

МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ  
КРАЕВОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«РЕСУРСНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ»

**ДОЛГОВРЕМЕННЫЙ УХОД**  
ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ  
КАК ЭЛЕМЕНТ  
СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

КРАСНОЯРСК  
2019

Министерство социальной политики Красноярского края  
Краевое государственное казенное учреждение  
«Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения»

**ДОЛГОВРЕМЕННЫЙ УХОД**  
ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА  
И ИНВАЛИДАМИ КАК ЭЛЕМЕНТ  
СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Красноярск  
2019

УДК 364.07(083)  
ББК 60.94я81  
Д 64

**Автор-составитель:** *Сидоренко Е.А., старший методист отделения развития социальных технологий краевого государственного казенного учреждения «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения».*

**Под редакцией:**

*Сухих В.Г., заместителя директора  
краевого государственного казенного учреждения  
«Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения»;*

*Чеха В.А., заведующего отделением развития социальных технологий  
краевого государственного казенного учреждения  
«Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения».*

**Долговременный уход за гражданами пожилого возраста и инвалидами как элемент сопровождаемого проживания:** методические рекомендации для специалистов учреждений социального обслуживания населения. – Красноярск: КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения», 2019. – 190 с.

В методических рекомендациях приведены теоретические аспекты создания системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Российской Федерации, нормативно-правовая основа его оказания, организация процесса ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, а также представлен практический опыт внедрения системы долговременного ухода в пилотных регионах Российской Федерации и применения элементов долговременного ухода в учреждениях системы социального обслуживания Красноярского края.

Данные рекомендации адресованы руководителям, специалистам, социальным работникам учреждений социального обслуживания населения и другим организациям, оказывающим социальные услуги гражданам пожилого возраста и инвалидам.

Все фотографии публикуются с разрешения их владельцев и администраций учреждений социального обслуживания.

ISBN 978-5-9631-0777-5

© Ресурсно-методический центр  
системы социальной защиты  
населения, 2019



## **Уважаемые коллеги!**

*Повышение ожидаемой продолжительности здоровой жизни россиян – одно из направлений, обозначенных Президентом Российской Федерации в Указе от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».*

*Национальный проект «Демография» включает в себя пять федеральных проектов, один из которых – «Старшее поколение», предполагающий создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.*

*Это комплексная программа поддержки граждан с дефицитом самообслуживания, которая включает поддержку семейного ухода, социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме. Система не имеет возрастных ограничений и относится ко всем людям, имеющим те или иные функциональные нарушения, ограничивающие возможности самостоятельного ухода.*

*В рамках национального проекта «Демография» предусматривается внедрение системы долговременного ухода во всех регионах Российской Федерации до марта 2022 года.*

*В Красноярском крае с 2018 года пилотной площадкой по внедрению долговременного ухода является КГБУ СО «Пансионат для граждан пожилого возраста и инвалидов «Солнечный». На базе учреждения организованы регулярные занятия в «Школе долговременного ухода» и «Школе родственного ухода», направленные на обучение социальных работников, родственников, волонтеров, оказывающих профессиональную помощь и уход за пожилыми.*

*В текущем году эта технология будет введена еще в четырех краевых учреждениях.*

*К 2021 году перечень учреждений будет расширен до 14. Кроме стационарных учреждений социального обслуживания в него планируется включить комплексные центры социального обслуживания населения городов Железногорска, Канска, Красноярска, Березовского, Канского, Каратузского районов и других муниципальных образований.*

*Таким образом, нам с вами предстоит сформировать в крае систему долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами как основное звено в серии мероприятий по созданию условий для активного долголетия, качественного ухода за пожилыми гражданами, нуждающимися в постоянной помощи, по сокращению имеющейся очереди на предоставление стационарного социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам, по увеличению доли занятости экономически активного населения. Развитие системы долговременного ухода позволит существенно изменить качество жизни маломобильных граждан.*

*Министр социальной политики  
Красноярского края  
И.Л. Пастухова*

## **ВВЕДЕНИЕ**

В Российской Федерации средняя продолжительность жизни в настоящее время составляет 72,5 года, 25 % граждан страны – пенсионеры. По прогнозу Федеральной службы государственной статистики, доля граждан старше трудоспособного возраста в России увеличится к 2025 году до 27,7 % и составит около 40,5 млн человек<sup>1</sup>.

Не стал на этом фоне исключением и Красноярский край, где по состоянию на 1 января 2019 года проживает 856 тыс. пенсионеров. Это почти треть от всего населения края (2,87 млн человек).

Такие показатели свидетельствуют о демографическом старении населения, большей части которого в скором времени понадобится долговременный уход. Уже сейчас, по данным волонтерских организаций, в постоянном уходе в нашей стране нуждаются около пяти миллионов человек. Это население нескольких областных городов! Между тем, согласно официальной статистике, только около 1,1 миллиона человек являются получателями социальных услуг на дому. В основном же ухаживать за лежачими больными годами приходится их родственникам<sup>2</sup>.

Тенденция старения населения определяет необходимость реализации в Российской Федерации на федеральном, региональном и муниципальном уровнях норм законодательства в отношении граждан пожилого возраста, а также мероприятий по увеличению продолжительности жизни, сохранению здоровья, продлению трудоспособного периода жизни пожилых людей.

Необходимость комплексного решения проблем граждан пожилого возраста определена в Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, целью которой является повышение продолжительности, уровня и качества жизни людей старшего поколения.

В числе приоритетных направлений реализации Стратегии определено развитие современных форм социального обслуживания, рынка социальных услуг, расширение форм поддержки негосударственного сектора в сфере оказания данных услуг, а также поддержка добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере социального обслуживания граждан пожилого возраста.

<sup>1</sup> [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/demography](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography).

<sup>2</sup> <http://vestirama.ru/novosti/rosstat-rossiyane-ne-smogut-uhazhivat-31032019.html>.

В связи с этим вопросы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста занимают одно из ключевых мест в системе социальной защиты населения. К настоящему времени государственная система долговременного ухода за гражданами с ограниченными возможностями здоровья и дефицитом самообслуживания находится в стадии становления.

Как отмечает заместитель председателя Правительства РФ Татьяна Голикова, «создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в целом требует изменения подходов к организации социального обслуживания и медицинской помощи, детального описания этих технологий, их нормирования, координации их внедрения в каждом конкретном регионе при непосредственном регулярном участии специалистов федерального уровня».

Таким образом, помощь гражданам пожилого возраста и инвалидам должна максимально способствовать здоровому старению. Пожилые люди должны иметь возможность вести полноценную жизнь, участвовать в экономической, социальной, культурной и политической жизни общества.

## **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

### ***1.1. Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами: основные характеристики и виды деятельности***

Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами (далее – СДУ) – комплексная поддержка граждан пожилого возраста и инвалидов, включающая социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной формах, с привлечением патронажной службы и сиделок, а также семейный уход.

**Цель** долговременного ухода – обеспечение каждого человека, не полностью справляющегося с самостоятельным уходом, системой поддержки самого высокого качества жизни с максимально возможным уровнем независимости, автономии, участия в деятельности, самореализации и человеческого достоинства.

#### ***Основные задачи:***

- организация межведомственного взаимодействия медицинских организаций и организаций социального обслуживания, включая объединение клиентских баз и передачу необходимой информации о состоянии гражданина его родственникам и организациям социальной сферы;
- развитие и поддержка семейного (родственного) ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами (школы родственного ухода, прокат технических средств реабилитации и т.д.);
- информирование населения о системе долговременного ухода.

**В систему долговременного ухода входят следующие виды деятельности:**

- предоставление социальных услуг и проведение мероприятий по социальному сопровождению (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам);
- предоставление медицинских услуг, в том числе мероприятий по гериатрической и паллиативной помощи, а также мероприятий по медицинской реабилитации;
- создание условий для предоставления мер социальной поддержки, определение реабилитации или абилитации граждан, в том числе составле-

ние индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида и предоставление технических средств реабилитации;

- поддержка родственного ухода;
- предоставление иных услуг и мероприятий, установленных нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Целью данных видов деятельности СДУ является обеспечение взаимодействия пожилого человека или инвалида с органами и организациями, вовлеченными в СДУ, после его однократного обращения в одну из этих организаций, без постоянного взаимодействия этого человека с каждой из организаций (по принципу «одного окна»)<sup>3</sup>.

### Целевые группы системы долговременного ухода



- ✓ гериатрические пациенты;
- ✓ паллиативные пациенты;
- ✓ граждане с инвалидностью;
- ✓ граждане с психическими расстройствами, включая больных деменцией;
- ✓ маломобильные пациенты (необратимо и обратимо как результат успешной реабилитации);

- ✓ родственники, осуществляющие уход;
- ✓ граждане, оказывающие надомную помощь нуждающимся.

В общем виде определение долговременного ухода не имеет возрастных ограничений и относится ко всем людям, имеющим те или иные функциональные нарушения, ограничивающие возможности самостоятельного ухода.

### 1.2. Структура системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

В процессе функционирования СДУ человек получает помощь и услуги в соответствии с индивидуальными объективными потребностями, а участники СДУ непрерывно отслеживают актуальные потребности и состояние человека (рис. 1).

Работа СДУ состоит из четырех этапов: выявление, типизация, маршрутизация и долговременный уход.

**I этап – выявление** граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг, – это поиск людей, которые раньше не попадали в поле зрения органов социальной защиты.

К механизмам выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе, относится:

- проведение информационных кампаний;
- обеспечение доступности передачи информации о гражданах пожилого возраста и инвалидах, нуждающихся в долговременном уходе;
- организация информационного взаимодействия;
- проведение опросов и/или анкетирования.

Проведение информационных кампаний включает:

- подготовку и распространение с использованием всех доступных ресурсов справочных материалов (проспектов, буклетов, информационных листовок, флаеров) о возможностях системы долговременного ухода и порядке получения социальных услуг по долговременному уходу;
- организацию тематических акций и событий для средств массовой информации, содержащих положительные результаты внедрения системы долговременного ухода.

<sup>3</sup> Проект методических рекомендаций по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в субъектах Российской Федерации. URL: <https://mintrudsoc.ryazangov.ru/activities/result>.

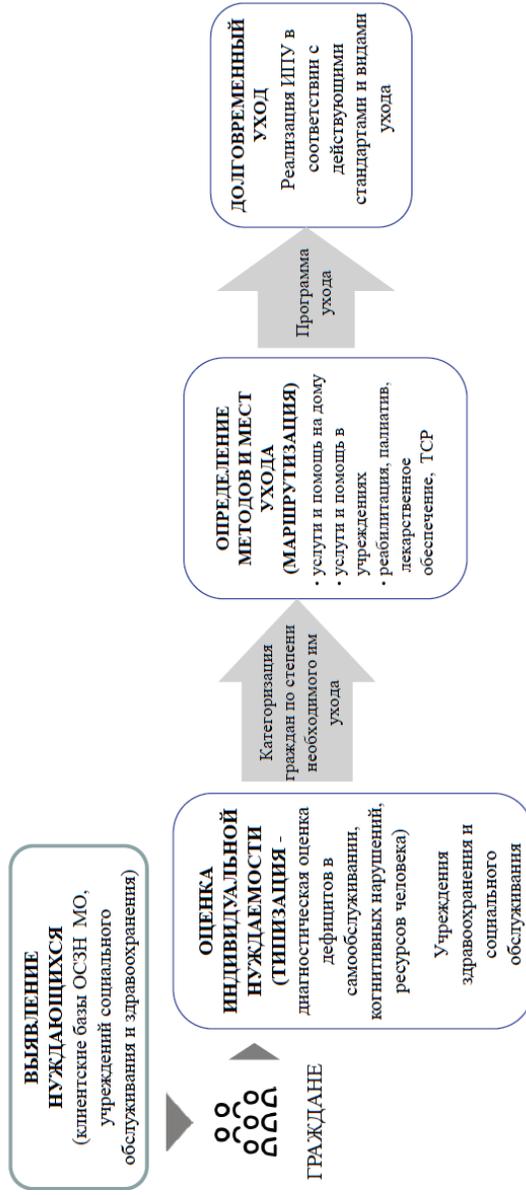


Рис. 1. Схема функционирования системы долгосрочного ухода

Для распространения справочных материалов о возможностях системы длительного ухода и порядке получения социальных услуг по длительному уходу и обеспечения доступности соответствующей информации для населения комплексные центры организуют сотрудничество с органами местного самоуправления, медицинскими организациями, общественными организациями, территориальными отделами Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации, территориальными бюро медико-социальной экспертизы, многофункциональными центрами, управляющими компаниями и товариществами собственников жилья, работниками отделений почтовой связи.

Для обеспечения доступности передачи информации от заинтересованных лиц или организаций о гражданах пожилого возраста и инвалидах, нуждающихся в долгосрочном уходе, комплексные центры создают условия для беспрепятственного поступления информации, в том числе:

- размещают в общедоступных для населения местах информацию о своих контактах: адресах расположения комплексного центра с указанием схемы проезда и движения общественного транспорта, номерах телефонов, адресах электронных почтовых ящиков;
- обеспечивают на сайте простую форму обратной связи;
- организуют горячие линии по вопросам социального обслуживания, в том числе предоставления долгосрочного ухода<sup>4</sup>.

Выявление граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг, осуществляется путем взаимодействия и получения соответствующей информации от:

- органов местного самоуправления;
- территориальных отделов Пенсионного фонда;
- территориальных бюро медико-социальной экспертизы;
- медицинских организаций;
- общественных организаций;
- волонтерских организаций;
- родственников, соседей;
- иных лиц и организаций.

Для активного выявления граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг, а также иных услуг и мероприятий, и своевременного принятия мер профилактической направленности орга-

<sup>4</sup> «Комплекс мер по созданию системы долгосрочного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Новгородской области на 2018–2020 годы». URL: <https://social53.ru/documents/9abde705-d0ca-40ae-a45a-65ee8d517bdc>.

низовывается формирование мобильных медико-социальных бригад (междисциплинарных бригад), в состав которых включены социальные работники, медицинские работники (медицинские сестры, процедурные сестры, в случае необходимости – врачи-специалисты). Специалисты комплексных центров организывают подворовый обход.

Проведение опросов и/или анкетирования осуществляется как в отношении граждан пожилого возраста и инвалидов, потенциально нуждающихся в обеспечении долговременного ухода, так и иных граждан, потенциально имеющих родственников, соседей, знакомых, нуждающихся в обеспечении долговременного ухода.

При выявлении граждан, нуждающихся в предоставлении социальных и медицинских услуг, а также иных услуг и мероприятий, учитываются следующие обстоятельства, ухудшающие условия жизнедеятельности граждан:

- наличие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты;

- вероятное снижение функциональности, связанное с возрастом, наличием или последствиями перенесенных заболеваний и травм у граждан пожилого возраста;

- вероятное снижение функциональности в сочетании с развитием острого заболевания или состояния, которое может ухудшить функциональное состояние пожилого человека (заболевание, потеря близкого человека, другая стрессовая ситуация или психическая травма и пр.);

- вероятное снижение функциональности после выполнения медицинских вмешательств (инвазивные диагностические процедуры, хирургическое вмешательство и др.);

- наличие неизлечимого прогрессирующего заболевания и состояния, необходимость в паллиативной помощи в связи со снижением уровня функциональной активности и появлением или повышением уровня зависимости (при отсутствии показаний к стационарной медицинской помощи).

Информация о гражданах пожилого возраста и инвалидах, полученная в ходе выявления, используется комплексными центрами для проведения их типизации и организации работы по принятию на социальное обслуживание и/или обеспечению социального сопровождения<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Проект методических рекомендаций по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в субъектах Российской Федерации. URL: <https://mintrudsoc.ryazangov.ru/activities/result>.

**II этап – типизация** – формирование групп получателей социальных услуг в зависимости от их способности к самообслуживанию и нуждаемости в постороннем сопровождении – от краткой помощи в быту до стационарного ухода.

На данном этапе диагностики и планирования применяются шкалы, методики оценки степени нуждаемости граждан пожилого возраста и инвалидов в уходе. Это позволяет на основе единых принципов оперативно оценивать состояние человека, чтобы в дальнейшем выбрать соответствующие методы ухода. Решение этой задачи возможно на основе активно используемых в мировой и отечественной практике инструментов – функциональных показателей ADL и IADL, тестов Бартел, методов измерения когнитивных функций MMSE и др. Немаловажной составной частью типизации является оценка социального статуса и финансового состояния гражданина для определения потенциальной возможности осуществления долговременного ухода в домашних условиях, без помещения в стационар<sup>6</sup>.

Типизация проводится после поступления заявления от гражданина, впервые обратившегося за получением социального обслуживания. Рекомендуется проводить типизацию одновременно с составлением акта о признании нуждающимся, во время домашнего визита к потенциальному получателю. Таким образом, в изучении социальной ситуации гражданина принимает участие несколько человек, а единоличное субъективное решение о его степени зависимости (группе ухода) минимизируется.

Оптимальное количество сотрудников организации социального обслуживания, проводящих типизацию, – два человека.

В процессе типизации отмечаются те пункты в бланке диагностики, которые максимально полно соответствуют ответам на вопросы, задаваемые сотрудниками. Отмеченные пункты определяются баллами, которые в сумме определяют группу ухода (группу функционирования). Если проставлен балл, отличный от нуля, то это означает, что в этой сфере жизнедеятельности (в уходе за собой или ведении домашнего хозяйства, нуждаемости в присмотре) получатель зависит от посторонней помощи. Степень зависимости коррелирует с увеличением балла. Этапы проведения типизации и контроль качества представлены в приложении 1<sup>7</sup>.

Оценка обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан пожилого возраста и инвалидов, и определение потребности в пре-

<sup>6</sup> Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в г. Москве URL: [https://docviewer.yandex.ru/view/0/?page=1&\\*="](https://docviewer.yandex.ru/view/0/?page=1&*=).

<sup>7</sup> Регламент проведения типизации как элемента системы долговременного ухода. URL: <http://демянский-кцсо.рф/sistema-dolgovremennogo-uhoda.html>.

доставлении пакета социальных и медицинских услуг, а также иных услуг и мероприятий осуществляются с учетом оценки функционального и когнитивного статуса человека.

В части оценки функционального статуса учитывается:

- способность к самообслуживанию (приготовление и прием пищи, принятие лекарств);
- способность к самостоятельному передвижению (ходьба, использование кресла-каталки);
- способность к личной гигиене (купание, умывание);
- способность к использованию туалета (дойти, оправиться);
- способность контроля функции тазовых органов (мочеиспускание и дефекация).

Уровень функционирования определяется путем опроса человека, членов его семьи, иных лиц, которые проживают с данным человеком и участвуют в уходе за ним. При опросе учитываются реальные действия человека, которые он осуществляет самостоятельно.

В части оценки когнитивного статуса учитывается:

- способность ориентации во времени (утро, ночь) и окружающем пространстве (дом, квартира, больница, организация социального обслуживания);
- способность к общению (отвечает на вопросы, обсуждает новости);
- способность контролировать свое поведение (не агрессивен, ведет себя адекватно, контактен)<sup>8</sup>.

Оценка поведения гражданина осуществляется в целом, учитывается, как человек ведет беседу, насколько контактен, узнает ли родственников (соседей, иных лиц), не находится ли в подавленном состоянии, ориентирован ли он во времени.

Оценка проводится по единой методике как в отношении граждан, проживающих в домашних условиях, так и в отношении граждан, находящихся в медицинских организациях и организациях социального обслуживания.

При оценке обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан, также оценивается безопасное жизненное пространство.

Проведение оценки осуществляется специалистами медицинских организаций и организаций социального обслуживания, прошедших специальную подготовку (повышение квалификации по специализированной

<sup>8</sup> Проект методических рекомендаций по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в субъектах Российской Федерации. URL: <https://mintrudsoc.ryazangov.ru/activities/result>.

образовательной программе для мультидисциплинарных коллективов по долговременному уходу).

Итоги результатов проведенной оценки (анкета, бланк оценки) направляются в уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации для принятия решения о предоставлении социальных и (или) медицинских услуг и (или) иной помощи, необходимой гражданину с учетом данной оценки.

На основании проведенной типизации должен быть составлен индивидуальный план ухода с учетом пожелания получателя, его семьи и возможных иных ресурсов. Индивидуальный план ухода является логичным продолжением индивидуальной программы предоставления социальных услуг (далее – ИППСУ).

Если в процессе типизации специалист определяет значительную зависимость от посторонней помощи, он обязан проинформировать руководителя структурного подразделения с целью организации взаимодействия с соответствующим учреждением здравоохранения. Порядок межведомственного взаимодействия определяется нормативным документом.

В случае невозможности организации долговременного ухода на дому из-за тяжелого физического и/или когнитивного состояния получателя услуги, врач и руководитель структурного подразделения могут принять решение о переводе этого гражданина в организацию стационарного обслуживания<sup>9</sup>.

**III этап – маршрутизация** – заключается в определении методов ухода и мест его оказания на основе выявленных по результатам типизации потребностей (например, помещение в стационарное учреждение, организация социального обслуживания на дому, в том числе с привлечением службы сиделок, помещение в социальную семью, помещение на паллиативную койку в медицинскую организацию, организация поддержки неформального семейного (родственного) ухода и т.д.) (рис. 2).

**IV этап – долговременный уход** – заключается в реализации индивидуальной программы ухода в соответствии с действующими стандартами и видами ухода. Включает в себя протоколы и стандарты для всех видов ухода, которые могут быть выбраны по результатам типизации потребностей. Данная стандартизация позволит не только обеспечить единый уровень обслуживания вне зависимости от социального статуса гражданина и географии его положения, но и создаст реальную базу для оценки потребности в персонале, вовлеченном в СДУ, и необходимом медицинском и реабилитационном оборудовании.

<sup>9</sup> Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в г. Москве. URL: [https://docviewer.yandex.ru/view/0/?page=1&\\*="](https://docviewer.yandex.ru/view/0/?page=1&*=).

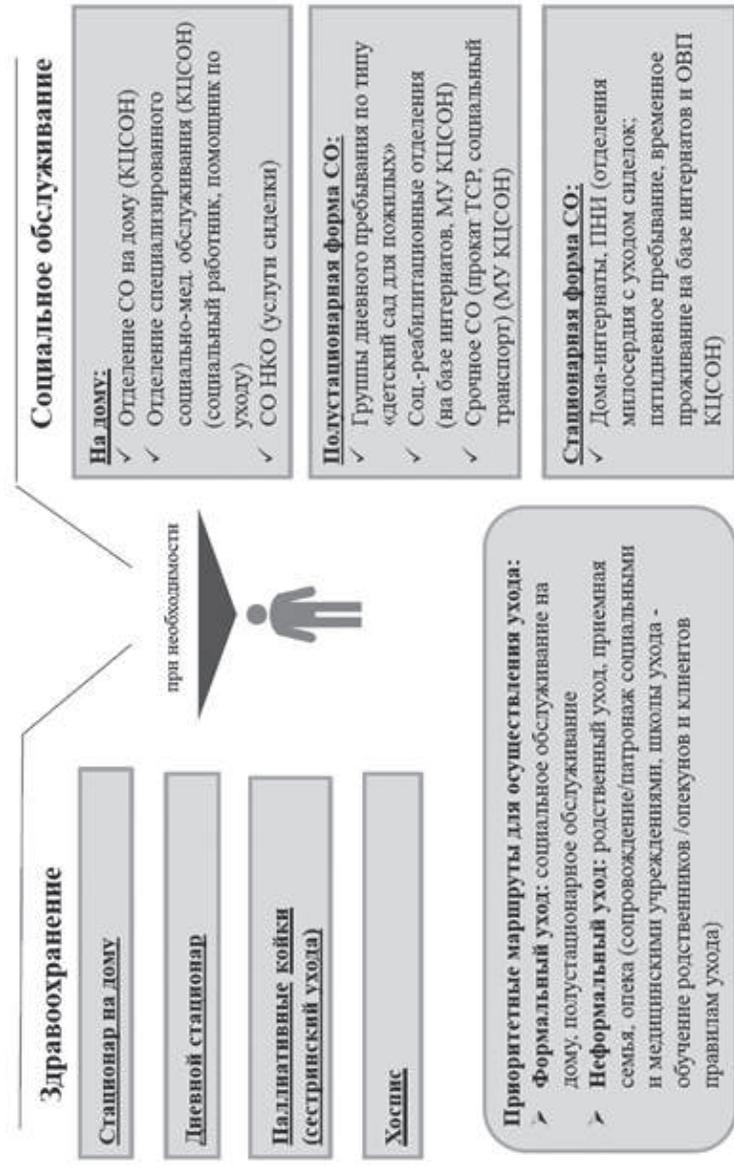


Рис. 2. Основные направления СДУ

### 1.3. Инфраструктура системы долговременного ухода

#### 1.3.1. Организация порядка межведомственного взаимодействия медицинских организаций и организаций социального обслуживания

Организация межведомственного взаимодействия при предоставлении социальных и медицинских услуг гражданам с ограничениями жизнедеятельности осуществляется на основании регламента межведомственного взаимодействия и включает в себя:

- обмен информацией, необходимой для организации социального обслуживания и медицинской помощи, между участниками межведомственного взаимодействия, в том числе обмен информацией, необходимой для предоставления социальных и медицинских услуг, а также иных услуг и мероприятий;
- осуществление совместных действий участников межведомственного взаимодействия в рамках реализации индивидуальной программы предоставления социальных услуг;
- планирование совместной деятельности участников межведомственного взаимодействия;
- оказание необходимой помощи участникам межведомственного взаимодействия по вопросам, возникающим в процессе межведомственного взаимодействия;
- обмен опытом по вопросам работы с гражданами.

В целях осуществления согласованных действий органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания и здравоохранения, федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, территориальных органов Фонда социального страхования Российской Федерации и иных органов, учреждений и организаций при организации межведомственного взаимодействия:

- осуществляется межведомственное взаимодействие при предоставлении социальных и медицинских услуг, мероприятий по социальному сопровождению, исполнению индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, в том числе предоставлении технических средств реабилитации, и иных услуг и мероприятий;
- координируется деятельность подведомственных организаций социального обслуживания и здравоохранения, федеральных учреждений медико-социальной экспертизы, территориальных органов Фонда социального страхования Российской Федерации;
- запрашивается информация, необходимая для оказания социальных и медицинских услуг, мероприятий по социальному сопровождению, исполнению индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, в том числе представлению технических средств реабилитации;

- организовывается информирование граждан о деятельности иных органов государственной власти субъекта Российской Федерации, их подведомственных организаций;
- организовывается деятельность по направлению граждан в организации, предоставляющие иную помощь;
- организовывается и принимается участие в семинарах, совещаниях, иных совместных мероприятиях по вопросам осуществления межведомственного взаимодействия;
- организовывается взаимодействие между поставщиками социальных услуг с медицинскими организациями.

При организации обмена информацией, необходимой для организации социального обслуживания и медицинской помощи гражданам, между участниками межведомственного взаимодействия в субъекте Российской Федерации определяется информационная система, на базе которой осуществляется интеграция и (или) синхронизация информационных систем, содержащих сведения в сфере социального обслуживания, социальной защиты и охраны здоровья.

Направление результатов проведенной оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан (анкета, бланк оценки), в соответствующий уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации осуществляется в возможно короткие сроки.

Оценка результатов межведомственного взаимодействия осуществляется в рамках деятельности координационных и совещательных органов, в том числе межведомственных комиссий, создаваемых в субъектах Российской Федерации<sup>10</sup>.

### 1.3.2. Развитие и поддержка семейного (родственного) ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами

К настоящему времени государственная система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами находится в стадии становления. При этом сам уход требует специальных знаний и навыков, которые сложно освоить самостоятельно.

С этой целью в учреждениях социального обслуживания организуются школы по уходу для социальных работников и родственников граждан, нуждающихся в постороннем уходе, для обучения специальным знаниями и навыкам ухода. Длительность обучения может варьировать от 4 до 16 часов в зависимости от уровня подготовки (базовый или продвинутый).

<sup>10</sup> Проект методических рекомендаций по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в субъектах Российской Федерации. URL: <https://mintrudsoc.yazangov.ru/activities/result>.

**Цель работы школы по уходу:** получение знаний и приобретение практических навыков по уходу за гражданами с ограниченными функциональными возможностями (инвалидами, гражданами пожилого возраста) для повышения качества их жизни.

#### **Задачи:**

- информирование родственников и других лиц, осуществляющих уход, о видах и формах социальной помощи, об особенностях проблем здоровья и питания граждан пожилого возраста и инвалидов, о методах контроля за изменением состояния здоровья инвалидов и пожилых людей, правилах создания благоприятной обстановки и психологической атмосферы, об использовании технических средств реабилитации;
- обучение родственников и других лиц, осуществляющих уход за инвалидами, гражданами пожилого возраста на дому, методам и практикам ухода и дезинфекции, когнитивного тренинга и профилактики деменции, навыкам простых медицинских манипуляций и кормления, поддержания личной гигиены подопечных, основам физической реабилитации при функциональных нарушениях, правилам перемещения и транспортировки;
- консультирование по получению социальной помощи, использованию технических средств реабилитации<sup>11</sup>.

Обучение в школах по уходу для социальных работников, медицинских сестер, родственников, добровольцев и других лиц, осуществляющих уход, проводится по модульной программе. Каждый модуль рассчитан на 60 минут и включает информационную часть (30 минут) и практическую – освоение практических навыков (30 минут). При этом обучающиеся могут самостоятельно выбирать отдельные обучающие модули в зависимости от индивидуальных запросов и потребностей.

Основные модули, содержание которых определяет базовый уровень подготовки лиц, осуществляющих уход за лежачими пациентами на дому или в стационарных учреждениях социального обслуживания:

- принципы организации и осуществления общего ухода; обустройство быта, перемещение и транспортировка пациентов;
- методы дезинфекции; гигиена кожи, уход за глазами, ушами, полостью рта, профилактика пролежней;
- питание, лечебная физкультура для пожилых пациентов;
- методы контроля за состоянием здоровья пациента и простые медицинские манипуляции; психологическая помощь и коммуникация с пациентом; профилактика старческой деменции<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях: методические рекомендации для специалистов службы социального обслуживания и родственников. – Красноярск, 2018. – 53с. URL: <http://files.mmc24.ru/region/pdf/school.pdf>.

<sup>12</sup> Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях: ме-

## ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ

### 2.1. Искусство ухода

Профессиональный уход за тяжелобольным человеком – это прежде всего максимально качественный уход. Свои знания, умения и опыт специалист должен сочетать с заботой о человеке. Искусство ухода заключается в том, чтобы ухаживать не за подопечным с каким-либо заболеванием, а за человеком, обладающим индивидуальными особенностями, характером, привычками, желаниями. Не только люди отличаются друг от друга, но и ситуации, в которых они оказываются.

Создание благоприятных условий для человека, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными условиями качественного ухода.

За многовековую практику ухода за больными людьми специалисты пришли к пониманию того, что люди чувствуют себя лучше и восстанавливают свои силы намного быстрее, когда поощряется их желание самоухода. Если человек имеет возможность и поддержку делать то, что он может делать, участвовать в планировании ухода, получать объяснения, то он лучше воспринимает уход, у него улучшается настроение, качество жизни, он чувствует себя личностью, а не объектом чей-то деятельности<sup>13</sup>.

### 2.2. Планирование процесса ухода

Системный подход к оказанию профессиональной помощи, направлен на повышение качества жизни человека, восстановление здоровья, исходя из его потребностей.

Для качественного ухода за людьми с дефицитом самообслуживания создается мультифункциональная команда специалистов. Команда состоит из врача, медсестры, помощника по уходу, культуротрабника, социального работника и т.д.

В процессе ухода специалисты:

- собирают информацию о подопечном;
- определяют ресурсы и проблемы человека;
- обозначают цель ухода за каждым подопечным;

тодические рекомендации для специалистов службы социального обслуживания и родственников. – Красноярск, 2018. – 53с. URL: <http://files.mmc24.ru/region/pdf/school.pdf>.

<sup>13</sup> Осипова В.Л., Павлов С.Г. Инновационные технологии в уходе за тяжелобольным пациентом: учебное пособие. – М.: ООО «Пауль Хартманн», 2006.

- составляют индивидуальный план ухода;
- знакомят помощника по уходу и подопечного с планом ухода;
- выполняют запланированные манипуляции;
- осуществляют контроль за выполнением плана;
- отмечают достижение цели или невозможность ее достижения;
- ставят новые цели;
- ведут документацию (рис. 3).



Рис. 3. Этапы процесса ухода

У каждого специалиста в команде определен ряд направлений деятельности:

- ✓ врачи:
  - делают необходимые обследования и заполняют шкалы;
  - назначают лечение;
  - смотрят документацию младшего персонала;
  - дают необходимую информацию медицинским сестрам и помощникам по уходу;
- ✓ медицинские сестры:
  - составляют индивидуальные планы ухода;
  - проводят необходимые медицинские назначения;
  - контролируют качество ухода;
  - дают информацию помощникам по уходу и врачам;
  - участвуют в процессе ухода (укладки, перемещение и т.д.);

- ✓ социальные работники/культурные организаторы:
  - работают с документацией;
  - ведут культурно-массовые мероприятия;
  - выполняют поручения подопечных;
- ✓ помощники по уходу:
  - проходят обучение по уходу за подопечными;
  - работают по плану ухода;
  - ведут документацию.

Для качественного ухода необходимо понимать совокупность потребностей человека, его возможности, а также учитывать ресурсы и ограничения. Общий принцип всех концепций – улучшение качества ухода. Уход необходимо планировать на индивидуальной и системной основах.

Все концепции ухода основаны на желаниях и потребностях человека, которые он может удовлетворить сам или с помощью персонала. Когда планируется уход, определяется, что человек может делать самостоятельно, в каком объеме ему нужна помощь и какие риски существуют. Например, врач говорит, что у больного сердечная недостаточность и верхняя часть его тела должна находиться чуть выше, чем нижняя. Ночью он будет часто ходить в туалет, а значит, у него повышаются риски падения. Задача медсестры – оценить все возможные риски по шкалам и минимизировать их. Если у человека есть риск пролежней, помощники по уходу должны каждые два часа его переворачивать и наблюдать за кожными покровами и, в случае изменений, обязательно передать информацию медсестре<sup>14</sup>.

В различных странах разработаны схожие концепции планирования ухода. Все системы ухода рассчитаны на удовлетворение потребностей человека, и любая из них позволяет определить, что для этого нужно делать персоналу. Они включают в себя целую философию: понимание потребностей человека, особенностей его болезней и здоровья, окружающей среды и самого ухода.

PES-формат (problem-etiology-symptom) сестринского диагноза – это система, которая была предложена в 1980 году Американской ассоциацией медицинских сестер (NANDA). Система включает в себя три существенных компонента диагноза: P – это проблема, связанная со здоровьем; E – происхождение проблемы; S – совокупность признаков и симптомов. По этой системе до сих пор работают в Израиле. Она больше подходит больницам и клиникам тех стран, где уход осуществляют медицинские сестры с разным образованием, которое они получали в течение от года до шести лет.

В гериатрических центрах Европы распространена работа по системе Кровинкель. Немецкий профессор Моника Кровинкель формулирует

<sup>14</sup> Вебинар «Система ухода за тяжелобольными людьми». URL: <https://pro-palliativ.ru/category/uhod>.

цель ухода так: сохранить или восстановить самочувствие человека, чтобы поддержать его независимость. Этого можно достигнуть при помощи возможностей самого человека или обучения его близких. В центре ухода находится человек в целом, а не его отдельные нужды. Для осуществления правильного ухода необходимо сначала точно выяснить, что человеку нужно, какие из его потребностей необходимо поддержать или заместить.

Кровинкель выделила 13 так называемых AEDL (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) – виды активности и экзистенциального опыта жизни. По системе Кровинкель персонал определяет, может ли больной человек общаться, двигаться, поддерживать жизненно важные функции, ухаживать за собой, пить и есть, выделять продукты жизнедеятельности, одеваться, спать, отдыхать и расслабляться, развлекаться, учиться и развиваться, удовлетворять сексуальные потребности, заботиться о своей безопасности, поддерживать существующие контакты и устанавливать новые, использовать свой основной жизненный опыт и навыки жизнедеятельности.

В российских медицинских колледжах обязательно изучают потребности повседневной жизни пациента по Хендерсон. Эта шестиэтапная система ухода состоит из 14 пунктов: может ли человек нормально дышать, употреблять достаточное количество пищи и жидкости, выделять продукты жизнедеятельности, двигаться, спать и отдыхать, самостоятельно одеваться и раздеваться, поддерживать температуру тела, соблюдать личную гигиену, обеспечивать свою безопасность, общаться и т.д. (табл. 1)<sup>15</sup>.

Таблица 1

Потребности повседневной жизни по В. Хендерсон	Потребности повседневной жизни по М. Кровинкель
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нормально дышать.</li> <li>2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.</li> <li>3. Выделять продукты жизнедеятельности.</li> <li>4. Двигаться и поддерживать нужное положение.</li> <li>5. Спать и отдыхать.</li> <li>6. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду.</li> <li>7. Поддерживать температуру тела</li> <li>8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.</li> <li>9. Обеспечивать свою безопасность</li> <li>10. Поддерживать общение</li> <li>11. Отправлять религиозные обряды</li> <li>12. Заниматься любимой работой.</li> <li>13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх.</li> <li>14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возможность общаться.</li> <li>2. Возможность двигаться.</li> <li>3. Возможность поддерживать витальные функции</li> <li>4. Возможность ухаживать за собой.</li> <li>5. Возможность есть и пить.</li> <li>6. Возможность выделять продукты жизнедеятельности.</li> <li>7. Возможность одеваться.</li> <li>8. Возможность спать, отдыхать и расслабляться.</li> <li>9. Возможность развлекаться, учиться и развиваться.</li> <li>10. Возможность переживать собственную сексуальность.</li> <li>11. Возможность заботиться о безопасности...</li> <li>12. Возможность поддерживать и развивать социальные контакты</li> <li>13. Возможность справиться с экзистенциальным жизненным опытом</li> </ol>

<sup>15</sup> Вебинар «Система ухода за тяжелобольными людьми». URL: <https://pro-palliativ.ru/category/uhod>.

### 2.3. Основные категории жизнедеятельности человека

К основным категориям жизнедеятельности человека относят следующие:

- *способность к самообслуживанию* – способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены;
- *способность к самостоятельному передвижению* – способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое при перемене положения тела;
- *способность к ориентации* – способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, определению времени и места нахождения;
- *способность к общению* – способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;
- *способность контролировать свое поведение* – способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм.

Нарушение ежедневной деятельности наступает в связи с нарушением основных функций организма, что ограничивает способность к самообслуживанию. Степень нарушения может быть различной: от незначительной и умеренно выраженной до значительной. Исходя из этого определяют план ухода, планируют манипуляции, замещающие дефицит самообслуживания (табл. 2)<sup>16</sup>.

Таблица 2

**Степень нарушения способности ежедневной деятельности**

Способности ежедневной деятельности	Функции организма	Степени нарушений
Самообслуживание	Психическая	Легкая
Передвижение	Речевая	Умеренная
Ориентация	Сенсорная	Выраженная
Общение	Статодинамическая	Значительная
Контроль	Кровообращение	

<sup>16</sup> Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224 с.

К основным видам нарушений функций организма человека относят:

- нарушение психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушение языковой, речевой и письменной функций, вербальной и невербальной речи, голосообразования и др.;
- нарушение сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, а также тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики и координации движений);
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяют четыре степени их выраженности:

- 1-я степень – легкие нарушения;
- 2-я степень – умеренные нарушения;
- 3-я степень – выраженные нарушения;
- 4-я степень – полная зависимость.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяют исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту)<sup>17</sup>. Методами измерения являются оценочные шкалы (рис. 4).

- ✓ Шкала Бартел – оценка активности жизнедеятельности
- ✓ Шкала Нортон – оценка риска возникновения пролежней
- ✓ Шкала болей – определение интенсивности (вербальные, числовые, визуальные)
- ✓ Шкала падений Морса – оценка риска падения
- ✓ Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) Мини КОГ

Рис. 4. Шкалы измерения нарушений жизнедеятельности человека

<sup>17</sup> Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224 с.

## 2.4. Оценка активности жизнедеятельности

В основе методов измерения нарушений жизнедеятельности чаще всего лежит оценка независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, особенно при осуществлении наиболее значимых, наиболее общих из рутинных действий человека.

Для оценки уровня бытовой активности в повседневной жизни наибольшее распространение получила шкала активности Бартел (табл. 3)<sup>18</sup>.

Таблица 3

### Шкала Бартел

<b>Прием пищи</b>	10 — не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами	5 — частично нуждаюсь в помощи, например при разрезании пищи	0 — полностью зависим от окружающих
<b>Персональный туалет</b>	5 — не нуждаюсь в помощи		
<b>Одевание</b>	10 — не нуждаюсь в посторонней помощи	5 — частично нуждаюсь в помощи, например при одевании обуви, застегивании пуговиц и др.	0 — полностью нуждаюсь в посторонней помощи
<b>Прием ванны</b>	5 — принимаю ванну без посторонней помощи		0 — нуждаюсь в посторонней помощи
<b>Контроль газовых функций</b>	20 — не нуждаюсь в помощи	10 — частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера)	0 — постоянно нуждаюсь в помощи
<b>Посещение туалета</b>	10 — не нуждаюсь в помощи	5 — частично нуждаюсь в помощи	
<b>Вставание с постели</b>	15 — не нуждаюсь в помощи	10 — нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке	5 — могу сесть в постели, однако для того чтобы встать, необходима существенная поддержка
<b>Передвижение</b>	15 — могу без посторонней помощи передвигаться на расстоянии до 500 м	10 — могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м	5 — могу передвигаться с помощью инвалидной коляски
<b>Подъем по лестнице</b>	10 — не нуждаюсь в помощи	5 — нуждаюсь в наблюдении или поддержке	0 — не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой

Максимальная сумма баллов по шкале Бартел, соответствующая полной независимости в повседневной жизни, составляет 100. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности человека, так и для проведения мониторинга с целью определения эффективности ухода<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224 с.

<sup>19</sup> Там же.

## 2.5. Оценка риска развития пролежней

Шкала Нортон (Norton), благодаря простоте и скорости оценки степени риска развития пролежней, стала наиболее популярной в повседневной работе (табл. 4).

