

Регламент проведения типизации как элемента системы долговременного ухода

Вводные положения

В связи с постепенным увеличением продолжительности жизни в Российской Федерации и развитием медицинских технологий, количество пожилых людей увеличивается. Многие из них нуждаются в помощи для ведения домашнего хозяйства, уходе за собой. Многие пожилые люди являются одинокими, они нуждаются в эмоциональной поддержке, дополнительном общении. Эти новые вызовы для общества ведут к увеличению значения предоставления социального обслуживания на современном, принятом в развитом обществе уровне.

Для того, чтобы организовать поддержку в виде ухода и социального сопровождения, необходимо разделить граждан, нуждающихся в социальном обслуживании, на несколько групп по степени зависимости от посторонней помощи, которая, в свою очередь, зависит от снижения способности человека функционировать, то есть самостоятельно жить, устанавливать и поддерживать контакты, адекватно воспринимать окружающую обстановку, отвечать за свою безопасность и т.д..

Впервые на возможность объединить пожилых людей, проживающих в доме престарелых, в несколько групп по функционированию обратила внимание доктор Марджери Уоррен (Великобритания) в 1937 году.

В настоящее время различные государства используют опросники и шкалы для определения уровня функционирования человека, разработанные с учетом национальных, культурных, юридических и иных особенностей каждой страны. Так как в большинстве развитых стран существует страхование ухода, то заказчиком разработки подобных инструментов оценки зависимости чаще всего выступают страховые компании. Некоторые государства, например, Франция, в обязательном порядке устанавливают уровень возможностей (GIR) в зависимости от конкретных заболеваний (Pathos) и способности к самообслуживанию. В Испании разработан единый бланк для всех граждан старше 3-х лет, в том числе этот бланк учитывает состояние людей с интеллектуальными нарушениями и психическими заболеваниями, не ассоциированными с возрастом. Другие заболевания не учитывает.

Рост количества пожилых людей с деменцией является особым вызовом для систем ухода государств не только в финансовом отношении, но и в отношении оценки функционирования пожилых людей с этими заболеваниями. Отдельным вызовом для некоторых государств, например, Германии, стало достижение людьми с психическими заболеваниями пожилого возраста (впервые после Второй мировой войны) и сложность определения их зависимости от посторонней помощи в старости.

В Российской Федерации на федеральном уровне не закреплена обязанность оценивать способность к самообслуживанию гражданина, обратившегося за

получением социального обслуживания, с целью признания его нуждающимся. Серьезных, статистически достоверных научных исследований в Российской Федерации по данной тематике не проводилось. Тем не менее, различные регионы, согласно 442-ому ФЗ, имеют право на региональном уровне применять шкалы и опросники. Наиболее известной и простой в использовании является шкала Бартел (Machoney F., Barthel D., 1965); эта шкала применяется рядом регионов в процедуре признания нуждающимся. Шкала Бартел не дает возможности оценить, как справляется человек с домашним хозяйством, хотя в России именно эта потребность вызывает значительную зависимость от помощи других лиц.

Одна из целей создания системы долговременного ухода – предоставление услуг гражданам, нуждающимся в помощи при выполнении повседневных бытовых действий и/или помощи по уходу за собой.

Типизация получателя социального обслуживания проводится с целью определения степени его зависимости от посторонней помощи при выполнении повседневных бытовых действий, неспособности ухаживать за собой и необходимости в присмотре. В результате проведенного интервью с потенциальным получателем будет получена информация о том, насколько получатель социального обслуживания зависит от посторонней помощи и какова его способность к самообслуживанию.

Результаты типизации являются одним из источников информации для составления индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИПСУ), а далее – индивидуального плана ухода (ИПУ).

Все получатели социальных услуг, прошедшие типизацию, разделяются на группы ухода для эффективной организации социального обслуживания (экономики и управления), а также для целесообразности включения тех или иных социальных услуг в объем обслуживания для каждой группы ухода.

1. Основные принципы оказания услуг по уходу:

Социальные услуги в системе долговременного ухода должны предоставляться в соответствии со следующими принципами:

- ✓ Сохранение, поощрение и восстановление самостоятельности получателя социальных услуг. Следует поощрять самостоятельное выполнение получателем тех действий, которые он способен выполнять.
- ✓ Забота о личной безопасности получателя во время оказания ему ухода, в том числе (по возможности) посредством создания соответствующих условий в месте его проживания.

