Методические рекомендации по проведению

типизации получателей долговременного ухода

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Долговременный уход** (ДУ) – это комплекс мероприятий, включающих уход, сопровождение, реабилитацию и абилитацию, социализацию, психологическую поддержку, и другие виды помощи, позволяющие компенсировать стойкие ограничения жизнедеятельности, обеспечивая сохранение качества жизни человека.

**Система долговременного ухода** (далее – СДУ, Система) – это комплексная система, которая организует предоставление гражданам, имеющим стойкие ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи, поддержку качества жизни, независимости, автономии и самореализации.

**Получатель долговременного ухода** – гражданин, имеющий установленные в процессе типизации **стойкие** ограничения жизнедеятельности, получающий социальные услуги, а также, при установленной необходимости, медицинскую помощь и (или) иные виды помощи, согласно имеющемуся у него на это праву по направлениям Комплекса Федерального законодательства СДУ.

**Потенциальный получатель долговременного ухода** – гражданин, информация о потенциальной нуждаемости которого в долговременном уходе передана в координационный центр СДУ субъекта РФ.

**Лица, осуществляющие уход (ЛОУ) –** граждане, оказывающие неформальный уход в отношении получателя долговременного ухода на основе семейных, соседских, дружеских связей.

**Участники СДУ** – органы, ведомства и их подведомственные учреждения субъекта РФ и их работники, негосударственные предприятия и их работники, а также лица, осуществляющие неформальный уход, совместно вовлеченные в процесс оказания услуг (помощи) получателям долговременного ухода.

**Типизация (Типизация ограничений жизнедеятельности)** – процесс определения объема необходимой помощи, позволяющей компенсировать **стойкие** ограничения жизнедеятельности, получателю долговременного ухода или потенциальному получателю долговременного ухода, в зависимости от степени данных ограничений. Типизация бывает первичная (при первом обращении), плановая и внеплановая (в соответствии с методическими рекомендациями).

**Группа типизации** устанавливает необходимый объем помощи человеку, в зависимости от степени ограничений его жизнедеятельности.

**Индивидуальный план ухода (ИПУ)** – детальный план предоставления долговременного ухода, осуществляемый всеми участниками СДУ, вовлеченными в работу с получателем долговременного ухода, и содержащий: цели работы каждого участника СДУ с получателем долговременного ухода, перечень мероприятий, кратность, объем и особенности их проведения.

**Дом-интернат -** организация социального обслуживания, оказывающая услуги в стационарной форме социального обслуживания; понятие включает психоневрологические интернаты, специальные дома-интернаты, геронтологические центры, пансионаты ветеранов труда, дома-интернаты для пожилых и инвалидов.

**Персонал по уходу домов-интернатов –** сотрудники домов-интернатов, непосредственно взаимодействующие с проживающими (социальные работники, медицинские сестры, помощники по уходу, специалисты-реабилитологи и пр.).

ВВОДНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В связи с развитием медицинских технологий и постепенным увеличением продолжительности жизни в Российской Федерации увеличивается количество граждан с устойчивыми ограничениями жизнедеятельности, приводящими к зависимости от посторонней помощи. К ним относятся дети и граждане с инвалидностью, а также пожилые люди.

Многие из них нуждаются в системной профессиональной помощи специалистов социальной сферы (социального обслуживания, здравоохранения, образования и др.) при повседневной жизни, получении образования, занятости, в установлении социальных контактов, проведении досуга, образовании семьи и других.

 Эти новые вызовы для общества приводят к необходимости оказания ухода и сопровождения на современном, принятом в развитом обществе уровне, который в разных государствах называется «система долговременного ухода».

Одним из методологических решений по организации долговременного ухода является определение объема необходимой помощи в зависимости от степени устойчивых ограничений жизнедеятельности, с помощью **типизации**.

Необходимый объем помощи конкретному человеку в зависимости от степени ограничений его жизнедеятельности и, следовательно, от поддержки других людей, определяется **группой типизации**.

Впервые на возможность объединить людей, зависимых от посторонней помощи, в несколько групп по сложности организации ухода за ними обратила внимание доктор Марджери Уоррен (Великобритания) в 1937 году, которая работала врачом в доме престарелых. Затем этот подход стал применяться так же в отношении людей, живущих у себя дома, вне зависимости от возраста, в том числе, для страдающих психическими расстройствами.

В настоящее время различные государства используют опросники и шкалы для определения уровня зависимости человека, разработанные с учетом национальных, культурных, юридических и иных особенностей каждой страны.

Поскольку в большинстве развитых стран существует страхование ухода на случай длительного тяжелого заболевания или состояния, приведших к появлению стойких ограничений жизнедеятельности, 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 с устойчивыми ограничениями жизнедеятельности. В том числе этот бланк учитывает состояние людей с интеллектуальными нарушениями и психическими заболеваниями, не ассоциированными с возрастом.

В последние полтора-два десятилетия вызовом для систем ухода государств, как в финансовом отношении, так и в возможности проведения оценки зависимости, стал рост количества пожилых людей с деменцией

Отдельным вызовом для некоторых государств, например, Германии, стало достижение пожилого возраста людьми с психическими расстройствами (впервые после Второй мировой войны).

В Российской Федерации на федеральном уровне обязанность оценивать способность к самообслуживанию и другие ограничения жизнедеятельности гражданина, с целью определения объемов помощи, вводится впервые. Тем не менее, субъекты Российской Федерации согласно Федеральному закону №442-ФЗ, имеют право на региональном уровне применять шкалы и опросники с целью определения нуждаемости.

Наиболее известной и простой в использовании является шкала Бартел (Machoney F., Barthel D., 1965); эта шкала применяется рядом регионов в процедуре признания нуждающимся в социальном обслуживании. Шкала Бартел не дает возможности оценить, как справляется человек с домашним хозяйством, потребности в присмотре и сопровождении при получении образования, хотя в России именно эти потребности вызывают значительную зависимость от помощи других лиц.

Различные ограничения жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, передвижению, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью) могут компенсироваться различными способами в зависимости от возраста, места проживания, образовательного и социального статуса человека и, при наличии, его семьи.

На период пилотного проекта одной из первых целей системы долговременного ухода является предоставление услуг гражданам, нуждающимся в помощи при выполнении повседневных бытовых действий и (или) помощи по уходу за собой.

Для этого разработан инструмент базовой типизации, позволяющий оценить объем ухода для ведения домашнего хозяйства, помощи по уходу за собой и потребности в присмотре, чтобы нуждающийся в помощи человек мог получить достойный уровень качества жизни. Данная типизация применима в отношении взрослых и пожилых людей со стойкими ограничениями жизнедеятельности.

Предполагается, что следующим шагом будет вторая часть типизации, с помощью которого можно будет определить дополнительные потребности в образовании, занятости, самореализации, профессиональном развитии, как взрослых так и пожилых.

В отношении детей и подростков вопрос типизации требует отдельной проработки.

БАЗОВАЯ ТИПИЗАЦИЯ

1. **Введение**

Данная типизация будет проводиться с целью определения зависимости получателя от других лиц в отношении ведения домашнего хозяйства и обслуживания себя на уровне достойного качества жизни.