После проведения оценки становится возможным проводить обоснованное планирование ухода и профилактических мероприятий для недопущения проявления пролежней относительно каждого подопечного<sup>20</sup>.

Таблица 4

### Шкала Нортон

Физическое состояние	Недержание	Активность	Подвижность	Психическое состояние
4 – хорошее	4 – отсутствует	4 – ходит без посторонней помощи	4 – полная	4 – ясное
3 – среднее	3 – иногда	3 – ходит с посторонней помощью	3 – немного ограниченная	3 – апатичное (безучастное)
2 – плохое	2 – в основном мочи	2 – нуждается в инвалидной коляске	2 – значительно ограниченная	2 – спутанное
1 – очень плохое	1 – мочи и кала	1 – лежачий	1 – полностью ограниченная	1 – ступорозное

### Оценка результатов

Сумма баллов 12 и менее	Образование пролежней очень вероятно
Сумма баллов 13–14	Опасность образования пролежней существует
Сумма баллов более 14	Опасность образования пролежней невелика

## 2.6. Оценка интенсивности боли

Оценка интенсивности боли определяется по трем шкалам – вербальная, числовая, визуальная.

*Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ: VAS)* представляет собой прямой отрезок длиной 10 см. Его начало соответствует отсутствию болевого ощущения – «боли нет», а конечная точка отражает мучительную нестерпимую боль – «невыносимая боль». Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Подопечному предлагается сделать на ней от-

<sup>20</sup> Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224 с.

метку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей. Расстояние между началом отрезка («боли нет») и сделанной отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр на линии соответствует 1 баллу. При отметке до 2 см боль классифицируется как слабая, от 2 до 4 см – умеренная, от 4 до 6 см – сильная, от 6 до 8 см – сильнейшая и до 10 см – невыносимая.

Как правило, все подопечные, в том числе и дети старше пяти лет, легко усваивают ВАШ, однако больным иногда бывает трудно представить уровень своей боли в виде точки на прямой линии. В этой ситуации лучше использовать цифровую рейтинговую шкалу боли.

*Цифровая рейтинговая (числовая ранговая) шкала боли (ЦРШ: NRS)* состоит из последовательного ряда чисел от 0 до 10. Подопечным предлагается оценить интенсивность боли цифрами: 0 – боль отсутствует, 5 – умеренная боль и 10 – самая сильная боль, которую себе можно представить (табл. 5).

Таблица 5

#### Цифровая шкала боли

Пожалуйста, оцените интенсивность боли, которую Вы испытываете в настоящее время										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Боли нет					Умеренная боль					Очень сильная боль

*Вербальная описательная шкала (ВОШ: VRS)* больше подходит для больных с дислексией, аутизмом, слабоумием, пожилых людей с ухудшением когнитивных способностей. Больному предлагаются определения боли, отражающие степень ее нарастания. Эти определения последовательно нумеруются от меньшей тяжести к большей. Чаще всего используется следующий ряд дескрипторов: боли нет (0), слабая боль (1), умеренная боль (2), сильная боль (3), очень сильная (4) и нестерпимая (невыносимая) боль (5). Подопечный выбирает слово, наиболее точно соответствующее его ощущениям<sup>21</sup>.

## 2.7. Оценка риска падений

Для оценки риска падения наибольшее распространение получил такой метод оценки риска, как *шкала падений Морса* – Morse Fall Scale. Этот ме-

<sup>21</sup> URL: <https://docviewer.yandex.ru/view>.

тод используется, чтобы выявить пациентов, у которых велика вероятность падения в связи с наличием наследственных или приобретенных факторов риска (табл. 6)<sup>22</sup>.

Таблица 6

#### Шкала оценки риска падений Морса

Категория	Варианты ответов	Количество баллов
Падение в анамнезе	Нет	0
	Да	25
Сопутствующие заболевания (≥ диагноза)	Нет	0
	Да	15
Имеет ли пациент вспомогательное средство для перемещения	Постельный режим/помощь медсестры	0
	Костыли/палка/ходунки	15
	Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера)	Нет	0
	Да	20
Функция ходьбы	Норма/постельный режим/обездвижен	0
	Слабая	10
	Нарушена	20
Оценка пациентом собственных возможностей и ограничений (ментальный/психический статус)	Знает свои ограничения	0
	Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15

#### Оценка результатов

Оценка риска	Баллы	Действия
Нет риска	0	Тщательный основной медицинский уход
Низкий уровень	5–20	
Средний уровень	25–45	Внедрение стандартизированных вмешательств для профилактики падений
Высокий уровень	≥46	Внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений

<sup>22</sup> Там же.

## 2.8. Оценка психического статуса

При наличии подозрений на то, что у человека возникают проблемы в когнитивной сфере и имеются проявления деменции, необходимо принять меры по объективному исследованию нарушений в данной сфере: изучить анамнез подопечного, анамнез окружающих, провести первичное нейропсихологическое обследование. Оценка когнитивных функций имеет большое значение для психодиагностического обследования.

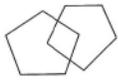
Иногда целесообразно исследовать когнитивные функции в начале беседы. Оценивают внимание, способность ориентироваться в пространстве и времени, память. Желательно распределить вопросы на протяжении всей беседы, а не задавать их единым блоком. Необходимо заранее решить, какие именно вопросы следует задать. Беспокойный человек отвлекается, может сначала ответить на все вопросы, определяющие его когнитивные возможности, однако у него может возникнуть и подозрение по поводу беседы со специалистом. Опрашиваемый может почувствовать себя лучше, если направить усилия в первую очередь на то, что ему приятнее, и только потом задавать вопросы, которые могут быть затруднительными. Важно, чтобы исследование было как можно более комфортным. На все ответы, как правильные, так и неправильные, человек должен получать обратное, положительное подкрепление. Если специалист, проводящий опрос, не может сказать «верно», он всегда может сказать «спасибо». Для оценки психического статуса в практике врачей-гериатров и неврологов, как правило, используют краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE) (табл. 7)<sup>23</sup>.

Таблица 7

Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)

Проба	Оценка	Балл
Ориентировка во времени: назовите дату (число, месяц, год, день недели, время года)	0–5	
Ориентировка на месте: где мы находимся (страна, область, город, клиника, этаж)?	0–5	
Восприятие: повторите три слова: карандаш, дом, копейка	0–3	
Концентрация внимания и счет: серийный счет (от 100 отнять 7) – пять раз. Либо: произнести слово «земля» наоборот	0–5	
Память: припомните три слова (см. пункт 3)	0–3	

<sup>23</sup> Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224 с.

Проба	Оценка	Балл
Речь: показываем ручку и часы, спрашиваем: «Как это называется?» Просим повторить предложение: «Никаких «если» или «но»	0–3	
Выполнение трехэтапной команды: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»	0–3	
Чтение: «Прочтите и выполните»: 1. Закройте глаза. 2. Напишите предложение	0–2	
3. Срисуйте рисунок 	0–1	
Общий балл	0–30	

### Оценка результатов

29–30 баллов	Нет нарушений
28 баллов	Легкие когнитивные нарушения
25–27 баллов	Умеренные когнитивные нарушения
20–24 балла	Легкая деменция
10–19 баллов	Умеренная деменция
< 10 баллов	Тяжелая деменция

## 2.9. Формирование профилактических мероприятий

После оценки степени ограничения основных категорий жизнедеятельности человека по шкалам готовится документация, где точно описываются мероприятия профилактики, которые персонал изучает и проводит (рис. 5).

Для осуществления качественного ухода на каждого подопечного собирается пакет документов – медицинский диагноз, подробности терапии, а также важные факты его биографии, наблюдения о том, какое у него бывает настроение, от чего оно зависит, какие действия по уходу он может производить сам, а в каких ситуациях ему нужна помощь и как он справляется с болезнью в новых условиях.

Информацию собирают те сотрудники, которые постоянно находятся рядом с подопечным. Здесь очень важны наблюдения персонала по уходу: они знают, как пожилой человек ходит, как одевается, может ли он самостоятельно обедать, есть ли у него риск аспирации или риски падения, какие у человека процедуры, кто его родственники и когда последний раз они его навещали.



Рис. 5. Алгоритм профилактических мероприятий

Весь персонал в системе ухода работает в команде: врачи, медсестры, помощники по уходу, социальные работники, уборщицы и даже охранники. Охранники должны понимать, кому из пожилых людей нужно обязательно придержать дверь, когда они выходят на улицу, а кто из них может открыть дверь сам. Раздатчицы еды должны знать время, когда человеку делают инсулиновую инъекцию, и в течение получаса после этого приносить обед.

Работая с биографией человека, персонал делится этой информацией друг с другом и определяет ресурсы, проблемы, цели ухода, составляет план ухода. И если персоналу не удастся достичь какой-то цели, команда обсуждает, почему это не получилось и что нужно делать дальше, чтобы добиться цели.

Информация о каждом человеке должна быть собрана в одном источнике. Необходимо вести дневник наблюдений и фиксировать реакции, которые важны для его ухода, а также новые факты его биографии. Биография составляется для облегчения ухода за человеком<sup>24</sup>.

Если человек не может сам про себя рассказать, составляется опросник и персонал просит родственников его заполнить. Бывают ситуации, когда в стационарные учреждения попадают одинокие люди, не у кого спросить информацию об их привычках и предпочтениях. В этом случае персонал по наблюдениям восстанавливает хотя бы некоторые основные главы биографии подопечного.

<sup>24</sup> Вебинар «Система ухода за тяжелобольными людьми». URL: <https://pro-palliativ.ru/category/uhod>.

## Биография

- ✓ Детство и юность
- ✓ Профессия и семья
- ✓ Питание и режим: телосложение раньше, привычки, любимые блюда, напитки
- ✓ Восприятие окружения: зрение, слух, левша/правша, активность
- ✓ Особенности личности
- ✓ Важные жизненные переживания, религия
- ✓ Занятость: чем пациент занимался раньше с удовольствием
- ✓ Одежда
- ✓ Привычки в области гигиены
- ✓ Отдых и сон
- ✓ Заболевания

## 2.10. Составление персонального плана ухода

При составлении персонального плана ухода необходимо сформулировать актуальные и потенциальные проблемы. Если человек плохо разговаривает, актуальная проблема заключается в том, что он не может вести беседы, а потенциальная проблема – полная изоляция, если персонал не поможет ему социализироваться. Когда проблемы будут сформулированы, целью станет убрать их или минимизировать риски.

Затем подготавливается план формирования мероприятий: кто, когда, где и зачем проводит манипуляции, осуществляет уход. Все должно быть точно расписано с указанием времени по 13 пунктам потребности повседневной жизни (табл. 8).

Таблица 8

### Персональный план ухода

Дата	Ресурсы	Цели	Намеченные мероприятия	Дата контроля
	Проблемы А.- актуальные П.- потенциальные		Кто, где, когда, как	

Цели персонал ставит краткосрочные и долгосрочные. Краткосрочные – проблемы, которые необходимо решить сейчас, с указанием даты. Долгосрочные проблемы формулируются на полгода-год вперед. Персональный план ухода может быть пересмотрен. При ухудшении состояния человека могут появиться новые проблемы, а некоторые станут неактуальны.

Цель персонала – чтобы человек мог ежедневно выражать свои желания. Если человек не может говорить, персонал определяет его желания по карточкам – это тоже вид коммуникации. Например, глазами (подмигивание, моргание) или одним пальцем человек может показывать «да» или «нет» на карточках. На них может быть изображена еда, таблетки (обезболивание), туалет, душ, обозначающие потребности человека. Персонал использует алфавит, если человек в состоянии составлять слова и предложения. Если человек совсем не может коммуницировать, то персонал наблюдает за эмоциями и настроением человека. Примерный пункт по коммуникации представлен ниже (табл. 9)<sup>25</sup>.

Таблица 9

Коммуникация		
Проблемы и ресурсы:	Цели:	Мероприятия:
<p><b>Р.</b> Выражает свои желания невербально.</p> <p><b>П.</b> По причине значительного ограничения неврологического характера, глобальная афазия. Выражается в стереотипных звуках, например, «дадададада».</p> <p><b>Р.</b> Часть коммуникации возможна по карточкам (картинки)</p>	<p>Выражает ежедневно свои желания</p> <p>Персонал понимает и умеет пользоваться карточками и распознает невербальное общение</p>	<p>Персонал каждый день общается с пациентом и при необходимости пополняет недостающие символы в карточках</p>

При составлении плана ухода учитывается мобильность человека – может двигаться или не может двигаться, какие у него при этом проблемы и какие у него есть ресурсы. Допустим, проблема в том, что человек не может самостоятельно перемещаться в помещении, потому что у него ограничена подвижность левой конечности. Но у него есть ресурс – при посторонней помощи он может делать мелкие шаги с ходунками. Или проблема в том, что человек не может самостоятельно сесть из состояния лежа, но есть ресурс – он принимает помощь, то есть позволяет это сделать персоналу. Далее представлен примерный пункт по мобилизации подопечного (табл. 10)<sup>26</sup>.

<sup>25</sup> Вебинар «Система ухода за тяжелобольными людьми». URL: <https://palliativ.ru/category/uhod>.

<sup>26</sup> Там же.

Мобилизация		
Проблемы и ресурсы:	Цели:	Мероприятия:
<p><b>П.</b> Не в состоянии самостоятельно перемещаться в помещении по причине значительного ограничения подвижности и контроля конечностей левой стороны тела.</p> <p><b>Р.</b> При посторонней помощи может делать мелкие шаги с ходунками.</p> <p><b>П.</b> Не в состоянии самостоятельно принять положение из «лежа» – «сидя» и встать.</p> <p><b>Р.</b> Принимает постороннюю помощь.</p> <p><b>П.</b> Высокий риск падения.</p> <p><b>П.</b> Риск возникновения контрактуры левой руки.</p>	<p>Ежедневное сопровождение в помещении, возможность принимать пищу за столом.</p> <p>Минимизирование риска падения.</p> <p>Возможность менять положение тела по желанию.</p> <p>Минимизировать риск возникновения контрактур.</p>	<p>Персонал три раза в день (утро, обед, вечер) сопровождает с ходунками до стола в холле отделения и обратно в комнату.</p> <p>Персонал соблюдает технику безопасности при перемещении, ведет наблюдение за шагом (особенно левая нога), минимизирует риск падения.</p> <p>Помощь персонала в смене положения тела сесть/встать три раза в день при сопровождении в холл и по желанию между кормлениями.</p> <p>Во время проведения всех манипуляций по уходу давать время и направлять на движения левой рукой, правильное физиологическое положение руки при позиционировании.</p>

То же самое с переодеванием – человек не может это делать сам, потому что у него не активна левая рука, но он может выбрать себе одежду по желанию. Это обязательно учитывается в плане ухода (хранится в папке ухода, доступной для всех сотрудников), что для поддержания ресурса человеку необходимо давать возможность одеваться правой рукой. Новый сотрудник, еще не заходя в комнату, будет знать про эту особенность человека и то, что с ней нужно делать (табл. 11).

Таблица 11

Переодевание		
Проблемы и ресурсы:	Цели:	Мероприятия:
<p><b>П.</b> Не в состоянии самостоятельно переодеваться.</p> <p><b>Р.</b> В состоянии самостоятельно выбрать одежду.</p> <p><b>Р.</b> Может правой рукой себе помогать при переодевании.</p>	<p>Осуществить ежедневное переодевание утром и вечером.</p> <p>Поддерживать ресурсы.</p> <p>Повышать самооценку.</p> <p>Создать ухоженный вид.</p>	<p>Два раза в день и по необходимости помогать в переодевании, давать возможность осуществлять манипуляции правой рукой и выбирать одежду самостоятельно.</p> <p>Следить за чистотой одежды.</p>

При составлении плана ухода по гигиене пожилой человек, например, не может сам проводить гигиену интимной области. Целью является, чтобы эта гигиена осуществлялась один раз в день и при необходимости. Соответственно в мероприятиях отражается, что персонал по уходу осуществляет ежедневный утренний уход в постели и при необходимости (после опорожнения) (табл. 12).

Таблица 12

Гигиена		
Проблемы и ресурсы:	Цели:	Мероприятия:
<p><b>П.</b> Не в состоянии самостоятельно проводить гигиену интимной области.</p> <p><b>Р.</b> Может повернуться в постели на бок.</p> <p><b>П.</b> Не в состоянии осуществлять уход за ногами и проводить педикюр.</p> <p><b>Р.</b> Может приподнимать левую ногу, лежа в постели.</p> <p><b>Р.</b> В состоянии мыть лицо самостоятельно.</p> <p><b>Р.</b> Правой рукой может мыть левую руку.</p> <p><b>Р.</b> Предпочитает душ в ванне, принимает помощь в принятии душа.</p>	<p>Осуществить гигиену интимной области один раз в день и при необходимости.</p> <p>Сделать возможным уход за ногами и проведение педикюра.</p> <p>Поддержание ресурсов.</p> <p>Возможность принимать душ раз в неделю.</p>	<p>Персонал по уходу осуществляет ежедневный утренний уход в постели и при необходимости (после опорожнения).</p> <p>Раз в день, утром, в постели мыть ноги (левую ногу пациент должен, по возможности, держать сам).</p> <p>Создать безопасные условия для ухода за кожей лица, мытья рук самостоятельно каждое утро и по необходимости.</p> <p>Каждый вторник оказывать помощь в принятии душа, мытье головы, педикюр, маникюр.</p>

Если человек не может справиться с сегодняшним его состоянием и у него есть зависимость от посторонней помощи, но у него есть ресурс (он может сформулировать свои страхи и проблемы), то целью ухода является адаптация к новой ситуации. Персонал обязательно прислушивается к человеку, говорит по карточкам, придумывает так, чтобы у него повысилась самостоятельность, хвалит, поддерживает человека. Таким образом, у него не будет большой потенциальной проблемы – депрессии (табл. 13)<sup>27</sup>.

Таблица 13

Как справляться с экзистенциальным опытом			
Проблемы:	Ресурсы:	Цели ухода:	Мероприятия ухода:
<p>Не может справиться с настоящим положением беспомощности и зависимости от посторонних.</p> <p>Тяжело переносит переезд в дом.</p> <p>Депрессивная.</p>	<p>Может формулировать свои страхи и проблемы.</p> <p>Принимает участие в некоторых мероприятиях дома.</p>	<p>Адаптация к новой ситуации.</p> <p>Влияние на жизнь организации.</p> <p>Минимизирование рисков уединения и страдания.</p> <p>Выход из депрессивного состояния.</p>	<p>Активно прислушиваться к ощущениям и желаниям (таблица общения).</p> <p>Вовлекать в мероприятия дома.</p> <p>Помогать наводить контакты с проживающими.</p> <p>Поддерживать посещение родных и близких (приглашать их на большие праздники дома, вести беседы).</p>

<sup>27</sup> Вебинар «Система ухода за тяжелобольными людьми». URL: <https://pro-palliativ.ru/category/uhod>.

## 2.11. Ведение документации

Все показатели должны быть документированы по дате и времени их измерения, иначе информация будет потеряна или окажется неполной, что ухудшает контроль за состоянием больного. Это затруднит или сделает невозможным правильную постановку не только сестринских, но и врачебных диагнозов, а также планирование ухода.

Система ведения записей для всех подопечных, находящихся в стационаре, должна быть единой. Каждый сотрудник расписывается только под теми манипуляциями, которые он лично проводил с человеком. Все отклонения от плана ухода подлежат документации в бланке «История». Запись в бланке ведется каждой сменой после ее окончания. При экстренных ситуациях запись ведется сразу после происшествия. Записи подлежат все, что непосредственно касается подопечного: состояние здоровья, настроение, посетители, экстренные ситуации, отклонения от плана ухода, наблюдения. Запись должна быть понятной. Личные эмоциональные умозаключения записи не подлежат.

Документация должна легко читаться. «Галочки» и «крестики» для документации недопустимы, как и личная роспись, используются только официальные сокращения.

Также для системы работы по уходу за подопечными в папку с документацией на каждого человека составляется информационно-титульный лист (приложение 2).

В информационном листе обязательно указывается дата, должность и ставится подпись. Кто провел утренний туалет, водил в душ, кто кормил, кто гулял с подопечным – любая подобная информация должна быть письменно зафиксирована.

Примерные формы ведения записей, отражающих различные аспекты ухода, и вариант, наиболее удобный и наглядный для прописанных лекарственных средств, приведены в приложении 3.

При уходе на дому члены семьи, волонтеры или работники социальной службы могут вести документацию в свободной форме. Главное, чтобы вся важная информация была сохранена<sup>28</sup>.

<sup>28</sup> Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224 с.

### ГЛАВА 3. ПРАКТИКА РЕАЛИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

#### 3.1. Пилотный проект по созданию и апробации экспериментальной модели системы долгосрочного ухода в РФ

По поручению Президента Российской Федерации В.В. Путина Правительством Российской Федерации в декабре 2017 года разработан и утвержден Комплекс мер по созданию системы долгосрочного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной формах с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода.

Комплекс мер подразумевает широкий круг мероприятий. Это разработка методологии и единых стандартов, обучение как профессионалов, так и членов семьи, обеспечение материально-технической базы и взаимодействия между учреждениями социальной и медицинской помощи, подготовка социальных координаторов, которые будут курировать нуждающихся в уходе людей, и многое другое.

Министерство труда и социальной защиты РФ совместно с Министерством здравоохранения РФ, Министерством финансов РФ, Министерством экономического развития РФ и Агентством стратегических инициатив по продвижению новых проектов РФ с июля 2018 года реализует пилотный проект, направленный на внедрение системы долгосрочного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами. Благотворительный фонд «Старость в радость» (далее – Фонд) выступил в роли разработчика методологии, на основании которой определялась необходимость тех или иных мер поддержки. Чтобы сформировать комплекс мер, аналитическая служба Фонда провела масштабное исследование международного опыта<sup>29</sup>.

Главная задача проекта – поддерживать самостоятельную жизнь граждан тогда, когда это возможно, и оказать всестороннюю поддержку человеку, его семье тогда, когда самостоятельная жизнь затруднена.

В ходе реализации проекта предусмотрено внедрение стационароразмещающих технологий, создание условий для сопровождаемого проживания граждан пожилого возраста и инвалидов, подготовка социальных работни-

ков, участвующих в создании этой системы. Планируется также организация сопровождаемого совместного проживания малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях.

В эксперименте по построению системы долгосрочного ухода принимают участие шесть субъектов РФ – Волгоградская, Костромская, Новгородская, Псковская, Рязанская и Тульская области. Для всех из них проблема долгосрочного ухода стоит особенно остро. К примеру, в Псковской области пенсионером является каждый третий житель, в Костромской – порядка 28 % населения относятся к людям старшего поколения (рис. 6).

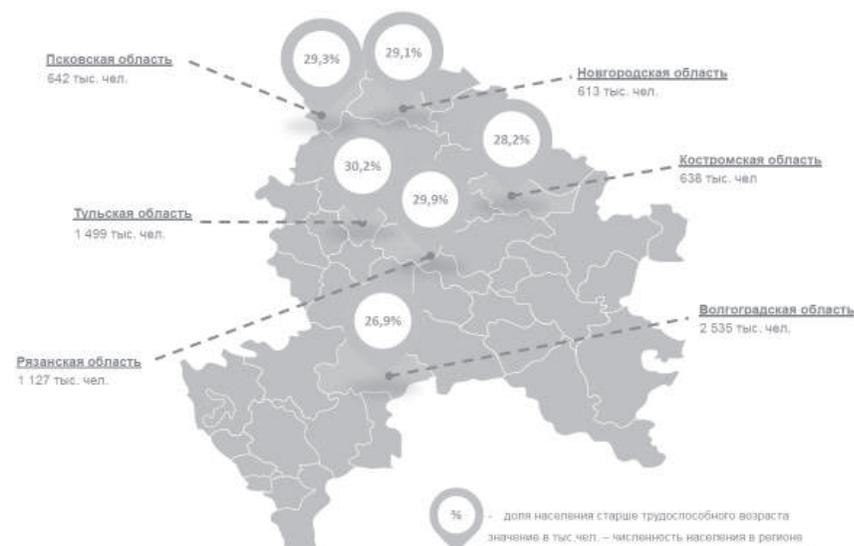


Рис. 6. Численность населения пилотных регионов

В каждом субъекте были отобраны несколько пилотных территорий и организаций, которым предстоит разработать и провести апробацию дорожных карт по внедрению системы долгосрочного ухода, а также дать оценку обеспеченности социальными услугами. Пилотная часть проекта займет три года. Это необходимо для того, чтобы оценить реальную потребность граждан в уходе.

Работа системы заключается в выявлении граждан, типизации и организации компенсации функциональных дефицитов человека – выполнении работы по обслуживанию. В каждом регионе должен быть организован широкий спектр социальных сервисов, включающий, в частности, центры

<sup>29</sup> URL: <https://tass.ru/nacionalnye-proekty/6212167>.

дневного пребывания, школы ухода и прокаты технических средств реабилитации. Кроме того, в регионах должна быть запущена работа по созданию социальной и медицинской инфраструктуры, а также налажено межведомственное взаимодействие для обеспечения передачи данных о гражданах из органов здравоохранения в органы социальной защиты.

Благотворительный фонд «Старость в радость» выделил прямые эффекты от реализации пилотного проекта:

**социальные:**

- увеличение продолжительности жизни (лет);
- улучшение условий труда (индексация з/п персонала);
- увеличение охвата населения социальными услугами (чел.);
- создание рабочих мест в субъекте РФ (ед.);
- повышение образовательного уровня (сколько чел. обучено);
- возврат трудоспособного населения в экономику (чел.);
- уровень обеспеченности социальных объектов (ед/10 000 чел.);

**экономические:**

- прирост налоговых отчислений от поступлений по новым рабочим местам (тыс. руб/год);
- налоговые поступления от возврата трудоспособного населения в экономику (тыс. руб/год);
- объем привлеченных инвестиций в бюджет субъектов РФ (тыс. руб/год).

С 2019 года мероприятие по созданию системы долговременного ухода за пожилыми и инвалидами вошло в федеральный проект национального проекта «Демография». В 2019 году решать задачу будут уже 12 регионов: республики Мордовия и Татарстан, Камчатский и Ставропольский края, Волгоградская, Кемеровская, Кировская, Костромская, Новгородская, Рязанская, Тульская области и город Москва. К окончанию национального проекта, к концу 2024 года, система будет создана во всех субъектах РФ. В общей сложности на внедрение системы долговременного ухода в России на ближайшие шесть лет предусмотрено 10,7 млрд рублей из федерального бюджета<sup>30</sup>.

### **3.2. Опыт субъектов РФ по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами**

Шесть регионов на территории 12 муниципальных образований включились в пилотный проект летом 2018 года. В каждом из них были выделены учреждения, которые стали «первопроходцами». Всего в пилотном про-

<sup>30</sup> URL: <https://tass.ru/nacionalnye-proekty/6212167>.

екте участвует 21 медицинская организация, 32 учреждения социального обслуживания населения и местные администрации.

Регионы-пионеры СДУ при методологической поддержке Благотворительного фонда «Старость в радость», собравшего в проектом офисе ведущих представителей экспертного сообщества, начали работу над апробацией разных этапов СДУ.

#### **1. Выявление людей, нуждающихся в долговременном уходе.**

Недостатки принятого сейчас заявительного порядка получения социальной помощи очевидны. Большое количество людей, которые нуждаются в регулярной помощи и уходе, по разным причинам не обращаются в органы социальной защиты. В результате система не только не охватывает всех тех, кому по закону полагается помощь от государства, но не в состоянии достоверно рассчитать потребность в помощи.

В пилоте СДУ регионы тестируют разные способы выявления людей, которым нужна помощь, например взаимодействие медицинских учреждений и органов социальной защиты. Так, в медицинских учреждениях пилотного проекта в Костромской области начали свою работу специалисты по социальной работе, которые передавали в органы социальной защиты данные о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе.

Механизм выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе в Новгородской области, – проведение информационных кампаний. Это распространение с использованием всех доступных ресурсов справочных материалов (проспектов, буклетов, информационных листовок) о возможностях системы долговременного ухода и порядке получения социальных услуг по долговременному уходу. Организация тематических акций и событий для средств массовой информации, содержащих положительные результаты внедрения системы долговременного ухода. Министерством труда и социальной защиты населения Новгородской области утвержден порядок выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе (приложение 4)<sup>31</sup>.

Также для совершенствования механизмов выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе на базе

<sup>31</sup> Об утверждении Порядка выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе, на территории Новгородской области: приказ министерства труда и социальной защиты населения Новгородской области от 31 августа 2018 года № 533. URL: <http://демянский-кцсо.пф/sistema-dolgovremennogo-uhoda.html>.

областного автономного учреждения социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения Великого Новгорода и Новгородского района», создан областной координационный центр по приему и обработке информации о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе, и утверждено Положение (приложение 5)<sup>32</sup>.

В Волгоградской области тестируют еще один механизм – дополнительный подворовой обход сельских территорий. К примеру, при посещении на дому специалисты стали оценивать способность человека к самообслуживанию, определять, какие именно социальные услуги ему нужны. Таким образом, в пилотных регионах пожилых граждан смогли разделить на несколько категорий в зависимости от функциональных нарушений и нуждаемости в услугах.

Для организации межведомственного взаимодействия регионы выстраивают процесс передачи данных из органов здравоохранения в органы социальной защиты (получить согласие на передачу персональных данных, передать данные о человеке, его функциональных ограничениях и рекомендациях по уходу). За 2018 год из органов здравоохранения в органы социальной защиты уже переданы данные более 1,6 тысячи человек<sup>33</sup>.

В целях своевременного обмена информацией о гражданах в рамках реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Рязанской области утверждены:

– Порядок информационного обмена о гражданах, получающих социальные услуги в организациях социального обслуживания и медицинскую помощь в медицинских организациях;

– Порядок обмена информацией о гражданах, прошедших типизацию в организациях социального обслуживания и отнесенных к V и VI функциональным группам (приложение 6)<sup>34</sup>.

<sup>32</sup> Об областном координационном центре по приему и обработке информации о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе: приказ министерства труда и социальной защиты населения Новгородской области от 22 октября 2018 года № 669. URL: <http://демянский-кцсо.пф/система-dolgovremennogo-uhoda.html>.

<sup>33</sup> URL: <https://starikam.org/news>.

<sup>34</sup> Об утверждении Порядка информационного обмена о гражданах в рамках реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Рязанской области: приказ министерства труда и социальной защиты населения Рязанской области, министерства здравоохранения Рязанской области от 1 октября 2018 года № 258/1809. URL: <https://mintrudsoc.ryazangov.ru/activities/systemlongtermcare>.

## **2. Оценка нуждаемости в уходе. Типизация.**

Как понять, какой уход на самом деле нужен человеку? Ведь долговременный уход – это сочетание и медицинской, и социальной помощи. В пилоте тестируется процедура типизации – определение функциональной группы в зависимости от способности к самообслуживанию и нуждаемости в посторонней помощи.

Благотворительным фондом «Старость в радость» совместно с РНИМУ им. Н.И. Пирогова разработана методология оценки нуждаемости в уходе и проведена в пилотных регионах. Протипизировано за первый год проекта 20 982 человека.

Так, в целях совершенствования критериев оценки обстоятельств, ухудшающих условия жизнедеятельности граждан пожилого возраста и инвалидов, и создания условий для полного удовлетворения их потребностей в социальных услугах в рамках создания СДУ за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Новгородской области утвержден Порядок типизации граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в социальном обслуживании (приложение 7)<sup>35</sup>.

По результатам типизации для людей из тяжелых групп, маломобильных, но живущих дома, апробируется социальный патронаж, когда помощник по уходу проводит со своим подопечным не два часа в неделю, а до четырех часов в день пять дней в неделю. Всего по расширенной индивидуальной программе в пилоте обслуживаются сейчас 1211 человек. Чтобы апробировать типизацию и понять изменения, которые она привнесит, пилотные регионы ввели в систему надомной помощи услугу «дополнительные руки». Эти люди выполняют функции сиделок и, в дополнение к существующей системе, оказывают новые услуги – так называемые расширенные пакеты социальных услуг, которые были определены благодаря шкале индивидуальной нуждаемости<sup>36</sup>. Так, министерством труда и социальной защиты населения Рязанской области утвержден перечень услуг, оказываемых сиделкой (помощником по уходу) (приложение 8)<sup>37</sup>.

<sup>35</sup> Об утверждении Порядка типизации граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в социальном обслуживании, на территории Новгородской области: приказ министерства труда и социальной защиты населения Новгородской области от 11 декабря 2018 года № 793. URL: <http://демянский-кцсо.пф/система-dolgovremennogo-uhoda.html>.

<sup>36</sup> URL: <https://www.asi.org.ru/article/2018/10/12/aleksandr-shkrebelo-o-pervyhzrezultatah-sistemy-dolgovremennogo-uhoda>.

<sup>37</sup> О реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами: приказ министерства труда и социальной защиты населения Рязанской области от 4 сентября 2018 года № 240. URL: <http://docs.cntd.ru/document/550253638>.

### 3. Долговременный уход. Новые подходы к уходу.

Прежде чем начинать менять систему ухода, необходимо понять, как сейчас она уже работает. Поэтому в рамках пилотного проекта Благотворительный фонд «Старость в радость» оценил по специально подготовленной методике качество работы интернатов. Проблемы выявились системные и общие для всей страны. Среди них одна из острейших – качество ухода. Во-первых, не хватает персонала, так что в отделениях для маломобильных людей 25, а то и больше «лежачих» может обслуживать один сотрудник. Во-вторых, нет профессиональной подготовки, обучения уходу.

Субсидия Минтруда на реализацию пилотного проекта в 2018 году предусматривала право регионам каждому нанять 45 дополнительных сотрудников по уходу. Без достаточного количества рук невозможно начать отлаживать правильный уход. На начало сентября 2018 года больше 60 дополнительных сотрудников по уходу уже вышли в пилотные стационары регионов.

Чтобы сохранить нужное количество персонала и после того, как закончится финансирование по субсидии, регионы уже сейчас стали расширять штатные расписания, выделяя для этого дополнительные средства. Правительство Рязанской области приняло поправки в свой закон о бюджете, в соответствии с которыми ввели дополнительные ставки, доведя соотношение персонала в пилотных стационарных учреждениях до рекомендуемых 1:8, а также добавив ставки организаторов досуга. Костромская и Тульская области взяли на свой баланс всех сотрудников по уходу, нанимаемых в пилотных домах-интернатах на средства федеральной субсидии Минтруда на СДУ.

Для повышения качества ухода Благотворительным фондом «Старость в радость» была подготовлена команда тренеров (22 человека), обучение в Школе тренеров вели педагоги и специалисты по гериатрии и уходу разных научных учреждений. На плечи тренеров легла большая работа по подготовке сотрудников учреждений (домов престарелых, ПНИ, КЦСОН). За полгода тренеры обучили 1225 помощников по уходу, медсестер, социальных работников, санитарок.

Все сотрудники проходили специальную подготовку: учились правильно укладывать пациента, кормить, проводить гигиенические процедуры так, чтобы сохранять достоинство человека, зависящего от помощи других людей. При этом многие техники, которые показывали сотрудникам, призваны снизить нагрузку и на самих ухаживающих<sup>38</sup>.

Для людей, относящихся к тяжелой группе ухода, но проживающих у себя дома, также меняется многое. Для них составлены индивидуальные

<sup>38</sup> URL: <https://starikam.org/news/10>.

расширенные планы ухода. К текущему моменту уже около 120 человек дополнительно нанято в патронажные службы регионов пилота. К примеру, в Рязанской области это 29 человек, которые помогают более 50 нуждающимся в уходе людям; в Новгородской – 37 работников, на плечи которых легла помощь 60 людям; в Псковской – 40 человек, которые помогают более 80 людям; в Тульской области 10 сотрудников по уходу «ведут» более 20 человек. Это цифры еще будут расти как по количеству работников, так и по количеству нуждающихся в уходе людей.

Также в рамках пилота открываются гериатрические кабинеты в поликлиниках, куда можно обратиться с вопросом о профилактике и лечении болезней старческого возраста. Ведутся дополнительные осмотры пациентов гериатрами, рекомендации которых включаются в план ухода. Например, в Рязанской области ими осмотрено 67 человек, проживающих в стационарах; в Тульской области – 13 человек, в Костромской области – 49.

Два центра дневного пребывания для пожилых людей с деменцией уже открыли в Волгоградской области. Аналогичные центры готовятся открыть в Тульской, Рязанской и Костромской областях<sup>39</sup>.

В Новгородской области за год реализации пилотного проекта организовали офтальмологическое обследование для почти тысячи человек, которые живут в домах-интернатах. После обследования людям купили необходимые медикаменты, очки, некоторым провели операции по коррекции зрения.

В целях обеспечения повышенной доступности социальных услуг для отдельных категорий граждан, особо в них нуждающихся, комитетом социальной защиты населения Волгоградской области внедрена технология «Стационар на дому», которая позволяет нуждающимся в стационарном обслуживании получить необходимый комплекс социальных услуг в привычных домашних условиях.

Порядка 700 человек уже получили помощь специалистов, которые применяют технологию «Стационар на дому». Эта программа предусматривает посещение на дому пожилых людей и инвалидов с понедельника по пятницу, с пребыванием у одного получателя в течение четырех часов. В настоящее время работу с применением данной технологии осуществляют специалисты 37 государственных организаций социального обслуживания и 8 социально ориентированных некоммерческих организаций.

С 1 июля 2018 года на территории Волгоградской области реализуется пилотная программа «Сопровождаемое проживание инвалидов с ментальными расстройствами». В трех ПНИ открыты отделения сопровождаемого проживания инвалидов, каждое на 24 места. Категория получателей соци-

<sup>39</sup> Там же.

альных услуг – инвалиды I и II групп старше 18 лет, страдающие психическими расстройствами, не требующими предоставления социальных услуг в условиях психоневрологического интерната.

Получатели социальных услуг отделений сопровождаемого проживания инвалидов остаются полноправными членами общества, сохраняют свою дееспособность. Они могут учиться и работать, готовить себе еду, выбирать одежду и хобби. Специалистами отделений оказывается поддержка и необходимая психологическая и социальная помощь. Оплата за данное социальное обслуживание зависит от дохода получателя социальных услуг и составляет от 300 до 1500 рублей в месяц.

Социальное обслуживание предоставляется на основании Порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в условиях сопровождаемого проживания, утвержденного приказом комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 09.06.2018 № 924 (приложение 9)<sup>40</sup>. Оформление на социальное обслуживание в отделения сопровождаемого проживания инвалидов осуществляется через центры социальной защиты населения по месту проживания граждан.

#### **4. Помощь родственникам.**

В СДУ не должны быть забыты и семьи, в которых есть люди, нуждающиеся в долговременном уходе. Для родственников, которые осуществляют самостоятельный уход, в пилотных регионах открываются специальные школы. Две подобные школы открылись в Рязанской области, в Касимовском и Михайловском районах; в них прошли обучение уже 339 человек. Причем преподаватели, тренеры школы приходят на дом, к настоящему моменту большая часть консультаций (314) проведена именно дома. В Костроме в аналогичной школе обучились 23 человека. Также открыта Школа родственного ухода в Новгородской области, где обучилось уже более ста человек.

В целях развития технологий семейного (родственного) ухода в Тульской области развивается сеть пунктов проката технических средств реабилитации. При каждом пункте проката будет открыта Школа родственного ухода.

<sup>40</sup> Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в условиях сопровождаемого проживания: приказ комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 9 июня 2018 года № 924. URL: <https://uszn.volgograd.ru/other/sistema-dolgovremennogo-okhoda-za-grazhdanami-pozhilogo-vozrasta>.

В Волгоградском регионе обучение проходит на базе областного геронтологического центра. Курс состоит из теоретической и практической частей – участники отработывают навыки обеспечения безопасной среды, организации жизненного пространства, предупреждения осложнений, связанных с длительным постельным режимом и др. Большое внимание во время обучения уделяется индивидуальным вопросам, которые возникают у родственников при осуществлении ухода. При необходимости специалисты совершают выезды на дом для консультации<sup>41</sup>.

Система долговременного ухода предполагает создание новых механизмов, которые со временем позволят как можно больше уйти от стационаров к предоставлению социальных услуг на дому.

К примеру, в Тульской области получило развитие семейное сопровождение, соответствующий закон в январе 2019 года приняла Тульская областная дума. Эта форма предполагает проживание граждан, которым постоянно нужна помощь посторонних, с теми, кто взял на себя обязательство за ними ухаживать. Воспользоваться такой помощью могут одинокие пожилые люди или инвалиды I и II групп, заботятся о них совершеннолетние дееспособные граждане России, зарегистрированные в Тульской области, для которых законом предусмотрены выплаты. Близким родственникам оформить семейное сопровождение не разрешают.

Семейное сопровождение поможет частично решить проблему нехватки мест в домах-интернатах, так как фактически станет заменой социального ухода в стационарах. Для того чтобы официально оформить семейное сопровождение, необходимо заключить трехсторонний договор с участием органа социального обслуживания.

В Рязанской области тем временем будут оказывать социальные услуги в обстановке, максимально приближенной к домашней. За пожилыми людьми и инвалидами будут присматривать в специально оборудованных двух- и трехкомнатных квартирах, расположенных на первых этажах многоквартирных домов<sup>42</sup>.

В Псковской области возводится первый в России социальный городок для пенсионеров и инвалидов, социальное учреждение нового типа, которое принципиально отличается от государственных интернатов. Социальный городок, который планируется открыть в начале 2020 года, будет представлять собой что-то вроде санатория: это комплекс малоэтажных многоквартирных домов, где смогут разместиться около 130 человек. Количество квадратных метров на одного человека будет существенно больше

<sup>41</sup> URL: <https://news.rambler.ru/other>.

<sup>42</sup> Там же.

установленных нормативами, которые существуют в современных домах-интернатах.

Кроме жилых домов в социальном городке возводятся административные здания с круглосуточным медицинским постом, массажным и процедурным кабинетами, а также дневным стационаром на три места с необходимыми помещениями. Здесь также разместится тренажерный зал, библиотека, центр по обучению компьютерной грамотности граждан пожилого возраста и инвалидов, парикмахерская, аптека и часовня. Строительство всего комплекса ведется с учетом создания безбарьерной среды<sup>43</sup>.

По данным Благотворительного фонда «Старость в радость» ниже приведены показатели работы объектов и элементов СДУ в регионах к концу первого года проекта (рис. 7).

