

Navodila za pripravo osebnega načrta DO

Ljubljana, september 2025

UVOD

Koordinator/ica dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju koordinator/ica DO) ima v skladu z Zakonom o dolgotrajni oskrbi (v nadaljevanju: ZDok-1), natančneje 65. členom, ključno vlogo pri načrtovanju, usklajevanju in spremljanju storitev dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju: DO). Na začetku v sodelovanju z upravičencem/ko pripravi in sklene osebni načrt. Nadalje koordinator/ica DO vodi timsko delo ter skrbi za strokovno in usklajeno izvajanje storitev v skladu z osebnim načrtom uporabnika/ce. Pri tem sodeluje z zaposlenimi na vstopni točki na centrih za socialno delo (v nadaljevanju: CSD) in drugimi izvajalci na področju DO, zdravstvenega in socialnega varstva. Prav tako se povezuje in sodeluje s socialno mrežo uporabnika/ce in družino uporabnika/ce. Kadar uporabnik/ca izbere pravico do oskrbovalca družinskega člana, koordinator/ica sodeluje z oskrbovalcem družinskega člana pri pripravi osebnega načrta in mesečnih poročil. Oskrbovalcu družinskega člana svetuje in mu zagotavlja razbremenilne pogovore. Med naloge koordinatorja/ice spadajo tudi redni obiski uporabnikov/c, pri čemer spremlja, ali storitve DO ustrezajo potrebam uporabnika/ce, ter po potrebi ustrezno prilagaja načrt in izvaja potrebne ukrepe. Skrbi, da uporabnik/ca ves čas trajanja upravičenosti izpolnjuje pogoje za pridobitev pravic do DO, ter ob sklenitvi ali spremembi osebnega načrta obvešča Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZVS) in vstopno točko CSD. Koordinator/ica tudi vodi ustrezno dokumentacijo v zvezi z opravljanjem storitev DO in načrtuje supervizijo za zaposlene pri izvajalcu DO.

ZDok-1 predvideva, da osebni načrt izhaja iz načrta priporočenih storitev DO, ki ga z vlagateljem/ico pripravijo na vstopnih točkah CSD, koordinator/ica DO pa mora nato skupaj z upravičencem/ko pregledati ta načrt, narediti revizijo in ga preoblikovati v osebni načrt, ki je osnova za izvajanje storitev DO in drugih storitev, ki jih bo oseba koristila. **Koordinator/ica pri pripravi osebnega načrta torej v največji meri uporabi informacije iz načrta priporočenih storitev ter jih skupaj z upravičencem/ko smiselno in po potrebi dopolni.**

Pričujoča navodila so namenjena kot podpora za vsebinsko delo koordinatorjev/ic DO in ne nadomeščajo strokovne presoje in ustreznega vodenja postopkov.

OSEBNI NAČRT

ZDok-1 opredeljuje osebni načrt kot pogodbo med upravičencem/ko in izvajalcem DO, s katerim se izvajalec DO zaveže, da bo upravičencu/ki zagotavljal storitve DO v obsegu pravic iz kategorije dolgotrajne oskrbe, ki izhaja iz odločbe vstopne točke CSD. Osebni načrt pripravi koordinator/ica DO skupaj z upravičencem/ko v skladu z načrtom priporočenih storitev.

Osebni načrt (kakor tudi načrt priporočenih storitev) je metoda za oceno situacije skozi katero se, na kooperativen način med koordinatorjem/ico in osebo, sistematično zbira informacije o osebi, njeni življenjski situaciji in njenem okolju. Skozi proces opazovanja, pogovora in analize koordinatorji/ice pridejo do vseh potrebnih informacij za oceno potreb in ciljev.

Osebni načrt je tudi metoda socialnega dela, ki povezuje analizo situacije in izvajanje. Koordinator/ica DO skupaj z upravičencem/ko preuči življenjsko situacijo z namenom priprave seznama ciljev. Te cilje bo izvajalec DO uresničeval skozi storitve, lahko pa se upravičenec/ka po potrebi obrne tudi še na druge izvajalce izven DO.

Namen osebnega načrta je, da koordinator/ica skupaj z upravičencem/ko oblikuje cilje in predvidi storitve, ki mu/ji omogočajo čim bolj samostojno in kakovostno življenje. Osnovni namen osebnega načrtovanja je krepitev moči uporabnika/ce – da postane aktiven/a sogovornik/ca, katere/ga volja je izhodišče za dogovor, sodelovanje in izvajanje storitev DO. Osebni načrt izvajalcu DO jasno določa, katere storitve mora zagotoviti, plačniku pa, katere pravice mora financirati za uporabnika/co.

Na potrebe oseb gledamo skozi osebni načrt celostno in individualno, kar pomeni, da pri oceni situacije in načrtovanju podpore nismo omejeni zgolj na zdravstveno oskrbo, temveč lahko naslovimo specifične potrebe osebe z načrtovanjem in izvajanjem različnih storitev ali ukrepov, glede na analizo življenjske situacije osebe. Namen priprave osebnega načrta je torej zagotoviti podporo, ki temelji na perspektivi uporabnika/ce, krepí moč, daje uporabniku/ci večji vpliv in nadzor nad procesom, cilji, storitvami in izidi ter ustvarja odgovore glede na individualne potrebe uporabnika/ce, ne zgolj standardiziranih storitev, kamor se uporabnika/co umesti.

Osebni načrt podpira temeljne aktivnosti socialnega dela, kot so ustvarjanje delovnega odnosa, raziskovanje življenjskega sveta in omogočanje dostopa do sredstev. Poleg tega ima nekatere elemente analize tveganja in zmanjševanja škode ter krepitev moči.