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

Типизация потенциального получателя долговременного ухода проводится с целью определения степени его зависимости от посторонней помощи при выполнении повседневных бытовых действии, способности ухаживать за собой и необходимости в присмотре. В результате проведённого с потенциальным получателем долговременного ухода интервью будет получена информация о том, насколько человек зависит от посторонней помощи и какой её объем ему необходим.

Все потенциальные получатели долговременного ухода, прошедшие типизацию, разделяются на группы типизации для эффективной организации социального обслуживания, оказания медицинской и других видов помощи, входящих в долговременный уход (экономики и управления отраслью, определения штатной численности и штатной расстановки, подготовки кадров), а также для целесообразности включения тех или иных услуг в объем обслуживания для каждой группы типизации в каждой форме социального обслуживания.

**2. 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 долговременного ухода. 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 поставщика социальных услуг и получателем долговременного ухода.
* 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 долговременного ухода.
* Строгое выполнение ИППСУ и индивидуального плана ухода, в которых определены виды услуг, мероприятия, кратность их выполнения, объем (например, в часах) и цели ухода. Очень важно, чтобы получатель долговременного ухода осознавал, что социальный работник/помощник по уходу (на дому) и ухаживающий персонал в доме-интернате действует в рамках этого плана. Это поможет оградить получателя долговременного ухода и социального работник и ухаживающий персонал от возникновения нежелательных ситуаций.

Специалист социальной работы/социальный работник на дому или специально назначенный сотрудник в ломе-интернате должен проинформировать получателя долговременного ухода об основных принципах оказания услуг по уходу, условиях и видах предоставляемых услуг в процессе подписания договора о социальном обслуживании, как в надомной, так и в стационарной форме.

В ходе типизации необходимо выяснить, имеет ли потенциальный получатель долговременного ухода 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 долговременного ухода, проживающим в стационарных организациях, особенно при снижении возможности самостоятельно покидать пределы своей комнаты.

Результаты типизации будут использованы при составлении индивидуального плана ухода. Для его профессионального составления нужно провести дополнительное исследование человека.

Следует чётко разделять процедуры типизации и составления индивидуального плана ухода.

Индивидуальный план ухода содержит подробный перечень всех мероприятий, которые должен выполнить социальный работник (или помощник по уходу) на дому и персонал по уходу в домах-интернатах. План направлен на достижение целей ухода по различным направлениям. Для постановки целей в ИПУ учитываются не только стойкие ограничения жизнедеятельности, выявленные в процессе типизации получателя долговременного ухода, но и его индивидуальные ресурсы и возможные проблемы. Кроме того, в ИПУ, реализуемом на дому, должно быть учтено реальное состояние и возможности жилища и внешние ресурсы получателя: поддержка семьи, религиозных, общественных организаций. Иные ведомства, например, учреждения здравоохранения, участвуют в реализации ИПУ, если это необходимо для достижения целей ухода.

**3. Процесс типизации**

Целью типизации потенциальных получателей долговременного ухода является определение степени зависимости человека от посторонней помощи в осуществлении основных жизненных потребностей путём оценки необходимой помощи при выполнении повседневных бытовых действий (ведения домашнего хозяйства) и при уходе за самим собой, то есть к самообслуживанию.

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 гериатрических синдромов, определяющих жизнедеятельность пожилых людей.

Следующим фактором, влияющим на способность к самообслуживанию и зависимость от помощи других лиц, 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 долговременного ухода предоставляется определенное количество часов ухода и/или конкретные виды услуг.

Типизация должна стать часть процедуры признания гражданина нуждающимся и проводиться одновременно с составлением Акта описания ограничений жизнедеятельности во время домашнего визита к потенциальному получателю социальных услуг, впервые обратившимся за социальным обслуживанием. Таким образом, в изучении социальной ситуации гражданина принимает участие несколько человек и единоличное субъективное решение о его степени зависимости (группе типизации) минимизируются.

Типизация называется первичной, если она проводится впервые у потенциального или текущего получателя социальных услуг.

Повторная типизация может быть плановой (через определённый период времени) или внеплановой.

Оптимальное количество сотрудников организации социального обслуживания (или иной организации, уполномоченной для проведения типизации), проводящих типизацию – два специалиста; они должны быть обучены проведению типизации. На период пилотного проекта в исключительных ситуациях допускается типизация текущих получателей одним специалистом. Типизация силами социального работника, обслуживающего получателя, не допускается.

Однако специалисты могут прислушаться к мнению социального работника, если получатель долговременного ухода имеет особенности, которые не очевидны по время проведения типизации.

В случае, если получатель долговременного ухода не говорит или не слышит присутствие родственников либо лица, осуществляющего уход желательно. Если родственники хотят присутствовать на интервью в других ситуациях, то не следует им отказывать.

Типизация текущих получателей, проживающих в стационарных организациях, позволит правильно определить потенциал получателей, правильно распределить кадры и организовать работу в организации.

 В процессе типизации отмечаются те пункты в Бланке типизации, которые максимально полно соответствуют ответам на вопросы, задаваемые сотрудниками. Отмеченные пункты определяются баллами, которые в сумме определяют группу типизации. 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 и увеличение объема ухода коррелирует с увеличением балла.

**4. Этапы проведения типизации**

Процесс типизации получателя социальных услуг (или потенциального получателя долговременного ухода) состоит из трех этапов: подготовка к интервью, интервью и подведение итогов.

4.1 Подготовка к интервью

Формирование «личного дела» (если оценка будет проводиться впервые) или изучение «личного дела» потенциального получателя долговременного ухода. Туда включены документы, оговоренные нормативно-правовыми актами в сфере социального обслуживания, а также иная информация о получателе. Если в социальную службу обратилось третье лицо (не сотрудник социальных служб или организации здравоохранения), 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).

Необходимо согласовать дату и время диагностики и обязательно записать эту информацию. Следует объяснить получателю долговременного ухода цель визита (уточнение объема услуг и самих услуг) и получить согласие самого получателя или его доверенного лица (ЛОУ). Иногда бывает трудно разъяснить цель визита. Обычно цель объясняется как «расспросить по специальной схеме, в чем нуждаются, а в чем не нуждаются потенциальные получатели долговременного ухода». Нельзя никак обнадеживать наших подопечных, поэтому эту фразу нужно продумать заранее.

Предварительный разговор поможет выявить дополнительную информацию о потенциальном получателе долговременного ухода, например, как хорошо он слышит, 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 гражданин страдает когнитивными расстройствами, то следует приложить максимальные усилия для того, чтобы провести встречу в присутствии значимого для него человека.

В случае типизации получателя долговременного ухода, проживающего в доме-интернате, на подготовительном этапе следует собрать официальную информацию об этом человеке (из личного дела), в том числе касающуюся сведений из истории жизни получателя.

4.2 Интервью

Это центральный этап в процессе типизации получателя долговременного ухода. Цель этого этапа – прийти к согласованности общего впечатления и информации, получаемой от диагностируемого человека, его родных (или ЛОУ), ухаживающего персонала (помощника по уходу, няни, санитарки, специалиста по социальной работе) и изложенной в его личном деле.