Таким образом, промежуточные результаты проекта по созданию СДУ показали значимость происходящих изменений для граждан, которые нуждаются в долговременном уходе и повышении качества жизни. По словам директора Благотворительного фонда «Старость в радость» Елизаветы Олескиной, система долговременного ухода, которая сейчас начинает выстраиваться в регионах, должна поддерживать каждого человека, который или из-за болезни, или из-за возраста нуждается в долговременном уходе. Речь идет именно о полноценной жизни людей, возможности даже при наличии разных степеней зависимости от посторонней помощи максимально сохранять и реализовывать свои социальные функции. Принципиально важно, чтобы уход, реабилитация, социализация позволяли человеку оставаться полноценным членом общества, поддерживать качество жизни.

Человек может жить в социальном учреждении – доме-интернате, психоневрологическом интернате, в отделениях сестринского ухода, может жить у себя дома или в сопровождаемом проживании. Это не должно приводить к разнице в условиях жизни. Кроме того, система должна поддерживать и семьи, которые берут на себя основную часть заботы и ухода.

<sup>43</sup> Там же.



Рис. 7. Объекты и элементы СДУ к концу первого года проекта



#### ГЛАВА 4. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ



### О ПЕРВОМ ОПЫТЕ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА В СТАЦИОНАРНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

*А.Г. Денисов, директор краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Пансионат для граждан пожилого возраста и инвалидов «Солнечный»;*

*А.П. Лейман-Островская, заведующий отделением милосердия краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Пансионат для граждан пожилого возраста и инвалидов «Солнечный»*

В Послании Президента Российской Федерации Владимира Владимировича Путина Федеральному Собранию в 2019 году поставлена задача – «в корне изменить систему помощи людям, нуждающимся в долговременном уходе и в стационаре, и дома; настроить ее на потребности конкретной семьи, конкретного человека».

*Долговременный уход* – это «система мероприятий, целью которой является увеличение средней продолжительности жизни людей. В эту систему входят мероприятия медицинской, социально-реабилитационной, развивающей и адаптационной направленностей.

Долговременный уход призван обеспечить пожилому человеку или инвалиду достойное качество жизни независимо от диагноза, тяжести состояния и прогноза на будущее».

В настоящее время в регионах Российской Федерации ведется работа по выстраиванию единой комплексной системы поддержки пожилых людей и инвалидов, утративших способность к самообслуживанию. Такая система включает предоставление помощи как на дому, так и в условиях стационарных учреждений.

В КГБУ СО «Пансионат «Солнечный» внедрение системы долговременного ухода началось в мае 2018 года после визита в учреждение представителей Благотворительного фонда «Старость в радость» (г. Москва), которые высоко оценили уровень и качество предоставляемых услуг и отметили, что в пансионате имеются все ресурсы для внедрения системы долговременного ухода.

*Цель* долговременного ухода состоит в восполнении основных повседневных физиологических и социальных потребностей в жилье, питании,

гигиене, общении и досуге. Концепция и задача долговременного ухода состоит в том, чтобы помочь пожилому человеку сохранить достойное качество жизни.

Эффективная работа социальных государственных служб, в том числе стационарных учреждений социального обслуживания, по обеспечению максимально комфортных условий проживания для пожилых граждан и инвалидов – это показатель развития общества, его заботы о старшем поколении.

В связи с этим была поставлена *задача* – охватывать мероприятиями долговременного ухода преимущественно маломобильных жителей отделения милосердия, в котором постоянно находилось 105 пожилых людей и инвалидов, полностью или частично утративших способность к самообслуживанию.

Это наиболее сложное отделение как с точки зрения объема выполняемых процедур и манипуляций, так и с точки зрения риска возникновения тех или иных осложнений, связанных с ошибками и погрешностями, допущенными при уходе.

В отделении созданы необходимые условия для комфортного проживания – предоставление горячего питания, помощь при выполнении гигиенических процедур, замена белья.

Специалисты проводят различные индивидуальные занятия. Но, в силу имеющихся заболеваний и трудностей в передвижении, для этой категории граждан миром, в котором они живут, является всего лишь их комната. По состоянию здоровья они вынуждены практически постоянно находиться в постели, оказываясь в некоторой изоляции. Круг общения у них очень узкий, только соседи по комнате, то есть одни и те же люди в течение длительного периода времени.

В результате развивается социальная дезадаптация, усугубляются хронические заболевания, нарушаются когнитивные функции, страдают мышление и память, ограничивается общение, а самое главное – такая бездеятельность является уже выработанной привычкой.

Возможно ли кардинально улучшить уровень обслуживания и повысить качество жизни людей, постоянно находящихся на постельном режиме? Как определить оптимальный набор услуг и манипуляций для каждого подопечного и обеспечить контроль их исполнения? Существуют ли способы более рациональной организации работы отделения милосердия?

Это те вопросы, на которые мы искали ответы, приступая к внедрению технологий долговременного ухода.

В учреждении к этому времени сложилась группа специалистов (заведующие отделениями, психологи, другие специалисты социальной службы), которые понимали необходимость внедрения новых подходов и видели в этом в том числе перспективы собственного профессионального и личностного роста.

Большой удачей стало обучение заведующего отделением милосердия пансионата в школе тренеров по долговременному уходу, организованной фондом «Старость в радость».

Мы получили не только квалифицированного тренера, готового к обучению персонала, но и возможность ознакомиться с опытом работы стационарных учреждений в других регионах.

Работа по внедрению системы долговременного ухода велась по нескольким направлениям.

### *1. Обучение персонала.*

В настоящий момент единая система обучения персонала в области долговременного ухода отсутствует. На базе нашего учреждения была сформирована обучающая деятельность в рамках системы долговременного ухода, составлена учебная программа из шести тем, посвященных организации ухода за ослабленными людьми. Основные темы, на которые был сделан упор:



1) коммуникация – общение с подопечным. В основе любого успешного ухода лежит коммуникация. На этом занятии сотрудники узнали об основах успешной коммуникации, о способах преодоления коммуникативных барьеров с помощью вербального и невербального общения;

2) гигиенический уход – ежедневные гигиенические мероприятия, проводимые у постели подопечного, который по состоянию здоровья не может самостоятельно обслуживать себя. Сотрудники научились правильно выполнять частичный или полный туалет тела, интимную гигиену тела;

3) организация питания и кормления – основные правила рационального питания, сбалансированное питание, правильная организация кормления подопечного на постельном режиме, а также причины недоедания и их последствия;

4) управление физиологическими оправлениями – возможные причины недержания у пожилых людей при нарушении функций тазовых органов, подбор абсорбирующего изделия, которое обеспечит комфортное нахождение в нем подопечного, персонал научился правильно проводить замену абсорбирующего белья;

5) позиционирование маломобильных жителей, находящихся на постельном режиме, – персонал узнал о безопасных и эффективных способах использования собственных двигательных ресурсов, которые позволяют выполнять те или иные действия в отношении человека с дефицитом самообслуживания (пересаживание подопечного на край кровати/стула, на кресло-коляску; произведение смен положения тела для профилактики пролежней, пневмонии, контрактур);

6) падение – персонал узнал о самой частой, распространенной проблеме пожилых людей в учреждении, о факторах, влияющих на падение, а также был обучен приемам поднятия подопечного с пола.

Занятия состояли из вводной и теоретической частей, большая часть была отведена демонстрации и отработке практических навыков по уходу.

На занятиях было наглядно продемонстрировано, что уже устоявшиеся и привычные способы выполнения тех или иных процедур и манипуляций часто нерациональны, неэффективны и небезопасны как для подопечных, так и для персонала.

Всего было проведено 21 занятие, через которое прошли младшие медицинские сестры и братья, специалисты социальной службы и еще ряд других работников пансионата. На занятиях присутствовали также коллеги из других краевых учреждений, велась видеотрансляция занятий в Интернете.

По результатам обучения в марте 2019 года проведен зачет для всего младшего медицинского персонала. Результаты сдачи практических навыков внесены в зачетные книжки и будут учитываться, например, при решении вопроса о мерах поощрения и представлении на Доску почета.

На сегодняшний день занятия продолжают по таким темам, как «Общие хронические заболевания», «Вторичные заболевания или последствия основных хронических заболеваний» и др.

Эти занятия необходимы для младшего обслуживающего персонала, чтобы у работников складывалась полная картина о пожилом человеке, который нуждается в уходе.

С целью мотивации на каждом собрании или планерке мы последовательно и терпеливо разъясняли цели, задачи, этапы работы по внедрению системы долговременного ухода, разбирали допущенные ошибки и возникающие проблемные вопросы.

Один из главных посылов мотивации младшего медицинского персонала – необходимость соответствовать собственному профессиональному статусу, который существенно вырос и в связи с повышением заработной платы, и в связи с растущей востребованностью квалифицированных специалистов по уходу на рынке труда.

## ***2. Разработка внутренней нормативной документации.***

Был разработан пакет внутренних нормативных документов, базирующийся на принципах доступности информации специалистов, участвующих в формировании программы по долговременному уходу в учреждении, включающий пошаговые инструкции, порядки и алгоритмы, описывающие выполнение всех основных процедур, манипуляций или технологий, которые используются при осуществлении ухода в отделении милосердия. Каждая процедура или манипуляция получила детальное и полное описание. В целом разработка методической базы по долговременному уходу в учреждении дала возможность выявить необходимые потребности в уходе и сбалансировать систему в учреждении.

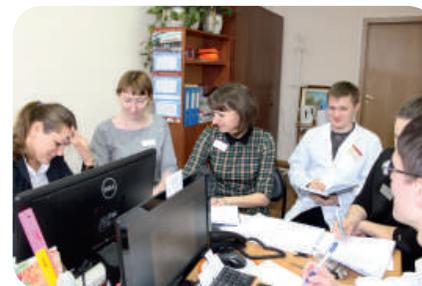
## ***3. Организация работы мультидисциплинарной бригады. Составление, ведение и контроль исполнения индивидуальных планов ухода.***

В пансионате были сформированы две мультидисциплинарные бригады в составе заведующего отделением, врача, психолога, специалиста по социальной работе. На заседания мультидисциплинарных бригад, которые проводятся еженедельно, представляется вся имеющаяся социальная и медицинская документация, результаты комплексной гериатрической оценки, проведенной с использованием специальных шкал, тестов и опросников.

Использование шкал, тестов и опросников позволяет получить объективную, измеряемую в баллах оценку потребности человека в уходе, увидеть риски возникновения таких грозных и неприятных осложнений и событий, как пролежни, падения, депрессия, социальная дезадаптация.

Регламент работы одной мультидисциплинарной бригады и использование стандартных бланков позволяет в течение одного часа составить детальный индивидуальный план ухода для трех-четырех жителей.

План координирует уход, позволяет осуществить перераспреде-



ние рабочего времени среди обслуживающего персонала. В плане содержится детальный перечень, объем и периодичность предоставления услуг, процедур, манипуляций, направленных на компенсацию функциональных дефицитов конкретного подопечного.

Он может содержать, например, рекомендации о дневном пребывании в общественном пространстве с указанием периодичности и продолжительности, или требование смены положения тела через определенное время, или указания по организации кормления конкретного жителя – в комнате или в холле, самостоятельно или с помощью младшей медицинской сестры.

На основании индивидуального плана на каждого жителя ежемесячно формируются карты ухода, в которые младшие медицинские сестры и братья ежедневно под роспись вносят отметки об исполнении манипуляций и процедур (приложение 10).

Использование карт ухода позволяет обеспечить индивидуальный подход к каждому подопечному, повысить ответственность младшего медицинского персонала и обеспечить контроль его работы.

Результаты исполнения индивидуальных планов с внесением необходимых коррективов контролируются ежеквартально на заседаниях мультидисциплинарной бригады.

#### ***4. Организация дневного пребывания в общественных пространствах жителей отделения милосердия, ранее постоянно находившихся на постельном режиме.***

С целью интеграции в общественную жизнь для жителей в холлах этажей были сформированы небольшие обеденные группы, за которыми стали принимать пищу те, кто не мог посещать столовую и питался в своих комнатах. Поначалу мы встретили сопротивление – «не пойду из комнаты, буду есть здесь!». Мы столкнулись с таким явлением, как ригидность. Ригидность – неготовность к изменениям программы действия в соответствии с новыми ситуационными требованиями. Особенностью пожилого возраста является ригидность мышления. Процессы мышления затормаживаются, что приводит к трудностям адаптации к новому положению, новому статусу, новой жизни. Отмечается явная замедленность развертывания ориентировочной фазы интеллектуальной деятельности (возрастает время подготовки ответа при принятии решения в условиях неопределенности).

Но это не только физиологический процесс. Здесь большую роль играет отсутствие развития, нежелание дальше заниматься личностным ро-

стом, мотивируя это отсутствием сил и ненужностью («жизнь уже почти прошла»).

Но со временем жителям понравилось завтракать, обедать в обществе своих соседей, они даже сами стали выходить и выезжать в холл и усаживаться за столы, ожидая подачу пищи.

Возникла проблема с местом проведения мероприятий. По критериям удобства был выбран третий этаж отделения милосердия, жители которого являлись «первопроходцами» программы длительного ухода. В связи с этим выбором возникла проблема со временем. Позавтракав, жители начинали разъезжаться снова по комнатам либо просили их увезти. Необходимо было проводить досуговые мероприятия сразу после завтрака, иначе пришлось бы заново вывозить жителей из комнат. Так как обеденные столы так же используются и в досуговых мероприятиях, нужно было оперативно убрать с них посуду и прибрать после приема пищи; приходилось делать некоторую паузу между завтраком и досуговым мероприятием и снова рассаживать жителей.



Организация дневного пребывания заключается в ежедневном пересаживании жителей из постелей в кресла-коляски, перемещении их в специально оборудованные общественные пространства (холлы), где для них организуются развивающие занятия, досуговые мероприятия и приемы пищи во время завтрака и обеда.

Специалисты должны подобрать реабилитационные, просвещающие мероприятия, подходящие для каждой группы граждан. Среди огромного спектра мероприятий рекомендуется проводить различные разновидности арт-терапии: игры с использованием мяча (пользуются большой популярностью), настольные игры, раскраски, тренинговые упражнения, упражнения адаптивной физической культуры, на развитие мелкой моторики (переливание мелких предметов, разрывание газеты на мелкие части и т.д.). Виртуальные путешествия, сопровождаемые коротким пояснительным

рассказом, также вызывают большой интерес у участников, а иногда, для повышения настроения, можно попеть песни, почитать совместно стихи или просто пообщаться на заранее подобранные темы, а также четко составить реабилитационную программу, учитывая индивидуальные особенности каждого жителя, его физические и психические особенности.

Начинали мы с небольшой группы из пяти жителей. В настоящее время в программе участвуют 59 человек, большинство из которых пересаживаются в инвалидные коляски и перемещаются для дневного пребывания не менее трех-четырёх раз в неделю. Ежедневно – от 25 до 40 человек.

В итоге мы действительно получили совершенно иное качество жизни для наших жителей за счет преодоления их социальной изоляции. Они стали более доброжелательными и общительными. В ряде случаев мы увидели восстановление навыков самообслуживания и общения и вообще узнали много нового о наших жителях.

Например, уже в первые дни кормления в холлах выяснилось, что некоторых из жителей, которых кормили с ложки в жилых комнатах, способны самостоятельно принимать пищу за общим столом.

Также выяснилось, что при всех хлопотах, связанных с рассаживанием, обслуживать жителей, для которых организовано дневное пребывание, стало проще и легче за счет повышения их самостоятельности, открытости или, например, за счет расширения времени доступа к жилым комнатам для проведения уборки, смены белья и т.д.

В целом изменился и психологический климат в отделении милосердия – исчезла тягостная атмосфера безнадежного угасания и увядания, которая негативно отражалась и на жителях, и на работниках.

Серьезным лимитирующим фактором для организации дневного пребывания является наличие в достаточном количестве персонала, который необходим для одномоментного высаживания нескольких десятков жителей в кресла-коляски и для их сопровождения во время занятий.

Один из важных компонентов системы долговременного ухода – обустройство жилых комнат маломобильных жителей, которые декорировали часами, картинами, фотографиями близких людей.

### ***Резервы.***

Конечно, внедрение технологий долговременного ухода привело к увеличению нагрузки и на младший медицинский персонал, и на социальную службу в целом.

Но при этом в нашем распоряжении появился ряд резервов, которые позволили эту нагрузку компенсировать. К таким резервам относятся:

1) наличие новых профессиональных навыков и умений, полученных персоналом во время обучения, которые позволяют осуществлять уход более быстро, более качественно, с меньшими физическими затратами;

2) использование оборудования, устройств и приспособлений, облегчающих уход. В учреждении приобретены и активно используются в работе электрический передвижной подъемник, пояса для пересаживания, скользящие простыни и доска для перемещения, которые значительно снижают физическую нагрузку при перемещении подопечных. При этом любое новое оборудование или устройство требует активной работы по внедрению до тех пор, пока персонал не привыкнет к нему и не поймет выгоды его использования;

3) рациональная организация работы персонала, которая включает целый ряд приемов и мероприятий, направленных на оптимальное использование штатных единиц и экономию рабочего времени. Например, проведение утренней планерки с дежурным персоналом с использованием портативных раций экономит не менее 20 минут в самое напряженное утреннее время. Или, например, выяснилось, что организация приема пищи в холлах занимает значительно меньше времени и осуществляется в более безопасных условиях, чем раздача готовых блюд и кормление в жилых комнатах;

4) в результате работы по обучению и мотивации персонала мы получили более ответственное и заинтересованное отношение к работе со стороны младшего медицинского персонала. При этом произошло значительное обновление состава работников в отделении милосердия за счет ухода тех, кто не смог принять новые условия работы.

Согласно результатам анкетирования, проведенного в марте среди персонала отделения милосердия: 61 % младших медицинских сестер и братьев отмечает наличие положительной динамики у подопечных; 71 % замечает положительный результат от внедрения технологий долговременного ухода; 76 % положительно относятся к деятельности учреждения в этом направлении.

Данное анкетирование проводилось анонимно среди младшего медперсонала, в опросе приняли участие 18 человек, из них:

- стаж работы сотрудников менее одного года – пять анкет;
- от одного года до пяти лет – шесть анкет;
- более пяти лет – семь анкет.

Узнать мнение сотрудника и показать каждому его важность – вот две главные цели данной анкеты.

В опросе учитывались ответы на следующие вопросы:

- мнение об организации работы;
- наличие обратной связи;
- компетентность непосредственного руководителя;
- препятствия для более эффективной работы, связанные с оборудованием рабочих мест;
- оценка текущей работы в пансионате по программе долговременного ухода;
- формы морального стимулирования и приоритеты в работе (приложение 11).

### ***Итоги.***

Что же мы получили в результате внедрения технологий долговременного ухода?

Во-первых, мы обеспечили гораздо более высокий уровень социального обслуживания и качества жизни для наиболее тяжелой категории наших жителей – немобильных и маломобильных пожилых людей и инвалидов.

Контрольные исследования жителей отделения милосердия по шкале Бартел говорят о небольшом, но устойчивом росте у них показателей активности и способности к самообслуживанию. Естественно, речь идет о средних значениях.

Во-вторых, мы смогли повысить профессиональный уровень наших сотрудников и получить от них более ответственное и заинтересованное отношение к работе.

Технологии долговременного ухода сегодня настолько интегрированы в повседневную деятельность отделения милосердия и учреждения в целом, что придется приложить значительные усилия для возврата к привычной схеме работы по принципу «покормить, помыть, сменить подгузник и пожелать спокойной ночи».

Можно перечислить основные факторы, определившие успешные результаты работы по внедрению технологий долговременного ухода в нашем учреждении.

К таким факторам относятся:

- 1) доступ к современным технологиям ухода;
- 2) планомерная и системная работа по обучению и мотивации персонала;
- 3) наличие в учреждении группы руководителей подразделений и специалистов, готовых взять на себя всю тяжесть повседневной рутинной работы по внедрению новых технологий ухода.

Повышение эффективности системы стационарного социального обслуживания невозможно без внедрения новых форм и методов работы, чем и является система долговременного ухода. На современном этапе в КГБУ СО «Пансионат «Солнечный» отмечается динамическое развитие системы долговременного ухода, что свидетельствует о ее востребованности.

## **ЭЛЕМЕНТЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

*И.А. Хомякова, заместитель директора муниципального бюджетного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения» г. Шарыпово;*

*Л.И. Мяконькая, методист муниципального бюджетного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения» г. Шарыпово*

Согласно Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года одной из задач муниципального бюджетного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения» г. Шарыпово (далее – Центр) является забота о гражданах пожилого возраста и инвалидах, направленная на совершенствование системы охраны здоровья, формирование условий для организации досуга граждан старшего поколения, а также на развитие современных форм социального обслуживания.

Граждане пожилого возраста и инвалиды – наиболее уязвимая категория людей, которые в силу различных причин не могут помочь себе сами: это одиночество, немощь, тяжелые болезни. Работа Центра построена таким образом, чтобы комплексно решать эти проблемы, сохранять их жизненный потенциал, продлевая активное долголетие. Это направление отражено в Программе развития учреждения до 2021 года.

Коллектив Центра поставил перед собой цель: «Совершенствование системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами через применение новых технологий и услуг», спланировал свою деятельность в данном направлении.

В учреждении уже имеется некий механизм по обеспечению людям, нуждающимся в уходе, сбалансированного социального обслуживания и медицинской помощи, поддержки семейного ухода. Остается лишь си-

стематизировать имеющиеся у нас элементы в систему долговременного ухода, которая способствует изменению самого механизма социального обслуживания. Мы взяли за основу профилактический подход и комплексную реабилитацию, удовлетворение потребностей пожилых людей как особой социальной группы населения, максимальное вовлечение социального окружения пожилого человека к участию в его жизни, одним словом, создание условий для длительного и независимого проживания.

**Главная особенность новой системы** – совершенствование механизмов установления нуждаемости граждан старшего поколения в социальном обслуживании (**выявительный принцип**).

Работа начинается с раннего выявления граждан пожилого возраста и инвалидов с целью оказания им социально-реабилитационных и оздоровительных услуг, продолжается надомным обслуживанием. Подворный обход (поквартирный) – способ выявления, который осуществляется специалистами отделения срочного социального обслуживания.

При взаимодействии Центра и МГБУЗ «Шарыповская городская больница» (далее – больница) специалисты занимаются обследованием и выявлением граждан, нуждающихся в различных видах социальной помощи и поддержки. Для этого данные о людях с функциональными нарушениями передаются из больницы и поликлиники в Центр. Управление социальной защиты населения также представляет список граждан возрастной категории свыше 60 лет, где содержится информация о том, кто нуждается в социальном обслуживании, кто осуществляет уход за пенсионером: супруг (супруга), дети либо волонтеры (соседи). Специалисты взяли за основу возраст пенсионеров, начиная с 75 лет. Путем поквартирного обхода проводится разъяснительная работа по видам, объемам и условиям предоставления социальных услуг Центром: устанавливается контакт с человеком, затем на основании данных заполняются акты обследования. Специалистами разработан социальный паспорт, в котором указаны характеристики для опроса (приложение 12).

На заключительном этапе данные с актов обследований заносятся в Реестр долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами (приложение 13).

За первый квартал 2019 года обследовано 122 человека, из них нуждаются в надомном обслуживании 25 человек. Остальные получили консультативную, информационную помощь, стали посетителями кружков, клубов Центра, участниками проектов, получают физиотерапевтическую помощь. Такой подход объединяет в себе медицинскую, социальную и родственную помощь. С созданием реестра более рационально и упорядоченно орга-

низована работа по удовлетворению потребности нуждающихся граждан в социальном обслуживании.

Проблемой является то, что медицинские и социальные услуги, предоставляемые населению, бывают часто разрознены, в результате чего значительная часть нуждающихся остается без помощи. Вопросы постоянного ухода за престарелыми и инвалидами ложатся на плечи родственников и знакомых. Специалисты Центра выявляют и этих людей, помогают им организовать уход за близкими, предоставляя возможность продолжать трудиться на производстве, оформив их родственников на надомное обслуживание. «Государство должно начать их видеть, поддерживать и создавать для них благоприятную среду. Родственники, которые много лет в одиночку справляются с тяжелыми обязанностями по уходу, со временем, увы, тоже начинают нуждаться в социальной и медицинской помощи», – отмечает директор Благотворительного фонда «Старость в радость» Е. Олескина<sup>44</sup>.

Следующим этапом является определение нуждаемости каждого получателя социальных услуг, и первоочередной задачей становится **индивидуальный подход** к подопечным, выполнение их нужд. С помощью реестра, в котором имеется необходимая информация о нуждающихся в долговременном уходе людей, группируется объем помощи, который им необходим (типизация). Специалисты определяют, какому количеству людей будет нужна помощь, просчитывают соотношение помощи в Центре и на дому, кто, где, как будет ее осуществлять, четко регламентируют, что нужно делать для каждой из групп, сколько часов помощи выделять и т.д. Реестр необходим, чтобы правильно организовать **межведомственное взаимодействие** для согласования специалистами своих действий с учетом изменившегося самочувствия подопечного. Например, у нас создана группа для получателей услуг, которым необходимо восстановление после инсульта и требуется длительный уход. Поскольку межведомственное взаимодействие с больницей налажено, то сразу после выписки к пациенту приходит социальный работник Центра, который объясняет, какие процедуры необходимо выполнять, какой соблюдать режим и пр. Таким образом, родственникам больного не нужно будет ходить между несколькими учреждениями, так как специалисты сами договорятся, какую помощь каждый из них окажет нуждающемуся. Этому способствует индивидуальный маршрут реабилитации (маршрутизация), который составляется на каждого получателя услуг: в маршруте прописано, какую помощь и когда он может получить.

Главным фактором развития социального обслуживания является **определение нуждаемости каждого получателя социальных услуг**, где перво-

<sup>44</sup> <https://dislife.ru/materials>.

очередной задачей становится *индивидуальный подход к подопечным*, выполнение их нужд. Для этого создана *межведомственная комиссия*, в состав которой входят заместитель главы города по социальным вопросам, специалисты учреждений здравоохранения и Центра, психолог. Заведующий поликлиникой совместно с лечащим врачом дают заключение о состоянии здоровья потенциального получателя услуг (шкала Бартел), степени его самостоятельности и необходимости в социальном обслуживании, в том числе на дому. Соглашение о сотрудничестве Центра с больницей «Об организации медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста» способствует продуктивной деятельности при разработке индивидуальных маршрутов реабилитации (ИМП) на получателей социальных услуг. За 2018 год составлено и реализуются 248 ИМП. Четкая координация действий между больницей и Центром помогает наладить эффективность данной работы.



Центр ищет любые *возможности для привлечения социальных партнеров*, обладающих ресурсами для организации совместной деятельности по оказанию помощи людям старшего поколения. К учреждениям-партнерам относятся:

- НКО – МООИ «За равные права» г. Шарыпово и Шарыповского района;
- городской фонд «Социальная защита населения»;
- Совет ветеранов;
- городской театр;
- библиотека;
- краеведческий музей.

Организации-партнеры и специалисты Центра проводят совместные акции с привлечением волонтеров и благотворителей, оказывают помощь ветеранам ВОВ и труженикам тыла: приобретение тонометров, остекление балконов, помощь в ремонте квартир, поставка цветов к 9 Мая, протезирование зубов, подписки на газеты, адресная материальная помощь.

Помимо этого необходима *подготовка квалифицированных кадров* для развития надомного и стационарного обслуживания, поддержки семей, которые нуждаются в помощи. От того, каким уровнем профессионализма они обладают, зависит активное долголетие и комфорт пожилых людей.

Большое внимание уделяется своевременной курсовой переподготовке работников учреждения, отработке полученных знаний через внутрикорпоративное обучение:

- «Университет непрерывного образования» через реализацию индивидуальных образовательных программ;
- участие в образовательных и обучающих семинарах;
- работа методических объединений и творческих групп.

Проводится обучение специалистов всех отделений по внедрению элементов технологий системы долговременного ухода. Пройти обучение должны будут все специалисты, которые оказывают социальные услуги на дому, так как в настоящее время эта форма предоставления социальных услуг наиболее востребована. В условиях устойчивого спроса на социальные услуги такая форма социального обслуживания компенсирует отсутствие родственного ухода, невозможность для членов семьи предоставлять уход и попечение своим старшим родственникам, но при этом сохранить проживание в привычной для них среде. В 2018 году обучение прошли 75 % специалистов учреждения.

Для проведения мероприятий социально-медицинской реабилитации в учреждении имеются все условия: тренажерный зал, зал ЛФК, физиокабинеты, массажные кабинеты, комната психологической разгрузки, процедурный кабинет, музыкальный зал, снабженные необходимым инвентарем и оборудованием.

Участие в проектной деятельности позволяет ежегодно внедрять новые виды социальных услуг с учетом потребностей населения. «Экспресс-профилакторий для пожилых людей» вовлек в оздоровительно-досуговую деятельность одиноко проживающих пожилых людей, создал необходимые



условия для улучшения их физического и психического здоровья. Эта категория населения является одной из самых незащищенных. Кроме постоянно ухудшающегося здоровья есть еще одна серьезная проблема – одиночество, которое тоже ухудшает их самочувствие.

В профилактории пожилые люди могут поправить здоровье через традиционные и новые нестандартные способы оздоровления, пройти социокультурную реабилитацию, узнать много интересного по здоровому образу жизни, найти новых друзей для позитивного общения, то есть фактически могут продлить активное долго-

ление. Результатом данной работы является то, что многие из участников санатория продолжают посещать мероприятия Центра, агитируют своих знакомых. За два года профилакторий посетили 440 человек, услуга очень востребована и в этом году: теперь ее могут получить все желающие пенсионеры.

Большое внимание уделяется Центром мероприятиям, направленным на помощь людям с хроническими заболеваниями, включающим формирование здорового образа жизни, раннюю диагностику заболеваний и факторов риска их развития с последующей своевременной коррекцией с целью снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности. Услуга по оказанию комплексной реабилитационно-оздоровительной помощи пожилым людям, больным сахарным диабетом 2-го типа, при активной поддержке «Школы диабета» помогла уже 140 получателям услуги достичь положительной динамики физического и психологического самочувствия, овладеть знаниями и навыками по ведению правильного образа жизни: комплексами ЛФК, умением составлять правильное меню, контролировать физические нагрузки, получить знания о необходимых физиопроцедурах, обучиться навыкам самоконтроля. У больных сформировалось позитивное отношение к перспективам выздоровления, они смогли познакомиться с другими диабетиками – поделиться опытом, обсудить способы лечения и найти новых друзей.

Важным направлением системы долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами является проведение специальных занятий для их родственников. Реализуя внутренний проект «Ни минуты покоя» по восстановлению постинсультных больных, Центром создана «Школа родственного ухода». Работает и «Школа реабилитации и ухода» для социальных работников. Одна из главных задач специалистов – обучение родственников навыкам ухода за лежачими больными на дому, помощь в обустройстве их жизненного пространства, применение методов, направленных на



реабилитацию лежачих больных через развитие их внутренних ресурсов. Большое внимание уделяется индивидуальным вопросам, возникающим у родственников при осуществлении ухода. По необходимости специалисты совершают выезды на дом для консультации, в том числе с привлечением психологов, массажистов, тренеров ЛФК.

В Центре работают и другие школы для граждан старшего поколения:

- факультет «Здоровье» Университета «Активное долголетие»;
- «Школа артериального давления»;
- «Учимся жить с сахарным диабетом»;
- курсы компьютерной грамотности.

Для деятельности школ подготовлено методическое обеспечение: программы, списки слушателей, планы проведения занятий, расписание занятий, методические рекомендации.

Кроме того, в Центре работают:

- мини-клуб на дому «До ста лет»;
- программа для пожилых людей в п. Дубинино «Путь к здоровью»;
- программа для пожилых людей в п. Горячегорск «Яркая жизнь».

**Социокультурная реабилитация** людей с ограниченными возможностями здоровья и граждан пожилого возраста организована посредством вовлечения их в клубную деятельность, которая помогает им социализироваться, развить творческие способности, улучшить психологическое самочувствие, обеспечить возможность общения, способствует преодолению ограничений, связанных с недугом. Нельзя допустить, чтобы человек на склоне лет остался в одиночестве, без общения с другими людьми. Это чревато депрессией и психическими расстройствами, а клубы по интересам – хорошее противоядие от этих негативных явлений. В клубе собираются люди, которые обмениваются новостями, разговаривают, занимаются любимым делом. В Центре работают кружки и клубы разной направленности, в том числе на дому (всего 19). Пожилые люди с удовольствием занимаются художественной самодеятельностью в клубе «Рябинушка», приобщаются к разным видам искусства (бисероплетение, оригами, скрапбукинг и др.). Также проводятся экскурсии на природу, например на Святой источник, для маломобильных граждан устраивают настольные игры, разгадывание кроссвордов. В клубе «Ретротерапия» люди обсуждают моменты прошлого, ностальгируют по дням своей молодости. Клубы по интересам позволяют пожилому человеку открыть новую страницу в своей жизни. И очень часто она бывает интересной и увлекательной.

В Центре организовано движение среди социальных работников по формированию позитивного образа жизни у получателей услуг. Мало по-

мочь людям справиться с физическим недугом и немощностью в старости, хочется помочь им позитивно смотреть на мир, вновь обрести интерес к жизни. Социальные работники в работе с подопечными применяют различные практики, такие как гарденотерапия, библиотека на дому, православный киоск, sudoku, виртуальный туризм, домашний помощник, релаксация, дыхательная гимнастика, правильное питание, видеопривет, – всего более 50.

**Культурно-массовая работа** – еще один очень важный аспект деятельности Центра. Проведение Масленицы, праздничные мероприятия, посвященные календарным датам, развлекательные программы играют большую роль в жизни людей преклонного возраста. Благодаря таким мероприятиям пожилые люди сплочаются в единый коллектив, у них появляются общие интересы и друзья. Чувство одиночества отступает, у стариков появляется смысл жизни.

**Оздоровительно-профилактическая работа** с гражданами пожилого возраста – одна из основных задач Центра. С этой целью в Центре действуют три группы здоровья для пожилых людей, две группы восстановления (для постинсультных больных), две группы по скандинавской ходьбе, одна – по йоге. Получатели услуг участвуют в городских соревнованиях (например, по скандинавской ходьбе).

Внедрение новых технологий и методов работы, участие в проектной деятельности влияют на вовлечение пожилых людей в активную социальную жизнь, на сохранение их здоровья и повышение качества социального обслуживания граждан. Специалисты Центра стараются использовать инновационные технологии и внедрять их, например *семейный бригадный метод*, который приносит положительные результаты.

Для оказания социальных услуг на дому в Центре функционируют четыре отделения социального обслуживания населения, одно из них специализированное медицинское. Сотрудники владеют приемами и способами ухода за маломобильными гражданами. На дому гражданам пожилого возраста оказываются социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-правовые услуги. В систему по уходу за престарелыми социальные работники включают элементы *геронтотерапии*, которые помогают скорректировать питание и двигательную активность пожилых граждан в повседневной жизни. В учреждении проводятся опросы с помощью анкет, которые дают информацию о том, насколько получатели услуг удовлетворены переменами в обслуживании и как оценивают их эффективность. В данный момент специалисты Центра отрабатывают возможность оказания социальными работниками услуг сиделок, кото-

рые смогут предоставить полный комплекс услуг по уходу за гражданами, утратившими способность самостоятельно себя обслуживать.

При создании системы долговременного ухода необходимо наладить контроль качества услуг, которые предоставляются в ее рамках. Помимо уже наработанного механизма контроля, специалисты Центра разрабатывают регламенты оказания вновь введенных услуг, например по оказанию помощи больным сахарным диабетом, что помогает осуществлять более качественный контроль.

Таким образом, специалисты Центра сумели:

- овладеть методикой выявления нуждающихся в комплексном медико-социальном обслуживании;
- обеспечить межведомственный подход к решению проблем пожилых людей;
- обеспечить получение гражданами старшего поколения доступных и качественных социальных услуг в соответствии с их нуждаемостью;
- организовать родственный и пассивный уход;
- привлечь к решению этих проблем волонтеров;
- привлечь дополнительное финансирование на развитие комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения за счет сотрудничества с СОНКО и привлечения средств негосударственных структур к оказанию медицинских, социальных и психологических услуг для граждан старшего поколения.

Итогом работы Центра стала сформированная система мер, направленная на укрепление здоровья граждан старшего поколения, повышение продолжительности их жизни и активного долголетия.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА ЗА ГРАЖДАНАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДАМИ В МБУ «КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОТУРАНСКОГО РАЙОНА»**

*С.А. Прохорова, заведующий организационно-методическим отделением муниципального бюджетного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения Краснотуранского района»*

По данным статистики, доля пожилых людей в общей численности населения России увеличивается, достижения медицины в нашей стране таковы, что люди, достигшие возраста 65 лет, живут дольше, долгосроч-

ный уход за людьми пожилого и старческого возраста становится все более актуальной проблемой. Все больше специалистов в области управления здравоохранением сталкиваются с дилеммой о том, как отвечать потребностям людей пожилого и старческого возраста, нуждающихся в длительном уходе. Среди нерешенных вопросов остаются и стоимость долгосрочного ухода, и необходимость планирования.

Как правильно определить понятие «долгосрочный уход»? Границы между первичным, неотложным и долгосрочным уходом являются весьма условными. В случае неотложной помощи лечение проводят врачи и медсестры, а страховые компании контролируют качество оказания. Долгосрочные потребности ухода возникают из-за хронических заболеваний, которые возникают при рождении или в процессе старения организма и приобретения комплекса заболеваний – артрит, диабет, деменция и другие.

Долгосрочный уход концентрируется на том, чтобы помочь людям функционировать как можно лучше. Это требует интенсивного участия не только медицинского персонала, но и членов семьи. Семьи являются равными с государством участниками в предоставлении долгосрочного ухода за престарелым родственником.

Долгосрочный уход, предоставляемый учреждениями социального обслуживания, – это не просто продолжение неотложной помощи, поскольку он продолжается до конца жизни и становится неотъемлемой частью жизни человека, он включает широкий спектр помощи и поддержки основных видов повседневной активности: мытье, одевание, принятие пищи, приготовление еды, уборка, мытье посуды, занятие доступными видами деятельности. Чаще всего такая помощь, практическая или надзорная, оказывается с применением различных средств, в том числе инструментальных. Это и трости, и ходунки-опоры, и различные современные технологии – компьютеризированные «напоминалки» о необходимости принятия лекарств, и установленные пандусы, захваты, дверные ручки, которые просты в использовании.

Система долгосрочного ухода должна обеспечивать нуждающимся людям достойные условия жизни и гарантировать при наличии соответствующих показаний доступность всех форм медицинской и социальной помощи, в том числе на дому, полустационарной и стационарной, с осуществлением при этом постоянного контроля ее объема и качества, а также непрерывность помощи пожилым, преемственность и взаимосвязь всех ее составляющих, включая медицинскую и социальную помощь (диагностика, лечение, реабилитация, медико-психологическая поддержка, уход, социальная активность).

**Целью** долгосрочного ухода в МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Краснотуранского района» (далее – МБУ КЦСОН) является обеспечение потребностей получателей социальных услуг: пожилых, престарелых людей, инвалидов – в долгосрочном уходе в случае утраты ими возможности самостоятельно удовлетворять свои базовые потребности по жизнеобеспечению.

Для достижения этой цели поставлены следующие **задачи**:

- разработка и внедрение системы выявления реальной потребности в уходе, включая органы исполнительной власти и общественные организации;

- создание реестра нуждающихся в помощи на основе общепринятых в мировой практике инструментов оценки (типизации), с применением дополнительных критериев, таких как социальный статус или финансовая обеспеченность нуждающегося;

- определение методов долгосрочного ухода и мест его оказания (маршрутизация) с учетом потребностей нуждающегося и возможности его выбора;

- актуализация нормативно-правовой базы, обеспечивающей взаимодействие организаций, вовлеченных в СДУ (межведомственное взаимодействие);

- дооснащение учреждения необходимыми средствами материально-технического обеспечения и средствами малой реабилитации;

- организация формального ухода, обеспечение условий поддержки и развития неформального (семейного/соседского) ухода, предусматривающих информирование, обучение (школы долгосрочного ухода);

- создание системы информирования о возможностях СДУ, в том числе через интернет-ресурсы, информационные буклеты и программы обучения полезным навыкам лиц, нуждающихся в уходе, и их окружения.

Что уже сделано для решения этих задач?

Во-первых, сотрудник МБУ КЦСОН прошел курс обучения современным навыкам ухода за пожилыми людьми и инвалидами на уровне европейских стандартов в «Школе тренеров по уходу», организованной Благотворительным фондом «Старость в радость».

Во-вторых, была разработана программа «Система долгосрочного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в МБУ КЦСОН Краснотуранского района» (далее – Программа) (приложение 14).

Реализация мероприятий Программы осуществляется за счет средств и оборудования МБУ КЦСОН, а также финансирования мероприятия «Создание службы долгосрочного ухода» подпрограммы «Повышение ка-

чества и доступности социальных услуг населению» муниципальной программы «Система социальной защиты населения Краснотуранского района» на 2019 год и плановый период 2020–2021 годов.

В-третьих, создана «Школа долговременного ухода», для работы которой:

- выделена специально оборудованная тренировочная комната;
- приобретены наглядные и демонстрационные материалы (доска для перемещения, адсорбирующее белье, специальная посуда для кормления малоподвижных больных, опоры для спины, веревочные лестницы для вставания с кровати и пр.);
- разработаны планы тематических занятий и семинаров для социальных работников, планы практико-ориентированных занятий для родственников, волонтеров по обучению базовым практическим приемам долговременного ухода за тяжелобольными.

Курс обучения социальных работников составляет восемь занятий, два практико-ориентированных семинара, два тренинга, направленных на формирование навыков успешной коммуникации и асертивного поведения. Периодичность занятий – два раза в месяц. Курс обучения родственников составляет два-пять занятий в зависимости от конкретного запроса. Консультирование по вопросам долговременного ухода членов семьи получателей социальных услуг, нуждающихся в уходе, осуществляется как очно, так и заочно – в телефонном режиме и по скайпу.



В-четвертых, организовано целенаправленное выявление нуждающихся в долговременном уходе, в том числе посредством мобильных бригад, участковых специалистов, представителей исполнительной власти и общественности на местах, а также работы «социального десанта».

Применяемые формы работы и методы (гибкий график выездов в отдаленные территории, мультидисциплинарные, полифункциональные бригады и т.д.) должны, как нам кажется, обеспечить формальный и неформальный (родственники, соседи) уход за всеми нуждающимися в нем на территории Краснотуранского района.

