komunikovat s klientem, vést rozhovor, motivovat klienta k řešení jeho situace, podporovat jeho samostatné myšlení a rozhodování; srozumitelně vysvětlit všechny podmínky služby, významné skutečnosti a náležitosti;
- ✓ umí komunikovat s dalšími zainteresovanými stranami (blízké osoby klienta, další odborníci, služby, úřady atd.).

3. Vedoucí pracovník (VP) – vedoucí sociálního úseku

- ✓ potvrzuje přidělení klíčového pracovníka klientovi, rozhoduje o jeho změně (návrh může předložit SP nebo koordinátor přímé péče);
- ✓ řídí a vede pracovníky tak, aby byl proces IPS uplatňován v praxi, podílí se na monitorování a vyhodnocování tohoto postupu;
- ✓ odpovídá za koordinaci systému předávání informací mezi zaměstnanci na svěřeném úseku (porady, úkoly, hlášení atd.);
- ✓ kontroluje dodržování postupů a dílčích výstupů IPS v praxi, kontroluje zaměstnance a vyžaduje poskytování služeb v souladu s platným IP a PP;
- ✓ kontroluje a zodpovídá za řádné vedení PP a dokumentace o průběhu služby;
- ✓ upozorňuje vyšší vedení na nedostatky v provozu, které nelze z jeho úrovně řešit, a dává návrhy na možná řešení.

4. Další pracovníci – jde o další pracovníky DS, kteří se přímo podílí na poskytování toho, co bylo dohodnuto v IP/PP, tj. např. aktivizační pracovník, zdravotnický pracovník, ostatní pracovníci přímé péče)

- ✓ postupují ve své práci s klientem podle informací sdělených KP a SP
- ✓ mohou dávat podněty, jak zlepšit práci s klientem;
- ✓ znají systém předávání informací ve službě, mají povinnost dokumentovat svoji činnost tak, aby zajistili informovanost všech pracovníků, kteří do procesu IPS vstupují.

5. Uživatel/Klient – jeho práva ve vztahu k IPS

- ✓ společně s poskytovatelem plánuje a průběžně projednává průběh sociální služby s ohledem na své osobní cíle a možnosti, vyjadřuje své potřeby, zda nabízená služba odpovídá jeho potřebám, rozhoduje se na základě sdělených informací;
- ✓ zavazuje se ve smlouvě o poskytování služby v DS poskytovat informace potřebné k zajištění řádného průběhu služby, projednávat další postup při řešení své situace v závislosti na aktuálním stavu;
- ✓ má právo znát dokumenty s tím související, může nahlížet do své osobní složky a má právo na písemné vyhotovení plánu i jeho aktualizací;
- ✓ může označit další osoby, které by se měly nebo mohly na plánování podílet, a požadovat jejich účast (pokud s tím tyto osoby souhlasí);
- ✓ může vznášet připomínky k plánovacímu procesu a poskytovaným službám;
- ✓ může požádat o změnu klíčového pracovníka.

6. Zástupce klienta na základě plné moci – pravomoci jiné osobě dává klient a určuje rozsah zmocnění. Na základě rozsahu zmocnění pak pracovníci DS spolupracují s klientem určenou osobou, příp. předávají této osobě relevantní informace související s průběhem služby. Tento zástupce může být v případě potřeby součástí procesu individuálního plánování. Závisí to na konkrétní situaci, zda je, nebo není klient schopen uplatňovat v rámci IPS vlastní vůli v souladu se svými zájmy.

7. Opatrovník - v případě, že klient má soudem omezenou svéprávnost v rozsahu zahrnujícím také činnosti v rámci procesu individuálního plánování, je účastníkem také stanovený opatrovník, přičemž stále platí povinnost poskytovatele individuálně plánovat a hodnotit společně s klientem. Rozhodnutí o omezení svéprávnosti totiž nezbavuje klienta práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života.

8. Ostatní účastníci - s účastí dalších osob při IPS musí vždy souhlasit klient, tj. nejednají za něj bez jeho vědomí. Zpravidla to bývají blízké osoby klienta (rodina, přátelé, sousedé), mohou to být také pracovníci spolupracujících služeb či veřejné správy, soudem ustanovený podpůrce a další osoby, které mohou být v rámci procesu užiteční.

V.