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

Скрывать факт проведения специального интервью нельзя: пожилые и тяжелобольные, зависимые люди очень быстро почувствуют манипуляцию. Вторая причина заключается в том, работа типизатора будет проверена. Если получатель долговременного ухода заявляет, что ему никто не задавал подобных вопросов, то считается, что визита на дом не было и интервью не проводилось (исключая случаи выраженных когнитивных нарушений у получателя, зафиксированных в его личном деле).

Важно помнить:

* Ваш внешний вид должен быть представительным.
* Необходимо проявлять уважение к личному достоинству и частной жизни получателя.
* 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 потенциальному получателю долговременного ухода и повлияет на взаимодействие с вами его и членами его семьи в будущем. То же относится к работе в доме-интернате: возможно, через некоторое время Вам придется повторно типизировать получателя, и он хорошо помнит, какое впечатление Вы произвели на него в первый раз.
* Если в процессе оценки необходимого объема помощи потенциальный получатель долговременного ухода 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 нужно действовать согласно правилам, установленным в 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 типизации оценивает необходимый получателю объем помощи, а не состояние его здоровья и не его личное благосостояние.

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

Интервью – это центральный этап в процессе диагностики, который проводится в виде «устного переложения» Бланка типизации в форме беседы с человеком.

Вам следует усвоить все составляющие инструмента диагностики (Бланка типизации) и вести интервью в непринуждённой форме, стараясь как можно меньше сверяться с текстом Бланка типизации.

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? Как долго он одевается, нет ли рисков, связанных с этим?

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 или совсем перестал?

3. **Полнота** выполняемых действий. Расспросите, насколько полно 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 подоконника и т.д.

Оценивая эти четыре фактора, 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). Постарайтесь убедиться, удается ли человеку выполнить задачу безопасно, так, чтобы не подвергнуть себя и окружающих опасности или не причинить вред.

Если Вы не можете уверенно согласиться, что определенное действие человек выполняет независимо и при этом в разумное время, правильно, полностью, и он делает это регулярно – как привычку – Вы не можете поставить ему ноль баллов. Если Вы сомневаетесь, не торопитесь, возьмите небольшую паузу.

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

* физическая невозможность;
* интеллектуальные или психиатрические проблемы, сложности с восприятием;
* отсутствие мотивации (то есть он не демонстрирует достаточной инициативности, часто из-за особенностей личности либо психического расстройства).

Последний пункт особенно важен при типизации получателей, проживающих в домах-интернатах. Особенности текущей системы социальных стационарных учреждений (наличие комплексных услуг, отсутствие потребности сохранять навыки самообслуживания и пр.) приводят к значительному снижению мотивации к деятельности, принятой в обществе.

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 долговременного ухода, не следует слушать только их и не обращать внимания на слова диагностируемого.

* Оцените способность к самообслуживанию получателя 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.).
* Запишите свои наблюдения относительно температуры помещения, где живет человек, не холодно ли там (работают ли батареи или топлена ли печь), в каком состоянии находится канализация, кран с водой.
* Используйте интервью для того, чтобы дать получателю долговременного ухода несколько советов, которые, возможно, сделают его жизнь немного легче. 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 потенциальный получатель долговременного ухода справиться с задачами на уровне, который позволяет ему жить с достоинством?
* Всегда помните, что, возможно, Вы будете первым и единственным в его жизни человеком, который обсудит с ним некоторые проблемы, те, о которых он стеснялся сказать родным или самому себе. Это не означает, что Вам предстоит решать эти проблемы (например, недержание, или неспособность готовить), но отметить их Вы обязаны.

Демонстрация является очень важной частью интервью. Вам нужно будет попросить человека продемонстрировать базисные повседневные действия, которые свидетельствуют о его физических возможностях.

Сама демонстрация может привести к появлению у
человека неприятных ощущений и стыда. Поэтому важно провести этот этап после или в самом конце интервью, когда уже создались доверительные отношения между Вами и получателем долговременного ухода. Объясните, что для окончательной диагностики Вы просите его показать, как он справляется со следующими задачами: надевает простую одежду (например, кофту), вход в ванную комнату, пользование газовой плитой, подогрев и подача пищи на стол. Получателей социальных услуг (ухода), проживающих в доме-интернате, так же можно попросить показать, как он моется, наводит порядок в тумбочке (наклоняется ли низко), пользуется личными гигиеническими приборами (зубной щеткой, пастой, расческой), ест.

Для снижения чувства неудобства рекомендуем Вам самому выполнять активную демонстрацию, то есть показать задачу и попросить получателя 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 потенциальный получатель долговременного ухода 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 (или уровней от пола) и выяснить, какой именно этап (или уровень) наиболее затруднителен.

Запишите результаты демонстрации: Вы используете эти записи при подведении итогов.

4.3 Подведение итогов

Результаты типизации обсуждаются сотрудниками вне квартиры или дома получателя и вне комнаты его проживания. Бланк типизации подписывается сотрудниками, которые проводили типизацию, и вместе с иными документами поступает к сотрудникам, которые вносят эти данные в информационную систему. На этой стадии рекомендуется резюмировать результаты обследования и дать по каждой части инструмента диагностики оценку степени зависимости потенциального получателя долговременного ухода от посторонней помощи по каждому пункту и в целом – объем необходимой помощи. Наиболее важную информацию о состоянии получателя (или его жилища) следует записать.

**5. Инструменты типизации**

**Бланк оценки зависимости от посторонней помощи (бланк типизации – БТ)**

С помощью БТ мы изучаем основные темы, описывающие возможность вести домашнее хозяйство, способность к самообслуживанию и потребность в присмотре (для надомной формы) связанные с физическими возможностями, темы, описывающие ограничения и риски получателя долговременного ухода; его безопасность и информацию о ресурсах, находящихся в распоряжении получателя.

В БТ, применяемом в стационарных организациях, есть тема, описывающая выраженность патологической зависимости (например, алкогольной), враждебного и агрессивного поведения.

Эта тема, как и тема безопасности, имеет большое значение при организации обслуживания. Они затрагивают вопрос безопасности труда сотрудников, всегда осложняют подбор персонала, обслуживание таких граждан требует значительных усилий, которые нужно приложить для снижения рисков возникновения кризисных или экстренных ситуаций.

Обратите внимание:

Плановая типизация проводится по прошествии определенного периода времени:

* полтора года для получателей, чья способность к самообслуживанию снижена незначительно (группы типизации 0, 1 и 2) и для получателей услуг 5 группы типизации, 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 типизации). 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 – месяц назад – 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 на дому и ухаживающий персонал в доме-интернате. В случае надомной формы обслуживания, доказательством изменения состояния, ставшей поводом для внеплановой передиагностики может стать документация по уходу, которая ведется и хранится на дому у получателя долговременного ухода или папка «История ухода».

**Бланк типизации, применяемый для диагностики на дому:**

Бланк разделен на 14 тем, совместно образующих достаточно полную картину состояния получателя долговременного ухода.