В-пятых, все активнее осуществляется медико-социальное обслуживание и социальное сопровождение граждан пожилого и старческого возраста в рамках соглашения о сотрудничестве и взаимодействии между КГБУ «Краснотуранская районная больница» и МБУ КЦСОН.

В-шестых, определены основные объекты контроля СДУ в МБУ КЦСОН. Это:

- процесс долговременного ухода;
- результаты долговременного ухода;
- целевое расходование средств, выделяемых на финансирование ухода.

#### **Алгоритм предоставления долговременного ухода**

Учитывая, что отход от традиционных стационарных форм и развитие надомного обслуживания пожилых людей является свидетельством меняющихся приоритетов в этой сфере, цель надомного обслуживания – создание условий, при которых любой человек имел бы возможность дольше оставаться в привычном социальном окружении. Данная форма социального обслуживания очень востребована гражданами пожилого возраста и инвалидами, в том числе лицами, нуждающимися в долговременном уходе. Алгоритм предоставления долговременного ухода в стационарной и, конечно, надомной формах социального обслуживания МБУ КЦСОН можно разделить на несколько этапов:

*первый:* признание гражданина нуждающимся в долговременном уходе;

*второй:* составление индивидуального плана долговременного ухода (ИПДУ);

*третий:* реализация ИПДУ;

*четвертый:* анализ эффективности ИПДУ, при необходимости – корректировка;

*пятый:* результат долговременного ухода.

**На первом этапе** проводится типизация. *Типизация* – это оценка функциональных показателей здоровья, функционального уровня и вариативности в функциональной нагрузке. Инструментами такой оценки могут являться многократно апробированные предлагаемые Всемирной организацией здравоохранения и широко применяемые в разных странах для оценки общей потребности в долговременном уходе тест «Мини-ис-



следование умственного состояния» (MMSE) для измерения когнитивных функций, тест Бартел или шкала IADL для определения степени независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, индекс Нортон или шкала Ватерлоу для определения риска возникновения пролежней, шкала «Оценка двигательной активности» для оценки риска падений и потери независимости клиента от посторонней помощи и т.д.

Другой немаловажной составной частью типизации является оценка социального статуса и финансового состояния человека для определения потенциальной возможности осуществления долговременного ухода в домашних условиях без помещения в стационар.

Типизация в МБУ КЦСОН при помощи методики «Активность повседневной жизни» (Activities of Daily Living) (H. Lehfeld, B. Reisberg, S. Finkel et al.) (далее – методика ADL) или разработанного на ее основе бланка функциональной диагностики (далее – БФД) проводится с целью:

- определения способности к самообслуживанию/зависимости от посторонней помощи;
- определения объема долговременного ухода в зависимости от способности к самообслуживанию и семейного статуса;
- выявления наиболее ослабленных функций человека в повседневной деятельности и составления плана долговременного ухода, направленных на сохранение и поддержание этих функций;
- определения целей долговременного ухода (реабилитация, адаптация к новым условиям, преодоление астении, профилактика развития осложнений, например пролежней, переоборудование жилого помещения и пр.).

Вопросы методик направлены на определение степени зависимости человека от посторонней помощи и позволяют выявить те области самообслуживания, с которыми человек больше не справляется. Преимущества методики ADL, а также БФД заключаются в том, что они могут проводиться дома, в обычных условиях, выполняться специалистом по социальной работе или обученным социальным работником (медицинское образование не обязательно).

Вышеназванные инструменты диагностики позволяют оценить ключевые навыки ухода за собой, без которых качество жизни нельзя признать удовлетворительным, и проблемы, которые испытывает человек, начиная, выполняя и заканчивая какую-либо деятельность:

- способность самостоятельно передвигаться по квартире, в том числе с помощью вспомогательных приспособлений (трость, ходунки);
- способность самостоятельно выполнять ежедневные гигиенические процедуры;

- способность самостоятельно готовить (полный цикл приготовления горячих блюд) и принимать пищу;
- способность самостоятельно менять себе адсорбирующее белье;
- способность самостоятельно принимать лекарства, включая подготовку порций лекарств;
- способность выходить из дома на прогулку, делать покупки, приносить их домой, а также эффективно выполнять иные действия вне дома (почта, банк, поликлиника);
- способность убирать квартиру, включая физически сложные элементы уборки;
- способность стирать (пользоваться стиральной машиной), включая закладывание и вынимание белья, развешивание и глажку;
- способность читать, заполнять бланки, слышать сигналы.

Примерное распределение по функциональным группам, объединенным на основании зависимости от посторонней помощи, представлено в таблице 14.

Таблица 14

Группа функционирования	1	2	3	4	5	6
Количество баллов по БФД	0–3	3,25–4,5	4,75–6	6,25–10,75	11–15,75	16–25
Снижение способности к самообслуживанию	Отсутствует	Легкое	Умеренное	Сильное	Очень сильное	Тотальное

Таким образом, проведение типизации позволяет:

**для надомного социального обслуживания:**

- оценить объем услуг по уходу;
- составить ИПДУ;
- дать рекомендации по созданию безопасной среды дома;

**для стационарного социального обслуживания:**

- оценить объем социально-медицинской и социальной помощи;
- составить ИПДУ;
- создать соответствующую состоянию человека терапевтическую среду.

По результатам выявленных типизацией потребностей проводится маршрутизация. *Маршрутизация* – это определение методов ухода и мест его оказания (например, помещение нуждающегося в долговременном уходе человека в стационарное учреждение, организация социального обслу-

живания на дому, в том числе с привлечением службы сиделок, помещение в приемную семью, на паллиативную койку в медицинскую организацию, организация поддержки неформального семейного ухода и т.д.).

**Второй этап** – этап составления ИПДУ. *План ухода* – это руководство по уходу за получателем социальных услуг, представляющее собой подробный перечень специальных действий, где отражены проблемы, поставлены цели (краткосрочные, долгосрочные) и намечены, с учетом ресурсов человека, пути по их достижению. При составлении ИПДУ необходимо учитывать существующие стандарты сестринской практики, а также индивидуальные особенности и потребности человека.

При планировании процесса ухода необходимо понять:

1. Что человек может делать самостоятельно?
2. Каковы его ресурсы? Каковы дефициты?
3. Какой объем помощи необходимо предоставить?
4. Какие риски (падения, аспирации, пролежни и пр.) существуют?
5. Что именно делать?
6. Как делать?
7. Кто, когда, как часто?
8. Каковы цели ухода?

Именно по комплексу этих показателей ведется наблюдение, разрабатываются мероприятия ИПДУ, осуществляется их регулярный контроль. И что чрезвычайно важно – сам больной человек и его родственники принимают активное участие в определении целей и форм ухода, а также в планировании конкретных мероприятий.

### **Рекомендации по составлению ИПДУ**

**Рекомендация 1.** Этап составления ИПДУ лучше начинать со сбора информации. Основным источником субъективной и объективной информации – это сам человек, его биография (приложение 15). В тех случаях, когда он не может быть источником информации (например, страдает деменцией), источником данных могут быть его родственники, люди, осуществляющие уход: социальные работники, медицинские сестры и т.д.

Информация должна быть полной и однозначной. Сбор неполной, неоднозначной, противоречивой информации ведет к некорректной оценке потребностей и, как следствие, неэффективному уходу. На основании данных, полученных из основных источников, можно будет судить об эмоциональном настрое, состоянии здоровья, факторах риска, особенностях заболевания. В дальнейшем вся собранная информация послужит основой для составления ИПДУ.

Для того чтобы сделать анализ информации о человеке конструктивным и целенаправленным, необходимо:

- выяснить сильные и слабые стороны человека, способствующие предупреждению или развитию его проблем;
- понять, будут ли со временем возможности человека расширяться или становиться все более ограниченными;
- быть экологичным, то есть учитывать только те проблемы, которые входят в компетенцию ухода.

**Рекомендация 2.** Определить цели (краткосрочные и долгосрочные), спрогнозировать ожидаемые результаты (должны быть измеримыми), подобрать команду работников, осуществляющих уход.

**Цель** – ожидаемый положительный результат по решению конкретной проблемы человека. Любое действие по уходу нацелено на результат, поэтому определение целей необходимо для выбора направления ухода в каждом конкретном случае и для оценки эффективности действий работников. При создании индивидуального плана ухода нужно учитывать два вида целей: краткосрочные и долгосрочные:

*краткосрочные* рассчитаны на короткий период времени и должны быть направлены на решение острых проблем, таких как педикулез, истощение и т.д.;

*долгосрочные* рассчитаны на длительный промежуток времени. Эти цели обычно направлены на реабилитацию и предотвращение обострений состояния.

**Команда работников, осуществляющих уход**, – это люди, которые вовлечены в процесс ухода согласно ИПДУ. Долговременный уход может осуществлять как один работник, например социальный работник, так и несколько. В последнем случае в команду работников, осуществляющих уход, включаются инструкторы по трудовой терапии, лечебной и адаптивной физкультуре, психологи, специалисты по реабилитации инвалидов и др.

Приведем пример, как на деле используется полученная информация для ИПДУ, который, согласно модели М. Кровинкель (AEDL), состоит из 13 пунктов. Прежде всего выясняем, какие виды активности человека нарушены, где он требует поддержки, а где вполне может обходиться сам. Затем выделяем проблемы и ресурсы. Например, получатель социальных услуг И.И. с парализованной после инсульта левой половиной тела требует поддержки практически по всем видам активности. Выберем одну из них, например самую очевидную, – способность двигаться. Самостоятельно двигаться человек не может, не может встать, ходить, сидеть может только с поддержкой. Это – проблема. Ресурс: человек свободно двигает правой

рукой и ногой, может стоять на правой ноге с поддержкой, понимает обращенную к нему речь и может следовать указаниям. Далее определяются мероприятия:

- помощь при мобилизации, пересаживание с кровати на инвалидное кресло, с кресла на унитаз и обратно;
- использование вспомогательных средств (в данном случае инвалидное кресло);
- возможно, лечебная гимнастика.

Такое планирование осуществляется по всем 13 пунктам. Например, в раздел «Мероприятия» пункта «Возможность есть и пить» внесем запись: «И.И. необходимо измельчать еду на кусочки, чтобы он мог есть, пользуясь только правой рукой». Структура ИПДУ и пример его заполнения представлены в приложении 16.

**Третий этап:** реализация ИПДУ. Когда план ухода составлен, поставлены цели, определены мероприятия, подобрана команда, можно осуществлять уход, фиксируя выполняемые действия, достижения, отклонения от предполагаемых результатов. Выполнение плана ухода включает:

- оказание помощи, физической, социальной, социально-педагогической, социально-психологической. В домашних условиях – создание безопасной и психотерапевтической среды, в стационарных условиях – терапевтической;
- гибкое управление деятельностью больного человека по самостоятельному уходу за собой;
- обучение человека (насколько возможно) и членов его семьи практическим навыкам долговременного ухода;
- фиксирование и обмен важной для ухода информацией.

Промежуточная оценка эффективности ухода и коррекция ИПДУ осуществляются на **четвертом этапе**.

**Цель:**

- оценка реакции получателя социальных услуг на долговременный уход;
- оценка полученных результатов и подведение промежуточных итогов;
- анализ качества оказанной помощи;
- коррекция ИПДУ с учетом полученных данных (цели достигнуты – ставят новые, если нет – вносят коррективы).

Для объективной оценки степени успешности ухода необходимо:

- сопоставить, уточнить поставленную цель и ожидаемый результат в поведении или реакции человека на заболевание или его состояние;

- оценить наличие у больного человека желаемой реакции или поведения;
- сравнить критерии оценки с имеющейся реакцией или поведением;
- определить степень согласованности между целями и реакцией больного человека.

Критериями оценки могут быть данные объективного исследования, информация, полученная от помощников по уходу или родственников, слова или поведение самого человека. Например, при выявлении уровня боли – поведение, пульс, положение в постели и т.д.

На **пятом этапе** проводится оценка результата долговременного ухода. **Непосредственный результат** – это выполнение мероприятий ИПДУ. **Конечный социально значимый результат** – это:

- нормализация физического и психологического состояния и построение отношений с отдельными людьми, группами, социальными институтами;
- возможность самостоятельного социального функционирования в окружающей среде с учетом функциональных ограничений;
- умение поддерживать и развивать социально значимые контакты.

Завершающий этап заключается в комплексной оценке достигнутых результатов с применением методов опроса и наблюдений или получения обратной связи от медицинских работников, родственников и т.д.

Составление ИПДУ – это мыслительный процесс, требующий умения думать, рассуждать, анализировать, сопоставлять, объединять, формулировать и фиксировать собранные сведения. Только тогда в нем, как нам кажется, будут отражены динамика самочувствия человека, цели и объем предполагаемой помощи, предусмотрены все виды вмешательств (реминисцентная интегративная терапия, валидационная терапия, терапия, ориентированная на реальность и т.д.).

Таким образом, можно предположить, что созданная в МБУ КЦСОН Краснотуранского района модель долговременного ухода ориентирована прежде всего на приоритеты получателя социальных услуг, его возможности, реальные и скрытые ресурсы, как индивидуальные, так и со стороны социальных систем.

При помощи рассмотренных выше инструментов (БФУ, АДЛ, AEDL) осмысляются возможные клинические и социальные дефициты, проблемы дисфункции человека и их влияние на социальное функционирование получателя социальных услуг.

Предложенный алгоритм предоставления долговременного ухода позволяет составить эффективный ИПДУ, поскольку органично учитывает и сочетает в себе индивидуальные возможности, потребности и ресурсы индивида, ресурсы учреждения социального обслуживания населения и окружающих социальных систем.

Таким образом, организация долговременного ухода – это, конечно же, поэтапный, системный, многоуровневый междисциплинарный процесс, требующий дальнейшей разработки методического инструментария для оценки необходимости, объема и качества предоставляемых услуг по долговременному уходу, а также повышения компетенций в вопросах геронтологии и гериатрии всех субъектов СДУ. Для ее развития необходимо дальнейшее сбалансированное сочетание технологий обеспечения и активизации и самопомощи населения в сфере социального обслуживания, а также обеспечение тесного взаимодействия, командной работы с медицинскими службами.

И хотя в целом СДУ находится еще на начальном этапе формирования, в МБУ КЦСОН Краснотуранского района первые шаги по ее внедрению уже сделаны.

## **КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ГРАЖДАН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ, НА БАЗЕ ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ**

*Г.В. Хинчагов, специалист по комплексной реабилитации муниципального бюджетного учреждения «Центр социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов Железнодорожного района города Красноярска»*

Некоторые категории граждан нуждаются в комплексном индивидуальном подходе к реабилитации. К таким категориям граждан, несомненно, относятся перенесшие инсульт, особенно находящиеся на позднем восстановительном этапе. В связи с этим было принято решение о разработке и реализации программы диагностики и реабилитации граждан, перенесших инсульт.

Инсульт – одно из наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. Около 400 тыс. случаев инсульта каждый год регистрируется в России и около 12 тыс. случаев – в Красноярске. Из них только 10–13 % восстанавливаются в полном объеме, в большинстве же случаев человек становится инвалидом, утрачивает способность к самообслуживанию и нуждается в постоянной помощи. Поражения мозга при инсульте приводят к очень тяжелым нарушениям речи и понимания, памяти и восприятия, движения и действия, счета и конструктивной деятельности. Люди теря-

ют возможность полноценного общения с окружающими их людьми. Это осложняет личную жизнь человека, препятствует возвращению к профессиональной деятельности, хобби и ведению привычного образа жизни. Реабилитация, помощь в восстановлении способностей и статуса является одной из сложных, но необходимых задач, которая не ограничивается медицинской помощью в раннем периоде. Не менее важна комплексная реабилитация на поздних этапах, которую возможно проводить на базе социальных учреждений.

Практическая значимость данной методической разработки заключается в том, что ее внедрение и реализация возможны на базе полустационарных отделений учреждений социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов с имеющимися специалистами и оборудованием. Особенность программы в том, что реабилитация постинсультных больных не ограничивается ранним периодом, а реализуется и на более поздних периодах после инсульта, а комплексность и многопрофильность позволяют получить наилучшие по эффективности результаты.

**Целью программы** является выявление, оценка и максимально возможное восстановление утраченных и нарушенных функций граждан, перенесших инсульт, с помощью реализации программы диагностики и реабилитации на базе социально-реабилитационного отделения.

### **Задачи:**

- оценить возможности учреждения (материальная база, кадровое обеспечение) для организации реабилитационных мероприятий гражданам, перенесшим инсульт;
- выявить нуждающихся в реабилитационных услугах;
- провести социально-психологическую диагностику участков программы;
- составить индивидуальный маршрут реабилитации и провести реабилитационные мероприятия с учетом имеющихся нарушений;
- составить рекомендации и комплекс упражнений для самостоятельного проведения либо выполнения с помощью родственников или социальных работников;
- провести комплексные реабилитационные мероприятия;
- оценить эффективность программы, провести коррекцию программы по итогам оценки.

**Целевой группой** являются граждане, перенесшие инсульт, находящиеся на позднем восстановительном этапе.

**Критериями** включения граждан являются наличие одного или нескольких нарушений:

– повреждение, дефект – среди повреждений, наступающих после инсульта, можно выделить двигательные, когнитивные, речевые, эмоционально-волевые, зрительные, чувствительные и иные нарушения;

– нарушение способности – выражается в нарушении ходьбы, самообслуживания, активности в повседневной жизни или более сложных бытовых навыков;

– нарушение социального функционирования – выражается в ограничении осуществления той социальной роли, которая до болезни была нормой для гражданина, перенесшего инсульт (в соответствии с его возрастом, полом, образованием, социальным положением, профессией, культурным уровнем), и включает ограничение социальной роли в семье и обществе, социальных контактов или возможности трудиться.

### *Организация процесса диагностики*

Процесс диагностики включает в себя социально-психологические и социально-педагогические услуги.

Социально-психологическая услуга – психодиагностика и обследование личности получателей социальных услуг в целях выявления и анализа психического состояния и индивидуальных особенностей личности, влияющих на отклонения в их поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, для составления прогноза и разработки рекомендаций по психологической коррекции этих отклонений.

Социально-педагогическая услуга включает в себя выявление педагогических проблем, разъяснение получателю социальных услуг сути проблем и определение возможных путей их решения, определение реакции получателя социальных услуг на имеющиеся проблемы и уровня мотивации к их преодолению, разработка рекомендаций.

Основными методами нейропсихологического обследования являются тесты, направленные на исследование памяти, внимания, мышления, восприятия, праксиса, счета, письма, чтения, речи, эмоционально-волевой сферы. Специалист, проводящий исследование, предъявляет получателю социальных услуг устную инструкцию к каждой методике.

При нарушениях высших психических функций задачи, решаемые в рамках и по результатам нейропсихологического обследования, можно сгруппировать следующим образом:

– диагностика локализации патологического процесса или неправильного развития структур головного мозга;

– дифференциальная диагностика некоторых заболеваний центральной нервной системы;

– описание клинической картины и определение степени нарушений психических функций;

– определение конкретных причин и предупреждение различных типов аномального психического функционирования;

– оценка состояния психических функций в динамике;

– оценка эффективности терапевтического и коррекционного воздействия;

– разработка стратегии восстановительных и коррекционных мероприятий.

Нейропсихологическое обследование позволяет установить степень нарушения когнитивных функций и то, как это приводит к нарушению повседневной активности, а также выявить вероятные причины наступивших изменений, оценивая следующие факторы:

– ориентацию в окружающем;

– критичность к своему состоянию;

– кинетический (динамический) и конструктивный праксис;

– зрительный, предметный, оптико-пространственный, лицевой, цветовой, акустический гнозис;

– речь и ее виды, понимание обращенной речи;

– повторение слов и фраз;

– чтение, письмо, счет;

– мышление и его особенности;

– память и ее виды.

Для диагностики степени нарушений эмоционально-волевого уровня психологического компонента используется шкала тревоги Спилберга для оценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека), а также шкала депрессии Бека – для выявления симптомов и степени выраженности депрессии.

Для скрининговой диагностики психического статуса используется краткая шкала оценки психического состояния (MMSE) и Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA).

Для определения активности в повседневной жизни используется шкала Бартел. Максимальная сумма баллов, соответствующая полной независимости в повседневной жизни, равна 100. Шкалой удобно пользоваться



как для определения изначального уровня активности человека, так и для проведения мониторинга с целью определения эффективности ухода.

Для определения потребности человека в уходе и для наблюдения за изменением его способности к самообслуживанию используют градацию нуждаемости в уходе:

– первая степень (потребность значительна) – необходимы гигиенический уход, помощь при приеме пищи или передвижении. Пациенты нуждаются как минимум в двух услугах однократно в течение дня и неоднократно в течение недели – в помощи по хозяйству. Время, затрачиваемое на такую помощь, как минимум 90 минут в день;

– вторая степень (потребность весьма значительна) – необходимы гигиенический уход, помощь при приеме пищи или передвижении. Пациенты нуждаются как минимум в помощи трижды в день в разное время дня и дополнительно неоднократно в течение недели – в помощи по хозяйству. Время, затрачиваемое на такую помощь, как минимум три часа в день;

– третья степень (уход крайне необходим) – пациентам постоянно необходима помощь при гигиенических процедурах, приеме пищи, передвижении, а также неоднократно в течение недели – помощь по хозяйству. Время, затрачиваемое на такую помощь, как минимум пять часов в день.

### ***Организация процесса реабилитации***

Восстановление функции объясняется пластичностью центральной нервной системы, а в основе пластичности лежит полифункциональность различных ее отделов. Восстановление нарушенных в результате инсульта функций связано в первую очередь с реорганизацией функциональных систем, а также со следующими факторами: ликвидация отека мозга, улучшение кровообращения в областях, пограничных с очагом поражения, ротормаживание функционально недеятельных («выключенных»), но морфологически сохраненных нейронов (снятие диашиза).

Уже на первых этапах можно выделить предикторы (прогностические факторы) восстановления после инсульта. К числу неблагоприятных прогностических факторов относятся:

- локализация очага поражения в функционально значимых зонах;
- большие размеры очага;
- пожилой и старческий возраст (для восстановления речи и сложных двигательных навыков);
- инициальная тяжесть дефектов;
- для восстановления движений: низкий или очень высокий тонус в паретичных конечностях; нарушение мышечно-суставного чувства;

– сопутствующие когнитивные и эмоционально-волевые расстройства.

Такие факторы, как раннее спонтанное восстановление функций, раннее начало реабилитационных мероприятий, их адекватность, сохранность интеллекта и активность больного, относятся к благоприятным прогностическим факторам.

К основным ***принципам*** реабилитации относятся:

- раннее начало;
- систематичность и длительность, что может быть обеспечено только хорошо организованной поэтапной системой реабилитации;
- комплексность и адекватность;
- активное участие в реабилитации самого больного, его близких и родных.

Особенностью программы является ее комплексность, она охватывает три аспекта социальной работы: социально-медицинскую деятельность (медицинский массаж, АФК, санитарно-просветительная работа); социально-психологическую работу (нейропсихологическая диагностика и обследование, психологические занятия, тренинги) и непосредственно социальный аспект (восстановление доступных трудовых навыков; обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах; обучение граждан уходу за тяжелобольными родственниками).

В состав рабочей группы по реализации программы включены:

- заведующий социально-реабилитационным отделением;
- специалист по реабилитационной работе (специализация – клиническая психология);
- медицинские сестры по массажу;
- врач;
- инструктор по трудовой терапии;
- инструктор по адаптивной физической культуре;
- психолог;
- социальные работники;
- специалист по социальной работе.

Для реализации программы реабилитации в учреждении имеется материально-техническая база: помещения и оборудование, в том числе специализированный тренажерный зал «Бодрячок», где проводятся занятия по адаптивной физической культуре. Своевременное начало занятий лечебными упражнениями позволяет предотвратить развитие тугоподвижности (контрактур) в суставах и ускорить восстановление силы мышц.

Для граждан, перенесших инсульт, обычно применяются упражнения нескольких видов. Используются:

– общетонизирующие и дыхательные упражнения (способствующие улучшению общего состояния организма);

- упражнения для улучшения координации и равновесия;
- упражнения для восстановления силы парализованных мышц;
- упражнения и специальные приемы для уменьшения спастичности.

Здесь также выполняются специфические восстановительные упражнения с использованием различных средств, таких как тренажеры и аппараты, в том числе специализированные.

✓ THERA-Vital – специализированный тренажер с биологически обратной связью для функциональной активно-пассивной реабилитации верхних и нижних конечностей. Благодаря биологически обратной связи по ходу выполнения упражнений контролируются время тренировки, нагрузка, пульс, скорость педалей и расход калорий. Как показывают исследования специалистов, применение данного метода способствует увеличению силы мышц и улучшению кровообращения в конечностях, уменьшению спастических явлений, уменьшению мышечного гипертонуса, сопутствующего гемипарезам. Таким образом, данный метод является методом общего воздействия на организм получателя социальных услуг с гемипарезами различной этиологии.



✓ Стол для механотерапии – это столешница, оборудованная специальными тренажерами, которые направлены на разработку и укрепление мышц верхних конечностей и развитие мелкой моторики с помощью специальных упражнений. Особенностью стола является то, что одновременно им могут пользоваться два-три человека.

В стол встроены следующие тренажеры:

- «Штурвал» – для тренировки мышц пронаторов и супинаторов лучезапястного сустава;
- винты для упражнений на вкручивание;
- для кистей (представляет собой валики для сгибания-разгибания);
- для развития и координации движения верхних конечностей;

– эспандер в виде резиновых мячей различной плотности и размеров.

✓ Портативный тренажер для развития силы и подвижности пальцев рук, тренировки движений сгибания-разгибания пальцев рук.

✓ Комплекс биологически обратной связи (БОС) – тренинг опорно-двигатель-



ного аппарата и мышечной активности на основе регистрации и анализа электромиограммы. БОС – это передача человеку с помощью технических средств информации о том, как функционируют его органы и системы органов, и предоставление возможности самостоятельно регулировать их работу, подключая к процессу реабилитации механизмы сознания, обучения и памяти.

Также для реализации социально-медицинского аспекта учреждение имеет медицинскую лицензию на проведение медицинского массажа. Он проводится при наличии рекомендаций от лечащего врача.

Регулярно проводится санитарно-просветительная работа по профилактике и немедикаментозным методам лечения заболеваний, являющихся причиной инсульта, совместно с отделением профилактики КГБУЗ «Красноярская городская поликлиника № 7».

Для оценки сохранных и нарушенных функций была разработана программа диагностики граждан, перенесших инсульт, которая включает в себя:

- нейропсихологическое обследование, позволяющее установить степень нарушения памяти, внимания, мышления, пространственных представлений, чувствительной, двигательной, координаторной, речевой и познавательной сфер;
- диагностику степени нарушений эмоционально-волевого уровня психологического компонента, которая позволяет оценить уровень тревожности и выявить симптомы и степень депрессии;
- шкалу оценки активности повседневной жизни для определения потребности получателя социальных услуг в необходимости постороннего ухода.

Также проводятся занятия и тренинги у психолога для восстановления когнитивных функций, эмоционально-волевой сферы.

В рамках социально-бытовой реабилитации проводятся следующие мероприятия:

- трудотерапия позволяет восстанавливать и развивать мелкую моторику, различные виды восприятия, творческое мышление и способствует повышению эмоционально-мотивационного фона;
- занятия по обучению навыкам самообслуживания и безопасности жизнедеятельности;
- работа с родственниками и социальными работниками в рамках деятельности «Школы ухода», осуществляемой на базе отделения срочного социального обслуживания. Для социальных работников регулярно проводятся просветительские и обучающие лекции по профилактике инсульта

и способам домашней реабилитации. Деятельность «Школы ухода» связана с обучением родственников тяжелобольных пациентов и социальных работников, обслуживающих таких граждан, навыкам ухода за лежачими и маломобильными больными.

### *«Школа ухода»*

В рамках занятий в «Школе ухода» члены семьи могут обучиться некоторым несложным упражнениям для того, чтобы помогать перенесшему инсульт ежедневно выполнять их дома. Перед человеком, перенесшим тяжелое заболевание, встает вопрос, как вернуться домой, появиться на улице, приняться за работу, возвратиться ко всему, что он раньше так любил. Однако восстановление его возможностей начинается с самых простых навыков – таких как одевание и раздевание, прием пищи, осуществление гигиенических процедур. Помощь членов семьи может существенно ускорить восстановление навыков самообслуживания человека.

При уходе за больным с двигательными расстройствами родственникам часто приходится перемещать его или помогать перемещаться самому в постели или за ее пределами. Наряду с лечебными упражнениями используют «укладки», или «лечение положением», при котором больного специальным образом укладывают в постели так, чтобы создать наилучшие условия для восстановления функций его руки и ноги. Существуют некоторые приемы, облегчающие ухаживающим людям этот труд. Так, в рамках «Школы ухода» возможно обучение способам перемещения больного, осуществляемым как самим помощником, так и маневрам, выполняемым помощником и больным совместно.

Повреждение головного мозга в результате инсульта часто приводит к нарушениям памяти. При негрубых расстройствах памяти улучшить ее помогают специальные упражнения по тренировке памяти. Сложность и продолжительность таких упражнений необходимо дозировать, постепенно увеличивая трудность заданий. Человека с тяжелым нарушением памяти важно научить максимально использовать ее сохранившиеся возможности в повседневной жизни. Внимание, другая высшая психическая функция – это способность человека постигать множество сторон оказываемых на него влияний в любой из моментов времени. У людей с инсультом внимание нарушается тем сильнее, чем более выражено повреждение головного мозга. Наши специалисты и близкие люди могут помочь таким людям улучшить внимание, выполняя с ним несложные упражнения. Сложность упражнений и их темп увеличивают по мере улучшения состояния больного. После перенесенного инсульта или черепно-мозговой травмы нередко

нарушается способность больного сравнивать различные объекты, находить между ними сходство и различия, выделять наиболее существенные признаки явлений, отвлекаться от прямого смысла и понимать переносный смысл слов. Нарушения такого рода могут существенно нарушать возможность выполнения больным ранее привычных ему повседневных дел. Вместе с родственниками и рекомендациями психолога мы помогаем адаптироваться в повседневной жизни.

Не менее важна и психологическая поддержка родственников. Родственники людей, перенесших инсульт, нередко находятся в состоянии постоянного психического перенапряжения. Такое перенапряжение может быть вызвано как физическими перегрузками и недосыпанием, так и переживаниями по поводу судьбы близкого человека, с новыми заботами и нарушениями прежних жизненных планов, с изменением привычного образа жизни, отдалением прежних друзей, финансовыми трудностями. Родственники часто боятся возможного ухудшения состояния близкого им человека или же его смерти, что приводит к их чрезмерной опеке над ним. Тяжелое влияние на окружающих нередко оказывают вызываемые болезнью изменения характера или настроения больного, проявляющиеся в повышенной раздражительности или несдержанности, апатии или угнетенности, интеллектуальном снижении или поведенческой расторможенности. Иногда родные начинают винить себя в невольной причастности к случившемуся или в том, что были так невнимательны к пострадавшему до болезни. Родственники могут испытывать угрызения совести и по поводу того, что они тяготятся вновь появившимися заботами и хотят вернуться к своей прежней жизни.

Психическое перенапряжение родственников отрицательно сказывается и на их собственном здоровье, и на судьбе самого больного. Человеку важно помочь осознать и принять свое положение, предоставив ему объективную информацию о заболевании, его последствиях и перспективах восстановления нарушенных функций. Эти знания позволяют лучше решить вопрос, как приспособиться к болезни. Важно напомнить, что он остается таким же единственным и неповторимым человеком, каким был до болезни, хотя некоторые части тела и перестали его слушаться столь же хорошо, как и раньше. Но все то, что составляло его Я, он сохранил: личность, вкусы, симпатии и антипатии, надежды и тревоги, чувство юмора. Осознать новую ситуацию и принять себя в ней – это значит сделать первый шаг на пути к восстановлению своих возможностей.

Эффективность программы оценивается по степени реализации индивидуальных маршрутов реабилитации, соотношению показателей первичной и заключительной диагностики, а также по степени удовлетворенности получателей услуг.

## ОБЗОР ТЕХНОЛОГИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ В КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ

Долговременный уход включает широкий спектр помощи, в которой нуждаются граждане, частично или полностью утратившие способность к самообслуживанию в силу возраста, заболевания или травмы. На сегодняшний день во многих территориальных образованиях Красноярского края действуют отдельные успешные технологии и практики как элементы целостной региональной СДУ. До марта 2022 года региональная модель СДУ должна быть создана на всей территории края.

### *Создание в учреждении социального обслуживания населения «Школы родственного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами»*

Школа родственного ухода (далее – Школа) – это актуальная технология, суть которой заключается в обучении родственников и специалистов осуществлению ухода за маломобильными гражданами на дому, в том числе с использованием технических средств реабилитации.

#### **Цели:**

- повышение качества жизни граждан, утративших полностью или частично способность к самообслуживанию;
- помощь в социальной адаптации обозначенной категории граждан с учетом их возрастных и физиологических особенностей в привычной домашней обстановке, в окружении родственников и близких людей;
- снижение риска развития осложнений;
- создание благоприятной психологической обстановки в семье, снижение уровня нервно-психической напряженности;
- социально-психологическая поддержка и стимулирование собственной активности граждан пожилого возраста и инвалидов.

#### **Целевая аудитория:**

- родственники, которые осуществляют уход за маломобильными гражданами;
- граждане пожилого возраста и инвалиды, которые хотят максимально сохранить способность к самообслуживанию;
- специалисты учреждений социального обслуживания;
- медицинский персонал учреждений социального обслуживания;
- волонтеры;
- представители СОНКО.

**Формы работы Школы:** лекционные, семинарские и практические занятия, а также групповые и индивидуальные консультации.

К проведению занятий в Школе привлекаются высококвалифицированные специалисты сферы здравоохранения, образования и учреждений социального обслуживания.

Обучение включает изучение теоретических основ и практическое освоение навыков ухода за маломобильными гражданами, испытывающими трудности самообслуживания.

Обязательные обучающие модули Школы:

- основы геронтологии и гериатрии;
- психологические особенности пожилого возраста;
- общение с гражданами пожилого возраста;
- социально-медицинские проблемы граждан пожилого возраста;
- основы рационального питания граждан пожилого возраста;
- гимнастика;
- основные болезни, их профилактика (гипертония, криз, сахарный диабет, бронхиальная астма, инфаркт, стенокардия, кровотечение и т.д.);
- методы контроля за изменениями состояния здоровья граждан пожилого возраста;
- принципы общего ухода;
- основы реабилитации при различных функциональных нарушениях;
- профилактика стрессов;
- простейшие медицинские манипуляции в домашних условиях;
- оказание первой доврачебной помощи.

**Периодичность занятий** устанавливается по договоренности с группой или в индивидуальном порядке.

Для того чтобы стать участником Школы, желающим необходимо подать заявление на имя директора учреждения, организующего обучение. На занятиях Школы родственники и специалисты получают знания и умения, которые позволяют облегчить жизнь маломобильным гражданам и создать условия максимально полноценной жизни.

Для эффективного функционирования Школы необходимо обеспечение методическими материалами и наглядными пособиями. Участие в обучении добровольное. Формирование группы ведется с учетом индивидуальных особенностей и возможностей обучающихся. План обучения, режим и расписание занятий утверждаются директором учреждения, в котором организована Школа. Индивидуальная форма занятий предполагает выборочные направления из тематического плана.

Практический опыт учреждений социального обслуживания населения Красноярского края по организации школ родственного ухода представлен в настоящих рекомендациях<sup>45</sup>.

### **Организация работы мобильных бригад**

Технология предназначена для комплексного социального обслуживания граждан, признанных нуждающимися в социальном обслуживании и проживающих в отдаленных от районных центров населенных пунктах.

**Задача мобильной бригады** – максимально приблизить жизненно необходимые социальные услуги к месту проживания одиноких или одиноко проживающих пожилых граждан и инвалидов, в том числе:

- экстренное реагирование и оказание в кратчайшие сроки социальных услуг гражданам, остро нуждающимся в них в силу преклонного возраста, состояния здоровья, конкретной жизненной ситуации;
- оказание консультативной и практической помощи родственникам и другим лицам, осуществляющим уход за гражданами пожилого возраста на дому;
- выявление граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в социально-бытовом и социально-медицинском обслуживании на дому, в стационарном обслуживании и других формах социального обслуживания.

#### **Целевая аудитория:**

- граждане пожилого возраста и инвалиды;
- родственники, которые осуществляют уход за маломобильными гражданами;
- специалисты учреждений социального обслуживания.

Состав специалистов мобильной бригады формируется в зависимости от потребностей целевой аудитории. Это могут быть специалисты по социальной работе, социальные работники, юрисконсульты, психологи, специалисты управления социальной защиты населения. В случае необходимости к работе мобильной бригады привлекаются специалисты учреждений здравоохранения, Пенсионного фонда, Фонда социального страхования и иных организаций в рамках межведомственного взаимодействия.

Группа специалистов мобильной бригады, созданной на базе учреждения социального обслуживания, оказывает социальную, психологическую,

<sup>45</sup> Опыт организации работы школ общего ухода за маломобильными, немобильными пожилыми гражданами и инвалидами: сб. метод. материалов / сост.: Е.В. Суворова, Е.В. Теленкова. – Красноярск, 2019. – 62с. URL: <http://files.rmc24.ru/region/pdf/school2.pdf>.

юридическую, информационно-консультативную помощь и иные социальные услуги. Специалист, ответственный за организацию работы бригады, регистрирует заявки на выезд в журнале регистрации, указывает адрес, контактный телефон, желаемую дату выезда, ориентировочное количество граждан, нуждающихся в услугах. На основании этой информации формируется состав специалистов бригады.

Реализация данной технологии позволяет обеспечить:

- доступность и адресность предоставления социальных услуг;
- максимальную приближенность социального обслуживания к месту жительства получателей социальных услуг;
- комплексное предоставление социальных услуг в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2015 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;
- осуществление социального сопровождения получателей социальных услуг, исходя из индивидуальных потребностей.

С технологией, успешно реализуемой в крае, можно ознакомиться на сайтах учреждений социального обслуживания городов Дивногорска, Канска, Норильска, районов Березовского, Бирилюсского, Ермаковского, Краснотуранского, Назаровского и др.

### **Дневная занятость граждан пожилого возраста и инвалидов в рамках СДУ**

Комплексный подход в решении вопросов организации СДУ основан не только на сочетании мероприятий по уходу за пожилыми людьми и инвалидами, но также включает в себя мероприятия, направленные на поддержание ими возможного уровня социальной активности вне дома.

Задачи предоставления социальных услуг в целях проведения оздоровительных, профилактических, реабилитационных, досуговых мероприятий, а также организации питания и отдыха, привлечения к активной трудовой деятельности и поддержания активного образа жизни граждан пожилого возраста и инвалидов, признанных нуждающимися в социальном обслуживании, решают отделения дневного пребывания учреждений социального обслуживания населения.

На территории Красноярского края на сегодняшний день используются различные формы дневной занятости граждан пожилого возраста и инвалидов (клубы по интересам, занятия в тренажерных залах, компьютерные классы, группы психологической разгрузки и др.) практически в каждом муниципальном учреждении социального обслуживания.

Так, на базе МБУ «КЦСОН Краснотуранского района» существует «Школа психологической устойчивости для пожилых», целью которой является повышение их психологической устойчивости, выработка уверенности в собственных силах, коррекция межличностного и социального взаимодействия.

На базе МБУ «КЦСОН г. Канска» применяется практика – «Школа безопасности», где специалисты актуализируют знания по правилам безопасности в быту и на улице, учат пожилых людей правилам распознавания мошенников, а также выявления некачественной продукции.

Основная идея реализации подобных практик состоит в том, чтобы обеспечить привлечение подопечных к активному социальному взаимодействию, не прибегая к помещению их в стационары. Разнообразие форм дневной занятости позволяет задействовать в деятельности как можно больше получателей социальных услуг, что в свою очередь исключает возможность изоляции участников и положительно влияет на поддержание ими социальных связей.

### ***Обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации***

На основании Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 181-ФЗ) и в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 07.04.2008 № 240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями» инвалидам гарантируется проведение реабилитационных мероприятий, получение ТСР и услуг, предусмотренных федеральным Перечнем реабилитационных мероприятий, ТСР и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2005 № 2347-р (далее – Федеральный перечень).

В соответствии со ст. 11.1 Федерального закона № 181-ФЗ к ТСР относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

В частности, к ТСР относятся: специальные средства для самообслуживания; специальные средства для ухода; специальные средства для ориентирования (включая собак-проводников с комплектом снаряжения), общения и обмена информацией; специальные средства для обучения, об-

разования (включая литературу для слепых) и занятий трудовой деятельностью; протезные изделия (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты); специальные средства для передвижения (кресла-коляски) и пр.

ТСР, входящие в Федеральный перечень, предоставляются ГУ – Красноярское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации. Постановлением Правительства Красноярского края от 14.12.2010 № 629-п «Об утверждении Порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и перечня технических средств реабилитации» предусмотрен перечень дополнительных ТСР, не представленных в Федеральном перечне.

Обеспечение инвалидов ТСР за счет краевого бюджета (в соответствии с индивидуальными программами реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида), а также предоставление их во временное пользование на возмездной основе осуществляет КГБУ СО «Центр социального обслуживания населения» г. Красноярск, на базе которого функционирует «Ателье проката» технических средств реабилитации.

### ***Предоставление услуг сиделки (помощника по уходу)***

Сиделка – это работник, оказывающий индивидуальные услуги по уходу за больными на дому. В соответствии с профессиональным стандартом «Сиделка (помощник по уходу)», утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.07.2018 № 507н, деятельность сиделки направлена на обеспечение максимально возможной бытовой и (или) социальной самостоятельности в повседневной жизнедеятельности гражданам в случае полной или частичной утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности (в том числе у детей).

На основании видов социальных услуг, представленных в Постановлении Правительства Красноярского края от 17.12.2014 № 600-п «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления социальных услуг, и Порядок предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг», функции сиделки, установленные в соответствующем профессиональном стандарте, может выполнять социальный работник, а также младший медицинский персонал.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

### *Основная литература*

#### *Нормативно-правовые источники*

1. Комплекс мер по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающий сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме, с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода № ОГ-П12-8359 от 14.12.2017.