- ✓ Создание отношений доверия и взаимного уважения между социальным работником, иными сотрудниками организации социального обслуживания и получателем социальных услуг.
- ✓ Внимание к переменам в состоянии здоровья получателя, в его личных, социальных и семейных обстоятельствах и регулярное сообщение о них руководителю структурного подразделения.
- ✓ Внимание к предпочтениям, привычкам и потребностям получателя социальных услуг.
- ✓ Строгое выполнение индивидуального плана ухода и ИППСУ, в которых определены виды услуг, кратность их выполнения, объем (в часах) и цели ухода. Очень важно, чтобы получатель социальных услуг осознавал, что социальный работник/помощник по уходу действует в рамках этого плана. Это поможет оградить получателя и ухаживающий персонал от возникновения нежелательных ситуаций.

Специалист социальной работы/социальный работник должен проинформировать получателя социальных услуг об основных принципах оказания услуг по уходу, условиях и видах предоставляемых услуг в процессе подписания договора о социальном обслуживании.

В ходе типизации необходимо выяснить, имеет ли получатель социальных услуг помощь в выполнении бытовых действий от членов семьи или из других источников (религиозных, благотворительных, общественных организаций). Необходимо также определить потребность получателя в общении и предложить ему, если существует возможность, посещение Дневного центра или иную занятость. То же относится к получателям, проживающим в стационарных организациях, особенно при снижении возможности самостоятельно покидать пределы своей комнаты.

Индивидуальный план ухода содержит подробный перечень всех мероприятий, которые должен выполнить социальный работник. План направлен на достижение целей ухода по различным направлениям, которые определяет руководитель структурного подразделения/член комплексной команды/социальный работник. Для постановки целей в ИПУ учитываются не только дефициты самообслуживания, выявленные в процессе типизации получателя, но и его индивидуальные ресурсы и возможные проблемы. Кроме того, в ИПУ будет учтено реальное состояние и возможности жилища и внешние ресурсы получателя: поддержка семьи, религиозных, общественных организаций. Обязательной частью плана является график работы ухаживающего персонала с указанием частоты выполнения каждой услуги в течение дня/недели/месяца (для надомной формы обслуживания). Эти сведения не могут противоречить стандартам оказания услуг, принятым в установленном законодательством порядке.

Процесс типизации

2. Типизация

Целью типизации получателей социальных услуг является определение степени зависимости человека от посторонней помощи в осуществлении основных жизненных потребностей путем оценки степени и объема необходимой помощи при выполнении повседневных бытовых действий (ведения домашнего хозяйства) и при уходе за самим собой, то есть к самообслуживанию. К снижению способности к самообслуживанию приводят различные факторы, чаще всего это заболевания, резкое изменение условий проживания, потери близких.

Важно понимать, что при одинаковых диагнозах или ситуациях, разные люди по-разному преодолевают тяжесть заболеваний и жизненные сложности. Это зависит от личностных особенностей каждого человека (уровня его образования, типа нервной системы, уровня интеллекта, мотивации, способности совершать волевые усилия, психологической устойчивости). В отношении пожилых людей к снижению способности к самообслуживанию и повышению зависимости от посторонней помощи приводит развитие старческой астении. Старческая астения – это комплекс соматических, психических и социальных синдромов, определяющих жизнедеятельность пожилых людей.

Следующим фактором, влияющим на способность к самообслуживанию, может являться среда, в которой живет человек. Например, дом без лифта, отсутствие пандуса, высокая ванная, узкий дверной проем значительно повышают зависимость человека от посторонней помощи.

Если человек подвергается какой-либо опасности, например, его дом отапливается неправильно или его окружение асоциально, то организовать за ним уход сложнее.

Обязательным условием для правильного проведения типизации является поведение интервью в месте постоянного проживания: в квартире, частном доме или доме-интернате. Существующая рекомендация ВОЗ подтверждает это правило.

Следовательно, в ходе интервью необходимо учитывать полную картину обстоятельств и среды, в которой находится человек: физические условия и наличие/отсутствие условий, способствующих процессу восстановления или улучшению состояния человека.

Типизация – объективный процесс, производимый согласно принятым профессиональным правилам. Это позволяет обеспечить прозрачность и объективность действий и дает возможность четко объяснить, почему получателю социальных услуг предоставляется определенное количество часов ухода и/или конкретные виды услуг.

