

ANKETA

Obsah a forma individuálního

Ing. Ludmila Lorencová, vedoucí odboru sociálních věcí Královéhradeckého kraje

Smyslem individuálního plánování by mělo být zajistit poskytování sociální služby v souladu s předem vyjednanými požadavky a osobními cíli uživatele tak, aby přispívalo k řešení jeho nepříznivé sociální situace. Jak plánovat, je definováno v § 2 zákona: „Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně...“ Individuální plánování začíná už ve fázi jednání se zájemcem o službu; konkrétní zakázka je zakotvena ve smlouvě, která by měla mít individuální charakter. Na to, co bylo předjednáno a stvrzeno ve smlouvě, navazuje individuální plán.

Musíme se tedy s uživatelem domluvit. Co je schopen si zajistit sám, v tom ho podpoříme. Co si zajistí s naší pomocí, tam se domluvíme, co zvládne sám a v čem konkrétně a jak potřebuje pomoc od nás. Co uživatel sám nezvládne, v tom mu pomůžeme, dohodneme se, jak by pomoc měla vypadat. Abychom na nic nezapomněli, můžeme to vzít např. v pobytové službě od vstávání, přes hygienu, snídani, až po večerní

uložení ke spánku. Pak jistě existují činnosti, které se opakují např. týdně, měsíčně, ročně atd. – účast na bohoslužbě, zajištění kadeřnice, návštěvy rodiny, ... Jedná se o jakýsi základní plán podpory. Zájemce o službu bude mít obvykle nějaký obecný dlouhodobý cíl, který se přibližuje obecným cílům služeb sociální péče nebo služeb sociální prevence. Vedle toho existují ještě cíle aktuální a jednorázové.

Cíle by měly být uchopitelné a konkrétní. Mělo by být jasné, co je považováno za jejich splnění. Měla by být stanovena doba, po kterou budou realizovány, a termíny, ve kterých budou hodnoceny. U každého cíle by měly být stanoveny postupné kroky k jeho naplňování. Mělo by být zřejmé, kdo se do plnění cíle zapojí. Co může uživatel udělat sám, co pomůže zajistit poskytovatel, rodina atd. Existují cíle, u nichž je vhodné zpracovat i plán rizik a spolu s uživatelem pracovat na tom, aby riziko bylo omezeno na „přiměřené“.

Poskytovateli je v § 88 písm. f) stanovena

povinnost vést **písemné** individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby. Není zde uvedeno, že to má být v elektronické podobě. Je pouze na poskytovateli, jakou **písemnou** formu zvolí. Pokud jsou plány psány rukou, měly by být čitelné nejen pro případnou kontrolu, ale především pro uživatele samotné. Neexistuje předepsaná forma, jak má individuální plán vypadat. Poskytovatel by měl podle druhu sociální služby zvolit takový systém, aby plány byly přehledné, účelné, obsahovaly vše, co mají mít. Důležité je zamyslet se nad tím, jak v nich bude realizována aktualizace.

Individuální plány nejsou „jen“ dokumentací poskytovatele, ale především uživatele. Ten do ní může kdykoli nahlédnout, v ideálním případě by ji měl mít k dispozici – je to jeho plán. I jemu by mělo být srozumitelné, k čemu plán slouží. Na poskytovateli je, aby systém individuálního plánování nastavil podle své konkrétní poskytované sociální služby a uměl ho obhájit.

Mgr. Kristýna Mlejnková, Ph.D., odborný referent odboru sociálních služeb a sociálního začleňování MPSV

Východiskem pro krátkou informaci o individuálním plánování je připomenutí toho, že **nezáleží na formě individuálního plánu, ale na jeho obsahu**. Právní předpisy neřeší, zda je individuální plánování zaznamenáváno prostřednictvím elektronického software, nebo zda je psán ručně pracovníkem. Důležité však je, aby z této osobní dokumentace bylo patrné naplnění zákoných atributů. Půjdem-li napříč předpisy k sociálním službám (ustanoveními zákona o sociálních službách a prováděcí vyhlášky – standardy kvality sociálních služeb) získáme zejména tyto obecné zákonné požadavky pro individuální plánování (IP):

- IP navazuje a rozvíjí sjednaný rozsah služeb ve smlouvě o poskytování sociální služby – **IP mimo jiné individualizuje poskytování základních činností služby, určuje způsob naplňování sjednané spolupráce - osobního cíle klienta;**
- poskytování služby se průběžně plánuje a hodnotí a individuálně zaznamenává – **IP mapuje, jak služba u konkrétního klienta probíhá, zaznamenává důležité momenty, cesty a rizika plnění osobních cílů a směr poskytování služby případně reviduje;**