2. Комплекс мер по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Новгородской области на 2018–2020 годы [Электронный ресурс] // URL: <https://social53.ru/documents/9abde705-d0ca-40ae-a45a-65ee8d517bdc>.

3. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, социальные услуги гражданам пожилого возраста) – ГОСТ 53058-2013.

4. Перечень поручений Президента России от 23 августа 2017 года № Пр-1650 по итогам встречи 26 июля 2017 года с представителями СОНКО, благотворительных организаций и волонтерского движения.

5. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.12.2013 № 792 «Об утверждении Кодекса этики и служебного поведения работников органов управления социальной защитой и учреждений социального обслуживания населения».

6. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ и Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2017 года № 861/1036 «Об утверждении методических рекомендаций по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказанию им медицинской помощи».

7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 года № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 года № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

9. Приказ комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 28 мая 2018 года № 816 «Об утверждении Положения о технологии «Стационар на дому» [Электронный ресурс] // URL: <https://uszn.volgograd.ru/other/sistema-dolgovremennogo-ukhoda>.

10. Приказ министерства труда и социальной защиты населения Рязанской области от 4 сентября 2018 года № 240 «О реализации пилотного про-

екта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» [Электронный ресурс] // URL: <http://docs.cntd.ru/document/550253638>.

11. Приказ министерства труда и социальной защиты населения Новгородской области от 22 октября 2018 года № 669 «Об областном координационном центре по приему и обработке информации о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе» [Электронный ресурс] // URL: <http://демянский-кцсо.пф/sistema-dolgovremennogo-uhoda.html>.

12. Приказ комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 9 июня 2018 года № 924 «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в условиях сопровождаемого проживания» [Электронный ресурс] // URL: <https://uszn.volgograd.ru/other/sistema-dolgovremennogo-ukhoda-zagrazhdanami-pozhilogo-vozrasta>.

13. Приказ министерства труда и социальной защиты населения Рязанской области, министерства здравоохранения Рязанской области от 01.10.2018 № 258/1809 «Об утверждении Порядка информационного обмена о гражданах в рамках реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Рязанской области» [Электронный ресурс] // URL: <https://mintrudsoc.ryazangov.ru/activities/systemlongtermcare>.

14. Приказ министерства труда и социальной защиты населения Новгородской области от 11.12.2018 № 793 «Об утверждении Порядка типизации граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в социальном обслуживании, на территории Новгородской области» [Электронный ресурс] // URL: <http://демянский-кцсо.пф/sistema-dolgovremennogo-uhoda.html>.

15. Приказ министерства труда и социальной защиты населения Новгородской области от 31.08.2018 № 533 «Об утверждении Порядка выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе, на территории Новгородской области» [Электронный ресурс] // URL: <http://демянский-кцсо.пф/sistema-dolgovremennogo-uhoda.html>.

16. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».

17. Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

18. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

### *Учебная и научная литература*

1. Анисимова С.А. Разработка управленческих решений в организации социального обслуживания: учебное пособие. – М.: АПКППРО, 2015.
2. Берецкая Е.А., Соколова В.Ф. Теория и практика реабилитации граждан пожилого возраста: учебное пособие. – М.: Флинта, 2012.
3. Бержадская М. Медико-социальные проблемы ухода за больным // Проблемы управления здравоохранением, 2011. – № 4. – С. 79–82.
4. Бойко Ю.П. Проблемы пожилых людей с позиций их социального статуса // Клиническая геронтология, 2007. – № 3. – С. 45–49.
5. Вебинар «Система ухода за тяжелобольными людьми» [Электронный ресурс] // URL: <https://pro-palliativ.ru/category/uhod>.
6. Ермолаева М.Н. Психолого-педагогическое сопровождение пожилого человека: учебное пособие для вузов. – Московский психолого-социальный институт, 2011.
7. Коршунова Т.А. Опыт организации работы специализированных отделений медико-социальной помощи, обслуживающих граждан пожилого и старческого возраста. Главная медицинская сестра, 2005. – № 1. – С. 55–60.
8. Кодекс этики социального работника и социального педагога / Союз социальных педагогов и социальных работников России. – М., 2014.
9. Опыт организации работы школ общего ухода за маломобильными, немобильными пожилыми гражданами и инвалидами: сб. метод. материалов / сост.: Е.В. Суворова, Е.В. Теленкова. – Красноярск, 2019. – 62с. [Электронный ресурс] // URL: <http://files.rmc24.ru/region/pdf/school2.pdf>.
10. Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в г. Москве [Электронный ресурс] // URL: [https://docviewer.yandex.ru/view/0/?page=1&\\*=](https://docviewer.yandex.ru/view/0/?page=1&*=).
11. Проект методических рекомендаций по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в субъектах Российской Федерации [Электронный ресурс] // URL: <https://mintrudsoc.guazangov.ru/activities/result>.
12. Регламент проведения типизации как элемента системы долговременного ухода [Электронный ресурс] // URL: <http://демянский-кцсо.рф/sistema-dolgovremennogo-uhoda.html>.
13. Технология социальной работы: учебник / под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой. – М.: ИТК «Дашков и Ко», 2014.
14. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. – М.: Человек, 2018. – 224 с.
15. Хавинсон В.Х., Коновалов С.С. Избранные лекции по геронтологии. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. – 890 с.
16. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми. – М.: ИТК «Дашков и Ко», 2014.

17. Чеха В.А., Кононова Л.И., Кутумова О.Ю., Аксарина О.И. Школа патронажного ухода за гражданами с ограниченными функциональными возможностями в учреждениях социального обслуживания и в домашних условиях: методические рекомендации для специалистов службы социального обслуживания и родственников. – Красноярск, 2018. – 53с. [Электронный ресурс] // URL: <http://files.rmc24.ru/region/pdf/school.pdf>.

### *Дополнительная литература*

1. Вдовина М.В. Глоссарий по социально-геронтологической работе. – М.: ИПК «ДСЗН», 2010.
2. Гасумова С.Е. Информационные технологии в социальной сфере: учебное пособие. – М.: ИТК «Дашков и Ко», 2012.
3. Малофеев И.В. Развитие социальных услуг в современном обществе: теория вопроса. – М.: ИПК «ДСЗН», 2010.
4. Методическая разработка автономной некоммерческой организации «Научно-исследовательский центр «Геронтология» «Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Москве».
5. Методические и презентационные материалы «Школы тренеров по уходу» Благотворительного фонда «Старость в радость».
6. Савина Л.Ю. Стандартизация социального обслуживания. Критерии эффективности и качества социальной работы / учебное пособие. – М.: ИПК «ДСЗН», 2010.
7. Целевич Т.И., Белобородова Е.А. Теория и практика психосоциальной работы: учебное пособие. – М.: Форум; ИНФРА-М, 2012.

## СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

**Долговременный уход** – система мероприятий, которые осуществляются неформальными помощниками (членами семьи, друзьями и/или соседями), ухаживающими за больными, и/или работниками здравоохранения и социальных служб и направлены на то, чтобы обеспечить человеку с ограниченными возможностями здоровья в отношении ухода за собой как можно более высокое качество жизни в соответствии с его/ее предпочтениями, сохраняя при этом в возможно большей степени его/ее самостоятельность, независимость, способность участвовать в происходящем, самореализацию и человеческое достоинство.

**Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами** – комплексная поддержка граждан пожилого возраста и инвалидов, включающая социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме, с привлечением патронажной службы и сиделок, а также семейный уход.

**Типизация** – оценка функциональных показателей здоровья человека, функционального уровня и вариативности в функциональной нагрузке. По итогам типизации формируются группы получателей социальных услуг в зависимости от их способности к самообслуживанию и нуждаемости в постороннем сопровождении – от краткой помощи в быту до стационарного ухода.

**Маршрутизация** – определение методов ухода и мест его оказания (например, помещение нуждающегося в долговременном уходе человека в стационарное учреждение, организация социального обслуживания на дому, в том числе с привлечением службы сиделок, помещение в приемную семью, помещение на паллиативную койку в медицинскую организацию, организация поддержки неформального семейного ухода и т.д.).

**Мультидисциплинарные бригады** – бригады, в состав которых включены специалисты различных ведомств – Управления Пенсионного фонда, организаций здравоохранения и социальной защиты населения, уполномоченный по правам человека, работники сферы обслуживания населения (парикмахеры, специалисты, оказывающие сервисные услуги) и др.

**Полифункциональные бригады** – бригады, в состав которых включены специалисты, одновременно владеющие различными компетенциями. Например, специалист одновременно имеет квалификации «специалист по социальной работе» и «психолог», «социальный работник» и «медицинская сестра», «культработник» и «специалист по реабилитации инвалидов».

**План ухода** – руководство по уходу за получателем социальных услуг, представляющее собой подробный перечень специальных действий, где отражены проблемы, поставлены цели (краткосрочные, долгосрочные) и намечены, с учетом ресурсов человека, пути их достижения.

**Безопасная среда** – создание условий, в которых безопасности жизни и здоровью ничего не угрожает. Многие элементы окружающей среды для человека с ограниченными возможностями здоровья являются источником опасностей: неспецифично потенциально опасные – опасные для всех (например, натертые до скольжения полы); специфично опасные – опасные для определенных состояний человека и обстоятельств (например, острые углы мебели, длинные провода электроприборов, лежащие на полу).

**Психотерапевтическая среда** – формирование вокруг человека атмосферы востребованности, понимания, принятия, заинтересованности. Такая среда должна активировать лиц пожилого и старческого возраста, побуждать их к активности, посильной деятельности, организации своего времени, досуга.

**Терапевтическая среда** – искусственно созданные, максимально благоприятные условия, окружающие индивида, исключая воздействия потенциально неблагоприятных факторов при его пребывании в стационарных учреждениях. Это создание комфортной и понятной среды для пожилого человека. Она заключается в создании простой для восприятия и понимания системы указателей: информационные указатели направления и расположения помещений, переходов, блоков и пр.; оформление всевозможных надписей (на бейджах персонала) максимально крупным, легко читаемым шрифтом; организация стендов с фотографиями всех сотрудников с указанием их фамилий, имен и отчеств, занимаемых должностей.

**Реминисцентная интегративная терапия** – построена на воспоминаниях пожилых людей, им помогают принять прошлые негативные события, неразрешенные конфликты. Основная задача реминисцентной интегративной терапии – помочь получателям социальных услуг изменить направление мышления с прошлых проблем, через систему копинг-стратегий сосредоточиться на целях, которые больше отвечают существующим условиям жизни.

**Валидационная терапия** – интервенции (вмешательства) данной модели помощи предназначены пожилым, которые имеют когнитивные нарушения, диагноз на основе деменции. Терапия основана на основе признания реальности болезни, осмысления ряда переживаний, поиска причин поведения и включает специфические приемы работы, основанные на исследовательском интервьюировании.

**Терапия, ориентированная на реальность** – система интервенций, позволяющих улучшить качество жизни пожилых людей, ориентация получателя социальных услуг в реальности, которая соответствует его биопсихосоциальному состоянию. Ориентация в реальности позволяет улучшить самочувствие, повышает самооценку, помогает объективно оценивать свои возможности во взаимодействиях в окружающей среде.

## Процесс типизации

Процесс типизации получателя социального обслуживания (или потенциального получателя) состоит из трех этапов:

- I. Подготовка.
- II. Оценка зависимости (диагностика/интервью).
- III. Подведение итогов.

**I. Подготовка.** Формирование личного дела (если оценка будет проводиться впервые) или изучение личного дела получателя социальных услуг. Туда включены документы, оговоренные нормативными правовыми актами, а также иная информация о получателе. Если в социальную службу обратилось третье лицо (не сотрудник социальных служб), то с его согласия следует записать информацию о нем.

Следует записать, по какой причине был осуществлен запрос о проведении типизации. Это могут быть:

- чрезвычайная/срочная ситуация (медицинская, социальная или последствия природных стихийных бедствий);
- первичное обращение;
- новое обращение (при имеющемся отказе от интервью или отказе от социального обслуживания);
- при плановом сроке по запросу сотрудника, проводящего типизацию (если ее проводит специальная организация/комплексная бригада).

**Согласование встречи, предварительный разговор.** Необходимо согласовать дату и время диагностики и обязательно записать эту информацию. Следует объяснить получателю социальных услуг цель визита и получить согласие самого получателя или его доверенного (основного ухаживающего) лица. Предварительный разговор поможет выявить дополнительную информацию о получателе социальных услуг (например, как хорошо слышит пожилой человек, есть ли кто-то из его близких, кто готов присутствовать при интервью, насколько он ориентируется во времени и пространстве).

В случае если в процессе разговора появились основания предположить, что получатель страдает когнитивными расстройствами, то следует приложить максимальные усилия для того, чтобы провести встречу в присутствии знакомого ему человека.

**II. Этап оценки зависимости от посторонней помощи (типизации)** – центральный этап в процессе типизации получателя социальных услуг. Цель этого этапа – прийти к согласованности внешнего впечатления

и информации, получаемой от диагностируемого человека, его родных (или доверенного лица) и изложенной в его личном деле.

Интервью следует проводить в процессе непринужденного разговора, используя профессиональную конструктивность и творческий подход. Зачитывать бланк запрещено. Желательно как можно меньше обращаться к бланку во время интервью.

Процесс типизации должен включать в себя общее впечатление – интервью – демонстрацию.

Важно помнить:

- внешний вид должен быть представительным;
- необходимо проявлять уважение к личному достоинству и частной жизни получателя социальных услуг;
- отключайте мобильный телефон во время интервью;
- представляйтесь: имя, должность, цель прихода;
- описывайте, из чего будет состоять ваша встреча (интервью, демонстрация, подведение итогов и общее впечатление);
- создание приятной доброжелательной атмосферы начинается с вашего прихода к получателю социальных услуг и повлияет на взаимодействие с вами его и членами его семьи в будущем;
- если в процессе диагностики получатель социальных услуг не заинтересован сообщать информацию о себе и отказывается участвовать в типизации, объясните еще раз, какова ее цель. Если после ваших объяснений он продолжает отказываться, то следует прекратить интервью. Следует уважать его мнение. Далее следует действовать согласно правилам, установленным в вашем регионе.

Не следует сообщать об объеме возможного социального обслуживания и результатах типизации непосредственно в конце интервью. Вы должны иметь возможность обдумать результаты типизации и обсудить их с другими участниками междисциплинарной команды.

Помните, что процесс обследования оценивает степень зависимости от посторонней помощи получателя социальных услуг, а не состояние его здоровья.

Обследование призвано составить полную картину состояния получателя социальных услуг, а также оценить среду проживания и наличие ресурсов: семьи, соседей или религиозных, общественных, благотворительных организаций.

## Интервью

Это центральный этап в процессе диагностики, который проводится в виде устного переложения бланка диагностики в форме беседы с человеком.

Вам следует усвоить все составляющие инструмента диагностики (бланка) и вести интервью в непринужденной форме, не сверяясь с листком.

В процессе интервью нужно специально обращать внимание на то, как человек выполняет различные действия. Критерии выполняемых действий:

- нормативность выполнения того или иного действия (например, как долго человек одевается? Сколько времени у него занимает выход в ближайший магазин за простыми покупками? Нуждается ли он в отдыхе при выполнении этого действия?);

- регулярность (привычность, спонтанность) тех или иных действий. Обратите внимание, расспросите, что из принятых в обществе действий (например, регулярная уборка или бритье) обследуемый начал делать реже;

- полнота выполняемых действий. Расспросите, насколько полно пожилой человек может, например, одеться. Возможно, получатель перестал пользоваться нижним бельем, потому что ему трудно его надеть;

- правильность. Бывает так, что человек одет неправильно (не по сезону, пуговицы застегнуты наискосок, ботинки на разную ногу), лекарства хранятся на солнечной части окна и т.д.

Оценивая эти факторы, следует задуматься о возможных рисках для получателя услуг (например, слепой человек приспособился наливать себе горячий чай, но риск того, что он может пролить кипяток и обжечься, достаточно велик). Проверьте, удастся ли получателю социальных услуг выполнить задачу безопасно, чтобы не подвергнуть себя и окружающих опасности.

Обратите внимание, что обычно человек не может ухаживать за собой и вести самостоятельно домашнее хозяйство по следующим причинам:

- физическая невозможность;
- интеллектуальные или психиатрические проблемы, сложности с восприятием;
- отсутствие мотивации.

Следует помнить, что диагностика степени зависимости получателя от посторонней помощи проводится на текущий момент времени. Обычно речь идет об одной-трех неделях до даты проведения интервью. Есть исключения из этого правила, которые будут отмечены ниже.

Постарайтесь полагаться не только на слова диагностируемого, но и на свои наблюдения и профессиональный опыт. Однако если на интервью присутствуют родные или доверенные лица потенциального получателя социального обслуживания, не следует слушать только их и не обращать внимания на слова диагностируемого.

Оцените способность к самообслуживанию получателя социальных услуг в сравнении с приблизительной нормой для человека его возраста.

Обратите внимание на способность передвижения получателя социальных услуг: сколько времени ему потребовалось, чтобы подойти и открыть дверь, когда вы вошли, нужно ли ему опираться на стены при ходьбе, делать передышки?

Обратите внимание на состояние места проживания: чистоту, запах, явное наличие тараканов, безопасность (лежит ли телефонный провод на полу, состояние полового покрытия, есть ли ковры и т.д.).

Используйте интервью для того, чтобы дать получателю социальных услуг несколько советов, которые, возможно, облегчат ему жизнь. Например, посоветуйте положить подушку под спину: это поможет ему вставать из сидячего положения. Ваши советы во время интервью не должны касаться значительных проблем жизни человека (например, решения на хирургическое вмешательство или отношений с близкими).

Постарайтесь в целом понять, может ли получатель социальных услуг справиться с задачами на уровне, который позволяет ему жить с достоинством.

### *Демонстрация*

На данном этапе мы попросим получателя социальных услуг продемонстрировать базисные повседневные действия, которые свидетельствуют о его физических возможностях.

Сама демонстрация может привести к появлению у потенциального получателя неприятных ощущений и стыда. Поэтому важно провести этот этап после или в самом конце интервью, когда уже созданы доверительные отношения между вами и получателем. Объясните, что для окончательной диагностики вы просите его показать, как он справляется со следующими задачами: одевание, вход в ванную комнату, пользование газовой плитой, подогрев и подача пищи на стол. Важно сделать активную демонстрацию, то есть показать задачу и попросить клиента повторить ваши действия. Помогите ему при необходимости.

Обратите внимание:

- ✓ Следует предупредить обследуемого, что в случае, если ему будет трудно выполнить то или иное действие, не нужно напрягаться и задача отменяется.

- ✓ Если в течение визита получатель социальных услуг сделал одно из действий, необходимых для демонстрации без вашей просьбы (например, подал чай или передвигался с помощью ходунков), зачтите их как демонстрацию и пропустите на данном этапе.

✓ Из выполнения одного действия можно заключить о возможности выполнения другого. Например, надевание носков свидетельствует о способности помыть стопы ног.

✓ Рекомендуется разделить каждое действие на несколько этапов и выяснить, какой именно этап наиболее затруднителен.

### ***Подведение итогов обследования***

Результаты типизации обсуждаются сотрудниками вне квартиры или дома получателя. Бланк диагностики подписывается сотрудниками, которые проводили типизацию, и вместе с иными документами поступает к сотрудникам, которые вносят эти данные в информационную систему. Данный этап выполняется в вашем офисе.

На этой стадии рекомендуется резюмировать результаты обследования и дать по каждой части инструмента диагностики оценку степени зависимости получателя социальных услуг от посторонней помощи по каждому пункту. Наиболее важную информацию о состоянии получателя или его жилища следует записать.

### ***Инструменты диагностики***

#### ***Бланк оценки зависимости от посторонней помощи (бланк диагностики – БД)***

Бланк содержит 14 вопросов, затрагивающих основные темы:

- связанные с физическими возможностями;
- описывающие ограничения и риски получателя социальных услуг;
- информацию о ресурсах, находящихся в распоряжении получателя.

Все это будет учитываться при формировании ИППСУ и индивидуального плана ухода.

Обратите внимание: плановая диагностика (типизация) проводится по прошествии определенного периода времени, который будет установлен специальными нормативными документами. Рекомендуется:

– полтора года для получателей, чья способность к самообслуживанию снижена незначительно (группы ухода 0, 1 и 2), и группа 5, где риски увеличения или уменьшения степени зависимости минимальны;

– один год для получателей из групп 3 и 4, состояние которых может часто меняться в ту или иную сторону.

Следовательно, не реже чем год или полтора каждый получатель будет обследован заново. Текущие получатели из группы «ноль» (то есть получающие обслуживание) под плановую диагностику не попадают.

Внеплановая диагностика может проводиться в связи с возникновением обстоятельств, которые ухудшили или улучшили жизнедеятельность получателя услуг (независимо от группы ухода). В последнем случае это может быть выздоровление, реабилитация, улучшение психологической обстановки.

К значительному ухудшению состояния и уменьшению способности к самообслуживанию может привести:

– развитие острого заболевания или обострение хронического заболевания, а также перенесенное хирургическое вмешательство в период после госпитализации;

– изменение социального (семейного) статуса, утрата, потеря близкого человека, изменение жилищных условий;

– выраженное, но постепенное ухудшение общего состояния здоровья (человек перестал вставать с постели, хотя ранее мог встать, резко похудел, не может одеться, хотя недавно одевался и т.д.).

Об этих изменениях в общем состоянии получателей обязан сообщать их социальный работник/помощник по уходу как на дому, так и в стационаре. В случае надомной формы обслуживания доказательством изменения состояния, ставшего поводом для внеплановой передиагностики, является документация по уходу, которая ведется и хранится на дому у получателя социального обслуживания.

#### ***Бланк оценки степени зависимости, применяемый для диагностики на дому***

Бланк разделен на 14 тем, совместно образующих полную картину состояния получателя социальных услуг.

Все темы в той или иной степени логически связаны друг с другом. Темы поделены по разным видам действий по обеспечению жизнедеятельности: бытовые действия, уход за собой, безопасность и некоторые другие. В комплексе эти данные дают достаточно полную картину о физических и возможных когнитивных нарушениях получателя социальных услуг, особенности его жилища и окружения и позволяют выделить те, в которых человек более зависим от посторонней помощи.

Темы, определяющие степень зависимости, занесены в таблицы. Каждая такая таблица разделена на две части: **предметы оценки** – где перечислены по пунктам все возможные действия, из которых следует зафиксировать одно, отражающее степень зависимости получателя социальных услуг от посторонней помощи при выполнении тех или иных действий (или просто – отражающее состояние); **дата диагностики и оценка** – поделена на три столбца, предназначенные для трех последовательных обследований.

дований состояния получателя социальных услуг (типизаций). В каждом столбце отмечается оценка, наиболее верно соответствующая состоянию получателя.

### Бланк оценки степени зависимости

#### Бланк оценки степени зависимости

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Передвижение вне дома	Баллы	Инт. № 1	Инт. № 2	Инт. № 3
1. Выходит из дома без проблем	0			
2. Не выходит из дома зимой	0,75			
3. Выходит из дома, но не может сам нести сумки с покупками	0,75			
4. Выходит из дома только с сопровождающим	1			
5. Вообще не выходит из дома	2			

2. Уборка квартиры	Баллы	Инт. № 1	Инт. № 2	Инт. № 3
1. Убирает квартиру без труда	0			
2. Сам вытирает пыль, но нуждается в небольшой помощи при выполнении всей остальной уборки	0,5			
3. Сам вытирает пыль, но нуждается в значительной помощи при выполнении остальной уборки. Тяжелую уборку, например мытье ванной, унитаза, выполнять не может	1			
4. Не в состоянии выполнять никаких работ по уборке дома	2			

3. Стирка	Баллы	Инт. № 1	Инт. № 2	Инт. № 3
1. Не нуждается в помощи при стирке и/или самостоятельно пользуется машиной-автоматом, а также вынимает, развешивает и гладит	0			
2. В состоянии делать мелкую стирку вручную, но нуждается в помощи в более крупной стирке, отжимании или развешивании белья, глажке и/или в помощи при пользовании машиной-автоматом	0,5			
3. Нуждается в помощи при любой стирке	1			

4. Приготовление пищи	Баллы	Инт. № 1	Инт. № 2	Инт. № 3
1. Не нуждается в помощи при приготовлении горячей пищи	0			
2. Нуждается в частичной помощи в процессе приготовления пищи	1			
3. Необходима помощь во всем процессе приготовления пищи, а также мытье посуды после приготовления пищи	2			

5. Передвижение по дому	Баллы	Инт. № 1	Инт. № 2	Инт. № 3
1. Самостоятельно передвигается по дому	0			
2. Передвигается самостоятельно с помощью приспособления (трость, ходунки)	0			
3. Передвигается с помощью приспособления или без него и нуждается в посторонней помощи при ходьбе или вставании	0,5			
4. Передвигается с помощью инвалидной коляски. Способен сам сесть в коляску и передвигаться в ней по дому	0,5			
5. На кровати садится самостоятельно либо с небольшой помощью. Пользуется инвалидной коляской, но нуждается в помощи, чтобы пересест в коляску и передвигаться в ней по дому	1			
6. Полностью зависим при передвижении и перемещении. Все дневное время проводит сидя в кровати, в кресле или кресле-коляске	1,5			
7. Полностью зависим при передвижении и перемещении. Лежачий	1,5			

6. Падения в течение последних трех месяцев	Баллы	Инт. № 1	Инт. № 2	Инт. № 3
1. Не падает	0			
2. Не падает, но ощущает тревогу по поводу возможных падений	0			
3. Падает, но может встать самостоятельно	0			
4. Иногда падает и не может встать без посторонней помощи (минимум три раза в последние три месяца)	0,5			
5. Падает, по крайней мере, раз в неделю и не может встать без посторонней помощи	1			

<b>7. Одевание</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт. № 1</b>	<b>Инт. № 2</b>	<b>Инт. № 3</b>
1. Одевается без посторонней помощи	0			
2. Нуждается в небольшой помощи – в надевании носков, обуви, застегивании пуговиц	0,5			
3. Нуждается в значительной помощи при одевании (не может надеть белье, брюки, кофту или сорочку)	1			

<b>8. Личная гигиена</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт. № 1</b>	<b>Инт. № 2</b>	<b>Инт. № 3</b>
1. Моется без посторонней помощи	0			
2. Требуется присутствие другого человека при купании (например, боится, что ему станет плохо в ванной, плохо ориентируется). Умывается самостоятельно	0,5			
3. Нуждается в небольшой помощи (в получении воды нужной температуры, мытье головы, ног), а также в бритье	1			
4. Нуждается в активной помощи при выполнении некоторых действий (например, мытье интимных частей тела или спины). Нужна помощь при умывании, чистке зубов	1,5			
5. Необходимо полностью умывать и купать клиента в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	2			

<b>9. Прием пищи и прием лекарств</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт. № 1</b>	<b>Инт. № 2</b>	<b>Инт. № 3</b>
1. Ест и пьет без посторонней помощи и не нуждается в помощи при принятии лекарств	0			
2. Ест и пьет без посторонней помощи, но нуждается в помощи для подачи и разогревания пищи и/или подачи порции лекарств	0,5			
3. Нуждается в подаче и частичной помощи при приеме пищи и/или питье и/или требуется помощь при подготовке порции лекарств и их приеме	1			
4. Нуждается в полном кормлении и соблюдении питьевого режима и необходим полный контроль над приемом лекарств в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием	1,5			

<b>10. Мочепускание и дефекация</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт. № 1</b>	<b>Инт. № 2</b>	<b>Инт. № 3</b>
1. Контролирует полностью или частично отправление естественных потребностей, самостоятельно пользуется туалетной комнатой	0			
2. Частично контролирует естественные потребности (возможно ночное недержание). Самостоятельно пользуется туалетной комнатой. Нуждается в незначительной помощи при использовании абсорбирующего белья	0,5			
3. Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в помощи при использовании абсорбирующего белья и/или испытывает трудности при пользовании туалетной комнатой	1			
4. Частично контролирует естественные потребности. Не может поменять себе абсорбирующее белье. Не может пользоваться туалетной комнатой	1,5			
5. Контролирует мочеиспускание и дефекацию, но не может пользоваться туалетом, менять абсорбирующее белье в связи с тяжелым физическим состоянием	2			
6. Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отравлений, не может поменять абсорбирующее белье в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием и полностью зависит от посторонней помощи	2			

<b>11. Присмотр</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт. № 1</b>	<b>Инт. № 2</b>	<b>Инт. № 3</b>
1. Не опасен для себя и окружающих, когда остается один. Может исполнять жизненно важные функции	0			
2. Есть необходимость в частичном присмотре, когда остается один (для обеспечения исполнения клиентом различных жизненно важных функций), и/или можно оставить одного на несколько часов или ночь	3			
3. Опасен для себя и окружающих, когда остается один, требуется постоянное присутствие постороннего человека	6			

<b>12. Слух</b>	<b>Баллы</b>	<b>Инт. № 1</b>	<b>Инт. № 2</b>	<b>Инт. № 3</b>
1. Хорошо слышит либо регулярно использует слуховой аппарат и не испытывает трудностей	0			
2. Плохо слышит (звук включает на полную громкость), испытывает затруднения при коммуникации	0,5			
3. Глухой	1			

13. Наличие опасности в районе проживания или доме	Баллы	Инт. № 1	Инт. № 2	Инт. № 3
1. В доме и районе проживания безопасно	0			
2. Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение, но возможна помощь	0,5			
3. Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение, помощь недоступна	1			

14. Наличие внешних ресурсов	Баллы	Инт. № 1	Инт. № 2	Инт. № 3
1. Получает достаточную социальную поддержку от семьи, родственников, друзей, соседей, религиозных или общественных организаций	0			
2. Получает ограниченную социальную поддержку со стороны семьи, родственников, друзей, соседей, религиозных или общественных организаций	0,5			
3. Нет поддержки со стороны семьи, родственников, друзей, есть только ограниченные социальные связи (соседи, общественные или религиозные организации)	1			

**Диагностику провели:**

Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_  
Сотрудник \_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата следующей плановой проверки: \_\_\_\_\_

### **Описание работы по каждой теме бланка**

**Сфера диагностики: ведение домашнего хозяйства.** В этой части бланка рассматриваются четыре темы:

**1. Выход из дома.** Задавайте косвенные вопросы (например: «Как вы делаете покупки, приобретаете лекарства и справляетесь с делами вне дома? Я видел (-а) на входе в дом высокую ступеньку. Она не мешает при выходе из дома? Зимой, когда идет снег, как вы выходите из дома?»).

**2. Уборка дома.** Задавайте косвенные вопросы (например: «Когда в последний раз вы убирали дома?»). Вопрос такого типа приведет к максимальному получению информации. Ответ получателя социальных услуг в случае, если он убирает самостоятельно, укажет на частоту и степень

сложности для него при проведении уборки и позволит вам задать новые вопросы (например: «Как вы вытираете пыль с полок, расположенных высоко? Как вы чувствуете себя после уборки?»). И напротив, получатель социальных услуг, который не делает уборку самостоятельно, ответит, что ему помогают дети или работник или помощник, поскольку он не может сам убрать жилое помещение. Чтобы проверить возможности человека убрать дом самому, используйте «проверку уровней». Пространство квартиры делится на три уровня высоты, причем на каждой высоте при уборке производятся разные действия:

– до колен – участок от пола до колен человека; для уборки нужно наклоняться;

– средняя высота – зона между высотой колена и локтя (50–140 см), для ее уборки не нужны сложные телодвижения;

– выше локтя – зона, начинающаяся выше уровня локтя, уборка этой зоны требует поднимать руки.

Можно задать уточняющие вопросы (например, о том, как он поступает, когда что-то пролил или просыпал на пол).

Во время интервью примите во внимание возможность человека убирать в каждой из частей дома (комната, санузел, кухня; если это частный дом, то – вокруг дома).

**3. Стирка.** Нужно выяснить у получателя социальных услуг, может ли он выполнить все этапы стирки или ему необходима помощь:

ручная стирка (приравняется к стирке в полуавтоматической стиральной машине):

- сортировка вещей;
  - стирка;
  - отжим вещей;
  - развешивание и снятие белья с веревки (напольной сушки);
  - глажение;
- автоматическая стиральная машина:
- сортировка вещей;
  - закладывание, выбор программы и стирального порошка;
  - вынимание;
  - развешивание и снятие белья с веревки (напольной сушки);
  - глажение.

Важно: мы не проверяем имущество получателя социальных услуг и есть ли у него стиральная машина, а уточняем необходимость помощи при выполнении стирки.

Вывод о том, что человек не зависит от помощи других, возможен только тогда, когда он справляется со всеми этапами стирки.

**4. Приготовление пищи.** По данному пункту нужно удостовериться, что получатель социальных услуг может себе готовить горячую пищу и быть обеспеченным ею на все трапезы в течение дня. Приготовление еды включает в себя такие необходимые действия, как чистка и нарезка, наполнение кастрюли водой, зажигание огня, слежение за варкой и т.д. Расспросите о предпочтениях в питании и в этом контексте составьте свое мнение. Следует обратиться к биографии получателя или уточнить предыдущие привычки. Например, если он всегда питался полуфабрикатами и так же делает сейчас, то можно сделать вывод о том, что он справляется с приготовлением пищи. Если же перестает готовить горячую еду, потому что ему стало это делать трудно в последнее время (месяцы), то будет иной вывод.

### ***Степень необходимой помощи при уходе за собой и способность жить безопасно***

#### **1. Мобильность в доме** (передвижение по дому).

Для того чтобы выбрать правильные ответы в этом разделе, следует определить, как человек передвигается по квартире, необходима ли помощь при пользовании инвалидной коляской, может ли он встать с кровати самостоятельно. Если человек может сесть в кровати самостоятельно, но не может сделать несколько шагов без помощи, то следует поставить ему максимальный балл.

В данном разделе проверяется возможность свободного передвижения человека по дому.

Что нужно проверить:

- может ли клиент передвигаться без всякой помощи;
- прибегает ли он к помощи предметов: опирается о стену, держится за мебель или перила;
- пользуется ли приспособлениями для ходьбы (тростью или ходунками).

В случае если получатель социальных услуг использует ходунки или инвалидное кресло, нужно обратить внимание, приспособлен ли дом под использование их при ходьбе/передвижении. Например, достаточно ли широки дверные проемы, чтобы позволить ему пройти в любую часть дома? Может ли он попасть в ванную комнату и в туалет с ходунками или в инвалидном кресле?

Если очевидно, что получатель постоянно находится в кровати, то следует разобраться, может ли он самостоятельно сесть или приподняться для приема пищи или питья, может ли он подтянуться за специальное приспособление?

Может ли сообщить об опасности (например, позвонить родным или в скорую помощь)? Эта информация будет важна при работе с темой «Присмотр».

Также целесообразно расспросить, существует ли возможность и желание пересаживаться в кресло в дневное время как с целью профилактики пролежней, тромбозов, так и с точки зрения более комфортного психологического состояния.

**2. Падения.** В разделе, посвященном падениям, проверим историю падений получателя социальных услуг за последние три месяца.

Падения относятся к основным гериатрическим синдромам и значительно влияют на качество жизни человека. Даже если падение не привело к перелому, страх повторных падений серьезно влияет на жизнь человека. Другой крайностью является пренебрежение к возможности упасть повторно и непонимание своих ограничений.

Причины падений могут быть самыми разными и могут свидетельствовать об отсутствии равновесия и трудностях в передвижении.

В процессе типизации важно выяснить, каким образом встает человек после падения, а не только делать выводы о причинах падений. Однако если вы уверены, что человек упал из-за проводов на полу, рваного линолеума, плохой освещенности, то вы можете порекомендовать исправить эти ситуации. Следует отметить эти сведения при подведении итогов типизации.

Расспросите подробно, как он встал после падения. В БД даны четкие критерии ответа, однако возможны редкие случаи, когда вам будет сложно выбрать правильный ответ. Сопоставьте тему о падениях с другими фактами, уже известными вам об этом человеке, и в соответствии с ними выберите правильный ответ.

Возможно, человек не падает, но ощущает тревогу по поводу возможных падений.

Беседа о падении имеет терапевтическую направленность, возможно, благодаря вашему разговору пожилой человек будет более внимательно себя вести, задумается о рисках падений.

**3. Одевание.** Мы должны удостовериться, что получатель социальных услуг может одеваться без посторонней помощи, то есть надевать белье, носки (колготы), брюки, сорочку, халат. Если он это делает долго, то есть ли риск не выпить вовремя нужное лекарство или переохладиться (то есть проверить нормативность)?

Обратите внимание, как одет человек в целом. Если вы видите, что он одет неправильно (не по сезону или в одежду человека другого пола), зафиксируйте этот факт.

Необходимо попросить получателя социальных услуг продемонстрировать, как он сам справляется с задачей.

Чтобы избежать неудобства, можно попросить получателя надеть кофту поверх одежды и застегнуть ее, надеть (или снять) носки.

Желательно показать человеку движения, прежде чем просить его проделать их, чтобы уменьшить степень неудобства.

Во время одевания важно давать полезные советы, как легче одеться. Например, положить кофту на плечи, а потом засунуть руки в рукава.

Если получатель затрудняется сам одеться, помогите ему, избегайте замешательства с его стороны.

Расспросите, ходит ли человек весь день в той же одежде, в которой спит, или меняет одежду на дневную ежедневно. Соотнесите этот разговор с биографическими данными (если они собраны). Возможно, ходить в одной и той же одежде – это давняя привычка. Если же человек перестал переодевать ночную одежду некоторое время назад, то это означает, что ему нужна помощь.

4. Личная гигиена. Раздел «Личная гигиена» служит для проверки возможной необходимости в помощи при купании и мотивации получателя социальных услуг мыться. Гигиена тела крайне важна, акцентируйте внимание на проверке и дополнительных вопросах по этой теме. Необходимо попросить получателя социальных услуг продемонстрировать способность производить движения, нужные для мытья.

Перед тем как начать оценку, важно обратить внимание на условия проживания получателя социальных услуг.

Например:

- ✓ Есть ли вода в доме?
- ✓ Каково состояние до колодца или колонки и может ли человек сам принести воду в дом?
- ✓ Есть ли теплая вода в душе?
- ✓ Есть ли в доме ванна/душ, доступные и безопасные для получателя социальных услуг (высота ванны удобна для перешагивания, есть поручни/ручка для поддержки во время мытья)?

Идея демонстрации мытья может крайне смутить и унижить человека. Ваша задача – предотвратить появление подобных чувств.

Как проводится демонстрация способности мыться? Невозможно просить понаблюдать за процессом мытья получателя социальных услуг, достаточно проверить, в состоянии ли он проделать телодвижения, необходимые для мытья. Покажите человеку движения и попросите его повторить за вами:

- поднимите руки и положите их на голову;
- положите перекрещенные руки на тело так, чтобы ладони находились в районе подмышек;

- положите руки на колени и опустите их до щиколоток.

Чтобы оценить способность мыться самостоятельно, можно задать вопросы:

- ✓ Сколько времени занимает мытье?
- ✓ Требуется ли человеку отдых после мытья?
- ✓ Если да, то сколько времени отдыхает?
- ✓ С какой частотой он моется?

5. Прием пищи и лекарств. Действия, которые необходимо проверить, чтобы дать ответ по данному пункту, о необходимости помочь получателю при приеме пищи:

- подогрев пищи;
- перекладывание горячей еды из кастрюли в тарелки и подача на обеденный стол;
- еда с помощью столовых приборов (вилкой, ножом, ложкой);
- пережевывание пищи;
- удерживание чашки (стакана) с жидкостью и питье.

По общему впечатлению, которое производит на вас получатель, вы решите о необходимости демонстрации возможности есть самостоятельно. Например, если вы видите перед собой человека, который плохо ходит, зависим при купании, при приеме лекарств, то ваши выводы не могут основываться только на вопросах и общем впечатлении: нужно обязательно проводить демонстрацию.

Если получатель предлагает вам чашку чая, не отказывайтесь, наблюдения помогут вам сделать правильный вывод при дружелюбной атмосфере.

Также в этом пункте необходимо проверить степень зависимости от посторонней помощи при приеме лекарств (при выполнении назначения врача):

- подготовить порции лекарств (разломить таблетку, вынуть ее из блистера, накапать определенное количество капель);
  - нуждается ли человек в напоминании о времени приема лекарств?
- Здесь не определяется только память человека.

Обратите внимание получателя, если вы видите лекарства с просроченным сроком годности.

6. Мочеиспускание и дефекация. Многие пожилые люди страдают недержанием. Недержание мочи – один из гериатрических синдромов, значительно ухудшающих качество жизни человека. Этой темы пожилые люди, как правило, очень стыдятся и не расскажут о ней как о проблеме по соб-

ственной инициативе. Однако если их спросить об этом, они поддержат разговор и охотно ответят. Как правило, эта проблема выявляется среди людей, у которых:

- плохой запах в квартире;
- ограниченная мобильность;
- когнитивная дисфункция.

По этой теме стоит задавать косвенные вопросы:

✓ Сколько раз вы встаете ночью? (Обратите внимание на наличие ведра/горшка рядом с кроватью.)

✓ Успеваете ли вы дойти до туалета? Если ответ «нет», спросите, как справляется с этой проблемой, меняет ли человек одежду и моется ли?

Эта тема позволит вам сделать выводы о наличии недержания (мочи и/или кала), а также о том, как человек справляется с этой проблемой, нужна ли ему помощь.

**Третья тема относится к безопасности клиента, связанной с когнитивной дисфункцией.**

1. Присмотр. Вы должны проверить:

✓ Может ли человек нанести вред себе или окружающим и нуждается ли он в постоянном наблюдении.

✓ Как можно определить, представляет ли человек опасность для себя/окружающих? Расспросите его родных или тех, кто есть рядом. Если обращение в социальные службы поступило от соседей с жалобами на ненормативное поведение, то заранее переговорите с соседями.

✓ На какое время его можно оставить одного без риска для его здоровья и жизни?

✓ Установлен ли диагноз «болезнь Альцгеймера», иные виды деменции в прогрессирующей форме либо душевное расстройство (психиатрическое заболевание)?

Это можно выявить по определенным признакам:

✓ Задайте вопросы, свидетельствующие о когнитивном состоянии пациента.

✓ Сколько ему лет?

✓ Как зовут его детей?

✓ Для более полного представления о том, насколько получатель ориентируется во времени, попросите его напомнить вам, какое сегодня число. Уточните адрес.

✓ Постарайтесь определить, хорошо ли человек понимает, где он находится.