Koraki do priprave osebnega načrta:

- Izvajalec DO prejme odločbo oziroma načrt priporočenih storitev;
- Koordinator/ica DO pri izvajalcu kontaktira upravičenca/ko in opravi pogovor z upravičencem/ko na terenu ali v prostorih izvajalca;
- V sodelovanju z upravičencem/ko koordinator/ica DO pripravi osebni načrt, tako da izvede revizijo načrta priporočenih storitev in preveri morebitne spremembe v času od priprave načrta priporočenih storitev;

- Na podlagi revizije načrta priporočenih storitev in pridobljenih podatkov na terenu koordinator/ica DO zapiše osebni načrt, v katerem v izvedbenih tabelah opredeli, kako se bodo izvajale storitve, ki jih bo upravičenec/ka koristil;
- Izvajalec DO sklene osebni načrt z upravičencem/ko;
- O sklenitvi osebnega načrta koordinator/ica DO obvesti vstopno točko CSD;
- Koordinator/ica DO posreduje ZZZS vse podatke iz osebnega načrta, ki so nujno potrebni za izvajanje nalog ZZZS.

Vzpostavljanje in razvijanje delovnega odnosa

Pomemben pogoj za pripravo ustreznega osebnega načrta je vzpostavljen delovni odnos med koordinatorjem/ico DO in upravičencem/ko.

Pogovor za pripravo osebnega načrta z osebo pričnemo z uvodom, ki je namenjen vzpostavljanju stika ter predstavitvi in razlagi srečanja oziroma sestanka. V uvodnem delu se predstavimo, povemo, zakaj smo se sestali, in pojasnimo, kako bo potekal pogovor. Pojasnimo namen našega obiska, način dela, metode dela (priprava osebnega načrta) in pravice osebe. Pomembno je, da osebo spodbudimo k sproščenemu sodelovanju in ustvarimo prijetno vzdušje, v katerem se počuti varno in slišano.

V kolikor ima oseba težave s komunikacijo ali težko izrazi svoje potrebe in želje, v proces za pridobitev potrebnih informacij vključimo tudi druge osebe, ki so del življenjskega sveta upravičenca/ke in ga/jo poznajo. Pri pridobivanju informacij si pomagamo tudi z opazovanjem. Težave pri komunikaciji nas še bolj zavezujejo, da smo pozorni na krepitev moči osebe in zagotavljanje podpore in načinov, da ta lahko sporoči svojo voljo.

Kakšen jezik uporabljati?

Načrt zapišemo jasno, enostavno in razumljivo, da ga lahko preberejo in razumejo upravičenci/ke in drugi udeleženi v procesu pridobitve pravic in storitev. Izogibamo se strokovnemu žargonu. Namesto strokovnih terminov in tehničnih izrazov uporabljamo vsakodnevne, opisne in praktične izraze. Pišemo konkretno in se izogibamo splošnim opredelitvam (npr. ne pišemo »izboljšati komunikacijo«, »urejanje bivalnih razmer«,...). Uporabljamo jezik, ki krepi osebo in jo ne stigmatizira ali ponižuje. V načrt zapisujemo vsebino pogovora oziroma informacije, ki jih v pogovoru pridobimo. Ne zapisujemo poteka načrtovanja, naših občutij in opažanj ob načrtovanju, komentarjev ali mnenj na povedano.

SKLOPI IN VSEBINA OSEBNEGA NAČRTA

Struktura osebnega načrta

Osebni načrt predstavlja povzetek informacij in opredelitev konkretnih potreb in ciljev osebe. Vsebuje pogodbeni del in vsebinski del.

Struktura načrta je sledeča:

- Naslovnica
- POGODBENI DEL OSEBNEGA NAČRTA
- Priloga 1:
 - VSEBINSKI DEL OSEBNEGA NAČRTA
 - Opis življenjske situacije, potreb in ciljev
 - Predstavitev osebe
 - Analiza situacije
 - Želje, potrebe in cilji
 - Izvedbeni del
 - Izvajalec DO
 - Drugi izvajalci

Naslovnica

Na prvi strani osebnega načrta zapišemo podatke: navedemo in priimek uporabnika/ce, izvajalca DO, ime in priimek koordinator/ice (ki je ime zapisal/a načrt) in njegov/njen kontakt.

Pogodbeni del osebnega načrta

Na prvih straneh osebnega načrta zapišemo podatke, kot jih narekuje ZDOsk-1, in sicer na naslovni strani številko osebnega načrta, ime in priimek uporabnika/ce, ki mu/ji pripada ta načrt, naziv izvajalca DO, pri katerem uporabnik/ca sklepa osebni načrt ter ime, priimek, telefonsko številko koordinatorja/ice, ki je načrt zapisal/a.

V 1. členu (Osnovni podatki) v tabele vnesemo osnovne podatke o uporabniku/ci, morebitnem zastopniku/ci uporabnika/ce in izvajalcu DO po ZDOsk-1. Starš s podaljšano roditeljsko pravico se

šteje za zakonitega/o zastopnika/co otroka. V zadnjem odstavku 1. člena navedemo ime in priimek uporabnika/ce, ki sklepa osebni načrt.

V 2. členu (Uvodne ugotovitve) vnesemo podatke iz odločbe vstopne točke CSD. Navede se številka odločbe, datum njene izdaje, pripadajoča kategorija DO ter navede dokazilo o tem, da vlagatelj ne prejema primerljivih pravic

V 3. členu (Izbrana oblika pravice) vnesemo obliko pravice, ki jo želi koristiti uporabnik/ca in dan, ko se pravica začne koristiti pri izvajalcu DO. Datum začetka izvajanja pravice je lahko enak dnevu sklenitve osebnega načrta ali kasnejši. Oblike pravice do DO so nedenarne pravice, ki vključujejo celodnevno DO v instituciji, dnevno oskrbo pri izvajalcu DO, DO na domu ter oskrbo s strani družinskega oskrbovalca, in denarno pravico v obliki denarnega prejemka.

4. člen. Gre za člen, ki je namenjen obveščanju uporabnika, da lahko po tem, ko je sklenil osebni načrt za dolgotrajno oskrbo v obliki dolgotrajne oskrbe na domu, dolgotrajne oskrbe na domu in dnevne dolgotrajne oskrbe, oskrbovalca družinskega člana ali denarnega prejemka, sklene pogodbo za izvajanje e-oskrbe s ponudnikom e-oskrbe in ne pomeni, da to storitev izvaja ali koordinira izvajalec dolgotrajne oskrbe s katerim se osebni načrt sklepa. Če je sklenil osebni načrt za izvajanje dolgotrajne oskrbe v instituciji se lahko ta člen izbriše.