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 долговременного ухода, 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 долговременного ухода от посторонней помощи при выполнении тех или иных действий (или просто – отряжающее состояние); дата диагностики и оценка – поделена на три столбца, предназначенные для трех последовательных обследований (интервью) состояния получателя долговременного ухода (типизаций). В каждом столбце отмечается оценка, наиболее верно соответствующая состоянию человека.

**Бланк типизации (для надомной формы социального обслуживания)**

Фамилия Имя Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Дата** | **Дата** | **Дата** |
|  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Передвижение вне дома** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 1.1. | Выходит из дома без проблем  | 0 |  |  |  |
| 1.2. | Не выходит из дома зимой | 0,75 |  |  |  |
| 1.3. | Выходит из дома, но не может обеспечить себя необходимыми промышленными товарами и продуктами самостоятельно | 0,75 |  |  |  |
| 1.4. | Выходит из дома только с сопровождающим | 1 |  |  |  |
| 1.5. | Вообще не выходит из дома | 2 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Уборка квартиры**  | **Баллы**  | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 2.1. | Убирает квартиру без труда  | 0 |  |  |  |
| 2.2. | Нуждается в небольшой помощи при выполнении полной уборки квартиры/ дома | 0,5 |  |  |  |
| 2.3. | Нуждается в значительной помощи при выполнении уборки квартиры/ дома  | 1 |  |  |  |
| 2.4. | Не в состоянии выполнять никаких работ по уборке квартиры/ дома | 2 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Стирка** | **Баллы**  | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 3.1. | Не нуждается в помощи:Справляется со всеми этапами стирки, как при ручной стирке, так и при использовании стиральной машины | 0 |  |  |  |
| 3.2. | Нуждается в помощи при любом способе стирки (ручной или машинной)  | 0,5 |  |  |  |
| 3.3. | Не в состоянии выполнять стирку | 1 |  |  |  |
| **4.** | **Приготовление пищи** | **Баллы**  | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 4.1. | Не нуждается в помощи при приготовлении горячих блюд | 0 |  |  |  |
| 4.2. | Нуждается в помощи в процессе приготовления пищи  | 1 |  |  |  |
| 4.3. | Не в состоянии приготовить никакую пищу  | 2 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **5.** | **Передвижение по дому** | **Баллы**  | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 5.1. | Самостоятельно передвигается по дому | 0 |  |  |  |
| 5.2. | Передвигается самостоятельно с помощью приспособления (трость, ходунок) | 0 |  |  |  |
| 5.3. | Передвигается с помощью приспособления или без него, и нуждается в посторонней помощи при ходьбе или вставании. | 0,5 |  |  |  |
| 5.4. | Передвигается с помощью инвалидной коляски. Способен сам сесть в коляску и передвигаться в ней по дому | 0,5 |  |  |  |
| 5.5. | На кровати садится самостоятельно либо с небольшой помощью. Пользуется инвалидной коляской, но нуждается в помощи, чтобы пересесть в коляску и/или передвигаться в ней по дому | 1 |  |  |  |
| 5.6. | Полностью зависим при передвижении и перемещении. Все дневное время проводит сидя в кровати, в кресле или кресле-коляске | 1,5 |  |  |  |
| 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** |
| 6.1. | Не падает | 0 |  |  |  |
| 6.2. | Не падает, но ощущает тревогу по поводу возможных падений | 0 |  |  |  |
| 6.3. | Падает, но может встать самостоятельно | 0 |  |  |  |
| 6.4. | Иногда падает и не может встать без посторонней помощи (минимум три раза в последние три месяца) | 0,5 |  |  |  |
| 6.5. | Падает, по крайней мере, раз в неделю и не может встать без посторонней помощи | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Одевание** | **Баллы**  | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 7.1. | Одевается без посторонней помощи | 0 |  |  |  |
| 7.2. | Нуждается в небольшой помощи при одевании  | 0,5 |  |  |  |
| 7.3. | Нуждается в значительной помощи при одевании или полностью зависим от посторонней помощи.  | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **8.** | **Личная гигиена** | **Баллы**  | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 8.1. | Моется без посторонней помощи. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом.  | 0 |  |  |  |
| 8.2. | Со всем процессом купания (мытья) справляется самостоятельно. Испытывает тревогу по поводу возможного ухудшения своего самочувствия в ванной комнате. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом. | 0,5 |  |  |  |
| 8.3. | Нуждается в небольшой помощи (например, в получении воды нужной температуры и/или бритье и/или мытье головы и/или ног и/или умывании лица и/или чистке зубов) | 1 |  |  |  |
| 8.4. | Нуждается в активной помощи при выполнении некоторых действий (например, мытье интимных частей тела и/или спины) | 1,5 |  |  |  |
| 8.5. | 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** |
| 9.1. | Ест и пьет без посторонней помощи и не нуждается в помощи при принятии лекарств | 0 |  |  |  |
| 9.2. | Ест и пьет без посторонней помощи, но нуждается в помощи для подачи и разогревания пищи и/или подготовке порции лекарств | 0,5 |  |  |  |
| 9.3. | Нуждается в подаче и помощи при приеме пищи и/или питье и/или требуется помощь при подготовке порции лекарств и/или их приеме | 1 |  |  |  |
| 9.4. | 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** |
| 10.1. | Контролирует или частично контролирует отправление естественных потребностей; самостоятельно пользуется туалетной комнатой, может самостоятельно поменять себе абсорбирующее белье | 0 |  |  |  |
| 10.2. | Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в незначительной помощи при использовании абсорбирующего белья. Самостоятельно пользуется туалетной комнатой. Осуществляет гигиену после туалета самостоятельно.  | 0,5 |  |  |  |
| 10.3. | Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в значительной помощи при использовании абсорбирующего белья или испытывает трудности при пользовании туалетной комнатой. Необходима помощь в осуществлении гигиены после туалета | 1 |  |  |  |
| 10.4. | Частично контролирует естественные потребности. Не может поменять себе абсорбирующее белье.Не может пользоваться туалетной комнатой | 1,5 |  |  |  |
| 10.5. | Контролирует мочеиспускание и дефекацию, но не может пользоваться туалетом, не может поменять абсорбирующее белье в связи с тяжелым физическим состоянием | 2 |  |  |  |
| 10.6. | Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отправлений (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** |
| 11.1. | Не опасен для себя и для окружающих, когда остается один. Может исполнять жизненно важные функции.  | 0 |  |  |  |
| 11.2. | 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 |  |  |  |
| 11.3. | Опасен для себя и для окружающих, когда остается один, требуется постоянное присутствие постороннего человека | 6 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **12.** | **Слух** | **Баллы**  | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 12.1. | Хорошо слышит либо регулярно использует слуховой аппарат и не испытывает трудностей  | 0 |  |  |  |
| 12.2. | Плохо слышит (для прослушивания радио включает его на полную громкость), испытывает затруднения при коммуникации | 0,5 |  |  |  |
| 12.3. | Глухой  | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **13.** | **Наличие опасности в районе проживания или доме**  | **Баллы**  | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 13.1. | В доме и в районе проживания безопасно  | 0 |  |  |  |
| 13.2. | Существует опасность в доме и/или районе проживания. Есть физическая опасность, антисанитария, жестокое обращение - но возможна помощь  | 0,5 |  |  |  |
| 13.3. | 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** |
| 14.1. | Получает достаточную социальную поддержку от семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций | 0 |  |  |  |
| 14.2. | Получает ограниченную социальную поддержку со стороны семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций | 0,5 |  |  |  |
| 14.3. | Нет поддержки со стороны семьи/родственников/друзей, есть только ограниченные социальные связи (например, соседи, общественные или религиозные организации) | 1 |  |  |  |