Дезориентация является серьезным признаком когнитивного расстройства. Следует быть особо деликатным при выяснении обстоятельств, относящихся к психической и интеллектуальной сфере человека.

2. Слух. В этом разделе вы должны выяснить, есть ли у человека проблемы со слухом, влияющие на его деятельность. Обратите внимание, если человек пользуется слуховым аппаратом, проверьте его удобство и качество.

3. Наличие опасности в районе проживания или доме. Пожилым людям и тяжелобольным необходимы благоприятные и безопасные условия проживания. Состояние получателя в определенной степени зависит от окружающей его среды. В этом вопросе необходимо отразить уровень безопасности внешней среды для человека.

Факторы, которые необходимо учитывать:

- состояние дороги к дому или вокруг дома;
- аварийное состояние дома, лестниц, подъезда;
- аварийное состояние отопительных и электроприборов;
- захламленность подъезда, лестниц, препятствующая активной жизни человека;

– антисанитария;

– признаки жестокого обращения с получателем социальных услуг его родственниками и опекунами – психологическое и физическое насилие, наличие синяков, отсутствие продуктов, личных, имеющих ценность вещей;

– наличие агрессивных соседей;

– проживание в непосредственной близости, в подъезде/квартире человека людей с наркотической или алкогольной зависимостью.

4. Наличие внешних ресурсов. Цель вопроса – определить потребность человека в общении и степени возможной регулярной помощи и поддержке от окружения получателя социальных услуг.

Необходимо определить степень баланса и дисбаланса в эмоциональных и социальных отношениях клиента с семьей и внешней средой.

При ответе на этот вопрос нужно учитывать участие в жизни получателя социальных услуг семьи, его опекунов/наследников, благотворительных, общественных организаций, в том числе религиозных. Насколько они являются ресурсом?

После того как вы завершили обследование получателя социальных услуг, следует заполнить бланк диагностики:

– поставьте в каждом параграфе анкеты оценку, которую получил человек по итогам проведенной типизации;

– соотнесите проставленные баллы с общей логикой. Проверьте отсутствие явных противоречий;

– суммируйте баллы по всем 14 таблицам, либо это действие выполнит информационная система (любое IT-решение);

– письменно изложите дополнительную информацию (потребность получателя в общении, возможность посещения дневного центра и пр.) и впишите это в соответствующий пункт в бланк диагностики.

**Бланк диагностики, применяемый для оценки в доме-интернате,** имеет те же 14 тем, определяющих степень зависимости человека от посторонней помощи при уходе за собой и выполнении некоторых бытовых (хозяйственных) действий. Уборка, стирка и приготовление пищи входят в комплексную услугу для получателей, проживающих в домах-интернатах. Тем не менее часть проживающих могут сами поддерживать порядок и стараются, организуют чаепития, могут готовить несложные блюда. Насколько им нужна помощь при этих действиях, можно отразить при проведении типизации.

В отношении сферы ухода за собой в бланке для стационаров откорректированы варианты ответов, которые нужно выбрать и отметить.

По окончании первого месяца после начала обслуживания получателя специалист социальной работы/руководитель структурного подразделения проводит беседу с помощником по уходу с целью уточнения информации о жизнедеятельности получателя социальных услуг. Результатом беседы может стать изменение индивидуального плана ухода (видов работ) и/или графика работы. Это изменение согласуется с получателем и, если необходимо, его семьей, а в особых случаях – с руководителями организации. В редких случаях, возможно, потребуется дополнительный домашний визит с целью перетипизации. На дому у клиента специалист/специально обученный сотрудник проводит дополнительную беседу, уточняет возможности и потребности подопечного, одновременно проверяет качество работы помощника по уходу.

Изменение объема услуги (количества часов) в сторону увеличения возможно при обстоятельствах, ухудшающих жизнедеятельность получателя социальных услуг, но не может выходить за рамки ИППСУ, если при повторной типизации перехода в другую группу ухода не произошло. Изменение объема услуги (количества часов) в сторону уменьшения возможно при объективной невозможности выполнять виды работ или наличии ресурса. Решение об изменении объема услуги принимается коллегиально, согласно порядку, установленному в нормативном документе.

Если же выявлен переход в другую группу ухода, то следующим шагом должна быть пересмотрена ИППСУ.

## **Процесс работы с полученными результатами типизации**

На основании проведенной типизации должен быть составлен индивидуальный план ухода с учетом пожелания получателя, его семьи и возможных иных ресурсов. Индивидуальный план ухода является логичным продолжением ИППСУ.

Если в процессе типизации специалист определяет значительную зависимость от посторонней помощи, он обязан проинформировать руководителя структурного подразделения с целью организации взаимодействия с соответствующим учреждением здравоохранения. Порядок межведомственного взаимодействия определяется нормативным документом.

В случае невозможности организации долговременного ухода на дому из-за тяжелого физического и/или когнитивного состояния получателя услуги, врач и руководитель структурного подразделения могут принять решение о переводе этого гражданина в организацию стационарного обслуживания.

### **Таблица распределения объема ухода**

Все диапазоны баллов по БД распределены на шесть групп, различающихся по степени зависимости человека от посторонней помощи. Эти диапазоны баллов, на основании которых получатель социальных услуг относится к определенной группе ухода, изменению не подлежат.

Для определения объема ухода (количества часов) используется таблица распределения объема ухода (часов\*).

<b>Группа ухода</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Количество суммарных баллов по БФД	0–3	3,25–4,5	4,75–6	6,25–10,75	11–15,75	16–25
Зависимость от посторонней помощи	отсутствует	легкая	умеренная	сильная	очень сильная	тотальная
Рекомендуемое количество часов в неделю на одного получателя	0	3	6	12	20	28

\* Приведенные в данной таблице часы ухода в неделю за одним получателем носят рекомендательный характер и относятся к надомной форме социального обслуживания.

### Описание групп функционирования

Степень зависимости, баллы	Описание группы ухода
Группа 0: 0–3	Люди, полностью сохранившие самостоятельность в действиях повседневной жизни, <b>способность к самообслуживанию не снижена</b> . Люди из данной категории способны самостоятельно себя обслуживать и поддерживать свой быт на необходимом уровне. К ним относятся лица, способные выполнять трудовые функции. Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены
Группа 1: 3,25–4,5	Чаще всего у людей из данной группы наблюдают <b>небольшое снижение способности к самообслуживанию</b> . Объединяет людей, нуждающихся в <b>ограниченной</b> помощи для соблюдения личной гигиены, приготовления пищи и проведения уборки. Когнитивные функции не нарушены. Самостоятельно используют абсорбирующие белье (урологические прокладки). Самостоятельно передвигаются по дому. Передвигаются вне дома и двора самостоятельно, но не могут нести сумки с тяжелыми покупками. Необходима незначительная помощь в уборке труднодоступных мест. Помощь в развешивании постиранного белья. Необходима незначительная помощь для соблюдения личной гигиены (посторонняя помощь заключается в присутствии в квартире или пассивном наблюдении персонала для минимизации рисков травм). Необходима незначительная помощь в выполнении сложных действий при приготовлении горячей пищи
Группа 2: 4,75–6	Способность к <b>самообслуживанию умеренно снижена</b> . Люди из данной группы нуждаются в помощи в передвижении по дому, пользуются вспомогательными средствами реабилитации (ходунки, простые и четырехопорные трости). Когнитивные функции не нарушены. Самостоятельно используют абсорбирующее белье (прокладки и пр.). Возможно выполнение только частичной уборки в досягаемости руки человека. Необходима физическая помощь в поддержании быта на приемлемом уровне. Необходима частичная помощь в приготовлении пищи (содействие в приготовлении пищи). Могут испытывать трудности при подъеме по лестнице или быть не в состоянии самостоятельно подниматься по лестнице без посторонней помощи. Необходима помощь в передвижении вне дома на значительные расстояния (сопровождение пешком или на транспорте). Возможна потребность в небольшой помощи при одевании и обувании. Необходима частичная помощь при купании

Степень зависимости, баллы	Описание группы ухода
Группа 3: 6,25–10,75	Объединяет людей <b>со значительным снижением способности к самообслуживанию</b> вследствие нарушений здоровья, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или врожденными дефектами. Когнитивные функции у данной категории людей чаще всего не нарушены или имеются умеренные когнитивные расстройства. Люди из данной группы нуждаются в помощи ежедневно для выполнения действий повседневной жизни. Могут самостоятельно приготовить простейшие блюда, но необходима значительная помощь в выполнении сложных действий при приготовлении горячей пищи. Принимают медикаменты самостоятельно или с незначительной помощью (иногда необходим контроль). Могут частично контролировать мочеиспускание и акт дефекации. Необходима помощь при использовании абсорбирующего белья. Пользуются туалетом с посторонней помощью (нуждаются в помощи для сохранения равновесия, одевания, раздевания). Одевание и обувание возможно с частичной посторонней помощью. Необходима значительная помощь в уборке и стирке. Необходима помощь в передвижении по дому (могут использовать реабилитационное оборудование – ходунки, кресло-коляску). Необходимо сопровождение вне дома. Нуждаются в осуществлении покупок в магазинах и предоставлении услуг организациями. Нуждаются в помощи при купании и умывании (причесывание, чистка зубов, мытье труднодоступных мест)
Группа 4: 11–15,75	У людей данной группы наблюдается <b>очень сильное снижение способности к самообслуживанию</b> и ведению домашнего хозяйства без посторонней помощи. Они нуждаются в помощи во многих видах деятельности повседневной жизни. В данную группу могут входить люди, чьи психические функции сильно нарушены, при этом они сохранили мобильность. И в том, и в другом случае степень зависимости человека от посторонней помощи приводит к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию. Часто нарушена способность ориентации во времени и в пространстве. Необходима значительная помощь в самообслуживании с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц: одевание, купание, прием пищи, соблюдение питьевого режима, контроль приема лекарств, помощь в использовании абсорбирующего белья, передвижение по дому. Самостоятельно не могут приготовить пищу, вести домашнее хозяйство, стирать и развешивать белье.

Степень зависимости, баллы	Описание группы ухода
	<p>Мобильность ограничена комнатой (кроватью и околокроватьным пространством). Необходима помощь при переходе с кровати на стул. Пользуются инвалидной коляской, но нуждаются в помощи, чтобы сесть в коляску и/или передвигаться в ней по дому. Акт дефекации и мочеиспускания могут контролировать полностью или частично. Пользоваться туалетом могут с посторонней помощью либо самостоятельно использовать кресло-туалет около кровати или судно. Необходима значительная помощь при купании (умываются, причесываются, чистят зубы, бреются с посторонней помощью). Одеваются, обуваются только с посторонней помощью. Самостоятельно принимать медикаменты не в состоянии. Необходим контроль и подача лекарственных средств. При приеме пищи нуждаются в частичной помощи (подаче)</p>
Группа 5: 16–25	<p>У лиц из данной группы наблюдается <b>полная утрата способности к самообслуживанию, и они полностью зависят от посторонней помощи</b>. У людей, объединенных в эту группу, часто имеются выраженные когнитивные расстройства. Также они могут быть психически сохранны, но при этом нуждаются в паллиативной помощи и/или постоянном уходе и наблюдении другого человека вследствие общего тяжелого физического состояния, часто обусловленного декомпенсацией одного или нескольких хронических заболеваний. Питание, умывание, купание, одевание осуществляются ухаживающим лицом или под его контролем. Не контролируют акты дефекации и мочеиспускания или в редких случаях контролируют частично. Степень функциональности соответствует первой группе инвалидности со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма. Необходим постоянный уход, направленный на поддержание жизнедеятельности и профилактику осложнений имеющихся хронических заболеваний и маломобильного образа жизни</p>

Пример формы бланка информационно-титального листа

Фамилия:	МОБИЛЬНОСТЬ	Самостоятельно	Под наблюдением	При помощи	Не может
Имя:	Вставать/ложиться				
Отчество:	В постели				
Дата рождения:	Ходить				
Место рождения:	Стоять				
Гражданство:	По лестнице				
Вероисповедание:	ГИГИЕНА	Самостоятельно	Под наблюдением	При помощи	Не может
Последнее место жительства:	Ванна/душ				
	Гигиена тела				
Семейное положение:	Переодеваться				
Мед. диагнозы:	Гигиена рта				
Рост: Вес: BMI:	ПИТАНИЕ				
Члены семьи:	Диета: питьевой режим				
1. Тел.	Прием пищи: самостоятельно, при помощи, кормление персоналом				
2. Тел.	Питьевой режим: самостоятельно, при помощи, нарушение глотания				
Опекунство	КОММУНИКАЦИЯ				
С собой: очки, протезы	Речевые нарушения: нет, незначительные, значительные, отсутствует речь				
Зубные протезы: верх, низ	Слуховые нарушения: нет, незначительные				
Слуховой аппарат: правый левый	ОПОРОЖНЕНИЕ				
Ходунки, коляска	самостоятельно, при помощи, недержание, катетер, вид:				

**Примерные формы ведения записей, отражающих различные аспекты ухода**

Таблица 1

**Пример формы контроля за изменением положения тела**

Дата	Время	Изменение положения тела (правый бок, спина, верхняя часть выше, сидя в постели, коляска, стул, сидя на краю кровати и т.д.)	Подпись
	08:00		
	10:00		
	12:00		
	14:00		
	16:00		
	18:00		
	20:00		
	22:00		
	00:00		
	02:00		
	04:00		
	06:00		

Таблица 2

**Пример формы контроля наличия болей**

Дата/время	Состояние боли по оценочной шкале	Локализация боли	Субъективная оценка состояния (общее состояние)	Возникновение боли (в покое, при движении, при прикосновении)	Что принято (медикаменты, беседы, массаж и т.д.)	Результативность (что уменьшило боль, что обострило)	Подпись

**Пример формы протокола падений**

Ф.И.О. _____
Год рождения _____ № комнаты _____
Дата падения _____ время падения _____ место падения _____
Кто обнаружил _____
Где обнаружили _____
В каком состоянии (в сознании, без сознания) _____
Версия падения персонала _____
Версия падения подопечного _____
Визуальный осмотр (наличие видимых повреждений) _____
_____
Жалобы подопечного на болевые ощущения: да нет
Если «да»: локализация боли _____
Характер боли _____ (при движении, в покое, при прикосновении)
Принятые меры (вызвали скорую помощь, госпитализация, сообщили лечащему врачу, передали по смене о дальнейшем наблюдении, сообщили директору) _____
Комментарии _____
_____
Подпись м/с _____ Расшифровка _____

Таблица 4

**Пример формы учета врачебных назначений**

Дата назначения, врач	Название лекарственного средства	Форма	Примечание	Режим дозирования				Дата отмены
				утро	обед	вечер	ночь	

Таблица 5

**Пример формы ведения данных об артериальном давлении**

Дата	Время	Артериальное давление, мм рт. ст.	Пульс в минуту	Примечание

Таблица 6

**Пример ведения формы учета физиологических отправления**

Дата/время	Наличие дефекации	Характеристика стула	Примечание

Таблица 7

**Пример ведения формы учета данных о приеме жидкости**

Дата	Время	Наименование напитка	Количество, мл

## Приложение 4

**Порядок выявления граждан пожилого возраста  
и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе,  
на территории Новгородской области**

1. Настоящий Порядок определяет механизмы выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе, и действия работников комплексных центров социального обслуживания населения (далее – комплексные центры) при организации работы по выявлению реальной потребности в долговременном уходе у граждан пожилого возраста и инвалидов.

2. К механизмам выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе, относится:

- проведение информационных кампаний;
- обеспечение доступности передачи информации о гражданах пожилого возраста и инвалидах, нуждающихся в долговременном уходе;
- организация информационного взаимодействия;
- проведение опросов и/или анкетирования.

3. Проведение информационных кампаний включает:

подготовку и распространение с использованием всех доступных ресурсов справочных материалов (проспектов, буклетов, информационных листовок, флаеров) о возможностях системы долговременного ухода и порядке получения социальных услуг по долговременному уходу;

организацию тематических акций и событий для средств массовой информации, содержащих положительные результаты внедрения системы долговременного ухода.

4. Для распространения справочных материалов о возможностях системы долговременного ухода и порядке получения социальных услуг по долговременному уходу и обеспечения доступности соответствующей информации для населения комплексные центры организуют сотрудничество с главами сельских поселений, старостами сельских населенных пунктов, медицинскими организациями, общественными организациями, территориальными отделами Пенсионного фонда Российской Федерации по Новгородской области, территориальными бюро медико-социальной экспертизы, многофункциональными центрами, управляющими компаниями и това-

риществами собственников жилья, работниками отделений почтовой связи Новгородской области.

5. Для обеспечения доступности передачи информации от заинтересованных лиц или организаций о гражданах пожилого возраста и инвалидах, нуждающихся в долговременном уходе, комплексные центры создают условия для беспрепятственного поступления информации, в том числе:

размещают в общедоступных для населения местах информацию о своих контактах: адресах расположения комплексного центра с указанием схемы проезда и движения общественного транспорта, номерах телефонов, адресах электронных почтовых ящиков;

обеспечивают на сайте простую форму обратной связи;

организуют горячие линии по вопросам социального обслуживания, в том числе предоставления долговременного ухода.

6. Информационное взаимодействие предусматривает обмен информацией между комплексными центрами и организациями, обладающими сведениями о гражданах пожилого возраста и инвалидах.

7. С целью получения сведений о гражданах пожилого возраста и инвалидах комплексные центры организуют взаимодействие с органами местного самоуправления, поселковыми администрациями, территориальными отделами Пенсионного фонда Российской Федерации по Новгородской области, территориальными бюро медико-социальной экспертизы, медицинскими организациями, общественными организациями.

8. Обмен информацией осуществляется как на бумажном носителе, так и в электронной форме в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Федеральный закон) и статьи 13 «Соблюдение врачебной тайны» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

9. Проведение опросов и анкетирования граждан, обращающихся в органы местного самоуправления, территориальные отделы Пенсионного фонда Российской Федерации по Новгородской области, территориальные бюро медико-социальной экспертизы, медицинские организации, осуществляется комплексными центрами, в том числе с привлечением волонтеров, в соответствии с опросником.

10. Проведение опросов и/или анкетирования осуществляется как в отношении граждан пожилого возраста и инвалидов, потенциально нуждающихся в обеспечении долговременного ухода, так и иных граждан, потенциально имеющих родственников, соседей, знакомых, нуждающихся в обеспечении долговременного ухода.

11. Информация о гражданах пожилого возраста и инвалидах, полученная в ходе выявления, используется комплексными центрами для проведе-

ния их типизации и организации работы по принятию на социальное обслуживание и/или обеспечению социального сопровождения.

12. После проведения типизации комплексными центрами формируются реестры граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе, и направляются в Координационный центр приема и обработки информации для включения в единую информационную базу данных.

13. Сведения о гражданах пожилого возраста и инвалидах, нуждающихся в долговременном уходе, относятся в соответствии с законодательством Российской Федерации к персональным данным граждан. При формировании реестра, при использовании информации, содержащейся в реестре, обеспечивается сбор, хранение, обработка и представление информации в соответствии с требованиями Федерального закона.

## *Приложение 5*

### **Положение о деятельности областного координационного центра по приему и обработке информации о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе**

#### **1. Общие положения**

1.1. Настоящее Положение определяет порядок функционирования областного координационного центра по приему и обработке информации о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе (далее – Координационный центр).

1.2. Координационный центр создается в целях сбора и обработки информации о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе, и совершенствования механизмов их выявления.

1.3. Координационный центр создается на базе областного автономного учреждения социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения Великого Новгорода и Новгородского района» (далее – Новгородский КЦСО) по адресу: Великий Новгород, ул. Козьмодемьянская, д. 5/5.

1.4. Деятельность Координационного центра осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами Новгородской области и настоящим Положением.

1.5. Организационная структура Координационного центра включает в себя руководителя (администратора) и операторов.

1.6. Руководитель (администратор) осуществляет управление и контроль за деятельностью Координационного центра в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Положением и обеспечивает:

реализацию задач и функций Координационного центра;  
управление операторами Координационного центра;  
создание условий для бесперебойного функционирования Координационного центра.

1.7. Операторы Координационного центра:  
осуществляют прием информации о гражданах, нуждающихся в социальном обслуживании и долговременном уходе;

формируют единую информационную базу данных граждан, нуждающихся в долговременном уходе;

осуществляют взаимодействие с социальными координаторами.

1.8. Координационный центр имеет право:

взаимодействовать с организациями, участвующими в создании системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Новгородской области, получать от них информацию, необходимую для достижения цели и выполнения задач, определенных разделом 2 настоящего Положения;

участвовать в подготовке нормативных и методических документов по вопросам создания и функционирования системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами;

участвовать в организации, проведении и работе региональных совещаний, конференций и других мероприятий по профилю своей деятельности.

1.9. Координационный центр обязан:

обеспечивать постоянное информационное взаимодействие с населением, заинтересованными общественными организациями и социальными координаторами организаций социального обслуживания и медицинских организаций;

осуществлять сбор, накопление, обработку, анализ и интеграцию информации о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе;

предоставлять информацию в министерство труда и социальной защиты населения Новгородской области для подготовки сведений, докладов и других материалов в вышестоящие организации.

1.10. Информация о деятельности Координационного центра размещается на интерактивном портале социальной защиты Новгородской области и официальном сайте Новгородского КЦСО в телекоммуникационной сети Интернет.

1.11. Понятия и определения, используемые в настоящем Положении:  
типизация – определение персональной нуждаемости граждан в долговременном уходе в зависимости от степени утраты их способности либо возможности осуществлять самостоятельно самообслуживание;

социальные координаторы – специалисты организаций социального обслуживания и медицинских организаций, обеспечивающие маршрутизацию граждан, находящихся в медицинских организациях, нуждающихся после завершения лечения в дальнейшем уходе и состоящих на социальном обслуживании, нуждающихся в лечении в медицинских организациях;

информационная база данных – реестр граждан, нуждающихся в долговременном уходе, включающий в том числе сведения о результатах типизации, принятии или отказе от принятия на социальное обслуживание.

## **2. Цели и задачи Координационного центра**

2.1. Деятельность Координационного центра направлена на аккумуляцию полноценной, оперативной и актуальной информации о гражданах пожилого возраста и инвалидах, проживающих на территории Новгородской области, нуждающихся в долговременном уходе (далее – граждане), в целях своевременного предоставления им социальных услуг и медицинской помощи.

2.2. Основными задачами Координационного центра являются:

– информирование населения о порядке и условиях предоставления услуг по долговременному уходу;

– прием и обработка информации от населения, социальных координаторов организаций социального обслуживания и медицинских организаций, иных заинтересованных органов и организаций о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе;

– формирование и ведение информационной базы данных о гражданах.

## **3. Порядок приема и обработки информации, ведения информационной базы**

3.1. Операторы Координационного центра информируют население по вопросам предоставления услуг по долговременному уходу, принимают и фиксируют поступившую от населения, социальных координаторов организаций социального обслуживания и медицинских организаций, иных заинтересованных органов и организаций информацию о гражданах (фамилия, имя, отчество, адрес проживания).

3.2. В течение одного рабочего дня с момента получения информации операторы Координационного центра передают ее в комплексные центры социального обслуживания по месту жительства граждан для проведения функциональной диагностики и типизации выявленных граждан.

3.3. Проведение функциональной диагностики и типизация и оформление акта обследования условий жизнедеятельности и бланка функциональной диагностики гражданина проводятся комплексными центрами в течение трех рабочих дней с момента получения информации от операторов Координационного центра.

3.4. После проведения функциональной диагностики и типизации выявленных граждан комплексными центрами формируются реестры и направляются в течение одного рабочего дня с даты проведения типизации в Координационный центр для включения в информационную базу данных.

3.5. Гражданам, согласившимся на социальное обслуживание, комплексными центрами оказывается содействие в подготовке документов для признания их нуждающимися в социальном обслуживании и оформления с учетом результатов типизации на социальное обслуживание на дому или в стационарной форме социального обслуживания.

3.6. Информация о гражданах, отказавшихся от функциональной диагностики и типизации, включается в реестр и направляется в Координационный центр с пометкой «отказался от обследования, дата» с приложением отказа, подписанного гражданином или родственником, осуществляющим за ним уход.

3.7. Информация о гражданах, нуждающихся в получении медицинской помощи, в том числе в стационарных медицинских учреждениях, передается комплексными центрами в медицинские организации в соответствии с заключенными соглашениями.

3.8. Операторы Координационного центра заносят информацию из реестров, представленных комплексными центрами, в информационную базу данных.

3.9. Ежеквартально операторами Координационного центра проводится мониторинг информационной базы. Информация о гражданах, отказавшихся при первом посещении от обследования функциональной диагностики и типизации, включенных в информационную базу, направляется в комплексные центры для повторного посещения.

3.10. Передача, систематизация и обработка информации осуществляются в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**Порядок информационного обмена о гражданах, получающих социальные услуги в организациях социального обслуживания и медицинскую помощь в медицинских организациях, в рамках реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Рязанской области**

1. Информационный обмен осуществляется в рамках соглашения между министерством труда и социальной защиты населения Рязанской области и министерством здравоохранения Рязанской области о межведомственном взаимодействии при осуществлении социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказании им медицинской помощи от 22 мая 2018 года.

2. Информационный обмен осуществляется в отношении граждан, получающих социальные услуги в организациях социального обслуживания и медицинскую помощь в медицинских организациях.

3. Сведения в рамках информационного обмена передаются через координационные центры в сфере здравоохранения и социального обслуживания (далее – КЦ в сфере здравоохранения, КЦ в сфере социального обслуживания).

4. Медицинские организации (социальные координаторы) передают в КЦ в сфере здравоохранения сведения в соответствии с форматом.

Стационарные медицинские организации (социальные координаторы) при установлении признаков нуждаемости в уходе у гражданина передают сведения за два дня до выписки его из медицинского стационара.

Амбулаторно-поликлинические медицинские организации (социальные координаторы) передают сведения в день установления признаков нуждаемости в уходе у гражданина.

5. КЦ в сфере здравоохранения обрабатывает и передает полученные сведения в течение одного рабочего дня в КЦ в сфере социального обслуживания.

6. КЦ в сфере социального обслуживания при поступлении информации от КЦ в сфере здравоохранения в течение одного рабочего дня сверяет сведения в электронном социальном регистре населения (далее – ЭСРН) о получении гражданином социальных услуг в организациях социального обслуживания и передает информацию о гражданине в комплексный центр

социального обслуживания населения (КЦСОН) по месту фактического проживания гражданина в Рязанской области.

7. В случае если гражданин не является получателем социальных услуг:

7.1. Специалисты КЦСОН при получении информации выходят по месту фактического проживания гражданина для проведения типизации и установления обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности (ст. 15 Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»).

При установлении обстоятельств гражданин признается нуждающимся в социальном обслуживании и на него составляется индивидуальная программа предоставления социальных услуг с учетом медицинских рекомендаций.

7.2. КЦСОН в КЦ в сфере социального обслуживания передает:

– результат проведения типизации, номер индивидуальной программы предоставления социальных услуг, индивидуальный план ухода;  
– или отказ от социального обслуживания.

8. В случае если гражданин является получателем социальных услуг:

8.1. Специалисты КЦСОН при получении информации выходят по месту фактического проживания гражданина для проведения работы по корректировке индивидуальной программы предоставления социальных услуг и/или индивидуального плана ухода с учетом медицинских рекомендаций, при необходимости составляется индивидуальный план ухода.

8.2. КЦСОН в КЦ в сфере социального обслуживания передает информацию о гражданине и скорректированных мероприятиях, отраженных в индивидуальной программе предоставления социальных услуг и/или индивидуального плана ухода с учетом рекомендаций врача по уходу или отказ от корректировки индивидуальной программы предоставления социальных услуг и/или индивидуального плана ухода.

9. Организации социального обслуживания в КЦ в сфере социального обслуживания передают сведения об ухудшении здоровья получателя социальных услуг.

Информация об ухудшении здоровья получателя социальных услуг в КЦ в сфере социального обслуживания передается по мере поступления сведений социальным координаторам КЦСОН от специалистов отделения социального обслуживания на дому о получателях социальных услуг.

При резком ухудшении здоровья получателя социальных услуг помощник по уходу (социальный работник) вызывает скорую медицинскую помощь и передает данные о резком ухудшении здоровья получателя соци-

альных услуг социальному координатору КЦСОН. Социальный координатор КЦСОН в течение часа передает информацию об ухудшении здоровья непосредственно социальному координатору медицинской организации, после чего сообщает о резком ухудшении здоровья получателя социальных услуг в КЦ в сфере социального обслуживания.

10. КЦ в сфере социального обслуживания обрабатывает полученные сведения и в течение часа после поступления информации от КЦСОН передает данные в КЦ в сфере здравоохранения.

11. КЦ в сфере здравоохранения обрабатывает полученные сведения и в течение часа передает данные в медицинскую организацию ответственному специалисту, назначенному руководителем (далее – ответственный специалист) для оказания необходимой помощи.

12. Ответственный специалист организует оказание необходимой медицинской помощи, в том числе при наличии показаний в стационарных условиях, по завершении случая оказания медицинской помощи передает информацию в КЦ в сфере здравоохранения.

13. КЦ в сфере здравоохранения в течение суток передает в КЦ в сфере социального обслуживания информацию о проведенных мероприятиях и/или рекомендации по уходу за получателем социальных услуг.

14. Контроль за проведенными мероприятиями в сфере здравоохранения и социального обслуживания осуществляется КЦ в сфере здравоохранения и социального обслуживания.

15. Внутренний порядок обработки информации, полученной из КЦ в сфере здравоохранения и социального обслуживания, разрабатывается и утверждается директорами КЦСОН и главными врачами учреждений здравоохранения.

16. Информация о гражданах, прошедших типизацию в организациях социального обслуживания и отнесенных к V и VI функциональным группам, предоставляется в КЦ в сфере здравоохранения в соответствии с утвержденным порядком обмена информацией о гражданах, прошедших типизацию в организациях социального обслуживания и отнесенных к V и VI функциональным группам, с целью оказания им необходимой паллиативной медицинской помощи.

#### **Порядок обмена информацией о гражданах, прошедших типизацию в организациях социального обслуживания и отнесенных к V и VI функциональным группам**

1. Информационный обмен осуществляется в рамках соглашения между министерством труда и социальной защиты населения Рязанской об-

ласти и министерством здравоохранения Рязанской области о межведомственном взаимодействии при осуществлении социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказании им медицинской помощи от 22.05.2018.

2. Информационный обмен осуществляется в отношении граждан, прошедших типизацию в организациях социального обслуживания и отнесенных к V и VI функциональным группам, с целью оказания им необходимой паллиативной медицинской помощи.

3. Сведения в рамках информационного обмена передаются через координационные центры в сфере здравоохранения и социального обслуживания (далее – КЦ в сфере здравоохранения, КЦ в сфере социального обслуживания).

4. Организации социального обслуживания информацию о гражданах, отнесенных к V и VI функциональным группам, передают по мере их выявления в КЦ в сфере социального обслуживания, далее данные передаются в КЦ в сфере здравоохранения.

КЦ в сфере здравоохранения передает предоставленную информацию медицинской организации.

5. Медицинские организации по мере выявления граждан, которым требуется (предоставлена) паллиативная медицинская помощь и имеющих признаки нуждаемости в уходе, передают сведения в КЦ в сфере здравоохранения, далее сведения передаются в КЦ в сфере социального обслуживания.

КЦ в сфере социального обслуживания передает предоставленную информацию организации социального обслуживания.

6. Контроль за проведенными мероприятиями в сфере здравоохранения и социального обслуживания осуществляется КЦ в сфере здравоохранения и социального обслуживания.

*Приложение 7*

#### **Порядок типизации граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в социальном обслуживании, на территории Новгородской области**

1. Настоящий Порядок устанавливает действия работников комплексных центров социального обслуживания населения (далее – комплексные центры) при организации работы по оценке степени утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно пере-

двигаться, обеспечивать основные жизненные потребности у граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в социальном обслуживании (далее – оценка утраты функциональности, граждане).

2. Оценка утраты функциональности проводится в целях признания нуждающимися в социальном обслуживании, определения формы социального обслуживания и персональной нуждаемости граждан в социальных услугах.

3. Оценка утраты функциональности осуществляется в отношении граждан, обратившихся в областной координационный центр приема и обработки информации о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе (далее – Координационный центр), государственное областное казенное учреждение «Центр по организации социального обслуживания и предоставления социальных выплат» (далее – Центр социального обслуживания и выплат).

Оценка утраты функциональности у граждан, информация о которых поступила в Координационный центр и комплексные центры от социальных координаторов организаций социального обслуживания и медицинских организаций, иных заинтересованных органов и организаций, осуществляется только с их согласия.

4. В течение одного рабочего дня с момента получения информации о гражданах, нуждающихся в социальном обслуживании, операторы Координационного центра и специалисты Центра социального обслуживания и выплат передают ее в комплексные центры по месту жительства граждан для организации работы по проведению оценки утраты их функциональности.

5. Оценка утраты функциональности проводится комплексными центрами в течение трех рабочих дней с момента получения информации о гражданах, нуждающихся в социальном обслуживании.

6. Оценка утраты функциональности осуществляется на основании акта обследования условий жизнедеятельности гражданина и бланка функциональной диагностики.

7. По результатам проведенной оценки утраты функциональности граждане типизируются по следующим группам индивидуальной потребности в постороннем уходе:

группа 1 (0–3 балла) – граждане, полностью сохранившие способность к самообслуживанию и самостоятельность в повседневных действиях;

группа 2 (3,25–4,5 балла) – граждане без нарушения когнитивных функций, частично утратившие способность к самообслуживанию, нуждающиеся в незначительной помощи для соблюдения личной гигиены;

группа 3 (4,75–6 баллов) – граждане без нарушения когнитивных функций, частично утратившие способность к самообслуживанию, пользующиеся техническими средствами реабилитации, нуждающиеся в оказании помощи в передвижении по дому, одевании и соблюдении личной гигиены, в том числе купании, в приготовлении пищи и проведении уборки;

группа 4 (6,25–10,75 балла) – граждане, частично утратившие способность к самообслуживанию вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма, обусловленным заболеванием, травмой, возрастом или наличием инвалидности, приводящим к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию, но чаще всего сохранившие психическую самостоятельность, нуждающиеся в значительной помощи для выполнения действий повседневной жизни;

группа 5 (11–15,75 балла) – граждане, полностью утратившие способность к самообслуживанию и выполнению инструментальных бытовых действий без посторонней помощи, с частичным расстройством психических функций, нуждающиеся в значительной помощи в самообслуживании с использованием вспомогательных средств и/или с помощью других лиц;

группа 6 (16–25 баллов) – граждане, полностью утратившие способность к самообслуживанию и выполнению инструментальных бытовых действий без посторонней помощи, с сильно нарушенными психическими функциями, нуждающиеся ежедневно и неоднократно в значительной помощи в самообслуживании с использованием вспомогательных средств и/или с помощью других лиц и/или нуждающиеся в паллиативной помощи и ежедневном присутствии помощников.

8. Результаты типизации граждан старше 60 лет направляются социальными координаторами организаций социального обслуживания в медицинские организации для получения гериатрического заключения в соответствии с соглашениями о взаимодействии, заключенными между организациями социального обслуживания и медицинскими организациями, с учетом требований Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

9. Акт обследования условий жизнедеятельности гражданина и бланк функциональной диагностики направляются в течение одного дня с даты оформления комплексными центрами в Центр социального обслуживания и выплат для признания гражданина нуждающимся в социальном обслуживании и оформления индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

10. С учетом результатов проведенной оценки утраты функциональности и типизации специалисты Центра социального обслуживания и выплат

**Перечень услуг, оказываемых «Сиделкой  
(помощником по уходу)» за счет внебюджетных средств**

№ п/п	Наименование услуг
<b>1</b>	<b>Услуги общего ухода и помощи при осуществлении повседневной деятельности лицам, нуждающимся в постороннем уходе:</b>
1.1	Содействие в организации безопасной среды, адаптированной к потребностям лиц, нуждающихся в постороннем уходе (переоборудование жилого помещения, мебели и пр.)
1.2	Оказание помощи при передвижении лиц, нуждающихся в постороннем уходе, с использованием технических, специальных и подручных средств (в пределах жилого помещения)
1.3	Осуществление позиционирования, подъема, поворотов и перемещения лиц, нуждающихся в постороннем уходе, в постели
1.4	Смена нательного белья лицам, нуждающимся в постороннем уходе
1.5	Оказание помощи при смене одежды лицам, нуждающимся в постороннем уходе
1.6	Оказание помощи в проведении ежедневных процедур личной гигиены лицам, нуждающимся в постороннем уходе (помощь в умывании лица, в мытье рук и ног)
1.7	Проведение ежедневных процедур личной гигиены лицам, нуждающимся в постороннем уходе (умывание лица, мытье рук и ног)
1.8	Оказание помощи в принятии душа и (или) ванны и (или) бани
1.9	Помощь в бритье лицам, нуждающимся в посторонней помощи
1.10	Стрижка ногтей без патологий лицам, нуждающимся в посторонней помощи
1.11	Оказание помощи при физиологических отправлениях:
1.11.1	смена памперса;
1.11.2	подача и вынос судна;
1.11.3	мытьё и дезинфекция судна
1.12	Наблюдение за самочувствием лиц, нуждающихся в постороннем уходе, в повседневной деятельности, во время процедур ухода
<b>2</b>	<b>Организация приема пищи и проведение кормления лиц, нуждающихся в постороннем уходе:</b>
2.1	Доставка (приготовление) блюд в соответствии с назначенным лечебным питанием
2.2	Подогрев готовой пищи
2.3	Подготовка лица, нуждающегося в постороннем уходе, к приему пищи за столом
2.4	Накрывание стола для приема пищи лицами, нуждающимися в постороннем уходе, за столом
2.5	Подготовка пищи и прикроватного столика для проведения кормления лица, нуждающегося в постороннем уходе
2.6	Оказание помощи в приеме пищи лицам, нуждающимся в постороннем уходе
2.7	Проведение кормления в постели лица, нуждающегося в постороннем уходе
2.8	Наблюдение за состоянием лица, нуждающегося в постороннем уходе, во время приема пищи (кормления)
2.9	Уборка прикроватного столика (стола) после еды

признают граждан нуждающимися в социальном обслуживании в следующих формах социального обслуживания:

10.1. Граждане, отнесенные к 1-й и 2-й группам индивидуальной потребности в постороннем уходе, признаются нуждающимися в социальном обслуживании в полустационарной форме социального обслуживания;

10.2. Граждане, отнесенные к 2–6-й группам индивидуальной потребности в постороннем уходе, признаются нуждающимися в социальном обслуживании в форме социального обслуживания на дому;

10.3. Граждане, отнесенные к 5-й и 6-й группам индивидуальной потребности в постороннем уходе, признаются нуждающимися в социальном обслуживании в стационарной форме социального обслуживания.

10.4. Социальное обслуживание в стационарной форме социального обслуживания может предоставляться также гражданам, отнесенным к 3-й и 4-й группам индивидуальной потребности в постороннем уходе, при наличии одного из следующих факторов риска:

- отсутствие жилья, аварийное состояние жилья, проживание в доме без удобств;

- высокий риск для жизни вследствие отсутствия необходимого наблюдения;

- отсутствие родственников или наличие причин, обуславливающих невозможность ухода со стороны родственников, подтвержденных документально.

Аварийное состояние жилья подтверждается заключением муниципальной межведомственной комиссии о признании строения или помещения аварийным, отсутствие родственников – справкой о составе семьи, наличие причин, обуславливающих невозможность ухода со стороны родственников, – справкой федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы об установлении нерабочей группы инвалидности родственников.

11. Признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании осуществляется в соответствии с Порядком признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании на территории Новгородской области, утвержденным приказом департамента труда и социальной защиты населения Новгородской области от 28.11.2014 № 915.

**Порядок предоставления социальных услуг  
в полустационарной форме социального обслуживания  
в условиях сопровождаемого проживания**

**Раздел 1. Общие положения**

1.1. Порядок предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в условиях сопровождаемого проживания (далее – Порядок) разработан в соответствии с требованиями статьи 27 Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» и распространяется на граждан Российской Федерации, на иностранных граждан и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территории Волгоградской области, беженцев, а также на юридических лиц независимо от их организационно-правовой формы и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих социальное обслуживание в полустационарной форме на территории Волгоградской области.

1.2. Порядок регулирует предоставление социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, входящих в перечень социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, установленный статьей 10 Закона Волгоградской области от 6 ноября 2014 года № 140-ОД «О социальном обслуживании граждан в Волгоградской области» (далее – социальные услуги, Закон Волгоградской области № 140-ОД), и устанавливает требования к качеству и объему предоставления социальных услуг, а также правила предоставления социальных услуг поставщика социальных услуг.