5. člen (Nadomestna oskrba za uporabnike pravice do oskrbovalca družinskega člana) se izpolni samo v primeru, ko se sklepa osebni načrt za nadomestno oskrbo, sicer se briše. V prvem odstavku navedemo ime, priimek, EMŠO in TRR enega ali dveh oskrbovalcev družinskega člana. V drugem odstavku navedemo število dni nadomestne oskrbe, do katerih je uporabnik/ca upravičen/a v prvem letu uveljavljanja pravice. V tretjem odstavku navedemo obdobje koriščenja nadomestne oskrbe (od datuma do datuma), skupno število dni v tem obdobju ter preostalo število dni nadomestne oskrbe, ki še ostanejo v letu.

V drugem odstavku 6. člena (Izvajanje storitev) navedemo število obveznih obiskov koordinatorja/ice na leto in pogostost obiskov glede na časovno obdobje (npr. enkrat mesečno, enkrat na kvartalno obdobje, enkrat na polletje), pri čemer upoštevamo kategorijo oskrbe. V tabelo v drugem odstavku zapišemo morebitne strokovne službe izvajalca DO, ki so vključene v obravnavo uporabnika (npr. fizioterapevt, delovni terapevt, ipd.) in njihove kontaktne podatke. V tretjem odstavku 6. člena navedemo datum, ko se pričnejo izvajati storitve DO pri izvajalcu DO.

7. člen (Obseg storitev v urah). V prvem odstavku 7. člena se določi polni obseg storitev po pripadajoči kategoriji, v drugem odstavku pa se določi dejanski obseg storitev po pripadajoči kategoriji, če sta se izvajalec DO in uporabnik dogovorila za manjši obseg. Če izvajalec nudi polni obseg storitev, se lahko drugi odstavek briše.

V 10. členu (Končne določbe) navedemo kraj in datum sklenitve osebnega načrta, ime in priimek uporabnika/ce in odgovorne osebe izvajalca DO ter nujne podpise. V primeru kombiniranja pravic dnevne DO in DO na domu osebni načrt podpišejo uporabnik in izvajalec DO.

Priloga 1

Vsebinski del osebnega načrta

V vsebinskem delu zapišemo življenjsko situacijo in potrebe osebe ter cilje in način izvedbe s pomočjo izvedbenih tabel. Načrt pišemo v tretji osebi. V kolikor ima oseba drugačne poglede kot druge osebe v pogovoru (npr. svojci), je to pri zapisu potrebno ustrezno ločiti, da je jasno razvidna volja osebe (uporabnika/ce).

Veliko informacij o potrebah (in željah) osebe je že zapisanih v načrtu priporočenih storitev. Uporabimo besedilo načrta priporočenih storitev, da oseba koordinatorju/ici ne potrebuje še enkrat pojasnjevati svoje celotne situacije, saj je to naredila že na vstopni točki CSD. Zapisane informacije predvsem pregledamo skupaj z uporabnikom/co in jih po potrebi dopolnimo, v kolikor je to potrebno.

Opis življenjske situacije in potreb

PREDSTAVITEV OSEBE

V prvem sklopu se na kratko predstavi osebo. Namen tega začetnega dela je v tem, da oseba pove, kaj ji je v življenju pomembno, kaj jo žalosti ali ji povzroča skrb ter kaj osebo veseli, osrečuje ali motivira. Predstavitev osebe je kratka. V odstavku pišemo o osebi na pozitiven način, ki krepi moč in omogoči konstruktivno postavitev ciljev.

V tem delu pridobimo ključne informacije o tem, kaj je osebi pomembno, in je prehodni del med vzpostavljanjem stika ter oceno potreb ter ciljev.

ANALIZA SITUACIJE

Zapišemo življenjsko situacijo in vsakdanje življenje osebe. Zapišemo njene potrebe, spretnosti in zmožnosti. Analiza situacija temelji na podatkih, ki so že zbrani v načrtu priporočenih storitev in sledijo zaporedju modulov lestvice za oceno upravičenosti do DO in oceni potreb. Z upravičencem/ko lahko pripravimo načrt na podlagi novega pogovora oziroma izvedemo revizijo načrta priporočenih storitev. Revizijo naredimo tako, da načrt priporočenih storitev skupaj z upravičencem/ko pregledamo, preverimo morebitne spremembe v času od njegove priprave in po potrebi dopolnimo in preoblikujemo podatke. Namen revizije načrta priporočenih storitev NI, da opravimo ponoven pogovor o celotni situaciji osebe, temveč smo pozorni na potrebe navedene v načrtu priporočenih storitev, širše potreba in morebitne spremembe v času od njegove priprave. V kolikor je prišlo do sprememb, jih zapišemo na način, da tudi te izražajo (spremenjene) potrebe osebe.

Pri pripravi osebnega načrta in bolj celostni oceni potreb vam lahko pomaga indeks potreb DO.

Pri tem so v oporo in opomnik sledeče potrebe DO:

- stanovanje (Kje oseba živi in kje bi rada živela? Kakšno je stanovanje, hiša, soba? Ali je okolje prilagojeno njenim potrebam? Kako je poskrbljeno za dostopnost za izvajanje oskrbe? Ali je stanovanje dovolj ogrevano?)
- denar in drugi viri (Katere prihodke ima? Ali ima še druge vire? Kako upravlja z viri?)
- delo, prosti čas in spretnosti (Kaj oseba dela? Kaj jo zanima? Kaj ji daje zadovoljstvo? Kateri hobiji, interesi ali dejavnosti jo veselijo? Na katera znanja, veščine ali spretnosti je ponosna? Katere bi si želela pridobiti?)
- stiki in družabnost (Kdo so njeni bližnji, s kom se oseba rada družijo? S kom oseba živi? Komu zaupa? Kdo so ključne osebe v njenem življenju – npr. družina, prijatelji, sosede? S kom želi imeti več stikov? Ima težave s komunikacijo, potrebuje prilagojeno komunikacijo?)
- vsakdanje življenje, rutine in skrb zase (Kako poteka običajen dan osebe? Kaj je za osebo dober dan in kaj slab dan? Katere navade in posebnosti ima? Katera opravila opravlja vsak dan? Kako običajno rešuje probleme ali se spopada z izzivi?)
- zdravje in zdravstvene posebnosti, ki vplivajo na izvajanje storitev DO (Kakšno je zdravje osebe? Kako skrbi za svoje zdravje? Kakšno je bilo njeno psihofizično stanje – pred boleznijo, poškodbo, oslabelostjo? Kako se premika po prostoru? Katere predmete in pripomočke uporablja za življenje (ortopedski in drugi pripomočki)?
- podpora (Kakšno pomoč in podporo že prejema? Ali potrebuje podporo pri higieni, negi ali drugih dnevnih opravilih? Katere oblike podpore bi si še želela?)
- vpliv, varnost in moč (Ali oseba sama sprejema odločitve o svojem življenju? Lahko izrazi svojo voljo? Kaj jo žalosti ali ji povzroča skrb? Kaj osebo veseli, osrečuje ali motivira v življenju?)

ŽELJE, POTREBE IN CILJI

Izhajajoč iz predstavitve osebe in analize situacije v tretji točki zapišemo želje in potrebe osebe, kot jih opiše sama. Zapišemo odstavek o tem, kaj si oseba želi in kaj pričakuje za prihodnost. Opredelimo njene cilje ter vrsto podpore, ki jo potrebuje in si jo želi.

Želje, potrebe in cilji izhajajo iz analize življenjske situacije osebe, kar pomeni, da podatke pridobimo pri analizi situacije. Zapišemo želje in potrebe, ki jih je izrazila oseba, ne pa tega, kar sami presojamo kot dobro zanj. Lahko pa ji svoje predloge predstavimo in se o njih pogovorimo, če ocenimo, da bi ji lahko koristili oziroma odgovarjali njenim potrebam.

Želje in potrebe zapišemo zelo konkretno (primer: ne zapišemo »pomoč pri urejanju finančnih in upravnih zadev«, temveč z osebo preverimo, kaj specifično želi, denimo »pomoč pri izpolnjevanju in oddaji vlog za denarne prejemke« ali »pomoč pri prinosu živil iz trgovine«, »pomoč pri naročanju frizerja ali pedikure«, »skrb za zdravila: naročanje in prevzem v lekarni, ko jih zmanjka, tedenska priprava zdravil«, »obedovanje v jedilnici in ne v svoji sobi/postelji«, »obisk moževega groba«, »pokretnost s pomočjo hodulje, bergel«, »samostojno oblačenje in slačenje« idr.). Takšen način

zapisovanja želja in potreb osebe omogoča, da oseba in izvajalci storitev natančno razumejo, kaj oseba potrebuje in ji lahko nudijo točno takšno podporo, kot jo potrebuje.

Pri tem smo pozorni, da zapisujemo potrebe in ne odgovorov na potrebe (ne pišemo samih storitev). Na primer, če oseba pove, da potrebuje podporo pri vstajanju s postelje, v seznam ne zapišemo »DO na domu«, temveč kar »podpora pri vstajanju s postelje« ali »podpora pri vstopanju in zapuščanju invalidskega vozička«. Tako se izognemo omejevanju storitev na zgolj tiste, ki so nam znane in hitro dostopne.

Na podlagi ugotovljenih potreb oblikujemo cilje (lahko imajo enako obliko zapisa kot potrebe, če je to smiselno.). Cilje lahko zapišemo v alinejah, če je glede na dosednji zapis tako bolj pregledno. Zapisani cilji so podlaga oziroma izhodišče za pripravo izvedbene tabele, ki je osnova za izvajanje storitev.

Izvedbeni del - tabele

Na podlagi opisa življenjske situacije, potreb in ciljev osebe izpolnimo izvedbene tabele. Skozi tabele opredelimo, katere storitve in v kolikšnem obsegu bo oseba prejela glede na zastavljene cilje. Upoštevamo in vnesemo vse cilje osebe, pri katerih oseba rabi podporo druge osebe. V prvo tabelo »Izvajalec DO« vnesemo cilje, ki jih bo izvajal izvajalec DO, druga tabela »Drugi izvajalci« je namenjena za druge storitve, ki jih bo oseba koristila, vendar ne v sklopu pravic iz DO.

Pripravljeni sta torej dve tabeli:

- a) **Izvajalec DO.** Prva tabela (zgornja) je namenjena storitvam izvajalca po ZDOsk-1. Izpolnjevanje tabele je obvezno za vsakega uporabnika.

1. Stolpec (Naziv izvajalca DO) – navedemo
2. Stolpec (Cilji, ki izhajajo iz potreb uporabnika/ce) – prepisemo potrebe iz načrta priporočenih storitev oziroma jih preoblikujemo v cilje. V vsako vrstico zapišemo en cilj. Vnesemo tudi druge posamezne cilje, ki smo jih skupaj z uporabnikom identificirali med pogovorom in izhajajo iz njegovih potreb in želja iz prvega dela načrta (Opis življenjske situacije, potreb in ciljev) ter **se povezujejo** s storitvami po ZDOsk-1.
3. Stolpec (Sklop storitev A, B, C, D) – za vsak posamezni cilj navedemo sklop storitev in šifro storitev, ki se bo izvajala v skladu s Pravilnikom o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi - Katalog storitev DO.
4. Stolpec (Šifra storitve) – navedemo šifro storitve po Pravilniku o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi – Katalog storitev DO.
5. Stolpec (Opis in aktivnosti storitve) – za vsak cilj zapišemo, katere storitve oziroma aktivnosti bo izvajal izvajalec, da se uresniči cilj oziroma se cilj uresničuje kontinuirano.
6. Stolpec (Časovni obseg - količina) – navedemo časovno opredelitev izvajanja storitve.