Типизация проводится в течение 5 рабочих дней после поступления заявления от гражданина, впервые обратившегося за получением социального обслуживания. Рекомендуется проводить типизацию одновременно с составлением Акта о признании нуждающимися, во время домашнего визита к

потенциальному получателю. Таким образом, в изучении социальной ситуации гражданина принимает участие несколько человек и единоличное субъективное решение о его степени зависимости (группе ухода) минимизируются.

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.

3. Этапы проведения 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 нормативно-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 сотовый 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 наличия ресурсов: семьи, возможно 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 непринуждённой форме, не сверяясь с листком.

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

1. 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?
2. 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?
3. Полнота выполняемых действий. Расспросите, насколько полно пожилой человек может, например, одеться. Возможно, получатель перестал пользоваться нижним бельем, потому что ему трудно его надеть.
4. 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 (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, так, чтобы не подвергнуть себя и окружающих опасности или не причинить вред.

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 клиента в сравнении с приблизительной нормой для человека его возраста.
- ✓ Обратите внимание на способность передвижения клиента: 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 создались 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:

- темы, связанные с физическими возможностями;
- темы, 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. Рекомендуются:

- ✓ 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 года 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, ставшей поводом для внеплановой передиагностики является документация по уходу (см. «Ведение документации по уходу на дому»), 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 состояния получателя социальных услуг (типизаций). В каждом столбце отмечается оценка, наиболее верно соответствующая состоянию получателя.

Бланк оценки степени зависимости.

Фамилия Имя Отчество _____

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, ходунок)	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			

7. Одевание	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
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			

8. Личная гигиена	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
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			

9. Прием пищи и прием лекарств	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
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			

10. Мочеиспускание и дефекация	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Контролирует или частично контролирует 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, не может поменять абсорбирующее белье в связи с тяжелым физическим состоянием	2			
6. Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отпращиваний (и мочеиспускание, и дефекацию), не может поменять абсорбирующее белье в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием и полностью зависит от посторонней помощи	2			

11. Присмотр	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Не опасен для себя и для окружающих, когда остается один. Может исполнять	0			

жизненно важные функции, например, пить				
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 для окружающих, когда остается один, требуется постоянное присутствие постороннего человека	6			

12. Слух	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Хорошо слышит либо регулярно использует слуховой аппарат и не испытывает трудностей	0			
2. Плохо слышит (для прослушивания радио включает его 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 в 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 не доступна	1			

14. Наличие внешних ресурсов	Баллы	Инт. №1	Инт. №2	Инт. №3
1. Получает достаточную социальную поддержку от	0			

семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций				
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 (например, соседи, общественные или религиозные организации)	1			

Диагностику провели:

Сотрудник _____
Сотрудник _____

Должность _____
Должность _____

Подпись _____
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 на степень сложности для него при проведения 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 возможности 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 (приравнивается 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.

В данном пункте 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 человека 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 человек перестает готовить горячую еду, потому что ему стало это делать трудно в последнее время (месяцы), то будет иной вывод.

Сфера диагностики:

Степень необходимой помощи при уходе за собой и способность жить безопасно:

Мобильность в доме (передвижение по дому)

Для того, чтобы выбрать правильные ответы в этом разделе, следует опередить, 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, например тростью (или палкой) или ходунком?

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 ходунком 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.

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.

Одевание

Мы должны удостовериться, что получатель социальных услуг может одеваться «с головы до ног» без посторонней помощи, то есть надевает 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.

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

Идея демонстрация 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?

Прием пищи и прием 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.

Так же 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.

Мочепускание 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 собственной 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

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/ для 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.

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.

Наличие опасности в районе проживания или доме

Пожилым людям и тяжелобольным необходимы благоприятные и безопасные условия проживания. Состояние получателя в определённой 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;
- ✓ захламлённость подъезда, лестниц, препятствующая активной жизни человека;
- ✓ антисанитария.
- ✓ признаки жестокого обращения с получателем социальных услуг его родственниками и опекунами – психологическое и физическое насилие, например, 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.

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 семьёй и с внешней средой.