1.3. Понятия, используемые в настоящем Порядке, применяются в значениях, определенных Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

В настоящем Порядке используются следующие понятия:

стоимость социальных услуг в месяц – оцененная и рассчитанная на основе тарифов на социальные услуги стоимость объема (набора) социальных услуг, предусмотренного договором о предоставлении социальных услуг;  
размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг – стоимость предоставляемых социальных услуг в месяц, рассчитываемая поставщиком социальных услуг, не превышающая размер платы за предоставление социальных услуг, утвержденный приказом комитета соци-

№ п/п	Наименование услуг
2.10	Удаление пищевых отходов после еды
2.11	Подготовка питья, помощь в питье лицам, нуждающимся в постороннем уходе
<b>3</b>	<b>Повседневное наблюдение за самочувствием и состоянием здоровья лиц, нуждающихся в постороннем уходе:</b>
3.1	Оказание содействия лицам, нуждающимся в постороннем уходе, в проведении оздоровительных мероприятий и здорового образа жизни в соответствии с назначением врача
3.2	Контроль соблюдения лицом, нуждающимся в постороннем уходе, рекомендаций лечащего врача по приему лекарственных препаратов
3.3	Контроль соблюдения лицом, нуждающимся в постороннем уходе, рекомендаций лечащего врача по двигательному режиму
3.4	Контроль соблюдения лицом, нуждающимся в постороннем уходе, рекомендаций лечащего врача по лечебному питанию
3.5	Измерение основных показателей жизнедеятельности (температура тела, пульс, частота дыхания и артериальное давление) по назначению врача
3.6	Выполнение простых процедур общего ухода по назначению врача (закапывание капель в глаза, нос, уши, проведение очистительных клизм, прикладывание грелки)
3.7	Регистрация мероприятий, связанных с уходом, изменений состояния и ответной реакции лица, нуждающегося в постороннем уходе (ведение документации)
3.8	Вызов врача при непредвиденном ухудшении состояния лица, нуждающегося в постороннем уходе, и немедленное информирование родственников (законных представителей)
3.9	Оказание первой помощи лицам, нуждающимся в постороннем уходе (при необходимости)
<b>4</b>	<b>Обеспечение досуга лиц, нуждающихся в постороннем уходе:</b>
4.1	Организация различных видов досуга:
4.1.1	чтение;
4.1.2	просмотр телевизионных передач;
4.1.3	прослушивание музыки;
4.1.4	занятия творческой деятельности;
4.1.5	общения
4.2	Содействие посильной трудовой деятельности, значимой для лица, нуждающегося в постороннем уходе
4.3	Сопровождение лица, нуждающегося в постороннем уходе, за пределами дома (квартиры), на прогулках
4.4	Сопровождение лица, нуждающегося в постороннем уходе, на прогулках
4.5	Наблюдение за настроением и самочувствием лица, нуждающегося в постороннем уходе, во время досуга, информирование родственников
<b>5</b>	<b>Поддержание санитарных норм жизнедеятельности лиц, нуждающихся в постороннем уходе:</b>
5.1	Поддержание санитарного состояния жилого помещения, соблюдение санитарных норм в повседневной жизнедеятельности лица, нуждающегося в постороннем уходе
5.2	Содержание в чистоте и порядке одежды лица, нуждающегося в постороннем уходе
5.3	Содержание в чистоте и порядке белья лица, нуждающегося в постороннем уходе
5.4	Оказание помощи в приготовлении пищи лицу, нуждающемуся в постороннем уходе

альной защиты населения Волгоградской области от 16 ноября 2015 года № 1612 «Об утверждении размера ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому и в полустационарной форме социального обслуживания и Порядка взимания ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в форме социального обслуживания на дому и в полустационарной форме социального обслуживания» (далее – приказ комитета № 1612).

1.4. Категория получателей социальных услуг – инвалиды I и II групп старше 18 лет, признанные в установленном порядке нуждающимися в социальном обслуживании в полустационарной форме в условиях сопровождаемого проживания на основании наличия следующих обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия их жизнедеятельности (в ред. приказа комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 29.10.2018 № 1817): полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности.

Вышеуказанная в настоящем пункте категория граждан далее именуется «получатели социальных услуг» (абзац введен приказом комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 29.10.2018 № 1817).

1.5. Предоставление социальных услуг получателям социальных услуг осуществляется в соответствии с требованиями следующих нормативных правовых актов:

Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

Закона Волгоградской области от 6 ноября 2014 года № 140-ОД «О социальном обслуживании граждан в Волгоградской области».

1.6. Предоставление социального обслуживания в полустационарной форме в условиях сопровождаемого проживания направлено на предоставление инвалидам социальных услуг, проведение мероприятий по социальному сопровождению инвалидов (содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам) в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности и выработки навыков, обеспечивающих максимально возможную самостоятельность в реализации основных жизненных потребностей (организация быта, досуга, общения и социальных связей), и адаптации к самостоятельной жизни.

1.7. Порядок обязателен для исполнения поставщиками социальных услуг.

## Раздел 2. Стандарт социальной услуги

2.1. Социальное обслуживание получателей социальных услуг осуществляется с учетом их индивидуальной потребности в предоставлении социальных услуг, указанной в индивидуальной программе предоставления социальных услуг (далее – индивидуальная программа).

Получателям социальных услуг с учетом их индивидуальных потребностей предоставляются следующие виды социальных услуг:

социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи;

социально-педагогические, направленные на формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга;

социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;

услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности.

2.2. Описание социальных услуг, их объем.

№ п/п	Наименование социальных услуг	Требования к объему социальных услуг	Описание социальных услуг
1. Социально-бытовые			
1.1	Предоставление площади жилых помещений в соответствии с утвержденными нормативами	в течение всего периода социального обслуживания	жилая площадь должна соответствовать санитарно-гигиеническим нормам и обеспечивать удобство проживания получателей социальных услуг. Все жилые помещения должны отвечать требованиям безопасности, в том числе противопожарным, быть доступными для инвалидов и маломобильных групп. Генеральная и влажная уборки осуществляются в соответствии с требованиями СП 2.1.2.3358-16

№ п/п	Наименование социальных услуг	Требования к объему социальных услуг	Описание социальных услуг
1.2	Обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями) согласно утвержденным нормативам	в течение всего периода социального обслуживания. Замена постельного белья производится один раз в семь дней; матрацы, подушки, одеяла подвергаются камерной дезинфекции по мере загрязнения	получатели социальных услуг обеспечиваются мягким инвентарем в соответствии с нормативами, утвержденными комитетом социальной защиты населения Волгоградской области. Мягкий инвентарь должен поддерживаться в надлежащем состоянии. После прекращения предоставления социальных услуг, а также по мере загрязнения матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. В случае использования для покрытия матрацев чехлов из материала, допускающего влажную дезинфекцию, камерная обработка не требуется. У поставщика социальных услуг должен быть обменный фонд мягкого инвентаря, для хранения которого предусматривается специальное помещение
1.3	Предоставление в пользование мебели	в течение всего периода социального обслуживания	в жилых помещениях должны быть установлены кровати (однорусные, односпальные). Кровати стандартные и соответствуют росту получателя социальных услуг, тумбочки и стулья соответствуют числу получателей социальных услуг
<b>2. Социально-медицинские</b>			
2.1	Содействие при оказании медицинской помощи (покупка за счет средств получателя социальных услуг лекарственных средств и изделий медицинского назначения и доставка их на дом, сопровождение получателей социальных услуг в медицинские организации, взаимодействие с лечащим врачом, в том числе по получению рецептов и др.)	оказывается при необходимости	услуга предоставляется своевременно и обеспечивает потребности получателя социальных услуг в медицинской помощи. Не допускается задержка в предоставлении услуги, вызывающая ухудшение состояния здоровья получателя социальных услуг. Содействие в оказании медицинской помощи предоставляется в следующих формах:

№ п/п	Наименование социальных услуг	Требования к объему социальных услуг	Описание социальных услуг
2.1.1	организация посещения медицинской организации	оказывается не чаще одного раза в месяц	организация посещения медицинской организации;
2.1.2	сопровождение получателя социальных услуг в медицинские организации	оказывается не чаще одного раза в месяц	сопровождение получателя социальных услуг в медицинские организации;
2.1.3	содействие в прохождении диспансеризации	оказывается не чаще одного раза в год	содействие в прохождении диспансеризации
2.2	Выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств и другое)	оказывается по назначению врача	контроль за приемом лекарств способствует своевременному и точному исполнению врачебных назначений и направлен на сохранение здоровья получателей социальных услуг
2.2.1	контроль за приемом лекарств	оказывается по назначению врача, но не чаще трех раз в день	
2.3	Проведение оздоровительных мероприятий	мероприятия проводятся с учетом состояния здоровья и погодных условий	оздоровительные мероприятия включают оздоровительную гимнастику.
2.3.1	оздоровительная гимнастика	ежедневно	Время проведения оздоровительных мероприятий и их необходимость определяется с учетом состояния здоровья получателя социальных услуг
<b>3. Социально-психологические</b>			
3.1	Социально-психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений	первичное консультирование в целях выявления проблем, определения объема и видов психологической помощи при поступлении, в дальнейшем при необходимости в течение всего периода социального обслуживания	предоставление услуги должно обеспечить оказание квалифицированной помощи в решении возникших социально-психологических проблем, способствовать мобилизации внутренних ресурсов получателя социальных услуг. Услуга предоставляется специалистом, имеющим высшее или среднее профессиональное психологическое образование

№ п/п	Наименование социальных услуг	Требования к объему социальных услуг	Описание социальных услуг
3.1.1	индивидуальное консультирование	при поступлении, в дальнейшем при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	
3.1.2	групповое консультирование	при поступлении, в дальнейшем при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	
3.2	Проведение психологической диагностики и обследования личности	при поступлении, в дальнейшем при необходимости в течение всего периода социального обслуживания	услуга предоставляется в виде занятий: индивидуальных с использованием бланков; групповых с использованием бланков.
3.2.1	индивидуальная диагностика с использованием бланков	при поступлении, в дальнейшем при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	Услуга предоставляется с использованием современных методов психологической диагностики и обследования личности.
3.2.2	групповая диагностика с использованием бланков	при поступлении, в дальнейшем при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	Услуга предоставляется специалистом, имеющим высшее или среднее профессиональное психологическое образование
3.3	Психологическая коррекция		услуга направлена на развитие адаптационных психологических навыков (коммуникативных, самоконтроля, саморегуляции и т.п.).
3.3.1	индивидуальная	с учетом рекомендаций психолога, но не чаще одного раза в месяц	Услуга предоставляется в виде занятий: индивидуальных; групповых.
3.3.2	групповая	с учетом рекомендаций психолога, но не чаще двух раз в месяц	Предоставление услуги содействует адаптации к условиям проживания, преодолению получателем социальных услуг психотравмирующих и конфликтных ситуаций. Услуга предоставляется специалистом, имеющим высшее или среднее профессиональное психологическое образование

№ п/п	Наименование социальных услуг	Требования к объему социальных услуг	Описание социальных услуг
4. Социально-педагогические			
4.1	Социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование	оказывается при необходимости	услуга предоставляется в виде: социально-педагогического консультирования; педагогической диагностики в виде занятий:
4.1.1	индивидуальное коррекционное занятие	оказывается при необходимости, но не чаще двух раз в месяц	индивидуальных, групповых; педагогической коррекции, консультирования.
4.1.2	групповое коррекционное занятие	оказывается при необходимости, но не чаще двух раз в месяц	Услуга включает в себя выслушивание получателя социальных услуг, совместное формулирование имеющихся у него социально-педагогических проблем, оценку этих проблем на предмет значимости и определение конкретных путей их дальнейшего решения.
4.1.3	индивидуальная диагностика	оказывается при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	Услуга предоставляется специалистом, имеющим высшее или среднее профессиональное педагогическое или социальное образование
4.1.4	групповая диагностика	оказывается при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	
4.1.5	индивидуальное консультирование	оказывается при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	
4.1.6	групповое консультирование	оказывается при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	
5. Социально-правовые			
5.1	Консультирование по социально-правовым вопросам	оказывается при необходимости	услуга направлена на организацию и получение юридической помощи получателями социальных услуг путем разъяснения положений законодательства в той или иной сфере правоотношений, отстаивания прав и законных интересов получателей социальных услуг, в том числе в органах судебной системы Российской Федерации.
5.1.1	индивидуальное консультирование	оказывается при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	Услуга предоставляется специалистом, имеющим юридическое образование
5.1.2	групповое консультирование	оказывается при необходимости, но не чаще одного раза в месяц	

№ п/п	Наименование социальных услуг	Требования к объему социальных услуг	Описание социальных услуг
6. Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов			
6.1	Обучение инвалидов (детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации	оказывается при необходимости, но не чаще двух раз в месяц	услуга заключается в предоставлении информации о назначении, способах и правилах использования технических средств, а также в отработке навыков самостоятельного и уверенного их использования самим получателем социальных услуг
6.2	Обучение навыкам самообслуживания, поведения в быту и общественных местах	оказывается при необходимости	услуга предоставляется в виде занятий: индивидуальных; групповых.
6.2.1	индивидуальное занятие	оказывается при необходимости, но не чаще восьми раз в месяц	Обучение направлено на формирование/поддержание получателя социальных услуг как самостоятельную личность, способную максимально обслужить себя в бытовых условиях, культурную и вежливую, предусмотрительную и благожелательную в отношении к окружающим, внутренне дисциплинированную и разностороннюю, с активной жизненной позицией, позитивными потребностями
6.2.2	групповое занятие	оказывается при необходимости, но не чаще 10 раз в месяц	

(п. 2.2 в ред. приказа комитета социальной защиты населения Волгоградской области от 29.10.2018 № 1817)

### 2.3. Сроки предоставления социальных услуг.

2.3.1. Социальные услуги при социальном обслуживании в полустационарной форме в условиях сопровождаемого проживания предоставляются в течение срока, определенного индивидуальной программой получателя социальных услуг.

При социальном обслуживании в полустационарной форме в условиях сопровождаемого проживания выделяются три варианта предоставления социальных услуг:

а) постоянное сопровождаемое проживание – для инвалидов с тяжелыми множественными нарушениями, ежедневно нуждающихся в постоян-

ном присмотре, помощи и уходе, с длительностью предоставления услуг свыше 8 и до 24 часов в сутки;

б) регулярное сопровождаемое проживание – для инвалидов, которые могут частично обслуживать себя, взаимодействовать и ориентироваться в ближайшем окружении, но каждый день нуждаются в регулярной помощи, в частых напоминаниях, иногда в замещающем исполнении, с длительностью предоставления услуг от 4 до 8 часов в сутки;

в) периодическое сопровождаемое проживание – для инвалидов, которые несколько раз в неделю нуждаются в напоминании, содействии или помощи сопровождающих при исполнении действий для решения отдельных задач организации своей жизни, с длительностью предоставления услуг от 4 до 12 часов в неделю.

### 2.4. Подушевой норматив финансирования социальных услуг.

Подушевой норматив финансирования социальных услуг устанавливается в соответствии с Порядком утверждения подушевых нормативов финансирования социальных услуг, предоставляемых организациями социального обслуживания, подведомственными комитету социальной защиты населения Волгоградской области, утвержденным приказом министерства труда и социальной защиты населения Волгоградской области от 31 декабря 2014 года № 2002.

2.5. Показатели качества и оценка результатов предоставления социальных услуг.

#### 2.5.1. Социальные услуги должны отвечать следующим критериям:

а) полнота предоставления социальных услуг в соответствии с установленными требованиями;

б) своевременность предоставления социальных услуг.

Качество социальных услуг оценивается в том числе путем проведения социальных опросов.

2.5.2. Социальные услуги должны обеспечивать своевременное, полное и в соответствующей форме квалифицированное оказание помощи в решении проблем и вопросов, интересующих получателя социальных услуг, удовлетворять его запросы и потребности в целях создания ему нормальных условий жизнедеятельности.

2.5.3. Социальные услуги должны предоставляться с соблюдением установленных санитарно-гигиенических требований и с учетом состояния здоровья получателя социальных услуг.

2.5.4. Предоставление социальных услуг должно осуществляться в соответствии со статьей 15 Федерального закона от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» с учетом условий доступности предоставления социальных услуг для инвалидов, а также условий, установленных получателю социальных услуг

в индивидуальной программе и договоре о предоставлении социальных услуг.

2.6. В ходе предоставления социальных услуг не допускается разглашение информации, отнесенной законодательством Российской Федерации к информации конфиденциального характера или служебной информации, о получателях социальных услуг лицами, которым эта информация стала известна в связи с исполнением профессиональных, служебных и (или) иных обязанностей. Разглашение информации о получателях социальных услуг влечет за собой ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.6.1. С письменного согласия получателя социальных услуг (или его законного представителя) допускается передача информации о получателе социальных услуг другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах получателя социальных услуг или его законного представителя, включая средства массовой информации и официальный сайт поставщика социальных услуг в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

2.6.2. Предоставление информации о получателе социальных услуг без его согласия допускается:

по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством либо по запросу органов прокуратуры в связи с осуществлением ими прокурорского надзора;

по запросу иных органов, наделенных полномочиями по осуществлению государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания;

при обработке персональных данных в рамках межведомственного информационного взаимодействия, а также при регистрации субъекта персональных данных на едином портале государственных и муниципальных услуг и (или) региональных порталах государственных и муниципальных услуг в соответствии с законодательством об организации предоставления государственных и муниципальных услуг;

в иных установленных законодательством Российской Федерации случаях.

2.6.3. В ходе социального обслуживания получатель социальных услуг имеет право на:

уважительное и гуманное отношение;

получение бесплатно в доступной форме информации о своих правах и обязанностях, видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг, о возможности получения этих услуг бесплатно, а также о поставщиках социальных услуг;

выбор поставщика социальных услуг;

отказ от предоставления социальных услуг;

защиту своих прав и законных интересов в соответствии с законодательством Российской Федерации;

участие в составлении индивидуальной программы;

социальное сопровождение в соответствии со статьей 22 Федерального закона Российской Федерации от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

2.6.4. Получатели социальных услуг обязаны:

предоставлять в соответствии с нормативными правовыми актами Волгоградской области сведения и документы, необходимые для предоставления социальных услуг;

своевременно информировать поставщиков социальных услуг об изменении обстоятельств, обуславливающих потребность в предоставлении социальных услуг;

соблюдать условия договора о предоставлении социальных услуг, в том числе своевременно и в полном объеме ежемесячно оплачивать фактически предоставленные социальные услуги в пределах установленного договором о предоставлении социальных услуг размера ежемесячной платы за предоставление социальных услуг при их предоставлении за плату, частичную или льготную плату;

соблюдать график работы поставщика социальных услуг, правила внутреннего распорядка (бережно относиться к имуществу и оборудованию поставщика социальных услуг, соблюдать чистоту в жилых комнатах, местах общего пользования и т.п.).

2.6.5. При предоставлении социального обслуживания в полустационарной форме поставщик социальных услуг обязан:

соблюдать права человека и гражданина;

обеспечивать неприкосновенность личности и безопасность получателей социальных услуг;

обеспечить ознакомление получателей социальных услуг (представителей) с правоустанавливающими документами, на основании которых поставщик социальных услуг осуществляет свою деятельность и оказывает социальные услуги;

осуществлять свою деятельность в соответствии с Федеральным законом от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», другими федеральными законами, законами и иными нормативными правовыми актами Волгоградской области;

предоставлять социальные услуги получателям социальных услуг в соответствии с индивидуальными программами и условиями договоров, заключенных с получателями социальных услуг или их законными представителями, на основании требований Федерального закона от 28 дека-

бря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

предоставлять бесплатно в доступной форме получателям социальных услуг или их законным представителям информацию об их правах и обязанностях, о видах социальных услуг, сроках, порядке и об условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателя социальных услуг либо о возможности получить их бесплатно;

использовать информацию о получателях социальных услуг в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации требованиями о защите персональных данных;

предоставлять уполномоченному органу Волгоградской области информацию для формирования регистра получателей социальных услуг;

осуществлять социальное сопровождение в соответствии со статьей 22 Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;

предоставлять получателям социальных услуг возможность пользоваться услугами связи, в том числе сети Интернет и услугами почтовой связи;

выделять супругам изолированное жилое помещение для совместного проживания;

обеспечивать получателям социальных услуг возможность свободного посещения их законными представителями, адвокатами, нотариусами, представителями общественных и (или) иных организаций, священнослужителями, а также родственниками и другими лицами в дневное и вечернее время;

обеспечивать сохранность личных вещей и ценностей получателей социальных услуг;

информировать получателей социальных услуг о правилах техники безопасности, пожарной безопасности, эксплуатации предоставляемых приборов и оборудования;

обеспечить получателям социальных услуг условия пребывания, соответствующие санитарно-гигиеническим требованиям, а также надлежащий уход;

исполнять иные обязанности, связанные с реализацией прав получателей социальных услуг на социальное обслуживание.

2.6.6. Поставщики социальных услуг имеют право:

запрашивать соответствующие органы государственной власти, а также органы местного самоуправления и получать от указанных органов информацию, необходимую для организации социального обслуживания;

отказать в предоставлении социальной услуги получателю социальных услуг в случае нарушения им условий договора о предоставлении социальных услуг, заключенного с получателем социальных услуг, а также в случае

выявления медицинских противопоказаний для предоставления социальных услуг в соответствии с заключением медицинской организации;

быть включенными в реестр поставщиков социальных услуг субъекта Российской Федерации;

получать в течение двух рабочих дней информацию о включении их в перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг;

предоставлять получателям социальных услуг по их желанию, выраженному в письменной или электронной форме, дополнительные социальные услуги за плату.

### **Раздел 3. Правила предоставления социальных услуг бесплатно либо за плату/частичную плату или льготную плату**

3.1. Договор о предоставлении социальных услуг.

3.1.1. Социальные услуги предоставляются получателю социальных услуг на основании договора о предоставлении социальных услуг, заключаемого между поставщиком социальных услуг и получателем социальных услуг или его законным представителем (далее – стороны) в течение суток с даты представления индивидуальной программы в соответствии с пунктом 5.1.2 настоящего Порядка.

3.1.2. При заключении с получателем социальных услуг договора о предоставлении социальных услуг поставщик социальных услуг делает отметку на последнем листе индивидуальной программы с указанием даты и номера заключенного договора, ставит подпись руководителя и печать поставщика социальных услуг (при наличии печати).

3.1.3. Существенными условиями договора о предоставлении социальных услуг являются положения, определенные индивидуальной программой, а также размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в случае, если они предоставляются за плату/частичную или льготную плату.

В договоре о предоставлении социальных услуг также указываются условия предоставления социальных услуг бесплатно, за плату/частичную или льготную плату, определяемые поставщиком социальных услуг в соответствии с пунктом 3.2 настоящего Порядка.

3.1.4. При заключении договора о предоставлении социальных услуг виды, наименования социальных услуг, объем, периодичность и сроки их предоставления устанавливаются в соответствии с видами, наименованиями социальных услуг, объемами, периодичностью и сроками их предоставления, предусмотренными индивидуальной программой, и в согласованной сторонами форме являются приложением к договору (далее – согласованный перечень социальных услуг).

В согласованном перечне социальных услуг виды, наименования социальных услуг, объемы и периодичность их предоставления (далее – показатели предоставления социальных услуг) по желанию получателя социальных услуг или его законного представителя, выраженному в письменной заявительной форме, устанавливаются в пределах (могут быть меньше) аналогичных показателей предоставления социальных услуг, установленных в индивидуальной программе.

Форма согласованного перечня социальных услуг разрабатывается и утверждается поставщиком социальных услуг.

Форма согласованного перечня социальных услуг должна содержать: виды социальных услуг, их наименование, объем и периодичность предоставления социальных услуг;

тарифы на социальные услуги, установленные комитетом тарифного регулирования Волгоградской области (далее – тарифы на социальные услуги);

стоимость каждой социальной услуги и стоимость всего заявленного получателем социальных услуг или его законным представителем перечня социальных услуг с учетом периодичности их предоставления;

расчет размера ежемесячной платы за предоставление социальных услуг на основании размера среднедушевого дохода получателя социальных услуг и предельной величины среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно, указанной в пункте 3 статьи 11 Закона Волгоградской области № 140-ОД (далее – предельная величина среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно).

3.1.5. Письменный отказ от предоставления отдельных социальных услуг может быть оформлен получателем социальных услуг или его законным представителем на определенный срок или на весь срок действия индивидуальной программы.

В случае если при заключении договора о предоставлении социальных услуг и оформлении согласованного перечня социальных услуг получатель социальных услуг или его законный представитель отказывается от предоставления отдельных социальных услуг (социальной услуги) на весь срок действия индивидуальной программы, такой отказ оформляется с отметкой в индивидуальной программе. При этом получателю социальных услуг или его законному представителю разъясняются возможные последствия принятого им решения.

Отказ получателя социальных услуг или его законного представителя от предоставления социальных услуг (социальной услуги) освобождает поставщика социальных услуг от ответственности за непредоставление социальных услуг (социальной услуги).

3.2. Условия предоставления социальных услуг бесплатно, за плату/частичную или льготную плату.

3.2.1. Социальные услуги предоставляются бесплатно следующим категориям получателей социальных услуг:

а) лицам, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов;

б) получателям социальных услуг, если на дату обращения их среднедушевой доход ниже предельной величины или равен предельной величине среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно (далее – предельная величина среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно);

в) инвалидам Великой Отечественной войны, инвалидам боевых действий;

г) участникам Великой Отечественной войны, указанным в подпунктах «а» – «ж» и «и» подпункта 1 пункта 1 статьи 2 Федерального закона от 12 января 1995 года № 5-ФЗ «О ветеранах»;

д) родителям (законным представителям) детей-инвалидов;

(пп. «д» введен приказом комитета социальной защиты населения Волгоградской обл. от 21.01.2019 № 64)

е) опекунам (попечителям), приемным родителям детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей.

(пп. «е» введен приказом комитета социальной защиты населения Волгоградской обл. от 21.01.2019 № 64)

3.2.2. Условие предоставления социальных услуг бесплатно устанавливается поставщиком социальных услуг в договоре о предоставлении социальных услуг на основании следующих документов, представляемых в соответствии с разделом 5 настоящего Порядка:

документов уполномоченных органов, подтверждающих факт отнесения лица к числу пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (для получателей социальных услуг, указанных в подпункте «а» подпункта 3.2.1 настоящего Порядка);

справки (копии справки) о размере среднедушевого дохода гражданина, признанного нуждающимся в социальном обслуживании, по форме, утвержденной приказом комитета от 27 марта 2015 года № 524 (далее – справка о размере СДД) (для получателей социальных услуг, указанных в подпункте «б» подпункта 3.2.1 настоящего Порядка, обратившихся с заявлением о предоставлении социальных услуг после 31 января 2018 г.);

документов, содержащих сведения о наличии (отсутствии) доходов получателя социальных услуг и членов его семьи (одинокого гражданина), в том числе полученных от реализации и (или) сдачи в аренду (наем) недвижимого и иного имущества, принадлежащего ему (им) на праве собственности, за последние 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу обращения к поставщику социальных услуг (для получателей социальных услуг, указанных в подпункте «б» подпункта 3.2.1 настоящего Порядка, об-

ратившихся с заявлением о предоставлении социальных услуг до 1 февраля 2018 года, или в случае истечения срока действия справки о размере СДД);

документа (документов) установленного образца о праве на льготы/меры социальной поддержки (для получателей социальных услуг, указанных в подпунктах «в» и «г» подпункта 3.2.1 настоящего Порядка).

3.2.3. В соответствии с пунктом 4 статьи 11 Закона Волгоградской области № 140-ОД социальные услуги предоставляются за льготную плату, равную пятидесяти процентам размера платы за предоставление социальных услуг, утвержденного приказом комитета № 1612 (далее – льготная плата), следующим получателям социальных услуг:

а) гражданам, находившимся в несовершеннолетнем возрасте в период с 23 августа 1942 года по 2 февраля 1943 года на территории, охваченной боевыми действиями, соответствующей административно-территориальному делению города Сталинграда по состоянию на указанный период;

б) лицам, награжденным знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

в) военнослужащим, в том числе уволенным в запас (отставку), проходившим военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев; военнослужащим, награжденным орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

г) лицам, работавшим на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог; членам экипажей судов транспортного флота, интернированным в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

д) бывшим несовершеннолетним узникам концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны.

3.2.4. Условие предоставления социальных услуг за льготную плату устанавливается поставщиком социальных услуг в договоре о предоставлении социальных услуг на основании следующих документов, представляемых в соответствии с разделом 5 настоящего Порядка:

документа (документов) установленного образца о праве на льготы/меры социальной поддержки;

справки (копии справки) о размере СДД (для получателей социальных услуг, обратившихся с заявлением о предоставлении социальных услуг после 31 января 2018 г.);

документов, содержащих сведения о наличии (отсутствии) доходов получателя социальных услуг и членов его семьи (одинокое гражданина),

в том числе полученных от реализации и (или) сдачи в аренду (наем) недвижимого и иного имущества, принадлежащего ему (им) на праве собственности, за последние 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу обращения к поставщику социальных услуг (для получателей социальных услуг, обратившихся с заявлением о предоставлении социальных услуг до 1 февраля 2018 г. или в случае истечения срока действия справки о размере СДД).

3.2.5. Социальные услуги получателям социальных услуг предоставляются за плату или частичную плату, если среднедушевой доход этих лиц на дату обращения превышает предельную величину среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг, бесплатно.

3.2.6. Условие предоставления социальных услуг за плату или частичную плату устанавливается поставщиком социальных услуг в договоре о предоставлении социальных услуг на основании следующих документов, представляемых в соответствии с разделом 5 настоящего Порядка:

справки (копии справки) о размере СДД (для получателей социальных услуг, обратившихся с заявлением о предоставлении социальных услуг после 31 января 2018 г.);

документов, содержащих сведения о наличии (отсутствии) доходов получателя социальных услуг и членов его семьи (одинокое гражданина), в том числе полученных от реализации и (или) сдачи в аренду (наем) недвижимого и иного имущества, принадлежащего ему (им) на праве собственности, за последние 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу обращения к поставщику социальных услуг (для получателей социальных услуг, обратившихся с заявлением о предоставлении социальных услуг до 1 февраля 2018 г. или в случае истечения срока действия справки о размере СДД).

3.3. Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг.

3.3.1. Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг, в том числе за частичную или льготную плату, указываемый в договоре о предоставлении социальных услуг, определяется поставщиком социальных услуг в соответствии с приказом комитета № 1612, исходя из согласованного перечня социальных услуг.

3.3.2. Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг определяется поставщиком социальных услуг на основе тарифов на социальные услуги.

3.3.3. Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг не может превышать пятьдесят процентов разницы между величиной среднедушевого дохода получателя социальной услуги и предельной величиной среднедушевого дохода для предоставления социальных услуг бесплатно.

3.4. Изменение условий предоставления социальных услуг бесплатно, за плату/частичную или льготную плату и размера ежемесячной платы за предоставление социальных услуг.

Изменение условий предоставления социальных услуг бесплатно, за плату/частичную или льготную плату, а также размера ежемесячной платы за предоставление социальных услуг, определенные получателю социальных услуг в договоре о предоставлении социальных услуг, могут быть изменены поставщиком социальных услуг в соответствии с приказом комитета № 1612.

3.5. Взимание платы за предоставление социальных услуг.

Взимание ежемесячной платы за предоставление социальных услуг осуществляется в соответствии с Порядком, утвержденным приказом комитета № 1612.

Ежемесячная плата за предоставление социальных услуг поставщиком социальных услуг взимается за фактически предоставленные социальные услуги в пределах установленного договором о предоставлении социальных услуг размера ежемесячной платы за предоставление социальных услуг.

Виды, объем фактически предоставленных социальных услуг подтверждаются актом о предоставлении социальных услуг, составляемым поставщиком социальных услуг, который подписывается обеими сторонами по договору о предоставлении социальных услуг.

3.6. Расчет среднедушевого дохода получателей социальных услуг.

3.6.1. Среднедушевой доход получателей социальных услуг определяется поставщиками социальных услуг в соответствии с Правилами, установленными постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2014 года № 1075, за исключением лиц, указанных в части 1 статьи 11 Закона Волгоградской области № 140-ОД.

Среднедушевой доход получателей социальных услуг рассчитывается для определения условий предоставления социальных услуг бесплатно, за плату/частичную или льготную плату, а также размера ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в случае их предоставления за плату/частичную или льготную плату.

3.6.2. Расчет среднедушевого дохода получателей социальных услуг производится поставщиком социальных услуг в следующих случаях:

а) при заключении договора о предоставлении социальных услуг, если в распоряжении поставщика социальных услуг в соответствии с пунктом 5.1 настоящего Порядка имеются документы, содержащие сведения о наличии (отсутствии) доходов получателя социальных услуг и членов его семьи (одинокого гражданина), в том числе полученных от реализации и (или) сдачи в аренду (наем) недвижимого и иного имущества, принадлежащего ему (им) на праве собственности, за последние 12 календарных меся-

цев, предшествующих месяцу обращения к поставщику социальных услуг (представленных гражданином (его законным представителем) и (или) полученных в рамках межведомственного информационного взаимодействия) (для получателей социальных услуг, обратившихся с заявлением о предоставлении социальных услуг до 1 февраля 2018 г. или в случае истечения срока действия справки о размере СДД);

б) в период действия договора о предоставлении социальных услуг при изменении у получателя социальных услуг обстоятельств, влияющих на условия предоставления социальных услуг бесплатно, за плату/частичную или льготную плату, а также на размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг (изменении состава семьи, доходов получателя социальных услуг и (или) членов его семьи или одиноко проживающего гражданина и принадлежащем им (ему) имуществе на праве собственности).

3.7. Предоставление дополнительных социальных услуг.

3.7.1. Социальные услуги сверх объемов, определенных пунктом 2.2 настоящего Порядка, предоставляются получателям социальных услуг за полную плату по тарифам, установленным комитетом тарифного регулирования Волгоградской области.

Социальные услуги, не предусмотренные пунктом 2.2 настоящего Порядка, предоставляются получателям социальных услуг за плату по стоимости, утверждаемой поставщиками социальных услуг.

3.7.2. Социальные услуги, указанные в подпункте 3.7.1 настоящего Порядка (далее – дополнительные социальные услуги), предоставляются получателям по их желанию в порядке, определяемом поставщиками социальных услуг.

Поставщик социальных услуг самостоятельно определяет возможность предоставления дополнительных социальных услуг в зависимости от имеющейся материальной базы, численного состава и квалификации персонала.

3.8. Зачисление на социальное обслуживание.

3.8.1. Зачисление на социальное обслуживание осуществляется поставщиком социальных услуг на основании документов, необходимых для предоставления социальных услуг, указанных в разделе 5 настоящего Порядка, с учетом наличия/отсутствия у поставщика социальных услуг свободных мест на социальное обслуживание.

3.8.2. Поставщик социальных услуг при наличии свободных мест на социальное обслуживание:

запрашивает в государственном казенном учреждении «Центр социальной защиты населения» документы, указанные в подпункте 5.1.1 настоящего Порядка;

запрашивает в рамках межведомственного информационного взаимодействия сведения, указанные в подпункте 5.1.3 настоящего Порядка (при необходимости);

знакомит получателя социальных услуг или его законного представителя с порядком и условиями социального обслуживания, правилами внутреннего распорядка и правилами поведения в организации, правами и обязанностями получателей социальных услуг или их законных представителей;

определяет условия предоставления социальных услуг за плату/частичную или льготную плату и размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в случае их предоставления за плату/частичную или льготную плату;

заключает с получателем социальных услуг или его законным представителем договор о предоставлении социальных услуг в течение суток с даты предоставления индивидуальной программы поставщику социальных услуг и документов, указанных в пункте 5.1.2 настоящего Порядка;

издает приказ о зачислении получателя социальных услуг на социальное обслуживание в течение суток с даты предоставления индивидуальной программы;

письменно уведомляет государственное казенное учреждение «Центр социальной защиты населения», выдавшее индивидуальную программу, о зачислении получателя социальных услуг на социальное обслуживание, указав сведения о регистрационном номере и дате выдачи индивидуальной программы, дате заключения и номере заключенного договора о предоставлении социальных услуг, в течение двух рабочих дней с даты заключения названного договора.

3.8.3. При необходимости производит регистрацию по месту проживания или по месту пребывания поступившего получателя социальных услуг в сроки, утвержденные действующими нормативными документами о правилах регистрации и снятия граждан Российской Федерации с регистрационного учета.

3.8.4. Поставщик социальных услуг при отсутствии свободных мест на социальное обслуживание:

информирует об этом обратившегося получателя социальных услуг;

заносят сведения о получателе социальных услуг в журнал учета обратившихся получателей социальных услуг;

информирует получателя о том, что он в течение суток с даты появления свободного места для социального обслуживания будет извещен о необходимости заключения договора о предоставлении социальных услуг.

Поставщик социальных услуг при появлении свободного места уведомляет гражданина о необходимости заключения договора о предоставлении социальных услуг.

3.8.5. Право на внеочередное зачисление на социальное обслуживание имеют:

инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий; участники Великой Отечественной войны;

лица, награжденные знаком «Житель блокадного Ленинграда»;

бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто и других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны.

3.8.6. Право на первоочередное зачисление на социальное обслуживание имеют:

лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог;

лица, проработавшие в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно оккупированных территориях СССР, либо награжденные орденами или медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной войны;

родители погибшего (умершего) инвалида Великой Отечественной войны и инвалида боевых действий, участника Великой Отечественной войны и ветерана боевых действий;

супруга (супруг) погибшего (умершего) инвалида Великой Отечественной войны и инвалида боевых действий, участника Великой Отечественной войны и ветерана боевых действий, не вступившая (не вступивший) в повторный брак;

реабилитированные лица и лица, подвергшиеся политическим репрессиям; граждане, пострадавшие в техногенных катастрофах;

граждане, впервые обратившиеся за социальными услугами.

3.9. Социальное обслуживание.

3.9.1. Социальные услуги предоставляются получателю социальных услуг в соответствии с его индивидуальной программой и согласованным перечнем социальных услуг, являющимся приложением к заключенному договору о предоставлении социальных услуг.

По факту предоставления социальных услуг поставщик социальных услуг ставит отметку об исполнении в индивидуальной программе.

3.9.2. Социальные услуги могут предоставляться в индивидуальной и групповой форме. Услуги группового характера предоставляются получателям социальных услуг в соответствии с Планом групповых занятий, утвержденным руководителем поставщика социальных услуг.

3.9.3. В ходе социального обслуживания поставщик социальных услуг фиксирует факт предоставления социальных услуг в журналах учета предоставления социальных услуг.

3.9.4. По результатам предоставления социальных услуг поставщиком социальных услуг составляется акт о предоставлении социальных услуг, который подписывается сторонами.

3.10. Отказ в предоставлении социальных услуг.

3.10.1. Поставщик социальных услуг вправе отказать получателю социальных услуг в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания, в случае непредставления получателем социальных услуг или его законным представителем документов, необходимых для предоставления социальных услуг, указанных в подпункте 5.1.2 пункта 5.1 Порядка, которые получатель социальной услуги или его законный представитель в соответствии с действующим законодательством обязан представить лично.

3.11. Прекращение предоставления социального обслуживания.

3.11.1. Основаниями прекращения предоставления социального обслуживания являются:

письменное заявление получателя социальных услуг или его законного представителя об отказе в социальном обслуживании, предоставлении социальной услуги на весь срок действия индивидуальной программы;

окончание срока предоставления социальных услуг в соответствии с индивидуальной программой и (или) истечение срока действия договора о предоставлении социальных услуг;

нарушение получателем социальных услуг или его законным представителем условий, предусмотренных договором о предоставлении социальных услуг;

выявление (возникновение) у получателя социальных услуг медицинских противопоказаний к социальному обслуживанию (в соответствии с заключением (справкой) медицинской организации о состоянии здоровья гражданина);

смерть получателя социальных услуг или ликвидация (прекращение деятельности) поставщика социальных услуг;

решение суда о признании получателя социальных услуг безвестно отсутствующим или умершим;

решение суда о признании получателя социальных услуг недееспособным;

осуждение получателя социальных услуг к отбыванию наказания в виде лишения свободы.

3.11.2. Получатель социальных услуг или его законный представитель имеет право отказаться от социального обслуживания, предоставления со-

циальных услуг (социальной услуги) по личному заявлению на имя руководителя поставщика социальных услуг.

В случае отказа от социального обслуживания либо отказа от предоставления отдельных социальных услуг продолжительностью до окончания действия индивидуальной программы отметка о таких отказах фиксируется под подпись получателя в индивидуальной программе.

При этом получателю социальных услуг или его законному представителю разъясняются возможные последствия принятого им решения.

Отказ получателя социальных услуг или его законного представителя от предоставления социальных услуг освобождает поставщика социальных услуг от ответственности за непредоставление социальных услуг (социальной услуги).

3.11.3. По окончании срока предоставления социальных услуг в соответствии с индивидуальной программой и (или) истечении срока действия договора о предоставлении социальных услуг поставщик социальных услуг издает приказ об окончании срока предоставления социальных услуг.

3.11.4. При нарушении получателем социальных услуг или его законным представителем условий, предусмотренных договором о предоставлении социальных услуг, поставщик социальных услуг фиксирует нарушение в соответствующем акте о нарушении условий договора о предоставлении социальных услуг. При нарушении получателем социальных услуг или его законным представителем двух раз условий договора о предоставлении социальных услуг поставщик социальных услуг издает приказ о прекращении предоставления социальных услуг.

3.11.5. Сведения о получателях социальных услуг и предоставленных социальных услугах вносятся в регистр получателей социальных услуг в установленном порядке.

3.11.6. Для подготовки заключения об итогах реализации индивидуальной программы получателя социальных услуг поставщик социальных услуг представляет сведения в государственное казенное учреждение «Центр социальной защиты населения», выдавшее индивидуальную программу.

#### **Раздел 4. Требования к деятельности поставщика социальных услуг**

4.1. Условия размещения поставщика социальных услуг должны обеспечивать его эффективную работу.

Поставщик социальных услуг и его структурные подразделения должны быть размещены в специально предназначенных помещениях, доступных для всех категорий получателей социальных услуг. Помещения дол-

жны быть обеспечены средствами коммунально-бытового обслуживания и оснащены телефонной связью.

По размерам и состоянию помещения должны отвечать установленным требованиям санитарно-гигиенических норм и правил, безопасности труда и быть защищены от воздействия факторов, отрицательно влияющих на качество предоставляемых социальных услуг. Площадь, занимаемая поставщиком социальных услуг, должна позволять разместить персонал, получателей социальных услуг и предоставлять им социальные услуги.

4.2. Укомплектованность поставщика социальных услуг специалиста-ми, подбор специалистов должны осуществляться согласно образованию, квалификации, профессиональной подготовке, специалисты должны обладать знаниями и опытом, необходимыми для качественного предоставления социальных услуг. Поставщик социальных услуг должен быть укомплектован специалистами в соответствии со штатным расписанием.

4.3. Обязанности, права и ответственность специалистов должны быть четко распределены и изложены в их должностных инструкциях, методиках и других документах, регламентирующих их деятельность.

Специалисты поставщика социальных услуг должны повышать свою квалификацию по программам дополнительного профессионального образования или иными способами.

4.4. Поставщиком социальных услуг принимаются меры по недопущению разглашения сотрудниками сведений личного характера о получателях социальных услуг.

4.5. Поставщик социальных услуг должен быть оснащен специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающими требованиям соответствующих стандартов, технических условий, других нормативных документов и обеспечивающими надлежащее качество предоставляемых услуг.

Оборудование, приборы и аппаратура должны использоваться строго по назначению в соответствии с документацией на их функционирование и эксплуатацию, содержаться в технически исправном состоянии, которое систематически проверяется.

Неисправное оборудование, приборы и аппаратура должны своевременно сниматься с эксплуатации, заменяться или ремонтироваться.