**Диагностику провели:**

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

**Сотрудник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Бланк типизации (для стационарной формы социального обслуживания)**

Фамилия Имя Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Дата** | **Дата** | **Дата** |
|  |  |  |  |  |  |
| **1.** | **Передвижение вне дома** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 1.1. | Выходит из здания без проблем  | 0 |  |  |  |
| 1.2. |  Не выходит из здания зимой | 0,75 |  |  |  |
| 1.3. | Выходит из здания только с сопровождающим | 1 |  |  |  |
| 1.4. | Вообще не выходит из здания  | 2 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **2.** | **Способность выполнять уборку и поддерживать порядок** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 2.1. | Убирает жилье без труда, может выполнять влажную уборку | 0 |  |  |  |
| 2.2. | Сам вытирает пыль, поддерживает чистоту в комнате. Нуждается в незначительной помощи для наведения порядка в комнате | 0,5 |  |  |  |
| 2.3. | Нуждается в значительной помощи для наведения порядка в комнате | 1 |  |  |  |
| 2.4. | Не в состоянии выполнять никаких работ по наведению порядка | 2 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **3.** | **Стирка** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 3.1. | Не нуждается в помощи при стирке | 0 |  |  |  |
| 3.2. | Нуждается в помощи при любом способе стирки (ручной или машинной)  | 0,5 |  |  |  |
| 3.3. | Не в состоянии выполнять стирку | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **4.** | **Приготовление пищи** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 4.1. | Не нуждается в помощи при приготовлении элементарных блюд | 0 |  |  |  |
| 4.2. | Нуждается в помощи в процессе приготовления холодных блюд, обращении с кипятком | 1 |  |  |  |
| 4.3. | Не в состоянии приготовить никакую пищу | 2 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **5.** | **Передвижение по зданию**  | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 5.1. | Самостоятельно передвигается по дому | 0 |  |  |  |
| 5.2. | Передвигается самостоятельно помощью опорной трости, ходунка  | 0 |  |  |  |
| 5.3. | Передвигается с помощью опорной трости или ходунка или без них, и нуждается в посторонней помощи при ходьбе или вставании | 0,5 |  |  |  |
| 5.4. | Передвигается с помощью кресла-коляски. Способен сам сесть в коляску и передвигаться в ней по зданию | 0,5 |  |  |  |
| 5.5. | На кровати садится самостоятельно либо с небольшой помощью. Пользуется коляской, но нуждается в помощи, чтобы пересесть в кресло-коляску и/или передвигаться в ней по зданию | 1 |  |  |  |
| 5.6. | Полностью зависим при передвижении и перемещении; все дневное время проводит сидя в кровати, в кресле или кресле-коляске  | 1,5 |  |  |  |
| 5.7. | Полностью зависим при передвижении и перемещении; все дневное время находится в горизонтальном положении в кровати  | 1,5 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **6.** | **Падения в течение последних трех месяцев** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 6.1. | Не падает | 0 |  |  |  |
| 6.2. | Не падает, но ощущает тревогу по поводу возможных падений | 0 |  |  |  |
| 6.3. | Падает, но может встать самостоятельно | 0 |  |  |  |
| 6.4. | Иногда падает и не может встать без посторонней помощи (минимум три раза в последние три месяца) | 0,5 |  |  |  |
| 6.5. | Падает, по крайней мере, раз в неделю и не может встать без посторонней помощи | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Одевание** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 7.1. | Одевается без посторонней помощи | 0 |  |  |  |
| 7.2. | Нуждается в небольшой помощи при одевании | 0,5 |  |  |  |
| 7.3. | Нуждается в значительной помощи при одевании или полностью зависим от посторонней помощи.  | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **8.** | **Личная гигиена** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 8.1. | Моется без посторонней помощи. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом. | 0 |  |  |  |
| 8.2. | Требуется наблюдение персонала при купании в душевой/ванной комнате или бане, при этом моется самостоятельно. Самостоятельно справляется с утренним и вечерним туалетом.  | 0,5 |  |  |  |
| 8.3. | Нуждается в небольшой помощи персонала при купании (например, в получении воды нужной температуры и/или бритье и/или мытье головы и/или ног и/или умывании лица и/или чистке зубов). | 1 |  |  |  |
| 8.4. | Нуждается в активной помощи персонала при купании, например, мытье интимных частей тела и/или спины.  | 1,5 |  |  |  |
| 8.5. | Необходимо полностью умывать и купать человека 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** |
| 9.1. | Ест и пьет без посторонней помощи и не нуждается в помощи при принятии лекарств.  | 0 |  |  |  |
| 9.2. | Ест и пьет без посторонней помощи, но нуждается в подаче пищи и/или подготовки порции лекарств.  | 0,5 |  |  |  |
| 9.3. | Нуждается в подаче и частичной помощи при приеме пищи и/или питье и/или требуется помощь при подготовке порции лекарств и/или их приеме.  | 1 |  |  |  |
| 9.4. | 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** |
| 10.1. | Контролирует или частично контролирует отправление естественных потребностей; самостоятельно пользуется туалетной комнатой, может самостоятельно поменять себе абсорбирующее белье | 0 |  |  |  |
| 10.2. | Частично контролирует естественные потребности Нуждается в незначительной помощи при использовании абсорбирующего белья. Самостоятельно пользуется туалетной комнатой. Осуществляет гигиену после туалета самостоятельно.  | 0,5 |  |  |  |
| 10.3. | Частично контролирует естественные потребности. Нуждается в значительной помощи при использовании абсорбирующего белья или испытывает трудности при пользовании туалетной комнатой. Необходима помощь в осуществлении гигиены после туалета | 1 |  |  |  |
| 10.4. | Частично контролирует естественные потребности. Не может поменять себе абсорбирующее бельеНе может пользоваться туалетной комнатой, но может пользоваться санитарным креслом | 1,5 |  |  |  |
| 10.5. | Контролирует мочеиспускание и дефекацию, но не может пользоваться туалетом, не может поменять абсорбирующее белье в связи с тяжелым физическим состоянием | 2 |  |  |  |
| 10.6. | Не может пользоваться туалетом, не контролирует ни одно из отправлений (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** |
| 11.1. | Не опасен для себя и для окружающих, когда остается один. Может исполнять жизненно важные функции, например, пить.  | 0 |  |  |  |
| 11.2. | Есть необходимость в частичном присмотре, требует регулярного внимания персонала, например, проведения позиционирования в кровати и/или регулярного наблюдения и поддержки при расстройствах поведения, памяти и т.д.  | 3 |  |  |  |
| 11.3. | Опасен для себя и для окружающих, требуется постоянное наблюдение персонала. | 6 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **12.** | **Слух** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 12.1. | Хорошо слышит либо регулярно использует слуховой аппарат и не испытывает трудностей  | 0 |  |  |  |
| 12.2. | Плохо слышит (для прослушивания радио включает его на полную громкость), испытывает затруднения при коммуникациях | 0,5 |  |  |  |
| 12.3. | Глухой  | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **13.** | **Опасное (пагубное поведение). Наличие зависимостей** | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 13.1. | Поведение обычно / типично | 0 |  |  |  |
| 13.2. | Умеренно или не систематически проявляет враждебность или имеет приверженность к пагубным привычкам (алкоголь, табакокурение) | 0,5 |  |  |  |
| 13.3. | Часто и в тяжелой форме проявляет враждебность или приверженность к пагубным привычкам (алкоголизм и иные пагубные зависимости). | 1 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **14.** | **Наличие внешних ресурсов**  | **Баллы** | **Инт 1** | **Инт 2** | **Инт 3** |
| 14.1. | Получает достаточную социальную поддержку от семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций. | 0 |  |  |  |
| 14.2. | Получает ограниченную социальную поддержку со стороны семьи/родственников/друзей/соседей/религиозных или общественных организаций. | 0,5 |  |  |  |
| 14.3. | Нет поддержки со стороны семьи/родственников/друзей, есть только ограниченные социальные связи (например, соседи, общественные или религиозные организации). | 1 |  |  |  |