При ответе на этот вопрос нужно учитывать участие в жизни получателя социальных услуг семьи, его опекунов/наследников, негосударственных, например, 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, при необходимости, выполнять некоторые бытовые (хозяйственные) действия. 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 клиента. Результатом беседы может стать изменение индивидуального плана ухода (видов работ) и/или графика работы. Это изменение также согласуются с клиентом и, если необходимо, его семьей, а в особых случаях – с руководителями организации. В редких случаях, возможно, потребуются дополнительный домашний визит с целью перетипизации. На дому у клиента специалист/специально обученный сотрудник проводит дополнительную беседу с клиентом, уточняет его возможности и потребности, одновременно проверяет качество работы помощника по уходу.

Изменение объема услуги (количества часов) в сторону увеличения, возможно при обстоятельствах, ухудшающих жизнедеятельность клиента, 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*).

Группа ухода	0	1	2	3	4	5
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 <u>одного</u> 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, способность к самообслуживанию не снижена. Люди из данной категории способны самостоятельно себя обслуживать и поддерживать свой быт на необходимом уровне.

	<p>К ним относятся лица, способные выполнять трудовые функции. Когнитивные функции у данной категории людей не нарушены.</p>
<p>Группа 1 3,25 – 4,5</p>	<p>Чаще всего, у людей из данной группы наблюдают небольшое снижение способности к самообслуживанию. Объединяет людей, нуждающихся в ограниченной помощи для соблюдения личной гигиены, приготовления пищи и проведения уборки.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Группа 2 4,75 - 6</p>	<p>Способность к самообслуживанию умеренно снижена. Люди из данной группы нуждающиеся в помощи в передвижении по дому, пользуются вспомогательными средствами реабилитации (ходунки, простые и 4-х опорные трости).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Когнитивные функции не нарушены. - Самостоятельно используют абсорбирующее бельё (прокладки, и др.) - 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).

	<ul style="list-style-type: none"> - Возможна потребность в небольшой помощи при одевании и обувании. - Необходима частичная помощь при купании.
<p>Группа 3 6,25 – 10,75</p>	<p>Объединяет людей со значительным снижением способности к самообслуживанию, вследствие нарушений здоровья, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или врожденными дефектами.</p> <p>Когнитивные функции у данной категории людей чаще всего не нарушены или имеются умеренные когнитивные расстройства.</p> <p>Люди из данной группы нуждаются в помощи ежедневно для выполнения действий повседневной жизни.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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).
<p>Группа 4 11 – 15,75</p>	<p>У людей данной группы наблюдается очень сильное снижение способности к самообслуживанию и ведению домашнего хозяйства без посторонней помощи. Они нуждаются в помощи во многих видах деятельности повседневной жизни.</p> <p>В данную группу могут входить люди, чьи психические функции сильно нарушены, при этом они сохранили мобильность.</p> <p>И в том, и в другом случае, степень зависимости человека от посторонней помощи приводит к выраженному ограничению одной из категорий жизнедеятельности либо их сочетанию.</p> <p>Часто нарушена способность ориентации во времени и в</p>

	<p>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. - Мобильность ограничена комнатой (кроватью и околокроватным 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 мочеиспускание 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>
<p>Группа 5 16 - 25</p>	<p>У лиц из данной группы наблюдается полная утрата способности к самообслуживанию, и они полностью зависят от посторонней помощи. 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 их частично. Степень функциональности соответствует 1 группе инвалидности со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма. Необходим постоянный уход, направленный на поддержание</p>

	жизнедеятельности и профилактику осложнений имеющихся хронических заболеваний и маломобильного образа жизни.
--	--

Контроль качества типизации

Контроль качества типизации должен проводить обученный сотрудник, имеющий опыт в проведении типизации. На этапе пилотного проекта до начала работы по проведению контроля качества типизации он должен самостоятельно выполнить не менее 15 домашних визитов (для надомной формы). Если в его обязанности включен контроль качества по проведению типизации в учреждениях, предоставляющих стационарную форму социального обслуживания, то перед началом работы по определению качества типизации он должен протипизировать не менее 15 человек проживающих в стационарных организациях.

Процедура проведения контроля качества разделяется на три этапа:

1. Анализ документов, переговоры с получателями обслуживания по телефону. Работа проводится в помещении ЦСО или организации стационарного обслуживания;
2. Домашние визиты или встречи с проживающими в стационарных организациях для проведения интервью;
3. Обобщение полученных результатов и формирование отчета.