- za IP klienta je odpovědný konkrétní zaměstnanec – **nejen za jeho sestavení, ale také za jeho plnění a hodnocení, za předávání informací mezi ostatní zaměstnanci;**
- procesu poskytování, včetně zaznamenávání IP, se klient aktivně účastní, případně se svými zákonnými zástupci – **poskytovatel je odpovědný za nalezení způsobu zapojení klienta a jeho rodinných příslušníků (mezi nimiž zachovává neutrální postoj);**
- plán péče a podpory je sestaven na základě individuálně určených potřeb, naplňuje osobní cíle osoby – **plánovaná a revidovaná, tedy poskytovaná pomoc a podpora klienta je sestavena na základě identifikace jeho osobních možností a schopností, zájmů, přání, resp. osobních cílů a možností konkrétního druhu služby;**
- činnosti v IP uvedené vybízejí klienta k aktivitě a rozvíjejí jeho samostatnost – **průběh dne / přítomnosti klienta ve službě podporuje jeho rozhodování a činnosti dle vlastní volby;**
- v IP jsou záznamy o podpoře klienta v kontaktech s rodinou a přirozeným sociálním prostředím, o zprostředkování pomoci jiných odborníků – **klientovi jsou nabízeny**

možnosti, jak být ve spojení se svými blízkými nebo jak si je v běžné populaci získat, je mu zajištěna pomoc speciálních lékařů, zdravotních pomůcek apod.;

- aktivity klienta podporují naplňování jeho lidských práv a základních svobod, služba respektuje lidskou důstojnost – **poskytovatel vytváří takové podmínky a nabízí klientům takové možnosti, které žádné jeho lidské právo neomezí, naopak podpoří jeho naplnění;**
- činnosti v IP podporují klienta, aby dlouhodobě nesetřvával v nepříznivé sociální situaci – **aktivity v IP vedou k nezávislosti klienta na službě;**
- podpora klienta v IP směřuje k jeho sociálnímu začleňování – **výsledkem je život klienta obdobný, jako má jeho vrstevník, s obvyklou náplní dne (škola, práce, koníčky, relaxace aj.), s obvyklým bydlením a využíváním běžných veřejných služeb, které služba nenahrazuje.**

Sumář těchto základních pravidel IP nám říká, co nemá být v procesu IP opomenuto. Neříká však „jak na to“. To už je závislé na konkrétní osobě v určité situaci, na druhu služby, na používaných nástrojích poskytovatele a na umu jeho zaměstnanců.

plánování sociálních služeb

Ing. Jiří Horecký, B.A. (Hons), prezident APSS ČR

Individuální plány, resp. povinnost naplňovat standardy kvality, byly zejména první měsíce po účinnosti zákona o sociálních službách předmětem mnoha otázek, ale i rozdílných výkladů. Při dotazu, jak by měl individuální plán vypadat, je asi jedinou optimální odpovědí „individuálně“. Ano, individuální plány v sociálních službách v České republice nalezneme v mnoha různých podobách. A jejich obsah i formu bude ovlivňovat nejen konkrétní uživatel, ale také typ a druh dané služby a samozřejmě také přístup a osobnost toho, kdo je sestavuje.

Odpovědi všech respondentů této ankety nejsou v rozporu, možná se dá i říci, že se doplňují, ale zcela jistě vyjadřují hodnotové a filozofické zázemí každého z nich. Každý akcentuje pro něj důležité prvky nejen individu-

álního plánu, ale celého procesu individuálního plánování.

Je nesporné, že tím nejdůležitějším je obsah, nikoliv forma. Ta se ovšem kontroluje daleko snáze. V praxi se tak setkáváme občas s nesprávnými přístupy jak inspektorů, tak poskytovatelů. Ti první se někdy zaměřují více na formu než obsah či vyžadují zákonně nadlimitní požadavky (např. že individuální plán musí být podepsán uživatelem apod.), ti druzí zase někdy tvoří individuální plány jen proto, aby splnili literu zákona. V těchto případech je tak sestavují spíše pro inspektory než pro uživatele.

Nezbytným předpokladem individuálního plánování je schopnost vidět uživatele jako subjekt, nikoliv objekt „naší“ péče.