**Дополнительная информация (для формирования плана по уходу и/или привлечения сотрудников мультидисциплинарной команды)**

**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 (здания).

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?

Когда Вы гуляли в последний раз? Кто Вам помогал?

Обратите внимание, что под понятием «выход из дома» имеется в виду достаточно активное движение. Выход на улицу «на лавочку» перед домом прогулкой не считается.

Для тех, кто проживает в доме-интернате, выход из здания, как правило организован с помощью персонала. Однако здесь мы оцениваем возможность самостоятельного выхода из здания, без чьей-либо помощи.

2. Уборка дома.

Задавайте косвенные вопросы, например:

Когда в последний раз вы убирали дома? Вопрос такого типа приведет к максимальному получению информации.

Ответ потенциального получателя долговременного ухода в случае, если он убирает самостоятельно, укажет на частоту и на 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, клиент, который не делает уборку самостоятельно, ответит, что ему помогают дети или работник/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).

Получатели, проживающие в домах-интернатах, не убирают свои комнаты, однако бывают исключения. Постарайтесь понять, насколько он может поддерживать порядок самостоятельно? Возможно, тот человек, которому не приходится убираться в своей комнате, помогает в хозяйственных работах на улице, или месте проведения досуга?

3. Стирка.

Нужно выяснить у потенциального получателя долговременного ухода, может ли он выполнить все этапы стрики, 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)

 Автоматическая стиральная машина:

* Сортировка вещей
* Закладывание, выбор программы и стирального порошка
* Вынимание
* Развешивание и снятие белья с веревки (напольной сушки)

Важно: мы не проверяем имущество клиента, 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.

В доме-интернате стирка осуществляется централизованно. Тем не менее, известны случаи, когда получатели имеют возможность пользоваться небольшими стиральными машинами для стирки личных вещей, например, при обучении ведению домашнего хозяйства. Постарайтесь соотнести возможность вести эту часть заботы о своих вещах с общим обликом получателя, с которым Вы беседуете. Строить планы о будущем («Сможет ли он стирать, если будет жить самостоятельно?») не следует, потому что в процессе типизации изучается недалекое прошлое и настоящее.

4. Приготовление пищи.

В данном пункте нужно удостовериться, что получатель долговременного ухода 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.

В случае, когда мы типизируем человека, проживающего в доме- интернате, нужно принять во внимание, что деятельность организаций стационарного социального обслуживания предполагает обеспечение горячим питанием проживающих там получателей долговременного ухода. Здесь нам нужно разобраться, может ли он приготовить себе элементарную еду: порезать хлеб, овощи, фрукты, приготовить салат, открыть банку консервов, заварить чай или кофе, убрать продукты на правильное хранение (в холодильник) и тд.

**Сфера диагностики**:

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

**Мобильность в доме (**передвижение по квартире/ дому или зданию)

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 (зданию).

Что нужно проверить?

* Может ли человек 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 долговременного ухода использует ходунок или инвалидное кресло, нужно обратить внимание, приспособлен ли дом, где он живет, 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?

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 потенциального получателя долговременного ухода 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 бланке типизации 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.

Информация о падениях человека, проживающего в доме-интернате, должна иметься в его документах (личном деле), а, возможно, и в «Истории ухода». Администрация дома-интерната и медицинские работники обязаны вести протоколы падений получателей.

**Одевание**

Мы должны удостовериться, что получатель долговременного ухода 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 потенциального получателя долговременного ухода 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 потенциального получателя долговременного ухода мыться. Гигиена тела крайне важна, акцентируйте внимание на проверке и дополнительных вопросах по этой теме. Необходимо попросить потенциального получателя долговременного ухода продемонстрировать способность производить движения, нужные для мытья.

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

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 клиента? (Высота ванной удобна для перешагивания, есть поручни/ручка для поддержки во время мытья).

Идея демонстрация мытья может крайне смутить и унизить человека. Ваша задача предотвратить появление подобных чувств.

Как проводится демонстрация способности мыться?

Невозможно просить понаблюдать за процессом мытья потенциального получателя долговременного ухода. Но 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?
* Кто и как помогает ему мытья? Насколько эта помощь существенна? В чем она заключается?

**Прием пищи (кормление) и прием лекарств**

Действия, которые необходимо проверить, чтобы дать ответ по данному пункту, о необходимости помочь получателю долговременного ухода, живущему дом, 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 долговременного ухода, Вы решите о необходимости демонстрации возможности есть самостоятельно. Например, если Вы видите перед собой человека, который плохо ходит, зависим при купании, то Ваши выводы не могут основываться только на вопросах и общем впечатлении: нужно обязательно проводить демонстрацию.

Если получатель долговременного ухода предлагает Вам чашку чая, не отказывайтесь, наблюдения во время чаепития помогут вам сделать правильный вывод при дружелюбной атмосфере.

 В доме-интернате особенно важно определить возможность получателя есть самостоятельно: персонал часто торопится накормить человека быстро, в этом случае навык есть самостоятельно утрачивается.

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?
* Налить в чашку/стакан воды, положить таблетку в рот и запить ее необходимым количеством воды?

Здесь не определяется только память человека.

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

Обратите внимание, что в домах-интернатах законодательство не запрещает получателям иметь собственные лекарства, приобретенные за счет собственных средств.