Этап 1.1 Работа с документами

Основным документом типизации является Бланк оценки зависимости (бланк диагностики – БД), а также сведения из этого Бланка, внесенные в Таблицу типизации в Excel либо в другие информационные системы.

Из таблицы типизации в Excel следует выбрать сведения о 30 получателях по следующим признакам:

- два получателя из группы ухода 0
- три получателя из группы ухода 1
- шесть получателей из группы ухода 2
- семь получателей из группы ухода 3
- восемь получателей из группы ухода 4
- четыре получателей из группы ухода 5.

Целью формирования подобной выборки является анализ возможных рисков для перехода получателя из одной группы ухода в другую.

Эти получатели должны иметь а) баллы «на границе» групп по типизации, например, 4.5, 6.25, 11,5 и так далее; и б) преимущественно, имеющие:

– ограниченную социальную поддержку со стороны семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций;

– не имеющие социальную поддержку со стороны семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций.

Оценка этого риска особенно важна для получателей, которые кроме государственных социальных служб имеют ограниченную поддержку от других или её не имеют вовсе (ограниченный ресурс или отсутствие ресурса), то есть наиболее уязвимы в настоящее время.

Алгоритм:

1. Сравнение с бумажным носителем:

Данные из временного IT-решения (н-р, таблицы типизации в Excel) следует сравнить с информацией на бумажном носителе. Цель – исключить механические ошибки при переносе информации с бумажного носителя в Таблицу типизации. Отражение выявленных механических ошибок в отчете обязательно.

2. Проверка на логику:

Ответы на вопросы из 14 тем Бланка диагностики следует сопоставить друг с другом. Преимущественно эта работа должна проводиться для получателей из 3, 4 и 5 групп ухода. Основными должны быть следующие логические связки:

Тема 5, пункт 7: «Лежащий; не в состоянии встать с кровати и сделать несколько шагов без посторонней помощи» НЕ МОЖЕТ иметь баллов в теме 1 пунктах 1, 2, 3, 4.

Тема 2, пункт 4: Не в состоянии выполнять никаких работ по уборке дома НЕ МОЖЕТ иметь баллов в теме 4, пункт 1; теме ? пункт 1; теме 7, пункт 1; теме 8, пункт 1.

Тема 4, пункт 3: «Необходима помощь во всем процессе приготовления пищи, а также мытье посуды после приготовления пищи» НЕ МОЖЕТ иметь баллов в теме 7, пункт 1; теме 8, пункт 1; теме 9, пункт 1.

Тема 10, пункт 5: «Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отправления (и мочеиспускание, и дефекацию), не может за собой ухаживать в связи с нарушениями когнитивной функции и/или тяжелым физическим состоянием и полностью зависит от посторонней помощи» НЕ МОЖЕТ иметь баллов в теме 1, пункты 1-3, очень редко в теме 1, пункт 4 (следует уточнить); в теме 2, пункт 1-3.

В случае выявления несоответствий в Бланках, этих получателей стоит занести в список потенциальных домашних визитов в рамках процедуры контроля типизации. Отражение выявленных несоответствий в отчете обязательно.

Этап 1.2 Телефонные переговоры с получателями.

Цель: убедиться, что у получателя был домашний визит сотрудника ЦСО, и было проведено интервью.

Алгоритм:

1. Следует выбрать пять любых получателей из 1-3 группы ухода, и определить типизатора, который был у **него** **них** дома (его имя и отчество).
2. Выполнить телефонные звонки по громкой связи в присутствии сотрудника организации, желательно того, кого получатель знает лично.
3. Использовать приблизительный скрипт: Приветствие. Меня зовут (имя и отчество проводящего проверку), я звоню Вам из Центра социального обслуживания и говорю по громкой связи. Рядом со мной – ваш социальный работник «Наташа». Мне нужно уточнить некоторые детали. Скажите, пожалуйста, примерно в конце октября к Вам приходил наш сотрудник «Мария Ивановна»? Наверное, она задавала Вам разные вопросы, касающиеся вашей жизни? Все прошло хорошо? У вас остались/есть какие-либо пожелания, замечания к «Марии Ивановне»?

Этап 2.1 Домашние визиты (личное интервью)

Цель – правильность определения группы ухода и выявления основных дефицитов в самообслуживании сотрудниками организации (типизаторами).