7. Stolpec (Okvirni časovni termin izvajanja storitve) – navedemo, kako smo se z uporabnikom dogovorili, kdaj naj bi se storitev izvajala, katere dneve in ob katerih urah. Če je cilj enkraten, potem se določi do kdaj bo izveden.
8. Stolpec (Morebitne posebnosti v izvajanju storitve in druge opombe) – po potrebi vpišemo druge pomembne informacije v povezavi s cilji osebe glede načina izvajanja storitve in podobno.

V drugi tabeli zapišemo tudi dodatne medsebojne pravice in obveznosti med uporabnikom oziroma uporabnico ter izvajalcem dolgotrajne oskrbe, ki niso financirane iz javnih sredstev za dolgotrajno oskrbo. Te pravice in obveznosti izhajajo iz izvedbenega dela Priloge 1, in sicer iz tabele »Drugi izvajalci«.

b) Drugi izvajalci. Druga tabela je namenjena storitvam, ki jih koordinator/ica pomaga osebi koordinirati glede na njene cilje, niso pa del pravic po ZDOsk-1 (npr. potrebe po druženju, pomoč pri premostitvi materialnih stisk). Naloge koordinatorja/ice so usmerjene predvsem v iskanje ustreznih možnosti dodatne podpore za uporabnika/ico pri drugih izvajalcih (npr. socialni servis, Rdeči križ, Karitas, druge nevladne organizacije na področju dolgotrajne oskrbe, pomoč prostovoljcev), v informiranje uporabnika/ice o teh možnostih ter pripravo na vključitev v te storitve, če se uporabnik/ica za to odloči.

1. Stolpec (Cilji, ki izhajajo iz potreb uporabnika/ce) – prepišemo potrebe iz načrta priporočenih storitev oziroma jih preoblikujemo v cilje. V vsako vrstico zapišemo en cilj. Vnesemo tudi druge posamezne cilje, ki smo ga skupaj z uporabnikom identificirali med pogovorom in izhajajo iz njegovih potreb in želja iz prvega dela načrta (Opis življenjske situacije, potreb in ciljev) ter **se povezujejo** s storitvami po ZDOsk-1.
2. Stolpec (Storitve (opis in aktivnosti)) – za vsak cilj zapišemo katere storitve oziroma aktivnosti bo posamezni izvajalec izvajal, da se uresniči cilj oziroma se cilj uresničuje kontinuirano.
3. Stolpec (Izvajalec) – navedemo izvajalca, ki bo izvajal storitve
4. Stolpec (Časovni obseg - količina) – navedemo časovno opredelitev izvajanja storitve.
5. Stolpec (Okvirni časovni termin izvajanja storitve) – navedemo kako smo se z uporabnikom dogovorili kdaj naj bi se storitev izvajala, katere dneve ob katerih urah. Če je cilj enkraten, potem se določi do kdaj bo izveden.
6. Stolpec (Morebitne posebnosti v izvajanju storitve in druge opombe) - po potrebi vpišemo druge pomembne informacije v povezavi s cilji osebe glede načina izvajanja storitve in podobno.

SPLOŠNA PRIPOROČILA

V odnosu med koordinatorji/icami DO in uporabniki/cami bo vedno prisotno nesorazmerje moči zaradi zakonodajnih pristojnosti, razpolaganja z viri, močjo odločanja in drugimi zmožnostmi, ki so na voljo koordinatorjem/icam. Prav tako so koordinatorji/ke tiste, ki vodijo celoten postopek in imajo nalogo paziti, da vse teče po pravilih in v skladu s zahtevami zakonodaje in organizacije, uporabniki pa se morajo temu prilagoditi. Koordinatorji/ke so zato tiste, ki nosijo odgovornost, kako bodo vodili/e postopek in delali/e ocene ter da se usmerjajo h krepitvi moči. Pomembno je, da vključujemo uporabnika v proces, upoštevamo njegove odločitve o njegovem življenju, njegove želje, potrebe in zmožnosti. Da bi zmanjšali nesorazmerja v moči, moramo v skladu z dobro prakso reflektirati svoje delo, voditi postopke transparentno in razumljivo ter uporabnikom/cam utemeljevati metode dela in naše odločitve. Prav tako moramo uporabljati svoje strokovno znanje in upoštevati kodeks etičnih načel v socialnem varstvu.

Paziti moramo na napake in pasti načrtovanja. Načrtovanje ne sme potekati brez uporabnika/ce. Paziti moramo, da ne blokiramo interesov osebe oziroma ne vsiljujemo svojih pogledov in rešitev, ampak raziščemo različne možnosti skupaj z uporabnikom/co in upoštevamo njegove/njene poglede in voljo. Ne smemo presoјati ali obsoјati odločitev uporabnika/ce, lahko pa se o njih pogovorimo in ga/jo ustrezno informiramo. Načrtovanje mora biti namenjeno odpiranju možnosti za uporabnika/co, ne omejevanju.

Logotip izvajalca
dolgotrajne oskrbe



OSEBNI NAČRT DOLGOTRAJNE OSKRBE

Št.: _____

Ime in priimek uporabnika/ce:

Izvajalec dolgotrajne oskrbe:

Načrt zapisal/a koordinator/ica dolgotrajne oskrbe:

Kontakt koordinatorja/ice dolgotrajne oskrbe:

POGODBENI DEL OSEBNEGA NAČRTA

1. člen

Osnovni podatki

Uporabnik/ca:

Ime in priimek	
EMŠO	
Naslov stalnega prebivališča	
Naslov začasnega prebivališča	
Naslov, kjer oseba dejansko prebiva	
Številka transakcijskega računa*	
Naziv banke*	
Šifra države*	
BIC koda*	
Telefonska številka	
E-kontakt	

* Izpolni samo v primeru, ko oseba sklepa osebni načrt za denarni prejemek ali za nadomestno oskrbo v obliki denarnega prejema.

oziroma

Skrbnništvo in druge vrste zastopanja:

Tip skrbništva oziroma druge vrste zastopanja (skrbništvo nad odraslimi, skrbništvo za posebni primer, pooblastilo, zakonito zastopstvo)	
Ime in priimek skrbnika oz. skrbnice oz. naziv pravne osebe ali ime in priimek pooblaščenca oz. pooblaščenke, zakonitega zastopnika oz. zakonite zastopnice	
EMŠO ali matična številka	
Naslov stalnega prebivališča*	
Naslov začasnega prebivališča*	
Sedež pravne osebe	
Telefonska številka	
E-kontakt	