**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 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.

Известны случаи, когда в домах-интернатах из-за нехватки персонала по уходу, подгузники надевают даже на тех получателей, которые ощущают позыв к мочеиспусканию или дефекации и могли бы обойтись без подгузников, по крайней мере, в дневное время. Это приводит к угасанию рефлекса и быстрой «инвалидизации» человека. Постарайтесь выяснить, какова ситуация в данном случае. Помните, что от Вашего мнения зависит индивидуальная программа предоставления услуг и индивидуальный план ухода за этим человеком. Поддержание самостоятельности – одна из важнейших целей системы долговременного ухода.

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. Если этот получатель проживает в доме-интернате, расспросите близко знающих его сотрудников организации (медицинского или социального работника).
* На какое время его можно оставить одного без риска для его здоровья и жизни?
* Установлен ли диагноз «болезнь Альцгеймера», иные виды деменции в прогрессивной форме либо психическое расстройство (психиатрическое заболевание)?
* Установлены ли иные серьезные состояния или синдромы, относящиеся к интеллектуальной, психической, поведенческой сфере человека?

Это можно выявить по определенным признакам:

Задайте вопросы, свидетельствующие о когнитивном состоянии пациента.

* Сколько ему лет? Как зовут его детей? Родителей?
* Для более полного представления о том, насколько получатель ориентируется во времени, попросите его напомнить Вам какое сегодня число. Уточните адрес проживания или нахождения.
* Постарайтесь определить, хорошо ли человек понимает, где он находится?
* Может ли сообщить об опасности, например, позвонить родным или в «Скорую помощь»? Обратите внимание, как человек может позвать на помощь, если почувствует необходимость?
* Ощущает ли жажду или голод (сможет ли попить, если рядом есть вода).

Дезориентация является серьезным признаком когнитивного расстройства. Следует быть особо деликатным при выяснении обстоятельств, относящихся к психической и интеллектуальной сфере человека. Постарайтесь все сложные темы, которые вызывают у человека неприятные или грустные воспоминания или ассоциации выяснить заранее, на подготовительном этапе.

Оценку «три балла» следует ставить в двух случаях:

1. Если человек находится в тяжелом физическом состоянии, и ухаживающий должен очень часто (примерно каждые полтора-два часа) подходить к человеку с различными целями (позиционировать, кормить, поить, давать лекарства, измерять артериальное давление или уровень глюкозы и т.д.). При этом когнитивные функции у этого человека могут быть не нарушены или нарушены незначительно.
2. Если у человека есть когнитивные нарушения, например, он забывает поесть в положенное время или наоборот, может съесть много больше разумного; забывает вовремя принять лекарства. Суммируйте всю информацию о возможных проблемах с памятью, которую вы собрали во время визита (забывает кастрюлю на огне, забывает развесить постиранное белье, несколько раз звонит по одному и тому же поводу и тд). При этом серьезной угрозы для себя или других он не представляет.

Оценку «шесть баллов» можно ставить в том случая, когда человек нуждается в постоянном присмотре, потому что оставить его одного нельзя ни на несколько часов, ни на ночь из-за угрозы для его жизни. Такие случаи встречаются очень редко и, как правило, свидетельствуют о необходимости консультации психиатра.

**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. Помните, что орган слуха является основным органом, через который мы узнаем об опасности (сирена, сильный стук в дверь, капли с потолка при «заливе», сигнал автомобиля и т.д.). Качественная, ответственная коммуникация со слабослышащим человеком затруднена, на неё требуется выделять много времени.

**Наличие опасности в районе проживания или доме**

 **(этой темы нет в бланке для стационарных организаций)**

Пожилым людям и/или тяжелобольным необходимы благоприятные и безопасные условия проживания. Состояние получателя в определённой степени зависит от окружающей его среды. В этой теме 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 долговременного ухода 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.

Обратите внимание, что если Вы уверенно отмечаете, что человек не выходит из дома, то оценивать его улицу и двор нелогично.

Если же опасность угрожает сотруднику и осложняет организацию ухода, например, местность такова, что добираться до дома получателя безопасной дорогой дольше, то рекомендуется это отметить в бланке.

Особенно сложно организовать уход за человеком, если он отказывается от предлагаемой помощи в ситуации, когда его жизнь в опасности.

**Опасное (пагубное поведение). Наличие зависимостей (бланк для стационаров)**

 Эта тема является единственной, которая принципиально отличается от тем, рассматриваемых в бланке типизации для надомного ухода.

 Пагубное поведение приводит к серьезным проблемам в доме-интернате. К нему можно отнести не только враждебность (агрессивность), но и патологические черты характера: садистские наклонности, сексуальная распущенность.

 Алкогольная зависимость либо иная (табакокурение, наркотическая, игровая) серьезно осложняют организацию ухода за получателем.

Обычно сведения о подобном поведении отражены в документах (личном деле) получателя. Однако важно выслушать мнение ухаживающего персонала, обратить внимание на давность записей об инцидентах и их частоту, способах и методах разрешения конфликтов, прежде всего, изучив те, которые были недавно. Если человек провел много лет в местах лишения свободы, то исключительно этот факт не может быть основанием для выставления баллов в этой теме.

**Наличие внешних ресурсов**

Цель обсуждения этой темы – определить потребность человека в общении и наличие регулярной помощи и поддержки от окружения потенциального получателя долговременного ухода.

Необходимо определить степень баланса и дисбаланса в эмоциональных и социальных отношениях гражданина с семьёй и с внешней средой.

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

После того, как Вы завершили обследование потенциального получателя долговременного ухода, 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 Бланке типизации.

Бланк диагностики, применяемый для оценки в доме-интернате, также состоит из 14 тем, определяющих степень зависимости человека от посторонней помощи при уходе за собой и, при необходимости, выполнять некоторые бытовые (хозяйственные) действия. В бланке для домов-интернатов откорректированы некоторые варианты ответов по сравнению с бланком для надомной формы социального обслуживания.

Уборка, стирка и приготовление пищи входят в комплексную услугу для получателей долговременного ухода, проживающих в домах-интернатах. Тем не менее, часть проживающих могут сами поддерживать порядок и стараются это делать, организуют чаепития, могут готовить несложные блюда. Насколько им нужна помощь при этих действиях, можно оценить при проведении типизации.

По окончании первого месяца после начала обслуживания получателя, специалист социальной работы /руководитель структурного подразделения проводит беседу с ухаживающим персоналом с целью уточнения информации о жизнедеятельности получателя долговременного ухода. Результатом беседы может стать изменение индивидуального плана ухода (видов работ) и/или графика работы. Это изменение также согласуются с получателем долговременного ухода 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 получателя специалист/специально обученный сотрудник проводит дополнительную беседу с получателем, 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 типизации 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 региона. Если же выявлен переход в другую группу ухода, то следующим шагом должна быть пересмотрена ИППСУ.

**Процесс работы с полученными результатами типизации**

На основании проведённой 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 для надомной формы обслуживания.

В случае невозможности организации полноценного ухода на дому из-за тяжелого физического и/или когнитивного состояния получателя услуги, врач и руководитель структурного подразделения обязаны предложить получателю проживание и обслуживание в доме-интернате.