Proces IPS

Individuální plánování služby má tyto fáze:

- 1. Sjednávání** - provádí SP (během jednání se zájemcem – výstup ze sociálního šetření, uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby). Cíl spolupráce je domluven dle požadavků, očekávání a osobních cílů klienta, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím služby DS. Sjednaný rozsah služby je daný smlouvou.
- 2. Upřesnění**, především specifikace rozsahu a průběhu poskytování služby v rámci adaptačního období, kdy je možné klienta lépe poznat, více s ním komunikovat a díky tomu blíže zjistit jeho požadavky, očekávání, osobní cíle, schopnosti a možnosti.
- 3. Realizace plánu**, tj. jeho naplňování prostřednictvím činností služby, získávání a sdílení informací mezi pracovníky služby.
- 4. Hodnocení** (průběhu poskytování sociální služby, naplňování osobních cílů a cílů spolupráce).

Lhůta pro pravidelné hodnocení IP v rámci IPS je stanovena 1x za 6 měsíců, pokud se změní klientova situace a v důsledku toho jeho potřeby, přizpůsobuje se rozsah a průběh služby těmto změnám co nejdříve, bez ohledu na stanovenou lhůtu pro pravidelné hodnocení.

V rámci hodnocení průběhu poskytování sociální služby je možné hodnotit:

- ✓ Jak jsou uživatelé spokojeni s poskytovanou péčí
- ✓ Zda mají možnost rozhodovat o běžných věcech svého dne
- ✓ Zda se v zařízení cítí důstojně a respektovaně ... zda se personál chová vstřícně a s respektem
- ✓ Zda je personál podporuje v samostatnosti
- ✓ Co by chtěli zlepšit

V rámci hodnocení naplňování osobních cílů a cílů spolupráce se posuzuje:

- ✓ zda a v jaké míře byly naplněny klientovy požadavky, očekávání a osobní cíle (včetně naplnění sjednaných cílů spolupráce).

5. Aktualizace (cílů, rozsahu a průběhu poskytování sociální služby):

Předchozí fáze hodnocení může mít tyto výsledky:

- a) Klientova situace, jeho požadavky, očekávání, osobní cíle, možnosti a schopnosti se nezměnily, stávající rozsah a průběh poskytované sociální služby je proto vyhovující a jednané cíle spolupráce jsou naplňovány. Stávající cíle spolupráce, rozsah a průběh poskytované sociální služby zůstávají **beze změn: je potřeba pouze provést záznam o provedeném hodnocení a pokračovat ve sjednaném plánu.**
- b) Klientova situace, jeho požadavky, očekávání, osobní cíle, možnosti a schopnosti se změnily, v důsledku toho je nutné nastavit nově také stávající rozsah a průběh poskytované sociální služby, je-li to třeba, upravit také sjednané cíle spolupráce. **Je sjednán nově rozsah a průběh poskytované sociální služby (PP, případně IP), případně i cíle spolupráce, včetně vypracování záznamu o provedeném hodnocení.**
- c) Klientova situace, jeho požadavky, očekávání, osobní cíle, možnosti a schopnosti **se změnily takovým způsobem, že poskytovatel není schopen pomocí nabídky svých služeb řešit změněnou klientovu situaci a naplnit jeho potřeby.** V případě, že je pro klienta dostupná jiná sociální či veřejná služba, poskytovatel klientovi pomůže tuto službu zajistit.
Pokud není dostupná jiná potřebná sociální či veřejná služba, klientovi byla dosud poskytována pobytová služba sociální péče a klient se může bez další pomoci a podpory ocitnout **v situaci ohrožující jeho život a zdraví v případě, že by mu bylo poskytování stávající pobytové služby sociální péče ukončeno,** poskytovatel tuto skutečnost neprodleně písemně oznámí obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností. Podmínkou je, že klient s takovým oznámením souhlasí (viz § 88, písm. k) zákona o sociálních službách).
Pokud není dostupná jiná potřebná sociální či veřejná služba a nejedná se o klienta, uvedeného v předchozím odstavci, řeší tuto situaci poskytovatel s příslušným krajským úřadem (viz § 93, písm. a) zákona o sociálních službách).
- d) Klientovy požadavky, očekávání a osobní cíle byly naplněny, došlo k dosažení sjednaných cílů spolupráce a zlepšení klientovy sociální situace. Spolupráce s klientem je ukončena.

DS je dlouhodobě poskytovanou službou, proces IPS je realizován jako neustále se opakující proces, kdy poslední tři fáze (hodnocení, aktualizace, realizace) se neustále opakují po celou dobu poskytování služby.