* Naslov fizične osebe

In

Izvajalec dolgotrajne oskrbe

Naziv	
Naslov	
Organizacijska enota	
Matična številka	
Davčna številka	
ZZZS številka	

RIDO številka (izvajalca in lokacije)	
Odgovorna oseba	
Telefonska številka	
E-kontakt	

(v nadaljnjem besedilu: Izvajalec DO)

Izvajalec dolgotrajne oskrbe (samo v primeru kombinacije pravic dolgotrajne oskrbe na domu in dnevne dolgotrajne oskrbe)

Naziv	
Naslov	
Organizacijska enota	
Matična številka	
Davčna številka	
ZZZS številka	
RIDO številka (izvajalca in lokacije)	
Odgovorna oseba	
Telefonska številka	
E-kontakt	

(v nadaljnjem besedilu: Izvajalec DO)

sklenejo pogodbo o osebnem načrtu za _____.

2. člen

Uvodne ugotovitve

(1) Uporabnik/ca oz. pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO uvodoma ugotavljajo, da:

- je bil/a uporabnik/ca z odločbo centra za socialno delo _____ (vstopne točke za dolgotrajno oskrbo), št. _____, z dne _____, razvrščen/a v _____ kategorijo dolgotrajne oskrbe in mu/ji je bila priznana pravica do dolgotrajne oskrbe v skladu z odločbo,
- da uporabnik/ca ne prejema primerljivih pravic, kot jih določa Zakon o dolgotrajni oskrbi (ZDOsk-1, Uradni list RS, št. 84/23, 112/24 in 44/25, v nadaljnjem besedilu: zakon), kar je dokazano z dokazilom (*npr. z odločbo o ukinitvi dodatka za pomoč in postrežbo*) _____.

3. člen

Izbrana oblika pravice

(1) Uporabnik/ca je izbral/a pravico do dolgotrajne oskrbe, ki jo koristi v obliki _____.

Pravica se začne izvajati z dnem _____.

4. člen

Možnost koriščenja e-oskrbe

(1) Uporabnik/ca je upravičen/a do sofinanciranja storitev e-oskrbe na podlagi izvršljive odločbe o upravičenosti do pravic dolgotrajne oskrbe in tega osebnega načrta, razen če iz osebnega načrta izhaja, da je izbral/a pravico do celodnevne dolgotrajne oskrbe v instituciji. Pogodbo o zagotavljanju storitev e-oskrbe uporabnik/ca sklene s ponudnikom storitev e-oskrbe, skladno z določili zakona.

5. člen

Nadomestna oskrba za uporabnike pravice do ODČ

(1) Uporabnik/ca oziroma pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO ugotavljajo, da ima uporabnik/ca pravico do oskrbovalca družinskega člana (v nadaljnjem besedilu: ODČ). Oskrbo uporabniku/ci zagotavlja en ali dva ODČ, in sicer:

Ime in priimek: _____, EMŠO: _____.

Ime in priimek _____, EMŠO: _____.

(2) Uporabnik/ca ima, kot to določa zakon, pravico do 21 dni nadomestne oskrbe na leto, v prvem letu uveljavljanja pravice mu/ji pripada sorazmerni del nadomestne oskrbe v obsegu _____ dni.

(3) Uporabnik/ca bo koristil/a pravico do nadomestne oskrbe, zato sklepa osebni načrt za določen čas trajanja nadomestne oskrbe od _____ do _____, skupaj _____ dni. Ostane mu/ji še _____ dni nadomestne oskrbe.

6. člen

Izvajanje storitev

(1) Izvajalec DO in uporabnik/ca ugotavljata, da je koordinator/ica dolgotrajne oskrbe (v nadaljevanju: koordinator/ica DO) uporabnika/co seznanil/a z možnostmi, oblikami in storitvami dolgotrajne oskrbe ter s pravicami in obveznostmi, ki jih za uporabnike/ce določa zakon.

Izvajanje storitev se prilagodi potrebam uporabnika/ce. Izvajalec DO storitve uporabniku/ci zagotavlja v skladu z izvedbenim delom osebnega načrta, ki je priloga 1 k osebnemu načrtu.

(2) V skladu z zakonom koordinator/ica DO izvaja redne obiske uporabnika/ce najmanj v naslednjem obsegu: ___ obisk/ov letno (tj. enkrat na _____), odvisno od kategorije oskrbe.

V obravnavo uporabnika/ce so vključene naslednje strokovne službe izvajalca DO:

Strokovna služba	Kontaktni podatki

(3) Storitve dolgotrajne oskrbe iz prejšnjega člena se začnejo izvajati (koriščenje pravic) z dnem _____ in se bodo izvajale v prostorih izvajalca DO ali na naslovu, kjer uporabnik/ca dejansko prebiva.

(4) Dokumentacija v zvezi z izvajanjem storitev na podlagi tega osebnega načrta se hrani pri izvajalcu DO, uporabniku/ci pa je na voljo za vpogled na njegovo/njeno zahtevo.

7. člen

Obseg storitev v urah

(1) Uporabnik/ca ima v okviru pripadajoče kategorije dolgotrajne oskrbe, kot to določa zakon, pravico do storitev največ v višini:

- _____ ur mesečno za storitve: pomoč pri osnovnih dnevnih opravilih, zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila, pomoč pri podpornih dnevnih opravilih;
- _____ ur letno za storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti.

(2) Uporabnik/ca oziroma pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO se dogovorijo, da bo uporabnik/ca bo v okviru pripadajoče kategorije dolgotrajne oskrbe koristil/a storitve v višini:

- _____ ur mesečno za storitve: pomoč pri osnovnih dnevni opravilih, zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila, pomoč pri podpornih dnevni opravilih;
- _____ ur v prvem mesecu (sorazmerni del) za storitve: pomoč pri osnovnih dnevni opravilih, zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila, pomoč pri podpornih dnevni opravilih;
- _____ ur letno za storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti;
- _____ ur v prvem letu za storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti.