**Таблица распределения объема ухода**

Все диапазоны баллов по Бланку типизации распределены на шесть групп, различающихся по степени зависимости человека от посторонней помощи. Эти диапазоны баллов, на основании которых получатель долговременного ухода относится к определенной группе типизации, изменению не подлежат.

Для определения объема ухода (количества часов) используется Таблица №1 «Распределение объема ухода по группам типизации»[[1]](#footnote-1).

**Таблица №1. Распределение объема ухода по группам типизации**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа типизации  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Количество суммарных баллов по БТ | 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 |
| Минимально рекомендуемое количество часов в неделю на одного получателя[[2]](#footnote-2) | 0 | 3 | 6 | 12 | 20 | 28 |

**Процедура проведения апелляции:**

В ходе работы по проведению типизации необходимо предусмотреть работу апелляционной комиссии для рассмотрения особых ситуаций.

Целями работы комиссии являются:

- обеспечение получателю (или его законному представителю) возможности обжаловать результаты типизации

- проверка и подтверждение отказа получателя от проверки типизации.

Обращение получателя в апелляционную комиссию:

Если гражданин, прошедший типизацию, не согласен с ее результатами, он имеет право подать в комиссию апелляцию в письменном виде (с указанием причины, по которой получатель не согласен с результатом типизации).

Назначение комиссии и ее состав:

- члены комиссии назначаются директором

- в состав комиссии должны входить не менее трех человек, в том числе ответственный за внедрение СДУ

- заседание комиссии проводится только при наличии кворума

- заседание комиссии проводится в течение семи рабочих дней с момента подачи заявления

- повторная процедура типизации проводится вновь набранной комиссией, в состав которой должны входить ответственные лица за проведение типизации и не принимавшие участие в проведении предыдущей типизации.

Описание групп типизации приведено в Приложении.

**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 типизации), 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 типизации 0
* три получателя из группы типизации 1
* шесть получателей из группы типизации 2
* семь получателей из группы типизации 3
* восемь получателей из группы типизации 4
* четыре получателей из группы типизации 5.

Целью формирования подобной выборки является анализ возможных рисков для перехода получателя из одной группы типизации 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 (например, 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 типизации. Основными должны быть следующие логические связки:

Тема 5, пункт 7: «Лежачий; 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 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 отправлений (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 типизации, и определить типизатора, который был у 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 рекомендуем выбрать не менее 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 долговременного ухода 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 Таблицу №2 «Качество типизации».

**Таблица №2 «Качество типизации»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя и отчество получателя | Дата первой типизации | Баллы/группа | Типизатор, чью работу проверяют | Дата проверки качества | Баллы/группа | Расхождение в баллах | Переход в другую группу |
| 1 | Турскова Анна Ивановна | 12.09.2018 | 12/4 | Петрова | 29.11.2019 | 12,5/4 | 0,5 | нет |
| 2 | Иванова Анна Николаевна | 14.09.2018 | 5,5/2 | Петрова | 28.11.2018 | 5,5/2 | нет | нет |
| 3 | Балакова Анна Сергеевна | 13.09.2018 | 18/5 | Петрова | 28.12.2018 | 17,5/5 | 0,5 | нет |
| 4 | Митрофанова Вера Ивановна | 12.09.2018 | 12/4 | Сидорова | 29.11.2019 | 9,5/3 | 2,5 | да |
| 5 | Степанова Вера Николаевна | 14.09.2018 | 5,5/2 | Сидорова | 28.11.2018 | 7/3 | 1,5 | да |
| 6 | Мироненко Вера Сергеевна | 13.09.2018 | 18/5 | Сидорова | 28.12.2018 | 15/4 | 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 по созданию системы долговременного ухода 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 силами рабочей группы, созданной распоряжением директора организации.

Приложение к

Методическим рекомендациям

по проведению типизации

получателей долговременного ухода

**Описание групп типизации**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Группа типизации  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Количество суммарных баллов по бланку типизации | 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 |
| Минимально рекомендуемое количество часов в неделю на одного получателя  | 0 | 3 | 6 | 12 | 20 | 28 |

|  |  |
| --- | --- |
| Группа | Описание группы |
| Группа 0 | Люди, сохранившие самостоятельность в действиях повседневной жизни, **способность к самообслуживанию и передвижению сохранена.** 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 | Чаще всего, у людей из данной группы наблюдают **небольшое снижение способности к самообслуживанию и передвижению**. Объединяет людей, нуждающихся в **ограниченной** помощи для соблюдения личной гигиены, приготовления пищи и проведения уборки.- Когнитивные функции не нарушены.- Самостоятельно используют абсорбирующие бель[Введите текст]е (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 | Способность к **самообслуживанию и передвижению умеренно снижена**. Люди данной группы нуждаются в помощи в передвижении по дому, пользуются вспомогательными средствами реабилитации (ходунки, простые и 4-х опорные трости). - 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).- Возможна потребность в небольшой помощи при одевании и обувании. - Необходима частичная помощь при купании.  |
| Группа 3 | Объединяет людей **со значительным снижением способности к самообслуживанию и передвижению**, вследствие заболеваний, последствий травм или врожденных дефектов, возрастных изменений. Когнитивные функции у данной категории людей чаще всего не нарушены, либо имеется снижение когнитивных функций в легкой или умеренной степени.Люди из данной группы могут нуждаться 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. Могут нуждаться в помощи при использовании абсорбирующего белья. Могут нуждаться в помощи при пользовании туалетом с посторонней помощью (нуждаться в помощи для сохранения равновесия, одевания, раздевания). - Одевание и обувание возможно с частичной посторонней помощью.- Необходима значительная помощь в уборке и стирке. - Возможна 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 (мытье трудно доступных частей тела). Могут нуждаться в помощи при умывании (причесывание, чистка зубов, бритье).  |
| Группа 4 | У людей данной группы наблюдается **очень сильное снижение способности к самообслуживанию и передвижению,** ведению домашнего хозяйства без посторонней помощи. Они нуждаются в помощи во многих видах деятельности повседневной жизни. К данной группе можно отнести людей со снижением когнитивных функций в значительной степени без нарушения способности к передвижению. 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. - 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). |
| Группа 5  | У лиц из данной группы наблюдается **полная утрата способности к самообслуживанию и передвижению, и они полностью зависят от посторонней помощи.** У людей, объединенных в эту группу, часто имеются выраженные когнитивные расстройства. К данной группе также могут быть отнесены люди с сохраненными когнитивными функциями, но при этом нуждаются в постоянной посторонней помощи и уходе вследствие общего тяжелого физического состояния, 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 организмаНеобходим постоянный уход, направленный на поддержание жизнедеятельности и профилактику осложнений имеющихся хронических заболеваний и маломобильного образа жизни. |

1. Приведенные в данной таблице часы ухода в неделю за одним получателем относятся к надомной форме социального обслуживания. [↑](#footnote-ref-1)
2. Минимальное рекомендуемое количество часов в неделю на одного получателя должно быть гарантировано обязательством региона для граждан, имеющих право на бесплатное получение услуг СДУ [↑](#footnote-ref-2)