Ing. Petr Severa,
vedoucí odboru sociálních věcí
a zdravotnictví Ústeckého kraje

„Jak má vypadat individuální plán?“ je poměrně častou otázkou. Povinnost poskytovatele sociálních služeb plánovat průběh poskytování služby podle osobních cílů, potřeb a schopností svých uživatelů, však nelze zredukovat jen na existenci individuálního plánu (IP). Důležitý je i samotný proces individuálního plánování. Proto se standardy kvality sociálních služeb zaměřují především na proces jako takový. Jde o kontinuální, záměrný, strukturovaný proces mající svá pravidla, bez jejichž naplnění může jen stěží vzniknout dobrý IP. Je třeba, aby pracovník mající na starosti individuální plánování vždy podporoval uživatele v aktivním přístupu k plánování služby, aby byl uživatel při plánování rovnocenným partnerem, aby proces plánování i IP odpovídal aktuálním potřebám uživatele apod. Je nutné, aby daný pracovník uměl s uživatelem komunikovat a uměl mu smysl a přínos individuálního plánování vysvětlit. A to nikoliv jako nesmyslnou povinnost, která mu má znepříjemnit život nebo ho nutit do aktivit proti jeho vůli, ale jako nástroj, jehož cílem je poskytovat služby zkvalitňovat a z uživatele učinit partnera ovlivňujícího průběh a způsob poskytování služby, nástroj dávající mu možnost projevit svou vůli a rozhodovat o svém životě. To vše jsou okolnosti, za kterých se pravděpodobnost vzniku dobrého IP zvyšuje. Forma IP může být rozmanitá. Odvíjí se zejména od charakteru služby a možností uživatele. Obecně lze říci, že by měl obsahovat aktuální osobní cíle, které/ho chce uživatel za podpory služby dosáhnout, postupy a formy jejich naplňování, termíny naplnění důležitých mezníků / cílů a jména osob, které se na naplňování konkrétních cílů budou podílet. Dále by mělo být stanoveno, jakým způsobem a jak často bude IP vyhodnocován a jaká jsou kritéria dosažení daného cíle (tj. jak se pozná, že bylo cíle dosaženo). V návaznosti na aktuální potřeby uživatele je vhodné stanovit plán omezení rizik obsahující konkrétní oblasti, ve kterých jsou plánovány postupy pro omezení rizika spojeného s určitou činností uživatele. Individuální plánování je však obsáhlejší problematikou, kterou nelze shrnout do několika řádků. Výše uvedené je tedy spíše nástinem důležitých aspektů v této oblasti.

Mgr. Daniel Rychlík, vedoucí odboru sociálních věcí Moravskoslezského kraje

Každý z nás si promýšlí, co bude v daném časovém úseku dělat, a svými aktivitami směřuje k dosažení určitého cíle. Činí tak i lidé, kteří o sobě prohlašují, že žijí okamžikem TEĎ a TADY. Plánování je přirozenou součástí našeho života. Je dovedností, která se naplňováním proměňuje v hodnotu. Pomáhá nám orientovat se v rozmanitých životních situacích a posiluje vědomí sebe sama. Aktivizuje nás a posiluje zodpovědnost za to, co se s námi děje. Vyjdeme-li z této skutečnosti, stává se individuální plánování v sociálních službách kvalitativním nástrojem, prostřednictvím kterého se nahlíží na smysl života a ukazují se východiska pro řešení nepříznivé situace, pro kterou člověk sociální služby využívá.

Dobře vedený a realizovaný individuální plán v sociální službě reflektuje uvedený přístup; v žádném případě nemůže být uniformní. V praxi se často setkáváme s tím, že plány všech uživatelů jsou totožné, často předtiskuté a pouze se „křížkuje“ z nabídky činností. Dle našeho názoru nezáleží na tom, jakou formu poskytovatel s uživatelem zvolí. Zda záznamy o průběhu služby budou vedeny v elektronické, či papírové podobě, zda budou mít podobu svázaného deníku, nebo budou na volných listech. Klíčové je, aby odrážely v relevantních oblastech minulou, ale zejména pak současnou životní situaci každého jednotlivého člověka, aby z nich byla patrná

posloupnost od okamžiku, kdy přišel do kontaktu s konkrétní sociální službou. V osobní dokumentaci mají být zaznamenány informace z průběhu jednání o službu, které budou určující pro kvalitu jeho budoucího života a vývoj poskytované služby. Uzavřená smlouva má pak být v souladu s tím, co služba nabízela a slíbila, že zajistí v zájmu uživatele.

V individuálních záznamech má být vidět, že se s očekáváními, představami, přáními a potřebami člověka pracuje v návaznosti a v souvislostech. Je nezbytné mít na vědomí a rozlišovat, co je prostředek k dosažení osobního cíle a co je cíl sám. Pokládat si otázky: „Co je cíl? Jaké podmínky je třeba zajistit, abychom směřovali k jeho naplňování?“ Pro ilustraci příklad dobré praxe: Uživatel od počátku setkání s pracovníky pobytové služby, kam byl nedobrovolně přemístěn, chtěl jedno jediné. Aby mu služba pomohla vrátit se domů. Situace byla taková, že se neměl kam vrátit. Pro uživatele byla tato realita nepřijatelná. Službu využívá cca 15 měsíců. Prostřednictvím individuálního plánování bylo zajištěno, že uživatel s doprovodem, který mu zprostředkovala služba, pravidelně jezdí do obce, kde bydlel a navštěvuje svá důvěrná místa. Vědomí, že už se nemůže vrátit do bytu, ve kterém žil přes 50 let, ho neuspokojuje. Zatím však přijímá spolupráci služby, která ho v dramatických životních změnách citlivě doprovází.