VI.

Tvorba IP

Metody, postup, dokumentace vztahující se k IPS a jeho výstupy

Pod pojmem **individuální plánování** bychom měli vidět skutečnost, že tento proces by nám měl umožnit **lépe poznat člověka**, se kterým pracujeme. Poznat jeho potřeby, touhy, přání, ale i např. jeho obavy.

Podklady a dokumentace, ze které vycházíme:

- ✓ záznam ze sociálního šetření za účelem jednání se zájemcem před přijetím do služby a stanovení cílů spolupráce – zpracuje SP;
- ✓ test funkční míry nezávislosti – zpracuje SP;
- ✓ biografická anamnéza dle konceptu bazální stimulace, zpracuje KP dle předem definovaného a připraveného formuláře;
- ✓ další dokumenty jsou vždy na zvážení a další domluvě dle možností zařízení, např. v případě uživatelů imobilních, zejména trvale upoutaných na lůžku lze vycházet také z dokumentu „Bazální stimulace“, ze kterého by mělo být zřetelné polohování uživatele, provádění masáží dle bazální stimulace, apod.;
- ✓ **rozhovory s uživateli** – metody a přístupy pro vedení rozhovorů v rámci IPS s komunikujícími/nekommunikujícími osobami jsou popsány v příloze č. 2. tohoto metodického pokynu.

Písemné výstupy IPS:

1. Individuální plán (IP):

- ✓ IP se zpracovává v elektronické podobě - IS Cygnus;
- ✓ cíle spolupráce definuje SP spolu s klientem již ve fázi jednání se zájemcem a uzavírání smlouvy, cíle, kterých chce klient prostřednictvím služby dosáhnout, měly by být **konkrétní, srozumitelné, reálné a hodnotitelné**, cíle do formuláře (viz. příloha č. 1) zaznamenaná SP, spolu s klientem podepíše a opatří datem sestavení;
- ✓ při sestavení další části IP se vychází z pozorování, rozhovorů s klienty a také z již zjištěných a zaznamenaných informací ze sociálního šetření před přijetím a při příjmu klienta;
- ✓ na základě získaných a upřesněných informací od klienta (příp. poznatků v adaptační fázi), zejména co je pro klienta důležité a jak nejlépe můžeme pomoci v tom co chce a potřebuje, se stanoví a zaznamenají jednotlivé kroky k plnění cíle;
- ✓ pokud klient žádá kopii toho, co bylo v IP domluveno, pracovník mu ji předá, následně IP založí do osobní složky klienta;
- ✓ pravidelné hodnocení IP probíhá 1x za 6 měsíců, kdy na je základě rozhovoru s klientem hodnoceno zejména: zda je se službou spokojen a zda potřebuje nebo chce nějakou změnu. Pokud ano, stanoví se nový cíl a kroky k jeho splnění. V případě, že klient žádné změny nepotřebuje a nechce, je spokojený, provede se o tom záznam do IP, nastavené cíle a kroky zůstávají beze změn, hodnocení, příp. revize je opatřena datem a jménem pracovníka, který ji provedl;
- ✓ při změně situace klienta se přehodnotí a revize IP provede co možná nejdříve, aby nastavení služby odpovídalo jeho aktuálním potřebám a požadavkům.

2. Plán péče (PP):

- ✓ je vedený v elektronické podobě (PC program Cygnus) a detailněji stanovuje průběh sociální služby, nastavení, rozsah a způsob poskytování nasmlouvaných činností/úkonů služby konkrétnímu klientovi, rámcově obsahuje:
 - co** - tj. jaké činnosti/úkony služby budou klientovi poskytovány a co k tomu bude potřeba
 - kdy** bude daný úkon/činnost probíhat, dny v týdnu, konkrétní denní doba, jak často, příp. časová dotace;
 - kde** – tj. na jakém místě bude úkon/činnost prováděna;
 - jak** – jakým způsobem bude úkon prováděn, co bude dělat který zaměstnanec, co klient, případně někdo další, kdy poskytovatel zajišťuje jen takovou míru podpory, kterou klient skutečně potřebuje;
 - opatření proti možným rizikům při poskytování služby**– tzv. plán rizik, zpracuje se v případě, že ze současného stavu vyplývají pro klienta rizika, zpracuje ho KP se sociálním pracovníkem v IS Cygnus, zpracování konzultuje se všeobecnou sestrou nebo koordinátorkou zdravotního úseku;
- ✓ součástí PP v programu Cygnus jsou záznamy o průběhu služby, které slouží k předávání informací mezi zaměstnanci. Relevantní záznamy o průběhu poskytování služby do osobní složky vedené v programu provádí okruh zaměstnanců, který se na poskytování služby konkrétnímu klientovi podílí;
- ✓ první PP vychází z informací ze sociálního šetření před přijetím, z prvního kontaktu při přijetí do služby a z prvního rozhovoru s uživatelem nebo dalšími blízkými osobami, které ho dobře znají. PP vytváří klíčový pracovník spolu se sociálním pracovníkem.
- ✓ revize a hodnocení plánu probíhá nejpozději po 6 měsících, u nových klientů se PP přepracuje dříve, pokud se při hodnocení adaptace zjistí, že zpracovaný plán péče neodpovídá potřebné péči, která se uživateli momentálně poskytuje, nebo že uživatel potřebuje péči změnit. Plán péče by se měl změnit při změně situace uživatele, v závislosti na jeho stavu a jeho potřebách péče co možná nejdříve.