(3) Ob zamenjavi izvajalca DO ta uporabniku/ci izda dokument, ki izkazuje obseg neizkoriščenih ur storitev dolgotrajne oskrbe v mesecu zamenjave oziroma neizkoriščenih ur storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti v letu.

8. člen

Sprememba nabora ali pogostosti opravljanja storitev

(1) Uporabnik/ca in izvajalec DO lahko v okviru iste kategorije dolgotrajne oskrbe spremenita nabor ali pogostost opravljanja storitev dolgotrajne oskrbe in spremembo uredita z aneksom k osebni načrtu.

9. člen

Obveznost sporočanja sprememb

Uporabnik/ca, skrbnik/ca, skrbnik/ca za posebni primer ali pooblaščenec/ka mora koordinatorju/ici DO v osmih dneh od dneva, ko je sprememba nastala oziroma ko je zanj izvedel/a, sporočiti naslednje spremembe:

- dan sprejema in dan odpusta iz bolnišnice oziroma obravnave v drugi obliki namestitve, ki se financira iz zdravstvenega zavarovanja, če gre za uporabnika/co pravice do denarnega prejemka, pravice do dolgotrajne oskrbe na domu, pravice do celodnevne dolgotrajne oskrbe v instituciji, pravice do dnevne dolgotrajne oskrbe pri izvajalcu DO ali kombinacij pravic iz tretjega odstavka 10. člena zakona;
 - spremembo naslova prebivališča uporabnika/ce;
 - spremembo transakcijskega računa uporabnika/ce;
 - sklenitev novega osebnega načrta ob spremembi oblike dolgotrajne oskrbe ali spremembi izvajalca DO;
- izdaja drugačne odločbe o pravici do dolgotrajne oskrbe.

10. člen

Končne določbe

(1) Osebni načrt se sklene v dveh izvodih, en izvod prejme uporabnik/ca, pooblaščenec/ka, skrbnik/ca, zakoniti/a zastopnik/ca in en izvod izvajalec DO.

(2) Sklenjen osebni načrt začne veljati z dnem podpisa uporabnika/ce, pooblaščenca/ke, skrbnika/ce, zakonite/ga zastopnika/ce in odgovorne osebe pri izvajalcu DO.

(3) O sklenitvi osebnega načrta oziroma aneksa k osebni načrtu mora koordinator/ica DO obvestiti Zavod za zdravstveno zavarovanje in vstopno točko.

Kraj in datum sklenitve osebnega načrta:

Ime in priimek odgovorne osebe izvajalca DO:

Ime in priimek uporabnika/ce oz. zastopnika/ce:

Podpis odgovorne osebe izvajalca DO:

Podpis uporabnika/ce oz. zastopnika/ce:

Ime in priimek odgovorne osebe izvajalca DO:

Podpis odgovorne osebe izvajalca DO:

Priloga 1

VSEBINSKI DEL OSEBNEGA NAČRTA

Opis življenjske situacije, potreb in ciljev

PREDSTAVITEV OSEBE

[Napišemo kratek uvodni odstavek o tem, kako bi se oseba predstavila in kaj ji je v življenju pomembno, z njenimi besedami. Kaj jo žalosti ali ji povzroča skrb? Kaj osebo veseli, osrečuje ali motivira v življenju?]

ANALIZA SITUACIJE

[Zapišemo življenjsko situacijo in vsakdanje življenje osebe. Zapišemo njene potrebe, spretnosti in zmožnosti. Analiza situacija temelji na podatkih, ki so že zbrani v načrtu priporočenih storitev in sledijo zaporedju modulov lestvice za oceno upravičenosti do DO in oceni potreb. Z upravičencem/ko lahko pripravimo načrt na podlagi novega pogovora oziroma izvedemo revizijo načrta priporočenih storitev. Revizijo naredimo tako, da NPS skupaj pregledamo, preverimo morebitne spremembe v času od njegove priprave in po potrebi dopolnimo in preoblikujemo podatke. Namen revizije načrta priporočenih storitev NI, da opravimo ponoven pogovor o celotni situaciji osebe, temveč smo pozorni na potrebe navedene v načrtu priporočenih storitev, širše potrebe in morebitne spremembe v času od njegove priprave. V kolikor je prišlo do sprememb, jih zapišemo na način, da tudi te izražajo (spremenjene) potrebe osebe.]

[Pri pripravi ON in bolj celostni oceni potreb vam lahko pomaga indeks potreb DO.

Pri tem so v oporo in opomnik sledeče potrebe dolgotrajne oskrbe:

- stanovanje (Kje oseba živi in kje bi rada živela? Kakšno je stanovanje, hiša, soba? Ali je okolje prilagojeno njenim potrebam? Kako je poskrbljeno za dostopnost za izvajanje oskrbe? Ali je stanovanje dovolj ogrevano?)
- denar in drugi viri (Katere prihodke ima? Ali ima še druge vire? Kako upravlja z viri?)
- delo, prosti čas in spretnosti (Kaj oseba dela? Kaj jo zanima? Kaj ji daje zadovoljstvo? kateri hobiji, interesi ali dejavnosti jo veselijo? Na katera znanja, veščine ali spretnosti je ponosna? Katere bi si želela pridobiti?)
- stiki in družabnost (Kdo so njeni bližnji, s kom se oseba rada družijo? S kom oseba živi? Komu zaupa? Kdo so ključne osebe v njenem življenju – npr. družina, prijatelji, sosedje? S kom želi imeti več stikov? Ima težave s komunikacijo, potrebuje prilagojeno komunikacijo?)
- vsakdanje življenje, rutine in skrb zase (Kako poteka običajen dan osebe? Kaj je za osebo dober dan in kaj slab dan? Katere navade in posebnosti ima? Katera opravila opravlja vsak dan? Kako običajno rešuje probleme ali se spopada z izzivi?)