Алгоритм:

1. Отбор получателей и типизаторов, которые проводили оценку (типизацию).
2. Согласование графика домашних визитов с получателями и администрацией организации, в которой проводится проверка.
3. Выполнение домашних визитов.
4. Анализ полученных результатов, сравнение их со сведениями, внесенными в Таблицу типизации в Excel.
5. Итоговая встреча с типизаторами, чья работа проверялась и руководителем организации перед написанием отчета (этапа 3).

При проведении этой части работы всегда следует помнить, что большинство получателей зависимы от поддержки социальных служб и своего социального работника. Любые переговоры с получателями следует начинать с разъяснения, что целью проверки не является надзор за их социальным работником. Однако, в случаях выявления прямых нарушений должностных инструкций социального работника, об этих фактах следует сообщать администрации учреждения.

Для домашних визитов следует выбрать 12 получателей из групп ухода 1-5 для организации, в которой получает обслуживание до 1000 получателей. Далее прибавляется по одному визиту (одному получателю) на каждые 200 обслуживаемых. Если в организации до 600 получателей, то количество визитов (количество интервью, проведенных в ходе проверки качества типизации) составляет 10.

Рекомендуется отобрать получателей таким образом, чтобы была возможность проверить работу нескольких (минимум трех) сотрудников (типизаторов).

Во время одного визита, проводимого в семье, где обслуживание получает несколько человек, следует взять интервью у каждого получателя.

Преимущественно, для домашних визитов рекомендуется отобрать получателей, не имеющих поддержки от семьи или родственников, или имеющих ограниченную поддержку от них и от иных ресурсов как наиболее зависимых от социального работника.

Проводить интервью рекомендуется в присутствии социального работника или родственника получателя, если такая возможность имеется.

Контроль качества типизации в части проведения личного интервью с получателями в стационарной организации проводится по тому же алгоритму. Рекомендуется проводить беседу в отдельном помещении, желательно, в присутствии сотрудника, который хорошо знает этого получателя. Если провести беседу в отдельном помещении невозможно, то нужно приложить все усилия, чтобы получатель не почувствовал себя скованно и неловко.

Все расхождения следует отметить и внести в отчет.

После окончания проведения домашних визитов следует встретиться с типизаторами вместе с представителем администрации и обсудить предварительные результаты этой работы. В случае выявления системных ошибок, рекомендуется назначить дополнительную встречу для обсуждения ошибок с целью их профилактики в последующей работе. При возможности, обе встречи рекомендуется совместить.

Этап 3. Обобщение результатов и формирование отчета по результатам проверки:

По каждому из двух этапов составляется отчет.

В отчете по этапу 1 следует отразить все расхождения между сведениями, внесенными, например, в Таблицу типизации в Excel, бумажными носителями, а также отразить соответствие или несоответствие между информацией о факте проведенной типизации и ответами получателей на эту тему. Все фамилии типизаторов, работа которых проверялась на данном этапе, следует зафиксировать.

Для отчета по этапу 2 следует заполнить следующую таблицу:

№	Имя и отчество получателя	Дата первой типизации	Баллы/группа	Типизатор, чью работу проверяют	Дата проверки и качества	Баллы	Расхождение в баллах	Переход в другую группу
1	Анна Ивановна	12.09.2018	12/4	Петрова	29.11.2019	12.5/5	0,5	нет
2	Анна Николаевна	14.09.2018	5.5/2	Петрова	28.11.2018	5.5/3	нет	нет
3	Анна	13.09.20	18/5	Петрова	28.12.20	17.5/	0.5	нет

	Сергеевна	18			18	6		
4	Вера Ивановна	12.09.20 18	12/4	Сидоров а	29.11.20 19	9.5/4	2.5	да
5	Вера Николаевна	14.09.20 18	5.5/2	Сидоров а	28.11.20 18	7/4	1.5	да
6	Вера Сергеевна	13.09.20 18	18/5	Сидоров а	28.12.20 18	15/5	3	да
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Итоговая часть отчета должна быть посвящена общей оценке правильности проведенной типизации. Типизация может считаться проведенной верно, если количество отклонений по каждому из этапов не превышает 15%.

В первые годы работы проекта до получения достаточного профессионального опыта сотрудников, проводящих типизацию, количество ошибок может быть больше, поэтому проведение проверок и продолжение обучения и повышение квалификации рекомендуется проводить постоянно.