VII.

Systém získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování služby

Systém předávání informací o poskytovaných službách je součástí systému předávání informací v organizaci.

Při jeho realizaci je kladen velký důraz na jeho průchodnost (každá informace je zpracována a je zřejmá a doložitelná reakce na ni), více směrnost (informace jsou předávány vertikálně i horizontálně), aktuálnost (informace nejsou zadržovány nebo zapominány apod.) a dokumentování předávání informací.

Způsoby předávání informací:

- ✓ při předávání směny mezi kolegy ústně;
- ✓ sešit denního a nočního hlášení pracovníků sociální péče;
- ✓ ústní sdělení (frekvence dle potřeby);
- ✓ 1x týdně se koná porada vedoucích pracovníků DS za účasti vedoucí úseků a kvality služeb DS, ze které se pořizuje zápis;
- ✓ získávání informací z IS Cygnus, záznamy péče, individuální plány, plány péče, sekce „Předání služby“, atd.;

- ✓ provozní porady -dle potřeby – nejméně 1x za měsíc, výstupy se předávají pracovníkům buď to formou zápisu z porady nebo formou informace v sešitu hlášení, vždy na úrovni jednotlivých pracovišť (budova Březové Hory, budova E Žežická). Předání informací je vždy potvrzeno podpisem pracovníka. Zápisy se ukládají na jednotlivých pracovištích, na vědomí jsou předávány vedení organizace;
- ✓ osobní dokumentace klienta uložená v papírové podobě u KP.

VIII.

Pravidla pro přiřazení, zastupování a změnu KP

O přidělení KP klientovi rozhoduje vedoucí sociálního úseku na základě návrhu koordinátorky přímé péče nebo sociálního pracovníka. V případě dlouhodobé nepřítomnosti KP se stanoví jeho zástupce. Klientovi je sděleno, kdo jeho KP zastupuje a je vysvětlen důvod.

V případě, že ze strany klienta nebo pracovníka vzejde požadavek na změnu KP, rozhoduje vedoucí sociálního úseku, společně se sociálním pracovníkem, zda se změna uskuteční a postupuje se následovně:

- ✓ pracovník nebo klient podá žádost o změnu KP, kterou zdůvodní (pokud klient nemůže nebo neumí sám žádost podat, může žádost podat osoba, kterou klient určí nebo se provede záznam jeho ústní žádosti);
- ✓ následně se projedná vždy s pracovníkem a klientem závažnost a oprávněnost důvodu uvedeného v žádosti. Zpravidla by se mělo vyhovět při střetu zájmů, zjistí-li se závažnější pochybení na straně pracovníka aj.;
- ✓ pokud není někdo z účastníků spokojen s rozhodnutím o směně KP, může podat stížnost a dále se postupuje podle vnitřního předpisu pro podávání stížností;
- ✓ o změně KP se provádí záznam do IS Cygnus spolu se zdůvodněním + se tato změna zakládá do osobní složky klienta.

IX.