- zdravje in zdravstvene posebnosti, ki vplivajo na izvajanje storitev dolgotrajne oskrbe (Kakšno je zdravje osebe? Kako skrbi za svoje zdravje? Kakšno je bilo njegovo psihofizično stanje – pred boleznijo, poškodbo, oslabelostjo? Kako se premika po prostoru? Katere predmete in pripomočke uporablja za življenje (ortopedski in drugi pripomočki)?
- podpora (Kakšno pomoč in podporo že prejema? Ali potrebuje podporo pri higieni, negi ali drugih dnevnih opravilih? Katere oblike podpore bi si še želela?)
- vpliv, varnost in moč (Ali oseba sama sprejema odločitve o svojem življenju? Lahko izrazi svojo voljo? Kaj jo žalosti ali ji povzroča skrb? Kaj osebo veseli, osrečuje ali motivira v življenju?)

ŽELJE, POTREBE IN CILJI

[Iz perspektive osebe zapišemo odstavek o njenih želja, potrebah in ciljih. Kaj si oseba želi in kaj pričakuje za prihodnost? Kakšno podporo in oskrbo potrebuje in si želi? Na koncu zapišemo seznam ciljev, ki je izhodišče za pripravo izvedbenega dela osebnega načrta.]

Izvajalec DO

Naziv izvajalca DO (če gre za kombinacijo DO na domu in dnevne DO)	Cilji, ki izhajajo iz potreb uporabnika/ce	Sklop storitev A,B,C,D Po Pravilniku o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi - Katalog storitev DO	Šifra storitve Po Pravilniku o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi - Katalog storitev DO	Opis in aktivnosti storitve	Časovni obseg - količina XY ur skupno za kategorijo ali XY ur na teden ali XY ur na mesec	Okvirni časovni termin izvajanja storitve Kateri dnevi. Od-do. Do »datum« (če je enkratni cilj).	Morebitne posebnosti v izvajanju storitve in druge opombe

Drugi izvajalci

[V tabeli so opredeljeni cilji in izvajalci za storitve, ki presegajo storitve dolgotrajne oskrbe ter se ne financirajo iz finančnih virov dolgotrajne oskrbe.]

Cilji, ki izhajajo iz potreb uporabnika/ce	Storitve (opis in aktivnosti)	Izvajalec	Časovni obseg - količina	Okvirni časovni termin izvajanja storitve	Morebitne posebnosti v izvajanju storitve in druge opombe
			XY ur skupno ali XY ur na teden ali XY ur na mesec	Kateri dnevi. Od-do. Do »datum« (če je enkraten cilj).	

ANEKS K OSEBNEMU NAČRTU DOLGOTRAJNE OSKRBE

Št.: _____

Ime in priimek uporabnika/ce:

Izvajalec dolgotrajne oskrbe:

Načrt zapisal/a koordinator/ica dolgotrajne oskrbe:

Kontakt koordinatorja/ice dolgotrajne oskrbe:

1. člen

Uvodne ugotovitve

(1) Uporabnik/ca oz. pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO uvodoma ugotavljajo, da:

- da sta uporabnik/ca oz. pooblaščenec/ka, skrbnik/ca ali zakoniti/a zastopnik/ca in izvajalec DO dne _____ sklenila osebni načrt št. _____,
- da se je v okviru iste kategorije dolgotrajne oskrbe spremenil nabor ali pogostost opravljanja storitev dolgotrajne oskrbe in da to spremembo lahko uredita z aneksom k osebni načrtu,
- nov nabor storitev ali pogostost izvajanja storitev izhaja kot določeno v Prilogi 1.

2. člen

Izvajanje storitev

(1) Storitve dolgotrajne oskrbe iz prejšnjega člena se začnejo izvajati (koriščenje pravic) z dnem _____.

3. člen

Obseg storitev v urah

Iz dokumenta, ki izkazuje obseg neizkoriščenih ur storitev dolgotrajne oskrbe v mesecu zamenjave oziroma neizkoriščenih ur storitev za krepitev in ohranjanje samostojnosti v letu izhaja, da je uporabnik/ca upravičen/a do:

- _____ ur v prvem mesecu (sorazmerni del) za storitve: pomoč pri osnovnih dnevnih opravilih, zdravstvena nega, vezana na osnovna dnevna opravila, pomoč pri podpornih dnevnih opravilih;
- _____ ur v prvem letu za storitve za krepitev in ohranjanje samostojnosti.

4. člen

Ostale določbe

(1) Ostale določbe osebnega načrta se ne spreminjajo in ostajajo v veljavi.

5. člen

Končna določba

(1) Aneks k osebni načrtu se sklene v dveh izvodih, en izvod prejme uporabnik/ca, pooblaščenec/ka, skrbnik/ca oz. zakoniti/a zastopnik/ca in en izvod izvajalec DO.

(2) Sklenjen aneks k osebni načrtu začne veljati z dnem podpisa uporabnika/ce, pooblaščenca/ke, skrbnika/ce oz. zakonite/ga zastopnika/ce in odgovorne osebe pri izvajalcu DO.

(3) O sklenitvi aneksa k osebni načrtu mora koordinator/ica dolgotrajne oskrbe obvestiti Zavod za zdravstveno zavarovanje in vstopno točko.

Kraj in datum sklenitve aneksa k osebni načrtu:

Ime in priimek odgovorne osebe izvajalca DO:

Ime in priimek uporabnika/ca oz. zastopnika/ce:

Podpis odgovorne osebe izvajalca DO:

Podpis uporabnika/ce oz. zastopnika/ce:

Priloga 1

Izvajalec DO

Naziv izvajalca DO (če gre za kombinacijo DO na domu in dnevne DO)	Cilji, ki izhajajo iz potreb uporabnika/ce	Sklop storitev A,B,C,D Po Pravilniku o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi - Katalog storitev DO	Šifra storitve Po Pravilniku o storitvah, kadrovskih pogojih, usposabljanju in superviziji v dolgotrajni oskrbi - Katalog storitev DO	Opis in aktivnosti storitve	Časovni obseg - količina XY ur skupno za kategorijo ali XY ur na teden ali XY ur na mesec	Okvirni časovni termin izvajanja storitve Kateri dnevi. Od-do. Do »datum« (če je enkratno cilij).	Morebitne posebnosti v izvajanju storitve in druge opombe