4.6. Состояние информации о поставщике социальных услуг, порядке и правилах предоставления социальных услуг получателям социальных услуг должно отвечать следующим требованиям:

поставщик социальных услуг доводит до получателей социальных услуг свое наименование и местонахождение любым способом, предусмотренным законодательством Российской Федерации, предоставляет по требованию получателей социальных услуг необходимую и достоверную информацию о предоставляемых социальных услугах;

состав информации о социальных услугах соответствует Закону Российской Федерации «О защите прав потребителей»;

информация, предоставляемая получателю социальных услуг, является достоверной и полной.

4.7. Социальное обслуживание основывается на соблюдении прав человека и уважении достоинства личности, носит гуманный характер и не допускает унижения чести и достоинства человека.

4.8. В целях обеспечения персонализированного учета получателей социальных услуг поставщиком социальных услуг ведется регистр получателей социальных услуг в порядке, утвержденном действующим законодательством.

Программные средства для ведения регистра получателей социальных услуг поставщику социальных услуг предоставляются комитетом социальной защиты населения Волгоградской области на основании заключаемого соглашения.

## **Раздел 5. Перечень документов, необходимых для предоставления социальной услуги**

5.1. Договор о предоставлении социальных услуг заключается на основании следующих документов:

5.1.1. Государственным казенным учреждением «Центр социальной защиты населения» по запросу поставщика социальных услуг в течение одного рабочего дня предоставляются:

копии результатов медицинского обследования, включающие заключения врачей-специалистов (терапевта, психиатра, фтизиатра, дерматовенеролога) и врачебной комиссии с участием врача-психиатра, данные рентгенологического обследования органов грудной клетки, выполненного не более 6 месяцев назад (для лиц, утративших способность к передвижению допускается исследование мокроты на КУМ трехкратно), результаты анализов (кровь на сифилис, австралийский антиген, антитела к вирусу гепатита С, ВИЧ, анализ на дифтерию, кал на яйца гельминтов, на группу возбудителей кишечных инфекций), при наличии психического расстройства – выписки от врача-психиатра, содержащей рекомендации по лечению, наблюдению врачом-психиатром;

копия документа (документов) установленного образца о праве на льготы/меры социальной поддержки (при наличии);

копия справки федерального учреждения медико-социальной экспертизы, подтверждающей факт установления инвалидности получателю социальных услуг;

копия справки о составе семьи либо документа, подтверждающего состав семьи (домовой книги либо выписки из домовой книги) (при наличии);

сведения о регистрации гражданина по месту жительства в случае отсутствия отметки о месте жительства в документе, удостоверяющем личность (при наличии);

копия решения суда, устанавливающего место жительства на территории Волгоградской области (при наличии);

копия страхового свидетельства государственного пенсионного страхования (СНИЛС);

копия справки о размере СДД (при необходимости);

сведения о получаемых в государственном казенном учреждении «Центр социальной защиты населения» социальных выплатах за последние 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу обращения к поставщику социальных услуг (при наличии), – в случае обращения с заявлением о предоставлении социальных услуг до 1 февраля 2018 г. или в случае истечения срока действия справки о размере СДД.

5.1.2. Получателем социальных услуг или его законным представителем предоставляется индивидуальная программа.

К индивидуальной программе прилагаются следующие документы:

документ, удостоверяющий личность получателя социальных услуг;

документ, подтверждающий полномочия законного представителя (при обращении за получением социальных услуг законного представителя получателя социальных услуг);

вид на жительство или разрешение на временное проживание на территории Российской Федерации (для иностранных граждан или лиц без гражданства);

удостоверение беженца (при наличии статуса беженца);

справка о размере СДД, выданная государственным казенным учреждением «Центр социальной защиты населения» (при наличии);

документы, содержащие сведения о наличии (отсутствии) доходов получателя социальных услуг и членов его семьи (одинокое гражданина), в том числе полученных от реализации и (или) сдачи в аренду (наем) недвижимого и иного имущества, принадлежащего ему (им) на праве собственности, за последние 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу обращения к поставщику социальных услуг (в случае признания получателя социальных услуг нуждающимся в социальном обслуживании до 1 февраля 2018 г. или в случае истечения срока действия справки о размере СДД);

копии результатов медицинского обследования, включающие заключения врачей-специалистов (терапевта, психиатра, фтизиатра, дерматовенеролога) и врачебной комиссии с участием врача-психиатра, данные рентгенологического обследования органов грудной клетки, выполненного не более шести месяцев назад (для лиц, утративших способность к передвижению допускается исследование мокроты на КУМ троекратно), результаты анализов (кровь на сифилис, австралийский антиген, антитела к вирусу

гепатита С, ВИЧ, анализ на дифтерию, кал на яйца гельминтов, на группу возбудителей кишечных инфекций), при наличии психического расстройства – выписки от врача-психиатра, содержащей рекомендации по лечению, наблюдению врачом-психиатром;

согласие на обработку персональных данных в случаях и в форме, установленных Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (если для заключения с получателем социальных услуг договора о предоставлении социальных услуг необходимо представление документов (сведений) об иных лицах (членах семьи) получателем социальных услуг дополнительно представляется заявление указанных лиц о согласии на обработку их персональных данных).

Документы представляются в подлинниках или надлежащим образом заверенных копиях.

В случае представления подлинников документов специалист поставщика социальных услуг, осуществляющий прием документов, изготавливает и заверяет копии с подлинников документов, проставляя заверительную надпись «Верно»; должность лица, заверившего копию; личную подпись; расшифровку подписи (инициалы, фамилию); дату заверения.

Подлинники документов возвращаются получателю социальных услуг или его законному представителю.

5.1.3. Государственным поставщиком социальных услуг в рамках межведомственного информационного взаимодействия в случае, если в представленных в соответствии с пунктами 5.1.1 и 5.1.2 документах (сведениях) не содержится достаточной информации для установления фактических доходов получателя социальных услуг или членов его семьи, запрашиваются:

сведения о размере пенсий, пособий, компенсаций и других выплат, выплачиваемых органами, осуществляющими пенсионное обеспечение граждан, – в Государственном учреждении – Отделении Пенсионного фонда Российской Федерации по Волгоградской области;

сведения о доходах от занятий предпринимательской деятельностью, включая доходы, полученные в результате деятельности крестьянского (фермерского) хозяйства (для граждан, занимающихся предпринимательской деятельностью), – в Управлении Федеральной налоговой службы по Волгоградской области;

сведения о размере алиментов, находящиеся в распоряжении Управления Федеральной службы судебных приставов по Волгоградской области (в случае получения алиментов);

сведения о принадлежащем гражданину и членам его семьи (одинокоему гражданину) имуществе на праве собственности – в Федеральной службе государственной регистрации, кадастра и картографии;

**Пример заполнения карты комплексного гериатрического обследования получателей социальных услуг**


  
 КГБУСО  
 «ПАНСИОНАТ «СОПЕЧНЫЙ»  
 ПЕРМСКОЕ ОБЛАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

прозрение	падение	активность	ког. нарушения	деменция	деларий	депрессия
-----------	---------	------------	----------------	----------	---------	-----------

**КАРТА КОМПЛЕКСНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ**

Фамилия			
Имя			Отчество
Дата рождения			
Дата поступления	12.11.2018	откуда поступил	Краевое отделение Край. г. Красноармейск
Последнее место жительства	г. Красноармейск	г. Красноармейск, Бок. Советского р-она	
Образование	среднее	специальность	
Семейное положение	в браке		
Члены семьи, друзья	Ф.И.О.		телефон
Дочь - Татьяна			
Молодой человек - Алексей			
Группа инвалидности	II гр. инв.	срок	бессрочно
Технические средства передвижения	ходунки, трость, костыли, кресло-коляска, прочее <i>используются пеленки, противопролежневый матрас</i> <i>лежачий</i>		
Зубные протезы	верх	низ	
С уховой аппарат	правый	левый	
Медицинский диагноз	<i>ИВР, с атро-оскитическим кардиосклерозом. ИМБ, кальциевый дефицит. Хр. кальциевый пилороспазм. ХПН. Прогноз неблагоприятен</i>		
Рост	Вес		
Дата освидетельствования	08.02.19		

иные сведения о доходах, находящиеся в распоряжении иных органов, предоставляющих государственные и муниципальные услуги, иных государственных органов, органов местного самоуправления, организаций в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Волгоградской области, муниципальными правовыми актами.

Сведения, перечисленные в абзацах втором – четвертом, шестом настоящего подпункта, запрашиваются государственным поставщиком социальных услуг за последние 12 календарных месяцев, предшествующих месяцу обращения к поставщику социальных услуг получателя социальных услуг или его законного представителя.

Государственным поставщиком социальных услуг запрашиваются сведения о признании гражданина пострадавшим в результате чрезвычайной ситуации, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов, находящихся в распоряжении соответствующих органов (для предоставления социальных услуг бесплатно).

Получатель социальных услуг вправе представить поставщику социальных услуг документы (сведения), перечисленные в настоящем подпункте, по собственной инициативе.

5.1.4. Поставщик социальных услуг иной формы собственности при необходимости получения дополнительных сведений, перечисленных в пункте 5.1.3, обращается в государственное казенное учреждение «Центр социальной защиты населения» для организации межведомственного информационного взаимодействия.

5.2. На получателя социальных услуг, принятого на социальное обслуживание, поставщиком социальных услуг формируется личное дело, в которое подшиваются все необходимые для предоставления социальных услуг документы (договор, копия приказа о зачислении на социальное обслуживание, документы и сведения, указанные в пункте 5.1 настоящего Порядка), а также документы текущего характера (уведомления, расчет среднедушевого дохода и другие).

**Раздел 6. Заключительные положения**

6.1. Порядок должен быть представлен организацией социального обслуживания для ознакомления любому лицу по месту предоставления услуги незамедлительно по поступлении такой просьбы.

6.2. Информация о наличии Порядка, возможности и способе его получения должна быть размещена по месту предоставления услуги и должна быть заметна для получателей социальных услуг (в том числе и потенциальных). Рядом с этой информацией должны быть указаны сведения о наличии книги жалоб, а также телефоны и адреса организации социального обслуживания и органов (организаций), осуществляющих контроль за соблюдением настоящего Порядка.

План мероприятий по долговременному уходу				
№ п/п	Необходимое мероприятие	Периодичность	Противопоказания	Ответственный
1.	Проведение утренних процедур (умывание, обработка полости рта)	ежедневно		мл. мед. пер.
2.	Смена абсорбирующего белья, вынос судна. Писсуара.	вр. в день		мл. мед. пер.
3.	Контроль за дефикацией	ежедневно		мл. мед. пер.
4.	Профилактика пролежней (смена положения тела, использование противопролежневых средств)	каждые 2 часа правильно присаживать		мл. мед. пер.
5.	Контроль внешнего вида, (причесывание, чистое нательное белье)	ежедневно		мл. мед. пер.
6.	Помощь в приеме пищи	ежедневно		мл. мед. пер.
7.	Контроль суточного потребления жидкости	ежедневно		мл. мед. пер.
8.	Контроль гигиены тела (купание)	1р. в 4 дня		мл. мед. пер.
9.	Стрижка ногтей	1р. в 7 дней		мл. мед. пер.
10.	Бритье	1р. в 8 дней		мл. мед. пер.
11.	Смена постельного белья	1р. в 4 дня		мл. мед. пер.
12.	Смена нательного белья	1р. в 4 дня		мл. мед. персонала
13.	Обработка средств ТСП	1р. в 7 д		мл. мед. пер.
14.	Проведение прогулок	1р. в д		мл. мед. пер.
15.	Консультации врачей	ур. мед. невролог хирург		
16.				
17.	Доур	Мотивация		

МОБИЛЬНОСТЬ	Не может	При помощи	Под наблюдением	Самостоятельно
Вставать/ложиться	✓	✓	✓	
В постели	✓	✓		
Ходить *	✓	✓		
Стоять *	✓	✓		
По лестнице	✓	✓		
Прогулки	✓	✓		
ГИГИЕНА	Самостоятельно	Под наблюдением	При помощи	Не может
Ванна/душ			✓	✓
Гигиена тела			✓	✓
Переодеваться			✓	✓
Гигиена рта			✓	✓
ПИТАНИЕ				
Диета: 10 бел.				
Прием пищи: самостоятельно, при помощи, кормление персоналом				
Питьевой режим: самостоятельно, при помощи, нарушение глотания				
КОММУНИКАЦИЯ				
Речевые нарушения: <u>нет</u> не значительные      значительные				
отсутствует речь				
Слуховые нарушения: <u>нет</u> не значительные      значительные				
глухота				
Письмо: сохранено    не сохранено    Чтение: сохранено    не сохранено    Счет: сохранено    не сохранено				
ОПРОЖНЕНИЕ				
самостоятельно    при помощи <u>недержание</u> размер подгузника 4    катетер, вид:				
ОРГАНИЗАЦИЯ ДОСУГА				
Любимые игры			Любимые фильмы <u>сов. гим</u>	
Любимая музыка <u>советская</u>			Другое <u>TV</u>	

Результаты анкетирования

Вопрос	Варианты ответа	Общее количество
1. Что является для Вас наиболее значимым в работе? (Вы можете выбрать несколько вариантов ответа.)	престиж пансионата	9 (50 %)
	стабильность пансионата	12 (66 %)
	возможность служебного (карьерного) роста	2 (11 %)
	самостоятельность, ответственность позиции	2 (11 %)
	близость к дому	10 (55 %)
	дружелюбный коллектив	14 (78 %)
	самореализация, проявление имеющегося опыта и знаний	3 (16 %)
	заработная плата	14 (78 %)
	комфортные условия работы (рабочее место, оборудование и т.д.)	7 (39 %)
	грамотный, профессиональный руководитель	15 (83 %)
2. Ясны ли Вам общие цели и задачи работы пансионата?	Да	17 (95 %)
	Нет	-----
	Затрудняюсь ответить	1 (5 %)
3. Нравится ли Вам, как организована работа в пансионате в целом?	Да	18 (100 %)
	Нет	-----
	Затрудняюсь ответить	-----
4. Устраивает ли Вас график работы?	Да	16 (89 %)
	Нет	1 (5 %)
	Затрудняюсь ответить	1 (5 %)
5. Получаете ли Вы достаточно информации для выполнения Ваших должностных обязанностей?	Да	18 (100 %)
	Нет	-----
	Затрудняюсь ответить	-----
6. Существует ли обратная связь с Вашим непосредственным руководителем на высказывание своих идей, предложений и жалоб?	Да	16 (89 %)
	Нет	----
	Затрудняюсь ответить	2 (11 %)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Социально-педагогическая работа в ПСУ

А Хрупкие

мес. ссд-фрт

№ комнаты

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Выявление уязвимых групп населения	Да																																
Проведение утренних процедур, мытье, обработка	Да																																
Смена в оборудованном белье, вынос судна, писсуара.	Да																																
Контроль за дефицией	Да																																
Профилактика пролежней (смена положения тела, массаж, применение противопролежневых средств)	Да																																
Контроль внешнего вида (прощивание, чистое постельное белье)	Да																																
Помощь в приеме пищи.	Да																																
Контроль суточного потребления жидкости	Да																																
Контроль за гигиеной тела (купание)	Да																																
Стрижка ногтей	Да																																
Бритье	Да																																
Смена постельного белья	Да																																
Смена нательного белья	Да																																
Стрижка волос (парикмахер)	Да																																
Обработка ТРС	Да																																
Проведение прогулок специально-медицинские	Да																																
Консультация врача	Да																																
Обработка пролежней (процедуры мед.сестры)	Да																																
При любых изменениях о состоянии ПСУ, сообщать заведующему/куратору мед.сестре. За отклонения - за мед.управлением	Да																																

Контроль за исполнением: 2.02.19 м/с. Баргелва 16.07.19 м/с. Са. 05.01.19 м/с. Фр. 21.03.19 м/с. Мр. 07.04.19 м/с. Баргелва 07.05.19 м/с. Мр. 11.07.19 м/с. Баргелва

7. Внутрикorporативное обучение, психологические тренинги для Вас важны?	Да	16 (89 %)
	Нет	1 (5 %)
	Затрудняюсь ответить	1 (5 %)
8. Заметен ли Вам результат внедренной программы долговременного ухода?	Да	15 (83 %)
	Нет	----
	Затрудняюсь ответить	2 (11 %)
9. Наблюдается ли положительная динамика у жителей, участвующих в программе долговременного ухода?	Да	13 (72 %)
	Нет	----
	Затрудняюсь ответить	5 (28 %)
10. Ваше отношение к программе долговременного ухода	Да	15 (83 %)
	Нет	----
	Затрудняюсь ответить	1 (5 %)
11. Какое современное оборудование необходимо для облегчения труда?	подъемник электрический	12 (66 %)
	скользящие простыни	7 (38 %)
	ремень для поднятия	4 (22 %)
	другое (указать)	дополнительный сотрудник
12. Какие формы морального стимулирования Вы считаете лучшими для Вас? (Вы можете выбрать несколько вариантов ответа.)	приказ об объявлении благодарности с занесением в трудовую книжку	7 (38 %)
	вынесение на доску почета	2 (11 %)
	похвала руководителя	7 (38 %)
	предоставление возможности руководить другими людьми	1 (5 %)
	упоминание в корпоративных соц.сетях	----
	устное поощрение в присутствии коллег	6 (33 %)
	вручение почетной грамоты на собрании в День социального работника	3 (16 %)
	другое (указать)	----
13. Считаете ли Вы полезным проведение подобных опросов сотрудников пансионата?	Да	14 (78 %)
	Нет	1 (5 %)
	Затрудняюсь ответить	3 (16 %)

## Социальный паспорт

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_
2. Дата рождения \_\_\_\_\_; возраст: \_\_\_\_\_ полных лет
3. Домашний адрес (адрес регистрации и фактического проживания) \_\_\_\_\_
4. Телефон \_\_\_\_\_
5. Категория получателя социальных услуг (инвалид, пенсионер) \_\_\_\_\_  
(нужное подчеркнуть)
6. Состав семьи (указать всех совместно проживающих и указать степень родства) \_\_\_\_\_
7. Наличие близких родственников (Ф.И.О., адрес, телефон) \_\_\_\_\_
8. Жилищные условия (благоустроенное/неблагоустроенное)  
(нужное подчеркнуть)
9. Состояние здоровья (категории жизнедеятельности):
  - великолепное
  - хорошее
  - удовлетворительное
- 9.1. Способность к самообслуживанию:
  - полная
  - частичная
  - отсутствует
- 9.2. Способность к самостоятельному передвижению:
  - самостоятельно передвигается
  - при помощи трости, костылей
  - при помощи инвалидной коляски
  - лежачий (не выходит из дома)
- 9.3. Способность к общению:
  - полная
  - частичная
  - отсутствует
- 9.4. Способность к ориентации:
  - полная
  - частичная
  - отсутствует
10. Уход осуществляют:
  - Родственники \_\_\_\_\_
  - Добровольцы и другие лица \_\_\_\_\_
  - Не нуждается \_\_\_\_\_
11. Социальное обслуживание:
  - нуждается \_\_\_\_\_
  - не нуждается \_\_\_\_\_

№	ф.И.О	дата рождения	Адрес проживания					обследовано	не нуждается в соц. обслуживании	состоит на социальном обслуживании в МБУ «КЦСОН»					Кроме того, уход осуществляют:			Прим.	
			г.о.р.п.с.л.	улица, мкрн	дом	корпус	квартира			ОССО	СРО	н/д №1	н/д №2	н/д №3	спец. с/м отделение	супруги	дети		волонтеры

**ПРОГРАММА  
«Система долговременного ухода за гражданами  
пожилого возраста и инвалидами  
в МБУ КЦСОН Краснотуранского района»**

*Пreamбула. В.В. Путин: «...необходимо обеспечить в установленные сроки выполнение мероприятий... по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные медицинскую помощь, социальное обслуживание на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода».*

**Цель:** обеспечение потребностей пожилых людей и инвалидов в долговременном уходе в случае утраты возможности самостоятельно удовлетворять свои базовые потребности по жизнеобеспечению.

**Задачи:**

- разработка и реализация плана мероприятий по повышению уровня подготовленности и квалификации кадров системы долговременного ухода;
- внедрение инновационных подходов к организации долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами, инновационных технологий, методов, методик, средств в осуществлении долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами;
- осуществление медико-социального обслуживания и социального сопровождения граждан пожилого и старческого возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании, в рамках соглашения о сотрудничестве и взаимодействии между медицинской организацией и учреждением.

**Ожидаемый результат** программы «Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в МБУ КЦСОН Краснотуранского района» (далее – Программа): будет выстроена такая сбалансированная система долговременного ухода за пожилыми и престарелыми людьми – получателями социальных услуг МБУ КЦСОН Краснотуранского района, которая:

- обеспечит потребности людей в долговременном уходе в случае полной утраты возможности самостоятельно удовлетворять свои базовые потребности;
- создаст условия для максимально долгого активного, самостоятельного и достойного проживания;

- максимально продлит время пребывания пожилых людей и инвалидов в привычной домашней обстановке;
- создаст систему поддержки семей, осуществляющих уход за своими родственниками;
- снизит нагрузку на стационарные учреждения края (стационарное отделение учреждения).

### Механизм реализации Программы

На базе отделения социального обслуживания на дому № 4 (далее – отделение) создана экспериментальная площадка (тренировочная квартира), целью которой является обучение персонала (социальных работников) базовым приемам долговременного ухода, а также внедрение, разработка и апробация новых технологий по долговременному уходу для продления активного долголетия пожилых людей и инвалидов, для их последующего применения в отделениях социального обслуживания МБУ КЦСОН Краснотуранского района.

На площадке проводится обучение базовым приемам долговременного ухода за одинокими и одиноко проживающими тяжелобольными, **их родственников, соседей** с применением демонстрационных материалов, приобретенных в рамках реализации подпрограммы «Повышение качества и доступности социальных услуг населению» (скользящих простыней, поясов для перемещения тяжелобольных, специальной посуды для кормления тяжелобольных, средств гигиены и туалет). Для этого сформированы **мобильные бригады**, в состав которых входят психологи, медицинские сестры, социальные работники, а также сиделки, обладающие знаниями по долговременному уходу за тяжелобольными.

Акцент деятельности социальных работников отделения будет направлен на восстановление здоровья пожилых людей, нарушенных или утраченных функций их организма с применением базовых знаний, умений, навыков по долговременному уходу за тяжелобольными.

Одним из основных направлений долговременного ухода станет помощь пожилому человеку на дому, в том числе с привлечением патронажных служб, сиделок, мультидисциплинарных бригад, что позволит пожилому человеку максимально долго проживать в привычной для него обстановке, а членам семьи, осуществляющим за ним уход, продолжать трудовую деятельность.

**Источники финансирования Программы:** реализация мероприятий Программы осуществляется за счет средств МБУ КЦСОН, а также средств муниципального бюджета в соответствии с финансированием подпрограммы «Повышение качества и доступности социальных услуг населению»

муниципальной программы «Система социальной защиты населения Краснотуранского района» на 2019 год и плановый период 2020–2021 годов.

В рамках реализации подпрограммы «Повышение качества и доступности социальных услуг населению» запланировано мероприятие (п. 1.3.2) «Создание службы по долговременному уходу за лежачими пожилыми гражданами» (финансирование в 2019 г.: обеспечивается оснащение тренировочной комнаты и приобретение средств малой реабилитации).

**Контроль за целевым и эффективным использованием бюджетных средств** на реализацию мероприятий Программы осуществляется службой финансово-экономического контроля МБУ КЦСОН в соответствии с действующим законодательством.

**Контроль за ходом реализации Программы** осуществляет администрация МБУ КЦСОН Краснотуранского района.

### Мероприятия Программы на 2019–2021 гг.

№	Наименования мероприятия, цель	Годы, периодичность	Ответственный
<b>Задача 1: разработка и реализация плана мероприятий по повышению уровня подготовленности и квалификации кадров</b>			
1. Социальное обслуживание на дому			
1	Обучение социальных работников теоретическим базовым приемам долговременного ухода за тяжелобольными	2019–2021, один раз в месяц	Руководитель «Школы долговременного ухода»
2	Обучение <b>социальных работников</b> базовым практическим приемам долговременного ухода за тяжелобольными гражданами с применением демонстрационных материалов, приобретенных в рамках реализации подпрограммы «Повышение качества и доступности социальных услуг населению»	2019–2021, один раз в месяц	Руководитель «Школы долговременного ухода»
3	Обучение базовым приемам долговременного ухода за тяжелобольными гражданами <b>их родственников</b> с применением демонстрационных материалов, приобретенных в рамках реализации подпрограммы «Повышение качества и доступности социальных услуг населению»	2019–2021	Руководитель «Школы долговременного ухода»

№	Наименования мероприятия, цель	Годы, периодичность	Ответственный
4	Обучение базовым приемам долговременного ухода за одиночками и одиноко проживающими тяжелобольными гражданами <b>соседей, ближайшего социального окружения</b> с применением демонстрационных материалов, приобретенных в рамках реализации подпрограммы «Повышение качества и доступности социальных услуг населению»	2019–2021	Руководитель мобильной бригады. Руководитель социального десанта. Руководитель «Школы долговременного ухода»
5	Оказание дополнительных социально-медицинских услуг (массажа), иных дополнительных услуг	2019–2021	Координатор «Школы долговременного ухода»
<b>2. Полустанционное социальное обслуживание</b>			
1	Обеспечение ТСП, не вошедшими в федеральный перечень ТСП, иными средствами реабилитации с учетом ограничения жизнедеятельности	2019–2021	Заведующий социально-реабилитационным отделением
2	Обучение пользованию ТСП, вошедшими и не вошедшими в федеральный перечень ТСП, иными средствами реабилитации	2019–2021	Заведующий социально-реабилитационным отделением
3	Организация всех видов трудовой реабилитации на базе социально-реабилитационного отделения, в дистанционной форме (при необходимости – на дому)	2019–2021	Заведующий социально-реабилитационным отделением
4	Организация, проведение занятий по адаптивной физической культуре, в том числе на дому	2019–2021	Координатор «Школы долговременного ухода». Заведующий социально-реабилитационным отделением
5	Освоение очных, заочных, дистанционных программ повышения квалификации, в том числе в КГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения» (необходимых для работы с гражданами пожилого возраста и лицами с отклонениями в состоянии здоровья)	2019–2021	Заместитель директора, координатор «Школы долговременного ухода»
6	Организация психологического консультирования (в том числе лиц, осуществляющих долговременный уход), коррекции их психологического состояния	2019–2021	Руководитель «Школы долговременного ухода»

№	Наименования мероприятия, цель	Годы, периодичность	Ответственный
<b>3. Стационарное социальное обслуживание</b>			
1	Создание условий для реализации полного жизнеобеспечения получателей социальных услуг, нуждающихся в долговременном уходе	2019–2021	Заведующий отделением временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов
2	Обучение работников теоретическим базовым приемам долговременного ухода за тяжелобольными	2019–2021	Руководитель «Школы долговременного ухода»
3	Обучение работников базовым практическим приемам долговременного ухода за тяжелобольными, в том числе с применением демонстрационных материалов, приобретенных в рамках реализации подпрограммы «Повышение качества и доступности социальных услуг населению»	2019–2021	Руководитель «Школы долговременного ухода»
4	Организация, обеспечение, осуществление процесса социальной реабилитации	2019–2021	Заведующий отделением временного проживания граждан пожилого возраста и инвалидов
<b>4. Срочное социальное обслуживание</b>			
1	Выявление граждан, нуждающихся в долговременном уходе; содействие в организации и предоставлении им долговременного ухода	2019–2021	Координатор «Школы долговременного ухода». Заведующий отделением срочного социального обслуживания Руководитель мобильной бригады
<b>Задача 2: внедрение инновационных подходов к организации долговременного ухода за пожилыми людьми</b>			
1	Внедрение инновационных подходов к организации долговременного ухода за пожилыми людьми и инвалидами, инновационных технологий, методов, методик, средств в осуществлении долговременного ухода	2019–2021	Заместитель директора, координатор «Школы долговременного ухода». Заведующий организационно-методическим отделением

№	Наименования мероприятия, цель	Годы, периодичность	Ответственный
2	Организация на дому социально-бытовой реабилитации с целью устранения чувства беспомощности	2019–2021	Заведующие отделениями социального обслуживания на дому. Руководитель «Школы долговременного ухода»
3	Разработка индивидуальных рекомендаций по адаптации жилья к потребностям получателя социальных услуг с учетом ограничения его жизнедеятельности	2019–2021	Руководитель «Школы долговременного ухода»
4	Организация посткритического ухода после выписки из стационара («дневной стационар на дому»)	2019–2021	Заведующие отделениями социального обслуживания на дому
5	Оказание паллиативной помощи: содействие в создании комфортных условий и облегчении симптомов заболевания получателя социальных услуг	2019–2021	Заведующие отделениями социального обслуживания на дому. Руководитель «Школы долговременного ухода»
6	Содействие в нормализации психологического состояния в условиях вынужденной двигательной депривации получателя социальных услуг	2019–2021	Психологи
7	Оснащение экспериментальной площадки дополнительными средствами реабилитации (суджок, эспандеры, тренажеры Фролова, мобильные чемоданы «Социопомощь», средства ухода и т.д.)	2019–2021	Заместитель директора, координатор «Школы долговременного ухода». Руководитель «Школы долговременного ухода»
8	Обучение в 2019 году двух человек на курсах повышения квалификации в рамках реализации подпрограммы «Повышение качества и доступности социальных услуг населению»	2019–2021	Заместитель директора, координатор «Школы долговременного ухода»
9	Оценка достаточности, доступности, эффективности Программы	2019–2021	Заместитель директора, координатор «Школы долговременного ухода». Руководитель «Школы долговременного ухода»

№	Наименования мероприятия, цель	Годы, периодичность	Ответственный
<b>Задача 3: осуществление медико-социального обслуживания и социального сопровождения граждан пожилого и старческого возраста, признанных нуждающимися в социальном обслуживании</b>			
1	Участие в работе мобильных бригад по оказанию медико-социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста (в рамках межведомственного взаимодействия)	2019–2021	Заведующий отделением срочного социального обслуживания. Руководитель мобильной бригады
2	Участие в разработке и реализации мер, мероприятий, программ, планов конкретных действий по социальному сопровождению в рамках соглашения о сотрудничестве и взаимодействии между медицинской организацией и учреждением	2019–2021	Координатор «Школы долговременного ухода». Заведующий отделением срочного социального обслуживания
3	Осуществление социального сопровождения (медицинского) в рамках индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ), индивидуального плана долговременного ухода	2019–2021	Координатор «Школы долговременного ухода». Заведующие отделениями

**Социальная эффективность Программы:** социальная эффективность реализации Программы зависит от степени достижения ее цели и является основанием для ее корректировки или пролонгирования в 2020–2021 гг.

*Приложение 15*

### Биографический опросник

#### ДЕТСТВО И ЮНОСТЬ:

Родители: \_\_\_\_\_  
 Когда умерли: \_\_\_\_\_  
 Сестры/братья: \_\_\_\_\_  
 К кому из членов семьи имеет особенную привязанность: \_\_\_\_\_  
 Место рождения, переезды: \_\_\_\_\_

#### ПРОФЕССИЯ И СЕМЬЯ:

Профессиональная деятельность (образование, место работы): \_\_\_\_\_  
 Семейное положение (женитьба, разводы, потери): \_\_\_\_\_  
 Дети (имена, даты рождения, где живут, живы/умерли): \_\_\_\_\_  
 Близкие люди (соседи, друзья) \_\_\_\_\_

#### ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ:

Важные жизненные переживания (пережил войну, потеря близких, достижение успеха, жизненные удачи) \_\_\_\_\_

Контактность (раньше и сегодня) \_\_\_\_\_  
 Какие качества особенно важны (аккуратность, точность, вежливость) \_\_\_\_\_

Принадлежность к религии (что важно соблюдать) \_\_\_\_\_

**ВОСПРИЯТИЕ ОКРУЖЕНИЯ:**

Ограничения зрения \_\_\_\_\_  
 Ограничения слуха \_\_\_\_\_  
 Любимая музыка \_\_\_\_\_  
 Любимые запахи \_\_\_\_\_  
 Правша/левша \_\_\_\_\_  
 Какую роль играет активность (движение, участие в мероприятиях) \_\_\_\_\_  
 Отношение к близости (прикосновения желательны/не желательны) \_\_\_\_\_

**ЗАНЯТОСТЬ:** чем занимался с удовольствием раньше

Ведение домашнего хозяйства \_\_\_\_\_  
 Хобби \_\_\_\_\_  
 Спорт \_\_\_\_\_  
 Путешествие \_\_\_\_\_  
 Домашние животные \_\_\_\_\_  
 Велосипедные прогулки \_\_\_\_\_  
 Какие темы интересны пациенту (политика, кулинария, и т.д.) \_\_\_\_\_  
 Какие средства массовой информации предпочитает: \_\_\_\_\_  
 радио \_\_\_\_\_  
 телевидение \_\_\_\_\_  
 кино \_\_\_\_\_  
 книги \_\_\_\_\_  
 Коллекционирование: \_\_\_\_\_  
 марки \_\_\_\_\_  
 монеты \_\_\_\_\_  
 камни \_\_\_\_\_  
 не коллекционировал \_\_\_\_\_  
 Любимые игры \_\_\_\_\_

**ПРИВЫЧКИ В ОБЛАСТИ ГИГИЕНЫ:**

Проведение утреннего/дневного туалета (время, последовательность: лицо, руки, зубы и т.д., частота, ванна, душ) \_\_\_\_\_  
 существует предпочтения \_\_\_\_\_  
 холодная вода \_\_\_\_\_  
 теплая вода \_\_\_\_\_  
 моющие средства \_\_\_\_\_  
 Крема, лосьоны: да \_\_\_\_\_ нет \_\_\_\_\_  
 Как часто и чем чистил (-а) зубы (протезы) \_\_\_\_\_  
 Как часто брился \_\_\_\_\_  
 Как ухаживал (-а) за волосами \_\_\_\_\_

**ОДЕЖДА:** любимый вид одежды, цвет, карманы (есть/нет), украшения, часы и т.д. \_\_\_\_\_

**ПИТАНИЕ, ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ:**

Любимая еда \_\_\_\_\_  
 Любимые напитки \_\_\_\_\_  
 Культура за столом (использование столовых приборов, салфетки) \_\_\_\_\_  
 Телосложение раньше: \_\_\_\_\_  
 худой \_\_\_\_\_  
 плотный \_\_\_\_\_  
 полный \_\_\_\_\_  
 толстый \_\_\_\_\_  
 Падает ли вес в последнее время: да /нет \_\_\_\_\_  
 Если да, то почему \_\_\_\_\_

**ОТДЫХ И СОН:**

В какое время ложился спать \_\_\_\_\_  
 В какой позе привык засыпать \_\_\_\_\_  
 Какую позу не воспринимает \_\_\_\_\_  
 Существуют ли ритуалы (музыка, второе одеяло для ног, ночник и т.д.) \_\_\_\_\_  
 Не выключать свет, засыпать под телевизор \_\_\_\_\_  
 Во сколько встает утром \_\_\_\_\_  
 Спит ли днем, если да, во сколько \_\_\_\_\_  
 От чего расслабляется: (тишина, музыка, природа) \_\_\_\_\_

**ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

Были ли тяжелые заболевания в детстве, юности, старости (какие?) \_\_\_\_\_  
 Как переживал (-а) свои заболевания и болезни близких \_\_\_\_\_

Приложение 16

**Структура индивидуального плана  
 долговременного ухода (ИПДУ)**

Вид активности	Дата проведения обследования	П – проблема; Р – ресурсы	Цели	Мероприятия (кто, когда, как, где)	Дата контроля
Коммуникация					
Мобильность					
Витальные функции					
Гигиена					
Еда, питье					
Опорожнение					
Переодевание					
Сон/отдых					
Досуг					
Половая принадлежность					
Безопасность					
Социальные контакты					
Жизненный опыт					

## Пример заполнения ИПДУ

Вид активности	П – проблема, Р – ресурсы	Цель	Мероприятия	Дата контроля
Мобильность	<p>П 1: не может самостоятельно перемещаться в помещении по причине значительного ограничения подвижности и контроля конечностей левой стороны тела.</p> <p>Р: при посторонней помощи может делать мелкие шаги с ходунками.</p> <p>П 2: высокий порог в ванную комнату.</p> <p>П 3: не может самостоятельно встать из положения «сидя», «лежа».</p> <p>Р: принимает постороннюю помощь.</p> <p>П 4: Высокий риск падений.</p> <p>П 5: риски возникновения контрактуры левой руки</p>	<p>1. Сопровождение в помещении для приема пищи за столом, в туалет, ванную комнату для выполнения санитарно-гигиенических процедур.</p> <p>2. Обеспечить безопасный вход в ванную комнату</p> <p>Минимизировать риск падений, профилактика возникновения контрактур.</p> <p>3. Дать возможность менять положение тела по желанию.</p> <p>4. Минимизировать риск падений, профилактика возникновения контрактур</p>	<p>1. Ежедневное сопровождение персоналом в помещении до стола (три раза в день), до туалета (по желанию) и обратно.</p> <p>2. Убрать порог, преграждающий вход в ванную комнату.</p> <p>3. Персонал соблюдает технику безопасности при перемещении, ведет наблюдение за шагом, особенно левой ноги, минимизируя риски падений.</p> <p>Помощь персонала в смене положения тела (по желанию).</p> <p>4. Во время всех манипуляций давать больше времени для движения левой рукой, придавать правильное физиологическое положение руки при позиционировании.</p> <p>Медицинская сестра по массажу ежедневно проводит массаж конечностей</p>	01.03.2019
				01.02.2019
				01.03.2019
Переодевание	<p>П: Не может одеться самостоятельно.</p> <p>Р: может выбирать одежду по сезону.</p> <p>Р: может помогать себе правой рукой</p>	<p>Ежедневное переодевание утром и вечером.</p> <p>Поддерживать ресурсы.</p> <p>Повышать самооценку, поддерживать ухоженный внешний вид</p>	<p>Два раза в день и по необходимости помогать в переодевании, давая возможность осуществлять действия правой рукой и выбирать одежду самостоятельно.</p> <p>Ежедневно следить за чистотой одежды</p>	01.03.2019
				По окончании курса 10.03.2019

Дата заполнения \_\_\_\_\_

По аналогии заполняются все пункты ИПДУ.

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Введение</i> . . . . .	5
<b>Глава 1. Теоретические аспекты создания системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Российской Федерации</b> . . . . .	7
1.1. Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами: основные характеристики и виды деятельности . . . . .	7
1.2. Структура системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами . . . . .	9
1.3. Инфраструктура системы долговременного ухода . . . . .	17
<b>Глава 2. Организация процесса ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами</b> . . . . .	20
2.1. Искусство ухода . . . . .	20
2.2. Планирование процесса ухода . . . . .	20
2.3. Основные категории жизнедеятельности человека . . . . .	24
2.4. Оценка активности жизнедеятельности . . . . .	26
2.5. Оценка риска развития пролежней . . . . .	27
2.6. Оценка интенсивности боли . . . . .	27
2.7. Оценка риска падений . . . . .	28
2.8. Оценка психического статуса . . . . .	30
2.9. Формирование профилактических мероприятий . . . . .	31
2.10. Составление персонального плана ухода . . . . .	33
2.11. Ведение документации . . . . .	37
<b>Глава 3. Практика реализации системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в Российской Федерации</b> . . . . .	38
3.1. Пилотный проект по созданию и апробации экспериментальной модели системы долговременного ухода в РФ . . . . .	38
3.2. Опыт субъектов РФ по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами . . . . .	40
<b>Глава 4. Опыт внедрения элементов долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в учреждениях социального обслуживания Красноярского края</b> . . . . .	50
О первом опыте внедрения системы долговременного ухода в стационарные учреждения социального обслуживания . . . . .	51
Элементы долговременного ухода в практической деятельности учреждений социального обслуживания . . . . .	61
Организация долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в МБУ «Комплексный центр социального обслуживания населения Краснотуранского района» . . . . .	69
Комплексная реабилитация граждан, перенесших инсульт, на базе центра социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов . . . . .	80
Обзор технологий социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Красноярском крае . . . . .	90
<i>Список использованных источников</i> . . . . .	96
<i>Словарь терминов</i> . . . . .	100
<i>Приложение 1. Процесс типизации</i> . . . . .	102

<i>Приложение 2.</i> Пример формы бланка информационно-титального листа . . . . .	125
<i>Приложение 3.</i> Примерные формы ведения записей, отражающих различные аспекты ухода . . . . .	126
<i>Приложение 4.</i> Порядок выявления граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долговременном уходе, на территории Новгородской области . . . . .	128
<i>Приложение 5.</i> Положение о деятельности областного координационного центра по приему и обработке информации о гражданах, нуждающихся в долговременном уходе . . . . .	130
<i>Приложение 6.</i> Порядок информационного обмена о гражданах, получающих социальные услуги в организациях социального обслуживания и медицинскую помощь в медицинских организациях, в рамках реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами на территории Рязанской области . . . . .	134
<i>Приложение 7.</i> Порядок типизации граждан пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в социальном обслуживании, на территории Новгородской области . . . . .	137
<i>Приложение 8.</i> Перечень услуг, оказываемых «Сиделкой (помощником по уходу)» за счет внебюджетных средств . . . . .	141
<i>Приложение 9.</i> Порядок предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в условиях сопровождаемого проживания . . . . .	143
<i>Приложение 10.</i> Пример заполнения карты комплексного гериатрического обследования получателей социальных услуг . . . . .	171
<i>Приложение 11.</i> Результаты анкетирования . . . . .	175
<i>Приложение 12.</i> Социальный паспорт . . . . .	177
<i>Приложение 13.</i> Реестр пожилых людей, нуждающихся в уходе . . . . .	178
<i>Приложение 14.</i> Программа «Система долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами в МБУ КЦСОН Краснотуранского района» . . . . .	179
<i>Приложение 15.</i> Биографический опросник . . . . .	185
<i>Приложение 16.</i> Структура индивидуального плана долговременного ухода (ИПДУ) . . . . .	187

---

Корректор Е.М. Уварова

Подписано в печать 10.10.2019.

Формат 60x90/16. Бумага офсетная. Гарнитура Times.

Уч.-изд. л. 8,37. Усл.-печ. л. 10,20. Заказ № 2605.2. Тираж 400.

Отпечатано в типографии ООО «Принт».

426035, г. Ижевск, ул. Тимирязева, 5.