Závěrečná ustanovení

1. Tento metodický pokyn je závazný pro všechny pracovníky DS, kteří se na procesu IPS podílejí, viz. okruh stanovený článkem IV. tohoto pokynu, za jeho zavedení do praxe služby a kontrolu jeho dodržování odpovídá vedoucí sociálního úseku DS, který prokazatelně pracovníky služby s dokumentem seznámí.
2. Pokyn včetně všech jeho příloh je v tištěné podobě dostupný na vedení DS, vedoucí sociálního úseku a sociální pracovníce na pracovišti Budova E, Žežická. V elektronické podobě je dokument dostupný všem pracovníkům služby a vedení CSZS na webových stránkách www.centrumpribram.cz v zaměstnanecké sekci DS, Aktualizaci na webových stránkách zajišťuje asistentka ředitele na základě aktuálních podkladů předaných vedoucí sociálního úseku DS.
3. Kontrolu dodržování a zavedení do praxe služby provádí z pozice poskytovatele vedoucí úseků a kvality sociálních služeb ve spolupráci s metodikem.

Tímto svým podpisem potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s novelizovaným zněním Metodického pokynu pro individuální plánování sociální služby v Domově seniorů (platnost od 1.7.2025)

Datum	Jméno, příjmení pracovníka	Podpis

[illegible]



Osobní cíl – cíl spolupráce
uživatele při přijetí do pobytové sociální služby
Domov seniorů CSZS města Příbram

Jméno a příjmení uživatele služeb DS:

Datum narození:

OSOBNÍ CÍL – CÍL SPOLUPRÁCE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V Příbrami dne:

Podpis uživatele:

Podpis zákonného zástupce uživatele:

Podpis další přítomné osoby:

Podpis sociálního pracovníka



Individuální plán

Důležité je pro mě? **Cíl spolupráce:**

Co na mě mají lidé rádi?

Jak mi nejlépe pomůžete? Aneb **kroky individuálního plánu, které povedou k cíli:**

Podpis uživatele.

Podpis klíčového pracovníka

Podpis: sociální pracovník/koordinátor:



Jméno uživatele:

Rozhovor – datum:

(vždy po 6 měsících nebo dle potřeby i dříve)

Přehodnocení cíle spolupráce a individuálního plánu

Jak se mi daří? Jsem spokojen, potřebuji změnu, jakou?

Pokud uživatel potřebuje změnu uvede
nový cíl spolupráce, pokud ne, ponechá původní:

Pokud si uživatel přeje změnu, popíšete nové kroky, které mu pomůžou a povedou k cíli spolupráce:

Podpis uživatele:

Podpis klíčového pracovníka:

Podpis: sociální pracovník/koordinátor:



Příloha č. 2

Metody a přístupy pro vedení rozhovorů s klienty v rámci IPS

1. Plánování s verbálně komunikujícím uživatelem:

První fází rozhovoru je kontraktování rozhovoru.

Vyhledáme uživatele a požádáme jej o setkání (kdy, kde – klidné místo). Sdělíme mu cíl tohoto setkání – ověřit fungování služeb z pohledu uživatele a zjistit jeho potřeby a osobní cíle a v souladu s posláním organizace nabídnout podporu. Zároveň s uživatelem dojednáme místo a čas setkání. Samotný rozhovor s uživatelem začíná jeho otevřením a vytvořením atmosféry. K této fázi patří nepochybně také upravení vzdálenosti a ostatních neverbálních aspektů při komunikaci.

Na přání uživatele nebo vyžadují-li to okolnosti, zajistíme účast případného opatrovníka, osoby blízké nebo zmocněnce uživatele. Na výslovné přání uživatele však naopak těmto osobám přítomnost neumožníme, budeme je však o výsledku informovat (osobu blízkou a zmocněnce jen s předchozím souhlasem uživatele).

Rozhovor otevíráme částí, v níž uživatele vyzveme, aby hovořil o vizích svého života, o svých přáních a potřebách.

V této části rozhovoru se plně soustředíme, abychom uživatele podpořili v otevřeném sdělování jeho potřeb a představ o životě. Důležitou podmínkou podpory je unést v této fázi obsah uživatelských sdělení a nevstupovat do jeho výpovědi.

Někteří uživatelé nejsou ochotni své cíle formulovat v pozitivním smyslu (čeho chtějí dosáhnout). Pak je možno formulovat i negativní cíl (čemu chce uživatel zabránit...).

Další fází rozhovoru je podpora uživatele k formulování priorit.

Tato část rozhovoru nastává v případě, že uživatel má více cílů. Pracovník uživatele vyzve, aby se rozhodl, která oblast je pro něj natolik důležitá, že ji chce upřednostnit.

Následující část rozhovoru se odehrává na podporu zdrojů uživatele.

Jde o to, aby uživatel nebyl pouhým příjemcem péče, osobou závislou na pomoci ostatních při dosahování svých cílů, ale aby jich dosahoval pokud možno také samostatně. Podpora pracovníka tedy směřuje k tomu, aby jednak podporoval uživatele v jeho motivaci pro dosažení cíle, ale zároveň podporoval uživatele k formulování strategie, pomocí které svého cíle co nejvíce samostatně dosáhne.

V následující etapě rozhovoru pracovník případně doplní aktivitu uživatele vlastním návrhem podpory, které se uživateli může dostat od pracovního týmu.

Mělo by dojít k vhodnému doplnění zdrojů uživatele v oblastech, kde již sám nestačí. Poté, co pracovník vysloví, jak by nadále mohl pracovní tým uživatele pro dosažení jeho cíle podporovat, dochází ke kontraktování další podpory. Uživatel samozřejmě může podporu odmítnout nebo vyjednat nějakou její konkrétní podobu. Tím je vlastně uzavřena dohoda mezi pracovníkem a klientem o poskytování podpory. Plánování služby tak splnilo svůj úkol.

V závěrečných fázích se pracovník s uživatelem domluví na sepsání individuálního plánu.

V závěru jednání se ještě pracovník s uživatelem dohodnou, kdy společně plnění dojednané podpory vyhodnotí, což je vlastně okamžik nového plánování služby.

Rozhovor končí shrnutím průběhu, případných úkolů a dalších kroků a formulací společného závěru.

Poté pracovník informuje pracovní tým, jaké potřeby klient formuloval a jakou podporu pracovník nabídl – dojednal. Realizace podpory je následně úkolem pro celý pracovní tým.

V případě, že klient má specifické potřeby v komunikaci nebo komunikuje pouze alternativně, popřípadě plánování probíhá formou pozorování a sběru informací, postupují pracovníci způsobem uvedeným v části Komunikace s uživatelem se specifickými potřebami ve vyjadřování.

2. Komunikace s klienty se specifickými potřebami ve vyjadřování:

Zásadní strategie při plánování služby vychází z toho, že si prostřednictvím různých technik vytváříme hypotézy o potřebách uživatele. Tyto hypotézy následně projednáváme v pracovním týmu a hledáme taková opatření, kterými bychom platnost hypotéz ověřili. K tomu si tým předem stanoví hodnotící kritéria sledování – vždy podle konkrétního uživatele. Následně potom vyhodnocujeme situaci uživatele. Pokud dojde ke zlepšení, lze se domnívat, že hypotéza byla pravdivá.

Základním postupem je identifikování potřeb uživatele.

Pro rozproštění hypotéz – námětů, co by uživatel mohl potřebovat, jaké jsou jeho cíle, zájmy, motivy jednání, jaké je jeho prožívání, lze použít následující postupy:

- ✓ pozorování uživatele v reálné situaci
- ✓ empatická fantazie – vcítění se do situace klienta
- ✓ imaginativní rozhovor
- ✓ modelový rozhovor pracovník x pracovník empatik (uživatel)
- ✓ analýza uspokojení potřeb – analýza základních lidských potřeb
- ✓ rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace – rodina
- ✓ komunikace pomocí symbolů – piktogramy, komunikační knihy....
- ✓ komunikace bez pomoci symbolů – řeč těla, znaková řeč apod.

Trvání a intenzita jednotlivých postupů se vždy musí řídit konkrétní situací uživatele a personálními a odbornými možnostmi poskytovatele. Nelze je ani uměle zkracovat, ani zbytečně prodlužovat, případně některé relevantní (ve vztahu k situaci klienta) ignorovat jen z důvodů „efektivity práce“, ale je nutno se vždy přesvědčit, že v každém konkrétním případě jsme se v maximální možné míře přiblížili přáním a očekáváním uživatele.



Příloha č. 3

OSOBNÍ ROZHOVOR KP A KLIANTA (polostrukturovaný rozhovor, otázky možno rozvést)

Jak jste spokojen/a s poskytovanou péčí?

Máte možnost rozhodovat o běžných věcech svého dne?

Cítíte se zde důstojně a respektovaně? ... Chová se k vám personál vstřícně a s respektem?

Cítíte, že vás personál podporuje v samostatnosti?

Co byste chtěl/a zlepšit? (otevřená otázka)

Rozhovor proveden dne:

Podpis KP:

Podpis klienta:

